

Zdravstveni odgoj bolesnika s medicinskom dijagnozom alkoholizma

Kozina, Josipa

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:113514>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-05**

Repository / Repozitorij:



[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVO

Josipa Kozina

**ZDRAVSTVENI ODGOJ BOLESNIKA S MEDICINSKOM
DIJAGNOZOM ALKOHOLIZMA**

Završni rad

Split, 2016.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVO

Josipa Kozina

**ZDRAVSTVENI ODGOJ BOLESNIKA S MEDICINSKOM
DIJAGNOZOM ALKOHOLIZMA**

**HEALTH EDUCATION OF PATIENTS WITH A
MEDICAL DIAGNOSIS OF ALCOHOLISM**

Završni rad / Bachelor's thesis

Mentor:

doc. dr. sc. Boran Uglešić

Split, 2016.

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
1.1. ZDRAVSTVENI ODGOJ	2
1.2. ALKOHOLIZAM.....	2
1.2.1. DEFINICIJA	2
1.2.2. EPIDEMIOLOGIJA.....	3
1.2.3. ETIOLOGIJA.....	3
1.2.4. DIJAGNOZA, ZNAKOVI I SIMPTOMI	3
1.2.5. FAZE ALKOHOLIZMA	5
1.2.6. LIJEČENJE, REHABILITACIJA I PREVENCIJA	5
1.2.7. POREMEĆAJI U ALKOHOLIČARA.....	8
2. CILJ RADA.....	13
3. RASPRAVA.....	14
3.1. PSIHOTERAPIJSKI POSTUPCI.....	14
3.2. HUDOLINOV PRISTUP LIJEČENJU	15
3.2.1. OSNOVNE KARAKTERISTIKE	15
3.2.2. EDUKACIJA ALKOHOLIČARA.....	16
3.2.3. INDIVIDUALNA PSIHOTERAPIJA	16
3.2.4. GRUPNA OBITELJSKA PSIHOTERAPIJA.....	17
3.2.5. SOCIOTERAPIJSKA ZAJEDNICA	19
3.3. KLUBOVI LIJEČENIH ALKOHOLIČARA U RH	21
3.4. RECIDIV U ALKOHOLIZMU	24
3.5. ULOGA MEDICINSKE SESTRE	29
4. ZAKLJUČAK.....	33
5. LITERATURA.....	34
6. SAŽETAK.....	35
7. SUMMARY	36
8. ŽIVOTOPIS	37

1. UVOD

Alkoholizam nije moderna bolest, već se u različitim oblicima pojavljuje još od prijašnjih vremena. Stari Grci i Rimljani bili su poznati uživaoci vina. U dvadeset prvom je stoljeću, zbog socijalno-zdravstvenih posljedica, kronično opijanje alkoholnim pićima postalo društveno neprihvatljivim ponašanjem. Međutim, povremeno opijanje, prigodom proslava i sličnih prigoda, tolerira se kao društveno prihvatljiv način zabave i opuštanja. Ovisnost o alkoholu problem je uznemirujuće aktualnosti, kako s medicinskog tako i socijalnog aspekta. Alkohol je jedan od glavnih uzroka prometnih nesreća, zato odgovorno ponašanje u prometu isključuje prisutnost alkohola u organizmu vozača. U svjetskim razmjerima alkoholizam bilježi trend kontinuiranog porasta, iako je njegova raširenost uvjetovana posebnim sociogeografskim prilikama. Što ljudi vide u alkoholu, što traže u njemu i zbog čega piju? Često se kao razlog uživanja, najčešće prekomjernog, u ovom sredstvu ovisnosti navodi kako uz pomoć alkohola pojedinac pokušava stupiti u dodir sa svojim identitetom, sa svojim 'ja', sa svojim osnovnim ciljem u životu i razlogom postojanja. Većina ljudi nije zadovoljna svojim svakodnevnim životom, postignućima, samim načinom života, čemu bitno pridonosi stresna svakodnevica. Čovjek je u potrazi za osjećajem postojanja, želi se osloboditi krivice i odgovornosti, naći osnovnu svrhu vlastitog života. Čovjekova potreba za opijenošću je vječna, mnogi ovisnici o alkoholu smatraju kako alkohol donosi osjećaj relaksacije i smirenosti, nekakvog blagostanja koji ne mogu pronaći u sebi i svom okruženju. Pijenje i prekomjerno pijenje alkohola čovjeku moderne civilizacije postaje ulaskom u začarani krug gdje racionalni dijelovi psihe ustupaju mjesto osjećajnim dijelovima psihe (1).

1.1. ZDRAVSTVENI ODGOJ

Zdravstveni odgoj s područja alkoholizma, koji se i danas provodi među svim dobnim skupinama, sastoji se uglavnom od predavanja o alkoholizmu. Predavanjima se može upoznati slušatelj s nizom podataka, dati im uvid u uzročno-posljedičnu vezu koju izaziva alkohol, ali se vrlo malo može djelovati na ponašanje slušatelja. „Većina mojih slušatelja zna da alkoholno piće može biti opasno, da droge ničemu ne koriste itd., ali ne znaju kako bi vlastito ponašanje uskladili s tim znanjem (2).“

Zdravstveni odgoj, općenito, obuhvaća primarno edukaciju kombiniranu u usmenom i pismenom obliku, uključivanje bolesnika u terapijske zajednice te razne klubove organizirane za određeni zdravstveni problem. Mjera je zdravstvene zaštite kojom se mijenjaju štetne navike te usvajaju nove korisne za bolesnikovo zdravlje. Bolesnike se potiče na razvijanje zdravog zdravstvenog ponašanja, omogućava se širenje informacija o zdravstvenim postupcima kojima se postiže unaprjeđenje zdravlja, sprječavanje te liječenje bolesti i ublažavanje posljedica bolesti.

1.2. ALKOHOLIZAM

1.2.1. DEFINICIJA

„Ovisnost o alkoholu prekomjerna je uporaba alkohola koja je štetna za tjelesno i duševno zdravlje. Obično se javlja u jednom od tri oblika: kontinuirana uporaba velikih količina alkohola, uporaba velike količine jedino tijekom vikenda ili u razdoblju kad je najmanja vjerojatnost da će biti oštećeno funkcioniranje na poslu te teško opijanje u navratima (što traje danima do tjednima) između kojih su dugotrajna razdoblja trijeznog stanja. Zlouporaba alkohola kontinuirana je uporaba alkohola koja ometa opće funkcioniranje osobe i koja se obično razvija do ovisnosti o alkoholu (3).“

1.2.2. EPIDEMIOLOGIJA

1. Prevalencija ovisnosti o alkoholu tijekom života iznosi 14 %,
2. Prevalencija je viša kod muškaraca, nego kod suprotnog spola (2-3:1), ali stope kod žena s vremenom sve više rastu,
3. Mnogo muškaraca i žena počinju apstinirati u dobi iznad pedeset godina,
4. U Sjedinjenim Američkim Državama polovicu alkohola koji je proizveden konzumira 10 % osoba (3).

1.2.3. ETIOLOGIJA

Postoji nasljedna sklonost za alkoholnu ovisnost. Djeca roditelja alkoholičara pod većim su rizikom od razvoja zlouporabe alkohola, bez obzira odgajaju li ih njihovi biološki roditelji. Obiteljska povezanost najjače je izražena kod muške djece oca koji je ovisan o alkoholu. Postoje etničke i kulturološke razlike u prijemljivosti na alkohol i njegove učinke. Na primjer, mnogi Azijati pokazuju akutne toksične učinke, kao što su intoksikacija, crvenilo u licu, glavobolje i vrtoglavice, nakon uzimanja čak i malih količina alkohola. Neke kulturološke skupine, kao što su Židovi, ortodoksni protestanti i Azijati, imaju niže stope ovisnosti o alkoholu, za razliku od starosjedioca Amerike, Eskima i nekih skupina južnoamerikanaca koji imaju više stope. Ovi nalazi doveli su do genetičke teorije o etiologiji alkoholizma, ali točni uzroci i dalje su nepoznati (3).

1.2.4. DIJAGNOZA, ZNAKOVI I SIMPTOMI

Bolesnik pokazuje neko od oštećenja vezano uz alkohol u barem jednom od sljedećih područja: zdravlje, rad ili škola, veze u obitelji, prijateljstvu, funkcioniranje u ostalim socijalnim grupama, problemi sa zakonom kao što je uhićenje zbog vožnje u intoksiciranom stanju ili agresivno ponašanje vezano uz alkohol (3).

Mogući rani znakovi koji ukazuju na alkoholizam su:

- prvi znakovi gubitka kontrole,
- u uporabi je sve veća količina alkoholnih pića,
- češća pijenja i opijanja,
- nastaju prvi prigovori obitelji,
- također se javljaju prvi prigovori radne sredine,
- ujedno i prvi znakovi nediscipline u obitelji i na poslu,
- životna je dob u prosjeku niža od trideset godina,
- subjektivna zabrinutost nastaje zbog pijenja alkoholnih pića (4).

Ovisnika o alkoholu može se prepoznati već po samom izgledu. Kronični alkoholičar obično ima trajno crvenilo lica i nosa te izgleda starije nego što odgovara njegovoj životnoj dobi. Obloženi jezik, drhtanje razmaknutih prstiju ispruženih ruku, ogrebotine i ožiljci na koži uslijed ozljeđivanja u opitim stanjima, daljnji su znaci alkoholne bolesti. Alkoholizam se razvija postepeno. Ovisnik u početku povremeno, a kasnije trajno, postiže olakšanje s alkoholom. Gubitkom mogućnosti kontrole količine popijenoga alkohola, ovisnik prelazi iz društveno prihvaćene potrošnje alkoholnih pića u bolest alkoholizma, koju obilježavaju različiti simptomi (5).

Od svih simptoma i negativnih promjena koje prouzrokuje daljnje prekomjerno uživanje u alkoholu, najkarakterističnije su promjene osobnosti alkoholičara. Ovisnik negira ili umanjuje svoje pijenje, nalazi razna opravdanja zbog čega pije, okrivljava druge što pije ili bježi od suočenja s alkoholnim problemima u tjelesne pritužbe. Muči ga grižnja savjesti i osjećaj srama. Osamljuje se, izbjegava i gubi prijatelje, često gubi radno mjesto. Sve više gubi interes za zbivanja oko sebe, interesira ga samo alkohol. Osjeća samosažaljenje zbog narušenih međuljudskih odnosa. Može postati neprijateljski raspoložen i sumnjičav prema članovima obitelji, ljubomorani na suprugu te može očitovati nasilno ponašanje bilo prema bližnjima, bilo prema osobama iz šire okoline. Ujedno može razviti i socijalnu izolaciju (5).

Ovakva rizična akutna faza alkoholizma završava pojavom kronične faze koju često obilježavaju produžene faze pijanstva, moralno-etička degradacija, kognitivna oštećenja, prave alkoholne psihoze, koje se javljaju u 10 % alkoholičara, opsesivni

karakter pijenja, neobjašnjivi strah i drhtanje. Sav sustav opravdanja u njega propada, alkoholičar priznaje poraz i spreman je prihvatiti liječenje te rehabilitaciju (5).

