

МЛАДИ И ЗДРАВЉЕ

Гордана Арсић Комљеновић¹, Лелица Тодоровић², Христо Анђелски³, Тања Иланковић⁴

YOUNG PEOPLE AND HEALTH

Gordana Arsić Komljenović, Lelica Todorović, Hristo Andelski, Tanja Ilanković

Сажетак

Инвестирање у добро здравље становника, преваходно младих, представља добробит за будућност, не само за појединца већ и за читаво друштво и зато је неопходна интегрисана акција свих друштвених чинилаца. Константно и јасно преношење порука младим особама о очувању здравља је неопходно и представља основ превенције. Континуирано стицање знања о очувању здравља најбоље је спроводити кроз образовање у процесу одрастања. У томе одлучујућу улогу имају породица и школа.

Према подацима званичне здравствене статистике, у категорији младих се бележи најмањи број разболевања и умирања. Међутим, најновија истраживања у Србији показују да је здравље младих угрожено. Здравствена култура становништва уопште је на веома ниском нивоу, па и код младих није развијена навика чувања и редовне контроле здравља, уз примену здравих стилова живота и преузимање одговорности за сопствено здравље.

Кључне речи: *млади, здравље, интегрисана акција, преношење порука.*

Summary

Investing in the good health of the population, primarily young people, is a benefit for the future, not only for the individual but the whole society and therefore to be integrated actions of all social actors. Consistently and clearly communicating messages to young people about the preservation of health is necessary and is the basis for prevention. Continuously acquiring knowledge about health preservation, it is best implemented through education in the process of growing up. In a crucial role of families and schools.

According to the official health statistics, in the categories of youth is recorded the lowest number of illness and death. But the latest research in Serbia show that the health of young people in Serbia threatened. Health Education for the general population is very low, even among young people has not developed the habit of keeping and regular health control, with the use of healthy lifestyles and take responsibility for their own health.

Key words: *young people, health, integrated actions, communicating messages.*

¹ Др сц. мед. Гордана Арсић Комљеновић, професор струковних студија, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“, Београд.

² Др сц. мед. Лелица Тодоровић, професор струковних студија, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“, Београд.

³ Др сц. мед. Христо Анђелски, професор струковних студија, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“, Београд.

⁴ Др мед. Тања Иланковић, спец. психијатрије, предавач струковних студија, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“, Београд.

УВОД

„Први и најприроднији услов човековог напретка је здравље. У њему је лепота, снага, дуговечност сваког појединца, државе и целокупног човечанства.“ Милан Јовановић Батут, 1847–1940.

Болест није феномен савремене цивилизације. Историја појаве болести може се данас идентификовати кроз еволуцију човека и то је појава која дотиче суштину човековог бића и његовог постојања. Болест је неизбежан део живота сваког човека, откад постоји.

Болест данас нема само научни него и врло велики друштвено-медицински значај, па се поставља питање да ли би било могуће, ако би се боље разјаснили механизми, утицати на процесе који воде оздрављењу. Хипократ је написао „Болест не долази одједном, као из ведре неба, него је то последица дугог низа малих незнатних грешака против здравља, које се надовезују једна на другу и расту као грудва снега која се ваља, док се једног дана не свали на главу грешника.“

Очувати своје здравље је задатак сваког појединца и заједнице, а то можемо најлакше својим образовањем и васпитањем. Појединац сопственом едукацијом и применом знања, променом начина живота и прихватањем здравих навика може много допринети очувању свог здравља. Једно је знати, а друго применити здрав стил и начин живота. Конфуције наглашава „Победити лоше навике човек може само данас, а не сутра.“ Здравом и дугом животу доприносе: три „р“ (рад и кретање, расположење и љубав према околини, редукција алкохола и дувана). Три „у“: „умереност у јелу и пићу, уравнотежен породични живот, унутрашњи мир – добри међуљудски односи.“

СТАВ МЛАДИХ ПРЕМА РЕПРОДУКТИВНОМ ЗДРАВЉУ

Према подацима званичне здравствене статистике, у категорији младих се бележи најмањи број разболевања и умирања. Међутим, најновија истраживања у Србији показују да је здравље младих угрожено. Здравствена култура становништва уопште је на веома ниском нивоу, па и код младих није развијена навика чувања и редовне контроле здравља, уз примену здравих стилова живота и преузимање одговорности за сопствено здравље.

