

# Klubovi liječenih alkoholičara (KLA): Ispitivanje funkcioniranja i učinkovitosti na području grada Zagreba

---

Jakičić, Helena

Master's thesis / Diplomski rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:158:658352>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-28**



Repository / Repozitorij:

[Faculty of Education and Rehabilitation Sciences - Digital Repository](#)



Sveučilište u Zagrebu  
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

**Klubovi liječenih alkoholičara (KLA): Ispitivanje funkcioniranja i učinkovitosti na području grada Zagreba**

Helena Jakičić

Zagreb, rujan, 2019. godine

Sveučilište u Zagrebu  
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

**Klubovi liječenih alkoholičara (KLA): Ispitivanje funkcioniranja i učinkovitosti na području grada Zagreba**

Helena Jakičić

Mentorica:

prof.dr.sc. Irma Kovčo Vukadin

Komentor:

izv.prof.dr.sc. Zoran Zoričić

Zagreb, rujan, 2019. godine

## Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisala rad *Klubovi liječenih alkoholičara (KLA): Ispitivanje funkcioniranja i učinkovitosti na području grada Zagreba* te da sam njegova autorica.

Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima jasno su označeni kao takvi te su adekvatno navedeni u popisu literature.

Ime i prezime: Helena Jakičić

Mjesto i datum: Zagreb, rujan, 2019.

## SAŽETAK

Klubovi liječenih alkoholičara (KLA) najpoznatiji su oblik rehabilitacije i resocijalizacije alkoholičara, ne samo u Hrvatskoj, nego i šire. KLA djeluju kao nevladine organizacije te ih čine stručni djelatnici koji vode klubove, liječeni alkoholičari te članovi njihove obitelji, odnosno podrška alkoholičarima u liječenju (članovi pratnje). Za njihovo osnivanje zaslužan je Vladimir Hudolin, koji je 1964. osnovao prvi KLA na području grada Zagreba, nakon čega su se klubovi nastavili širiti diljem Hrvatske, ali i izvan nje (ponajprije u susjednoj Italiji). Iako su nastali po uzoru na AA (Anonimni Alkoholičari), ključno obilježje njihova rada je upravo suprotno anonimnosti – otvorenost prema zajednici i uključivanje u aktivnosti koje se provode van kluba, tj. u lokalnoj zajednici. Unatoč njihovoj dugoj tradiciji u našoj zemlji, oni nažalost ostaju nedovoljno istraživani. Upravo stoga, svrha ovog diplomskog rada je prikazati informacije o klubovima liječenih alkoholičara, ali prije toga i o kompleksnosti alkoholizma kao bolesti – kako bi se razumjela potreba za ovakvim oblikom tretmana. Za potrebe ovog diplomskog rada provedeno je istraživanje s ciljem analize funkcioniranja KLA na području grada Zagreba te ispitivanja percepcije 3 skupine sudionika u KLA – liječenih alkoholičara, pratnje i voditelja klubova (stručnih djelatnika). U istraživanju je sudjelovalo 174 liječenih alkoholičara (koji pohađaju klub najmanje 6 mjeseci), 60 članova pratnje (koji pohađaju klub najmanje 6 mjeseci) te 28 stručnih djelatnika (N=262). Također, podaci o funkcioniranju klubova dobiveni su za ukupno 36 klubova liječenih alkoholičara na području grada Zagreba. Brojnost članova KLA na području grada Zagreba u prosjeku iznosi 15 članova po klubu, od čega pratnja čini u prosjeku 19% tj. nešto manje od 3 člana pratnje u prosjeku. Rezultati ukazuju na vrlo pozitivan doživljaj KLA među njegovim članovima, liječenim alkoholičarima i pratnjom. Osim toga, sve tri skupine ispitanika iskazuju pozitivnu percepciju učinkovitosti KLA, na način da visoko procjenjuju doprinos koji klubovi liječenih alkoholičara imaju u odnosu na različita područja života članova.

**Ključne riječi:** klubovi liječenih alkoholičara (KLA), percepcija, liječeni alkoholičari, pratnja, stručni djelatnici, grad Zagreb

## **SUMMARY**

Clubs of treated alcoholics (CTA) represent the most established form of rehabilitation and resocialization of alcoholics, not only in Croatia, but beyond. CTA act as non-governmental organizations and they comprise professionals that lead the clubs, treated alcoholics themselves and their family members (accompanying members). Vladimir Hudolin is creditable for establishment of CTA, by foundation of the first KLA in the city of Zagreb in 1964, whereupon clubs continued to expand all over Croatia, but also abroad (primarily in our neighboring country – Italy). Although they were formed based on AA (Alcoholics Anonymous), key feature of their work is precisely the opposite of anonymity – being open to the community and engaging in out-group activities, apropos in the local community. Despite their long tradition in our country, CTA still remain insufficiently researched. Precisely for that reason, the purpose of this graduate thesis is to provide informations about clubs of treated alcoholics, but before that also about the complexity of alcoholism – in order to understand the need for this form of treatment. Within this graduate thesis, research has been carried out to analyze functioning of CTA in the area of city of Zagreb and to examine the perception of 3 participant groups in CTA – treated alcoholics, accompanying members and leaders of the club (professionals). In this research participated 174 treated alcoholics (who are attending the club for at least 6 months), 60 accompanying members (who are attending the club for at least 6 months) and 28 professionals (N=262). Also, data about functioning of clubs is obtained for total of 36 clubs of treated alcoholics in the area of city of Zagreb. Number of CTA members in the area of city of Zagreb is on average 15 members by club, of which accompanying members take approximately 19%, apropos, also on average, something less than 3 accompanying members. Results indicate that members of CTA (both treated alcoholics and accompanying members) perceive CTA very positively. Besides that, all three groups of respondents have positive perception of CTA effectiveness, in a way that they estimate that contribution which clubs of treated alcoholics have on different aspects of their lives is very high.

**Key words:** clubs of treated alcoholics (CTA), perception, treated alcoholics, accompanying members, professionals, city of Zagreb

# Sadržaj

1. UVOD.....	1
2. ALKOHOLIZAM U RH.....	2
2.1. Definiranje alkoholizma.....	3
2.2. Statistički pokazatelji alkoholizma.....	5
2.3. Posljedice alkoholizma.....	9
2.4. Metode liječenja.....	12
3. KLUBOVI LIJEČENIH ALKOHOLIČARA.....	15
3.1. Definiranje klubova liječenih alkoholičara i opis njihova rada.....	16
3.2. Povijest nastanka KLA i komparacija s AA (Alcoholics Anonymous).....	19
3.3. Funkcioniranje klubova liječenih alkoholičara.....	21
3.4. Dosadašnja istraživanja KLA.....	24
4. CILJEVI, ISTRAŽIVAČKA PITANJA I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA.....	31
4.1. Ciljevi istraživanja.....	31
4.2. Istraživačka pitanja.....	31
4.3. Hipoteze.....	32
5. METODOLOŠKI OKVIR ISTRAŽIVANJA.....	32
5.1. Uzorak ispitanika.....	32
5.2. Instrument.....	35
5.3. Uzorak varijabli.....	36
5.4. Način provođenja istraživanja.....	37
5.5. Način obrade podataka.....	39
6. REZULTATI.....	39
6.1. Opće značajke funkcioniranja klubova liječenih alkoholičara.....	39
6.2. Percepcija doprinosa KLA napretku u pojedinim područjima života članova.....	42
6.3. Doživljaj KLA među liječenim alkoholičarima i među pratnjom.....	46
7. RASPRAVA.....	49
8. ZAKLJUČAK.....	53
9. LITERATURA.....	55

## 1.UVOD

Prekomjerna konzumacija alkohola u Hrvatskoj odavno je prisutan problem te se bez sumnje može konstatirati kako se radi o pojavi koja s vremenom ne postaje ništa manje kompleksna, štetna i zabrinjavajuća. Pijenje alkoholnih pića u našim je krajevima prihvaćeni oblik ponašanja, dio naše kulture, običaja i interakcija. Brezovec (2017) navodi kako se u hrvatskoj stvarnosti alkoholizam ne poima problemom, dokle god pojedinac može ostati funkcionalan u društvu. Pitanje je stoga shvaćamo li dovoljno ozbiljnost alkoholizma kao takvog, kao i znamo li se nositi s onim pojedincima kod kojih je alkohol doveo do ovisnosti, a samim time i do nefunkcionalnosti i izrazito negativnih posljedica u brojnim sferama njihova života. S obzirom na kompleksnost problematike vezane uz alkoholizam, jasno je da bolničko liječenje samo po sebi nije dovoljno za uspješno nošenje sa svim posljedicama alkoholizma, kao ni za promjenu dotadašnjeg stila života.

S obzirom na silne negativne utjecaje koje alkoholizam ima ne samo po individuu, nego i po njegovu obitelj i po zajednicu, liječenje alkoholičara, točnije njihovu rehabilitaciju i resocijalizaciju neophodno je provoditi u zajednici. Upravo klubovi liječenih alkoholičara obnašaju tu značajnu ulogu na putu oporavka jednog alkoholičara, kao i njegove obitelji. Profesor Vladimir Hudolin je još 1964. godine osnovao prvi klub liječenih alkoholičara u Hrvatskoj - i to na području grada Zagreba, a isti su se od tada nastavili kako širiti, tako i zatvarati, sve prateći stanje u državi (Hudolin, 2005). Klubovi liječenih alkoholičara funkcioniraju kao organizacije civilnog društva, a unatoč tome što postoje već više od 50 godina, o obilježjima njihova rada nije se mnogo istraživalo. Opačić i sur. (2019) napominju kako se manjak istraživanja klubova liječenih alkoholičara uočava ne samo u našoj, nego i u inozemnoj literaturi. Pojedina hrvatska istraživanja koja su provedena uglavnom su bila manjeg opsega i nisu se usmjeravala na sveobuhvatne podatke o funkcioniranju klubova i svih njihovih dionika, već više na istraživanje izoliranih, zasebnih segmenata vezanih uz rad najčešće jednoga, rijetko i više klubova. Dakle, istraživanja koja postoje usmjerena su tek na pojedine aspekte koji ispituju funkcioniranje klubova kao i na poneke aspekte njihove učinkovitosti. Ipak, nedavno je provedeno jedno sveobuhvatno istraživanje klubova liječenih alkoholičara, i to na nacionalnoj razini te s reprezentativnim uzorkom. Rezultati istog istraživanja biti će opisani u nastavku, a svakako će poslužiti za komparaciju podataka s istraživanjem koje se je provedeno za potrebe ovog diplomskog rada.

Na samom početku rada pružit će se nešto kraći pregled alkoholizma kao i statistički



pokazatelji koji postoje u Hrvatskoj i u svijetu. Nakon toga, detaljno će se opisati način rada i sami smisao klubova liječenih alkoholičara, povijest njihova nastanka, komparacija s grupama Anonimnih alkoholičara (AA) te će se naposljetku dati i prikaz nekih dosadašnjih istraživanja klubova liječenih alkoholičara na našem području. U okviru ovoga rada provedeno je i istraživanje, kojemu je cilj bio analiza funkcioniranja klubova liječenih alkoholičara na području grada Zagreba, kao i analiza percepcije njihove učinkovitosti od strane samih liječenih alkoholičara, ali isto tako i njihove pratnje te stručnih djelatnika odnosno voditelja klubova.

## **2. ALKOHOLIZAM U RH**

Povijesno gledajući, konzumacija alkohola se vrlo dugo vremena smatrala sasvim uobičajenim dijelom svakodnevnog života. Naime, konzumacija alkoholnih pića prisutna je od najranijih početaka čovječanstva, a tek se kroz 18. i 19. stoljeće prekomjerno konzumiranje počelo promatrati kao devijantno te alkohol kao supstanca o kojoj se može postati ovisan (Brezovec, 2017). Švedski liječnik Magnus Huss sredinom 19. stoljeća uvodi koncept kroničnog alkoholizma koji se odnosi na osobe u kojih postoje teška oštećenja tjelesnog i duševnog zdravlja, kao i obiteljski, radni i društveni problemi (Hudolin, 1991). Međutim, kako navodi Hudolin (1991), proći će cijelo jedno stoljeće prije nego što taj koncept bude ozbiljno shvaćen i široko prihvaćen u svakodnevni život. U današnje vrijeme pak bez imalo sumnje možemo tvrditi kako je alkoholizam najraširenija kronična bolest ovisnosti te kako isto tako predstavlja i jedan od najozbiljnijih socijalnomedicinskih problema u cijelome svijetu (Rapić i Vrcić Keglević, 2014). Nažalost, u Hrvatskoj svjedočimo iznimno velikoj prisutnosti alkohola u svakodnevici života (Brezovec, 2017). Upravo se u toj prisutnosti alkohola, ali i njegovoj prihvaćenosti može sagledati početak problema, budući da su ovisnost o alkoholu kao i drugi alkoholom izazvani problemi usko vezani uz pijenje alkoholnih pića kao prihvaćen oblik ponašanja (Hudolin, 1991). Sve se više pozornosti danas pridaje pijenju i alkoholizmu žena, a po pitanju toga Dragišić Labaš (2016) ističe kako su rodne razlike u pijenju i alkoholizmu među muškarcima i ženama smanjene na samom početku 21. stoljeća u odnosu na cijelo prethodno stoljeće. Osim toga, ova autorica upozorava i na stigmatu koja obilježava alkoholičare, gdje je zanimljivo napomenuti kako su žene koje piju tokom perioda pijenja puno više stigmatizirane od muškaraca, dok su muškarci više stigmatizirani tokom tretmana odnosno apstinencije.

Stigma nikako ne prati samo alkoholičara, ona prati i obitelj alkoholičara, a posebice stoga što se problem alkoholizma neminovno „širi“ i na važne aspekte u jednoj obitelji – odnose, komunikaciju, uloge u toj obitelji i slično. Cotton (1979) ističe kako se alkoholizam bez obzira na to je li tretiran kao simptom ili bolest, već vrlo dugo vremena promatra kao obiteljski poremećaj i to i od strane kliničara i od strane istraživača. Štoviše, ova autorica istražujući obiteljsku incidenciju alkoholizma (pregledom ukupno 39 studija) dolazi do zaključka kako je bez obzira na prirodu populacije nealkoholičara koja je proučavana, veća vjerojatnost da jedan alkoholičar ima majku, oca ili nekog drugog rođaka koji je također alkoholičar. Takvi podaci upućuju na činjenicu da je jedna obitelj nerijetko „pogođena“ alkoholizmom ne jednog, već i više članova obitelji.

Alkoholizam je tiha, „šuljajuća“ bolest koja je nadasve pogubna po obitelj alkoholičara, ali i po njegovo zdravlje te funkcioniranje na poslu i u društvu općenito. Izraz ovisnik o alkoholu odnosi se na osobe koje nisu sposobne kontrolirati svoje pijenje tijekom duljeg razdoblja te kod kojih alkohol dominira njihovim mišljenjem, emocijama, akcijama i komunikacijom s drugim ljudima (Žuškin i sur., 2006). Danas se alkoholizam ne promatra više samo kao bolest, već kao stil življenja, a upravo iz tog razloga jasno je kako se isti problem ne može tretirati u kratkom vremenu kao ni isključivo bolničkim putem. Neophodna je post-bolnička podrška u oporavku od alkoholizma, i to ne samo za alkoholičara, nego i za njegovu obitelj. O tome će više biti riječi u nastavku rada, prilikom opisa posebnog oblika i već ustaljenog primjera dugoročne podrške alkoholičarima, kao i njihovim obiteljima - klubova liječenih alkoholičara (KLA).

## **2.1. Definiranje alkoholizma**

Alkoholizam je medicinski fenomen i sociopatološka pojava, uvelike izučavana zbog izuzetno široke problematike i štetnih posljedica koje ostavlja po same pojedince, njihove bližnje pa i po širu zajednicu. Definicija alkoholizma je zbilja mnogo, no moguće ih je razdvojiti kao što i za neke od njih možemo reći da su sveobuhvatnije od ostalih. Primjerice, Zoričić (2018) navodi kako definicija alkoholizma kao kronične recidivirajuće bolesti mozga, iako važna, ima određene bitne nedostatke. Naime, autor ističe kako se takvom definicijom ne objašnjavaju faze ranog pijenja, ne ističe se razvijanje somatske i psihološke ovisnosti, a isto tako se zapostavljaju i socijalne komplikacije koje se gotovo u pravilu pojavljuju uslijed alkoholizma. S druge strane, jedna od najčešće korištenih i najšire prihvaćenih definicija

alkoholizma je definicija Svjetske zdravstvene organizacije prema kojoj su alkoholičari „oni neumjereni konzumenti 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“ (Štifanić, 1995). Nadalje, jedna od definicija alkoholizma koja prvenstveno definira alkoholizam s obzirom na onu najvidljiviju, ponašajnu razinu, je ona prema kojoj se alkoholizam definira kao poremećaj u ponašanju, a koji nastaje zbog dugotrajnog uzimanja prekomjerne količine alkohola (Brlek i sur., 2014).

Neizostavno je spomenuti i razliku u definiranju alkoholizma među dvama vodećim međunarodnim klasifikacijskim sustavima – MKB 10 I DSM V. Prema MKB 10 sindrom ovisnosti o alkoholu postavlja se ako je tijekom prethodne godine bilo izraženo najmanje 3 od mogućih 6 kriterija: jaka želja/nagon za pijenjem; teškoće u samosvladavanju pri prestanku pijenja ili teškoće u kontroli popijenog; stanje fiziološke apstinencije pri prestanku pijenja ili pri smanjenoj količini; tolerancija na alkohol; progresivno zanemarivanje alternativnih interesa uzrokovano pijenjem te više vremena utrošenog da bi se došlo do alkohola, pilo ili oporavilo od učinaka pijenja; nastavljanje s pijenjem usprkos jasnim dokazima o štetnim posljedicama pijenja. U trenutno aktualnoj DSM-V klasifikaciji termin ovisnosti više ne postoji, nego se upotrebljava termin poremećaj uzrokovan uzimanjem alkohola. Osim toga, poseban novitet u DSM-V klasifikaciji je mogućnost stupnjevanja poremećaja u ukupno tri stupnja: blagi, srednji, teški. Tim novitetom se nastojalo umanjiti preširoku patologizaciju u dijagnosticiranju alkoholizma, ali i postići svojevrсни napredak u liječenju. Za dijagnosticiranje poremećaja uzrokovanog uzimanjem alkohola moraju biti zadovoljena najmanje dva kriterija (od mogućih 11) u posljednjih 12 mjeseci, s time da 2-3 kriterija označavaju blagi poremećaj, 4-5 srednji, a teški poremećaja označava prisustvo 6 i više kriterija. Što se samih kriterija tiče, većina je podudarna s onima u MKB 10, a oni kriteriji koji nisu podudarni su: žudnja ili intenzivna želja za uzimanjem alkohola; uzimanje alkohola u većim količinama ili tijekom duljeg razdoblja nego li je planirano; doživljavanje neuspjeha u obavljanju važnih obiteljskih, radnih ili školskih aktivnosti, kao rezultat pijenja; ponavljano uzimanje alkohola u situacijama u kojima je to životno opasno.

Hudolin (1991) iznosi svoje stajalište o definiranju alkoholizma kao bolesti te navodi kako se slijepim prihvaćanjem medicinskog koncepta – koncepta bolesti, ustvari umanjuje odgovornost samog alkoholičara, ali isto tako i društva. Ovaj medicinski koncept vremenom je zamijenjen u socijalno-psihijatrijski, prema kojemu se na alkoholizam gledalo kao na posljedicu neke socijalne patologije, a postupanje s alkoholičarima se uvelike promijenilo te na

neki način obogatilo (Hudolin, 1991). Naime, prema istome autoru, tada je došlo do uvođenja grupnih metoda, prihvaćanja obiteljskog postupka, a također je došlo i do poboljšanja u vidu preventivnih aktivnosti. Zoričić (2018) navodi kako je 1985. godine Vladimir Hudolin promijenio paradigmu alkoholizma kao bolesti u puno pragmatičniju paradigmu alkoholizma kao stila života. Naime, prema ovome novom konceptu alkoholizam je stil življenja i stil ponašanja, a tek kada se pojave psihičke, tjelesne, društvene komplikacije, tada ono može postati i bolest (Hudolin, VI., 1985; prema Hudolin, 1991). Definiranjem alkoholizma kao stila odnosno načina života, odgovornost se vraća na samog pojedinca i na njegove životne odabire, a pri tome je jasno da na te iste odabire utjecaj imaju i obitelj, društvo i općenito okolina. Upravo ovakvo shvaćanje alkoholizma gdje je odgovornost stavljena i na pojedinca, ali dijelom i na njegovu obitelj te zajednicu, vodi ka tome da alkoholičar nikako ne bi trebao biti sam na putu do svoga oporavka.

## **2.2. Statistički pokazatelji alkoholizma**

Brojni su problemi u statističkom praćenju alkoholizma. Danas je izrazito teško doći do stvarnih, točnih pokazatelja alkoholizma i to ponajprije zbog prevelikog broja definicija, koje često sadrže aspekte koje nije jednostavno utvrditi (primjerice, kako utvrditi kada točno nastupaju poteškoće u normalnim društvenim i međuljudskim odnosima ili koji su to simptomi koji pokazuju napredak prema javljanju takvih poteškoća). Osim toga, nejasnoće u definicijama alkoholizma kao i iznimno velik broj različitih definicija, dovode do još jednog problema u statističkom praćenju ove pojave - otežane međunarodne usporedbe pokazatelja alkoholizma. Self-report studije koje se mahom koriste u ispitivanju alkoholizma, teško da mogu dati potpuno iskrene i realne podatke, tako da se bez sumnje može konstatirati kako zasigurno postoji tamna brojka, i to ne malena. Također, u takvim se studijama nerijetko ne uspijeva doći do pojedinih dijelova populacije, poput recimo beskućnika, koji nerijetko sukladno svome stilu života imaju problema upravo s alkoholom.

