

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVA

Antonija Bajo

**ZNAČAJ KLUBOVA LIJEČENIH ALKOHOLIČARA U
TERAPIJI ALKOHOLIZMA**

Završni rad

Split, 2014.godina

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVA

Antonija Bajo

**ZNAČAJ KLUBOVA LIJEČENIH ALKOHOLIČARA U
TERAPIJI ALKOHOLIZMA**

Završni rad

mentor:

prof.dr.sc. Goran Dodig

Split, 2014.godina

SADRŽAJ:

1. UVOD	1
1.1. EPIDEMIOLOGIJA.....	2
1.2. ETIOLOGIJA.....	2
1.3. FAZE ALKOHOLIZMA	4
1.4. POREMEĆAJI U ALKOHOLIČARA.....	4
1.4.1. TJELESNA OŠTEĆENJA ALKOHOLIČARA.....	4
1.4.2. PSIHIČKA OŠTEĆENJA ALKOHOLIČARA	5
1.5. LIJEČENJE ALKOHOLIZMA.....	8
1.5.1. BOLNIČKO LIJEČENJE	8
1.5.2. IZVANBOLNIČKO LIJEČENJE	9
1.5.3. LIJEKOVI U LIJEČENJU OVISNOSTI.....	10
2. CILJ RADA	13
3. KLUBOVI LIJEČENIH ALKOHOLIČARA	14
3.1. ŠTO SU KLUBOVI LIJEČENIH ALKOHOLIČARA?.....	14
3.2. POVIJEST I RASPROSTRANJENOST KLUBOVA LIJEČENIH ALKOHOLIČARA U HRVATSKOJ I SVIJETU	14
3.3. USTROJ I RAD KLUBOVA LIJEČENIH ALKOHOLIČARA	15
3.4. ZNAČAJKE DJELOVANJA.....	16
3.5. DJELATNICI U KLUBOVIMA.....	16
3.5.1. ULOGA STRUČNOG DJELATNIKA.....	17
3.5.2. TEMATSKI TERAPIJSKI SASTANCI	17
3.6. EDUKACIJA U KLUBU O ALKOHOLOGIJU.....	18
3.7. SUPERVIZIJA U KLUBOVIMA.....	20
3.8. IZVANKLUPSKE AKTIVNOSTI	20
3.9. OBITELJ ALKOHOLIČARA	21
3.9.1. UTJECAJ APSTINENCIJE NA OBITELJ ALKOHOLIČARA	22
4. RASPRAVA	24
5. ZAKLJUČAK	25
6. SAŽETAK.....	26
7. SUMMARY	27
8. LITERATURA.....	28
9. ŽIVOTOPIS	30

1. UVOD

Alkoholizam je već od 19. st. smatran bolešću, a Svjetska zdravstvena organizacija ga je 1952. definirala kao bolest (1). Alkoholizam je bolest, a alkoholičar je osoba koja prekomjerno konzumira alkoholna pića, a u koje se razvila psihička i fizička ovisnost, te koja pokazuje duševni poremećaj ili poremećaje ponašanja, oštećenje tjelesnog i psihičkog zdravlja (1). Zbog prekomjerne i dugotrajne uporabe alkoholnih pića alkoholizam uzrokuje fizičku i psihičku ovisnost što mu daje obilježja bolesti. U današnje vrijeme često se događa da se alkoholizmu pristupa s moralnih pozicija prema kojima je to "stil života". Društvena norma koja alkohol olako prihvaća i čini ga dostupnim utjecala je na zanemarivanje opasnosti njegovog konzumiranja, što dovodi do ekspanzije bolesti ovisnosti. Sve je veći broj ovisnika pa je alkoholizam kao bolest na trećem mjestu po učestalosti iza kardiovaskularnih i malignih oboljenja. Neke od društvenih posljedica konzumacije alkohola su prometne nesreće, sve veća stopa kriminaliteta kao i utjecaj na obiteljski, radni i društveni život. Značajan čimbenik u razvoju ovisnosti o alkoholu je stres. Zbog anksiolitičkog učinka alkohol postaje uobičajeno sredstvo konzumiranja što dovodi do njegove sve raširenije primjene. Posebno je zabrinjavajuća činjenica raširenosti primjene alkohola kod mladih.

1.1. EPIDEMIOLOGIJA

Primarni apstinenti su osobe koje nikada nisu probale alkoholno piće i u Hrvatskoj ih je samo 2-8%. Oni se razlikuju od apstinenata koji su to postali liječenjem od alkoholizma. U Hrvatskoj je raširena tzv. društvena potrošnja alkoholnih pića, a počinje se piti u prosjeku od 14-te do 16-te godine života. Prema podacima Kliničke bolnice "Sestre milosrdnice", u nas 15% odraslih muških osoba boluje od alkoholizma, a 15% ih prekomjerno pije (1). U apsolutnim brojevima ima oko 200.000 do 240.000 alkoholičara, a svaki četvrti se liječi u psihijatrijsko - alkohološkoj skrbi. Prema podacima Republičkog registra alkoholičara, godišnje se po prvi put liječi u stacionarnim psihijatrijskim ustanovama oko 7.000 alkoholičara (1). Pijenje alkohola, osobito u mladih, sve je češće, pa je tako Hrvatska prije 12 godina, po udjelu djece koja su konzumirala alkohol u posljednjih godinu dana, bila ispod prosjeka, a u 2007. godini, po istom parametru, bila iznad prosjeka europskih zemalja (prosjek 82%, Hrvatska 84%) (2). Razlog tome je sve tolerantniji stav društva prema alkoholu. Zbog nepoštivanja i neprovođenja zakonskih propisa dostupnost alkohola mladima je velika. Oko 60% žena popije barem jedno alkoholno piće tjedno, a 13% njih popije barem po jedno piće pet dana u tjednu. Možemo zaključiti da žene piju više nego ranijih desetljeća, a u naročitom je porastu pijenje mladih žena dobne skupine starosti od 16. do 24. godine (3).

1.2. ETIOLOGIJA

Alkohol je u ne tako davnoj prošlosti bio hvalevrijedna zamjena za hranu u doslovnom i prenesenom smislu. Pijenje se smatralo poželjnim i zdravim pa tako unatrag 150 godina u nas nije ni postojao problem pijenja (3). Niži društveni slojevi piju veće količine alkoholnih pića od viših društvenih slojeva, pa su tako radnici-nadničari, beskućnici i druga sirotinja, u odsutnosti novca za hranu, a dostupnosti alkohola pili da zaborave i da kroz opitost odagnaju glad. Alkoholizam se može razviti i kod osoba koje žele otkloniti psihološke tegobe i taj se oblik zove simptomatski ili sekundarni alkoholizam. Ljudi piju jer im alkohol pomaže u upoznavanju i druženju s drugim

ljudima. Pijenje potiče veselo raspoloženje, smanjuje napetost te su ljudi otvoreniji u kontaktima s drugima. Sve više to postaje način socijalizacije. Uzroci alkoholizma leže u samom čovjeku te u njegovoj bližoj i široj okolini.

Etiološke teorije u užem smislu se mogu svrstati u tri skupine:

1. Biološke teorije: Genetičke teorije nastoje alkoholizam protumačiti kao nasljednu bolest. Bliži članovi obitelji alkoholičara imaju četiri puta veći rizik za nastanak alkoholizma. Jednojajčani blizanac alkoholičara ima veći rizik za nastanak alkoholizma od dvojajčanih blizanaca. Četiri puta veći rizika za nastanak alkoholizma imaju usvojena djeca alkoholičara u druge obitelji.

