

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU**

**DIPLOMSKA NALOGA**

**AMADEJA KONDA**

**Izola, 2014**

UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU

**ZDRAVSTVENA VZGOJA PRI PACIENTIH S  
SINDROMOM ODVISNOSTI OD ALKOHOLA  
HEALTH EDUCATION OF PATIENTS WITH ALCOHOL  
DEPENDENCE SYNDROME**

Študentka: AMADEJA KONDA

Mentor: Dr. VESNA ČUK, prof. zdr. vzg., višja predavateljica

Študijski program: VISOKOŠOLSKI ŠTUDIJSKI PROGRAM

Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA

Izola, 2014

## KAZALO VSEBINE

KAZALO PREGLEDNIC .....	II
POVZETEK .....	III
ABSTRACT .....	IV
1 UVOD – PREDSTAVITEV PROBLEMA .....	1
2 NAMEN IN CILJ .....	3
3 PREGLED IN ANALIZA LITERATURE .....	5
3.1 Diagnosticiranje problema z alkoholom .....	5
3.1.1 Zgodnja identifikacija (presejanje) in kratka intervencija .....	5
3.1.2 Vrste diagnostičnih testov .....	7
3.1.3 Vrste pitja .....	8
3.2 Odvisnost od alkohola .....	10
3.2.1 Posledice odvisnosti od alkohola .....	10
3.2.2 Zdravljenje odvisnosti od alkohola .....	12
3.3 Pristopi k zdravljenju .....	16
3.3.1 Motivacijski razgovor .....	16
3.3.2 Skupine za samopomoč in podporne skupine .....	17
3.3.3 Skupnostna okrepitev .....	19
3.3.4 Drugi pristopi pri obravnavi odvisnosti od alkohola .....	19
3.4 Zdravstvena vzgoja pri pacientih s sindromom odvisnosti od alkohola .....	22
3.5 Vloga medicinske sestre pri zdravljenju in zdravstveni vzgoji pri pacientih s sindromom odvisnosti od alkohola .....	23
3.5.1 Zdravstvena nega bolnika z alkoholnim bledežem .....	26
4 RAZPRAVA IN ZAKLJUČEK .....	28
5 LITERATURA .....	30
PRILOGE .....	34

## **KAZALO PREGLEDNIC**

Preglednica 1: Načrt zdravstvene nege.....	25
--	----

## **POVZETEK**

Sindrom odvisnosti od alkohola je v Sloveniji velik javno-zdravstveni problem. Posledice zlorabe alkohola so povečana umrljivost zaradi ciroze jeter, povečana kriminaliteta, prometne nesreče, kronične bolezni, poškodbe in nasilje. Poraba alkohola na prebivalca je v Sloveniji nad povprečjem v EU. Hkrati pa je sindrom odvisnosti od alkohola relativno lahko preprečiti, uspehe pa dosegamo tudi pri zdravljenju.

V uvodu naloge predstavimo problem sindroma odvisnosti od alkohola, ga umestimo v evropski in mednarodni kontekst. Namen naloge je predstaviti, kako je v programe zdravljenja odvisnosti od alkohola vključena zdravstvena vzgoja in njen potek v skupinah za samopomoč in podpornih skupinah. V pregledu in analizi literature primerjamo literaturo s področja diagnosticiranja in odkrivanja sindroma odvisnosti od alkohola ter vzorcev pitja, ki vodijo k njemu. V nadaljevanju se osredotočimo na sindrom odvisnosti od alkohola, na njegovo zdravljenje in zdravstveno vzgojo in na paciente s sindromom odvisnosti od alkohola. Pri obeh aktivnostih nas zanima tudi vloga medicinske sestre.

V zaključku ugotavljamo, da so nekateri pristopi bolj, nekateri pa manj učinkoviti, najbolj pa so učinkoviti pristopi, ki integrirajo vse: zdravljenje z zdravili, strokovno svetovanje ter pomoč podpornih skupin in družine. Ker medicinska sestra z bolnikom preživi velik del časa med zdravljenjem, ima pomembno vlogo na vsakem koraku. Za bolnike, ki trpijo za sindromom odvisnosti od alkohola, je bistveno, da vzpostavijo abstinenco in jo potem vzdržujejo do konca življenja.

**Ključne besede:** alkohol, odvisnost, samopomoč, zdravstvena vzgoja, farmakoterapija

## **ABSTRACT**

Alcohol dependency syndrome is a big public health problem in Slovenia. Consequences of alcohol abuse are increased mortality due to cirrhosis of liver, increased criminality, traffic accidents, chronic illnesses, injuries and violence. Consumption of alcohol per capita in Slovenia is above EU average. At the same time alcohol dependency syndrome is relatively simple to prevent, also treatment is successful.

In the introduction we present the problem of alcohol dependency syndrome and place it in to the EU and international context. The aim of diploma thesis is to present how health education is integrated into alcohol dependency treatment and how it functions in self-help and mutual-help groups. In overview and analysis of sources we compare sources in the field of diagnostics and detection of alcohol dependence syndrome and drinking patterns that lead to it. Afterwards we focus on alcohol dependence syndrome, its treatment and health education of patients with alcohol dependence syndrome. For both activities we are interested in role of nurse.

In conclusion we note that some approaches are more and some less efficient; the most efficient are those that integrate all of them: treatment with medications, expert advice, help of support groups and family. Due to the fact that the nurse spends a lot of time with patients, her role is important at every stage. It is important for patients with alcohol dependence syndrome to establish and then maintain the abstinence for the rest of their lives.

**Keywords:** alcohol, dependency, self-help groups, health education, pharmacotherapy

## 1 UVOD – PREDSTAVITEV PROBLEMA

International Center for Alcohol Policies (1) definira odvisnost od alkohola kot klinično stanje, jasno definirano s specifičnimi diagnostičnimi kriteriji. Skladno z Mednarodno klasifikacijo bolezni (MKB-10 F-10.2) (2) je odvisnost od alkohola skupek vedenjskih, kognitivnih in fizioloških pojavov, ki se razvijajo po ponavljajoči uporabi alkohola in vključujejo močno željo po jemanju droge, težave pri kontroliranju njene uporabe, vztrajanje pri njeni uporabi kljub škodljivim posledicam, večja prioriteta se daje uporabi droge kot drugim aktivnostim in obveznostim, povečana toleranca in včasih fizično stanje odtegnitve (3).

Albreht (4) ugotavlja, da je odvisnost od alkohola velik javno-zdravstveni problem v Sloveniji. Zorko in sodelavci (5) navajajo kot glavne razloge za to lahko dostopnost alkohola, spremenjen način življenja, globalizacijo in agresivno tržno komuniciranje prodajalcev in proizvajalcev alkoholnih pijač.

Slovenija je po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (6) statistično visoko nad povprečjem Evropske unije po porabi alkohola. V letu 2009 je poraba čistega alkohola na prebivalca starejšega od 15 let v Sloveniji znašala 11,9 litrov, povprečje v EU v istem letu pa 10,7 litrov. Posledica je naraščajoči trend umrljivosti zaradi alkoholne ciroze jeter. Razen posledic za zdravje pa uživanje alkohola povzroča tudi povečanje kriminalitete, nasilje, prometne nesreče, kronične bolezni in poškodbe (5, 7). Zdravstvena vzgoja je pomemben del vsakega celovitega pristopa k preprečevanju sindroma odvisnosti od alkohola in lahko zmanjša tveganje za opisano škodo (8, 9).

Zdravstveno vzgojo pa je treba prilagoditi posamezni populaciji; tako na primer raziskava Univerze v Stirlingu in Open University (10) kaže, da je pri mladih učinkovit marketinški pristop, s katerim se promovirajo spremembe družbenih norm v zvezi z alkoholom – da bi ta postal pri mladih manj sprejemljiv. Pri prenosu tujih praks na tem področju je potrebno biti pozoren na kulturne razlike; ni vsak pristop enako učinkovit v vsaki kulturi.

Na področju zdravstvene nege pacientov s sindromom odvisnosti od alkohola obstajajo različni pristopi. Zdravljenja imajo različne cilje, večino zdravljenj pa sestavljajo tri stopnje: detoksikacija, da se zmanjša odtegnitev, rehabilitacija in vzdrževanje. Kateri pristop in končni rezultat je najboljši za določenega posameznika, je potrebno oceniti v vsakem posameznem primeru. Pri tem je treba upoštevati tudi njihovo učinkovitost, predvsem v morebitnih kombinacijah posameznih metod (1).

Pri zdravljenju odvisnosti od alkohola ima pomembno vlogo tudi medicinska sestra. Eden najpomembnejših vidikov njenega dela je zdravstvena vzgoja, ki zaradi naraščanja števila oseb odvisnih od alkohola postaja vedno bolj zahtevna (11).



## 2 NAMEN IN CILJ

Zdravstvena vzgoja pri pacientih s sindromom odvisnosti od alkohola je pomembna zaradi negativnih posledic, ki jih ima prekomerno uživanje alkohola na posameznika in na družbo kot celoto. O izbrani temi je v slovenskem prostoru napisano malo strokovnih in znanstvenih prispevkov. Cilj diplomske naloge je pregledati obstoječo domačo in tujo strokovno literaturo, raziskave in statistične podatke. V nalogi, ki je teoretična, smo z analizo virov in v virih objavljenih raziskav skušali ugotoviti, kakšne metode zdravljenja odvisnosti od alkohola obstajajo v svetu in pri nas, kakšna je učinkovitost posameznih metod in kakšne so njihove prednosti in slabosti. Cilj naloge je z analizo virov in raziskav ugotoviti, kako je v programe zdravljenja odvisnosti od alkohola vključena zdravstvena vzgoja in ali poteka v skupinah za samopomoč in v podpornih skupinah. Zanima nas tudi učinkovitost posameznih pristopov zdravstvene vzgoje pri posameznih ciljnih skupinah. Praviloma je medicinska sestra vključena v vseh fazah zdravljenja in rehabilitacije, zato je cilj diplomske naloge tudi ugotoviti, kakšna je njena vloga in katere aktivnosti izvaja na področju promocije zdravja in zdravstvene vzgoje.

Diplomska naloga je teoretična. Z analizo literature in raziskav smo poskušali odgovoriti na naslednja raziskovalna vprašanja:

- kakšne oblike zdravstvene vzgoje pri pacientih s sindromom odvisnosti od alkohola poznamo;
- kakšna je vloga samopomoči pri pacientih s sindromom odvisnosti od alkohola;
- kakšna je vloga medicinske sestre pri zdravljenju sindroma odvisnosti od alkohola;
- kako ciljano usmeriti postopek zdravljenja sindroma odvisnosti od alkohola;
- kako je organizirana zdravstvena vzgoja pri pacientih s sindromom odvisnosti od alkohola in kako jo lahko izboljšamo.

