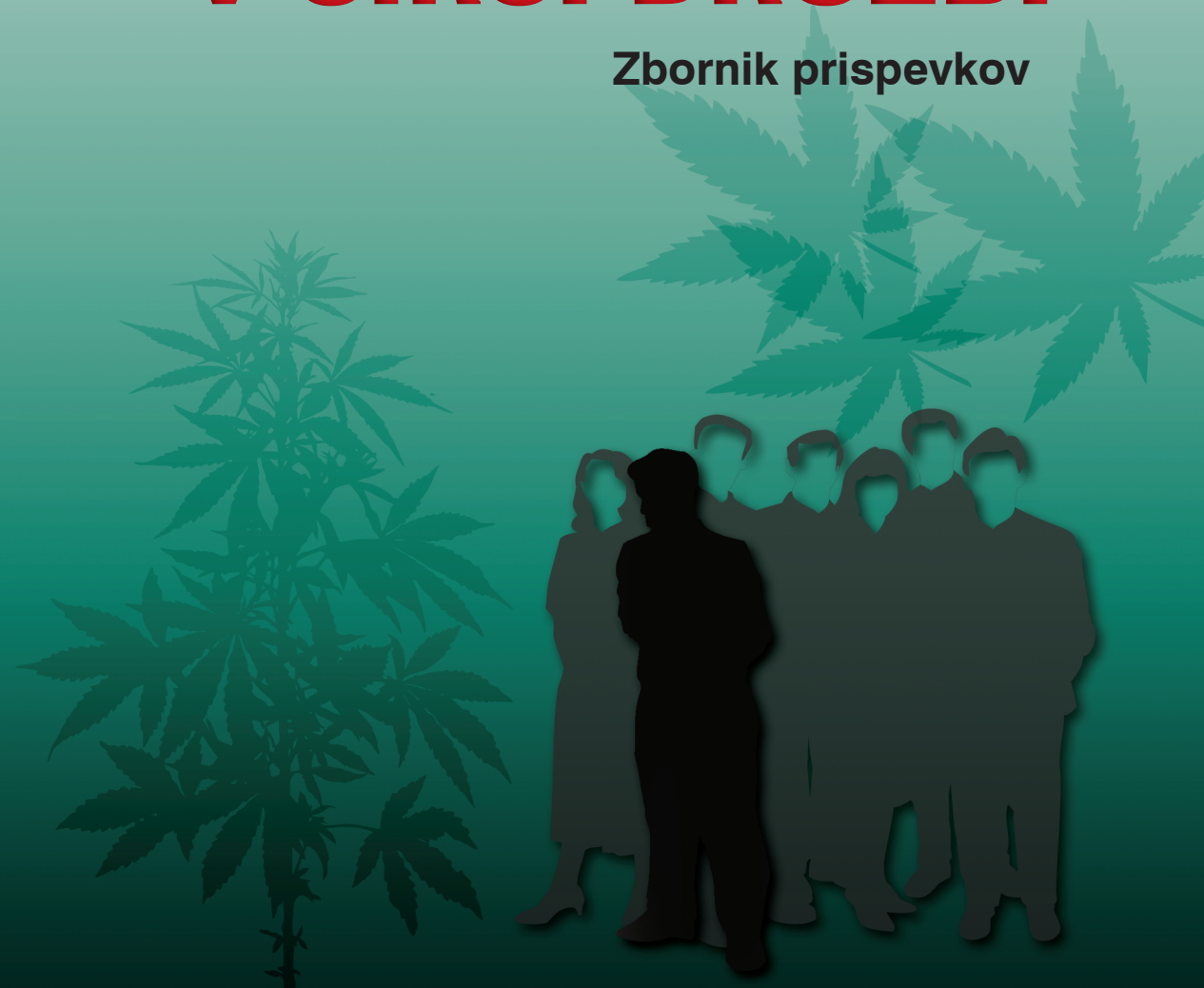




Poljanska cesta 14, SI-1000 Ljubljana
Telefon: + 386 (0)41 754 695
E-mail: tajnistvo@društvo-med-sester-lj.si
www.drustvo-med-sester-lj.si

ODVISNOST IN PROBLEMI V ŠIRŠI DRUŽBI

Zbornik prispevkov



ODVISNOST IN PROBLEMI V ŠIRŠI DRUŽBI

ZBORNIK PRISPEVKOV

Naslov:**ODVISNOST IN PROBLEMI V ŠIRŠI DRUŽBI**

Zbornik prispevkov 17. simpozija z mednarodno udeležbo

Uredniki:

doc. dr. Andreja Kvas, Đurđa Sima, doc. dr. Radojka Kobentar, mag. Peter Požun, Gordana Lokajner,

Recenzenti prispevkov:

doc. dr. Andreja Kvas, doc. dr. Radojka Kobentar, Đurđa Sima, Gordana Lokajner, mag. Peter Požun

Prevod:

Sara Hajdarević
Prevajalska agencija Julija

Jezikovni pregled:

Mojca Hudolin

Izdalo in založilo:

Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana

Za založnika:

Đurđa Sima

Oblikovanje naslovnice:

Studio Jager d.o.o.

Grafična priprava in tisk:

Tiskarna Kalipso d.o.o.

Naklada:

400 izvodov

Kraj in leto izdaje: Ljubljana, 2016

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

613.8:616-06/-08(082)

ODVISNOST in problemi v širši družbi : zbornik prispevkov 17. simpozija z mednarodno udeležbo / [uredniki Andreja Kvas ... [et al.] ; prevod Sara Hajdarević, Prevajalska agencija Julija]. - Ljubljana : Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 2016

ISBN 978-961-93765-5-3

1. Kvas, Andreja
287209728

KAZALO

UVODNIK	IV
1. Pijenje kao smisao života ili što je to u ljudskom biću što ga tjera prema piću?	3
<i>Pitje alkohola kot smisel življenja ali kaj človeka žene k pijači</i>	
Robert Torre	
2. Epidemiološko stanje na področju uporabe prepovedanih drog ter mikro in makroekonomske posledice uporabe prepovedanih drog	13
Milan Krek	
3. Odvisnost in pridružene psihične motnje	29
Silva Demšar	
4. Nekemične zasvojenosti	37
Sanja Rozman	
5. Kako odvisnega in njegove svojce motivirati za zdravljenje – podpreti za spremembo	43
Anica Pišl	
6. Zavisnici kao pacijenti na klinici za infektivne i tropske bolesti Kliničkog centra Srbije	63
<i>Odvisniki kot pacienti na Kliniki za infektivne in tropske bolezni Kliničnega centra Srbije</i>	
Maja Todorović	
7. Odvisnost od alkohola med starostniki – rezultati presejalnega testa SMAST-G	79
Radojka Kobentar in Zoran Kusić	
8. Patronažno varstvo v obvladovanju odvisnosti	97
Andreja Krajnc	
9. Vloga babice pri odvisnici v času nosečnosti in poroda	111
Anita Prelec	
10. Vloga medicinske sestre pri novorojenčku z abstinenčnim sindromom	123
Jana Stermecki	
11. Vloga zdravstva in zdravstvenih delavcev pri preprečevanju odvisnosti	135
Vesna Kerstin Petrič	

UVODNIK

17. simpozij Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana za izvajalce zdravstvene in babiške nege ponovno odpira zanimivo temo, ki jo natančneje osvetljujemo iz številnih zornih kotov, kar daje udeležencem simpozija nove možnosti.

Tokratni simpozij zajema široko področje adiktivne medicine in obravnave oseb s tovrstnimi motnjami. Raziskuje in poudarja heterogenost pojava v širši družbi z vidika epidemiologije, povezuje vplive različnih dejavnikov ter zdravstvenih in socialnih posledic odvisnosti ob potrebni podpori posamezniku za dejavno soodločanje pri doseganju višje kakovosti življenja.

Pri snovanju simpozijske teme in vključevanju avtorjev prispevkov smo si zastavili cilje, ki so nas usmerjali v:

- pridobivanje znanja s področij odvisnosti, svetovanja in motivacije oseb za zdravljenje;
- prepoznavanje oseb z odvisniškim vedenjem na primarni ravni zdravstvenega varstva;
- višjo raven razumevanja in sprejemanja oseb s kronično bolezensko motnjo odvisnosti;
- izboljšanje senzibilnosti zaposlenih do posebnih skupin z odvisniškim vedenjem;
- večjo tolerantnost do oseb z recidivom bolezni;
- zmanjševanje stigme in izboljšanje odnosa do obolelih oseb;
- večje vključevanje oseb in članov družine v zdravstvenovzgojne programe za zdrav življenjski slog;
- izmenjavo dobrih praks, multiprofesionalno povezovanje in obveščanje javnosti o potrebah po ustrezni obravnavi oseb z motnjami odvisnosti.

Medicinske sestre, babice, zdravstveni tehniki in drugi sodelavci v zdravstvu in socialnem varstvu so v prvi vrsti zavezani pomagati sočloveku, ki prosi za pomoč in jo potrebuje. Da bi lažje, bolj suvereno in učinkovito izvajali aktivnosti zdravstvene in babiške nege pri delu z osebami z odvisniškim vedenjem, smo izbrali multidimenzionalni pristop k problemu.

