



Univerza v Mariboru

Fakulteta za zdravstvene vede

TVEGANO PITJE ALKOHOLA IN DUŠEVNO ZDRAVJE PRI ODRASLIH

(Magistrsko delo)

Maribor, 2019

Urška Nemec



Univerza v Mariboru

Fakulteta za zdravstvene vede

TVEGANO PITJE ALKOHOLA IN DUŠEVNO ZDRAVJE PRI ODRASLIH

(Magistrsko delo)

Maribor, 2019

Urška Nemec



Univerza v Mariboru

Fakulteta za zdravstvene vede

Mentorica: doc. dr. Hojka Gregorič Kumperščak

Somentorica: viš. predav. dr. Klavdija Čuček Trifkovič

TVEGANO PITJE ALKOHOLA IN DUŠEVNO ZDRAVJE PRI ODRASLIH

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Zloraba in stopnja odvisnosti od alkohola se po vsem svetu povečujeta ter dosemeta epidemična razmerja. Stopnja odvisnosti se bo do leta 2020 podvojila. Razmerje med duševnimi motnjami in odvisnostjo od alkohola je vzajemno vzročno: odvisnost od alkohola povečuje tveganje za duševne motnje, duševne motnje povečujejo tveganje za odvisnost od alkohola. V starosti od 18 do 45 let so prisotne težke epizode pitja.

Raziskovalna metodologija in metode: Uporabili smo deskriptivno metodo zbiranja podatkov, kvantitativno metodologijo ter filozofijo pozitivizma. Za raziskovalni instrument smo uporabili dva presejalna in validirana vprašalnika: PHQ-9 ter AUDIT 10 vprašalnik. Izvedli smo neslučajnostno vzorčenje, naš vključitveni kriterij pri namenskem vzorcu je bila starost od 18 do 45 let. Raziskavo smo izvedli s spletnim anketiranjem, podatke smo obdelali s programskim orodjem IBM SPSS, kjer smo uporabili statistična testa Pearsonov hi-kvadrat test ter Fisherjev test.

Rezultati: Anketirani izbirajo manj tvegani način pitja, pri manj kot polovici anketiranih depresija ni prisotna. Dejavniki, ki vplivajo na povečano zlorabo alkohola, so spol, zakonski stan ter število otrok. Tvegano pitje alkohola in depresija sta povezana, pogosto pitje alkohola potencira samomorilne misli. Prevalenca izpostavljenosti tveganemu pitju je dvakrat višja pri moškem spolu.

Diskusija in zaključek: Uživanje alkohola je v Sloveniji sestavni del kulture v prostem času. Če ne bomo pričeli z intenzivnejšim raziskovanjem, odkrivanjem ter preprečevanjem tveganega pitja, se bo pričelo povečevati število obolenj, poškodb, invalidnost ter samomorilnost v povezavi z alkoholom. V zdravstvu se mora odpraviti ovira pomanjkanja časa za pridobitev popolne anamneze. Starostna meja pri presejalnih intervencijah se mora znižati.

Ključne besede: zloraba alkohola, odvisnost od alkohola, dejavniki tveganja, soobolevnost depresije, AUDIT 10 vprašalnik, PHQ-9 vprašalnik.

HAZARDOUS DRINKING AND MENTAL HEALTH AMONG ADULTS

ABSTRACT

Theoretical background: Abuse and the degree of alcohol dependence are increasing worldwide and reaching epidemic proportions. The degree of dependence will double by 2020. The relationship between mental disorders and alcohol dependence is mutually causative: alcohol dependence increases the risk of mental disorders, mental disorders increase the risk of alcohol dependence. Heavy episodes of drinking are present at the age from 18 to 45 years.

Research methodology and methods: We used the descriptive method of data collection, quantitative methodology and the philosophy of positivism. Two screening and validated questionnaires were used for the research instrument: PHQ-9 and AUDIT 10 questionnaires. We performed random sampling, our inclusion criterion for the purposive sample was the age from 18 to 45 years. We conducted the research with online surveys and then we processed the obtained data with the IBM SPSS software tool, where we used the Pearson's chi-squared and the Fisher's test.

Results: The respondents choose a less risky way of drinking, and less than half of the respondents don't have depression. Factors that influence the increased alcohol abuse are gender, marital status and the number of children. Hazardous alcohol consumption and depression are associated, often the consumption of alcohol bolsters suicidal thoughts. The prevalence of exposure to hazardous alcohol consumption is twice as high in the male gender.

Discussion and conclusion: Alcohol consumption in Slovenia is an integral part of the leisure time culture. If we do not start with a more intense research, detection and prevention of hazardous consumption, the number of illnesses, injuries, disabilities and suicides in relation to alcohol will begin to increase. In health care, the lack of time to get a complete medical history must be eliminated. The age limit for screening interventions must be reduced.

Key words: alcohol abuse, alcohol dependence, risk factors, comorbidity of depression, AUDIT 10 questionnaire, PHQ-9 questionnaire.

KAZALO VSEBINE

1	Uvod in opis problema	1
1.1	Vpliv obdobja prehoda v odraslost ter zgodnje odraslosti na zlorabo alkohola.....	2
1.2	Dejavniki tveganja in motivi zlorabe alkohola	3
1.3	Soobolevnost depresije pri odvisnosti od alkohola	4
1.4	Vpliv alkohola na pojav samomorilnosti	5
1.5	Posledice odvisnosti od alkohola	5
1.6	Preventiva ter zdravljenje odvisnosti od alkohola.....	6
	<i>1.6.1 Zdravljenje odvisnosti od alkohola.....</i>	6
	<i>1.6.2 Preventiva odvisnosti od alkohola.....</i>	7
2	Namen in cilji zaključnega dela	9
3	Raziskovalni vprašanja in hipoteze	10
4	Raziskovalna metodologija.....	11
4.1	Raziskovalne metode.....	11
4.2	Raziskovalno okolje	13
4.3	Raziskovalni vzorec	14
4.4	Etični vidik	14
4.5	Predpostavke in omejitve raziskave	14
5	Rezultati	15
5.1	Socio-demografski rezultati	15
5.2	Rezultati AUDIT 10 (Alcohol Use Disorders Identification Test) vprašalnika.....	18
5.3	Rezultati PHQ-9 (The Patient Health Questionnaire) vprašalnika.....	23
5.4	Preverjanje hipotez	28
6	Interpretacija in razprava	31
7	Sklep	39
	Literatura.....	42
	Priloge.....	1

KAZALO TABEL

Tabela 1: Vključitveni in izključitveni kriteriji.....	11
Tabela 2: Točkovnik AUDIT 10 vprašalnika	12
Tabela 3: Socio-demografski podatki raziskave	16
Tabela 4: Testiranje prve hipoteze	28

KAZALO GRAFIKONOV

Graf 1: Stopnje tveganega pitja pri anketiranih (AUDIT 10)	22
Graf 2: Rezultati PHQ-9 vprašalnika pri anketiranih – prepoznavanje depresije v zadnjih dveh tednih.....	23
Graf 3: Prisotnost depresije pri anketiranih	27

KAZALO KRATIC

APA	American Psychiatric Association
AUDIT 10	Alcohol Use Disorders Identification Test
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
DŠPS	Društvo študentov psihologije Slovenije
NIAAA	National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
PHQ-9	The Patient Health Questionnaire
WHO	World Health Organization
WMA	World Medical Association

1 Uvod in opis problema

Epidemiološke raziskave dokazujejo, da se stopnja odvisnosti od alkohola po svetu povečuje (Canford, et al., 2011; Hobden, et al., 2017) in da je problematika zlorabe alkohola po svetu vse bolj pereč problem (McAndrew, et al., 2017; Veld, et al., 2017), predvsem v državah Vzhodne Evrope (Schuckit, et al., 2013). Tvegano pitje alkohola ter stopnja odvisnosti od alkohola dosegata epidemična razmerja (Jiang, et al., 2015).

Odvisnost od alkohola povzroča več kot 60 različnih obolenj in je tretji največji dejavnik tveganja za različne bolezni in invalidnost. Približno 2,5 milijona ljudi ima težave s pitjem. Predvideva se, da se bo število podvojilo do leta 2020 (World Health Organization [WHO], 2011). Prekomerno pitje alkohola povzroča visoko stopnjo smrtnosti, ki jo je mogoče preprečiti (Dermody, et al., 2013). V Veliki Britaniji zloraba alkohola letno predstavlja 4 % vseh smrti, 5 % vseh nevroloških obolenj in 2,7 milijard stroškov (WHO, 2011). V Avstraliji predstavlja odvisnost od alkohola 3 % celotnega bremena vseh bolezni in poškodb (Wellard, et al., 2016). V Sloveniji smo leta 2014 zaradi alkohola imeli 804 primerov smrti ter 3545 hospitalizacij, od tega je bilo 184 posameznikov mlajših od 19 let (Nacionalni inštitut za javno zdravje [NIJZ], 2016). V Sloveniji 150.000 prebivalcev čezmerno pije alkohol, moški trikrat pogosteje v primerjavi z ženskami (NIJZ, 2017). Tvegano pitje v Sloveniji je višje kot pri populaciji Danske in nižje kot po državah Vzhodne Evrope (Klemenc-Ketiš & Kersnik, 2015), kjer je problematika zlorabe alkohola pereč problem (Schuckit, et al., 2013). V letu 2016 je v Sloveniji poraba čistega alkohola na prebivalca znašala 10,5 litrov, kar je manj kot leta 2014 ter 2015, vendar še vedno presegamo mejo petih litrov čistega alkohola na prebivalca (NIJZ, 2017). Povprečna poraba čistega alkohola v Afriki je 27,1 litrov na osebo (Veld, et al., 2017).

WHO (2011) definira meje manj tveganega pitja kot:

- ne več kot 1 enota na dan za žensko in ne več kot 2 enoti na dan za moškega,
- ne več kot 7 enot na teden za žensko in ne več kot 14 enot na teden za moškega,
- ne več kot 3 enote ob eni pivski priložnosti za žensko in ne več kot 5 enot ob eni pivski priložnosti za moškega.

NIJZ (2017) navaja, da je ena standardna enota ali merica alkohola tista količina, ki vsebuje 10 gramov čistega alkohola. To je enako kot:

- 1 dcl vina (12 % alkohol),
- 2,5 dcl piva (5 % alkohol),
- 0,3 dcl ("eno šilce") žgane pijače (40 % alkohol),
- 2–2,5 dcl sadjevca (jabolčnika, tolkovca, mošta) (5 % alkohol),
- 0,7 dcl močnejšega vina (18 % alkohol),
- 0,5 dcl likerja ali aperitiva (25 % alkohol),
- 3,3 dcl mešane gazirane alkoholne pijače,
- pločevinka (0,5 l) mešanice piva in limonade ali oranžade (npr. radler).

1.1 Vpliv obdobja prehoda v odraslost ter zgodnje odraslosti na zlorabo alkohola

Obdobje prehoda v odraslost je definirano kot čas med poznimi najstniškimi leti in sredino 20. let. Zgodnja odraslost je obdobje od 30 do 45 let (Društvo študentov psihologije Slovenije [DŠPS], 2014). Jager, et al. (2013) navajajo, da zloraba alkohola strmo narašča v obdobju najstništva, vrhunec doseže pri 20. letih ter upada v 30. letih. Obdobje prehoda v odraslost predstavlja rizično obdobje, kjer je značilna visoka toleranca za zasvojenost ter nizka stopnja odziva na alkohol (Kuitunen-Paul, et al., 2018; Melchior, et al., 2015). Raziskovanje porabe in pogostosti pitja alkohola je pomembno predvsem za odkrivanje motenj, povezanih z uživanjem alkohola in sorodnih posledic, saj mladostniki ter mladi odrasli predstavljajo rizično skupino (Kuitunen-Paul, et al., 2018). Mladi odrasli vsako leto umirajo zaradi alkohola, posledičnih nesreč in samomorov (National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 2015).

Mladi odrasli (od 18 do 29 let) v večini pijejo iz socialnih razlogov, saj krepijo pozitivna čustva v družbi. Tisti, ki pričnejo piti zaradi negativnih čustev, predstavljajo dejavnik tveganja za težko obvladovanje alkohola v poznejših letih (Gonzalez, et al., 2011). Motivi mladih odraslih za tvegano pitje alkohola so:

- okus alkohola,
- praznovanje,
- druženje (Dermody, et al., 2013),

- akademski izzivi,
- razne prilagoditve (El Ansari, et al., 2014),
- raziskovanje svojih vlog (Melchior, et al., 2015),
- afektivni in kognitivni procesi (Obasi, et al., 2016) itd.

1.2 Dejavniki tveganja in motivi zlorabe alkohola

Nadzor nad dejavniki tveganja je nujno potreben (Veld, et al., 2017). Spol, demografske značilnosti in duševne motnje so napovedovalci tveganega pitja alkohola (El Ansari, et al., 2014). Tvegano pitje alkohola predstavlja strategijo spoprijemanja s težavami (Dennhardt, et al., 2016; Gilson, et al., 2013) ter strategijo nagrajevanja in praznovanja (Dennhardt, et al., 2016). Pri slovenskem prebivalstvu je tvegano pitje alkohola povezano z moškim spolom, kajenjem, nižjo izobrazbo, prisotnostjo depresije ter prisotnostjo kronične bolečine (Klemenc-Ketiš & Kersnik, 2015). Dejavniki, ki vplivajo na zlorabo in odvisnost od alkohola so:

- genetski dejavniki (Muli & Lagan, 2017),
- socialni dejavniki (Dennhardt, et al., 2016),
- intrapersonalni dejavniki (Muli & Lagan, 2017),
- kulturni dejavniki (Huang & Chen, 2012) ter
- dejavniki okolja (Muli & Lagan, 2017).

Socialni dejavniki so najmočnejši napovedovalci problematičnega pitja (Gilson, et al., 2013). Razmerje med negativnimi vplivi in odvisnostjo od alkohola je pogojeno (Frone, 2015). Motivi za pitje so pomemben konstrukt pri napovedovanju uživanja in zlorabe alkohola (Gilson, et al., 2013). Pogosti motivi zlorabe alkohola so:

- različne čustvene stiske,
- depresija (El Ansari, et al., 2014; Dermody, et al., 2013),
- motnje spanja,
- lajšanje bolečin (Gilson, et al., 2017),
- stresno delovno mesto (Dennhardt, et al., 2016),
- število kronično nenalezljivih bolezni (Hobden, et al., 2017),
- rasna diskriminacija (Iwamoto, et al., 2016),
- nižja izobrazba (Klemenc-Ketiš & Kersnik, 2015),
- nizki socialno-ekonomski položaj (Vinther-Larsen, et al., 2013),

- nagrajevanje ter pozitivna čustva (Mezquita, et al., 2014),
- samski stan (Schuckit, et al., 2013),
- čustvena neinteligentnost (de Timary, et al., 2017),
- vsakodnevni stres (Wang & Chen, 2015),
- zmanjšan libido (Alpert, 2014),
- ateizem (Erevik, et al., 2017) in še bi lahko naštevali.

1.3 Soobolevnost depresije pri odvisnosti od alkohola

Sodoben življenjski slog povečuje razširjenost kronično nenalezljivih bolezni. Pogosto se sočasno pojavita odvisnost od alkohola in depresija (Hobden, et al., 2017), kjer gre za model negativnega vpliva, saj posameznik s tveganim pitjem alkohola poskuša ublažiti negativen vpliv stresorjev (Dermody, et al., 2013).

Vodilni vzrok za duševne motnje svetovnega bremena je pri moških tvegano pitje alkohola ter pri ženskah depresija (Patel, et al., 2014). Depresija se pogosto pojavi zaradi osebnih, finančnih, socialnih in/ali zdravstvenih težav ter vpliva na delo, medsebojne odnose ter na kakovost življenja (Archer, et al., 2012). Pri motnjah, kot je depresija, se lahko razvije najhujša stopnja invalidnosti (Mills, et al., 2015). Na nacionalni ravni je sočasna odvisnost od alkohola in prisotnost depresije zelo razširjena – približno 2,4 milijona odraslih ljudi, ki so starejši od 18 let, se sooča z navedenim pojavom (Canford, et al., 2011), ter predstavlja velik javnozdravstveni problem (Collins, et al., 2011). Razmerje med depresijo in tveganim pitjem je na splošno podprto z raziskavami in je klinično pomembno (Schuckit, et al., 2013). Uživanje alkohola povečuje tveganje za depresijo (Merrill, et al., 2014), zato je razmerje med depresijo in tveganim pitjem alkohola vzajemno vzročno. Vsaka motnja poveča tveganje za drugo motnjo (Cooper, et al., 2014; Park, et al., 2015). Odvisniki od alkohola so v povprečju 3,6-krat bolj nagnjeni k depresiji kot preostala populacija (Hobden, et al., 2017; Karpyak, et al., 2016). Duševne motnje so v svoji akutni obliki napovedovalci tveganega pitja alkohola (Agrawal, et al., 2017), saj se pitje alkohola uporablja kot strategija boja proti duševnim motnjam (Cooper, et al., 2014). Simptomi depresije se z leti povečujejo, po ocenah 5 % za vsako dodatno leto (Ariyasinghe, et al., 2015).

1.4 Vpliv alkohola na pojav samomorilnosti

Odvisnost od alkohola je tipična bolezen, kjer pogosto zasledimo poročanje o samomorilnih mislih ter samomorilno vedenje (Hashimoto, et al., 2015; Iwamoto, et al., 2016; van Ours, et al., 2013), zato sta odvisnost od alkohola in samomorilne misli med seboj tesno povezani (Agrawal, et al., 2017; Karpyak, et al., 2016). Odvisnost od alkohola ovira zdravljenje depresije in napoveduje tveganje za samomor (Park, et al., 2015). Samomor je drugi vodilni vzrok smrti pri posameznikih v starostnem obdobju od 15 do 29 let (Agrawal, et al., 2017). Odvisniki od alkohola imajo 6,5-krat večje tveganje, da pomislijo in naredijo samomor (Abulseoud, et al., 2013).

Dejavnika, ki najpogosteje vplivata na samomorilne misli in samomor, sta pogosto tvegano pitje alkohola (Agrawal, et al., 2017) ter nezmožnost abstinence v mladosti in zgodnji odrasli dobi (Agrawal, et al., 2017; Canford, et al., 2011).

1.5 Posledice odvisnosti od alkohola

Težave z alkoholom vključujejo škodljivo uporabo alkohola in sindrom odvisnosti od alkohola (Ariyasinghe, et al., 2015), za katerega so značilni recidivi (Huang & Chen, 2012). Hrepenenje po alkoholu je osrednja komponenta odvisnosti, ki je definirana kot močna želja po alkoholu (American Psychiatric Association [APA], 2013) ter je subjektiven občutek (de Timary, et al., 2017). Je epifenomen, status možganov, kjer gre za postopno desenzibilacijo, ter je posledica dolgoletne zlorabe alkohola (Pombo, et al., 2016).

Odvisnost od alkohola je povezana z visoko sobolevnostjo za druga obolenja (Cooper, et al., 2014). Sobolevnost zahteva razvoj dodatnih diagnostičnih in terapevtskih posegov za izboljšanje zdravljenja (Karpyak, et al., 2016). S starostjo se zmanjšuje sposobnost telesa za presnovo alkohola, kar vodi v obolenja (Gilson, et al., 2017). Če se odvisnost od alkohola ne prične zdraviti, postanejo simptomi kronični in izrazitejši (de Timary, et al., 2017). Odvisnost od alkohola je dejavnik tveganja za naslednja obolenja:

- kardiovaskularna obolenja,
- osteoporoza (Peltzer & Phaswana-Mafuya, 2013),
- duševne motnje,

- sladkorna bolezen,
- podhranjenost (Alpert, et al., 2014),
- nevrološka obolenja,
- imunska obolenja,
- bolezni jeter (de Timary, et al., 2017; Hashimoto, et al., 2015),
- hude telesne poškodbe kot posledica prometnih nesreč (Dermody, et al., 2013),
- razvoj večih vrst rakavih obolenj pri količini 50 gramov etanola na dan itd (de Gaetano, et al., 2016; Yoon & Yi, 2012).

1.6 Preventiva ter zdravljenje odvisnosti od alkohola

Za preprečevanje je bilo predlaganih že veliko različnih metod, preventivnih programov in intervencij. Kljub številnim ukrepom se trend zlorabe alkohola ni zmanjšal (Klemenc-Ketiš & Kersnik, 2015). Značilnost posameznikov je, da v večini ne priznajo, da imajo težave pri pitju alkohola (Alpert, 2014). Za zdravljenje odvisnosti od alkohola imamo na voljo različne možnosti, vendar se pri vsakem zdravljenju soočamo z relativno visoko stopnjo recidivov, za kar potrebujemo učinkovitejši pristop k preprečevanju odvisnosti od alkohola. Prizadevanje za zdravljenje in preprečevanje sta ovirana s soobolevnostjo, predvsem z depresivno simptomatiko (Brown, et al., 2014).