Za zbiranje podatkov smo uporabili iskalnike Google (iskalne besede oziroma fraze v slovenskem in angleškem jeziku), Google učenjak, ScienceDirect, SAGE Publications, Wiley Online Library, JSTOR (vse iskalne besede in fraze v angleškem jeziku) in COBISS (iskalne besede oziroma fraze v slovenskem jeziku). Pri iskanju so bile v prvi fazi

uporabljene iskalne besede oziroma fraze: odvisnost, zdravljenje odvisnosti od alkohola, zdravstvena vzgoja AND alkohol, zdravstvena nega AND alkohol, odtegnitveno stanje, alkoholni delirij, vloga medicinske sestre pri zdravljenju sindroma odvisnosti od alkohola, vloga medicinske sestre pri zdravstveni negi pacienta s sindromom odvisnosti od alkohola, zdravstvena vzgoja pri pacientih s sindromom odvisnosti od alkohola. Vse iskalne besede in fraze smo iskali v slovenskem in angleškem jeziku.

Glede na širino področja, ki nas je pri raziskavi zanimalo, in ob dejstvu, da je problematika sindroma odvisnosti od alkohola dobro raziskana, nas ni presenetilo dejstvo, da smo našli veliko število zadetkov. Za ilustracijo števila zadetkov naj navedemo, da je iskalnik Google učenjak za iskalno frazo »alcohol dependence treatment« vrnil več kot 1,7 milijonov zadetkov, Wiley Online Library pa za isto poizvedbo 61495 zadetkov). Število zadetkov smo omejili tako, da smo izbrali samo članke, monografije, zbornike in druga dela, ki so bila dostopna v celoti v slovenskem ali angleškem jeziku in so v povzetku omenjali vsaj eno od naslednjih tematik:

1. zdravljenje sindroma odvisnosti od alkohola;
2. zdravstvena nega pacientov s sindromom odvisnosti od alkohola;
3. zdravstvena vzgoja na področju zlorabe alkohola;
4. vloga medicinske sestre v povezavi s prejšnjimi točkami;

Na ta način smo našli 97 del v angleškem jeziku, od tega 86 člankov in 11 drugih del (monografije, priročniki itd.). V slovenskem jeziku smo našli nekoliko manj del; našli smo 23 člankov in 7 drugih del (zborniki, monografije itd.), skupaj torej 30 del.

V naslednjih fazah raziskave je bilo iskanje usmerjeno v posamezna področja. Iskali smo vrste zdravljenj oziroma terapij (farmakoterapija, averzivna terapija ipd.), zdravila za vzpostavitev in vzdrževanje abstinence po imenih (Baklofen, Disulfiram itd.), diagnostične kriterije in diagnostične teste (AUDIT, CAGE).

### **3 PREGLED IN ANALIZA LITERATURE**

Problematika prekomernega pitja alkohola se pojavlja vse od iznajdbe alkoholnih pijač. Ni popolnoma jasno, kdaj so se le-te pojavile, verjetno že okoli 10.000 let pred našim štetjem v neolitiku; vino in pivo pa so za medicinske namene uporabljali od okoli 2000 let pred našim štetjem (12, 13).

Že najzgodnejši zapisi, ki omenjajo alkoholne pijače, opozarjajo na zmernost pitja (13). Očitno so se njihovi avtorji zavedali negativnih posledic prekomernega uživanja alkohola.

#### **3.1 Diagnosticiranje problema z alkoholom**

Da se s problemom, ki ga povzroča alkohol, lahko spoprimemo, ga pa je treba najprej spoznati in kategorizirati. Različne stopnje problema zahtevajo različne pristope k zdravljenju.

##### **3.1.1 Zgodnja identifikacija (presejanje) in kratka intervencija**

Metoda zgodnjega odkrivanja (presejanja) in kratke intervencije poudarja, da posamezniki lahko spremenijo svoje problematične vzorce uživanja alkohola. Pristop zagovarja, da se posamezniki lahko naučijo odgovorno piti, še posebej, če so diagnosticirani zgodaj in problemi še niso postali resni. Kratke intervencije so bile testirane v vseh kulturah in bilo je ugotovljeno, da so zelo učinkovite pri zmanjševanju problematičnega uživanja alkohola (1). Kratke intervencije so bile uspešno uporabljene tudi pri zdravljenju različnih populacij, vključno z mladimi s problematičnimi vzorci pitja. Še ena prednost tega pristopa je, da ga je mogoče hitro in učinkovito predpisati in se zato lahko izvaja v okoljih, kjer je sredstev malo (1, 14, 15).

Čeprav je terapevtski pristop preprost in kratek, je zelo učinkovit ter ne zahteva posebnega izobraževanja. Samo odkrivanje ljudi, ki imajo težave zaradi pitja alkoholnih pijač, vzame

zdravniku dve do štiri minute časa. Od tako odkritih ljudi bo le 5 do 20 % ljudi potrebovalo nadaljnji pristop s kratkimi intervencijami, ki zahtevajo za večino pacientov pet minut dodatnega zdravnikovega časa. Kratke intervencije so namenjene predvsem ljudem, ki so v skupini povečanega tveganja za razvoj težav, povezanih z uživanjem alkoholnih pijač, in tistim, ki alkoholne pijače uživajo na škodljiv način. Ljudi s povečanim tveganjem za razvoj težav, povezanih z uživanjem alkohola, je v splošni populaciji med 15 in 40 % (14).

Kratke intervencije dokazano znižujejo skupno porabo alkohola v določeni regiji, spremenijo škodljive vzorce pitja, preprečujejo nadaljnje probleme, ki so posledica uživanja alkoholnih pijač, izboljšajo zdravje in znižajo stroške zdravljenja. Pogosto so enako učinkovite kot globlji in intenzivnejši terapevtski pristopi (14).

Obe skupini ljudi, tisti, ki so v skupini povečanega tveganja za razvoj težav, povezanih z uživanjem alkoholnih pijač, in tisti, ki so v skupini, ki uživa alkoholne pijače na škodljiv način, se zelo dobro odzivata na priporočila s strani osebnega zdravnika in praviloma cenita, da zdravnik kaže zanimanje za njihov odnos do uživanja alkoholnih pijač in duševnega zdravja (14).

Vsi pa ne delijo mnenja o učinkovitosti oziroma o stroškovni upravičenosti presejanja in kratkih ukrepov. Na uporabnost kratkih ukrepov obstajata dva pogleda. Po mnenju prvih bi se morala uporaba kratkih ukrepov čim bolj uveljaviti, po mnenju drugih pa kratki ukrepi kljub svoji učinkovitosti niso primerni za vsakdanje delo v osnovnem zdravstvenem varstvu. Tako mislijo predvsem zdravniki družinske medicine (16) in na to kaže dejstvo, da se kratki ukrepi na primarni in specialistični ravni, kljub številnim poskusom, še niso uveljavili v večjem obsegu. Za eno izboljšanje v presejanje bi morali zajeti približno 300 pacientov (17), kar pomeni za zdravnike družinske medicine veliko izguba časa in denarja (16). Po drugi strani pa nekatere raziskave kažejo, da so kratki ukrepi stroškovno učinkoviti in da nam prihranijo 4–5 krat več denarja, kot ga zanje potrošimo (16).

### 3.1.2 Vrste diagnostičnih testov

Pri presejanju se uporabljajo standardni vprašalniki, kot sta vprašalnik CAGE (CAGE je kratica sestavljena iz črk glavnih besed angleških vprašanj testa: Cut, Annoyed, Guilty in Eye-opener) in vprašalnik za identifikacijo motenj uporabe alkohola (Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT), ki jih bomo na kratko predstavili v nadaljevanju, vprašalnika pa smo tudi dodali v priloge tega diplomskega dela.

Vprašalnik CAGE je razvil dr. John Ewing, in je mednarodno uporabljeni ocenjevalni instrument za prepoznavo oseb, odvisnih od alkohola. Še posebej je priljubljen v zdravstveni negi na primarni zdravstveni ravni. Vprašalnik je bil preveden v več jezikov. Vprašanja se lahko postavijo v kliničnem okolju ob uporabi neformalnih izrazov. Pokazalo se je, da je najbolj uporaben, ko se uporabi kot del splošne anamneze. Preden izvedemo vprašalnik, pacientu ne bi smeli postaviti drugih vprašanj o količini oziroma pogostosti pitja alkohola (18).

Vprašalnik CAGE (priloga 3) se točkuje z eno točko za vsako vprašanje, na katero pacient odgovori pozitivno. Dve točki (od štirih) že pomenita klinično pomemben rezultat (15, 18). Ker pa pacienti povedo po navadi manj, kot v resnici popijejo, lahko zdravnik med rizične pive definira tiste, ki imajo vsaj en pozitiven odgovor (15).

Vprašalnik AUDIT kot diagnostični pripomoček priporoča Svetovna zdravstvena organizacija (14). Razvit je bil v osemdesetih letih prejšnjega stoletja; Svetovna zdravstvena organizacija je za uporabo testa razvila tudi priročnik (19). Obstaja več različic vprašalnika, celotni vprašalnik in skrajšana različica. Celotni AUDIT (priloga 1) je v obliki vprašalnika, ki ga pacienti izpolnjujejo sami. Tak vprašalnik naj bi bil sestavni del zdravstvenega kartona vsakega pacienta v osnovnem zdravstvu (14). Skrajšana verzija AUDIT-3 (priloga 2) pa je namenjena zdravnikom, ki želijo hitro ugotoviti, ali morda njihov pacient uživa alkoholne pijače na tvegan način. Izpolnjeni test AUDIT se mora najprej ovrednotiti in glede na seštevek točk se odločamo za nadaljnje korake. Če je ta od 0 do 7, zadošča izobraževanje o možnih škodljivih posledicah pitja alkoholnih pijač, če je med 8 in 15, zadošča preprost nasvet, če je med 16 in 19 je nasvetu potrebno dodati kratke

intervencije in terapevtsko spremljanje, če pa med 20 in 40, pa je bolnika potrebno usmeriti k specialistu za nadaljnjo diagnostično vrednotenje in terapijo (14).

Vprašalnik AUDIT je bil uporabljen pri raziskavi (20) rabe alkohola med študenti zdravstvene nege. Avtorica raziskave ugotavlja, da je vprašalnik primeren za tovrstno raziskavo, rezultati pa kažejo, da tvegano pije večji delež moških. Podoben je rezultat tudi pri rezultatih, ki kažejo na zasvojenost – tudi v tem delu prednjačijo moški. Zanimive pa so manjše razlike pri populaciji izrednih študentov. Iz rezultatov je razviden vzorec pitja, ki kaže na »binge drinking« oziroma na vzorec pitja, pri katerem oseba popije večjo količino alkoholnih pijač v kratkem obdobju.

Vprašalnika CAGE in AUDIT sta različna in sta oblikovana tako, da identificirata različne populacije. AUDIT ne zazna le škodljivih pivcev, pač pa tudi tvegane pivce. Pri uporabi vprašalnika AUDIT lahko torej pričakujemo več pozitivnih rezultatov. V raziskavi (21) je AUDIT pri sodelujočih pacientih pokazal pozitiven rezultat v 36 %, med tem ko je pri isti populaciji vprašalnik CAGE identificiral le 22 % sodelujočih.

V uporabi so še številni drugi vprašalniki, ki so prav tako namenjeni bolnikom za samovrednotenje. Nekateri so sestavljeni tako, da bolniku pomagajo širše razumeti lastno odvisnost, njeno globino in posledice (15).