Резултати истраживања показују да су водећи ризици по здравље младих све већа злоупотреба дувана, алкохола, опојних дрога, висок ниво повреда (саобраћајни трауматизам). Здравствено стање младих карактерише и лоше ментално здравље са све вишом стопом поремећаја понашања, болести зависности, депресије и самоубиства. Непознавање и ниска стопа употребе контрацептивне заштите са порастом сексуално преносивих болести све више угрожава здравље младих у Србији. Проблем дискриминације, предрасуда и даље је веома изражен, па уколико млад човек води бригу о сопственом здрављу, то се најчешће повезује са тим да је већ болестан, инфициран и др.

Млади људи представљају категорију становништва Републике Србије са посебним факторима ризика за настанак оштећења репродуктивног здравља. Једно од репрезентативних истраживања, које је обавила Светска здравствена организација у 2009. и 2010. години, јесте студија о здравственом понашању младих, која показује да приближно једна четвртина младих своје прво сексуално искуство доживи пре 15. године. Многобројне стручне студије указују да је учесталост сексуалне активности међу младима у Републици Србији у порасту. Све је већи број сексуално активних у популацији младих адолесцената до навршених 15 година живота. Резултати истраживања спроведених у 30 места у Републици Србији

међу ученицима узраста од 11 до 15 година показали су да је сексуалне односе имало 22,5% дечака и 3,5% девојчица. Репрезентативна анкета међу студентима спроведена у свим универзитетским центрима у Републици Србији је утврдила да је сексуално активно око три четвртине студената и преко половине студенткиња узраста од 19 до 21 године.

Према проценама, у Србији се догоди око 50 трудноћа на 1.000 девојака узраста од 15 до 19 година. Истраживања показују да се две трећине адолесцентних трудноћа заврши абортусом у Данској, око 60 одсто у Финској и Норвешкој, а 70 одсто у Шведској. У Србији стопа абортуса код адолесцентних трудноћа се процењује на 20 промила, што је 20 абортуса на 1.000 девојака.

Сва истраживања у Србији показују да млади не знају довољно о основним чињеницама у вези са физиологијом репродукције. О контрацепцији и о полно преносивим болестима још мање, а често су оптерећени и погрешним уверењима: да не постоји ризик од трудноће када су партнери веома млади, када су сексуални односи нередовни, да контрацептивна пилула гоји и да изазива маљавост или стерилитет.

У једном од истраживања које је спровео Институт за здравствену заштиту мајке и детета Републике Србије „Др Вукан Чупић“ из 2011. године, скоро 80% адолесцената није знало да одреди који су дани у циклусу најплоднији, када је шанса за зачеће највећа, а свака двадесета девојка је у истраживању навела да абортус представља метод контрацепције. Непознавање основне физиологије репродукције има за последицу да код нас три петине младих девојака долази први пут на гинеколошки преглед тек када се јаве први симптоми тегоба – болести (трудноћа, полно преносиве инфекције или запаљење унутрашњих полних органа).

ПРЕВЕНЦИЈА АЛКОХОЛИЗМА КОД МЛАДИХ

Особе из скоро свих култура конзумирају алкохолне препарате, како у медицинске сврхе, поводом религијских церемонија, али и из чисте забаве. Чини се да од дана када смо направили прво пиће од ферментисаног воћа и житарица, алкохол нам је направио и проблеме. Пијанство се помиње и у Старом завету, као и у причи о Ноји. Разне врсте ликера, вина и пива стваране су вековима. Покушана је контрола дистрибуције алкохолних продуката у време прохибиције, али није било неког успеха. Само исламске земље још увек одолевају употреби алкохола.

Концепт алкохолизма као болести почиње да се ствара у XIX веку и започиње са радом америчког лекара Benjamin-a Rush-a и британског лекара Thomas-a Trotter-a. До краја овог века отварају се институције за лечење алкохолизма и почиње се са студијама и научним радовима у вези са овом болешћу. Концепт лечења занемарује се у време прохибиције, али се поново успоставља након II светског рата захваљујући утицају Концепта алкохолних болести (Jellinek) објављеног 1960. године, а делом и због растућег проблема појаве алкохолизма међу ратним ветеранима. Тада се ова болест као таква препознаје и на просторима данашње Србије.