1.6.1 Zdravljenje odvisnosti od alkohola

Cooper, et al. (2014) navajajo, da je prvi korak pred začetkom zdravljenja odvisnosti od alkohola detoksikacija oz. popolno razstrupljanje telesa in da v tej fazi zasledimo izrazitejši pojav depresije in anksioznosti, zato je potrebno dodatno zdravljenje. Na prenehanje pitja pomembno vpliva najprej zmanjšanje količine popitega alkohola na dnevni in tedenski časovni ravni ter nato pristop k abstinenci (Daeppe, et al., 2012). Pri odvisnikih od alkohola se v času abstinence velikokrat pojavi recidiv, zato je abstinenca redko kdaj uspešna (McAndrew, et al., 2017). Vzroki, da pacienti prekinejo abstinenco, so predvsem fizične težave (npr. hrepenenje po alkoholu), psihološke težave (npr. zmedenost) ter medosebne težave (npr. družinske težave) (Gilson, et al., 2017).

Stigma, povezana z odvisnostjo od alkohola, poslabšuje duševne motnje, saj se pogosto pojavijo socialni strahovi (Cooper, et al., 2014). Odvisniki, ki se pričnejo zavedati posledic, v večini ne zaprosijo za zdravljenje zaradi socialne stigme (Hashimoto, et al., 2015). Stigma je povezana s poslabšanjem depresije, anksioznosti in odvisnosti od alkohola, kar vodi v začaran krog (de Timary, et al., 2017).

Za zdravljenje depresije in odvisnosti od alkohola obstaja veliko antipsihotikov in stabilizatorjev razpoloženja, ki v večini zdravljenja ne izboljšajo (Hashimoto, et al., 2015). Zelo razširjeni so antidepresivi, ki imajo ugoden učinek na obvladovanje simptomov depresije, vendar zelo nizek vpliv na abstinenco, ki v povprečju traja en mesec (Abulseoud, et al., 2013). 90 % pacientov z diagnosticirano depresijo in odvisnostjo od alkohola se zdravi v domači negi s psihotropnimi zdravili. Nastanejo lahko težave, kot so neupoštevanje navodil, odvisnost od zdravil ter pojav možnih neželenih učinkov. Pacienti niso proaktivni ter se ne trudijo zmanjševati bremena odvisnosti od alkohola (Archer, et al., 2012).

1.6.2 Preventiva odvisnosti od alkohola

Ključna prednostna naloga javnega zdravstva bi morala biti obravnava tveganega pitja in sobolewnih stanj (Sannibale, et al., 2013). Na ravni države so pomembni vplivi alkoholne politike: razpoložljivost alkohola, kulturno ozadje in finančni pogoji posameznih držav (Huang & Chen, 2012).

Koenig, et al. (2011), navajajo, da religija oz. vera predstavlja zaščitni faktor pred tveganim pitjem alkohola ter depresijo, saj vpliva na dobre duševne izide. Posamezniki, ki so bili vzgojeni brez verske pripadnosti, imajo višjo stopnjo odvisnosti od alkohola (Koenig, et al., 2011). Zaščitni učinek še predstavlja zdrav način življenja (El Ansari, et al., 2014), ki je stroškovno učinkovita metoda ter ne predstavlja stranskih učinkov kot pri uporabi psihotropnih zdravil (Brown, et al., 2014).

Pogostost uživanja alkohola je povezana s kulturo. Med budisti lahko zasledimo manjšo uporabo alkohola, saj v tej kulturi uživanje alkohola predstavlja nemoralno dejanje. Tvegano pitje alkohola je pogostejše v urbanem kot v podeželskem okolju (Ariyasinghe, et al., 2015). Kultura prebivalstva vpliva na medsebojne razlike v pogostosti pitja alkohola. Kjer je značilna tradicionalna delitev vloge z jasnimi razlikami, so kazalniki pitja nižji pri ženskah (Podstawski, et al., 2017).

Presejalno anketiranje ter kratke preventivne intervencije so v primarnem zdravstvenem varstvu učinkovite pri zmanjšanju uživanja alkohola, zato se priporoča rutinsko izvajanje presejalnih testov (Delaney, et al., 2014). Nujno je potreben nadzor nad različnimi dejavniki tveganja (Veld, et al., 2017). Za spodbujanje zdravja je bistveno, da se preučijo dejavniki, ki vplivajo na zlorabo alkohola, pri čemer je potrebno prizadevanje, da se ti dejavniki odpravijo ter se zgradi tako okolje, ki podpira zdrave odločitve (Muli & Lagan, 2017). Za preprečevanje tveganega pitja je potreben jasn model, ki bi izražal dejavnike tveganja, pri tem pa bi morale biti upoštevane psihološke stiske in socialno-kulturni dejavniki tveganega pitja. Ob tem bi se izvedel pristop k rizičnim posameznikom (Obasi, et al., 2016). Preprečevanje tveganja bi bilo najuspešnejše z individualnim pristopom k rizični skupini ali s populacijskim pristopom, in sicer preko zdravstveno-vzgojnega dela (Pearson & Hustad, 2014).

2 Namen in cilji zaključnega dela

Namen raziskave je ugotoviti dejavnike tvegane rabe alkohola, pivske navade ter splošno duševno zdravje odraslih ljudi, ki so stari od 18 do 45 let.

Cilji v teoretičnem zaključnem delu so:

- pregled in analiza domače ter tuje relevantne literature;
- predstaviti ter opisati: (1) problematiko odvisnosti od alkohola, (2) vpliv obdobja prehoda v odraslost ter zgodnje odraslosti na zlorabo alkohola, (3) dejavnike zlorabe alkohola, (4) soobolevnost depresije pri odvisnosti od alkohola, (5) povezavo med odvisnostjo od alkohola in samomorilnimi mislimi, (6) posledice odvisnosti od alkohola ter (7) možne oblike zdravljenja odvisnosti od alkohola in njeno preventivo.

Cilji empirične raziskave so:

- ugotoviti pivske navade ter prisotnost simptomov depresije v obdobju prehoda v odraslost ter v obdobju zgodnje odraslosti;
- ugotoviti, ali obstajajo statistično pomembne razlike med zlorabo alkohola in naslednjimi dejavniki: spol, starost, zakonski stan, število otrok, vrsta finančnega dohodka, zaposlenost, prebivališče, število prijateljev ter kronično obolenje;
- ugotoviti, ali sta tvegano pitje alkohola in depresija povezana;
- raziskati, ali pogosto pitje alkohola potencira samomorilne misli.

3 Raziskovalni vprašnji in hipoteze

Raziskovalni vprašnji se glasita:

- **Raziskovalno vprašanje 1:** Kakšne so pивske navade anketiranih v obdobju prehoda v odraslost ter v obdobju zgodnje odraslosti?
- **Raziskovalno vprašanje 2:** Ali so v obdobju prehoda v odraslost ter v obdobju zgodnje odraslosti prisotni simptomi depresije?

Hipoteze so sledeče:

- **Hipoteza 1:** Dejavniki, ki vplivajo na povečano zlorabo alkohola, so: spol, starost, zakonski stan, število otrok, velikost finančnega dohodka, zaposlenost, prebivališče, število prijateljev ter kronično obolenje.
- **Hipoteza 2:** Tvegano pitje alkohola in depresija sta povezana.
- **Hipoteza 3:** Pogosto pitje alkohola potencira samomorilne misli.

4 Raziskovalna metodologija

Raziskovalna metodologija temelji na kvantitativni metodologiji ter filozofiji pozitivizma, kjer obstaja ena ter trajna realnost (Strauss & Corbin, 1998). Za izvedbo raziskave smo uporabili dve slovenski prirejeni različici presejalnih, validiranih vprašalnikov, in sicer: Alcohol Use Disorders Identification Test (v nadaljevanju AUDIT 10 vprašalnik) in The Patient Health Questionnaire (v nadaljevanju PHQ-9 vprašalnik), katera sta javno dostopna.

4.1 Raziskovalne metode

Za teoretični del smo uporabili deskriptivno metodo dela. Podatke smo pridobili iz naslednjih baz podatkov: Pub Med, Science Direct, Cochrane Library ter Sage Journals. Pri iskanju smo si pomagali z Boolovimi operaterji, naše ključne besede so bile: »*alcohol**« OR »*alcohol drinking*« AND »*depression*« AND »*adult*« AND »*screening*«. Iskanje literature je bilo časovno omejeno na vire, kateri niso bili starejši od 7 let. Izjemoma smo vključili en starejši vir, da smo lahko utemeljili raziskovalno metodologijo: Strauss & Corbin (1998).

Tabela 1: Vključitveni in izključitveni kriteriji

VKLJUČITVENI KRITERIJI	
Tema	»Tvegano pitje alkohola in duševno zdravje pri odraslih« (angl. » <i>Hazardous drinking and mental health among adults</i> «).
Populacija	Posamezniki, stari od 18 do 45 let.
Tip študije	Kvalitativne in kvantitativne raziskave, raziskave mešanih metod, strokovne in znanstvene monografije.
Časovni okvir	Od januarja 2011 do decembra 2018.
Jezik	Angleški jezik in slovenski jezik.
IZKLJUČITVENI KRITERIJI	
Literatura in članki, ki ne vključujejo tematike raziskovanja »Tvegano pitje alkohola in duševno zdravje pri odraslih«, vključitvenih kriterijev ter duplikati.	

Kot je razvidno iz Tabele 1, so naši vključitveni kriteriji bili angleški ter slovenski jezik, starost udeležencev raziskovalnega vzorca od 18 do 45 let, kvalitativne in kvantitativne raziskave ter raziskave mešanih metod, strokovne in znanstvene monografije, ki se nanašajo na tematiko in relevantnost literature. Izključitvene kriterije so predstavljale raziskave, ki ne vključujejo teme »*Tvegano pitje alkohola in duševno zdravje pri odraslih*«, navedenih vključitvenih kriterijev in duplikati.

V empiričnem delu smo uporabili kvantitativno metodologijo. Za izvedbo raziskave smo uporabili vprašalnik, ki je razdeljen na tri vsebinske sklope. Prvi sklop je vseboval vprašanja o spolu, starosti, izobrazbi, trajanju izobrazbe, religiji, zakonskem stanu, številu otrok, finančnem dohodku, statusu, prebivališču, številu ožjih prijateljev ter o številu diagnosticiranih kroničnih obolenj. Za drugi sklop smo uporabili AUDIT 10 vprašalnik in za tretji sklop PHQ-9 vprašalnik. Raziskavo smo izvedli v mesecu juliju 2018 preko socialne povezave, in sicer preko spletnega anketiranja s pomočjo spletne ankete 1KA.

AUDIT 10 vprašalnik so sestavili strokovnjaki Svetovne zdravstvene organizacije leta 1989 in nam omogoča, da z odgovori na deset zaprtih vprašanj ugotovimo stopnjo tveganega pitja alkohola. Stopnje tveganega pitja so: (1) ni tveganja za škodo, (2) majhno tveganje, (3) povečano tveganje, (4) že posledice zaradi pitja ter (5) zasvojenost z alkoholom oz. odvisnost od alkohola (Brière, et al., 2014). Vprašanja so točkovana od 0 do 4, največje možno število točk je 40. Dana vrednost nam pove stopnjo tveganega pitja. Vrednosti oz. točkovnik AUDIT 10 vprašalnika je predstavljen v Tabela 2. AUDIT vprašalnik je standardiziran ter preverjen instrument, ki omogoča zbiranje relevantnih in primerljivih podatkov, ki se dobro obnese med vso populacijo (Alpert, 2014).

Tabela 2: Točkovnik AUDIT 10 vprašalnika

Stopnje tveganega pitja	Točkovnik za ženske	Točkovnik za moške
Manj tvegani način pitja	Pod 7 točk	Pod 8 točk
Povečano tveganje za nastanek družbenih in zdravstvenih problemov	8–14 točk	9–15 točk
Škodljivo pitje	15–19 točk	16–20 točk
Velika verjetnost za odvisnost od alkohola	19 točk in več	20 točk in več

Vir: Kuitunen-Paul, et al. (2018)

Vprašalnik o bolnikovem zdravju oz. PHQ-9 vprašalnik je lestvica, ki se uporablja pri splošni populaciji za pomoč pri prepoznavanju depresije. V Sloveniji se uporablja v referenčnih ambulantah družinske medicine kot presejalni instrument. Vprašalnik vsebuje devet vprašanj, ki se navezujejo na devet simptomov depresije. Odgovori so ovrednoteni s točkami od 0–3, največje možno število točk je 27. Seštevek točk nam pove, da: (1) depresija ni prisotna (0–4 točk), (2) blaga depresija (5–9 točk), (3) zmerna

depresija (10–14 točk), (4) zmerno huda depresija (15–19 točk) ter (5) huda depresija (20–27 točk) (Konec Juričič, et al., 2016). PHQ-9 vprašalnik se priporoča kot del nacionalne strategije za odkrivanje depresije (Manea, et al., 2012) ter je standardiziran in preverjen instrument (Yu, et al., 2012).

Z raziskavo želimo odkriti dejavnike tvegane rabe alkohola, pивske navade ter splošno duševno zdravje odraslih, ki so v starostnem obdobju od 18 do 45 let. Prav tako želimo odkriti statistično pomembne razlike med tveganim pitjem alkohola, simptomi depresije in samomorilnimi mislimi. Raziskava se je izvedla julija 2018 s pomočjo spletnega anketiranja, pridobljeni podatki so nato bili obdelani s programskim orodjem IBM SPSS, verzija 22.0. Za predstavitev odgovorov na zastavljene hipoteze ter raziskovalna vprašanja smo uporabili naslednja statistična testa: (1) Pearsonov hi-kvadrat test (χ^2) ter (2) Fisherjev test (Rovai, et al., 2014).

Pearsonov hi-kvadrat test (χ^2) smo uporabili, ko smo želeli ugotoviti ali obstaja odvisnost med dvema kategoričnima spremenljivkama. V primeru majhnega raziskovalnega vzorca smo uporabili Fisherjev eksaktni test, da smo lahko uporabili vse možne rezultate. Mejno vrednost statistične pomembnosti smo določili pri $p < 0,05$. Kadar je šlo za normalno porazdelitev numerične spremenljivke, smo spremenljivko predstavili s 95 % intervalom zaupanja. Kadar je prišlo do nesimetrične porazdelitve numerične spremenljivke, smo spremenljivko opisali z mediano (Rovai, et al., 2014). Rezultati so prikazani v obliki tabel in grafov.

4.2 Raziskovalno okolje

Raziskovalno okolje nam je predstavljala socialna povezava, in sicer spletna baza, ki omogoča računalniško podprto anketiranje. Uporabili smo odprtokodno aplikacijo 1KA, ki omogoča spletno anketiranje. Posebnosti raziskovalnega okolja, ki so lahko vplivali na rezultate, so: selektivno odgovarjanje na vprašalnik, računalniška pismenost anketiranca ter nezmožnost zajetja splošne populacije (Callegaro, et al., 2015).

Pri metodi spletnega anketiranja smo zagotovili, da raziskava ni povzročala škode anketiranim. Udeležence raziskave smo pred izpolnjevanjem vprašalnika zaprosili za podajo soglasja. Pred izpolnjevanjem vprašalnika so bili jasno opisani nameni ter cilji

raziskave. Jasno je bilo razvidno, da je bilo izpolnjevanje vprašalnika prostovoljno ter da so udeleženci imeli pravico do sodelovanja.

4.3 Raziskovalni vzorec

Izvedli smo neslučajnostno vzorčenje. Zaradi vključitvenih kriterijev (starost anketiranih od 18 do 45 let) smo uporabili namenski vzorec. Vzorčenje je temeljilo na socialni povezavi preko metode snežne kepe, kar pomeni, da smo izbrane posameznike zaprosili, da vprašalnik posredujejo svojim znancem naprej. Vsak naslednji anketirani nam je omogočil nove anketirane v raziskavi (Creswell, 2014). Pričakovali smo, da bo naš raziskovalni vzorec obsegal približno 150 posameznikov.

4.4 Etični vidik

Udeležencem je bilo ob pristopu k odgovarjanju na vprašalnik pojasnjeno, v katere namene so vprašalnik opravili. Udeležba je bila prostovoljna. Pri izvedbi raziskave smo upoštevali anonimnost, zaupnost, pravico do odpovedi sodelovanja, natančnost podatkov in vsa načela *Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi* Slovenije. Držali smo se Helsinške deklaracije (World Medical Association [WMA], 2013) in določil Konvencije Sveta Evrope (2009) o varovanju človekovih pravic – Ovijska konvencija.

4.5 Predpostavke in omejitve raziskave

Predpostavljali smo, da bomo pridobili ustrezen raziskovalni vzorec za obdelavo podatkov. Omejitve pri kvantitativnem raziskovanju so bile: možen slab odziv, reprezentativnost vzorca, neresnični podatki, nemotiviranost anketiranih. Dobljenih rezultatov ne moremo posploševati na celotno populacijo.

5 Rezultati

Rezultati so predstavljeni v štirih podpoglavjih, in sicer: socio-demografski rezultati, rezultati AUDIT 10 vprašalnika, rezultati PHQ-9 vprašalnika ter preverjanje hipotez.

5.1 Socio-demografski rezultati

V raziskavi je sodelovalo 260 udeležencev starih od 18 do 45 let, katerih mediana starosti je bila 26 let (95 % IZ [25;29]) (Priloga 2). Med anketiranimi je bilo 187 žensk (71,9 %) in 73 moških (28,1 %). Ženska mediana starosti je bila 28,31 let (95 % IZ [27,25; 29,38]), moška pa 29,82 let (95 % IZ [28,17; 31,48]) (Priloga 3).

Društvo študentov psihologije Slovenije (DŠPS, 2014) navaja, da je po definiciji obdobje prehoda v odraslost med 18 in 29 let ter obdobje zgodnje odraslosti med 30 in 45 let. V raziskavi je več kot polovica anketiranih ($n=154$, 59,2 %) v obdobju prehoda v odraslost, medtem ko so ostali anketirani ($n=106$, 40,8 %) v obdobju zgodnje odraslosti.

Naslednji podatki, ki so: izobrazba, trajanje izobrazbe, religija, zakonski stan, število otrok, finančni dohodek, status, prebivališče, število ožjih prijateljev ter število diagnosticiranih kroničnih obolenj pri anketiranih, so predstavljeni v Tabeli 3.

Tabela 3: Socio-demografski podatki raziskave

		Število anketiranih	Odstotek
Izobrazba	Srednješolska	135	51,9 %
	Višješolska	15	5,8 %
	Visokošolska	90	34,6 %
	Podiplomska	20	7,7 %
Trajanje izobraževanja od osnovne šole naprej	1-5 let	57	21,9 %
	6-10 let	76	29,2 %
	Več kot 10 let	58	22,3 %
	Se še izobražujem	69	26,5 %
Religija	Katoliška	186	71,5 %
	Evangeličanska	17	6,5 %
	Protestantska	3	1,2 %
	Ateist	45	17,3 %
	Druga religija	9	3,5 %
Zakonski stan	Poročen	41	15,8 %
	Zunajzakonska skupnost	127	48,8 %
	Samski	91	35 %
	Ločen	1	0,4 %
Število otrok	Nič	163	62,7 %
	En	49	18,8 %
	Več kot en	48	18,5 %
Finančni dohodek	Nizek	84	32,3 %
	Povprečen	161	61,9 %
	Visok	15	5,8 %
Status	Zaposlen	159	61,2 %
	Brezposeln	15	5,8 %
	Študent	78	30 %
	Drugo	8	3,1 %
Prebivališče	Mesto	83	31,9 %
	Podeželje	177	68,1 %
Število ožjih prijateljev	Do 5	169	65 %
	Več kot 5	89	34,2 %
	Nič	2	0,8 %
Število kroničnih obolenj	Nič	204	78,5 %
	Ena	44	16,9 %
	Več kot ena	12	4,6 %

Izobrazba anketiranih

Približno polovica anketiranih ($n=135$, 51,9 %) je končala srednjo šolo, več kot četrth jih ($n=90$, 34,6 %) ima visokošolsko izobrazbo, sledi podiplomska ($n=20$, 7,7 %) izobrazba. Najmanj anketiranih ($n=15$, 5,8 %) ima višješolsko izobrazbo.

Trajanje izobraževanja od osnovne šole naprej

Skoraj četrtrina vseh anketiranih ($n=69$, 26,5 %) se še izobražuje. Pri večini je izobraževanje od osnovne šole naprej potekalo 6-10 let ($n=76$, 29,2 %), sledi obdobje izobraževanja, ki je daljše od 10 let ($n=58$, 22,3 %). Pri 21,9 % ($n=57$) je izobraževanje od osnovne šole naprej potekalo 1-5 let.

Religija anketiranih

Med vsemi anketiranimi je največ ($n=186$, 71,5 %) pripadnikov katoliške vere, sledijo ateisti ($n=45$, 17,3 %), evangeličani ($n=17$, 6,5 %) ter nato pripadniki druge religije ($n=9$, 3,5 %). Najmanj ($n=3$, 1,2 %) anketiranih je pripadnikov protestantske vere.