### **3.1.3 Vrste pitja**

Pitje alkohola lahko glede na posledice razdelimo na tri stopnje. Židanik (12) razdeli stopnje na prvo, najmanj škodljivo, to je preudarno pitje, drugo – škodljivo pitje in tretjo – najbolj škodljivo – odvisnost.

Druga literatura stopnje poimenuje nekoliko drugače. Npr. Mednarodni center za alkoholno politiko (1) prvo stopnjo poimenuje »tvegano pitje« (ustreza škodljivemu pitju), še nekoliko drugače pa National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), ki razvršča čezmerne pivce v rizične, problematične in odvisne. MKB-10-AM (2) pod F10.1 uvršča škodljivo pitje alkohola, ki ustreza problematičnemu pitju, pod F10.2 pa odvisnost

od alkohola (15). Podobno tudi Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj (DSM-IV-TR) (22) določa diagnostične kriterije za dve stopnji: zloraba alkohola in odvisnost od alkohola.

Pitje lahko razdelimo tudi glede na vzorec uživanja alkohola. NIAAA (23) ga deli na popivanje (»binge drinking«), prekomerno pitje in pitje z nizkim tveganjem za razvoj motenj uporabe alkohola. Stopnja se določi glede na količino alkohola, ki jo je pacient zaužil v določenem časovnem okviru.

Povzamemo lahko, da v glavnem obstajajo tri stopnje, razvrščene glede na tveganost pitja oziroma glede na posledice, ki jih vzorec pitja prinaša.

Glede na rezultate, ki jih kažejo vprašalniki oziroma na diagnostične kriterije, ločimo paciente na več tipov pivcev.

Prva skupina so abstinenti in preudarni pivci. Abstinent ne pije alkohola, med tem ko preudarni pivec lahko sam nadzira čas in kraj pitja, vrsto alkoholne pijače in količino. S svojim pitjem ne ogroža sebe ali okolice (npr. z vožnjo). Takšne osebe ne spijejo več kot 3 meric alkohola na dan in ne več kot 7 meric na teden (ženske) oziroma ne več kot 4 na dan in 8 na teden (moški) (12, 23).

Tvegano (rizično, prekomerno) pitje alkohola pomeni, da oseba pije alkohol na način, ki prinaša večje tveganje za nastanek škodljivih posledic, ne moremo pa jih še ugotoviti. Za moške je rizična količina alkohola več kot 14 meric tedensko oz. več kot 4 merice ob eni priložnosti. Ženske pijejo rizično, če tedensko spijejo več kot 7 meric in ob eni priložnosti več kot 3 merice alkohola (15, 23). Pri uporabi testa AUDIT bi take osebe, kjer obstaja veliko tveganje za nastanek medicinskih in socialnih posledic zaradi pitja alkohola, dosegle 8 ali več točk (15). Prekomerni pivci spadajo v skupino ljudi s povečanim tveganjem za razvoj odvisnosti od alkohola (12). Za škodljivo štejemo uporabo alkohola, ko je izpolnjen eden izmed naslednjih dejavnikov:

- Ponavljajoče pitje onemogoča uspešno opravljanje nalog na delovnem mestu, v šoli ali doma – od neupravičenih izostankov do slabo opravljenega dela.

- Posameznik pije v okoliščinah, ki so nevarne za zdravje, kot npr. vožnja avtomobila v vinjenem stanju.
- Ponavljajoče se pravne posledice, npr. kaljenje nočnega miru.
- Ponavljajoče se pitje kljub težavam v medosebnih odnosih, ki jih povzroča ali pogloblja ravno pitje alkoholnih pijač (12).

Gre za škodljiv način pitja. Ti ljudje imajo zaradi svojih pivskih navad težave v medosebnih odnosih ali s svojim zdravjem. Včasih že pri škodljivem pitju alkoholnih pijač prihaja do pitja na skrivaj in občutka krivde. Vedno več razmišljajo o alkoholu in se izmikajo pogovoru o njem. Toleranca ali prenašanje količine zaužitega alkohola pri tem načinu pitja narašča (12).

Odvisnost od alkohola je skladno z Mednarodno klasifikacijo bolezni (MKB-10-AM) (2) skupek vedenjskih, kognitivnih in fizioloških pojavov, ki se razvijejo po ponavljajoči uporabi alkohola in vključujejo močno željo po jemanju droge, težave pri kontroliranju njene uporabe, vztrajanje pri njeni uporabi kljub škodljivim posledicam, večja prioriteta se daje uporabi droge (alkohola) kot drugim aktivnostim in obveznostim, povečana toleranca in včasih fizično stanje odtegnitve (1, 3).

## **3.2 Odvisnost od alkohola**

Židanik (12) definira odvisnost od alkohola kot bolezensko stanje, ko oseba zaradi dolgotrajnega in čezmernega pitja postane psihično ali/in telesno odvisna od alkohola. Odvisnost se kaže v značilnem vedenju in razmišljanju, v močni želji po uživanju alkohola in vztrajanju pri pitju kljub škodljivim posledicam v medosebnih odnosih in telesnih boleznih.

### **3.2.1 Posledice odvisnosti od alkohola**

Posledice pitja se kažejo v družini, na delovnem mestu in v širši okolici, odvisni vedno več časa posveča uživanju in nabavljanju alkoholnih pijač na račun drugih obveznosti in



dejavnosti. Telesna odvisnost je povezana s prilagoditvijo telesa na stalno prisotnost alkohola v krvi in se kaže s telesnimi in duševnimi motnjami (abstinenčnimi znaki) v primeru, ko bolnik do alkoholnih pijač ne more priti. Ker je slika odvisnosti od alkohola pri vsakem človeku drugačna – pri nekom so bolj izraženi nekateri bolezenski znaki, pri drugem spet drugi, govorimo o sindromu odvisnosti od alkohola, kar pomeni, da gre za skupek različnih bolezenskih znakov, od katerih so lahko pri enem bolniku močnejše izraženi eni, pri drugem pa drugi znaki. DSM-IV-TR in ostali viri, ki črpajo iz tega standarda (22, 1, 12), navajajo naslednje diagnostične kriterije za ugotavljanje odvisnosti od alkohola; potrebna je prisotnost vsaj treh od sledečih sedmih znakov bolezni:

- Razvije se toleranca, kar pomeni potrebo po vedno večji količini alkoholnih pijač, da se doseže isti učinek.
- Če oseba odvisna od alkohola, preneha uživati alkohol, se razvijejo abstinenčni znaki. Ti znaki tudi takoj izzvenijo, ko posameznik s pitjem nadaljuje.
- Oseba, odvisna od alkohola, alkoholne pijače uživa v večjih količinah in dlje časa, kot je nameravala.
- Oseba, odvisna od alkohola, ima željo, da bi prekinila ali vsaj zmanjšala pitje in/ali neuspele poskuse, da bi to dosegla.
- Oseba, odvisna od alkohola, porabi vedno več časa, da pride do alkohola, ga pije in da potem spet prihaja k sebi.
- Zaradi uživanja alkohola opušča družbene, delovne in družabne aktivnosti.
- S pitjem oseba, odvisna od alkohola, nadaljuje, čeprav ve, da so pri njem prisotne telesne okvare zaradi pitja.

Podobne znake opisuje tudi Boben Bardutzky (24); navaja, da so znaki odvisnosti: pitje vedno večjih količin in dlje časa, kot je bil namen; ker je telo navajeno na alkohol, je počutje slabo, kadar njegova koncentracija v krvi pada; za enak učinek je potrebno spiti večjo količino alkoholne pijače; pitje, kljub zavedanju, da škodi.

Novejši standard, DSM-5 (26) navaja, da morata biti prisotna vsaj dva znaka izmed naslednjih:

1. Alkohol se uživa v večjih količinah in v daljšem obdobju kot je bilo predvideno.

2. Obstojna želja ali neuspešni poskusi, da bi se zmanjšalo ali kontroliralo uporabo alkohola.
3. Velik del časa je namenjen aktivnostim potrebnim za pridobitev alkohola, uporabo alkohola ali, da si oseba opomore od uporabe alkohola.
4. Hrepenenje ali močna želja po uporabi alkohola.
5. Ponavljajoča uporaba alkohola, ki povzroči, da oseba ne more izpolniti pomembnih delovnih obveznosti v službi, šoli ali doma.
6. Nadaljnja uporaba alkohola kljub ponavljajočim družbenim in medosebnim problemom, ki jih povzročijo ali poslabšajo učinki alkohola.
7. Pomembne družabne, službene ali rekreativne aktivnosti prenehajo ali se zmanjšajo zaradi uporabe alkohola.
8. Ponavljajoča uporaba alkohola v situacijah, ko je to fizično nevarno.
9. Uporaba alkohola se nadaljuje kljub vedenju, da so stalne ali ponavljajoče fizične ali psihološke težave, ki jih oseba ima, povezane z uporabo alkohola.
10. Toleranca, ki jo definira ena izmed naslednjih možnosti:
  - a. Potreba po občutno povečani količini alkohola, da se doseže intoksikacija ali želeni učinek.
  - b. Občutno zmanjšan učinek ob nadaljnji uporabi enake količine alkohola.
11. Odtegnitev, kot se pokaže z enim od naslednjih:
  - a. Značilni sindrom odtegnitve za alkohol.
  - b. Za olajšanje ali v izogib simptomom odtegnitve oseba zaužije alkohol (ali podobno substanco, npr. benzodiazepin).

### **3.2.2 Zdravljenje odvisnosti od alkohola**

Glede na ugotovljeno stopnjo pacientovega problema z alkoholom bo potrebno določiti tudi primerno obravnavo pacienta. Obstajajo različni pristopi k zdravljenju odvisnosti. Glede na resnost problema jih lahko razdelimo v dve večji skupini (1):

- 1) pristopi k zdravljenju, ki so usmerjeni v posameznika, odvisnega od alkohola in posameznike z resnim problemom s pitjem in
- 2) pristope, ki so usmerjeni v tiste, ki še niso odvisni, pa za njih obstaja visoko tveganje. Odločitev, kateri pristop je primeren, je odvisna v velikem delu od

resnosti problema, s katerim se soočamo. Nekateri posamezniki za reševanje težave, ki se začne pojavljati, potrebujejo zgolj manjše vedenjske spremembe. Za tiste, katerih vzorci pitja se izražajo v bolj resnih in so ustvarili negativne posledice, je morda potrebna bolj intenzivna sekundarna in terciarna preventiva.

Vsak od pristopov je primeren za nekatere posameznike in manj za nekatere druge. Med pristopi so vedenjske spremembe, podporne skupine kakor tudi farmakološka obravnava. Nekatera zdravljenja imajo kot cilj abstinenco od alkohola, druge poskušajo zamenjati vzorec pitja s takšnim, ki je zmeren in kompatibilen z zdravim in uravnoveženim življenjskim slogom. Ne glede na končni cilj večino zdravljenj sestavljajo tri stopnje (1, 24):

1. detoksikacija, da se zmanjša odtegnitev (pripravljalna faza),
2. rehabilitacija (intenzivna) in
3. vzdrževanje (vzdrževanje abstinence, obravnava oziroma preprečevanje recidiva).

