

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA**

**DIPLOMSKA NALOGA**

Izola, marec, 2010

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA**

**PRIMERJAVA MNENJ  
IN STALIŠČ MEDICINSKIH SESTER  
DO ODVISNOSTI IN OSEB ODVISNIH OD  
PREPOVEDANIH DROG**

**COMPARISON OF OPINIONS  
AND POSITIONS OF NURSES REGARDING ADDICTION AND  
PERSONS ADDICTED TO ILLEGAL DRUGS**

**ŠTUDENT: MATEJ SATLER  
MENTORICA: MAG. VESNA ČUK, PRED.  
SOMENTOR: BRANKO BREGAR, DIPL. ZN.  
ŠTUDIJSKI PROGRAM: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI  
PROGRAM  
ŠTUDIJSKA SMER: ZDRAVSTVENA NEGA**

Izola, marec, 2010



**UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA**

**PRIMERJAVA MNENJ  
IN STALIŠČ MEDICINSKIH SESTER  
DO ODVISNOSTI IN OSEB ODVISNIH OD  
PREPOVEDANIH DROG**

**COMPARISON OF OPINIONS  
AND POSITIONS OF NURSES REGARDING ADDICTION AND  
PERSONS ADDICTED TO ILLEGAL DRUGS**

**ŠTUDENT: MATEJ SATLER**

**MENTOR: MAG. VESNA ČUK, PRED.**

**SOMENTOR: BRANKO BREGAR, DIPL. ZN.**

**ŠTUDIJSKI PROGRAM: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI  
PROGRAM**

**ŠTUDIJSKA SMER: ZDRAVSTVENA NEGA**

Izola, marec, 2010

**KAZALO VSEBINE**

1	UVOD .....	1
2	DROGE.....	3
2.1	Splošna klasifikacija drog in učinki drog .....	3
3	RAZVOJ BOLEZNI ODVISNOSTI, NJENE POSLEDICE IN PROGRAMI PREVENTIVE IN POMOČI NA PODROČJU PREPOVEDANIH DROG.....	6
3.1	Dejavniki, ki vplivajo na razvoj odvisnosti .....	6
3.2	Faze razvoja odvisnosti .....	8
3.3	Ugotavljanje odvisnosti .....	9
3.4	Posledice uživanja drog .....	10
3.5	Programi na področju prepovedanih drog .....	12
4	ZDRAVSTVENA NEGA .....	18
4.1	Definicija sodobne zdravstvene nege .....	18
4.2	Proces zdravstvene nege .....	18
4.3	Vloga medicinske sestre v procesu zdravstvene nege .....	19
4.4	Zdravstvena nega pacienta odvisnega od prepovedanih drog v specialni bolnišnici	21
4.4.1	Definicija psihiatrične zdravstvene nege.....	21
4.5	Vloga medicinske sestre v procesu zdravstvene nege pacienta odvisnega od prepovedanih drog .....	21
4.5.1	Proces zdravstvene nege v specialni bolnišnici.....	22
4.5.2	Komunikacija v procesu zdravstvene nege .....	23
4.5.3	Vloga medicinske sestre v procesu zdravstvene vzgoje.....	26
4.6	Vloga medicinske sestre v procesu zdravstvene nege pacienta odvisnega od prepovedanih drog v splošni bolnišnici in nekateri problemi, s katerimi se srečuje v procesu zdravstvene nege le – tega .....	31
5	POMEN MNENJ IN STALIŠČ O ODVISNIH OD PREPOVEDANIH DROG.....	33
5.1	Pomen pojmov mnenja in stališča .....	33
5.2	Funkcija stališč .....	34
5.3	Struktura stališč .....	34
5.4	Kompleksnost stališč .....	35
5.5	Oblikovanje in spreminjanje stališč.....	36
5.6	Mnenja in stališča javnosti o osebah odvisnih od prepovedanih drog .....	37
6	EMPIRIČNI DEL .....	38
6.1	Cilji, namen in hipoteze diplomskega dela.....	38
6.2	Vzorec merjencev ali respondentov, vzorec spremenljivk in način zbiranja podatkov .....	38
6.3	Metode obdelave podatkov.....	39
6.4	Analiza in rezultati raziskave .....	41

6.4.1	Pregled anketiranih po demografskih spremenljivkah .....	41
6.4.2	Znanje in informiranost .....	42
6.4.3	Mnenja in stališča .....	49
6.4.4	Ugotavljanje povezanosti znanja in informiranosti z mnenji in stališči.....	52
6.4.5	Mnenja in stališča skupin medicinskih sester/zdravstvenih tehnikov, oblikovanih na podlagi socio – demografskih spremenljivk .....	59
6.5	Razprava .....	65
6.6	Sklep .....	69
SEZNAM VIROV .....		71
SEZNAM KRATIC.....		77
PRILOGE .....		78

**KAZALO TABEL**

Tabela 1: Spol respondentov .....	41
Tabela 2: Povprečna starost respondentov .....	41
Tabela 3: Delovna doba respondentov .....	41
Tabela 4: Izobrazba respondentov .....	41
Tabela 5: Primerjava poznavanja drog in njihovih škodljivih/nevarnih učinkov .....	44
Tabela 6: Ocena znanja in informiranosti MS/ZT PB Idrija z višjo in visoko stopnjo izobrazbe .....	46
Tabela 7: Ocena znanja in informiranosti MS/ZT SB Izola z višjo in visoko stopnjo izobrazbe .....	47
Tabela 8: Ocena znanja in informiranosti MS/ZT PB Idrija s srednjo stopnjo izobrazbe .....	47
Tabela 9: Ocena znanja in informiranosti MS/ZT SB Izola s srednjo stopnjo izobrazbe .....	47
Tabela 10: Ocena znanja in informiranosti v vzorcu - MS/ZT z višjo in visoko stopnjo izobrazbe .....	48
Tabela 11: Ocena znanja in informiranosti v vzorcu - MS/ZT s srednjo stopnjo izobrazbe...	48
Tabela 12: Ocena znanja in informiranosti v vzorcu - MS/ZT brez podatka o izobrazbi .....	48
Tabela 13: Deleži izborov stališč .....	50
Tabela 14: Povprečna vrednost stališč MS/ZT PB Idrija .....	51
Tabela 15: Povprečna vrednost stališč MS/ZT SB Izola .....	51
Tabela 16: Povprečna vrednost stališč v vzorcu MS/ZT .....	52
Tabela 17: Primerjava deležev uvrščenih MS/ZT PB Idrija v stopnjah znanja in informiranosti z deleži uvrščenih v stopnjah stališč .....	53
Tabela 18: Primerjava deležev uvrščenih MS/ZT SB Izola v stopnjah znanja in informiranosti z deleži uvrščenih v stopnjah stališč .....	54
Tabela 19: Primerjava deležev uvrščenih vzorca MS/ZT v stopnjah znanja in informiranosti z deleži uvrščenih v stopnjah stališč .....	55
Tabela 20: Primerjava deležev uvrščenih MS/ZT PB Idrija v združenih stopnjah znanja in informiranosti z deleži uvrščenih v združenih stopnjah stališč .....	57
Tabela 21: Primerjava deležev uvrščenih MS/ZT SB Izola v združenih stopnjah znanja in informiranosti z deleži uvrščenih v združenih stopnjah stališč .....	58
Tabela 22: Primerjava deležev uvrščenih vzorca MS/ZT v združenih stopnjah znanja in informiranosti z deleži uvrščenih v združenih stopnjah stališč .....	58

## **KAZALO GRAFOV**

Graf 1: Primerjava poznavanja vpliva drog na centralni živčni sistem.....	43
Graf 2: Primerjava poznavanja pogojev za vstop v programe pomoči osebam OPD .....	45
Graf 3: Primerjava deležev uvrščenih v stopnjah znanja in informiranosti .....	56
Graf 4: Primerjava deležev uvrščenih v stopnjah stališč.....	56



## **ZAHVALA**

Hvala mentorici, predavateljici, mag. Vesni Čuk, prof. zdr. vzg. za posluš ob izbiri teme diplomskega dela, pomoč, nasvete in vzpodbudo, somentorju Branku Bregarju, dipl. zn. za vse strokovne debate, ki so me usmerjale pri pisanju in gospe Danici Verovnik, prof. za nasvete in pomoč pri oblikovanju tega dela.

Hvaležen sem tudi vodstvoma Psihiatrične bolnišnice Idrija in Splošne bolnišnice Izola, ki sta mi omogočili izvedbo ankete, še posebej pa vsem sodelujočim v anketi za njihov čas in trud, koristne pripombe in nasvete.

Iskrena hvala sodelavcem, ki so mi z nadomeščanjem na delovnem mestu vsa leta študija nesebično omogočali redni obisk predavanj.

Zahvaljujem se tudi svojim staršem, ki so vedno verjeli vame, me vzpodbujali in mi stali ob strani, predavateljem, ki so širili moje obzorje, študijskim kolegom in prijateljem, posebno Ljiljani in Mišu, ki so z mano delili lepe in tudi težke trenutke ter tako prispevali svoj delež pri nastajanju tega diplomskega dela.

## **POVZETEK IN KLJUČNE BESEDE**

Medicinska sestra se na svoji profesionalni poti srečuje tudi z osebami odvisnimi od prepovedanih drog, ki so socialno izključene iz družbe in ima javnost do njih odklonilno stališče. Stališče javnosti pa ne sme vplivati na njeno profesionalno vlogo, ki zahteva skrb za pacienta, povezovanje z njim, razumevanje njegovih potreb in doživljanj in individualno ukrepanje.

Mladi ljudje, odvisni od prepovedanih drog se zaradi stigme težko odločijo za zdravljenje. Mnogi med njimi ga predčasno zapustijo. Med vzroki za to je lahko tudi odnos med pacientom in strokovnimi delavci, ki sodelujejo v procesu njegovega zdravljenja.

V diplomskem delu smo s kvantitativno analizo raziskali mnenja in stališča medicinskih sester do bolezni odvisnosti in oseb odvisnih od prepovedanih drog in z anketnim testiranjem preverili njihovo poznavanje področja odvisnosti od drog z namenom ugotovitve in izboljšanja medsebojnih odnosov med pacientom in strokovnjaki, izboljšanja kvalitete zdravljenja in prispevanja k razbremenitvi medicinskih sester v procesu obravnave pacientov odvisnih od prepovedanih drog.

Ugotovili smo, da so stališča večine medicinskih sester naklonjena in nevtralna do oseb odvisnih od prepovedanih drog in da le-te dobro poznajo področje odvisnosti od prepovedanih drog. Ugotovili smo tudi povezanost mnenj in stališč s poznavanjem področja, s stopnjo izobrazbe, s težavami, ki jih imajo medicinske sestre v procesu izvajanja zdravstvene nege pacienta odvisnega od prepovedanih drog, s pogostostjo kontaktov s pacienti in z odnosom do dovoljenih drog.

Raziskava je opozorila na problematiko, povezano z izvajanjem zdravstvene nege pacienta odvisnega od prepovedanih drog

**Ključne besede:** odvisnost od prepovedanih drog, zdravstvena nega, medicinska sestra, znanje in informiranost, mnenja in stališča.

## **ABSTRACT AND KEY WORDS**

During their professional career nurses may encounter persons addicted to illegal drugs. These persons are often excluded from the society (marginalised) and they are met with repulse by the general public. This, however, should not affect the nurse's professional role; i.e. to care for the patient, to form bonds with them, to understand their needs and state of mind, and to act accordingly to the patient's individual needs.

Young people who are addicted to illegal drugs find it hard to enter rehabilitation programmes because of the stigma attached to this issue. Many of them leave the programmes prematurely. One of the reasons for this could be the relationship between the patient and the medical professionals during the patient's rehabilitation.

We used a quantitative analysis in the thesis to study the nurses' opinion and attitudes towards addiction and the addicted to illegal drugs. In order to establish the nature of interpersonal relations between the patient and medical professionals, to improve these relations, to improve the quality of treatment, and to improve the support given to the nursing staff in the process of treatment of patients addicted to illegal drugs, a questionnaire was used to test the nurses' knowledge regarding drug addiction.

The results show that the attitudes of the majority of nurses are favourable and neutral when it comes to persons addicted to illegal drugs and that they know the field of drug addiction well. We also found out that there is a correlation between the opinions and attitudes of nursing staff and their level of knowledge about the issue, their level of education, problems that they are facing in the process of providing health care to patients addicted to illegal drugs, the frequency of contact with the patients, and the attitude towards legal drugs.

The study brought attention to the provision of health care to patients addicted to illegal drugs.

**Keywords:** addiction to illegal drugs, health care, nurse, knowledge and level of information, opinions and attitudes.

## 1 UVOD

V javnosti prevladuje odklonilno stališče do oseb odvisnih od prepovedanih drog. Čeprav je odvisnost od drog že dolgo uvrščena med bolezni, je šele sodobna tehnologija omogočila vpogled v njeno uničujoče delovanje na možgane in odkrila pogubne posledice za najbolj vitalne možganske dele (1). Teh ugotovitev javnost večinoma ne pozna, zato še vedno prevladuje mnenje, da bi osebe odvisne od prepovedanih drog lahko same prenehale z uživanjem drog, če bi to le hotele. Prevladujejo še druga negativna mnenja, stereotipi in predsodki o uživalcih drog. K njihovem širjenju prispevajo tudi množični mediji s svojim načinom poročanja o njih in tako prispevajo k njihovi izključitvi iz družbe (2).

Mladi ljudje, odvisni od prepovedanih drog, se za zdravljenje odvisnosti odločijo šele povprečno po šestih letih odvisnosti (3). Stigma, ki jih spremlja povsod, je eden glavnih vzrokov, da težka vstopajo v sistem zdravstva, čeravno zdravstveno obravnavo pogosto potrebujejo bolj, kot večina drugih ljudi. Mnogi zdravljenje tudi predčasno zapustijo. Vzrokov za to je več. Med njimi je lahko tudi odnos med pacientom in strokovnimi delavci, ki sodelujejo pri njihovem zdravljenju.

Vodilo zdravstvenih delavcev pri delu s pacienti odvisnimi od prepovedanih drog je spoznanje medicinske stroke, da je odvisnost kronična bolezen. Zdravstveni delavci morajo pacienta sprejeti v celoti takšnega, kot je, si pridobiti njegovo zaupanje, razumeti njegovo počutje in ga spoštovati. To pa zmorejo le osebe, ki dobro poznajo bolezen in so sposobne refleksivnega odnosa do lastnih stališč, strahov in neznanja. Obravnava pacienta odvisnega od prepovedanih drog je namreč povezana s številnimi problemi, ki povzročajo težave tako pacientu kot tudi strokovnim delavcem. Hkrati pa so delavci strokovnega tima lahko obremenjeni še z negativnimi mnenji in stališči do oseb odvisnih od prepovedanih drog (4). To lahko negativno vpliva na odnos do pacienta in posredno na zdravljenje.

Strokovnjaki s področja psihologije so ugotovili, da nobena druga osebna lastnost ne vpliva tako močno na dogajanja med ljudmi, kot prav stališča posameznika (5).

Med strokovnjaki, ki so pomembni v procesu zdravljenja pacienta odvisnega od prepovedanih drog, so medicinske sestre, saj je pacient v njihovi obravnavi 24 ur dnevno. Tako je zelo pomembno, kakšna so njihova mnenja in stališča o bolezni odvisnosti in o pacientu, kajti medicinska sestra mora pacientu nuditi fizično, psihično, socialno in moralno podporo (4,6).

Iz ugotovitev strokovnjakov na področju psihologije izhaja tudi, da stališča temeljijo na poznavanju situacij in objektov, do katerih imamo stališče (5). Ugotovitve veljajo tudi za mnenja in stališča medicinskih sester.

Vloga medicinske sestre na področju odvisnosti od drog je zelo široka, zahtevna in pomembna, saj sodobna medicinska sestra opravlja svoje delo na mnogih področjih v družbi in je tudi del širokega vzgojno - izobraževalnega procesa (6). Za svoje delo pri seznanjanju javnosti o pomenu poznavanja področja drog in sodelovanje v procesu zdravljenja in rehabilitacije pacientov odvisnih od prepovedanih drog potrebuje veliko strokovnega znanja in veščin ter informacij o aktualnem dogajanju na področju drog, stroke zdravstvene nege in dogajanju v družbi. Vse to vpliva tudi na oblikovanje njenih stališč do bolezni in pacienta odvisnega od prepovedanih drog.

Cilj diplomskega dela je raziskati in primerjati mnenja in stališča medicinskih sester do boleznih odvisnosti in oseb odvisnih od prepovedanih drog. Hkrati nas zanima, kako medicinske sestre, ki obravnavajo osebe odvisne od prepovedanih drog v specializiranih bolnišnicah, poznajo področje odvisnosti od prepovedanih drog. Izvedeti želimo tudi, kako poznajo to področje medicinske sestre v splošnih bolnišnicah, ki odvisne od prepovedanih drog obravnavajo le, kadar so hospitalizirani zaradi drugih diagnoz in ne zaradi bolezni odvisnosti.

Z diplomsko nalogo želimo prispevati k izboljšanju odnosov med medicinsko sestro in pacientom odvisnim od prepovedanih drog, k izboljšanju poznavanja področja odvisnosti od prepovedanih drog, h kvalitetnejši obravnavi pacienta, k pospešitvi njegovega zdravljenja in lažjemu delu medicinske sestre pri izvajanju zdravstvene nege pacienta odvisnega od prepovedanih drog.

V diplomski nalogi smo predstavili droge, razvoj odvisnosti, preventivo proti zlorabi drog in programe za pomoč odvisnim od prepovedanih drog. Predstavili smo značilnosti pacientov odvisnih od prepovedanih drog, opredelili vlogo medicinske sestre pri obravnavi pacienta v specialni bolnišnici, kjer imajo medicinske sestre ustrezna strokovna znanja za njihovo obravnavo in nadaljevali s predstavitvijo nekaterih problemov, s katerim se srečujejo medicinske sestre v splošni bolnišnici pri obravnavi pacienta, ki je odvisen od prepovedanih drog in medicinske sestre nimajo dodatnih znanj o bolezni odvisnosti, kar lahko povzroči zaplete v procesu izvajanju zdravstvene nege. Razložili smo tudi pomen mnenj in stališč.

Uporabili smo kvantitativno metodo raziskovanja. Na vzorcu dveh ciljnih skupin iz splošne in psihiatrične bolnišnice smo z anketnim vprašalnikom preverili naslednji hipotezi:

1. znanje in informiranost o odvisnosti in oseb odvisnih od prepovedanih drog vplivata na mnenja in stališča do odvisnosti in oseb odvisnih od prepovedanih drog;
2. mnenja in stališča medicinskih sester PB Idrija do odvisnosti in oseb odvisnih od prepovedanih drog so bolj pozitivna kot mnenja in stališča medicinskih sester SB Izola.

Raziskava ima tudi pomanjkljivost. Opravljena je bila na nekoliko premajhnem, nereprezentativnem vzorcu z nestandardiziranim vprašalnikom. Menimo, da so njeni izsledki kljub temu koristni in poučni.

## 2 DROGE

Droge so del človekove zgodovine in tudi sedanjosti. So snovi, ki vplivajo na človekovo telo in duševnost. Za ta vpliv so ljudje tisočletja uporabljali rastline, v zadnjih stoletjih pa snovi s temi lastnostmi pridobivajo tudi v kemijskih laboratorijih (7).

V številnih družbah je bila uporaba drog sprejeta kot čisto normalna oblika obnašanja. Mejo in pogoje uporabe so regulirale s strogimi, nenapisanimi zakoni tradicije. Jasna pravila o tem, katerim članom družbe je dovoljeno uživati določeno drogo in ob katerih priložnostih in tudi katerih drog ni dovoljeno uživati, so blažila negativne posledice uživanja drog (7).

Droge so pomembno vplivale na razvoj medicine, morale, religije, ekonomije in na mehanizme političnega nadzora (8).

S prenosom droge iz enega dela sveta v drugega in iz ene kulture v drugo, je izostala kulturna tradicija, ki je regulirala porabo drog, zato je ta prenos vedno povzročil težke posledice v kulturi, ki je droge prevzela (7).

V vsakdanjem govoru se je beseda droga udomačila kot pojem za substanco, ki deluje na človekovo duševnost (9). Kastelic in Mikulan (10) definirata droge kot snovi, ki vplivajo na spremembo človekovega počutja, mišljenja in vedenja.

### 2.1 Splošna klasifikacija drog in učinki drog

Zaradi zgodovinskih, kulturnih, etičnih, političnih, moralnih, zdravstvenih in socialnih pogledov na uživanje drog se droge delijo na dovoljene in prepovedane. Proizvodnjo, predelavo in promet s prepovedanimi drogami ter omogočanje uživanja prepovedanih drog zakonodaja opredeljuje kot kazniva dejanja (10).

Glede na učinke, ki jih imajo droge na centralni živčni sistem Svetovna zdravstvena organizacija droge razvršča na: depresorje, stimulanse, halucinogene in kanabis (11). V nadaljevanju obravnavamo samo učinke drog in sicer le tistih, ki so predmet eksperimentalnega dela te diplomske naloge.

#### ■ Depresorji

Med dovoljene uvrščamo alkohol in topila za inhaliranje, med prepovedane pa depresorje z narkotičnim učinkom (opij, morfin, buprenorfin, heroin in metadon) in benzodiazepine.

- **Alkohol** je depresor centralnega živčnega sistema. in je najpogostejša in najbolj zlorabljen droga v našem okolju. Povzroča največ ekonomskih, socialnih in zdravstvenih težav. *Učinki* alkohola so odvisni od naslednjih dejavnikov: starosti, zdravstvenega stanja in spola uživalca (toleranca žensk je nižja od tolerance moških), količine in koncentracije alkohola in hitrosti pitja. *Zastrupitev*: izguba spomina za določeno obdobje in patološka pijanost, ki se izraža v spremembi vedenja, kot je npr. nasilnost. *Abstinenčni sindrom*: tremor, vznemirjenost, znojenje, nasea; huda oblika odtegnitvenega stanja je delirium tremens ali

alkoholni bledež, ki povzroča zameglitev zavesti, motnje orientacije v času in prostoru, nespečnost, motnje spomina, iluzije, halucinacije, strah in vznemirjenost. Znakov alkoholnega bledeža je veliko, tukaj pa omenimo le še, da je to stanje nevarno in se lahko konča tudi s smrtjo (12).

- **Topila za inhaliranje** so organska topila v lepilih, barvah, bencinu, razredčilih, lakih in podobno. Vdihavajo jih predvsem zelo mladi ljudje, že okoli desetega leta starosti. Večina jih kasneje s tem preneha ali preide na drugo drogo. *Učinki*: na centralni živčni sistem delujejo podobno kot alkohol. Kratkotrajno izboljšajo razpoloženje, povzročijo pa lahko slabost, bruhanje, izgubo koordinacije gibov, nerazločen govor in drugo. *Zastrupitev*: izguba spomina, poškodbe možganov, pljuč, jeter, srca in ledvic. Možna je tudi smrt. Smrt nastopi lahko tudi zaradi zadušitve, če uživalec droge drogo inhalira tako, da si na glavo povezne vrečko. *Abstinenčni sindrom*: nemir, slabost, znojenje, tesnoba, vznemirjenost (13).

- **Opij, morfin, buprenorfin, heroin in metadon** so depresorji z narkotičnim učinkom. Opij je naravni narkotik, pridobljen iz maka. Morfin je narkotik, pridobljen iz opija. Buprenorfin in metadon sta zdravila, ki se uporabljata za zdravljenje odvisnosti od heroina. Heroin je derivat morfina. *Učinki*: vedro razpoloženje, dremavica, upočasnjeno dihanje, zožene zenice, otrplost, solzave oči. *Zastrupitev*: depresija dihanja in zvesti, hipotenzija, ohlapnost mišičja, zožene zenice, nezavest, smrt. *Abstinenčni sindrom*: solzave oči, zehanje, izcedek iz nosu, krči, izguba teka, razdražljivost, slabost, tresenje, panika, mrzlica, znojenje (10,11,14).

- **Benzodiazepini** so zdravila – pomirjevala in uspavala, ki se lahko uporabljajo tudi kot zdravilo za zmanjševanje odtegnitvenih posledic pri prenehanju jemanja prepovedanih drog in alkohola. *Učinki*: čutne spremembe, zmanjšan strah, omama, miorelaksacija; možen je tudi nejasen govor in izguba motorične koordinacije. *Zastrupitev*: disartrijska, nistagmus, ataksija, vlažna koža, zožene zenice, bradikardija, hipotermija, mišična ohlapnost, nezavest, smrt. *Abstinenčni sindrom*: strah, nespečnost, fascikulacije, inapetenca (10, 14).

## ■ Stimulansi

Med dovoljene uvrščamo nikotin in kofein, med prepovedane pa kokain, amfetamine in ekstazi (10).

- **Nikotin** je droga, ki se nahaja v tobaku. Obstaja tudi v tekoči obliki in je zelo strupen. *Učinki*: stimulira centralni živčni sistem; sproščenost, občutek večje koncentracije; pripadnost skupini kadilcev, vrstnikom, idolom. *Zastrupitev*: Ena ali dve kapljici nikotina povzročita smrt. *Abstinenčni sindrom*: tesnobe in depresije (10).

- **Kofein** je droga, s katero pride človek najpogosteje v stik. Najdemo jo v večini kola pijač, čokoladi, čaju in kavi. *Učinki*: so odvisni od odmerka. Povečuje budnost, rahlo izboljša počutje, pospeši metabolizem, zviša krvni tlak in zveča tok urina. Povzroča lahko vznemirjenost in nemir, ki ju spremljata nespečnost in obrazna rdečica. Pri otrocih in mladostnikih lahko velike količine pijač z vsebnostjo kofeina povzročijo nerazjasnjena stanja tesnobe. *Abstinenčni sindrom*: glavobol, utrujenost, bolečine v mišicah. *Zastrupitev* se največkrat zgodi nenamerno pri zaužitju ali injiciranju zdravil, ki vsebujejo kofein. Znani so tudi samomor s prevelikimi odmerki teh zdravil. Kofein je nevaren za osebe s srčnimi obolenji, sladkorno boleznijo, visokim pritiskom in drugimi boleznimi, kjer lahko povzroči tudi smrt (10).

- **Kokain, amfetamini in ekstazi**

Kokain je droga rastlinskega izvora, amfetamini in ekstazi pa so sintetične droge. Učinki: tahikardija, tahipnea, povišan krvni tlak, razširjene zenice, inapetenca; možni učinki so tudi tahiaritmija, motnje koordinacije, znojenje. *Zastrupitev*: euforia, nemir, delirij, rigidnost, krč, psihotičnost, razširjene zenice, hipertermija, dehidracija, ventrikularne aritmije, možganska krvavitev, kolaps, smrt. *Abstinenčni sindrom*: brezčutnost, otopelost, spanje, razdražljivost, depresija, zmedenost (10).

- **Halucinogene droge**

Med dovoljenimi drogami, ki so predmet naše raziskave, ni halucinogenih drog. Med prepovedane pa sodita LSD (lizergid) in nore gobice (*psilocibe mexicana*).

- **LSD in nore gobice**

LSD je pridobljen iz alkaloidov rženih rožičkov, nore gobice pa so mehiške gobe. *Učinki*: halucinacije, motnje zaznavanja, depresija, strah. *Zastrupitev*: halucinacije, panika, euforia, pregretje z dehidracijo, krči, tahiaritmija, rbdomioliza, okvara ledvic. *Abstinenčni sindrom*: ni znan (14).

- **Kanabis**

Med dovoljenimi drogami, ni drog iz te skupine, med prepovedane pa je uvrščena marihuana.

- **Marihuana** je zelo razširjena rastlina. *Učinki*: euforia, inapetenca, motnje: spomina, čustev, koordinacije; izrazitejši vid, voh, sluh; razširjene zenice. *Zastrupitev*: euforia, vzvišenost in nato utrujenost, motnje koordinacije, disartrija, paranoja, psihoza. *Abstinenčni sindrom*: nespečnost, hiperaktivnost, inapetenca (14).

Strokovnjaki opozarjajo na nevarnosti sočasnega uživanja več drog in sočasnega uživanja prepovedanih drog in alkohola. Pri tem načinu uživanja drog se tveganja povečujejo. Najbolj nevarna je kombinacija dveh depresorjev (npr. benzodiazepina in heroina) (16).



### **3 RAZVOJ BOLEZNI ODVISNOSTI, NJENE POSLEDICE IN PROGRAMI PREVENTIVE IN POMOČI NA PODROČJU PREPOVEDANIH DROG**

Za razumevanje odvisnosti moramo pojasniti nekaj osnovnih pojmov, ki so povezani z njo.

Skupna značilnost vseh drog je, da spremenijo delovanje možganov (15).

Za droge je značilno več tipičnih vzorcev uživanja. V zvezi z njimi so povezani pojmi: uporaba, zloraba in odvisnost. Pri tem so vzorci bolj ali manj natančno opredeljeni. Najbolj natančno so opredeljeni v primeru alkohola, kjer so tudi količinsko opisani (12).

Z uporabo drog označujemo odnos do drog, pri katerem uporabnik in okolje ne zaznata takoj posledic uživanja droge. Zloraba pa pomeni odnos do drog, ki zaradi količine, pogostosti jemanja, fizičnih in psihičnih lastnosti ter družbenega položaja osebe privede do negativnih posledic za uživalca in okolje. Povzroči lahko: 1. telesne motnje, ki so posledica strupenih učinkov drog, 2. duševne motnje, kadar negativno vpliva na odnos uživalca droge do sebe in do čustvenega okolja in 3. družbene motnje, ki prizadenejo skupnost, kot so npr. prometne nesreče, nesreče pri delu, stroški zaradi zdravljenja ipd. (15).

#### **3.1 Dejavniki, ki vplivajo na razvoj odvisnosti**

Na razvoj boleznih odvisnosti vplivajo številni dejavniki, zato bomo najpomembnejše med njimi tudi predstavili.

Znanstveniki so ugotovili, da vse droge vplivajo na centralni živčni sistem. Skoraj vse namreč posredno ali neposredno povzročijo sproščanje dopamina v možganskem sistemu za nagrajevanje (akumbensu), ki ga uživalci drog opišejo kot sprostitelj napetosti, potešitev in doživljanje intenzivnega ugodja (17).

Ključnega pomena za razumevanje odvisnosti je spoznanje, da ni razlike v občutkih, ki jih ustvarjajo možgani, ki zahtevajo drogo, med občutki, ki zahtevajo zadovoljitev osnovnih človekovih potreb kot je npr. potreba po vodi, hrani itd.. Poudarjajo, da je razlika v snovi in ne v občutkih. Iste možganske strukture, ki ustvarjajo npr. neznosno željo po vodi, ustvarjajo tudi neznosno željo po drogah. Tako uživanje drog pri odvisnih postane potreba po preživetju (1).

Sproščanje dopamina odločilno sodeluje pri nastanku in vzdrževanju odvisnosti od drog in tudi pri povečani verjetnosti za recidiv (17).

Pri razvoju odvisnosti namreč pomembno sodelujeta tudi spomin in učenje – klasično in operacijsko pogojevanje.

Spomin zadrži naučeno znanje in tako zdrži tudi vse, česar se uživalec droge nauči v zvezi z drogami (1).

S klasičnim, nehotnim (refleksnim) vedenjem se uživalec droge nauči odzivov, ki povzročajo izločanje dopamina v možganskem sistemu za nagrajevanje in izzovejo potrebo po drogah in povečujejo motivacijo za nadaljnje uživanje drog. Ta način učenja postane zelo pomemben v času, ko se želi odvisna oseba ozdraviti in se bori proti dobro utrjenemu vedenju, ki vodi k jemanju drog. Vse, kar ga spominja na uživanje drog in večja potrebo po drogi, mu povzroča velike težave (1).

Operacijsko pogojevanje, ki je osnova hotnega vedenja, poteka nenehno in sicer po principu ojačanja vedenja. Povezano je s posebnim živčnim tokokrogom v možganih, ki s sprožanjem dopamina, ki povzročajo ugodje, uči človeka ponavljati določena vedenja. Karkoli sproži ta tokokrog, okrepi (ojača) ponavljanje vedenja, ki je povzročilo sprožitev. Droge so snovi, ki sprožajo ta tokokrog in krepijo nadaljnje uživanje drog (1).

Odvisnost je tudi posledica dolgotrajnega prepletanja določene genetske nagnjenosti (genetskih dejavnikov razvoja možganov) in vpliva okolja (droge in psihosocialnega ozadja). Učinek droge na možgane je odvisen od tega, koliko je droga močna in koliko so možgani ranljivi ter v kakšnih okoliščinah (kakšnem počutju) uživalec drogo zaužije (22). V življenju to pomeni, da geni na primer določajo ali bo raba drog za posameznika prijetna, kako intenzivni bodo njihovi učinki in kako hitro se bodo pokazali škodljivi učinki ter kolikšna je verjetnost, da se bo razvila odvisnost (18).

Kot so različni možgani, so različne tudi droge. Znanstveniki so ugotovili, da imajo posamezne droge različen potencial za nastanek odvisnosti. Največjega ima nikotin, saj od njega postane odvisnih kar 32% kadilcev, sledi heroin (23%), kokain (17%), alkohol (15%), stimulansi (brez kokaina, 11%), kanabis, analgetiki, anksiolitiki, sedativi in hipnotiki (9%), halucinogeni (5%) in inhalati (4%) (18).

Strokovnjaki menijo, da k razvoju odvisnosti pomembno prispeva tudi način uživanja drog, saj nekateri, ki so odvisni, opisujejo, da že ob samem obredu, ki spremlja uživanje droge, doživljajo podobne občutke ugodja, kot jih povzroča učinek droge. V zvezi z obredi ločijo poti vnosa droge v telo. Med najpomembnejšimi so: 1. prehranjevalna pot, 2. pot vdihavanja skozi usta, 3. pot povleka skozi nos in 4. pot skozi kožo. Ugotavljajo, da manj ko je pot droge v telo naravna, večja je stopnja zasvojenosti (19).

Pri proučevanju vpliva drog na človeka različni avtorji, ki se ukvarjajo z odvisnostjo, poudarjajo pomen razlogov za uživanje drog. Tako razloge za prvo zaužitje kot tiste, ki vodijo k njenemu nadaljnjemu uživanju. Razlogi so številni. Iščejo jih v človeku samem in v širšem družbenem okolju. Nekateri od njih vidijo razlog za prvo zaužitje droge v želji po novih doživetjih in ugodju (motivacijski razlogi) in hkrati priložnosti za drogo (situacijski razlogi). Drugi razumejo odvisnost tudi kot obrambni sistem, s katerim se človek obvaruje pred doživljanjem prevelike bolečine (20, 21).

Kastelic in Mikulan (10), ki obravnavata mladostnike, sta razloge za uživanje drog opredelila kot dejavnike tveganja in hkrati z njimi opredelila tudi dejavnike zaščite. Razvrstila sta jih na: 1. dejavnike posameznika (osebnostne značilnosti, stališča in prepričanja, dednost...), 2. medosebnostne in socialne dejavnike (družina, vrstniki, šola, osebnostne situacije, policija, lokalna skupnost...), 3. dejavnike okolja (družbene norme in ukrepi, mediji, trženje, cena, zakonodaja...) in 4. dejavnike drog (lastnosti, legalnost, količina, pogostost uživanja, poti vnosa, kombinacija drog).

Po njunem prepričanju je za uživanje drog največkrat vzrok mladostnikovo življenjsko okolje – predvsem stresne okoliščine in razmere, ki lahko povzročijo velike stiske. Mladostnikovi obrambni mehanizmi so še prešibki, da bi lahko kljuboval takšnim negativnim vplivom.

### 3.2 Faze razvoja odvisnosti

Odvisnost je proces, ki se razvija. Kastelic in Mikulan (10) sta začetno stopnjo uživanja drog poimenovala *faza eksperimentiranja*. Po njunem prepričanju so razlogi za prvi stik mladostnika z drogo: radovednost, hlepenje po vznemirjenosti in pritisk vrstniške skupine. Najpomembnejše je vzburjenje, ki ga prinaša uživanje drog.

V *fazi socialne rabe* se mladostnik zgleduje po svojih vrstnikih. Drogo uživa v različnih okoliščinah in zaznava različno vedenje in razpoloženje. Posebnih težav še ne občuti. Meni, da ga uživanje droge ne ogroža. Drogo že kupuje in jo jemlje v glavnem ob koncu tedna. Druži se z vrstniki, ki tudi uživajo droge in je v njihovi družbi povsem spremenjen. Pred starši in učitelji pa skuša ohraniti nespremenjeno podobo. V tej fazi se lahko pojavijo prvi znaki amotivacijskega sindroma, ki se izražajo kot lažja depresija, izguba interesov in pomanjkanje vsakršne motivacije (10).

*Faza instrumentalne rabe* prinese izkušnje in spoznanja o vplivu droge na čustvovanje in vedenje. Uživalec drogo že uporablja predvsem zaradi ugodja, želje po dobrem počutju in bolj sproščenem vedenju. Okolica to obliko uživanja že prepoznava (10).

S kompenzacijsko uporabo droge si mladostnik »pomaga« prebroditi stresne situacije in pregnati neprijetna čustva. Pričnejo se pobegi od doma (10).

Prvi simptomi bolezenske odvisnosti se pojavijo v *habitualni fazi*, v kateri se uživalec droge zaveda razvijajoče se odvisnosti. Ključno za to fazo je prilagajanje. Po prenehanju učinkovanja droge se čustveno stanje ne normalizira, temveč se pojavi rahla depresija, težave v koncentraciji, motnje pri spanju in nemir. Uživalec droge si postavlja pravila, ki pa se jih ni sposoben držati. Toleranca raste in pri drogah, ki povzročajo tudi telesno odvisnost, se v primeru nezaužitja droge pojavijo abstinenčni znaki (10).

V *kompulzivni fazi* je uživalec popolnoma odvisen od droge in nenehno razmišlja o njej. Edini odnos, ki ga zmore, je odnos do droge. Zaman se bori z nadzorovanjem njenega uživanja. Sram, obup in tudi poskus samomora so najpogostejši spremljevalci te faze razvoja boleznih (10).

Skrajna in nevarna faza – *odvisnost* privede mladostnika v težave z okoljem in policijo. Okolje zazna njegovo uporniško brezbriznost, zanemarjenost in bolehnost, sam v sebi pa se bori z obupom, depresivnostjo in apatičnostjo. Izgubo nadzora poskuša nadomestiti z nadziranjem drugih, zahtevnostjo in tudi nesramnostjo. Pogosto šele v takem stanju začne iskati pomoč. Kdor mu je pripravljen pomagati, mora biti pripravljen na vse (10).