Zakonski stan anketiranih

Skoraj polovica anketiranih ($n=127$, 48,8 %) živi s partnerjem v zunajzakonski skupnosti, medtem ko je več kot tretjina ($n=91$, 35 %) samskih. Poročenih je 15,8 % ($n=41$), ločen je en anketirani (0,4 %).

Število otrok

Večina anketiranih ($n=163$, 62,7 %) nima otrok. Anketiranih z enim otrokom je 18,8 % ($n=49$), z več kot enim otrokom pa 18,5 % ($n=4$).

Finančni dohodek pri anketiranih

Več kot polovica ($n=161$, 61,9 %) anketiranih je mnenja, da prejema povprečen mesečni finančni dohodek. Tretjina ($n=84$, 32,3 %) jih pravi, da ima nizek mesečni dohodek. Malo anketiranih ($n=5$, 1,9 %) navaja, da prejema mesečno visok finančni dohodek.

Status anketiranih

Zaposlenih je več kot polovica ($n=159$, 61,2 %) anketiranih, brezposelnih jih je 5,8 % ($n=15$). Med njimi je tudi skoraj tretjina ($n=78$, 30 %) študentov.

Prebivališče anketiranih

Večina anketiranih ($n=177$, 68,1 %) živi na podeželju, preostali ($n=83$, 31,9 %) bivajo v mestu.

Število ožjih prijateljev

Večina ($n=169$, 65 %) anketiranih ima do 5 ožjih prijateljev, skoraj tretjina ($n=89$, 34,2 %) pa ima več kot pet ožjih prijateljev. Dva anketirana (0,8 %) trdita, da takih prijateljev nimata.

Število kroničnih obolenj

Od vseh anketiranih, ki so v starostnem obdobju od 18 do 45 let, je 78,5 % ($n=204$) takih, ki nimajo diagnosticirane nobene kronične bolezni. Eno kronično obolenje ima diagnosticirano 16,9 % ($n=44$), več kot eno pa 4,6 % ($n=12$) anketiranih.

5.2 Rezultati AUDIT 10 (Alcohol Use Disorders Identification Test) vprašalnika

Kjer smo odkrili statistično pomembne rezultate, smo rezultate opisali in razčlenili po obdobjih odraslosti, ostale rezultate smo opisali v povprečjih.

Pogostost pitja alkoholnih pijač v zadnjih 12 mesecih

Večina anketiranih ($n=99$, 38,1 %) pije 2 do 4 krat mesečno ter enkrat mesečno ali manj ($n=95$, 36,5 %). Alkohola jih v zadnjem letu ni poskusilo 2,3 % ($n=19$). 4 krat ali večkrat tedensko pije 5 % ($n=13$) anketiranih, 2 do 3 krat tedensko pa 13,1 % ($n=34$). Na osnovi Pearsonovega hi-kvadrat testa nismo odkrili statistično značilne povezave med obdobji odraslosti in pogostosti pitja alkoholnih pijač v zadnjih 12 mesecih ($\chi^2(4)=4,145$; $p=0,387$). Rezultati so prikazani v Prilogi 4.

Povprečno število popitih meric pijač, ki vsebujejo alkohol, v zadnjih 12 mesecih

Kadar anketirani pijejo pijače, ki vsebujejo alkohol, jih v večini oz. skoraj četrtnina ($n=65$, 25 %) povprečno popije 2 merici pijače, skoraj četrtnina ($n=64$, 24,6 %) jih popije 3 ali 4 merice. Pol ali 1 merico popije 29,2 % ($n=76$) anketiranih. Več kot desetina udeležencev raziskave ($n=31$, 11,9 %) popije 5 ali 6 meric ter manj kot desetina ($n=24$, 9,2 %) udeležencev 7 meric in več. Na osnovi Pearsonovega hi-kvadrat testa nismo odkrili statistično značilne povezave med obdobji odraslosti in

povprečnem številu popitih meric pijač, ki vsebujejo alkohol, v zadnjih 12 mesecih ($\chi^2(4)=9,306$; $p=0,054$). Rezultati so prikazani v Prilogi 5.

Povprečno število popitih meric glede na spol

V zadnjih 12 mesecih se je pri ženskah ($n=187$, 71,9 %) zgodilo, da so ob eni priložnosti popile 4 ali več meric: nikoli pri 34,8 % anketiranih ($n=65$), manj kot enkrat mesečno pri 44,4 % ($n=83$), 1 do 3 krat mesečno pri 17,1 % ($n=32$) udeleženkah raziskave, 1 do 3 krat tedensko pri 2,7 % ($n=5$) anketiranih ter dnevno ali skoraj vsak dan pri 1,1 % ($n=2$) vprašanih.

V zadnjih 12 mesecih se je pri moških ($n=73$, 28,1 %) zgodilo, da so ob eni priložnosti popili 5 ali več meric: nikoli pri 13,7 % ($n=10$) anketiranih, manj kot enkrat mesečno pri 35,6 % ($n=26$), 1 do 3 krat mesečno pri 34,2 % udeležencih raziskave ($n=25$), 1 do 3 krat tedensko pri 13,7 % ($n=10$) anketiranih ter dnevno ali skoraj vsak dan pri 2,7 % ($n=2$) vprašanih. Zaradi kršitve predpostavke Pearsonovega hi-kvadrat testa o najvišjem dovoljenem deležu pričakovanih frekvenc manjših od 5, ki je v našem primeru 30,0 %, smo spremenljivke testirali s Fisherjevim testom. Na osnovi rezultatov smo ugotovili, da sta povprečno število popitih meric pijač, ki vsebujejo alkohol ter spol anketiranih med seboj **statistično povezana** ($p<0,001$). Rezultati so prikazani v Prilogi 6.

Težave s prenehanjem pitja alkoholnih pijač v preteklem letu

Večina anketiranih ($n=201$, 77,3 %) v preteklem letu ni imela težav s prenehanjem pitja alkoholnih pijač. Manj kot enkrat mesečno jih ni moglo prenehati piti 14,6 % ($n=38$), mesečno se je s tem soočilo 5,8 % ($n=15$) vprašanih, tedensko pa 1,5 % ($n=4$). Dnevno ali skoraj vsak dan se z navedeno problematiko sooča 0,8 % ($n=2$) anketiranih. Zaradi kršitve predpostavke Pearsonovega hi-kvadrat testa o najvišjem dovoljenem deležu pričakovanih frekvenc manjših od 5, ki je v našem primeru 40,0 %, smo spremenljivke testirali s Fisherjevim testom. Obdobji odraslosti nista statistično povezani s težavami s prenehanjem pitja alkoholnih pijač v preteklem letu ($p=0,461$). Rezultati so prikazani v Prilogi 7.

Nezmožnost opravljanja pričakovanega zaradi pitja alkoholnih pijač v preteklem letu

Na osnovi Fisherjevega testa smo ugotovili, da sta obdobji odraslosti **statistično povezani** s spremenljivko nezmožnosti opravljanja pričakovanega zaradi pitja alkoholnih pijač v preteklem letu ($p=0,023$). Najvišji dovoljeni delež pričakovanih frekvenc manjših od 5, je v našem primeru 40,0 %. Rezultati so prikazani v Prilogi 8. V obdobju prehoda v odraslost ($n=154$, 100 %) se pri večini anketiranih ($n=118$, 76,6 %) nikoli ni zgodilo, da zaradi pitja nebi mogli opraviti tistega, kar se od njih pričakuje. Manj kot enkrat mesečno se to zgodi 17,5 % ($n=27$) udeležencem raziskave, mesečno pri skoraj petini ($n=7$, 4,5 %) anketiranih, tedensko pri 0,6 % ($n=1$) vprašanih ter dnevno ali skoraj vsak dan pri 0,6 % ($n=1$) anketiranih. V obdobju zgodnje odraslosti ($n=106$, 100 %) se pri večini ($n=93$, 87,7 %) nikoli ni zgodilo, da zaradi pitja nebi mogli opraviti tistega, kar se od njih pričakuje. Manj kot enkrat mesečno se to zgodi 5,7 % ($n=6$) anketiranim, mesečno 5,7 % ($n=6$) udeležencem, tedensko le enem (0,9 %) anketiranemu ter dnevno ali skoraj vsak dan nobenemu.

Potreba po alkoholni pijači že zjutraj, z namenom, da bi si opomogli po prekomernem pitju prejšnjega dne

Večina anketiranih ($n=238$, 91,5 %) v preteklem letu nikoli ni potrebovala alkoholne pijače že zjutraj, z namenom, da bi si z njo opomogli po prekomernem pitju prejšnjega dne. Manj kot enkrat mesečno se je to zgodilo 3,8 % ($n=10$) anketiranim, mesečno 3,1 % ($n=8$), tedensko 1,2 % ($n=3$) vprašanim ter dnevno ali skoraj vsak dan 0,4 % ($n=1$) udeležencem raziskave. Zaradi kršitve predpostavke Pearsonovega hi-kvadrat testa o najvišjem dovoljenem deležu pričakovanih frekvenc manjših od 5, ki je v našem primeru 70,0 %, smo spremenljivke testirali s Fisherjevim testom. Rezultat govori, da obdobji odraslosti nista statistično povezani s potrebo po alkoholni pijači že zjutraj, z namenom, da bi si opomogli po prekomernem pitju prejšnjega dne ($p=0,288$). Rezultati so prikazani v Prilogi 9.

Občutek krivde zaradi pitja v preteklem letu

Skoraj tri četrt anketiranim ($n=187$, 71,9 %) se v preteklem letu nikoli ni zgodilo, da bi jih po pitju pekla vest ali da bi imeli občutek krivde zaradi pitja. Manj kot enkrat mesečno se je to zgodilo 21,9 % ($n=57$) anketiranim, mesečno 4,2 % ($n=11$), tedensko

jih je tak občutek imelo 1,2 % ($n=3$) in samo 0,8 % ($n=2$) vprašanih se je tako počutilo vsak dan. Zaradi kršitve predpostavke Pearsonovega hi-kvadrat testa o najvišjem dovoljenem deležu pričakovanih frekvenc manjših od 5, ki je v našem primeru 50,0 %, smo spremenljivke testirali s Fisherjevim testom. Obdobji odraslosti nista statistično povezani s občutkom krivde zaradi pitja ($p=0,098$). Rezultati so prikazani v Prilogi 10.

Izgubljen spomin prejšnjega večera zaradi opitosti v preteklem letu

Zaradi kršitve predpostavke Pearsonovega hi-kvadrat testa o najvišjem dovoljenem deležu pričakovanih frekvenc manjših od 5, ki je v našem primeru 40,0 %, smo spremenljivke testirali s Fisherjevim testom. Obdobji odraslosti sta **statistično povezani** z izgubo spomina prejšnjega večera zaradi opitosti ($p=0,001$). Rezultati so prikazani v Prilogi 11.

Anketiranim, ki so v obdobju prehoda v odraslost ($n=154$, 100 %), se v večini ($n=102$, 66,2 %) v preteklem letu nikoli ni zgodilo, da se niso mogli spomniti, kaj se je zgodilo prejšnji večer, ker so preveč popili. Manj kot enkrat mesečno se je to zgodilo 26,6 % ($n=41$) anketiranim, mesečno se jih prejšnjega večera ni spomnilo 5,2 % ($n=8$), tedensko eden (0,6 %) ter dnevno ali skoraj vsak dan dva (1,3 %) udeleženca raziskave. V obdobju zgodnje odraslosti ($n=106$, 100 %) se navedena izguba spomina nikoli ni pripetila večji večini ($n=89$, 84 %) anketiranih, manj kot enkrat mesečno je spomin na ta način izgubilo 8,5 % ($n=9$) udeležencev raziskave, mesečno 5,7 % ($n=6$) ter tedensko 1,9 % ($n=2$) vseh vprašanih.

Poškodbe zaradi opitosti

Anketirani v večini ($n=229$, 88,1 %) navajajo, da kot posledica pitja alkoholnih pijač še niso bili poškodovani. Skoraj desetina ($n=21$, 8,1 %) jih navaja, da je zaradi pitja bil poškodovan sam ali kdo drug, vendar ne v preteklem letu. V preteklem letu je zaradi posledic pitja alkoholnih pijač prišlo do poškodb anketiranega ali druge osebe pri 3,8 % ($n=10$). Na osnovi Pearsonovega hi-kvadrat testa nismo odkrili statistično značilne povezave med obdobji odraslosti in poškodbami zaradi opitosti ($\chi^2(2)=1,422$; $p=0,539$). Rezultati so prikazani v Prilogi 12.

Zaskrbljenost drugih oseb nad pitjem alkoholnih pijač

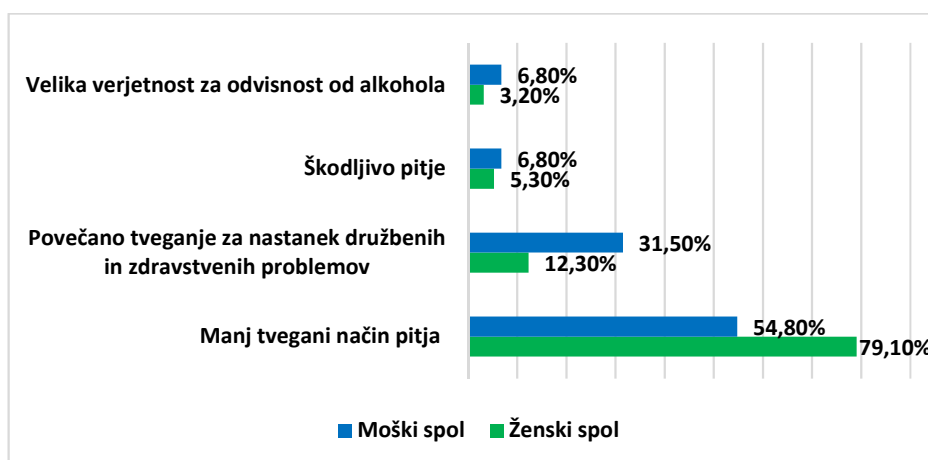
Na 10. vprašanje AUDIT-10 vprašalnika »Ali je kak vaš sorodnik, prijatelj, zdravnik ali drug zdravstveni delavec že pokazal zaskrbljenost zaradi vašega pitja ali vam morda predlagal, da bi pili manj?« je večina ($n=228$, 87,7 %) anketiranih odgovorilo negativno, 7,7 % ($n=20$) jih je pritrdilo, vendar ne v preteklem letu. 4,6 % ($n=12$) anketiranih, je odgovorilo na vprašanje z: »da, v preteklem letu«. Na osnovi Pearsonovega hi-kvadrat testa nismo odkrili statistično značilne povezave med obdobji odraslosti in zaskrbljenostjo drugih oseb nad pitjem alkoholnih pijač ($\chi^2(2)=2,632$; $p=0,260$). Rezultati so prikazani v Prilogi 13.

Stopnje tveganega pitja alkohola pri anketiranih

Iz raziskave smo razbrali, da je stopnja tveganega pitja alkohola pri ženskem spolu ($n=187$, 100 %) sledeča: večina žensk ($n=148$, 79,1 %) ima majhno tveganje, povečano tveganje za nastanek družbenih in zdravstvenih problemov ima 12,3 % ($n=23$) žensk, škodljivo jih pije 5,3 % ($n=10$). Velika verjetnost, da so postale odvisne od alkohola, obstaja pri 3,2 % ($n=6$) udeleženkah raziskave.

Pri moškem spolu ($n=73$, 100 %) je stopnja tveganega pitja alkohola sledeča: več kot polovica ($n=40$, 54,8 %) ima majhno tveganje, povečano tveganje za nastanek družbenih in zdravstvenih problemov ima 31,5 % ($n=23$) moških, škodljivo jih pije 6,8 % ($n=5$). Velika verjetnost, da so moški postali odvisni od alkohola se pojavlja v 6,8 % ($n=5$). Rezultati so prikazani v Graf 1.

Graf 1: Stopnje tveganega pitja pri anketiranih (AUDIT 10)

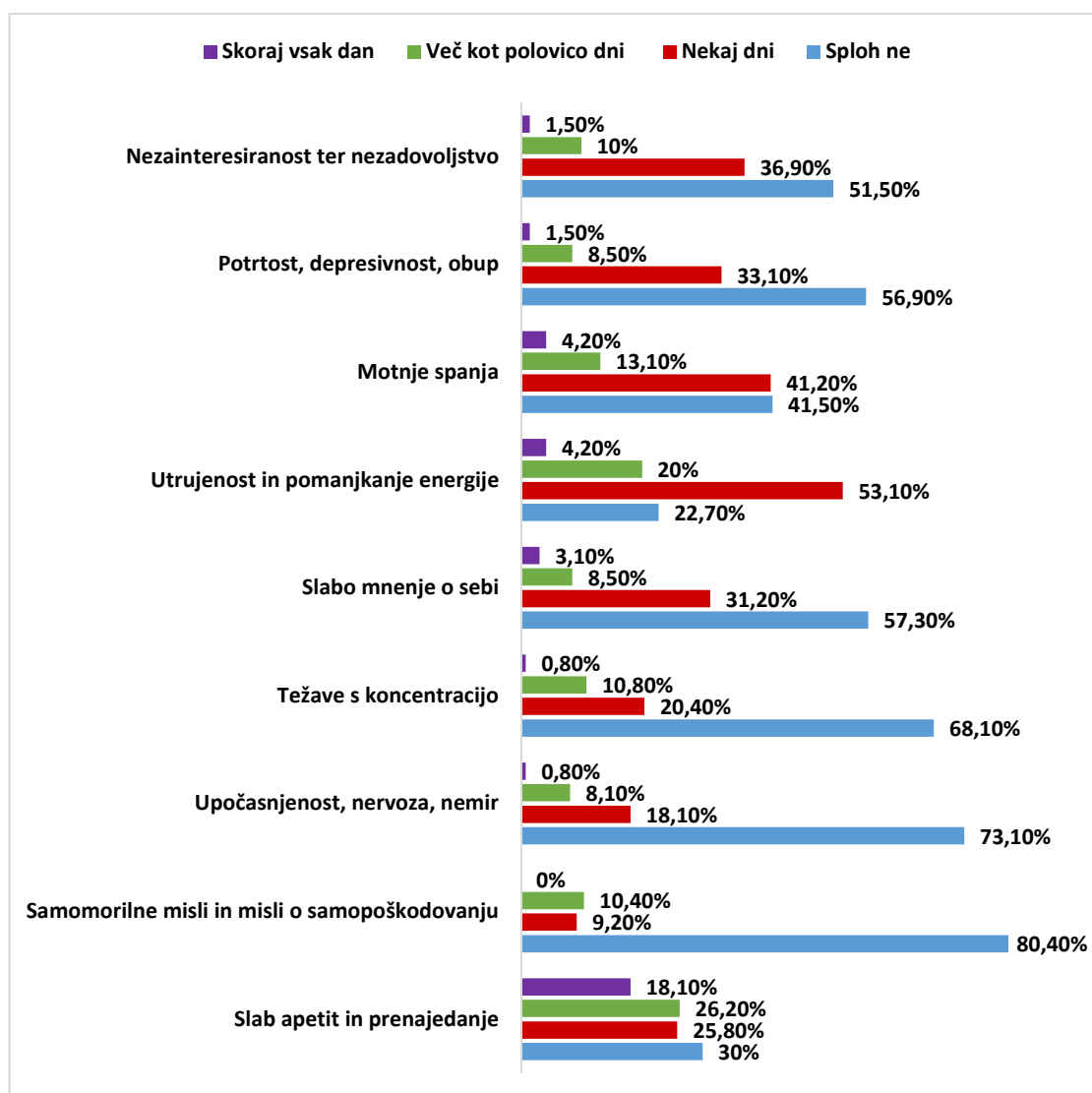


Fisherjev test govori, da sta obdobji odraslosti ter stopnja tveganega pitja pri ženskem spolu **statistično povezana** ($p=0,001$). Najvišji dovoljeni delež pričakovanih frekvenc manjših od 5, je znašal 37,5 %. Rezultati so nasprotni pri moškem spolu: obdobji odraslosti nista statistično povezani s stopnjo tveganega pitja pri moškem spolu ($p=0,517$). Najvišji dovoljeni delež pričakovanih frekvenc manjših od 5, je znašal 50,0 %. Rezultati so prikazani v Prilogi 14.

5.3 Rezultati PHQ-9 (The Patient Health Questionnaire) vprašalnika

Rezultati PHQ-9 vprašalnika so predstavljeni v Grafu 2, ter opisno pod grafom.

Graf 2: Rezultati PHQ-9 vprašalnika pri anketiranih – prepoznavanje depresije v zadnjih dveh tednih



Nezainteresiranost ter nezadovoljstvo

Obdobji odraslosti sta **statistično povezani** z nezainteresiranostjo ter nezadovoljstvom pri stvareh, ki jih anketirani počnejo ($p=0,038$). Zaradi kršitve predpostavke Pearsonovega hi-kvadrat testa o najvišjem dovoljenem deležu pričakovanih frekvenc manjših od 5, ki je v našem primeru 25,0 %, smo spremenljivke testirali s Fisherjevim testom. Rezultati so prikazani v Prilogi 15.