To je prispevek k slehernemu zakladu znanja posameznega izvajalca zdravstvene in babiške nege s ciljem razumeti podano temo ter biti učinkovit partner v

timskem pristopu zdravljenja in obvladovanja odvisnosti. Predvsem imejmo visoke moralne norme, spoštujmo dostojanstvo človeka kljub njegovi odvisnosti, kljub njegovi odločitvi ali izboru, saj pripadamo isti družbi, ti ljudje so del nas in mi del njih.

Temo odvisnosti od različnih psihotropnih substanc, probleme posameznika, ki se znajde v krogu odvisnosti, s tem pa tudi tovrstne probleme sodobne družbe smo predstavili na način, ki udeležencem simpozija ne podaja samo teoretičnih ali raziskovalnih spoznanj različnih oblik odvisnosti.

Med drugim ponujamo možnost, da razmišljamo konstruktivno, s ciljem skupnega ukrepanja in zavzetega iskanja načinov pomoči. Dovolimo si tudi nekaj kontroverznega razmišljanja avtorjev, kar pri zdravljenju in spremljanju odvisnosti ni vsakdanji pojav.

Razmišljanje prvega avtorja sloni na poglobljenem poznavanju razvojne dinamike odvisnosti, njegovih kliničnih izkušnjah z integriranim pristopom k slehernemu posamezniku, ki je stopil in še stopa po poti odvisnosti. Dovolimo si stopiti bližje, razmišljati drugače, razumeti ozadje, spremeniti odnos in videti sočloveka.

Bralca zbornika prispevkov navdihujemo, da poskuša razumeti marsikatero enigma v razumevanju oseb, odvisnih od psihotropnih substanc, in spozna novejšo razsežnost odvisnosti, to so vedenjski vzorci.

Zagotovo smo katero od disciplin nehote izključili ali onemogočili, da bi temo razsvetlili tudi z njihovega zornega kota. V ospredju naših predstavitev je družbeni kontekst, pa tudi vidiki stroke – psihiatrije in zdravstvene nege ter babiške nege problemi posameznika pa so poudarjeni in predstavljeni na večplasten način.

Verjamemo, da boste z današnjo izkušnjo bogatejši za nova znanja, ki vam bodo odpirala nove razsežnosti pri delu z obolelimi.

doc. dr. Radojka Kobentar

Đurđa Sima, predsednica DMSBZT Ljubljana

PRISPEVKI

PIJENJE KAO SMISAO ŽIVOTA ILI ŠTO JE TO U LJUDSKOM BIĆU ŠTO GA TJERA PREMA PIĆU?

prim dr. Robert Torre, dr. med., psihijatar, subspecijalist psihijatrije ovisnosti

Odjel alkoholizma Klinike za psihijatriju Kliničkog bolničkog centra

„Sestre milosrdnice“ u Zagrebu

rtorre1965@gmail.com

SAŽETAK

Rad fenomenološki promišlja pozitivne učinke alkohola po alkoholičara i način na koji pijenje postaje erotički formativno životno iskustvo po alkoholičara (bez kojeg on više dalje ne može). Utoliko nastoji odgovoriti na pitanja: Što alkoholičaru zapravo znači alkohol kad ga se tako nerado i teško ostavlja? Što je to u pijenju tako dobro da između života i alkohola, alkoholičari uvijek i opet biraju alkohol. Znajući da će tog izbora radi platiti visoku cijenu, nemaju velike dvojbe nego iznova optiraju za alkohol. Što je to što naše preventivne i terapijske postupke čini teškim, a nerjetko i bezuspješnim?

Ključne riječi: alkohol, alkoholičari, pozitivni doživljaj pijenja

Uvod

Što potiče milijune ljudi da svakoga dana piju alkoholna pića? Zašto alkohol ima neprikosnoveno krunsko mjesto među psihoaktivnim tvarima, kao svojevrsna droga nad drogama? Da on nanosi isključivo štetu, da uzrokuje momentalnu socijalnu i zdravstvenu propast osobe koja pije, ne bi uopće bilo njegove (zlo)upotrebe.

Alkohol je psihoaktivna tvar koja neurobiokemijski djeluje na mozak izazivajući poremećaje u njegovu funkcioniranju koji se na doživljajnom planu očituju kao psihijatrijski simptomi. Za razliku od psihičkih poremećaja, u užem smislu te riječi, pijenje alkoholnih pića dovodi do opijenosti kao stanja prolazne psihičke poremećenosti praćene osjećajem ugođe ili psihičke poremećenosti u kojoj se uživa. Određena stanja psihičke poremećenosti mogu biti ugodna, a upravo su alkoholna pića tvari koje nam uprizoruju ta, bistroj i normalnoj svijesti neprispodobiva, stanja.

Želja da se iskuse stanja svijesti neprimjerena prirodnoj ekipiranosti psihizma ljudima je duboko prirođena. To je i razlog zašto ćemo rijetko naići na neku od civilizacijsko-kulturnih skupina, a da kao sastavnicu njezine svakodnevnice ne nađemo na upotrebu barem jedne psihoaktivne tvari.

Potreba za psihoaktivnim tvarima, koje mijenjaju naše bazično stanje svijesti prema onom ugodnijem, komfornijem, životnijem, obuhvatnijem i ljepšem, duboko je prirodjena čovjeku. Djeca se mahnito vrte dok im se ne zavrti, svećenici meditiraju do stanja religioznog transa, narkomani se drogiraju, a alkoholičari piju.

Tako i u suvremenoj svakodnevnicu materijalna dobra zadovoljavaju materijalne, a alkoholna pića, cigarete (i ilegalne droge) emotivne potrebe konzumerističkoga građanstva društava kasnog kapitalizma.

Droge i alkohol umiruju i životno tješe pa i ne čudi što ih mnogi uzimaju kao temeljne regulatore emotivnog života. A kad im oni postanu sastavni dio svakodnevnice u mjeri da uopće ne mogu u učinkovitom smislu biti (bez njih), onda je jasno zašto ih se tako teško odreći i naći zamjenska, uvijek više nego blijeda, zadovoljstva.

U zapadnom civilizacijskom krugu cigarete i alkohol imaju status tradicijom i zakonima dopuštenih sredstava ovisnosti ili ti svojevrsnih legalnih droga. Među svima njima alkohol ima neprikosnoveno krunsko mjesto kao najzloupotrebljavana psihoaktivna tvar u povijesti zapadnog čovječanstva.

Piće je za dušu ono što je hrana za tijelo, opće je uvriježena pučka predrasuda. Preblago bi bilo kazati da naš narod tolerira pijenje kad on zapravo favorizira pijenje. Naš puk sukladno običajnom svjetonazoru ne doživljava pijenje štetnima-ko ono ne vodi i ne dovodi do socijalnih devijacija. Socijalno, radno i obiteljski funkcionalne alkoholičare naše sredine i te kako dobro podnose i toleriraju. Ni medijska promidžba pijenje alkoholnih pića nikad ne prikazuje u svjetlu rizičnog ponašanja nego kao ponašanje koje onoga koji pije čini socijalno prihvatljivom, uspješnom, opuštenom i dobro raspoloženom osobom.

U nas se društveno pijenje preolako izjednačava s umjerenim pijenjem, iako ono u pravilu daleko premašuje norme umjerenog odnosno, u zdravstvenom smislu, neštetnog pijenja. Gostionice i kavane bile su nekoć, a kafići i restorani danas su središnja mjesta društvenog okupljanja. U gostionicama nekoć, a u kafićima i restoranima danas pijenje je i dalje temeljna socijalizacijska jedinica.

Pijenje kao smisao života

Prijatelji s posla ili poslovni partneri socijaliziraju se pijući zajedno poslije posla, zatošto formalna pravila o distanciranom ponašanju na poslu priječe dublju povezanost među suradnicima. Priječe mogućnost da zaposlenici istinski komuniciraju pa je nerijetko poziv na piće poslije posla jedina i prava prilika za to. Neformalna druženja ljudi s posla uz piće, pa i jelo, izvan posla uvjet su dolaženja do važnih poslovnih informacija, kontakata i saveza. Navedeno je točno u tolikoj mjeri da temeljno stoji tvrdnja kako onaj tko ne pije s ljudima s posla ili iz struke, nije dobar u poslu i nije mu do posla.

Pijenje u većoj mjeri povezuje i zbližava nego što konfliktno raspaljuje i razdvaja ljude koji piju. Ljudi piju s prijateljima i poziv na piće istoznačan je pozivu na prijateljstvo i intimizaciju. Ono je način na koji inače zrele odrasle osobe artikuliraju (ventiliraju) svoje nerealizirane i potisnute infantilne porive. Način je to na koji pijanstvom potaknuta igra i sanjarija ostvaruju tzv. »regresiju u službi ega«. Pijenjem život činimo interesantnijim i podnošljivijim. Ono osobi koja pije pruža snagu da potvrdi život i izdržava ga na svakodnevnoj osnovi.