### 3.3 Ugotavljanje odvisnosti

#### ■ Opredelitev odvisnosti

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) opredeljuje odvisnost kot »vedenjski vzorec, ki daje uporabi psihoaktivne snovi prednost pred vsemi drugimi vedenjskimi oblikami«. Ločimo telesno odvisnost in psihično odvisnost. Za telesno odvisnost gre takrat, ko se telo navadi na stalno prisotnost snovi v krvi, zato je za normalno raven potrebno vzdrževati določeno raven koncentracije omenjene snovi. Pri znižanju pod določeno mejo se pojavi odtegnitveni sindrom. Pojem telesne odvisnosti je močno povezan s pojmom tolerance. Psihično odvisnost lahko opredelimo kot željo po nenehnem jemanju droge, ki povzroča ugodje in užitek. Psihično odvisnost je veliko težje premagati, kot fizično (15).

Odvisnost se ugotavlja po kriterijih. Uživalec droge je odvisen, če so prisotni trije (lahko tudi samo dva) od naslednjih kriterijev odvisnosti (23):

- **Toleranca**, ugotovljena na podlagi enega od kriterijev:
  1. potreba po znatno povečanih količinah psihoaktivne snovi za doseganje želenega učinka;
  2. pomembno zmanjšanje učinka enega odmerka psihoaktivne snovi ob nadaljevanju jemanja (stalnem jemanju).
- **Odtegnitveni znaki** (abstinenčni simptomi) se pojavijo v eni od naslednjih oblik:
  1. značilni znaki odtegnitve psihoaktivnih snovi;
  2. preprečevanje odtegnitvenih znakov – uporabniki pogosto segajo po isti (ali sorodni) psihoaktivni snovi z namenom ublažitve nastajajočih kriz;
  3. pogosto uživalec psihoaktivno snov jemlje v večjih odmerkih in daljši čas, kot je prvotno nameraval;
  4. prisotnost trajne težnje ali neuspešno prizadevanje za abstinenco uživanja psihoaktivne snovi, ko si uživalec prizadeva, da bi zmanjšal uživanje snovi oziroma prevzel nadzor nad njo;
  5. okupiranost z drogo – odvisni porabi veliko energije in časa za to, da si drogo priskrbi in okreva po njeni uporabi;
  6. prekinitev ali redukcija pomembnih družbenih vezi – uživanje drog pripelje do propada poslovnih, šolskih, družinskih in socialnih dejavnosti; uživalec nadaljuje z uporabo ne glede na telesne, duševne ali življenjske težave, ki so posledica uživanja.
- **Sindrom odvisnosti** se določi s povezavo fizioloških, vedenjskih in kognitivnih dejavnikov, ki opisujejo bolezen odvisnosti. Več kriterijev je izpolnjenih, hujša je odvisnost.

Za ocenjevanje stopnje odvisnosti se upošteva vrsta, količina in način uporabe droge. Pri tem se loči tudi bolj ali manj uničevalno uživanje (kajenje ali njuhanje, zmerni odmerki, sveže igle so manj tvegani). Manj tvegani načini uživanja droge pa ne pomenijo zaščite pred odvisnostjo (23).

## ■ Osebnostne značilnosti odvisnih od prepovedanih drog

Zmotno je mnenje, da postane odvisen od drog vsak, ki z njimi eksperimentira. Po prepričanju Rozmanove (24) postanejo odvisni najbolj ranljivi ljudje z naslednjimi osebnostnimi značilnostmi:

1. pomanjkanje samozavesti;
2. ohlapen stik s stvarnostjo, uporaba zanikanja kot primarnega obrambnega mehanizma, zatekanje v sanjarjenje in neprepoznavanje meja med realnostjo in fantazijo,
3. potlačena čustva in bolečina;
4. nizka toleranca za stres (premalo se potrudijo za doseganje ciljev in težko dosegljive cilje raje opustijo);
5. pomanjkanje trdne podobe o samem sebi – nadomeščanje slabe podobe o samem sebi s »tujo hvalo«;
6. čustveno odzivanje v skrajnostih »vse ali nič«;
7. motena predstava o tem, kaj človek zmore sam, kaj pa ni v njegovi moči; motena duhovnost in odnos do sile, ki nas presega;
8. motnja v postavljanju meja v zvezi z bližino in ločenostjo;
9. tendenca po igranju vlog namesto avtentičnega izražanja – posledica tega je čustvena in socialna izolacija;
10. depresivnost kot vzrok in kot posledica omamljanja;
11. visok čustven prag (topost, neobčutljivost).

### 3.4 Posledice uživanja drog

Uporaba drog povzroča škodo. Njene posledice lahko delimo na neposredne posledice rabe drog in posredne posledice, ki so odraz družbenega odziva na pojav drog. Posledice so med seboj povezane in meja med njimi ni jasno določljiva (25).

Svetovna zdravstvena organizacija (1998) deli posledice rabe drog na (25):

1. posledice doziranja in mešanja (predoziranje, problemi, povezni z mešanjem snovi oz. souporabo različnih drog). Ker so droge blago črnega trga in s tem podrejene njegovim zakonitostim, uporabniki nimajo informacij o njihovi jakosti, čistosti in primeseh;
2. neposredne duševne poškodbe;
3. poškodbe, ki izhajajo iz zmesi – zdravju nevarnih primesi (npr. strihnin), ki se dodajajo drogam predvsem z namenom količinskega povečanja odmerkov;
4. poškodbe, ki so posledica načina uživanja (posledice injiciranja, infekcije na mestu vbodov, poškodbe nosnega pretina pri uživanju kokaina ipd.);
5. poškodbe, povzročene s prenosom nalezljivih bolezni – HIV/aids, hepatitis in tuberkuloza;
6. poškodbe, povezane z življenjskimi okoliščinami (materialna stiska, neustrezni bivanjski pogoji, neustrezno prehranjevanje ipd.);
7. poškodbe, povezane z življenjskim stilom (nasilje, nesreče in kriminal – povezani predvsem z nabavo droge na črnem trgu).

V nadaljevanju obravnavamo samo tiste posledice, ki so predmet anketnega vprašalnika eksperimentalnega dela te naloge.

## ■ Bolezni kot neposredne posledice uživanja drog

- **Virusni hepatitis** je vnetje jeter, ki ga povzroča okužba z različnimi hepatotropnimi virusi. Klinični znaki in simptomi so večinoma enaki, ne glede na povzročitelja in zajemajo vse oblike od brezsimptomskega poteka, ki je značilen za kar 90% okužb, do hitro napredujoče in usodne odpovedi jeter. Danes poznamo šest glavnih povzročiteljev virusnega hepatitisa (Virusi hepatitisa A,B,C,D,E in G). Vsi prizadenejo jetra, razlikujejo pa se po načinu prenosa in možnosti za razvoj kronične oblike obolenja jeter. Hepatitis B in C (ki sta predmet anketnega vprašalnika) se prenašata s spolnimi stiki z okuženo osebo, okuženimi iglami, neprofesionalnim tetoviranjem, neprofesionalno akupunkturo in s transfuzijo ter ob porodu. Cepivo obstaja samo proti okužbi z virusoma A in B (26).

Po koncu inkubacijske dobe se najprej pokažejo bolezenski znaki kot so anoreksija, slabost, bruhanje, topa bolečina v trebuhu, utrujenost in simptomi, ki so podobni gripi. Seč se obarva temno, blato postane svetlo. Po nekaj dneh se pojavi rumenica sluznic in kože.

Popolna ozdravitev brez posledic je značilna za okužbo z virusoma hepatitisa A in E (26).

- **AIDS** je sindrom pridobljene imunske pomanjkljivosti, ki ga povzroča virus HIV-virus človeške imunske pomanjkljivosti. Najdemo ga v semenski tekočini, izločku nožnice, v materinem mleku, krvi in slini, ki je okužena le, če ji je primešana kri. Virus se prenaša s spolnim kontaktom in od matere na plod med porodom in po porodu ter z dojenjem. Inkubacijska doba od okužbe do pojava protiteles v krvi traja od 6 do 12 tednov, celotna inkubacija do bolezenske slike pa lahko traja tudi do 10 let (27).

Visok dejavnik tveganja za okužbo je skupinska uporaba igel in brizg, prostitucija in promiskuiteta ter spolni odnosi brez ustrezne zaščite s kondomom (27).

## ■ Posredne posledice uživanja drog

Kršenje družbenih norm vodi v izločitev posameznika iz družbe. Večina tako izločenih se tudi sama sprejme kot odklonske in se oklepa odklonskega vedenja. Proces lahko posameznika vodi od kršenja pravil do odklonskega življenjskega sloga, ki ga spremeni v objekt neodobravanja in obsojanja. Poudarjanje dovoljenega in sprejemljivega ravnanja veča razdaljo med ljudmi (med »nami« in »onimi«). Zakonodaja še povečuje ta odklonski sistem in tako uživanje drog v družbi in politiki vedno znova povzroča strah in grožnje (8).

Na uživanje drog in uživalce se vežejo številni **stereotipi**. Izoblikovali so jih tako tisti, ki drog ne uživajo kot uživalci drog sami. Omogočajo vzpostavitev političnih razmerij, ki vodijo v stigmatizacijo uživalcev drog (8).

Beseda stigma pomeni znamenje sramote. Pomeni, da je človek zaradi določene svoje lastnosti drugačen, slabši od drugih in zato vreden zaničevanja in izrinjenosti iz družbe. Pomen besede izvira iz časov, ko so oblastniki označevali sužnje in kriminalce tako, da so jim v kožo vžgali določeno znamenje (28).

Pogosta posledica stigme je posebna vrsta mobilnosti navzdol. Del moči stigmatizacije je v spoznanju, da ljudje, ki so stigmatizirani, ali pridobijo stigmo, izgubijo svoje mesto v družbeni hierarhiji. Posledica tega je, da si večina ljudi prizadeva, da bi pripadala »nestigmatizirani« večini, kar pa vodi v novo stigmatizacijo (5).

Stigma je tudi nalezljiva. Večina ljudi se stigmatiziranih izogiba, saj že zgolj dejstvo, da je posameznik z nekom, ki je stigmatiziran, pomeni, da se bo del stigme prenesel tudi nanj. Družba prepričuje stigmatiziranega, da se bo počutil bolje v okolju, kjer so ljudje podobni njemu. S tem ga vse bolj potiska na družbeno obrobje, kar vodi v nadaljnje propadanje osebnosti, vse večje obubožanje in končen propad (5).

### **3.5 Programi na področju prepovedanih drog**

#### **■ Nacionalna strategija na področju prepovedanih drog**

Pozornost, ki jo država namenja politiki na področju drog, je odvisna od več dejavnikov, med katerimi so zgodovinski, zdravstveni, kriminološki, socialni in kulturni dejavniki prostora in časa, v katerem živimo ter od vidnosti problematike drog v družbi, socialnih skupin, ki so najbolj ogrožene in od predstav, ki jih uporaba drog sproža v javnosti. Ti dejavniki sooblikujejo nacionalno strategijo na področju drog (29).

Nacionalna strategija, ki je zapisana v Resoluciji o nacionalnem programu na področju drog za obdobje 2004 – 2009, je celovita strategija s poudarkom na prepovedanih drogah. Njen namen je spodbujati preventivne ukrepe na področju drog. Vključuje različne programe za zmanjševanje povpraševanja po drogah. Namen strategije je zmanjševanje števila novih uživalcev drog med mlajšo generacijo, preprečevanje prvega stika z drogami in povišanje starosti za začetek uživanja drog (30).

Problematika, povezana z drogami, je širše družbene narave, zato se v njeno reševanje vključujejo številni akterji družbe, od strokovnjakov različnih strok, ustanov, nevladnih organizacij, lokalnih skupnosti, do posameznikov. Organizirani so v različne programe preventive, zmanjševanja škode zaradi uporabe drog, zdravljenja in socialne reintegracije. Med njimi je tudi mreža centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, v katero so vključeni vsi večji kraji v Sloveniji (31).

Slovenija je že kot kandidatka za članstvo v Evropski uniji (2002) zagotavljala celovito sodelovanje z evropsko agencijo za droge (EMCDDA). Z vstopom v EU pa so slovenske institucije, ki delujejo na področju drog, še okrepile sodelovanje z drugimi evropskimi državami. Te povezave so vedno pomembnejše, saj so proizvajalci drog zelo inovativni in prefinjeni (hitro razvijanje novih drog in oblik trženja) (31).

V okviru EMCDDA Slovenija spremlja pet epidemioloških kazalcev na področju drog: razširjenost in vzorce uporabe drog v splošni populaciji, razširjenost nalezljivih bolezni, povezanih z uporabo drog, umrljivost in smrti, povezane z uporabo drog in povpraševanje po zdravljenju zaradi težav z drogami (31).

Celovite raziskave o razširjenosti uporabe drog v Sloveniji nimamo. Ocena za leto 2000 je 7535 problematičnih uporabnikov drog ter 5,4/1000 na tisoč prebivalcev med 15–64 letom.

Ocena prevalence za leto 2001 je 7399 problematičnih uporabnikov drog ter 5,3/1000 na tisoč prebivalcev v starostni skupini med 15–64 letom (31).

Po podatkih Inštituta za varovanje zdravja je bilo leta 2008 v zdravljenje zaradi odvisnosti od prepovedanih drog vključeno 4429 oseb, 3332 v nadomestno zdravljenje z metadonom in drugimi zdravili. Med leti 2005 in 2007 je naraščalo povpraševanje po zdravljenju zaradi heroina, v letu 2008 pa se je zmanjšalo število uporabnikov drog, ki vseživljenjsko uporabljajo katerokoli drogo. Ta podatek ne velja za uporabo kokaina, pri katerem se je uporaba povečala. Najpogosteje uporabljana droga je heroin, sledijo konoplja, kokain, benzodiazepini, metadon, amfetamini itd. (32).

V nadaljevanju predstavljamo programe na področju prepovedanih drog – samo tiste, ki so predmet anketnega vprašalnika te diplomske naloge.

### **a) Primarna preventiva**

Strategija na področju drog obravnava primarno preventivo kot univerzalno preventivo proti uporabi drog in vanjo vključuje družino, šolo, skupnost (na lokalni in nacionalni ravni), promocijo zdravja in izobraževanja. Njene oblike in cilji so odvisni od populacije, ki ji je namenjena (preprečitev uživanja in eksperimentiranja ali npr. z drogo povezanih težav) (31).

Primarno preventivo vključujejo v svojo dejavnost zdravstvene organizacije, centri za socialno delo, številna društva, združenja in posamezniki.

Otrokova primarna preventiva so vzgoja in zdravi odnosi v družini. Kastelic in Mikulan (10) sta prepričana, da varovalni vpliv družine lahko zmanjša možnost, da bi mladostnik segel po drogi. Družina ga lahko usposobi za to, da svoje zadovoljstvo, lastno potrditev, sprostitvev in notranjo moč išče na drugačne, neškodljive, spodbudne in ustvarjalne načine.

Pomemben preventivni dejavnik je šola kot vzgojno – izobraževalna ustanova. Pri otroku, ki je v družini kronično izpostavljen neugodnim družinskim razmeram, lahko šola deluje preventivno. Tudi sistematično vzgojno – izobraževalno delo o varni rabi in zlorabi drog je vključeno v učne vsebine z namenom, da bi mladi ljudje pridobili znanja in veščine, ki bi jim bile v pomoč pri zavestnem odklanjanju drog (10).

Najpomembnejša dejavnost preprečevanja uporabe drog v Sloveniji je projekt, ki ga vodi slovenska mreža zdravih **šol** in se izvaja od leta 1993. Izvaja se na nacionalni ravni in vključuje splošne dejavnosti preprečevanja, ki so usmerjene k spodbujanju zdravega načina življenja in so vključene v programe zdravstvene vzgoje (11).

V primarni preventivi ima pomembno mesto promocija zdravja in izobraževanja. Namenjena je osveščanju in spodbujanju posameznikov, družin in skupnosti k oblikovanju zdravega življenjskega sloga (31).

### **b) Programi nizkega praga**

Ti programi so usmerjeni v zmanjševanje škode, ki jo povzroča uživanje drog. Na področju zdravstva je v Sloveniji 19 Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od



prepovedanih drog in Center za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, ki deluje v sklopu Psihiatrične klinike Ljubljana. V vseh centrih, razen v dveh, se izvajajo tudi programi visokega praga, ki so usmerjeni v abstinenco. Programi v Centrih so namenjeni svetovanju osebam odvisnim od prepovedanih drog (v nadaljevanju osebe OPD), njihovim družinskim članom in strokovnim delavcem. Izvajajo teste za bolezni (HIV, hepatitis B in C in tuberkulozo) ter urinske teste. Osebe OPD pripravljajo na bolnišnično obravnavo, ocenjujejo za sprejem v metadonski program in pomagajo pri njihovi rehabilitaciji. Izvajajo individualno, skupinsko in družinsko terapijo. Pri svojem delu se povezujejo med seboj in z vsemi, ki delujejo na področju preprečevanja in zdravljenja oseb OPD. Za vstop v nizkoprazni program ni potrebno izpolnjevati nobenih posebnih pogojev (23).

Nekaj programov nizkega praga, ki delujejo v Sloveniji: Stigma v okviru Aids fundacije Robert, DrogArt, Svit Koper... .

- **Terensko delo** z osebami OPD je namenjeno doseganju skrite populacije uživalcev drog, ki ji je na ta način omogočen dostop do sterilnih igel, svetovanje o varnejši rabi drog in omogočena vsaj tista oblika socialne vključenosti, s katero se dosežejo preventivni cilji zmanjševanja škodljivih posledic uživanja drog. To delo omogoča poglobljanje stikov in naknadno socialno obravnavo uživalcev drog za zagotavljanje pomoči pri uveljavljanju pravic posameznikov, socialnovarstvenih ukrepov in motiviranju za vstop v druge programe pomoči (34).

- **Programi zamenjave** (izmenjave) igel veliko pripomorejo k zmanjševanju okužb. Izvajajo jih v glavnem nevladne organizacije. Namenjeni so zamenjavi pribora za injiciranje drog (na terenu in brezplačno tudi v lekarnah). Na območjih, kjer ni programov zmanjševanja škode, poteka sekundarna zamenjava igel – oblika terenskega dela, ki jo izvajajo uporabniki drog sami (8,31).

- **Skupine za samopomoč** so organizirane kot podporne skupine v programih nizkega in visokega praga in tudi izven programov. Njihovi programi so usmerjeni h konkretni pomoči posamezniku, kot je spremljanje v kriznih situacijah, pomoč pri iskanju stanovanja in zaposlitve kot tudi podpora pri vzdrževanju abstinence itd. (31). V skupine za samopomoč se vključujejo osebe OPD pod pogoji (abstinenca ali ne), ki veljajo za konkretni program.

- Med programe nizkega praga uvrščamo tudi **metadonski vzdrževalni program in zdravljenje z drugimi substitucijskimi zdravili**. Cilji programa so (33):

1. pomagati pacientu, da ostane zdrav, dokler z ustrežno nego in podporo ne more živeti brez prepovedanih drog;
2. zmanjšati uporabo prepovedanih drog in zdravil, ki za posameznika niso predpisana;
3. reševanje težav, povezanih z zlorabo drog;
4. zmanjševanje nevarnosti, povezanih z zlorabo drog, zlasti tveganje za smrt zaradi prevelikega odmerka droge, okužbe s HIV, hepatitisom B in C in drugih okužb, ki se prenašajo s krvjo in skupno uporabo injekcijskih pripomočkov;
5. zmanjšati trajanje epizod zlorabe drog;
6. zmanjšati možnosti za recidiv in škodljivo rabo droge v prihodnosti;
7. zmanjšati potrebe po kriminalni dejavnosti za financiranje zlorabe drog;
8. stabilizacija pacienta z nadomestnim zdravilom, če je to potrebno za ublažitev odtegnitvenih simptomov;

9. izboljšati udeležbo pri drugi zdravstveni negi, izboljšati splošno osebno in družinsko delovanje.

V Sloveniji obstaja substitucijsko zdravljenje samo za osebe, ki so odvisne od heroina. Vključitev v program je prostovoljna, pogojena pa je z določenimi minimalnimi zahtevami za vstop v program. Med njimi je pomemben Terapevtski dogovor, ki ga mora podpisati kandidat za sprejem v program. Sprejem poteka na podlagi opravljene anamneze, kliničnega pregleda in izpolnjenosti pogojev za vstop. O sprejemu odloča tim, v katerem je psihiater. Kljub temu, da oseba OPD izpolnjuje pogoje za vstop v program, lahko strokovni tim vključitev tudi zavrne (33).

### **c) Programi visokega praga**

Za programe visokega praga je ključni celosti pristop in integralna miselnost. Ti programi so sistemi, ki se prilagajajo času, družbenim spremembam in potrebam uporabnikov. Povezani so v državne, meddržavne, celinske in svetovne zveze, ki večinoma določajo tudi kakovostne standarde in druge temeljne opredelitve za programe visokega praga (23).

Programi visokega praga zajemajo tiste osebe OPD, ki so zmožne abstimirati vsaj krajše obdobje, ne zmorejo pa, brez ustrezne pomoči, trajnega ohranjanja abstinence. Programi zastopajo miselnost, da človek svojo odvisnost lahko preseže. Na človeka gledajo kot na celoto, v kar se vključuje tudi dimenzija svobodnega odločanja o sebi. Bistvo teh programov ni, da človeka spremenijo v smislu njegovih potez in lastnosti temveč, da vključeni v program, razvijejo dodatne zmožnosti, ki jim omogočajo konstruktivno živeti s sabo in svojimi lastnostmi. V te programe se vključujejo uporabniki, ki so OPD, izjemoma tudi odvisni od alkohola in so pripravljeni reševati problem odvisnost, hkrati pa se dotakniti celostnega urejanja odvisnosti na telesnem, duševnem, socialno - odnosnem in na duhovnem področju. Z osebami OPD se v programe vključujejo tudi njihovi pomembni bližnji, saj sodelovanje le - teh bistveno vpliva na uspešnost zdravljenja (35).

Programi visokega praga so različno organizirani, so različnih oblik in vsi vsebujejo elemente reintegracije. Glede na čas, ki ga potrebuje uporabnik, da program konča, ločimo kratkotrajne programe, ki trajajo od nekaj mesecev do enega leta in dolgotrajne, ki jih posameznik zaključi po dveh do petih letih. Z vidika organiziranosti se programi visokega praga delijo na nestanovanjske in stanovanjske. Med nestanovanjske sodijo ambulantni tipi teh programov in dnevni centri. V stanovanjskih programih pa uporabnik preživi daljše obdobje v komuni ali terapevtski skupnosti kot svoji začasni družini. V praksi je najpogostejša kombinirana organiziranost: uporabniki se v obliki dnevnih programov pripravljajo na bivanje v terapevtski skupnosti (stanovanjski) in se iz nje ponovno reintegrirajo v družbo ob podpori ambulantno organiziranega programa (35).

Z vidika doktrine delovanja in kadrovske zasedbe delimo programe visokega praga, na programe samopomoči (laične), na »čisto« strokovno vodene in na kombinirane programe. Laični programi so oblikovani večinoma kot komune in temeljijo na medsebojni samopomoči med uporabniki. Strokovnih delavcev večinoma ne vključujejo ali jih vključujejo le kot sodelavce, brez temeljne vloge pri ključnih odločitvah. »Čisti« strokovni programi so praviloma zajeti v javnih zdravstvenih mrežah. Kombinirani programi pa največkrat sovpadajo s terapevtskimi skupnostmi, kjer v timih praviloma velja načelo tretjinskih deležev pri odločanju in izvajanju programa: del je strokovnih delavcev (formalno izobraženi

terapevti), del je bivših zasvojenec z uspešno zaključenim programom in del je prostovoljnih, laičnih sodelavcev (35).

Po svojih bistvenih lastnostih se programi visokega praga povsem ločujejo od drugih programov, ki so namenjeni uživalcem drog in se v ničemer bistveno ne podvajajo in ne »ukinjajo« potrebe po programih zmanjševanja škode na področju drog (35).

## ■ Celostno zdravljenje v specialni bolnišnici

Odvisnost je kronična bolezen. Njena kroničnost se odraža v spremenjenosti nevrobiologije (17).

Posledica odvisnosti so vedenjske spremembe, ki so odvisne tudi od tega, katero področje možganov je spremenjeno in v kakšni meri. Zaradi organskih sprememb obrambni mehanizmi človeka oslabijo in potlačeni čustveni konflikti postanejo vidni. Vedenjske spremembe lahko vključujejo (36):

- pešanje pomnjenja, kar se kaže v nesposobnosti, da si človek zapomni tisto, kar se dogaja v sedanosti;
- pešanje presojanja in oslABLJENA kontrola impulzov, ki se kaže v načinu izražanja: grob, surov jezik, neprimerne šale;
- pešanje sposobnosti za abstraktno mišljenje: lahko se pojavi prehitevanje ali upočasnitev mišljenja, ki lahko privede do popolne dezorganizacije, saj pacient zaradi teh posledic ne more izreči posameznih delov trditve oziroma kar reče, interpretira dobesedno;
- sprememba drugih, višjih kortikalnih funkcij, pri čemer lahko pride do spremembe govora, kot sta afazija in mutizem;
- osebnostne spremembe, ki lahko vključujejo spremembo vedenja, kar se lahko pokaže kot paranoja, izzivalnost, kompulzivnost;
- stanje zavesti: pojavi se lahko zamračenost zavesti; pacient se težko koncentrira na temo pogovora, ker mu pozornost bega;
- motnje percepcije: vključujejo lahko napačne interpretacije, iluzije in halucinacije;
- ciklus spanja in budnosti se lahko odraža v živih sanjah ali nočnih morah;
- psihomotorna aktivnost: spremembe lahko nihajo od ene skrajnosti k drugi, ponavadi se lahko odražajo v nemiru ali hiperaktivnosti;
- čustvene motnje: mednje spadajo strah, anksioznost, depresija, razdražljivost, evforija in apatija ali čustvena labilnost (smeh in jok brez pravega vzroka).

Simptomi se spreminjajo glede na mesto in obseg pacientove organske motnje.

Osebe OPD so heterogena populacija (v različnih fazah, različno hudo odvisni, z različno medicinsko in psihiatrično komorbidnostjo, v različnih življenjskih obdobjih, različno motivirani, različnega spola), ki v različnih obdobjih potrebuje različne intervencije, zato celostno zdravljenje obsega najbolj primerno kombinacijo farmakoloških, drugih medicinskih, psiholoških in socialnih ukrepov, ki so potrebni v različnih fazah zdravljenja. Pri tem pa je pomembno, da imajo terapevti določenega delovnega okolja enotno in jasno prepoznavno filozofijo zdravljenja. Programi morajo imeti jasno določeno strukturo. (Drugače so manj učinkoviti, ker dvigujejo anksioznost.) Strukturiranost pacientu omogoča lažje obvladovanje: 1. kompulzivnega vedenja, 2. narcizma (da za njega ne veljajo zakonitosti) in 3. eksistencialne

praznine, anksioznosti... . Pacientu najbolj pomaga, če so ob zelo veliki čustveni podpori vključeni še mehanizmi nadzora, na katere prostovoljno pristane v terapevtskem dogovoru (37).

Najpomembnejša dejavnika v procesu zdravljenja sta torej empatija in struktura. Cilj zdravljenja je zadovoljno življenje v abstinenci (37).

Zdravljenje poteka po stopnjah oziroma obdobjih (38): pri osebi OPD pride do točke preobrata, ko dojame, da so njeni problemi posledica odvisnosti in sprejme osebno odgovornost za to. Nad rabo droge ni več navdušena, ampak postane razdvojena (ambivalentna). Spoznava, da zaradi uživanja droge izgublja to, kar ji je najdražje (službo, odnose z bližnjimi, življenjsko perspektivo), obenem pa se opustitve boji. Na tej točki postane motivacija pomemben dejavnik zdravljenja. Z njo je potrebno doseči, da se pacient svoje razdvojenosti zave in jo sprejme. V naslednjem obdobju je potrebno pacientu odpirati perspektive zdravljenja in spodbujati upanje, da bo zmožan živeti brez droge. Sledi obdobje vzdrževanja abstinence oziroma preprečevanja ponovitve odvisnosti (38).

Nujni proces zdravljenja je **razstrupitev** (detoksikacija), saj pacient OPD zaradi učinkov drog ne more trezno razmišljati. Cilj razstrupitve je treznost in motivacija za trajno opustitev drog. Pri tem se mora ves tim, ki sodeluje v tem procesu, zavedati, da sta med najpomembnejšimi posledicami odtegnitve drog anksioznost in depresivnost, ki sta v veliki meri nevrofiziološko pogojeni. Kronična raba opijatov namreč otopi opijatne receptorje, zaradi česar običajne koncentracije telesu lastnih opijatov osebe OPD ne zadovoljijo več. To povzroča depresivnost. Običajno pacient potrebuje podporo z zdravili in oblike psihoterapije in/ali socioterapije. Potrebno je okrepiti tudi njegovo samozavest in optimističen pogled v prihodnost (38).

Psihični abstinencijski znaki (hlepenje, depresivnost...) so običajno prisotni še daljše obdobje po tem, ko oseba OPD prekine z uživanjem droge. Povečano željo po ponovnem jemanju in kompulzivno iskanje ter jemanje drog – recidiv lahko sprožijo določene asociacije (spomini), stres, okolje, majhen odmerek psihoaktivne snovi, idr.. To kaže na dejstvo, da so spremembe v možganih osebe OPD dolgotrajne in da se možgani odzovejo na nekatere dražljaje drugače, kot bi se pred odvisnostjo oziroma pri zdravih osebah. Med razlogi za recidiv so lahko tudi morebitne okvare dopaminskih nevronov, ki posledično zmanjšujejo sproščanje dopamina v akumbensu in povzročijo nezmožnost doživljanja ugodja v abstinenci (38).

Kot nujna stanja v procesu zdravljenja (in tudi drugače) je poleg abstinencijske krize in recidiva potrebno obravnavati tudi predoziranje (prevelik odmerek droge) in težnjo po samomoru. Do predoziranja pride najpogosteje pri kombinaciji različnih drog ali zdravil in predvsem alkohola. Lahko namerno ali nenamerno, kot težnja po samomoru. (Za pomoč veljajo splošna načela za obravnavo zastrupljenec.) Težnja po samomoru pa se pojavi kot posledica znižanega samospoštovanja zaradi številnih neuspešnih poskusov vzpostavitve abstinence. Sram, brezup in globoka depresija se pogosto zaključita s predoziranjem (10). Ukrepanje je podobno kot sicer pri samomorilnih bolnikih in ga obravnavamo v naslednjem poglavju.

Pri uživalcih drog zdravniki pogosto ugotovijo tudi istočasni obstoj psihiatrične motnje (komorbidnost). Teh motenj ni lahko prepoznati, ker odvisniško vedenje in zloraba drog neredko povzročata simptomatiko, ki je precej podobna tisti, ki jo srečamo pri številnih drugih duševnih motnjah. Med pridruženimi duševnimi motnjami so najpogostejše: depresivnost, anksioznost, osebnostne in psihotične motnje in motnje hranjenja (39).

## **4 ZDRAVSTVENA NEGA**

Zdravstvena nega (v nadaljevanju ZN) je ena najstarejših dejavnosti. Potreba po njej je stara kot človeštvo. O strokovni ZN govorimo šele od časa Florence Nightingale (1820-1910), ki je ustanovila prvo šolo za medicinske sestre (v nadaljevanju MS). Danes je ZN profesionalna disciplina (znanost, veda), ki črpa svoje znanje v lastni teoriji in praksi, družboslovnih in naravoslovnih znanostih ter v filozofiji (40).

Nosilka stroke ZN je MS, ki je samostojna strokovna delavka, odgovorna za svoje delo. Njene funkcije so neposredno povezane s poslanstvom ZN. Osnovne funkcije MS so izvajanje in vodenje ZN v vseh njenih elementih, poučevanje pacientov in sodelavcev v timu, aktivno sodelovanje v zdravstvenem timu in razvoj prakse ZN na osnovi kritičnega razmišljanja in raziskovalnega dela (40).

### **4.1 Definicija sodobne zdravstvene nege**

Definicija, ki jo je sprejelo mednarodno združenje MS (Internacional council of nursing – ICN, 2004) pravi, da ZN obsega samostojno, neodvisno obravnavo posameznikov vseh starosti, družin, skupin in skupnosti, bolnih in zdravih v vseh okoljih. Vključuje promocijo zdravja, preprečevanje bolezni ter skrb za bolne, invalidne in umirajoče ljudi. Glavne naloge ZN so tudi zagovorništvo, promoviranje varnega okolja, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike ter managementa zdravstvenih sistemov in izobraževanja ter vzgoje (6).

Sodobna ZN temelji na naslednjih elementih: filozofiji, terminologiji, procesu ZN, modelih, teorijah, klasifikaciji, empiričnih indikatorjih, kategorizaciji, komuniciranju, dokumentiranju, organiziranju, izobraževanju, strokovnem izpopolnjevanju, raziskovanju, poklicnem kodeksu, poklicnih združenjih in zakonodaji (40).

Temeljni dokumenti, ki opredeljujejo stroko ZN, omogočajo kakovostno, kontinuirano in predvsem avtonomno stroko s specifičnim delovanjem, saj v skrbi za zdravje posameznika, skupine in družbe zapolnjuje tiste vrzeli, ki jih medicina in druge znanosti ne morejo učinkovito pokrivati (40).

### **4.2 Proces zdravstvene nege**

Proces zdravstvene nege (v nadaljevanju PZN) je sodobna metoda dela in kot taka tvori osnovo za izvajanje sodobne ZN. Podlaga za PZN so bile druge vede, predvsem: sistemska teorija, teorija odločanja in kibernetika. To je sodoben metodološki pristop, ki ga odlikuje visoka stopnja organiziranosti. Omogoča sistematično, logično spoznavanje in reševanje problemov pacienta v okviru ZN. Upošteva usmeritev k pacientu, njegovo aktivno vlogo in celovitost. PZN temelji na metodi ugotavljanja telesnih, duševnih in socialnih potreb posameznika, družine ali družbene skupnosti in je nasproten tradicionalni rutinski metodi (40).

### 4.3 Vloga medicinske sestre v procesu zdravstvene nege

MS ugotavlja potrebe po ZN, jih planira, izvaja in vrednoti po procesni metodi dela (40):

*V prvi fazi PZN – fazi ocenjevanja MS:* 1. zbira podatke in informacije glede na model, teorijo in klasifikacijski sistem, 2. identificira splošne probleme, 3. analizira zbrane podatke, 4. identificira specifične probleme, 5. oblikuje diagnostične hipoteze in 6. diagnostične hipoteze preizkusi.

MS začne z zbiranjem podatkov že ob prvem srečanju s pacientom in s tem nadaljuje skozi celotno obdobje obravnave. Prva faza PZN se prepleta z drugimi fazami, ker se lahko potrebe pacienta po ZN zelo hitro spreminjajo, kar ima za posledico spremembo negovalnega načrta.

MS zbira podatke s pomočjo: negovalne anamneze, s pogovorom in z opazovanjem pacienta, pregledom medicinske in negovalne dokumentacije, s pogovorom s svojci in člani zdravstvenega in negovalnega tima (sekundarni viri). Podatke zbira na takten, nevsiljiv način z uporabo verbalne in neverbalne komunikacije, tehniko splošnega in specialnega opazovanja in merjenja.

Zbrane podatke MS strukturira glede na model in teorijo ali klasifikacijski sistem, ki ga uporabi. Pri tem uporabi obrazce, ki so del dokumentacije ZN. Ti podatki opozarjajo na probleme, ki jih MS lahko opazi ali predvideva, ali pa jih pacient izpove sam.

Z analizo podatkov in informacij, ki zajema preverjanje podatkov, razlago in potrditev, MS ugotavlja zanesljivost in usklajenost podatkov ter ugotavlja, ali zbrani podatki kažejo na težave in probleme pacienta, za katere je pristojna in odgovorna, da jih rešuje.

*V drugi fazi – fazi negovalne diagnoze MS oblikuje točne negovalne diagnoze (v nadaljevanju ND).*

Prva in druga faza PZN predstavljata model diagnostičnega procesa.

*V tretji fazi – fazi ciljev MS izdelava 1. lestvice negovalnih diagnoz po prioriteti reševanja problemov (prednostno rešuje probleme, ki pacienta ogrožajo) in 2. oblikuje cilje.*

Cilji morajo biti realni, časovno opredeljeni in usklajeni. Razdeljeni so na cilje, ki so vezani na MS in cilje, ki zadevajo pacienta. Cilji, ki so vezani na MS, določajo postopke, ki jih mora MS izvesti za doseganje rezultatov ZN in so podlaga za vrednotenje uspešnosti in učinkovitosti ZN pacienta in so poimenovani tudi »pričakovani rezultati«.

Postavljeni cilji ZN, ki izhajajo iz ND, morajo biti usklajeni s sposobnostmi pacienta in njegovo družino, kadrovskimi in materialnimi možnostmi ustanove in s celotnim načrtom ZN. Oblikovani morajo biti kratko, jasno in specifično.

*V četrti fazi – fazi načrtovanja MS načrtuje negovalne intervencije kot odgovor na vprašanje, »kaj je potrebno storiti, da bi zastavljene cilje dosegli«.* Pri tem se srečuje s tremi problemskimi področji: 1. področjem ND, 2. interdisciplinarnimi problemi in 3. področjem

medicinskih diagnoz. Ta problemska področja delijo intervencije na samostojne, soodvisne in odvisne.

Intervencije, povezane s področjem ND, so v celoti v pristojnosti in odgovornosti stroke ZN. Intervencije, ki se nanašajo na interdisciplinarno problemsko področje, so soodvisne, pri čemer je delo MS delno samostojno in sicer v tistem delu, kjer samostojno deluje. Intervencije, ki se nanašajo na področje medicinskih diagnoz, so odvisne intervencije.

Načrtovanje ZN je aktivni miselni proces, ki temelji na teoriji stroke ZN. Pri načrtovanju ZN je pacient enakopravni partner MS, kajti brez njegovega strinjanja in privolitve ZN sploh ni mogoča. Načrtovanje intervencij ZN zagotavlja kontinuiteto ZN.

Na osnovi vzrokov problemov in postavljenih ciljev MS sestavi najustreznejši izbor intervencij in jih vpiše v načrt ZN. Intervencije ZN morajo biti opredeljene vsebinsko, časovno, kadrovsko, metodološko in materialno. Pri izboru in načrtovanju intervencij MS upošteva vrste problemov, njihove vzroke, pričakovane rezultate in predpisani diagnostično terapevtski program.

*V peti fazi – fazi izvajanja MS:* 1. ponovno preverja stanje, obnašanje pacienta z vidika sprememb in preverja ustreznost načrtovanih intervencij ZN, 2. ocenjuje pogoje za izvajanje, 3. izvaja načrtovane intervencije in sprotno vrednoti vpliv intervencij ZN na pacienta.

*V šesti fazi – fazi vrednotenja učinkovitosti in uspešnosti ZN MS:* 1. oceni stanje, obnašanje, ravnanje pacienta, 2. ovrednoti cilje in 3. ovrednoti intervencije ZN.

MS v vseh fazah procesa ZN vrednoti uspešnost in učinkovitost ZN. Potrebno pa je tudi končno vrednotenje za vsako ND posebej, ki ga MS izvaja skupaj s pacientom in če je potrebno, tudi s člani družine. Pri tem sodelujejo tudi vsi člani tima ZN, ki so vključeni v ZN posameznega pacienta.