S obzirom na osjetljivost prema alkoholu i njegovu djelovanju nađene su etničke i kulturološke razlike. Nakon pijenja minimalne količine alkohola mnogi Azijci pokazuju sliku akutnog toksičnog djelovanja (crvenilo lica, glavobolja, vrtoglavica). Nižu stopu ovisnika o alkoholu imaju etničke skupine poput Azijaca i Židova, a višu stopu alkoholnih ovisnika imaju Indijci i Nuiti te neke skupine muškaraca hispanskog podrijetla. Zaključno genetski faktori utječu na individualnu reakciju na alkohol, u ponašanju pri pijenju, na različitu osjetljivost mozga i drugih tjelesnih sustava, na brzinu eliminacije, stjecanje tolerancije i razvoj fizičke ovisnosti.

2. Psihološke teorije: Prema njima je alkoholizam individualno-psihološki problem, a socijalni činitelji mogu imati više ili manje utjecaja na razvoj alkoholizma. Ističe se zastoj u razvoju ličnosti i oralna fiksacija kao glavna karakteristika tzv. primarnog alkoholizma. Infantilizam, pojačana ovisnost, narcisoidnost i pasivnost proističu iz te fiksacije. Psihološka ovisnost uključuje žudnju za opetovanim uzimanjem sredstava koje u početku donosi ugodu, a kasnije ga spašava od sindroma apstinencije.

3. Sociološke teorije: Pri razvoju ovisnosti o alkoholu utjecaja mogu imati ponašanja i navike grupe. Utjecaj okoline na biološku i psihološku strukturu vrlo je važan. Primarna i sekundarna obitelj ima važnu ulogu u nastanku alkoholizma te je onda riječ o obiteljskom alkoholizmu (1).

1.3. FAZE ALKOHOLIZMA

1. FAZA DRUŠTVENE POTROŠNJE - je faza privikavanja pojedinca na alkohol, i još uvijek je u društveno prihvatljivim okvirima. Raste tolerancija prema alkoholu koja je različita u svakog pojedinca.

2. FAZA ALKOHOLIZMA - je faza koja počinje prestankom rasta podnošljivosti. Zove se "faza baždara" i u njoj nastaje ovisnost. Dolazi do obiteljskih i radnih problema te društvenih poremećaja i zdravstvenih oštećenja.

3. FAZA NEPOVRATNIH OŠTEĆENJA - je faza u kojoj dolazi do pada podnošljivosti, a javljaju se teška oštećenja duševnog i tjelesnog zdravlja kao posljedica konzumacije alkohola (4).

Mogući rani znaci alkoholizma:

- prvi znakovi gubitka kontrole
- veća količina alkoholnih pića u uporabi
- češća pijenja i opijanja
- prvi prigovori obitelji
- prvi prigovori radne sredine
- nedisciplina na poslu i u obitelji
- životna dob u prosjeku manja od 30 godina
- subjektivna zabrinutost zbog konzumacije alkoholnih pića (1).

1.4. POREMEĆAJI U ALKOHOLIČARA

1.4.1. TJELESNA OŠTEĆENJA ALKOHOLIČARA

Dugotrajna i prekomjerna uporaba alkoholnih pića dovodi do čitavog spektra kliničkih sindroma i patoloških promjena koji zahvaćaju različite organe i organske

sustave zbog izravnog toksičnog djelovanja alkohola. Ona zahvaćaju sluznicu usta, jednjaka, želuca i crijeva kao i oštećenja gušterače što za posljedicu može dovesti do akutnog i kroničnog pankreatitisa i dijabetesa. Najčešće toksično oštećenje je alkoholna bolest jetre kao jedan od najčešćih uzroka kronične jetrene bolesti. Alkoholna bolest jetre manifestira se na tri načina: najčešće kao masna jetra, kao alkoholna ciroza jetre i kao klinički manifestan alkoholni hepatitis. Često su prisutni poremećaji stanica svih triju krvnih loza kao i čimbenika zgrušavanja krvi što povisuje rizik krvarenja ili infekcije. Dolazi do promjena u metabolizmu bjelančevina, masti, ugljikohidrata, poremećaja u apsorpciji i sintezi vitamina i minerala. Alkoholna kardiomiopatija je najčešća sekundarna dilatacijska kardiomiopatija. Prepoznata u ranoj fazi ima u potpunosti reverzibilan tijek po prestanku konzumiranja alkoholnih pića (5).

- Neurološka oštećenja alkoholičara:

Uglavnom su metaboličke naravi, izazvani pomanjkanjem vitamina B, a zahvaćaju periferni i središnji živčani sustav. Alkohol (etanol) je depresor središnjeg živčanog sustava i ima značajan psihoaktivni učinak u subletalnim dozama. Smatra se psihoaktivnom drogom jer ima mogućnost promijene ljudske svjesnosti (6).

Značajna trajna oštećenja mozga i drugih organa izaziva produžena konzumacija većih količina alkohola. Za posljedicu može imati neurološke poremećaje poput Wernickeove encefalopatije, Korsakovljeve psihoze, perifernu alkoholnu neuropatiju, akutnu i kroničnu miopatiju, itd. Kronični abuzus predstavlja rizik za pojavu epilepsije, moždani udar i cerebrovaskularne bolesti.

1.4.2. PSIHIČKA OŠTEĆENJA ALKOHOLIČARA

Psihička oštećenja povezana su s farmakodinamskim djelovanjem alkohola na SŽS i predstavljaju različite psihijatrijske sindrome koji mogu progredirati od problema povezanih s konzumiranjem alkohola do ovisnosti o alkoholu, apstinencijskog sindroma, deliriuma i rezidualne demencije. Dokazano je da su ljudi koji konzumiraju velike količine alkohola ranjiviji za probleme mentalnog zdravlja i da pretjerana konzumacija alkohola doprinosi duševnim bolestima poput depresije (7). Duševni

poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovanih alkoholom šifrirani su u Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih stanja, deseta revizija (MKB 10).

Podjela poremećaja ponašanja i duševnih poremećaja prouzročenih alkoholom:

- Akutna intoksikacija (F10.0) nastaje nakon jednokratnog uzimanja alkohola što dovodi do poremećaja razine svijesti, percepcije, afekta, kognitivnih i emocionalnih sposobnosti i ponašanja. Poremećaji su povezani s farmakološkim učinkom alkohola. Akutna intoksikacija česta je u osoba sklonih neumjerenom, nekontroliranom ili prekomjernom pijenju alkohola. Disfunkcionalno ponašanje karakteristično očituje se s najmanje jednim od navedenih simptoma: otkočenost, svadljivost, agresivnost, labilno raspoloženje, slabija pažnja i slabije prosuđivanje. Također postoje i fizički znakovi poput nesigurnog, teturavog hoda, poteškoća pri stajanju, nejasan govor, nistagmus, pad razine svijesti, crvenilo lica, injicirane konjunktive. Patološka intoksikacija je nagla i nastaje nekoliko minuta nakon pijenja alkohola. Osoba s patološkom intoksikacijom opisana je kao smetena, dezorijentirana, s prolaznim sumanutostima, iluzijama i vidnim halucinacijama.
- Štetna uporaba alkohola (F10.1) jest neumjereno pijenje alkohola koje uzrokuje oštećenje tjelesnog i psihičkog zdravlja ili nesposobnost rasuđivanja i neprilagođeno ponašanje. Takvo pijenje je pijenje koje se ponavlja tijekom 12 mjeseci ili traje najmanje mjesec dana što dovodi do iscrpljenosti, neispunjavanja glavnih uloga i obaveza u školi, na poslu ili u obitelji te do rizičnih situacija kao što je vožnja automobilom pod utjecajem alkohola. Najbolja strategija liječenja je potpuna apstinencija.
- Sindrom ovisnosti o alkoholu (F10.2) je primjer prisilne uporabe alkohola definiran sa tri ili više većih poremećaja ponašanja, psihičkih i fizičkih poremećaja u vezi s pijenjem alkohola. Kod osoba postoji jaka želja ili osjećaj prisile da se uzme alkohol i daju se prednosti pijenju alkohola pred drugim aktivnostima i obavezama i pojavljuje se apstinencijski sindrom nakon prestanka pijenja.