Ljudi ne piju zato što su ludi, glupi, neodgojeni ili neprosvijedeći, ni zbog nekakvih trauma iz djetinjstva, a ni zato što potječu iz disfunkcionalnih obitelji. Piju iz jednostavnog razloga jer im pijenje pruža osjećaj da su napokon stvarni, živi i svoji. Da se uгода postignuta pijenjem može dosegnuti na neki drugi način, recimo nekim tehnikama autosugestije, molitve ili meditacije, sigurno je da bi ljudi molili i meditirali, a ne trošili novac i zdravlje opijajući se. Isto tako, da u alkoholu nema nečeg privlačnog, ugodnog i dobrog, on ne bi imao snagu zagospodariti ljudskim životima.

Ljudi ne piju s nakanom da se truju i da im bude loše, ne piju da bi narušili psihičko i fizičko zdravlje. I ne piju zato da svom životu oduzmu svaku suvišnju životnu perspektivu. Sve su to neželjene usputne pojave prekomjernog pijenja koje svaki alkoholičar nastoji izbjeći, odgoditi ili barem ublažiti. Ali, stvar s pijenjem i alkoholom stoji upravo suprotno: u pravilu, dulji niz godina pozitivni učinci pijenja prevažu nad onima negativnima. Odnosno, svoju tamnu stranu pijenje pokazuje tek naknadno. I upravo se u tome očituje magnetizam udice kojom alkohol vabi svoje žrtve.

Naravno da se moralisti i zagovornici ideologija zdravlja pod svaku cijenu ne bi složili sa sljedećim, ali život bez pića manje je vrijedan život. Pijenje život čini uzbuđljivim, dinamičnijim, daje mu boju bez koje bi svijet bio siromašniji. Pijenjem se stvarnosti prilazi na drukčiji, intimniji i emotivniji način. Alkohol dosadu pretvara u uzbuđenje, nemoć u osjećaj snage, životni bol u spokoj ili, u goreм slučaju, anestetiziranu ravnodušnost. Pijanstvo premošćuje jaz između želja i mogućnosti, postavljajući opijenu osobu u iluziju da je sve još uvijek moguće. Tko pije, upija moć alkohola, osjeća se živ iznutra i alkoholom krijepi svoje najintimnije biće.

Alkoholičari piju zato jer je alkohol jedna od rijetkih stvari koja im čini dobro, koja čini da se napokon osjećaju dobro, da budu dobri i da svijet dožive kao dobar. Piju kako bi alkoholom, kao temeljnim regulatorom svog emotivnog života, pojačali i poboljšali doživljaj sebe i svijeta oko sebe. Piju radi zabave i užitka, da bi se opustili, zaboravili i ružnu stvarnost stavili izvan snage.

Na kraju krajeva, piju kako bi se prestali osjećati nedostatno, jadno, napeto i depresivno. Piju kako bi se napokon osjetili slobodnim i živim u pravom smislu te

rijeći, kako bi doživjeli egzaltaciju i ekstazu i kako bi manjkavosti svoga bića nadopunili bićem alkohola.

Opijena osoba zaljubljuje se u tu narcistički uljepšanu i idealiziranu sliku sebe, odnosno zaljubljuje se u alkohol koji joj tu sliku omogućava. Tko se jednom tako osjeti, automatizmom bi se želio stalno tako osjećati pa od tada nadalje robuje tom osjećaju kao ovisnik. Alkoholičari nisu glupi: puno su izgubili zbog pijenja, a opet svemu usprkos ipak životno optiraju za alkohol jer znaju koliko im je pijenje važno.

Alkohol je afrodizijak za dušu. On daje, ali i uzima, kako dušu, tako i život. Nikome ne daje, a da mu ne uzme. Kome je najviše dao, najviše je i uzeo. Ali tko voli, nek' izvoli, valjda zna zašto to čini i što mu to vrijedi jer će za pijenje neosporno platiti cijenu. Zato je pijenje zdravstveno štetan i društveno neprihvatljiv način zadovoljavanja, inače tako prirodne i duboko razumljive, ljudske potrebe za ugodom.

Alkoholičar živi kroz pijenje i za pijenje, pijenje je njegov život. Alkoholičar ima, za nas umjerene pivce i nealkoholičare, neshvatljiv, erotičan odnos prema alkoholu. U njega želja za biti i želja za biti pijan leže vrlo blizu. U njega su život pod utjecajem i život inačice. Oduzeti mu piće isto je što i, uime zdravlja, lišiti ga bitne vrste svijesti koja ga određuje. Pijenje je u njega u tolikoj mjeri tvrdokorna navika da možemo kazati kako se ni živjeti ne mora, ali piti se mora.

Zaključak

Alkoholičar je u svojevrsnom ljubavnom odnosu s alkoholom. Oni se ljube sve dok se ne zaljube. A onda se posvade i zamrze, i jedno drugom čine samo zlo i samo loše. Tko voli piti, zaljubi se u alkohol i pije sve dok ne oboli od pića, sve dok ta ljubav ne počne razarati sve najvrednije do čega mu je životno stalo... I tek tada on ozbiljno i iskreno pomišlja prestati piti (samo nije baš siguran da je to uopće moguće).

Tako da su: „Ima li života poslije alkohola?” i „Je li moguć život bez alkohola?” pitanja na koja oni koji su se propili ne znaju odgovor, a svakako ne znaju potvrđan odgovor. Što im je ostalo od života ako iz njega izuzmemo alkohol? Život je težak, a čovjek slab. Dušu mu tvore rane koje su zacijelile i one koje još uvijek krvare, a alkohol pruža utjehu, ugodu, zaborav i razgaljenje. Pa tako za njih nije pravo pitanje kako to da su se oni propili već kako to da se svi ostali nisu?

Literatura

- Torre, R., 2006. Propadanje alkoholičara. Zagreb: Hrvatski savez Klubova liječenih alkoholičara.
- Torre, R., 2006. Oporavak alkoholičara u Klubovima liječenih alkoholičara. Zagreb: Hrvatski savez Klubova liječenih alkoholičara.
- Torre, R., 2015. Alkoholizam –prijetnja i oporavak. Zagreb: Profil knjiga d o o.

PITJE ALKOHOLA KOT SMISEL ŽIVLJENJA ALI KAJ ČLOVEKA ŽENE K PIJAČI

prim dr. Robert Torre, dr. med., psihiater, subspecialist psihijatrije odvisnosti

Odjel alkoholizma Klinike za psihijatriju Kliničkog bolničkog centra

„Sestre milosrdnice“ u Zagrebu

rtorre1965@gmail.com

IZVLEČEK

Prispevek fenomenološko predeluje pozitivne učinke alkohola za alkoholika in način, ko pitje postaja erotična formativna življenjska izkušnja za alkoholika (brez njega on dlje ne zmore). Zato skuša odgovoriti na vprašanja: Kaj alkoholiku pravzaprav pomeni alkohol, ko ga tako težko zapušča? Kaj je to v pitju tako dobro, da med življenjem in alkoholom, alkoholiki vedno in znova izbirajo alkohol. Vedo, da bodo zaradi tega plačali visoko ceno, nimajo velikih dilem, se ponovno opijajo z alkoholom. Kaj je to kar naše preventivne in terapevtske postopke dela težke, ne prav redko tudi neuspešne?

Ključne besede: alkohol, alkoholiki, pozitivna doživetja pitja

ABSTRACT

The contribution phenomenologically processes the positive effects of alcohol for the alcoholic and the manner when drinking becomes an erotic formative life experience for the alcoholic (without which he / she cannot go on for long). It, therefore, attempts to answer these questions: What alcohol actually means to an alcoholic, since they find it so difficult to give it up? What is it that makes drinking so good that between life and alcohol, alcoholics always and again choose alcohol. They know that they will pay a high price; they have no big dilemmas; they get intoxicated with alcohol again and again. What is it that makes our preventive and therapeutic procedures difficult, which, not so rarely, fail?

Key words: alcohol, alcoholics, positive experience of drinking

Uvod

Kaj milijone ljudi vsak dan spodbudi, da pijejo alkoholne pijače? Zakaj alkohol zaseda glavno mesto med psihoaktivnimi substancami kot droga nad vsemi drugimi drogami? Če bi alkohol povzročil trenutno škodo, trenutni družbeni in zdravstveni propad osebe, ki ga zaužije, sploh ne bi prišlo do njegove zlorabe.

Alkohol je psihoaktivna substanca, ki nevrobiokemično deluje na možgane, tako da povzroči motnje v njihovem delovanju, ki se na doživljajskem področju kažejo kot psihiatrični simptomi. Za razliko od psihičnih motenj v ožjem pomenu te besede pitje alkohola vodi k opitosti kot stanju prehodnih psihičnih motenj, ki jih spremlja občutek ugodja, ali psihične motnje, v kateri ta oseba uživa. Določena stanja psihičnih motenj so lahko ugodna in alkohol je prav tista substanca, ki bistri ter normalni zavesti uprizori ta edinstvena stanja.

Želja, da izkusijo stanje zavesti, ki ne odgovarja na ravni ekipiranosti psihizma, je ljudem prirojena. To je tudi razlog, zakaj bomo zelo redko naleteli na katerokoli civilizacijsko-kulturno skupino, ki kot sestavni del svojega vsakdana ne vključuje tudi uporabo vsaj ene psihoaktivne substance.