Če načrtovani cilji niso doseženi, se proces ZN prične znova.

Končno vrednotenje ZN je sestavni del poročila o ZN, ki je namenjeno analizi ZN in je hkrati podlaga za ocenjevanje kakovosti ZN.

## ■ **Negovalna diagnoza**

MS v procesu ZN postavlja ND. ND je osnova za postavitve ciljev in nadaljnje načrtovanje postopkov ZN. Postavitve ND je zaključek druge faze procesa. Nekateri avtorji namesto izraza ND raje uporabljajo izraz negovalni problem. MS ne postavlja medicinske diagnoze, ampak ND. Vanjo vključi tiste fizične, psihične in socialne probleme pacienta, ki jih je sposobna reševati sama v okviru svojih pristojnosti (40).

Bistvene značilnosti ND so (40):

- ND je opis problemov in težav oziroma reakcij posameznika, družine, skupine na zdravstveno stanje ali življenjsko situacijo;

- ND je v pristojnosti MS, oziroma stroke ZN;
- ND je osnova za načrtovanje in izvajanje intervencij ZN za doseg pričakovanih rezultatov;
- ND je spremenljiva in sicer se vedno spremeni takrat, ko se spremenijo težave oziroma problemi pacienta.

Pri oblikovanju ND je najbolj uporaben in razširjen model Marjory Gordon, ki vključuje (41):

- problem;
- etiologijo;
- simptom – PES.

Poleg individualnih negovalnih diagnoz, ki jih MS oblikuje za posameznega pacienta, poznamo tudi različne klasifikacije splošnih, standardnih negovalnih diagnoz.

#### **4.4 Zdravstvena nega pacienta odvisnega od prepovedanih drog v specialni bolnišnici**

ZN pacienta OPD izvira iz osnovnih človeških potreb. Ne glede na to, ali je človek zdrav ali bolan, mora MS vseskozi upoštevati vselej prisotne človekove potrebe po hrani, zavetju, obleki, ljubezni in priznanju, po občutju koristnosti in po medsebojni odvisnosti v odnosih z drugimi (42).

Cilj ZN pacienta OPD je zadovoljevanje pacientovih telesnih, čustvenih, socialnih in duhovnih potreb (42).

##### **4.4.1 Definicija psihiatrične zdravstvene nege**

Psihiatrična ZN je specialno področje prakse ZN, ki se ukvarja s posameznikom, njegovimi duševnimi težavami in motnjami, družino ali širšo skupnostjo v primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvenem varstvu. Njena osnovna značilnost je medosebni odnos med MS in pacientom, usmerjen v prizadevanje pospeševanja in podpiranja vedenja, katerega cilj je razvoj osebnosti in prilagojeno funkcioniranje (43).

#### **4.5 Vloga medicinske sestre v procesu zdravstvene nege pacienta odvisnega od prepovedanih drog**

Najpomembnejše orodje v psihiatrični ZN sta MS ali zdravstveni tehnik (v nadaljevanju ZT) sama s svojo osebnostjo (44).

Delo v psihiatrični ZN terja od MS etično – moralno trdnost, delovno in socialno zavest, sposobnost ustreznega čustvovanja in empatije. MS mora poznati psihiatrična obolenja in sindrome, teorijo medosebnih odnosov in komunikacij, razumeti mora pacientovo duševnost, njegovo osebnost, njegovo neposredno okolje in pacienta mora spoštovati. Neprestano mora preverjati svoja lastna stališča in način razmišljanja, reagiranja ter uporabljene metode.



Poznati mora lastna reagiranja v kriznih situacijah. Za vse to potrebuje tudi supervizijo, ki ji omogoča, da sprejema in prenaša stiske in vznemirjenja pacientov. S pacientom mora razviti terapevtski odnos, s katerim zagotovi dobro počutje, pospešitev okrevanja ter podporo in pomoč pri doseganju njegove samostojnosti in neodvisnosti. Temelje tega odnosa mora jasno postaviti že na začetku (42,45,46).

MS pri svojem delu sodeluje tudi z drugimi strokovnimi delavci. Tako je najpomembnejši član tima zdravstvene nege in v okviru te naloge skrbi za pacienta od sprejema do odpusta. V PZN sodeluje tudi pri realizaciji diagnostično-terapevtskega načrta, katerega iniciator je zdravnik. Pri tem izvaja diagnostično-terapevtske posege ali sodeluje pri njih ter organizira diagnostično terapevtsko dejavnost. V okviru realizacije celotnega načrta sodeluje z zdravnikom in mu poroča o svojih opažanjih, izvaja naročene posege ali sodeluje pri organizaciji in skrbi za povezavo z drugimi službami. MS je tudi najpomembnejši član multidisciplinarnega tima v psihosocialni rehabilitaciji pacienta. Ugotavlja potrebe pacienta in se pri tem povezuje z vsemi člani tima in z drugimi oblikami pomoči pacientu. Sodeluje v terapevtskih skupinah, klubih in skupinah za samopomoč. Odgovorna je za strokovno pravilno opravljeno delo (40,46).

#### **4.5.1 Proces zdravstvene nege v specialni bolnišnici**

PZN se prične, ko MS stopi v stik s pacientom in odkriva njegove probleme. Glede na ugotovljene potrebe mora s pacientom sistematično načrtovati ZN, izvajati aktivnosti in ovrednotiti dosežke.

Po pridobitvi podatkov sledi ND – bistveni element PZN. Postavljanje ND je proces, sestavljen iz več faz. V prvo fazo sodi ocena mentalnega statusa, opazovanje, pogovor o preteklih izkušnjah, fizični pregled, ocena tveganj z uporabo standardnih lestvic in pogovor, ki je namenjen pridobitvi ustreznih podatkov. V drugi fazi MS analizira in združuje podatke. V tretji fazi loči negovalne in kolaborativne probleme ter medicinske diagnoze. Sledi pravilno oblikovanje negovalnih diagnoz in kolaborativnih problemov in nato zadnja faza – izbor prednostne negovalne diagnoze in kolaborativnih problemov.

Po oblikovanih ND mora MS določiti cilje ZN, sledi planiranje ZN in negovalnih intervencij, izvajanje načrta ZN in vrednotenje (47).

MS vključi v individualni rehabilitacijski načrt vsakega pacienta tudi intervencije ZN po odpustu iz bolnišnice (48).

Bolezen OPD vpliva na pacientove zmožnosti izvajanja temeljnih življenjskih aktivnosti, zmanjša njegove sposobnosti prevzemanja odgovornosti za lastno zdravje, vedenje in razvijanje življenjskih navad, ki krepijo zdravje. Pacienti, ki so v odtegnitveni krizi od prepovedanih drog, so delno ali popolnoma odvisni od zdravstvene nege. Pacienti, vključeni v psihoterapevtski program zdravljenja, pa so pretežno samostojni pri izvajanju temeljnih življenjskih aktivnosti. Pri zdravstveni negi slednjih je poudarek na procesu terapevtske komunikacije in zdravstveno - vzgojnem delu, ki pacientu pomaga do večje uspešnosti in zadovoljstva v življenju brez rabe drog (49).

Naloge MS v ZN pacienta OPD so (50):

- pacienta in njegove svojce uči pravih interakcij in ustrezne komunikacije;
- daje informacije in je svetovalka v zunanjih in notranjih konfliktih, ki jih doživlja pacient;
- je vodja v vsakdanjem življenju, ko vzpodbuja in uči vsakodnevne fizične, socialne in družbene aktivnosti;
- konkretno pomaga pacientu ali ga samo vzpodbuja pri vsakodnevnih telesnih potrebah (kadar je to potrebno) in izvaja medicinsko tehnične posege;
- zagotavlja pacientovo varnost, ga vzpodbuja in uči izražanja čustev;
- omogoča terapevtsko okolje;
- deluje zdravstveno vzgojno na področju duševnega zdravja, tako v stiku s pacientom, njegovimi svojci kot tudi v širši skupnosti (v procesu integracije pacienta v družbo);

Osnovna naloga MS je neposredna bližina in stalna terapevtska komunikacija. Na osnovi medsebojnega odnosa s pacientom MS sprejema različne vloge: od vloge popolnega tujca, ko vzpostavi začetni odnos s pacientom in z zavzetostjo, zaupanjem in pristno človeško komunikacijo spozna in začuti njegove potrebe, stiske in težave, do osebe, ki je potrpežljiva, pogumna, etična, daje informacije, uči, svetuje, varuje, tolaži in zanj skrbi. Pogosto predstavlja ali nadomešča drugo pomembno osebo v pacientovem življenju (51).

Ena najpomembnejših nalog MS na psihiatričnem področju je zaščita pacienta pred samomorom in zaščita drugih pred tem, da bi jih pacient poškodoval. Pri pacientih v odtegnitveni krizi je pogosto prisotna avtoagresivnost, suicidalna ogroženost ali heteroagresivnost (49,51). Intervencije ZN so usmerjene predvsem v zagotavljanje varnosti. Postopki, ki jih mora MS pri tem upoštevati so (51):

- terapevtska komunikacija, s katero komunicira s pacientom in sodelavci in vzpostavlja zaupanje ter zmanjšuje možnost za samomorilno vedenje pacienta;
- pravočasno mora prepoznati tveganja (uporaba lestvice) in možnosti samomorilnega vedenja in se pripraviti na potrebno ukrepanje in reševanje problema;
- obravnavati in analizirati mora dejstva in podatke, kot so npr. pritožbe, možna tveganja, incidenti in neželeni dogodki (kar naj se obravnava na sistematičen in znanstveno raziskovalen način);
- uporaba modela odločanja in ukrepanja, ki naj temelji na ugotovljenih dejstvih in možnih rešitvah;
- zagotovitev varnosti pacienta in omogočanje pomoči v vsakem trenutku, ko se počuti tesnoben, ogrožen ali napet;
- pri omejevanju pacienta upošteva protokol za posebne varnostne ukrepe;
- pred fizičnim omejevanjem pacienta **oceni** druge možnosti zagotavljanja varnosti pacienta ob aplikaciji zdravil.

#### 4.5.2 Komunikacija v procesu zdravstvene nege

##### a) Pomen komunikacije

Kakovostna psihiatrična nega temelji na kakovostni komunikaciji in terapevtskem odnosu med pacientom in MS. V tem odnosu MS izraža znanja, stališča, vrednote in čustva (42,44).

Komunikacija je proces, s katerim MS osnuje odnos do sočloveka in udejanja svoje poklicno poslanstvo kot pomočnica posamezniku ali družini v preventivi, zdravju, doživljanju bolezni in trpljenju. Z njo posreduje informacije, pomaga pacientu izražati občutke in duševne reakcije na bolezen in mu pomaga pri zadovoljevanju njegovih potreb (52).

Cilj vsake komunikacije je: biti slišan in priznan, biti razumljen in sprejet (42).

V komunikaciji s pacientom se mora MS zavedati, da je njegov svet drugačen, kot svet zdravega človeka, zato je tudi njegov jezik drugačen. Pacient se pogosto odziva s strahom, jezo, depresijo, agresijo... MS mora te odzive razumeti kot obrambo ogroženega človeka. Vedno znova in znova mora razmisliti, kaj storiti in kaj reči (42).

Komunikacija v psihiatrični ZN je terapevtsko sredstvo za pomoč pacientu. Kot taka je pomembna, ker je: 1. nosilec terapevtskega odnosa, saj zagotavlja potrebne informacije in omogoča izmenjavo misli in občutkov med pacientom in MS; 2. je orodje, ki omogoča MS vplivati na pacientovo vedenje in 3. je sredstvo, brez katerega MS ne moreta vzpostaviti terapevtskega odnosa. Komunikacija lahko razvoj odnosa pospeši, ali pa ga tudi zavira (42).

Za terapevtsko komunikacijo so značilni naslednji elementi (42):

1. zaupanje, ki omogoča odnos. MS ga pridobi s spoštljivim sprejemanjem občutja pacienta, z jasno komunikacijo, empatičnim poslušanjem, z lastno doslednostjo in spoštljivostjo do pacientovega vedenja;
2. sprejemanje pomeni, da MS ne odklanja pacienta kljub napakam in slabostim. S svojim pristopom, ki pacienta ne obsoja, ampak le sporoča, mu pomaga, da uvidi lastne napake, se zave potrebe po spremembi vedenja in se nauči novih vzorcev obnašanja;
3. empatija, ki je eden izmed najučinkovitejših dejavnikov v doseganju sprememb in učenja, pomeni vživljanje v bolnikovo situacijo z namenom pristne pomoči pacientu;
4. spoštovanje je izkazovanje pozornosti do pacienta, priznavanje njegove pomembnosti, vrednosti in dostojanstva. V spoštovanju se izraža stališče MS do pacienta.
5. samorazkrivanje pacienta vodi k uvidu v njegove probleme, občutke in vedenje. Samorazkrivanje MS ni primerno, ker lahko pacienta obremeni.
6. zaupnost zahteva, da MS vsebino pogovora s pacientom obdrži zase. Informacije o razgovoru sme dati le določenim zdravstvenim delavcem, kadar je to v pacientovo korist. Pri tem mora MS upoštevati profesionalni kodeks in veljavne predpise.

Terapevtska komunikacija je vedno usmerjena k cilju in je namenjena izključno zadovoljevanju pacientovih potreb. MS se je mora lotevati premišljeno. Zavedati se mora, da ni mogoče ne komunicirati in da je tudi molk zgovorno dejanje. Komuniciranje ni zgolj izbira besed, temveč je kompleksen proces, ki vključuje izmenjavo misli med dvema ali več posamezniki in predstavlja sposobnost izmenjave gest, simbolov, informacij, dejanj. Ugotovljeno je, da 55% vtisa pridobimo iz videza, 38% iz glasu sogovornika in le 7% k ustvarjanju mnenja pripomore vsebina sporočila (42,53).

Pomembnejša je torej nebesedna komunikacija, ki nadomešča besede, jih dopolnjuje ali jim nasprotuje, usmerja pogovor, izraža čustva, osebno in socialno identiteto ter postavlja interakcijo v kontekstu (53).

Ves proces ZN se mora MS zavedati, ko (37):

- pacienta posluša (aktivno s popolno pozornostjo), ga upošteva;
- se zavzema za pacienta, mu pokaže skrb, sočutnost;
- pacientu prepusti odgovornost za odločitve, mu omogoči možnost izbire;
- je s pacientom sproščena, vedra, se nasmeji, mu omogoča zadovoljevanje osnovnih psiholoških potreb;
- pacientu omogoča zadovoljevanje osnovnih psiholoških potreb, ustvarja dober odnos z njim.

## b) Motivacija v procesu komunikacije

Različne raziskave so pokazale, da ima človek, ki zboli za katerokoli obliko odvisnosti, probleme s samospoštovanjem. Za spremembo v bolj zdravo življenje potrebuje optimizem in spoštovanje (54).

V procesu celostnega, individualno usmerjenega zdravljenja, je proces komunikacije MS s pacientom usmerjen v motiviranje le-tega za doseg ciljev, ki so zanj bistvenega pomena (9):

1. razviti mora realna stališča do droge in do vloge, ki jo je le-ta imela pri razreševanju njegovih osebnostnih težav;
2. zgraditi mora uvid v razvoj svoje odvisnosti in psihodinamično osnovo, v katero se je zasedrlo uživanje droge;
3. oblikovati mora realnejšo predstavo o sebi, o svojih močeh in slabostih in tej predstavi prilagoditi svoja prizadevanja;
4. graditi zdravo samozavest in s konstruktivnim vedenjem in zadovoljivimi odnosi z drugimi ljudmi utrjevati svoje samospoštovanje;
5. naučiti se sprejemljivih (zanj in za druge), bolj zadovoljivih oblik socialnega vedenja;
6. razvijati dejavnosti, ki so usklajene z njegovimi interesi in težnjami in spoznati, da mu abstiniranje in vključenost v družbo lahko prineseta zadovoljno in uspešno življenje.

MS pacienta motivira v njegovih prizadevanjih za doseg ciljev in skuša to motiviranost tudi ohranjati. Vendar pa to, žal, ni preprosto.

Tako, kot je vedenje vsakega človeka vedno motivirano, je motivirano tudi vedenje pacienta OPD. Po eni strani ga spodbujajo potrebe in nagoni, po drugi strani pa je usmerjeno k različnim ciljem, kot so vrednote, ideali, čustva in drugi motivacijski cilji. Vse navedeno deluje kot motiv. Kot na vse ljudi, tudi na pacienta običajno deluje več različnih motivov. Če se le - ti med seboj ujemajo, ni problemov, če pa si med seboj nasprotujejo in se celo izključujejo, je to ovira, ki pomeni **frustracijo**. Kadar ovire ne more premagati, postane frustracija zelo neprijetna, pojavita se napetost in čustveni pritisk, ki se lahko okrepi do tesnobe, razdraženosti, panike in podobnih neprijetnih reakcij (55).

Ovire so lahko zunanje (oseba, ki človeka ovira, pomanjkanje denarja itd.) ali pa notranje (nek drug motiv, ki je danemu motivu nasproten). Kadar je ovira notranja, govorimo o konfliktu. Konfliktne situacije so zato hkrati tudi frustrirajoče. Konflikt je boj med motivi, ki se ovirajo in drug drugemu nasprotujejo. Pri neprijetnih in zelo težavnih konfliktih in frustracijah se zato pojavi težnja, da bi človek preprosto zbežal iz situacije. Vendar beg ni vedno možen in tudi če je, pogosto predstavlja le začasno olajšanje, potem pa se stvari še poslabšajo (55).

Pacientovo vedenje je razpeto med potrebo organizma po zaužitju droge in ciljem, da abstiniira in zaživi srečno življenje. Motiva si med seboj nasprotujeta, zato se pojavlja konflikt in močna frustracija. Kadar pacient tega ne more premagati, zapusti zdravljenje in zaužije drogo.

Pri motiviranju pacienta za zdravljenje imajo pomembno vlogo tudi stališča pacienta. Moč stališča do določenega vedenja (npr. do abstiniranja) je odvisna od privlačnosti cilja in pričakovanih rezultatov. Pacientova odločitev za zdravljenje je odvisna predvsem od njegovega mnenja, ali prinaša zdravljenje zanj dobre ali slabe posledice (56).

Pomemben vidik v motivaciji je tudi raven aspiracije, ki je odvisna od prejšnjih izkušenj – uspehov ali neuspehov pri določeni aktivnosti, torej tudi pri abstiniranju. Praviloma se pri uspehu pri določeni aktivnosti raven aspiracije nekoliko dvigne, po neuspehu pa zniža. Dolga serija uspehov zgradi določeno mero samozaupanja, zaporedni neuspehi pa znižujejo samozavest in s tem tudi intenzivnost in vztrajnost za nadaljnja prizadevanja, s čimer si posameznik sam zmanjšuje možnost, da bi uspel (56).

Zaradi bolezni je pacient nenehno razdvojen glede svojega zdravljenja: se zdraviti ali ne. Notranji konflikt povzroča že sama narava bolezni, saj gre za bolezen motivacijskega sistema v možganih, ki jo povzroči droga. Droga ima namreč sposobnost pridobiti lastnost nefiziološke manjkajoče »dobrine« in je hkrati tudi ojačevalec odvisniškega vedenja, ki prevzame vodilno mesto v motivacijski hierarhiji odvisnega (17).

V procesu zdravljenja bolezni odvisnosti so notranji in zunanji konflikti pacienta povezani predvsem z vzgojnimi problemi, kot je npr. z nespoštovanjem terapijskega dogovora o zdravljenju, neupoštevanjem mej, ki jih mora postavljati MS, da zagotovi pacientovo varno in strukturirano okolje in neupoštevanjem pravil vedenja, ki prinašajo spremembo v pacientovo življenje (57).

Posledica nemotiviranosti sta recidiv in popolna opustitev zdravljenja (57).

Ključnega pomena za motiviranje pacienta v PZN je uporaba motivacijskih tehnik. Z njimi MS vzpodbudi pacienta, da se dokončno odloči za zdravljenje in v njem tudi vztraja. Največkrat uspešno uporabi motivacijski intervju (57).

#### **4.5.3 Vloga medicinske sestre v procesu zdravstvene vzgoje**

Zdravstvena vzgoja je samostojna disciplina. Celovito zdravstveno vzgojo izvajajo strokovnjaki, ki obvladajo kombinacijo zdravstvenih in pedagoških znanj. V posamezne faze - predvsem v fazo izvajanja, se vključujejo tudi MS.

Cilj zdravstvene vzgoje je aktiven posameznik in s tem skupnost, ki pozna zdravje, pozna dejavnike tveganja v posamezniku in okolju in se zna ter želi bojevati za svoje zdravje in zdravje skupnosti (58).

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov opredeljuje zdravstveno vzgojo kot eno temeljnih nalog MS. V procesu ZN MS pacienta informira, uči in vzgaja (58).

*Informiranje* se v zdravstvu pojmuje kot enosmerna komunikacija. Informiranje pacienta o bolezni in zdravljenju je predvsem naloga zdravnika. Ko je bolnik seznanjen s svojo boleznijo in zavestno pristane na predlagane postopke in način zdravljenja, se v informacijski tok vključi tudi MS. MS pacienta natančneje prouči in postopno odgovarja na njegova vprašanja in dileme. Pri tem je odgovorna in dolžna dati vse informacije v zvezi z ZN z namenom, da se pacient čim bolj znajde na začetku, kasneje pa se to nadgrajuje (58).

*Učenje* je interaktivni proces, ki temelji na vzajemni komunikaciji. Usmerjeno je v proces spreminjanja razmišljanja posameznika, v pridobivanje znanja, spretnosti in veščin, v našem primeru glede razumevanja, sodelovanja in vodenja lastne bolezni (58.)

*Vzgajanje* pomeni duhovno in značajsko oblikovanje človeka, pomeni načrtno razvijanje določenih sposobnosti koga za opravljanje nekaterih nalog, kake dejavnosti. Torej tudi vzgojo in skrb za lastno zdravje. Vzgoja je stalen proces v oblikovanju in sooblikovanju človekove osebnosti. Temelji na učenju, saj je znanje temelj za oblikovanje vzgojnih kategorij, npr., ko veliko vemo o škodljivosti drog, je dana osnova za oblikovanje vrednote ne uživanja drog (58).

V vzgoji, še posebno v zdravstveni vzgoji pacientov, moramo ločiti pojma »namerna« in »nenamerna vzgoja«. »Namerna vzgoja« je vzgoja z vnaprej določenim, točno opredeljenim ciljem in je močno prisotna pri oblikovanju vsakega posameznika. Poteka po vnaprej določenem programu. Te značilnosti ima zdravstvena vzgoja pacienta OPD v zvezi z njegovo boleznijo in zdravjem (58).

Osnovno izhodišče v procesu vzgoje je zavedanje, da samo vsak posameznik s svojo aktivnostjo lahko doseže te cilje. MS lahko pri tem pomaga z zdravstveno vzgojnimi pristopi. Ob tem pa je izrednega pomena, da so postopki v procesu zdravljenja standardizirani in dorečeni znotraj timov. Zmedenost, ne-koherentnost informacij vzbujata pri pacientu nezaupanje in negotovost. Tudi znotraj tima mora teči informacija o pacientovih vprašanjih, njegovih izjavah ipd. (37,58).

Sodobni pristop v ZN v obliki procesa ZN močno poudarja zdravstveno vzgojo, usmerjeno v izoblikovanje nove, nestigmatizirane identitete.

Posameznikovo doživljanje samega sebe se sooblikuje v odnosih z okoljem, zato je v procesu zdravljenja potrebno vzpostaviti take terapevtske odnose, ki bodo omogočali, da bo pacient lahko dovolj dolgo, dovolj intenzivno in dovolj stabilno izkušal, da se z njim ravna drugače, kot je vajen in da se od njega pričakuje, da bo tudi on drugače ravnal z drugimi. Hkrati mu je potrebno zagotoviti tako strukturo in vsebino zdravljenja, da ga spodbuja k potrebnim spremembam. Ti dejavniki pomagajo pacientu izoblikovati novo, nestigmatizirano identiteto. S tem si krepita upanje in samospoštovanje. Oboje pa pomaga pri vzdrževanju abstinence (54).

Zdravstvena vzgoja je izražena tudi kot aktivnost učenja 14 življenjskih aktivnosti, kot jih opredeljuje V. Henderson. V vsako aktivnost je vključeno tudi učenje zdravih življenjskih vzorcev (ki so povezani s to aktivnostjo) (58).

Učenje zdravih življenjskih vzorcev je za pacienta OPD zelo velikega pomena, kajti intenzivno uživanje drog v mladostniškem obdobju, ki je namenjeno človekovemu dozorevanju, prepreči, zmoti ali iztiri učenje, ki je pomembno za to obdobje. Posledica so osebe OPD, ki nimajo življenjskih vzorcev, ki bi jih pridobile nazaj ali popravile. Morajo se

jih učiti od začetka, zato so, v primerjavi z zdravimi vrstniki, v velikem zaostanku (1). Za vzgojo in učenje teh pacientov potrebuje MS veliko znanja, razumevanja in potrpežljivosti.

V nadaljevanju predstavljamo nekaj primerov zdravstveno - vzgojnega delovanja MS pri ZN pacienta OPD po konceptualnem modelu V. Henderson.

### ■ **Življenjske aktivnosti po konceptualnem modelu Virginije Henderson**

Pacient OPD ima težave pri vseh življenjskih aktivnostih. Motena je samooskrba in zadovoljevanje želja in potreb, zato potrebuje strokovno pomoč.

- **Dihanje** je življenjska aktivnost, brez katere ni življenja. Z dihanjem se zadovoljuje potreba po kisiku. Ta je lahko včasih večja ali manjša (spanje, počitek, športne aktivnosti...).

Med pacienti OPD je najbolj ogroženo dihanje odvisnih od opiatov. Znani so številni smrtni primeri zaradi predoziranja s heroinom. Heroin namreč poskrbi, da nevroni v dihalnem centru možganskega debla postanejo popolnoma neobčutljivi na spodbujevalna sporočila, ki v normalnih okoliščinah sporočajo, naj človek diha. Mišice, ki nadzorujejo pljuča, ne dobijo nobenega ukaza, naj se krčijo, pljuča obstanejo in če ni pravočasne pomoči, človek umre. Ne glede na to, ali ljudje jemljejo opiate kot zdravilo, ali kot droge, je količina opiatov v možganih velika, zato lahko pride do zastoja dihanja. Ko zdravnik predpiše opiate kot zdravilo, pravi odmerek lajša bolečino in pomaga pri zdravljenju. Premajhen odmerek ni dovolj, prevelik odmerek pa zaustavi dihanje (1).

MS velik del zdravstveno vzgojnega dela nameni seznanjanju pacienta z nevarnostmi kombiniranega uživanja opiatov in alkohola ter predoziranja. Povečani nevarnosti predoziranja in s tem tudi smrtnosti, so izpostavljeni tisti, ki samovoljno zapustijo zdravljenje in posežejo po enakem odmerku droge, kot so ga uživali pred hospitalizacijo, ko je bila njihova toleranca do droge višja (57).

- **Prehranjevanje in pitje** sta tesno povezana z življenjskimi navadami. Za osebe OPD je značilen nezdrav življenjski slog. Prehranjujejo se neredno in nezdravo, pretežno z manjvrednimi ogljikovimi hidrati. Nekatere droge, kot so npr. opiati, zmanjšujejo salivacijo. Pri pacientih s pridruženno duševno motnjo so motnje v prehranskih navadah še izrazitejše.

MS pacienta uči in vzpodbuja k pravih prehranskim navadam in ga diskretno nadzoruje, da zaužije dovolj hrane in tekočine. Hrana je servirana v jedilnici, v času, ki je za to točno določen. MS pacienta ne sili s hrano, temveč ga vzpodbuja, da obrok zaužije in zagotovi mirno in sproščeno vzdušje. V primeru zavračanja hrane mora ugotoviti vzrok in pacienta poskušati prepričati o pomembnosti prehranjevanja in pitja za njegovo osebno počutje in zdravje (57).

- **Odvajanje in izločanje** je, tako kot prehranjevanje in pitje, tesno povezano z življenjskimi navadami. MS poskrbi za pacientovo zasebnost in telesno udobje pri defekaciji in mikciji.

Pacienti OPD so pogosto dehidrirani, zaradi česar je okrnjena mikcija. Uporaba opioidne terapije povzroča opstipacijo, zato mora biti MS posebno pozorna, da pacient ne zlorablja odvajal. V primeru potrebe zanj načrtuje manj invazivne intervencije za vzpostavitev

normalnega izločanja urina in blata. Predvsem pa ga vzpodbuja, da zaužije dovolj tekočine in hrane, ki je bogata z vlakninami (57).

- **Gibanje in ustrezna lega** sta pomembni aktivnosti, saj imajo pacienti v kronični napredujoči fazi bolezni pogosto težave pri gibanju. MS pacienta vzpodbuja k tistim gibalnim dejavnostim, ki jih zmore in načrtujeta intervencije, ki preprečujejo zaplete zaradi zmanjšane gibljivosti (57).
- **Spanje in počitek** omogočata obnovo psihofizičnih sposobnosti, zato sta pri pacientih OPD še posebej pomembni življenjski aktivnosti, saj je nespečnost reden pojav v akutni fazi zdravljenja.

V času detoksikacije pacient ne spi tudi več dni. Zaradi možnosti hitrega razvoja tolerance uporaba uspaval ni priporočljiva. MS pred spanjem poskrbi za odstranitev vseh zunanjih motečih dejavnikov, pacienta pomiri s pogovorom in poskrbi za njegovo večerno toaleta. Nauči ga sprostitvenih tehnik, ki jih lahko uporabi pred spanjem. Čez dan je pacient, ki ponoči ne spi, utrujen. MS ga razume, a ga vzpodbuja pri tistih aktivnostih, ki bi mu lahko pomagale k čimprejšnji odstranitvi nespečnosti (57).

- **Oblačenje**

MS že od sprejema dalje posveča pozornost pacientovi urejenosti. Pouči ga o vplivu obleke na človekovo samozavest. Poskrbi, da njegova svoboda glede oblačenja ni po nepotrebem okrnjena, vendar je pozorna na posebnosti, ki so značilne za kulturo oblačenja oseb OPD (razgaljen trebuh, globok dekolte, vpadljiv nakit itd.). Pomembno je, da skupaj s pacientom najde najustreznejšo obliko oblačenja, ki izraža njegovo osebno noto in je sprejemljiva tudi za okolje. Primerno oblečenega in urejenega tudi pohvali in motivira, da z osebnim urejanjem tudi nadaljuje (57).

- **Vzdrževanje normalne telesne temperature** je pomembno, saj je normalna telesna temperatura pogoj za normalno celično presnovo in delovanje organizma kot celote in je eden vitalnih znakov človekovega zdravja.

Pri pacientu OPD se lahko pojavi povišana telesna temperatura iz več razlogov: kot simptom abstinence krize, zaradi infekta, vpliva zdravil, motenj cirkulacije in podobno. Ob tem MS poskrbi za primerna oblačila pacienta, primerno ogret prostor, primerno mikroklimo in ustrezno ukrepa (57).

- **Čistoča in nega telesa**

Pri pacientih OPD je pomanjkanje interesa za osebno higieno in urejenost zelo pogosto. MS pacienta poučuje o pomenu higiene za njegovo zdravje in vplivu osebne higiene na možnosti vzpostavljanja socialnih stikov z okoljem. Pacienta vzpodbuja in nadzoruje pri pridobivanju higienskih navad. Poskrbi tudi, da dobi ustrezne higienske pripomočke. Ne glede na njegovo telesno in čustveno stanje poskrbi za njegovo higieno in ga pohvali, ko je urejen. Pri svojih zahtevah mora biti vztrajna, odločna in spoštljiva (57).

- **Izogibanje nevarnostim v okolju**

MS pacienta osvešča o nevarnostih: 1. ki jih povzročata tvegano vedenje pri uživanju drog (poškodbe, infekcije, prenosljive bolezni), 2. predoziranja, 3. ki jih povzročajo primesi v drogah, 4. o situacijah, ki so potencialni sprožilci recidiva. Vzpodbuja ga k spremembi življenjskega stila, k cepljenju proti hepatitisoma B in A in k testiranju na okužbe s HCV,



HBV in HIV, vztrajnosti pri dejavnostih, ki so predmet terapije in k učenju tehnik, s katerimi si lahko sam pomaga, če začuti težave ali zazna, da bi v težave lahko zašel (57).

Osebe OPD so pogosto ogrožene tudi, ker ne prepoznajo nevarnosti v okolju, kot so npr. različne fizične ovire, ali varna raba, npr. pripomočkov za delo. Pogosto trpijo tudi za strahom pred neznanimi situacijami. MS mora biti neprestano pozorna na pacientovo dejavnost, ga nadzorovati, učiti in motivirati in na ta način zagotoviti njegovo varnost in napredovanje v učenju za samostojno življenje (57).

- **Odnosi z ljudmi, izražanje čustev, občutkov in potreb**

Pacient OPD večinoma trpi zaradi slabih odnosov s pomembnimi bližnjimi. Bolezen spremljajo frustracije, tesnoba, strah, telesne bolečine in velika nihanja razpoloženja. Posledica uživanja drog je tudi poslabšano čutno zaznavanje in vedenje, ki je za večino zdravstvenih delavcev težko sprejemljivo.

Pacient OPD v svojem življenju vzpostavi najpomembnejši odnos le z drogo. Ta je gibalno njegovega življenja, zato ima MS zelo zahtevno nalogo, ko mu pomaga, da bi razumel sebe, odstranil vzroke slabega počutja in vzpostavil zadovoljujoče odnose s pomembnimi bližnjimi in okoljem. Pri tem je razumevajoča in spoštljiva. Mora pa biti tudi odločna pri postavljanju mej v vedenju, dejanjih in komunikaciji in najti pravi trenutek in način, da ga motivira za dobre medsebojne odnose (57).

MS pacienta vključi v predpisane terapije in omogoča obiske, ki imajo pomembno vlogo pri vzpostavljanju stikov s pomembnimi bližnjimi.

- **Izražanje verskih čustev**

MS pacientu omogoča izražanje njegovih verskih čustev, saj je opravljanje verskih obredov v času bolezni lahko bistvenega pomena za človekovo blaginjo. Pogosto se dogaja, da pacient v veri najde smisel in pot do bolj zdravega načina življenja. MS pacientu pomaga, da lahko obišče verski obred, ko ima prost izhod ali pa poskrbi, da ga obišče duhovnik in mu pri tem zagotovi potrebno zasebnost (57).

- **Koristno delo**

OPD je bolezen, ki človeka stigmatizira in potisne na rob družbe. Tako večinoma onemogoči, da bi človek lahko razvil svoje delovne navade in sposobnosti. Veliko pacientov ima nedokončano šolo in je brez poklica. V delu ne vidijo vira zaslužka, samopotrditve in ohranjanja socialne mreže. Običajno se morajo vsega tega še naučiti.

Koristno delo je za pacienta določeno z urnikom dejavnosti. Urnik je sestavljen tako, da čim bolj posnema delovni dan izven bolnišnice. Z njim je strukturiran čas, ki ga pacient preživi v bolnišnici. Določa uro vstajanja, čas za osebno ureditev in ureditev okolice, terapevtske dejavnosti, koristno delo, čas prehranjevanja, rekreacijo, prostočasne dejavnosti, izhode in počitek. Naloga urnika je v tem, da vsako časovno obdobje dobi svoje mesto, pomen in smisel v vsakdanjiku pacienta. Pacient potrebuje veliko vzpodbude, da pridobi nove spretnosti in interese. Pomembno je, da pri delu vzdrži določen čas brez prekinitve. Vsako prizadevanje MS tudi pohvali (57).

- **Razvedrilo in rekreacija** sta za pacienta OPD pomembni dejavnosti, saj mu omogočata sproščanje, vzdrževanje psihofizične kondicije in nabiranje življenjskih moči.

Osebe OPD običajno ne vedo, kaj početi v prostem času, zato ga največkrat preživijo v poležavanju in pasivnosti. MS mora v procesu zdravstvene vzgoje spoznati pacientove interese za socialne aktivnosti in rekreacijo in ga vzpodbuditi, da v njih tudi sodeluje. Pri tem sodeluje z ustreznim terapevtom in poskrbi za čim boljšo pacientovo osebno izpolnitev v teh dejavnostih. Pacienta spodbuja, podpira in mu svetuje (57).

- **Učenje** pacienta OPD poteka ves čas njegove vključenosti v program. Sam vstop v program zdravljenja pomeni zanj nove okoliščine, zato ga mora MS seznaniti s potekom zdravljenja, težavami, ki se pri tem lahko pojavijo in možnostmi socialne reintegracije. S temi informacijami seznaniti tudi njegove pomembne bližnje z namenom boljšega razumevanja pacienta in reševanja medosebnih konfliktov.

Poleg informacij pa pacient potrebuje tudi drugačen način razmišljanja, nova znanja, nove vzorce vedenja in številne spretnosti, ki mu pomagajo na poti vključevanja v družbo. MS pacienta uči vse, za kar ugotovi, da pacient potrebuje, a ne obvlada. Učenje se odvija tako v okviru psihoedukacije skupin za paciente in svojce in tudi individualno (57).

#### **4.6 Vloga medicinske sestre v procesu zdravstvene nege pacienta odvisnega od prepovedanih drog v splošni bolnišnici in nekateri problemi, s katerimi se srečuje v procesu zdravstvene nege le – tega**

Splošne bolnišnice v sistemu zdravstvenega varstva izvajajo celovito bolnišnično in ambulantno – specialistično zdravstveno oskrbo. ZN obsega ugotavljanje negovalnih problemov pacientov, načrtovanje, organiziranje, izvajanje, dokumentiranje in ocenjevanje ZN, izvajanje zdravstvene vzgoje in izobraževanja, izvajanje strokovnega in higienskega nadzora, sodelovanje pri organiziranju in izvajanju pregledov pacientov in drugih postopkov zdravstvene obravnave, sodelovanje v zdravstvenem timu pri diagnostičnih, terapevtskih in rehabilitacijskih postopkih in izvajanje nekaterih diagnostično terapevtskih postopkov po naročilu zdravnika (59).

Razvoj je nezadržen in tako v ZN kot tudi v medicini se ustanavljajo vedno ožja specifična področja del. Nemogoče je posamezniku obvladovati vse specialnosti, saj razvoj tehnologije in uporabe informatike v zdravstvu preprosto zahteva izobraževanje specialistov za posamezna področja oziroma naloge (60).

Vloga MS v splošni bolnišnici je, glede na človekove osnovne življenjske potrebe, enaka, kot v specialni bolnišnici, kjer se zdravijo pacienti zaradi OPD, hkrati pa zelo drugačna, kajti vsebino delovanja ZN na določenem strokovnem področju narekujejo teorije in modeli ZN.

Število pacientov, ki zlorablajo droge in zaradi nastalih somatskih zapletov poiščejo zdravniško pomoč tako v splošnih kot specialističnih ambulantah, vseskozi narašča. Zaradi uživanja drog so možni številni somatski zapleti v interakciji z boleznimi druge etiologije, zaradi katerih je potrebno bolnišnično zdravljenje. Osebe OPD pa so lahko hospitalizirane tudi zaradi težav, ki niso posledica uživanja drog (16).