1.2.5. FAZE ALKOHOLIZMA

Alkoholna bolest prikazuje se kroz tri faze:

1. FAZA DRUŠTVENE POTROŠNJE – Organizam se privikava na alkoholna pića. Učestala konzumacija alkohola povećava toleranciju organizma na alkohol pa ovisnik ima snažnu potrebu uzimati sve veće količine alkohola za isti učinak.
2. FAZA ALKOHOLIZMA – Alkoholizam je obilježen prisilom za kontinuiranom i ponavljanom konzumacijom alkohola, kako bi se doživio učinak ili izbjegla apstinencijska kriza koja ovisnika dovodi u jako nezgodno zdravstveno stanje.
3. FAZA NEPOVRATNIH OŠTEĆENJA – Organizam već lošije podnosi alkohol. Dovoljne su i minimalne količine alkoholnih pića koje će ovisnika dovesti do opijenosti. Nastupaju razna zdravstvena i društvena oštećenja koja se očituju kroz promjene osobnosti i ponašanja alkoholičara (1).

1.2.6. LIJEČENJE, REHABILITACIJA I PREVENCIJA

U području liječenja te rehabilitacije u Republici Hrvatskoj postoji niz postupaka koji imaju isto izvorište u grupnim psihijatrijskim tehnikama. Najpoznatiji pristup liječenju je Hudolinov kompleksni socijalno-psihijatrijski postupak Zagrebačke škole alkoholologije, koji se sastoji od edukacije, grupne psihoterapije, obiteljske psihoterapije, koja je ujedno i najznačajnija, terapijske zajednice, mogućega medikamentoznog liječenja i kluba liječenih alkoholičara. Postoji i vrlo razvijen obiteljski pristup, koji se sastoji od potpune obiteljske terapije tijekom duljeg vremena jer je alkoholizam takva bolest da je potrebno minimum pet godina da bi se postigao napredak u daljnjem liječenju (4).

Postoje sljedeći principi koje je nužno poštovati u liječenju alkoholičara:

1. Ovisnost o alkoholu do liječenja bila je dugotrajni poremećaj, koji je obuhvaćao alkoholičara, njegovu obitelj i najužu radnu sredinu. Postupci na izmjeni ponašanja i prihvaćanja novog načina života moraju biti dovoljno dugi – najmanje pet godina da bi se uspio postići daljnji napredak u liječenju.
2. Najefikasnije rezultate tijekom liječenja pokazuje obiteljska terapija, višestruko udarne obiteljske terapije, multipla obiteljska terapija, proširena obiteljska terapija, višeobiteljska terapijska zajednica te edukacija ovisnika i njegove obitelji.
3. Programi, obzirom na njihovu duljinu, moraju imati ugrađene sustave samopomoći i uzajamne pomoći kakvi se nalaze u klubovima liječenih alkoholičara. Jedan od najprimjerenijih oblika terapije za rehabilitaciju alkoholičara je višeobiteljska terapijska zajednica u klubovima liječenih alkoholičara (4).

Alkoholičari se trebaju liječiti što hitnije, tj. kad još nisu nastupili fizički i psihički poremećaji te neuroporemećaji. Iz tih razloga rana dijagnostika alkoholizma od najvećeg je značenja. Razlikuju se bolničko i izvanbolničko liječenje alkoholičara. Izvanbolničko liječenje alkoholičara, odnosno dispanzersko liječenje (s grupom ili obiteljskom terapijom), provodi se uglavnom kao liječenje uz rad, tj. ovisnici i njihove obitelji dolaze dva do tri puta tjedno izvan radnog vremena. Bolničko liječenje dijeli se na stacionarno liječenje (u psihijatrijskim bolnicama, klinikama, odjelima), liječenje u dnevnoj bolnici i u vikend-programu. Nakon liječenja komplikacija alkoholizma, treba nastaviti liječenjem same ovisnosti. Bez obzira na to provodi li se liječenje na prvi ili drugi način, temeljna načela liječenja sadržana su u obiteljskom pristupu i u klubu liječenih alkoholičara (4).

Danas je obiteljsko liječenje alkoholičara neizostavan i veoma bitan dio u alkoholologiji. Ovaj se postupak provodi u primarnoj zdravstvenoj i socijalnoj zaštiti, dispanzeru, psihijatrijskim odjelima, klinikama i bolnicama kao i klubovima liječenih alkoholičara. Oni koji provode ovaj postupak, trebaju završiti školovanje iz obiteljske terapije u Centru za obiteljsku terapiju. Cilj je obiteljskog liječenja ponajprije stvoriti obiteljski uvid u alkoholizam. Svi članovi obitelji, osobito muž i žena, moraju doći do spoznaje da je alkoholizam njihov zajednički problem, odnosno da alkoholizam ima

bračnu i obiteljsku pozadinu. U našoj sredini primjenjuje se sustavni pristup i sustavno-psihodinamički model obiteljske terapije. Tijekom obiteljske terapije nastoje se poboljšati komunikacije, odnosi i uloge u obitelji, ali se posebice nastoji poboljšavati na drugačijem načinu života, suprotno onome za vrijeme alkoholizma (4).

Jedna od prvih i važnih promjena je u potpunoj apstinenciji svih članova obitelji (što je moguće više i u proširenoj obitelji, tj. među članovima koji su u užem odnosu s obitelji). Primjenjuju se metode bračne terapije, obiteljske terapije, višeobiteljske terapije i višeobiteljske terapijske zajednice. Suzbijanje alkoholizma ponajprije se odnosi na suzbijanje pijenja alkoholnih pića, budući da postoji jasna povezanost između količine popijenoga čistog alkohola po glavi stanovnika i broja alkoholičara u jednoj zemlji (4).

Temeljne karakteristike prevencije ne trebaju biti samo u zakonima, nego u promjeni odnosa prema uporabi alkoholnih pića. Glavni generator pijenja u našim prilikama je obitelj sa svojim običajima i navikama koje se prenose transgeneracijski, kao i društvo s visokom tolerancijom prema pijenju i poremećajima ponašanja. Treba djelovati na obitelj putem škole, javnih medija, liječenja (zahtjev za apstinenciju svih članova), putem religijskih i sportskih organizacija, zdravstvene i socijalne službe s ciljem promjene rizičnog ponašanja (4).

Psihofarmakoterapija:

1. DISULFIRAM – ako je ovisnik o alkoholu željan prihvatiti nametnuto trijezno stanje, može mu se dati 125-500 mg disulfirama dnevno. Alkoholičari koji uzimaju disulfiram razvijaju jako neugodne reakcije kada uzmu čak i minimalne količine alkohola. Ova reakcija, koja je prouzročena nakupljanjem acetaldehida, manifestira se kroz glavobolju, crvenilo lica, lupkanje u glavi i vratu, hiperventilaciju, zaduhu, tahikardiju, hipotenziju, znojenje, anksioznost, smetenost te slabost. Mogu se razviti, iako rijetko, ali ne i zanemarivo, i po život opasne komplikacije. Disulfiram se koristi jedino kao privremena pomoć da se postigne dugotrajno trijezno stanje i da se promijene dugotrajni mehanizmi rješavanja problema koji su vezani uz alkoholna sredstva.

2. NALTREKSON – ovaj lijek umanjuje žudnju za alkoholom, vjerojatno blokirajući otpuštanje endogenih opijata. Na ovakav način, naltrekson pomaže u postizanju

apstinencije prevenirajući relapse i smanjujući konzumaciju alkoholnih pića. Za većinu alkoholičara preporučuje se dati 50 mg dnevno.

3. LITIJ – smatra se da je neučinkovit u postizanju apstinencije kod bolesnika sa zlouporabom ili ovisnošću o alkoholu ili u liječenju depresije kod alkoholičara. Inače se koristi za liječenje manije ili manično-depresivne psihoze (3).

1.2.7. POREMEĆAJI U ALKOHOLIČARA

Liječnik tijekom pregleda treba posvetiti pozornost fizičkim, neurološkim i psihičkim poremećajima alkoholičara (4).

TJELESNA OŠTEĆENJA:

Dugotrajna i prekomjerna uporaba alkoholnih pića dovodi do sveprisutnog toksičnog izravnog i neizravnog djelovanja na tjelesne organe sa zdravstvenim posljedicama, od lakših emocionalnih oštećenja do bolesnih stanja opasnih za život. Oštećenje zahvaća cijeli probavni trakt, počevši od same sluznice usta, jednjaka pa do želuca i crijeva. Dolazi i do oštećenja gušterače s posljedicama akutnog i kroničnog pankreatitisa i dijabetesa. Najčešće mjesto oštećenja su jetra, organ koji je najviše odgovoran za oslobađanje tijela od alkohola. Budući da su jetra bitna za metabolizam i detoksikaciju, mnogi organi i sustavi trpe zbog neizravnog oštećenja zbog bolesti jetra. U alkoholičara se mogu naći višestruka oštećenja, od srca, hematopoetičkog aparata, vaskularnog sustava, endokrinog sustava pa nadalje. Tako npr. djelovanjem alkohola na hormonalni sustav muškaraca alkoholičara stvara se manje androgena, što dovodi do feminiziranja njihova izgleda, smanjenja libida i neplodnosti. U žena alkoholičarki također nerijetko dolazi do disfunkcije ovarija. Alkoholičari umiru prije nego drugi, odnosno u njih je smrtnost povećana. Postoje pokazatelji i o povezanosti dugotrajne uporabe alkohola i raka želuca, debeloga crijeva, gušterače i jetra. U alkoholičara dolazi do deficitarnih stanja vezanih uz prehranu s hormonalnim promjenama, promjenama u metabolizmu bjelančevina, masti, ugljikohidrata, poremećaja u apsorpciji i sintezi vitamina i minerala (4).

OŠTEĆENJA ŽIVČANOG SUSTAVA:

Oštećenja živčanog sustava najčešće su komplikacije prekomjerne uporabe alkohola i nalaze se gotovo u svih alkoholičara, a zahvaćaju periferni i središnji živčani sustav. Uglavnom su metaboličke naravi izazvani deficitom B vitamina. Najučestalije oštećenje je alkoholna polineuropatija, u kojoj su zahvaćeni periferni živci udova, a rjeđe moždani živci. Promjene na perifernim živcima uglavnom su simetrične i započinju na donjim udovima. Uz bolnu osjetljivost mišića postoji slabost ili gubitak površnog i dubokog osjeta te nestanak refleksa. Liječenje alkoholne polineuropatije provodi se apstinencijom, davanjem skupine vitamina B i fizikalnom terapijom. Učestalo konzumiranje alkohola za posljedicu ima oštećenje kralježnične moždine, produžene moždine, zatim oštećenje moždane mase koja spaja dvije polovice velikog mozga, mali mozak, veliki mozak i autonomni živčani sustav. Atrofija mozga dovodi do psihoorganskog sindroma i demencije. Subduralni hematoma alkoholičara jest krvarenje u subduralni prostor, venske je naravi i danas se pogotovo općenito smatra da je traumatske etiologije. U alkoholičara se češće nalazi subduralni hematoma, koji je ozbiljna komplikacija traume glave alkoholičara. Liječenje je neurokirurško (4).