Potreba po psihoaktivnih substancah, ki povzročijo, da je naše osnovno stanje zavesti ugodnejše, udobnejše, bolj življenjsko, obsežnejše in lepše, je človeku prirojena. Otroci se divje vrtijo, dokler se jim ne zvrsti, duhovniki meditirajo, da dosežejo stanje verskega transa, narkomani se drogirajo, alkoholiki pa pijejo.

Tako tudi v vsakdanjem življenju materialne dobrine zadovoljijo materialne potrebe, alkoholne pijače in cigarete (tudi prepovedane droge) pa zadovoljijo čustvene potrebe potrošniške družbe poznega kapitalizma.

Droge in alkohol človeka umirijo in potolažijo, zato ni čudno, da jih mnogi uživajo kot osnovne usmerjevalce čustvenega življenja. Ko droge postanejo sestavni del vsakdanjega življenja do te mere, da oseba sploh ne more biti brez njih, postane jasno, zakaj se jim je tako težko upreti in poiskati nadomestno zadovoljstvo.

V zahodnem civiliziranem svetu ima uživanje legalnih drog, in sicer cigaret ter alkohola, tradicijo ter je zakonsko dovoljeno. Med temi drogami je alkohol največkrat zlorabljena psihoaktivna substanca v zgodovini zahodnega sveta.

Da je pijača za dušo tisto, kar je hrana za telo, je ukoreninjena narodna navada. Naša družba ne samo, da dopušča pitje, ampak ga tudi povečuje. Pitja ne doživlja kot nekaj škodljivega, vse dokler to ne vodi do družbenega odklona. Družbeno, delovno in družinsko funkcionalne alkoholike naša družba sprejema ter tolerira. Prav tako tudi medijska promocija pitja alkoholnih pijač ne prikazuje kot tvegano vedenje, ampak tistega, ki pije, prikazuje kot družbeno sprejemljivo, uspešno, sproščeno in veselo osebo.

Pri nas se pitjav družbi ne jemlje resno in se enači z zmernim pitjem, čeprav presega norme zmerne oziroma v zdravstvenem smislu neškodljivega pitja. Nekoč so bile kraj družabnega življenja gostilne in kavarne, danes so to lokali ter restavracije. Kljub temu je pitje še naprej osnovna socializacijska enota.

Pitje kot smisel življenja

Sodelavci ali poslovni partnerji se socializirajo tako, da gredo po službi skupaj na pijačo, saj pravila o vedenju v službi ovirajo tesnejšo povezanost med zaposlenimi. Zaposleni med delovnim časom nimajo časa za medsebojni pogovor, zato je pogosto povabilo na pijačo po službi edina priložnost za to. Neformalno druženje zaposlenih ob pijači in velikokrat tudi hrani izven službe pogosto privede do pomembnih poslovnih informacij, stikov ter vez. Zato lahko pogosto slišimo, da tisti, ki se ne odzove povabilu na pijačo s sodelavci ali osebami iz stroke, svojega dela ne opravlja dobro oziroma mu ni do dela.

Pitje v večji meri združuje in zbližuje, kot pa povzroča konflikte ter ločuje ljudi, ki pijejo. Ljudje pijejo s prijatelji in povabilo na pijačo je izenačeno s povabilom na druženje ter intimnost. To je način, kako običajno zrele odrasle osebe izražajo (ventilirajo) svoje neuresničene in potlačene nagone iz otroštva. Na tak način s pijanstvom spodbujeno igro in sanjarjenje uresničijo skozi t. i. »regresijo v službi ega«. Zaradi pitja se nam drugi in življenje zdijo zanimivejši ter znosnejši. Alkohol da osebi moč, da sprejme življenje in se z njim vsakodnevno tudi spopade.

Ljudje ne pijejo, ker so nori, neumni, nevzgojeni, nerazsvetljeni, zaradi travm iz otroštva ali ker izhajajo iz disfunkcionalnih družin. Pijejo iz preprostega razloga – pijača jim daje občutek, da so končno resnični, živi in sami svoji. Če bi ugodje, ki ga nudi pitje, lahko dosegli drugače, na primer z različnimi tehnikami avtosugestije, molitve ali meditacije, bi ljudje zagotovo raje molili in meditirali, kot pa zapravljali denar ter zdravje za alkohol. Če v alkoholu ne bi bilo nekaj privlačnega, prijetnega in dobrega, ne bi imel takšne moči nad našimi življenji.

Ljudje ne pijejo, da bi se zastrupljali in da bi se počutili slabo, ne pijejo, da bi ogrozili duševno ter fizično zdravje. Ne pijejo zato, da svojemu življenju vzamejo vsako smiselno življenjsko perspektivo. Vse so to neželene posledice prekomernega pitja, ki se jim vsak alkoholik želi izogniti, jih odložiti ali vsaj ublažiti. Vendar je prav nasprotno. Praviloma več let pozitivni učinki pitja presežejo negativne oziroma alkohol svojo temno stran pokaže šele naknadno. In prav tukaj se kaže magnetizem vabe, s katero alkohol privablja svoje žrtve.

Vsekakor se z naslednjimi moralisti in zagovorniki ideologije zdravja ne bi strinjali, vendar je življenje brez pijače malo manj vredno življenje. Zaradi pitja je življenje vznemirljivo, bolj dinamično, obarvajo ga barve, brez katerih bi bil svet veliko siromašnejši. S pitjem se k resničnosti pristopa na drugačen, bolj intimen in čustven način. Alkohol dolčas spremeni v vznemirjenje, nemoč v občutek moči, bolečino v spokoj ali v hujšem primeru ravnodušnost. Alkohol premosti vrzel med željami in možnostmi. Alkoholizirana oseba ustvari iluzijo, da je še vedno vse mogoče. Oseba, ki pije, vpija moč alkohola in se počuti živa od znotraj ter z alkoholom krepi najintimnejše v svojem bitju.

Alkoholiki pijejo zato, ker je alkohol ena od redkih stvari, ki jim dobro denejo, zaradi alkohola se dobro počutijo, so dobri in svet doživljajo kot nekaj lepega. Pijejo zato, da z alkoholom, osnovnim usmerjevalcem svojega čustvenega življenja, okrepijo in izboljšajo dožemanje samega sebe in sveta okrog sebe. Pijejo iz zabave in užitka, da se sprostijo ter pozabijo na grdo resničnost. Na koncu koncev pijejo, da bi se nehali počutiti šibke, nebojlene, napete in depresivne. Pijejo, da bi se končno počutili svobodne in žive v pravem pomenu besede, da bi doživeli eksaltacijo ter ekstazo in da bi pomanjkljivosti lastnega bitja dopolnili z bitjo alkohola.

Opita oseba se zaljubi v to narcisoidno in idealizirano podobo same sebe oziroma se zaljubi v alkohol, ki ji to podobo omogoči. Kdor se enkrat tako počuti, se samodejno vedno želi tako počutiti, zato je od takrat dalje suženj tega občutka. Alkoholiki niso neumni, dobro vedo, da so zaradi alkohola veliko izgubili, toda kljub temu živijo za alkohol, ker jim je alkohol najpomembnejši.

Alkohol je afrodiziak za dušo. Veliko da, vendar tudi vzame, tako dušo kot življenje. Vedno zahteva nekaj v zameno. Tistemu, ki je največ dal, tudi največ vzame. Če oseba želi piti, naj pije, najbrž ve, kaj dela. Toda pijača jo bo drago stala. Pitje alkohola je škodljivo za zdravje in družbeno nesprejemljiv način zadovoljevanja potreb, sicer tako naravne ter globoko razumljive človeške potrebe po ugodju.

Alkoholik živi skozi pitje, za pitje in pitje je njegov smisel življenja. Alkoholik ima za nas, zmerne pivce in nealkoholike, nerazumljiv, erotičen odnos do alkohola. V njem sta si želja po življenju in želja po alkoholu zelo blizu. Življenje in življenje pod vplivom alkohola sta dve različici. Alkoholiku odvzeti pijačo je isto, kot da bi mu v imenu zdravja odvzeli bistvo, ki ga določa. Pitje alkohola je pri njem tako zakoreninjena navada, da lahko rečemo, da se mu zdi manj pomembno živeti kot pa piti.

Zaključek

Alkoholik je v svojevrstnem ljubezenskem odnosu z alkoholom. Ljubita se, dokler se ne zaljubita. Nato se skregata in se sovražita ter eden drugemu želita samo zlo in slabo. Tisti, ki rad pije, se zaljubi v alkohol in pije, vse dokler ne zboli oziroma dokler ta ljubezen ne začne uničevati tistega najdragocenejšega, kar mu v življenju veliko pomeni ... Šele takrat resno in iskreno želi prenehati piti (vendar ni prepričan, ali je to sploh mogoče).