Nadalje, kako je alkoholizam ovisnost koja ima svoj, često dugogodišnji tijek, tako je jasno kako sama ovisnost ne nastupa „preko noći“ i kako istoj prethode problemi s uporabom, odnosno zlouporabom alkohola. Dakle, brojni su statistički pokazatelji koji nam mogu ukazivati na problem alkoholizma, od podataka o samoj pojavnosti pijenja alkoholnih pića, zlouporabi i konkretno ovisnosti o alkoholu te o komplikacijama do kojih on dovodi, sve do primjerice podataka o različitim populacijskim skupinama koje imaju problema s alkoholom. Prema

najnovijem izvještaju Svjetske zdravstvene organizacije za 2018. godinu (WHO, 2018), dvije regije s najvećom potrošnjom alkohola po glavi stanovnika su američka i europska regija. Glavnina podataka koji se mogu pronaći u spomenutom izvještaju Svjetske zdravstvene organizacije poražavajuća je ne samo za europsku regiju, nego i za našu zemlju. Europa prednjači nad svim ostalim regijama po pitanju potrošnje čistog alkohola po glavi stanovnika, s potrošnjom od 9,8 litara (WHO, 2018). Prema izvještaju Svjetske zdravstvene organizacije 2014. godine potrošnja čistog alkohola po glavi stanovnika u Europi iznosila je 10,9 litara (WHO, 2014), dok Zoričić (2018) ističe kako je ona tijekom prijašnjih godina bila još i viša te iznosila čak 11,9 litara, što svjedoči o blagom trendu pada potrošnje alkohola. Uzimajući u obzir cjelokupnu populaciju koja trenutno pije (current drinkers), Europa je opet na samome vrhu (59,9% populacije pije), kao i kada se iz te populacije izdvoje samo mladi i to oni između 15 i 19 godina (njih 43,8% pije), ali i mladih između 20 i 24 godine (njih 58,4% pije) (WHO, 2018). Također, prema najnovijim podacima Svjetske zdravstvene organizacije o tzv. teškom epizodičnom pijenju (heavy episodic drinking<sup>1</sup>) Europa je opet vodeća, i to sa 26,5% populacije koji se ubrajaju u tu skupinu, te čak 24,1% mladih u dobi između 15 i 19 godina (WHO, 2018). Podaci iz istog izvještaja pokazuju da je Hrvatska iznad europskog prosjeka po pitanju tzv. teškog epizodičnog pijenja te da 32,1% populacije pije na taj način, s time da je trostruko više muškaraca u toj kategoriji u odnosu na žene. Prethodni izvještaj WHO (2014) po pitanju prevalencije poremećaja povezanih s uzimanjem alkohola u Hrvatskoj, za muškarce ukazuje na prevalenciju 8,6%, a za žene 1,9%. Što se pak prevalencije ovisnika o alkoholu u Hrvatskoj tiče, tada smo imali 5,6% ovisnika, dok je ovisnica o alkoholu bilo 1,4%. Podaci iz najnovijeg izvještaja WHO (2018) ukazuju na nešto veću prevalenciju ovisnika o alkoholu u našoj zemlji, točnije svjedoče o 6,1% muškaraca ovisnih o alkoholu te 1,5% žena ovisnica.

Standardizirano europsko istraživanje o alkoholu „RARHA SEAS“ provedeno je u 19 zemalja od kojih je jedna i Hrvatska. Istraživanje je prikupilo vrijedne podatke o pijenju alkohola i s time povezanim problemima na uzorku od ukupno čak 33 237 ispitanika.<sup>2</sup> U našoj je zemlji istraživanje provedeno 2015. godine te je obuhvatilo ukupno 1500 ispitanika u dobi od 18 do 64 godine. Čak 24,3% muškaraca izjavilo je kako konzumira alkohol na dnevnoj bazi, dok je 4,1% ispitanica izjavilo isto. Što se problema s alkoholom tiče, Hrvatska spada među zemlje s najvećom značajnom razlikom među spolovima (uz Portugal i Rumunjsku); pet puta je vjerojatnije da će Hrvati u odnosu na Hrvatice imati problema s alkoholom, a Hrvatice iznose

---

<sup>1</sup> *Heavy episodic drinking (HED)*, odnosno „teško epizodično pijenje“ definira se kao pijenje najmanje 60 grama (ili više) čistog alkohola u barem jednoj prigodi u proteklih 30 dana.

<sup>2</sup> <https://www.hzjz.hr/medunarodna-istrazivanja/nacionalni-rezultati-istrazivanja-o-alkoholu-u-okviru-ja-rarha/> (pristupljeno: 7.7.2019.)

i znatno manje problema s alkoholom u odnosu na prosjek dobiven na sveukupnom uzorku od 33 237 ispitanika. Nadalje, Hrvatska u odnosu na sve preostale uključene zemlje „drži nepovoljan rekord“ u odnosu na prosječan volumen alkohola potreban za intoksikaciju, što je u nas 166 grama čistog alkohola, dok je prosjek ostalih zemalja daleko niži.<sup>2</sup> U ovom istraživanju, kao i u izvještajima Svjetske zdravstvene organizacije, kao značajan nedostatak može se prepoznati neuključenost određenog dijela populacije u ispitivanju alkoholizma - posebice beskućnika, ali i ovisnika smještenih u terapijske centre i sl.

Tijekom 2011. godine u okviru Instituta društvenih znanosti Ivo Pilar provedeno je prvo istraživanje raširenosti i obrazaca uporabe sredstava ovisnosti u općoj populaciji Republike Hrvatske (Glavak Tkalić i sur., 2012). Treba naglasiti kako je cjelokupno istraživanje provedeno prema smjernicama i uputama stručnjaka iz EMCDDA (Europski centar za nadzor droga i ovisnosti o drogama), kako bi se prikupljene podatke moglo uspoređivati s podacima prikupljenim u drugim europskim zemljama. Ukupan uzorak na kojemu je istraživanje provedeno je 4756 ispitanika u dobi od 15 do 64 godine. Udio ispitanika po spolu iznosi 43,9% muškaraca i 56,1% žena, dok je po dobi najzastupljenija skupina ispitanika između 25 i 34 godine te potom skupina ispitanika dobi između 55 i 64 godina. Ispitivanje maloljetnika (15-17 godina) provedeno je u skladu sa svim etičkim smjernicama, a upravo je taj subuzorak istraživanja obogatio dobivene podatke s obzirom da je poznato kako mladi danas sve ranije kreću s konzumacijom alkohola te kako već u toj dobi mogu imati razvijene poprilično problematične obrasce pijenja. Najveći broj ispitanika iz cijelog uzorka u ovome istraživanju naveo je kako su prvo alkoholno piće konzumirali već u dobi između 15 i 17 godina (40,9%), a zanimljivo je kako je u dvjema najmlađim dobnim skupinama (15-24 godina i 25-34 godina) druga po zastupljenosti bila konzumacija prvog pića s 14 ili manje godina. Što se tiče učestalosti konzumiranja alkoholnih pića, 13,4% ispitanika navelo je kako konzumiraju alkohol od 2 do 3 puta tjedno, dok njih 9,3% alkohol konzumira 4 puta tjedno ili više (Glavak Tkalić i sur., 2012). U odnosu na spol, utvrđeno je kako su žene konzumirale alkohol znatno rjeđe od muškaraca i to na način da je 6,4% žena u odnosu na 20,3% muškaraca alkohol konzumiralo od 2 do 3 puta tjedno, dok je tek 3,1% žena alkohol konzumiralo 4 puta tjedno ili više, što je činilo 15,4% muškaraca. Važno je spomenuti kako je Institut društvenih znanosti Ivo Pilar 2015. godine proveo novi val istraživanja, kojim se ustvari nastojalo kontinuirano pratiti kretanje ovog ozbiljnog društvenog problema, a sve to kako bi se omogućilo planiranje što uspješnijih intervencija, kao i politika (Glavak Tkalić i sur., 2016). Podaci u drugom istraživanju prikupljeni su na uzorku od ukupno 4992 ispitanika u dobi od 15 do 64 godine. U rezultatima vezanim za pijenje alkohola, pružena je usporedba ukupnog uzorka ispitanika u odnosu na

uzorak dobi od 15 do 34 godine, s obzirom da se prethodnim istraživanjem pokazalo kako su na tom uzorku „mlađih odraslih“ zabilježeni ozbiljniji podaci s obzirom na konzumaciju alkohola tj. obrasce pijenja. Tako je u odnosu na učestalost konzumacije alkohola u posljednjih mjesec unutar skupine „mlađih odraslih“ njih 35,5% izjavilo kako alkohol je alkohol konzumiralo 1-3 dana, dok je isti podatak na ukupnom uzorku navelo 30,4% ispitanika; o konzumaciji alkohola 4-9 dana u posljednjih mjesec dana izvještava 16,2% ispitanika „mlađih odraslih“, dok je postotak zabilježen na sveukupnom uzorku i u ovom slučaju manji i iznosi 13,5% (Glavak Tkalić i sur., 2016). Što se broj dana u kojima se konzumiralo alkohol u posljednjih mjesec dana povećava, to se razlika među spomenutim subuzorkom i cjelokupnim uzorkom smanjuje. Naime, o pijenju između 10 i 19 dana u proteklom mjesecu izvještava 8% unutar skupine „mlađih odraslih“, dok 7,2% ispitanika na ukupnom uzorku navodi istu učestalost. Kada se sagleda ona najnepovoljnija razina učestalosti pijenja, što je 20 ili više dana u proteklih mjesec dana, tada je postotak zabilježen na cijelom uzorku 5,9%, a na uzorku „mlađih odraslih“ 2,9% (Glavak Tkalić i sur, 2016). Naime, autori navode kako je najčešća zastupljenost konzumacije alkohola 20 ili više dana u posljednjih mjesec dana utvrđena u starijim dobnim skupinama, i to u onih između 45 i 54 godine (9,3%) te onih dobi između 55 i 64 godine (8,7%). Slične navike pijenja pronađene su i u odnosu na tzv. binge drinking, odnosno učestalost konzumacije šest ili više alkoholnih pića zaredom. Naime, „mlađi odrasli“ u puno manjem postotku izjavljuju kako to nisu učinili nikada (31,5%), dok je na ukupnom uzorku taj postotak 46,4%. Rjeđe nego jednom mjesečno na ovaj način pije 25,8% „mlađih odraslih“, a na cjelokupnom uzorku njih 20,2%. Nadalje, 17,2% mladih izjavljuje kako piju šest ili više pića jednom mjesečno (u odnosu na 11,4% cjelokupnog uzorka), dok o učestalosti od jedanput tjedno izvještava 11,5% mladih (u odnosu na 7,2% cjelokupnog uzorka). Ispitivanje „binge drinking“ obrasca u svakodnevnoj ili gotovo svakodnevnoj učestalosti dovodi do toga da je postotak na cjelokupnom uzorku (0,9% ispitanika) veći od postotka u izdvanom subuzorku (0,7% ispitanika). Naime, udjeli onih koji su skloni svakodnevnom opijanju na ovakav način bili su najviši u dobnoj skupini između 45 i 54 godine, gdje je njih 1,4% izjavilo o (gotovo) svakodnevnoj učestalosti takve konzumacije (Glavak Tkalić, 2016).

Kovčo Vukadin (2016) na uzorku od 1880 studenata Republike Hrvatske dolazi do sljedećih podataka glede konzumacije alkohola: 75,1% mladih iz uzorka konzumirali su alkohol u posljednjih 30 dana, od čega je njih 6% to činilo u prosjeku svaki drugi dan; s konzumiranjem alkohola studenti u prosjeku kreću već s 13,5 godina, a studentice s 14,5 godina; čak 9% mladih iz ukupnog uzorka navodi kako konzumiraju alkohol 2-3 puta tjedno, a njih 1,1% 4 i više puta tjedno; 6,7% studentica te 12,4% studenata izjavili su da u prosjeku jednom tjedno u izlasku

popiju 6 ili više pića zaredom (binge drinking). Podaci su to koji svjedoče o ozbiljnosti problema pijenja kod mladih u Hrvatskoj, a pitanje koje ostaje je koliki postotak tih mladih će jednom razviti ovisnost o alkoholu tj. jesu li ju neki već i razvili, što se nije ispitivalo. Osim skupine mladih, kao još jedna zasebna skupina ističu se i žene – čijim se obrascima i uzrocima pijenja, pitanju alkoholizma te komorbiditetnih poremećaja, u posljednje vrijeme pridaje sve više pozornosti. Mladenović (2009: 25; prema Konstantinović Vilić i Žunić, 2014) ističe kako je životna prevalencija zlouporabe alkohola više od 10% za muškarce i više od 5% za žene, a prevalencija ovisnosti o alkoholu je 5-10% za muškarce te 3-5% za žene. Kovač i sur. (2014) daju pregled čitavog niza rizičnih čimbenika odnosno specifičnosti problema pijenja žena, i to razdjeljujući ih s obzirom na njihovu dob (adolescentice, mlade žene, žene u srednjim godinama te starije žene). Pritom napominju kako je uslijed promjene u tradicionalnoj ulozi žene došlo i do iznimnog porasta žena koje prekomjerno konzumiraju alkohol (Kovač i sur., 2014). Ono što je zabrinjavajuće je da se medicinskim istraživanjima potvrdilo kako se štetno djelovanje alkohola puno više i brže odražava na tijelo i psihičko stanje kod žena nego kod muškaraca (Konstantinović Vilić i Žunić, 2014).

### **2.3. Posljedice alkoholizma**

Alkoholizam dovodi do cijelog niza posljedica, i to kako brojnih tjelesnih posljedica, tako i brojnih psiholoških, ali i vrlo učestalih i ozbiljnih socijalnih posljedica - mahom na obitelj te na radne odnose. Nerijetko su upravo one najprimjetljivije - fizičke, odnosno tjelesne komplikacije, razlog da osoba potraži pomoć oko rješavanja problema alkoholizma (Thaller i sur., 2002). Kompleksnost i širinu problematike po pitanju odnosa između alkohola i zdravlja, na najbolji način prikazuje podatak da je alkohol uzročno vezan uz otprilike čak 60 različitih medicinskih stanja, dok je ujedno 4% svih bolesti povezano upravo s pijenjem alkohola (Žuškin i sur., 2006). Zoričić (2018) daje vrlo pregledan popis tjelesnih posljedica prekomjernog pijenja i alkoholizma. U tom popisu upozorava na opasnost od alkoholne bolesti jetre, odnosno ciroze jetre, budući da je ista ta teška bolest u više od 70% slučajeva povezana s teškim pijenjem alkohola (Zoričić, 2018). Duvnjak (2003; prema Zoričić, 2018) navodi kako se smatra da čak 80% karcinoma jetre nastaje na podlozi ciroze, što bi značilo da alkoholičarima itekako može prijetiti i ova smrtonosna bolest. U spomenutom popisu tjelesnih posljedica alkoholizma, Zoričić navodi i ove iduće posljedice: akutni i kronični pankreatitis, bolesti povezane s mišićno-koštanim sustavom, kardiovaskularne bolesti, cerebrovaskularne bolesti, endokrini poremećaji,



hipogonadizam u muškaraca, bolesti respiratornog sustava poput najučestalije - tuberkuloze pluća, metabolički poremećaji te pojedini poremećaji perifernog (alkoholna polineuropatija), kao i središnjeg živčanog sustava (Wenicke-Korsakovljev sindrom, alkoholne demencije, epileptički napadi, fetalni alkoholni spektar poremećaja i dr.). Goldhstein (1985, prema Žuškin i sur., 2006) upozorava na najučestalije uzroke smrtnosti kod ovisnika o alkoholu, a među njima se nalaze nesreće, ozljede, otrovanja, kardiovaskularne bolesti, tuberkuloza pluća, ciroza jetre, zloćudne bolesti te nažalost i samoubojstva.

Dobro je znano kako konzumacija alkohola može utjecati na pojavu raznih psihičkih smetnji poput otežane koncentracije, slabljenja pamćenja, otežanog logičkog zaključivanja, osiromašenog mišljenja, a isto tako dovodi i do zamjetnih izmjena u emocionalnim stanjima osobe i to u vidu izrazitih oscilacija raspoloženja, emocionalne razdražljivosti, ravnodušnosti, anksioznosti, depresivnosti i dr. (Hdagma, 2016). Ipak, psihološke posljedice alkoholizma nažalost idu i puno dalje od toga. Od psiholoških posljedica prekomjernog pijenja i alkoholizma, Zoričić (2018) posebno izdvaja i upozorava na delirium tremens, potom na tzv. tranzitorno halucinatorno iskustvo, zatim na dobro znani sindrom sustezanja od alkohola (apstinencijski sindrom), alkoholnu halucinozu, patološko pijano stanje, alkoholnu amneziju te patološku ljubomoru u alkoholičara. Delirium tremens je akutni moždani sindrom, koji se najčešće pojavljuje upravo u alkoholičara i to zbog naglog prestanka pijenja alkohola, kao i zbog nagle redukcije količine ili pak naglog povećanja količine alkohola (Zoričić, 2018). Također, karakteristično za delirium tremens je da on nastupa vrlo naglo te da se često javlja u onih osoba koje alkohol konzumiraju kroz duže vrijeme i u većim količinama, smatra se kroz najmanje 5 godina (Ilić i Sedić, 2011). Glavni simptomi ovog najpoznatijeg i najtežeg akutnog psihičkog poremećaja u alkoholičara su izrazit psihomotorni nemir, zatim vremenska i prostorna dezorijentacija kao i dezorijentacija prema drugim osobama te zastrašujuće vidne halucinacije – uglavnom sitnih gmižućih životinja poput miševa, zmija, štakora i sl. (Ilić i Sedić, 2011).

Jedna od posljedica alkoholizma koju nikako ne treba shvaćati olako je patološka ljubomora alkoholičara, koja se ubraja u skupinu paranoidnih psihotičnih ideja, gdje ovisnik krivnju zbog svoje smanjene potencije prebacuje na svoju suprugu koju neprestano optužuje za promiskuitet, kontrolira, a nerijetko i napada (Zoričić, 2018). Ovaj poremećaj krajnje je ozbiljan i unosi nemir, svađe i učestale agresivne ispade u čitavu obitelj, a ponekad dolazi i do toga da je ovisnik u toj mjeri fizički nasilan prema svojoj supruzi da dovodi u opasnost njezin život. Alkohol kao kriminogeni faktor sam po sebi spada u izrazito istraživano i elaborirano područje, iako jasno razrađena povezanost između alkoholizma i kriminaliteta ustvari i ne postoji. Ipak,

Dundović (2008) istražujući ubojstva intimnih partnera u Hrvatskoj, upućuje na činjenicu da je unutar ispitanog uzorka od 148 počinitelja ubojstava ukupno čak 25% ovisnika o alkoholu, dok njih 29,1% prekomjerno pije. Također, vrlo je bitno za naglasiti da je unutar spomenutih 25% ovisnika o alkoholu te 29,1% prekomjernih konzumenata gotovo podjednak omjer žena i muškaraca, što upućuje na to da i žene koje imaju problema s alkoholom mogu biti krajnje nasilne te životno ugroziti svoga partnera, vjerojatno u eskalaciji brojnih svađa, nemira i nasilja u obitelji.

Može se primijetiti kako je upravo patološka ljubomora alkoholičara kao i svi negativni čimbenici koji s njome dolaze, u bliskoj vezi sa socijalnim posljedicama alkoholizma. Zoričić (2018) daje svojevrsnu definiciju socijalnih posljedica alkoholizma navodeći kako one podrazumijevaju nesposobnost, tj. nespremnost za ispunjavanjem socijalnih uloga koje su postavljene pred pojedinca, i to u više sfera – u obitelji, na poslu, te u društvenom okruženju. Tako u obitelji uslijed alkoholizma jednog od roditelja dolazi do zanemarivanja roditeljskih i obiteljskih dužnosti, oscilacija u emocionalnim odnosima u obitelji koji su nerijetko popraćeni agresivnošću, potom dolazi i do psihičkih poremećaja u djece, ali i do gubljenja komunikacije te bilo kakvog planiranja i suradnje (Cvančić i Rozika, 2017). Iz svega navedenog jasno je da u obitelji pogođenoj alkoholizmom nastupa kaos, a kako alkoholizam sve više napreduje, tako i negativni učinci po obitelj alkoholičara postaju sve veći. Kako je već prethodno spomenuto, socijalne posljedice alkoholizma manifestiraju se i izvan obitelji alkoholičara. Zoričić (2018) navodi kako se kod alkoholičara javljaju i problemi na radnome mjestu, no da se isti uglavnom javljaju nekoliko godina poslije u odnosu prema problemima koji se javljaju u obitelji. Jasno je kako je razlog tome taj što se alkoholičar nastoji kontrolirati kako njegovo radno mjesto ne bi bilo ugroženo, ali s uznapredovalim razvojem ovisnosti mu to jednostavno više ne polazi za rukom te tada realnost postaju iznimno visoke stope bolovanja, otkazi, invalidske mirovine. Žuškin i sur. (2006) napominju kako je alkoholizam velik problem na radnom mjestu jer oštećuje zdravlje te tako smanjuje produktivnost osobe i dovodi do nesreća i ozljeda na radnome mjestu. Po pitanju posljedica alkoholizma po društvo, evidentno je i kako su suicidi, agresija, nasilje te kaznena djela razbojništva i ubojstava daleko učestaliji među alkoholičarima nego u ostatku populacije (Zoričić, 2018). Nužno je stoga što ranije detektirati da osoba ima problema s alkoholom, prije nego li nastupi šteta po samu osobu (po mogućnosti prije nego li uopće nastupi ovisnost i brojni komorbiditetni poremećaji), kao i prije nego li se pojave ozbiljne posljedice po njezine bližnje te širu okolinu, odnosno cijelo društvo.

Prema svemu navedenom, nema sumnje da je alkoholizam jedan iznimno kompleksan problem kojeg svakako nije jednostavno u potpunosti predočiti. Niz je problema koji se vežu

usko uz alkoholizam, od brojnih popratnih tjelesnih i psihičkih komplikacija uslijed alkoholizma, preko lišavanja radne sposobnosti i komisija za ocjenu invaliditeta, broja godišnjih hospitalizacija, hospitalnih liječenja, pa sve do nastupa smrti uslijed komplikacija alkoholizma poput ciroze jetre. Prema procjenama Svjetske zdravstvene organizacije WHO (2011) u svijetu svake godine od posljedica alkohola umre do 2,5 milijuna osoba, uključujući čak 320 000 mladih između 15 i 29 godina života. Štifanić (1995) navodi kako su za Hrvatsku po pitanju praćenja problema alkoholizma od posebne važnosti bili podaci Republičkog registra alkoholičara pri Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo, kojega je ustanovio profesor Hudolin još 1965. godine. Ipak, isti registar danas nažalost više ne postoji. Zoričić (2006:3) naglašava kako u Hrvatskoj brojimo oko 250 000 ovisnika o alkoholu, dok i do 800 000 ljudi prekomjerno pije alkohol. Uz to, ovaj autor upućuje i na činjenicu kako se od tog broja alkoholičara svega njih 7500 godišnje liječi od alkoholizma.

#### **2.4. Metode liječenja**

Jedna od osnovnih činjenica vezanih uz liječenje tj. tretiranje alkoholizma je da ne postoji samo jedan, jedinstveni pristup/postupak koji bi bio dokazano učinkovit (Manzardo i sur., 2008). Thaller i sur. (2002) opisuju liječenje alkoholizma kao iznimno složen i dugotrajan postupak, koji se odvija na nekoliko načina, odnosno moglo bi se reći kroz nekoliko dijelova. Prema istim autorima, samo se početni dio liječenja alkoholizma usko veže uz zdravstvenu, tj. uz psihijatrijsku djelatnost. Ipak, u ovom poglavlju naglasak će mahom biti stavljen upravo na taj početni dio liječenja, s obzirom da je kasnije kroz čitav rad naglasak na daljnjoj rehabilitaciji kroz prikaz rada klubova liječenih alkoholičara. Upravo zato izuzetno je važno razlikovati liječenje alkoholizma kao postupak u užem smislu od liječenja tjelesnih i društvenih komplikacija, koje su ustvari posljedice alkoholne ovisnosti te čije liječenje mora nužno biti povezano s dugotrajnošću i promjenom stila života cijele obitelji (Thaller i sur., 2002).

U Hrvatskoj se liječenje alkoholizma „ugrubo“ može podijeliti na institucionalno, koje podrazumijeva potpunu ili parcijalnu hospitalizaciju te na neinstitucionalno, koje podrazumijeva ambulantno liječenje ili pak odlaske na individualne/grupne psihoterapije, obiteljske terapije ili pak odlaske u klubove liječenih alkoholičara (Prekrtić, 2016). Hudolin (1991) navodi kako se stacionarno liječenje u psihijatrijskim odjelima provodi s onim ovisnicima o alkoholu koji imaju teže psihičke komplikacije uslijed alkoholizma ili s onima kod kojih je prisutan komorbiditet, primjerice neka duševna bolest. Takvim se pristupom

osigurava cjelodnevno sigurno okruženje uz liječnički nadzor, a nakon što takvo krizno razdoblje završi, pacijent liječenje nastavlja u obliku parcijalne hospitalizacije – u dnevnim bolnicama, ili ga pak nastavlja u nekom od neinstitucionalnih oblika liječenja (Prekrtić, 2016).

