

Helga Sif Friðjónsdóttir, helgasif@hi.is

# HVAÐ ÞURFA HJÚKRUNARFRÆÐINGAR AÐ VITA UM FÍKN?

Hjúkrunarfræðingar takast í starfi sínu á við fíkn í sínum margvíslegustu myndum. Í þessari grein er fíkn skilgreind og sagt frá eðli og orsökum vímuefnasjúkdóma.



Dr. Helga Sif Friðjónsdóttir er lektor við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.

Frá örófi alda hefur mannkynið notað ýmis efni til að breyta hugarástandi eða líðan, lina þjáningar eða komast í snertingu við hið guðdómlega. Notkun efna á borð við áfengi og tóbak er samofin menningu flestra þjóða heims og verða samfélög fyrir töluverðum skaða vegna heilsufarslegra og samfélagslegra afleiðinga notkunarinnar. Regluleg notkun áfengis og vímuefna getur leitt til fíknar en fram að 18. öld var fíknihugtakið nær

óþekkt í vísindaskrifum. Í byrjun 19. aldar hefst þróun fíknihugtaksins í ritum læknisfræðinnar og var þá lagður grunnur að skilgreiningu sjúkdómsins áfengissýki. Í lok 19. aldar birtust svo svipaðar skilgreiningar á vímuefnasýki í fræðiritum. Smám saman jókst áhugi heilbrigðisstétta á áfengis- og vímuefnasýki og í kingum 1960 voru þessir fíknisjúkdómar orðnir hluti af flokkunar- og greiningarkerfum geðlæknisfræðinnar. Þá var fíknihugtakið megininntak sjúkdómsskilgreininganna en lítill sem enginn gaumur gefin að félags-, sálar- eða líkamlegum afleiðingum langvarandi vímuefnaneyslu (Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin, 2004; McCrady og Epstein, 1999).

Enn í dag eru heilbrigðisstéttir ekki á einu máli um eðli og orsakir vímuefnasjúkdóma en flestir telja að lífsálfélaglegt (biopsychosocial) líkan lýsi best þróun vímuefnafíknar. Samkvæmt því líkani er vímuefnafíkn langvinnur taugalífeðlisfræðilegur sjúkdómur sem þróast fyrir áhrif erfða, lífeðlisfræði, sálfélaglegra og umhverfislegra þátta (Dimeff, Baer, Kivlahan og Marlatt, 1998). Þannig er lítið svo á að einstaklingur geti einungis fengið fíkn eða fíknisjúkdóm við langvarandi



neyslu á vímuefnum sem fara yfir blóðheila þröskuldinn og hafa þannig áhrif á taugalífeðlisfræðilega svörun og byggingu taugafrumna í heila (McCrary og Epstein, 1999). Sjúkdómsflokkunarkerfi Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar, ICD-10, inniheldur þannig einungis fíknisjúkdómsgreiningar fyrir vímogjafa sem uppfylla þessi skilyrði, svo sem áfengi, ópiöt, kannabis, slævilyf eða svefnlyf, kókaín, önnur örvandi efni, þar með talin koffín, ofskynjunarefni, tóbak, rokgjörn leysiefni og önnur geðvirk efni (Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin, 1992).

## Fíknigreiningar í ICD-10

Fíknigreiningar í sjúkdómsflokkunarkerfinu ICD-10 hafa sex greiningarviðmið og verður einstaklingur að uppfylla að minnsta kosti þrjú þeirra á sömu stundu einhvern tíma á einu ári til að fá fíknigreiningu. Greiningarviðmið ICD-10 fyrir vímuefnasjúkdóma eru líkamlegs, sálræns og félagslegs eðlis.