- Apstinencijski sindrom (F10.3) naziva se još nekomplikirani alkoholni apstinencijski sindrom. Karakteristična je pojava internističkih, neuroloških i psihijatrijskih simptoma. Simptomi apstinencije su tremor koji može biti sličan fiziološkom tremoru, opća razdražljivost, gastrointestinalni simptomi, anksioznost, uzbuđenje, znojenje, crvenilo lica, tahikardija, lagana hipertenzija.
- Apstinencijski sindrom s delirijem (F10.4) je čest akutni organski psihotični poremećaj. Tipični simptomi i znakovi deliriuma tremensa su delirij (suženje svijesti, dezorijentiranost i psihomotorni nemir), anksioznost, nesanica, autonomna hiperaktivnost (tahikardija, hipertenzija, znojenje, temperatura), žive halucinacije, tremor, epileptički napadaji, paranoidne ideje. Apstinencija od alkohola i intoksikacija alkoholom mogu uzrokovati delirij.
- Psihotični poremećaji (F10.5) se pojavljuju tijekom ili nakon pijenja. Poremećaj obilježuju halucinacije, iskrivljeno opažanje – iluzije, patološke ideje. Psihotični poremećaji prouzročeni alkoholom su halucinoza, ljubomora, paranoja, psihoze koje nisu drugdje specificirane. Alkoholna halucinoza je sindrom kojeg karakteriziraju halucinatorni doživljaji pretežno slušne naravi. Psihoza ljubomore je psihoza sa sumanutim mislima u kasnijoj fazi alkoholizma.
- Amnestički sindrom (F10.6) je povezan sa slabljenjem bližeg i daljeg pamćenja. Neposredno je prisjećanje dobro očuvano za razliku od bližeg pamćenja. Wernickeova encefalopatija je klinički sindrom prouzročen deficitom tijamina, a simptomi su nistagmus, paraliza abducensa, diplopija, ataksija, opća smetenost, konfabulacije, letargija, indiferentnost, anksioznost i nesanica. Korsakovljev sindrom je teški psihički poremećaj koji je karakteriziran poremećajima sjećanja i pamćenja, konfabulacijama i smetenošću.
- Rezidualni psihički poremećaji (F10.7) su poremećaji kod kojih promjene kognicije, afekta i osobnosti traju dulje nego što je direktni učinak djelovanja tvari kojom su uzrokovane.
- Ostali duševni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani alkoholom (F10.8) su poremećaji koji uzrokuju klinički značajne poteškoće u pogledu radnog, obiteljskog i socijalnog funkcioniranja.
- Neoznačeni duševni poremećaj i poremećaj ponašanja (F10.9) (12).

1.5. LIJEČENJE ALKOHOLIZMA

Osnovni cilj liječenja je postići apsolutnu apstinenciju od alkohola te uspješan povratak bolesnika u njegovu prirodnu sredinu. Najpoznatiji pristup liječenja je Hudolinov kompleksni socijalno-psihijatrijski postupak Zagrebačke škole alkohologije. Taj pristup sastoji se od grupne psihoterapije, edukacije, obiteljske terapije, terapijske zajednice, medikamentoznog liječenja i Kluba liječenih alkoholičara. Rana dijagnostika alkoholizma je vrlo bitna kako posljedice alkoholizma bile što manje. Razlikuju se bolničko i izvanbolničko tzv. dispanzersko liječenje.

1.5.1. BOLNIČKO LIJEČENJE

Bolničko liječenje se provodi stacionarno (u specijaliziranim psihijatrijskim bolnicama, klinikama, odjelima) te kao liječenje u dnevnoj bolnici i vikend bolnici. Bolnička detoksikacija je standardna mjera u liječenju alkoholičara kada se razviju naglašeniji znakovi alkoholnog apstinencijskog sindroma. Cilj bolničkog liječenja je ublažavanje simptoma apstinencijske krize ili proces detoksikacije kojim se uspostavlja apstinencija. Bolničko liječenje ne može osigurati doživotnu apstinenciju pa ne može spriječiti recidive pijenja ako apstinent-novak, odmah po otpustu, nije uključen u strukturirane sustave vanbolničkog liječenja.

U Dnevnoj bolnici alkoholičari provedu na liječenju veći dio dana. Program je organiziran po načelima terapijske zajednice. Većina programa se odvija u grupama, ali provodi se i individualna psihoterapija. Bolesnici jednom dnevno imaju zajednički sastanak na kojem se analiziraju rad i zbivanja terapijske zajednice u toku 24 sata.

Jedinstveni oblik parcijalnog hospitalnog liječenja je vikend bolnica koja je koncipirana po načelima obiteljske terapijske zajednice. Alkoholizam je bolest koju karakterizira sustavni poremećaj obiteljskih odnosa, što ima za posljedicu ugrožavanje funkcioniranja obiteljskog sustava, a time i svakog njenog člana koji čini taj sustav (8).

Obiteljsko liječenje je nezaobilazan postupak u alkohologiji. Cilj je stvoriti uvid u alkoholizam. Svi članovi obitelji moraju doći do spoznaje da je to njihov zajednički problem, jer alkoholizam ima bračnu i obiteljsku pozadinu. Jedna od važnih promjena

koja se želi postići je potpuna apstinencija svih članova obitelji. Kroz obiteljsku terapiju nastoje se poboljšati komunikacije, odnosi i uloge u obitelji.

Socioterapija i psihoterapija uz korištenje psihofarmaka su učinkovit oblik tretmana.

Psihoterapija je temeljno usmjerena na problemsko rješavanje aktualne situacije alkoholičara, na analizu očekivanih učinaka od pijenja, na analizu motivacijskih čimbenika koji navode na pijenje uz iznalaženje načina za nošenje s navedenim situacijama. Psihoterapija se provodi uz aktivnu prisutnost članova njegove obitelji te se u sklopu tih grupnih sastanaka održavanju predavanja, sastanci obitelji alkoholičara, grupe opuštanja, grupe koje prorađuju „Stepenice oporavka“ Anonimnih alkoholičara ili građu „Doktrine Klubova liječenih alkoholičara“. Održavaju se i grupe socioterapijske prirode koje se bave problemom socijalne i profesionalne resocijalizacije alkoholičara u zajednicu kojoj su pripadali. Individualni psihoterapijski pristup u liječenju alkoholičara sam za sebe nije dovoljno učinkovit. Psihoterapija nije od pomoći alkoholičaru koji pije već alkoholičaru koji apstinira.