Skoraj polovica anketirancev, ki so v obdobju prehoda v odraslost ($n=154$, 100 %) ($n=75$, 48,7 %) trdi, da se v zadnjih dveh tednih niso počutili nezainteresirano ter nezadovoljni pri stvareh, ki so jih počeli. Nekaj dni se je tako počutilo manj kot polovica ($n=66$, 42,9 %) anketiranih, več kot polovico dni 7,8 % ($n=26$) ter samo eden vsak dan (0,6 %). Več kot polovica ($n=59$, 55,7 %) anketiranih, ki so v obdobju odraslosti ($n=106$, 100 %), trdi, da se v zadnjih dveh tednih niso počutili nezainteresirano ter nezadovoljni pri stvareh, ki so jih počeli. Nekaj dni v zadnjih dveh tednih se jih je tako počutilo 28,3 % ($n=30$), več kot polovico dni 13,2 % ($n=14$) ter skoraj vsak dan 2,8 % ($n=3$) anketiranih.

Potrtoost, depresivnost, obup

Več kot polovica anketiranih ($n=148$, 56,9 %) trdi, da se v zadnjih dveh tednih niso počutili potrto, depresivni ali obupani. Nekaj dni v zadnjih dveh tednih se jih je tako počutilo 33,1 % ($n=86$), več kot polovico dni 8,5 % ($n=22$) ter skoraj vsak dan 1,5 % ($n=4$) anketiranih. Zaradi kršitve predpostavke Pearsonovega hi-kvadrat testa o najvišjem dovoljenem deležu pričakovanih frekvenc manjših od 5, ki je v našem primeru 25,0 %, smo spremenljivke testirali s Fisherjevim testom. Obdobji odraslosti nista statistično povezani s potrtoostjo, depresivnostjo ali obupom pri anketiranih ($p=0,156$). Rezultati so prikazani v Prilogi 16.

Motnje spanja

Večina udeležencev raziskave ($n=108$, 41,5 %) navaja, da v zadnjih dveh tednih niso imeli težav ali motenj spanja. 41,2 % ($n=107$) anketiranih navaja, da so nekaj dni težko, slabo ali prekomerno spali, več kot polovico dni jih je imelo težave ali motnje pri spanju 13,1 % ($n=34$), skoraj vsak dan pa 4,2 % ($n=11$) anketiranih. Na osnovi Pearsonovega hi-kvadrat testa nismo odkrili statistično značilne povezave med obdobji

odraslosti in motnjami spanja ($\chi^2(3)=1,534$; $p=0,672$). Rezultati so prikazani v Prilogi 17.

Utrujenost in pomanjkanje energije

Več kot polovica ($n=138$, 53,1 %) anketiranih je v zadnjih dveh tednih nekaj dni občutilo utrujenost in pomanjkanje energije. Več kot polovico dni se jih je tako počutilo 20 % ($n=52$), skoraj vsak dan pa 4,2 % ($n=11$). Utrujenosti in pomanjkanja energije ni zaznalo 22,7 % ($n=59$) anketiranih. Na osnovi Pearsonovega hi-kvadrat testa nismo odkrili statistično značilne povezave med obdobji odraslosti in utrujenostjo ter pomanjkanjem energije ($\chi^2(3)=1,529$; $p=0,676$). Rezultati so prikazani v Prilogi 18.

Slabo mnenje o sebi

Večina anketiranih ($n=149$, 57,3 %) navaja, da niso imeli slabega mnenja o sebi v zadnjih dveh tednih. Nekaj dni jih je tako mnenje o sebi imelo 31,2 % ($n=81$), več kot polovico dni se jih je tako počutilo 8,5 % ($n=22$), skoraj vsak dan pa 3,1 % ($n=8$) anketiranih. Zaradi kršitve predpostavke Pearsonovega hi-kvadrat testa o najvišjem dovoljenem deležu pričakovanih frekvenc manjših od 5, ki je v našem primeru 25,0 %, smo spremenljivke testirali s Fisherjevim testom. Obdobji odraslosti nista statistično povezani s slabim mnenjem anketiranih o sebi, mislimi, da so neuspešni in mislimi, da so razočarali sebe ali bližnje ($p=0,617$). Rezultati so prikazani v Prilogi 19.

Težave s koncentracijo

Zaradi kršitve predpostavke Pearsonovega hi-kvadrat testa o najvišjem dovoljenem deležu pričakovanih frekvenc manjših od 5, ki je v našem primeru 25,0 %, smo spremenljivke testirali s Fisherjevim testom. Obdobji odraslosti sta **statistično povezani** s težavami s koncentracijo pri stvareh, kot so branje časopisa ali gledanje televizije ($p=0,033$). Rezultati so prikazani v Prilogi 20.

V obdobju prehoda v odraslost ($n=154$, 100 %) težav s koncentracijo v zadnjih dveh tednih ni imelo 66,9 % ($n=103$) anketiranih. Nekaj dni je take težave občutilo 24,7 % ($n=38$) vprašanih, več kot polovico dni pa 8,4 % ($n=13$). V obdobju zgodnje odraslosti ($n=106$, 100 %) težav s koncentracijo v zadnjih dveh tednih ni imelo 69,8 % ($n=74$) anketiranih. Nekaj dni je tovrstne težave imelo 14,2 % ($n=15$), več kot polovico dni jih je težave občutilo 14,2 % ($n=15$) ter skoraj vsak dan dva anketirana (1,9 %).

Upočasnjeno, nervoza, nemir

Upočasnjeno gibanje/govor ali veliko nervoza in nemir, kot da oseba nima obstanka, je v zadnjih dveh tednih skoraj vsak dan občutilo 0,8 % ($n=2$) anketiranih, več kot polovico dni je omenjene simptome občutilo 8,1 % ($n=21$) vprašanih ter nekaj dni 18,1 % ($n=47$). Navedenih težav sploh ni občutila večina ($n=190$, 73,1 %) udeležencev raziskave. Zaradi kršitve predpostavke Pearsonovega hi-kvadrat testa o najvišjem dovoljenem deležu pričakovanih frekvenc manjših od 5, ki je v našem primeru 25,0 %, smo spremenljivke testirali s Fisherjevim testom. Na osnovi testa trdimo, da obdobji odraslosti nista statistično povezani s težavami, ki so: upočasnjeno gibanje ali govor ter velika nervoza in nemir ($p=0,408$). Rezultati so prikazani v Prilogi 21.

Samomorilne misli ter misli o samopoškodovanju

Nihče od anketiranih vsakodnevno ne razmišlja o tem, da bi bilo bolje, da bi bil mrtev, ali da bi si nekaj hudega naredil. Več kot polovico dni v zadnjih dveh tednih je o tem razmišljalo več kot desetina ($n=27$, 10,4 %) anketiranih. Nekaj dni je o smrti razmišljala skoraj desetina ($n=24$, 9,2 %) vprašanih. Velika večina jih ($n=209$, 80,4 %) ne razmišlja o samopoškodovanju ali samomoru. Na osnovi Pearsonovega hi-kvadrat testa nismo odkrili statistično značilne povezave med obdobji odraslosti in samomorilnimi mislimi ter mislimi o samopoškodovanju ($\chi^2(2)=1,959$; $p=0,379$). Rezultati so prikazani v Prilogi 22.

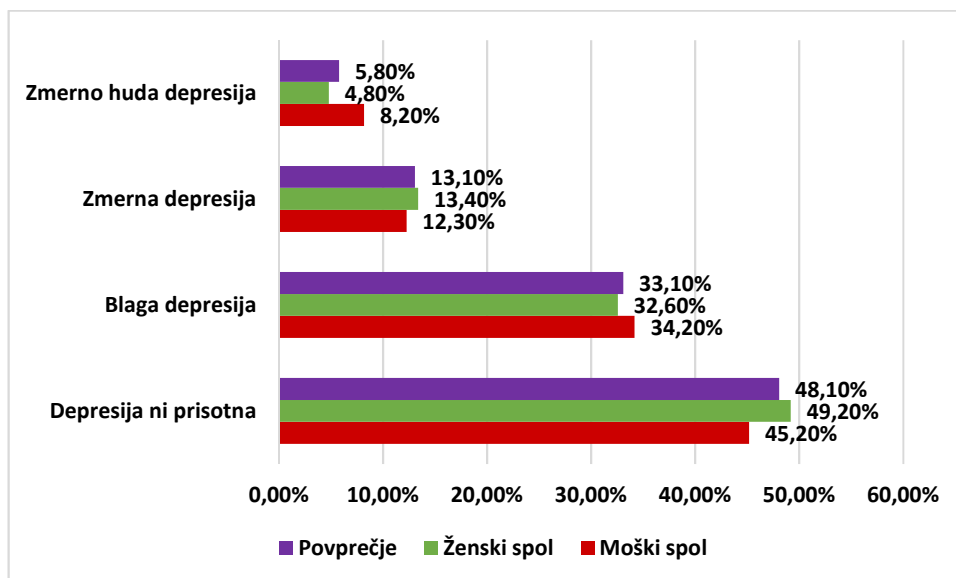
Slab apetit in prenaždanje

V zadnjih dveh tednih je skoraj vsak dan imelo slab apetit ali težave s prenaždanjem 18,1 % ($n=47$) anketiranih, več kot polovico dni 26,2 % ($n=68$) ter nekaj dni 25,8 % ($n=67$). Slabega apetita ali težav s prenaždanjem ni imelo 30 % ($n=78$) vprašanih. Pearsonov hi-kvadrat test nam pove, da med obdobji odraslosti in težavami, kot so slab apetit in prenaždanje ni statistično značilne razlike ($\chi^2(3)=3,967$; $p=0,268$). Rezultati so prikazani v Prilogi 23.

Vsi opisani simptomi depresije so na delo anketiranih, na njihovo skrb za stvari doma in njihove odnose z ljudmi v enem primeru (0,4 %) vplivali izredno močno. Zelo močno so vplivali na 6,9 % ($n=18$) udeležencev raziskave ter precej močno na 15,4 % ($n=40$). Navedene težave niso preveč vplivale na življenje anketiranih v 77,3 %

($n=201$). Na osnovi Fisherjevega testa trdimo, da navedeni simptomi depresije pri anketiranih ne vplivajo na delo ali odnose z ljudmi ($p=0,716$). Fisherjev test smo uporabili zaradi kršitve predpostavke Pearsonovega hi-kvadrat testa o najvišjem dovoljenem deležu pričakovanih frekvenc manjših od 5, ki je v našem primeru 25,0 %. Rezultati so prikazani v Prilogi 24.

Graf 3: Prisotnost depresije pri anketiranih



Pri manj kot polovici vseh anketiranih ($n=125$, 48,1 %) depresija ni prisotna. Za blago depresijo oboleva 33,1 % ($n=86$) udeležencev raziskave, za zmerno 13,1 % ($n=34$) ter za zmerno hudo depresijo 5,8 % ($n=15$) vseh vprašanih (Graf 3). Simptomov hude depresije nima noben anketirani.

Pri polovici žensk ($n=92$, 49,2 %) depresija ni prisotna. Za blago depresijo trpi 32,6 % ($n=61$) žensk, za zmerno depresijo 13,4 % ($n=25$) ter zmerno hudo depresijo 4,8 % ($n=9$). Tudi pri skoraj polovici moških ($n=33$, 45,2 %) depresija ni prisotna. Skoraj enak odstotek moških ($n=25$, 34,2 %) oboleva za blago depresijo ter za zmerno depresijo 12,3 % ($n=9$, 12,3 %). Za zmerno hudo depresijo oboleva 8,2 % ($n=6$) predstavnikov moškega spola. Na osnovi Pearsonov hi-kvadrat testa sklepamo, da med spolom in depresijo ni statistično značilne razlike ($\chi^2(3)=1,315$; $p=0,729$). Rezultati so prikazani v Prilogi 25.

5.4 Preverjanje hipotez

Hipoteze smo preverili s Pearsonovim hi-kvadrat testom. Ko je bila kršena predpostavka Pearsonovega hi-kvadrat testa o najvišjem dovoljenem deležu pričakovanih frekvenc manjših od 5, smo spremenljivke testirali s Fisherjevim testom. Prvo hipotezo »Dejavniki, ki vplivajo na povečano zlorabo alkohola so: spol, starost, zakonski stan, število otrok, velikost finančnega dohodka, zaposlenost, prebivališče, število prijateljev ter kronično obolenje« smo testirali s Pearsonovim hi-kvadrat testom ter s Fisherjevim testom. Opravili smo 9 testov (Tabela 4), saj smo vsak naveden dejavnik testirali posebej. **Statistično značilna razlika obstaja med:** spolom in zlorabo alkohola ($p < 0,001$), zakonskim stanom in zlorabo alkohola ($p < 0,001$) ter med številom otrok in zlorabo alkohola ($p = 0,006$).

Tabela 4: Testiranje prve hipoteze

Spremenljivki		Uporabljen statistični test	Najvišji dovoljeni delež pričakovanih frekvenc pri Fisherjevem testu	χ^2 vrednost	p vrednost
Spol	Stopnja zlorabe alkohola	Fisherjev test	25,0 %	24,376	<0,001
Obdobji odraslosti - starost	Stopnja zlorabe alkohola	Pearsonov hi-kvadrat test	/	5,137 ($df=3$)	0,162
Zakonski stan	Stopnja zlorabe alkohola	Fisherjev test	50,0 %	40,436	<0,001
Število otrok	Stopnja zlorabe alkohola	Fisherjev test	33,3 %	16,755	0,006
Finančni dohodek	Stopnja zlorabe alkohola	Fisherjev test	33,3 %	3,794	0,663
Status - zaposlenost	Stopnja zlorabe alkohola	Fisherjev test	50,0 %	7,943	0,438
Prebivališče	Stopnja zlorabe alkohola	Pearsonov hi-kvadrat test	/	0,381 ($df=3$)	0,944
Število ožjih prijateljev	Stopnja zlorabe alkohola	Fisherjev test	41,7 %	4,016	0,758
Število kroničnih obolenj	Stopnja zlorabe alkohola	Fisherjev test	41,7 %	1,908	0,919

Manj tvegani način pitja izbira 82,9 % ($n=155$) žensk, povečano tveganje za nastanek družbenih in zdravstvenih problemov ima 9,1 % ($n=17$) žensk, škodljivo jih pije 5,9 % ($n=11$). Velika verjetnost, da so ženske odvisne od alkohola, se pojavlja v 2,1 % ($n=4$). Manj tvegani način pitja izbira 54,8 % ($n=40$) moških, povečano tveganje za nastanek družbenih in zdravstvenih problemov ima 31,5 % ($n=23$) moških, škodljivo jih pije 6,8 % ($n=5$). Velika verjetnost, da so moški odvisni od alkohola, se pojavlja v 6,8 % ($n=5$). Rezultati so prikazani v Prilogi 30.

Manj tvegani način pitja alkoholnih pijač pogosteje uporabljajo anketirani, ki so poročeni ($n=37$, 90,2 %) ter v zunajzakonski skupnosti ($n=105$, 82,7 %). Poročeni ($n=41$, 100 %) škodljivo pijejo v 7,3 % ($n=3$) primerov ter imajo veliko verjetnost za razvoj odvisnosti od alkohola v enem primeru (2,4 %). Tisti, ki živijo v zunajzakonski skupnosti ($n=127$, 100 %), imajo povečano tveganje za nastanek družbenih in zdravstvenih problemov v 13,4 % ($n=17$) primerov, škodljivo jih pije 1,6 % ($n=2$). Veliko verjetnost za odvisnost od alkohola imajo v treh primerih (2,4 %).

Samski anketirani ($n=91$, 100 %) v več kot polovici primerov ($n=53$, 58,2 %) predstavljajo stopnjo manj tveganega pitja alkoholnih pijač. Pri četrtini se pojavlja ($n=23$, 25,3 %) povečano tveganje za nastanek družbenih in zdravstvenih problemov. Škodljivo jih pije 12,1 % ($n=11$), velika verjetnost za odvisnost od alkohola se pojavlja pri 4,4 % ($n=4$) anketiranih. Ločen anketirani je en (100 %) ter spada v skupino z veliko verjetnostjo za razvoj odvisnosti od alkohola ($n=1$, 100 %). Rezultati so prikazani v Prilogi 26.

Anketirani, ki nimajo otrok ($n=163$, 100 %), so verjetno odvisni od alkohola v 2,5 % ($n=4$), škodljivo jih pije 7,4 % ($n=12$), povečano tveganje za nastanek družbenih in zdravstvenih problemov jih ima 21,5 % ($n=35$), medtem ko je manjše tveganje pri 68,7 % ($n=112$) anketiranih. Tisti, ki imajo enega otroka ($n=49$, 100 %), so verjetno odvisni od alkohola v 6,1 % ($n=3$), škodljivo jih pije 6,1 % ($n=3$), povečano tveganje za nastanek družbenih in zdravstvenih problemov jih ima 4,1 % ($n=2$) ter manjše kar 83,7 % ($n=41$). Tisti, ki imajo več kot enega otroka ($n=48$, 100 %), so verjetno odvisni od alkohola v 4,2 % ($n=2$), škodljivo pije samo en (2,1 %), povečano tveganje za nastanek družbenih in zdravstvenih problemov ima 6,3 % ($n=3$) anketiranih, manjše tveganje pa 87,5 % ($n=42$). Rezultati so prikazani v Prilogi 27.

Statistično značilne razlike ni med zlorabo alkohola ter:

- obdobji odraslosti ($\chi^2(3)=5,137$; $p=0,162$),
- finančnim dohodkom ($p=0,6663$),
- statusom ($p=0,438$),
- prebivališčem ($\chi^2(3)=0,381$; $p=0,944$),
- številom ožjih prijateljev ($p=0,758$) in
- številom kroničnih obolenj ($p=0,919$).

Zaradi kršitve predpostavke Pearsonovega hi-kvadrat testa o najvišjem dovoljenem deležu pričakovanih frekvenc manjših od 5, ki je v našem primeru 43,8 %, smo za ovrednotenje druge hipoteze uporabili Fisherjev test. Na osnovi rezultatov smo ugotovili, da med spremenljivkama »Prepoznavanje depresije« in »Stopnja zlorabe alkohola« obstaja **statistično značilna razlika** ($p<0,001$). Rezultati testa so prikazani v Prilogi 28.

V nadaljevanju smo testirali, ali pogosto pitje alkohola potencira samomorilne misli. Uporabili smo Fisherjev test, saj je najvišji dovoljeni delež pričakovanih frekvenc znašal 50,0 %. Med spremenljivkama »Razmišljam o tem, da bi bilo bolje, če bi bil mrtev ali da bi nekaj hudega naredil« in »Stopnja zlorabe alkohola« obstaja **statistično značilna razlika** ($p=0,001$). Rezultati testa so prikazani v Prilogi 29.

6 Interpretacija in razprava

Namen raziskave je bil ugotoviti dejavnike tvegane rabe alkohola, pивske navade ter splošno duševno zdravje odraslih ljudi, ki so stari od 18 do 45 let. Želeli smo odkriti tudi statistično pomembne razlike med tveganim pitjem alkohola, simptomi depresije in samomorilnimi mislimi. Za izvedbo raziskave smo uporabili AUDIT 10 ter PHQ-9 vprašalnik. Raziskavo smo izvedli v mesecu juliju 2018 s pomočjo spletnega anketiranja. Sodelovalo je 260 udeležencev, starih od 18 do 45 let, katerih mediana starosti je 26 let (95 % IZ [25;29]) (Priloga 2). Med anketiranimi je 187 žensk (71,9 %) in 73 moških (28,1 %). Ženska mediana starosti je 28,31 let (95 % IZ [27,25; 29,38]), moška pa 29,82 let (95 % IZ [28,17; 31,48]) (Priloga 3). Več kot polovica udeležencev ($n=154$, 59,2 %) spada v obdobje prehoda v odraslost, ostali ($n=106$, 40,8 %) so v obdobju zgodnje odraslosti.

Več kot polovica anketiranih ima srednješolsko izobrazbo (51,9 %) ter manj kot desetina (7,7 %) podiplomsko izobrazbo. Anketirani so se od osnovne šole naprej v večini (29,2 %) izobraževali 6-10 let. Skoraj polovica (48,8 %) jih živi v zunajzakonski skupnosti. Več kot polovica vprašanih je katoliške vere (71,5 %), nima otrok (62,7 %), ima povprečen finančni dohodek (61,9 %), je zaposlenih (61,2 %), živi na podeželju (68,1 %), imajo do 5 ožjih prijateljev (65 %) ter nimajo nobenih kroničnih obolenj (78,5 %).

Številni avtorji (McAndrew, et al., 2017; Veld, et al., 2017) navajajo, da je problematika zlorabe alkohola po vsem svetu pereč problem ter da se kljub številnim ukrepom trend zlorabe alkohola ni zmanjšal (Klemenc-Ketiš & Kersnik, 2015). Značilnost posameznikov je, da v večini ne priznajo, da imajo težave pri pitju alkohola (Alpert, 2014). Raziskovanje porabe in pogostosti pitja alkohola sta pomembna pri odkrivanju motenj, povezanih z uživanjem alkohola in sorodnih posledic (Kuitunen-Paul, et al., 2018). Nadalje je opisana interpretacija in razprava zastavljenih raziskovalnih vprašanj in hipotez.