»Ali sploh obstaja življenje brez alkohola? Ali je mogoče živeti brez alkohola?« sta zagotovo vprašanji, na kateri alkoholiki ne znajo odgovoriti, vsekakor pa ne poznajo pritrdilnega odgovora. Kaj jim je še preostalo v življenju, če odvzamemo

alkohol? Življenje je težko, človek pa je šibek. Duša je polna ran, ki so zacelile, in tistih, ki še krvavijo, alkohol pa ponuja tolažbo, udobje, pozabo ter razgaljenje. Zato se jim ne zdi čudno, da so začeli piti, ampak jim ni jasno, zakaj še vsi drugi niso.

Literatura

Torre, R., 2006. Propadanje alkoholičara. Zagreb: Hrvatski savez Klubova liječenih alkoholičara.

Torre, R., 2006. Oporavak alkoholičara u Klubovima liječenih alkoholičara. Zagreb: Hrvatski savez Klubova liječenih alkoholičara.

Torre, R., 2015. Alkoholizam –prijetnja i oporavak. Zagreb: Profil knjiga d o o.

EPIDEMIOLOŠKO STANJE NA PODROČJU UPORABE PREPOVEDANIH DROG TER MIKRO IN MAKROEKONOMSKE POSLEDICE UPORABE PREPOVEDANIH DROG

THE EPIDEMIOLOGICAL STATE IN THE FIELD OF ILLICIT DRUG USE AS WELL AS MICRO AND MACRO ECONOMIC CONSEQUENCES OF ILLICIT DRUG USE

Milan Krek, dr. med., specialist javnega zdravja

*Nacionalni inštitut za javno zdravje, OE Koper, Vojkovo nabrežje 4a Koper,
milan.krek@nijz.si*

IZVLEČEK

Namen prispevka je epidemiološki pregled uporabe drog v Sloveniji in širšem okolju ter prikaz nekaterih ekonomskih posledic uporabe drog doma in v tujini. Uporaba prepovedanih drog je vse večji globalni problem sodobne postmoderne družbe; nekateri epidemiološki podatki, ki to potrjujejo, so navedeni v prispevku. Aktivnosti na tem področju na svetovni ravni vodijo Združeni narodi preko urada za droge na Dunaju. Posamezne države v svoji zakonodaji implementirajo določila mednarodnih konvencij. Med njimi je tudi Slovenija, ki uveljavlja celostni pristop k reševanju problematike drog. Droge finančno obremenjujejo države, ki imajo zaradi njih veliko stroškov. Pomembna je tudi problematika brezdomstva in zapiranja odvisnikov kot posledica uporabe drog. V zaporih je za zapornike bistveno večje tveganje za okužbo s HIV in hepatitisom C, obravnava pa predstavlja za družbo bistveno višji strošek, kot če bi bili na prostosti. Odvisnost je mogoče preprečiti in tudi uspešno zdraviti, zato je nujno podpirati programe pomoči odvisnim od drog. Sodobni pristopi povzročajo veliko težav tako uporabnikom drog kot tudi državam, zato je vprašanje, ali so metode dela na tem področju usklajene s potrebami časa ter sodobnim znanjem in tehnologijo. Vprašanje je, ali bi danes ob vsem znanju, ki ga imamo, in tehnološkem napredku lahko uveljavili drugačno in morda učinkovitejše urejanje področja drog, ki bi imelo manj posledic za posameznika in družbo.

Ključne besede: epidemiologija drog, ekonomske posledice, ekstazi, kono-plja, nalezljive bolezni, uporaba prepovedanih drog

ABSTRACT

The purpose of this paper is an epidemiological survey of drug use in Slovenia and the wider area and a review of some of the economic consequences of drug use both at home and abroad. Today, illicit drug use is a growing global public health problem of the postmodern society; some epidemiological data are mentioned in the article. Activities in this area are coordinated on the global level by the United Nations Office on Drugs and Crime in Vienna. Individual countries are implementing the provisions of international conventions in their national legislation. Slovenia is one of them, and is establishing an integrated interdisciplinary approach to solving the drug problem. Drugs present significant financial problems to all the countries in the world. The consequences of drug use are also homelessness and imprisonment of people addicted to drugs. Prisoners have a significantly higher risk of infection with HIV and hepatitis C and their care is a bigger financial burden inside the prison than outside. Addiction can be prevented and successfully treated; therefore, it is necessary to support different programs for help and treatment of drug addicts. Modern approaches to drug use cause many problems to both drug users and their countries, so the question is whether the methods of work in this area are in line with the needs of the time we live in and contemporary knowledge and technology. The question is whether today, with all the knowledge that we possess and technological progress, we can enforce a different and perhaps more effective regulation of the field of drugs that would have fewer consequences on the individual and society.

Key words: epidemiology of illegal drugs, economic consequences, ecstasy, cannabis, infectious diseases, illicit drug use

Epidemiološki podatki na ravni Združenih narodov

Poročilo Združenih narodov – urada za droge, ki ima svoje prostore v palači Združenih narodov na Dunaju, opozarja, da je v letu 2015 poraslo število uporabnikov prepovedanih drog in jih je bilo tako največ v zadnjih letih. Po oceni urada, ki temelji na skrbnih poročilih iz posameznih držav članic, je bilo v letu 2015 po povprečni oceni na svetu 246 milijonov uporabnikov prepovedanih drog. Vseh prebivalcev Združenih držav Amerike – ZDA je 318 milijonov (tabela 1) (World drug report, 2015).

Tabela 1: Najvišja in najnižja ocena števila uporabnikov drog v svetu med populacijo 15–64 let in njihov delež v tej starostni skupini (World drug report, 2015)

Droga	Najnižji delež uporabnikov drog	Najvišji delež uporabnikov drog	Najnižje število uporabnikov drog	Najvišje število uporabnikov drog
Konoplja	2,7	4,9	128.480.000	232.070.000
Opioidi	0,6	0,8	27.990.000	37.560.000
Opiati	0,3	0,4	12.920.000	20.460.000
Kokain	0,3	0,4	13.800.000	20.730.000
Amfetamin	0,3	1,1	13.870.000	53.870.000
Ekstazi	0,2	0,6	9.340.000	28.390.000
Skupaj	4,4	8,2	206.400.000	393.080.000

To pomeni, da je vsak dvajseti zemljan uporabljal prepovedane droge, v letu 2015 pa je bilo za tri milijone več novih uporabnikov prepovedanih drog glede na leto 2014. Med desetimi je vsaj en uporabnik problematičen, kar pomeni, da ne more prenehati uporabljati droge. Dvanajst milijonov uporabnikov prepovedane droge injicira. Ena najbolj vidnih posledic injiciranja prepovedanih drog pa je po oceni Urada za droge Združenih narodov 1,65 milijona okuženih z virusom HIV. Uporaba prepovedanih drog je bila v letu 2015 glavni vzrok za 187.100 nenadnih smrti zaradi zastrupitve s prepovedanimi drogami v letu 2013, ki so se končale s smrtjo. Žal mnogi uporabniki izgubljajo življenja zaradi akutnih zastrupitev, ki bi jih bilo mogoče z ustreznimi ukrepi uspešno obvladovati. Medtem ko je uporaba heroina v svetu stabilna in se je uporaba kokaina nekoliko znižala, pa se je povečalo število uporabnikov konoplje in opioidnih zdravil. V posameznih regijah se je povečalo povpraševanje po možnostih za zdravljenje odvisnosti od konoplje, kar kaže, da je konoplja za uporabnike postala bolj nevarna. Predvsem v jugovzhodni Aziji se je zelo povečala uporaba amfetaminov. Zaporji so mesto, kjer se uporabljajo droge na zelo nevarne načine za prenos virusa HIV, hepatitisa C in tuberkuloze. V posameznih predelih sveta so velike potrebe po zdravljenju odvisnosti od amfetaminov. V ospredje prihajajo problemi, ki sledijo uporabi novih psihoaktivnih snovi – povzročiteljev odvisnosti, zato se vse pogostejše pojavlja potreba po zdravljenju odvisnosti od novih psihoaktivnih snovi. Danes vemo, da je odvisnost od drog predvsem kronično obolenje, ki se velikokrat ponovi; tudi če oseba doseže določeno obdobje abstinence, se bolezen znova in znova vrne. Osebe, odvisne od drog, praviloma potrebujejo vseživljenjsko zdravljenje bolezni. Moški pogostejše kot ženske uporabljajo konopljo, kokain in amfetamine, ženske pa pogostejše postanejo odvisne od predpisanih opioidov in drugih zdravil. Vse večja prodaja prepovedanih drog se dogaja preko črnega spletnega mesta – ilegalnega svetovnega

spleta. Še vedno transport droge poteka po ilegalnih poteh pod vodstvom organiziranega kriminala, ki spreminja svoj način dela. Če so bili včasih specializirani za posamezno drogo, se zdaj ukvarjajo s transportom različnih drog hkrati (World drug report, 2015).

Posamezni epidemiološki podatki na področju prepovedanih drog za območje Evropske unije

Delovanje organiziranega kriminala na področju drog v mednarodnem obsegu je vse bolj kompleksno in medsebojno povezano ob hkratni specializaciji za posamezna področja. Organizirani kriminal se ne ukvarja samo z eno obliko kriminala, ampak združuje različne oblike z namenom, da zasluži več. Pomembne spremembe pri gojenju in preprodaji drog nastajajo zaradi hitrega razvoja tehnologije tako na področju proizvodnje drog kot komunikacije. Brez sistematičnega spremljanja in analize trga drog danes ni mogoče razvijati uspešnega odgovora na škodo, ki jo droge povzročajo (EU drug markets report – in depth analysis, 2016).