Učinkovitost različnih pristopov zdravljenja je bila ocenjena pri populacijah posameznikov, pri katerih se pojavlja škodljivo pitje in tistih s sindromom odvisnosti od alkohola. Najbolj uspešni so pristopi, ki vključujejo kratek poseg in motivacijske izboljšave, ki jim sledi farmakoterapija in spretnostna terapija (pri tej terapiji pacienta opremimo z znanji in spretnostmi, da se bo izognil recidivu). Pristopi različnih skupin za samopomoč in podpornih skupin so, kljub njihovi popularnosti, manj učinkoviti in po nekaterih raziskavah nič bolj učinkoviti kot brez zdravljenja. Pristopi s svetovanjem so pokazali, da so najmanj učinkovito sredstvo za zdravljenje (1). Podobno je pokazala tudi raziskava (26), kjer so raziskovalci v COMBINE študiji ugotovili, da so pacienti, ki so dobili naltrexon, specializirano svetovanje o alkoholu ali oboje, pokazali najboljše rezultate po 16 tednih ambulantnega zdravljenja. Vsi pacienti so prejeli tudi zdravstveno vodenje, ki je bilo sestavljeno iz 9 kratkih ambulantnih srečanj z zdravstvenim strokovnjakom. Rezultati takšnega pristopa so bili boljši kot zdravljenje z akamprostatom ali kot zdravljenje z naltrexonom, ki se mu dodaja akamprostat.

Pri zdravljenju odvisnosti od alkohola je potrebno tudi upoštevati, da prekomerno uživanje alkohola prinaša še druge negativne posledice za zdravje, ki jih je pri pacientu potrebno

zdraviti – npr. psihične motnje in obolenja jeter (ciroza). Posledično bi bila idealna oblika zdravljenja tista, ki bi dosegla dolgoročno popolno abstinenco od alkohola in preprečila ponovitev (27).

V procesu zdravljenja skušamo odvisnega od alkohola motivirati za čim večjo osebno odgovornost za zdravljenje in s tem za sprejemanje takšnih življenjskih odločitev, ki bodo omogočile uspešno zdravljenje. Proces razvoja motivacije za zdravljenje lahko razdelimo na več faz glede na bolnikov odnos do lastne odvisnosti.

Sprva bolniki ne razmišljajo o spremembi in se upirajo poskusom pomoči (12). Le malo, okoli 15–25 % bolnikov samih poišče pomoč (28, 29). Odvisni od alkohola začne resno razmišljati o spremembi, če pride do dovolj velikega občutja neugodja zaradi dogajanja v okolici ali zaradi lastnega razmišljanja (12). Pomoči ne poiščejo zaradi stigme v družbi in ker menijo, da njihov problem ni tako resen, da bi potrebovali pomoč (28).

Sledijo faze, ko se bolnik odpre in postane dostopen za zdravljenje. Sledi ali odločitev za poskus spremembe (na primer za zdravljenje) ali pa odločitev za vrnitev v fazo, ko je za spremembe nedostopen. Če se odloči za zdravljenje, poskusi vstopiti v fazo vzdrževanja abstinence (12).

Raziskave kažejo, da le petini bolnikov uspe že prvič po odločitvi za zdravljenje priti do končne faze – vzdrževanja abstinence. Drugi morajo skozi te faze večkrat, kar kaže na kroničnost bolezni z vmesnimi izboljšanimi telesnega in psihičnega zdravja ter recidive (12).

Zdravljenje poteka v treh stopnjah:

- Pripravljalna stopnja (začetek zdravljenja (30))

Zdravljenje se začne s tem, ko pacient poišče pomoč, ne glede na to, ali je prišel prostovoljno ali pa so ga v to prisilile okoliščine (30). Prve preglede opravi specialist psihiater, ki ugotovi, ali gre pri bolniku za odvisnost ali ne, ga seznanjajo z morebitnimi telesnimi posledicami pitja in mu pomaga spoznati tudi psihične in vedenjske posledice odvisnosti. Poleg tega mu predstavi možnosti za vključitev v različne programe zdravljenja

in ga motivira, da se za zdravljenje odloči. Včasih pri visoko motiviranih posameznikih zadošča že ta pogovor, da začnejo abstimirati sami in abstimirajo dolgo brez zdravljenja. Drugi lahko sprejmejo odločitev za zdravljenje in temu sledi naslednji korak, to je vzpostavitev treznosti oziroma abstinence od alkohola. Šele ko odvisni vzpostavi abstinenco, lahko začnemo s pravim zdravljenjem odvisnosti (12). V tej stopnji je najnevarnejša ambivalenca pacienta in zanikanje (30).

- Intenzivno zdravljenje (zgodnja abstinenca (30))

To obdobje zdravljenja je najtežje. Pacient se sooča z odtegnitvenimi simptomi, fizičnim hrepenenjem, psihološko odvisnostjo in sprožilci, ki ga lahko privedejo do recidiva (30). Intenzivno zdravljenje poteka na psihiatričnih oddelkih ali ambulantno. Zdravljenje na psihiatričnih oddelkih je bolj intenzivno – tako se program, ki traja na oddelku približno tri mesece, v sklopu ambulantne obravnave konča približno v dveh letih. Na nekaterih oddelkih je proces zdravljenja zastavljen tako, da je možno zdravljenje na oddelku nadaljevati v dnevni bolnici ali ambulantni skupini. Intenzivno zdravljenje poteka pretežno v obliki skupinske psihoterapije (12).

- Rehabilitacija (vzdrževanje abstinence, obravnava oz. preprečevanje recidiva)

Po približno 90 dneh (30) se pacient vključi v tretjo stopnjo zdravljenja. Tretja stopnja pomeni vključitev v klube zdravljenih alkoholikov (KZA), klube anonimnih alkoholikov (AA) ali v druge skupine, v katerih se z namenom medsebojne pomoči zbirajo ljudje, ki so bili odvisni od alkohola. V KZA se zdravljenje nadaljuje tri do pet let, v klubih AA se spodbuja doživljenjsko sodelovanje, v drugih skupinah je trajanje vezano na njihove programe. Namen delovanja teh skupin je vzdrževanje motivacije za abstinenco, preprečevanje recidivov in medsebojna pomoč članov (12). Na tej stopnji se pacient nauči prepoznati opozorilne znake in korake, ki ga lahko pripeljejo v recidiv (30).

V zdravljenje odvisnosti od alkohola posredno in neposredno vključujemo vse družinske člane in tudi njih obravnavamo kot bolnike, ki potrebujejo zdravljenje. Bolezen odvisnosti namreč s svojimi posledicami zajame celo družino in ruši medsebojne odnose. V proces zdravljenja povabimo partnerja, ki se skupaj z odvisnikom od alkohola vključi v obravnavo. Tako so svojci zaželeni sogovorniki že v pripravljalni fazi (12).

Ta faza se začne po približno treh mesecih v programu in se uspešno konča po približno petih letih vzdrževanja abstinence, ko se zaključi tudi svetovanje (30).

### **3.3 Pristopi k zdravljenju**

Za posameznike, ki jim je diagnosticirana odvisnost od alkohola, je lahko primerno zdravljenje, ki ima različne oblike. Treba je pazljivo premisliti, kateri pristop je najbolj primeren, kateri bo prinesel želene rezultate in je najbolj kompatibilen s posamezno kulturo. Učinkovitost različnih pristopov k zdravljenju se vrti okoli kulturnih razmer, v katerih so uporabljeni, in okoli pogledov družbe na odvisnost in prioritete. V splošnem: zdravljenje se aplicira z namenom, da bo lahko posameznik nadaljeval z normalnim funkcioniranjem (1).

#### **3.3.1 Motivacijski razgovor**

Motivacijski postopki so pomemben del obravnave pacienta v celotnem obdobju njegovega zdravljenja. Gre za obliko zdravstvene vzgoje. Že pred začetkom zdravljenja posamezniki s problematičnimi vzorci pitja prepoznajo negativne vidike svojega vedenja, vendar potrebujejo pomoč pri odločitvi za spremembo. To se doseže s pomočjo motivacijskih tehnik za spodbujanje bolnika, da določi realistične in dosegljive cilje, s pomočjo pozitivne povratne informacije za spodbujanje in ohranjanje napredka in sprememb (1).

Pristop je lahko usmerjen tudi v pivce, ki imajo težave, ne pa hude odvisnosti; njegov končni cilj je v tem primeru spremenjen vzorec pitja in ne nujno abstinence (1).

Boben Bardutzky (24) motivacijske postopke deli na pet oziroma šest stopenj:

1. prekontemplacija (ljudje še ne razmišljajo o spremembah);
2. kontemplacija (razmišljajo o spremembah, a so ambivalentni);
3. priprava (gre za odločitev za spremembo, načrtovanje novih vedenj);
4. akcija (dejansko začnejo spreminjati vedenje);

5. vzdrževanje (ali stopnja trajnih sprememb);
6. (recidiv).

V bistvu gre za proces spreminjanja, ki sta ga v 80. letih 20. stoletja razvila Prochaska in DiClemente (31). Izvajalec zdravstvenovzgojne delavnice oziroma individualnega svetovanja posamezniku pomaga pri doseganju (bolj) zdravega življenjskega sloga in opuščanju zdravstveno tveganih vedenj na ta način, da ga vodi skozi različne stopnje spreminjanja (Slapšak in sodelavci navajajo nekoliko drugačno poimenovanje korakov: 1. ni zanimanja za spremembo »tveganega« življenjskega sloga; 2. razmišljanje o spremembi; 3. priprava na spremembo; 4. izvajanje spremembe; 5. vztrajanje pri spremembi; 6. ponovitev). Posamezniki se pomikajo naprej in nazaj v krogu spreminjanja in se zadržujejo na vsaki stopnji različno. Običajno gredo tisti ljudje, ki se uspešno spremenijo, skozi vse stopnje (32).

### **3.3.2 Skupine za samopomoč in podporne skupine**

V drugi stopnji zdravljenja – vzdrževanju abstinence so pogosta oblika pomoči skupine za samopomoč in podporne skupine. Te si prizadevajo za abstinenco od alkohola. Vključujejo anonimne alkoholike (AA), ki so nastali v Združenih državah; pri teh se posameznik prepusti »višji sili« v procesu »ozdravitve«. Člani AA se vsak dan na novo odločijo, da ne bodo pili. Obstajajo še druge podobne skupine s spremembami, ki so primerne za druge kulture. Te vključujejo gibanje Links na Švedskem, Croix Bleu in druge. Prevladujoči pristop v nekaterih državah južne in srednje Evrope, na primer v Italiji in na Hrvaškem, se opira na društva za alkoholike na zdravljenju. Za razliko od AA so ti pogosto vključeni v sistem storitev socialnega zdravstva in se močno zanašajo na družino kot sestavni del skupin za samopomoč. Skupine za samo- in vzajemno pomoč obstajajo tako kot stanovanjski in nestanovanjski programi (1).