## Viðmið samfélagsins

Í ríkjandi orðræðu samfélagsins er hugtakið fíkn hins vegar notað til að lýsa flestri hegðun sem einkennist af vaxandi stjórnleysi, árattu og þráhyggju. Slík hegðun heltekur hugsanir og atferli þess sem fíkninn er og dregur athyglina frá öllu öðru í lífi einstaklingsins. Samkvæmt viðmiðum samfélagsins geta því einstaklingar glímt við t.d. klámfíkn, vinnufíkn, matarfíkn, netfíkn, tölvuleikjafíkn, verslunarfíkn, trúarfíkn, súkkulaðifíkn og svo framvegis. Einstaklingar, sem glíma við þessar fíknir, hafa misst stjórnina. Þeir finna fyrir óviðráðanlegri þörf til að svala löngun sinni og verða fyrir sálrænni vanlíðan ef þeir stunda ekki tiltekna hegðun. Þeir halda hegðuninni áfram þrátt fyrir slæm áhrif á líkamlega og andlega heilsu, samskipti og getu til að taka þátt í samfélaginu með eðlilegum hætti. Þannig uppfylla þessir einstaklingar einungis sálræn og félagsleg greiningarviðmið fíknisjúkdóma samkvæmt ICD-10 og telja margir lærðir sem ólærðir að útvíkka eigi fíknisjúkdómshugtakið með tilliti til þessa. Enn sem komið hefur þessi breyting á flokkunar- og greiningarkerfum ekki átt sér stað.

## Greiningarviðmið fíknisjúkdóma í ICD-10

Þrjú eða fleiri af eftirfarandi atriðum verða að vera til staðar á sama tíma á einhverri stundu á liðnu ári:

1. Sterk löngun eða fíkn í að neyta vímuefna.
2. Skert geta til að stjórna neyslu vímuefna með tilliti til upphafs, endis og neytts magns.
3. Líkamleg fráhvarfseinkenni þegar neysla vímuefna er minnkuð eða henni alveg hætt eða vímuefna neytt til að létta eða koma í veg fyrir fráhvarfseinkenni.
4. Aukið þol þannig að meira magn vímuefna þarf til að fá fram sömu áhrif og áður fengust með minna magni.
5. Vaxandi vanræksla mikilvægra þátta tilverunnar vegna neyslu vímuefna og aukins tíma sem fer í að afla, neyta eða ná sér eftir vímuefnaneyslu.
6. Vímuefnaneyslu haldið áfram þrátt fyrir meðvitund um að neyslan sé farin að vera neytandanum skaðleg.

Heimild: Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (2004).

Ljóst er að fíkn er flókið og margslungið fyrirbæri en undanfarna tvo til þrjú áratugi hafa rannsóknir á sviði taugalífeðlisfræði varpað ljósi á líffræðilega þætti tengda áfengis- og vímuefnaneyslu og hvernig neysla efna á borð við áfengi, tóbak og annarra vímogjafa getur leitt til fíknisjúkdóma.

## Vímuefnafíkn

Innan geðlæknisfræði er litið svo á að áfengis- og vímuefnafíkn hafi tvær hliðar sem eru náskyldar öðrum geðsjúkdómum. Hér er átt við ýmiss konar hvatastjórnunarröskun og árátturöskun. Þannig er litið á fíkn sem sjúkdóm er þróast frá hvatvísi vegna neyslu vímuefna yfir í áráttukennda fíknihegðun. Í byrjun finnur einstaklingurinn fyrir aukinni spennu eða örvun sem einungis er svalað með því að neyta vímogjafans. Við neysluna finnur einstaklingurinn nautn, ánægju og fróun en strax í kjölfarið fylgir eftirsjá, sjálfsásökun og sektarkennd. Áráttukennd fíknihegðun einkennist hins vegar af því að kvíði og önnur andleg vanlíðan er til staðar áður en áráttuhegðun er framkvæmd en neysla vímogjafans veitir fróun og lausn frá vanlíðan um stundarsakir. Þannig hefur jákvæð styrking áhrif á neyslu í upphafi þróunar vímuefnafíknar en síðar er það neikvæð styrking sem viðheldur vímuefnaneyslu einstaklingsins (Koob, 2005). Í ljósi þessa hefur vímuefnafíkn verið skilgreind sem

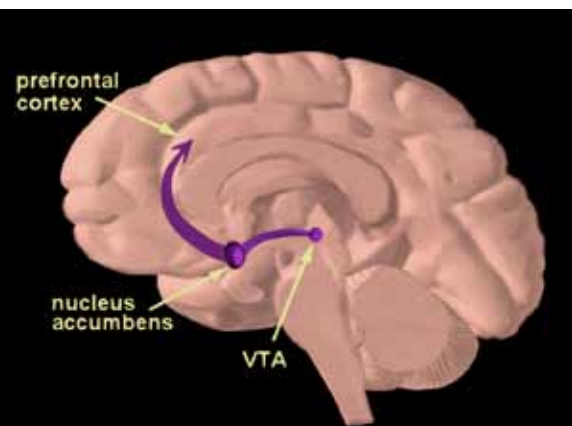
langvarandi sjúkdómur er einkennist af (1) áráttukenndri notkun vímuefna, (2) stjórnleysi við að takmarka magn neyttra vímuefna og (3) neikvæðum tilfinningum (þ.e. vanlíðan, kvíða og pirringi) þegar vímuefnin eru ekki til staðar (Koob, 2005).