Ob sprejemu pacienta v bolnišnico MS zbira podatke o pacientu. Pri tem je pozorna tudi na vidne poškodbe, kot so sledovi vbodov, podkožni abscesi, otekla hrbtišča zapestij itd.. Vendar pri vseh uživalcih drog njihove odvisnosti ni možno takoj prepoznati. Osebe OPD se zavedajo

moči in posledic stigmatizacije, bojijo se diskriminiranja, zato svojo bolezen skrivajo, dokler je mogoče. V takšnih primerih MS odvisnost prepozna, ko se pojavijo težave v procesu ZN. Tako ima MS večkrat opraviti s pacienti, pri katerih so izražene različne telesne okvare, duševne spremembe in socialne težave. Taki pacienti slabo sodelujejo v procesu ZN. Pogosto so zmedeni, neorientirani in vedenjsko problematični. Izvajanje ZN postane fizično in psihično zelo naporno. Lahko se zaplete že ob čisto nepomembnem dogodku, kot je npr. pogled na injekcijsko iglo. Pacient se vznemiri in PZN je otežen. Intravenoznega uživalca drog pogled na injekcijsko iglo namreč asociira na intravenozno uživanje drog, ki pa mu v bolnišnici ni dosegljivo. Njegovo vedenje se lahko v trenutku spremeni.

Zaradi poškodovanih žil sta pri intravenoznih uživalcih drog oteženi intravenozna aplikacija zdravil in odvzem krvi. MS potrebuje veliko potrpljenja in vztrajnosti, da lahko izvede predpisano terapijo.

Pri osebah OPD lahko nastanejo še dodatni zapleti zaradi interakcije med zdravili in drogami. Zdravila namreč posledično ojačajo, zmanjšajo ali modificirajo toksične učinke drog na telo. V telesu se lahko poveča aktivnost jetrnih encimov in s tem poveča presnova drog. Nekatera zdravila izzovejo abstinenčni sindrom ali povzročijo epileptični napad (16).

Do abstinenčnega sindroma vsekakor lahko pride, če pacient droge nima, pred zdravnikom in MS pa svojo odvisnost skriva. O simptomih abstinenčne krize MS obvesti zdravnika in poskrbi za varnost pacienta.

Ob številnih težavah, s katerimi se srečujejo MS pri zdravljenju pacienta OPD v splošni bolnišnici, se trudijo v zdravljenje vključiti tudi svojce pacienta, a največkrat zaman. Svojci se pacienta OPD sramujejo in se bojijo stigme.

Zahteva organizma po drogah marsikaterega pacienta OPD prisili v dejanje, ki bi ga drugače ne storil. Tudi v krajo ali pobeg iz bolnišnice. Taki dogodki lahko MS zelo vznemirijo in zmotijo PZN.

Močno se strinjamo z zdravnikom, psihiatrom Bonom (28), ki meni, da vsak zdravnik, ne glede na specialnost, potrebuje dodatna znanja o bolezni OPD, kot tudi o osnovah psihosocialnih značilnosti pacientov, ki uživajo droge. Prepričani smo, da to velja tudi za MS, kajti uspeh zdravljenja bo večji, če MS zna in zmore ohraniti vzpodbuden, empatičen in neobsojajoč odnos do pacienta. S tem mu tudi lahko pomaga, da pojav psihosomatskih zapletov doživi kot motiv za odločitev za zdravljenje odvisnosti.

## **5 POMEN MNENJ IN STALIŠČ O OSEBAH ODVISNIH OD PREPOVEDANIH DROG**

Za kakovostno ZN pacienta OPD je pomemben terapevtski odnos med MS in pacientom. Z njim MS zagotovi pacientovo dobro počutje, pospešitev njegovega okrevanja ter podporo in pomoč pri doseganju njegove samostojnosti (42, 44).

V tem odnosu MS izraža svoja znanja, stališča, vrednote in čustva (42).

Elemente odnosa med MS in pacientom je smiselno preučevati in na osnovi ugotovitev izdelati programe za njihovo izboljšanje in s tem prispevati h kvaliteti terapevtskega odnosa, kvalitetnejši obravnavi pacienta, k pospešitvi njegovega zdravljenja in lažjemu delu MS. Zato smo se odločili, da v okviru te diplomske naloge proučimo mnenja in stališča MS do bolezni odvisnosti in oseb OPD in njihovo poznavanje področja odvisnosti od prepovedanih drog.

V nadaljevanju predstavljamo teoretično opredelitev mnenj in stališč, pomen znanja in informiranosti v zvezi s stališči ter nekatere poglede javnosti v zvezi s stališči do oseb OPD.

### **5.1 Pomen pojmov mnenja in stališča**

Psihologija definira stališča kot trajne sisteme pozitivnega ali negativnega ocenjevanja, občutenja in aktivnosti posameznika v odnosu do različnih socialnih situacij in objektov. Človek oblikuje odnos med seboj in zunanjim svetom z nenehnim primerjanjem lastnih motivov, občutkov in misli z motivi, občutki in mislimi drugih. Teoretski koncept, ki omogoča povezovanje notranjih (duševnih) in zunanjih (fizičnih, socialnih) vidikov, so stališča (5).

Stališče je pomembno zato, ker: 1. omogoča zajeti predvidevanje in 2. ker zajema in prikazuje kompleksno soodvisnost človekove duševnosti in njegovega socialnega obnašanja (5).

Nobena druga osebnostna lastnost ni toliko pod vplivom socialnih dejavnikov in ne vpliva tako močno na dogajanja med ljudmi, kot prav struktura stališč posameznika. Ljudje ne prihajamo v medsebojna sumničenja, konflikte, vojne zaradi razlik v inteligentnosti, spominu in podobnih psihičnih lastnostih, ampak prav zaradi razlik v stališčih (5).

Pojmov stališča, prepričanja in mnenja ne smemo zamenjevati. Prepričanje je zasnovano samo na intelektualni komponenti, stališča pa na intelektualni, emocionalni in aktivnostni komponenti. Mnenja (opinion) so stališčem soroden pojem in so bolj specifična in bolj nestabilna kot stališča. Več specifičnih mnenj o nekem objektu ali situaciji privede do formiranja stališča o tem objektu ali situaciji (5).

## 5.2 Funkcija stališč

Teoretiki trdijo, da posamezna stališča služijo določenemu namenu.

- **Prilagoditev**

Človek ima določena stališča preprosto zato, ker jih ima večina članov skupine, ki ji pripada. Če želi ostati njen član, se morajo njegova stališča prilegati skupinskemu stališču, zato jih pogosto spreminja ali korigira. Primer: prijatelji so uživali droge, zato sem jih tudi jaz (61).

- **Obramba ega**

Stališča v bistvu zaščitijo človeka pred spoznavanjem in priznavanjem nekaterih osnovnih resnic o njem samem ali o svetu. Tipičen mehanizem te vrste je projekcija - človek pripiše drugim tiste svoje lastnosti, ki jih pri sebi ne sprejema, in na ta način loči sebe od teh lastnosti. Primer: alkoholik bo druge alkoholike zmerjal, češ, da preveč pijejo (5).

- **Znanje in vedenje**

Stališča pomagajo človeku razumeti in osmisliti vse, kar se dogaja okoli njega. Stališča dajejo informacijo o določenem objektu (61).

Za MS, ki obravnava pacienta OPD, sta znanje in informiranost o področju OPD ključnega pomena. Odvisnost je bolezen, ki človeka stigmatizira in potisne na rob družbe. V družbi prevladuje prepričanje, da je odvisnost le razvada, ki bi se je oseba OPD lahko otresla, če bi le imela dovolj volje. MS mora poznati dejstva o bolezni, če želi resnično in iskreno pomagati pacientu na poti k ozdravitvi. Če jih ne pozna, si ustvari ali pa ohranja stereotipne predstave o ljudeh, ki so odvisni in zapade v moraliziranje in prikrito obsojanje pacienta. Tako škoduje njemu in sebi.

- **Funkcija izražanja vrednot** človeku dovoljuje, da izkazuje stališča, ki so v skladu z njegovimi osebnimi vrednotami in njegovo samopodobo. Primer: nekdo zastopa vrednoto človekovih pravic tedaj, ko nastopa proti smrtni kazni (61).

Nazorno predstavitev odnosa med vrednotami in stališči je po Brianu Tracyu povzel Musek Lešnik (62). Ugotavlja, da so vrednote naša prepričanja o tem, kaj je pozitivno, cenjeno in zaželeno. Vodijo in usmerjajo naše delovanje. Če primerjamo osebnost s tarčo (vrednotna tarča), je sestavljena iz petih obročev, ki se širijo od znotraj navzven: središče osebnosti so vrednote, ki neposredno vplivajo na naslednji obroč – naša prepričanja, ta določajo naslednji obroč osebnosti – pričakovanja, ta vplivajo na naša stališča oziroma naravnost, ta pa določa, kako se bomo vedli, oziroma kakšna bodo naša dejanja.

## 5.3 Struktura stališč

Človek teži k organiziranju svojih stališč v celoti tako, da so stališča medsebojno usklajena. Če temu ni tako, to stanje občuti kot boleče in ga poskuša eliminirati ali reducirati. Osnovna stališča so povezana tudi z osebnostnimi lastnostmi in socialnim položajem posameznika (5).

## 5.4 Kompleksnost stališč

### ■ Kognitivna komponenta stališč

Kognitivna komponenta stališč so vedenja, znanja, izkušnje, informacije in tudi vrednotne sodbe in argumenti v zvezi z objektom, dogodkom, osebo ali situacijo, o kateri posameznik oblikuje stališče. Vsako stališče temelji na znanju in poznavanju situacij in stvari, do katerih imamo stališče. Če je objekt stališča oseba, je kognitivna komponenta pogosto nek stereotip. Stališča, ki so zasnovana na nepreverjenih dejstvih in govoricah, so predsodki (5).

**Stereotipi** so le delno točne, večinoma nepreverjene in površne sodbe o človeku, skupini ali skupnosti. So nespremenljive, izkrivljene in toge predstave, ki ne upoštevajo individualnih razlik in družbenih sprememb. Z njimi se ljudem pripisujejo lastnosti na osnovi njihove pripadnosti določeni skupini in ne na osnovi individualnih značilnosti in posebnosti posameznika. Tako se dogajata dve tipični napaki: 1. pri zaznavanju in ocenjevanju ljudi na osnovi njihove skupinske pripadnosti prihaja do tipične obravnave tako, da so bolj podobni članom svoje skupine in bolj različni od članov drugih skupin, kot v resnici so; 2. zaznavanje skupin je nujno pristransko in diskriminatorno zaradi nagnjenosti k prepričanju, da je skupina, ki ji pripadamo, boljše od tiste, ki ji ne pripadamo. Stereotipi so spodbujevalci družbenih predsodkov (5).

**Predsodki** so nepreverjena stališča do drugih ljudi. Temeljijo na predsodbah, površnih sodbah na osnovi pomanjkljivih informacij. Spremljajo jih močna čustva. So nevarni, ker se širijo kot virus in hitro postanejo vezivo množic. Ni jih mogoče odpraviti, da se jih le zmanjšati in omejiti. Sprožajo jih določeni dražljaji. Največkrat pripadnost določeni družbeni skupini. Vanje je vključena negativna emocionalna komponenta. Lahko celo sovražna reakcija do oseb, s katerimi je predsodek povezan. V predsodkih je običajno zajeto nepriznavanje vrednosti, omalovaževanje in podcenjevanje posameznika, naroda ali družbene skupine. So škodljivi, ker: 1. ima nekdo korist na račun drugega – drugih, 2. zadovoljuje potrebe po prestižu in ugledu, 3. osvobajajo nakopičeno agresijo, 4. niso osnovani na dejstvih in objektivnem stanju, ampak so v svoji posplošenosti v nasprotju z realnimi dejstvi, 5. so zelo stabilni in se težko spreminjajo (5).

Predsodki pa so lahko tudi pozitivni. To so predsodki do določenih poklicev institucij itd., ki jih cenimo (5).

Ločiti moramo pojma predsodek in diskriminacija, ki sta velikokrat napačno uporabljena. Predsodek tvorijo prepričanja, ki temeljijo samo na osnovi posameznikove pripadnosti določeni skupini, diskriminacija pa je posebno obnašanje do oseb oziroma različna obravnava posameznika zaradi posebnosti, ki so označene kot drugačne ali zaradi njihove pripadnosti označenim skupinam. Najpreprosteje se izraža z izogibanjem stikov s pripadniki določenih skupin (5).

### ■ Emotivna komponenta stališč

Emotivna komponenta stališč so pozitivna ali negativna občutja in ocenjevanja objektov stališč. Simpatija, obžalovanje, sovraštvo, jeza, privlačnost, zaničevanje so med emocijami, ki

jih lahko vzbujajo določene osebe, socialne situacije itd.. Ta komponenta je običajno usklajena s kognitivno komponento. Če pride do razlik med njima, to skoraj nujno vodi do spremembe stališč - z dodajanjem novih informacij ali z apelom na posameznikova čustva (5).

#### ■ Aktivnostna komponenta stališč

Aktivnostna komponenta stališč je težnja posameznika, da deluje na določen način glede na objekt stališč. Poudarek te komponente je na pripravljenosti za delovanje – ne pa na dejavnosti sami (5).

### 5.5 Oblikovanje in spreminjanje stališč

Stališča se lahko spreminjajo v intenziteti (od manj k bolj ekstremnim ali obratno) in v smeri (od pozitivne v negativno in obratno), na kar najpomembneje vplivajo naslednji faktorji (5):

- **Skupinska pripadnost** (predvsem vpliv primarnih in referenčnih skupin), ki se uveljavlja: 1. s poudarjanjem skupnega sistema vrednot skupine, 2. z dajanjem socialne podpore tistim posameznikom v skupini, ki delujejo v skladu s tem sistemom, 3. s sankcioniranjem posameznikov, ki ne delujejo v skladu z njim in 4. z izborom in cenzuro informacij, ki naj bi prišle do članov te skupine.
- **Osebnostne lastnosti** in značilnosti posameznika - predvsem tiste, ki določajo njegovo samopodobo ter neposredne izkušnje in znanja. Osebe z veliko stopnjo samozaupanja in pozitivno podobo o sebi, težijo k bolj usklajeni in trdnejši strukturi stališč. Ta struktura bo trdna, a ne nujno rigidna. Do rigidne strukture stališč (npr. dogmatskih stereotipov) pride tedaj, ko je samopodoba imaginarna, nerealistična, če sloni na racionalizacijah, potlačenih konfliktih. Takšna je npr. samopodoba avtoritarne osebnosti.
- **Informacije in znanja**  
Znanje in neposredne izkušnje posameznika so najenostavnejša oblika pridobivanja in spreminjanja stališč. Kadar pa ni možno dobiti neposrednih izkušenj zaradi časovne ali prostorske oddaljenosti dogodka ali objekta, je pri formiranju stališč predvsem pomemben vpliv množičnih komunikacijskih sredstev kot izvorov informacij.

Kot primer vpliva množičnih medijev na oblikovanje stališč navajamo študijo Mojce Pajnik »Mamilaši« ali »Zapozneli rockerji prve generacije«, ki jo je izdelala na začetku prejšnjega desetletja.

V diskurzivni analizi 30 izbranih člankov, v katerih so slovenski tiskani mediji v obdobju od januarja do aprila 2001 objavljali novice, mnenja in komentarje o osebah OPD in ki so bili večinoma objavljeni na straneh črne kronike, avtorica ugotavlja, da so uporabniki drog: 1. predstavljeni kot akterji kriminalnih dejanj, 2. stigmatizirano označeni z osebnostnimi lastnostmi: narkomani, narkomanke, brezposelni mladeniči, stari znanci policije, mamilaši, džankiji, narkomanski rehabilitiranci, pivci raztopine in podobno in 3. stereotipno označeni, kako naj bi bili videti (2).

Avtorica ugotavlja, da diskurz medijev o uživalcih drog deluje po principu ločevanja moralnega od nemoralnega in s svojo propagandno vojno proti uporabnikom drog prispeva k njihovi izločitvi iz družbe. Po njenem prepričanju je način vplivanja medijev odločujoč za to, kako javnost o kakšni temi (ne) razmišlja (2).

## **5.6 Mnenja in stališča javnosti o osebah odvisnih od prepovedanih drog**

Flaker (63) s sodelavci je v raziskavi, ki je potekala v okviru projekta Phare, opravil intervjuje z osebami odvisnimi od heroina, med drugim tudi o tem, kako ljudje, ki ne uživajo drog, gledajo na droge in na osebe OPD.

Raziskava je pokazala, da osebe odvisne od heroina menijo, da ljudje drog ne poznajo, a se jih hkrati bojijo. Ker jih ne poznajo, lažje blatijo osebe odvisne od le - teh. Menijo, da jih imajo drugi ljudje za kužne, da se jim smilijo... .

Avtor meni, da ljudje osebe OPD obsojajo in smatrajo, da so za svojo usodo krivi sami. Ugotavlja, da tak odnos izhaja iz dveh predpostavk: 1. ker ljudje menijo, da osebe OPD niso žrtve in da so v nasprotju z nekaterimi invalidi, bolniki... za svojo usodo krive same in zato sodijo v kategorijo nevrednih, slabih revežev in 2. da se morajo, po mnenju ljudi, osebe OPD, ker so v stiski po svoji krivdi, pokesati in spokoriti, torej izkazati se s herojskim dejanjem, če se hočejo rehabilitirati.

Avtor raziskave ugotavlja, da si osebe OPD želijo dela in vključitve v življenje.



## 6 EMPIRIČNI DEL

### 6.1 Cilji, namen in hipoteze diplomskega dela

V diplomskem delu zasledujemo štiri cilje: s prvim ugotavljamo in primerjamo mnenja in stališča MS do bolezni odvisnosti in oseb OPD, z drugim želimo ugotoviti, kako MS poznajo področje odvisnosti od prepovedanih drog (pri čemer področje OPD zajema: bolezen OPD, osebe OPD, droge in programe preventive in pomoči osebam OPD), s tretjim ugotavljamo povezanost znanja in informiranosti z mnenji in stališči in s četrtim ciljem ugotavljamo ali so mnenja in stališča povezana še z nekaterimi socio - demografskimi spremenljivkami.

Z diplomsko nalogo želimo prispevati k izboljšanju odnosov med MS in pacientom OPD, k izboljšanju poznavanja področja OPD, h kvalitetnejši obravnavi pacienta, k pospešitvi njegovega zdravljenja in lažjemu delu MS pri izvajanju ZN pacienta OPD.

### 6.2 Vzorec merjencev ali respondentov, vzorec spremenljivk in način zbiranja podatkov

V skladu s cilji in namenom diplomskega dela smo v raziskavo vključili MS/ZT PB Idrija, kjer se zdravijo osebe OPD zaradi bolezni OPD in so za njihovo obravnavo strokovno usposobljeni in MS/ZT SB Izola, ki sprejme na zdravljenje osebe OPD v primeru potrebe po hospitalizaciji zaradi drugih diagnoz (ne zaradi bolezni odvisnosti) in za delo s pacienti OPD nimajo dodatnih znanj.

Mnenja in stališča smo primerjali na vzorcu 76 MS/ZT - 37 MS/ZT Psihiatrične bolnišnice Idrija in 39 MS/ZT Splošne bolnišnice Izola, ki so izpolnili anketni vprašalnik.

Vzorec je slučajnostni, vendar nekoliko premajhen in ni reprezentativen. Rezultatov raziskave ni možno posploševati.

Podatke smo zbrali s pomočjo anketnega vprašalnika, ki smo ga izdelali sami. Pri izdelavi in analizi rezultatov smo se oprli na :

1. teorijo, obravnavano v teoretičnem delu te naloge. Na podlagi navedene literature smo oblikovali vprašanja, ki so zapisana v anketnem vprašalniku;
2. članek »Težko pričakovani rezultati anket TWIN-ovega projekta Drug abuse and synthetic drugs na Portugalskem« (64). Članek nam je bil v dodatno pomoč pri oblikovanju vprašanja št. 6 anketnega vprašalnika;
3. shemo »Psihoaktivna droga« (65), ki nam je bila v dodatno pomoč pri oblikovanju tabele za vrednotenje odgovorov na vprašanja, ki zajemajo znanje in informiranost o področju OPD in kriterija za vrednotenje odgovorov na vprašanje št. 5 anketnega vprašalnika«;
4. delo »Vzorčenje v anketah« (66), s pomočjo katerega smo izdelali vprašalnik in izvedli anketo;

5. študijsko gradivo »Merjenje« (67) in delo »Metode družboslovnega raziskovanja« (68), ki sta nam bila v pomoč pri oblikovanju merskih lestvic;
6. delo »Statistika za družboslovce« (69), s pomočjo katerega smo analizirali podatke.

Vprašalnik je anonimen in razdeljen na tri sklope. Prvi del vprašalnika se nanaša na znanje in informiranost o področju OPD. V drugem delu vprašalnika so zajeta vprašanja o mnenjih in stališčih do bolezni in oseb OPD, tretji del je namenjen socio – demografskim spremenljivkam.

V vprašalniku smo uporabili večino vprašanj zaprtega tipa, le dve vprašanji sta odprtega tipa.

Za izvedbo ankete med zaposlenimi smo pridobili dovoljenje obeh vodstev bolnišnic. Anketo smo izvedli v času od 31.3. – 20.4. 2009. Sodelovanje v anketi je bilo prostovoljno. Anketo smo osebno predstavili v obeh bolnišnicah. Vprašalnike, ki so bili v kuvertah z naslovom, smo osebno in s pomočjo MS razdelili v obeh bolnišnicah – v vsaki 50. Respondenti so jih vrnilo po pošti. Upoštevali smo vse vrnjene anketne vprašalnike, razen dveh, na katerih je bilo odgovorjeno na manj kot polovico vprašanj. Odziv MS/ZT lahko označimo za odličen, saj smo dosegli 76% odzivnost (le 4% manj, kot smo predvideli), kljub obširnemu vprašalniku in splošno znanemu dejstvu, da ljudje anketiranju niso naklonjeni.

### **6.3 Metode obdelave podatkov**

Za analizo podatkov smo izdelali naslednje pripomočke: kriterij za vrednotenje odgovorov na vprašanje št. 5 (Priloga št. 1, Tabela št. 0.01), tabelo za vrednotenje odgovorov na vprašanja, ki zajemajo znanje in informiranost o področju OPD (Priloga št. 1: Tabela št. 0.02), lestvico za ocenjevanje znanja in informiranosti o področju OPD (Priloga št. 1, Tabela št. 0.03) in lestvico stališč (Priloga št. 1. Postopek oblikovanja 5-stopenjske lestvice stališč in Tabela št. 0.04).

Izpolnjene anketne vprašalnike smo kodirali in uporabili kvantitativno analizo z deskriptivnim pristopom. Od statističnih mer smo izračunali frekvenco in relativno frekvenco. Večino podatkov smo prikazali tabelarično, nekatere grafično, vse pa tudi opisno. Rezultate smo ovrednotili, ocenili in jih primerjali. Za obdelavo podatkov smo uporabili programski paket Microsoft Excel 2003.

#### **1. Razdelitev raziskave na 5 glavnih sklopov**

Raziskavo smo v skladu z anketnim vprašalnikom razdelili na :

- demografske podatke,
- znanje in informiranost o področju OPD,
- mnenja in stališča do oseb OPD,
- ugotavljanje povezanosti znanja in informiranosti z mnenji in stališči,
- ugotavljanje stališč MS/ZT na podlagi socio – demografskih spremenljivk.

## **2. Merjenje znanja in informiranosti o področju OPD**

Izdelali smo kriterij za vrednotenje odgovorov na vprašanje št. 5 (Priloga št. 1: Tabela št. 0.01) in tabelo za vrednotenje odgovorov na vprašanja, ki zajemajo znanje in informiranost o področju OPD (Priloga št. 1: Tabela št. 0.02). Vse odgovore, ki so v anketnem vprašalniku zapisani od zaporedne št. 1 do 9 smo ovrednotili v skladu to tabelo. Posameznik je lahko zbral maksimalno 8996 točk.

Ovrednotene odgovore smo razvrstili in določili razrede točk. Pri tem smo upoštevali dejstvo, da so na vprašanja odgovarjali zdravstveni delavci, zato smo določili, da je za pozitivno oceno potrebno zbrati 55,58% točk (to je 5000 točk) od skupnega števila možnih točk. Pozitivno ocenjeno znanje in informiranost smo razvrstili v 5 razredov s stopnjami od 1-5. Tako smo oblikovali lestvico za ocenjevanje znanja in informiranosti o področju OPD (Priloga št. 1: Tabela št. 0.03)

Vse odgovore, ki smo jih ovrednotili v skladu s tabelo za vrednotenje odgovorov, smo ocenili v skladu s to lestvico. Rezultate smo zapisali in kodirali (Priloga št. 1: Tabela št. 0.05).

## **3. Merjenje stališč**

Oblikovali smo 5-stopenjsko lestvico stališč (Priloga št. 1: Postopek oblikovanja 5 – stopenjske lestvic stališč in tabela št. 0.04 Lestvica stališč).

Vse odgovore na vprašanja, ki so v vprašalniku zapisana od zaporedne št. 10 do 13 (razen 10. f), smo razvrstili v skladu s to lestvico. Rezultate smo zapisali in kodirali. (Priloga št. 1: Tabela št. 0.07 in 0.08)

## **4. Ugotavljanje povezanosti znanja in informiranosti s stališči**

Izračunali smo frekvenco in relativno frekvenco. Primerjali smo deleže uvrščenih v stopnjah znanja in informiranosti z deleži uvrščenih v stopnjah stališč v podvzorcu in med podvzorcema. Primerjali smo tudi rezultate ocenjenega znanja in informiranosti obeh podvzorcev.

## **5. Ugotavljanje stališč MS/ZT na podlagi socio – demografskih spremenljivk**

Na podlagi socio – demografskih spremenljivk: 1. stopnje izobrazbe, 2. delovne dobe, 3. starosti, 4. dodatnega izobraževanja o področju OPD, 5. odnosa do dovoljenih drog (kajenja in uživanja alkohola) in prepovedanih drog, 6. težav pri izvajanju ZN pacienta OPD, 7. pogostosti kontaktov s pacienti OPD, 8. zakonskega stanu in 9. velikosti naselja kraja bivanja smo oblikovali kategorije MS/ZT, izmerili njihova stališča in jih med seboj primerjali (Priloge: Tabele od št. 0.07 – 0.38).

## 6.4 Analiza in rezultati raziskave

### 6.4.1 Pregled anketiranih po demografskih spremenljivkah

Tabela 1: Spol respondentov

Spol	PB Idrija		SB Izola		Vzorec MS/ZT	
	n	%	n	%	n	%
Ženske	25	67,57	38	97,44	63	82,89
Moški	8	21,62	1	2,56	9	11,84
Ni podatka	4	10,81	0	0	4	5,26
<b>Skupaj</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>39</b>	<b>100</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

Tabela 2: Povprečna starost respondentov

MS/ZT PB Idrija	MS/ZT SB Izola	Vzorec MS/ZT
37,90 let	35,90 let	36,90 let

Tabela 3: Delovna doba respondentov

Delovna doba	PB Idrija		SB Izola		Vzorec MS/ZT	
	n	%	n	%	n	%
0-10 let	10	27,03	15	38,46	25	32,89
11-20 let	7	18,92	10	25,64	17	22,37
21-30 let	15	40,54	12	30,77	27	35,53
31 in več let	1	2,7	1	2,56	2	2,63
Ni podatka	4	10,81	1	2,56	5	6,58
<b>Skupaj</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>39</b>	<b>99,99</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

Tabela 4: Izobrazba respondentov

Stopnja izobrazbe	PB Idrija		SB Izola		Vzorec MS/ZT	
	n	%	n	%	n	%
Srednja	24	64,86	23	58,97	47	61,84
Višja	0	0	1	2,56	1	1,32
Visoka	9	24,32	15	38,46	24	31,58
Druge stopnje	0	0	0	0	0	0
Ni podatka	4	10,81	0	0	4	5,26
<b>Skupaj</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>39</b>	<b>100</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

Iz primerjave demografskih podatkov lahko ugotovimo, da se skupini v vzorcu (podvzorca) nekoliko razlikujeta: v podvzorcu SB Izola je zastopana nekoliko mlajša in po izobrazbi višja struktura respondentov s krajšo delovno dobo, kot v podvzorcu PB Idrija. V vzorcu prevladujejo ženske. Delež moških, vključenih v raziskavo je v podvzorcu PB Idrija precej višji kot v podvzorcu SB Izola in je tudi višji, kot je delež moških, ki opravljajo poklic MS v RS Sloveniji (11%). Opazen je tudi strm padec zastopanosti respondentov v skupini 31 in več let delovne dobe.

Pri podatkih moramo upoštevati tudi, da nekateri respondenti niso zaupali vseh podatkov.

## 6.4.2 Znanje in informiranost

### a) Pregled in primerjava znanja in informiranosti

V nadaljevanju podajamo rezultate odgovorov na anketna vprašanja o poznavanju področja OPD po vrstnem redu vprašanj na anketnem vprašalniku.

Pri vprašanju št. 1, ki se je glasilo: »Kako bi opredelili odvisnost?« nas je zanimalo, kako dobro (natančno) respondenti poznajo bolezen OPD, za katero sta značilna kroničnost in pogost recidiv.

Respondenti PB Idrija so prispevali 83,78% pravih odgovorov, respondenti SB Izola pa 33,33%. Odgovore, ki so bili pomanjkljivi (samo kronična bolezen), je prispevalo 5,41% MS/ZT PB Idrija in 35,90% MS/ZT SB Izola. Nepravilni odgovori so bili: »nalezljiva bolezen« - 2,70% MS/ZT PB Idrija, »razvada« - 2,70% MS/ZT PB Idrija in 12,82% MS/ZT SB Izola in »pomanjkanje volje za zdrav način življenja« - 5,41% MS/ZT PB Idrija in 17,95% MS/ZT SB Izola.

Ugotovimo lahko, da respondenti PB Idrija bolje poznajo bolezen OPD, kot respondenti SB Izola.

Pri vprašanju št. 2: »V čem se po Vašem mnenju kažejo spremembe pri osebi, ki je zaužila prepovedane droge?« lahko ugotovimo, da obe skupini odlično poznata te pojave (97,30% pravih odgovorov MS/ZT PB Idrija in 100% pravih odgovorov MS/ZT SB Izola).

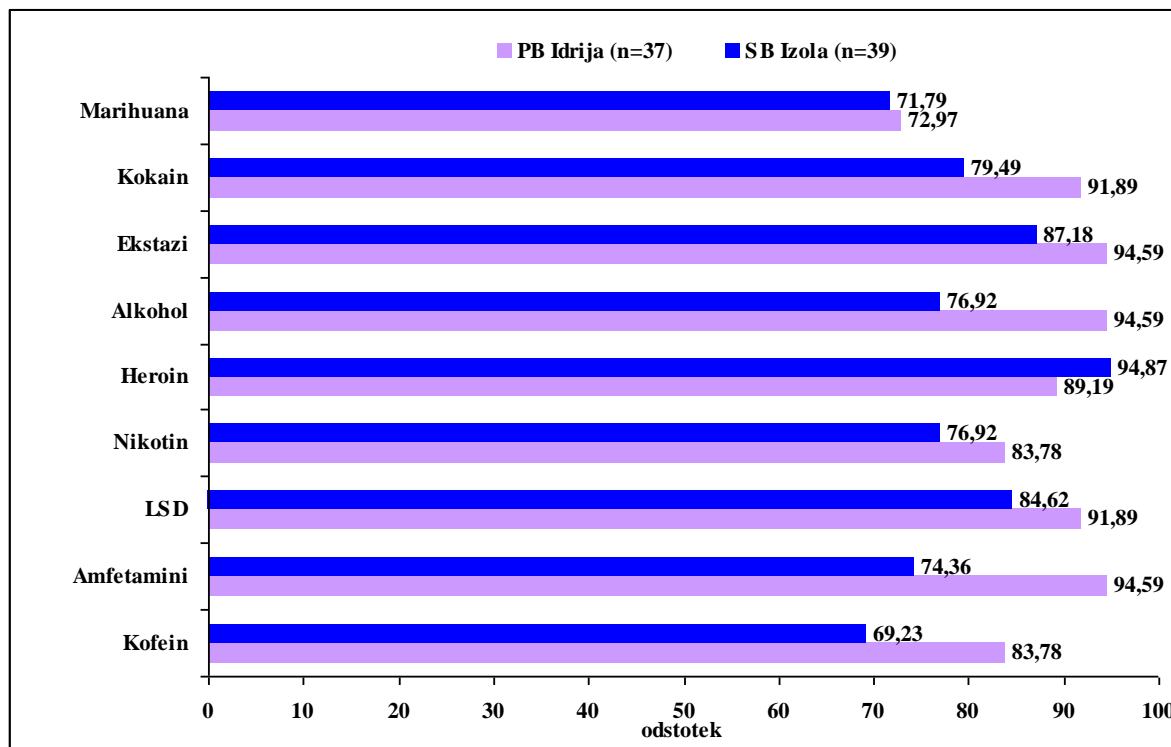
Na vprašanje št. 3: »Kateri so po Vašem mnenju pozitivni učinki drog? Naštejte vsaj tri!« smo ugotovili, da samo 50,38% respondentov PB Idrija in tudi le 35,90% respondentov SB Izola pozna 3 ali več pozitivnih učinkov drog. Pri vrednotenju odgovorov smo upoštevali vsak pravilno navedeni učinek drog in ga ovrednotili z 1/3 pripadajočih točk. Med pravih odgovori so bili največkrat navedeni: sproščenost, lajšanje bolečin, lajšanje trpljenja, povečanje ugodja .

Pri vprašanju št. 4: »Kako bi opredelili pojave, ki jih lahko povzročijo droge?« so MS/ZT obeh skupin pokazali zelo dobro znanje. Toleranco pozna 91,89% respondentov PB Idrija in 84,62% SB Izola, abstinenčni sindrom 94,59% respondentov PB Idrija in 84,62% SB Izola in predoziranje 94,59% respondentov PB Idrija in 87,18% SB Izola.

Vprašanje št. 5, ki se je glasilo: »Kakšen vpliv na centralni živčni sistem imajo po Vašem mnenju najbolj pogosto uporabljane droge?« zajema poznavanje učinkov devetih drog. Odgovore na vprašanje smo ovrednotili v skladu s kriterijem za vrednotenje odgovorov na vprašanje št. 5 (Priloga: Tabela št. 0.1)

Pravilne odgovore prikazujemo na grafu:

**Graf 1: Primerjava poznavanja vpliva drog na centralni živčni sistem**



Ugotovimo lahko, da respondenti PB Idrija zelo dobro poznajo učinke najbolj pogosto uporabljenih drog. Najmanj so prepričani o škodljivosti marihuane. Respondenti SB Izola le nekoliko manj poznajo te učinke in prav tako niso vsi prepričani o svojem poznavanju učinkov drog.

Z vprašanjem št. 6 smo želeli preveriti poznavanje drog in njihovih škodljivih/nevarnih učinkov pri redni uporabi na lastno odgovornost. Pri ugotavljanju pravilnosti odgovorov smo upoštevali dejavnike drog, dejavnike posameznika, dejavnike okolja in razvrstitev prepovedanih drog na skupine I., II. in III. (Ur.l. RS št. 49/2000), zato smo kot pravilne odgovore upoštevali vse odgovore, ki sodijo v razpon, ki zajema učinek posamezne droge od njenega najšibkejšega škodljivega učinka do najmočnejšega. Deleže pravilnih odgovorov prikazujemo v naslednji tabeli:

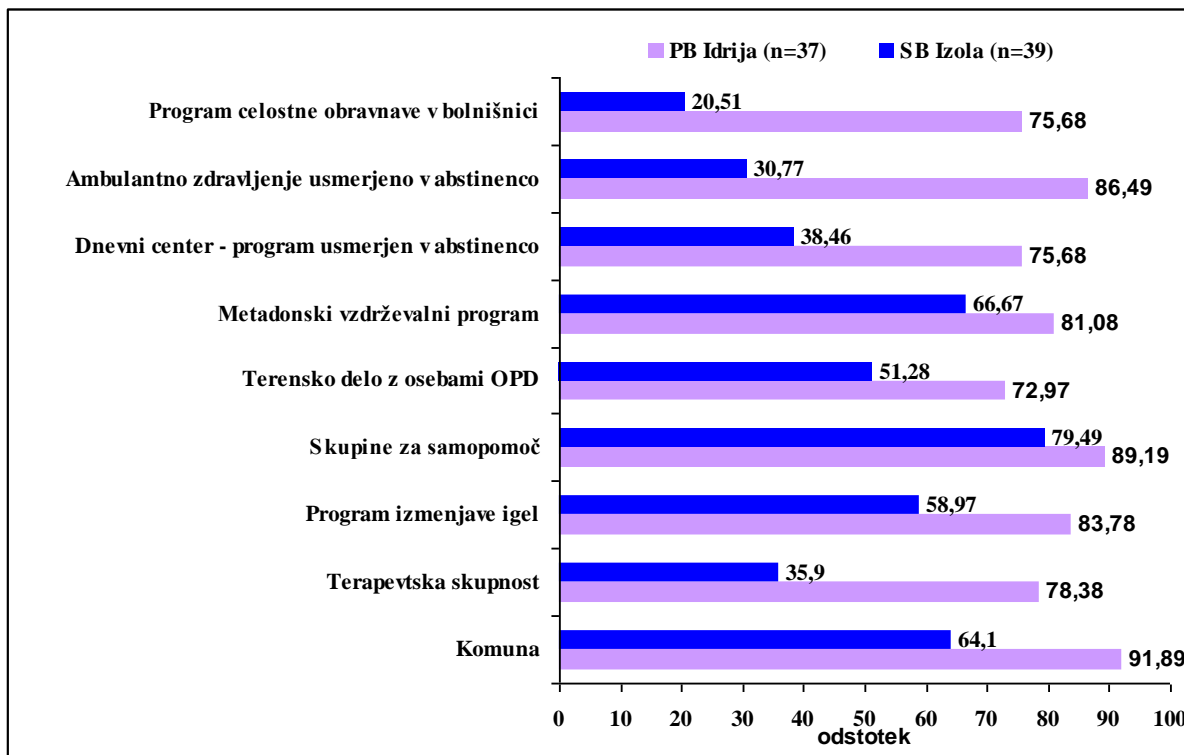
**Tabela 5: Primerjava poznavanja drog in njihovih škodljivih/nevarnih učinkov**

<b>Deleži pravilnih odgovorov na vprašanje št. 6</b>			
<b>Vrsta droge</b>	<b>Škodljivost/nevarnost droge</b>	<b>PB Idrija (n=37) %</b>	<b>SB Izola (n=39) %</b>
Nore gobice	škodljiva, nevarna, smrtonosna (4,5,6)	72,97	48,72
Topila za inhaliranje	škodljiva, nevarna, smrtonosna (4,5,6)	89,19	84,62
LSD	škodljiva, nevarna, smrtonosna (4,5,6)	91,89	84,62
Heroin	škodljiva, nevarna, smrtonosna (4,5,6)	91,89	94,87
Kofein	malo škodljiva, škodljiva, nevarna (3,4,5)	81,08	66,67
Morfin	škodljiva, nevarna, smrtonosna (4,5,6)	89,19	74,36
Nikotin	škodljiva, nevarna (4,5)	83,78	76,92
Kokain	škodljiva, nevarna, smrtonosna (4,5,6)	91,89	87,18
Alkohol	škodljiva, nevarna, smrtonosna (4,5,6)	94,59	87,18
Marihuana	škodljiva, nevarna (4,5)	83,78	71,79
Ekstazi	škodljiva, nevarna, smrtonosna (4,5,6)	94,59	87,18
Metadon	škodljiva, nevarna, smrtonosna (4,5,6)	89,19	84,62
Buprenorfin	škodljiva, nevarna, smrtonosna (4,5,6)	78,38	43,59
Opij	škodljiva, nevarna, smrtonosna (4,5,6)	91,89	82,05
Benzodiazepini	škodljiva, nevarna, smrtonosna (4,5,6)	86,49	66,67
Amfetamini	škodljiva, nevarna, smrtonosna (4,5,6)	94,59	74,36

Analiza podatkov kaže, da respondenti obeh skupin zelo dobro poznajo škodljive/nevarne učinke dovoljenih in prepovedanih drog. Respondenti PB Idrija najbolj poznajo učinke alkohola, amfetaminov, ekstazija, heroina, kokaina, LDS,... najmanj pa nore gobice in buprenorfin. Respondenti SB Izola pa zelo dobro poznajo heroin, alkohol, ekstazi, kokain, metadon, LSD,... najmanj pa, prav tako, nore gobice in buprenorfin.