1.5.2. IZVANBOLNIČKO LIJEČENJE

U izvanbolničkom liječenju sastavni dio metoda liječenja su grupni psihoterapijski postupci. Za liječenje je vrlo bitna velika motivacija alkoholičara. Samoodlučivanje se mora podržavati i jačati. Grupna psihoterapija se sastoji od grupa u kojima ima 10 do 15 članova. Cilj je promjena ponašanja, bolji emocionalni odnosi i novi način komunikacije. Od alkoholičara se traži da preuzme niz odgovornosti i bude aktivni sudionik u liječenju. Izvanbolnički, tzv. "kućni detoks" jednako je siguran i učinkovit kao i „bolnički detoks“, ali bitno jeftiniji u slučajevima blažeg do umjerenog alkoholnog apstinencijskog sindroma. Liječenje alkoholičara je najbolje provoditi izvanbolnički kroz stručno vođene programe koji su se pokazali najučinkovitijim i najjeftinijim. U svijetu tako postoji mreža alternativnih izvanbolničkih programa grupa samopomoći kao što su Self Management and Recovery Training (SMART-grupe) i Rational Recovery (RR-grupe) koje apstinenciju ostvaruju primjenom kognitivno-bihevioralnog restrukturiranja, potom Women for Sobriety (WOS) - Trijezne žene kao grupe samopomoći žena koje piju te Moderation Management (MM-grupe) s obrascem

umjerenog, socijalno neštetnog pijenja te najpoznatiji Anonimni alkoholičari (AA). To je bratsvo alkoholičara koji apstiniraju. Najveću šansu za oporavak i izlječenje imaju alkoholičari koji su dovoljno dugo i dovoljno često pohađali sastanke i pripadali bratstvu Anonimnih alkoholičara. Njihov cilj je uzajamno pomaganje alkoholičaru da ustraje na svojoj odluci o liječenju i apstinenciji. Na sličnim načelima uzajmne pomoći su osnovani u nas klubovi liječenih alkoholičara. Na sastanke KLA alkoholičar dolazi s članom obitelji jedanput tjedno, gdje iznose svoje poteškoće, kao i strahove u svezi s vlastitim liječenjem. U KLA alkoholičari uče nova ponašanja i novi život bez alkohola. Sastancima kluba treba prisustvovati pet godina (13).

Provodi li se liječenje bolnički ili izvanbolnički temeljna načela liječenja sadržana su u obiteljskom pristupu i u klubovima liječenih alkoholičara.

U liječenju alkoholičara moraju se poštovati slijedeći principi:

1. Postupci na izmjeni ponašanja moraju biti dovoljno dugi, najmanje pet godina, jer je alkoholizam dugotrajni poremećaj.
2. Najbolje rezultate daju obiteljska terapija, multipla i proširena obiteljska terapija, te višeobiteljska terapijska zajednica.
3. Programi moraju imati ugrađene sustave samopomoći i uzajamne pomoći kakvi se primjenjuju u klubovima liječenih alkoholičara (1).

1.5.3. LIJEKOVI U LIJEČENJU OVISNOSTI

Lijekovi u liječenju ovisnosti o alkoholu stvaraju preduvjete za život bez alkohola, ali ne mogu apstinirati umjesto alkoholičara. Alkoholičar mora promijeniti sebe i svoj život, a psihofarmaci mu mogu pomoći pri održavanju apstinencije.

Disulfiram su 1948. godine otkrili danski istraživači Jens Hald i Erik Jacobsen. Desetak minuta po pijenju alkoholnog pića nakon disulfirama nastupa reakcija gađenja i tjelesne mučnine koja se očituje pulsirajućom glavoboljom, crvenilom lica, porastom krvnog tlaka, ubrzanjem srčanog ritma, otežanim disanjem, osjećajem gušenja i

zaduhom, preznojavanjem, a u slučaju pijenja većih količina alkoholnih pića moguća je aritmija, rušenje krvnog tlaka i kolaps. Reakcija traje od pola do dva sata ovisno o dozi disulfirama i o količini popijenog alkohola (3).

Disulfiram ne smiju uzimati:

- alkoholičari koji ne misle prestati piti
- oni koji ne mogu razumjeti smisao liječenjem disulfiramom (psihoorganski promijenjeni ili dementni, retardirani)
- alkoholičari sa kardiovaskularnim problemima, poremećenom funkcijom jetre ili bubrega, dijabetesom tip 1 te moždanom ishemijom
- trudnice sa problemima pijenja alkohola (3).

Uzimanje disulfirama pomaže alkoholičarima-apstinentima u naletima žudnje za pijenjem i alkoholičarima kojima prijete ozbiljne posljedice ukoliko nastave piti jer kemijskom reakcijom izaziva gađenje prema alkoholu. Jedan od pokazatelja motiviranosti za apstinenciju jest alkoholičareva spremnost uzimanja disulfirama. Uzima se prvih godinu dana pod nadzorom druge osobe u dozi od 250 mg dnevno, a slijedeću godinu dana samo povremeno i to kada bi postojala mogućnost recidiva (3).

Sedativi - anksiolitici također su od pomoći alkoholičarima u apstinenciji za savladavanje krize. Uzimaju se samo u nužnoj potrebi i ne smiju se uzimati po ovisničkom tipu.

Naltraxone je antagonist opioidnih receptora koji smanjuje žudnju za alkoholom, pomaže pacijentu pri apstinenciji, prevenira recidiv i smanjuje pijenje. Ima averzivno djelovanje što znači da zajedno s alkoholom izaziva mučninu. Daje se u dozi od 50mg dnevno, a pokazao se učinkovitim u programima liječenja van bolnice (13).

Acamprosate (Campral) se koristi u programu liječenja alkoholizma uz kombinaciju drugih terapijskih programa u dozi od 2000mg/dnevno. Nema adiktivni učinak i smanjuje želju za alkoholom. Kontraindiciran je osobama s bubrežnom insuficijencijom, težim jetrenim oštećenjima, trudnicama i dojiljama.

Buspiron (Buspar) je značajna alternativa benzodiazepinima za liječenje anksioznih poremećaja pri alkoholizmu i drugim ovisnostima. Ima mali adiktivni učinak, ne uzrokuje sedaciju, kognitivne smetnje i apstinencijski sindrom (12).

2. CILJ RADA

1. Cilj ovog rada je opisati značaj klubova liječenih alkoholičara.
2. Koji je značaj kluba liječenih alkoholičara u terapiji alkoholizma?
3. Uloga više medicinske sestre kao mogućeg terapeuta ili koterapeuta u radu kluba liječenih alkoholičara.

3.KLUBOVI LIJEČENIH ALKOHOLIČARA

3.1. ŠTO SU KLUBOVI LIJEČENIH ALKOHOLIČARA?

Klubovi liječenih alkoholičara su skupine alkoholičara, terapeuta i poželjno obitelji alkoholičara u kojima se koriste psihosocijalne metode liječenja alkoholizma, edukacija alkoholičara, metode kontrole pijenja, sprječavanja recidiva, edukacija alkoholičara i obitelji te stvaranje pozitivnih obrazaca ponašanja korisnih ne samo u prevenciji recidiva i održavanju apstinencije nego i životnih stavova.