Orešković i sur. (2013) ističu kako su upravo dnevne bolnice parcijalan oblik hospitalizacije u kojemu pacijent dobiva intenzivan psihijatrijski tretman koji mu je potreban, a da je pritom u bolnici prisutan dio dana, dok ostaje živjeti u svojoj obitelji i zajednici. Ovakva se strategija parcijalne hospitalizacije pokazala isplativom, a osim toga ona omogućava svojevrsno testiranje alkoholičara i to na način da se ispituje drže li se onoga što su naučili kroz tretman u bolnici, i onda kada vrijeme provode van bolnice, tj. u zajednici. Naime, jedanput dnevno se održava zajednički sastanak svih pacijenata na kojemu se onda analiziraju događaji od prethodnog dana ili vikenda (Matejčić, 2017). Još jedan posebni oblik parcijalne hospitalizacije je vikend bolnica, u kojoj alkoholičari provode samo vikend te primaju terapiju i sudjeluju u tretmanu skupa s članovima obitelji po principu višeobiteljske zajednice, dok sve ostale dane provode kod svoje kuće i u zajednici (Hudolin, 1991).

Što se tiče ambulantnog liječenja kao neinstitucionalnog oblika liječenja, ono se provodi nakon što su alkoholičari prošli kroz stacionarno liječenje ili parcijalno hospitalno liječenje. Hudolin (1991) naglašava kako je izrazito važno da neurološke, psihijatrijske i alkohološke ambulante surađuju s izvanbolničkim zdravstvenim službama, dispanzerima, socijalnim radnicima i klubovima liječenih alkoholičara. Isto tako navodi kako ambulantne službe mogu vrlo uspješno provesti izvanbolničko liječenje brojnih komplikacija uslijed alkoholizma, ali kako je na njima i poticanje klijenata i njihovih obitelji na uključivanje u klubove liječenih alkoholičara. U ambulantskim se programima dakle provode i grupna psihoterapija i obiteljska terapija, kao i individualna psihoterapija, ali krajnji cilj je uključivanje u klubove liječenih alkoholičara (Horčićka, 2016). Tome je tako jer u klubovima liječenih alkoholičara i sam liječeni alkoholičar i njegova obitelj mogu dobiti dugotrajnost i kontinuiranost liječenja koja je potrebna za postizanje novog stila življenja (Thaller i sur., 2002).

Müller i sur. (2009; prema Smrekar i sur., 2018) napominju kako se upravo tretman ovisnosti o alkoholu pokazao jednim od najvećih tretmanskih izazova, s obzirom da prema podacima o dostupnim terapijama tek polovina svih pacijenata postiže dugoročnu apstinenciju. Zoričić (2018) dodatno upućuje na jedan vrlo važan podatak, a to je da zloraba alkohola i ovisnost o alkoholu imaju najvišu stopu neliječenja među svim mentalnim poremećajima, koja u Europi iznosi čak 92%. Također, ovaj autor daje i objašnjenje takve visoke stope. Naime, navodi kako je nekoliko razloga tome i to od toga da postoji relativno malen broj terapijskih opcija uz činjenicu da je apstinencija gotovo svima uvijek jedini farmakoterapijski cilj, preko

toga da u društvu još uvijek ne postoji dovoljno razvijena svijest o težini te posljedica ove ovisnosti, pa sve do toga da je stigmatizacija alkoholičara u društvu i dalje prisutna, kao i strah alkoholičara od iste. Osim toga, ističe i kako očigledno prepoznavanje alkoholizma nije na onoj razini na kojoj bi trebalo biti, kao i dijagnosticiranje pa isto tako i poznavanje terapije alkoholizma u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Maloić (2007) dodaje kako postupak dijagnosticiranja i liječenja postaje sve složeniji stoga što su sve više prisutne kombinirane ovisnosti (alkohol i tablete, alkohol i marihuana), simptomatski alkoholizam (npr. kod depresije ili u osoba shizofrenih crta ličnosti) te ostali komorbiditeti. Pitanje je stoga i kako sve prethodno navedeno utječe na rad klubova liječenih alkoholičara, odnosno otežava li ga ono već unaprijed.

Važno je napomenuti da u liječenju alkoholizma značajnu ulogu obnašaju i pojedini lijekovi tj. pojedina sredstva. Tako se na samom početku uspostavljanja apstinencije pripisuju sedativi (benzodiazepini), s obzirom da oni sprječavaju razvoj simptoma ustezanja (napetosti, pojačanog znojenja, tremora), koji se javljaju s prestankom uporabe alkohola.<sup>3</sup> Isto tako, moguće je i uzimanje lijekova koji smanjuju osjećaj žudnje tj. želje za pijenjem (naltrekson, akamprosot i dr.), kao i antidepresiva koji mogu biti značajni u stabiliziranju psihičkog stanja bolesnika.<sup>3</sup> Također, kao pomoć u održavanju apstinencije kod nas se koristi i jedno od poznatijih sredstava – disulfiram (antabus/esperal). Zoričić (2018) navodi kako se disulfiram ordinira u dozama od 250 mg na dan i to kroz vremenski interval od najmanje 6 pa do 12 mjeseci. Isti se može započeti piti tijekom bolničkog liječenja alkoholizma, ali se isto tako može nastaviti koristiti i u klubovima liječenih alkoholičara. Disulfiram je sredstvo koje inhibira metabolizam alkohola uzrokujući neugodne simptome poput crvenila, glavobolje, mučnine, vrtoglavice, tahikardije, onda kada disulfiram dođe u doticaj s alkoholom (Chick i sur., 1992). U težim slučajevima, moguće je čak i nastupanje smrti. Ne preporuča se davati osobama koje imaju oštećenje jetre, srčana oboljenja, epilepsiju, teža sistemska oštećenja, kao ni ženama koje planiraju trudnoću ili su trudne (Horčička, 2016). Također, bitno je da svaka osoba sama donese konačnu odluku o konzumaciji disulfirama, odnosno važno je da bude spremna koristiti ga odgovorno i prema danim uputama.

---

<sup>3</sup> <http://www.hskla.hr/OvisnostOalkoholu/POSTAVLJENA%20PITANJA/sto%20je%20alkoholizam%20pit%2006.htm> (pristupljeno 15.7.2019.)

### 3. KLUBOVI LIJEČENIH ALKOHOLIČARA

Klubovi liječenih alkoholičara sada već imaju i relativno dugu tradiciju u Hrvatskoj te se može reći kako isti predstavljaju sinonim za rehabilitaciju u alkoholizmu (Čuljak, Culej i Dodić, 2013). Naime, klubovi liječenih alkoholičara u Hrvatskoj su počeli s radom još 1964. godine, a već 1970-ih godina počeo se osnivati velik broj klubova liječenih alkoholičara diljem Hrvatske (Breitenfeld i Wöfl, 2010). Vrlo se ubrzo - osamdesetih godina, dogodio i svojevrsni „prelazak“ s bolničkih na izvanbolničke programe liječenja alkoholičara (Thaller i sur., 2002). Zašto je do toga došlo? S obzirom da je alkoholizam bolest čiju široku kompleksnost ne mogu razriješiti isključivo bolničke metode liječenja, postalo je potpuno jasno kako je za povećanje uspješnosti liječenja potrebno osigurati postupak koji je prije svega dugotrajan te koji podrazumijeva međusobno pomaganje i potporu u apstinenciji te u ostvarenju veće kvalitete života. Upravo su klubovi liječenih alkoholičara primjer koji nosi sa sobom iznimno veliki potencijal za ostvarenje prethodno navedenog. Tome u prilog ide i činjenica da su se osamdesetih godina klubovi liječenih alkoholičara počeli širiti i po cijelome svijetu, što je počelo s njihovim osnivanjem u Italiji, 1979. godine (Hudolin, 2005). Italija u sljedećih desetak godina bilježi masivan razvoj klubova liječenih alkoholičara te se mreža klubova ondje širi na čak 2500 njih diljem Italije, sa ukupno oko 20 000 članova (Torre, 2006). Naposljetku, devedesetih godina klubovi liječenih alkoholičara bivaju osnovani u više od 30 zemalja svijeta, a do danas su prošireni na sve kontinente, izuzev Sjeverne Amerike te Australije.

Zamisao klubova liječenih alkoholičara kao višeobiteljskih zajednica potječe od čovjeka zaslužnog za osnivanje klubova na našim područjima, ali i šire – cijenjenog psihijatra i profesora Vladimira Hudolina (Zoričić, 2018). Klubovi liječenih alkoholičara mogu se promatrati u duhu socio-ekološke metode osmišljene za uspješno nošenje sa svim problemima vezanim s alkoholom (Curzio i sur., 2012). Hudolin (1991) navodi kako se alkoholičar i članovi njegove obitelji u pravilu u klub uključuju istodobno s liječenjem u bolnici, gdje ih se informira o ovoj formi posttretmana. Većina ovisnika biva zadržana na stacionarnom liječenju u bolnicama za liječenje ovisnosti, koje traje od 14 dana do najdulje 6 mjeseci ili pak prolazi kroz liječenje u dnevnoj bolnici u trajanju od 20 dana do 3 mjeseca (Frkin, 2016). To znači da većina članova klubova liječenih alkoholičara dolazi u klubove po preporuci psihijatra, iako, postoji i dio ovisnika koji u klubove dolaze na sasvim drugačiji način – da bi ispunili sudsku mjeru obveznog liječenja od ovisnosti. Problem je to stoga što takav ovisnik nerijetko dolazi na sastanke bez prethodne edukacije što znači i bez uvida u svoj problem te s namjerom da isključivo – „zadovolji formu dolazaka“ (Frkin i sur., 2016). Ipak, jasno je kako takvih članova

može biti i bez obzira na polemiku oko pitanja dobrovoljnosti, stoga Hudolin (1991) naglašava kako je od iznimne važnosti da se stručni djelatnik odnosno voditelj kluba liječenih alkoholičara zna dobro nositi s ambivalencijom liječenih alkoholičara. Ambivalencija je prema istome autoru bez ikakve sumnje najviše prisutna na početku dolazaka u klub, no ona se i nakon nekog duljeg vremena isto tako zna ponovno javljati. Treba još napomenuti kako je obiteljski pristup od iznimne važnosti u klubovima liječenih alkoholičara, tj. kako se upravo u klubu potiče proces promjene odnosa u obitelji, rasta i sazrijevanja čitave obitelji kao takve, ali i njene bolje povezanosti sa zajednicom (Thaller i sur., 2002).

U nastavku će biti detaljnije opisani kako sami klubovi liječenih alkoholičara i način njihova rada, tako i povijest njihova nastanka. Isto tako, pružit će se komparativni prikaz klubova liječenih alkoholičara i AA (anonimnih alkoholičara), a potom i dati detaljan prikaz istraživanja klubova liječenih alkoholičara u Hrvatskoj. Na taj način moći će se dobiti uvid u činjenično stanje koje vlada u klubovima liječenih alkoholičara, pa između ostaloga i u stvarnu prisutnost članova obitelji u radu klubova liječenih alkoholičara.

### **3.1. Definiranje klubova liječenih alkoholičara i opis njihova rada**

Klubovi liječenih alkoholičara (KLA) definiraju se kao višeobiteljske zajednice koje su koncipirane na principima samopomoći i uzajamne pomoći njenih članova te koje djeluju kontinuirano s ciljem promjene načina života liječenih alkoholičara kao i njihova rasta te sazrijevanja (Zoričić, Ivančić i Matošić, 2006). Hudolinova ideja pri osnivanju i širenju klubova liječenih alkoholičara u Hrvatskoj bila je da se liječenje alkoholizma odvija u zajednici alkoholičara te da u liječenje pojedinca bude uključena i njegova obitelj. Aktivni članovi klubova liječenih alkoholičara stoga nisu samo alkoholičari, nego i članovi njihove obitelji, koji isto tako rade na osobnoj promjeni te zajedno s apstinentom rade na ostvarenju drugačijeg životnog stila za čitavu obitelj (Torre, 2006). Ta ideja o aktivnom uključivanju obitelji u proces liječenja alkoholičara sasvim je smisljena s obzirom da se ovisnost o alkoholu ne doživljava kao individualni problem pojedinca, već se doživljava i kao problem cijele obitelji, pa ga stoga kao takav treba i tretirati. Neupitno je da bliski odnosi pa i zajednički život s osobom ovisnom o alkoholu ugrožavaju zdravlje i dobrobit čitave obitelji (Orford i sur., 2005, prema Oreb i sur., 2018). Maloić (2007) navodi kako nažalost dolasci članova obitelji na klubove liječenih

alkoholičara nerijetko znaju biti vrlo neredoviti, a nakon nekog vremena znaju se i potpuno prekinuti. To predstavlja velik problem te se da zaključiti kako je potrebno konstantno ulagati mnogo truda u motiviranje članova obitelji na redovite dolaske.

Zoričić (2018) ističe kako je upravo uvođenjem obitelji u sam fokus tretmana u klubovima liječenih alkoholičara, skupa s uvođenjem stručnih djelatnika u rad kluba, ova inačica AA (Alcoholics Anonymous) postala boljom od originala. Hudolin (1991) pak navodi kako je svojevrsni preduvjet aktivnom uključivanju u proces liječenja u klubovima poznavanje vlastitog poremećaja. Nužno je dakle da alkoholičar u samim počecima uključivanja u KLA dobije osnovna znanja o svojoj bolesti, ali isto je nužno i za pratnju tj. članove obitelji koji jednako tako trebaju biti adekvatno podučeni o alkoholizmu. Ipak, to je tek početni - uvodni dio iznimno dugotrajnog procesa rehabilitacije u klubovima liječenih alkoholičara, koji nerijetko podrazumijeva godine apstinencije kao i godine rada na promjeni ponašanja i uspostavi novog, uspješnijeg načina života bez alkohola.

Prema Opačić i sur. (2017) primarni cilj koji se nastoji postići u klubovima liječenih alkoholičara je održavanje apstinencije liječenog alkoholičara te isto tako poticanje njegove rehabilitacije i socijalne integracije. U postizanju prethodno opisanog, veliku ulogu igra međusobna podrška i potpora koju članovi pružaju jedni drugima, ali isto tako i profesionalna potpora koju članovi primaju od voditelja klubova. Sastanci u klubovima su kontinuirani i održavaju se intenzitetom od 1 put tjedno i to uobičajeno istoga dana i u isto vrijeme, a trajanje tih sastanaka je oko 90 minuta (Hudolin, 1991). Što se tiče brojnosti članova unutar jednoga kluba, ona se uglavnom mjeri prema uključenim obiteljima, pa se tako prema Breitenfeld i Wöfl (2010) u jednom klubu liječenih alkoholičara nalazi maksimalno 12 obitelji. Međutim, treba imati na umu da neki članovi dolaze na sastanke bez pratnje tj. kako nisu obitelji svih liječenih alkoholičara uključene u proces njihova oporavka. Tako primjerice istraživanje koje su provele Opačić, Oreb i Radat 2015. godine pokazuje da 37% od ispitanih članova (N=465 liječenih alkoholičara) dolazi na sastanke KLA bez podrške bliske osobe (Oreb i sur., 2018). Kako je sveukupna brojnost članova vrlo važno obilježje kvalitete rada klubova liječenih alkoholičara, tako Thaller i sur. (2002) naglašavaju kako je važno da se u jednom klubu nikako ne premaši brojka od 12 alkoholičara uz 12-15 članova njihovih obitelji te jednog do dva stručna djelatnika, odnosno ukupno od 25 do maksimalno 30 članova kluba.

Specifičnost klubova liječenih alkoholičara nije samo u tome što njihov rad obuhvaća individualnu i obiteljsku razinu, oni naime djeluje i šire – na razini čitave zajednice, to jest nastojeći približiti liječenog alkoholičara i njegovu obitelj s zajednicom u kojoj žive (Opačić i sur., 2017). Članove klubova potiče se na sudjelovanje u širokom rasponu izvanklupskih



aktivnosti, od likovnih aktivnosti, obrazovnih aktivnosti, večeri poezije, sportskih događanja pa i simboličnih obilježavanja određenih dana/mjeseci u godini. Smisao sudjelovanja u izvanklupskim aktivnostima je i da ono podrazumijeva veću uključenost liječenih alkoholičara i njihovih obitelji u vlastitu zajednicu, pa time može dovesti i do smanjenja stigmatizacije oboljelih i njihovih obitelji. Osim toga, sudjelovanje u takvim aktivnosti ima posebno snažan utjecaj na razvijanje međuobiteljske povezanosti, a na taj način se proširuje podrška liječenom alkoholičaru te podupire daljnji proces rehabilitacije (Thaller i sur.,2002).

Miljenović (2010) navodi kako u radu klubova liječenih alkoholičara stručnjaci tj. voditelji klubova koriste neke od brojnih tehnika: poticanje rasprave o određenim sadržajima, otvaranje, pružanje sadržaja za osobno ili obiteljsko promišljanje, podržavanje članova, reflektiranje na zamijećene procese, poticanje iznošenja osobnih iskustava. Prema istoj autorici, posebno važan proces u radu klubova je proces osnaživanja samih apstinenata, ali isto tako i njihove pratnje/obiteljskog podsustava te cjelokupne grupe. Pri osnaživanju se prvenstveno misli na pomoć korisniku u uviđanju vlastitih unutarnjih snaga kao i u uviđanju snaga ostalih članova grupe, ali misli se ujedno i na poticanje članova ka ukazivanju povjerenja jednih prema drugima, kako bi se ostvarili svi potencijali grupe tj. grupnoga rada. Maloić (2007) naglašava kako sama apstinencija nije dovoljna da bi se govorilo o svojevrsnom poboljšanju alkoholizma, nego je potrebno uočiti i generalno poboljšanje ponašanja i komunikacije u alkoholičara, kao i nestanak ili smanjenje drugih komplikacija koji prate alkoholizam (psihičkih, somatskih, obiteljskih, radnih, društvenih). Isto tako, autorica upućuje na nužnost strpljivosti oko očekivanja promjena, s obzirom da je ponekad stupanj razvoja ovisnosti o alkoholu toliko visok da je pitanje uopće koje i kolike promjene su realne za očekivati.

Thaller i sur. (2002) navode da, vezano uz sadržaj rada klubova, treba revidirati rad kluba ako sami članovi počnu imati prigovore na jednoličnost sastanaka odnosno jednoličnost njihovih sadržaja. Ovi autori smatraju kako takvi problemi najčešće nastupaju zbog: neuključivanja članova obitelji, prevelikog broja članova koji uzrokuje pasivnost u nekih članova, nametanja pojedinih članova u grupi, iskorištavanja kluba za vlastite interese, izostanka brige za odsutne članove kao i za razloge njihove odsutnosti, gubitka zanimanja za stručne teme i literaturu, nesuradnje s ostalim klubovima, nedovoljnog iskustva stručnog djelatnika. Neki od ovdje spomenutih čimbenika koji mogu dovesti do nezadovoljstva radom KLA samo upućuju na to koliko je važno u istraživanjima klubova liječenih alkoholičara uključiti sve njihove članove (liječene alkoholičare, njihovu pratnju te voditelje klubova).

### 3.2. Povijest nastanka KLA i komparacija s AA (Alcoholics Anonymous)

U Hrvatskoj tradicija „borbe“ s alkoholizmom počinje s radom Zagrebačke alkohološke škole, čija tradicija seže sve do dvadesetih godina prošlog stoljeća (Zoričić, 2018). Isti autor navodi da liječenje prema modelu Zagrebačke alkohološke škole svrhu pronalazi u postizanju i održavanju trajne apstinencije od alkohola te u stvaranju novog načina života. Osim toga, uključivanje obitelji u liječenje te smanjenje pasivnosti pacijenta, također su bila osnovna načela u radu spomenute škole. Ipak, treba napomenuti kako, iako je sama tradicija Zagrebačke alkohološke škole starija, službeno i konačno utemeljenje ovog jedinstvenog pristupa sveobuhvatnog liječenja ovisnosti o alkoholu, kakvim ga znamo danas, slijedi 1964. godine. Tada, naime, ugledni psihijatar Vladimir Hudolin osniva Centar za proučavanje i suzbijanje alkoholizma te prvi klub liječenih alkoholičara u Hrvatskoj (Thaller i sur., 2002). Sa spomenutom 1964. godinom dogodili su se znatni pomaci s obzirom da se liječenje alkoholizma do tada sastojalo uglavnom samo u tzv. detoksikaciji i u preporuci alkoholičaru da ubuduće pije manje. Ako je alkoholizam pak prethodno i bio dijagnostičiran, ovisnost kao takva nije se liječila, već su se liječile samo somatske posljedice tj. komplikacije alkoholizma (Hudolin, 1991).

Hudolin ideju o osnivanju klubova liječenih alkoholičara dobiva u Londonu, upoznavanjem s radom grupa Anonimnih alkoholičara (AA – Alcoholics Anonymous), koje su nastale još 1935. godine, a već 1937. postale svjetski priznate kao grupe za uspješno liječenje i rehabilitaciju alkoholičara (Zoričić, 2018). O tome koliko su grupe Anonimnih alkoholičara raširene svjedoči podatak da samo u SAD-u i Kanadi danas ima preko 56 000 AA grupa, dok diljem cijeloga svijeta djeluje 114 561 prijavljena AA grupa, a ukupno je zabilježeno čak 1 989 260 članova Anonimnih alkoholičara (Torre i sur., 2010). Ono što uvelike obilježava rad grupa Anonimnih alkoholičara je vjerski aspekt te se smatra kako se oporavak u AA postiže kroz takozvano „duhovno buđenje“, koje je ustvari konačni korak na putu oporavka kroz 12 stepenica u AA doktrini (Kelly, 2016). Zoričić (2018) naglašava kako je u AA grupama, onda kada je u pitanju oporavak liječenog alkoholičara, osim na vjeri, veliki naglasak stavljen i na zajedništvu, tj. na dijeljenju iskustva te na zajedničkoj snazi i rješavanju zajedničkih problema. Isto tako i kontinuirana trijeznost anonimnih alkoholičara ovisi upravo o pomaganju drugima da se oporave od alkoholizma. Brojne su pogodnosti koje proizlaze iz takvog načela pomaganja drugima. Primjerice, Pagano i sur. (2011) ističu kako pojedine studije ukazuju na to da se kod alkoholičara koji pohađaju AA grupe i pružaju pomoć drugim članovima javljaju pozitivni efekti na ishode vezane uz pijenje (više apstiniraju), kao i pozitivni efekti na neke varijable

mentalnog zdravlja (smanjuje se razina depresije).