Vprašanje št. 7 je bilo namenjeno ugotavljanju poznavanja pogojev za vstop v programe pomoči osebam OPD. Vprašanje je bilo sestavljeno iz 9 podvprašanj. Primerjavo deležev pravilnih odgovorov prikazujemo na grafu:

Graf 2: Primerjava poznavanja pogojev za vstop v programe pomoči osebam OPD



Primerjava podatkov kaže, da so MS/ZT PB Idrija bolj seznanjeni s pogoji vstopa v programe pomoči osebam OPD, kot MS/ZT SB Izola. Respondenti PB Idrija najbolj poznajo pogoje vstopa v komuno in v skupine za samopomoč, najmanj pa vedo o terenskem delu z osebami OPD. Respondenti SB Izola zelo dobro poznajo pogoje vstopa v skupine za samopomoč in metadonsko zdravljenje, najmanj pa vedo o pogojih vstopa v celostno zdravljenje v bolnišnici.

Z vprašanjem št. 8 smo želeli preveriti, kako MS/ZT poznajo področje preventivnih ukrepov za zmanjševanje škode, ki jo povzroča uporaba drog. Ugotovimo lahko, da v obeh bolnišnicah zelo dobro poznajo te ukrepe, saj so na vprašanje o najbolj škodljivem načinu injiciranja prepovedanih drog respondenti PB Idrija prispevali 97,30% pravih odgovorov, respondenti SB Izola pa 82,05%.

Tudi vprašanje št. 9 je bilo namenjeno preventivi. Respondente smo vprašali, na katero okužbo bi pomislili, če bi se pri osebi OPD pojavili naslednji znaki: zlatenica, temen urin in blede - belo blato. Tudi pri tem vprašanju lahko ugotovimo zelo dobro poznavanje kliničnih znakov okužb s hepatitisom B in C. MS/ZT PB Idrija so prispevali 94,59% pravih odgovorov, MS/ZT SB Izola pa 82,05%.



## b) Vrednotenje, ocenjevanje in primerjava znanja in informiranosti

Vse odgovore smo ovrednotili v skladu s tabelo za vrednotenje odgovorov na vprašanja, ki zajemajo znanje in informiranost o področju OPD (Priloga št. 1: Tabela št. 0.02). Rezultate obeh podvzorcev smo razvrstili po odgovorih (Priloga št. 1: Tabela št. 0.05) in ovrednotene odgovore posameznika kodirali. (Priloga št 0.06)

V podvzorcju PB Idrija predstavlja 100% delež znanja in informiranosti 332852 točk. Respondenti so dosegli skupaj 283384 točk, kar predstavlja 85,15% uspešnost anketnega testiranja poznavanja področja OPD. Aritmetična sredina njihovega znanja in informiranosti je 7659,02 točk.

V podvzorcju SB Izola predstavlja 100% delež znanja in informiranosti 350844 točk. Respondenti so zbrali skupno 243194,00 kar je 69,31% uspešnost anketnega testiranja poznavanja področja OPD. Aritmetična sredina njihovega znanja in informiranosti je 6235,74 točk.

Najvišje število točk, ki jih je na testu zbral posameznik, je 8933,50 točk, kar pomeni 99,31% uspešnost. Dosegel jo je respondent PB Idrija. Najvišje število točk, ki jih je zbral respondent SB Izola je 8378,50 točk – to je 93,14% uspešnost anketnega testiranja poznavanja področja OPD .

Znanje in informiranost smo ocenili v skladu z lestvico znanja in informiranosti (Priloga : Tabela št. 0.03 in Tabela št. 0.06).

Znanje in informiranost povezujemo tudi s stopnjo izobrazbe, zato v nadaljevanju podajamo pregled uspešnosti anketnega testiranja poznavanja področja OPD glede na stopnjo izobrazbe:

**Tabela 6: Ocena znanja in informiranosti MS/ZT PB Idrija z višjo in visoko stopnjo izobrazbe**

<b>MS/ZT PB Idrija – višja in visoka stopnja izobrazbe</b>				
<b>Stopnja znanja in informiranosti</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Ocena</b>	<b>Ocena skupaj</b>
Odlično	4	10,81	5	20
Zelo dobro	5	13,51	4	20
Dobro	0	0,00	3	0
Zadovoljivo	0	0,00	2	0
Slabo	0	0,00	1	0
Skupaj	9	24,32		40
<b>Stopnja: Zelo dobro</b>			<b>Povprečna ocena</b>	<b>4,44</b>

Tabela 7: Ocena znanja in informiranosti MS/ZT SB Izola z višjo in visoko stopnjo izobrazbe

MS/ZT SB Izola – višja in visoka stopnja izobrazbe				
Stopnja znanja in informiranosti	n	%	Ocena	Ocena skupaj
Odlično	1	2,56	5	5
Zelo dobro	5	12,82	4	20
Dobro	3	7,69	3	9
Zadovoljivo	6	15,38	2	12
Slabo	1	2,56	1	1
Skupaj	16	41,03		47
<b>Stopnja: : Zadovoljivo</b>			<b>Povprečna ocena</b>	<b>2,93</b>

Tabela 8: Ocena znanja in informiranosti MS/ZT PB Idrija s srednjo stopnjo izobrazbe

MS/ZT PB Idrija – srednja stopnja izobrazbe				
Stopnja znanja in informiranosti	n	%	Ocena	Ocena skupaj
Odlično	6	16,22	5	30
Zelo dobro	9	24,32	4	36
Dobro	8	21,62	3	24
Zadovoljivo	1	2,70	2	2
Slabo	0	0,00	1	0
Skupaj	24	64,86		92
<b>Stopnja: Dobro</b>			<b>Povprečna ocena</b>	<b>3,83</b>

- Povprečna ocena znanja in informiranosti MS ZT PB Idrija, ki niso zaupali podatka o stopnji izobrazbe (n=4/10,81%) je 4,25 – stopnja »zelo dobro«.

Tabela 9: Ocena znanja in informiranosti MS/ZT SB Izola s srednjo stopnjo izobrazbe

MS/ZT SB Izola – srednja stopnja izobrazbe				
Stopnja znanja in informiranosti	n	%	Ocena	Ocena skupaj
Odlično	0	0,00	5	0
Zelo dobro	5	12,82	4	20
Dobro	6	15,38	3	18
Zadovoljivo	11	28,21	2	22
Slabo	1	2,56	1	1
Skupaj	23	58,97		61
<b>Stopnja: Zadovoljivo</b>			<b>Povprečna ocena</b>	<b>2,65</b>

Tabela 10: Ocena znanja in informiranosti v vzorcu - MS/ZT z višjo in visoko stopnjo izobrazbe

MS/ZT vzorec – višja in visoka stopnja izobrazbe				
Stopnja znanja in informiranosti	n	%	Ocena	Ocena skupaj
Odlično	5	6,58	5	25
Zelo dobro	10	13,16	4	40
Dobro	3	3,95	3	9
Zadovoljivo	6	7,89	2	12
Slabo	1	1,32	1	1
Skupaj	25	32,89		87
<b>Stopnja: Dobro</b>			<b>Povprečna ocena</b>	<b>3,48</b>

Tabela 11: Ocena znanja in informiranosti v vzorcu - MS/ZT s srednjo stopnjo izobrazbe

MS/ZT vzorec– srednja stopnja izobrazbe				
Stopnja znanja in informiranosti	n	%	Ocena	Ocena skupaj
Odlično	6	7,89	5	30
Zelo dobro	14	18,42	4	56
Dobro	14	18,42	3	42
Zadovoljivo	12	15,79	2	24
Slabo	1	1,32	1	1
Skupaj	47	61,84		153
<b>Stopnja: Dobro</b>			<b>Povprečna ocena</b>	<b>3,26</b>

Tabela 12: Ocena znanja in informiranosti v vzorcu - MS/ZT brez podatka o izobrazbi

MS/ZT vzorec– ni podatka o izobrazbi				
Stopnja znanja in informiranosti	n	%	Ocena	Ocena skupaj
Odlično	2	2,63	5	10
Zelo dobro	1	1,32	4	4
Dobro	0	0,00	3	0
Zadovoljivo	1	1,32	2	2
Slabo	0	0,00	1	1
Skupaj	4	5,25		17
<b>Stopnja: Zelo dobro</b>			<b>Povprečna ocena</b>	<b>4,25</b>

Iz analize podatkov anketnega testiranja znanja in informiranosti o področju OPD lahko ugotovimo:

- povprečna ocena znanja in informiranosti MS/ZT PB Idrija je 4,14 – stopnja »prav dobro«;
- povprečna ocena znanja in informiranosti MS/ZT SB Izola je 2,79 – stopnja »zadovoljivo«;
- povprečna ocena znanja in informiranosti v vzorcu MS/ZT z višjo in visoko stopnjo izobrazbe je 3,48 – stopnja »dobro«;

- povprečna ocena znanja in informiranosti v vzorcu MS/ZT s srednjo stopnjo izobrazbe je 3,26 – stopnja »dobro«;
- skupna povprečna ocena znanja in informiranosti (vključuje tudi MS/ZT, ki niso navedli stopnje izobrazbe) v vzorcu MS/ZT je 3,66.

Na podlagi teh podatkov lahko sklepamo:

- MS/ZT dobro poznajo področje OPD;
- področje OPD bolje poznajo MS/ZT z višješolsko in visokošolsko stopnjo izobrazbe v primerjavi z MS/ZT s srednjo stopnjo izobrazbe;
- znanje in informiranost MS/ZT PB Idrija o področju OPD sta boljša, kot znanje in informiranost MS/ZT SB Izola.

### 6.4.3 Mnenja in stališča

#### a) Pregled in primerjava mnenj in stališč

V nadaljevanju podajamo odgovore na vprašanja o stališčih MS/ZT do boleznih odvisnosti in oseb OPD. Odgovori so zapisani po vrstnem redu, kot so zapisana vprašanja v anketnem vprašalniku.

Na vprašanje št. 10: »S čim povezuje o osebe odvisne od prepovedanih drog?« so respondenti odgovorili:

32,43% MS/ZT PB Idrija meni, da so osebe OPD enake, kot drugi ljudje. Tako meni tudi 17,95% respondentov SB Izola. 40,54% vprašanih PB Idrija meni, da so osebe OPD drugačne. S tem se strinja tudi 33,33% respondentov SB Izola. Za 8,11% respondentov PB Idrija so osebe OPD slabši in tako meni tudi 25,64% respondentov SB Izola. Nihče od vprašanih PB Idrija ne misli, da so osebe OPD manjvredne. Da so te osebe manjvredne, meni le 2,56% respondentov SB Izola. 32,43% vprašanih PB Idrija in 41,03% SB Izola pripisuje osebam OPD neodgovornost. 18,92% respondentov PB Idrija in 20,51% SB Izola meni, da so o osebe OPD kriminalci. Da so osebe OPD bolniki, meni 64,86% vprašanih PB Idrija in 76,92% SB Izola.

Na vprašanje št. 11: »Ali bi imeli za soseda osebo odvisno od prepovedanih drog?« je pritrdilno odgovorilo 13,51% respondentov PB Idrija in 17,95% SB Izola.

Vprašanje št. 12 se je glasilo: »Ali bi peljali svojega otroka k zdravniku v zdravstveni dom, kjer je metadonska ambulanta, če bi imeli drugo, enakovredno možnost?« Pritrdilno je odgovorilo 51,35% respondentov PB Idrija in 30,77% SB Izola.

Z vprašanjem št. 13 smo respondente povprašali: »Ali bi sprejeli vljudno povabilo na sok (čaj) v javnem lokalu, če bi Vas povabila oseba odvisna od prepovedanih drog? (Pod pogojem, da bi Vam okoliščine to dopuščale.)«. Kar 64,86% respondentov PB Idrija in 41,03% SB Izola bi povabilo sprejelo.

Z zadnjim vprašanjem, vprašanjem št. 14 smo želeli izvedeti, ali se respondeti strinjajo s trditvijo: »Enkrat odvisnik – vedno odvisnik!«, ki ima lahko več pomenov, mi pa smo

predvsem želeli preveriti, s kakšnim upanjem v rešitev iz primeža odvisnosti lahko MS/ZT podprejo pacienta OPD. S trditvijo se strinja 32,43% vprašanih PB Idrija in 33,33% SB Izola. Iz odgovorov lahko sklepamo, da bi 33% respondentov obeh bolnišnic s svojim stališčem težko podprlo pacienta OPD na njegovi poti do rehabilitacije.

Iz analize podatkov o stališčih MS/ZT lahko ugotovimo:

največ vprašanih PB Idrija meni, da so osebe OPD bolniki. Enak delež respondentov bi sprejel vljudno povabilo na sok ali čaj v javnem lokalu, če bi jih povabila oseba OPD. Nihče oseb OPD nima za manjvredne, nizek delež respondentov pa meni, da so tudi slabiči in kriminalci. Tretjina respondentov bi s svojimi mnenji in stališči do oseb OPD težko podprla pacienta OPD na njegovi poti do ozdravitve.

Med respondenti SB Izola prav tako večina meni, da so osebe OPD bolniki. Zanimiv pa je podatek, ki kaže da petina respondentov meni, da so osebe OPD kriminalci in le nekoliko nižji delež vprašanih ne bi imel nič proti sosеду, ki je OPD. Tudi v tem podvzorcju bi tretjina vprašanih težko podprla pacienta OPD na poti do ozdravitve.

## b) Merjenje in primerjava stališč

Deleže izborov stališč prikazujemo v naslednji tabeli:

**Tabela 13: Deleži izborov stališč**

Stališča	PB Idrija		SB Izola		Vzorec MS/ZT	
	n	%	n	%	n	%
• Za soseda bi imel osebo OPD.	5	13,51	7	17,95	12	15,79
• Sprejel bi vljudno povabilo na sok ali čaj v javnem lokalu, če bi me povabila oseba OPD in če bi mi okoliščine to dopuščale.	24	64,86	16	41,03	40	52,63
• Svojega otroka bi peljal v zdravstveni dom, kjer je metadonska ambulanta, četudi bi imel drugo, enakovredno možnost.	19	51,35	12	30,77	31	40,79
• Osebe OPD so enake kot drugi ljudje.	12	32,43	7	17,95	19	25,00
• Osebe OPD so bolniki.	24	64,86	30	76,92	54	71,05
• Osebe OPD so drugačne.	15	40,54	13	33,33	28	36,84
• Osebe OPD so slabiči.	3	8,11	10	25,64	13	3,95
• Osebe OPD so manj vredne.	0	0,00	1	2,56	1	1,32
• Osebe OPD so kriminalci.	7	18,92	8	20,51	15	19,74

Izbrana stališča smo kodirali in razvrstili v stopnje »zelo naklonjen«, »naklonjen«, »nevtralen«, »nenaklonjen« in »zelo nenaklonjen« in izmerili z lestvico stališč MS/ZT (Priloga št. 1: Tabela št. 0,04 in 0,07, 0,08).

V nadaljevanju smo izračunali povprečno vrednost stališč obeh podvzorcev in vzorca MS/ZT: število izborov posameznih stopenj stališč smo pomnožili z ustreznimi vrednostmi 5 – stopenjske lestvice stališč, tako dobljene produkte sešteli in vsoto delili s številom respondentov. Z lestvico stališč smo izmerili stopnjo stališč.

Pregled povprečnih vrednosti stališč in stopnje stališč podajamo v naslednjih tabelah:

**Tabela 14: Povprečna vrednost stališč MS/ZT PB Idrija**

<b>MS/ZT PB Idrija</b>						
<b>Stopnja naklonjenosti</b>						
	<b>Zelo naklonjen</b>	<b>Naklonjen</b>	<b>Nevtralen</b>	<b>Nenaklonjen</b>	<b>Zelo nenaklonjen</b>	<b>Skupaj</b>
	<b>n</b>	<b>n</b>	<b>n</b>	<b>n</b>	<b>n</b>	<b>n</b>
	0	23	11	2	1	37
	0,00%	62,16%	29,73%	5,41%	2,70%	100%
Vrednost stališč	0	46	33	8	5	92
<b>Povprečna vrednost stališč</b>						<b>2,49</b>
<b>Stopnja stališč</b>						<b>Naklonjen</b>

Iz analize podatkov podvzorca PB Idrija lahko ugotovimo, da se v stopnjo »zelo naklonjen« ni uvrstil noben respondent. Najvišji delež sodelujočih v anketi je uvrščen v stopnjo »naklonjen«, sledi precej nižji delež »nevtralnih«, nato nizek delež »nenaklonjenih« in najnižji delež »zelo nenaklonjenih« do oseb OPD. Povprečna vrednost stališč MS/ZT PB Idrija je 2,49 in sodijo v stopnjo »naklonjen«.

**Tabela 15: Povprečna vrednost stališč MS/ZT SB Izola**

<b>MS/ZT SB Izola</b>						
<b>Stopnja naklonjenosti</b>						
	<b>Zelo naklonjen</b>	<b>Naklonjen</b>	<b>Nevtralen</b>	<b>Nenaklonjen</b>	<b>Zelo nenaklonjen</b>	<b>Skupaj</b>
	<b>n</b>	<b>n</b>	<b>n</b>	<b>n</b>	<b>n</b>	<b>n</b>
	0	13	18	8	0	39
	0,00%	33,33%	46,15%	20,51%	0,00%	100%
Vrednost stališč	0	26	54	32	0	112
<b>Povprečna vrednost stališč</b>						<b>2,87</b>
<b>Stopnja stališč</b>						<b>Naklonjen</b>

Tudi v podvzorcu SB Izola ni uvrščenih v stopnji »zelo naklonjen«. Najvišji delež respondentov je uvrščen v stopnjo »nevtralen«, sledijo »naklonjeni« in nato »nenaklonjeni«. V tem podvzorcu ni uvrščenih v stopnji »zelo nenaklonjen«.

Povprečna vrednost stališč MS/ZT SB Izola je 2,87 in so uvrščena v stopnjo »naklonjen«.

Tabela 16: Povprečna vrednost stališč v vzorcu MS/ZT

Vzorec MS/ZT						
Stopnja naklonjenosti						
	Zelo naklonjen	Naklonjen	Nevtralen	Nenaklonjen	Zelo nenaklonjen	Skupaj
	n	n	n	n	n	n
	0	36	29	10	1	76
	0,00%	47,37%	38,16%	13,16%	1,32%	100%
Vrednost stališč	0	72	87	40	5	204
<b>Povprečna vrednost stališč</b>						<b>2,68</b>
<b>Stopnja stališč</b>						<b>Naklonjen</b>

Iz analize podatkov vzorca MS/ZT je razvidno, da je najvišji delež respondentov naklonjen do oseb OPD, sledijo nevtralni in nato precej nižji delež nenaklonjenih. Najnižji je delež MS/ZT, ki so osebam OPD zelo nenaklonjeni.

Povprečna vrednost stališč v vzorcu MS/ZT je 2,68 - stopnja »naklonjen«.

Primerjava podatkov kaže, da se stališča obeh podvzorcev nekoliko razlikujejo. Med respondenti SB Izola je višji delež MS/ZT, ki so nenaklonjeni do oseb OPD, kot med respondenti PB Idrija. V skupini PB Idrija je nizek delež uvrščenih med »zelo nenaklonjene« (1 respondent), v skupini SB Izola pa v tej stopnji stališč ni uvrščenih.

V nobeni od skupin ni uvrščenih v stopnji »zelo naklonjen«.

#### 6.4.4 Ugotavljanje povezanosti znanja in informiranosti z mnenji in stališči

##### a) Primerjava deležev uvrščenih v stopnjah znanja in informiranosti z deleži uvrščenih v primerljivih stopnjah stališč

V raziskavi nas je zanimala primerjava deležev uvrščenih v posameznih stopnjah znanja in informiranosti z deleži uvrščenih v primerljivih (izhajajoč iz naše hipoteze) stopnjah stališč:

- odlično znanje in informiranost – zelo naklonjen do oseb OPD;
- zelo dobro znanje in informiranost – naklonjen do oseb OPD;
- dobro znanje in informiranost – nevtralen do oseb OPD;
- zadovoljivo znanje in informiranost – nenaklonjen do oseb OPD;
- slabo znanje in informiranost – zelo nenaklonjen do oseb OPD.

Primerjavo deležev v podvzorcu PB Idrija prikazujemo v naslednji tabeli:

**Tabela 17: Primerjava deležev uvrščenih MS/ZT PB Idrija v stopnjah znanja in informiranosti z deleži uvrščenih v stopnjah stališč**

MS/ZT PB Idrija						
Stopnja naklonjenosti						
Stopnja znanja in informiranosti	Zelo naklonjen n	Naklonjen n	Nevtralen n	Nenaklonjen n	Zelo nenaklonjen n	Skupaj n
Odlično	0 0,00%	8 21,62%	2 5,41%	1 2,70%	1 2,70%	12 32,43%
Zelo dobro	0 0,00%	12 32,43%	3 8,11%	0 0,00%	0 0,00%	15 40,54%
Dobro	0 0,00%	3 8,11%	5 13,51%	0 0,00%	0 0,00%	8 21,62%
Zadovoljivo	0 0,00%	0 0,00%	1 2,70%	1 2,70%	0 0,00%	2 5,41%
Slabo	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%
<b>Skupaj</b>	0 0,00%	23 62,16%	11 29,73%	2 5,41%	1 2,70%	37 100%

Iz analize podatkov lahko ugotovimo:

- nihče od respondentov, ocenjenih z oceno »odlično« znanje in informiranost, ni uvrščen v stopnjo »zelo naklonjen« do oseb OPD;
- od 40,54% respondentov z »zelo dobrim« znanjem in informiranostjo jih je kar 32,43% uvrščeno med »naklonjene« do oseb OPD;
- od respondentov, ocenjenih z oceno »dobro«, je večina uvrščena med »nevtralne«;
- od 5,41% respondentov z »zadovoljivim« znanjem in informiranostjo je polovica uvrščena v primerljivo stopnjo stališč »nenaklonjen«, polovica pa med »nevtralne«;
- nihče z oceno »slabo« ni uvrščen v primerljivo stopnjo stališč »zelo nenaklonjen«.

Analiza podatkov podvzorca MS/ZT PB Idrija kaže primerljivost deležev uvrščenih v stopnjah »zelo dobro« in »dobro« znanje in informiranost z deleži uvrščenih v primerljivih stopnjah stališč »naklonjen« in »nevtralen«. V ostalih stopnjah znanja in informiranosti se ne kaže primerljivost deležev uvrščenih z deleži uvrščenih v primerljivih stopnjah stališč.

Enako primerjavo deležev prikazujemo tudi za podvzorec SB Izola:



**Tabela 18: Primerjava deležev uvrščenih MS/ZT SB Izola v stopnjah znanja in informiranosti z deleži uvrščenih v stopnjah stališč**

<b>MS/ZT SB Izola</b>						
<b>Stopnja naklonjenosti</b>						
<b>Stopnja znanja in informiranosti</b>	<b>Zelo naklonjen n</b>	<b>Naklonjen n</b>	<b>Nevtralen n</b>	<b>Nenaklonjen n</b>	<b>Zelo nenaklonjen n</b>	<b>Skupaj n</b>
Odlično	0 0,00%	0 0,00%	1 2,56%	0 0,00%	0 0,00%	1 2,56%
Zelo dobro	0 0,00%	5 12,82%	3 7,69%	2 5,13%	0 0,00%	10 25,64%
Dobro	0 0,00%	2 5,13%	4 10,26%	3 7,69%	0 0,00%	9 23,08%
Zadovoljivo	0 0,00%	5 12,82%	9 23,08%	3 7,69%	0 0,00%	17 43,59%
Slabo	0 0,00%	1 2,56%	1 2,56%	0 0,00%	0 0,00%	2 5,13%
<b>Skupaj</b>	0 0,00%	13 33,33%	18 46,15%	8 20,51%	0 0,00%	39 100%

Iz analize podatkov lahko ugotovimo naslednje:

- tudi v podvzorcu SB Izola nihče od respondentov, ocenjenih z oceno »odlično« znanje in informiranost, ni uvrščen v stopnjo »zelo naklonjen« do oseb OPD;
- tudi v tem podvzorcu se kaže primerljivost deležev uvrščenih v stopnji »zelo dobro« znanje in informiranost z deležem uvrščenih v stopnji stališč »naklonjen«, saj so se v to stopnjo stališč v najvišjem deležu uvrstili prav respondenti z zelo dobrim znanjem;
- primerljivost znanja in informiranosti s stališči se kaže tudi v stopnji »dobro« znanje in informiranost, saj se je najvišji delež tako ocenjenih MS/ZT uvrstil med »nevtralne« do oseb OPD;
- tudi v tem podvzorcu se ne kaže primerljivost deležev uvrščenih v ostalih dveh stopnjah znanja in informiranosti z ostalima primerljivima stopnjama stališč.

V nadaljevanju prikazujemo enako primerjavo v vzorcu MS/ZT:

**Tabela 19: Primerjava deležev uvrščenih vzorca MS/ZT v stopnjah znanja in informiranosti z deleži uvrščenih v stopnjah stališč**

<b>Vzorec MS/ZT</b>						
<b>Stopnja naklonjenosti</b>						
<b>Stopnja znanja in informiranosti</b>	<b>Zelo naklonjen n</b>	<b>Naklonjen n</b>	<b>Nevtralen n</b>	<b>Nenaklonjen n</b>	<b>Zelo nenaklonjen n</b>	<b>Skupaj n</b>
Odlično	0 0,00%	8 10,53%	3 3,95%	1 1,32%	1 1,32%	13 17,11%
Zelo dobro	0 0,00%	17 22,37%	6 7,89%	2 2,63%	0 0,00%	25 32,89%
Dobro	0 0,00%	5 6,58%	9 11,84%	3 3,95%	0 0,00%	17 22,37%
Zadovoljivo	0 0,00%	5 6,58%	10 13,16%	4 5,26%	0 0,00%	19 25,00%
Slabo	0 0,00%	1 1,32%	1 1,32%	0 0,00%	0 0,00%	2 2,63%
<b>Skupaj</b>	0 0,00%	36 47,37%	29 38,16%	10 13,16%	1 1,32%	76 100%

Iz analize podatkov vzorca MS/ZT lahko ugotovimo primerljivost deležev uvrščenih le v stopnjah »zelo dobro« in »dobro« znanje in informiranost z deleži uvrščenih v stopnjah stališč »naklonjen« in »nevtralen«. Tudi v vzorcu MS/ZT se ne kaže primerljivost deležev uvrščenih v ostalih stopnjah znanja in informiranosti z deleži uvrščenih v primerljivih stopnjah stališč.

#### **b) Sinteza podatkov in ugotavljanje deležev stališč, povezanih z znanjem in informiranostjo**

Zaradi smiselnost ugotavljanja deležev stališč, povezanih z znanjem in informiranostjo, smo v nadaljnjih analizah združili:

##### 1. stopnje pozitivno ocenjenega znanja in informiranosti:

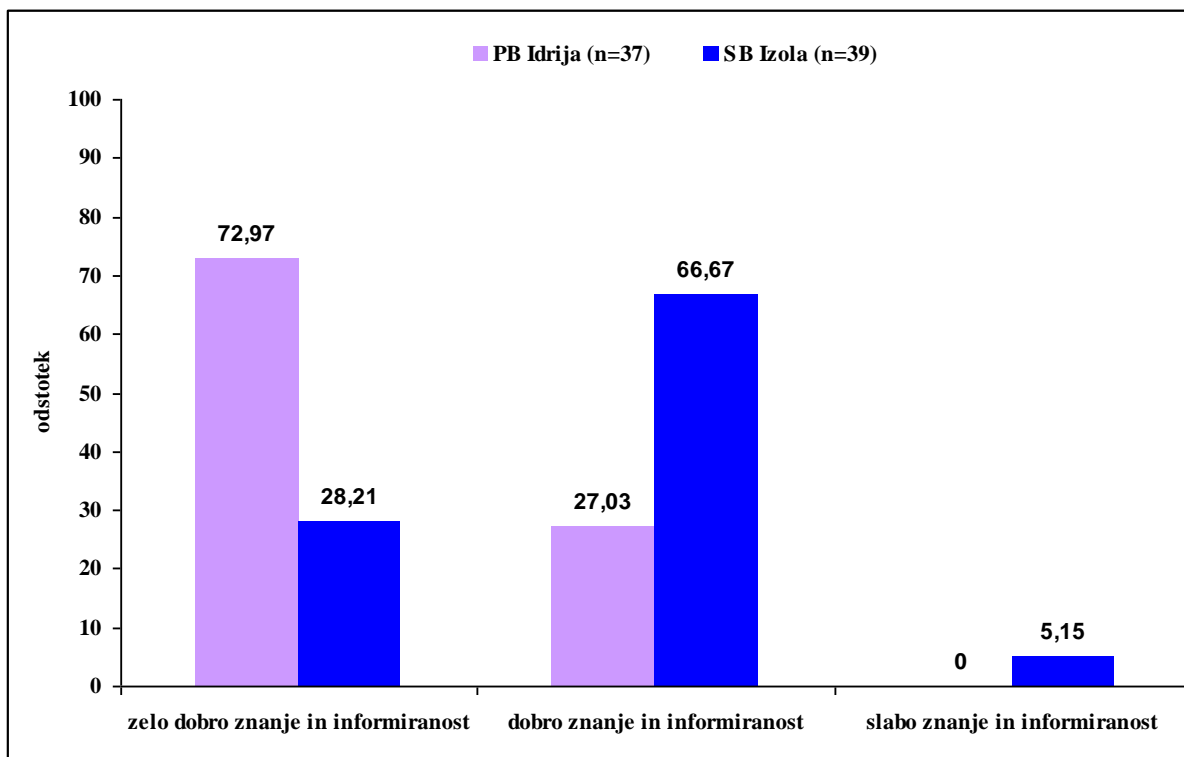
- »odlično« in »zelo dobro« v »zelo dobro«
- »zadovoljivo« in »dobro« v »dobro«;

##### 2. stopnje stališč:

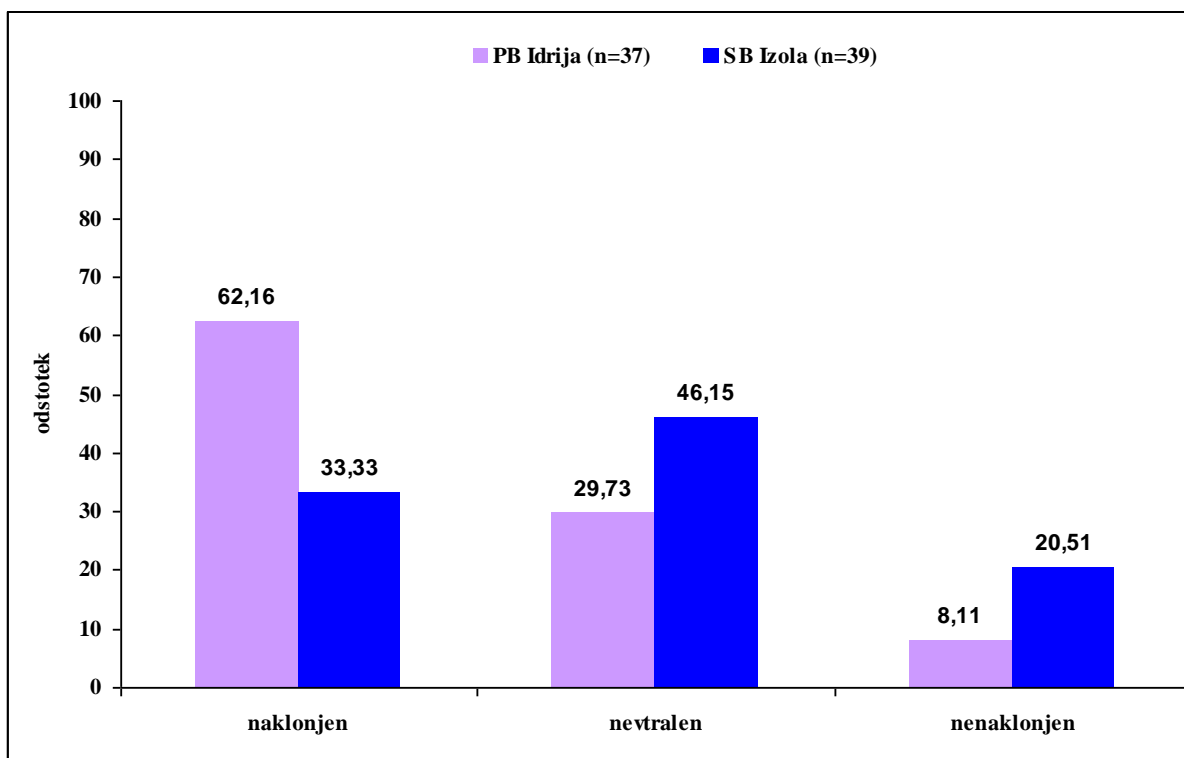
- »zelo naklonjen« in »naklonjen« v »naklonjen«
- »zelo nenaklonjen« in »nenaklonjen« v »nenaklonjen«.

Na grafih prikazujemo primerjavo deležev uvrščenih po tako združenih stopnjah znanja in informiranosti in stališč:

Graf 3: Primerjava deležev uvrščenih v stopnjah znanja in informiranosti



Graf 4: Primerjava deležev uvrščenih v stopnjah stališč



V nadaljevanju primerjamo deleže uvrščenih v stopnjah znanja in informiranosti z deleži uvrščenih v primerljivih stopnjah stališč:

- »zelo dobro znanje« in informiranost – stopnja stališča »naklonjen«,
- »dobro« znanje in informiranost – stopnja stališča »nevtralen«,
- »slabo« znanje in informiranost – stopnja stališča »nenaklonjen«.

Primerjavo prikazujemo v naslednji tabeli:

**Tabela 20: Primerjava deležev uvrščenih MS/ZT PB Idrija v združenih stopnjah znanja in informiranosti z deleži uvrščenih v združenih stopnjah stališč**

<b>MS/ZT PB Idrija</b>				
<b>Stopnja naklonjenosti</b>				
<b>Stopnja znanja in informiranosti</b>	<b>Naklonjen n</b>	<b>Nevtralen n</b>	<b>Nenaklonjen n</b>	<b>Skupaj n</b>
Zelo dobro	20 54,05%	5 13,51%	2 5,41%	27 72,97%
Dobro	3 8,11%	6 16,22%	1 2,70%	10 27,03%
Slabo	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%
<b>Skupaj</b>	23 62,16%	11 29,73%	3 8,10%	37 100%

Analiza podatkov podvzorca MS/ZT PB Idrija kaže primerljivost deležev uvrščenih v stopnjah »zelo dobro« in »dobro« znanje in informiranost in stopnjah stališč »naklonjen« in »nevtralen«. Od 62,16% deleža stališč, »naklonjenih« do oseb OPD, je z »zelo dobrim znanjem in informiranostjo« povezan 54,05% delež in od 29,73% nevtralnih stališč je z »dobrim znanjem in informiranostjo« povezan 16,22% delež stališč.

O primerljivosti deležev uvrščenih v stopnji »slabo« znanje in informiranost z deleži uvrščenih v stopnji stališč »nenaklonjen« pa ne moremo sklepati, ker v njih ni uvrščenih.

V nadaljevanju prikazujemo primerjavo v podvzorcu SB Izola.

**Tabela 21: Primerjava deležev uvrščenih MS/ZT SB Izola v združenih stopnjah znanja in informiranosti z deleži uvrščenih v združenih stopnjah stališč**

<b>MS/ZT SB Izola</b>				
<b>Stopnja naklonjenosti</b>				
<b>Stopnja znanja in informiranosti</b>	<b>Naklonjen n</b>	<b>Nevtralen n</b>	<b>Nenaklonjen n</b>	<b>Skupaj n</b>
Zelo dobro	5 12,82%	4 10,26%	2 5,13%	11 28,21%
Dobro	7 17,95%	13 33,33%	6 15,38%	26 66,67%
Slabo	1 2,56%	1 2,56%	0 0,00%	2 5,13%
<b>Skupaj</b>	13 33,33%	18 46,15%	8 20,51%	39 100%

Iz analize podatkov podvzorca MS/ZT Izola lahko ugotovimo primerljivost deleža uvrščenih v stopnji »dobro« znanje in informiranost z deležem uvrščenih v stopnji stališč »nevtralen«. Tudi v stopnji »zelo dobro« znanje in informiranost se kaže primerljivost deleža uvrščenih z deležem v stopnji stališč »naklonjen«, saj je večina respondentov, s tako ocenjenim znanjem in informiranostjo, uvrščena v to stopnjo stališč.

Iz analize podatkov podvzorca SB Izola izhaja, da je 46,15% delež »nevtralnih« stališč povezan s 33,33% deležem »dobrega« znanja in informiranosti in 33,33% delež »naklonjenih« stališč z 12,82% deležem »zelo dobrega znanja«.

Analizirali smo tudi vzorec MS/ZT. Primerjavo deležev uvrščenih prikazujemo v naslednji tabeli.