Dokazi podpirajo 90-dnevni rehabilitacijski model, ki je bil vpeljan v AA, je pa tudi največkrat odmerjen čas za programe zdravljenja odvisnosti. Pokazalo se je, da je to ravno toliko, koliko potrebujejo možgani, da se »resetirajo« in znebijo neposrednega vpliva droge (24).

V nadaljevanju podajamo opis nekaterih programov, ki obstajajo v Sloveniji.

Društvo anonimnih alkoholikov Slovenije deluje kot Skupnost za samopomoč po programu »12 korakov in 12 izročil anonimnih alkoholikov«. Pomembna je anonimnost članov – ne vodijo evidenc, nimajo terapevtov, ni članarine. Poglavitni namen AA je prenesti sporočilo okrevanja alkoholiku, ki išče pomoč. Skupaj lahko naredijo tisto, česar nihče med nami ni sposoben doseči sam. Služijo kot vir osebne izkušnje in so lahko rastoči podporni sistem za okrevajoče alkoholike (33). Anonimni alkoholiki so skupnost moških in žensk, ki si delijo izkušnje, moč in upanje, tako da bi rešili svoj skupni problem in pomagali drugim, da bi ozdravili sindrom odvisnosti od alkohola. Edini pogoj za pripadnost skupnosti je želja, da bi nehali piti. Društvo se vzdržuje s prostovoljnimi prispevki, srečanja pa pripravljajo enkrat tedensko v trajanju dveh ur (33). Skupine AA imajo srečanja v Ljubljani, Bertokih, Celju, Črnomlju, Domžalah, Ivančni Gorici, na Jesenicah, v Kamniku, Kopru, Kranju, Lenartu, Logatcu, Luciju in Portorožu, Mariboru, Mozirju, Murski Soboti, Novi Gorici, Novem mestu, Postojni, Sevnici, Sežani, Slovenj Gradcu, Slovenskih Konjicah, Trbovljah, Velenju, Vojniku, Vrhniki in v Žalcu (33).

Al-Anon je skupnost svojcev in prijateljev alkoholikov, ki imajo občutek, da je bilo njihovo življenje prizadeto zaradi pitja nekoga drugega. Program je namenjen za samopomoč pri okrevanju in je osnovan na dvanajstih korakih anonimnih alkoholikov (AA). V neprofesionalni skupnosti člani delijo svoje izkušnje, moč in upanje, da bi rešili probleme, ki so jim skupni. Vsebuje anonimni program, ki varuje identiteto vseh članov Al-Anona in AA-ja ter duhovni program, ki je združljiv z vsemi verskimi prepričanji ali z nobenim. Program je namenjen pomagati družinam in prijateljem alkoholikov, ne glede na to ali alkoholik že pije ali ne ter je združljiv s strokovnimi obravnavami. Program je brezplačen in ga vzdržujejo sami s svojimi prostovoljnimi prispevki (33).

Ker posledice sindroma odvisnosti od alkohola vplivajo tudi na družino pacienta, je treba poskrbeti tudi za družinske člane. Program Alateen je del Al-Anona in je namenjen najstnikom, ki jih je prizadelo pitje svojca ali prijatelja (33).



### 3.3.3 Skupnostna okrepitev

Pristop skupnostne okrepitve je pristop k zdravljenju sindroma odvisnosti od alkohola, katerega cilj je vzpostaviti abstinenco s tem, da odstrani pozitivno vzpodbujanje k pitju in izboljša pozitivno vzpodbujanje za treznost (34). Ta pristop vključuje vedenjske tehnike, izdelane za podporo posamezniku pri premagovanju odvisnosti. Na splošno je najbolj primeren za tiste, ki so od alkohola odvisni ali imajo resne težave. Pristop pacienta nauči identificirati visoko tvegane situacije, ki spodbujajo in prispevajo k problematičnemu pitju posameznika in opremijo bolnika s spretnostmi, namenjenimi reševanju problemov in izogibanju takim situacijam. Spretnosti vključujejo poklicno usposabljanje, rekreativne dejavnosti, zakonsko svetovanje in izogibanje situacij, kjer je tveganje za pitje in pijanost visoka. Bolnik se nauči tudi spretnosti za preprečitev ponovitve (1).

Ta pristop je med najbolj uspešnimi, vendar kljub temu med praktiki ni zelo znan (34). Filozofija tega pristopa je preprosta – da bi premagali zasvojenost z alkoholom, je potrebno preurediti pacientovo življenje tako, da bo abstinenca bolj zadovoljiva kot pitje (34).

### 3.3.4 Drugi pristopi pri obravnavi odvisnosti od alkohola

Psihoterapija se uporablja kot pristop za splošne težave s pitjem in tudi za odvisnosti od alkohola. Psihične motnje pogosto spremljajo odvisnost od alkohola, zato je treba tudi temu posvetiti pozornost. Po raziskavi dr. Miloša Židanika (35) je kar 76 % moških in 65 % žensk v vzorcu imelo še dodatno psihično motnjo. Sicer imajo odvisni od alkohola najpogosteje depresijo (24 % moških in 48,5 % žensk) in tesnoba (do 50 %), pogoste so osebne motnje: na psihiatričnih oddelkih je njihov delež približno 70 %. V vzorcu je bila prisotna depresija v 29,3 % primerov. Pri ženskah pri 39,4 % in pri moških pri 26,7 %. Številne so bile osebne motnje: v 58 primerih (35,4 %) in sicer: disocialna (12 primerov), obsesivno-kompulzivna [9], depresivna [8] in odvisnostna [4]. V desetih primerih je šlo za mešano osebno motnjo, v treh primerih osebne motnje ni bilo možno natančneje diferencirati, diagnosticirali smo po dve paranoidni, izogibajoči in mejni ter po eno narcistično in eno osebno motnjo po katastrofični izkušnji. Ostalih psihičnih motenj zaradi nizke pojavnosti v vzorcu avtor ne omenja (35).

Averzivna terapija temelji na povezovanju alkohola z izrazito negativnimi konteksti (npr. slabost, ki se jo sproži z različnimi zdravili, kot je zdravilo disulfiram, ki se prodaja pod imenom antabuse ali antabus) ali drugih negativnih namigih. Druge metode vključujejo učenje socialnih veščin za obvladovanje stresorjev in spodbujanje reševanja težav ali razvoj delovnih sposobnosti, usmerjenih v zmanjševanje ali nadzorovanje pitja (npr. zavrnitev ali samo srkanje pijače) (1).

Disulfiram se uporablja za tovrstno terapijo zaradi svojega učinka – povzroči namreč fizično reakcijo, ko se zmeša z alkoholom. Disulfiram prekine presnovo alkohola, kar povzroči hudo reakcijo, če pacient pije alkohol med tem, ko jemlje disulfiram. Pacientovo zavedanje negativnih posledic mešanja zdravila in alkohola pomaga pri njegovi odločitvi za abstinenco. Nekateri znanstveniki dvomijo o učinkovitosti tovrstne terapije, ker je časovni razmik med zaužitjem alkohola in reakcijo relativno dolg (30 minut), intenzivnost reakcije pa je nepredvidljiva (36).

Običajno se etanol v jetrih in možganih s pomočjo encima alkohol-dehidrogenaza spremeni v acetaldehid. Encim aldehid-dehidrogenaza (ALDH) prav tako v jetrih in možganih oksidira acetaldehid v očetno kislino. Disulfiram blokira to oksidacijo s tem, da onemogoči ALDH, kar povzroči, da v krvnem obtoku naraste raven acetaldelida na 5 do 10-krat toliko, kot brez uporabe disulfirama. Posledice so lahko zmerne ali resne; intenziteta je odvisna od posameznega pacienta, v splošnem pa je proporcionalna s količino alkohola in disulfirama, ki ga je pacient zaužil (36). Reakcija se kaže v potenju, toploti in pordelosti obraza in v plečih, hiperventilacija, otežkočeno dihanje/dispnea, zmedenost, bruhanje, bolečine v prsih, hipotenzija, tahikardija (v resnejših primerih kardiovaskularni kolaps, aritmija), zmedenost, vrtoglavica (v resnejših primerih napadi in nezavest). Disulfiram se nepovratno veže na ALDH in ga onemogoči. Telo potrebuje približno dva tedna, da sintetizira zadostno količino novih encimov, da se vzpostavi prvotno stanje in zmožnost preнове alkohola (36). V preteklosti so pacientom, ki so jim predpisali disulfiram, pod nadzorom zdravnika sprožili učinek zdravila s tem, da so po zaužitju disulfirama pili alkoholno pijačo. Danes tak pristop velja za etično spornega in velja, da zadošča, da je pacient obveščen o negativnih posledicah (36).

Farmakoterapija se pogosto uporablja za pomoč posameznikom z odvisnostjo od alkohola s tem, da se blažijo odtegnitveni simptomi in lajša hrepenenje. Med najpogosteje uporabljanimi zdravili so disulfiram (antabuse), naltrekson in akamprosate (1). Bradley (37) in sodelavci med učinkovita zdravila uvrščajo še topiramate, ki pa ga ameriška Uprava za hrano in zdravila (Food and Drug Administration – FDA) ni potrdila za zdravljenje odvisnosti od alkohola. Naltrexon in Topiramate sta bila bolj preizkušena kot druga zdravila v kombinaciji z vedenjsko podporo. Raziskava COMBINE je pokazala, da je naltrexon v kombinaciji z medication management tako učinkovit kot najsodobnejše specializirano zdravljenje. Pri obiskih medication managementa vsake 1–4 tedne so zdravniki ocenili stranske učinke in uporabo zdravil, pregledali so pitje v zadnjem obdobju in spodbudili paciente k obisku Anonimnih alkoholikov (37). Naltrexone, ki se uporablja v oralni obliki in v obliki injekcij (dalj časa učinkujoče), je učinkovit ne glede na to, ali je pacient abstinent, kljub temu pa je učinkovitost najboljša pri pacientih, ki abstinirajo sedem dni pred začetkom zdravljenja. Pri pacientih s hujšo depresijo in odvisnostjo od alkohola je zadnja študija pokazala, da je kombinacija Naltrexona in antidepresiva izboljšala rezultate pri odvisnosti od alkohola (37). Tudi Topiramate je učinkovit za zmanjševanje uživanja alkohola, ko je kombiniran s tedenskimi zdravstvenimi obiski, ki so bili oblikovani podobno kot programi za oskrbo depresije. Zanimivo je, da je bil Topiramate učinkovit tudi pri pacientih, ki so ob vstopu v program zdravljenja še vedno veliko pili (37).