Zahvaljujući upoznavanju s radom AA grupa, ali i zahvaljujući svim drugim vrijednim iskustvima koja je stekao od brojnih stranih stručnjaka, Hudolin odlučuje implementirati sva svoja znanja i iskustva kako bi osnovao klubove liječenih alkoholičara na našem području (Zoričić, 2018). Pri tome on čini sve potrebne izmjene kako bi uspješno i prikladno implementirao stečena iskustva rada u grupama, načela terapijske zajednice i grupa samopomoći. Važno je stoga definirati koje su osnovne razlike u radu svjetski poznatih AA grupa te u radu klubova liječenih alkoholičara. Naime, dvije su razlike koje se smatraju osnovnim razlikama između rada AA (Alcoholics Anonymous) grupa i između KLA (klubova liječenih alkoholičara). Prva razlika je u tome da je religiozna komponenta koja je prisutna u radu AA grupa, izostavljena u klubovima liječenih alkoholičara, s obzirom da je Hudolin osnivanje klubova prilagodio tadašnjoj socijalističkoj, ateističkoj državi (Torre, 2006). Zoričić (2018) dodaje kako je Hudolinov hvalevrijedan pothvat taj što je umjesto religioznosti osmislio premisu antropološke duhovnosti, koju je opisao kao cjelokupnu karakteristiku ljudskog ponašanja, prenesenu ljudsku kulturu, koja u poveznici s biopsihosocijalnim čimbenicima određuje ponašanje pojedinca. Hudolin (2010, prema Zoričić, 2018) naglašava kako antropološka spiritualnost nadilazi okvir pojedinačnih religija i zbližava različite sociokulturne okvire te tako čini klubove izuzetno pogodnima širenju diljem svijeta. Sljedeća, jednako važna razlika je da klubove liječenih alkoholičara, za razliku od AA grupa, vode isključivo profesionalni stručnjaci dodatno educirani za rad s grupom alkoholičara (socijalni radnici, socijalni pedagozi, medicinske sestre, psihijatri, psiholozi...), koji vješto vode grupne procese (Opačić i sur.,2017). Treba navesti i pojedine sličnosti između AA grupa i klubova liječenih alkoholičara, kao primjerice da je u oba slučaja riječ o grupama samopomoći. Isto tako, slično kao i AA model, sastanci KLA su besplatni, klubovi su osnovani od strane lokalne vlasti, dostupni su na lokalnoj razini te su sastanci na tjednoj bazi, unutar lokalne zajednice (Kelly i Yeterian, 2008, prema Opačić i sur., 2017). Osim toga, stara mudrost koja obilježava rad AA grupa „pomaganje drugima pomaže i samome pomagaču“, ustvari je, iako ne toliko eksplicitno naglašena, prisutna i u viziji klubova liječenih alkoholičara.

Međutim, dvije osnovne razlike koje su nešto ranije istaknute nikako nisu jedine razlike koje postoje između ova dva oblika liječenja tj. resocijalizacije i rehabilitacije alkoholičara. Opačić i sur. (2017) navode kako su se s vremenom istaknule još neke ključne razlike između AA grupa i KLA (klubova liječenih alkoholičara) koje su itekako vrijedne spomena. Tako je prva, vjerojatno i najočiglednija od svih razlika koje ove autorice spominju, ta da klubovi liječenih alkoholičara funkcioniraju na principu suočavanja s alkoholizmom radije nego na

anonimnosti (kako je u grupama Alcoholics Anonymous). Dakle, u klubovima liječenih alkoholičara članove se potiče na to da otvoreno govore o njihovom alkoholizmu i van same grupe (Opačić i sur., 2017). Sljedeća razlika prilično je vezana uz prethodnu, a odnosi se na to da je za klubove liječenih alkoholičara karakteristično organiziranje velikog broja aktivnosti koje se provode izvan kluba – u zajednici, što se čini kako bi se osigurala snažnija integracija liječenih alkoholičara u njihovu zajednicu. S druge strane, AA grupe su ustvari zatvorene u odnosu prema zajednici. Potom, spomenute autorice također navode i kako su klubovi liječenih alkoholičara nevladine organizacije koje imaju formalnu strukturu gdje su određeni članovi grupe ujedno uključeni i u predsjedničke pozicije nevladinih organizacija. Nadalje, još jedna od važnih razlika je i ta da nisu svi liječeni alkoholičari dobrovoljno uključeni u klubove liječenih alkoholičara. Neki od njih su u klubove upućeni putem odluke suda o obveznom liječenju od ovisnosti, kada im je obveza pohađati KLA u lokalnoj zajednici. Autorice ističu još jednu i to poprilično značajnu razliku između AA grupa i KLA, a ona je vezana uz uključenost obitelji u rehabilitaciju liječenog alkoholičara putem ovih grupa. Naime, za razliku od načina rada AA grupa, u klubovima liječenih alkoholičara s članovima obitelji se ne radi zasebno. Baš naprotiv, članovi obitelji su aktivno uključeni u sastanke klubova liječenih alkoholičara, kao i u sve ostale izvanklupske aktivnosti. Na taj način liječeni alkoholičar i njegova pratnja, što je najčešće suprug/a tj. partner/ica, imaju priliku na svojevrsan način vježbati vlastitu komunikaciju te tako raditi na svome odnosu već na samim sastancima kluba, uz pomoć voditelja.

### **3.3. Funkcioniranje klubova liječenih alkoholičara**

Klubovi liječenih alkoholičara rade sukladno formalno pravnim postavkama djelovanja organizacija civilnog društva, tj. prema Zakonu o udrugama, što između ostaloga podrazumijeva i kako KLA imaju organizacijsku strukturu koju čine razna upravljačka tijela poput predsjednika, dopredsjednika, tajnika, blagajnika te ostala tijela koja se osnivaju po potrebi i prema postojećim obvezama (Opačić i sur., 2019). Klubovi djeluju na način da se sastanci na kojima prisustvuju stručni djelatnik (voditelj kluba), liječeni alkoholičari te njihova pratnja, u pravilu održavaju jedanput tjedno (tijekom radnog tjedna), i to u popodnevnim satima. To može biti problem za neke članove koji recimo rade popodnevne smjene ili pak izmjenjuju smjenski rad, tako da ponekad iz opravdanih razloga ne mogu prisustvovati sastancima. Ipak, redovni sastanci klubova liječenih alkoholičara nisu jedina aktivnost u kojoj članovi KLA

sudjeluju. Prakticira se i održavanje raznih susreta, od brojnih neformalnih druženja između različitih klubova (uglavnom unutar županije/grada, ali ponekad i između njih), preko izvanklupskih aktivnosti poput sportskih druženja koja se uglavnom odvijaju unutar klubova u županijama (igranje nogometa, šaha, stolnog tenisa, tradicionalne biciklijade i sl.), potom obilježavanja određenih datuma u godini na razne načine (npr. Valentinovo – „trijezni tramvaj zvan čežnja-ljubav“ ; mjesec borbe protiv alkoholizma i drugih ovisnosti – tribine, koncerti, okrugli stolovi) pa sve do raznih kulturnih događanja (večeri pučke poezije, razne izložbe, tradicionalni susreti umjetnika i pjesnika KLA).<sup>4</sup> Osim toga, prakticiraju se i mjesečni koordinacijski sastanci na kojima se diskutira o prijašnjim i nadolazećim događanjima i manifestacijama, kao i o eventualnim problemima odnosno poteškoćama u radu klubova. Primjerice, ponajviše se diskutira o financijskoj pomoći i problemima te načinima osiguravanja iste. Na jednoj od koordinacija KLA unutar Zajednice Zagreba kao problemi su se istaknuli slabo dolaženje novih članove u klubove, kao i njihovo rano odustajanje onda kada dođu.<sup>5</sup> Aktivno se izvještava samo o mjesečnim koordinacijama ZKLA (Zajednice klubova liječenih alkoholičara Zagreba), dok se o koordinacijama u drugim klubovima toliko ne izvještava, tako da se ne zna mnogo o njihovom provođenju i sadržaju.

U odnosu na organiziranje i sudjelovanje klubova liječenih alkoholičara u brojnim, prethodno spomenutim izvanklupskim aktivnostima, važno je prikazati rezultate dobivene istraživanjem različitih dimenzija rada KLA, na nacionalnom uzorku. Naime, Opačić i sur. (2019) provele su istraživanje u kojemu su ispitale funkcioniranje čak 84 kluba liječenih alkoholičara s područja cijele Hrvatske. Prema podacima koje su autorice dobile, 71 klubova liječenih alkoholičara (84,3% ispitanog uzorka) navodi kako organiziraju izvanklupske aktivnosti ili u njima sudjeluju. Najčešće se radi o međusobnom posjećivanju članova (u 75% KLA), potom o organiziranju izleta (62% KLA), tribina i skupova (53,57% KLA), sudjelovanja na večerima poezije (44% KLA). U najvećem broju klubova liječenih alkoholičara (32,14%) razne izvanklupske aktivnosti organiziraju se u prosjeku dva puta godišnje (Opačić i sur., 2019). Kako bi financirali svoje aktivnosti, klubovi liječenih alkoholičara moraju imati više izvora. Većina KLA (73,8%) ima članarinu u iznosima od 5 do 50 kuna mjesečno, no najznačajniji izvor sredstava predstavljaju jedinice lokalne samouprave (63%) tj. grad Zagreb ili županije (27,38%). Također, od ispitanog uzorka, oko 20% KLA navodi kako imaju podršku određenih ministarstava ili poduzeća (Opačić i sur., 2019).

Što se tiče same forme funkcioniranja klubova liječenih alkoholičara, vrlo je važno

---

<sup>4</sup> <http://www.hskla.hr/Aktivnosti.htm> (pristupljeno: 5.8.2019.)

<sup>5</sup> [http://www.hskla.hr/ag/2014\\_god/206\\_7\\_2014\\_2.3/206\\_2014\\_04\\_s03.htm](http://www.hskla.hr/ag/2014_god/206_7_2014_2.3/206_2014_04_s03.htm) (pristupljeno: 5.8.2019.)

napomenuti kako su klubovi ranije postojali kao dio primarne zdravstvene zaštite (Hudolin, 1982, prema Maloić, 2007). Međutim, kako je već i spomenuto, danas klubovi liječenih alkoholičara funkcioniraju kao nevladine udruge građana, a prema Maloić (2007) takvo funkcioniranje uslijed promijenjenih društvenih okolnosti znatno otežava i usporava rad klubova, kao i njihovo osnivanje. Tomu u prilog ide i podatak da je 1985. godine bio najveći broj klubova liječenih alkoholičara u Hrvatskoj – oko 550, dok je 2007. godine radilo tek 176 klubova liječenih alkoholičara, dakle trostruko manje (Maloić, 2007). Štoviše, postoje podatci da je u predratnom razdoblju djelovalo i do 650 klubova liječenih alkoholičara, no početkom Domovinskog rata došlo je do prestanka djelovanja većine klubova (Thaller i sur., 2002). Unatoč tomu, krajem devedesetih godina, najviše zahvaljujući naporima brojnih stručnjaka, mreža klubova počela je ponovo polako rasti te je u to doba bilo 130 klubova, uglavnom iz grada Zagreba te s područja sjeverozapadne Hrvatske, Istre i Kvarnera.<sup>5</sup> U Hrvatskoj trenutno djeluje 203 klubova liječenih alkoholičara, od čega je njih 77 samo na području grada Zagreba.<sup>6</sup> Uz brojku od 77 klubova liječenih alkoholičara koji djeluju na području grada Zagreba, još je 12 klubova koji djeluju na području Zagrebačke županije, što se zbrojem približava gotovo polovici ukupnog broja klubova na području cijele Hrvatske. Ipak, svakako treba imati na umu kako su u svakom trenutku moguće pojedine izmjene pa i ukidanja određenih klubova. Navedeno ustvari znači da bi broj klubova koji u ovom trenutku rade i funkcioniraju u stvarnosti mogao biti nešto manji.

Važno je navesti činjenicu kako osim klubova liječenih alkoholičara (KLA), postoje i tzv. ogledni klubovi liječenih alkoholičara (OKLA), koji pak djeluju u bolnicama koje se bave problematikom alkoholizma. Oni su naime iznimno važni zbog toga što se u oglednim klubovima provodi motivacijski postupak za uključivanje u rad KLA koji djeluje u lokalnoj zajednici.<sup>5</sup> Nadalje, klubovi liječenih alkoholičara (KLA) udružuju se u županijske zajednice klubova, koje se pak udružuju u Hrvatski savez klubova liječenih alkoholičara (Zoričić, 2018). Uz brojne klubove liječenih alkoholičara, ostali članovi HSKLA mogu biti i područne/županijske udruge, potom zajednice klubova liječenih alkoholičara iz Republike Hrvatske te svaka pravna osoba koja se bavi liječenjem i resocijalizacijom ovisnika o alkoholu ili pak jednostavno ima interes pomagati u radu Saveza i apstinenciji alkoholičara.<sup>7</sup> Prema izvodu statuta Hrvatskog saveza klubova liječenih alkoholičara (HSKLA), cilj Saveza je poticati promicanje klubova liječenih alkoholičara, kao i koordinirati te neprestano unaprjeđivati njihov rad, a sve to uz suradnju s ostalim ustanovama koje se bave liječenjem

---

<sup>6</sup> <http://www.hskla.hr/adresar.htm> (pristupljeno: 5.8.2019.)

<sup>7</sup> [http://www.hskla.hr/O\\_nama/Prava\\_i\\_obaveze.htm](http://www.hskla.hr/O_nama/Prava_i_obaveze.htm) (pristupljeno: 5.8.2019.)

alkoholizma te ostalim organizacijama i pojedincima koji imaju interes pomoći u ostvarenju spomenutog cilja.<sup>8</sup> Brojne su programske aktivnosti Saveza koje proizlaze iz spomenutog cilja, od kojih su neke: promicanje načela zajedništva i solidarnosti među alkoholičarima, borba za afirmaciju liječenih alkoholičara u društvu, organiziranje kongresa kao i stručnih skupova te sudjelovanje na raznim seminarima i stručnim predavanjima, osiguravanje edukacije i supervizije za stručne djelatnike u klubovima, stalno usavršavanje sadržaja rada klubova kao i evaluacija njihova rada, surađivanje s medijima oko pravodobnog informiranja javnosti o alkoholizmu i rehabilitaciji alkoholičara te druge aktivnosti.<sup>9</sup>

Prepoznatljivost djelovanja Saveza osigurana je izlaženjem časopisa „Alkohološki glasnik“, u kojemu se objavljuju stručni članci, izvješća sa skupština i stručnih sastanaka, te općenito novosti iz struke i iz rada klubova. Časopis ima svoje internet izdanje, ali i tiskano, na koje su preplaćeni svi klubovi. Međutim, probleme u njegovu kontinuitetu uzrokuje redukcija novčanih sredstava.<sup>5</sup> Ipak, najveći iskorak u informatizaciji Savez je napravio izradom web stranice ([www.hskla.hr](http://www.hskla.hr)), čime se pružio sveobuhvatan uvid u rad klubova i Saveza svima onima koje zanima ova problematika. Na stranicama Saveza čitatelj može dobiti odgovore na brojna pitanja iz područja alkohologije, kao i o mogućnostima liječenja, ali jednako tako može pronaći osnovne informacije o svim klubovima u Hrvatskoj te pregledati fotodokumentaciju s raznih manifestacija klubova ili pak pronaći linkove nekih drugih udruga i institucija koje se bave područjem alkoholizma u Hrvatskoj i u svijetu.<sup>5</sup>

### **3.4. Dosadašnja istraživanja KLA**

Kao što je napomenuto u samome uvodu ovoga rada, uzimajući u obzir dugu tradiciju klubova liječenih alkoholičara na našim područjima, može se konstatirati kako su istraživanja istih općenito zbilja rijetka i nedovoljno opsežna, odnosno nedovoljno sveobuhvatna. Posebice su rijetke evaluacijske studije koje bi konkretno ispitivale koliko su klubovi liječenih alkoholičara učinkoviti, što je velik nedostatak s obzirom da se upravo ispitivanjem učinkovitosti ovakvog oblika tretmana može dovesti do njegova ciljanog unapređenja (Marković, 2016).

---

<sup>8</sup> [http://www.hskla.hr/O\\_nama/Izvod\\_statuta.htm](http://www.hskla.hr/O_nama/Izvod_statuta.htm) (pristupljeno: 5.8.2019.)

<sup>9</sup> [http://www.hskla.hr/O\\_nama/Program%20rada\\_HSKLA.htm](http://www.hskla.hr/O_nama/Program%20rada_HSKLA.htm) (pristupljeno: 5.8.2019.)

Ipak, pojedina istraživanja koja postoje pobliže će se opisati, neka od njih i sa svrhom kasnije usporedbe s rezultatima istraživanja koje će biti provedeno u okviru ovog diplomskog rada. Istraživanja će biti prikazana kronološki, kako bi se mogli lakše predočiti pomaci u pristupu istraživanjima klubova liječenih alkoholičara u Hrvatskoj. Uz to, na kraju će se prikazati i jedan primjer nacionalne studije klubova liječenih alkoholičara provedene u Italiji, za koju je već spomenuto da je bila prekretnica za širenje klubova liječenih alkoholičara po cijelome svijetu.

Maloić (2007) daje prikaz funkcioniranja/rada kluba iz jedne manje sredine nedaleko Sesveta, a radi se o klubu „Kašina-Centar“. S obzirom da autorica opisuje rad specifično jednog kluba, daje dosta konkretan i detaljan prikaz stručnoga rada kao i problematike u radu kluba. Što se tiče samih obilježja članova kluba, ona se prikazuju više ilustrativno s obzirom da uzorak čini tek 21 član kluba Kašina-centar. Najzastupljenija dob članova je između 50 i 60 godina, a polovina članova je u bračnoj zajednici, dok su preostali uglavnom razvedeni. Od još nekih sociodemografskih obilježja članova ističe se činjenica da je 6-ero članova umirovljenika, a nezaposlenih je čak 9-ero. Kako autorica navodi, više od polovini članova je ovo prvo liječenje tako da kod njih većine postoji sklonost olakom shvaćanju problema alkoholizma. Nadalje, autorica se osvrće na cijeli niz problema koji otežavaju rad KLA, primjerice osvrće se na neredovitost u dolascima članova obitelji na sastanke kluba, krivljenje alkoholičara za pijenje te općenito odbijanje dolazaka članova obitelji na klub - što zbog spomenutog okrivljavanja, minoriziranja problema, a ponekad i zbog stida. Autorica također kao veliki problem u radu ovog kluba ističe činjenicu da klub egzistira unutar vrlo male zajednice, u kojoj se za svaki recidiv alkoholičara sazna pa se tako nerijetko i umanjuje vrijednost rada kluba. Osim toga, kako autorica navodi, problemi mogu nastati i zbog lokalne bliskosti članova, a veliki problem je i skućeni prostor unutar kojega se odvijaju sastanci, što onemogućava pojedine oblike rada – igranje uloga i sl. Spominje i iznimno oskudna sredstva tj. problem financiranja potrebnih sadržaja i slično. Može se zaključiti kako se radi o istraživanju koje se po pitanju funkcioniranja kluba više usmjerava na one negativne aspekte funkcioniranja – probleme u radu kluba.

Car Čuljak i sur. (2013) daju kronologiju rada KLA „Bistra“ kroz desetogodišnje djelovanje. Ovi autori u uzorak uključuju isključivo same liječene alkoholičare te tako naglašavaju kako im uzorak čini 77 liječenih alkoholičara koji su prošli kroz klub tijekom 10 godina njegova postojanja (od čega tek 5 žena, što je manje od 10%). Autori ipak napominju kako je od 77 liječenih alkoholičara njih 29 dolazilo na klub s pratnjom. Uz navedeno naglašavaju i činjenicu kako većinu apstinenata (od ukupno 29 uspješnih apstinenata) čine upravo liječeni alkoholičar koji su imali podršku članova obitelji/pratnje u klubu. Time upućuju



na zaključak kako je važno da članovi na sastanke klubova dolaze skupa s pratnjom tj. podrškom iz svoje bliske okoline. Među razlozima odlaska na liječenje na ovom su uzorku podjednako zastupljeni: radni odnos (kod 24 osobe), obiteljski problemi (kod 22 osobe) te zdravstveni problemi (kod 20 osoba), dok je njih 8 kao razlog navelo sudsku mjeru, a samo 3 vlastitu volju i inicijativu. Jedini pokazatelj svojevrstne učinkovitosti KLA koji je u ovome radu ispitan je apstinencija, što je svakako nedovoljno jer apstinencija bi trebala biti tek osnovna tj. polazna točka za uspješnu resocijalizaciju alkoholičara, kao i njegove obitelji.

Brlek i sur. (2014) proveli su kvalitativno istraživanje u kojemu ispituju voditelje klubova liječenih alkoholičara o primjeni savjetovanja kao metode pomoći. Cilj istraživanja bio je dobivanje uvida u specifičnosti primjene metode savjetovanja kao i u praktičnu učinkovitost primjene savjetovanja u procesu resocijalizacije članova kluba. U istraživanju se koristila metoda polustrukturiranog intervjua kojom se ispitalo 5 voditelja klubova – socijalnih radnica. Po pitanju specifičnosti koje prate proces savjetovanja ispitanici izdvajaju primjenu grupnog savjetovanja kao najučestaliju, potom obiteljsko savjetovanje, a o individualnom savjetovanju u klubovima govore više kao o iznimci, tj. ono se provodi po potrebi. Dvije su se kategorije posebno istaknule kada su u pitanju teme koje se najviše obrađuju u klubovima liječenih alkoholičara: obiteljski i partnerski odnosi te osobni rast i razvoj korisnika. Pod područjem osobnog rasta i razvoja korisnika nalaze se podteme koje se najčešće obrađuju poput samopoimanja, uviđanja osobnih kapaciteta, načina izražavanja emocija, razvijanja sustava vrijednosti, samopoštovanja i samopouzdanja. Praktična učinkovitost savjetovanja u klubovima liječenih alkoholičara nakon analize je prikazana kroz dvije kategorije: pozitivne osobne promjene korisnika i unaprjeđenje odnosa korisnika s okolinom. Od pozitivnih osobnih promjena kod korisnika ispitanice najviše ističu zadovoljstvo samih liječenih alkoholičara, bolju kvalitetu njihova života koju oni sami verbaliziraju, prihvaćanje bolesti koju imaju, odluka za apstinencijom, prihvaćanje samoga sebe i prihvaćanje odgovornosti, veća briga liječenih alkoholičara o sebi i drugima, veća komunikativnost. Brlek i sur. (2014) napominju kako upravo iz tih pozitivnih osobnih promjena korisnika proizlazi i druga spomenuta dobrobit od savjetovanja – unaprjeđenje odnosa liječenih alkoholičara s okolinom, što se posebice ogleda kroz uspostavljanje boljih odnosa s vlastitom obitelji.

Bogdan i sur. (2016) proveli su istraživanje u kojem su ispitali kvalitativne promjene u komunikacijskim vještinama članova kluba liječenih alkoholičara nakon uključivanja u rad kluba u odnosu na period prije uključivanja. U anketnom ispitivanju sudjelovalo je ukupno 56 ispitanika – ovisnika o alkoholu i članova njihovih obitelji, koji pohađaju KLA „Prijatelj“ na području grada Karlovca te u kojemu kao stručne djelatnice sudjeluju 2 medicinske sestre.