- ALKOHOLNA EPILEPSIJA

Tijekom alkoholizma mogu se pojaviti konvulzije, ali i prava klinička slika epilepsije. Kod dijagnostike alkoholne epilepsije bitno je isključiti sve ostale čimbenike odgovorne za nastanak prave epilepsije, posebice ako se ona pojavila u alkoholičara u kasnijoj životnoj dobi, tzv. kasna epilepsija. Uz vitamine B skupine, daju se antiepileptici i benzodiazepini (4).

- PSIHIČKE KOMPLIKACIJE ALKOHOLIZMA

Prekomjerno uživanje u alkoholnom piću može biti neizravni uzrok psihopatoloških slika kroničnoga organskog moždanog sindroma s demencijom i alkoholnim anamnestičkim sindromom, kao i psihijatrijskih poremećaja, kao što su depresija, anksioznost, neurotički poremećaji, delirij, sumračna stanja itd. Dipsomanija je klinički oblik alkoholizma u kojem bolesnik povremeno, u kraćim ili duljim razmacima, ima neodoljivu želju za pićem i intenzivno pije nekoliko dana. Ispijene količine alkoholnih pića u tim fazama mogu biti velike, jer je u dipsomana tolerancija na alkohol

izrazito visoka. U razmacima između dipsomanskih napadaja bolesnik može piti umjereno ili čak i apstinirati. Prava dipsomanija je rijetka bolest i češće je tzv. pseudodipsomanija, koja je prisutna u alkoholičara koji povremeno piju veće količine alkoholnih pića, a između toga piju umjerenije. Smatra se da razdoblje dipsomanije nastaje kao posljedica depresivnih stanja. Potrebna je klinička opservacija i liječenje mogućega depresivnog stanja (4).

- PATOLOŠKO PIJANO STANJE

Patološkim pijanim stanjem naziva se negativna reakcija osobe i na manju količinu alkohola, iako je vrlo rijetko. Nakon popijenih čak i manjih količina alkohola dolazi do sumračnog stanja. Patološko pijano stanje nastupa naglo s poremećajem svijesti, nemirom, uzbuđenjem i agresijom itd. U ovakvom stanju osoba može učiniti teške bezrazložne zločine, može lutati bez cilja i ponašati se nesuvislo. Patološko pijano stanje traje od nekoliko minuta do nekoliko dana i završava snom. Nakon toga ostaje gubitak sjećanja, odnosno amnezija za gotovo sve ono što se dogodilo u tom stanju. Patološko pijano stanje predmet je sudskoga psihijatrijskog vještačenja. Radi mogućih zlouporaba, što je danas sve češći slučaj, potrebna je hospitalizacija i detaljna opservacija (4).

- DELIRIUM TREMENS

Delirium tremens česta je akutna psihoza alkoholičara i pripada akutnom organskom psihosindromu, a kao uzrok nastanka psihoze spominje se nagla apstinencija, tjelesna trauma, kirurški zahvati, infekcije i psihičke traume u alkoholičara. Bolest se pojavljuje kao kvantitativni poremećaj svijesti sa smetenim stanjem uz poremećaje orijentacije u vremenu i prostoru. Osobna je orijentacija uglavnom očuvana. Uz to se pojavljuju razne halucinacije, među kojima su najčešće vidne, ali mogu se pojaviti i druge, posebno slušne. Halucinacije su često zastrašujuće naravi i uklapaju se u opću sliku straha i nemira. Haluciniraju se često malene životinjice, insekti koji plaze po koži bolesnika ili ga okružuju sa svih strana (4).

U bolesnika se pojavljuje opća slabost uz tremor, obilno znojenje. Mogu se pojaviti i simptomi slabosti srca s mekim pulsom i padom tlaka. Često je prisutna i dehidracija te poremećaj elektrolitne ravnoteže, osobito zbog pada kalija u serumu. Bolesnici u deliriju mogu halucinirati svoju uobičajenu profesionalnu djelatnost, pa se

govori o profesionalnom deliriju. Govor bolesnika je inkoherentan. Nakon nekoliko dana trajanja delirija, ovisnik najčešće pada u dubok i dugotrajan san iz kojeg se budi s tegobama, najčešće amnestičan za sve ili za dio onoga što se događalo za vrijeme delirija. Delirium tremens mora se liječiti u bolnici. Nadoknađuje se tekućina i korigira se elektrolitni i vitaminski disbalans (4).

- ALKOHOLNA HALUCINOZA

Alkoholna halucinoza sindrom je što pripada skupini alkoholnih halucinoza. Karakteriziraju je halucinatorni doživljaji uz inače očuvanu svijest, dobru orijentaciju te sačuvanu osobnost. Halucinacije su pretežno slušne naravi. Akutna halucinoza najčešće traje od nekoliko sati do nekoliko dana, tjedana ili mjeseci. Bolest može recidivirati i ne ostavlja oštećenja. Liječenje se sastoji u liječenju alkoholizma, tj. potpunom apstinencijom. U većini slučajeva potrebno je provesti bolničko liječenje obzirom na intenzitet psihotične slike, katkad i paranoidnih ideja. U liječenju se primjenjuju antipsihotici i vitamini B skupine (4).

- PSIHOZA LJUBOMORE

U alkoholičara se pojavljuje psihoza sa sumanutim mislima, u obliku patološke ljubomore. Najčešće se događa u kasnijim fazama alkoholizma i gotovo isključivo kod muškaraca, iako su opisani slučajevi i u žena. Ljubomora se pojavljuje i u vezi s impotencijom koja je prisutna u dosta alkoholičara u uznapređenoj fazi alkoholizma. Alkoholičar svojom ljubomorom, odnosno posesivno-paranoidnim idejama iskazuje i agresiju te često postaje mučiteljem svoje žene i obitelji. Liječenje treba provesti u bolnici jer može postojati opasnost za okolinu. Treba provesti apstinenciju uz obiteljsku terapiju. Primjenjuju se i antipsihotici (4).

- AMNESTIČKI SINDROM

Česta je pojava nakon akutno opitog stanja u tzv. društvenih pilaca, ali i ovisnika, a karakterizira je nemogućnost prisjećanja nekih događaja u prethodnom pijanstvu (4).

- **KORSAKOVLJEVA PSIHOZA**

Korsakovljeva psihoza, kao teški psihički poremećaj, pojavljuje se u kasnijem stadiju alkoholizma. Klinička slika kombinirana je od polineuropatije i teškog oblika demencije. Bolest je karakterizirana kognitivnim poremećajima, od samog pamćenja i sjećanja, konfabulacijom, smetenošću i dezorijentacijom. Korsakovljevu psihozu valja liječiti u bolnici, a liječenje se sastoji od potpune apstinencije, dijeta bogate vitaminima i davanja velikih doza vitamina, osobito B skupine (poglavito B12) te simptomatskog liječenja mogućih oštećenja (4).

- **ALKOHOLNA DEMENCIJA**

Alkoholizam dovodi do teških organskih oštećenja, među najgorima se navodi oštećenje mozga, koje se očituje njegovom difuznom atrofijom. U kliničko-psihijatrijskom smislu to se očituje u slici alkoholne demencije (4).

2. CILJ RADA

Cilj je ovoga rada prikazati značajnost zdravstvenog odgoja alkoholičara. U samom zdravstvenom odgoju bolesnika s medicinskom dijagnozom alkoholizma bitan dio zauzimaju klubovi liječenih alkoholičara gdje se bolesnici osjećaju prihvaćeni i neosuđivani te obiteljske terapije u kojima su uključeni svi članovi alkoholičareve obitelji. Ujedno je i prikazana uloga medicinske sestre kroz prevenciju, zdravstvenu njegu alkoholičara i pružanje podrške cijeloj obitelji. Medicinska sestra primarni je kontakt s bolesnikom, trebala bi svojim komunikacijskim vještinama steći bolesnikovo povjerenje, ući u srž njegova problema zajedno s ostalim medicinskim timom te primijeniti svoje znanje u daljnjem procesu zdravstvene njege.

3. RASPRAVA

3.1. PSIHOTERAPIJSKI POSTUPCI

Za razumijevanje duševnog zdravlja i potrebe primjene psihoterapijskih postupaka s alkoholičarima, najprikladnija je definicija Hudolina (1984.) koja glasi:

„Duševno zdravlje je mogućnost komunikacija i interakcija u zajednici u kojoj određena osoba živi i radi uz osjećaj zadovoljstva te osobe i osoba s kojima dolazi u dodir te mogućnost te osobe da voli i bude voljena (6).“

Promatra li se alkoholičara i njegovu obitelj u svijetlu definicije duševnog zdravlja, uočava se da već u fazi prekomjernog uživanja u alkoholu dolazi do bihevioralnih poremećaja alkoholičara, što izaziva prijekore i verbalne obračune. Alkoholičar izrađuje sustave obrane, bori se za svoju neovisnost i pravo na svoja zadovoljstva (logičan je napad na obitelj). S vremenom osjeća krivnju zbog prekršenih obećanja da više neće stvarati probleme. Gubi autoritet i ugled i razvija mnoge racionalizacije. Postepeno nastupa potpuna nebriga za obitelj i dolazi do njegove alijenacije. Postaje teret i sramota obitelji. Istovremeno se trudi da zadovolji na radnom mjestu i pije potajno. Prva upozorenja prihvaća kao izraz mržnje prema sebi, manipulira u radnoj sredini i stvara loše međuljudske odnose i postaje kritizer. Stalno ističe svoje zasluge, važnost u radnoj organizaciji. Poslije se sve češće žali na psihosomatske poremećaje, nepovoljne uvjete rada i sve je češće na bolovanju (6).

Konačno postaje osoba koja upada u krug samosažaljenja.. Nema interesa za događaje u vanjskom svijetu i često dolazi u sukob sa socijalnim normama. Vlastitu slobodu i demokraciju upražnjava po gostionama i postaje osoba na margini društvenih zbivanja. Očito je da se kod alkoholičara radi o dubokim promjenama osobnosti koje izazivaju obiteljske i socijalne poremećaje te duševne smetnje. Promjene ličnosti moraju se dijagnosticirati i liječiti. U alkoholologiji ljudi se često susreću s premorbidnom ličnošću alkoholičara kao što su pasivno–ovisne ličnosti i ciklotimne ličnosti s depresivnim karakteristikama. Dosta se spominje psihopatska ličnost kao česta karakteristika premorbidne ličnosti alkoholičara, a još češće ličnost s neurotskim razvojem. Simultano, veliki je postotak alkoholičara prije razvoja alkoholizma bio normalna ličnost (6).