**Tabela 22: Primerjava deležev uvrščenih vzorca MS/ZT v združenih stopnjah znanja in informiranosti z deleži uvrščenih v združenih stopnjah stališč**

<b>Vzorec MS/ZT</b>				
<b>Stopnja naklonjenosti</b>				
<b>Stopnja znanja in informiranosti</b>	<b>Naklonjen n</b>	<b>Nevtralen n</b>	<b>Nenaklonjen n</b>	<b>Skupaj n</b>
Zelo dobro	25 32,89%	9 11,84%	4 5,26%	38 50,00%
Dobro	10 13,16%	19 25,00%	7 9,21%	36 47,37%
Slabo	1 1,32%	1 1,32%	0 0,00%	2 2,63%
<b>Skupaj</b>	36 47,37%	29 38,16%	11 14,47%	76 100%

Iz analize podatkov vzorca MS/ZT lahko ugotovimo naslednje:

- najvišji delež respondentov je v raziskavi dosegel stopnjo znanja in informiranosti »zelo dobro« in tudi najvišji delež teh respondentov se je uvrstil v primerljivo stopnjo stališč »naklonjen«. Iz raziskave izhaja, da je od 46,37% deleža »naklonjenih« stališč z znanjem in informiranostjo povezan 32,89% delež stališč.
- večina respondentov, ki so v raziskavi dosegli stopnjo »dobro« znanje in informiranost, se je uvrstila v primerljivo stopnjo stališč »nevtralen«. Analiza podatkov kaže, da je od 38,16% deleža »nevtralnih« stališč 25% delež le-teh povezan z znanjem in informiranostjo.

Podatki ne nakazujejo primerljivosti deležev uvrščenih v stopnji »slabo« znanje in informiranost z deleži v stopnji stališč »nenaklonjen«. Stališča tako uvrščenih respondentov so uvrščena v stopnji, ki sta višji od pričakovanih glede na doseženo stopnjo znanja in informiranosti. Iz analize podatkov izhaja, da 14,47% delež »nenaklonjenih« stališč ni povezan s »slabim« znanjem in informiranostjo.

Iz analize podatkov vzorca MS/ZT lahko ugotovimo, da je 57,89% stališč o osebah OPD povezano z znanjem in informiranostjo o področju OPD, 42,11% stališč pa ne.

#### **6.4.5 Mnenja in stališča skupin medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, oblikovanih na podlagi socio – demografskih spremenljivk**

V raziskavi nas je zanimalo, ali se razlikujejo mnenja in stališča MS/ZT glede na nekatere socio – demografske spremenljivke. S tem namenom smo na podlagi socio – demografskih spremenljivk oblikovali kategorije MS/ZT in izmeril naklonjenost posameznih skupin določene kategorije do oseb OPD in jih med seboj primerjali. Rezultati pomenijo le predpostavlanje o povezanosti socio – demografskih spremenljivk s stališči.

Pri ugotavljanju razlik v mnenjih in stališčih smo uporabili združene stopnje stališč in združene stopnje znanja in informiranosti, kot smo jih uporabili v podpoglavju 7.7 in naslednje tri stopnje 5-stopenjske lestvice stališč: naklonjen – vrednost stališč: 2, nevtralen – vrednost stališč: 3 in nenaklonjen – vrednost stališč: 4. Tako izmerjena stališča se nekoliko razlikujejo od natančno izmerjenih v podpoglavju 7.5.3, kar pa ne vpliva na končne ugotovitve, ker smo za vse primere uporabili isti postopek.

Opozoriti velja, da so ugotovljene razlike v vrednostih stališč zelo majhne, zato lahko govorimo le o relativno večji ali manjši naklonjenosti MS/ZT do oseb OPD.

Zaradi zagotavljanja objektivnosti obravnavane teme, v tem poglavju obravnavamo samo skupine MS/ZT s 5 in več respondenti.

Stališča smo izmerili in podatke med seboj primerjali.

Stališča obravnavamo v zaporedju, pri katerem smo upoštevali že predhodno obravnavane podatke in vrstni red vprašanj na anketnem vprašalniku.

**a) Stališča skupin MS/ZT, oblikovanih na podlagi kategorije »stopnja izobrazbe«**

V raziskavi so skupine MS/ZT, oblikovane ne na podlagi stopnje izobrazbe, izrazile stališča, ki so ocenjena z naslednjimi povprečnimi vrednostmi (Priloge: Tabele od št. 0.7– 0.9): Respondenti z višjo in visokošolsko stopnjo izobrazbe: PB Idrija 2,33, SB Izola 2,75. Povprečna vrednost stališč MS/ZT v vzorcu je 2,60.

Stališča respondentov s srednjo stopnjo izobrazbe so ocenjena s povprečnimi vrednostmi, kot sledi: PB Idrija 2,50, SB Izola 2,96. Povprečna vrednost stališč v vzorcu MS/ZT je 2,72.

Iz analize podatkov skupin MS/ZT, oblikovanih na podlagi stopnje izobrazbe, lahko predpostavljamo, da so MS/ZT z višjo in visoko stopnjo izobrazbe bolj naklonjeni do oseb OPD, kot MS/ZT s srednjo stopnjo izobrazbe.

Ob upoštevanju dejstva, da smo v podpoglavju 7.5.2 (Tabele od št. 8 – 11) ugotovili, da sta znanje in informiranost MS/ZT z višjo in visoko stopnjo izobrazbe v obeh podvzorcih ocenjena z višjo povprečno oceno, kot znanje in informiranost MS/ZT s srednjo stopnjo izobrazbe, se z analizo stališč kategorije MS/ZT, oblikovane na podlagi stopnje izobrazbe, potrjuje naša domneva o vplivu znanja in informiranosti na stališča.

**b) Stališča skupin MS/ZT, oblikovanih na podlagi kategorije »delovna doba«**

Skupine MS/ZT, oblikovane na podlagi delovne dobe, so izrazile stališča do oseb OPD, ki so ocenjena z naslednjimi povprečnimi vrednostmi (Priloga: Tabele od št. 0.10 – 0.12):

PB Idrija:	0-10 let:	2,50;	11-20 let:	2,29;	21-30 let:	2,60
SB Izola:	0-10 let:	2,87;	11-20 let:	3,20;	21-30 let:	2,67
Vzorec:	0-10 let:	2,72;	11-20 let:	2,82;	21-30 let:	2,63

Iz analize podatkov lahko ugotovimo le, da so se v obeh podvzorcih na 2. mesto po naklonjenosti do oseb OPD uvrstili respondenti z delovno dobo od 0 – 10 let. O tem, katera skupina je relativno najbolj ali najmanj naklonjena do oseb OPD, pa ne moremo predpostavljati.

**c) Stališča skupin MS/ZT, oblikovanih na podlagi kategorije »starost«**

Stališča skupin MS/ZT, oblikovanih na podlagi starosti, so ocenjena z naslednjimi povprečnimi vrednostmi (Priloga: tabele od št. 0.13 – 0.15):

PB Idrija:	21-30 let:	2,63;	31-40 let:	2,22;	41-50 let:	2,56;
SB Izola:	21-30 let:	2,90;	31-40 let:	3,10;	41-50 let:	2,44;
Vzorec:	21-30 let:	2,78;	31-40 let:	2,68;	41-50 let:	2,52;

Iz analize podatkov obeh podvzorcev lahko ugotovimo, da se povprečne vrednosti stališč skupin MS/ZT, oblikovanih na podlagi starosti, tako razlikujejo, da ne moremo predpostavljati, katera starostna skupina MS/ZT je najbolj in katera najmanj naklonjena do oseb OPD.

#### **d) Stališča skupin MS/ZT, oblikovanih na podlagi kategorije »dodatno izobraževanje o področju OPD«**

Iz analize podatkov obeh podvzorcev je razvidno, da se je dodatnega izobraževanja o področju OPD doslej že udeležilo 62,16% respondentov PB Idrija in 43,59% respondentov SB Izola. V anketi je kar 91,89% respondentov PB Idrija in 92,31% respondentov SB Izola izrazilo interes za dodatno izobraževanje o področju OPD.

V anketi so skupine MS/ZT, oblikovane na podlagi dodatnega izobraževanja o področju OPD, izrazile stališča do oseb OPD, ki so ocenjena z naslednjimi povprečnimi vrednostmi (Priloga: Tabele od 0.16 - do 0.18):

PB Idrija: že opravljeno izobraževanje: 2,43; še ne opravljeno izobraževanje: 2,50;  
SB Izola: že opravljeno izobraževanje: 2,94; še ne opravljeno izobraževanje: 2,82;  
Vzorec: že opravljeno izobraževanje: 2,65; še ne opravljeno izobraževanje: 2,69;

Analiza podatkov podvzorca PB Idrija kaže, da so respondenti, ki so že opravili dodatno izobraževanje o področju OPD, bolj naklonjeni osebam OPD, kot tisti, ki na tem izobraževanju še niso bili. Iz analize podatkov podvzorca SB Izola pa izhaja nasprotna ugotovitev. Iz skupnih podatkov v vzorcu MS/ZT lahko ugotovimo, da so do oseb OPD bolj naklonjeni respondenti, ki so se že udeležili dodatnega izobraževanja o področju OPD, kot tisti, ki se tega izobraževanja še niso udeležili. Razlike v povprečnih vrednostih stališč med skupinama pa so majhne, zato iz analize podatkov ne moremo predpostavljati o relativno večji ali manjši naklonjenosti teh skupin MS/ZT do oseb OPD.

#### **e) Stališča skupin MS/ZT, oblikovanih na podlagi kategorije »odnos do dovoljenih in prepovedanih drog« (kajenje, uživanje alkohola in prepovedanih drog )**

##### **• Stališča kadilcev in nekadilcev**

V anketi se je večina respondentov – kadilcev opredelila za redne kadilce, zato smo v analizi podatkov izpustili rubriko »občasno kajenje«.

Med respondenti PB Idrija je 48,65% kadilcev in 43,24% nekadilcev, 8,11% MS/ZT pa ni zaupalo podatka o kajenju. V podvzorcu SB Izola je skoraj enak delež kadilcev, ko v PB Idrija – 48,72% in 51, 28% nekadilcev.

V anketi so respondenti izrazili stališča do oseb OPD, ki so ocenjena z naslednjimi povprečnimi vrednostmi (Priloga: Tabele od 0.19 – do 0.21):

PB Idrija: kadilci: 2,50; nekadilci: 2,31;  
SB Izola: kadilci: 2,68; nekadilci: 3,05;  
Vzorec: kadilci: 2,59; nekadilci: 2,72;

Analiza podatkov vzorca MS/ZT kaže na to, da so do oseb OPD bolj naklonjeni respondenti, ki kadijo, vendar zaradi majhnih razlik v povprečnih vrednostih stališč, na osnovi teh podatkov ne moremo predpostavljati o relativno večji ali manjši naklonjenosti MS/ZT – kadilcev in nekadilcev do oseb OPD.



- **Stališča uživalcev alkoholnih pijač in abstinentov od alkohola**

V anketi so se vsi respondenti, ki uživajo alkoholne pijače, opredelili za občasne uživalce alkohola, zato smo v analizi podatkov izpustili rubriko »redno uživanje alkohola«.

Med respondenti PB Idrija je 59,46% občnih uživalcev alkoholnih pijač in 37,84 abstinentov. En respondent podatka o uživanju alkohola ni zaupal. V podvzorcu SB Izola občasno uživa alkohol 66,67% vprašanih, 33,33% MS/ZT pa je abstinentov.

Iz podatkov obeh podvorcev in vzorca MS/ZT izhajajo naslednje povprečne vrednosti stališč (Priloga: tabele od 0.22 – do 0.24):

PB Idrija: občasni uživalci alkohola: 2,45; abstinenti: 2,50;  
SB Izola: občasni uživalci alkohola : 2,73; abstinenti: 3,15;  
Vzorec: občasni uživalci alkohola: 2,60; abstinenti: 2,81;

Iz analize podatkov izhaja, da so MS/ZT, ki občasno uživajo alkohol, relativno bolj naklonjeni do oseb OPD, kot abstinenti od alkohola.

- **Odnos MS/ZT do prepovedanih drog**

Na vprašanje o uživanju prepovedanih drog so vsi respondenti, razen enega, ki na vprašanje ni želel odgovoriti, odgovorili, da ne uživajo prepovedanih drog.

**f) Stališča skupin MS/ZT, oblikovanih na podlagi kategorije »težave pri izvajanju ZN pacienta OPD«**

Iz analize podatkov izhaja, da ima težave pri izvajanju ZN pacienta OPD precejšen delež respondentov : 27,03% MS/ZT PB Idrija in 66,67% MS/ZT SB Izola (Priloga: Tabele od 0.25 – 0.27):

V anketi so respondenti izrazili stališča, katerih povprečne vrednosti so:

PB Idrija: ima težave pri ZN pacienta OPD: 2,50; nima težav pri ZN pacienta OPD: 2,44;  
SB Izola: ima težave pri ZN pacienta OPD: 2,96; nima težav pri ZN pacienta OPD: 2,69;  
Vzorec: ima težave pri ZN pacienta OPD: 2,83; nima težav pri ZN pacienta OPD: 2,53;

Iz analize podatkov lahko predpostavljamo, da so MS/ZT, ki imajo težave pri ZN pacienta OPD, le – temu relativno manj naklonjeni, kot MS/ZT, ki težav nimajo.

V raziskavi smo zaprosili respondente, ki so pritrdilno odgovorili na vprašanje o tem, ali jim izvajanje ZN pacienta OPD povzroča težave, da le - te tudi navedejo. Iz zapisanega izhaja, da so najpogostejše težave MS/ZT obeh bolnišnic, težave zaradi obnašanja pacientov in sicer neupoštevanja hišnega reda in predpisanih omejitev, nesodelovanja v PZN, manipuliranja z drugimi pacienti, usmerjenosti pacientov v zadovoljevanje samo lastnih potreb, vsiljivosti, netolerantnosti do MS/ZT in drugih pacientov, stalnih zahtev po dodatni terapiji, groženj in ustrahovanj. MS/ZT PB Idrija so zapisali, da je ZN otežena tudi pri drugih pacientih, kadar je na oddelku več pacientov OPD. V takih primerih se čuti povečana napetost tako pri izvajalcih

ZN kot pri pacientih, ki niso OPD. Nekateri respondenti (10,81%) so zapisali tudi, da imajo premalo znanja in izkušenj za delo s pacienti OPD.

MS/ZT SB Izola so poleg že navedenih težav dodali še težave pri intravenozni aplikaciji zdravil in odvzemu krvi zaradi poškodovanih žil. Navedli so probleme zaradi pobegov pacientov OPD iz oddelka in zapisali, da imajo pacienti OPD tudi obiskovalce – preprodajalce droge in obiskovalce, ki kradejo stvari zdravstvenemu osebju in drugim pacientom. Moti jih pacientovo nespoštovanje navodil o disciplini na oddelku in o zdravljenju. Težave jim povzroča tudi pridobivanje potrebnih podatkov o pacientih. Nekateri MS/ZT so zapisali, da se bojijo reakcij pacientov na postavljene omejitve, njihove nasilnosti, groženj in ustrahovanj. Tudi v SB Izola je nekaj MS/ZT ugotovilo (7,69%), da imajo premalo znanja in izkušenj za delo s pacienti OPD.

#### **g) Stališča skupin MS/ZT, oblikovanih na podlagi kategorije »pogostost kontaktov s pacienti OPD«**

Kot je pričakovano, se po pogostosti kontaktov MS/ZT s pacient OPD, podvzorca razlikujeta: v PB Idrija je z njimi v vsakodnevem kontaktu 21,62% respondentov, v SB Izola pa 5,13%. Večkrat tedensko se s pacienti OPD srečuje 40,54% vprašanih v PB Idrija, v SB Izola pa 20,51%. Nekajkrat letno je v kontaktu s pacienti OPD 32,43% respondentov PB Idrija in 69,23% respondentov SB Izola. V obeh bolnišnicah pa se po dva respondenta (5,41% PB Idrija in 5,13% SB Izola) nikoli ne srečata s pacienti OPD.

V anketi so respondenti izrazili stališča naslednjih povprečnih vrednosti (Priloge: Tabele od št. 0.28 - 0.30) :

PB Idrija: vsakodnevni kontakt – 2,63; večkrat tedenski kontakt – 2,27; nekajkrat letni kontakt – 2,50; SB Izola: vsakodnevni kontakt – 3,50; večkrat tedenski kontakt – 3,25; nekajkrat letni kontakt – 2,78; Vzorec MS/ZT: vsakodnevni kontakt – 2,80; večkrat tedenski kontakt – 2,61; nekajkrat letni kontakt – 2,69.

Iz analize podatkov o stališčih MS/ZT glede na pogostost kontaktov s pacienti OPD, lahko predpostavljamo le, da so osebam OPD relativno najmanj naklonjeni MS/ZT, ki so z njimi v vsakodnevni stiki. O tem, katera skupina MS/ZT pa jim je relativno najbolj naklonjena, ne moremo sklepati, ker je vzorec premajhen, da bi lahko ugotovili tudi to.

#### **h) Stališča skupin MS/ZT, oblikovanih na podlagi kategorije »zakonski stan«**

Pri analizi podatkov smo ugotovili, da je v vprašalniku izpadla izven zakonska skupnost, ki bi morala biti zapisana pri demografskih podatkih (v rubriki »zakonski stan«).

Med respondenti PB Idrija je 24,32% samskih oseb, 51,35% poročenih, 2,70% razvezanih in 2,70% vdovelih. 18,92% vprašanih podatka ni zaupalo. V SB Izola je 30,77% samskih, 53,85% poročenih, 7,69% razvezanih, 2,56% vdovelih, 5,13% vprašanih pa podatka o zakonskem stanju ni zaupalo.

V anketi so respondenti izrazili stališča naslednjih povprečnih vrednosti (Priloga: Tabele od št. 0.31 - 0.33):

PB Idrija: samski: 2,33; poročeni: 2,32;  
SB Izola: samski: 2,83; poročeni: 2,95;  
Vzorec: samski: 2,62; poročeni: 2,65;

Na podlagi analize podatkov obeh podvzorcev in vzorca MS/ZT ne moremo predpostavljati o tem, katera skupina MS/ZT, oblikovana na podlagi zakonskega stanu, je najbolj ali najmanj naklonjena do oseb OPD.

#### **i) Stališča skupin MS/ZT, oblikovanih na podlagi kategorije »velikost naselja kraja bivanja«**

Analiza podatkov tudi v primeru skupin MS/ZT, oblikovanih glede na velikost kraja bivanja, kaže različnost raziskovalnih podvzorcev, saj nihče od respondentov PB Idrija ne živi v večjem mestu, različna pa so tudi njihova stališča do oseb OPD. (Priloge: Tabele od št. 0.34 - 0.36)

V anketi so respondenti izrazili stališča, katerih povprečne vrednosti so:

PB Idrija:	večje mesto:	ni uvrščenih;	manjše mesto:	2,48;	vas:	2,45;
SB Izola:	večje mesto:	2,80;	manjše mesto:	2,72;	vas:	3,06;
Vzorec:	večje mesto:	2,80;	manjše mesto:	2,58;	vas:	2,81;

V vzorcu si sledijo skupine MS/ZT po naklonjenosti do oseb OPD v naslednjem zaporedju: relativno najbolj naklonjeni do oseb OPD so respondenti, ki živijo v manjšem mestu, sledijo tisti, ki živijo v večjem mestu in nato respondenti, živeči na vasi. Vendar so razlike povprečnih vrednosti stališč posameznih skupin MS/ZT tako majhne, da na podlagi teh podatkov ne moremo predpostavljati o tem, katera skupina MS/ZT je najbolj ali najmanj naklonjena do oseb OPD.

Iz analize podatkov kategorij MS/ZT, oblikovanih na podlagi socio – demografskih spremenljivk, lahko predpostavljamo, da so do oseb OPD relativno najbolj naklonjeni MS/ZT z višjo in visoko stopnjo izobrazbe, ki nimajo težav pri ZN pacienta OPD in niso abstinenti od alkohola. Relativno najmanj naklonjeni pa so jim MS/ZT s srednjo stopnjo izobrazbe, ki so v vsakodnevnih stikih s pacienti OPD, imajo težave pri ZN le-tega in so abstinenti od alkohola.

Analiza podatkov o naklonjenosti kategorij MS/ZT do oseb OPD kaže, da lahko utemeljeno predpostavljamo, da so stališča MS/ZT do oseb OPD povezana z naslednjimi socio – demografskimi spremenljivkami: s stopnjo izobrazbe, s težavami MS/ZT pri izvajanju ZN pacienta OPD, s pogostostjo kontaktov s pacienti OPD in z odnosom do uživanja dovoljenih drog.

## 6.5 Razprava

Raziskava, ki smo jo opravili v tej diplomski nalogi, omogoča okvirni vpogled v mnenja in stališča medicinskih sester o boleznih odvisnosti od prepovedanih drog in osebah odvisnih od prepovedanih drog, v njihovo znanje in informiranost o področju odvisnosti od prepovedanih drog, v povezanost mnenj in stališč z znanjem in informiranostjo in v povezanost stališč z nekaterimi socio - demografskimi spremenljivkami. Vse ugotovitve raziskave veljajo tudi za zdravstvene tehnike. Ob tem moramo poudariti, da smo lahko raziskali le delček teoretičnega poznavanja področja odvisnosti od prepovedanih drog, ki še zdaleč ne omogoča dejanske ocene tega, kako medicinske sestre poznajo to področje. Pravi občutek o rezultatih raziskave bi dobili šele s primerjavo naših rezultatov s podobnimi raziskavami. Žal, takšne raziskave nismo zasledili. Tako lahko zbrane informacije služijo kot izhodišče za nadaljnje proučevanje in spreminjanje stališč medicinskih sester, proučevanje njihovega znanja in informiranosti, izboljšavo raziskovalnih metod, pripravo dobrih izobraževalnih programov o področju odvisnosti od prepovedanih drog in zagotavljanju boljših pogojev za delo medicinskih sester, ki obravnavajo osebe odvisne od prepovedanih drog.

Rezultati raziskave so pokazali, da se v mnenjih in stališčih medicinskih sester o boleznih odvisnosti in osebah odvisnih od prepovedanih drog zrcalijo tudi stališča, ki prevladujejo v javnosti.

Tudi med medicinskimi sestrami je skoraj 15% delež takšnih, ki osebam odvisnim od prepovedanih drog, niso naklonjene. Ob upoštevanju dejstva, da z našo lestvico stališč nismo merili aktivnosti v smeri izraženega stališča, ne moremo biti prepričani, ali se njihova stališča odražajo v njihovih dejanjih ali ne. Vendar pa je tem stališčem potrebno posvetiti vso pozornost, saj osebna okoliščina - bolezen od prepovedanih drog, ne sme biti razlog za kakršnokoli diskriminacijo v procesu obravnave pacienta v zdravstveni ustanovi.

Iz raziskave izhaja, da so stališča večine medicinskih sester, ki so zaposlene v psihiatrični bolnišnici, naklonjena do oseb odvisnih od prepovedanih drog. (62,16%). Ta stališča omogočajo vzpostavljanje partnerskega odnosa s pacientom in podporo v njegovih prizadevanjih na poti do ozdravitve.

Približno tretjina (29,73%) medicinskih sester je nevtralna do oseb odvisnih od prepovedanih drog. Večina tako opredeljenih se strinja s trditvijo, da je oseba odvisna od prepovedanih drog bolnik. Ali ta opredelitev posameznika izraža izhodišče za oblikovanje dobrega partnerskega odnosa ali le formalno opredelitev, bi težko sklepali. Nekaterim njihovim strinjanjem s to trditvijo nasprotuje njihovo hkratno strinjanje s trditvijo, da je odvisnost razvada, pomanjkanje volje za zdrav način življenja itd. (vprašanja o poznavanju področja odvisnosti). Iz tega razloga menimo, da v raziskavi izražena nevtralna stališča, ne izražajo niti podpore niti ovire pri zdravljenju pacienta, dajejo pa možnost, da se, v skupini pacientu naklonjenih medicinskih sester, razvijejo v stališča, ki bodo podpirala pacienta v procesu zdravljenja.

Najnižji delež (8,11%) medicinskih sester ni naklonjen osebam odvisnim od prepovedanih drog. Njihova stališča onemogočajo partnerski odnos, ki temelji na medsebojnem spoštovanju med medicinsko sestro in pacientom. Lahko pa so celo ovira v procesu zdravljenja.

Mnenjem in stališčem medicinskih sester splošne bolnišnice bi bilo potrebno posvetiti več pozornosti, kot mnenjem in stališčem medicinskih sester iz psihiatrične bolnišnice. Med njimi namreč kar petina (20,51%) ni naklonjena osebam odvisnim od prepovedanih.

Za vzpostavljanje dobrih partnerskih odnosov v procesu zdravljenja je nujno, da ima medicinska sestra spoštljiv, razumevajoč in empatičen odnos do pacienta. Močna skupina s pozitivnim odnosom lahko vpliva na manjšo skupino, da spremeni svoj odnos.

V splošni bolnišnici je razmerje med deleži medicinskih sester, ki so naklonjene osebam odvisnim od prepovedanih drog (33,33%) ter nevtralnimi (46,15% - pri čemer tudi za to skupino veljajo zgoraj zapisane ugotovitve v zvezi z nevtralnostjo) in nenaklonjenimi neugodno v smislu spreminjanja odnosov v korist pacienta odvisnega od prepovedanih drog. Vpliv tretjine naklonjenih je lahko prešibek, saj obstaja možnost, da ob neugodnih situacijah tudi medicinske sestre, ki so nevtralne, postanejo nenaklonjene.

Po ugotovitvah strokovnjakov na etično ravnanje medicinskih sester močno vpliva ugodno ali neugodno okolje. Prvo spodbuja etično ravnanje na temelju osebnostnih lastnosti, drugo ga zavira. Po Ramovšu (62) so za etično ravnanje v poklicu pomembne človekove osebnostne lastnosti. Okolje je pomembno in deluje na etičnost, odločilna pa je človekova osebnost. Iz teh ugotovitev tudi izhaja, da trdne osebnosti, niti najhujši družbeni pritiski, ne morejo prisiliti k neetičnosti.

Okolja, v katerem delajo zdravstveni delavci v bolnišnicah, ne bi mogli opisati kot ugodno, saj so medicinske sestre v teh ustanovah stalno izpostavljene gneči, zahtevam po večji delovni storilnosti, obremenjenosti z administrativnimi deli, psihičnim pritiskom s strani pacientov in njihovih svojcev, neugodnim prostorskim razmeram, zahtevami zdravnikov in še bi lahko naštevali. V teh pogojih je težko vedno ravnati tako, da bi lahko bili vsi zadovoljni s seboj in z drugimi. Vendar so lahko medicinske sestre v težjih situacijah opora, pomoč in vzgled druga drugi, zato je pomembno, da je večina trdna, etična in naklonjena pacientu.

Razloge za izražena negativna stališča smo raziskali z analizo skupin, oblikovanih na podlagi socio - demografskih spremenljivk. Analiza je pokazala, da imajo nekateri svoj izvor v težavah, s katerimi se srečujejo medicinske sestre pri izvajanju zdravstvene nege pacienta odvisnega od prepovedanih drog.

Težave pri izvajanju zdravstvene nege je navedlo 47,37% medicinskih sester. Od tega je 17,11% pacientu naklonjenih, 21,05% nevtralnih in 9,21% nenaklonjenih. Med medicinskimi sestrami, ki nimajo težav pri izvajanju zdravstvene nege, je delež pacientu naklonjenih medicinskih sester višji – od skupnega deleža 52,53% znaša ta delež 30,26%.

Večina medicinskih sester, ki so v raziskavi izrazile nenaklonjena stališča (14,47%), ima največ problemov pri izvajanju zdravstvene nege pacienta odvisnega od prepovedanih drog (9,21%). Tem stališčem bi bilo potrebno v praksi zdravstvene nege posvetiti dovolj pozornosti, ker temeljijo na izkušnjah in je vanje vpeta tudi čustvena komponenta stališča (ustrahovanja, verbalno nasilje ipd.), ki je očitno močnejša kot kognitivna komponenta. (Ugotovili smo namreč, da ta stališča niso povezana z znanjem in informiranostjo. Od 14,47% deleža nenaklonjenih stališč je 5,26% delež povezan z zelo dobrim znanjem in informiranostjo, 9,21% delež pa z dobrim.) Obravnavati bi jih bilo potrebno z vidika etike skrbi (njihovega udejanjanja v praksi zdravstvene nege), z vidika poznavanja refleksije lastne udeležnosti v strokovnem delu (46,70) in z vidika ukrepanja proti manifestaciji nasilja nad medicinskimi sestrami na delovnem mestu. Takšnih stališč z drugimi vrstami izobraževanja po vsej verjetnosti tudi ne bi bilo možno spreminjati.

Raziskava, ki je bila pred desetletjem opravljena med medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami v Sloveniji, je pokazala, da le-ti niso sposobni preprečevati nasilja, ki so mu izpostavljeni na delovnem mestu. Največ tega nasilja je usmerjeno na medicinske sestre in zdravstvene tehnike s srednjo stopnjo izobrazbe (71).

Nekatera stališča, ki niso nujno nenaklonjena do pacienta, so pa slabša, kot bi lahko bila, izhajajo iz nepoznavanja bolezni odvisnosti. Iz odgovorov, kot so npr. odgovori na vprašanje št. 1, lahko ugotovimo, da so prostor, ki bi ga moralo zapolniti znanje, zapolnila tudi negativna mnenja o tem, da je odvisnost razvada in pomanjkanje volje za zdrav način življenja. Friedman in Rusche (1) ugotavljata, da večina ljudi ne razume, kako se lahko zgodi, da se prostovoljno dejanje, kot je npr. občasno uživanje drog, lahko spremeni v prisilo. Menimo, da njuna ugotovitev velja tudi za nekatere medicinske sestre.

V raziskavi smo na posreden način želeli izvedeti tudi, s kolikšnim upanjem v rešitev iz primeža odvisnosti lahko medicinske sestre podprejo pacienta odvisnega od prepovedanih drog na poti do zadovoljnega življenja v abstinenci. Stališča (odgovori) so pokazala, da približno 33% medicinskih sester tega ne bi zmoglo. Nekatere razloge za takšna stališča smo že spoznali. Na podlagi odgovorov na vprašanje: Ali se strinjate s trditvijo »Enkrat odvisnik – vedno odvisnik!«? (odgovori kot trditve ne sodijo v lestvico stališč) menimo, da nekateri izvirajo tudi iz nemoči pri zdravljenju pacientov odvisnih od prepovedanih drog, saj je to zdravljenje dolgotrajno in prepleteno z večkratnimi recidivi in s težavami, povezanimi z vključitvijo pacienta v družbo. Na to kaže primerjava odgovorov na to vprašanje z odgovori na vprašanje: »Ali bi sprejeli vljudno povabilo na sok ali čaj v javnem lokalu, če bi Vas povabila oseba odvisna od prepovedanih drog?« (odgovori kot trditve sodijo v lestvico stališč). Kar dobra polovica vprašanih, ki je pritrdilno odgovorila na prvo vprašanje, je namreč pritrdilno odgovorila tudi na to vprašanje. Zagotovo pa na strinjanju s stališčem »Enkrat odvisnik – vedno odvisnik!« ni možno graditi dobrega partnerskega odnosa, usmerjenega v zdravljenje pacienta odvisnega od prepovedanih drog, niti odnosa, usmerjenega v kakršnokoli drugo zdravljenje. Primerjava odgovorov na obe vprašanji lahko pomeni tudi, da nekatere medicinske sestre niso iskreno odgovarjale na anketna vprašanja v zvezi s stališči.

Navedli smo že, da je raziskava pokazala povezanost poznavanja področja odvisnosti od prepovedanih drog z mnenji in s stališči do bolezni in oseb odvisnih od prepovedanih drog. Pokazala pa je tudi povezanost stališč s stopnjo izobrazbe. Ugotovili smo, da so stališča medicinskih sester z višjo in visoko stopnjo izobrazbe bolj naklonjena do oseb odvisnih od prepovedanih drog, kot stališča njihovih kolegic s srednjo stopnjo izobrazbe. Vendar bi za pravilno in objektivno vrednotenje tega rezultata potrebovali več podatkov, predvsem o dejanski udeleženi medicinske sestre z različno stopnjo izobrazbe v procesu zdravstvene nege pacienta.

V raziskavi smo ugotovili tudi, da imajo največ težav pri izvajanju zdravstvene nege pacienta odvisnega od prepovedanih drog, medicinske sestre in zdravstveni tehniki s srednjo stopnjo izobrazbe. Nekateri so to v anketi tudi sami navedli. Ob tem se seveda postavlja vprašanje, kako medicinske sestre z višjo in visoko stopnjo izobrazbe delijo svoje znanje in strokovno pomoč s sodelavci z nižjo stopnjo izobrazbe. V zdravstveni negi je to obveza - tudi v korist pacienta.

Raziskava je pokazala, da so stališča do oseb odvisnih od prepovedanih drog povezana tudi s pogostostjo kontaktov medicinske sestre s pacientom. Večje število kontaktov je povezano z manj naklonjenimi stališči. Od desetih medicinskih sester, ki se dnevno srečujejo s pacienti

odvisnimi od prepovedanih drog, sta dve nenaklonjeni do pacienta. Povezava tega podatka s podatkom o težavah pri izvajanju zdravstvene nege pacienta, ki smo ga že navedli, takšna stališča tudi razloži, saj je razumljivo, da se z večanjem kontaktov, v katerih so pogoste nerazrešene težave, slabšajo stališča in posledično medosebni odnosi.

Iz raziskave smo ugotovili tudi, da imajo medicinske sestre, ki ne abstiniirajo od alkohola bolj naklonjena stališča do oseb odvisnih od prepovedanih drog, kot abstinentke. Sklepamo, da je njihov pristop v procesu zdravstvene nege bolj pragmatičen, kot pristop abstinentov. Za podrobnejšo analizo pa bi potrebovali več podatkov.

V raziskavi smo se odločili za anketno testiranje poznavanja področja odvisnosti od prepovedanih drog. K temu nas je vodil, poleg ciljev raziskave, tudi namen, da na ta način prispevamo k osvežitvi vsebin, ki so jih medicinske sestre morda že pozabile in tudi vzpodbudimo pridobivanje novih znanj in informacij. S splošno oceno, ki smo jo dobili z odgovori, smo lahko zadovoljni. Ta del vprašalnika zajema skupno 41 vprašanj, na katera so anketirani odgovarjali v svojem prostem času. Odgovore so lahko poiskali v literaturi, na straneh svetovnega spleta, pri sodelavcih ali kako drugače. Iz števila vrnjenih anketnih vprašalnikov in rezultatov ankete lahko ugotovimo, da smo namen tudi dosegli.

Ob vprašanju poznavanja boleznih odvisnosti bi veljalo preveriti tudi, ali so medicinske sestre in drugi zdravstveni delavci seznanjeni z dejstvom, da je za ustrezno in uspešno zdravljenje bolečine pri pacientih, zdravljenih z metadonom, potrebno posvetiti posebno pozornost obravnavi akutne bolečine. Iz navedb medicinskih sester o tem, da pacienti odvisni od prepovedanih drog neprestano zahtevajo dodatno terapijo, menimo, da niso.

Jasna Čuk Rupnik (72) v svojem »Odpriem pismu zdravstvenim delavcem, ki se srečujejo z zdravljenjem bolečine v času terapije z opioidnim agonistom metadonom« ugotavlja, da se pacientom iz metadonskega vzdrževalnega zdravljenja pogosto odklanja vsaka analgezija, pri čemer je pogosto resno prešibko zdravljenje bolečine. Pojasnjuje, da se med metadonskim vzdrževanjem razvije navzkrižna toleranca na vse opioidne agoniste kot posledica učinka »blokade«. Opozarja, da za ustrezno analgezijo ti pacienti potrebujejo večje odmerke opioidnih agonistov in bolj pogosto, kot pacienti, ki te tolerance nimajo razvite. Avtorica pisma, priznana slovenska strokovnjakinja na področju odvisnosti od prepovedanih drog, prosi za razumevajoče zdravljenje teh pacientov, za njihovo dostojanstveno in spoštljivo obravnavo. Morda je njena prošnja že zdavnaj pozabljena. Čas je, da jo, ob zaključku naše raziskave, obnovimo. Dotaknila se je prav našega raziskovalnega področja: znanja in informiranosti, stališč in odnosa do pacienta. Prepričani smo, da lahko ponovno obujeno »Odpriem pismo« prispeva k razrešitvi marsikaterega problema in k spremembi mnogih stališč do pacientov odvisnih od prepovedanih drog. Tako menimo, ker je raziskava pokazala, je več kot polovica stališč (57,89%) povezana s poznavanjem področja odvisnosti od prepovedanih drog..

Z raziskavo smo želeli tudi ugotoviti, kako medicinske sestre, ki so zaposlene v psihiatrični bolnišnici, poznajo področje odvisnosti od prepovedanih drog. Ugotovili smo, da zelo dobro. Pri anketnem testiranju poznavanja področja odvisnosti od prepovedanih drog so dosegle 85,15% uspešnost. Tudi s tem, kako to področje poznajo medicinske sestre splošne bolnišnice, smo lahko zadovoljni, saj so, ob upoštevanju dejstva, da obravnava pacienta odvisnega od prepovedanih drog ni njihovo specialno področje, dosegle dober rezultat - 69,31% uspešnost. Kot pa smo tudi pričakovali, to področje bolje poznajo medicinske sestre psihiatrične bolnišnice.

Podrobnejša ocena teoretičnega znanja in informiranosti kaže na to, da je potrebno v izobraževanju medicinskih sester posvetiti več pozornosti etiologiji bolezni odvisnosti od prepovedanih drog, pozitivnim učinkom drog, vplivu drog na centralni živčni sistem in poznavanju programov pomoči osebam odvisnim od prepovedanih drog

V raziskavi so medicinske sestre pokazale izredno velik interes (več kot 90%) za dodatno izobraževanje o področju odvisnosti od prepovedanih drog. Nekatere so v razgovoru ob predstavitvi vprašalnika poudarile, da se bodo udeležile anketiranja v upanju, da bo le – to pripomoglo k organiziranju dodatnega izobraževanja, s katerim bi pridobile nova znanja, predvsem praktična, ki bi jim omogočila lažje in kvalitetnejše delo. S tem so izrazile tudi svoj pozitiven odnos do stroke zdravstvene nege, pacienta odvisnega od prepovedanih drog in sebe.

## **HIPOTEZA 1**

**»Znanje in informiranost o odvisnosti in osebah odvisnih od prepovedanih drog vplivata na mnenja in stališča do odvisnosti in oseb odvisnih od prepovedanih drog«.**

Hipotezo smo preverili z analizo podatkov in ugotovili kvantitativno povezanost znanja in informiranosti s stališči: analiza podatkov je pokazala, da je 57,89% stališč o osebah odvisnih od prepovedanih drog povezano z znanjem in informiranostjo o področju odvisnosti od prepovedanih drog. **Hipoteza je potrjena.**

## **HIPOTEZA 2**

**»Mnenja in stališča medicinskih sester PB Idrija do odvisnosti in oseb odvisnih od prepovedanih drog so bolj pozitivna, kot mnenja in stališča medicinskih sester SB Izola«** je povezana s prvo hipotezo in **je potrjena.**

V raziskavi smo ugotovili, da je povprečna ocena znanja in informiranosti medicinskih sester PB Idrija višja (4,14 – stopnja »prav dobro«) kot povprečna ocena znanja in informiranosti medicinskih sester SB Izola (2,79 – stopnja »zadovoljivo«) in da so njihova stališča bolj naklonjena do oseb odvisnih od prepovedanih drog (povprečna vrednost stališč 2,49), kot stališča medicinskih sester SB Izola (povprečna vrednost stališč 2,87).