Većina ispitanika (80%) u klub dolazi redovito već više od godinu dana, a preostalih 20% ispitanika u klub dolazi 6 i više mjeseci. Čak 75% ispitanika je dobi između 40 i 59 godina, a potom slijedi dobna skupina od 60 godina i više, kojih je 18%, dok je najmanji broj sudionika između 20 i 39 godina, kojih je 7%. Instrument je osim sociodemografskih obilježja ispitanika također sadržavao skalu samoprocjene komunikacijskih vještina te jedan dio kojim se ispitivao napredak u komunikacijskim vještinama pomoću pitanja s ponuđenim odgovorima i mogućnosti višestrukog izbora. Nakon provedenih analiza utvrđena je statistički značajna razlika u samoprocjeni komunikacijskih vještina prije i nakon uključivanja u rad kluba. Primjerice, većina ispitanika, točnije njih 20 procijenilo je kako su njihove komunikacijske vještine prije uključivanja u klub bile ni dobre ni loše, a jednako toliko ih je procijenilo da su bile dobre, dok ih je čak 9 procijenilo lošima te tek 5 izrazito dobrima (najviše razina procjene). Nakon uključivanja u KLA, niti jedan ispitanik ne procjenjuje vlastite komunikacijske vještine lošima, dok ih čak 36 ispitanika procjenjuje dobrima te njih 17 – izrazito dobrima (najviša procjena). Pronađene su brojne pozitivne promjene koje članovi kluba navode: njih 97% navodi kako sada bolje razumiju druge, 91% navodi kako je njihova komunikacija puno uljuđenija (manje psovki), 92% navodi kako sada razgovaraju o obiteljskim problemima, dok njih 86% navodi da više vole govoriti i o sebi, ali i da im nije dosadno slušati probleme drugih ljudi (Bogdan i sur., 2014).

Bodor (2018) je u okviru svoje doktorske disertacije između ostaloga istraživao i psihosocijalno funkcioniranje ovisnika o alkoholu na uzorku od 140 alkoholičara iz ukupno 16 klubova liječenih alkoholičara sa područja grada Zagreba. Od ukupno 140 ispitanika, 82,9% čine muškarci, a 17,1% žene, s time da je prosječna dob sudionika 53 godine. Procjenjivale su se socijalne interakcije liječenih alkoholičara s njihovim partnerima (od 140 ispitanika, njih 90 izjavilo je da ima partnera/icu). Od tog broja, njih 41,8% je prilično zadovoljno tim odnosom, a 33% izjavljuje da je jako zadovoljno odnosom. Ipak, 36,3% liječenih alkoholičara navodi kako se povremeno sukobljava s partnerom/icom, a 14,3% izjavljuje da su isti sukobi – česti. Rezultati su dosta slični i po pitanju zadovoljstva odnosima s ostalim članovima obitelji, a ono što je još procjenjivano su socijalne interakcije na radnom mjestu. Od 140 ispitanika, njih polovina izjavljuje da radi te je od te polovine čak 41,7% prilično zadovoljno odnosima na radnom mjestu, 23,6% jako je zadovoljno, dok je 26,4% niti zadovoljno niti nezadovoljno. Ispitanici u skladu sa zadovoljstvom odnosima na poslu dosta visoko procjenjuju i razinu podrške koju ondje primaju, a osim toga i sukobi na radnom mjestu su puno manje učestali nego u ostalim popraćenim interakcijama (37,5% izjavljuje o rijetkim sukobima na poslu, 20,8% o povremenim te 1,4% o učestalim). Što se tiče zadovoljstva odnosima s prijateljima,

velika većina je prilično ili jako zadovoljna, dok je razina sukoba s prijateljima na najnižoj razini u odnosu na sva ostala ispitivana područja. Zanimljivi rezultati su i oni glede ispitivanja simptoma depresivnosti, anksioznosti i stresa putem DASS upitnika. Od ukupnog broja ispitanika 35% njih može se smjestiti u onu najtežu kategoriju - vrlo teških simptoma anksioznosti, njih 22,4% nalazi se u istoj toj kategoriji vezano za simptome depresivnosti, što je isto tako iznimno zabrinjavajuće. Također, vrlo visoku razinu stresa iskazuje čak 15,9%, a visoku 17,3% ispitanika. Ovakvi podaci ukazuju na nužnost multidisciplinarnog pristupa u liječenju alkoholizma, što se u ovom slučaju prvenstveno odnosi na suradnju stručnih djelatnika klubova s psihijatrima članova koji imaju ovako izražene simptome, bilo depresivnosti, anksioznosti ili pak stresa, a nerijetko se radi i o kombinaciji svega navedenog.

Opačić, Oreb i Radat 2014. godine provele su dosad najsvēobuhvatnije istraživanje klubova liječenih alkoholičara na našem području, pod nazivom »Uloga i značaj pojedinih dimenzija u radu klubova liječenih alkoholičara kao organizacija civilnog društva u Republici Hrvatskoj«. Opačić i sur. (2017) navode kako je riječ o deskriptivnoj studiji u kojoj je slučajnim odabirom u istraživanje uključeno 40 klubova liječenih alkoholičara s područja cijele Hrvatske te je unutar njih ispitano ukupno 465 liječenih alkoholičara i 200 članova obitelji, odnosno pratnje liječenih alkoholičara. Osim toga, u ovom su nacionalnom uzorku ispitana i 84 člana predsjedništva KLA iz jednakog broja različita kluba, kao i ukupno 80 stručnih djelatnika tj. voditelja klubova. Veliku većinu uzorka od 465 liječenih alkoholičara čine muškarci (85% muškaraca, 15% žena), s time da žene s druge strane imaju značajno više podrške na sastancima, iako od cijelog uzorka (n=465) tek 26% liječenih alkoholičara ima pratnju koja dolazi jednako često na sastanke ili pak češće od njih (Opačić i sur., 2017). Kako je važno obilježje klubova liječenih alkoholičara njihovo sudjelovanje u zajednici, tako su u ovom istraživanju ispitanici između ostaloga podijeljeni i prema sudjelovanju u izvanklupskim aktivnostima. Od ukupnog uzorka 53% liječenih alkoholičara participira u izvanklupskim aktivnostima, dok njih 47% u istima ne sudjeluje. Također, utvrđeno je i kako članovi koji sudjeluju u izvanklupskim aktivnostima u prosjeku imaju dulju apstinenciju od neaktivnih članova, kao i da se radi o članovima koji su članovi kluba kroz dulji period vremena te su redovitiji u dolascima na klub. Pokazalo se da sastanci kluba pomažu liječenim alkoholičarima u postizanju osobnog poboljšanja, posebice u pogledu razvoja apstinencije te poboljšanja slike o sebi i povećanja samopouzdanja. Osim toga, istaknuli su se i pojedini pozitivni utjecaji KLA na kognitivne procese, poput boljeg razumijevanja problema alkoholizma te boljeg razumijevanja sebe samih (Opačić i sur., 2017). U uzorku od 200 ispitanika – članova obitelji tj. pratnje (18% muškaraca i 82% žena) važno je napomenuti kako većina (49,7% pratnje) doživljava svoj status u klubu

kao i status svakog drugog člana koji dolascima isto tako radi na sebi, dok se njih 11,7% doživljava isključivo kao pratnja, a 38,6% doživljava se negdje između – kao pratnja, koja ipak nešto dobiva i za sebe (Oreb i sur., 2018). Važno je napomenuti kako jedan od rezultata pokazuje kako osobe u pratnji jednako kao i liječeni alkoholičari pozitivno ocjenjuju stručni rad voditelja te grupnu dinamiku (Opačić i sur., 2017). Kod stručnih djelatnika se pak mogu uočiti pojedine razlike u procjenama s obzirom na duljinu njihova staža u klubovima te s obzirom na primarnu profesiju. Naime, potreba za ulaganjem u profesionalni razvoj prisutnija je kod stručnjaka s kraćim stažom, dok je ista ta potreba naglašenija kod socijalnih radnika odnosno kod humanističkih profesija nego li je ona naglašena među zdravstvenim djelatnicima (Opačić i sur., 2019). Na ljestvici od 1 do 5, stručnjaci procjenjuju kvalitetu odnosa s članovima s visokih 4,26 od čega posebice visoko procjenjuju aktivno slušanje svakoga člana, a osim toga u svome radu navode korištenje brojnih terapijski pomažućih postupaka poput najviše: učenja kvalitetne komunikacije među članovima te razvijanja motivacije za promjenom i jačanja pouzdanja u njeno ostvarenje (Opačić i sur., 2019). Treba još napomenuti kako pozitivni učinci KLA u ovome istraživanju nisu prepoznati samo u odnosu na već spomenute kognitivne procese odnosno kognitivne aspekte funkcioniranja. Naime, oni su jednako tako prepoznati i u odnosu na emocionalno funkcioniranje (*pohađanje KLA omogućava mi lakše izražavanje svojih osjećaja*) te ponašajno funkcioniranje (*dolasci na KLA ohrabruju me u postizanju utjecaja na svoju okolinu*), i liječenih alkoholičara i njihove pratnje (Opačić i sur., 2019).

U geografski, ali i po konceptu klubova liječenih alkoholičara nama bliskoj državi - Italiji, 2006. je godine provedena nacionalna studija unutar koje su ispitana čak 7522 liječena alkoholičara, članova KLA (od čega 76% muškaraca i 24% žena). Curzio i sur. (2012) ističu najznačajnije rezultate dobivene ovom studijom, u kojoj je sudjelovalo 75% svih klubova na području cijele Italije. Unutar spomenutog uzorka pokazalo se da 31,5% liječenih alkoholičara pohađa klubove liječenih alkoholičara bez pratnje, dok njih 60,7% participira uz jednog ili više članova obitelji. U istraživanju je utvrđeno kako oni članovi koji pohađaju klubove dulje od 3 godine imaju veću vjerojatnost po pitanju održavanja apstinencije, u usporedbi s onima koji klubove pohađaju manje od 3 godine. Nadalje, pokazalo se da čimbenici poput ženskog spola, pohađanja klubova liječenih alkoholičara kroz dulji period vremena, pohađanja KLA uz pratnju tj. barem jednog člana obitelji, kao i niži status obrazovanja, povećavaju vjerojatnost poboljšanja životnog stila (Curzio i sur., 2012). Od posebne je važnosti otkriće kako je prisutnost mješovitih odnosno višestrukih problema, uz sam alkoholizam kao primarni problem, čimbenik koji ima najsnažniji negativan utjecaj na apstinenciju. Ti višestruki problemi su nezakonita uporaba droga, problem s kockanjem, beskućništvo i psihijatrijski tretman, a

pokazalo se da prisutnost nekog od tih čimbenika upućuje na dvostruko veću učestalost neuspješne apstinencije, u odnosu na one osobe koje imaju samo probleme vezane uz uporabu alkohola. Jasno je kako takvi podaci svjedoče o tome kako je ponekad alkoholizam samo jedan od brojnih, podjednako teških problema s kojima se ovi pojedinci, ali i njihove obitelji suočavaju. Pitanje je koliko je realno očekivati da se stručni djelatnici odnosno voditelji klubova liječenih alkoholičara nose sa svim tim problemima. S druge strane, ako to ne čine barem u nekoj mjeri (naravno, u suradnji s ostalim važnim dionicima poput zdravstvenih djelatnika, djelatnika socijalne skrbi), ima li smisla uopće očekivati održavanje apstinencije u takvih članova, a još manje pozitivne promjene tj. boljitak u ostalim područjima njihova života. Ipak, kako navode Curzio i sur. (2012), podaci ove reprezentativne studije daju jasnu deskripciju alkoholičara koji pohađaju klubove liječenih alkoholičara, a uz to čine i prvi korak ka razvoju prijeko potrebnog sustava nadzora (monitoringa) klubova liječenih alkoholičara, tj. praćenja njihova rada.

## **4. CILJEVI, ISTRAŽIVAČKA PITANJA I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA**

### **4.1. Ciljevi istraživanja**

Temeljni cilj ovog istraživanja je ispitivanje funkcioniranja i učinkovitosti rada klubova liječenih alkoholičara s područja grada Zagreba, i to iz perspektive liječenih alkoholičara, njihove pratnje u klubovima te perspektive voditelja klubova liječenih alkoholičara. Također, za potrebe ovog diplomskog rada definirani su i specifični ciljevi. Prvi od specifičnih ciljeva odnosi se na identifikaciju općih podataka o funkcioniranju klubova, kao i na utvrđivanje doprinosa koje pohađanje kluba ima u ostvarivanju napretka u određenim područjima života članova, te isto tako na dobivanje uvida u doživljaj kluba od strane njegovih članova. Drugi specifični cilj odnosi se pak na utvrđivanje postojanja razlika između tri subuzorka ispitanika: liječenih alkoholičara, članova njihove obitelji (pratnje) te voditelja klubova. Točnije, percepcija doprinosa pohađanja kluba za napredak u pojedinim područjima života ispituje se kod sva tri subuzorka, dok se aspekti koji svjedoče o doživljaju kluba ispituju samo u dva subuzorka – kod liječenih alkoholičara te kod njihove pratnje.

### **4.2. Istraživačka pitanja**

Problemska pitanja odnose se na ispitivanje učinkovitosti djelovanja klubova liječenih alkoholičara iz ukupno tri različite perspektive: voditelja (stručnih djelatnika), članova obitelji (pratnje) te samih liječenih alkoholičara.

1. Koje su opće značajke funkcioniranja klubova liječenih alkoholičara (veličina članstva, redovitost sastanaka i sl.) na području grada Zagreba?
2. Kako sudionici istraživanja percipiraju učinkovitost klubova liječenih alkoholičara?
3. Postoji li razlika u percepciji doprinosa kluba napretku u pojedinim područjima života između voditelja (stručnih djelatnika), pratnje i liječenih alkoholičara?
4. Postoji li razlika u raznim aspektima koji svjedoče o doživljaju kluba liječenih alkoholičara između liječenih alkoholičara i pratnje?

### 4.3. Hipoteze

Za potrebe ispitivanja drugog specifičnog cilja formulirane su sljedeće nul-hipoteze:

H1: Ne postoji statistički značajna razlika u percepciji doprinosa kluba napretku u pojedinim područjima života članova, između tri ispitana subuzorka (voditelja, pratnje i liječenih alkoholičara).

H2: Ne postoji statistički značajna razlika u doživljaju kluba liječenih alkoholičara između liječenih alkoholičara i pratnje.

## 5. METODOLOŠKI OKVIR ISTRAŽIVANJA

### 5.1. Uzorak ispitanika

U istraživanju su sudjelovale tri skupine ispitanika, koje ujedno predstavljaju i glavne dionike u radu klubova liječenih alkoholičara. Radi se o liječenim alkoholičarima, članovima njihove obitelji (pratnji)<sup>10</sup> te o voditeljima klubova liječenih alkoholičara.

Sveukupno, u istraživanju je sudjelovao 321 ispitanik, od čega 218 liječenih alkoholičara (67,9% ispitanika), 75 članova obitelji tj. pratnje/podrške liječenim alkoholičarima (23,4% ispitanika) te 28 stručnih djelatnika, odnosno voditelja klubova liječenih alkoholičara (8,7% ispitanika). Što se tiče općih podataka o funkcioniranju klubova liječenih alkoholičara, podaci su prikupljeni na uzorku od 36 klubova liječenih alkoholičara na području grada Zagreba. S obzirom da brojka od 36 ispitanih KLA jasno upućuje na veći broj ispitanih klubova nego samih stručnih djelatnika odnosno voditelja KLA, treba napomenuti kako su neki stručni djelatnici ujedno voditelji 2 ili više klubova. Vrlo je važno za istaknuti i kako se određeni broj ispitanika iz dva subuzorka (liječenih alkoholičara i pratnje) nije uključio u analize koje su se provodile u sklopu ovoga rada. Naime, kako se u istraživanju ispitivala percepcija ispitanika o učinkovitosti KLA i isto tako njegov doživljaj, logično je pretpostaviti kako je potrebno provesti

---

<sup>10</sup> U ovome radu prisutno je specifično razlikovanje sudionika – liječenih alkoholičara i osoba koje dolaze u njihovoj pratnji. Važno je napomenuti kako su osobe koje dolaze u pratnji liječenih alkoholičara također punopravni članovi klubova liječenih alkoholičara (KLA).

neko dulje vrijeme u klubu da bi se formirao valjani stav o njegovoj učinkovitosti kao i kvalitetniji, tj. jasniji doživljaj. Stoga se kao kriterij za obradu podataka o doživljaju i percepciji učinkovitosti klubova liječenih alkoholičara uzela duljina članstva od najmanje 6 mjeseci, kako za liječene alkoholičare, tako i za njihovu pratnju. Uzevši u obzir taj kriterij, novi subuzorak liječenih alkoholičara je 174 (dakle, 44 liječena alkoholičara su isključena iz uzorka za analizu, što je za 20% manje od prvotnog subuzorka). Novi subuzorak pratnje je 60 (dakle, 15 članova pratnje manje, što je također za 20% manje od prvotnog subuzorka). Isključeni su oni ispitanici koji su na pitanje o duljini članstva odgovorili s bilo kojim odgovorom manjim od 6 mjeseci, pa tako i oni koji su na to pitanje dali nejasan odgovor poput upisivanja same brojke, a bez naznake mjeseci/godina, ili su pak pitanje ostavili praznim. Prema tome, ukupan uzorak čini 262 ispitanika, što je ujedno uzorak na kojemu su se provele sve sljedeće analize.

Prosječna dob ( $M$ =mean/prosječna vrijednost) ispitanika različita je unutar tri skupine subuzoraka te je tako prosječna dob liječenih alkoholičara 57,5 godina, prosječna dob pratnje je 58,5 godina, dok je prosječna dob voditelja klubova liječenih alkoholičara najniža i iznosi nešto manje od 49 godina. U odnosu na spol, 152 ispitanika tj. 58,0% ukupnog uzorka je muškog spola, dok je 110 ispitanika tj. 42,0% ukupnog uzorka ženskoga spola. Međutim, razlike u distribuciji odnosno postotcima muškog tj. ženskog spola različite su s obzirom na tri promatrana subuzorka, što je bilo i očekivano. Naime, u subuzorku liječenih alkoholičara prevladavaju muškarci i to s postotkom od 80,5%, dok postotak žena koje se u KLA liječe od alkohola u ovom istraživanju iznosi 19,5%. U subuzorku pratnje su pak žene te koje su zastupljenije, i to s visokih 88,3% u odnosu na muškarce među pratnjom kojih je tek 11,7%. Među voditeljima KLA također prevladavaju žene s podjednako visokim postotkom, točnije 82,1%, što je na neki način jednako tako očekivano, s obzirom da su žene i dalje znatno više zastupljene u pomagačkim profesijama.

Podaci o obrazovnoj razini na razini ukupnog uzorka ukazuju na najveću zastupljenost završenog srednjoškolskog obrazovanja (54,6%), potom razine fakultetskog obrazovanja (20,6%), više škole ili preddiplomskog studija (13,4%), kao pretposljednja po redu zastupljena je razina završene osnovne škole (8,0%), a posljednja tj. najniže zastupljena razina je magisterij, odnosno doktorat (3,4%). Ipak, treba naglasiti kako se od ispitanika tri subuzorka posebno izdvajaju voditelji, među kojima je najzastupljenija razina fakultetskog obrazovanja (50%), a potom razina više škole tj. preddiplomskog studija (28,6%), zatim završen magisterij/doktorat (14,3%) te završena srednja škola u 7,1% ovog subuzorka, tj. tek kod 2 voditelja. Međutim, ovako visok obrazovni status bio je i očekivan na subuzorku voditelja. Raspodjela obrazovnog statusa u oba preostala subuzorka (liječeni alkoholičari, pratnja) prati raspodjelu na ukupnom



uzorku ispitanika.

Uzorak je analiziran i s obzirom na ispitanici partnerski status te se pokazalo kako je najveći broj ispitanika u braku ili izvanbračnoj zajednici (181 ispitanik odnosno 69,1% ukupnog uzorka). Nadalje, sljedeći najviše zastupljeni partnerski status je samac (53 ispitanika, odnosno 20,2% ukupnog uzorka), dok se njih 17 izjasnilo kao udovac/ica, što je pak 6,5% ukupnog uzorka. Kako je u odgovorima postojala i otvorena opcija „drugo“, nju je označilo ukupno 11 ispitanika, tj. njih 4,2%. Pod drugo, ispitanici su navodili da su samo u vezi (njih 4-ero), zatim da su razvedeni (njih 6-ero) te je jedna ispitanica pod drugo naglasila kako je sama jer joj je muž u domu.

Podaci o tome imaju li ispitanici djece ili ne ukazuju na činjenicu kako u ukupnom uzorku nešto više od tri četvrtine ispitanika ima djecu (201 ispitanik tj. 77,0%), dok ostalih 60 ispitanika odnosno 23,0% izjavljuje da nema djece.

Radni status ispitanika je kod dva od tri subuzorka – kod liječenih alkoholičara i kod pratnje. Tome je tako s obzirom da se podrazumijeva kako voditelji klubova liječenih alkoholičara jesu zaposlene osobe (ili neki koji su eventualno u mirovini, ali i dalje rade kao voditelji KLA). Stoga, ukupan uzorak u ovome slučaju iznosi 234 ispitanika, a uočene su i razlike u zastupljenosti radnih statusa među dva ispitanika subuzorka. Među liječenim alkoholičarima najviše je onih koji izjavljuju kako su zaposleni (49,7%), zatim umirovljenika/ica (37,6%), dok je najmanje nezaposlenih (12,7%). Unutar subuzorka pratnje može se zamijetiti drugačija distribucija radnog statusa, i to na način da je najviše pratnje u mirovini (63,3%), zatim slijedi jedna trećina pratnje koja navodi kako su zaposleni (33,3%), a najmanje je nezaposlenih (3,3%).

Od općih sociodemografskih podataka, ispitanici su još i financijski status ispitanika, tj. „izlaženje na kraj s troškovima“. Na razini ukupnog uzorka, najveći je broj ispitanika odgovorio kako izlazi na kraj s troškovima uz male poteškoće (115 ispitanika odnosno 44,2%). Potom, 52 ispitanika izjavljuje kako prilično lako izlazi na kraj s troškovima (20,0%), dok podjednak broj izjavljuje kako na kraj izlaze uz poteškoće (njih 44, tj. 16,9%). Nadalje, ukupno 17 ispitanika izjavljuje kako izlazi na kraj s troškovima vrlo lako (6,5%), a jednako toliko ih izjavljuje kako lako izlaze na kraj s troškovima, dok 15 ispitanika navodi kako je to uz velike poteškoće (5,8%).

Radi veće preglednosti svih ispitanih sociodemografskih podataka napravljena je tablica koja slijedi u nastavku (Tablica 1).