3.2. POVIJEST I RASPROSTRANJENOST KLUBOVA LIJEČENIH ALKOHOLIČARA U HRVATSKOJ I SVIJETU

U Zagrebu je 1964. godine osnovan prvi Klub liječenih alkoholičara u Hrvatskoj, a 1985. godine je djelovalo preko pet stotina Klubova, to je bilo najplodnije razdoblje KLA. Prve Klubove liječenih alkoholičara u Italiji (Club degli Alcolisti in Trattamento) u Trstu i Udinama osniva Vladimir Hudolin 1979. godine. Osamdesetih godina dvadesetog stoljeća mreža Klubova se širi diljem Italije na 2.500 Klubova sa oko 20.000 članova (9). Hrvatska i Italija su jedine europske zemlje u kojima grupe Anonimnih Alkoholičara nisu dominantno najveći sustav za pomoć alkoholičarima, već ih brojnošću nadmašuju upravo Klubovi liječenih alkoholičara. Hudolinovi Klubovi danas u Europi postoje i u svim zemljama bivše Jugoslavije, u Rusiji, Bjelorusiji, Bugarskoj, Norveškoj, Danskoj, Švedskoj, Albaniji, Portugalu, Španjolskoj, Poljskoj, Slovačkoj, Grčkoj i Švicarskoj. Na drugim kontinentima Klubovi liječenih alkoholičara postoje u Brazilu, Peruu, Čileu, Boliviji, Ekvadoru, Nikaragvi, Hondurasu i na Novom Zelandu.

Krovno koordinativno tijelo naših Klubova je Hrvatski savez Klubova liječenih alkoholičara koji je osnovan 1965. godine u Zagrebu. Danas u Hrvatskoj djeluje oko 170 Klubova liječenih alkoholičara, od kojih je polovica na području zagrebačke županije. Procjenjuje se da u Hrvatskoj ima oko 240.000 alkoholičara, od čega su 15%

odrasli muškarci i 8% žene. Na svakih 10.000 stanovnika trebao bi biti jedan Klub liječenih alkoholičara (9).

3.3. USTROJ I RAD KLUBOVA LIJEČENIH ALKOHOLIČARA

Klub liječenih alkoholičara vodi stručni terapeut ne-alkoholičar educiran za vođenje kluba liječenih alkoholičara. Za rad su potrebna minimalna sredstva i ona se osiguravaju u pravilu iz članarine kao i iz dragovoljnih priloga njihovih članova. Veoma je važno da alkoholičari sami financiraju svoj oporavak jer time izgrađuju svijest o vrijednosti vlastitog oporavka. Rad stručnih voditelja financiraju jedinice lokalne samouprave. Savez Klubova liječenih alkoholičara koordinira i pomaže Klubovima, a ne upravlja njima. Alkoholičari-apstinenti se ujedanjuju u Klubove, a Klubovi u savez Klubova, kako bi stvorili živi sustav nade i oporavka koji raste, razvija se i služi bratstvu alkoholičara koji se oporavljaju (9). Savjest bratstva brine da oporavak bude omogućen svakom alkoholičaru. Osnovni razlog postojanja Saveza i Klubova je prenošenje poruke oporavka.

Sastanci grupa se prilagođuju članovima s jasnim ciljem doživotne apstinencije. Jedini uvjet da bi alkoholičar bio član Kluba i nazočio sastancima je apstinencija od alkohola. U Klubu nema pravila za izbacivanje članova. Što je alkoholičar u većim poteškoćama, to ga Klub i članovi moraju više podržavati. Rehabilitacija alkoholičara se ne provodi u Klubovima liječenih alkoholičara već u stvarnom društvu.

Upravna tijela KLA su Skupština, Predsjedništvo i Nadzorni odbor KLA. Skupštinu čine svi članovi KLA pa je tako to najviše tijelo udruge. Skupština odlučuje pravovaljano, ako je nazočna natpolovična većina. Predsjedništvo ima izvršne funkcije i sastavljeno je od pet članova (predsjednika, dopredsjednika, tajnika i još dva izabrana člana). Nadzorni odbor provodi superviziju tijela i utvrđuje je li djelatnost KLA u skladu s zakonom, Statutom i drugim aktima KLA. Nadzorni odbor se sastoji od tri člana od kojih je jedan uvijek stručni djelatnik (14).

3.4. ZNAČAJKE DJELOVANJA

Klubovi su nastali iz potrebe alkoholičara da si međusobno pomažu živjeti bez alkohola. Bez potpore Kluba liječenih alkoholičara većina alkoholičara se ne može izliječiti ni oporaviti. Klub nije mjesto za zabavu već je organiziran da bi omogućio izmjenu ponašanja svojih članova i osigurao pomoć alkoholičarima. Kad jedan član ima poteškoće potrebno je sve snage usmjeriti na pomaganje članu. Klub nije društvena organizacija koja zamjenjuje normalno društvo već on priprema alkoholičara za društvenu rehabilitaciju. Društvenu, obiteljsku, radnu rehabilitaciju i afirmaciju alkoholičar postiže u normalnom društvu. To se postiže poštivanjem osobnosti alkoholičara i u trenutku njegovog posrnuća. Nadalje, neodbacivanjem alkoholičara kada mu je teško, razvijanjem psihološke i socijalne solidarnosti i učenja osobnoj i društvenoj odgovornosti kroz praktičan odnos sa svim članovima kluba liječenih alkoholičara.

3.5. DJELATNICI U KLUBOVIMA

Često se vodi rasprava o djelatnicima u Klubovima. Jedni smatraju da su najbolji stručni djelatnici, drugi daju prednost ljudima s iskustvom, a treći misle da bi najbolji biliiskusni liječeni alkoholičari s dodatnom izobrazbom. Djelatnik je osoba koja mora imati mnoge ljudske kvalitete poput sposobnosti uživljavanja u tuđe situacije, strpljivost u slušanju, sposobnost pružanja i primanja prijateljstva i ljubavi, međudjelovanje s obiteljima u klubu te naravno stručnost postignutu izobrazbom i stečenim iskustvom. Postoji razlika u djelovanju između stručnih i dostručnih djelatnika.

Stručni djelatnik djeluje aktivno jer ima znanje, koristi specifične terapijske tehnike te ima razvijenu empatiju. Dostručni djelatnici ne trebaju oponašati stručne djelatnike već primjenjivati svoje vlastito iskustvo te razvijati prijateljski odnos. Kroz doškolovanje su stekli dodatna saznanja o liječenju alkoholizma, o koncepciji suzbijanja problema, obiteljskom životu i radu u klubovima liječenih alkoholičara. Uloga stručnog djelatnika je izravno suočavati člana s njegovim ponašanjem dok od ostalih članova i dostručnih djelatnika traži i dobiva podršku. Dva puta mjesečno stručni djelatnici sudjeluju u radu kluba liječenih alkoholičara i dobivaju naknadu za svoj rad.

3.5.1. ULOGA STRUČNOG DJELATNIKA

Uloga stručnog djelatnika prvenstveno se svodi na njegove intervencije i znanja u vođenju kluba liječenih alkoholičara na način da se stvara harmoničan odnos, a istodobno iskren među članovima kluba liječenih alkoholičara. Za sve ovo važna je i motivacija koju stručni djelatnik mora znati poticati.