Скоро две трећине одраслих особа повремено конзумира алкохолна пића, око 12% њих задовољава критеријуме за алкохолизам, они пију скоро сваки дан и имају акутну интоксикацију алкохолом неколико пута месечно. Нажалост, то су углавном млади људи са жељом за успехом, добрим образовањем и потребом да буду „урбани“. Однос мушкараца и жена који конзумирају алкохол је 2:1 и углавном су узраста између 16 и 30 година. Појава првих симптома болести јавља се раније код мушкараца него код жена, иако симптоми алкохолизма и медицинске компликације болести много брже напредују код жена.

Стопа појаве алкохолизма је веома висока у неким земљама као што су Русија, САД, Француска, Ирска и Кореја. Кина и неколико арапских земаља (Саудијска Арабија, Сирија итд.) имају најнижу стопу алкохолизма у свету. Особе из одређених професија подложније су алкохолизму, као на пример конобари, шанкери, писци. Ту су и особе са антисоцијалном личношћу, анксиозношћу, поремећајима расположења.

Алкохолизам утиче на соматско и психичко здравље особе и води ка широком спектру проблема који су условљени и социјалним факторима и факторима окружења. Лечење је тешко, дуготрајно и неизвесно. Соматске компликације су многобројне и могу имати и смртни исход, а психопатолошке манифестације могу појединца одвести и у сигурну смрт (вожња у алкохолисаном стању итд.).

У Србији млади прво пиће конзумирају са 13 година, а прво пијанство доживе са 15. Сваки десети лечени алкохоличар млађи је од 30 година. Више од 40% млађих од 16 година у Србији се једном или више пута напило, док је више од 90% пробало алкохол. Млади у Србији пију два пута више од својих вршњака из Европе. Према спроведеним истраживањима у средњим школама у Србији: 89,1% испитаника је пробало једно или више алкохолних пића; 36,7% младића и 14,4% девојака редовно пије алкохол; 42,2% ученика се бар једном напило.

Према нашим важећим прописима, забрањено је продавати алкохол деци до 18 година. Очигледно, одредбе Закона не дају очекиване резултате.

Пракса је до сада пружила много доказа о постојању делотворних политика и интервенција којима се смањују штетне последице узимања алкохола на појединца, породицу и заједницу. Један од основних постулата у превенцији ове болести је подизање свести и посвећености проблему и преузимање обавеза, кроз јачање улоге здравственог система и јачање активности у заједници. Здравствене службе треба да

пруже превенцију, рану интервенцију и третман појединцима и породицама које су под ризиком или које су већ погођене поремећајима узрокованим употребом алкохола како би се избегле озбиљније компликације. Улога здравственог система и здравствених радника је информисање јавности о јавно-здравственим и социјалним последицама штетне употребе алкохола, као и заступање ефикасног друштвеног одговора, при чему здравствени систем треба да мобилише и укључи велики број учесника ван здравственог сектора. Едукација ученика, као и наставног кадра средњих школа, о препознавању штетне употребе алкохола код појединца и сензитација да предузму мере увођења погођеног појединца у третман има посебну важност у превенцији. Развој и подршка свим програмима превенције намењена је популационим групама које су под нарочитим ризиком, а то су млади.

ПРЕВЕНЦИЈА ЗЛОУПОТРЕБЕ ПСИХОАКТИВНИХ СУПСТАНЦИ КОД МЛАДИХ

Психоактивне супстанце (ПАС) су продукти који мењају стање свести особе која их користи. Ове супстанце постоје од античког доба, а неке новије су продукти модерних техника органске хемије. Проблеми који проистичу из злоупотребе ПАС знатно су учесталији данас него у прошлости због веће доступности великог броја дрога које су предмет истраживања, експеримената и употребе. Проблеми везани за злоупотребу ПАС прожимају све социјалне и економске аспекте данашњег друштва. Све старосне групе, али највише адолесценти и млађе одрасле особе су погођене овим проблемом. Процењује се да ће до 2020. године поремећаји изазвани злоупотребом психоактивних супстанци бити далеко испред свих соматских болести које проузрокују нефункционалност појединаца. Злоупотреба ПАС води ка великом броју хроничних обољења као што су дијабетес и болести срца.