Tablica 1. Deskriptivna statistika za sva tri subuzorka – opći sociodemografski podaci

			liječeni alkoholičari (N=174)	pratnja (N=60)	voditelji (N=28)
dob	Min	N	27	32	28
	Max		82	79	77
	M		57,43	58,48	48,93
spol	Ž	f (%)	34 (19,5%)	53 (88,3%)	23 (82,1%)
	M		140 (80,5%)	7 (11,7%)	5 (17,9%)
razina obrazovanja	bez oš	f (%)	0	0	0
	oš		14 (8,0%)	7 (11,7%)	0
	sš		105 (60,3%)	36 (60,0%)	2 (7,1%)
	všs		24 (13,8%)	3 (5,0%)	8 (28,6%)
	fakultet		27 (15,5%)	13 (21,7%)	14 (50%)
	mr.sc/dr.sc.		4 (2,3%)	1 (1,7%)	4 (14,3%)
partnerski status	samac	f (%)	45 (25,9%)	1 (1,7%)	7 (25%)
	brak/izvanbr.zajednica		108 (62,1%)	54 (90,0%)	19 (67,9%)
	udovac/ica		11 (6,3%)	4 (6,7%)	2 (7,1%)
	drugo		10 (5,7%)	1 (1,7%)	0
djeca	ne	f (%)	42 (24,1%)	9 (15,0%)	9 (33,3%)
	da		132 (75,9%)	51 (85,0%)	18 (66,7%)
radni status	zaposlen/a	f (%)	86 (49,7%)	20 (33,3%)	/
	nezaposlen/a		22 (12,7%)	2 (3,3%)	
	umirovljenik/ica		65 (37,6%)	38 (63,3%)	
	student/ica		0	0	
izlaženje na kraj s troškovima	vrlo lako	f (%)	8 (4,6%)	5 (8,3%)	4 (14,8%)
	lako		9 (5,2%)	7 (11,7%)	1 (3,7%)
	prilično lako		34 (19,7%)	12 (20,0%)	6 (22,2%)
	uz male poteškoće		79 (45,7%)	22 (36,7%)	14 (51,9%)
	uz poteškoće		32 (18,5%)	11 (18,3%)	1 (3,7%)
	uz velike poteškoće		11 (6,4%)	3 (5,0%)	1 (3,7%)

## 5.2. Instrument

U istraživanju koje je provedeno koristila su se ukupno 4 anketna lista, od čega je jedan anketni list sadržavao tek opće podatke o funkcioniranju klubova liječenih alkoholičara u vidu učestalosti sastanaka, broja članstva, aktivnosti koje klub organizira i sl. Taj anketni upitnik ispunjavali su voditelji klubova za klub/ove koji/e vode ili su ga umjesto njih ispunjavali članovi

koji obnašaju ulogu predsjednika u pojedinom klubu liječenih alkoholičara. Preostala tri anketna lista kreirana su za ispitivanje tri spomenute skupine ispitanika: liječene alkoholičare, pratnju odnosno članove obitelji liječenih alkoholičara te za voditelje/stručne djelatnike klubova liječenih alkoholičara.

Kako je provedeno istraživanje osmišljeno sa svrhom pružanja što sveobuhvatnijih tj. širih spoznaja o percepciji učinkovitosti klubova liječenih alkoholičara, treba napomenuti da će se za potrebe ovog diplomskog rada obraditi samo neki dijelovi kreiranih anketnih listova. Ono što je zajedničko u sva tri anketna upitnika, a što će se obraditi i u okviru ovog diplomskog su uobičajeni sociodemografski podaci kao što su spol, dob, bračni status, roditeljstvo, postignuta razina obrazovanja, zaposlenost te ekonomski status. Pitanje od ključne važnosti za provođenje analiza, koje se nalazi u anketnom upitniku za alkoholičare kao i u anketnom upitniku za pratnju je duljina njihova članstva u klubu liječenih alkoholičara. Naime, to pitanje je ključno zato što se prije obrade podataka postavio kriterij od najmanje 6 mjeseci pohađanja kluba, što je nužan preduvjet da bi se dobili valjani rezultati glede percipirane učinkovitosti/doživljaja KLA među njegovim članovima.

Za potrebe ovog diplomskog rada važno je naglasiti i kako se u sklopu sva tri anketna upitnika koristila Skala doprinosa klubova liječenih alkoholičara (KLA) u napretku alkoholičara, preuzeta od autorica Opačić i Radat (2012). Radi se o skali koja omogućava procjenu doprinosa dolazaka na klub određenim područjima života članova. Za potrebe istraživanja konstruirana je Skala percepcije odnosa u KLA, koja je uvrštena u anketni upitnik za liječene alkoholičare te u anketni upitnik za pratnju. Spomenuta skala ispituje kakav je doživljaj KLA među njegovim članovima.

### **5.3. Uzorak varijabli**

Za potrebe ovog diplomskog rada obrađivao se dio ispitanih varijabli koje se odnose na opća obilježja klubova liječenih alkoholičara, percepciju doprinosa dolazaka na klub napretku u određenim područjima života (na sva tri subuzorka) te doživljaj klubova liječenih alkoholičara (između dva od tri subuzorka).

Opća obilježja klubova liječenih alkoholičara koja su se ispitivala u ovome istraživanju su: naziv kluba, godina osnivanja, broj liječenih alkoholičara koji redovito dolaze na sastanke, broj žena liječenih alkoholičara koje su redovite u dolascima, broj pratnje u klubu (članova

obitelji), dan održavanja sastanaka i frekvencija održavanja, prosječno trajanje sastanka, prisustvo voditelja, pijeње esperala (disulfirama) u klubu te organiziranje izvanklupskih aktivnosti. Potvrđan odgovor na pitanje organiziranja izvanklupskih aktivnosti podrazumijeva i nastavak odgovora nabrojanjem konkretnih aktivnosti (otvoreno pitanje).

Percepcija doprinosa dolazaka na klub liječenih alkoholičara napretku u pojedinim područjima života ispitivala se pitanjem „Molimo Vas procijenite na skali od 1 do 5 koliko su dolasci na klub doprinijeli (ili doprinose) napretku u sljedećim područjima Vašeg života.“ Pri tome su brojevi koje su ispitanici zaokruživali imali sljedeće značenje: 1 – nimalo, 2 – vrlo malo, 3 – osrednje, 4 – značajno, 5 – izuzetno puno. Ukupno je bilo 9 čestica na kojima se ispitivao doprinos KLA napretku u tim područjima: održavanju apstinencije, uspostavljanju kvalitetnih odnosa s partnerom, uspostavljanju kvalitetnih odnosa s djecom, boljoj slici o sebi, djelotvornijem suočavanju sa životnim problemima, učenju kvalitetne komunikacije među ljudima, željenoj promjeni ponašanja, stjecanju samopouzdanja, izgradnji sebe kao uspješne osobe. Točnije, 9 je čestica bilo u anketnom upitniku za liječene alkoholičare te u anketnom upitniku za voditelje KLA, dok je kod pratnje izostavljena prva čestica (održavanje apstinencije). Ta čestica je izostavljena s obzirom da ona direktno ne predstavlja područje života osobe koja je pratnja, već predstavlja područje života liječenog alkoholičara kojem su oni (pratnja) podrška u liječenju.

Doživljaj klubova liječenih alkoholičara ispitivao se kod dva od tri subuzorka: kod liječenih alkoholičara te kod pratnje. Ispitivao se sljedećim pitanjem: „U sljedećoj tablici su tvrdnje koje opisuju Vaš doživljaj ovoga KLA. Označite stupanj slaganja sa svakom tvrdnjom.“ Pri tome su brojevi na skali od 1 do 5 imali sljedeće značenje: 1 – uopće se ne slažem, 2 – donekle se ne slažem, 3 – niti se slažem, niti ne slažem, 4 – donekle se slažem, 5 – potpuno se slažem. U tablici je bilo navedeno 6 čestica, a čestice su: 1. U ovom klubu svi otvoreno iznose svoje mišljenje.; 2. U ovom klubu su ljudi zainteresirani jedni za druge.; 3. Članovi kluba me razumiju.; 4. Voditelj/ica kluba me razumije.; 5. Drugim članovima kluba je stalo do mene.; 6. Atmosfera na sastancima je uvijek dobra.

#### **5.4. Način provođenja istraživanja**

Nakon što su se izradila sva 4 anketna upitnika, zatražena je suglasnost Etičkog povjerenstva Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta za provedbu ovog istraživanja. Suglasnost je dobivena u drugoj polovici svibnja 2019. godine te se potom u lipnju započelo s istraživanjem, koje se pak nastavilo sve do druge polovice srpnja 2019. godine. Važno je

napomenuti kako se upravo razdoblje u kojemu se provelo ovo istraživanje ujedno svrstava u njegovo ograničenje. Naime, u ljetnim mjesecima klubovi su jednostavno „prazniji“, ponajprije na način da članovi odlaze na godišnje odmore ili im je jednostavno zbog velikih vrućina i sl. teško redovito dolaziti na sastanke. Osim toga, voditelji također koriste godišnje odmore i tako ih je teže kontaktirati. Uz sve to, neki klubovi se uslijed takvih, ali i drugih razloga (nepovoljni uvjeti održavanja sastanaka; malen prostor, nedostatak klime i sl.) preko ljeta „zatvaraju“ te uglavnom ta pauza traje čitav srpanj i kolovoz. Stoga je jasno kako je provođenje istraživanja u lipnju i srpnju, zasigurno imalo utjecaja na sveukupan broj ispitanika, ali samim time jednim dijelom i na rezultate (veća je vjerojatnost kako su sudionici koji su ispunjavali upitnik ujedno motiviraniji, pa je stoga manja raznolikost među rezultatima). Također, činjenica je da se istraživanje provodilo ne samo onako kako je prvotno zamišljeno - u grupnom okruženju (na sastancima klubova), nego se u nekim slučajevima ono provodilo i individualno. Naime, neki su članovi anketne listove nosili doma sa sobom te su ih na taj način popunjavali samostalno. Upravo stoga, moguće je da su takvi različiti modaliteti provođenja na određeni način utjecali na dobivene rezultate.

Anketiranje po klubovima liječenih alkoholičara s područja grada Zagreba aktivno se provodilo od 10. lipnja 2019. godine do 18. srpnja 2019. godine. Ono se provodilo ispunjavanjem anketa metodom „papir-olovka“, u čemu su sudjelovali liječeni alkoholičari, njihova pratnja te voditelji KLA. Jedan dio anketa podijelio se i na koordinacijskom sastanku klubova liječenih alkoholičara grada Zagreba, koji se održao 10. lipnja u Kliničkom bolničkom centru „Sestre milosrdnice“. Ankete koje su podijeljene tim putem, na isti su način vraćene (ispunjene) provoditeljima istraživanja putem sljedećeg koordinacijskog sastanka održanog u srpnju. Sudjelovanje u istraživanju je bilo dobrovoljno te je ispunjavanje samih upitnika bilo anonimno. Za sudjelovanje je u prosjeku bilo potrebno 30 minuta, no treba napomenuti kako je vrijeme potrebno za ispunjavanje anketnih upitnika uvelike ovisilo i o samom subuzorku ispitanika (voditeljima je trebalo dosta manje vremena, dok je liječenim alkoholičarima i pratnji bilo potrebno više vremena, uz naravno, dodatne individualne razlike).

Prilikom prikupljanja podataka, uz sudionike su bile prisutne i voditeljice istraživanja, koje su im pojašnavale nejasnoće, ali su im isto tako u nekim slučajevima (iz različitih, opravdanih razloga) čitale cijele anketne upitnike te im pomagale u odgovaranju.

## **5.5. Način obrade podataka**

Po dovršenom anketiranju, uneseni su svi prikupljeni podaci te je objedinjena baza podataka u SPSS programu. Za potrebe ostvarivanja ciljeva ovoga rada, koristila se deskriptivna analiza te hi-kvadrat test za ispitivanje razlika među skupinama ispitanika (subuzorcima).

## **6. REZULTATI**

### **6.1. Opće značajke funkcioniranja klubova liječenih alkoholičara**

Na pitanja o općim značajkama funkcioniranja klubova liječenih alkoholičara odgovarali su voditelji klubova (stručni suradnici), no u nekim klubovima umjesto njih to su učinili liječeni alkoholičari koji obnašaju ulogu predsjednika u dotičnom KLA. U anketnom listu o općim podacima o klubovima liječenih alkoholičara ispitivalo se sljedeće: naziv kluba, godina osnivanja, broj liječenih alkoholičara/pratnje/žena liječenih alkoholičara koji redovito dolaze na sastanke kluba, dan održavanja sastanaka, učestalost održavanja, trajanje sastanaka, prisustvo stručnog suradnika na sastancima, pijeње disulfirama te organiziranje izvanklupskih aktivnosti od strane kluba.

Ukupno su prikupljeni podaci za 36 klubova liječenih alkoholičara s područja grada Zagreba. Prosječna duljina njihova djelovanja je 31 godinu, uz dosta visoku standardnu devijaciju ( $SD=13,043$ ), što znači da su rezultati raspršeni odnosno da su velike razlike u odnosu na to koliko dugo ispitani klubovi djeluju. U 3 kluba nisu naveli godinu osnivanja tako da su podaci analizirani u odnosu na ukupno 33 KLA. Klub s najkraćom povijesti djelovanja djeluje 14 godina, a onaj s najduljom djeluje već 55 godina, što ga svrstava u prve klubove liječenih alkoholičara osnovane u našoj zemlji. Kako je ranije, u teorijskom dijelu navedeno, za kvalitetan rad kluba od izrazite je važnosti brojnost članova unutar KLA. U Tablici 2. prikazane su, između ostaloga, deskriptivne vrijednosti (minimalna vrijednost, maksimalna vrijednost, prosječna vrijednost) po pitanju brojnosti članova u klubovima liječenih alkoholičara. Prema podacima iz tablice, vidljivo je kako je minimalan broj liječenih alkoholičara u ispitanim klubovima 3, njihov maksimalan broj je 23, a prosječna vrijednost je 10ak liječenih alkoholičara u klubovima liječenih alkoholičara. Što se tiče prisutnosti pratnje u klubovima liječenih alkoholičara, minimalna vrijednost koja se pojavljuje u rezultatima je 0, što znači da u nekim klubovima liječenih alkoholičara uopće nema pratnje. Treba navesti kako

se ukupno u 4 kluba liječenih alkoholičara navelo kako u njima uopće nema pratnje. Najviša vrijednost po pitanju broja pratnje u KLA je 10, no treba napomenuti kako je tek u jednom klubu liječenih alkoholičara naveden toliki broj redovite pratnje. Prosječna vrijednost upućuje na nešto manje od 3 člana pratnje u klubovima. Kada je pak u pitanju broj žena liječenih alkoholičara u klubovima liječenih alkoholičara, podaci su jednako tako dosta niski. Naime, najmanja vrijednost je opet 0, a ta je vrijednost navedena od strane ukupno 3 kluba liječenih alkoholičara. Maksimalna vrijednost iznosi 6, no toliki broj žena liječenih alkoholičara prisutan je samo u jednom KLA. Prosječna vrijednost je nešto veća od 2, što znači da se u klubovima liječenih alkoholičara na području grada Zagreba u prosjeku 2 žene (po klubu) liječe od alkoholizma.

Prosječna vrijednost sveukupnog broja članova KLA redovitih na sastancima iznosi 15,23 (*od toga pratnja u prosjeku čini nešto manje od 19%*), dok je minimalna vrijednost tj. broj članova redovitih na sastancima 6, a maksimalan 31. Tu treba napomenuti i standardnu devijaciju ( $SD=7,232$ ) koja upućuje na dosta veliku raspršenost rezultata, odnosno na to da imamo velike razlike u brojnosti članova među klubovima na području grada Zagreba. Sljedeće što u Tablici 2. možemo primijetiti je da se sastanci klubova liječenih alkoholičara u najvećem broju održavaju srijedom (u 12 klubova, što je 33,3%), dok je sljedeći dan s najvećom frekventnosti ponedjeljak (10 klubova, tj. 27,8%). Utorak i četvrtak zastupljeni su podjednako na način da se utorkom održavaju sastanci u 6 klubova (16,7%), a četvrtkom u 7 klubova (19,4%). Petkom se sastanci održavaju tek u jednom klubu liječenih alkoholičara na području grada Zagreba.

Iako u tablici nije istaknuta, ispitana je i frekventnost, odnosno učestalost održavanja sastanaka klubova liječenih alkoholičara. Naime, ona je u svim ispitanim klubovima ( $N=36$ ) jednaka, i iznosi 1 sastanak tjedno, odnosno ukupno 4 sastanka mjesečno, istoga dana u tjednu i u isto vrijeme. S druge strane, trajanje sastanaka je različito te se iz tablice može očitati kako je minimalna vrijednost 60, što znači da sastanci KLA traju najmanje 1 sat. Maksimalna vrijednost iznosi 2 sata, dok je prosječna vrijednost 82,5 tj. sastanci u prosjeku traju nešto više od 1 sata i 20 minuta.

Činjenica je da su stručni suradnici odnosno voditelji klubova skupa s liječenim alkoholičarima i pratnjom sudionici u ovome istraživanju, čije se mišljenje ispituje na jednak način kao i mišljenje preostala dva subuzorka. Upravo stoga, jasno je kako se u općim podacima funkcioniranja KLA našlo i pitanje o prisutnosti voditelja tj. stručnih suradnika na svakom sastanku. Podaci koji su dobiveni ukazuju na činjenicu kako u nešto manje od trećine ispitanih klubova liječenih alkoholičara, stručni suradnici nisu prisutni na svakom sastanku (u ukupno

11 klubova, što je 30,6% od svih ispitanih klubova). U preostalim 25 ispitanih klubova (69,4%) liječenih alkoholičara, navedeno je kako su stručni suradnici prisutni na svakom sastanku kluba.

Još je u teorijskom dijelu istaknut značaj disulfirama/esperala u olakšavanju održavanja apstinencije u alkoholičara te je upravo stoga pitanje pijenja disulfirama na sastancima bilo zastupljeno u ispitivanju općeg funkcioniranja klubova liječenih alkoholičara. Od ukupno 36 klubova, u njih 21 (58,3%) liječeni alkoholičari ne piju disulfiram/esperal na sastancima kluba, dok se u njih 15 (41,7%) esperal pije na sastancima, odnosno prisutna je konzumacija disulfirama u nekih liječenih ovisnika u tim klubovima, koji ga piju pred stručnim suradnicima. Organiziranje izvanklupskih aktivnosti karakteristično je obilježje rada klubova liječenih alkoholičara te je stoga i ono ispitano u anketnom listu o općim podacima o klubu. Iz Tablice 2. može se iščitati kako je gotovo jednak broj klubova koji ne organiziraju izvanklupske aktivnosti (17 KLA) i onih koji ih organiziraju (19 KLA).

Tablica 2. Opće značajke funkcioniranja klubova liječenih alkoholičara

			KLA – klubovi liječenih alkoholičara
djelovanje KLA u godinama	Min	N	14
	Max		55
	M		31,06
broj liječenih alkoholičara redovitih na sastancima	Min	N	3
	Max		23
	M		10,26
broj pratnje redovite na sastancima	Min	N	0
	Max		10
	M		2,85
broj žena liječenih alkoholičara koje su redovite na sastancima	Min	N	0
	Max		6
	M		2,26
ukupan broj članova redovit na sastancima KLA	Min	N	6
	Max		31
	M		15,23
dan održavanja sastanaka	ponedjeljak	f (%)	10 (27,8%)
	utorak		6 (16,7%)
	srijeda		12 (33,3%)
	četvrtak		7 (19,4%)
	petak		1 (2,8%)
trajanje sastanaka (u minutama)	Min	N	60
	Max		120
	M		82,50



prisustvo stručnog suradnika (voditelja) na svakom sastanku	ne	f	11 (30,6%)
	da	(%)	25 (69,4%)
pijenje disulfirama/esperala na sastancima	ne	f	21 (58,3%)
	da	(%)	15 (41,7%)
organiziranje izvanklupskih aktivnosti	ne	f	17 (47,2%)
	da	(%)	19 (52,8%)

Pored potvrdnog odgovora o organiziranju izvanklupskih aktivnosti, ostavljen je i prazan prostor kako bi se upisalo o kojim se točno aktivnostima radi. Iz odgovora dobivenih od strane nekih klubova liječenih alkoholičara jasno je kako se uglavnom radi o tome da klubovi sudjeluju u aktivnostima koje organizira Hrvatski savez klubova liječenih alkoholičara (HSKLA). To povlači za sobom i pitanje jesu li u nekim klubovima liječenih alkoholičara na pitanje „Organizira li klub neke izvanklupske aktivnosti?“ odgovorili ne, iako i oni možda sudjeluju u aktivnostima koje organizira Savez. Također, među nabrojenim aktivnostima kod onih klubova koji su odgovorili potvrdno, teško je odvojiti aktivnosti koje zbilja samoinicijativno organizira isključivo klub, a koje su izvanklupske aktivnosti ustvari one koje su dio organizacije HSKLA. Ipak, treba navesti sve konkretne izvanklupske aktivnosti koje su navedene u odgovorima, a one su sljedeće: druženja članova u KLA (koji imaju svoj prostor), prigodni ručak i večera krajem godine kao dio godišnje skupštine, odlasci na godišnju skupštinu i na mjesečne sastanke Zajednice klubova liječenih alkoholičara grada Zagreba, razni izleti, likovne radionice, večeri poezije, sportski susreti, odlasci u kazalište, trčanje, badminton, okrugli stol, čajanke, organizacija „trijeznog štanda“ za dane Dubrave, obilježavanja prigodnih manifestacija poput dana otvorenih vrata, suradnja s drugim klubovima liječenih alkoholičara.

## 6.2. Percepcija doprinosa KLA napretku u pojedinim područjima života članova

Kako bi se ispitala percepcija učinkovitosti klubova liječenih alkoholičara, ispitanike se tražilo da procijene koliko su po njima dolasci na klub doprinijeli (ili doprinose) određenim važnim područjima u životu članova KLA. Liječeni alkoholičari i njihova pratnja procjenjivali su doprinos koji klubovi liječenih alkoholičara imaju u različitim područjima koja se odnose na njihove živote, dakle osobno, dok su voditelji procjenjivali koliki je doprinos od dolazaka na sastanke KLA za članove kluba/ova liječenih alkoholičara koji/e oni vode. Treba naglasiti i kako su liječeni alkoholičari i voditelji na ovome pitanju odgovarali na ukupno 9 čestica, dok

je pratnja odgovarala na jednu česticu manje, s obzirom da se na njih ne odnosi područje napretka u održavanju apstinencije. Osim procjenjivanja doprinosa koji dolasci na sastanke klubova imaju u održavanju apstinencije, procjenjivao se isto tako i doprinos na sljedećim česticama: uspostavljanju kvalitetne komunikacije s partnerom, uspostavljanju kvalitetne komunikacije s djecom, boljoj slici o sebi, djelotvornijem suočavanju sa životnim problemima, učenju kvalitetne komunikacije među ljudima, željenoj promjeni ponašanja, stjecanju samopouzdanja, izgradnji sebe kao uspješne osobe.

Ispitanici su na sve čestice imali mogućnost procijeniti doprinos KLA na skali od 1 do 5, tj. od *nimalo* do *izuzetno puno*. Rezultati za sve čestice prikazani su u Tablici 3. Iz prikazane tablice na prvi je pogled vidljivo kako su sve tri skupine ispitanika uglavnom davale visoke procjene, tj. kako je vrlo malen postotak ispitanika generalno davao niske procjene. To je posebice uočljivo kod subuzorka voditelja, koji nisu dali niske procjene (1 i 2) na gotovo niti jednoj čestici. Neophodno je osvrnuti se na značajno manji subuzorak liječenih alkoholičara (LA) koji su odgovorili na čestice vezane uz uspostavljanje kvalitetnih odnosa s partnerom i s djecom. Naime, razlog tomu je taj što liječeni alkoholičari koji (trenutno) nemaju partnera nisu odgovarali na česticu vezanu uz odnose s partnerom, a isti je razlog prisutan i u odnosu na česticu koja ispituje odnose s djecom. Liječeni alkoholičari najpozitivnije su procijenili doprinos klubova liječenih alkoholičara održavanju apstinencije ( $M=4,43$ ) te uspostavljanju kvalitetnih odnosa s djecom ( $M=4,34$ ). Naime, čak 61,1% liječenih alkoholičara procijenilo je kako dolasci na klub *izuzetno puno* doprinose njihovu održavanju apstinencije, što je vrlo slično postotku od 58,5% liječenih alkoholičara koji isto tako najvišim stupnjem procjenjuju doprinos dolazaka na KLA uspostavljanju kvalitetnih odnosa s djecom. S druge strane, najniži rezultat na subuzorku liječenih alkoholičara zabilježen je na čestici uspostavljanja kvalitetnih odnosa s partnerom ( $M=4,01$ ), iako se ni u tom slučaju ne radi o niskoj prosječnoj vrijednosti.