Ciljevi rada stručnog djelatnika su:

1. pomoć u readaptaciji i socijalizaciji alkoholičara
2. pomoć u prihvaćanju realnosti, jasno, ako nema ireverzibilnih oštećenja
3. izbjeći svako popuštanje, jer postoji opasnost pasivizacije alkoholičara
4. stručni djelatnik mora pomoći bolesniku da sazrije, da "odrase", da postigne uvid u svoju bolest i da se sam uključi u traženje ili vraćanje onoga što je izgubio ili možda nije imao (10).

3.5.2. TEMATSKI TERAPIJSKI SASTANCI

Grupni rad u klubovima liječenih alkoholičara je organiziran po socioterapijskim principima. Terapijske sastanke klubova je uveo pokojni prof. dr. Vladimir Hudolin. Kod svih terapijskih grupa inzistira se na točnosti i redovitosti što znači da terapijski sastanci trebaju započinjati na vrijeme i od svih članova zahtijeva se redovit dolazak. Sastanak počinje prozivkom članova i uzimanjem disulfirama.

Tema terapijskog sastanka se mijenja od susreta do susreta. Stručni djelatnik zadužen je da sastanak učini edukativnim i zanimljivim. Bitno je istaknuti da recidiv ima prioritet, prilikom čega se alkoholičaru razgovorom na sastancima pomaže, a ako nije došao na sastanak organizira se patronaža u koju idu dvoje-troje članova kluba i prema potrebi stručni djelatnik. Tema se odabire na temelju potreba grupe prema individualnim, specifičnim problemima. Teme o usvajanju novog načina života, kao na

pr. život bez alkohola u kući, krug prijatelja, uloga dolaska u klub svaki tjedan zajedno sa suprugom, potrebno je obraditi u počecima rada kluba liječenih alkoholičara. Nakon osnovnih pravila biraju se teme koje potiču promjenu ponašanja, promjenu svog dosadašnjeg načina života, svoje svakodnevice. Teme trebaju nuditi odgovore za rješavanje određenih problema, kao i pomoći u odabiru pravog puta. Stručni djelatnik potiče starije apstinente na prepričavanje svog vlastitog iskustva što olakšava mladim u rješavanju nedoumica s kojima se susreću u apstinenciji.

U uvodnom desetominutnom djelu stručni djelatnik iznosi problematiku te primjerima potiče članove na razmišljanja o sebi koja iznose u raspravi. Svojim pitanjima stručni djelatnik članove uvodi u srž problema pri čemu dolazi do faze samootkrivanja. On pomaže članovima da izraze sami sebe, svoje misli i brige. Iznošenjem životnih primjera postiže se međusobno povezivanje članova. Tri su razine na koje stručni djelatnik usmjerava svoje intervencije a to su individualna razina, razina cijele grupe i socijalno-kulturno okruženje u kojem osoba živi.

Tematski terapijski sastanci su prednost jer su edukativni i zanimljivi, a cilj teme je poboljšanje odnosa u obitelji, smanjenje autoagresije i podizanje samopouzdanja.

3.6. EDUKACIJA U KLUBU O ALKOHOLOGIJU

Edukacija je proces koji pridonosi upoznavanju svih činjenica važnih za određeni problem. U tom kontekstu rad djelatnika u klubu zahtijeva stalnu izobrazbu, stalno doškolovanje i stalan rad u praksi. Široko pučanstvo također bi trebalo biti obuhvaćeno edukacijom o prevenciji, liječenju i rehabilitaciji alkoholičara. Alkoholičari i njihove obitelji educiraju se o svojoj bolesti te postizanju i održavanju apstinencije i kvalitetnijeg života. Nakon toga slijedi izobrazba putem raznih seminara, tečajeva i skupina, a mogu biti jednodnevni, trodnevni, jednotjedni, višemjesečni i sl. Organiziraju se razni seminari za rad u području liječenja alkoholizma i osposobljavanje novih stručnih djelatnika kao što su liječnici, medicinske sestre, socijalni radnici, psiholozi, defektolozi, pedagozi. Posebna pažnja posvećuje se kadrovima koji će preuzeti ulogu voditelja KLA. To mogu biti stručni djelatnici, ali i laici, pa tako i liječeni alkoholičari uz uvjet da prihvate apstinenciju. Zbog posjedovanja osobnih iskustava i temeljne

edukacije liječeni alkoholičari i njihove obitelji mogu biti djelatnici u klubovima liječenih alkoholičara.

Kriteriji za uključivanje u grupu edukacije djelatnika su:

1. da su osobe apstinenti najmanje godinu dana, te da su redoviti i aktivni članovi svog kluba liječenih alkoholičara
2. da imaju prethodno završeni seminar iz obiteljskog postupka (obrađeno 12 tema iz obiteljskog života u kontinuitetu programa po tri sata jedanput tjedno)
3. da su približno jednakog stupnja izobrazbe - najmanje srednja stručna sprema
4. da imaju potrebu i empatiju za pomaganje ljudima te za vođenje kluba liječenih alkoholičara, volju za promjenom, vlastiti motiv - radi sebe samih ili radi unapređivanja rada u okviru svoje profesije, da obogaćuju ličnost, da uče; ocjenu i prijedlog o takvim osobama daje njihov klub
5. da su već ranije završili neki seminar senzibilizacije za voditelje kluba, te da su pročitali osnovnu alkohološku literaturu i dobili saznanja iz grupnog rada (11).

Ovakav način grupnog rada u edukaciji djelatnika u KLA primjenjuje se zbog nedostatka kadrova. Ovom formom edukacije postiže se opuštenost i tolerancija u radu s članovima kluba, uči osloboditi se pritiska rada s bolesnicima, tehnika postizanja zanimanja za bolesnikovo ponašanje bez prosuđivanja i moraliziranja. U radu kluba liječenih alkoholičara potrebna je nazočnost stručnih djelatnika jer njihova nazočnost dostručnim djelatnicima daje osjećaj sigurnosti u radu s alkoholičarima.

3.7. SUPERVIZIJA U KLUBOVIMA

Supervizija znači kontrola, nadgledanje, nadzor. Postupak je kojim se postiže bolji uvid u probleme i načine njihovih rješavanja. To je međusobna suradnja u kojem je stariji i iskusniji djelatnik podrška manje iskusnom, a kojom je sačuvana osobna odgovornost i samostalnost u radu. Za superviziju se dogovori jedna stručna tema ili se prezentiraju izvješća o radu, a potom se raspravlja o iznesenoj problematici. U radu kluba liječenih alkoholičara javlja se niz poteškoća. Da bi se te poteškoće riješile organiziraju se recipročne, međuklupske supervizije i autosupervizije. Njihova svrha jest postizanje uvida i razvijanje uzajamne podrške, a cilj je postizanje što kvalitetnijeg rada. Supervizija je postupak koji traje na redovitim mjesečnim sastancima stručnih i dostručnih djelatnika, kao i na mjesečnim sastancima Hrvatskog saveza klubova liječenih alkoholičara, županijskih zajednica klubova, općinskih udruženja klubova, na godišnjim skupštinama klubova, na stručnim sastancima, simpozijima i kongresima. Za svaki klub liječenih alkoholičara je zadužen jedan socijalni radnik iz Centra za socijalnu skrb koji svaki mjesec nazoči u radu kluba

3.8. IZVANKLUPSKE AKTIVNOSTI

Mnogi klubovi liječenih alkoholičara organiziraju izvanklupska druženja. Članovi klubova organiziraju mnoge društvene, zabavne, odgojne i obrazovne aktivnosti. Te aktivnosti proizašle su upravo iz prvobitnih spontanijih druženja članova kluba. U klubovima se često upoznaju članovi iz vlastite svakodnevice. Vrlo često ti slučajni susreti završavaju dogovorenim druženjima. Terapeuti nerijetko podržavaju izvanklupsko druženje jer na taj način apstinenti upoznaju nove osobe i stvaraju novi krug prijatelja koji ga razumiju i prihvaćaju kao osobu s pozitivnim i negativnim osobinama. Primijećeno je da osobe koje se sprijatelje s članovima kluba i organiziraju izvanklupske aktivnosti duže apstiniraju. Izvanklupska druženja pridonose bržem stvaranju uvida u svoje poteškoće, upoznavanju sebe te čvršćom i kvalitetnijom apstinencijom. Jača se pojedinac i njegova osobnost, ali i grupna kohezija. Uočavaju se bolji rezultati pojedinca i grupe jer klub postaje klub otvorenih i iskrenih prijatelja.