## Taugalífeðlisfræðilegar rannsóknir

Eins og áður sagði hafa vísindamenn innan taugalífeðlisfræði gert mikilvægar rannsóknir á undanföllum áratugum sem aukið hafa skilning á því hvers vegna einstaklingar sækjast eftir neyslu vímuefna sem og hvernig langvarandi vímuefnaneysla leiðir til líffræðilegra breytinga á uppbyggingu og starfsemi heilans (Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin, 2004).

Skilningur á eðlilegri starfsemi hvatakerfa mannsheilans er nauðsynlegur til að skilja breytingar í heila af völdum vímuefnaneyslu. Verðlaunabraut heilans (mesolimbic reward system) tengir undirlsæðuna (ventral tegmental area) í miðheila við verðlaunakjarnann (nucleus accumbens) í randkerfi heilans og áfram til framheila (sjá mynd).

Í verðlaunabrautinni er mikið af boðefninu dópamíni og þegar maður virkjar þessa braut, til dæmis með því að borða góðan mat, örvast undirlsæðan og dópamínboð berast til verðlaunakjarnans. Þannig eykur til dæmis góður matur losun dópamíns í



Verðlaunabraut heilans. Heimild: National Institute of Drug Abuse (NIDA).

verðlaunakjarnanum um 45 prósent og einstaklingurinn finnur fyrir vellíðan eða sælutilfinningu. Þar með aukast líkur á að hann endurtaki verknaðinn, með öðrum orðum svokölluð jákvæð styrking hegðunar á sér stað (Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin, 2004).

Vímuefni hafa gríðarleg áhrif á verðlaunabraut heilans og til dæmis auka amfetamín og kókaín losun dópamíns í verðlaunakjarnanum um 500 prósent. Því er ljóst að vímuefni eru afar sterkir hvatar til jákvæðrar styrkingar og einstaklingurinn því líklegri til að neyta vímuþjafans aftur til að reyna að fá sömu nautn og vellíðanartilfinningu. Öll vímuefni hafa þannig styrkingareiginleika sem skipta sköpum í þróun vímuefnafíknar. Vímuefni hafa þó ekki einungis áhrif á verðlaunabrautina heldur breytist lífeðlisfræðileg samsetning brautarinnar og þar með heilans vegna langvarandi neyslu. Rannsóknir sýna að við endurtekna notkun vímuefna verður næming (sensitization) í verðlaunabrautinni fyrir tilteknu vímuefni og verðlaunaáhrif vímuefnisins, sem einstaklingurinn finnur, aukast (Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin, 2004). Við langvarandi notkun flestra vímuefna margfaldast magn dópamíns sem og fjöldi dópamínviðtaka á frumum verðlaunakjarnans. Fjöldun þessara viðtaka (up-regulation) verður til þess að neytandinn þarf stærr og stærr skammta af tilteknu vímuefni til að fá sömu áhrif og áður. Þegar neyslu vímuefna er hætt lækkar magn dópamíns hratt í verðlaunakjarnanum en fækkun dópamínviðtaka (down-regulation) á frumum verðlaunakjarnans tekur miklu lengri tíma (Malliarakis og

Lucey, 2007). Þannig veldur langvarandi vímuefnaneysla breytingum á byggingu frumna verðlaunakjarnans og þegar neyslu vímuefna er hætt er ekki nægjanlegt dópamín til staðar í frumunum til að tengjast þessum fjölmörgu viðtökum. Á þessum tíma er því töluverður dópamínskortur í verðlaunakjarnanum sem veldur neikvæðu tilfinningalegu ástandi er einkennist af vanlíðan, kvíða, þirringi og lélegri tilfinningastjórnun. Því er ljóst að lífeðlisfræðilegar breytingar í heila sökum langvarandi vímuefnaneyslu liggja til grundvallar þeim sálrænu fráhrarfseinkennum sem einstaklingar finna fyrir þegar þeir hætta notkun vímuefna (Koob, 2005).