Raziskovalno vprašanje 1: Kakšne so pивske navade anketiranih v obdobju prehoda v odraslost ter v obdobju zgodnje odraslosti?

Kjer smo odkrili statistično pomembne rezultate, smo rezultate opisali in razčlenili po obdobjih odraslosti, ostale rezultate smo opisali v povprečjih. Osebe, ki spadajo v obdobje prehoda v odraslost, so populacija, ki najpogosteje konzumira alkohol (El Ansari, et al., 2014). Obdobje prehoda v odraslost predstavlja rizično obdobje, kjer je značilna visoka toleranca za zasvojenost ter nizka stopnja odziva na alkohol (Kuitunen-Paul, et al., 2018; Melchior, et al., 2015). V tem obdobju so prisotne težke epizode pitja (Gonzalez, et al., 2011; Iwamoto, et al., 2016; Tavolacci, et al., 2016). Iz naše raziskave povzamemo, da obdobji odraslosti nista statistično povezani s:

- pogostostjo pitja alkoholnih pijač ($\chi^2(4)=4,145$; $p=0,387$),
- povprečnim številom popitih meric pijač, ki vsebujejo alkohol ($\chi^2(4)=9,306$; $p=0,054$),
- težavami s prenehanjem pitja alkoholnih pijač ($p=0,461$),
- potrebo po alkoholni pijači že zjutraj ($p=0,288$),
- občutkom krivde ($p=0,098$),
- poškodbami zaradi opitosti ($\chi^2(2)=1,422$; $p=0,539$),
- zaskrbljenostjo drugih oseb nad pitjem alkoholnih pijač ($\chi^2(2)=2,632$; $p=0,260$).

Obdobji odraslosti sta statistično povezani s:

- povprečnim številom popitih meric glede na spol ($p<0,001$): povprečje je višje pri moškem spolu,
- nezmožnostjo opravljanja pričakovanega zaradi pitja alkoholnih pijač ($p=0,023$): povprečje je višje v obdobju zgodnje odraslosti,
- izgubljenim spominom prejšnjega večera zaradi opitosti ($p=0,001$): povprečje je višje v obdobju zgodnje odraslosti.

Iz raziskave povzamemo, da so anketirani preišljeni pivci, ki v večini izbirajo manj tvegani način pitja, vendar je moški spol tisti, ki je pogosteje nagnjen k zlorabi alkohola.

Pričakovali smo, da je prevalenca tveganega pitja alkoholnih pijač višja v obdobju prehoda v odraslost, saj številni avtorji (El Ansari, et al., 2014; Gonzalez, et al., 2011; Iwamoto, et al., 2016; Kuitunen-Paul, et al., 2018; Melchior, et al., 2015; Tavolacci,

et al., 2016) navajajo, da je obdobje prehoda v odraslost bolj problematično glede zlorabe alkohola.

Ena oseba od dvanajstih izpolnjuje merila za popolno odvisnost od alkohola (El Ansari, et al., 2014). Deady, et al. (2016) navajajo, da mladi spadajo v visoko raven uporabe alkohola po vprašalniku AUDIT 10. V naši raziskavi je verjetnost, da so anketirani odvisni od alkohola precej nižja: pri ženskah 3,2 % ($n=6$) ter pri moških 6,8 % ($n=5$). Naši rezultati se ujemajo s trditvijo avtorjev Tavolacci, et al. (2016), ki navajajo, da je prevalenca izpostavljenosti tvegane pitju višja pri moškem spolu. Večina žensk (79,1 %) in moških (54,8 %) izbira manj tvegani način pitja.

Klemenc-Ketiš & Kersnik (2015) navajata, da je tvegano pitje alkohola v Sloveniji javno zdravstveni problem – tveganje je višje kot pri danski populaciji ter nižje kot po državah Vzhodne Evrope. V Združenih državah Amerike ocenjujejo, da 78 % odraslih oseb pri pitju ne upošteva priporočil (Breslow, et al., 2015). Iz raziskave razberemo, da priporočil pri pitju ne upošteva 29,2 % anketiranih – polovica moških (50,6 %) in petina (20,9 %) žensk, kar je bistveno manjši rezultat kot v raziskavah avtorjev Breslow, et al. (2015). Odkrili smo, da sta povprečno število popitih meric pijač, ki vsebujejo alkohol ter spol anketiranih med seboj **statistično povezana** ($p<0,001$), saj moški v primerjavi z ženskami redkeje upoštevajo priporočila glede pitja alkoholnih pijač.

V Evropski Uniji in Združenih državah Amerike do 70 % populacije konzumira alkohol, od tega jih polovica pije tedensko (Frischer, et al., 2015). V našem raziskovalnem vzorcu ni poskusilo alkohola v zadnjem letu manj kot desetina (7,3 %) anketiranih. Nekaj več, 13,1% jih alkoholne pijače uživa od 2 do 3 krat tedensko. Udeleženci naše raziskave najpogosteje pijejo alkoholne pijače 2 do 4 krat mesečno (38,1 %) ali enkrat mesečno in manj (36,5 %). Na Japonskem 47,9 % moških in 10,1 % žensk vsak dan uživa alkohol (Hirayama, et al., 2009 cited in Peltzer & Phaswana-Mafuya, 2013), medtem ko v naši raziskavi vsak dan uživa alkohol 5 % vseh anketiranih.

Raziskovalno vprašanje 2: Ali so v obdobju prehoda v odraslost ter v obdobju zgodnje odraslosti prisotni simptomi depresije?

Depresija povzroča 12 % bremena vseh bolezni in bo najverjetneje do leta 2020 uvrščena na drugo mesto najbolj pogostih bolezni (WHO, 2011). Pri motnjah, kot je depresija, se lahko razvije najhujša stopnja invalidnosti (Mills, et al., 2015). Simptomi depresije se z leti povečujejo, po ocenah 5 % za vsako dodatno leto (Ariyasinghe, et al., 2015). Archer, et al. (2012) navajajo, da so najpogostejši simptomi depresije izguba zanimanja in užitka pri dejavnostih, nespečnost ali prekomerno spanje, utrujenost, izguba energije, pretirana skrb, napetost, nemir, razdražljivost itd. Simptomi se pri posameznikih razlikujejo.

Prisotnost simptomov depresije smo pri anketiranih odkrivali s PHQ-9 vprašalnikom, sestavljenim iz devetih vprašanj, ki se navezujejo na simptome depresije. Odkrili smo dve statistično pomembni povezavi med simptomi depresije in obdobji odraslosti: obdobji odraslosti sta **statistično povezani** z nezainteresiranostjo ter nezadovoljstvom pri stvareh, ki jih anketirani počnejo ($p=0,038$) ter s težavami s koncentracijo ($p=0,033$). Simptom nezainteresiranosti in nezadovoljstva je izrazitejši v obdobju prehoda v odraslost, in sicer pri več kot polovici (51,3 %) anketiranih. Težave s koncentracijo so izrazitejše v obdobju prehoda v odraslost, kar občuti 33,1 % anketiranih, ki so stari od 18 do 29 let. Statistično značilne povezave ni med obdobji odraslosti in:

- potrtostjo, depresivnostjo in obupom ($p=0,156$),
- motnjami spanja ($\chi^2(3)=1,534$; $p=0,672$),
- utrujenostjo in pomanjkanjem energije ($\chi^2(3)=1,529$; $p=0,676$),
- slabim mnenjem o sebi ($p=0,617$),
- upočasnjenostjo, nervozo in nemirom ($p=0,408$),
- samomorilnimi mislimi in mislimi o samopoškodovanju ($\chi^2(2)=1,959$; $p=0,379$),
- slabim apetitom in prenejedanjem ($\chi^2(3)=3,967$; $p=0,268$).

V obeh obdobjih odraslosti simptomi depresije niso prisotni pri manj kot polovici vseh anketiranih ($n=125$, 48,1 %). Za blago depresijo jih oboleva 33,1 % ($n=86$), za zmerno 13,1 % ($n=34$) ter za zmerno hudo depresijo 5,8 % ($n=15$). Simptomov hude depresije

nima noben anketirani. Deady, et al. (2016) navajajo, da mladi odrasli v večini obolevajo za »zmerno hudo depresijo«.

Patel, et al. (2014) navajajo, da so ženske pogosteje nagnjene k depresiji in da depresija pri ženskah predstavlja vodilni vzrok v duševnem zdravju svetovnega bremena. Na osnovi Pearsonovega hi-kvadrat testa sklepamo, da med spolom in depresijo ni statistično značilne razlike ($\chi^2(3)=1,315$; $p=0,729$).

Hipoteza 1: Dejavniki, ki vplivajo na povečano zlorabo alkohola so: spol, starost, zakonski stan, število otrok, velikost finančnega dohodka, zaposlenost, prebivališče, število prijateljev ter kronično obolenje.

Na podlagi statističnih testov (Pearsonov hi-kvadrat test ter Fisherjev test) smo odkrili, da obstajajo statično pomembne povezave samo med tremi spremenljivkami, zato navedeno hipotezo zavržemo in sprejmemo alternativno hipotezo, ki se glasi: **»dejavniki, ki vplivajo na povečano zlorabo alkohola so spol, zakonski stan ter število otrok«.**

Iz raziskave ugotavljamo, da moški spol v primerjavi z ženskim pogosteje izbira tvegani način pitja. Enake ugotovitve navajajo tudi drugi avtorji (El Ansari, et al., 2014; Hobden, et al., 2017; Patel, et al., 2014; Tavolacci, et al., 2016), ki pravijo, da imajo moški v vseh starostnih obdobjih znatno večje tveganje za zlorabo alkohola. Pri moških se viša smrtnost in obolevnost zaradi odvisnosti od alkohola (Veld, et al., 2017). Ženske se v večini zatečejo k pitju alkoholnih pijač ob doživljanju neprijetnih čustvenih situacij (Abulseoud, et al., 2013), za razliko od moških, ki pijejo zaradi pozitivnih čustvenih situacij (Abulseoud, et al., 2013). Po zakonskem stanu so samski anketirani tisti, ki predstavljajo tvegano skupino za povečano zlorabo alkohola. Tavolacci, et al. (2016) navajajo, da so ciljna populacija za preprečevanje tvegane rabe alkohola predvsem mladi samski moški, saj se glede na raziskave najpogosteje vedejo tvegano pri pitju.

Verjetnost za odvisnost od alkohola je višja pri anketiranih, ki imajo enega (6,1 %) ali več otrok (4,2 %), kot pri anketiranih, ki nimajo otrok (2,5 %). Avtorji Surkan, et al. (2012) navajajo, da se trend zlorabe alkohola razširja tudi v domačem okolju ob prisotnosti otrok, kar je zaskrbljujoče, saj družina vpliva na porabo in sprejemanje

alkohola pri otrocih. Pozitivna družinska anamneza o zlorabi in/ali odvisnosti od alkohola je dejavnik tveganja za podobno vedenje pri potomcih (Agrawal, et al., 2017).

Na podlagi statističnih testov, ki so opisani v Tabeli 4 nismo odkrili statistično značilnih razlik med zlorabo alkohola in med naslednjimi spremenljivkami:

- **Obdobji odraslosti** ($\chi^2(3)=5,137$; $p=0,162$)

Drugi avtorji (Gonzalez, et al., 2011; Iwamoto, et al., 2016; Jager, et al., 2013; Kuitunen-Paul, et al., 2018; Melchior, et al., 2015; Tavolacci, et al., 2016) navajajo, da je zloraba alkohola pogostejša v obdobju prehoda v odraslost (od 18 do 29 let).

- **Finančnim dohodkom** ($p=0,663$)

Avtorji Vinther-Larsen, et al. (2013) trdijo, da je nizek finančni dohodek dejavnik tveganja za tvegano pitje alkohola.

- **Statusom** ($p=0,438$)

Avtorji Vinther-Larsen, et al. (2013) trdijo, da brezposelnost vpliva na tvegano pitje alkohola.

- **Prebivališčem** ($\chi^2(3)=0,381$; $p=0,944$)

Uživanje alkohola je pogostejše v urbanem kot v podeželskem okolju (Ariyasinghe, et al., 2015). Nasprotno trdita avtorja Wang & Chen (2015), ki sta na podlagi raziskave ugotovila, da so prebivalci podeželja dvakrat bolj nagnjeni k zlorabi alkohola, kot prebivalci mesta.

- **Številom ožjih prijateljev** ($p=0,758$)

Raziskave dokazujejo, da je alkohol mehanizem, ki zmanjšuje subjektivni občutek osamljenosti in izolacije (Buz, et al., 2014), zato se predvideva, da je večje število ožjih prijateljev pogojeno z dejavnikom zlorabe alkohola. Tavolacci, et al. (2016) navajajo, da morajo osebe z velikim družbenim krogom postati ciljna populacija za preprečevanje tvegane rabe alkohola.

- **Številom kroničnih obolenj** ($p=0,919$)

Raziskave dokazujejo, da zloraba alkohola povzroča številne smrti, obolenja in poškodbe (Wellard, et al., 2016; WHO, 2011). Velik napovedovalec tveganega pitja

je tudi prisotnost kronične bolečine, saj opitost povzroča analgezijo (Egli, et al., 2012). Hobden, et al. (2017) navajajo, da so posamezniki, ki imajo tri ali več kroničnih bolezni, 4-krat bolj podvrženi zlorabi alkohola. Tisti, ki imajo do dve kronični bolezni, so 2-krat bolj podvrženi zlorabi alkohola (Hobden, et al., 2017).

Hipoteza 2: Tvegano pitje alkohola in depresija sta povezana.

Zaradi kršitve predpostavke Pearsonovega hi-kvadrat testa o najvišjem dovoljenem deležu pričakovanih frekvenc manjših od 5, ki je v našem primeru 43,8 %, smo za ovrednotenje druge hipoteze uporabili Fisherjev test. Na osnovi rezultatov smo ugotovili, da med spremenljivkama »Prepoznavanje depresije« in »Stopnja zlorabe alkohola« obstaja **statistično značilna razlika** ($p < 0,001$). Hipotezo, da sta tvegano pitje alkohola in depresija povezana, potrdimo.

Na nacionalni ravni sta odvisnost od alkohola in prisotnost depresije zelo razširjeni – približno 2,4 milijona odraslih ljudi, ki so starejši od 18 let, se sooča z navedenima pojavoma (Canford, et al., 2011), kar predstavlja velik javnozdravstveni problem. Obenem sta to glavna dejavnika duševnih in nevroloških obolenj globalnih razsežnosti (Collins, et al., 2011). Razmerje med depresijo in tveganim pitjem je na splošno podprto z raziskavami ter je klinično pomembno (Schuckit, et al., 2013). Razmerje med depresijo in tveganim pitjem alkohola je vzajemno vzročno, saj odvisnost od alkohola povečuje tveganje za nastanek depresije, prav tako pa depresija povečuje tveganje za odvisnost od alkohola. Vsaka motnja poveča tveganje za drugo motnjo (Cooper, et al., 2014; Park, et al., 2015). Odvisniki od alkohola so v povprečju 3,6-krat bolj nagnjeni k depresiji kot preostala populacija (Hobden, et al., 2017; Karpayak, et al., 2016). Depresivni simptomi so pri obeh spolih neodvisno povezani s pogostim pitjem, ki vodi v odvisnost od alkohola (El Ansari, et al., 2014). Simptomi depresije se z leti povečujejo, po ocenah 5 % za vsako dodatno leto (Ariyasinghe, et al., 2015).

Že priporočena uporaba alkohola je lahko problematična za osebe z depresijo. Priporočljivo je, da vsak posameznik pridobi ustrezno zdravljenje simptomov depresije ter se nauči spoprijemati s težavami (Gonzalez, et al., 2011). Odvisnost od alkohola in sočasna depresija sta v obdobju odraslosti vodilna vzroka invalidnosti (Canford, et al., 2011; Merrill, et al., 2014), saj pride do hujših oblik odvisnosti od alkohola ter posledično številnejših zdravstvenih posledic (Daepfen, et al., 2012).

Najnižja stopnja depresije je med posamezniki, ki uživajo alkohol ob posebnih priložnostih, torej ga ne zlorablajo in najvišja med posamezniki, kjer je prisotna zelo huda zloraba alkohola, ki je pogostejša pri moškem spolu (Hobden, et al., 2017). Za moški spol je značilno pogostejše obolenje za odvisnostjo od alkohola, kjer se posledično razvije depresija, pri ženskem spolu pa je značilno pogostejše obolenje za depresivno motnjo, iz katere sledi pogosto uživanje alkohola (Canford, et al., 2011). Pri ženskah, ki se soočajo z alkoholom v družini, se depresija pojavi 25-krat pogosteje (Ariyasinghe, et al., 2015).

Hipoteza 3: Pogosto pitje alkohola potencira samomorilne misli.

Odvisnost od alkohola je tipična bolezen, kjer pogosto zasledimo poročanje o samomorilnih mislih ter samomorilno vedenje (Hashimoto, et al., 2015; Iwamoto, et al., 2016; van Ours, et al., 2013). Testirali smo hipotezo, ali pogosto pitje alkohola potencira samomorilne misli. Uporabili smo Fisherjev test, saj je najvišji dovoljeni delež pričakovanih frekvenc znašal 50,0 %. Med spremenljivkama »Razmišljam o tem, da bi bilo bolje, če bi bil mrtev ali da bi nekaj hudega naredil« in »Stopnja zlorabe alkohola« obstaja **statistično značilna razlika** ($p=0,001$). Hipotezo, da pogosto pitje alkohola potencira samomorilne misli, potrdimo. Tudi drugi avtorji (Agrawal, et al., 2017; Karpyak, et al., 2016) navajajo, da sta odvisnost od alkohola in samomorilne misli med seboj tesno povezana. V Združenih državah Amerike vsak dan naredi samomor približno 105 ljudi, kar pomeni, da je to 10. vodilni vzrok smrti (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2013). V Združenih državah Amerike se je stopnja samomora od leta 1999 do leta 2014 povečala za 24 % (Curtin, et al., 2016).

7 Sklep

V raziskavi smo ugotovili nekaj signifikantno pomembnih razlik pri pitju alkohola. Ugotavljamo, da je povprečno število popitih meric alkohola bistveno višje pri moškem spolu, da je v obdobju zgodnje odraslosti (od 30 do 45 let) velika možnost nezmožnosti opravljanja pričakovanega zaradi pitja alkoholnih pijač, ki jo spremlja izguba spomina prejšnjega večera zaradi opitosti. Izpostavimo lahko, da so anketirani preiščeni pivci, saj v večini izbirajo manj tvegani način pitja, vendar je prevalenca izpostavljenosti tveganemu pitju dvakrat višja pri moškem spolu. V zadnjem letu alkohola ni poskusila le manj kot desetina anketiranih, petina anketiranih alkohol uživa vsakodnevno, kar je bistveno nižje kot npr. na Japonskem, kjer polovica moških in desetina žensk uživa alkohol vsak dan. Na podlagi rezultatov smo sprejeli alternativno hipotezo, ki se glasi *»dejavniki, ki vplivajo na povečano, zlorabo alkohola so spol, zakonski stan ter število otrok«* in ne starost, finančni dohodek, zaposlenost, prebivališče, število prijateljev in kronično obolenje.

Ker je tvegano pitje alkohola vzročno povezano s simptomi depresije, smo pri anketiranih odkrivali tudi prisotnost devetih simptomov depresije. Odkrili smo dve signifikantno pomembni razliki, in sicer, da sta simptoma nezainteresiranosti in nezadovoljstva ter težave s koncentracijo izrazitejša v obdobju prehoda v odraslost (od 18 do 29 let). Ostalih 7 simptomov depresije ki so navedeni v PHQ-9 vprašalniku za obdobji odraslosti, ni signifikantno pomembnih. Veseli nas rezultat, da pri manj kot polovici anketiranih ni prisotnih simptomov depresije in da simptomov hude depresije nima noben anketirani. Prav tako smo na osnovi statističnih testov potrdili, da med spolom in depresijo ni statistično značilne razlike. Hipotezo, da sta tvegano pitje alkohola in depresija povezana, smo potrdili. Sprejeli smo tudi hipotezo, da pogosto pitje alkohola potencira samomorilne misli.

Danes se z alkoholom srečamo praktično vsepovsod. Je namreč sestavni del kulture v prostem času in predstavlja tradicijo (primeri: rojstvo, poroka, praznovanja). Če bomo z navedeno tradicijo nadaljevali, se stopnja odvisnosti od alkohola po svetu ne bo zmanjševala, temveč se bodo s časom pričela povečevati obolenja, poškodbe, invalidnost ter samomori. Pridružujemo se mnenju, da je raziskovanje dejavnikov

tveganja, porabe in pogostosti pitja pomembno, saj je cilj le-tega preprečevanje posledic tvegane rabe alkohola.