Druga zdravila, ki lahko zmanjšajo pitje pri pacientih s sindromom odvisnosti od alkohola so še baclofen, gabapentin, in ondansetron (37). Eno od novejših zdravil za zdravljenje odvisnosti od alkohola je baklofen (prodaja se pod imeni kemstro, lioresal, liofen, gablofen, lyflex, beklo in baclosan). Baklofen je agonist za receptor gama-aminomaslena kislina-B (GABA-B). Primarno se je uporabljal za zdravljenje spazmov, v letu 2012 pa ga je francoska Agencija za varnost zdravil in zdravstvenih izdelkov potrdila tudi kot zdravilo za sindrom odvisnosti od alkohola. Učinkovanje zdravila je odkril francoski kardiolog Olivier Ameisen, ki je sam trpel za sindromom odvisnosti od alkohola. Baklofen je testiral na sebi v večjih dozah (do 270 mg na dan; običajne doze so manjše – 30 mg na dan). Trdi, da je zdravilo pri njem zatrla odvisnost. Po svojih izkušnjah je napisal tudi knjigo, ki je povzročila, da je prodaja Baklofena v Franciji med leti 2008 in 2010 narasla za okoli 20 %,

ko so pacienti od svojih zdravnikov zahtevali, naj jih zdravijo s tem zdravilom. Za dokončne odgovore glede učinkovitosti Baklofena pri zdravljenju sindroma odvisnosti od alkohola bo treba počakati na zaključek kliničnih študij (38).

### **3.4 Zdravstvena vzgoja pri pacientih s sindromom odvisnosti od alkohola**

Zdravstvena vzgoja je eden najpomembnejših vidikov in poslanstev medicinske sestre. Medicinske sestre tvorijo največjo skupino zdravstvenih delavcev, ki so potrebni družbi. Cilj zdravstvene vzgoje pacientov je, da jih medicinske sestre bolje pripravijo na zdrave odločitve o zadevah, ki vplivajo na njihovo zdravje in dobro počutje (39).

Zdravstvena vzgoja v Sloveniji poteka na nivoju zdravstvenih domov v okviru strategije programa Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention (CINDI). Pri zdravstvenih domovih so organizirani zdravstveno-vzgojni centri, ki z integriranim pristopom organizirajo programirano zdravstveno vzgojo za odrasle s ciljem, da posamezniki z visokim tveganjem spremenijo svoj nezdrav življenjski slog. Centri v okviru programa Svetovanje za zdravje izvajajo sedem zdravstveno-vzgojnih motivacijskih delavnic, ki potekajo v krajših in daljših oblikah na različne teme (32). Del programa je tudi svetovanje za tvegane pive alkohola, ki se izvaja pri osebnih zdravnikih (32).

Zdravstveno-vzgojno delo moramo vključiti v proces zdravstvene nege, s katerim pacienta motiviramo za opustitve alkohola in morebitno zdravljenje v psihiatrični ustanovi. Kadar je mogoče, vključimo v zdravstveno-vzgojni proces svojce. Pacienta seznanimo z organizacijami, ki mu lahko pomagajo na poti k abstinenici. Medicinska sestra si mora vzeti veliko časa za komuniciranje, skupaj s pacientom poskuša opredeliti pozitivne vrednote življenja, ki ga motivirajo za abstinenco in nadaljnje zdravljenje (39). Obseg zdravstveno-vzgojnega dela, ki ga bo izvedla medicinska sestra, je odvisen od pacienta in njegovih interesov ter časa hospitalizacije na določeni bolnišnični enoti. Naloga medicinske sestre je, da bo z zdravstveno vzgojo v vsakem posamezniku prebudila občutek odgovornosti za lastno zdravje, ki postaja njegova dolžnost in ne le pravica (39).

Vsakega pacienta z alkoholnim opojem obravnavamo individualno glede na ugotovljeno zdravstveno stanje in potrebe po zdravstveni negi. Zahtevnost po kakovostni zdravstveni negi pacientov z alkoholnim opojem se povečuje, kar zahteva večjo usposobljenost medicinskih sester na tem področju. Glede na potrebe navedene skupine pacientov moramo zagotoviti kontinuiteto zdravstvene nege in kakovostno izvajanje intervencij zdravstvene nege. Poudarek je na pomenu komunikacije med medicinsko sestro in pacientom, svetovalni dejavnosti in spodbujanju pacientov z alkoholnim opojem k preprečevanju nadaljevanja prekomernega pitja alkoholnih pijač, hkrati pa so osebe, ki so odvisne od alkohola, napotene na zdravljenje v ustrezno ustanovo. Posledice odvisnosti od alkohola lahko pripeljejo do različnih alkoholnih psihoz. Glede na vedno večje število odvisnikov se zahtevnost po kakovostni zdravstveni negi pacientov povečuje (39).

Medicinska sestra razvija empatičen odnos, pacientu daje občutek, da razume njegovo stanje, strah in nemoč. Bolj ko si pridobiva pacientovo zaupanje in sodelovanje, bolj uspešna je pri izvajanju in doseganju ciljev zdravstvene nege (39, 40). Temelj zdravstvene nege na psihiatričnem področju je terapevtska komunikacija in sposobnost empatije (41). V okviru svoje strokovnosti medicinska sestra deluje preventivno in kurativno na vseh nivojih zdravstvenega varstva ter osebam, ki so odvisne od alkohola, nudi fizično, psihično socialno, duhovno ter moralno oporo in strokovno pomoč (39, 40).

### **3.5 Vloga medicinske sestre pri zdravljenju in zdravstveni vzgoji pri pacientih s sindromom odvisnosti od alkohola**

Obravnava oseb, odvisnih od alkohola, zahteva veliko specifičnega znanja medicinskih sester, predvsem na področju komunikacije, svetovanja, spodbujanja in opazovanja. Medicinska sestra pomaga pacientu pri ohranjanju zdravja, preventivi poškodb in razvoju zapletov, ki so posledica alkoholiziranosti. S pacientom gradi zaupno razmerje. Naloga medicinske sestre je pomoč pacientu pri izvajanju temeljnih življenjskih aktivnosti oziroma reševanje aktualnih negovalnih problemov in preprečevanje nastanka potencialnih problemov (39). Akutna zastrupitev z alkoholom je časovno omejena telesna in duševna

motnja, ki nastane kot posledica enkratnega zaužitja prevelike količine alkoholnih pijač in traja toliko časa, dokler se človek popolnoma ne strezni in si opomore od posledic. Pri akutni zastrupitvi z alkoholom se pojavijo vidni zunanji znaki (39):

- spremenjeno obnašanje,
- upočasnjeno mišljenje,
- opotekajoča hoja,
- motnje zavesti.

Mednarodna klasifikacija bolezni (MKB-10-AM) (2) akutno zastrupitev opisuje kot stanje, ki sledi zaužitju psihoaktivne snovi in se kaže v motnjah zavesti, prepoznavanja, zaznavanja, čustvovanja ali vedenja ali drugih psihofizioloških funkcij in odzivov. Motnje so neposredno povezane z akutnimi farmakološkimi učinki snovi ter se sčasoma izgubijo, lahko do popolnega okrevanja, razen tedaj, ko so nastopile tkivne okvare ali drugi zapleti. Med te zaplete lahko uvrščamo travme, aspiracijo izbruhane hrane, delirij, komo, konvulzije in druge zdravstvene zaplete. Narava teh zapletov je odvisna od farmakološke zvrsti snovi in načina jemanja le teh.

Paciente z akutnim alkoholnim opojem je potrebno obravnavati kot življenjsko ogrožene ter jih ves čas nadzorovati, opazovati in meriti vitalne funkcije. Medicinska sestra ima zaradi narave svojega dela bistveno več kontakta s pacientom kot zdravnik in drugi člani tima. S pacientom hitreje vzpostavi zaupni kontakt. Spremlja zdravstveno stanje pacienta, ga opazuje, načrtuje stalen nadzor vitalnih znakov, skrbi za osebno higieno, varnost pacienta – preprečuje možnost nastanka poškodb in padcev, ki so posledice alkoholiziranega stanja. Pri obravnavi pacientov z alkoholnim opojem sodeluje negovalni in zdravstveni tim (39). Medicinska sestra sprejme pacienta, oceni njegove zmožnosti govora in pregleda telo (znake poškodb), pridobi negovalno anamnezo, izmeri vitalne znake in jih kontinuirano spremljanja. Pacienta opazuje in mu nudi psihično oporo. Pri tem vzpostavi empatičen odnos. O svojem delu izpolni negovalno dokumentacijo (39). Najpogostejše intervencije po diagnostično-terapevtskem programu po naročilu zdravnika so odvzem krvi za določitev etanola v krvi, aplikacija paraneuralne terapije, psihična priprava pacienta in pripomočkov za izpiranje želodca in sodelovanje pri intervenciji izpiranja želodca (39). Naloga medicinske sestre je pomoč pri izvajanju temeljnih

življenjskih aktivnosti, reševanje aktualnih problemov in preprečevanje nastanka potencialnih problemov. Pri reševanju negovalnega problema uporablja medicinska sestra sodobno metodološki pristop z uporabo vseh štirih faz: ugotavljanje problemov, planiranje, izvajanje in evalvacije (39). Pri pacientih z akutnim alkoholnim opojem se najpogosteje pojavijo negovalni problemi pri dihanju, prehranjevanju in pitju, vzdrževanje zadostne hidracije, osebni higieni in urejenosti, izogibanju nevarnostim v okolju in komuniciranju, izražanju čustev in občutkov (39). V zvezi z navedenimi negovalnimi problemi medicinska sestra pripravi načrt zdravstvene nege. V načrtu predvidi za vsakega od pričakovanih problemov posamezne aktivnosti in cilje, kar prikazujemo v Preglednici 1 (39).

<b>Negovalni problem</b>	<b>Načrt zdravstvene nege</b>	<b>Standardni diagnostično-terapevtski načrt</b>	<b>Cilji zdravstvene nege</b>
Motnje dihanja	Zagotoviti ustrezen položaj. Zagotoviti ustrezno mikroklimo. Zmanjšati strah.	Aplikacija kisika. Aspiracija. Vstavitev sapničnega tubusa.	Prepoznati spremembe v motnjah dihanja.
Nezadostna hidracija pacienta	Zagotoviti zadosten vnos tekočine. Spremljanje tekočinske bilance.	Paraneralno dovajanje tekočin.	Zadosten vnos tekočine.
Nezmožnost izvajanja osebne higieni in urejenosti	Pomoč pri izvajanju osebne higieni. Spodbujanje in motiviranje. Zagotovitev intimnosti.		Čist in urejen pacient. Dobro psihično počutje pacienta.
Nevarnost za padeč	Seznanitev pacienta s posegom (PVU). Opazovanje pacienta. Varovanje pacienta. Namestitev zaščitne ograje.	Uporaba posebnih varovalnih ukrepov (PVU).	Preprečiti nastanek poškodb. Varen pacient.
Strah	Komunikacija.	Aplikacija terapije.	Zmanjšati občutek strahu, zmedenosti in negotovosti.
Nasilno vedenje	Komunikacija. Razumeti pacientovo stisko. Zagotoviti občutek varnosti. Izvajanje PVU.	Aplikacija terapije. Uporaba PVU.	Pacient zaradi svojega bolezenskega stanja ne bo poškodoval sebe ali drugih.