Разумевање злоупотребе ПАС укључује познавање корисника, његовог/њеног окружења и врсте дроге. Ниједна од ових варијабли не функционише одвојено и утицај све три води до поремећаја и болести. Сматра се да неки корисници имају наследну вулнерабилност за злоупотребу. Иако ниједан поремећај личности није уско повезан са злоупотребом ПАС, учесталост поремећаја личности изгледа да представља предиспозицију за коришћење дрога. Антисоцијални и гранични поремећај личности предњаче код злоупотребе, а нарцистички поремећај препознат је као могући ризични фактор код кокаинских зависника. Друге психолошке карактеристике код зависника су хостилност, ниска толеранција на фрустрацију, нефлексибилност и ниско самопоуздање. Неколико лонгитудиналних студија показало је да многе од ових карактеристика (агресивност и бунтовништво у детињству) воде ка развоју зависности од ПАС, тј. представљају својеврсне предикторе болести. Фармаколошке карактеристике дроге доприносе јачини зависности. Неке супстанце (опијати, седативи, хипнотици, анксиолитици) проузрокују брзо опуштање. Стимуланси углавном отклањају досаду и тугу и обезбеђују сензацију енергије и појачаног менталног доживљаја. Халуциногени помажу у тренутном бегу од реалности. Све ове особине доприносе појави злоупотребе која временом прераста у озбиљну болест. Супстанце које не пружају задовољство (нпр. фенотиазини) ретко се злоупотребљавају. Углавном дроге са брзим и јачим дејством (хероин, кокаин) су траженије и више се узимају. Средина (социјални фактори) су такође значајни у настанку наркоманије и ширења болести зависности као „друштвене заразе“. Обичаји, навике, предрасуде, веровања, доступност или недоступност дрога, цена на тржишту, казне за продају и коришћење наркотика, васпитање, образовање, медији, прозелитизам (настојање наркомана да свој порок прошире и на друге), све су то

социјални чиниоци који утичу на ограничење или ширење наркоманије у некој средини. Фактори из примарне породице су често најзначајнији за стварање диспозиције за развој болести зависности (конфликти, презаштићеност, негативни идентификациони узорци, сепарације и губици, итд.).

У Србији има око 170.000 зависника од наркотика, а просечна старост лечених зависника је 31 година. Најмлађи регистровани зависник стар је свега 9 година. Годишње се само у Београду открије између 200 и 250 нових зависника од ПАС. Кроз Специјалну болницу за болести зависности у Драјзеровој улици у Београду током једне године прође око 14.000 регистрованих наркомана. То је, нажалост, само мали део свих зависника у земљи. Процене су да је број корисника ПАС који се никада нису пријавили ниједној институцији десет пута већи, а да је инјекционих зависника око 25.000. Само у Београду, по подацима Градског завода за јавно здравље (2012. година) регистровано је 230 нових наркомана који су затражили лекарску помоћ, док је 20 њих умрло.

Превенција менталних и/или поремећаја изазваних злоупотребом ПАС посебно је битна за децу, адолесценте и младе због развоја поремећаја понашања и соматског здравља. Превенција мора да представља континуум кроз промоцију, превенцију, лечење и опоравак. Константно и јасно преношење порука младим особама о дрогама је неопходно и представља основ превенције. Примарни циљ је спречити или макар одложити прву употребу наркотика. Превенција се мора спроводити кроз школске програме који су прилагођени годинама и развоју слушалаца. Ефективна превенција злоупотребе психоактивних супстанци код младих је одговорност свих – ученика, наставног кадра, родитеља и друштвене заједнице.

ПРЕВЕНЦИЈА УЖИВАЊА ДУВАНА И ПРЕРАЂЕВИНА ДУВАНА КОД МЛАДИХ

Пре 30 година сматрало се да је пушење навика и да не представља већи проблем. Данас се зна да пушење представља веома комплексан психички поремећај узрокован неуробиохемијским променама које врши никотин, делујући унутар лимбичког система међумозга који је одговоран за расположење и психичке функције. У овим зонама се налазе центри задовољства на које никотин утиче. Дувански дим се састоји од преко 4.000 хемијских једињења. Цигарете садрже више од 600 састојака и адитива, а многе фабрике дувана чувају адитиве као своју тајну. Сваке године дуван у свету убије око 4 милиона особа, које умиру због малигних болести, инфаркта, инзулта цереброваскуларних, хроничних плућних болести и др. Сматра се да ће око 150 милиона особа живих у овом тренутку у наредних 25 година умрети због тога што су уживаоци дувана, а половина њих ће бити у својим средњим животним годинама. Код нас 40% опште популације су пушачи. Сваки други мушкарац и свака трећа жена су пушачи.

Ко пуши има сопствену фабрику угљен-моноксида у цењу. Један грам дувана за време пушења развија 60–80 кубних сантиметара угљен-моноксида. Главна струја дима садржи 1%–5% угљен-моноксида.

Пасивно пушење се односи на непущаче изложене без своје воље дуванском диму, у друштву пушача.