Bez obzira na premorbidne karakteristike ličnosti alkoholičara, alkoholizam sam po sebi modelira i modificira ponašanje bolesnika bolesnim principima zbog ovisnosti, tj. da mora piti. Postupno se adaptira na principe ovisnosti, radi čega je jasno da je nemoguće povratiti u normalu alkoholičara i njegovu obitelj bez psihoterapije. Metode zdravstvenog odgoja su zastarjele (Hudolin, Alkoholizam, 153.). Malo ima ljudi koji nisu svjesni da je pijenje alkoholnih pića štetno, a može biti i vrlo opasno. Zdravstveni odgoj trebalo bi provoditi na način da se ljudima omogući usvajanje drukčijeg tipa ponašanja. To može djelovati preventivno, ne samo u smislu rješavanja (ili bolje rečeno olakšavanja) problema alkoholizma, već i čitavog niza kroničnih i degenerativnih bolesti, uključujući i psihički poremećaj uopće (6).

„Zdravstveni odgoj treba provoditi dugotrajno, s točno određenim ciljem. Odgojitelj koji i sam nije zauzeo jasan stav prema pijenju alkoholnih pića, nije sposoban takav stav prenijeti na osobe koje odgaja (6).“

3.2. HUDOLINOV PRISTUP LIJEČENJU

3.2.1. OSNOVNE KARAKTERISTIKE

Alkoholizam je u kontekstu suvremene socijalne psihijatrije i u duhu Opće teorije sustava shvaćen kao društveni problem koji u alkoholičara dovodi do progresivnih socijalnih, psihičkih i fizičkih oštećenja. U ovisnika o alkoholu liječenje započinje grupnim psihoterapijskim postupkom i u terapijskoj zajednici bolnice, a po otpustu nastavlja se liječenje te rehabilitacija u matičnog KLA. Osnovni je pristup liječenju grupna obiteljska terapija. Rehabilitacija započinje u klubovima liječenih alkoholičara koji su integralni dio Općinskog programa zaštite i unapređivanja duševnog zdravlja i suzbijanja. Od prvog dana liječenja uvedena je edukacija alkoholičara i članova obitelji koja se nastavlja u klubu liječenih alkoholičara, a u određenom broju slučajeva i u školi za alkoholizam. Po završetku određenog segmenta liječenja, alkoholičar i članovi njegove obitelji polažu ispit iz znanja o alkoholizmu. Usvojeno je načelo da se svakom ovisniku i njegovoj obitelji osigura barem petogodišnji program sveobuhvatnog liječenja. Idealni pristup liječenju i rehabilitaciji alkoholizma sve se više realizira u dispanzerima i

jedinicama primarne zdravstvene zaštite. U ovaj kompleks tretmana ukomponirana je i medikamentozna terapija, uz sve poznate terapijske zahvate koji se primjenjuju u terapiji organskih poremećaja (6).

3.2.2. EDUKACIJA ALKOHOLIČARA

Pogrešno je mišljenje da alkoholičar tijekom trajanja bolesti nauči sve o alkoholizmu pa da nema daljnje potrebe više išta o njemu učiti. Istina je da ovisnik u toj fazi stječe neka znanja, no ona su od male koristi za uspješno liječenje. On ima krivu sliku o alkoholizmu i o tome zna uglavnom ono što ne bi trebao znati. Kod svake bolesti, osobito kronične, bolesnika bi trebalo upoznati s njezinim osnovnim značajkama. Tako se tijekom liječenja alkoholičarima daju znanstveno utemeljeni podaci u alkoholizmu. Iznesena znanja treba prilagoditi njegovu intelektu. Edukacijom treba obuhvatiti i ostale članove obitelji, a poželjno bi bilo i da se educira i članove njegove radne grupe (6).

Edukacijom se stječu razna te opširna znanja:

- što je ovisnost o alkoholu,
- koje su njegove posljedice,
- kakve su promjene ponašanja u alkoholnoj bolesti,
- kako se provodi liječenje alkoholizma,
- uključivanje u klubove liječenih alkoholičara i
- samopomoć te uzajamna pomoć ovisnika o alkoholu (6).

3.2.3. INDIVIDUALNA PSIHOTERAPIJA

Psihoterapija duševnih poremećaja primjenjuje se već u devetnaestom stoljeću. Profesionalna psihoterapija vezana je uz Sigmunda Freuda, koji je početkom dvadesetog stoljeća postavio temelje dinamske i dubinske psihologije te psihoanalitičkog učenja i prakse. Psihoterapijske su metode unijele veliki napredak u liječenju ovisnika o alkoholu. Značajno je to što su prekinule izrazito agresivni stav terapeuta prema alkoholičarima.

„Psihoterapija se definira kao bilo koji oblik pružanja pomoći i liječenja interpersonalnim putem u kojem treba djelovati na duševni život bolesnika, s planskim nastojanjem da se postigne stabilnost i harmoničnost njegove ličnosti. Tu je najvažniji faktor odnos liječnika i bolesnika (6).“

Individualne psihoterapijske tehnike nisu mogle ući u poremećaj interpersonalnih odnosa i emocionalnih poremećaja u pripadajućim skupinama alkoholičara. Metodom slobodnih asocijacija, analizom snova, u odnosu psihoterapeut - alkoholičar nije se moglo ući u srž specifičnih poremećaja alkoholičara. Alkoholičar nije mogao steći uvid u bolest, smisao ni motive za potpunu apstinenciju. Zbog toga se zagovaraju povoljniji grupni obiteljski postupci alkoholičara, u srednje velikim grupama te socioterapijskim zajednicama s velikim brojem sudionika. Vrlo često se grupni postupci kombiniraju s individualnim. Primjenjuju se one tehnike i postupci koji su prilagođeni specifičnim potrebama ovisnika (6).

3.2.4. GRUPNA OBITELJSKA PSIHOTERAPIJA

Mnoge teorije o nastanku duševnih poremećaja, osobito ovisnosti o alkoholu, nose u sebi isključivost i dilemu: jesu li dani poremećaji primarni ili sekundarni. Iz toga slijede i česti pogrešni pristupi liječenju, rehabilitaciji, a u krajnjem smislu i prevenciji duševnih poremećaja. Liječenje alkoholizma još uvijek se provodi na klasičan način. Neuspjesi i razočaranja u liječenju alkoholizma proizlaze iz toga da se u alkoholičaru gleda čovjeka koji prekomjerno pije pa ima fizičke, duševne, obiteljske i socijalne poteškoće. Pri tom se zanemaruje poznavanje karakteristika osobitosti ovisnika i dinamika razvoja alkoholne bolesti. Ne uvažava se međusobna povezanost alkoholizma, obitelji i društva uopće. Tradicionalna medicina ne poznaje značajan fenomen poremećenog ponašanja alkoholičara, a upravo je takvo ponašanje u osnovi poremećaja njegove ličnosti (6).

Današnji moderan pristup liječenju ovisnosti o alkoholu, uvođenjem grupne psihoterapije i terapijske zajednice u stacionarnim psihijatrijskim ustanovama, dovodi do korjenitih promjena i brzog napretka u uspješnijem pristupu liječenju alkoholizma. Alkoholičar postaje aktivni i ravnopravni sudionik svog liječenja. Ubrzo rješava unutarne konflikte, stječe uvid u bolest i osnovna saznanja o njoj te tako osviješten dolazi

u svoje prirodne socijalne skupine. Sada je spreman uključiti se u realizaciju cjelokupnih vitalnih odnosa. Otkriva neizbježna osjećanja, zbog nepovjerenja i neprihvatanja, što ga je dovelo u nepremostive emocionalne krize te povratak u bolest i nova razočaranja. Ackerman je to slikovito opisao: „Jedno je biti izliječen, a sasvim drugo ostati zdrav. Čovjek to ne može postići potpuno sam. Da bi sačuvao svoje zdravlje, mora ga stalno dijeliti s drugim zdravim osobama. Mora pronaći grupnu klimu u kojoj će moći uzrastati i u zdravim ljudskim odnosima ostvarivati svoje potencijalne sposobnosti (6).“

Zbog toga je neophodno u terapiji alkoholizma provesti postupak koje je Hudolin označio kao kompleksni postupak kojima se zahvaća u sustav interakcija, u kojima alkoholičar živi i radi, a u kojem obiteljska (psiho) terapija ima značajnu ulogu. Tradicionalno gledano, obitelj u kojoj postoji ovisnik o alkoholu, najčešće se promatra s dva aspekta: kao primarni uzrok prekomjernog pijenja i kao žrtva alkoholičara. Bez obzira što je ova vječita dilema odraz postojećih stavova prema alkoholizmu, ona ukazuje na činjenicu da je ovisnikova obitelj u svakom slučaju poremećena. Obitelj ima u najvećem broju slučajeva primarnu ulogu u razvoju alkoholizma. Iz obitelji alkoholičara potječe 60 – 80 % alkoholičara, a svaka takva obitelj godinama pati od posljedica alkoholne bolesti. Treba naglasiti da ostali članovi obitelji (poglavito supruge) nisu nevine žrtve impulzivnog i često neprihvatljivog ponašanja alkoholičara. Jedno od najrevolucionarnijih otkrića suvremene psihijatrije je spoznaja da su mentalni bolesnici živjeli ili žive u obitelji i da su oni znak globalne obiteljske disfunkcije. Radi toga se i patologija pojedinca može shvatiti jedino u sklopu poremećenih obiteljskih komunikacija i uloga koje su primarno manifestacija grupnih procesa (6).

U grupnoj obiteljskoj terapiji lakše se mogu provocirati osjećaji rivalstva, agresije, otuđenosti, zavisti, ljubomore, ovisnosti ili dominacije. Sve je to svakodnevna realnost u obitelji ovisnika. Obitelj alkoholičara pati, a sam ovisnik godinama uživa u piću i nije svjestan svoje negativne uloge u tome. Vremenom i sam počinje patiti, javljaju se tjelesne tegobe, zatim osjećaj krivnje, ali i tada, u pravilu, uzrok tome nalazi u nečem drugom. On je sam „zreo“ za liječenje kada ga nečija ili njegova patnja prinude na to, a ni tada iskreno ne želi liječenje. Alkoholičar dolazi na liječenje pritisnut zdravstvenim, obiteljskim te socijalnim problemima. Daje verbalni pristanak, a otpore uključivanju u grupu, odnosno otpore terapiji manifestira na razne načine: „Mogu ja bez pića.“, „Nakon ovoga sam

čvrsto odlučio da doživotno ne pijem.“, „Dajte vi meni tablete, pit ću ih, i bit će sve u redu (6).“

3.2.5. SOCIOTERAPIJSKA ZAJEDNICA

U tradicionalnom načinu liječenja koji je zasnovan na medicinskom modelu bolesti, ovisnik o alkoholu bio je objekt u postupcima u kojima dominira apsolutni autoritet medicinskog osoblja. Klasična psihijatrija samo je nadgledala i čuvala ovisnika uz primjenu lijekova i raznih metoda odvikavanja od ikakvog daljnjeg pijenja. Alkoholičari su u najboljem slučaju bili uklopljeni u radne programe psihijatrijskih ustanova. U radnim grupama razvijale su se spontane komunikacije između alkoholičara, zdravstvenog osoblja i ostalih bolesnika. To je začetak postupka socijalizacije alkoholičara što je znatno pridonijelo uspješnijem liječenju. Nakon drugog svjetskog rata psihijatrija uvodi kao novost razne grupne postupke kojima se obuhvaća i alkoholičare. Socijalna psihijatrija svojim je postavkama omogućila znatniji napredak i reformiranje liječenja alkoholičara i duševnih bolesnika uopće. Dala je poticaj nastanku Jonesove terapijske zajednice 1950. godine (6).