V svetovnem okviru je Evropa pomemben trg za droge, ki se oskrbuje z doma proizvedenimi drogami in tistimi, uvoženimi iz drugih regij sveta. Južna Amerika, Zahodna Azija in Severna Afrika so pomembna območja izvora prepovedanih drog, ki pridejo v Evropo, medtem ko sta Kitajska in Indija državi izvora novih psihoaktivnih snovi. Poleg tega nekatere droge in predhodne sestavine čez Evropo potujejo na druge celine. Evropa je tudi regija, v kateri proizvajajo konopljo in sintetične droge, pri čemer konopljo gojijo predvsem za lokalno uporabo, nekatere sintetične droge pa tudi za izvoz v druge dele sveta. Medtem ko so v preteklosti trgi prepovedanih drog delovali na fizičnih lokacijah, so se v zadnjem desetletju pojavile nove internetne tehnologije, ki so omogočile razvoj spletnih trgov. Trgi drog lahko delujejo na površinskem spletu, kjer se običajno prodajajo nenadzorovane predhodne sestavine, nove psihoaktivne snovi ali lažna in ponarejena zdravila. Delujejo pa lahko tudi na globokem spletu prek trgov in kriptotrgov na temnem spletu, kamor sodita AlphaBay ali nekdanji SilkRoad. Proizvodi iz konoplje in MDMA naj bi bili poleg vrste zdravil najpogostejše prodajana prepovedana droga na trgih na temnem spletu (Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, 2016).

Evropski trg drog je še vedno prilagodljiv, nekateri kazalniki pa pričajo, da se povečuje zlasti uporaba konoplje in stimulansov. Podatki o ponudbi na splošno kažejo, da je stopnja čistosti ali moči večine prepovedanih snovi visoka in se celo povečuje. Poleg tega večina najnovejših podatkov iz raziskave o razširjenosti kaže manjše povečanje v ocenjeni uporabi drog, ki so pogostejše v uporabi.

Kompleksnejši je tudi trg drog, na katerem so uporabnikom poleg bolj uveljavljenih drog na voljo nove snovi, podatki pa kažejo tudi na vse večjo porabo zdravil. Med osebami, ki imajo težave z drogami, je vzorec sočasne uporabe večjega števila drog običajen. Vračanje 3,4-metildioksi-N-metamfetamina (MDMA ali ekstazi) kot na splošno najbolj zaželenega stimulansa med mladimi dobro ponazarja nekatere nove izzive, ki jih prinaša današnji trg drog. Zdi se, da inovacije na področju pridobivanja predhodnih sestavin, nove proizvodne tehnike in spletna ponudba spodbujajo oživitev na trgu, za katerega je zdaj značilna raznolikost drog. Na voljo so praški, kristali in tablete z velikim odmerkom MDMA z različnimi logotipi ter v različnih barvah in oblikah, pri čemer obstajajo dokazi o proizvodnji po naročilu ter uporabi prefinjenega in ciljno usmerjenega trženja. Nedavni rezultati analize odpadnih voda so primerljivi s podatki o zasegih, saj vsi opozarjajo na regionalne razlike v vzorcih uporabe stimulansov v Evropi. Zdi se, da je uporaba kokaina večja v državah zahodne in južne Evrope, uporaba amfetaminov pa je izrazitejša v severni in vzhodni Evropi. Čistost kokaina in amfetamina se je srednjeročno povečala, cene pa ostajajo večinoma nespremenjene. Vse bolj vidne so tudi težave, povezane s stimulansi. Skrb zbujajoče je povečanje števila novih primerov z amfetamini povezanega povpraševanja po zdravljenju v nekaterih državah, pri čemer skoraj polovica teh uporabnikov, prvič vključenih v zdravljenje, navaja, da si drogo vbrizgavajo. Uporaba stimulansov z intravenoznim vbrizgavanjem je povezana z zadnjimi izbruhi okužbe z virusom HIV v nekaterih marginaliziranih skupinah. Vse bolj zbujajo skrb tudi povezava med intravenoznim vbrizgavanjem stimulansov in visoko stopnjo tveganega spolnega vedenja. Na mednarodni ravni in v Evropi trenutno poteka obsežna javna in politična razprava o stroških in koristih različnih možnosti politike v zvezi s konopljo. Nove ocene kažejo, da konoplja predstavlja največji delež v vrednosti evropskega trga prepovedanih drog. Proizvodnja konoplje je postala glavni vir prihodka za organizirani kriminal. Priča smo uvozu konoplje iz več držav izvora in povečanju domače proizvodnje konoplje. Vse večje je tudi razumevanje zdravstvenih in socialnih stroškov, ki lahko nastanejo zaradi uporabe konoplje. Ti so najizrazitejši pri uporabnikih, ki jo uporabljajo pogosteje in daljše obdobje, ocenjuje pa se, da je skoraj 1 % odraslih Evropejcev dnevnih ali skoraj dnevnih uporabnikov konoplje. Ta droga je zdaj tudi razlog, zakaj se večina uporabnikov prvič začne zdraviti zaradi odvisnosti od drog, čeprav je treba podatke o začetku zdravljenja razumeti v okviru načinov napotitve in široke opredelitve tega, kaj šteje za oskrbo te skupine. Sintetični kanabinoidi predstavljajo več kot 60 % zasegov novih snovi, ta razred droge pa hkrati predstavlja velik delež od skupno 98 novih snovi, ki so bile prvič odkrite leta 2015 ter prijavljene v sistem EU za zgo-dnje opozarjanje na nove psihoaktivne snovi. Vendar so številni sintetični kana-

binoidi z vidika zdravja veliko bolj strupeni, pri čemer so bili zabeleženi primeri množične zastrupitve in celo smrti (Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, 2016).

Uporaba drog v Evropi danes obsega širši nabor snovi kot v preteklosti. Med uporabniki drog je pogosta hkratna uporaba večjega števila drog, posamezni vzorci uporabe pa segajo od eksperimentalne do stalne in odvisne uporabe. Uporaba vseh drog je na splošno pogostejša pri moških, ta razlika pa je pogosto poudarjena pri intenzivnejših ali bolj rednih vzorcih uporabe. Uporaba konoplje je približno petkrat bolj razširjena kot uporaba drugih snovi. Čeprav so heroin in drugi opioidi še naprej razmeroma redkeje v uporabi, so to droge, ki so najpogostejše povezane z bolj tveganimi oblikami vnosa v telo, vključno z vbizgavanjem. Ocene kažejo, da je več kot 88 milijonov odraslih ali le nekaj več kot četrtnina prebivalstva v Evropski uniji, starega od 15 do 64 let, vsaj enkrat v življenju poskusila prepovedano drogo. Uporabo drog pogostejše navajajo moški (54,3 milijona) kot ženske (34,8 milijona). Najpogostejše uporabljena droga je konoplja (51,5 milijona moških in 32,4 milijona žensk), precej nižje pa so navedene ocene glede uporabe droge kadar koli v življenju za kokain (11,9 milijona moških in 5,3 milijona žensk), MDMA (9,1 milijona moških in 3,9 milijona žensk) in amfetamine (8,3 milijona moških in 3,8 milijona žensk). Med državami so precejšnje razlike glede deleža oseb, ki so kadar koli v življenju uporabile konopljo; ta delež se giblje od približno štiri desetine odraslih v Franciji, ene tretjine na Danskem in v Italiji, do manj kot ene desetine v Bolgariji, na Madžarskem, na Malti, v Romuniji in Turčiji. Na podlagi podatkov o uporabi drog v preteklem letu je mogoče dobro oceniti uporabo v zadnjih letih, v glavnem pa jo uporabljajo mladi (15–34 let). Ocene kažejo, da je v zadnjem letu drogo uporabilo 17,8 milijona mladih odraslih, pri čemer so jo moški uporabili dvakrat pogostejše kot ženske. Skupno se je število uporabnikov, ki so se začeli prvič zdraviti zaradi težav, povezanih s konopljo, s 45.000 leta 2006 povečalo na 69.000 leta 2014. Znotraj te skupine se je delež tistih, ki poročajo o dnevni uporabi konoplje, s 46 % leta 2006 povečal na 54 % leta 2014. Težave, povezane z dolgotrajno in kronično uporabo amfetaminov ter uporabo amfetaminov z vbizgavanjem, se od nekdaj pojavljajo predvsem v severnoevropskih državah. Nasprotno pa so dolgoročne težave zaradi metamfetamina najočitnejše na Češkem in Slovaškem. Zadnje ocene zelo tvegane uporabe metamfetamina so na voljo za Češko in Ciper. Na Češkem je po ocenah leta 2014 delež zelo tvegane uporabe metamfetamina med odraslimi (15–64 let) predstavljal 0,51 %, pri čemer je bilo mogoče med letoma 2007 in 2014 opaziti izrazito povečanje uporabe, predvsem z vbizgavanjem. Na splošno je 8 % anketirancev poročalo o uporabi novih drog kadar koli v življenju, 3 % pa o uporabi v zadnjem letu. To pomeni povečanje v primerjavi s 5 % anketirancev, ki so o uporabi kadar koli v življenju poročali v podobni anketi iz leta