## **6.6 Sklep**

V diplomskem delu smo raziskali in primerjali mnenja in stališča medicinskih sester o bolezni odvisnosti in osebah odvisnih od prepovedanih drog in ugotovili, da so njihova stališča večinoma naklonjena in nevtralna do le-teh. Z anketnim testiranjem poznavanja področja odvisnosti od prepovedanih drog smo ugotovili, da medicinske sestre dobro poznajo to področje. Ugotovili smo tudi, da so mnenja in stališča povezana s poznavanjem področja odvisnosti od prepovedanih drog, stopnjo izobrazbe, težavami, ki jih imajo medicinske v procesu izvajanja zdravstvene nege pacienta odvisnega od prepovedanih drog, s pogostostjo kontaktov s pacienti in z odnosom do dovoljenih drog.



Raziskava je tudi pokazala zelo velik interes medicinskih sester za izobraževanje o področju odvisnosti od prepovedanih drog.

Raziskava pa ima tudi pomanjkljivost. Njenih izsledkov ni možno posploševati, ker je izvedena na nekoliko premajhnem, nereprezentativnem vzorcu.

Kljub vsemu pa lahko ugotovitve raziskave pomembno vplivajo na spreminjanje odnosov med medicinsko sestro in pacientom odvisnim od prepovedanih drog. Lahko vplivajo tudi na boljše razumevanje pacientovih težav v času hospitalizacije v splošni bolnišnici in na pomoč pacientu, da pojav psihosomatskih in drugih zapletov doživi kot motiv za odločitev za zdravljenje odvisnosti. Pomembno pa lahko prispevajo tudi k razumevanju zahtevnosti dela medicinske sestre v procesu izvajanja zdravstvene nege pacientov odvisnih od prepovedanih drog in pomenu zagotavljanja redne supervizije zanje. Pripomorejo lahko tudi k razumevanju pomena delitve strokovnega znanja s sodelavci in pomena medsebojne pomoči pri izvajanju zdravstvene nege pacientov odvisnih od prepovedanih drog.

V zvezi z ugotovitvami raziskave menimo, da je potrebno medicinskim sestram, ki obravnavajo paciente odvisne od prepovedanih drog, omogočiti strokovna izobraževanja, prilagojenega njihovim delovnim obveznostim, zagotoviti redno supervizijo in učenje refleksije lastne udeležnosti v strokovnem delu, kar jim bo v pomoč pri spoznavanju lastnega odzivanja in lastnih vedenjskih vzorcev in pomagalo pri reševanju dilem, ki so povezane s strokovnim delom ter izboljšalo medsebojne odnose s pacienti in tudi medsebojne odnose med medicinskimi sestrami samimi.

**»Ko verjamete v ljudi, lahko ti naredijo nemogoče.«**

Nancy Dornan

## SEZNAM VIROV

1. Friedman D, Rusche S. *False messengers: How addictive drugs change the brain*. London: Routledge, 2002.
2. Pajnik M. »Mamilaši« ali »Zapozneli rockerji prve generacije«. In: Petković B. *Poročilo Skupine za spremljanje nestrpnosti 2001*. Ljubljana: Mirovni inštitut, 2001: 137-153.
3. Paladin J. *Odvisnost je ozdravljiva bolezen*. *Gorenjski glas* 2008 Jun 11; 61(42):3.
4. Bregar B. *Vpliv stereotipov na kvaliteto odnosov pri delu z odvisnimi od prepovedanih drog*. In: Možgan B. *Strokovno srečanje Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji: Obravnava bolnika odvisnega od prepovedanih drog: zbornik prispevkov*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, 2008: 150-167.
5. Nastran Ule M. *Temelji socialne psihologije*. 2. dop. izd.. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče, 1997.
6. Kersnič P. *Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije*. 2. izd.. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2006.
7. Kušević V. *Zloupotreba droga*. 2. izd.. Zagreb: Republički sekretariat za unutrašnje poslove SR Hrvatske, Odjel za izdavačku djelatnost i dokumentaciju, 1990: 12.
8. Kvaternik Jenko I. *Politika drog: Pogledi uporabnikov in uporabnic*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljani, 2006: 23.
9. Milčinski L, Tomori M, Hočevar F. *Droge v svetu in pri nas*. Ljubljana: Delavska enotnost, 1983.
10. Kastelic A, Mikulan M. *Mladostnik in droga: Priročnik za starše in učitelje*. Ljubljana: Prohelth, 2004.
11. Ministrstvo za zdravje. *Prepovedane droge*. <http://www.mz.gov.si/> <12.1.2010>
12. Čebašek-Travnik Z. *Zloraba in odvisnost od psihoaktivnih snovi*. In: Tomori M, Zihel S. *Psihiatrija*. Ljubljana: Litterapicta, Medicinska fakulteta, 1999: 137-168.
13. Kutzman T, Otsuka K, Wahl R. *Inhalant abuse by Adolescents*. *Journal of Adolescent Health* 2001; 28(3): 170-180.
14. *Zavod za zdravstvene dejavnosti in svetovanje Evita. Tabela drog (Specializanti družinske medicine)*. <http://www.zavodevita.si> <11.1.2010>

15. Pance M. *Droge: Tvoj vodnik: Več informacij – manj tveganj*. Ljubljana: Vlada RS, Urad za droge, Časopisna družba Delo, 2003.
16. Bojan Belec. *Psihiatrična bolnišnica Begunje. Somatski zapleti zaradi uživanja drog*. [www.pb-begunje.si](http://www.pb-begunje.si) <26.7.2009>
17. Živin M. *Nevrobiološki pogled na odvisnost*. In: Pregelj P, Kobentar R. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju: Učbenik*. Ljubljana: Založba Rokus Klett, d.o.o., 2009: 122 – 128.
18. Čebašek Travnik Z. *Raba, zloraba in odvisnost od psihotropnih snovi*. *Zdrav Var* 2005; 44(3): 99-103.
19. Marušič A. *V množici zaradi kompulzivnega obnašanja med obredom ostajati sam in zasvojen*. In: Kokot M. *Droge na tehtnici: Za tehtnost javne razprave*. Ljubljana: Študentska organizacija Univerze, 1992: 45-50.
20. Flaker V, Grebenc V, Rode N et al.. *Podobe uživanja heroina v Sloveniji z vidika zmanjševanja škode: Preliminarno poročilo o raziskavi; Soc. delo: 38 (4-6):341-393*.
21. Rozman S. *Peklenska gugalnica: Kako lahko postanete odvisni od hrane, seksualnosti, dela, iger na srečo, nakupovanja ter zadolževanja, sanjarjenja in televizije, duhovnosti, odnosov... in kako se tega rešite*. Ljubljana: Vale – Novak, 1998: 77.
22. Marušič A, Knez A. *Genom*. In: Čebašek Travnik Z, Bevc Stankovič M. *Preprečimo odvisnosti od kajenja, alkohola, drog, hranjenja, dela, iger na srečo...: živimo zdravo*. Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije, 2003: 21-26.
23. Cerkovnik Hvala M. *Pomen in specifika socialne reintegracije spolno zlorabljenih uživalc prepovedanih drog (magistrsko delo)*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Univerza v Ljubljani, 2008.
24. Rozman S. *Ne-kemične ali vedenjske zasvojenosti*. In: *Sreča brez zasvojenosti: zbornik predavanj, Nova Gorica, 17. in 18. november 2000*. Nova Gorica: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Nova Gorica, 2000: 8-13.
25. Fojan D. *Harm reduction in the field of drug use*. *Socialna pedagogika* 2005; 9 (2): 177-192.
26. *E medicine healht. Hepatitis B, C*.  
[http://www.medicinenet.com/human\\_immunodeficiency\\_virus\\_hiv\\_aids/article](http://www.medicinenet.com/human_immunodeficiency_virus_hiv_aids/article).  
<13.1.2010>
27. *Medicinenet. Human Immunodeficiency Virus*  
[http://www.medicinenet.com/human\\_immunodeficiency\\_virus\\_hiv\\_aids/article](http://www.medicinenet.com/human_immunodeficiency_virus_hiv_aids/article).  
<13.1.2010>
28. Jure Bon. *Depra.si. Destigmatizacija duševnih motenj*.

- <http://www.depra.si/datoteke/destigmatizacija.pdf> <13.1.2010>
29. Kvaternik I, Grebenc V, Rihter L. Droge med politiko in vsakdanjim življenjem. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljani, 2008: 5.
  30. Resolucija o nacionalnem programu na področju drog 2004-200. Ur.l. RS. št. 28/2004:3125-3139.
  31. Institute of public health of the Republic of Slovenia. National report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point: Slovenia: New Development, Trends and In-depth Information on Selected Issues. Ljubljana, 2008.
  32. Institute of public health of the Republic of Slovenia. National report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point: Slovenia: New Development, Trends and In-depth Information on Selected Issues. Ljubljana, 2009.
  33. Kastelic A, Kostmapfel T. Organizacija zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog v RS. In: Možgan B. Strokovno srečanje Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji: Obravnava bolnika odvisnega od prepovedanih drog: zbornik prispevkov. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, 2008: 6-18.
  34. Kocmur D. Nizkopražni programi in zmanjševanje škode. In: Golob J V, Burger M, Faletič M. Problematika drog v Sloveniji I. in II. del: Zbornik referatov s posveta - Ljubljana 2005. Ljubljana: Državni svet RS, 2006: 71-76.
  35. Polajner B. Programi visokega praga za abstinentne od drog v Sloveniji. In: Golob J V, Burger M, Faletič M. Problematika drog v Sloveniji I. in II. del: Zbornik referatov s posveta - Ljubljana 2005. Ljubljana: Državni svet RS, 2006: 41-57.
  36. Rakovič Bošnjak O. Odnos zaposlenih zdravstvenega doma Koper do odvisnih uporabnikov vključenih v metadonski program (diplomska naloga). Visoka šola za zdravstvo, Univerza na Primorskem, 2006.
  37. Boben D. Združenje zdravnikov družinske medicine Slovenije. Zdravljenje odvisnosti. <http://www.drmed.org> <10.1.2010>
  38. Auer V. Droge in odvisnost: Priročnik za zdravstvene, socialne in pedagoške delavce. Ormož etc.: Samozaložba Ibidem, 2001.
  39. Iljaž R. Sočasna stanja pri odvisnih od prepovedanih drog. In: Kersnik J, Iljaž R. Sočasne bolezni in stanja ob 22. učnih delavnicah za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2005:159 – 166.
  40. Hajdinjak G, Meglič R. Zdravstvena nega: Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, 2006.
  41. Ščavničar E. Negovalna diagnoza. Obzor Zdr N 1998; 32(3-4): 167-172.

42. Gorše Muhič M. *Terapevtska komunikacija*. In: Pregelj P, Kobentar R. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju: Učbenik*. Ljubljana: Založba Rokus Klett d.o.o., 2009:31-47.
43. Gnezda S. *Zgodovina psihiatrične zdravstvene nege*. In: Pregelj P, Kobentar R. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju: Učbenik*. Ljubljana: Založba Rokus Klett d.o.o., 2009:14-18.
44. Škerbinek L. *Pasti psihiatrične zdravstvene nege*. *Obzor Zdr N* 1998; 32(5-6): 181-183.
45. Antončič I. *Kvaliteta psihiatrične zdravstvene nege v Sloveniji*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani – Pedagoška fakulteta, 1995: 39.
46. Nedog K. *Psihodinamsko zasnovana zdravstvena nega psihotičnih bolnikov na oddelku psihiatrične bolnišnice*. *Obzor Zdr N* 2004; 38(2): 129-133.
47. Lokar K. *Negovalne diagnoze v psihiatrični zdravstveni negi*. In: Pregelj P, Kobentar R. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju: Učbenik*. Ljubljana: Založba Rokus Klett d.o.o., 2009: 48-54.
48. Čuk V. *Predstavitev zdravstvene nege v Psihiatrični bolnišnici Idrija*. In: Čuk V. *Celostna in kontinuirana obravnava v psihiatriji: Zbornik prispevkov - Idrija 2007*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, 2007: 7-10.
49. Bogataj U. *Zdravstvena nega pacienta odvisnega od alkohola*. In: Pregelj P, Kobentar R. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju: Učbenik*. Ljubljana: Založba Rokus Klett d.o.o., 2009:135-140.
50. Škerbinek AL. *Oris zgodovine in razvojne perspektive psihiatrične zdravstvene nege*. In: Kogovšek B, Kobentar R. *Priročnik psihiatrične zdravstvene nege za medicinske sestre in zdravstvene tehnike*. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, 2000: 7-10.
51. Čuk V. *Zasnova obvladovanja neželenih dogodkov v procesu zdravstvene nege v psihiatričnih bolnišnicah (magistrsko delo)*. Fakulteta za organizacijske vede, Univerza v Mariboru, 2008.
52. Filipič I. *Komunikacija v zdravstveni negi*. *Obzor Zdr N* 1998; 32(5-6): 221-225.
53. Tomažin N, Vidic A. *Odgovornost zdravstvenih delavcev v komuniciranju*. In: Možgan B. *Zakon o duševnem zdravju, zakon o pacientovih pravicah in mesto zdravstvene nege: Zbornik prispevkov - Ljubljana 2009*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, 2009: 53 – 59.
54. Odlazek M., Rus Makovec M. *Vpliv elementov zdravljenja na raven samospoštovanja bolnikov odvisnih od alkohola*. *Obzor Zdr N* 2003; 37(4): 207-212.

55. Gasar S. *Etika in komunikacija*. Jesenice: Samozaložba, 2005: 45-46.
56. Radovan M. *Motivacija odraslih za izobraževanje: vrednotni, kognitivni in socio – kulturni vidiki motivacije brezposelnih za izobraževanje*. Ljubljana: Andragoški center, 2001: 15.
57. Bregar B, Verbič M. *Zdravstvena nega pacienta odvisnega od prepovedanih drog*. In: Pregelj P, Kobentar R. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju: Učbenik*. Ljubljana: Založba Rokus Klett d.o.o., 2009: 155-162.
58. Hoyer S. *Učenje in vzgoja bolnikov v psihiatrični zdravstveni negi*. *Obzor Zdr N* 2003; 37 (4): 267-272.
59. *Splošna bolnišnica Slovenj Gradec. Predstavitev bolnišnice*. [www.sb-sg.si](http://www.sb-sg.si) <16.1.2010>
60. Rebernik Milić M. *Razvoj kadrov v operioperativni dejavnosti*. In: Rebernik Milić M. *Vseživljensko izobraževanje: zbornik XXIV*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti, 2008: 9-10.
61. Rungapadiachy D M. *Medosebna komunikacija v zdravstvu: Teorija in praksa*. Ljubljana: Educy, 2003: 128-131.
62. Kvas A, Seljak J. *Slovenske medicinske sestre na poti v postmoderno*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2004: 113.
63. Flaker V, Belina J, Fojan D et al.. *Živeti s heroinom I.: Družbena konstrukcija uživalca v Sloveniji*. Ljubljana: Založba /\*cf, 2002: 51-65.
64. Čeh B. *Težko pričakovani rezultati TWIN-ovega projekta Drug abuse and synthetic drugs na Portugalskem*. *Spatula – Glasilo Študentske sekcije Slovenskega farmacevtskega društva* 2005; 4: 38-40.
65. Werkrechter. *Psihoaktivna droga. Shema*. [http://www.werkrechter.bij.pl/index.php?wiki=Psihoaktivne\\_droge#Podsekcij](http://www.werkrechter.bij.pl/index.php?wiki=Psihoaktivne_droge#Podsekcij) <17.1.2010>
66. Kalton G, Vehovar V. *Vzorčenje v anketah*. Ljubljana: Fakulteta za družbene Vede, Univerza v Ljubljani, 2001.
67. Mesec B, Rihtar L. *Merjenje*. Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo. [http://www.fsd.si/mma\\_bin.php/8merjenje](http://www.fsd.si/mma_bin.php/8merjenje) <16.1.2010>
68. Toš N. *Metode družboslovnega raziskovanja*. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1988:104-105.
69. Bajt A, Štiblar F. *Statistika za družboslovce*. Ljubljana: GV Založba d.o.o., 2002: 9-112.

70. Kobolt A. *Supervizija – Pomoč pri razvoju poklicne identitete in kompetence*. In: Kolenc FM. *Didaktični vidiki supervizije: Referati s seminarja*. Ljubljana: Zavod republike Slovenije za šolstvo in šport, 1994:25-38.
71. Klemenc D, Pahor M. *Zmanjševanje pojavov nasilja na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji*. *Obzor Zdr N* 2004; 38 (1): 43-52.
72. Čuk Rupnik J. *Pismo uredništvu: Odprto pismo zdravnikom in drugim zdravstvenim delavcem, ki se srečujejo z zdravljenjem bolečine v času terapije z opioidnim agonistom metadonom*. *ISIS* 2006; 15 (1): 8.

## SEZNAM KRATIC

1. **MS**      medicinska sestra
2. **ND**      negovalna diagnoza
3. **OPD**    odvisnost od prepovedanih drog
4. **PB**      psihiatrična bolnišnica
5. **PZN**    proces zdravstvene nege
6. **SB**      splošna bolnišnica
7. **ZN**      zdravstvena nega
8. **ZT**      zdravstveni tehnik



# PRILOGE

## Priloga št. 1

### Kriteriji, postopki in tabele

Tabela št. 0.01: Kriterij za vrednotenje odgovorov na vprašanje št. 5

<b>Kriterij za vrednotenje odgovorov na vprašanje št. 5</b>			
<b>Vrsta droge</b>	<b>Učinek na ČŽŠ - Klasifikacija drog SZO</b>	<b>Učinek na ČŽŠ Farmakološka klasifikacija drog</b>	<b>Oznaka odgovora na vprašalniku</b>
Marihuana	Kanabis	Depresor in Halucinogen	2,3,4
Kokain	Stimulans	Stimulans, možne halucinacije	1,3
Ekstazi MDMA	Stimulans	Stimulans in Halucinogen	1,3
Alkohol	Depresor	Depresor, možne halucinacije	2,3
Heroin	Depresor,	Depresor , možne halucinacije	2,3
Nikotin	Stimulans	Depresor in Stimuans	1,2
LSD	Halucinogen	Halucinogen in Stimulans	1,3
Amfetamini	Stimulans	Stimulans, možne halucinacije	1,3
Kofein	Stimulans	Stimulans	1

**Tabela št. 0.02: Tabela za vrednotenje odgovorov na vprašanja, ki zajemajo znanje in informiranost o področju OPD (od zaporedne št. 1 – 9 anketnega vprašalnika)**

<b>Vrednotenje odgovorov na anketna vprašanja (točkovanje) na vprašanja od zaporedne št. 1 – 9 anketnega vprašalnika</b>			
<b>Št. vpr.</b>	<b>Tema vprašanja</b>	<b>Oznaka pravil. odg.</b>	<b>Vrednost odg. točk</b>
1	Opredelitev bolezni	d	1000
2	Spremembe pri osebi, ki je zaužila prepovedane droge	d	1000
3	Pozitivni učinki drog	/	999
4/1	Toleranca	2	333
4/2	Abstinenčni sindrom	3	333
4/3	Predoziranje	1	333
5/1	Vpliv na CZŠ - marihuana	2,3,4	111
5/2	Vpliv na CZŠ - kokain	1,3	111
5/3	Vpliv na CZŠ -ekstazi	1,3	111
5/4	Vpliv na CZŠ - alkohol	2,3	111
5/5	Vpliv na CZŠ - heroin	2,3	111
5/6	Vpliv na CZŠ- nikotin	1,2	111
5/7	Vpliv na CZŠ - LSD	1,3	111
5/8	Vpliv na CZŠ - amfetamini	1,3	111
5/9	Vpliv na CZŠ - kofein	1	111
6/1	Škodljivost/nevarnost pri redni uporabi na lastno odgovornost - nore gobice	4,5,6	62,5
6/2	Škodljivost/nevarnost pri redni uporabi na lastno odgovornost -topila za inhaliranje	4,5,6	62,5
6/3	Škodljivost/nevarnost pri redni uporabi na lastno odgovornost - LSD	4,5,6	62,5
6/4	Škodljivost/nevarnost pri redni uporabi na lastno odgovornost - heroin	4,5,6	62,5
6/5	Škodljivost/nevarnost pri redni uporabi na lastno odgovornost - kofein	3,4,5	62,5
6/6	Škodljivost/nevarnost pri redni uporabi na lastno odgovornost - morfin	4,5,6	62,5
6/7	Škodljivost/nevarnost pri redni uporabi na lastno odgovornost - nikotin	4,5	62,5
6/8	Škodljivost/nevarnost pri redni uporabi na lastno odgovornost - kokain	4,5,6	62,5
6/9	Škodljivost/nevarnost pri redni uporabi na lastno odgovornost - alkohol	4,5,6	62,5
6/10	Škodljivost/nevarnost pri redni uporabi na lastno odgovornost - marihuana	4,5	62,5
6/11	Škodljivost/nevarnost pri redni uporabi na lastno odgovornost - ekstazi	4,5,6	62,5
6/12	Škodljivost/nevarnost pri redni uporabi na lastno odgovornost - metadon	4,5,6	62,5
6/13	Škodljivost/nevarnost pri redni uporabi na lastno odgovornost - buprenorfin	4,5,6	62,5
6/14	Škodljivost/nevarnost pri redni uporabi na lastno odgovornost - opij	4,5,6	62,5
6/15	Škodljivost/nevarnost pri redni uporabi na lastno odgovornost - benzodiazepini	4,5,6	62,5
6/16	Škodljivost/nevarnost pri redni uporabi na lastno odgovornost - amfetamini	4,5,6	62,5
7/1	Pogoji vstopa v program celostne obravnave v bolnišnici	2	111
7/2	Pogoji vstopa v ambulantno zdravljenje (usmerjeno v abstinenco)	2	111
7/3	Pogoji vstopa v dnevni center v zdravstveni ustanovi (usmerjen v abstinenco)	2	111
7/4	Pogoji vstopa v metadonski vzdrževalni program	1	111
7/5	Pogoji vstopa v program terenskega dela z odvisnimi od prepovedanih drog	1	111
7/6	Pogoji vstopa v skupine za samopomoč	1,2	111
7/7	Pogoji vstopa v program izmenjave igel	1	111
7/8	Pogoji vstopa v terapevtsko skupnost	2	111
7/9	Pogoji vstopa v komuno	2	111
8	Najbolj škodljiv način injiciranja prepovedanih drog	c	1000
9	Klinični znaki okužb	b in c	1000
	<b>Skupaj</b>		<b>8996</b>

Tabela št. 0.03: Lestvica za ocenjevanje znanja in informiranosti o področju OPD

Lestvica za ocenjevanje znanja in informiranosti			
Stopnja	Razred točk - razmik		Ocena
	od	do	
Slabo	0	5000	1
Zadovoljivo	5001	6000	2
Dobro	6001	7000	3
Zelo dobro	7001	8000	4
Odlično	8001	8996	5

### ■ Postopek oblikovanja 5-stopenjske lestvice stališč

Izbor stališč smo naredil tako, da smo 18 stališč (pozitivnih, nevtralnih in negativnih, od katerih smo večino stališč povzeli iz Diskurzivne analize Mojce Pajnik »Mamilaši« ali »Zapoznili rockerji prve generacije«) do oseb OPD razdelili 10 različnim MS/ZT - ocenjevalcem. Vsak je trditve v razpredelnici razporedil v 3 stopnje naklonjenosti: »zelo naklonjen« do oseb OPD, »nevtralen« in »zelo nenaklonjen«. Za vsako trditev smo zapisali stopnjo in število izborov. Izbrali smo 9 največkrat izbranih trditev in jih zapisali po vrstnem redu izbora. Pozitivna stališča smo uvrstili v stopnjo »zelo naklonjen«, nevtralna v stopnjo »nevtralen« in negativna v stopnjo »zelo nenaklonjen«, kot sledi:

#### **Zelo naklonjen**

- Za soseda bi imel osebo OPD. (št. stališča: 1)
- Sprejel bi vljudno povabilo na sok ali čaj v javnem lokalu, če bi me povabila oseba OPD. (Pod pogojem, da bi mi okoliščine to dopuščale.) (št. stališča: 2)
- Svojega otroka bi peljal v zdravstveni dom, kjer je metadonska ambulanta, četudi bi imel drugo enakovredno možnost. (št. stališča: 3)

#### **Nevtralen**

- Osebe OPD so enake kot drugi ljudje. (št. stališča: 4)
- Osebe OPD so bolniki. (št. stališča: 5)
- Osebe OPD so drugačne. (št. stališča: 6)

#### **Zelo nenaklonjen**

- Osebe OPD so slabiči. (št. stališča: 7)
- Osebe OPD so manjvredne. (št. stališča: 8)
- Osebe OPD so kriminalci. (št. stališča: 9)

Pri oblikovanju lestvice smo upoštevali kontekst zdravstva, v katerem je pacient enakopraven partner MS/ZT in minimalne zahteve za začetek oblikovanja odnosa med pacientom in medicinsko sestro – korekten odnos do pacienta. Temu izhodiščnemu odnosu smo določili nevtralen položaj.

Določili smo, da se stališča v pomešanem vrstnem redu zapišejo v anketni vprašalnik v obliki trditev in vprašanj, pri čemer lahko respondenti sami izbirajo med številom izbranih trditev, pri odgovorih na vprašanja pa se kot izbrane trditve upoštevajo samo odgovori »da«. Pri oblikovanju lestvice smo predvideli, da bodo respondenti izbrali različno število trditev, zato

smo objektivnost merjenja zagotovili tako, da se pri merjenju upošteva le stopnja izbranih stališč – stopnja naklonjenosti, število izbranih stališč v stopnji pa ne. (Stališč znotraj stopenj se ne rangira.)

V nadaljevanju smo določili vmesni stopnji stališč »naklonjen« in »nenaklonjen« in dodaten kriterij za razvrščanje stališč v stopnjo »nevtralen«:

- v stopnjo »naklonjen« smo uvrstili odgovore respondentov, ki so z »da« odgovorili tako na vprašanja, ki smo jih uvrstili v stopnjo »zelo naklonjen« kot tudi na tista, ki smo jih uvrstili v stopnjo »nevtralen«;
- v stopnjo »nenaklonjen« smo uvrstili odgovore respondentov, ki so z »da« odgovorili na vprašanja, ki smo jih uvrstili v stopnjo »nevtralen« in tudi na vprašanja, ki smo jih uvrstili v stopnjo »zelo nenaklonjen«;
- odgovore, pri katerih so respondenti izbrali trditve iz vseh treh stopenj, ali trditve iz 1. in 3. stopnje, smo uvrstili med nevtralne.

Določili smo razmik med stopnjami - razmik 1 in vrednost stališč. Ob upoštevanju dejstva, da se pri ugotavljanju stališč upošteva samo izbrane stopnje stališč, smo stališčem določili vrednost izbrane stopnje stališč.

Vprašanja, ki zajemajo zgoraj navedena stališča, so v anketi zajeta v vprašanjih od 10 – 13. Vprašanje št. 10 zajema 8 trditev, od katerih je vsak respondent lahko izbral katerokoli trditev in poljubno število trditev, pri vprašanjih od 11-13 pa je lahko izbral med odgovori »da«, »ne« in »ne vem«. (Vprašanje 10 f ne sodi v lestvico stališč.)

Izbrane trditve in odgovore, s katerimi so se respondenti strinjali (stališča), smo razvrstili v stopnje in jih izmerili s 5-stopenjsko lestvico stališč:

**Tabela št. 0.04: Lestvica stališč MS/ZT**

<b>Lestvica stališč</b>			
<b>Stopnja naklonjenosti</b>	<b>Razmik</b>		
<b>Stopnja</b>	<b>od</b>	<b>do</b>	<b>Vrednost stališč</b>
Zelo naklonjen	1,00	1,99	1
Naklonjen	2,00	2,99	2
Nevtralen	3,00	3,99	3
Nenaklonjen	4,00	4,99	4
Zelo nenaklonjen	5,00	5,99	5

**Tabela št. 0.05: Ovrednoteni odgovori na vprašanja, ki zajemajo znanje in informiranost o področju OPD (od št. 1 – 9 anketnega vprašalnika)**

zapor. št. vpr.	tema vprašanja	Oznaka pravil. odg.	Vrednost Odgovora točk	Idrija pravil. odg. %	Idrija pravil. odg. število	Idrija število točk	Izola pravil. odg. %	Izola pravil. odg. število	Izola število točk
1	Opredel. bol.	d	1000	83,78	31	31000	33,33	13	13000
2	Spremembe	d	1000	97,3	36	36000	100	39	39000
3	Pozitiv. uči.	/	999	50,38	18,67	18648	35,9	14	13986
4/1	Toleranca	2	333	91,89	34	11322	84,62	33	10989
4/2	Absti. sindr.	3	333	94,59	35	11655	84,62	33	10989
4/3	Predoziranje	1	333	94,59	35	11322	87,18	34	11322
5/1	Marihuana	2,3,4	111	72,97	27	2997	71,79	28	3108
5/2	Kokain	1,3	111	91,89	34	3774	79,49	31	3441
5/3	Ekstazi	1,3	111	94,59	35	3885	87,18	34	3774
5/4	Alkohol	2,3	111	94,59	35	3885	76,92	30	3330
5/5	Heroin	2,3	111	89,19	33	3663	94,87	37	4107
5/6	Nikotin	1,2	111	83,78	31	3441	76,92	30	3330
5/7	LSD	1,3	111	91,89	34	3774	84,62	33	3663
5/8	Amfetamini	1,3	111	94,59	35	3885	74,36	29	3219
5/9	Kofein	1	111	83,78	31	3441	69,23	27	2997
6/1	Nore gobice	4,5,6	62,5	72,97	27	1687,5	48,72	19	1187,5
6/2	Topila	4,5,6	62,5	89,19	33	2062,5	84,62	33	2062,5
6/3	LSD	4,5,6	62,5	91,89	34	2125	84,62	33	2062,5
6/4	Heroin	4,5,6	62,5	91,89	34	2125	94,87	37	2312,5
6/5	Kofein	3,4,5	62,5	81,08	30	1875	66,67	26	1625
6/6	Morfin	4,5,6	62,5	89,19	33	2062,5	74,36	29	1812,5
6/7	Nikotin	4,5	62,5	83,78	31	1937,5	76,92	30	1875
6/8	Kokain	4,5,6	62,5	91,89	34	2125	87,18	34	2125
6/9	Alkohol	4,5,6	62,5	94,59	35	2187,5	87,18	34	2125
6/10	Marihuana	4,5	62,5	83,78	31	1937,5	71,79	28	1750
6/11	Ekstazi	4,5,6	62,5	94,59	35	2187,5	87,18	34	2125
6/12	Metadon	4,5,6	62,5	89,19	33	2062,5	84,62	33	2062,5
6/13	Buprenorfin	4,5,6	62,5	78,38	29	1812,5	43,59	17	1062,5
6/14	Opij	4,5,6	62,5	91,89	34	2125	82,05	32	2000
6/15	Benzodiaz.	4,5,6	62,5	86,49	32	2000	66,67	26	1625
6/16	Amfetamini	4,5,6	62,5	94,59	35	2187,5	74,36	29	1812,5
7/1	Bolniš. zdr.	2	111	75,68	28	3108	20,51	8	888
7/2	Ambu. zdra.	2	111	86,49	32	3552	30,77	12	1332
7/3	Dnevni cen.	2	111	75,68	28	3108	38,46	15	1665
7/4	Metad.vzd.	1	111	81,08	30	3330	66,67	26	2886
7/5	Terensko d.	1	111	72,97	27	2997	51,28	20	2220
7/6	Skupine	1,2	111	89,19	33	3663	79,49	31	3441
7/7	Izmenjava i.	1	111	83,78	31	3441	58,97	23	2553
7/8	Terapevt.s.	2	111	78,38	29	3219	35,9	14	1554
7/9	Komuna	2	111	91,89	34	3774	64,1	25	2775
8	Inijiciranje	C	1000	97,3	36	36000	82,05	32	32000
9	Okužba	b in c	1000	94,59	35	32000	82,05	32	32000
					<b>1347,67</b>	<b>283384</b>		<b>1157</b>	<b>243194</b>

**Tabela št. 0.06: Rezultati preverjanja znanja in informiranosti MS/ZT PB Idrija in SB Izola o poznavanju področja OPD**

<b>Ovrednotena in ocenjena znanje in informiranost</b>					
<b>MS/ZT PB Idrija – n = 37</b>			<b>MS/ZT SB Izola – n = 39</b>		
<b>Koda vprašal.</b>	<b>Število točk</b>	<b>Ocena</b>	<b>Koda vprašal.</b>	<b>Število točk</b>	<b>Ocena</b>
1 PB	5824,5	2	1 SB	6775	3
2 PB	8933,5	5	2 SB	8378,5	5
3 PB	7761	4	3 SB	5365,5	2
4 PB	8697,5	5	4 SB	7365,5	4
5 PB	5207	2	5 SB	5490,5	2
6 PB	8441	5	6 SB	7220	4
7 PB	7636	4	7 SB	7774	4
8 PB	6712,5	3	8 SB	6525	3
9 PB	8885	5	9 SB	6268,5	3
10 PB	8774	5	10 SB	7538	4
11 PB	7997	4	11 SB	5699,5	2
12 PB	8760	5	12 SB	7094	4
13 PB	7489,5	4	13 SB	5512	2
14 PB	6095	3	14 SB	7525	4
15 PB	8489,5	5	15 SB	6415	3
16 PB	6553	3	16 SB	7586,5	4
17 PB	8635	5	17 SB	5713,5	2
18 PB	7775	4	18 SB	5692	2
19 PB	7600,5	4	19 SB	5366,5	2
20 PB	7712,5	4	20 SB	6337,5	3
21 PB	7886	4	21 SB	5935,5	2
22 PB	7378,5	4	22 SB	5448,5	2
23 PB	8524	5	23 SB	6108	3
24 PB	8364,5	5	24 SB	2332	1
25 PB	7775	4	25 SB	5934,5	2
26 PB	7753,5	4	26 SB	6845	3
27 PB	7823,5	4	27 SB	4602,5	1
28 PB	7775	4	28 SB	6609	3
29 PB	6518,5	3	29 SB	5824,5	2
30 PB	6650	3	30 SB	5109	2
31 PB	6442	3	31 SB	5205	2
32 PB	8760	5	32 SB	5476,5	2
33 PB	7538	4	33 SB	8253,5	4
34 PB	6886	3	34 SB	5165	2
35 PB	6844	3	35 SB	5859	2
36 PB	8663	5	36 SB	6366,5	3
37 PB	7823,5	4	37 SB	7317	4
			38 SB	5699,5	2
			39 SB	7461,5	4
<b>Skupaj</b>		<b>148</b>	<b>Skupaj</b>	<b>243194</b>	<b>108</b>
<b>Povprečna ocena:</b>		<b>4</b>		<b>Povprečna ocena</b>	<b>2,77</b>
<b>Stopnja:</b>		<b>Prav dobro</b>		<b>Stopnja</b>	<b>Zadovoljivo</b>

Tabela št. 0.07: Stališča MS/ZT PB Idrija

STALIŠČA											
PB Idrija											
Koda vprašalnika	Št. stal. 1	Št. stal. 2	Št. stal. 3	Št. stal. 4	Št. stal. 5	Št. stal. 6	Št. stal. 7	Št. stal. 8	Št. stal. 9	Stopnja naklonjenosti	Vrednost stališč
1 PB	0	0	0	0	0	6	0	0	0	Nevtralen	3
2 PB	0	2	3	0	5	0	0	0	0	Naklonjen	2
3 PB	0	2	3	0	0	6	0	0	0	Naklonjen	2
4 PB	0	0	3	0	0	0	7	0	0	Nevtralen	3
5 PB	0	0	0	0	0	6	7	0	9	Nenaklonjen	4
6 PB	0	0	0	0	5	6	0	0	9	Nenaklonjen	4
7 PB	1	2	3	4	5	0	0	0	0	Naklonjen	2
8 PB	0	2	0	0	0	6	0	0	9	Nevtralen	3
9 PB	1	2	0	4	5	0	0	0	0	Naklonjen	2
10 PB	0	2	3	0	5	0	0	0	0	Naklonjen	2
11 PB	0	2	3	4	5	0	0	0	0	Naklonjen	2
12 PB	0	2	3	4	5	0	0	0	0	Naklonjen	2
13 PB	0	2	3	0	5	0	0	0	0	Naklonjen	2
14 PB	0	0	0	0	5	0	0	0	0	Nevtralen	3
15 PB	0	2	3	4	5	0	0	0	0	Naklonjen	2
16 PB	0	2	0	0	0	6	0	0	9	Nevtralen	3
17 PB	0	0	0	0	0	0	0	0	9	Zelo nenaklonjen	5
18 PB	0	2	3	0	0	6	0	0	0	Naklonjen	2
19 PB	0	0	3	4	0	0	0	0	0	Naklonjen	2
20 PB	0	0	3	4	5	0	0	0	0	Naklonjen	2
21 PB	0	2	3	4	5	0	0	0	0	Naklonjen	2
22 PB	0	0	0	0	0	6	0	0	0	Nevtralen	3
23 PB	0	2	0	0	0	6	0	0	0	Naklonjen	2
24 PB	0	2	0	0	0	6	0	0	0	Naklonjen	2
25 PB	0	2	0	0	5	0	0	0	0	Naklonjen	2
26 PB	0	0	0	0	5	6	0	0	0	Nevtralen	3
27 PB	0	2	0	0	5	6	0	0	0	Naklonjen	2
28 PB	0	2	3	4	5	0	0	0	0	Naklonjen	2
29 PB	0	0	0	0	5	6	0	0	0	Nevtralen	3
30 PB	0	2	3	0	5	0	0	0	0	Naklonjen	2
31 PB	0	2	0	0	5	0	0	0	0	Naklonjen	2
32 PB	0	0	0	4	5	0	0	0	0	Nevtralen	3
33 PB	1	2	3	4	5	0	0	0	9	Nevtralen	3
34 PB	1	2	3	4	5	6	0	0	0	Naklonjen	2
35 PB	0	2	3	0	0	0	7	0	9	Nevtralen	3
36 PB	0	0	3	0	5	0	0	0	0	Naklonjen	2
37 PB	1	2	0	0	5	6	0	0	0	Naklonjen	2
											<b>92</b>
Število odg.	5	24	19	12	24	15	3	0	7		

Opomba: Številka stališča pomeni zaporedno številko stališča v lestvici stališč.