Njihovi razgovori su izravniji i konkretniji, a vrlo često osobe se poistovjećuju s grupom pa se razvija MI-osjećaj.

Postoje naravno i negativne strane izvanklupskih druženja. Za prijatelje biraju osobe sličnih navika kao i oni te osobe s kojima se ugodno osjećaju. Na taj se način stvara zatvoren krug ljudi koji se druže i izvan kluba liječenih alkoholičara. Oni postavljaju granice subgrupe i ne dopuštaju drugima da im priđu, pa se vrlo često događa da se ostali članovi kluba osjećaju izolirano i manje vrijedno. Terapeut ima ulogu upozoriti članove kluba na pojavu tog problema. Grupirajući se čovjek zadovoljava svoje osnovne potrebe kao što su potreba za preživljavanjem, potreba za moći, potreba za ljubavlju i pripadanjem, potreba za slobodom, potreba za zabavom. Zadovoljavanjem tih potreba održava se apstinencija članova i gradi pozitivan odnos prema apstinenciji.

3.9.OBITELJ ALKOHOLIČARA

Alkoholizam ponajprije dovodi do negativnih promjena koje su najuočljivije u obiteljskom funkcioniranju alkoholičara, a tek godinama kasnije postaju uočljive u radnom i u društvenom funkcioniranju. Članovi obitelji poriču činjenicu da njihov bližnji ima problem ovisnosti, umanjuju, potiskuju i negiraju ozbiljnost problema. Obitelj alkoholičara podređuje svoje živote njegovom, preuzimaju odgovornost za posljedice na sebe i na taj način nesvjesno podržavaju njegovo pijenje. Bez suočavanja obitelj alkoholičara neizravno podržava i potpomaže njegovo daljnje pijenje i zato članovi obitelji ne smiju skrivati od alkoholičara u obitelji koliko su pogođeni te nema razloga zatumljavati spontanu afektivnu reakciju. Izostanak reakcije obitelji alkoholičar shvaća kao da njegova obitelj to ne doživljava zastrašujućim jer on i tako pokušava umanjiti ili zataškati činjenicu prekomjernog pijenja. Sve to u konačnici vodi nastavku pijenja. "Ne stidite se zbog problema pijenja vaših bližnjih. Nimate se čega stidjeti, jer ne pijete vi nego on. Ne štitite, ne skrivajte i ne opravdavajte pijenje člana vaše obitelji, time ga samo lišavate društvene osude koja ga pripada, koju je zaslužio i s kojom neka se sam nosi. Ne pokrivajte alkoholičara, jer on mora doživjeti sve posljedice svog pijenja" (9).

Većina obitelji alkoholičara su disfunkcionalne obitelji. One imaju učestale unutarobiteljske konflikte, sa manjkavim funkcioniranjem i dezorganizacijom obitelji kao cjeline. Emotivne veze članova obitelji su slabe, površne i nesigurne, a modeli roditeljskih figura manjkavi. Brakovi alkoholičara su disfunkcionalni. Članovi obitelji su nerijetko zlostavljani, emotivno, ali i fizički. Članovi obitelji dolaze na sastanke Klubova liječenih alkoholičara da bi pomogli sebi, a onda svojim bližnjim alkoholičarima. Smatra se da se alkoholičaru nikada ne smiju držati predavanja, nikada moralizirati, nikada ne grditi, ne izlagati ga sramu, a ni prijetnjama. Također se smatra da se nije dobro svađati s alkoholičarem i nikada ne prikrivati posljedice njegovog pijenja što se često događa.

3.9.1. UTJECAJ APSTINENCIJE NA OBITELJ ALKOHOLIČARA

Prestankom pijenja alkoholičar ugrožava sav dosadašnji sustav funkcioniranja vlastite obitelji, izgrađen tako da obitelj funkcionira i preživi usprkos njegovom pijenju. Apstinencija može destabilizirati obitelj alkoholičara jer se obitelj suočava sa novonastalom situacijom koja je svakako poželjnija i lakša. Prestanak pijenja ne dovodi nužno odmah do cijeljenja odnosa među članovima obitelji. Alkoholizam može služiti kao stabilizacijski činitelj u obiteljima koje inače nisu stabilne po pitanju temeljnih obiteljskih odnosa. Jedan manji broj brakova raspada se i zbog toga jer supružnicima trijezna osobnost alkoholičara-apstinenta dugoročno ne odgovara. Neka istraživanja pokazala su kako ne postoji razlika u razini stresa u supruga alkoholičara koji su prestali i supruga alkoholičara koji nisu prestali konzumirati alkohol. Za mnoge obitelji je proizvodnja alkoholnih pića za osobne potrebe i pijenje normalna pa je tako prestanak pijenja unutar takve obitelji teško. To ne znači da treba izbjegavati apstinenciju. Dapače zbog toga nužan je u toj fazi intenzivan rad s članovima obitelji.

U simptomatskom alkoholizmu posebno je indicirana obiteljska ili pak bračna terapija jer u takvim slučajevima alkoholičari pijenjem otklanjaju obiteljsku patologiju. Svaki se partner u bračnoj terapiji mora izjasniti kako stoji s kućanskim obavezama, sa obiteljskim financijama, sa brigom oko djece, komunikacijom, spolnim odnosima, radnim obavezama, s uvažavanjem i emotivnom podrškom, te sa općim stupnjem sreće

u braku. Takvim izjašnjavanjem bračnih partnera vidljiv je stupanj raskoraka u aspektima bračnog života. Ti aspekti se moraju promijeniti kako bi brak opstao.

4. RASPRAVA

Iz ranije navedenog evidentno je da je alkoholizam bolest vrlo kompleksna, a ta kompleksnost se očituje u njegovoj etiologiji, ozbiljnim psihičkim problemima, životno ugrožavajućim tjelesnim stanjima, poremećajem obiteljskih i općenito društvenih odnosa, radnom nesposobnošću, moralnim propadanjem, siromašenjem, otuđenjem, skraćenim vijekom života, a nerijetko i najdrastičnijom posljedicom suicidom.