### Vímuefnaneysla á Íslandi

Í vestrænum samfélögum er áfengi aðalvímuþjafinn og þar er Ísland engin undantekning. Heilarnesla áfengis á Íslandi hefur aukist jafnt og þétt frá árinu 1993 og neysluvenjur þjóðarinnar breyst. Neysla bjórs og léttvíns hefur aukist á sama tíma og dregið hefur úr neyslu sterkra drykkja. Vaxandi áfengisneysla veldur almennt fleiri vandamálum fyrir einstaklinga og samfélagið. Hefur Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin áætlað að í heiminum megi rekja yfir 9% af ótímabærri fötlun eða dauðsföllum beint til neyslu áfengis (Heilbrigðisráðuneytið, 2005; Landlæknisembættið, 2007b). Erlendar rannsóknir sýna að um 10-15 prósent karla og 5 prósent kvenna glíma við áfengisfíkn. Tíðni áfengisfíknar á Íslandi hefur mælst á bilinu 3,5-6,3 prósent í rannsóknum (Heilbrigðisráðuneytið, 2005) og í árslok 2005 höfðu 9,6 prósent þálfandi íslenskra karla eldri en 15 ára innritast í áfengis- og vímuefnamedferð á Vog, sjúkrahús SÁÁ (SÁÁ, 2006). Hlutfall kvenna í áfengismedferð á Íslandi hefur aukist jafnt og þétt í gegnum árin en samkvæmt ársskýrslu SÁÁ (2007) var hlutfall kvenna það ár orðið rúm 30 prósent af öllum þeim sem innrituðust í áfengismedferð hjá samtökunum.

Á Íslandi hefur neysla ólöglegra vímuefna á borð við amfetamín, kókaín og maríjúana aukist gríðarlega frá árinu 1996. Árið 2005 greindist helmingur þeirra sem innrituðust í meðferð á Vog með fíkn í eitthvert ólöglegt vímuefni. Þannig hefur hlutfall fíkla, sem neyta ólöglegra vímuefna í sjúklingahópi SÁÁ, aukist úr 18,5 prósentum árið 1994 í 48,6 prósent árið 2005 (SÁÁ, 2007). Undanfarnir ár hefur aukist til muna á Íslandi að lyfja, ætluðum til lækninga, sé neytt til að komast í vímu. Hér er um að ræða ópíumefni, amfetamínlik lyf og róandi ávanalyf. Í ársskýrslu SÁÁ (2007) kemur fram að vinsælustu lyfin á ólöglega vímuefnamarkaðnum eru ritalín og contalgintöflur.

Því er ljóst að áfengis- og vímuefnafíkn veldur gríðarlegum heilsufars- og félagsvanda í íslensku samfélagi. Mikilvægt er að greina vandann snemma og grípa inn í eins fljótt og hægt er og þar eru hjúkrunarfræðingar, sem starfa víðs vegar í heilbrigðisþjónustunni, í lykilhlutverki. Þannig starfa hjúkrunarfræðingar bæði inni á spítölum og úti í samfélaginu en talið er að að minnsta kosti 20 prósent þeirra sem hjúkrunarfræðingar sinna glími við vandamál er tengjast áfengisneyslu og annarri vímuefnaneyslu (Allen, 1996). Hjúkrunarfræðingar þurfa því að þekkja birtingarmyndir og líkamleg einkenni sem benda til vímuefnamisnotkunar og í samskiptum sínum við skjólstæðinga þurfa þeir að nýta vel þau tækifæri sem gefast til skimunar.

### Skimun og stutt íhlutun vegna áfengisvanda

Í desember 2007 gaf landlæknisembættið út klínískar leiðbeiningar um greiningu og meðhöndlun áfengisvanda í heilsugæslu. Finna má leiðbeiningarnar á vef landlæknisembættisins. Þar er fjallað um birtingarmynd áfengisvanda, greiningu, mat, stutta íhlutun, afeitrun, fjölskylduráðgjöf, tilvísanir og eftirfylgd (Landlæknisembættið, 2007b). Þó að leiðbeiningarnar séu gerðar fyrir