Tabela št. 0.08: Stališča MS/ZT SB Izola

STALIŠČA SB Izola											
Koda vprašalnika	Št. stal. 1	Št. stal. 2	Št. stal. 3	Št. stal. 4	Št. stal. 5	Št. stal. 6	Št. stal. 7	Št. stal. 8	Št. stal. 9	Stopnja naklonjenosti	Vrednost stališč
1 SB	1	2	3	0	5	0	7	0	0	Nevtralen	3
2 SB	0	0	0	0	5	0	0	0	0	Nevtralen	3
3 SB	0	2	0	4	0	6	0	0	9	Nevtralen	3
4 SB	1	2	3	0	0	6	0	0	0	Naklonjen	2
5 SB	0	0	0	0	5	0	0	0	0	Nevtralen	3
6 SB	0	0	0	4	0	0	7	0	9	Nenaklonjen	4
7 SB	1	2	3	0	5	0	0	0	0	Naklonjen	2
8 SB	0	2	0	0	5	6	0	0	0	Naklonjen	2
9 SB	0	0	0	0	0	6	7	0	9	Nenaklonjen	4
10 SB	0	2	3	0	5	0	7	0	0	Nevtralen	3
11 SB	0	2	3	0	5	0	0	0	0	Naklonjen	2
12 SB	0	2	3	0	0	6	7	0	0	Nevtralen	3
13 SB	0	0	3	0	5	0	0	0	0	Naklonjen	2
14 SB	0	0	0	0	5	0	0	0	9	Nenaklonjen	4
15 SB	0	0	0	0	5	0	0	0	0	Nevtralen	3
16 SB	1	0	3	4	5	0	0	0	0	Naklonjen	2
17 SB	0	0	0	0	5	0	0	0	9	Nenaklonjen	4
18 SB	0	0	0	0	5	0	0	0	0	Nevtralen	3
19 SB	0	2	0	0	5	6	7	0	0	Nevtralen	3
20 SB	0	0	0	0	5	0	0	0	0	Nevtralen	3
21 SB	0	0	0	0	0	6	7	0	0	Nenaklonjen	4
22 SB	0	2	0	0	5	0	0	0	0	Naklonjen	2
23 SB	0	2	0	0	5	6	0	0	9	Nevtralen	3
24 SB	0	0	3	0	0	6	0	0	0	Naklonjen	2
25 SB	0	0	0	0	5	0	0	0	0	Nevtralen	3
26 SB	0	0	0	0	5	0	7	0	0	Nenaklonjen	4
27 SB	0	0	0	0	5	6	0	0	0	Nevtralen	3
28 SB	0	0	0	0	0	6	7	8	9	Nenaklonjen	4
29 SB	0	0	0	0	5	6	0	0	0	Nevtralen	3
30 SB	0	0	0	4	5	0	0	0	0	Nevtralen	3
31 SB	0	0	0	4	5	0	0	0	0	Nevtralen	3
32 SB	0	2	0	0	5	0	0	0	0	Naklonjen	2
33 SB	0	0	0	0	5	0	0	0	0	Nevtralen	3
34 SB	0	0	0	0	0	6	7	0	9	Nenaklonjen	4
35 SB	0	0	0	0	5	0	0	0	0	Nevtralen	3
36 SB	0	2	0	0	5	0	0	0	0	Naklonjen	2
37 SB	1	2	3	4	5	0	0	0	0	Naklonjen	2
38 SB	1	2	3	4	5	0	0	0	0	Naklonjen	2
39 SB	1	2	3	0	5	0	0	0	0	Naklonjen	2
											112
Št. odg.	7	16	12	7	30	13	10	1	8		

Opomba: Številka stališča pomeni zaporedno številko stališča v lestvici stališč.



Tabela št. 0.09: Stališča kategorije MS/ZT, oblikovane na podlagi stopnje izobrazbe – PB Idrija

MS/ZT PB Idrija					
Stopnja naklonjenosti					
Stopnja izobrazbe	Naklonjen n	Nevtralen n	Nenaklonjen n	Skupaj n	Povprečna vrednost stališč
Višja in visoka	7 18,92%	1 2,70%	1 2,70%	9 24,32%	2,33
Srednja	14 37,84%	8 21,62%	2 5,41%	24 64,86%	2,50
Ni podatka	2 5,41%	2 5,41%	0 0,00%	4 10,81%	(2,50) ne upoštevamo
<b>Skupaj</b>	23 62,16%	11 29,73%	3 8,11%	37 100%	(2,46)

Tabela št. 0.10: Stališča kategorije MS/ZT, oblikovane na podlagi stopnje izobrazbe – SB Izola

MS/ZT SB Izola					
Stopnja naklonjenosti					
Stopnja izobrazbe	Naklonjen n	Nevtralen n	Nenaklonjen n	Skupaj n	Povprečna vrednost stališč
Višja in visoka	6 15,38%	8 20,51%	2 5,13%	16 41,03%	2,75
Srednja	7 17,95%	10 28,21%	6 15,38%	23 58,97%	2,96
Ni podatka	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	/
<b>Skupaj</b>	13 33,33%	18 46,15%	8 20,51%	39 100%	(2,87)

Tabela št. 0.11: Stališča kategorije MS/ZT, oblikovane na podlagi stopnje izobrazbe – vzorec MS/ZT

Vzorec MS/ZT					
Stopnja naklonjenosti					
Stopnja izobrazbe	Naklonjen n	Nevtralen n	Nenaklonjen n	Skupaj n	Povprečna vrednost stališč
Višja in visoka	13 17,11%	9 11,84%	3 3,95%	25 32,89%	2,6
Srednja	21 27,63%	18 23,68%	8 10,53%	47 61,84%	2,72
Ni podatka	2 2,63%	2 2,63%	0 0,00%	4 5,26%	(2,50) ne upoštevamo
<b>Skupaj</b>	36 47,37%	29 38,16%	11 14,47%	76 100%	2,67

Tabela št. 0.12: Stališča kategorije MS/ZT, oblikovane na podlagi delovne dobe – PB Idrija

MS/ZT PB Idrija					
Stopnja naklonjenosti					
Delovna doba	Naklonjen n	Nevtralen n	Nenaklonjen n	Skupaj n	Povprečna vrednost stališč
0-10 let	6 16,22%	3 8,11%	1 2,70%	10 27,03%	2,50
11-20 let	5 13,51%	2 5,41%	0 0,00%	7 18,92%	2,29
21-30 let	8 21,62%	5 13,51%	2 5,41%	15 40,54%	2,60
31 in več let	1 2,70%	0 0,00%	0 0,00%	1 2,70%	(2,00) ne upoštevamo
Ni podatka	3 8,11%	1 2,70%	0 0,00%	4 10,81%	(2,25) ne upoštevamo
<b>Skupaj</b>	23 62,16%	11 29,73%	3 8,11%	37 100%	(2,46)

Tabela št. 0.13: Stališča kategorije MS/ZT, oblikovane na podlagi delovne dobe – SB Izola

MS/ZT SB Izola					
Stopnja naklonjenosti					
Delovna doba	Naklonjen n	Nevtralen n	Nenaklonjen n	Skupaj n	Povprečna vrednost stališč
0-10 let	5 12,82%	7 17,95%	3 7,69%	15 38,46%	2,87
11-20 let	1 2,56%	6 15,38%	3 7,69%	10 25,64%	3,2
21-30 let	6 15,38%	4 10,26%	2 5,13%	12 30,77%	2,67
31 in več let	0 0,00%	1 2,56%	0 0,00%	1 2,56%	(3,00) ne upoštevamo
Ni podatka	1 2,56%	0 0,00%	0 0,00%	1 2,56%	(2,00) ne upoštevamo
<b>Skupaj</b>	13 33,32%	18 46,15%	8 20,51%	39 100%	(2,87)

Tabela št. 0.14: Stališča kategorije MS/ZT, oblikovane na podlagi delovne dobe – vzorec MS/ZT

MS/ZT vzorec Stopnja naklonjenosti					
Delovna doba	Naklonjen n	Nevtralen n	Nenaklonjen n	Skupaj n	Povprečna vrednost stališč
0-10 let	11 14,47%	10 13,16%	4 5,26%	25 32,89%	2,72
11-20 let	6 7,89%	8 10,53%	3 3,95%	17 22,37%	2,82
21-30 let	14 18,42%	9 11,84%	4 5,26%	27 35,53%	2,63
31 in več let	1 1,32%	1 1,32%	0 0,00%	2 2,63%	(2,50) ne upoštevamo
Ni podatka	4 5,26%	1 1,32%	0 0,00%	5 6,58%	(2,20) ne upoštevamo
<b>Skupaj</b>	36 47,36%	29 38,17%	11 14,47%	76 100%	(2,67)

Tabela št. 0.15: Stališča kategorije MS/ZT, oblikovane na podlagi starosti – PB Idrija

MS/ZT PB Idrija Stopnja naklonjenosti					
Starost	Naklonjen n	Nevtralen n	Nenaklonjen n	Skupaj n	Povprečna vrednost stališč
21-30 let	4 10,81%	3 8,11%	1 2,70%	8 21,62%	2,63
31-40 let	7 18,92%	2 5,41%	0 0,00%	9 24,32%	2,22
41-50 let	9 24,32%	5 13,51%	2 5,41%	16 43,24%	2,56
51- 60 let	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0,00
Ni podatka	3 8,11%	1 2,70%	0 0,00%	4 10,81%	(2,25) ne upoštevamo
<b>Skupaj</b>	23 62,16%	11 29,73%	3 8,11%	37 100%	(2,46)

Tabela št. 0.16: Stališča kategorije MS/ZT, oblikovane na podlagi starosti – SB Izola

MS/ZT PB Idrija					
Stopnja naklonjenosti					
Starost	Naklonjen n	Nevtralen n	Nenaklonjen n	Skupaj n	Povprečna vrednost stališč
21-30 let	3 7,69%	5 12,82%	2 5,13%	10 25,64%	2,90
31-40 let	1 2,56%	7 17,95%	2 5,13%	10 25,64%	3,10
41-50 let	6 15,38%	2 5,13%	1 2,56%	9 23,08%	2,44
51- 60 let	0 0,00%	1 2,56%	0 0,00%	1 2,56%	(3,00) ne upoštevamo
Ni podatka	3 7,69%	3 7,69%	3 7,69%	9 23,08%	3,00
<b>Skupaj</b>	13 33,33%	18 46,15%	8 20,51%	39 100%	(2,87)

Tabela št. 0.17: Stališča kategorije MS/ZT, oblikovane na podlagi starosti – vzorec MS/ZT

MS/ZT PB Idrija					
Stopnja naklonjenosti					
Starost	Naklonjen n	Nevtralen n	Nenaklonjen n	Skupaj n	Povprečna vrednost stališč
21-30 let	7 9,21%	8 10,53%	3 3,95%	18 23,68%	2,78
31-40 let	8 10,53%	9 11,84%	2 2,63%	19 25,00%	2,68
41-50 let	15 19,74%	7 9,21%	3 3,95%	25 32,89%	2,52
51- 60 let	0 0,00%	1 1,32%	0 0,00%	1 1,32%	(3,00) ne upoštevamo
Ni podatka	6 7,89%	4 5,26%	3 3,95%	13 17,11%	2,77
<b>Skupaj</b>	36 47,37%	29 38,16%	11 14,47%	76 100%	(2,67)

Tabela št. 0.18: Stališča kategorije MS/ZT, oblikovane na podlagi dodatnega izobraževanja o področju OPD – PB Idrija

MS/ZT PB Idrija Stopnja naklonjenosti					
Dodatno izobraževanje o področju OPD	Naklonjen n	Nevtralen n	Nenaklonjen n	Skupaj n	Povprečna vrednost stališč
Že opravljeno	16 43,24%	4 10,81%	3 8,11%	23 62,16%	2,43
Še ne opravljeno	7 18,92%	7 18,92%	0 0,00%	14 37,84%	2,50
<b>Skupaj</b>	23 62,16%	11 29,73%	3 8,11%	37 100%	(2,46)

Tabela št. 0.19: Stališča kategorije MS/ZT, oblikovane na podlagi dodatnega izobraževanja o področju OPD – SB Izola

MS/ZT SB Izola Stopnja naklonjenosti					
Dodatno izobraževanje o področju OPD	Naklonjen n	Nevtralen n	Nenaklonjen n	Skupaj n	Povprečna vrednost stališč
Že opravljeno	5 12,82%	8 20,51%	4 10,26%	17 43,59%	2,94
Še ne opravljeno	8 20,51%	10 25,64%	4 10,26%	22 56,41%	2,82
<b>Skupaj</b>	13 33,33%	18 46,15%	8 20,51%	39 100%	(2,87)

Tabela št. 0.20: Stališča kategorije MS/ZT, oblikovane na podlagi dodatnega izobraževanja o področju OPD – vzorec MS/ZT

MS/ZT vzorec Stopnja naklonjenosti					
Dodatno izobraževanje o področju OPD	Naklonjen n	Nevtralen n	Nenaklonjen n	Skupaj n	Povprečna vrednost stališč
Že opravljeno	21 27,63%	12 15,79%	7 9,21%	40 52,63%	2,65
Še ne opravljeno	15 19,74%	17 22,37%	4 5,26%	36 47,37%	2,69
<b>Skupaj</b>	36 47,37%	29 38,16%	11 14,47%	76 100%	(2,67)

**Tabela št. 0.21: Stališča kategorije MS/ZT, oblikovane na podlagi odnosa do dovoljenih drog (kajenje) – PB Idrija**

<b>MS/ZT PB Idrija</b>					
<b>Stopnja naklonjenosti</b>					
<b>Uživanje dovoljenih drog: kajenje</b>	<b>Naklonjen n</b>	<b>Nevtralen n</b>	<b>Nenaklonjen n</b>	<b>Skupaj n</b>	<b>Povprečna vrednost stališč</b>
Kadi	10 27,03%	7 18,92%	1 2,70%	18 48,65%	2,5
Ne kadi	12 32,43%	3 8,11%	1 2,70%	16 43,24%	2,31
Ni podatka	1 2,70%	1 2,70%	1 2,70%	3 8,11%	(3,00) ne upoštevamo
<b>Skupaj</b>	23 62,16%	11 29,73%	3 8,11%	37 100%	(2,46)

**Tabela št. 0.22: Stališča kategorije MS/ZT, oblikovane na podlagi odnosa do dovoljenih drog (kajenje) – SB Izola**

<b>MS/ZT SB Izola</b>					
<b>Stopnja naklonjenosti</b>					
<b>Uživanje dovoljenih drog: kajenje</b>	<b>Naklonjen n</b>	<b>Nevtralen n</b>	<b>Nenaklonjen n</b>	<b>Skupaj n</b>	<b>Povprečna vrednost stališč</b>
Kadi	8 20,51%	9 23,08%	2 5,13%	19 48,72%	2,68
Ne kadi	5 12,82%	9 23,08%	6 15,38%	20 51,28%	3,05
Ni podatka	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0,00
<b>Skupaj</b>	13 33,33%	18 46,15%	8 20,51%	39 100%	(2,87)

**Tabela št. 0.23: Stališča kategorije MS/ZT, oblikovane na podlagi odnosa do dovoljenih drog (kajenje) – vzorec MS/ZT**

<b>MS/ZT vzorec</b>					
<b>Stopnja naklonjenosti</b>					
<b>Uživanje dovoljenih drog: kajenje</b>	<b>Naklonjen n</b>	<b>Nevtralen n</b>	<b>Nenaklonjen n</b>	<b>Skupaj n</b>	<b>Povprečna vrednost stališč</b>
Kadi	18 23,68%	16 21,05%	3 3,95%	37 48,68%	2,59
Ne kadi	17 22,37%	12 15,79%	7 9,21%	36 47,37%	2,72
Ni podatka	1 1,32%	1 1,32%	1 1,32%	3 3,96%	(3,00) ne upoštevamo
<b>Skupaj</b>	36 47,37%	29 38,16%	11 14,47%	76 100%	(2,67)

**Tabela št. 0.24: Stališča kategorije MS/ZT, oblikovane na podlagi odnosa do dovoljenih drog (uživanja alkohola) – PB Idrija**

<b>MS/ZT PB Idrija</b>					
<b>Stopnja naklonjenosti</b>					
<b>Uživanje dovoljenih drog: Uživanje alkohola</b>	<b>Naklonjen n</b>	<b>Nevtralen n</b>	<b>Nenaklonjen n</b>	<b>Skupaj n</b>	<b>Povprečna vrednost stališč</b>
Občasno uživa alkohol	13 35,14%	8 21,62%	1 2,70%	22 59,46%	2,45
Ne uživa alkohola	9 24,32%	3 8,11%	2 5,41%	14 37,84%	2,50
Ni podatka	1 2,70%	0 0,00%	0 0,00%	1 2,70%	(2,00) ne upoštevamo
<b>Skupaj</b>	23 62,16%	11 29,73%	3 8,11%	37 100%	(2,46)

**Tabela št. 0.25: Stališča kategorije MS/ZT, oblikovane na podlagi odnosa do dovoljenih drog (uživanja alkohola) – SB Izola**

<b>MS/ZT SB Izola</b>					
<b>Stopnja naklonjenosti</b>					
<b>Uživanje dovoljenih drog: Uživanje alkohola</b>	<b>Naklonjen n</b>	<b>Nevtralen n</b>	<b>Nenaklonjen n</b>	<b>Skupaj n</b>	<b>Povprečna vrednost stališč</b>
Občasno uživa alkohol	10 25,64%	13 33,33%	3 7,69%	26 66,67%	2,73
Ne uživa alkohola	3 7,69%	5 12,82%	5 12,82%	13 33,33%	3,15
Ni podatka	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0,00
<b>Skupaj</b>	13 33,33%	18 46,15%	8 20,51%	39 100%	(2,87)

**Tabela št. 0.26: Stališča kategorije MS/ZT, oblikovane na podlagi odnosa do dovoljenih drog (uživanja alkohola) – vzorec MS/ZT**

<b>Vzorec MS/ZT</b>					
<b>Stopnja naklonjenosti</b>					
<b>Uživanje dovoljenih drog: Uživanje alkohola</b>	<b>Naklonjen n</b>	<b>Nevtralen n</b>	<b>Nenaklonjen n</b>	<b>Skupaj n</b>	<b>Povprečna vrednost stališč</b>
Občasno uživa alkohol	23 30,26%	21 27,63%	4 5,26%	48 63,16%	2,60
Ne uživa alkohola	12 15,79%	8 10,53%	7 9,21%	27 35,53%	2,81
Ni podatka	1 1,32%	0 0,00%	0 0,00%	1 1,32%	(2,00) ne upoštevamo
<b>Skupaj</b>	36 47,37%	29 38,16%	11 14,47%	76 100%	(2,67)



Tabela št. 0.27: Stališča kategorije MS/ZT, oblikovane na podlagi težav pri izvajanju ZN pacienta OPD – PB Idrija

MS/ZT PB Idrija Stopnja naklonjenosti					
Težave pri izvajanju ZN pacienta OPD	Naklonjen n	Nevtralen n	Nenaklonjen n	Skupaj n	Povprečna vrednost stališč
Ima težave	6 16,22%	3 8,11%	1 2,70%	10 27,03%	2,50
Nima težav	17 45,95%	8 21,62%	2 5,41%	27 72,97%	2,44
<b>Skupaj</b>	23 62,16%	11 29,73%	3 8,11%	37 100%	(2,46)

Tabela št. 0.28: Stališča kategorije MS/ZT, oblikovane na podlagi težav pri izvajanju ZN pacienta OPD – SB Izola

MS/ZT SB Izola Stopnja naklonjenosti					
Težave pri izvajanju ZN pacienta OPD	Naklonjen n	Nevtralen n	Nenaklonjen n	Skupaj n	Povprečna vrednost stališč
Ima težave	7 17,95%	13 33,33%	6 15,38%	26 66,67%	2,96
Nima težav	6 15,38%	5 12,82%	2 5,13%	13 33,33%	2,69
<b>Skupaj</b>	13 33,33%	18 46,15%	8 20,51%	39 100%	(2,87)

Tabela št. 0.29: Stališča kategorije MS/ZT, oblikovane na podlagi težav pri izvajanju ZN pacienta OPD – vzorec MS/ZT

MS/ZT SB Izola Stopnja naklonjenosti					
Težave pri izvajanju ZN pacienta OPD	Naklonjen n	Nevtralen n	Nenaklonjen n	Skupaj n	Povprečna vrednost stališč
Ima težave	13 17,11%	16 21,05%	7 9,21%	36 47,37%	2,83
Nima težav	23 30,26%	13 17,11%	4 5,26%	40 52,63%	2,53
<b>Skupaj</b>	36 47,37%	29 38,16%	11 14,47%	76 100%	(2,67)

**Tabela št. 0.30: Stališča kategorije MS/ZT, oblikovane na podlagi pogostosti kontaktov s pacienti OPD – MS/ZT PB Idrija**

<b>MS/ZT PB Idrija</b>					
<b>Stopnja naklonjenosti</b>					
<b>Pogostost kontaktov s pacienti OPD</b>	<b>Naklonjen n</b>	<b>Nevtralen n</b>	<b>Nenaklonjen n</b>	<b>Skupaj n</b>	<b>Povprečna vrednost stališč</b>
Vsak dan	4 10,81%	3 8,11%	1 2,70%	8 21,62%	2,63
Večkrat tedensko	12 32,43%	2 5,41%	1 2,70%	15 40,54%	2,27
Nekajkrat letno	7 18,92%	4 10,81%	1 2,70%	12 32,43%	2,50
Nikoli	0 0,00%	2 5,41%	0 0,00%	2 5,41%	(3,00) ne upoštevamo
<b>Skupaj</b>	23 62,16%	11 29,73%	3 8,11%	37 100%	(2,46)

**Tabela št. 0.31: Stališča kategorije MS/ZT, oblikovane na podlagi pogostosti kontaktov s pacienti OPD – MS/ZT SB Izola**

<b>MS/ZT SB Izola</b>					
<b>Stopnja naklonjenosti</b>					
<b>Pogostost kontaktov s pacienti OPD</b>	<b>Naklonjen n</b>	<b>Nevtralen n</b>	<b>Nenaklonjen n</b>	<b>Skupaj n</b>	<b>Povprečna vrednost stališč</b>
Vsak dan	0 0,00%	1 2,56%	1 2,56%	2 5,13%	3,50
Večkrat tedensko	2 5,13%	2 5,13%	4 10,26%	8 20,51%	3,25
Nekajkrat letno	9 23,08%	15 38,46%	3 7,69%	27 69,23%	2,78
Nikoli	2 5,13%	0 0,00%	0 0,00%	2 5,13%	(2,00) ne upoštevamo
<b>Skupaj</b>	13 33,33%	18 46,15%	8 20,51%	39 100%	(2,87)

Tabela št. 0.32 Stališča kategorije MS/ZT, oblikovane na podlagi pogostost kontaktov s pacienti OPD – vzorec MS/ZT

MS/ZT vzorec Stopnja naklonjenosti					
Pogostost kontaktov s pacienti OPD	Naklonjen n	Nevtralen n	Nenaklonjen n	Skupaj n	Povprečna vrednost stališč
Vsak dan	4 5,26%	4 5,26%	2 2,63%	10 13,16%	2,80
Večkrat tedensko	14 18,42%	4 5,26%	5 6,58%	23 30,26%	2,61
Nekajkrat letno	16 21,05%	19 25,00%	4 5,26%	39 51,32%	2,69
Nikoli	2 2,63%	2 2,63%	0 0,00%	4 5,26%	(2,50) ne upoštevamo
<b>Skupaj</b>	<b>36</b> 47,37%	<b>29</b> 38,16%	<b>11</b> 14,47%	<b>76</b> 100%	<b>(2,67)</b>

Tabela št. 0.33: Stališča kategorije MS/ZT, oblikovane na podlagi zakonskega stanu – MS/ZT PB Idrija

MS/ZT PB Idrija Stopnja naklonjenosti					
Zakonski stan	Naklonjen n	Nevtralen n	Nenaklonjen n	Skupaj n	Povprečna vrednost stališč
Samski	6 16,22%	3 8,11%	0 0,00%	9 24,32%	2,33
Poročen	14 37,84%	4 10,81%	1 2,70%	19 51,35%	2,32
Razvezan	0 0,00%	0 0,00%	1 2,70%	1 2,70%	(4,00) ne upoštevamo
Vdovel	0 0,00%	1 2,70%	0 0,00%	1 2,70%	(3,00) ne upoštevamo
Ne želim odgovoriti	3 8,11%	3 8,11%	1 2,70%	7 18,92%	(2,71) ne upoštevamo
<b>Skupaj</b>	<b>23</b> 62,17%	<b>11</b> 29,73%	<b>3</b> 8,11%	<b>37</b> 100%	<b>(2,46)</b>

**Tabela št. 0.34: Stališča kategorije MS/ZT, oblikovane na podlagi zakonskega stanu – MS/ZT SB Izola**

<b>MS/ZT SB Izola</b>					
<b>Stopnja naklonjenosti</b>					
<b>Zakonski stan</b>	<b>Naklonjen n</b>	<b>Nevtralen n</b>	<b>Nenaklonjen n</b>	<b>Skupaj n</b>	<b>Povprečna vrednost stališč</b>
Samski	4 10,26%	6 15,38%	2 5,13%	12 30,77%	2,83
Poročen	6 15,38%	10 25,64%	5 12,82%	21 53,85%	2,95
Razvezan	1 2,56%	1 2,56%	1 2,56%	3 7,69%	(3,00) ne upoštevamo
Vdovel	1 2,56%	0 0,00%	0 0,00%	1 2,56%	(2,00) ne upoštevamo
Ne želim odgovoriti	1 2,56%	1 2,56%	0 0,00%	2 5,13%	(2,50) ne upoštevamo
<b>Skupaj</b>	<b>13 33,33%</b>	<b>18 46,15%</b>	<b>8 20,51%</b>	<b>39 100%</b>	<b>(2,87)</b>

**Tabela št. 0.35: Stališča kategorije MS/ZT, oblikovane na podlagi zakonskega stanu – MS/ZT raziskovalni vzorec**

<b>MS/ZT vzorec</b>					
<b>Stopnja naklonjenosti</b>					
<b>Zakonski stan</b>	<b>Naklonjen n</b>	<b>Nevtralen n</b>	<b>Nenaklonjen n</b>	<b>Skupaj n</b>	<b>Povprečna vrednost stališč</b>
Samski	10 13,16%	9 11,84%	2 2,63%	21 27,63%	2,62
Poročen	20 26,32%	14 18,42%	6 7,89%	40 52,63%	2,65
Razvezan	1 1,32%	1 1,32%	2 2,63%	4 5,26%	(3,25) ne upoštevamo
Vdovel	1 1,32%	1 1,32%	0 0,00%	2 2,63%	(2,50) ne upoštevamo
Ne želim odgovoriti	4 5,26%	4 5,26%	1 1,32%	9 11,84%	(2,67) ne upoštevamo
<b>Skupaj</b>	<b>36 47,38%</b>	<b>29 38,16%</b>	<b>11 14,47%</b>	<b>76 100%</b>	<b>(2,67)</b>

**Tabela št. 0.36: Stališča kategorije MS/ZT, oblikovane na podlagi velikosti naselja kraja bivanja – MS/ZT PB Idrija**

<b>MS/ZT PB Idrija</b>					
<b>Stopnja naklonjenosti</b>					
<b>Velikost naselja kraja bivanja</b>	<b>Naklonjen n</b>	<b>Nevtralen n</b>	<b>Nenaklonjen n</b>	<b>Skupaj n</b>	<b>Povprečna vrednost stališč</b>
Večje mesto	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	/
Manjše mesto	14 37,84%	10 27,03%	1 2,70%	25 67,57%	2,48
Vas	8 21,62%	1 2,70%	2 5,41%	11 29,73%	2,45
Ni odgovora	1 2,70%	0 0,00%	0 0,00%	1 2,70%	/
<b>Skupaj</b>	<b>23 62,16%</b>	<b>11 29,73%</b>	<b>3 8,11%</b>	<b>37 100%</b>	<b>(2,46)</b>

**Tabela št. 0.37: Stališča kategorije MS/ZT, oblikovane na podlagi velikosti naselja kraja bivanja – MS/ZT SB Izola**

<b>MS/ZT SB Izola</b>					
<b>Stopnja naklonjenosti</b>					
<b>Velikost naselja kraja bivanja</b>	<b>Naklonjen n</b>	<b>Nevtralen n</b>	<b>Nenaklonjen n</b>	<b>Skupaj n</b>	<b>Povprečna vrednost stališč</b>
Večje mesto	3 7,69%	0 0,00%	2 5,13%	5 12,82%	2,80
Manjše mesto	6 15,38%	11 28,21%	1 2,56%	18 46,15%	2,72
Vas	4 10,26%	7 17,95%	5 12,82%	16 41,03%	3,06
Ni odgovora	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	/
<b>Skupaj</b>	<b>13 33,33%</b>	<b>18 46,15%</b>	<b>8 20,51%</b>	<b>39 100%</b>	<b>(2,87)</b>

**Tabela št. 0.38: Stališča kategorije MS/ZT, oblikovane na podlagi velikosti naselja kraja bivanja – vzorec MS/ZT**

<b>MS/ZT vzorec</b>					
<b>Stopnja naklonjenosti</b>					
<b>Velikost naselja kraja bivanja</b>	<b>Naklonjen n</b>	<b>Nevtralen n</b>	<b>Nenaklonjen n</b>	<b>Skupaj n</b>	<b>Povprečna vrednost stališč</b>
Večje mesto	3 3,95%	0 0,00%	2 2,63%	5 6,58%	2,80
Manjše mesto	20 26,32%	21 27,63%	2 2,63%	43 56,58%	2,58
Vas	12 15,79%	8 10,53%	7 9,21%	27 35,53%	2,81
Ni odgovora	1 1,32%	0 0,00%	0 0,00%	1 1,32%	(2,00) ne upoštevamo
<b>Skupaj</b>	<b>36 47,37%</b>	<b>29 38,16%</b>	<b>11 14,47%</b>	<b>76 100%</b>	<b>(2,67)</b>

## Priloga št. 2

### Anketni vprašalnik

Spoštovani!

Sem Matej Satler, absolvent Visoke šole za zdravstvo Izola. Za diplomsko nalogo bom z mentorico mag. Vesno Čuk in somentorjem Brankom Bregarjem, dipl. zn. preučeval mnenja in stališča medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov do odvisnosti in oseb odvisnih od prepovedanih drog. Vljudo Vas prosimo za Vaše sodelovanje. Vprašalnik je anonimen. Sodelovanje v anketi je prostovoljno. Podatki bodo obdelani in publicirani tako, da v nobenem primeru ne bo možno ugotoviti identitete sodelujočih v anketi. Prosimo Vas, da skrbno preberete vsa vprašanja in odgovorite na vsa. Vprašalnike, prosimo, vrnite v priloženi kuverti najkasneje do \_\_\_\_\_. Za sodelovanje se Vam že vnaprej najlepše zahvaljujemo! Za vsa vprašanja in nejasnosti me lahko kontaktirate na e - mail: \_\_\_\_\_ ali na tele. št. \_\_\_\_\_

### VPRAŠALNIK

#### Navodila za izpolnjevanje vprašalnika

V nadaljevanju Vam posredujemo nekaj vprašanj in prosimo, da nanje odgovorite. Odgovarjajte tako, da izpolnite črko pred odgovorom, ki se Vam zdi najustreznejši, številko, ki po Vaši oceni najbolj ustreza dejanskemu stanju, ali odgovorite pisno. Prosimo, da ne izpustite nobenega vprašanja!

#### 1. Kako bi opredelili odvisnost? (Možen je le en odgovor.)

- a) kronična bolezen
- b) nalezljiva bolezen
- c) razvada
- d) kronična recidivantna bolezen
- e) pomanjkanje volje za zdrav način življenja

#### 2. V čem se po Vašem mnenju kažejo spremembe pri osebi, ki je zaužila prepovedane droge? (Možen je en odgovor.)

- a) v vedenju (obnašanju)
- b) v zaznavanju
- c) v doživljanju
- d) v vedenju, zaznavanju, doživljanju

#### 3. Kateri so po Vašem mnenju pozitivni učinki drog? Naštejte vsaj tri!

---

---

4. Kako bi opredelili pojave, ki jih lahko povzročijo droge ?

Trditev	Predoziranje	Toleranca	Abstinenčni sindrom	Nisem prepričan
Zmanjšanje učinka pri ponovnem zaužitju enake količine droge	1	2	3	4
Splet telesnih in duševnih znamenj, ki nastopijo, ko začne droga izginjati iz organizma	1	2	3	4
Ohromitev osnovnih funkcij organizma	1	2	3	4

5. Kakšen vpliv na centralni živčni sistem imajo po Vašem mnenju najbolj pogosto uporabljane droge ?

Trditev	Stimulansi	Depresorji	Halucinogeni	Kanabis	Nisem prepričan
Marihuana	1	2	3	4	5
Kokain	1	2	3	4	5
Ekstazi	1	2	3	4	5
Alkohol	1	2	3	4	5
Heroin	1	2	3	4	5
Nikotin	1	2	3	4	5
LSD	1	2	3	4	5
Amfetamini	1	2	3	4	5
Kofein	1	2	3	4	5

6. Ocenite škodljivost/nevarnost spodaj naštetih substanc pri redni uporabi. (Uporaba na lastno odgovornost.)

Trditev	Ni droga	Ni škodljiva	Malo škodljiva	Škodljiva	Nevarna	Smrto - nosna	Ne poznam
Nore gobice	1	2	3	4	5	6	7
Topila za inhaliranje	1	2	3	4	5	6	7
LSD	1	2	3	4	5	6	7
Heroin	1	2	3	4	5	6	7
Kofein	1	2	3	4	5	6	7
Morfin	1	2	3	4	5	6	7
Nikotin	1	2	3	4	5	6	7
Kokain	1	2	3	4	5	6	7
Alkohol	1	2	3	4	5	6	7
Marihuana	1	2	3	4	5	6	7
Ekstazi	1	2	3	4	5	6	7
Metadon	1	2	3	4	5	6	7
Buprenorfin	1	2	3	4	5	6	7
Opij	1	2	3	4	5	6	7
Benzodiazepini	1	2	3	4	5	6	7
Amfetamini	1	2	3	4	5	6	7



**7. Kam bi uvrstili programe za pomoč uporabnikom glede na pogoje vstopa? (nizkopražni: dostopni vsem; visokopražni: odločitev za abstinenco)**

<b>Trditev</b>	<b>Nizki prag</b>	<b>Visoki prag</b>	<b>Ne poznam</b>
Program celostne obravnave v bolnišnici	1	2	3
Ambulantno zdravljenje (usmerjeno v abstinenco)	1	2	3
Dnevni center v zdravstveni ustanovi (usmerjen v abstinenco)	1	2	3
Metadonski vzdrževalni program	1	2	3
Terensko delo z odvisniki	1	2	3
Skupine za samopomoč	1	2	3
Program izmenjave igel	1	2	3
Terapevtska skupnost	1	2	3
Komuna	1	2	3

**8. Kateri način injiciranja prepovedanih drog je najbolj škodljiv? (Možen je en odgovor)**

- a) injiciranje v mišico
- b) injiciranje v kožo
- c) injiciranje v veno
- d) ne vem

**9. Na katero okužbo bi pomislili, če bi se pri osebi odvisni od prepovedanih drog pojavili naslednji znaki: zlatenica, temen urin in blede – belo blato? (Možen je en odgovor.)**

- a) okužba s HIV
- b) okužba s hepatitisom C
- c) okužba s hepatitisom B
- d) ne vem

**10. S čim povezuje osebe odvisne od prepovedanih drog? (Možno je več odgovorov.)**

- a) so enaki kot drugi ljudje
- b) so drugačni
- c) so slabiči
- d) so manj vredni
- e) so neodgovorni
- f) so kriminalci
- g) so bolniki
- h) ne vem

**11. Ali bi imeli za soseda osebo odvisno od prepovedanih drog?**

- a) da
- b) ne
- c) ne vem

**12. Ali bi peljali svojega otroka k zdravniku v zdravstveni dom, kjer je metadonska ambulanta, če bi imeli drugo enakovredno možnost?**

- a) da
- b) ne
- c) ne vem

**13. Ali bi sprejeli vljudno povabilo na sok (čaj) v javnem lokalu, če bi Vas povabila oseba odvisna od prepovedanih drog? ( Pod pogojem, da bi Vam okoliščine to dopuščale.)**

- a) da
- b) ne
- c) ne vem

**14. Ali se strinjate s trditvijo: »Enkrat odvisnik – vedno odvisnik!«?**

- a) da
- b) ne
- c) ne vem

**15. Ali ste se že kdaj udeležili dodatnega izobraževanja o bolezni odvisnosti in odvisnih od prepovedanih drog?**

- a) da, enkrat
- b) da, večkrat
- c) nikoli

**16. Ali bi se udeležili dodatnega izobraževanja o bolezni odvisnosti in odvisnih od prepovedanih drog?**

- a) da
- b) ne
- c) ne vem

A) Prosimo Vas, da nam zaupate Vašo osebno izkušnjo z dovoljenimi in prepovedanimi drogami	Da, redno	Občasno	Ne	Ne želim odgovoriti
Ali kadite?	1	2	3	4
Ali uživete alkoholne pijače?	1	2	3	4
Ali uživete prepovedane droge?	1	2	3	4

B) Zanima nas, kako pogosto se na svojem delovnem mestu srečujete z osebami odvisnimi od prepovedanih drog	Vsak dan	Večkrat tedensko	Nekajkrat letno	Nikoli
Kolikokrat se na svojem delovnem mestu srečate z osebami odvisnimi od prepovedanih drog?	1	2	3	4

C) Zanimajo nas Vaše izkušnje pri izvajanju ZN. (Pojasnilo: Anketa se izvaja v dveh različnih ustanovah - na vprašanje odgovarjajo vsi.)	DA	NE
Ali Vam izvajanje ZN pri odvisnih od prepovedanih drog povzroča dodatne težave?	1	2

Če ste pri zgoraj navedenem vprašanju obkrožili št. 1, prosimo, da težave naštejete:

---



---

D) Za konec pa Vas prosimo, da navedete nekatere splošne podatke o vas, ki so potrebni za raziskavo in ne razkrivajo Vaše identitete. (Obkrožite črko pred ustreznim odgovorom oziroma vpišite podatek nad črto.)

**1. Zdravstvena ustanova:**

- a) Psihiatrična bolnišnica Idrija
- b) Splošna bolnišnica Izola

**2. Spol:**

- a) ženski
- b) moški

**4. Zakonski stan:**

- a) samski -a
- b) poročen - a
- c) razvezan - a
- d) vdovel- a
- e) Na vprašanje ne želim odgovoriti.

**3. Starost** \_\_\_\_\_ let

**5. Poklic:**

- a) srednja medicinska sestra/ zdravstveni tehnik
- b) višja medicinska sestra/višji zdravstveni tehnik
- c) diplomirana medicinska sestra/ diplomirani zdravstvenik
- d) drugo \_\_\_\_\_

**6. Delovna doba**

- a) do 10 let
- b) od 11-20 let
- c) od 21-30 let
- d) 31 in več let

**7. Kje živite:**

- a) v večjem mestu
- b) v manjšem mestu
- c) na vasi

**Za Vaše sodelovanje se iskreno zahvaljujemo!**