**Preglednica 1: Načrt zdravstvene nege.**

### 3.5.1 Zdravstvena nega bolnika z alkoholnim bledežem

Delirij je skupek simptomov, ki so pri raznih pacientih zelo podobni, a vendar različni glede na vzrok, ki jih je le-ta povzročil. Poznamo medikamentozni, vročinski in poškodbeni delirij (42). MKB-10-AM (2) delirij opisuje kot etiološko nespecifični organski cerebralni sindrom, ki ga označujejo sočasne motnje zavesti in pozornosti zaznavanja, mišljenja, spominjanja, psihomotorne aktivnosti, čustvovanja ter razporeda spanja in budnosti. Trajanje je različno in stopnja izrazitosti sega od blagih do zelo hudih oblik. Delirij je le eno izmed odtegnitvenih stanj. Odtegnitveno stanje je skupina različno povezanih in resnih simptomov, ki se pojavlja pri absolutni ali relativni odtegnitvi psihoaktivne snovi po obdobju trajnega uživanja te snovi. Nastop in potek odtegnitvenega stanja sta časovno omejena in odvisna od vrste psihoaktivne snovi in odmerka, ki je bil porabljen neposredno pred prenehanjem uživanja droge ali zmanjševanjem njene količine. Odtegnitveno stanje lahko zapletajo tudi krči (2). Medicinska sestra bolnika opazuje. Pri tem ugotavlja psihofizične potrebe bolnika z namenom, da ga spozna in mu nudi ustrezno nego ter spremembe psihofizičnega stanja z namenom prenosa informacij na druge člane zdravstvenega tima. V večini primerov bolnika opazuje diplomirana medicinska sestra, ki pozna njegovo diagnozo ter glede na težave sproti obvešča zdravnika. Nenehno je treba opazovati, ko je stanje kritično, da pravočasno opazi spremembe, da lahko ukrepa oziroma obvesti zdravnika. Opazovati mora vedenje, spremenjene simptome, jih vrednotiti ter vedeti, kako naj se odzove. Pravilna tehnika opazovanja nam tudi zagotavlja pravilne rezultate. Gre torej za sistematičnost, natančnost, taktičnost (42). Da bi rezultate uspešno uporabili, mora medicinska sestra beležiti rezultate opazovanja, jih interpretirati, uporabiti, poročati o njih drugim članom negovalnega tima. Od rezultatov je odvisno njihovo delo oziroma njihove strokovne odločitve. Medicinska sestra torej v dogovorjenih intervalih nadzoruje vitalne znake, izločanje tekočin, dihanje. Vse podatke beleži na individualni negovalni list (42). Posebno skrb posveča prehrani bolnika, saj le-ta pogosto odklanja hrano. Zaradi izrazitega tremorja je potrebno, da medicinska sestra hrani bolnika. Hranimo ga večkrat dnevno, potrpežljivo. Skrbimo, da dobi dovolj tekočine (sokove, čaj, kompot, juho itn.). S tem preprečimo dehidracijo. Če količina zaužite tekočine ni zadostna, jo dovajamo še parenteralno (42). Medicinska sestra sodeluje pri realizaciji diagnostično terapevtskega načrta, katerega pobudnik je zdravnik. Medicinska sestra je član širšega



zdravstvenega tima, v katerem sodeluje pri načrtovanju in izvajanju celotne zdravstvene oskrbe posameznika ali skupine (42).

## 4 RAZPRAVA IN ZAKLJUČEK

Zasvojenost z alkoholom je kompleksen problem, ki ga pogosto spremljajo še druge zdravstvene težave. Edini pravilni pristop je celosten in vseobsegajoč. Problema se je potrebno lotiti na vseh nivojih – odvisnika je treba zdraviti z zdravili, vzpostaviti abstinenco, hkrati zdraviti še morebitne psihične težave ter morebitne bolezni povezane s prekomernim pitjem alkohola. Po tem mu je potrebno nuditi pomoč, da bo abstinenco vzdrževal, mu nuditi psihično oporo, da ne bo prišlo do recidiva. Ker zasvojenost z alkoholom zelo vpliva na pacientovo družino in bližnje, je potrebno oporo in svetovanje nuditi tudi njim.

Poznamo več oblik zdravstvene vzgoje pri pacientih s sindromom odvisnosti od alkohola. V Sloveniji vzgojo nudijo zdravstveni domovi oziroma zdravstveno-vzgojni centri, organizirani pri zdravstvenih domovih. Svetovanja zagotavljajo osebni zdravniki pri ambulantni obravnavi. Medicinske sestre izvajajo preventivne programe s katerimi ozaveščajo o alkoholu in njegovih učinkih na telo. Zajamejo populacijo mladostnikov v šolah, sodelujejo pa tudi pri srečanjih anonimnih alkoholikov kot vodje skupine ali sodelujoče v vodenju skupine.

Vloga samopomoči oziroma skupin za samopomoč in skupno pomoč pri pacientih, ki so odvisnih od alkohola, je predvsem spremljevalna. Samostojno je takšna oblika neučinkovita – nič bolj učinkovita, kot da zdravljenja sploh ne bi bilo. Skupine za samopomoč so pomembne predvsem v fazi vzdrževanja abstinence.

Vloga medicinske sestre pri zdravljenju sindroma odvisnosti od alkohola je večplastna. Na eni strani skrbi za preventivo s tem, ko izvaja zdravstveno vzgojno delo otrok in mladostnikov o negativnih posledicah prekomernega uživanja alkohola, na drugi strani pa izvaja zdravstveno nego pacientov, ki že izkazujejo sindrom odvisnosti od alkohola. Glede na to, da s pacientom preživi več časa kot zdravnik, je njena vloga pomembna v celoti zdravljenja ljudi z alkoholnim sindromom, ki se izvaja v timski obravnavi z vidika različnih strokovnjakov. Kot smo ugotovili, je naloga medicinske sestre pomoč pri

izvajanju temeljnih življenjskih aktivnosti, reševanje aktualnih problemov in preprečevanje nastanka potencialnih problemov. Pri tem uporablja pristop vseh štirih faz procesa zdravstvene nege: ugotavljanje problemov, planiranja, izvajanja in evalvacija. Vloga medicinske sestre se torej nanaša na vse zgoraj opisano. Medicinska sestra je del tima, ki bo pacientu pomagal na poti v okrevanje.

Postopek zdravljenja sindroma odvisnosti od alkohola je treba ciljno usmeriti. Postopek mora biti prilagojen posameznemu pacientu in njegovi zasvojenosti. Pri tem ne smemo pozabiti na pacientovo družino – tudi otrokom in partnerjem je treba nuditi oporo in svetovanje. Pri tem so lahko koristna tudi združenja, kot je Ala Teen. Pacienti, ki trpijo za sindromom odvisnosti od alkohola, imajo pogosto še druge spremljajoče motnje, kot je na primer depresija, zaradi prekomernega uživanja alkohola pa so pogoste tudi bolezni ledvic. V širšem smislu zdravljenja sindroma odvisnosti od alkohola bo pozornost namenjena tudi spremljajočim motnjam in boleznim.

Zdravstvena vzgoja pacientov s sindromom odvisnosti od alkohola je, kot že omenjeno, organizirana v okviru zdravstvenih domov. Poteka v okviru projekta CINDI Slovenija. Ugotovili smo, da bi morali biti programi zdravljenja odvisnosti celostni in celoviti. Le takšni namreč dajejo najboljše rezultate (primer takšnega programa je pristop »skupnostne okrepitve«). Zdravstvena vzgoja bi morala biti integrirana s programom zdravljenja in rehabilitacije. Trenutno se posamezni programi izvajajo ločeno, kar prinaša omejene rezultate. Za večjo učinkovitost bi bilo treba pristope k zdravljenju in zdravstveni vzgoji povezati v celoto. Morda je razlog za trenutno stanje tudi v tem, da ni nacionalne strategije na področju alkohola oziroma preprečevanja sindroma odvisnosti od alkohola.

Bistvo je, da je pri pacientu treba doseči abstinenco. Pri tem bo pacient potreboval vso pomoč, ki jo lahko dobi, naloga medicinske sestre pa je, da to pomoč nudi. In ne samo pacientu, tudi njegovim bližnjim, da bodo lahko tudi oni v oporo pacientu. Le na ta način bo mogoče doseči, da se bo pacient s sindromom odvisnosti od alkohola lahko ponovno normalno vključil v družbo.

## 5 LITERATURA

1. Evans K, Grant M, Martinic M, Robson G. International Center for Alcohol Policies (2014). ICAP Blue Book: Alcohol Dependence and Treatment.  
<http://www.icap.org/PolicyTools/ICAPBlueBook/BlueBookModules/17AlcoholDependenceandTreatment/tabid/177/Default.aspx> <19.3.2014>.
2. MKB-10-AM: 2008. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene: Avstralska modifikacija (verzija 6): 241–243.
3. World Health Organisation (2010). ICD-10 Version: 2010.  
<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F10.2> <19.3.2014> .
4. Albreht T. Alkohol kot eden ključnih javnozdravstvenih problemov – od zavedanja o njegovi pomembnosti do pravih poti rešitve. *Zdrav Vestn* 2011; 80: 127–129.
5. Zorko M, Hočevnar T, Tančič Grum A, Kerstin Petrič V, Radoš Krnel S, Lovrečič M in sod. Alkohol v Sloveniji: trendi v načinu pitja, zdravstvene posledice škodljivega pitja, mnenja akterjev in predlogi ukrepov za učinkovitejšo alkoholno politiko. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2013: 59.
6. World Health Organisation (2014). Pure alcohol consumption, litres per capita, age 15+. <http://data.euro.who.int/hfad/> <18.3.2014> .
7. Kovše K, Tomšič S, Mihevc Ponikvar B, Nadrag P. Posledice tveganega in škodljivega uživanja alkohola v Sloveniji. *Zdrav Vestn* 2012; 81(2): 119–127.
8. Evans K, Grant M, Martinic M, Robson G. International Center for Alcohol Policies (2014). ICAP Blue Book: Alcohol Education.  
<http://www.icap.org/PolicyTools/ICAPBlueBook/BlueBookModules/1AlcoholEducation/tabid/162/Default.aspx> <16.4.2014>.
9. Kvas A. Medicinske sestre na področju promocije zdravja in zdravstvene vzgoje: kje smo, kam gremo? V: Kvas A. Zdravstvena vzgoja – moč medicinskih sester: Zbornik prispevkov z recenzijo. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, 2011: 33–45.
10. Cairns G, Purves R, Bryce S, McKeel J, Gordon R, Agnus K. Investigating the Effectiveness of Education in Relation to Alcohol: A Systematic Investigation of Critical Elements for Optimum Effectiveness of Promising Approaches and Delivery