Pratnja najpozitivnije procjenjuje doprinos dolazaka na klubove liječenih alkoholičara učenju kvalitetne komunikacije među ljudima ( $M=4,37$ ), s time da nešto više od polovice ispitanice pratnje procjenjuje taj doprinos s *izuzetno puno*, dok njih 34,7% smatra kako je on *značajan*. Najniži rezultat među pratnjom nađen je u odnosu na česticu kojom se procjenjuje doprinos dolazaka na klubove boljoj slici o sebi ( $M=4,03$ ), a iz tablice je vidljivo i kako je upravo na toj čestici najveći postotak pratnje doprinos KLA označio općenito najnižim rezultatom što je 1 tj. *nimalo* (5,1%). Kao i liječeni alkoholičari, voditelji također najpozitivnije procjenjuju doprinos koji dolasci na klub imaju u održavanju apstinencije ( $M=4,67$ ). Taj je doprinos više od dvije trećine voditelja (70,4%) procijenilo sa *izuzetno puno*, što je i najveći postotak zabilježen na ovoj, najvišoj mogućoj razini procjene. Zanimljivo je kako je drugi

najpozitivniji rezultat među voditeljima onaj na čestici koja mjeri doprinos KLA učenju kvalitetne komunikacije među ljudima ( $M=4,56$ ), što je ujedno najpozitivnije procijenjeno područje među pratnjom. S druge strane, voditelji procjenjuju kako je u odnosu na preostala ispitivana područja najniži doprinos klubova liječenih alkoholičara u odnosu na područje uspostavljanja kvalitetnih odnosa s djecom ( $M=4,15$ ) te u odnosu na djelotvornije suočavanje sa životnim problemima ( $M=4,15$ ). Ipak, i dalje su ti iznosi poprilično visoki i svjedoče o generalno pozitivnoj procjeni napretka u ovim, kao i u ostalim ispitanim područjima života članova klubova liječenih alkoholičara.

Tablica 3. Procjena doprinosa KLA napretku u različitim područjima života članova

	N	%					M	SD
		1 nimalo	2 vrlo malo	3 osrednje	4 značajno	5 izuzetno puno		
održavanju apstinencije	LA 167	0,6	3,0	10,2	25,1	61,1	4,43	0,839
	pratnja /	-	-	-	-	-	-	-
	voditelji 27	/	/	3,7	25,9	70,4	4,67	0,555
uspostavljanju kvalitetnih odnosa s partnerom	LA 149	4,0	6,0	15,4	34,2	40,3	4,01	1,081
	pratnja 57	1,8	3,5	19,3	35,1	40,4	4,09	0,950
	voditelji 27	/	/	22,2	33,3	44,4	4,22	0,801
uspostavljanju kvalitetnih odnosa s djecom	LA 130	2,3	5,4	6,9	26,9	58,5	4,34	0,985
	pratnja 50	4,0	/	20,0	32,0	44,0	4,12	1,003
	voditelji 27	/	3,7	22,2	29,6	44,4	4,15	0,907
boljoj slici o sebi	LA 170	1,8	2,4	14,1	37,1	44,7	4,21	0,896
	pratnja 59	5,1	/	20,3	35,6	39,0	4,03	1,033
	voditelji 27	/	/	3,7	59,3	37,0	4,33	0,555
djelotvornijem suočavanju sa životnim problemima	LA 169	1,8	5,3	14,2	37,3	41,4	4,11	0,960
	pratnja 60	/	1,7	18,3	33,3	46,7	4,25	0,816
	voditelji 27	/	/	11,1	63,0	25,9	4,15	0,602
učenju kvalitetne komunikacije među ljudima	LA 171	1,8	2,3	14,6	40,4	40,9	4,16	0,886
	pratnja 59	/	1,7	10,2	37,3	50,8	4,37	0,740
	voditelji 27	/	/	11,1	22,2	66,7	4,56	0,698

željenoj promjeni ponašanja	LA	170	2,4	3,5	11,8	36,5	45,9	4,20	0,946
	pratnja	58	1,7	/	22,4	31,0	44,8	4,17	0,901
	voditelji	27	/	/	11,1	48,7	40,7	4,30	0,669
stjecanju samopouzdanja	LA	171	2,9	3,5	11,1	33,9	48,5	4,22	0,979
	pratnja	59	1,7	3,4	13,6	42,4	39,0	4,14	0,899
	voditelji	27	/	3,7	11,1	37,0	48,1	4,30	0,823
izgradnji sebe kao uspješne osobe	LA	170	2,9	2,4	14,7	34,7	45,3	4,17	0,976
	pratnja	59	3,4	3,4	18,6	33,9	40,7	4,05	1,024
	voditelji	27	/	/	11,1	51,9	37,0	4,26	0,656

Za utvrđivanje postojanja razlike među subuzorcima u odnosu na prethodno ispitane čestice koje mjere percepciju doprinosa KLA važnim područjima života članova, korišten je hi-kvadrat test ( $\chi^2$ -test). U tu svrhu su čestice rekodirane s originalnih 5 (nimalo, vrlo malo, osrednje, značajno, izuzetno puno) na 3 kategorije (slabo, osrednje, značajno). Rezultati hi-kvadrat testa (Tablica 4.) pokazuju da ne postoji statistički značajna razlika između liječenih alkoholičara, pratnje i voditelja u odnosu na njihovu percepciju doprinosa dolazaka na KLA napretku u svim ispitanim područjima, izuzev jednog. Naime, statistički značajna razlika među ispitanim subuzorcima postoji u odnosu na procjenu doprinosa dolazaka na sastanke klubova liječenih alkoholičara uspostavljanju kvalitetnih odnosa s djecom. Liječeni alkoholičari taj doprinos procjenjuju značajnim u većem postotku u odnosu na voditelje i na pratnju. Dakle, može se zaključiti kako liječeni alkoholičari imaju pozitivniju percepciju doprinosa koji dobivaju od pohađanja sastanaka za uspostavljanje kvalitetnijeg odnosa sa svojom djecom. Ipak, treba naglasiti kako je analizom dobiveni iznos na samoj granici statističke značajnosti ( $p=0,05$ ). Na niti jednoj od preostalih čestica koje ispituju doprinos klubova liječenih alkoholičara, tj. njihovu učinkovitost nije pronađena statistički značajna razlika među odgovorima ispitanika. Međutim, bez obzira na nepostojanje statistički značajnih razlika na preostalim česticama, interesantno je primijetiti kako voditelji klubova doprinos članstva u KLA svim ostalim područjima života članova procjenjuju značajnijim od samih članova, tj. liječenih alkoholičara i njihove pratnje.

Tablica 4. Razlike u percepciji doprinosa članstva u KLA različitim područjima života

		%			$\chi^2$
		liječeni alkoholičari	pratnja	voditelji	
uspostavljanju kvalitetnih odnosa s partnerom	slabo	10,1	5,3	0,0	4,437 $p > 0,05$
	osrednje	15,4	19,3	22,2	
	značajno	74,5	75,4	77,8	
uspostavljanju kvalitetnih odnosa s djecom	slabo	7,7	4,0	3,7	9,479 <b><math>p = 0,05</math></b>
	osrednje	6,9	20,0	22,2	
	značajno	85,4	76,0	74,1	
boljoj slici o sebi	slabo	4,1	5,1	0,0	5,941 $p > 0,05$
	osrednje	14,1	20,3	3,7	
	značajno	81,8	74,6	96,3	
djelotvornijem suočavanju sa životnim problemima	slabo	7,1	1,7	0,0	5,202 $p > 0,05$
	osrednje	14,2	18,3	11,1	
	značajno	78,7	80,0	88,9	
učenju kvalitetne komunikacije među ljudima	slabo	4,1	1,7	,0	2,854 $p > 0,05$
	osrednje	14,6	10,2	11,1	
	značajno	81,3	88,1	88,9	
željenoj promjeni ponašanja	slabo	5,9	1,7	0,0	7,125 $p > 0,05$
	osrednje	11,8	22,4	11,1	
	značajno	82,4	75,9	88,9	
stjecanju samopouzdanja	slabo	6,4	5,1	3,7	0,638 $p > 0,05$
	osrednje	11,1	13,6	11,1	
	značajno	82,5	81,4	85,2	
izgradnji sebe kao uspješne osobe	slabo	5,3	6,8	0,0	2,988 $p > 0,05$
	osrednje	14,7	18,6	11,1	
	značajno	80,0	74,6	88,9	

### 6.3. Doživljaj KLA među liječenim alkoholičarima i među pratnjom

O percipiranoj učinkovitosti klubova liječenih alkoholičara također govori i pitanje o doživljaju KLA među njegovim članovima – liječenim alkoholičarima i pratnjom. Na ovome se pitanju od spomenutih subuzoraka tražilo da označe u kojem se stupnju slažu s šest tvrdnji koje se odnose na njihov doživljaj kluba čiji su članovi. Tvrdnje su sljedeće: 1. U ovom klubu svi otvoreno iznose svoje mišljenje. ; 2. U ovom klubu ljudi su zainteresirani jedni za druge. ;

3. Članovi kluba me razumiju. ; 4. Voditelj/ica kluba me razumije. ; 5. Drugim članovima kluba je stalo do mene. ; 6. Atmosfera na sastancima je uvijek dobra. Na navedene tvrdnje, ispitanici su imali priliku izraziti svoje slaganje na skali od 5 stupnjeva, tj. od 1 (*uopće se ne slažem*) do 5 (*potpuno se slažem*). Rezultati su prikazani u Tablici 5.

Iz rezultata prikazanih u tablici može se vrlo lako uočiti kako su procjene slaganja ispitanika s tvrdnjama koje ispituju doživljaj KLA generalno vrlo visoke. Nisko slaganje, odnosno neslaganje s tvrdnjama je rijetko, a na nekim česticama ono niti nije prisutno. Na prvoj čestici, koja ispituje slaganje s tvrdnjom *u ovom klubu svi otvoreno iznose svoje mišljenje*, 2,9% liječenih alkoholičara i 3,4% pratnje izražava djelomično neslaganje s tom tvrdnjom, što je najveći zabilježeni postotak neslaganja u odnosu na sve ostale tvrdnje koje ispituju doživljaj KLA. S druge strane, najveće slaganje izraženo je na čestici *voditelj/ica kluba me razumije*, i među liječenim alkoholičarima (M=4,78) i pratnjom (M=4,73). Naime, čak 82,8% liječenih alkoholičara i 76,3% pratnje u potpunosti se slaže s navedenom tvrdnjom. To bi značilo kako njihovom pozitivnom doživljaju kluba kojeg pohađaju najveći doprinos daje upravo osjećaj razumijevanja koji dobivaju od voditelja/ica, tj. stručnih djelatnika.

Na temelju prikazanih rezultata za sve ispitane čestice koje se odnose na doživljaj kluba, može se zaključiti kako su sve vrijednosti koje su dobivene vrlo slične za ova dva ispitana subuzorka. Velika većina kako liječenih alkoholičara, tako i pratnje dosta pozitivno doživljava klub koji pohađaju. Izražavaju visok stupanj slaganja u odnosu na tvrdnje kako je ostalim članovima stalo do njih, kako dobivaju razumijevanje i od strane voditelja/ice kluba i od strane ostalih članova kluba, kako je atmosfera na sastancima uvijek dobra, kako su svih članovi otvoreni u iznošenju vlastitog mišljenja na sastancima kluba, kako se osjeća zainteresiranost članova kluba jednih za druge.

Tablica 5. Doživljaj KLA među liječenim alkoholičarima i pratnjom

	N	%					M	SD
		1 uopće se ne slažem	2 donekle se ne slažem	3 niti se slažem, niti ne slažem	4 donekle se slažem	5 potpuno se slažem		
U ovom klubu svi otvoreno iznose svoje mišljenje.	LA 170	1,2	2,9	4,1	35,3	56,5	4,43	0,806
	pratnja 59	/	3,4	1,7	39,0	55,9	4,47	0,704

U ovom klubu ljudi su zainteresirani jedni za druge.	LA	170	/	2,4	4,7	32,9	60,0	4,51	0,699
	pratnja	59	/	/	5,1	33,9	61,0	4,56	0,595
Članovi kluba me razumiju.	LA	169	/	2,4	4,7	26,0	66,9	4,57	0,696
	pratnja	59	/	/	6,8	35,6	57,6	4,51	0,626
Voditelj/ica kluba me razumije.	LA	169	/	1,8	1,8	13,6	82,8	4,78	0,564
	pratnja	59	/	/	3,4	20,3	76,3	4,73	0,520
Drugim članovima kluba je stalo do mene.	LA	170	0,6	1,2	7,1	37,1	54,1	4,43	0,728
	pratnja	59	/	/	5,1	45,8	49,2	4,44	0,595
Atmosfera na sastancima je uvijek dobra.	LA	171	/	2,9	9,9	29,2	57,9	4,42	0,788
	pratnja	60	/	/	10,0	33,3	56,7	4,47	0,676

Iako se iz prethodne tablice mogu uočiti spomenute sličnosti u odgovorima liječenih alkoholičara i pratnje na tvrdnjama vezanim uz njihov doživljaj KLA, ipak je proveden hi-kvadrat test kako bi se moglo opravdano ustanoviti postoji li statistički značajna razlika u odnosu na ispitane čestice, ili ona ne postoji. Jednako kao i u prethodnom slučaju, najprije je bilo potrebno rekodirati varijable na način da se 5 stupnjeva slaganja isto tako smanjilo na ukupno 3. Uopće se ne slažem i donekle se ne slažem rekodirano je u 1 (*neslaganje*), niti se slažem, niti ne slažem rekodirano je u 2 (*neutralno*), dok je donekle se slažem i potpuno se slažem rekodirano u 3 (*slaganje*). Rezultati provedenog hi-kvadrat testa prikazani su u Tablici 6. Iz tablice je vidljivo kako niti na jednoj ispitanoj čestici nije pronađena statistički značajna razlika između liječenih alkoholičara i pratnje. Dakle, može se ustanoviti kako ne postoji statistički značajna razlika u odnosu na doživljaj KLA kod ispitanih subuzoraka.

Tablica 6. Razlike u doživljaju KLA između liječenih alkoholičara i pratnje

		%		$\chi^2$
		liječeni alkoholičari	pratnja	
U ovom klubu svi otvoreno iznose svoje mišljenje.	neslaganje	3,5	3,4	0,769 $p > 0,05$
	neutralno	4,1	1,7	
	slaganje	92,4	94,9	
U ovom klubu ljudi su zainteresirani jedni za druge.	neslaganje	1,8	0,0	1,063 $p > 0,05$
	neutralno	4,7	5,1	
	slaganje	93,5	94,9	

Članovi kluba me razumiju.	neslaganje	2,4	0,0	1,745  p > 0,05
	neutralno	4,7	6,8	
	slaganje	92,9	93,2	
Voditelj/ica kluba me razumije.	neslaganje	1,8	0,0	1,567  p > 0,05
	neutralno	1,8	3,4	
	slaganje	96,4	96,6	
Drugim članovima kluba je stalo do mene.	neslaganje	1,2	0,0	1,002  p > 0,05
	neutralno	7,1	5,1	
	slaganje	91,8	94,9	
Atmosfera na sastancima je uvijek dobra.	neslaganje	2,9	0,0	1,800  p > 0,05
	neutralno	9,4	10,0	
	slaganje	87,7	90,0	

## 7. RASPRAVA

Deskriptivni pokazatelji funkcioniranja klubova liječenih alkoholičara na području grada Zagreba, ukazuju na osnovne tj. bazične podatke o funkcioniranju KLA. Između ostaloga, ti pokazatelji upućuju na činjenicu kako je prosječno djelovanje klubova na području grada Zagreba 31 godinu, što je dosta više od prosječne vrijednosti djelovanja KLA dobivene u istraživanju Opačić, Oreb i Radat (2019), a to je 20 godina. Međutim, spomenute autorice provele su istraživanje na nacionalnom uzorku (40 KLA diljem RH), dok su rezultati ovoga istraživanja dobiveni isključivo na uzorku klubova liječenih alkoholičara koji djeluju u gradu Zagrebu. Spomenuta razlika ne iznenađuje s obzirom da su se šezdesetih godina klubovi liječenih alkoholičara počeli osnivati, i to u početku najviše upravo na području Zagreba, što doprinosi dugoj povijesti djelovanja KLA s ovog područja. Što se tiče prosječnog broja ukupnog članstva u KLA, u ovom je istraživanju dobiven prosječan broj od 15 članova u klubovima na području Zagreba, dok je u spomenutom nacionalnom istraživanju prosječan broj članova 23. Ni ta razlika ne iznenađuje ako ju promatramo na način da u Zagrebu djeluje iznimno velik broj klubova, što znači da je moguće na neki način bolje raspodijeliti liječene alkoholičari, tj. nove članove. U drugim dijelovima Hrvatske, posebice u manjim sredinama, broj KLA koji djeluju je manji i time je jasno kako je moguća veća napučenost tih klubova.

Još neki od zanimljivih podataka koji su dobiveni u odnosu na opće funkcioniranje KLA su da se u nešto manje od 53% klubova organiziraju izvanklupske aktivnosti, dok ih preostalih 47% klubova ne organizira. Autorice Opačić, Oreb i Radat (2019) navode rezultat svoga



istraživanja prema kojemu više od 80% klubova na području Hrvatske navodi kako sudjeluje u izvanklupskim aktivnostima. U istom se istraživanju ispitivala i aktivnost članova (liječenih alkoholičara i pratnje) u takvim aktivnostima koje se provode u zajednici te su rezultati pokazali kako 55% članova sudjeluje u organiziranim aktivnostima, dok 45% članova navodi kako u istima ne sudjeluje. Važno je spomenuti i kako su, prema podacima ovog istraživanja provedenog na uzorku KLA u gradu Zagrebu, stručni suradnici (voditelji) prisutni na svakom sastanku u 69,4% klubova. To bi značilo da gotovo jedna trećina njih ne prisustvuje redovito sastancima svoga kluba. U skladu s time, moglo bi se postaviti pitanje što o tome misle članovi KLA, tj. kakva je percepcija liječenih alkoholičara i pratnje, o tome utječe li neprisustvo voditelja na rad tj. funkcioniranje kluba, i ako da, na koji način. Osim toga, pitanje koje se isto tako otvara je i postoji li dovoljan broj stručnjaka koji su zainteresirani za rad u klubovima liječenih alkoholičara. Neki voditelji istovremeno rade kao stručni djelatnici u više klubova, što može jednim dijelom utjecati i na njihovo neprisustvo na svakom sastanku. Stoga, za razmišljanje ostaje upravo mogućnost za promjenom takvog stanja kada bi se povećao interes što većeg broja stručnjaka za radom u KLA.

Pogledamo li rezultate deskriptivne analize vezane uz procjenu doprinosa KLA različitim područjima života članova, možemo vidjeti kako oni ukazuju na dosta visoku tj. pozitivnu percepciju učinkovitosti klubova, i to na sva tri ispitana subuzorka (liječeni alkoholičari, pratnja, voditelji). Prema rezultatima spomenutog istraživanja na nacionalnoj razini (Opačić i sur., 2019), i liječeni alkoholičari i pratnja smatraju da KLA pridonosi pozitivnom doživljaju napretka u isto tako raznim područjima života ( $M=4,18$ ). Taj podatak je vrlo važan s obzirom da se ispitivana područja iz oba ova istraživanja u potpunosti podudaraju, a rezultati koji su prikazani u ovom diplomskom radu za sva područja zasebno upućuju na vrlo slične prosječne vrijednosti. Od svih područja, valja istaknuti ono najvažnije za osobe koje se liječe od alkoholizma - održavanje apstinencije. U ranije prikazanim rezultatima, istaknuto je kako su sami liječeni alkoholičari, a isto tako i voditelji, najpozitivnije procijenili upravo doprinos koji KLA ima u održavanju apstinencije. Giuffredi i sur. (2003) u svojoj komparativnoj studiji dolaze do zaključka kako su upravo klubovi liječenih alkoholičara kao primjer psiho-medicinski-sociološkog učinkovitiji u održavanju apstinencije liječenih alkoholičara, u odnosu na centre za alkoholizam. Točnije, autori su došli do rezultata kako postotak liječenih alkoholičara koji i dalje apstiniraju nakon godinu dana pohađanja KLA iznosi 79%, dok je samo polovina tj. 50% liječenih alkoholičara koji su se liječili psihomedicinskim postupkom u centrima za alkoholizam uspjelo održati apstinenciju.

U odnosu na doživljaj KLA među liječenim alkoholičarima i pratnjom, iz deskriptivnih

pokazatelja može se zaključiti kako oba ispitana subuzorka imaju vrlo pozitivan doživljaj kluba čiji su članovi. Ipak, od svih tvrdnji koje svjedoče o doživljaju KLA, i liječeni alkoholičari ( $M=4,78$ ) i pratnja ( $M=4,73$ ) se u najvećoj mjeri slažu sa tvrdnjom kako ih voditelj/ica kluba razumije. Takav je rezultat u skladu s podatkom dobivenim na nacionalnom uzorku već spomenutog istraživanja, gdje je prosječna vrijednost razine razumijevanja između stručnjaka i članova isto tako vrlo visoka ( $M=4,58$  među liječenim alkoholičarima;  $M=4,57$  među pratnjom). Također, u oba ova istraživanja uočeno je kako je razumijevanje između člana i voditelja procijenjeno višim odnosno pozitivnijim u odnosu na razumijevanje među članovima kluba. Liječeni alkoholičari se jednako kao i pratnja slažu s tvrdnjom kako je atmosfera na sastancima uvijek dobra, no prema rezultatima nacionalnog istraživanja generalna atmosfera na sastancima okarakterizirana je kao najniži motivator za pohađanje sastanaka KLA. S druge strane, najveći motivator za pohađanje sastanaka je upravo odnos stručnjaka prema članu, a nakon toga i odnos čitave grupe prema članu. Iz ranije prikazanih statističkih pokazatelja u ovom istraživanju, vidljivo je kako i liječeni alkoholičari i pratnja visoko procjenjuju zainteresiranost članova jednih za druge, razumijevanje članova kao i odnos, tj. brigu ostalih članova za njih same. Kaskutas i sur. (2002) navode kako je važan terapijski aspekt za članove upravo to stvaranje nove društvene mreže. Štoviše, u toj stranoj, longitudinalnoj studiji dobiveni su rezultati koji potvrđuju koliko za članove znači odnos kojega imaju s drugim članovima i razumijevanje koje dobivaju od njih. Naime, radi se o rezultatu prema kojemu je vjerojatnost za jednomjesečnom i tromjesečnom apstinencijom dvostruko veća ako liječeni alkoholičari dobivaju podršku od ljudi koje su upoznali u AA (Kaskutas i sur., 2002). Podrška koju članovi dobivaju od ostalih članova KLA različita je od one koju dobivaju od drugih osoba koje nisu članovi kluba, i to stoga što se članovi nalaze u međusobnoj sličnoj situaciji i uvijek su tu jedan za drugoga te si nude savjete kao primjerice kako ostati trijezan, kako biti vješt u odbijanju alkohola u okidajućim situacijama i slično (Kaskutas i sur., 2002).