„Talið er að að minnsta kosti 20 prósent þeirra sem hjúkrunarfræðingar sinna glími við vandamál er tengjast áfengisneyslu og annarri vímuefnaneyslu.“

heilbrigðisstarfsfólk í heilsugæslu geta þær vel nýst hjúkrunarfræðingum, hvar sem þeir starfa í heilbrigðisþjónustu landsins, til skimunar, mats og stuttrar íhlutunar vegna áfengisfíknar. Sambærilegar klínískar leiðbeiningar fyrir greiningu og meðhöndlun vímuefnavanda hafa ekki verið gerðar enn sem komið er. Óhófleg áfengisneysla hefur afar skaðleg áhrif á flest líffærakerfi mannsins sem og margar slæmar félagslegar afleiðingar. Einstaklingum með áfengisfíknisjúkdóm er hættara við háþrýstingi, magabólgu eða magablæðingum, hjartabilun, brisbólgu, heilablóðfalli, sýkingum, kvíða- eða þunglyndisköstum, minnsleysi, sjálfsskaða, taugaskemmdum og svona mætti lengi telja. Þeir sem neyta áfengis í óhófi eru líklegri en aðrir til að koma oftari á bráðamóttöku sjúkráhusa vegna slysa

eða höfuðáverka, vera oftari fjarverandi frá vinnu, glíma við erfiðleika í sambúð og stunda ýmislegt ólöglegt athæfi (Landlæknisembættið, 2007a).

Ef grunur vaknar um að einstaklingur eigi við áfengisvanda að stríða skal hjúkrunarfræðingur samkvæmt klínískum leiðbeiningum leggja skimunartæki fyrir viðkomandi (Landlæknisembættið, 2007b). CAGE-sjálfsprófið er einfalt skimunartæki sem inniheldur eftirfarandi fjórar spurningar:

1. **C:** hefur þú einhvern tíma fundist að þú þyrftir að draga úr drykkjunni?
2. **A:** hefur fólk gert þér gramt í geði með því að setja út á drykkju þína?
3. **G:** hefur þú einhvern tíma liðið illa eða haft sektarkennd vegna drykkju þinnar?

4. **E:** hefur þú einhvern tíma fengið þér áfengi að morgni til að laga taugakerfið eða losa þig við timburmenn?

Jákvætt svar við tveimur eða fleiri spurningum í sjálfsprófinu benda til áfengisvanda og að frekari greiningar sé þörf, samanber greiningarviðmið ICD-10 (Landlæknisembættið, 2007c).

AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) er annað sjálfspróf gagnlegt til skimunar á áfengisvanda. Prófið var þróað af Alþjóðaheilbrigðismálastofnunni og í því eru 10 spurningar sem skima vel eftir óhóflegri áfengisneyslu og hættu á líkamlegum fráhrarfseinkennum sé áfengisneysla hætt (sjá textabox hér í greininni). Ef AUDIT-skimunarprófið er jákvætt samkvæmt leiðbeiningum bendir

## AUDIT-sjálfspróf vegna áfengisneyslu

Átta stig eða meira (hjá karlmönnum að 60 ára) eða fjögur stig eða meira (hjá konum, unglíngum og karlmönnum eldri en 60 ára) benda til áfengisvanda og kalla á frekari greiningu.

Stigagjöf: a = 0, b = 1, c = 2, d = 3, e = 4

### 1. Hversu oft færð þú þér áfengan drykk?

- a. Aldrei
- b. Einu sinni í mánuði eða sjaldnar
- c. 2-4 sinnum í mánuði
- d. 2-3 sinnum í viku
- e. 4 sinnum eða oftari í viku

### 2. Hversu marga drykki færð þú þér á venjulegum degi þegar þú drekkur?

- a. Engan
- b. 1-2
- c. 3-4
- d. 5-6
- e. 7-9
- f. 10 eða fleiri

### 3. Hversu oft færð þú þér meira en 6 drykki þegar þú neytir áfengis?

- a. Aldrei
- b. Sjaldnar en mánaðarlega
- c. Mánaðarlega
- d. Vikulega
- e. Daglega eða næstum daglega

### 4. Hversu oft á síðastliðnu ári áttaðir þú þig á því að þú gast ekki hætt að drekka þegar þú varst á annað borð byrjuð/ byrjaður?