Prvi početci nastajanja terapijske zajednice nalaze se već prije drugog svjetskog rata. Međutim, za razliku od spomenute Jonesove terapijske zajednice, ovu su ustanovili sami alkoholičari koji su odbijali pomoć cijele medicinske struke, posebno psihijatra. Novitet je bio u tome, što je alkoholičar postao subjekt svog liječenja, u kojem je počeo aktivno sudjelovati pomažući sebi i drugima. Radilo se o stanovitom obliku samopomoći i samoliječenja. Radilo se o grupama anonimnih alkoholičara (Alcoholics Anonymous). Osnovali su ih alkoholičari dr. Bob S. i Bill W. Djelovanje grupa anonimnih alkoholičara znanstveno je utemeljeno nakon drugog svjetskog rata (otprilike u isto vrijeme kada su nastajale prve terapijske zajednice) (6).

Anonimni alkoholičari djeluju i danas, osobito u razvijenim zemljama zapada. Terapijska zajednica alkoholičara od samog početka unosila je dosta novosti u liječenje, a njezin neodvojivi element bila je i resocijalizacija i integriranje bolesnika u društvo. Odnos terapijskog osoblja i bolesnika izmijenjen je u korist ovisnika. Terapijsko osoblje

moralo je promijeniti svoju klasičnu ulogu, a osobito stav prema alkoholičarima. Sada su alkoholičari mogli na stručnim i znanstvenim temeljima učiti o svojoj bolesti, što im je omogućilo da se uspješno rehabilitiraju i resocijaliziraju uključivanjem u kasnije postupke. Ti postupci obuhvaćaju modificiranu terapijsku zajednicu u Klubu liječenih alkoholičara. Paralelno se provodi kompleksni socijalno-psihijatrijski tretman u koji je uključena obitelj, radna sredina i svi oni koji su u neposrednom dodiru s alkoholičarima (6).

Terapijska zajednica sastavljena je od stručnog, terapijskog osoblja i alkoholičara. To je grupa ljudi koja broji stotinjak članova, iako ih nekada zna biti čak i više. Podijeljena je u više manjih podgrupa. Manje grupe rade poput obiteljskih skupina i u njima se rješavaju problemi do određene razine. Uloga svih članova terapijske zajednice podjednako je važna. Cjelokupno terapijsko osoblje mora se prilagoditi principima jednakosti, jasnom komuniciranju, a također mora biti tolerantno prema izmijenjenom ponašanju. Alkoholičari u terapijskoj zajednici predstavljaju veliki terapijski potencijal. Glavni su činitelj u svom uspješnom, a nekada nažalost i neuspješnom liječenju. U terapijskoj zajednici alkoholičar postaje aktivni sudionik u liječenju drugih alkoholičara. Ovakvim načinom bolesnici postaju sami sebi terapeuti. Sudjeluju u donošenju odluka u sklopu funkcioniranja terapijske zajednice, dakle, o kućnom redu, stegovnim mjerama, otpustu bolesnika, premještanju na drugi odjel, itd.) (6).

Dnevni sastanci svih ovisnika i cjelokupnog stručnog terapijskog osoblja, tzv. meeting, najvažniji su u strukturi terapijske zajednice. Sve odluke donose se nakon sveobuhvatne diskusije. U manjim grupama s alkoholičarima rade medicinske sestre, psiholozi, defektolozi i socijalni radnici. Radni terapeuti vode gimnastiku i razne rekreativne aktivnosti. Glazboterapeut organizira glazboterapiju. Svakodnevni događaji i krizne situacije u terapijskoj zajednici te njihovo rješavanje važan su element u socijalnom učenju. U toku boravka u ustanovama gdje radi terapijska zajednica, alkoholičare se priprema na kasniji rad u Klubu liječenih alkoholičara. Terapijska zajednica može raditi i u dispanzerskim uvjetima. To ima svoje prednosti jer se rad u dispanzeru može organizirati na način da ovisnici rade na svojim radnim mjestima, a iza posla dolaze u dispanzer. Dispanzerska terapijska zajednica ima sve elemente kao i bolnička. Klub liječenih alkoholičara također radi na principima terapijske zajednice. U

rad kluba se bolnički liječeni alkoholičar i njegova obitelj uključuju još tijekom njegovog boravka u bolnici. Klub je zapravo analogan manjim grupama terapijske zajednice (6).

3.3. KLUBOVI LIJEČENIH ALKOHOLIČARA U RH

Liječenje alkoholizma uz klub liječenih alkoholičara započeto je u Hrvatskoj 1964. godine. Već je tada bio prihvaćen koncept liječenja i rehabilitacije Hudolinovim modelom. Ubrzo je bio prihvaćen i izvan granica Hrvatske (u Sloveniji, BiH, Makedoniji, a potom u susjednoj Italiji i šire). Godine 1965. osnovano je i prvo udruženje klubova liječenih alkoholičara. Od tada se program postbolničke skrbi za liječene alkoholičare rapidno širi i počinje osnivanje klubova u tada postojećim općinama, u okviru mjesnih zajednica i radnim organizacijama. Iako liječenje alkoholizma može početi već i u samom klubu liječenih alkoholičara, ipak na klub se još uvijek gleda kao na dio programa koji se provodi tek nakon što je odrađeno bolničko liječenje, tj. kao na dugotrajnu postbolničku skrb za liječene ovisnike te članove njihovih obitelji. Stoga su klubovi i dalje čvrsto ostali vezani uz institucije koje se bave liječenjem alkoholičara, a prije svega uz Kliniku za psihijatriju, alkoholizam i druge ovisnosti Kliničke bolnice „Sestre milosrdnice“ u Zagrebu, koja je ujedno i Referentni centar za alkoholizam Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske. Čitav je program liječenja i rehabilitacije u klubovima liječenih alkoholičara zamišljen kao dinamičan program koji stalno ide naprijed prihvaćanjem novih ideja koje se javljaju na području alkohologije (7).

Godine 1975. počinje se u klubu liječenih alkoholičara raditi sa svim članovima obitelji, što je dalo novu kvalitetu rada u klubu. Klub tako postaje obiteljska terapijska grupa - zajednica u kojoj ne bi smjelo biti više od 12 obitelji, a čim se dostigne navedeni broj obitelji, klub bi se trebao podijeliti u dva kluba, jer jedino tako klubovi mogu ostvariti svoju osnovnu ulogu kao mjesto gdje se ostvaruje apstinencija njegovih članova te provjerava razine postignute rehabilitacije i ostvarenja kvalitetnijeg zdravog življenja. Bitno je naglasiti kako se u klubu provodi isključivo liječenje i rehabilitacija alkoholičara i članova njihovih obitelji, a da društvenu, političku i inu afirmaciju članovi postižu u radnoj organizaciji, mjesnim zajednicama, drugim društvenim organizacijama i sl. U

područni se klub liječenih alkoholičara obitelj uključuje već za boravka u bolnici, u kojoj od institucija koje se bave liječenjem alkoholičara takav obiteljski tretman nastavljaju barem idućih 5 do 10 godina (7).

Klubovi liječenih alkoholičara u Hrvatskoj u dosadašnjem radu doživjeli su više transformacija te se bilježi njihov intenzivniji rast sve do 1986. godine kada u Hrvatskoj djeluje oko petsto klubova liječenih alkoholičara. Nakon toga jedno vrijeme njihov broj stagnira da bi pred Domovinski rat njihov broj počeo padati, što se objašnjava ponajprije novonastalim ekonomskim odnosima i situacijom kada neka poduzeća prestaju s radom, a klubovi se u tim organizacijama gase. Na daljnje gašenje klubova utječe i ubrzana privatizacija poduzeća. Događanja koja su uslijedila tijekom Domovinskog rata, razorena područja, pogibija ljudi, progonstvo velikog broja ljudi dovela su do daljnjeg gašenja klubova, posebno na navedenim područjima, ali i drugdje gdje klubovi ostaju prepušteni samima sebi jer su stručnjaci bili angažirani na drugim zadacima - posebno socijalni radnici (7).

Oslobađanjem zemlje i stvaranjem samostalne Republike Hrvatske moralo se započeti ponovno aktiviranje rada klubova liječenih alkoholičara, osnivanje novih klubova i njihovo umrežavanje. Sigurno je da je današnji broj, sto četrdeset dva kluba u Hrvatskoj, siromašan u odnosu prema potrebama, tj. u odnosu prema broju alkoholičara koji je prošao liječenje kao i u odnosu prema tome koliki problem alkoholizam znači u Hrvatskoj, sa sve većim brojem ovisnika, ali još više onih s problemima koji proizlaze iz prekomjernog pijenja. Razvidno je stoga da je danas osnovni zadatak da se svakom liječenom alkoholičaru i njegovoj obitelji omogući da budu uključeni u pripadajući klub kako bi nastavili s apsolutnom apstinencijom i ostvarivanjem kvalitetnijeg života. Gustoća klubova u Hrvatskoj različita je od mjesta do mjesta, pa tako najveći broj klubova ima u glavnom gradu Hrvatske, zatim u Međimurju, Slatini, Koprivničko-križevačkoj županiji, Rijeci, a najmanje u Slavoniji, Dalmaciji i Istri (7).

Klubovi liječenih alkoholičara danas djeluju zajednički s drugim područnim strukturama, gdje djeluju, npr. uz domove zdravlja, timovima primarne zdravstvene zaštite, timovima socijalne zaštite, školama, organima upravljanja i određenim pravnim subjektima, MUP-om i svim drugim institucijama koje se bave prevencijom, liječenjem i

rehabilitacijom ovisnika o alkoholu, čineći tako teritorijalnu mrežu podrške liječenim alkoholičarima i njihovim obiteljima. Klubovi liječenih alkoholičara čine danas zajedno s drugim područnim strukturama koje se bave prevencijom, liječenjem i rehabilitacijom alkoholičara teritorijalnu mrežu podrške liječenim alkoholičarima i njihovim obiteljima (7).