Нажалост, најчешћи мотиви који руководе појединца да остави дуван су бол и патња, који се јављају као резултат обољења које је проузроковало пушење. Постоје два начина да се одлука о престанку пушења оствари: 1. самостална одлука о престанку пушења, 2. прекидање пушења уз помоћ медицинских стручњака. Ово друго подразумева третман у специјализованим клиникама, уз примену савремених метода. Подаци показују да

прекид пушења без помоћи стручњака има слабу ефикасност, успешност максимално достиже до 10%, а обично је од 3% до 7%. Успешност фармакотерапијског метода је далеко већа и износи преко 50% данас.

Национална политика за контролу дувана: – Забрана рекламирања дувана укључујући и спонзорисање спортских активности од стране дуванске индустрије. – Дозвољен садржај катрана, никотина и других састојака у прерађевинама од дувана. – Забрана или ограничење пушења на јавним местима. – Регулисање права непущача. – Здравствена упозорења на кутијама. – Ограничење продаје цигарета малолетним лицима. – Контрола цене дувана. – Контрола шверца дувана и др.

ПРЕВЕНЦИЈА КАРДИОВАСКУЛАРНИХ БОЛЕСТИ КАО ПОДРШКА ЗДРАВОМ НАЧИНУ – СТИЛУ ЖИВОТА

Кардиоваскуларне болести (КВБ) представљају велику и хетерогену групу болести, које према Међународној класификацији болести обухватају следеће поремећаје здравља: акутну реуматску грозницу, хроничне реуматске болести срца, болести проузроковане повишеним крвним притиском, исхемијску болест срца (коронарну болест срца), болести срца плућног порекла и болести крвних судова плућа, болести крвних судова мозга, болести артерија, малих артерија и капилара, вена, лимфних судова и лимфних чворова и друге и неозначене болести срца и крвотока. Исхемијска болест срца је најчешћа болест из ове велике групе, а настаје као последица атеросклерозе у коронарним артеријама. Због артеросклеротичних промена у коронарним артеријама долази до недовољног снабдевања срчаног мишића крвљу (исхемије, некрозе). Према Светској здравственој организацији постоје четири клиничка облика исхемијске болести срца:

ангина пекторис, акутни инфаркт миокарда, изненадна срчана смрт и исхемијска кардиомиопатија.

Сваке године у свету од болести срца и крвних судова умире преко 17 милиона људи, што је сваки трећи умрли становник. Светска федерација за срце упозорава да 82% смртних исхода од болести срца и крвних судова и више од 60% оптерећења исхемијском болешћу срца потиче из ниско и средње развијених земаља.

Имајући у виду чињеницу да су кардиоваскуларне болести један од водећих узрока смртности становништва и у Србији и да се наша земља налази у групи земаља са високим ризиком умирања од ових болести, значај превенције кроз едукацију о факторима ризика је велики.

Фактори ризика за кардиоваскуларне болести су: пушење, неправилна исхрана, гојазност, физичка неактивност, орална контрацептивна средства, стероиди, психоактивне супстанце, алкохол, стрес.

Најефикаснији начин борбе против ових штетних навика је: не створити их. Управо у тинејџерским и адолесцентским годинама се ове навике стварају, па је тада потребно деловати. Истина, предуслови за ове навике се стварају још у раним годинама детињства утицајем родитеља, старатеља и социјалног окружења, али је ипак могуће извршити позитиван утицај на младе и у овом периоду, без обзира на предуслове. Циљ рада са младима је подизање нивоа свести и знања о величини проблема кардиоваскуларних болести и могућностима њихове превенције.

Поред тога, циљ је да их подстакнемо да се одговорно понашају према сопственом здрављу и да преузму одговорност за очување и праћење сопственог здравља. Познавање најчесталијих симптома кардиоваскуларних болести омогућује им да у случају сумње на појаву ових ургентних стања код себе или својих вршњака благовремено позову хитну медицинску помоћ.

ЗАКЉУЧАК

Инвестирање у добро здравље становника, превасходно младих, представља добробит за будућност, не само за појединца већ и читаво друштво и зато је неопходна интегрисана акција свих друштвених чинилаца. Константно и јасно преношење порука младим особама о дрогама је неопходно и представља основ превенције. Примарни циљ је спречити или макар одложити прву употребу наркотика, психоактивних супстанци, уживања дувана. Превенција се мора спроводити кроз школске програме који су прилагођени годинама и развоју ученика.