Menimo, da je potrebno urediti tržno silo in politiko alkohola, saj je alkohol prosto dostopen vsaki polnoletni osebi po ugodni ceni. Lažje bi lahko vplivali na politiko alkohola kot na genetske, socialne, intrapersonalne, kulturne dejavnike ter dejavnike okolja. Pri navedenih dejavnikih bi morali izbrati dalj časa trajajočo individualno zdravstveno vzgojo, katere rezultat bi bil odvisen od motivacije sodelujočih.

Med pogoste bolezni v zadnjih desetletjih na novo prištevamo duševna obolenja, ki lahko vodijo v najhujšo stopnjo invalidnosti. Duševno obolenje je dejavnik, ki vodi k tveganeu pitju alkohola z namenom ublažitve duševnih stisk. Ob prisotnosti duševnega obolenja in tveganeu pitja se vrtimo v začaranem krogu, saj gre za vzročno povezavo, težak izhod in pogoste recidive. Kljub vsem preventivnim intervencijam se zdi, da se na posledice, ki jih ustvarjata odvisnost od alkohola in depresija, ne daje veliko pozornosti in se ne govori glasno o navedeni problematiki.

AUDIT 10 in PHQ-9 vprašalnika sta presejalni orodji, ki sta v primarnem zdravstvenem varstvu učinkovita pri prepoznavanju tveganih vedenj. Menimo, da se tvegano vedenje najhitreje prepozna v primarnem zdravstvenem varstvu. Pri odkrivanju, preprečevanju in zdravljenju tveganeu pitja alkohola in depresije bi v največji meri morali še bolj angažirati primarni zdravstveni sistem, saj vsako leto ljudje vsaj enkrat obišejo svoje zdravnike, kar zdravstvenemu osebju da priložnost o razpravljanju tveganih vedenj na neoseben način ter možnost izvajanja presejalnih testov. V zdravstvenem sistemu bi se morala odpraviti ovira pomanjkanja časa za pridobitev popolne anamneze. Izvajanje presejalnih testov AUDIT 10 ter PHQ-9 se danes uporablja samo v referenčnih ambulantah, pri osebah, starejših od 30 let. Menimo, da navedena starostna meja ni primerna, saj obstaja možnost, da je pri posamezniku v navedeni starosti lahko že prisotna odvisnost od alkohola ali duševna motnja. Dodaten razlog, da bi pri izvajanju presejalnih testov starostno mejo znižali je tudi ta, da se navedeni presejalni intervenciji odlično obneseta v vseh starostnih obdobjih. Presejalne intervencije bi se prav tako morale vključiti v ambulante na sekundarnem in terciarnem zdravstvenem nivoju. Javno zdravje mora ponuditi tudi poglobljene možnosti za zmanjševanje psihične stiske, kar je ključna vloga pri

reševanju nevarnosti za razvoj depresije. Menimo, da zdravniki pri motnjah razpoloženja ne bi smeli v tolikšni meri predpisovati farmakoloških sredstev, ampak pacientom ponuditi ter zagotoviti strokovno pomoč. Prav tako je potrebno dodatno izobraževanje tako zdravstvenih delavcev kot vseh preostalih posameznikov vseh generacij o varni rabi alkohola. Danes imamo razvite medije, ki bi jih lahko izkoristili kot intervencijo za spremembo stališč in zdravstveno vzgojno delo.

Na vseh zdravstvenih ravneh bi se zdravstveni delavci morali potruditi prepoznavati dejavnike tveganja in se posvetiti zdravstveno vzgojnemu delu ter na posameznika vplivati tako, da bo izbral zdrave, ne tvegane odločitve. Strinjamo se, da je potrebno zgraditi novo presejalno orodje za odkrivanje tveganega pitja, ki bi temeljilo na motivih, ki vodijo k tveganemu vedenju. Tako bi na podlagi motivov prepoznali in preprečili tvegano vedenje.

Literatura

Abulseoud, O. A. et al., 2013. A retrospective study of gender differences in depressive symptoms and risk of relapse in patient with alcohol dependence. *The American Journal on Addictions*, 22(5), pp. 437-442.

Agrawal, A. et al., 2017. Reciprocal relationships between substance use and disorders and suicidal ideation and suicide attempts in the Collaborative Study of the Genetics of Alcoholism. *Journal of Affective Disorders*, 213, pp. 96-104.

Alpert, P. T., 2014. Alcohol abuse in older adults: an invisible population. *Home Health Care Management & Practice*, 26(4), pp. 1-5.

American Psychiatric Association, 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th ed. Washington: American Psychiatric Association.

Archer, J. et al., 2012. Collaborative care for depression and anxiety problems. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(10), pp. 1-280.

Ariyasinghe, D., Abeysinghe, R., Siriwardhana, P. & Dassanayake, T., 2015. Prevalence of major depressive disorder among spouses of men who use alcohol in a rural community in central Sri Lanka. *Alcohol and Alcoholism*, 50(3), pp. 328-332.

Breslow, R., Dong, C. & White, A., 2015. Prevalence of alcohol-interactive prescription medication use among current drinkers: United States, 1999 to 2010. *Alcoholism*, 39(2), pp. 371-379.

Brière, F. N. et al., 2014. Comorbidity between major depression and alcohol use disorder from adolescence to adulthood. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), pp. 526-533.

Brown, R. A. et al., 2014. A preliminary, randomized trial of aerobic exercise for alcohol dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47(1), pp. 1-9.

Buz, J., Sanchez, M., Levenson, M. R. & Aldwin, C. M., 2014. Aging and social networks in Spain: The importance of pubs and churches. *International Journal of Aging & Human Development*, 78(1), pp. 23-46.

Callegaro, M., Manfreda, L. & Vehovar, V., 2015. *Web survey methodology*. Los Angeles: Sage.

Canford, J. A., Nolen-Hoeksema, S. & Zucker, R. A., 2011. Alcohol involvement as a function of co-occurring alcohol use disorders and major depressive episode: evidence from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug and Alcohol Dependence*, 117(2-3), pp. 145-151.

Centers for Disease Control and Prevention, 2013. *Suicide and self-inflicted injury*. [Online] Available at: <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/suicide.htm> [Accessed 08. 03. 2018].

Collins, P. Y. et al., 2011. Grand challenges in global mental health. *Nature*, 475(7354), pp. 27-30.

Cooper, R., Hildebrandt, S. & Gerlach, A. L., 2014. Drinking motives in alcohol use disorder patients with and without social anxiety disorder. *Anxiety, Stress & Coping*, 27(1), pp. 113-122.

Creswell, J. W., 2014. *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 4th ed. Thousand Oaks: Sage.

Curtin, S. C., Warner, M. & Hedegaard, H., 2016. Increase in Suicide in the United States, 1999-2014. *NCHS Data Brief*, 241, pp. 1-8.

Daepfen, J. B. et al., 2012. Drinking patterns and their predictive factors in CONTROL: a 12-month prospective study in a sample of alcohol-dependent patients initiating treatment. *Alcohol and Alcoholism*, 48(2), pp. 189-195.

de Gaetano, G. et al., 2016. Effects of moderate beer consumption on health and disease: A consensus document. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 26(6), pp. 443-467.

de Timary, P., Stärekl, P., Delzenne, N. M. & Leclercq, S., 2017. A role for the peripheral immune system in the development of alcohol use disorders? *Neuropharmacology*, 122, pp. 148–160.

Deady, M., Mills, K. L., Teesson, M. & Kay-Lambkin, F., 2016. An online intervention for co-occurring depression and problematic alcohol use in young people: primary outcomes from a randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 18(3), p. e71.

Delaney, K. E. et al., 2014. Inconsistencies between alcohol screening results based on AUDIT-C scores and reported drinking on the AUDIT-C questions: prevalence in two US national samples. *Addiction Science & Clinical Practice*, 9(2), pp. 1-9.

Dennhardt, A. A., Murphy, J. G., McDevitt-Murphy, M. E. & Williams, J. L., 2016. Drinking motives mediate the relationship between alcohol reward value and alcohol problems in military veterans. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30(8), pp. 819-826.

Dermody, S. S., Cheong, J. & Manuck, S., 2013. An evaluation of the stress-negative affect model in explaining alcohol use: the role of components of negative affect and coping style. *Substance Use & Misuse*, 48(4), pp. 297-308.

Društvo študentov psihologije Slovenije, 2014. *Kako rastemo in se razvijamo?: razvojna obdobja [brošura]*. [Online] Available at: http://kakosi.si/wp-content/uploads/2014/11/Brošura_razvojna-obdobja.docx [Accessed 15. 03. 2018].

Egli, M., Koob, G. F. & Edwards, S., 2012. Alcohol dependence as a chronic pain disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 36(10), pp. 2179-2192.

El Ansari, W., Sebena, R. & Stock, C., 2014. Do importance of religious faith and healthy lifestyle modify the relationships between depressive symptoms and four indicators of alcohol consumption? A survey of students across seven universities in England, Wales, and Northern Ireland. *Substance Use & Misuse*, 49(3), pp. 211-220.

Erevik, E. K. et al., 2017. Alcohol use among Norwegian students: Demographics, personality and psychological health correlates of drinking patterns. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 34(5), pp. 415-429.

Frischer, M. et al., 2015. Is alcohol consumption in older adults associated with poor self-rated health? Cross-sectional and longitudinal analysis from the English longitudinal study of ageing. *BMC Public Health*, 15(703), pp. 1-9.

Frone, M. R., 2015. Relations of negative and positive work experiences to employee alcohol use: testing the intervening role of negative and positive work rumination. *Journal of Occupational Health Psychology*, 20(2), pp. 148-160.

Gilson, K. M., Bryant, C. & Judd, F., 2017. Understanding older problem drinkers: the role of drinking to cope. *Addictive Behaviors*, 64, pp. 101-106.

Gilson, K. M. et al., 2013. Validation of the Drinking Motives Questionnaire (DMQ) in older adults. *Addictive Behaviors*, 38(5), pp. 2196-2202.

Gonzalez, V. M., Reynolds, B. & Skewnes, M. C., 2011. Role of impulsivity in the relationship between depression and alcohol problems among emerging adult college drinkers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 19(4), pp. 303-313.

Hashimoto, E. et al., 2015. Influence of comorbid alcohol use disorder on treatment response of depressive patients. *Journal of Neural Transmission*, 122(2), pp. 301-306.

Hobden, B. et al., 2017. Do rates of depression vary by level of alcohol misuse in Australian general practice? *The Australian Journal of Primary Health*, 23(3), pp. 263-267.

Huang, M. C. & Chen, C. C., 2012. Alcohol dependence in Taiwan: from epidemiology to biomedicine. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 4(2), pp. 108-112.

Iwamoto, D. K., Kaya, A., Grivel, M. & Clinton, L., 2016. Under-researched demographics: heavy episodic drinking and alcohol-related problems among asian Americans. *Alcohol Research*, 38(1), pp. 17-25.

Jager, J., Schulenberg, J. E., O'Malley, P. M. & Bachman, J. G., 2013. Historical variation in drug use trajectories across the transition to adulthood: the trend towards lower intercepts and steeper, ascending slopes. *Development and Psychopathology*, 25(2), pp. 527-543.

Jiang, H., Room, R. & Hao, W., 2015. Alcohol and related health issues in China: action needed. *Lancet Global Health*, 3(4), pp. e190-e191.

Karpyak, V. M. et al., 2016. Gender-specific effects of comorbid depression and anxiety on the propensity to drink in negative emotional states. *Addiction*, 111(8), pp. 1366-1375.

Klemenc-Ketiš, Z. & Kersnik, J., 2015. Focus points in prevention actions against legal substances' abuse. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 127(Suppl 5), pp. S241-S246.

Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi. Uradni list RS, št. 52/14, 18/15 in 13/17.

Koenig, L. B., Haber, J. R. & Jacob, T., 2011. Childhood religious affiliation and alcohol use and abuse across the lifespan in alcohol-dependent men. *American Psychological Association*, 25(3), pp. 381-389.

Konec Juričič, N., Roškar, S. & Jelenko Roth, P. eds., 2016. *Prepoznavanje in obravnava depresije in samomorilnosti pri pacientih v ambulantni družinskega zdravnika: priročnik za strokovnjake na primarni zdravstveni ravni*. [pdf] Nacionalni inštitut za javno zdravje Available at: http://www.nijz.si/files/uploaded/prirocnik_prepoznavanje_in_obravnave_depresije_in_samomorilnosti.pdf [Accessed 25. 05. 2018].

Kuitunen-Paul, S. et al., 2018. Identification of heavy drinking in the 10-item AUDIT: results from a prospective study among 18-21 years old non-dependent German males. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 86, pp. 94-101.

Manea, L., Gilbody, S. & McMillan, D., 2012. Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 184(3), pp. E191-E196.

McAndrew, A. et al., 2017. A proof-of-concept investigation into ketamine as a pharmacological treatment for alcohol dependence: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 18(159), pp. 1-9.

Melchior, M. et al., 2015. Unemployment and substance use in young adults: does educational attainment modify the association? *European Addiction Research*, 21(3), pp. 115-123.

Merrill, J. E., Reid, A. E., Carey, M. P. & Carey, K. B., 2014. Gender and depression moderate response to brief motivational intervention for alcohol misuse among college students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), pp. 984-992.

Mezquita, L. et al., 2014. A longitudinal examination of different etiological pathways to alcohol use and misuse. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 38(6), pp. 1770-1779.

Mills, S. D. et al., 2015. Psychometric evaluation of the Patient Health Questionnaire–4 in Hispanic Americans. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 37(4), pp. 560-571.

Muli, N. & Lagan, B. M., 2017. Perceived determinants to alcohol consumption and misuse: a survey of university students. *Perspectives in Public Health*, 137(6), pp. 326-336.

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016. *Z manj tvegani pitjem alkohola bi lahko ohranili vsaj dve življenji na dan*. [Online] Available at: <http://www.nijz.si/sl/z-manj-tveganim-pitjem-alkohola-bi-lahko-ohranili-vsaj-dve-zivljenji-na-dan> [Accessed 19. 03. 2018].

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2017. *Ob koncu meseca preprečevanja odvisnosti in tednu osveščanja glede škode, ki jo povzroča alkohol*. [Online] Available at: <http://www.nijz.si/sl/ob-koncu-meseca-preprecevanja-odvisnosti-in-tednu-osvescanja-glede-skode-ki-jo-povzroca-alkohol> [Accessed 19. 03. 2018].

National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism, 2015. *College drinking*. [Online] Available at: <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/special-populations-co-occurring-disorders/college-drinking> [Accessed 03. 03. 2018].

- Obasi, E. M., Brooks, J. J. & Cavanagh, L., 2016. The relationship between psychological distress, negative cognitions, and expectancies on problem drinking: exploring a growing problem among university students. *Behavior Modification*, 40(1-2), pp. 51-69.
- Park, S. C. et al., 2015. Hazardous drinking-related characteristics of depressive disorders in Korea: the CRESCEND study. *Journal of Korean Medical Science*, 30(1), pp. 74-81.
- Patel, V. et al., 2014. The effectiveness and cost-effectiveness of lay counsellor-delivered psychological treatments for harmful and dependent drinking and moderate to severe depression in primary care in India: PREMIUM study protocol for randomized controlled trials. *Trials*, 15(101), pp. 1-14.
- Pearson, M. R. & Hustad, J. T., 2014. Personality and alcohol-related outcomes among mandated college students: descriptive norms, injunctive norms, and college-related alcohol beliefs as mediators. *Addictive Behaviors*, 39(5), pp. 879-884.
- Peltzer, K. & Phaswana-Mafuya, N., 2013. Problem drinking and associated factors in older adults in South Africa. *African Journal of Psychiatry*, 16(2), pp. 104-109.
- Podstawski, R., Wesołowska, E. & Choszcz, D., 2017. Trends in alcohol drinking among university students at the Polish University of Warmia and Mazury in Olsztyn. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 34(5), pp. 430-441.
- Pombo, S., Figueira, M. L., Walter, H. & Lesch, O., 2016. Motivational factors and negative affectivity as predictors of alcohol craving. *Psychiatry Research*, 30(243), pp. 53-60.
- Rovai, A. P., Baker, J. D. & Ponton, M. K., 2014. *Social science research design and statistics: a practitioner's guide to research methods and IBM SPSS analysis*. 2nd ed. Chesapeake: Watertree Press.
- Sannibale, C. et al., 2013. Randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for comorbid post-traumatic stress disorder and alcohol use disorders. *Addiction*, 108(8), pp. 1397-1410.
- Schuckit, M. A., Smith, T. L. & Kalmijn, J., 2013. Relationships among independent major depressions, alcohol use, and other substance use and related problems over 30 years in 397 families. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 74(2), pp. 271-279.
- Strauss, J. & Corbin, A., 1998. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage.

Surkan, P. J., Fielding-Miller, R. & Melchior, M., 2012. Parental relationship satisfaction in French young adults associated with alcohol abuse and dependence. *Addictive Behaviors*, 37(3), pp. 313-317.

Svet Evrope, 2009. *Človekove pravice v zvezi z biomedicino: Oviedska konvencija in dodatni protokoli*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Tavolacci, M. P. et al., 2016. Prevalence of binge drinking and associated behaviours among 3286 college students in France. *BMC Public Health*, 16(178), pp. 1-9.

van Ours, J. C., Williams, J., Fergusson, D. & Horwood, L. J., 2013. Cannabis use and suicidal ideation. *Journal of Health Economics*, 32(3), pp. 524-537.

Veld, D. H. I. et al., 2017. High-risk alcohol use and associated socio-demographic, health and psychosocial factors in patients with HIV infection in three primary health care clinics in South Africa. *International Journal of STD & AIDS*, 28(7), pp. 651-659.

Vinther-Larsen, M., Huckle, T., You, R. & Casswell, S., 2013. Area level deprivation and drinking patterns among adolescents. *Health Place*, 19, pp. 53-58.

Wang, Y. & Chen, X., 2015. Stress and alcohol use in rural Chinese residents: a moderated mediation model examining the roles of resilience and negative emotions. *Drug and Alcohol Dependence*, 155, pp. 76-82.

Wellard, L., Corsini, N. & Hughes, C., 2016. Discussing alcohol and cancer with patients: knowledge and practices of general practitioners in New South Wales and South Australia. *Australian Family Physician*, 45(8), pp. 588-593.

World Health Organisation, 2011. *Global status report on alcohol and health*. [pdf] Available at: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf [Accessed 23. 02. 2018].

World Medical Association, 2013. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), pp. 2191-2194.

Yoon, Y. H. & Yi, H. Y., 2012. *Liver cirrhosis mortality in the United States, 1970–2009*. [Online] National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Available at: <http://pubs.niaa.nih.gov/publications/Surveillance93/Cirr09.htm> [Accessed 28. 02. 2018].

Yu, X. et al., 2012. The Patient Health Questionnaire-9 for measuring depressive symptoms among the general population in Hong Kong. *Comprehensive Psychiatry*, 53(1), pp. 95–102.

Priloge

Priloga 1: Vprašalnik

Sem Urška Nemeč, študentka 2. letnika podiplomskega študijskega programa Zdravstvena nega II. st. na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Mariboru in pripravljam magistrsko delo z naslovom »Tvegano pitje alkohola in splošno duševno zdravje pri odraslih«.

Z raziskavo želim odkriti dejavnike tvegane rabe alkohola, pivske navade ter splošno duševno zdravje odraslih, ki so v starostnem obdobju od 18 do 45 let. Prav tako želim odkriti statistično pomembne razlike med tveganim pitjem alkohola, simptomi depresije in samomorilnimi mislimi.

Če ste v starostnem obdobju od 18 do 45 let, vas vljudno prosim, da izpolnite vprašalnik za potrebe raziskave. Pri vprašalniku je zagotovljena popolna anonimnost, zaupnost ter pravica do odpovedi sodelovanja.

Na vprašanja odgovarjate tako, da izberete črko ali številko pred pravilnim odgovorom. Pri odprtem tipu vprašanja vas prosim, da izpolnite manjkajoč odgovor.

Zahvaljujem se vam za sodelovanje.

Urška Nemeč

1. Spol:

- a) ženski
- b) moški

2. Navedite vašo starost: _____ let

3. Izobrazba:
- a) srednješolska
 - b) višješolska
 - c) visokošolska
 - d) podiplomska
4. Skupno trajanje vašega izobraževanja od osnovne šole naprej:
- a) 0 let
 - b) 1–5 let
 - c) 6–10 let
 - d) več kot 10 let
 - e) se še izobražujem
5. Religija:
- a) katoliška
 - b) evangeličanska
 - c) protestantska
 - d) islamska
 - e) judovska
 - f) ateist
 - g) druga religija
6. Zakonski stan:
- a) poročen
 - b) zunajzakonska skupnost
 - c) samski
 - d) ločen
7. Število otrok:
- a) nimam otrok
 - b) en
 - c) več kot en

8. Finančni dohodek:

- a) nizek
- b) povprečen
- c) visok

9. Status:

- a) zaposlen
- b) brezposeln
- c) študent
- d) drugo

10. Prebivališče:

- a) mesto
- b) podeželje

11. Število ožjih prijateljev:

- a) do 5
- b) več kot 5
- c) nimam ožjih prijateljev

12. Število vaših diagnosticiranih kroničnih obolenj:

- a) nič
- b) ena
- c) več kot ena

Naslednja vprašanja so vezana na vašo rabo alkohola (slovenska prirejena različica presejalnega vprašalnika AUDIT 10). Odgovarite tako, da obkrožite številko pred izbranim odgovorom.

13. Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih pili pijače, ki vsebujejo alkohol (pivo, vino, žgane pijače, likerji, koktajli, mošt, tolkovec, medica)?

- 0) nikoli

- 1) enkrat mesečno ali manj
- 2) 2 do 4 krat mesečno
- 3) 2 do 3 krat tedensko
- 4) 4 ali večkrat tedensko

14. Koliko meric pijače, ki vsebuje alkohol, ste v zadnjih 12 mesecih ponavadi popili takrat, kadar ste pili? (ena merica je 1 dcl vina ali 2,5 dcl piva ali tolikovca ali 0,3 dcl ("eno šilce") žgane pijače)

- 0) pol ali 1
- 1) 2
- 2) 3 ali 4
- 3) 5 ali 6
- 4) 7 in več

15. Kako pogosto se je v zadnjih 12 mesecih zgodilo, da ste popili:

- moški: 6 ali več meric
 - ženske: 4 ali več meric **ob eni priložnosti?**
- 0) nikoli
 - 1) manj kot enkrat mesečno
 - 2) 1 do 3 krat mesečno
 - 3) 1 do 3 krat tedensko
 - 4) dnevno ali skoraj vsak dan

16. Kako pogosto se vam je v preteklem letu zgodilo, da potem, ko ste enkrat začeli piti, niste mogli prenehati s pitjem?

- 0) nikoli
- 1) manj kot enkrat mesečno
- 2) mesečno
- 3) tedensko
- 4) dnevno ali skoraj vsak dan

17. Kako pogosto se vam je v preteklem letu zgodilo, da zaradi pitja niste mogli opraviti tistega, kar se je od vas pričakovalo?
- 0) nikoli
 - 1) manj kot enkrat mesečno
 - 2) mesečno
 - 3) tedensko
 - 4) dnevno ali skoraj vsak dan
18. Kako pogosto se vam je v preteklem letu zgodilo, da ste potrebovali alkoholno pijačo že zjutraj, da bi si z njo opomogli po prekomernem pitju prejšnjega dne?
- 0) nikoli
 - 1) manj kot enkrat mesečno
 - 2) mesečno
 - 3) tedensko
 - 4) dnevno ali skoraj vsak dan
19. Kako pogosto se vam je v preteklem letu zgodilo, da vas je po pitju pekla vest ali ste imeli občutke krivde zaradi pitja?
- 0) nikoli
 - 1) manj kot enkrat mesečno
 - 2) mesečno
 - 3) tedensko
 - 4) dnevno ali skoraj vsak dan
20. Kako pogosto v preteklem letu se niste mogli spomniti, kaj se je zgodilo prejšnji večer, ker ste takrat preveč pili?
- 0) nikoli
 - 1) manj kot enkrat mesečno
 - 2) mesečno
 - 3) tedensko
 - 4) dnevno ali skoraj vsak dan

21. Ali je bil zaradi vašega pitja kdo poškodovan (vi sami ali kdo drug)?

- 0) ne
- 2) da, vendar ne v preteklem letu
- 4) da, v preteklem letu

22. Ali je kak vaš sorodnik, prijatelj, zdravnik ali drugi zdravstveni delavec že pokazal zaskrbljenost zaradi vašega pitja ali vam morda predlagal, da bi pili manj?

- 0) ne
- 2) da, vendar ne v preteklem letu
- 4) da, v preteklem letu

Naslednja vprašanja so vezana na vaše zdravje (slovenska prirejena različica presejalnega vprašalnika o bolnikovem zdravju – PHQ-9). Odgovorite tako, da obkrožite številko pred izbranim odgovorom.

23. Kako pogosto so vas v **zadnjih dveh tednih** mučile naslednje težave?

	Sploh ne (0)	Nekaj dni (1)	Več kot polovico dni (2)	Skoraj vsak dan (3)
a) Nezainteresiranost ter nezadovoljstvo v stvareh, ki jih počnem.	0	1	2	3
b) Potrtost, depresivnost, obup.	0	1	2	3
c) Težko zaspim, spim slabo, spim prekomerno.	0	1	2	3
d) Utrujenost in pomanjkanje energije.	0	1	2	3
e) Slab apetiti ali prenajedanje.	0	1	2	3
f) Slabo mnenje o sebi; občutek, da sem neuspešen/a in da sem razočaral/a sebe ali bližnje.	0	1	2	3

g) Težave s koncentracijo pri stvareh, kot so branje časopisa ali gledanje televizije.	0	1	2	3
h) Tako upočasnjeno gibanje ali govor, da so drugi ljudje lahko to opazili. Ali nasprotno – velika nervoza in nemir, kot da nimam obstanka.	0	1	2	3
i) Razmišljam o tem, da bi bilo bolje, če bi bil mrtev ali da bi si nekaj hudega naredil.	0	1	2	3

24. Če ste označili katerokoli od težav navedenih zgoraj, navedita, kako močno so te težave vplivale na vaše delo, na skrb za stvari doma in na odnose z ljudmi?

- 0) ne preveč
- 1) precej močno
- 2) zelo močno
- 3) izredno močno

Zahvaljujem se vam za sodelovanje.

Urška Nemeč

Priloga 2: Mediana starosti pri anketiranih

Case Processing Summary

	Count
Overall	260
Excluded	0
Total	260

Ratio Statistics for starost / Enota

Median	95% Confidence Interval for Median			Price Related Differential	Coefficient of Dispersion	Coefficient of Variation
	Lower Bound	Upper Bound	Actual Coverage			Median Centered
26,000	25,000	29,000	96,0%	1,000	,231	30,1%

The confidence interval for the median is constructed without any distribution assumptions. The actual coverage level may be greater than the specified level.

Priloga 3: Deskriptivna statistika anketiranih glede na starost in spol

Case Processing Summary

		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
starost	ženski	187	100,0%	0	0,0%	187	100,0%
	moški	73	100,0%	0	0,0%	73	100,0%

Descriptives

Spol			Statistic	Std. Error	
starost	ženski	Mean	28,31	,540	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	27,25	
			Upper Bound	29,38	
		5% Trimmed Mean	27,94		
		Median	25,00		
		Variance	54,484		
		Std. Deviation	7,381		
		Minimum	18		
		Maximum	45		
		Range	27		
		Interquartile Range	10		
		Skewness	,828	,178	
		Kurtosis	-,426	,354	
		moški		Mean	29,82
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound			28,17	
	Upper Bound			31,48	
5% Trimmed Mean	29,60				
Median	30,00				
Variance	50,260				
Std. Deviation	7,089				
Minimum	18				
Maximum	45				
Range	27				
Interquartile Range	11				
Skewness	,385			,281	
Kurtosis	-,734			,555	

Priloga 4: Vpliv obdobj odrađlosti na pogostost pitja alkoholnih pijač v zadnjih 12 mesecih

Obdobji odraslosti * Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih pili pijače, ki vsebujejo alkohol? Crosstabulation

			Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih pili pijače, ki vsebujejo alkohol?					Total
			nikoli	enkrat mesečno ali manj	2 do 4 krat mesečno	2 do 3 krat tedensko	4 ali večkrat tedensko	
Obdobji odraslosti	obdobje prehoda v odraslost	Count	8	54	60	23	9	154
		% within Obdobji odraslosti	5,2%	35,1%	39,0%	14,9%	5,8%	100,0%
		% within Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih pili pijače, ki vsebujejo alkohol?	42,1%	56,8%	60,6%	67,6%	69,2%	59,2%
	obdobje zgodnje odraslosti	Count	11	41	39	11	4	106
		% within Obdobji odraslosti	10,4%	38,7%	36,8%	10,4%	3,8%	100,0%
		% within Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih pili pijače, ki vsebujejo alkohol?	57,9%	43,2%	39,4%	32,4%	30,8%	40,8%
Total	Count	19	95	99	34	13	260	
	% within Obdobji odraslosti	7,3%	36,5%	38,1%	13,1%	5,0%	100,0%	
	% within Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih pili pijače, ki vsebujejo alkohol?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,145 ^a	4	,387	,394
Likelihood Ratio	4,138	4	,388	,404
Fisher's Exact Test	4,028			,406
N of Valid Cases	260			

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,30.

Priloga 5: Vpliv obdobij odraslosti na povprečno število popitih meric pijač, ki vsebujejo alkohol, v zadnjih 12 mesecih

Obdobji odraslosti * Koliko meric pijače, ki vsebuje alkohol, ste v zadnjih 12 mesecih ponavadi popili takrat kadar ste pili? Crosstabulation

			Koliko meric pijače, ki vsebuje alkohol, ste v zadnjih 12 mesecih ponavadi popili takrat kadar ste pili?					Total
			pol ali 1	2	3 ali 4	5 ali 6	7 in več	
Obdobji odraslosti	obdobje prehoda v odraslost	Count	37	37	39	24	17	154
		% of Total	14,2%	14,2%	15,0%	9,2%	6,5%	59,2%
	obdobje zgodnje odraslosti	Count	39	28	25	7	7	106
		% of Total	15,0%	10,8%	9,6%	2,7%	2,7%	40,8%
Total		Count	76	65	64	31	24	260
		% of Total	29,2%	25,0%	24,6%	11,9%	9,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,306 ^a	4	,054	,053
Likelihood Ratio	9,631	4	,047	,050
Fisher's Exact Test	9,260			,054
N of Valid Cases	260			

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,78.

Priloga 6: Povprečno število popitih meric glede na spol

Spol * Kako pogosto se je v zadnjih 12 mesecih zgodilo, da ste moški popili 5 ali več meric in ženske 4 ali več meric ob eni priložnosti?
Crosstabulation

			Kako pogosto se je v zadnjih 12 mesecih zgodilo, da ste moški popili 5 ali več meric in ženske 4 ali več meric ob eni priložnosti?					Total
			nikoli	manj kot enkrat mesečno	1 do 3 krat mesečno	1 do 3 krat tedensko	dnevno ali skoraj vsak dan	
Spol	ženski	Count	65	83	32	5	2	187
		% within Spol	34,8%	44,4%	17,1%	2,7%	1,1%	100,0%
		% within Kako pogosto se je v zadnjih 12 mesecih zgodilo, da ste moški popili 5 ali več meric in ženske 4 ali več meric ob eni priložnosti?	86,7%	76,1%	56,1%	33,3%	50,0%	71,9%
	moški	Count	10	26	25	10	2	73
		% within Spol	13,7%	35,6%	34,2%	13,7%	2,7%	100,0%
		% within Kako pogosto se je v zadnjih 12 mesecih zgodilo, da ste moški popili 5 ali več meric in ženske 4 ali več meric ob eni priložnosti?	13,3%	23,9%	43,9%	66,7%	50,0%	28,1%
Total		Count	75	109	57	15	4	260
		% within Spol	28,8%	41,9%	21,9%	5,8%	1,5%	100,0%
		% within Kako pogosto se je v zadnjih 12 mesecih zgodilo, da ste moški popili 5 ali več meric in ženske 4 ali več meric ob eni priložnosti?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	28,081 ^a	4	,000	,000
Likelihood Ratio	27,249	4	,000	,000
Fisher's Exact Test	27,285			,000
N of Valid Cases	260			

a. 3 cells (30,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,12.

Priloga 7: Vpliv obdobji odraslosti na težave s prenehanjem pitja alkoholnih pijač, v preteklem letu

Obdobji odraslosti * Kako pogosto se vam je v preteklem letu zgodilo, da potem, ko ste enkrat začeli piti, niste mogli prenehati s pitjem? Crosstabulation

			Kako pogosto se vam je v preteklem letu zgodilo, da potem, ko ste enkrat začeli piti, niste mogli prenehati s pitjem?					Total
			nikoli	manj kot enkrat mesečno	mesečno	tedensko	dnevno ali skoraj vsak dan	
Obdobji odraslosti	obdobje prehoda v odraslost	Count	114	27	10	2	1	154
		% of Total	43,8%	10,4%	3,8%	0,8%	0,4%	59,2%
	obdobje zgodnje odraslosti	Count	87	11	5	2	1	106
		% of Total	33,5%	4,2%	1,9%	0,8%	0,4%	40,8%
Total		Count	201	38	15	4	2	260
		% of Total	77,3%	14,6%	5,8%	1,5%	0,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,281 ^a	4	,512	,561
Likelihood Ratio	3,376	4	,497	,611
Fisher's Exact Test	3,640			,461
N of Valid Cases	260			

a. 4 cells (40,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,82.

Priloga 8: Vpliv obdobij odraslosti na nezmožnost opravljanja pričakovanega zaradi pitja alkoholnih pijač, v preteklem letu

Obdobji odraslosti * Kako pogosto se vam je v preteklem letu zgodilo, da zaradi pitja niste mogli opraviti tistega, kar se je od vas pričakovalo? Crosstabulation

			Kako pogosto se vam je v preteklem letu zgodilo, da zaradi pitja niste mogli opraviti tistega, kar se je od vas pričakovalo?					Total
			nikoli	manj kot enkrat mesečno	mesečno	tedensko	dnevno ali skoraj vsak dan	
Obdobji odraslosti	obdobje prehoda v odraslost	Count % within Obdobji odraslosti % within Kako pogosto se vam je v preteklem letu zgodilo, da zaradi pitja niste mogli opraviti tistega, kar se je od vas pričakovalo?	118 76,6%	27 17,5%	7 4,5%	1 0,6%	1 0,6%	154 100,0%
	obdobje zgodnje odraslosti	Count % within Obdobji odraslosti % within Kako pogosto se vam je v preteklem letu zgodilo, da zaradi pitja niste mogli opraviti tistega, kar se je od vas pričakovalo?	93 87,7%	6 5,7%	6 5,7%	1 0,9%	0 0,0%	106 100,0%
Total		Count % within Obdobji odraslosti % within Kako pogosto se vam je v preteklem letu zgodilo, da zaradi pitja niste mogli opraviti tistega, kar se je od vas pričakovalo?	211 81,2%	33 12,7%	13 5,0%	2 0,8%	1 0,4%	260 100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,842 ^a	4	,065	,038
Likelihood Ratio	9,974	4	,041	,038
Fisher's Exact Test	9,466			,023
N of Valid Cases	260			

a. 4 cells (40,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,41.

Priloga 9: Vpliv obdobj odraŝlosti na potrebo po alkoholni pijači ŝe zjutraj, z namenom da bi si opomogli po prekomernem pitju prejšnjega dne

Obdobji odraŝlosti * Kako pogosto se vam je v preteklem letu zgodilo, da ste potrebovali alkoholno pijačo ŝe zjutraj, da bi si z njo opomogli po prekomernem pitju prejšnjega dne? Crosstabulation

			Kako pogosto se vam je v preteklem letu zgodilo, da ste potrebovali alkoholno pijačo ŝe zjutraj, da bi si z njo opomogli po prekomernem pitju prejšnjega dne?					Total
			nikoli	manj kot enkrat mesečno	mesečno	tedensko	dnevno ali skoraj vsak dan	
Obdobji odraŝlosti	obdobje prehoda v odraŝlost	Count	142	6	5	0	1	154
		% of Total	54,6%	2,3%	1,9%	0,0%	0,4%	59,2%
	obdobje zgodnje odraŝlosti	Count	96	4	3	3	0	106
		% of Total	36,9%	1,5%	1,2%	1,2%	0,0%	40,8%
Total		Count	238	10	8	3	1	260
		% of Total	91,5%	3,8%	3,1%	1,2%	0,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,103 ^a	4	,277	,267
Likelihood Ratio	6,488	4	,166	,226
Fisher's Exact Test	4,636			,288
N of Valid Cases	260			

a. 7 cells (70,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,41.

Priloga 10: Vpliv obdobij odraslosti na občutek krivde zaradi pitja, v preteklem letu

Obdobji odraslosti * Kako pogosto se vam je v preteklem letu zgodilo, da vas je po pitju pekla vest ali pa ste imeli občutke krivde zaradi pitja?
Crosstabulation

			Kako pogosto se vam je v preteklem letu zgodilo, da vas je po pitju pekla vest ali pa ste imeli občutke krivde zaradi pitja?					Total
			nikoli	manj kot enkrat mesečno	mesečno	tedensko	dnevno ali skoraj vsak dan	
Obdobji odraslosti	obdobje prehoda v odraslost	Count	103	40	6	3	2	154
		% of Total	39,6%	15,4%	2,3%	1,2%	0,8%	59,2%
	obdobje zgodnje odraslosti	Count	84	17	5	0	0	106
		% of Total	32,3%	6,5%	1,9%	0,0%	0,0%	40,8%
Total		Count	187	57	11	3	2	260
		% of Total	71,9%	21,9%	4,2%	1,2%	0,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,703 ^a	4	,103	,085
Likelihood Ratio	9,594	4	,048	,065
Fisher's Exact Test	6,934			,098
N of Valid Cases	260			

a. 5 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,82.

Priloga 11: Vpliv obdobj odraŝlosti na izgubo spomina prejšnjega večera zaradi opitosti, v preteklem letu

Obdobji odraslosti * Kako pogosto v preteklem letu se niste mogli spomniti kaj se je zgodilo prejšnji večer, ker ste takrat preveč pili? Crosstabulation

			Kako pogosto v preteklem letu se niste mogli spomniti kaj se je zgodilo prejšnji večer, ker ste takrat preveč pili?					Total
			nikoli	manj kot enkrat mesečno	mesečno	tedensko	dnevno ali skoraj vsak dan	
Obdobji odraslosti	obdobje prehoda v odraslost	Count % within Obdobji odraslosti % within Kako pogosto v preteklem letu se niste mogli spomniti kaj se je zgodilo prejšnji večer, ker ste takrat preveč pili?	102 66,2%	41 26,6%	8 5,2%	1 0,6%	2 1,3%	154 100,0%
	obdobje zgodnje odraslosti	Count % within Obdobji odraslosti % within Kako pogosto v preteklem letu se niste mogli spomniti kaj se je zgodilo prejšnji večer, ker ste takrat preveč pili?	89 84,0%	9 8,5%	6 5,7%	2 1,9%	0 0,0%	106 100,0%
Total		Count % within Obdobji odraslosti % within Kako pogosto v preteklem letu se niste mogli spomniti kaj se je zgodilo prejšnji večer, ker ste takrat preveč pili?	191 73,5%	50 19,2%	14 5,4%	3 1,2%	2 0,8%	260 100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,656 ^a	4	,004	,001
Likelihood Ratio	17,547	4	,002	,002
Fisher's Exact Test	16,152			,001
N of Valid Cases	260			

a. 4 cells (40,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,82.

Priloga 12: Porazdelitev poškodb zaradi opitosti po obdobji odraslosti

Obdobji odraslosti * Ali je bil zaradi vašega pitja kdo poškodovan (vi sami ali kdo drug)? Crosstabulation

			Ali je bil zaradi vašega pitja kdo poškodovan (vi sami ali kdo drug)?			Total
			ne	da, vendar ne v preteklem letu	da, v preteklem letu	
Obdobji odraslosti	obdobje prehoda v odraslost	Count	133	15	6	154
		% of Total	51,2%	5,8%	2,3%	59,2%
	obdobje zgodnje odraslosti	Count	96	6	4	106
		% of Total	36,9%	2,3%	1,5%	40,8%
Total		Count	229	21	10	260
		% of Total	88,1%	8,1%	3,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,422 ^a	2	,491	,539
Likelihood Ratio	1,479	2	,477	,539
Fisher's Exact Test	1,397			,539
N of Valid Cases	260			

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,08.

Priloga 13: Obdobji odraslosti ter zaskrbljenost drugih oseb nad pitjem alkoholnih pijač

Obdobji odraslosti * Ali je kak vaš sorodnik, prijatelj, zdravnik ali drugi zdravstveni delavec že pokazal zaskrbljenost zaradi vašega pitja ali vam morda predlagal, da bi pili manj? Crosstabulation

			Ali je kak vaš sorodnik, prijatelj, zdravnik ali drugi zdravstveni delavec že pokazal zaskrbljenost zaradi vašega pitja ali vam morda predlagal, da bi pili manj?			Total
			ne	da, vendar ne v preteklem letu	da, v preteklem letu	
Obdobji odraslosti	obdobje prehoda v odraslost	Count	131	15	8	154
		% of Total	50,4%	5,8%	3,1%	59,2%
	obdobje zgodnje odraslosti	Count	97	5	4	106
		% of Total	37,3%	1,9%	1,5%	40,8%
Total		Count	228	20	12	260
		% of Total	87,7%	7,7%	4,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,632 ^a	2	,268	,260
Likelihood Ratio	2,768	2	,251	,260
Fisher's Exact Test	2,529			,285
N of Valid Cases	260			

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,89.