U klubu prije svega treba raditi stručna osoba koja je za to obrazovana i educirana, bez obzira je li riječ o liječniku psihijatru, liječnicima opće medicine, psiholozima, defektolozima, socijalnim radnicima, medicinskim sestrama patronažnog ili općeg usmjerenja ili paraprofesionalnim radnicima. Ondje gdje to nije moguće, potrebno je uvesti dostručnog djelatnika koji je stekao potrebnu naobrazbu za rad u klubu. Ljudi su svjesni velikog terapijskog i društvenog potencijala koji posjeduju klubovi liječenih alkoholičara, a koji je zacijelo učinkovitiji ako je pod nadzorom stručnog djelatnika. Terapeuti su u klubu katalizatori ponašanja, rasta i dozrijevanja članova kluba obitelji kao cjeline. Tamo gdje nema stručnog ili dostručnog djelatnika, obitelj, gubeći volju i interes, lako napušta klub. Potrebno je da klubovi održavaju sastanke tijekom čitave godine jedanput u tjednu u određenom prostoru i uvijek u isto vrijeme te da se o održanim sastancima vodi evidencija i dokumentacija kao i o postojećem članstvu, što tako omogućava uvid u rad kluba i evaluaciju rada istoga (7).

Stručnu pomoć i profesionalnu potporu dobivaju kroz primarnu zdravstvenu službu, psihijatrijske službe i odjele pojedinog područja, klinika i bolnice, posebno preko Klinike za psihijatriju, alkoholizam i druge ovisnosti Kliničke bolnice „Sestre milosrdnice“ u Zagrebu. Narod je svjestan poteškoća koje danas postojeći klubovi u Hrvatskoj imaju u svom radu. To je pitanje nedostatnog stručnog kadra za rad u klubovima, nedostatak adekvatnog prostora za rad, ali i pitanje financiranja klubova koje je još uvijek različito od područja do područja i ovisi prije svega o snalažljivosti kluba. Financiranje dijelom ide preko zdravstva, socijalnih institucija, lokalnog županijskog budžetiranja, sve do vlastitog participiranja kroz članarine i sl. kao i određenih donacija. Obzirom na to da klub održava apstinenciju bez potrebe znatnijih ulaganja i time optimalno štedi zdravstvena i društvena sredstva, upravo je neshvatljivo da programi klubova nisu bolje podržani od mjerodavnih zdravstvenih i socijalnih fondova (7).

Nadalje, poseban problem u radu kluba, koji će iziskivati preispitivanje pristupa i vjerojatno uvođenje novih metodologija u radu, jest i sve veći broj žena alkoholičara. U klub dolaze sve više i osobe koje uz alkoholizam imaju i drugih psihičkih poteškoća, poglavito osobe s PTSP-om i alkoholizmom. U klubu je i sve više mladih kao i osoba s kombiniranom ovisnošću, što sve dovodi do novih odnosa u klubu i potrebe dodatnih učenja kako bi se takvim članovima što učinkovitije pomoglo i osposobilo ih se za normalan zdrav život bez alkohola (7).

Moglo bi se reći da su se klubovi tijekom trideset šest godina postojanja razvijali i mijenjali, prateći promjene u društvu, obzirom da su i sami društvene udruge. Bez obzira na sva događanja kao i ratne nedaće, klubovi su se održali, obnovili su svoje djelovanje i time su potvrdili opravdanost svojeg postojanja. Vremenom su postali odgovorniji, samostalniji, no slijed događanja pokazao je da je i dalje potrebna najuža suradnja s institucijama koje se bave liječenjem alkoholizma, dok se suradnja s izvanbolničkim institucijama, koje se bave liječenjem alkoholizma, pokazala nedostatna. Postoji vjerojatnost da će u budućnosti, dijelom i radi ekonomskih razloga, ponovo postati važni i oživjeti i izvanbolnički programi liječenja te rehabilitacije alkoholičara, kao nezamjenjivi dio terapijskih postupaka i jedino mjesto gdje se može na efikasniji način organizirati i pružiti dugotrajna skrb i podrška alkoholičarima i njihovim obiteljima u promjeni ponašanja i usvajanju novog načina življenja obitelji bez alkohola (7).

3.4. RECIDIV U ALKOHOLIZMU

Riječ recidiv znači ponovno vraćanje bolesti u istoga bolesnika. Latinska riječ „recidivus“ znači povratan. U slučaju ovisnosti o alkoholu recidiv je, dakle, ponovno zapadanje u ovisnost o alkoholu nakon što se ovisnik već liječio i nakon što je apstinirao određeno vrijeme. Ipak, recidiv ne znači samo ponovno pijenje alkohola nakon dulje apstinencije, nego i ponovno vraćanje ovisničkog, nepoželjnog ponašanja. Recidiv je vezan uz ovisnost o alkoholu. Tjelesna se ovisnost teže oporavlja i zato je uvijek moguć recidiv. Recidiv je prijetnja, uvijek prisutna u liječenju svakog ovisnika o alkoholu (8).

Isto tako bitno je naglasiti da svako pijenje nije nužno recidiv, iako naravno postoji opasnost da prijede u to. Zašto je tako? Za primjer se uzima čovjeka koji se uspješno izliječio, koji se niz godina rehabilitirao u klubu i počeo zajedno sa svojom obitelji živjeti kvalitetnim životom i to bez alkohola. Nije osjećao nikakvu želju za alkoholom ni onda kada je imao probleme u životu. Stjecajem okolnosti, netko mu je u voćni sok ulio votku koja uopće ne miriše na alkohol. Popio je nekoliko gutljaja prije nego je shvatio da je u soku alkohol. Je li to recidiv? Naravno da nije. Iako je popio malo alkohola, nije ušao u ovisnost, niti se ponovno počeo ponašati kao alkoholni ovisnik. Takav primjer izuzetno je rijedak. Praktično se može dogoditi da se nekome podmetne alkohol, a da to ne primijeti. Ipak, to neće biti recidiv, samo ako je čovjek kojemu je podmetnut alkohol dobro oporavljen i ako svjesno prestane piti čim shvati da pije alkohol. To znači biti uspješno izliječen. Unatoč tome, u opisanom primjeru postoji opasnost od pojave recidiva, iako u toj situaciji još nije nastao recidiv. Moglo bi se dogoditi da taj čovjek pogrešno zaključi kako može postati umjereni pilac, a već samo takvo razmišljanje dokazuje da nije posve prevladao ovisnost o alkoholu, te bi kasnije, sam, bez podmetanja mogao pokušati piti alkohol. Poslije toga sav bi se trud odvikavanja od alkohola raspao, nastao bi recidiv. Samo je pitanje vremena kada bi opet čovjek postao ovisan o alkoholu. Sama želja te uvjerenje da ovisnik o alkoholu može postati umjereni pilac, vode u recidiv (8).

Jedan od vrlo čestih neposrednih uzroka recidiva već je spomenut. To je uvjerenje da ovisnik o alkoholu može postati umjereni pilac. Dosadašnja iskustva pokazuju da malo koji ovisnik o alkoholu u početku liječenja vjeruje stručnom djelatniku, da je za njega jedino rješenje potpuna apstinencija. Za ljude je tipično da misle kako se bolesti, nesreće, smrt i općenito neugodnosti događaju uvijek drugima, a ne njima. Tako i sumnjičavi ovisnik misli da će se recidiv pojaviti u nekoga drugoga, a on će postati umjereni pilac, što nažalost vodi opet u začarani krug ovisnosti (8).

Da bi se bolje shvatili uzroci recidiva, oporavljanje od ovisnosti o alkoholu podijeliti će se u nekoliko faza:

Prva faza oporavljanja naziva se pripremnom fazom. U ovoj fazi alkoholičar mora spoznati da je ovisan. Ako to ne spozna, recidivira već u toj fazi i ne može krenuti dalje.

Budući da je to početna faza, bilo bi točnije reći da poslije kratkotrajne apstinencije i dalje pije, a ne da recidivira.

Druga faza mogla bi se nazvati fazom stabilizacije. U toj fazi oporavljanja ovisnik bi trebao opet ovladati svojim mislima, emocijama, rasuđivanjem i ponašanjem. Ako to ne ostvari, ako je apstinencijska kriza preoštra i želja za alkoholom prejaka, ne može ovladati svojim mislima, koje se vrte samo oko alkohola, nije sposoban za pametno prosuđivanje, a njegovo je ponašanje podređeno želji za alkoholom. Recidiv se opet pojavljuje.

Treća faza naziva se ranim oporavljanjem. Cilj je liječenja u toj fazi da se ovisnik pomiri s činjenicom da je ovisan o alkoholu, nauči djelovati, odnosno živjeti bez alkohola, rješavati probleme i apstinencijske krize bez alkohola. Ako u toj fazi ne postigne navedene ciljeve, ponovno ostvaruje recidiv.

Četvrta faza nazvana je središnjom fazom oporavljanja. Cilj ove faze je razvijanje normalnoga, uravnoteženoga i zadovoljavajućeg stila života, odnosno radne aktivnosti, obiteljski život, društvene aktivnosti, itd. Ako to ne uspije, rekonvalescent opet recidivira.

Peta faza može se nazvati fazom korjenitog oporavljanja. Cilj je te faze kompletna promjena osobnosti: zdravo samopoštovanje, sposobnost ostvarivanja zdravih i skladnih emocionalnih, intelektualnih i drugih odnosa. U toj fazi rekonvalescent treba uvidjeti osobne vrijednosti, naučiti vrednovati sebe i druge, te svijet oko sebe. Trebao bi naučiti komunicirati s ljudima s kojima živi i radi. To je faza u kojoj bi trebao naći smisao života. Neki rekonvalescenti pri tome nemaju velikih teškoća, a to su oni koji su odrasli u zdravoj, normalnoj obitelji, u kojoj alkohol nije u potpunosti uništio njihove ljudske osobine. Međutim, ima i onih koji ne mogu postići ciljeve ove faze jer nisu dovoljno sposobni za mijenjanje sebe i svog ponašanja. Ako takvima ne pomogne skupina kluba liječenih alkoholičara ili ako ne mogu ni prihvatiti pomoć, oni recidiviraju, pa čak i ako nisu dosegli ciljeve prijašnjih faza.

Šesta faza je faza održavanja. Cilj je ove posljednje faze oporavljanja ostati trijezan i živjeti aktivno. Rekonvalescent bi trebao u ovoj fazi biti sposoban rješavati svakodnevne probleme i živjeti u skladnim, iskrenim, ljudskim odnosima. Mora

prepoznati sve znakove koji ga upozoravaju na to da bi mogao recidivirati. Ako ne postigne sve navedene ciljeve, može recidivirati unatoč dugogodišnjoj apstinenciji. Recidiv, povratna pojava uz ovisnost o alkoholu može se pojaviti u bilo kojoj fazi oporavljanja, dakle i nakon 10 i više godina apstinencije (8).

Nakon razmatranja mogućih uzroka recidiva, uočilo se i kako se recidiv može spriječiti. Osnovno je pravilo: „Razmišljam da nikada ne popijem kap alkohola.“ Drugo je pravilo vezano uz prvo: „Vjerujem da nikada ne mogu biti umjereni pilac.“ Treće je vrlo korisno pravilo - pravilo malih koraka. To znači da u pogledu potpune apstinencije nikada ne valja postavljati prevelike ciljeve, dakle ne valja reći: „Do kraja života više neću piti“ jer nitko ne zna koliko je to vremena. Bolje je skromno, malo po malo svakog jutra postavljati ovakav cilj: „Danas, sljedećih 24 sata neću popiti ni kap alkohola!“. Sljedećeg jutra pojedinac opet sam sebi treba obećati da neće popiti ni kapi alkohola dok uopće ne bude potrebe da razmišlja o trezvenosti. Ako se ne poštuje pravilo malih koraka, sve skupa može završiti razočarenjem, a to je blizu recidiva. Pravilo malih koraka može se primijeniti i na drugim životnim područjima (8).