H1 hipoteza odnosila se na percepciju doprinosa kluba napretku u pojedinim područjima života članova. Radilo se o takozvanoj nul-hipotezi prema kojoj se pretpostavlja kako ne postoje statistički značajne razlike među dionicima ovog istraživanja. Provedenim hi-kvadrat testom nije utvrđena statistički značajna razlika na ukupno 7 od 8 ispitanih tj. analiziranih čestica. S obzirom da je na jednoj čestici pronađena statistički značajna razlika, možemo tvrditi kako je H1 hipoteza djelomično potvrđena. Statistički značajna razlika među dionicima pronađena je u odnosu na procjenu doprinosa KLA uspostavljanju kvalitetnih odnosa s djecom, na način da liječeni alkoholičari procjenjuju znatno veći doprinos ovome području života, nego li to čine pratnja i voditelji klubova. Takav je podatak zanimljiv, ali i pomalo iznenađujući, posebice

stoga što je upravo to ispitano područje procijenjeno najmanje pozitivnim među voditeljima klubova. Ipak, s obzirom da se radi o ispitivanju osobne percepcije, jasno je kako na to uvelike utječu i stavovi pojedinca o tome što kvalitetan odnos uopće je, kao i da sami članovi (liječeni alkoholičari i pratnja) najbolje znaju kakav je taj odnos bio prije uključivanja u KLA, a kakav je sada. Također, liječenim je alkoholičarima možda napredak u uspostavljanju kvalitetnijeg odnosa s djecom već sama činjenica da više primjećuju svoju djecu, razgovaraju s njima, dok voditelji vjerojatno imaju puno više kriterije i očekivanja koja je potrebno ispuniti kako bi mogli tvrditi u kojoj se mjeri radi o kvalitetnom odnosu. Što se tiče razlike dobivene među liječenim alkoholičarima i pratnjom, nju je već možda teže objasniti. Ipak, čini se korisnim navesti podatak dobiven u istraživanju KLA na nacionalnom uzorku, prema kojemu pratnja nešto manje pozitivno procjenjuje ukupan doprinos KLA napretku u odnosu na sva ispitana područja života (a ne samo u uspostavljanju kvalitetnih odnosa s djecom), nego li to čine liječeni alkoholičari.

H2 hipoteza odnosila se na doživljaj klubova liječenih alkoholičara, koji se ispitivao među liječenim alkoholičarima i pratnjom. Također se radilo o nul-hipotezi, što znači da se nisu očekivale razlike među ove dvije skupine dionika, u odnosu na njihov doživljaj KLA. Provedenom analizom prikazanom u rezultatima utvrđeno je kako ne postoji statistički značajna razlika na niti jednoj od čestica koje ispituju doživljaj KLA. Shodno tome, možemo ustanoviti kako je H2 hipoteza u potpunosti potvrđena. Liječeni alkoholičari, kao i pratnja, generalno imaju vrlo pozitivan doživljaj klubova liječenih alkoholičara. Treba napomenuti kako većina tvrdnji kojima se ispitivao doživljaj KLA ustvari ispituje odnos članova s preostalim članovima kluba i s voditeljem/icom, tj. njihovo razumijevanje (*članovi kluba me razumiju*), zainteresiranost (*u ovom klubu ljudi su zainteresirani jedni za druge*), brigu (*drugim članovima kluba je stalo do mene*). Rezultati koji su dobiveni ovim istraživanjem samo su djelomično u skladu s rezultatima nacionalnog istraživanja KLA. Naime, u tom je istraživanju pronađena statistički značajna razlika među liječenim alkoholičarima i pratnjom u odnosu na njihovu procjenu odnosa ostalih članova prema pojedincu, i to na način da liječeni alkoholičari iste odnose procjenjuju pozitivnije nego li je to slučaj kod pratnje (Opačić i sur., 2019). Sličnosti među rezultatima ovih istraživanja pronađene su u odnosu na razliku u procijenjenoj razini razumijevanja koje članovi primaju od voditelja/ice kluba, s obzirom da ona nije pronađena u odnosu na ispitivane subuzorke u niti jednom od ovih istraživanja.

Možemo zaključiti kako rezultati dobiveni ovim istraživanjem svjedoče o visokoj razini zadovoljstva učinkovitošću KLA, kako među liječenim alkoholičarima i pratnjom, tako i među stručnim djelatnicima tj. voditeljima klubova. Doživljaj KLA među liječenim alkoholičarima i

pratnjom vrlo je pozitivan te nije pronađena niti jedna statistički značajna razlika koja bi upućivala na bilo kakve razlike u doživljaju. To je vrlo ohrabrujuće stoga što takvi rezultati ukazuju na to da se u klubovima liječenih alkoholičara na području grada Zagreba jednaka pažnja pridaje i članovima obitelji tj. osobama koje dolaze kao pratnja liječenom alkoholičaru. Prema tome, ne iznenađuje dobiveni podatak kako pratnja liječenih alkoholičara, u podjednakoj mjeri kao i liječeni alkoholičari, osjeća doprinos koji KLA ima u odnosu na napredak u različitim područjima njihova života. Što se tiče spomenutih razlika dobivenih u odnosu na procjenu doprinosa KLA u uspostavljanju kvalitetnijih odnosa s djecom (između sva tri subuzorka), ona upućuje na to kako bi se ta tematika u budućnosti mogla u značajnijoj mjeri uključiti među prorađivane teme na sastancima. Primjerice, to bi se moglo ostvariti u vidu učestalijih razgovora o konkretnim problemima i očekivanjima odnosno ciljevima do kojih se želi doći vezano uz to područje, ali i u vidu češćih predavanja stručnih djelatnika o toj temi, o roditeljskim vještinama te načinima uspostavljanja sveukupno kvalitetnijeg odnosa s djecom. Naravno, sve to u odnosu na uočene potrebe među svim članovima kluba.

## **8. ZAKLJUČAK**

Kako je već ranije navedeno, alkoholizam je izrazito kompleksan problem s brojnim negativnim, često i vrlo ozbiljnim posljedicama, koje se ne odnose isključivo na alkoholičara, nego se tiču i članova njegove obitelji, ostalih bližnjih, zajednice u kojoj alkoholičar prebiva pa i društva u cjelini. Upravo stoga, klubovi liječenih alkoholičara (KLA) svojim karakterističnim obilježjima poput uključivanja članova obitelji u resocijalizaciju ovisnika te povezivanja članova kluba s zajednicom, pružaju adekvatno mjesto za dugoročan oporavak alkoholičara i njihovih obitelji. Ipak, kroz ovaj diplomski rad su, između ostaloga, prikazane i neke druge metode liječenja (hospitalne, ambulantne), s obzirom da takvo liječenje nerijetko prethodi uključivanju članova u klubove liječenih alkoholičara. Spona ova dva oblika liječenja su tzv. OKLA (ogledni klubovi liječenih alkoholičara), koji djeluju u bolnicama specijaliziranim za bavljenje alkoholizmom u kojima pripremaju alkoholičare za nastavak liječenja u KLA u lokalnoj zajednici, čime mogu značajno utjecati na njihovu motivaciju za ustrajnosti u liječenju. Unatoč tome što klubovi liječenih alkoholičara u Hrvatskoj djeluju već više od pola stoljeća, znanstvena istraživanja istih nisu na zavidnoj razini. Posljednjih se godina taj trend polako

mijenja, što možemo zaključiti ponajviše prema kvalitetnom istraživanju provedenom na nacionalnom uzorku klubova i njihovih članova diljem Hrvatske, a koje je prethodno opisano. Takav trend prati i istraživanje provedeno u okviru ovog diplomskog rada, kojim se nastojala ispitati percepcija samih liječenih alkoholičara, njihove pratnje te stručnih suradnika o učinkovitosti KLA, na uzorku klubova koji djeluju na području grada Zagreba.

Rezultati koji su dobiveni svjedoče podjednako i prilično visokoj razini zadovoljstva među sva 3 ispitana subuzorka, na način da dosta pozitivno doživljavaju KLA, ali i da visoko procjenjuju njegovu učinkovitost. Točnije, poveljenim istraživanjem dobivena su saznanja o funkcioniranju klubova liječenih alkoholičara na području grada Zagreba, o sastavu kluba, prosječnoj veličini KLA s obzirom na broj članova, učestalosti sastanaka, kao i o organiziranju različitih izvanklupskih aktivnosti. Takvi rezultati značajni su jer mogu uputiti na pojedine probleme u radu klubova (npr. premali broj članova pratnje), ali i svjedočiti o aktivnosti klubova u lokalnoj zajednici, što je obilježje KLA koje je potrebno neprestano poticati. Osim toga, dobiven je i uvid u percepciju ispitanika, koja se pokazala iznimno pozitivnom u odnosu na doprinos KLA u različitim područjima života članova, među sve tri ispitane skupine. Analiziran je i doživljaj KLA među liječenim alkoholičarima i pratnjom, a rezultati analize upućuju na vrlo pozitivan doživljaj klubova u obje skupine, s time da se to najviše odnosi na doživljaj zainteresiranosti i razumijevanja članova jednih prema drugima kao i visoke razine razumijevanja dobivene od strane stručnih djelatnika. Upravo ovakvi dobiveni podaci pozitivno svjedoče o ostvarenju nastojanja KLA koja stoje u pozadini njihova rada – da klubovi budu oslonac i podrška liječenom alkoholičaru i njegovoj obitelji u nošenju s alkoholizmom te time i u ostvarenju boljeg života. Ipak, treba naglasiti kako nikako nije dovoljno sporadično provoditi ovakav tip istraživanja u kojemu se evaluira rad/sadržaj klubova liječenih alkoholičara. Upravo suprotno, nužno je uvesti kontinuitet u provođenje ovakvih istraživanja, kako bi se moglo unaprijediti sve one aspekte funkcioniranja KLA u kojima se iskazuju bilo kakvi problemi, što od strane članova, a što od stručnih suradnika. Osim toga, kontinuiranim istraživanjima ovoga tipa zasigurno bi se unaprijedila i sama metodologija istraživanja, što od korištenih instrumenata, ali primjerice i uvida u ograničenja, koja bi se potom svakim idućim istraživanjem mogla uspješno izbjeći i tako pospješiti značaj dobivenih znanstvenih spoznaja.

## 9. LITERATURA

1. Bodor, D. (2018). *Usporedba psihosocijalnoga funkcioniranja osoba koje se liječe zbog ovisnosti o kockanju i alkoholu*. Doktorska disertacija. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu. Stomatološki fakultet.
2. Bogdan, A., Mišević, Ž., i Živčić, M. (2016). Evaluacija kvalitativnih promjena komunikacijskih vještina ovisnika o alkoholu uključenih u rad kluba liječenih alkoholičara. *Zbornik radova Međimurskog veleučilišta u Čakovcu*, 7(1), 7-13.
3. Breitenfeld, D., Wöfl, D. (2010). *Alkoholizam – poremećaji izazvani pijenjem alkohola*. Rijeka.
4. Brezovec, E. (2017). Uporaba alkohola u hrvatskoj socijalnoj stvarnosti Alkohol kao dio interakcijskog ritualnog lanca. *Alcoholism and psychiatry research: Journal on psychiatric research and addictions*, 53(2), 139-146.
5. Brlek, I., Berc, G., i Milić Babić, M. (2014). Primjena savjetovanja kao metode pomoći u klubovima liječenih alkoholičara iz perspektive socijalnih radnika. *Socijalna psihijatrija*, 42(1), 62-70.
6. Chick, J., Gough, K., Falkowski, W., Kershaw, P., Hore, B., Mehta, B., ... i Torley, D. (1992). Disulfiram treatment of alcoholism. *The British Journal of Psychiatry*, 161(1), 84-89.
7. Cotton, N. S. (1979). The familial incidence of alcoholism: a review. *Journal of studies on alcohol*, 40(1), 89-116.
8. Curzio, O., Tilli, A., Mezzasalma, L., Scalese, M., Fortunato, L., Potente, R., ... i Molinaro, S. (2012). Characteristics of alcoholics attending 'clubs of alcoholics in treatment' in Italy: a national survey. *Alcohol and Alcoholism*, 47(3), 317-321.
9. Cvančić, J., Rozika, G. (2017). Alkoholizam kao problem u obitelji i društvu. *Sestrinski glasnik*, 22(1), 23-26.
10. Čuljak, I. C., Culej, J., i Dodić, K. (2013). Oblici rehabilitacije liječenih alkoholičara u zajednici-prikaz rada KLA. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, 9(33), 141-175.
11. Dragišić Labaš, S. (2016). Alcohol use: social aspect, gender differences and stigmatization. *Alcoholism and psychiatry research: Journal on psychiatric research and addictions*, 52(1), 51-64.
12. Dundović, D. (2008). Ubojstva intimnih partnera i alkohol. *Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu*, 15(1), 177-203

13. Frkin, S. (2016). Izvršenje mjere obveznog liječenja od alkoholizma u klubovima liječenih alkoholičara. U: Vejmelka, L, Vuga A., Radat, K. (Ur.), *Zbornik radova 2. konferencije prevencije ovisnosti: alkoholizam, ovisnost o drogama i novije ovisnosti 1. ljetne škole modernih tehnologija*, 41-47. Zagreb: Studio 77.
14. Giuffredi, C., Di Gennaro, C., Montanari, A., Barilli, A., i Vescovi, P. P. (2003). Alcohol addiction: evaluation of alcohol abstinence after a year of psycho-medical-social treatment. *Addiction biology*, 8(2), 219-228.
15. Glavak Tkalić, R., Miletić, G.-M., Maričić, J. (2016). Uporaba sredstava ovisnosti u hrvatskom društvu: Istraživanje na općoj populaciji. Zagreb: Institut društvenih znanosti Ivo Pilar i Ured za suzbijanje zlouporabe droga Vlade Republike Hrvatske.
16. Glavak Tkalić, R., Miletić, G.M., Maričić, J., Wertag, A. (2012). Zlouporaba sredstava ovisnosti u općoj populaciji Republike Hrvatske: istraživačko izvješće. Zagreb: Institut društvenih znanosti Ivo Pilar i Ured za suzbijanje zlouporabe droga Vlade Republike Hrvatske.
17. Hdagha, S. (2016). *Alkoholizam u mladih*. Diplomski rad. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu. Učiteljski fakultet.
18. Horčićka, T. (2016). *Alkoholizam u žena*. Diplomski rad. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu. Medicinski fakultet. Sveučilišni diplomski studij sestrinstva.
19. Hrvatski savez klubova liječenih alkoholičara (HSKLA). *Članstvo Saveza, prava, obveze i odgovornost članica*. Preuzeto 5.8.2019., s internetske stranice: [http://www.hskla.hr/O\\_nama/Prava\\_i\\_obaveze.htm](http://www.hskla.hr/O_nama/Prava_i_obaveze.htm)
20. Hrvatski savez klubova liječenih alkoholičara (HSKLA). *Program rada Hrvatskog saveza klubova liječenih alkoholičara (HSKLA)*. Preuzeto 5.8.2019., s internetske stranice: [http://www.hskla.hr/O\\_nama/Program%20rada\\_HSKLA.htm](http://www.hskla.hr/O_nama/Program%20rada_HSKLA.htm)
21. Hrvatski savez klubova liječenih alkoholičara (HSKLA). *Adresar KLA i udruženja KLA*. Preuzeto 5.8.2019., s internetske stranice: <http://www.hskla.hr/adresar.htm>
22. Hrvatski savez klubova liječenih alkoholičara (HSKLA). *Aktivnosti HSKLA, pokrajinskih zajednica KLA i klubova liječenih alkoholičara u borbi protiv alkoholizma i drugih ovisnosti*. Preuzeto 5.8.2019., s internetske stranice: <http://www.hskla.hr/Aktivnosti.htm>
23. Hrvatski savez klubova liječenih alkoholičara (HSKLA). *Izvod statuta Hrvatskog saveza klubova liječenih alkoholičara*. Preuzeto 5.8.2019., s internetske stranice: [http://www.hskla.hr/O\\_nama/Izvod\\_statuta.htm](http://www.hskla.hr/O_nama/Izvod_statuta.htm)

24. Hrvatski savez klubova liječenih alkoholičara (HSKLA). *Koji se lijekovi primjenjuju u liječenju ovisnosti o alkoholu?* Preuzeto 15.7.2019., s internetske stranice: <http://www.hskla.hr/OvisnostOalkoholu/POSTAVLJENA%20PITANJA/sto%20je%20alkoholizam%20pit%2006.htm>
25. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ). *Nacionalni rezultati istraživanja o alkoholu u okviru EU Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm - RARHA.* Preuzeto 7.7.2019, s internetske stranice: <https://www.hzjz.hr/medunarodna-istrazivanja/nacionalni-rezultati-istrazivanja-o-alkoholu-u-okviru-ja-rarha/>
26. Hudolin, V. (1991). *Alkohološki priručnik.* Zagreb: Medicinska naklada.
27. Hudolin, V. (2005). Klubovi liječenih alkoholičara danas u svijetu. U: Ksenija Vujanović-Juras (Ur.). *Slatinski alkohološki programi 1975.-2005. i Hudolinov doprinos razvoju programa u Slatini* (str.32-35). Slatina: UKLA.
28. Ilić, B., Sedić, B. (2011). *Nursing care for patients with delirium tremens.* Elaborat. Zagreb: Zdravstveno veleučilište.
29. Kaskutas, L. A., Bond, J., i Humphreys, K. (2002). Social networks as mediators of the effect of Alcoholics Anonymous. *Addiction*, 97(7), 891-900.
30. Kelly, J. F. (2017). Is Alcoholics Anonymous religious, spiritual, neither? Findings from 25 years of mechanisms of behavior change research. *Addiction*, 112(6), 929-936.
31. Konstantinović Vilić, S., Žunić, N. (2014). Alkoholizam žena - rodne razlike kao viktimgene predispozicije. *Temida*, 17(1), 65-80.
32. Kovač, A., Kovčo Vukadin, I., Zoričić, Z., Peco, M., i Vukić, V. A. (2014). Characteristics of female drinking by age. *Alcoholism and psychiatry research: Journal on psychiatric research and addictions*, 50(1), 49-62.
33. Kovčo Vukadin, I. (2016). *Kvaliteta života studenata u Republici Hrvatskoj.* Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
34. Maloić, S. (2007). Udruga kao sudionik lokalne zajednice u prevladavanju društvenih problema - klub liječenih alkoholičara „Kašina-Centar“ *Kriminologija i socijalna integracija: časopis za kriminologiju, penologiju i poremećaje u ponašanju*, 15(1), 55-66.
35. Manzardo, A. M., Penick, E. C., Campbell, J. L., Goodwin, D. W., i Gabrielli Jr, W. F. (2008). *Alcoholism.* Oxford University Press.
36. Marković, A. (2016). *Istraživanja s alkoholom povezanih poremećaja i problema u Republici Hrvatskoj.* Diplomski rad. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.



37. Miljenović, A. (2010). Psihosocijalni pristup i alkoholizam: iskustvo rada u klubovima liječenih alkoholičara. *Ljetopis Socijalnog Rada/Annual of Social Work*, 17(2).
38. Opačić, A., Oreb, T., i Radat, K. (2017). Characteristics and significance of professional-led support groups in the treatment of alcoholism. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 35(4), 359-371.
39. Opačić, A., Oreb, T., i Radat, K. (2019). How do Clubs of Alcoholics in Treatment Function? Differences Between the Perspectives of Members with Addiction and Family Members. *Archives of Psychiatry Research*, 55 (1), 25-38.
40. Opačić, A., Oreb, T., i Radat, K. (2019). Obilježja klubova liječenih alkoholičara u Hrvatskoj. *Socijalna psihijatrija*, 47(2), 145-167.
41. Oreb, T., Opačić, A., i Radat, K. (2018). Perspektive članova obitelji o djelovanju klubova liječenih alkoholičara. *Ljetopis socijalnog rada*, 25(1), 131-157.
42. Orešković, A., Mihanović, M., Mimica, N., Bodor, D., i Petrov, B. (2013). Day care for alcoholism in psychiatric hospital» Sveti Ivan «2004–2012. *Alcoholism and psychiatry research: Journal on psychiatric research and addictions*, 49(2), 115-122.
43. Prekrtić, S. (2016). *Sociološka analiza alkoholizma–sociografski pristup*. Diplomski rad. Zagreb: Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. Odsjek za sociologiju.
44. Rapić, M., Vrcić Keglević, M. (2015). Alkoholizam–zaboravljena dijagnoza u obiteljskoj medicini. *Medicina familiaris Croatica: journal of the Croatian Association of Family medicine*, 22(2), 25-32.
45. Smrekar, M., Čukljek, S., Hošnjak, A. M., Ilić, B., i Ledinski Fičko, S. (2018). Alcoholism: Success of Long–Term Treatment—a Systematic Review.
46. Štifanić, M. (1995). Alkoholizam i društvene znanosti. *Društvena istraživanja-Časopis za opća društvena pitanja*, 4(4-5), 703-719.
47. Thaller, V., Buljan, D., Golik-Gruber V., i Marušić, S. (2002). *Alkoholologija – suvremene osnove za studente i praktičare*. Zagreb: Naklada CSCAA.
48. Torre, R. (2006). Oporavak alkoholičara u klubovima liječenih alkoholičara. *Zagreb: Hrvatski savez klubova liječenih alkoholičara*.
49. Torre, R., Zoričić, Z., Katanić, K., i Škifić, B. (2010). Anonimni alkoholičari. *Medica Jadertina*, 40(1-2), 19-25.
50. World Health Organization (2011). *Global Status Report on Alcohol and Health*. Geneva, Switzerland: WHO Press.
51. World Health Organization (2014). *Global Status Report on Alcohol and Health*. Geneva, Switzerland: WHO Press.

52. World Health Organization (2018). *Global Status Report on Alcohol and Health*. Geneva, Switzerland: WHO Press.
53. Zoričić, Z. (2006): *Alkohol i mladi*. *Alkohološki glasnik*. Hrvatski savez klubova liječenih alkoholičara i Zajednica klubova liječenih alkoholičara Zagreb.
54. Zoričić, Z. (2014). *Razvoj sustava klubova liječenih alkoholičara od 1964. godine do danas*. Preuzeto 5.8.2019., s internetske stranice:  
[http://www.hskla.hr/ag/2014\\_god/206\\_7\\_2014\\_2.3/206\\_2014\\_04\\_s03.htm](http://www.hskla.hr/ag/2014_god/206_7_2014_2.3/206_2014_04_s03.htm)
55. Zoričić, Z. (2018). *Ovisnosti – prevencija, liječenje i oporavak*. Zagreb: Školska knjiga.
56. Zoričić, Z., Ivančić, I., i Matošić, A. (2006). Importance of the club of treated alcoholics. *Alcoholism and Psychiatry Research*, 42(1), 35.
57. Žuškin, E., Jukić, V., Lipozenčić, J., Matošić, A., Mustajbegović, J., Turčić, N., ... i Bubaš, M. (2006). Ovisnost o alkoholu – posljedice za zdravlje i radnu sposobnost. *Arhiv za higijenu rada i toksikologiju*, 57(4), 413-426.