- a. Aldrei
- b. Sjaldnar en mánaðarlega
- c. Mánaðarlega
- d. Vikulega
- e. Daglega eða næstum daglega

### 5. Hversu oft á síðastliðnu ári gerðir þú ekki það sem venjulega er ætlast til af þér, vegna drykkju?

- a. Aldrei
- b. Sjaldnar en mánaðarlega
- c. Mánaðarlega
- d. Vikulega
- e. Daglega eða næstum daglega

### 6. Hversu oft á síðastliðnu ári hefur þú þurft að fá þér áfengi að morgni til að koma þér af stað eftir mikla drykkju?

- a. Aldrei
- b. Sjaldnar en mánaðarlega
- c. Mánaðarlega
- d. Vikulega
- e. Daglega eða næstum daglega

### 7. Hversu oft á síðastliðnu ári hefur þú fundið til eftirsjár eða sektarkenndar eftir drykkju?

- a. Aldrei
- b. Sjaldnar en mánaðarlega
- c. Mánaðarlega
- d. Vikulega
- e. Daglega eða næstum daglega

### 8. Hversu oft á síðastliðnu ári hefur þú ekki getað munað það sem gerðist kvöldið áður vegna þess að þú hafðir drukkið áfengi?

- a. Aldrei
- b. Sjaldnar en mánaðarlega
- c. Mánaðarlega
- d. Vikulega
- e. Daglega eða næstum daglega

### 9. Hefur þú eða einhver annar slasast eða meiðst vegna drykkju þinnar?

- a. Aldrei
- b. Sjaldnar en mánaðarlega
- c. Mánaðarlega
- d. Vikulega
- e. Daglega eða næstum daglega

### 10. Hefur ættingi, vinur, læknir eða annar heilsugæslustarfsmaður haft áhyggjur af drykkju þinni eða stungið upp á því að þú minnkaðir eða hættir neyslu áfengis?

- a. Aldrei
- b. Sjaldnar en mánaðarlega
- c. Mánaðarlega
- d. Vikulega
- e. Daglega eða næstum daglega

Heimild: Klínískar leiðbeiningar um greiningu og meðhöndlun áfengisvanda í heilsugæslu. (Landlæknisembættið, 2007b).

það til áfengisvanda og kallar á frekari greiningu (Landlæknisembættið, 2007c).

Vert er að benda á að þó þessi skimunartæki líti sérstaklega að áfengisneyslu hafa þau sums staðar verið löguð að vímuefnaneyslu og tækin notuð til að skima eftir vímuefnavanda.

Ef einstaklingur skimast með vímuefnavanda skal hjúkrunarfræðingur veita stutta íhlutun. Þar er átt við að hjúkrunarfræðingur og skjólstæðingur eigi stutt samtal eða nokkur lengri samtöl þar sem skoðað er hvort einstaklingurinn hefur áhuga á að breyta vímuefnaneyslu sinni (Landlæknisembættið, 2007b). Árangursríkt er að beita áhugahvetjandi samtali (motivational interviewing) í stuttri íhlutun en þá er lögð áhersla á að upplýsa einstaklinginn um áhættu/skaða vímuefnaneyslunnar, ábyrgð hans á breytingu, ráð til að breyta neysluvenjum, upplýsa um leiðir til breytinga, sýna einstaklingnum skilning og samhygd sem og reyna að auka trú einstaklingsins á eigin getu til breytinga (Rollnick, Miller og Butler, 2007).

### Afeitrun

Ef einstaklingur hefur áhuga á að hætta vímuefnaneyslu þarf að meta þörf hans fyrir fráhrifslýfjameðferð. Eins og áður hefur komið fram veldur langvarandi vímuefnaneysla næmingu í heila og breytingum á byggingu frumna

verðlaunakjarnans en þetta þarf að hafa í huga þegar fráhrif vímuefnafikla eru meðhöndluð. Þannig er líklegt að vímuefnafiklar þurfi stærri skammta lyfja en almennt gengur og gerist. Meta þarf hvort afeitrun getur farið fram í heilsugæslu eða hvort innlögn á sjúkrahöfnun er nauðsynleg.

Hjúkrunarfræðingar sem annast einstaklinga í afeitrun þurfa að þekkja fráhrifseinkenni allra vímuefna og öðlast færni í að meta áhrif ýmiss konar fráhrifsmæðferðar sem beitt er við mismunandi vímuefnaafeitrun. Áður hefur komið fram að vanlíðan, kvíði, þirringur, léleg tilfinningastjórnun og streita eru allt fráhrifseinkenni sem koma fram er neyslu vel flestra vímuefna er hætt. Því er mikilvægt að hjúkrunarfræðingar geti veitt viðeigandi hjúkrunarmæðferð er lýtur að andlegu ástandi einstaklings í fráhrifum.