Prema četvrtom pravilu, da bi se spriječio recidiv, treba što bolje shvatiti da recidiv nije samo ponovno pijenje alkohola, već i vraćanje starom negativnom načinu ponašanja, dakle ovisnosti sa svim njezinim karakteristikama. Oporavljanje od ovisnosti o alkoholu ne uključuje trezvenost, nego i promjenu ponašanja, promijenjene odnose (prema sebi i drugima), promjenu načina života. Tu se ulazi u bit recidiva, bar onoga kasnoga. Ako u životu i ponašanju rekonvalescenta nema nikakvih promjena, pitanje je zašto uopće recidivira. Ako nije promijenjeno njegovo ponašanje, nisu promijenjeni odnosi ni u obitelji ni na radnom mjestu, a to sve vodi u recidiv. Čovjek koji je u konfliktu sa okolinom i nesretan, teško će ustrajati u apstinenciji kad alkohol ublažava bol i nezadovoljstvo životom (8).

Nepromijenjeno ponašanje i nepromijenjeni odnosi vode u recidiv. U prvoj pripremnoj fazi recidiviraju, odnosno piju oni koji nisu svjesni da su ovisni o alkoholu. U drugoj stabilizacijskoj fazi recidiviraju oni koji nisu sposobni ovladati svojim mislima, osjećajima, prosuđivanjem i ponašanjem. Sve su njihove misli usmjerene na alkohol za kojim vape. Želja za alkoholom toliko je jaka da recidiviraju. U trećoj fazi ranog

oporavljanja recidiviraju oni koji ne žele prihvatiti činjenicu da su ovisni o alkoholu, a ne uče živjeti bez alkohola. U četvrtoj, središnjoj fazi recidiviraju oni koji ne mijenjaju način života. U petoj fazi, fazi korjenitog oporavljanja, recidiviraju oni kod kojih se ličnost ne mijenja te ne stječu samopoštovanje, sposobnost uspostavljanja zdravih i skladnih emocionalnih i intelektualnih odnosa. U šestoj fazi, fazi održavanja, recidiviraju oni koji ne uspijevaju usvojiti aktivan i kreativan način življenja. Recidiv je moguć u svakoj od faza oporavljanja od ovisnosti o alkoholu (8).

Najvažniji je čimbenik samopoštovanje, povoljna predodžba o sebi. Ako čovjek sam sebe ne cijeni dovoljno, ne ponaša se prema sebi sa dovoljno poštovanja, recidiv nije ništa drugo nego dokaz, da čovjek toliko malo voli i cijeni sebe da se odlučio uništiti, a to vuče za sobom i uništenje najbližih osoba. Drugi je čimbenik obitelj, tj. odnosi u obitelji. Čovjek živi u odnosima sa sobom, partnerom, s radnom okolinom, sa širom okolinom. Kažu da je ovisnost o alkoholu bolest odnosa jer bolno mijenja i remeti odnose alkoholičara s okolinom, a odnos je, u biti, obostrano zbivanje, što znači da svaki partner u odnosu djeluje na partnera, time i na sam odnos te ga mijenja. Dakle, kvaliteta odnosa može se mijenjati. Odnosi nisu nešto neživo, konstantno, nego su živi, mijenjaju se, osciliraju u životu (8).

O kvaliteti odnosa rekonvalescenta s partnerom i obrnuto ovisi i njihova vrijednost kao čovjeka. Ovdje se uočava povezanost oba čimbenika – samopoštovanja i obitelji. Stvarno će se promijeniti onaj rekonvalescent čija je obitelj sposobna reagirati na njegovu želju da se promijeni iz korijena. Dakle, ako se odnosi u obitelji kvalitetno promijene, obitelj će rekonvalescentu cijeliti njegovu vrijednost kao čovjeka, što će lakše, slobodnije i iskrenije uspostaviti odnose u obitelji, a ona će na to reagirati još kvalitetnijim odnosom prema njemu. Samopoštovanje i ljubav u obitelji dvije su bitne karike u sprječavanju recidiva (8).

3.5. ULOGA MEDICINSKE SESTRE

U konačnici alkoholizam postaje bolest cijele obitelji, a ne samo pojedinca. To je „stanje u kojem psihosocijalno, duhovno, ekonomsko i fizičko funkcioniranje članova obitelji i njihova sistema biva kronično narušeno, a proizašlo zbog alkoholne ovisnosti njenog člana“. NANDA definira narušene obiteljske odnose kao „stanje pri kojem normalno funkcioniranje obitelji biva ugroženo“. Sedamdesetih i osamdesetih godina zdravstvena njega bolesnika s ovisnošću prepoznata je kao jedinstveno područje rada medicinskih sestara koje je trebalo unaprjeđivati sve više. „Zdravstvena njega ovisnika definirana je kao područje posebne skrbi povezano s disfunkcionalnim modelima ljudskoga ponašanja koja je karakterizirana sljedećim karakteristikama: gubitak samokontrole, povremeno ili kontinuirano nedolično ponašanje, zlouporaba tvari i razvijanje ovisničkog modela tjelesne ili psihičke prirode.“ Priznanje zdravstvene njege bolesnika s ovisnošću kao zasebne grane zdravstvene skrbi dovelo je do razvoja struke te izdavanja brojnih publikacija (9).

Budući da je alkoholizam ovisnost i ima kroničan tijek, obitelj kao institucija ima potrebu braniti se od nje. Poveznica svih problema koji se odnose na područje rada medicinskih sestara proizlazi iz alkoholne ovisnosti člana obitelji. Postoje tri načina ustroja i načina funkcioniranja u obiteljima, a to su: prekomjerno pijenje člana koje postoji nezavisno od obiteljske strukture, odnosa i uloga, druga pozicija je ona u kojoj se obiteljske uloge i odnosi uredno obnašaju na način da su u svakodnevne rituale uključile i činjenicu prekomjernog pijenja, a treća je pozicija već sad disfunkcionalni član čije pijenje uništava obiteljske odnose i prijeti njihovom uništavanju kao cjelini. Kod samog člana koji konzumira alkohol i kod članova obitelji vremenom dolazi do bihevioralnih poremećaja, narušenim međuljudskim odnosima i narušenim osjećajima. Problemi su podijeljeni na jako izražene i slabije izražene poremećaje (9).

Prikupljanje podataka prvi je korak u prepoznavanju zdravstvenog stanja bolesnika. Proces prikupljanja podataka mora biti kontinuiran, sistemski, precizan, sveobuhvatan kako bi se omogućila pravilna izrada plana zdravstvene njege. Ta procjena može biti frustrirajuća, ali ujedno i poticajna iz više razloga. Alkoholičar može koristiti obrambeni mehanizam koji se očituje poricanjem, racionalizacijom te napadom, kada je

suočen s vlastitim problemom ovisnosti. Članovi obitelji također mogu poricati postojanje tog problema. Medicinska sestra koristi se intervjuom kako bi prikupila podatke od bolesnika, uključujući i njegovu interpretaciju problema opijanja i stava prema rješavanju problema. Podaci vezani za bolesnikovu percepciju, osjećanje, mogućnost komunikacije i prihvaćanje uputa, prepoznavanja ljudskih potreba te podaci o općem stanju bolesnika. Medicinska sestra treba uočiti dehidraciju, pothranjenost, vanjski izgled, rizik od ozljede zbog nestabilnosti, prisutnost tremora, znakove krize. Zatim, u ponašanju primijetiti je li društven, agresivan, komunikativan, je li ispoljava određene simptome i znakove tijekom halucinacija, iluzija. Bitno je da uoči postojanje suicidalnih ili homicidnih misli, je li kada vozio u alkoholiziranom stanju (9).

Medicinska sestra dužna je prepoznati probleme ovisnika:

- u ponašanju koje se očituje kroz gubitak kontrole pijenja, poricanje postojanja problema, ovisnost, odbijanje pomoći, krivnju, laganje, otežanu komunikaciju, izolaciju...,
- u ulogama i odnosima; kod ovisnika se javlja pogoršavanje u obiteljskim odnosima, poremećene obiteljske uloge, zanemarivanje obaveza, izostanak intimnosti, odbacivanje, nedostatak komunikacije...,
- u osjećajima; u alkoholičaru se razvija nisko samopoštovanje, nemoć, uznemirenost, napetost, frustracija, ljutnja, strah, osjećaj srama, potisnute emocije, suspregnut bijes, neprijateljstvo, nezadovoljstvo, depresija, osjećaj različitosti od drugih, emocionalno kontroliranje drugih... (9).

Jedan od ciljeva je proširivanje spoznaje i znanja o alkoholizmu te sa čime se susreću. Dije se na ciljeve kratkoročnog i dugoročnog karaktera. Indikatori za postavljanje ciljeva su povezanost posljedica koje je alkohol ostavio na ovisnika i obitelj kao jednu cjelinu. Prilikom započinjanja sestrijskih intervencija najznačajnija je uspostava povjerenja, koja se prirodno treba postići pružanjem empatije. Treba biti postojan, održavati obećanja; prihvaćati i ne osuđivati; ne donositi sud niti se miješati,

usredotočiti se na odgovore članova obitelji. Treba se omogućiti individualno i grupno iznošenje i dijeljenje skrivenih osjećaja. Bitno je da medicinska sestra naglasi da članovi obitelji nisu odgovorni zato što osoba pije. Ona mora istražiti obiteljska uvjerenja vezana za danu situaciju i njihove ciljeve, razgovarati o neučinkovitim metodama koje su korištene kao što su skrivanje alkohola, ljutnja, nasilje, varanje, plakanje, pronalaženje izlika, prisustvovati prilikom ispovijedanja članova obitelji o utjecaju koje je imalo na njih pijenje člana obitelji, naglašavati da je prvi korak pomoći osobi koja pije pomoć samom sebi, razgovarati tijekom oporavka s članovima obitelji o uobičajenim obiteljskim navikama i o njihovim dramatičnim promjenama koje su uslijedile, diskutirati o mogućem relapsu bolesti i čimbenicima koji mogu utjecati na to, inicirati povezivanje osobe i obitelji u suportivne grupe nakon završenog liječenja (9).