Едукација ученика, као и наставног кадра основних и средњих школа о препознавању штетне употребе алкохола код појединца и сензитација да преузму мере увођења погођеног појединца у третман има посебну важност у превенцији. Развој и подршка свим програмима превенције намењена је популационим групама које су под нарочитим ризиком, а то су млади.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каназир, Пајовић, С.Б, Радојчић, М.Б. Молекуларни механизми стресом индукованих обољења кардиоваскуларног система. САНУ, посебна издања; књига 3, Одељење хемијских и биолошких наука, Београд, 2004.
2. Боранић, М. Централни нервни систем и имунитет. *Lij Vjes* 1980; 102: 603–608.
3. Бумбаширевић В, Ђуричић Б. Молекулске основе оштећења, репарације и смрти ћелије. САНУ, Медицинска академија Српског лекарског друштва, Београд, 1998; стр. 5–24.
4. Гамулин С. Основи патофизиологије. Медицинска књига, Београд, 2002.
5. Каличанин П, Стојинић С, Палеев РН, Слијепчевић Д. Стрес здравље – болест. Обележја, Београд, 2001.
6. Мујовић В.М. Фактори ризика и хомеостаза. Београд, 2000.
7. Спужић И. Молекулске основе оштећења, репарације и смрти ћелије. Српска академија наука и уметности, Београд 1998; 1–4.
8. Шикић Б, Чупић Д. Стрес – општи адаптациони синдром. У: Белеслин Б, Јовановић БВ и сар.: Општа патолошка физиологија, Медицинска књига/ / Медицинске комуникације, Београд, 1997.
9. Стратегија развоја здравља младих. Министарство здравља Републике Србије, Службени гласник, 2006.
10. Стратегија контроле дувана. Министарство здравља Републике Србије, Службени гласник, 2005.
11. International statistical classification of diseases and related health problems – 10th revision, edition 2010; Volume 1: (2011).
12. A strategy to prevent chronic disease in Europe. A focus on public health action. The CINDI vision (2004) World Health Organization, [Online] [access Mart 2015]
13. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/134848/E83057.pdf
14. WHF, Cardiovascular Health, Global facts & map. [Online] [access Mart 2015] URL: www.world-heart-federation.org/cardiovascular-health
15. Министарство здравља Републике Србије. Национални програм превенције, лечења и контроле кардиоваскуларних болести у Републици Србији до 2020. године. Београд, 2010.
16. План развоја здравствене заштите Републике Србије 2010–2015. Министарство здравља, Република Србија, 2009, [Online] [access Mart 2015] URL: <http://www.zdravlje.gov.rs/downloads/Zakoni/Strategije/Strategija%20Javnog%20Zdravlja%20Republike%20Srbije.pdf>
17. Примарна превенција исхемијске болести срца. Удружење кардиолога Србије. [Online] [access Mart 2015] URL: www.uksr.org/pdf/PrevencijaIshemijskeBolestiSrca-poglavlje6.pdf
18. Braunwald, E. et al. Harrisonova начела интерне медицине, Верзал, Београд, 2004.
19. Andreasen NC, Black DW.: Introductory Textbook of Psychiatry, 3th Edition Revised, Washington, DC, American Psychiatric Association, 2001.
20. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, 4th Edition Revised, Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
21. Pari BK, Laking PJ, Treasaden IH, : Textbook of Psychiatry, 2th Edition Revised, Elsevier Science Limited, 2002.
22. Strahl NR: Clinical Study Guide for the Oral Boards in Psychiatry, 2th Edition Revised, Washington, DC, American Psychiatric Association, 2005.

23. De Wit DJ, Adlaf EM, Offord DR, et al: Age of first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders, *Am J Psychiatry*, 2000.
24. Saits R, et al: Screening for unhealthy use of alcohol and other drugs, 2012.
25. Esser MB, et al: Binge drinking intensity, *American Journal of Preventive Medicine*, 2012.
26. Rehm J: The Risk associated with alcohol use and Alcoholism, *Alcohol Research&Health*, 2011.
27. World Health Organisation (WHO): Strategies to Reduce Harmful Use of Alcohol: Draft Global Strategy, Geneva, Switzerland, WHO, 2010.
28. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC): International Standards On Drug Use Prevention, 2013.
29. Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“: Здравље младих у Републици Србији, Београд, 2009.
-

Контакт: Др сц. мед. Гордана Арсић Комљеновић, професор струковних студија, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“, Београд.