2011. Od tistih, ki so poročali o uporabi v zadnjem letu, jih je 68 % snov dobilo od prijatelja. Heroin ostaja najpogosteje uporabljan opioid, sintetični opiodi pa se vse bolj zlorabljajo. Leta 2014 je 18 evropskih držav poročalo, da se več kot 10 % vseh uporabnikov opioidov, ki se vključijo v specialistično zdravljenje, zdravi zaradi težav, povezanih predvsem z opiodi, ki niso heroin, kar pomeni povečanje glede na leto 2013. Z uporabo prepovedanih drog so povezane kronične in akutne zdravstvene težave, te pa se še stopnjujejo zaradi različnih dejavnikov, vključno z načinom uporabe, ranljivostjo posameznika in družbenim okoljem, v katerem se droge uporabljajo. Med kronične težave spadajo odvisnost in nalezljive bolezni, povezane z drogo, na drugi strani pa obstaja vrsta akutnih težav, od katerih so nekatere odvisne od uporabljenih drog in med katerimi so najboljše dokumentirane težave zaradi prevelikega odmerka. Čeprav je uporaba opioidov razmeroma redka, je še vedno vzrok za velik delež obolevnosti in smrtnih primerov, povezanih z uporabo drog. Z uporabo drog z vbizgavanjem se tveganja povečajo. Čeprav je na drugi strani očitno, da je obseg zdravstvenih težav, povezanih z uporabo konoplje, manjši, lahko velika razširjenost njene uporabe vpliva na javno zdravje. Uporabniki storitev zdravljenja odvisnosti v Evropi imajo različne potrebe in pogosto potrebujejo oskrbo, s katero je treba obravnavati širok razpon kompleksnih težav. Zagotovitev sodelovanja med službami za zdravljenje odvisnosti od drog ter drugimi ponudniki zdravstvenih in socialnih storitev je zato ključna za učinkovit odziv na tem področju. Ker večina uporabnikov, ki se vključijo v zdravljenje odvisnosti od drog, uporablja več kot eno psihoaktivno snov, nekateri od njih pa imajo težave, povezane z uporabo več snovi, imajo velik pomen načrti služb za zdravljenje odvisnosti od drog na področju presojanja in zdravljenja, ki obravnavajo sočasno uporabo večjega števila drog (Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, 2016).

Nekateri pomembnejši epidemiološki podatki na področju prepovedanih drog za Slovenijo

V Sloveniji je prepovedane droge kadar koli v življenju uporabljalo že 16 % vprašanih v letu 2012 v starostni skupini 15–64 let (Koprivnikar & Zorko, 2015). Podatki o uporabi posamezne droge kadar koli v življenju po starostnih skupinah so razvidni iz tabele št. 2. Večji delež uporabnikov je dejansko v mlajših starostnih skupinah.

Tabela 2: Delež oseb, ki so kadar koli v življenju uporabile posamezno drogo, glede na starostno skupino (Koprivnikar & Zorko, 2015)

Starostna skupina	Nove droge	Katerakoli prepovedana droga	Konoplja	Amfetamini	Kokain	Heroin
15–24 let	1,8	27,7	23	3,8	3,9	0,7
25–34 let	1	30	24,7	6	4,4	0,8
35–44 let	0,4	15,1	9,9	1,7	1,7	0,7
45–54 let	0,1	7,6	3,7	0,3	0,5	0,2
55–64 let	0,1	2,5	0,8	0,1	0,1	0,1

Po podatkih zadnje raziskave »Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju« je vsaj enkrat v življenju konopljo uporabila dobra petina (21,1 %) 15-letnikov, v zadnjih 12 mesecih je konopljo uporabilo 18,7 % 15-letnikov in v zadnjih 30 dneh 10,3 %. Podatki po spolu kažejo, da je uporaba konoplje v večji meri razširjena med fanti kot med dekleti, saj je pri vseh treh kazalnikih delež uporabe statistično značilno višji pri fantih kot pri dekletih (Jeriček Klanjšček, 2014).

V prvi polovici leta 2015 je bila izvedena spletna anketa o uporabi novih psihoaktivnih snovi (NPS) med študenti Univerze v Ljubljani. Ciljna populacija so bili mladi odrasli – povprečna starost 21,9 leta (najnižja starost 18 let in najvišja 37 let) – z območja celotne Slovenije s statusom študenta na kateri koli fakulteti Univerze v Ljubljani. O uporabi NPS vsaj enkrat v življenju je v raziskavi poročalo 11 % anketiranih. Da so te snovi nevarne za uporabo, je menilo 71,4 % anketiranih, da imajo lahko hude stranske učinke, pa je menilo 64,3 % anketiranih. Največ anketiranih, ki so NPS že poskusili, je do droge prišlo prek prijateljev in znancev (64,6 %), sledili so nakup pri preprodajalcu drog (18,5 %), ponudba na zabavah in prireditvah (9,8 %), nakup prek spleta (6,5 %) in nakup v specializirani trgovini (0,4 %). V Sloveniji je od leta 2010 prisotna uporaba sintetičnih katinonov. V letih 2010 in 2011 je bil pred prepovedjo popularen mefedron, do leta 2015 pa opazamo prisotnost 3-metilmekatinona ali 3-MMC. Ponovno je razmeroma dostopen tudi MDMA, ki v posameznih tabletkah glede na laboratorijske teste pogosto presega vsebnost 100 mg. V letu 2014 se je med uporabniki programov zmanjševanja škode pojavilo injiciranje NPS (Mulalič & Soliner Dolenc, 2016).

Po podatkih Koordinacije centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CPZOPD) se je v letu 2014 v obravnavo vključilo 3907 oseb. Od teh jih je bilo v substitucijsko zdravljenje vključenih 3190. Med njimi jih je metadon prejelo 1964 (60,6 %), 508 (15,7 %) jih je prejelo buprenorfin, 382 (11,8 %) SR morfin in 385 (11,9 %) Suboxon^R (buprenorfin in naloxon). Med

dolgotrajnimi uporabniki programa mreže CPZOPD je bilo 2158 oseb (79,9 %) moškega spola in 544 oseb (20,1 %) ženskega spola. Povprečna starost pacientov je bila 36,3 leta. Najmlajši je imel 15 let in najstarejši 71 let (Drev, 2016).

Ocena razširjenosti problematične uporabe drog z metodo ponovnega zajetja je v letu 2000 znašala 7535, v letu 2001 7399 ter v letu 2004 10.654 uporabnikov drog z visokim tveganjem. Za leto 2011 je bila narejena poskusna ocena problematične uporabe opiatov, ki je znašala 6100 uporabnikov. Narejena je bila ocena razširjenosti uporabe opiatov za leto 2012 in za leto 2013, oceni sta znašali 6971 in 5252 zelo tveganih uporabnikov opiatov v starostni skupini 15–64 let (Drev, 2016).

V letu 2014 sta bila Nacionalnemu inštitutu za javno zdravje prijavljena dva primera diagnosticiranih okužb s HIV z zgodovino injicirajoče uporabe drog. Stopnja razširjenosti okužb s hepatitisom B virusom (HBV) se je gibala med najnižjo, 2,0 %, v letu 2012 in najvišjo, 8,1 %, v letu 2011 in je znašala 7,6 % v letu 2014. Stopnja razširjenosti okužbe s HCV se je gibala med najnižjo, 21,5 %, v letu 2010 in najvišjo, 37 %, v letu 2014 (Drev, 2016).

Urgentne internistične ambulante v Ljubljani, ki so namenjene približno 600.000 prebivalcem osrednje Slovenije, so v letu 2014 obravnavale 128 bolnikov zaradi zastrupitev s prepovedanimi drogami, kar je skoraj dvakrat več kot v letih pred tem. Opazni so bili ponoven porast števila zastrupitev s heroinom, nadaljevanje naraščanja števila zastrupitev s konopljo in izrazito večje število zastrupitev s kokainom. Prav tako so zabeležili več zastrupitev z novimi psihoaktivnimi snovmi. Zastrupljeni s prepovedanimi drogami so bili večinoma moški (Drev, 2016).

V letu 2014 je bilo registriranih 28 smrti zaradi predoziranja (26 moških in 2 ženski), kar je enako kot leto prej. Najpogostejša vzroka smrti sta bila zastrupitev s heroinom in metadonom. Največ umrlih je bilo starih od 35 do 39 let. Spremljanje podatkov v obdobju zadnjih desetih let kaže, da odvisniki umirajo vse starejši. Število zastrupitev z metadonom, ki je drugi najpogostejši vzrok smrti, narašča od leta 2010 (Drev, 2016).

Slovenska študija, v katero je bilo vključenih skoraj 230 bolnikov, je v 53 % pokazala prisotnost odvisnosti in pridruženih motenj pri bolnikih, zdravljenih v mreži centrov zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog. V skupini bolnikov s komorbidnostjo je bilo statistično pomembno več samomorilnega vedenja, predhodnih poskusov samomora, predoziranja in zapornih kazni v primerjavi z bolniki, ki niso imeli odvisnosti pridružene duševne motnje (Drev, 2016).