Problemi iz područja zdravstvene njege koji su često prisutni u alkoholičara su slijedeći: depresivnost, mogućnost nastanka organskih bolesti i oštećenja, mogućnost nastanka psihičkih oštećenja, mogućnost nastanka socijalnih problema, demotiviranost za liječenje te odbijanje istog, apstinencijske smetnje te povremeno pojavljivanje recidiva. Obiteljska terapija, kao jedan od najvažnijih i najznačajnijih načina rehabilitacije i reintegracije u obitelj, radnu sredinu i socijalnu zajednicu svakako mora biti jedna od metoda izbora u liječenju alkoholičara. Osim što alkoholizam predstavlja problem društva u cjelini, obitelj je ta koja trpi i na sebi osjeća dugoročne posljedice. Upravo u obitelji nalaze se najranije manifestacije alkoholizma. Alkoholičarske obitelji disfunkcionalne su u svim aspektima odnosa. Uz konstantne svađe i manjkavu komunikaciju te zapostavljanje djece u svakom smislu nemoguće je takvu obitelj zvati pravom obitelji. Obiteljska terapija, kao jedan od načina rehabilitacije, pomaže takvoj obitelji da krene boljoj budućnosti omogućujući im vlastito mijenjanje. Supruga alkoholičara ima veliku ulogu koja je od osobite važnosti za rehabilitaciju supruga. Medicinskoj sestri u radu s obitelji alkoholičara postavlja se jedna od najsloženijih i najzahtjevnijih zadaća uopće (10).

Budući da se liječenje alkoholizma zasniva na načelima liječenja sadržanih primarno u obiteljskom pristupu te klubovima liječenih alkoholičara, vidljiva je uska povezanost osoba s poremećajem i medicinske sestre u zajednici. Njezina uloga osobito je važna u prevenciji, otkrivanju i pružanju pomoći pri liječenju i edukaciji bolesnih.

Osnovni cilj koji se želi postići pri liječenju osoba s alkoholizmom je što dulja, a na kraju i apsolutna apstinencija (10).

Da bi patronažna sestra uspjela ostvariti što dulju ili čak i apsolutnu apstinenciju kod ovisnika, mora:

- znati da ovisnik i njegova obitelj moraju shvatiti da su dijelom sudjelovali u stvaranju običaja i navika pijenja,
- analizirati one čimbenike prisutne u obitelji koji su mogli dovesti do stvaranja ovisnosti o alkoholu,
- omogućiti verbalizaciju agresije te mračnih osjećaja, poticati produktivnu „svađu“,
- uočavati promjene u ovisnikovom ponašanju,
- imati uvid u stvarne odnose u obitelji alkoholičara,
- poticati na apstinenciju sve članove ovisnikove obitelji, ustrajati na dogovorenim pravilima, obavezama i dužnostima (10).

Prevenција alkoholizma ponajprije se odnosi na sprječavanje pijenja alkoholnih pića u populaciji. Osnovne karakteristike prevencije nastanka alkoholizma često se traže unutar zakonskih odredbi, ali efikasnije bi se djelovalo kada bi prevencija bila usmjerena prema samoj bihevioralnoj promjeni, a ne prema upotrebi alkoholnih pića. Glavni generator pijenja u Republici Hrvatskoj je obitelj s generacijski nametnutim običajima i navikama te društvo u kojem postoji ogromna tolerancija na alkohol. Zato s ciljem što učinkovitije prevencije treba djelovati na obitelj, ne samo unutar zdravstvene i socijalne službe, nego i putem škole, dostupnih javnih medija, vjerskih organizacija, sportskih društava i sl. Ono što alkohol može napraviti pojedincu te ostaviti ogromne posljedice na njegove najbliže nekada može ostaviti nepovratno oštećenje, zato prevencija ima veliku značajnost jer, kako se kaže, bolje je spriječiti, nego liječiti (10).

4. ZAKLJUČAK

Medicinska sestra čini neizostavan dio tima koji skrbi za ovisnike, što od nje zahtijeva visoku izobrazbu, odgovornost i spremnost da na vrijeme reagira. Ujedno ima značajnu ulogu u prevenciji ovisnosti jer ona svojim intervencijama, koje su specifične za svakog bolesnika, savjetovanjem i edukacijom pridonosi boljoj informiranosti zajednice, osobito mladeži i školske djece. Dužnost joj je da svakodnevno u svom radu senzibilizira zajednicu za problem ovisnosti. Sve veći broj ljudi bira sredstva ovisnosti jer su im dostupna, jeftina i brzo djeluju te pokušavaju u njima naći privremeno zadovoljstvo i rješenje za njihove probleme. Dolazi do neželjenih posljedica među kojima su prvenstveno, osim progresivnog uništavanja vlastitog zdravlja i deintegracije odnosa u obitelji, radnoj sredini te ostalim socijalnim krugovima. Osim pružanja pomoći u odvikavanju na fizičkoj razini, veoma je bitno pružiti psihološku podršku i motivaciju za daljnje liječenje ovisniku i njegovoj obitelji obzirom da alkohol pogađa sve članove. Obitelj je glavno utočište pojedinca u kojem se osjeća voljeno i prihvaćeno, a postojanjem ovisnosti samo jednog člana, ravnoteža odnosa se narušava. Medicinska sestra kroz zdravstveni odgoj treba pomoći ovisniku i njegovoj obitelji u mijenjanju štetnih zdravstvenih navika te usvajanju novih koje pridonose zajedničkom zdravlju cijele obitelji.

5. LITERATURA

1. Nacionalni program sigurnosti cestovnog prometa. Vožnja pod utjecajem alkohola. Zagreb: Promotor zdravlja d.o.o.; 2003.
2. Hudolin V. Klubovi liječenih alkoholičara. Zagreb: Jugoslavenska medicinska naklada; 1982.
3. Kaplan H.I., Sadock B.J. Priručnik kliničke psihijatrije. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1998.
4. Hotujac Lj. i sur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2006.
5. Nenadić Šviglin K. Alkoholizam. Cybermed [Internet]. 2015 [cited 2016 Sep 8]. Available from: <http://www.cybermed.hr/clanci/alkoholizam>
6. Gudelj M., Wöfl D. Alkoholizam: što je to?. Rijeka; 1994.
7. Pintarić S. O klubovima liječenih alkoholičara u Republici Hrvatskoj. Alkoholološki glasnik [Internet]. 2000 [cited 2016 Sep 21]. Available from: <http://www.moravek.org/kla/69/69-004.html>
8. ZKLA Mostar [Internet]. Recidiv u alkoholizmu. Mostar; 2014 [cited 2016 Sep 21]. Available from: <http://www.zkla-mostar.info/index.php/novosti/item/27-recidiv-u-alkoholizmu>
9. Hrvatska udruga medicinskih sestara. Mladi – problemi ovisnosti – obitelj. Pula: Hrvatsko psihijatrijsko društvo medicinskih sestara i tehničara; 2008.
10. Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2007.

6. SAŽETAK

Alkohol je najstarije i najčešće upotrebljavano sredstvo ovisnosti koje ima relaksirajuće djelovanje, pruža osjećaj euforije, zatupljuje intelektualna svojstva. Alkoholizam se gleda kao bolest mozga jer trajno mijenja njegove funkcije, oštećujući i uništavajući živčane stanice u mozgu koje se ne mogu obnoviti. U Republici Hrvatskoj spominje se termin „društveno prihvatljiva potrošnja alkohola“, počinje se s pijenjem vrlo rano, već u dobi od 14. do 16. godine uz povećanje broja alkoholičara. Zabrinjavajuće je kako je alkohol s vremenom postao glavni generator zabave u društvu. Sve se češće i više konzumira u ženskoj populaciji, pri čemu dolazi do polemika na temelju moralnog stajališta između spolova, iako ni jedna ni druga strana nemaju opravdanja za konzumiranje alkohola. Kao najzaslužnija osoba za konstruktivni prilaz alkoholnoj problematici istaknut je psihijatar Vladimir Hudolin. Godine 1964. osnovao je prvi klub liječenih alkoholičara, a kasnije su se počeli širiti po cijeloj Hrvatskoj te kontinentu općenito. Procjenjuje se da u Hrvatskoj ima oko 240.000 alkoholičara, od čega su 15 % odrasli muškarci i 8 % žene, iako su svakodnevno te brojke u porastu. Alkoholizam se ne može izliječiti samo u bolnici, zato su značajni klubovi u kojima ovisnik nakon izlaska iz bolnice nastavlja svoje liječenje do potpune apstinencije. Međutim, svaki ovisnik je u riziku za recidiv, tako da ne postoji doživotno jamstvo da neće ponovo posegnuti za alkoholom. U cijelom procesu liječenja, uz ostali stručni tim, medicinska sestra velika je karika, prvenstveno zbog primarnog kontakta s bolesnikom. Pružajući empatiju ostvariti će topao i kvalitetan odnos s bolesnikom, što će joj pomoći u daljnjem ostvarivanju plana zdravstvene njege. Kroz zdravstveni odgoj medicinska sestra odgaja ne samo ovisnika, već i njegovu obitelj. Alkoholizam kao bolest ne pogađa samo jednog člana, nego sve one koji imaju značajan kontakt s ovisnikom. Zato medicinska sestra ima važnu ulogu u samom pristupu ovisniku i njegovoj obitelji kroz educiranja, terapijske zajednice i pružanje psihološke podrške koja je temelj za daljnju suradnju u liječenju.

7. SUMMARY

Alcohol is the oldest and most commonly used addictive drug that has a relaxing effect, it gives a feeling of euphoria, and reduces intellectual abilities. Alcoholism is regarded as a disease of the brain because it changes its functions, damage and destroy nerve cells in the brain that cannot be restored. In Croatia, the term "socially acceptable consumption of alcohol" has been used, people start drinking very early, at the age of 14 to 16 and there has been an increase in the number of alcoholics. The fact that alcohol has eventually become a major generator of entertainment is worrying. There are more and more consumers within female population, with controversial moral point of view between the sexes, although neither of the parties have an excuse for alcohol consumption. The most deserving person for a constructive approach to alcohol issues is a psychiatrist Vladimir Hudolin. In 1964 he founded the first club of treated alcoholics, which later began to spread all over the country. It is estimated that there are about 240,000 alcoholics in Croatia, 15 % of which are adult men and 8 % women, although the numbers have been increasing. Alcoholism cannot be cured only in hospitals and that is why the clubs in which addicts continue their treatments to complete abstinence after leaving the hospital are very important. However, every addict is at risk for relapse, so there is no lifetime guarantee that they will not resort to alcohol again. Together with other health professional team members, a nurse plays an important role in the whole process of treatment, primarily due to the primary contact with the patient. Providing empathy to achieve a warm and good relationship with a patient helps in the further realization of the care plan. Through health education nurse educates not only the addicts, but also their families. Alcoholism as a disease that affects all those who have significant contact with the addict. Therefore, the nurse plays an important role in approaching alcohol addicts and their families through education, therapeutic communities and providing psychological support, which is the foundation of further cooperation in treatment.

8. ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODACI:

Ime i prezime: Josipa Kozina

Datum i mjesto rođenja: 21. kolovoza 1994., Split

Adresa: Dražice 12, 21223 Okrug Gornji, Hrvatska

E-mail: kozina.josipa@gmail.com

Mobitel: 097/ 772 11 97

OBRAZOVANJE:

2001. - 2009. Osnovna škola „Majstor Radovan“, Trogir

2009. - 2013. Opća gimnazija „Ivan Lucić“, Trogir

2013. - Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, Sestrinstvo, Split