### Lokaorð

Ljóst er að hvar sem hjúkrunarfræðingar starfa í heilbrigðisgeiranum er líklegt að hluti skjólstæðinga þeirra eigi við vímuefnafíkn að stríða. Því er mikilvægt að hjúkrunarfræðingar þekki áhrif langvarandi vímuefnaneyslu á lífsálfélagslega heilsu einstaklinga og nýti hvert tækifæri sem gefst til skimunar og samtals við einstaklinginn um áhrif neyslunnar á líf hans, fjölskyldunnar og samfélagsins í heild.

### Heimildaskrá

- Allen, K.M. (1996). *Nursing care of the addicted client*. Philadelphia: Lippincott.
- Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (1992). International statistical classification of disease and related health problems. Genf: World Health Organization.
- Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (2004). Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Genf: World Health Organization.
- Dimeff, L.A., Baer, J.S., Kivlahan, D.R., og Marlatt, G.A. (1998). *Brief alcohol screening and intervention for college students (BASICS)*. New York: Guildford Press.
- Heilbrigðisráðuneytið (2005). Skýrsla heilbrigðisráðherra um þjónustu fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur á Íslandi. Sótt 30. október 2009 á <http://www.heilbrigðisraduneyti.is/media/Skyrslur/S131.08-vimuefna-skyr.pdf>.
- Koob, G.F. (2005). The neurocircuitry of addiction: Implications for treatment. *Clinical Neuroscience Research*, 5, 89-101.
- Landlæknisembættið (2007a). Birtingarmynd áfengisvanda. Sótt 30. október 2009 á <http://www.landlaeknir.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=3365>.
- Landlæknisembættið (2007b). Klínískar leiðbeiningar: Áfengismedferð í heilsugæslu. Sótt 30. október 2009 á <http://www.landlaeknir.is/PagelD=1210>.
- Landlæknisembættið (2007c). Skimunartæki (sjálfspróf). Sótt 30. október 2009 á <http://www.landlaeknir.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=3366>.
- Malliarakis, K.D., og Lucey, P. (2007). Social determinates of health: Focus on substance use and abuse. *Nursing Economics*, 25, 368-375.
- McCrary, B.S., og Epstein, E.E. (1999). *Addiction: A comprehensive guidebook*. New York: Oxford University Press.
- Rollnick, S., Miller, W.R., og Butler, C.C. (2007). *Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior*. New York: Guilford Press.
- SÁÁ (2006). Ársrit SÁÁ 2005-2006. Reykjavík: SÁÁ.
- SÁÁ (2007). Ársrit SÁÁ 2006-2007. Reykjavík: SÁÁ.

## Hjúkrunarfræðingar á Hornströndum

Ferðalög Íslendinga á heimaslóðum nutu mikilla vinsælda á liðnu sumri, þá ekki síst vegna aðstæðna í efnahagsmálum. Sýnu ódýrara er að ferðast innanlands en handan við höfin og því vörðu margir sumarleyfi sínu í gönguferðir um fjöll og firnindi. Í Látravík á Hornströndum náðust saman á einni mynd hjúkrunarfræðingar sem voru hvorir úr sínum hópnum en leiðir þeirra sköruðust við Hornbjargsvita. Í öðrum hópnum var starfsfólk frá Heilbrigðisstofnuninni á Hvammstanga en í hinum fólk frá Ferðafélagi Íslands en ferðir þess nutu mikilla vinsælda þetta árið og mátti þá einu gilda um hvaða slóðir farið var. SBS



Hjúkrunarfræðingarnir á þessari mynd eru frá vinstri: Sigurbjörg Geirsdóttir, Sesselja Kristín Eggertsdóttir og Guðrún Benónýsdóttir, sem allar eru frá Hvammstanga, Bryndís Ólafsdóttir, Reykjavík, Helga Hreiðarsdóttir, Hvammstanga, Sigrún Sunna Skúladóttir og Sigríður Jóhannsdóttir, báðar frá Selfossi, og lengst til hægri er Helga Sif Friðjónsdóttir úr Reykjavík.