- Methods in School and Family Linked Alcohol Education. Institute for Social Marketing, University of Stirling and the Open University, 2011. [http://alcoholresearchuk.org/downloads/finalReports/FinalReport\\_0083.pdf](http://alcoholresearchuk.org/downloads/finalReports/FinalReport_0083.pdf) <16.4.2014>.
11. Pivač S, Macura Višič NVloga medicinske sestre pri zdravstveni negi pacienta z akutnim alkoholnim opojem. V: Lužnik I. A, Kaučič B. M, Touzery S. H. ur. Sindrom odvisnosti od alkohola – diagnostični in terapevtski vidiki. Bled: Založba Pivec, 2010: 210–216.
  12. Židanik M. Sindrom odvisnosti od alkohola: Priročnik za ljudi, ki so od alkohola odvisni, za ljudi, ki so na poti v odvisnost, ter njihove svojece in prijatelje. Maribor: Dispanzer za zdravljenje alkoholizma in drugih odvisnosti, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor v sodelovanju s Psihiatrično kliniko. Ljubljana, 2007: 24, 48–50.
  13. Hanson DJ. History of Alcohol and Drinking around the World. <http://www2.potsdam.edu/alcohol/Controversies/1114796842.html#.U8Ljg1ZBLnY> <13.7.2014>.
  14. Židanik M (2004). Kratke intervence (kratki postopki v osnovnem zdravstvu). <http://www2.zd-mb.si/pred/milos/intervence.doc> <12.7.2014>.
  15. Gantar Štular H. Pomen prepoznavanja in ukrepanja zdravnika pri tveganem in škodljivem pitju alkohola. V: Romih J, Žmitek A. Na stičiščih PSIHIATRIJE in INTERNE MEDICINE: II. del. Begunje, Psihiatrična bolnišnica, 2001- (2002): 77–91.
  16. Seppa K. Primarno zdravstveno varstvo in alkohol. *Zdrav Var* 2011; 50: 148–152.
  17. Beich A, Thorsen T, Rollnick S. Screening and brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. *Br Med J* 2003; 327: 536–42.
  18. SAMHSA-HRSA Center for Integrated Health Solutions. CAGE Questionnaire. [http://www.integration.samhsa.gov/clinical-practice/sbirt/CAGE\\_questionnaire.pdf](http://www.integration.samhsa.gov/clinical-practice/sbirt/CAGE_questionnaire.pdf) <13.7.2014>.
  19. World Health Organisation. Management of substance abuse: Screening and brief intervention for alcohol problems in primary health care. [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/sbi/en/](http://www.who.int/substance_abuse/activities/sbi/en/) <13.7.2014>.

20. Bogataj U, Plazar N. Ocena rabe alkohola pri študentih zdravstvene nege s pomočjo vprašalnika AUDIT. *Obzor Zdrav Neg* 2013;47(4): 317–24.
21. McCusker M.T, Basquille J, Khwaja M, Murray Lyon I.M, Catalan J. Hazardous and harmful drinking: a comparison of the AUDIT and CAGE screening questionnaires. <http://qjmed.oxfordjournals.org/content/95/9/591.long> <16.8.2014>.
22. DSM-IV-TR: 2000. Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44358/>.
23. The National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Drinking Levels Defined. <http://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/moderate-binge-drinking> <30.8.2014>.
24. Boben Bardutzky D. Zdravljenje odvisnosti od alkohola. <http://www.mf.uni-lj.si/dokumenti/e9493add213787db27eb07677ed6efd.pdf> <13.7.2014>.
25. DSM-5 2013. Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj: 490–503.
26. Bradley A. Effective alcohol dependence treatments defined. [http://www.eurekalert.org/pub\\_releases/2006-05/nioa-ead043006.php](http://www.eurekalert.org/pub_releases/2006-05/nioa-ead043006.php) <17.8.2014>.
27. Addolorato G, Mirijello A, Leggio L, Ferrulli A, Landolfi R. Management of Alcohol Dependence in Patients with Liver Disease. *CNS Drugs* 2013; (27): 287–299.
28. National Institutes of Health. Exploring Treatment Options for Alcohol Use Disorders. *Alcohol Alert* 2011; (81): 1–5.
29. Gantar Štular H. Novejša spoznanja s področja odvisnosti od alkohola. V: Avberšek Lužnik I, Kaučič B M, Hvalič Touzery S. Sindrom odvisnosti od alkohola – diagnostični in terapevtski vidiki: Zbornik prispevkov z recenzijo. Bled: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, 2010: 65–73.
30. Mercer D.E, Woody G.E. Individual Drug Counseling. Maryland: National Institutes of Health, 1999: 22–66.
31. Prochalska J.O, DiClemente C.C, Norcross J.C. In Search of how People Change: Applications to Addictive Behaviors. *Am Psychol.* 1992; 47(9): 1102–1114.
32. Slapšak A, Šmit M, Brandt M, Palkovič V, Šenkinc-Vovk D, Vidmar M, Zafran B. Izzivi zdravstvenovzgojnih centrov v zdravstvenem domu Ljubljana. V: Kvas A. Zdravstvena vzgoja – Moč medicinskih sester: Zbornik prispevkov z recenzijo. Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, 2011: 59–66.

33. Božank B, Kašnik Janet M, Pogorevc N, Lorber J. Vodič po programih: Kam po pomoč in informacije v primeru težav z zasvojenostjo. Ravne na Koroškem: Zavod za zdravstveno varstvo Ravne, 2010: 17–20.
34. Miller W R, Meyers R J, Hiller-Sturmhöfel S. The Community-Reinforcement Approach. *Alcohol Research & Health* 1999; 23(2): 116–121.
35. Židanik M, Židanik S. Obravnava škodljivega uživanja alkoholnih pijač in odvisnosti od alkohola: Sodelovanje psihiatrov alkoholologov in zdravnikov splošne/družinske medicine. *Isis* 2003; 2 (12): 40–42.
36. Strain E.C, Incorporating Alcohol Pharmacotherapies Into Medical Practice. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 49. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment, 2009: 15–26.
37. Bradley K A, Williams E C. What Can General Medical Providers Do for Hospitalized Patients with Alcohol Dependence After Discharge? *J Gen Intern Med* 2010; 25(10): 1000–1002.
38. Andreuccetti G, De Carvalho H B, Cherpitel C J, Leyton V. Alcohol-Dependence: the Current French Craze for Baclofen. *Addiction*, 2012; 107, 848–850.
39. Pivač S, Macura Višić N. Vloga medicinske sestre pri zdravstveni negi pacienta z akutnim alkoholnim opojem. V: Avberšek Lužnik I, Kaučič B M, Hvalič Touzery S. Sindrom odvisnosti od alkohola – diagnostični in terapevtski vidiki: Zbornik prispevkov z recenzijo. Bled: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, 2010: 210–216.
40. Lokar M. Medicinska sestra štiriindvajset ur na dan. V: Berkopec M. 4. Dnevi Marije Tomšič – Odgovornost v zdravstveni negi. Novo mesto: Splošna bolnišnica Novo mesto, 2012: 32–34.
41. Čuk V. Zdravstvena nega in duševno zdravje. *Obzor Zdr N.* 2010; 44(3):145–146.
42. Žokalj Z. Vloga medicinske sestre v zdravstveni negi delirantnega bolnika. *Zdrav Obzor* 1992; 26: 317–322.

## **PRILOGE**

### Priloga 1 – Skrajšani AUDIT-3 (za zdravnike)

1. Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih pili pijače, ki vsebujejo alkohol (pivo, vino, žgane pijače, domači sadjevec, tolkovec oziroma mošt)?

- nikoli
- enkrat mesečno ali manj
- 2–4-krat mesečno
- 2–3-krat tedensko
- 4 ali večkrat tedensko

2. Koliko meric\* pijač, ki vsebujejo alkohol, ste v zadnjih 12 mesecih popili po navadi na tisti dan, ko ste pili? (\*Ena merica je 1 deciliter vina, 2 in pol decilitra piva ali sadjevca, eno šilce oz. en štampri 0,3 decilitra žgane pijače; npr. eno veliko pivo sta 2 merici).

- nobene
- pol, 1 ali 2
- 3 ali 4
- 5 ali 6
- 7, 8 ali 9
- 10 ali več

3. Kako pogosto se je v zadnjih 12 mesecih zgodilo, da ste moški ob eni priložnosti popili 6 ali več meric, ženske pa 4 ali več meric?

- nikoli
- manj kot enkrat mesečno
- mesečno
- tedensko
- dnevno ali skoraj vsak dan



## Priloga 2 – Vprašalnik AUDIT

Vprašanje	0	1	2	3	4
1. Kako pogosto pijete pijače, ki vsebujejo alkohol?	Nikoli	Enkrat mesečno ali manj	2–4-krat mesečno	2–3-krat tedensko	4-krat tedensko ali več
2. Koliko meric pijač, ki vsebujejo alkohol, ste popili na tipičen dan, ko pijete? ( <i>Ena merica alkoholne pijače je približno 2 in pol decilitra piva ali jabolčnika, 1 deciliter vina ali malo šilce oz. "štamprl" žgane pijače.</i> )	1 ali 2	3 ali 4	5 ali 6	7, 8 ali 9	10 ali več
3. Kako pogosto se je zgodilo, da ste popili 5 ali 6 meric ob eni priložnosti?	Nikoli	Manj kot mesečno	Mesečno	Tedensko	Dnevno ali skoraj vsak dan
4. Kako pogosto se vam je v preteklem letu zgodilo, da potem, ko ste enkrat začeli piti, niste mogli prenehati s pitjem?	Nikoli	Manj kot mesečno	Mesečno	Tedensko	Dnevno ali skoraj vsak dan
5. Kako pogosto se vam je v preteklem letu zgodilo, da zaradi pitja niste mogli opraviti tistega, kar se je od vas pričakovalo?	Nikoli	Manj kot mesečno	Mesečno	Tedensko	Dnevno ali skoraj vsak dan
6. Kako pogosto se vam je v preteklem letu zgodilo, da ste potrebovali alkoholno pijačo že zjutraj, da bi si z njo opomogli po prekomernem pitju prejšnjega dne?	Nikoli	Manj kot mesečno	Mesečno	Tedensko	Dnevno ali skoraj vsak dan
7. Kako pogosto se vam je v preteklem letu zgodilo, da vas je po pitju pekla vest ali pa ste zaradi pitja imeli občutke krivde?	Nikoli	Manj kot mesečno	Mesečno	Tedensko	Dnevno ali skoraj vsak dan
8. Kako pogosto se v preteklem letu niste mogli spomniti, kaj se je zgodilo prejšnji večer, ker ste takrat preveč pili?	Nikoli	Manj kot mesečno	Mesečno	Tedensko	Dnevno ali skoraj vsak dan

9. Ali je bil zaradi vašega pitja kdo poškodovan (vi sami ali kdo drug)?	Ne		Da, a ne v minulem letu		Da, bilo je v minulem letu
10. Ali je kak vaš sorodnik, prijatelj, zdravnik ali drug zdravstveni delavec že pokazal zaskrbljenost zaradi vašega pitja ali vam morda predlagal, da bi pili manj?	Ne		Da, a ne v minulem letu		Da, bilo je v minulem letu
					Skupno

## Priloga 3 – Vprašalnik CAGE

- Ali ste kdaj razmišljali, da bi bilo treba zmanjšati pitje alkohola?
- Ali so vas ljudje nadlegovali s pripombami na račun vašega pitja?
- Ali ste kdaj imeli občutek krivde zaradi svojega pitja alkohola?
- Ali ste kdaj popili alkohol zjutraj, da bi si umirili živce ali se znebili »mačka«?