Zbog svega navedenog liječenje osoba koje boluju od alkoholizma je višestruko i nadopunjavajuće gdje se koriste brojne metode liječenja koje se kombiniraju. Jedna od iznimno važnih metoda liječenja posebice kada su u pitanju vanbolnički oblici liječenja koji imaju dugotrajan karakter jesu klubovi liječenih alkoholičara. KLA osim što su nastavak najčešće već započetog liječenja alkoholizma mogu biti i mjesto gdje se započinje s liječenjem ovisno o specifičnosti samog alkoholičara, njegove obitelji i drugih važnih okolnosti. KLA osim što su vrlo isplativi i relativno jeftin koncept liječenja jako dobro u terapijskom smislu korigiraju poremećene obrasce osobne i društvene odgovornosti. KLA sa dosta uspješnosti imitiraju stvarni život u društvu, odnose u društvu koji su često puta stresni pa se u klubu alkoholičare i njihove obitelji uči kako se nositi s tim problemom. Viša medicinska sestra kao medicinski obrazovana osoba ima stručne kvalifikacije da vrlo korisno sudjeluje u radu kluba uključujući i vođenje kluba dakako uz prethodnu dodatnu edukaciju i psihološke značajke da može raditi taj posao, da je zainteresirana i da ima ispravnu motivaciju.

5. ZAKLJUČAK

1. Po svojoj pojavnosti, a i posljedicama alkoholizam spada među najznačajnije javnozdravstvene probleme suvremene medicine.
2. Posljedice alkoholizma mogu biti pogubne na psihičkom, somatskom i društvenom planu.
3. KLA su značajan činitelj u liječenju, rehabilitaciji i apstinenciji alkoholičara.
4. Zbog iznimne uspješnosti, a relativno malih financijskih sredstava koja su potrebna za funkcioniranje klubova, osnivanje i rad KLA treba poticati.

6. SAŽETAK

Alkoholizam kao jedan od najznačajnijih problema suvremene medicine i zbog svojih etioloških odrednica, terapijskih postupaka, nedovoljne senzibilizacije društva kada je u pitanju razumijevanje svih posljedica alkoholizma donosi ozbiljne posljedice pojedincu, obitelji te velike materijalne štete društvu u cjelini zbog toga svaki segment liječenja alkoholičara nužno je temeljito poznavati i uskladiti s drugim također važnim metodama i postupcima u liječenju alkoholizma. Vrlo važna metoda jest liječenje u okviru klubova liječenih alkoholičara, a vrijednosti takvog načina liječenja očituju se uspješnošću apstinencije, očuvanju psihičkog i fizičkog zdravlja pojedinca, očuvanju obitelji, kvalitetnijem odgoju djece, kvaliteti života bivšeg alkoholičara, kvalitetnijim međuljudskim odnosima općenito te ozbiljnim financijskim uštedama na osobnom i društvenom planu. U ovom završnom radu autor govori o aspektima upravo navedenog.

7. SUMMARY

Alcoholism as one of the most significant problems of modern medicine and because of its etiological determinants, therapeutic procedures, lack of sensitization of society when it comes to understanding all the consequences of alcoholism brings serious consequences for individuals, families and important material damage to society in general because each segment of treating alcoholics is necessary thoroughly know and comply with the other also important methods and procedures in the treatment in alcoholism. A very important method is treatment within clubs of treated alcoholics, and values of that kind of treatment are evident in the success of abstinence, preservation of mental and physical health of the individual, preservation of families, quality childcare, the quality of life of former alcoholics, better human relations in general and severe financial savings on personal and social areas. In this final thesis the author talks about the aspects just mentioned.

8. LITERATURA

1. Hotujac Lj, suradnici, Psihijatrija: Medicinska naklada; 2006.
2. Kuzman M, Etiologija, epidemiologija i prevencija bolesti ovisnosti: Alcoholism. 2010; 46 (1): 25-31
3. Torre R, Propadanje alkoholičara: Zagreb: HSKLA; 2006.
4. Klub liječenih alkoholičara Petar Zrinski [Internet]. Zagreb: HSKLA; 2001 [cited 2014 Aug 3]. Available from: <http://www.geocities.ws/klapetarzrinski/alkoholizam.htm>
5. Tomašić V, Virović Jukić L, Duvnjak M, Internističke komplikacije alkoholizma: Alcoholism. 2010;46 (1): 163-170.
6. Trkanjec Z, Učinak alkohola na središnji živčani sustav: Alcoholism. 2010; 46 (1): 161-162
7. Welton S, Higginson R, The health and psychosocial burden of alcohol abuse: British Journal of Nursing. 2012;21 (4): 212-213
8. Cegledi A. Sustavno liječenje alkoholizma. [Internet] Zagreb: Hrvatski savez klubova liječenih alkoholičara, Zajednica klubova liječenih alkoholičara Zagreb; 2003 [cited 2014 Aug 3]. Available from: <http://www.hskla.hr/ZBORNIK%20knjiga/05%20LIJECENJE%20ALKOHOLIZMA/0506%20SUSTAVNO%20LIJECENJE%20ALKOHOLIZMA.htm>
9. Torre R, Oporavak alkoholičara u klubovima liječenih alkoholičara: Zagreb: HSKLA; 2006.
10. Jovanović I. Mjesto i uloga stručnog djelatnika u klubu liječenih alkoholičara. [Internet] Zagreb: Hrvatski savez klubova liječenih alkoholičara, Zajednica klubova liječenih alkoholičara Zagreb; 2003 [cited 2014 Aug 5] Available from: <http://www.hskla.hr/ZBORNIK%20knjiga/08%20KLUBOVI%20LIJECENIH%20ALKOHOLICARA/02%20DJELATNICI%20U%20KLUBOVIMA/080202%20MJESTO%20I%20ULOGA%20STRUCNOG%20DJELATNIKA.htm>

11. Pintarić S, Edukacija u alkoholologiji – osvrt na edukaciju za voditelje klubova liječenih alkoholičara. [Internet] Zagreb: Hrvatski savez klubova liječenih alkoholičara, Zajednica klubova liječenih alkoholičara Zagreb; 2003 [cited 2014 Aug 6] Available from:
<http://www.hskla.hr/ZBORNİK%20knjiga/08%20KLUBOVI%20LIJECENIH%20ALKOHOLICARA/03%20EDUKACIJA%20I%20SUPERVIZIJA%20RADA%20U%20KLUBOVIMA/080301%20EDUKACIJA%20U%20ALKOHOLOGIJİ.htm>
12. Buljan D, Psihijatrijske komplikacije alkoholizma: Alcoholism. 2010; 46 (1): 113-159
13. Marušić S, Suvremeni pristup u tretmanu ovisnosti o alkoholu: Alcoholism. 2010; 46 (1): 177 – 193
14. Statut KLA. [Internet] Zagreb: Hrvatski savez klubova liječenih alkoholičara; 2007 [cited 2014 Sep 9] Available from: <http://www.hskla.hr/osnivanjeKLA/statutKLA.htm>
15. Mužinić L, Klub liječenih alkoholičara kao terapijska zajednica. [Internet], [cited 2014 Sep 9] Available from:
https://www.pravo.unizg.hr/download/repository/Klub_ljecenih_alkoholicara_kao_terapijska_zajednica.pptx

9. ŽIVOTOPIS

Antonija Bajo, rođena 14.10.1992. godine u Splitu. Završila sam Osnovnu školu „Stjepan Radić“ u Metkoviću 2007. godine. Gimnaziju Metković, smjer opći završila sam 2011. godine. Iste godine upisala sam Preddiplomski studij sestrinstva u Splitu.