Priloga 14: Vpliv obdobji odraslosti na stopnjo tveganega pitja po spolu

Obdobja odraslosti * Stopnje tveganega pitja alkohola pri ženskem spolu Crosstabulation

			Stopnje tveganega pitja alkohola pri ženskem spolu				Total
			Manj tvegani način pitja	Povečano tveganje za nastanek socialnih in medicinskih problemov	Škodljivo pitje	Velika verjetnost za odvisnost od alkohola	
Obdobja odraslosti	obdobje prehoda v odraslost	Count	85	22	7	5	119
		% of Total	45,5%	11,8%	3,7%	2,7%	63,6%
	obdobje zgodnje odraslosti	Count	63	1	3	1	68
		% of Total	33,7%	0,5%	1,6%	0,5%	36,4%
Total		Count	148	23	10	6	187
		% of Total	79,1%	12,3%	5,3%	3,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	13,830 ^a	3	,003	,002		
Likelihood Ratio	17,410	3	,001	,001		
Fisher's Exact Test	15,534			,001		
Linear-by-Linear Association	6,569 ^b	1	,010	,010	,005	,003
N of Valid Cases	187					

a. 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,18.

b. The standardized statistic is -2,563.

Obdobja odraslosti * Stopnje tveganega pitja alkohola pri moškem spolu Crosstabulation

			Stopnje tveganega pitja alkohola pri moškem spolu				Total
			Manj tvegani način pitja	Povečano tveganje za nastanek socialnih in medicinskih problemov	Škodljivo pitje	Velika verjetnost za odvisnost od alkohola	
Obdobja odraslosti	obdobje prehoda v odraslost	Count	17	14	2	2	35
		% of Total	23,3%	19,2%	2,7%	2,7%	47,9%
	obdobje zgodnje odraslosti	Count	23	9	3	3	38
		% of Total	31,5%	12,3%	4,1%	4,1%	52,1%
Total		Count	40	23	5	5	73
		% of Total	54,8%	31,5%	6,8%	6,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	2,267 ^a	3	,519	,590		
Likelihood Ratio	2,278	3	,517	,590		
Fisher's Exact Test	2,371			,517		
Linear-by-Linear Association	,068 ^b	1	,794	,896	,449	,101
N of Valid Cases	73					

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,40.

b. The standardized statistic is -,261.

Priloga 15: Vpliv obdobji odraslosti na nezainteresiranost in nezadovoljstvo pri anketiranih

Obdobji odraslosti * Nezainteresiranost ter nezadovoljstvo v stvareh, ki jih počnem Crosstabulation

			Nezainteresiranost ter nezadovoljstvo v stvareh, ki jih počnem				Total
			sploh ne	nekaj dni	več kot polovico dni	skoraj vsak dan	
Obdobji odraslosti	obdobje prehoda v odraslost	Count	75	66	12	1	154
		% within Obdobji odraslosti	48,7%	42,9%	7,8%	0,6%	100,0%
	obdobje zgodnje odraslosti	Count	59	30	14	3	106
		% within Obdobji odraslosti	55,7%	28,3%	13,2%	2,8%	100,0%
		% within Nezainteresiranost ter nezadovoljstvo v stvareh, ki jih počnem	56,0%	68,8%	46,2%	25,0%	59,2%
		% within Nezainteresiranost ter nezadovoljstvo v stvareh, ki jih počnem	44,0%	31,3%	53,8%	75,0%	40,8%
Total		Count	134	96	26	4	260
		% within Obdobji odraslosti	51,5%	36,9%	10,0%	1,5%	100,0%
		% within Nezainteresiranost ter nezadovoljstvo v stvareh, ki jih počnem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,975 ^a	3	,047	,040
Likelihood Ratio	8,039	3	,045	,059
Fisher's Exact Test	7,921			,038
N of Valid Cases	260			

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,63.

Priloga 16: Vpliv obdobj odra slosti na potr tnost, depresivnost ali obup

Obdobji odraslosti * Potr tnost, depresivnost, obup Crosstabulation

			Potr tnost, depresivnost, obup				Total
			sploh ne	nekaj dni	več kot polovico dni	skoraj vsak dan	
Obdobji odraslosti	obdobje prehoda v odraslost	Count	83	58	12	1	154
		% of Total	31,9%	22,3%	4,6%	0,4%	59,2%
	obdobje zgodnje odraslosti	Count	65	28	10	3	106
		% of Total	25,0%	10,8%	3,8%	1,2%	40,8%
Total		Count	148	86	22	4	260
		% of Total	56,9%	33,1%	8,5%	1,5%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,150 ^a	3	,161	,158
Likelihood Ratio	5,199	3	,158	,197
Fisher's Exact Test	5,104			,156
N of Valid Cases	260			

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,63.

Priloga 17: Vpliv obdobij odraslosti na motnje spanja

Obdobji odraslosti * Težko zaspim, spim slabo, spim prekomerno Crosstabulation

			Težko zaspim, spim slabo, spim prekomerno				Total
			sploh ne	nekaj dni	več kot polovico dni	skoraj vsak dan	
Obdobji odraslosti	obdobje prehoda v odraslost	Count	60	68	20	6	154
		% of Total	23,1%	26,2%	7,7%	2,3%	59,2%
	obdobje zgodnje odraslosti	Count	48	39	14	5	106
		% of Total	18,5%	15,0%	5,4%	1,9%	40,8%
Total		Count	108	107	34	11	260
		% of Total	41,5%	41,2%	13,1%	4,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,534 ^a	3	,675	,672
Likelihood Ratio	1,538	3	,674	,674
Fisher's Exact Test	1,617			,657
N of Valid Cases	260			

a. 1 cells (12,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,48.

Priloga 18: Vpliv obdobj odraŝlosti na utrujenost ter pomanjkanje energije

Obdobji odraŝlosti * Utrujenost in pomanjkanje energije Crosstabulation

			Utrujenost in pomanjkanje energije				Total
			sploh ne	nekaj dni	več kot polovico dni	skoraj vsak dan	
Obdobji odraŝlosti	obdobje prehoda v odraslost	Count	39	79	30	6	154
		% of Total	15,0%	30,4%	11,5%	2,3%	59,2%
	obdobje zgodnje odraslosti	Count	20	59	22	5	106
		% of Total	7,7%	22,7%	8,5%	1,9%	40,8%
Total		Count	59	138	52	11	260
		% of Total	22,7%	53,1%	20,0%	4,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,529 ^a	3	,675	,676
Likelihood Ratio	1,552	3	,670	,668
Fisher's Exact Test	1,595			,657
N of Valid Cases	260			

a. 1 cells (12,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,48.

Priloga 19: Vpliv obdobij odraslosti na slabo mnenje anketiranih o sebi

Obdobji odraslosti * Slabo mnenje o sebi; občutek, da sem neuspešen/a in da sem razočaran/a sebe ali bližnje Crosstabulation

			Slabo mnenje o sebi; občutek, da sem neuspešen/a in da sem razočaran/a sebe ali bližnje				Total
			sploh ne	nekaj dni	več kot polovico dni	skoraj vsak dan	
Obdobji odraslosti	obdobje prehoda v odraslost	Count	84	52	14	4	154
		% of Total	32,3%	20,0%	5,4%	1,5%	59,2%
	obdobje zgodnje odraslosti	Count	65	29	8	4	106
		% of Total	25,0%	11,2%	3,1%	1,5%	40,8%
Total		Count	149	81	22	8	260
		% of Total	57,3%	31,2%	8,5%	3,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,789 ^a	3	,617	,637
Likelihood Ratio	1,796	3	,616	,637
Fisher's Exact Test	1,852			,617
N of Valid Cases	260			

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,26.

Priloga 20: Vpliv obdobji odraslosti na težave s koncentracijo

Obdobji odraslosti * Težave s koncentracijo pri stvarih, kot so branje časopisa ali gledanje televizije Crosstabulation

			Težave s koncentracijo pri stvarih, kot so branje časopisa ali gledanje televizije				Total
			sploh ne	nekaj dni	več kot polovico dni	skoraj vsak dan	
Obdobji odraslosti	obdobje prehoda v odraslost	Count % within Obdobji odraslosti % within Težave s koncentracijo pri stvarih, kot so branje časopisa ali gledanje televizije	103 66,9% 58,2%	38 24,7% 71,7%	13 8,4% 46,4%	0 0,0% 0,0%	154 100,0% 59,2%
	obdobje zgodnje odraslosti	Count % within Obdobji odraslosti % within Težave s koncentracijo pri stvarih, kot so branje časopisa ali gledanje televizije	74 69,8% 41,8%	15 14,2% 28,3%	15 14,2% 53,6%	2 1,9% 100,0%	106 100,0% 40,8%
Total		Count % within Obdobji odraslosti % within Težave s koncentracijo pri stvarih, kot so branje časopisa ali gledanje televizije	177 68,1% 100,0%	53 20,4% 100,0%	28 10,8% 100,0%	2 0,8% 100,0%	260 100,0% 100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,297 ^a	3	,040	,031
Likelihood Ratio	9,097	3	,028	,028
Fisher's Exact Test	7,881			,033
N of Valid Cases	260			

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,82.

Priloga 21: Vpliv obdobj odraŝlosti na naslednje teŝave: upočasnjeno gibanje ali govor ter velika nervoza in nemir

Obdobji odraslosti * Tako upočasnjeno gibanje ali govor, da so drugi ljudje lahko to opazili. Ali nasprotno - velika nervoza in nemir, kot da nimam obstanka Crosstabulation

			Tako upočasnjeno gibanje ali govor, da so drugi ljudje lahko to opazili. Ali nasprotno - velika nervoza in nemir, kot da nimam obstanka				Total
			sploh ne	nekaj dni	več kot polovico dni	skoraj vsak dan	
Obdobji odraslosti	obdobje prehoda v odraslost	Count	112	30	12	0	154
		% of Total	43,1%	11,5%	4,6%	0,0%	59,2%
	obdobje zgodnje odraslosti	Count	78	17	9	2	106
		% of Total	30,0%	6,5%	3,5%	0,8%	40,8%
Total		Count	190	47	21	2	260
		% of Total	73,1%	18,1%	8,1%	0,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,362 ^a	3	,339	,369
Likelihood Ratio	4,050	3	,256	,345
Fisher's Exact Test	2,948			,408
N of Valid Cases	260			

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,82.

Priloga 22: Vpliv obdobij odraslosti na samomorilne misli ter misli o samo poškodovanju

Obdobji odraslosti * Razmišljam o tem, da bi bilo bolje, če bi bil mrtev ali da bi si nekaj hudega naredil Crosstabulation

			Razmišljam o tem, da bi bilo bolje, če bi bil mrtev ali da bi si nekaj hudega naredil			Total
			sploh ne	nekaj dni	več kot polovico dni	
Obdobji odraslosti	obdobje prehoda v odraslost	Count	123	17	14	154
		% of Total	47,3%	6,5%	5,4%	59,2%
	obdobje zgodnje odraslosti	Count	86	7	13	106
		% of Total	33,1%	2,7%	5,0%	40,8%
Total		Count	209	24	27	260
		% of Total	80,4%	9,2%	10,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,959 ^a	2	,375	,379
Likelihood Ratio	2,006	2	,367	,348
Fisher's Exact Test	1,932			,379
N of Valid Cases	260			

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,78.

Priloga 23: Vpliv obdobj odra slosti na slab apetit in prena jeda nje

Obdobji odraslosti * Slab apetit in prena jeda nje Crosstabulation

			Slab apetit in prena jeda nje				Total
			sploh ne	nekaj dni	več kot polovico dni	skoraj vsak dan	
Obdobji odraslosti	obdobje prehoda v odraslost	Count	41	46	40	27	154
		% of Total	15,8%	17,7%	15,4%	10,4%	59,2%
	obdobje zgodnje odraslosti	Count	37	21	28	20	106
		% of Total	14,2%	8,1%	10,8%	7,7%	40,8%
Total		Count	78	67	68	47	260
		% of Total	30,0%	25,8%	26,2%	18,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,967 ^a	3	,265	,268
Likelihood Ratio	4,026	3	,259	,263
Fisher's Exact Test	3,990			,263
N of Valid Cases	260			

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 19,16.

Priloga 24: Obdobji odraslosti ter vpliv težav na delo ali odnose z ljudmi

Obdobji odraslosti * Kako močno so te težave vplivale na vaše delo, na skrb za stvari doma in na odnose z ljudmi? Crosstabulation

			Kako močno so te težave vplivale na vaše delo, na skrb za stvari doma in na odnose z ljudmi?				Total
			ne preveč	precej močno	zelo močno	izredno močno	
Obdobji odraslosti	obdobje prehoda v odraslost	Count	119	25	10	0	154
		% of Total	45,8%	9,6%	3,8%	0,0%	59,2%
	obdobje zgodnje odraslosti	Count	82	15	8	1	106
		% of Total	31,5%	5,8%	3,1%	0,4%	40,8%
Total		Count	201	40	18	1	260
		% of Total	77,3%	15,4%	6,9%	0,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,731 ^a	3	,630	,707
Likelihood Ratio	2,073	3	,557	,707
Fisher's Exact Test	1,691			,716
N of Valid Cases	260			

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,41.

Priloga 25: Stopnje depresije porazdeljene po spolu

Spol * Prepoznavanje depresije Crosstabulation

			Prepoznavanje depresije				Total
			Depresija ni prisotna	Blaga depresija	Zmerna depresija	Zmerno huda depresija	
Spol	ženski	Count	92	61	25	9	187
		% within Spol	49,2%	32,6%	13,4%	4,8%	100,0%
		% within Prepoznavanje depresije	73,6%	70,9%	73,5%	60,0%	71,9%
moški	Count	33	25	9	6	73	
	% within Spol	45,2%	34,2%	12,3%	8,2%	100,0%	
	% within Prepoznavanje depresije	26,4%	29,1%	26,5%	40,0%	28,1%	
Total	Count	125	86	34	15	260	
	% within Spol	48,1%	33,1%	13,1%	5,8%	100,0%	
	% within Prepoznavanje depresije	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,315 ^a	3	,725	,729
Likelihood Ratio	1,247	3	,742	,747
Fisher's Exact Test	1,431			,711
N of Valid Cases	260			

a. 1 cells (12,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,21.

Priloga 26: Vpliv zakonskega stana na stopnjo zlorabe alkohola

Zakonski stan * Stopnja zlorabe alkohola Crosstabulation

			Stopnja zlorabe alkohola				Total
			Manj tvegani način pitja	Povečano tveganje za nastanek socialnih in medicinskih problemov	Škodljivo pitje	Velika verjetnost za odvisnost od alkohola	
Zakonski stan	poročen	Count	37	0	3	1	41
		% within Zakonski stan	90,2%	0,0%	7,3%	2,4%	100,0%
		% within Stopnja zlorabe alkohola	19,0%	0,0%	18,8%	11,1%	15,8%
		% of Total	14,2%	0,0%	1,2%	0,4%	15,8%
	zunajzakonska skupnost	Count	105	17	2	3	127
		% within Zakonski stan	82,7%	13,4%	1,6%	2,4%	100,0%
		% within Stopnja zlorabe alkohola	53,8%	42,5%	12,5%	33,3%	48,8%
		% of Total	40,4%	6,5%	0,8%	1,2%	48,8%
	samski	Count	53	23	11	4	91
		% within Zakonski stan	58,2%	25,3%	12,1%	4,4%	100,0%
		% within Stopnja zlorabe alkohola	27,2%	57,5%	68,8%	44,4%	35,0%
		% of Total	20,4%	8,8%	4,2%	1,5%	35,0%
ločen	Count	0	0	0	1	1	
	% within Zakonski stan	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	
	% within Stopnja zlorabe alkohola	0,0%	0,0%	0,0%	11,1%	0,4%	
	% of Total	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,4%	
Total	Count	195	40	16	9	260	
	% within Zakonski stan	75,0%	15,4%	6,2%	3,5%	100,0%	
	% within Stopnja zlorabe alkohola	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	75,0%	15,4%	6,2%	3,5%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	56,409 ^a	9	,000	,000
Likelihood Ratio	41,541	9	,000	,000
Fisher's Exact Test	40,436			,000
N of Valid Cases	260			

a. 8 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,03.

Priloga 27: Vpliv števila otrok na stopnjo zlorabe alkohola

Število otrok * Stopnja zlorabe alkohola Crosstabulation

			Stopnja zlorabe alkohola				Total
			Manj tvegani način pitja	Povečano tveganje za nastanek socialnih in medicinskih problemov	Škodljivo pitje	Velika verjetnost za odvisnost od alkohola	
Število otrok	nič	Count	112	35	12	4	163
		% within Število otrok	68,7%	21,5%	7,4%	2,5%	100,0%
		% within Stopnja zlorabe alkohola	57,4%	87,5%	75,0%	44,4%	62,7%
	en	Count	41	2	3	3	49
		% within Število otrok	83,7%	4,1%	6,1%	6,1%	100,0%
		% within Stopnja zlorabe alkohola	21,0%	5,0%	18,8%	33,3%	18,8%
	več kot en	Count	42	3	1	2	48
		% within Število otrok	87,5%	6,3%	2,1%	4,2%	100,0%
		% within Stopnja zlorabe alkohola	21,5%	7,5%	6,3%	22,2%	18,5%
Total	Count	195	40	16	9	260	
	% within Število otrok	75,0%	15,4%	6,2%	3,5%	100,0%	
	% within Stopnja zlorabe alkohola	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16,178 ^a	6	,013	,013
Likelihood Ratio	18,449	6	,005	,007
Fisher's Exact Test	16,755			,006
N of Valid Cases	260			

a. 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,66.

Priloga 28: Ovrednotenje druge hipoteze

Prepoznavanje depresije * Stopnja zlorabe alkohola Crosstabulation

			Stopnja zlorabe alkohola				Total
			Manj tvegani način pitja	Povečano tveganje za nastanek socialnih in medicinskih problemov	Škodljivo pitje	Velika verjetnost za odvisnost od alkohola	
Prepoznavanje depresije	Depresija ni prisotna	Count	105	17	1	2	125
		% of Total	40,4%	6,5%	0,4%	0,8%	48,1%
	Blaga depresija	Count	62	15	5	4	86
		% of Total	23,8%	5,8%	1,9%	1,5%	33,1%
	Zmerna depresija	Count	20	6	7	1	34
		% of Total	7,7%	2,3%	2,7%	0,4%	13,1%
	Zmerno huda depresija	Count	8	2	3	2	15
		% of Total	3,1%	0,8%	1,2%	0,8%	5,8%
Total	Count	195	40	16	9	260	
	% of Total	75,0%	15,4%	6,2%	3,5%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	32,097 ^a	9	,000	.		
Likelihood Ratio	28,047	9	,001	,001		
Fisher's Exact Test	29,287			,000		
Linear-by-Linear Association	20,816 ^c	1	,000	,000	,000	,000
N of Valid Cases	260					

a. 7 cells (43,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,52.

b. Cannot be computed because there is insufficient memory.

c. The standardized statistic is 4,562.

Priloga 29: Ovrednotenje tretje hipoteze

Razmišljam o tem, da bi bilo bolje, če bi bil mrtev ali da bi si nekaj hudega naredil * Stopnja zlorabe alkohola Crosstabulation

			Stopnja zlorabe alkohola				Total
			Manj tvegani način pitja	Povečano tveganje za nastanek socialnih in medicinskih problemov	Škodljivo pitje	Velika verjetnost za odvisnost od alkohola	
Razmišljam o tem, da bi bilo bolje, če bi bil mrtev ali da bi si nekaj hudega naredil	sploh ne	Count	166	31	8	4	209
		% of Total	63,8%	11,9%	3,1%	1,5%	80,4%
	nekaj dni	Count	14	3	4	3	24
		% of Total	5,4%	1,2%	1,5%	1,2%	9,2%
	več kot polovico dni	Count	15	6	4	2	27
		% of Total	5,8%	2,3%	1,5%	0,8%	10,4%
Total	Count	195	40	16	9	260	
	% of Total	75,0%	15,4%	6,2%	3,5%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21,551 ^a	6	,001	,004
Likelihood Ratio	17,305	6	,008	,009
Fisher's Exact Test	20,136			,001
N of Valid Cases	260			

a. 6 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,83.

Priloga 30: Vpliv spola na stopnjo zlorabe alkohola

Spol * Stopnja zlorabe alkohola Crosstabulation

			Stopnja zlorabe alkohola				Total
			Manj tvegani način pitja	Povečano tveganje za nastanek socialnih in medicinskih problemov	Škodljivo pitje	Velika verjetnost za odvisnost od alkohola	
Spol	ženski	Count	155	17	11	4	187
		% within Spol	82,9%	9,1%	5,9%	2,1%	100,0%
		% within Stopnja zlorabe alkohola	79,5%	42,5%	68,8%	44,4%	71,9%
	moški	Count	40	23	5	5	73
		% within Spol	54,8%	31,5%	6,8%	6,8%	100,0%
		% within Stopnja zlorabe alkohola	20,5%	57,5%	31,3%	55,6%	28,1%
Total		Count	195	40	16	9	260
		% within Spol	75,0%	15,4%	6,2%	3,5%	100,0%
		% within Stopnja zlorabe alkohola	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	26,118 ^a	3	,000	,000
Likelihood Ratio	24,027	3	,000	,000
Fisher's Exact Test	24,376			,000
N of Valid Cases	260			

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,53.