V letu 2014 je policija zaznala 1867 kaznivih dejanj (po Kazenskem zakoniku) in 4096 prekrškov (opredeljenih po Zakonu o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami) s področja prepovedanih drog ter obravnavala 2089 ljudi zaradi

suma storitve kaznivega dejanja s področja prepovedanih drog in 3780 ljudi zaradi suma storitve prekrška. Konoplja tudi v letu 2014 ostaja tista prepovedana droga, s katero je povezanih največ kaznivih dejanj in prekrškov. V letu 2014 je policija obravnavala 38 osumljencev, ki so bili ob storitvi kaznivega dejanja pod vplivom prepovedanih drog. Policija je odredila tudi 775 strokovnih pregledov, s katerimi je pri voznikih ugotavljala prisotnost prepovedanih drog in drugih psihoaktivnih snovi; od tega je bil v 246 primerih izid analize pozitiven. Vozniki so najpogosteje vozili pod vplivom kanabinoidov (Drev, 2016).

Ocena škode zaradi uporabe drog

Oceno škode je na področju drog zelo težko narediti, ker gre za ilegalno dejavnost, ki jo je ravno zato tudi zelo težko finančno oceniti. Veliko trgovine in negativnih učinkov se dogaja neznano kje, v kriminalnem podzemlju, in teh ne moremo doseči. Opišemo lahko le dogodke, ki so dokumentirani. Pri izračunavanju stroškov so v uporabi različne metode, zato njihove zaključke največkrat težko primerjamo med seboj. Najpogosteje se upoštevajo stroški za zdravljenje, izgubljena leta življenja, izguba sposobnosti za delo, stroški socialnih transferjev, zapora itd. Študija, narejena v ZDA, ki je skušala zaobjeti vse stroške države zaradi uporabe prepovedanih drog, je prikazala stroške v letu 2007 v višini 193 milijard ameriških dolarjev. Preračunano na število prebivalcev ZDA znesejo stroški 606 dolarjev na prebivalca na leto. 58 % je bilo sredstev za obvladovanje kriminalitete, 5,6 % so porabili za področje zdravljenja, preostali delež pa so pripisali izgubi produktivnosti (United States Departement of Justice, 2011). Če preračunamo izgubo denarja na slovensko število prebivalcev, dobimo podatek, da bi za število prebivalcev, ki jih ima Slovenija, v ZDA porabili 1,2 milijarde dolarjev za obvladovanje problematike prepovedanih drog. Seveda je treba upoštevati, da je to le približek, ker bi morali upoštevati še vrsto elementov pri preračunavanju stroškov. Kanadčani so ocenili, da so imeli v letu 1992 zaradi uporabe alkohola, tobaka in prepovedanih drog za več kot 18 milijard dolarjev stroškov, kar je 649 dolarjev na prebivalca ali 2,7 % bruto domačega proizvoda. Alkohol je bil povezan s 7,52 milijardami stroškov, tobak s 6,82 milijardami, škoda zaradi ilegalnih drog pa je bila 1,4 milijarde dolarjev. 4,14 dolarjev je bilo izgubljenih zaradi zmanjšane produktivnosti, 1,36 milijarde za represivne organe in 1,4 milijarde za zdravljenje (Single, 1998). Leta 1997 je imela Španija zaradi drog 705 milijonov stroškov, za zdravstvo so prispevali 235 milijonov dolarjev, za socialne programe pa 42 milijonov. Za področje represive so porabili 85 milijonov, za indirektno škodo zaradi drog 341 milijonov, ostalo pa za različne dodatne programe (Garcia-Altez, 1997). Ob tem je pomembno, da so študije pokazale zmanjšanje stroškov za družbo, če so odvisne osebe vključene v

zdravljenje (Gary, 2005). V letu 2003 so stroški zaradi zlorabe drog iz prve skupine stali veliko Britanijo 15 milijard funtov ali 44.231 funtov na posameznega problematičnega uporabnika drog. V času življenja porabi v veliki Britaniji ena oseba, odvisna od drog, 480.000 funtov. Odvisniki so mesečno odsotni z dela povprečno 2,2 dni, ljudje, ki nimajo težav zaradi drog, pa so mesečno odsotni le 0,85 dni. Posledica je manjša produktivnost na ravni države in lokalne skupnosti ter podjetij. Letni strošek, ki ga povzroči uporabnik na področju kriminalitete, je 29.205 ameriških dolarjev, 3697 ameriških dolarjev pa je znesek stroškov pri ljudeh, ki niso povezani z drogami. Letni stroški zdravljenja posameznih oseb, odvisnih od drog, v Evropski uniji (EU) se gibljejo od 2627 do 60.665 evrov na leto. Zdravljenje oseb na prestajanju kazni ob ustreznem nadaljevanju zdravljenja po prestajanju kazni zapora pomembno vpliva na zmanjšanje dodatnih stroškov, ki jih ima družba s posamezno osebo, odvisno od drog (Zarkin, 2012). Ocena strokovnjakov je, da letno zaradi drog izgublamo od 0,1 do 0,6 bruto domačega proizvoda (EU drug markets report – in depth analysis, 2016).

Primerna obravnava odvisnosti lahko te stroške zelo zmanjša. Ustrezno zdravljenje osebe, odvisne od heroína, z metadonsko vzdrževalno terapijo stane ZDA letno 4700 dolarjev, če pa je ista oseba v zaporu, stane državo letno 24.000 dolarjev. Vsak dolar, vložen v zdravljenje, prinese 4–7 ameriških dolarjev dobička, ki je viden v zmanjšanju kriminalitete, obolevnosti, manjših stroškov za zapore, povečana je produktivnost na nacionalni ravni in manj je nesreč zaradi uporabe drog, predoziranje in smrti (Principles of drug addiction treatment, 2012). Stroški za osebo v zaporu, odvisno od drog, se med državami zelo razlikujejo. Najvišji so na Nizozemskem in najnižji v Španiji, kar je razvidno iz tabele 3. Ni dvoma, da so razlike med državami izredno velike zaradi različnih razlogov (Pacula, 2009).

Tabela 3: Porabljena sredstva za enega obsojenca zaradi drog v evrih (Pacula, 2009)

Država	Vsota v evrih
Španija	2.442
Francija	7.734
Italija	40.711
Nemčija	7.609
Nizozemska	96.330
Velika Britanija	40.084
Kanada	21.009
Avstralija	17.499

Med pomembne stroške na področju drog sodijo hospitalizacije. V Kanadi so v letu 2002 zabeležili 61.026 hospitalizacij v povezavi s prepovedanimi drogami.

1517 hospitalizacij je bilo izvedenih zaradi duševnih motenj po uporabi drog, 139.773 oseb pa je bilo sprejetih v programe zdravljenja odvisnosti (Popova, 2007). Vendar moramo stroške, ki nastanejo pri zdravljenju hepatitisa C, gledati kot dobro investicijo v zdravje, ki dejansko pomeni prihranek sredstev, saj je zdravljenje posledic, ki jih povzroča hepatitis C, bistveno dražje kot samo zdravljenje hepatitisa C (Sheering, 2004). Posamezni programi, kot je predpisovanje heroina uporabnikom opiatov, imajo ugoden vpliv na zmanjšanje kriminalitete in s tem tudi stroškov za njeno obvladovanje, med katerimi je pomemben strošek za prestajanje kazni zapora. Zmanjša se tudi mortaliteta in bistveno več oseb ostane v programih (Ferri, 2011).

V Sloveniji še nismo naredili obsežnejše raziskave. Že nekaj let pa spremljamo, koliko prispevajo država, lokalne skupnosti in donatorji za programe zdravljenja in socialne obravnave odvisnih od drog. V letu 2014 je bilo za to področje porabljenih 9.792.506 evrov (tabela 4) (Report on the drug situation 2015 of the Republic Slovenia, 2015).

Tabela 4: Porabljena sredstva za področje drog v Sloveniji glede na njihov izvor (Report on the drug situation 2015 of the Republic Slovenia, 2015)

Financer	Višina sredstev v evrih
Občine	909.629
FIHO*	223.259
Urad za mladino	37.207
ZZZS**	5.233.791
Ministrstvo za zdravje	200.000
Ministrstvo za delo družino, socialne zadeve in enake možnosti	2.843.425
Ministrstvo za notranje zadeve	458.249
Skupaj	9.905.650

*FIHO – fundacija za financiranje invalidskih in humanitarnih organizacij v Republiki Sloveniji

**ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Diskusija

Uporaba prepovedanih drog je globalni problem, ki je v porastu, pojavlja se veliko število novih drog, ki jih izredno slabo poznamo tako po sestavi kot po učinkih na človeka. Odvisnost od drog je kronično potekajoča bolezen z občasnimi zagoni in abstinenčnimi premori, ki jo je mogoče učinkovito preprečevati in danes tudi zdraviti. Zaradi injiciranja drog in uporabe nesterilnega materiala se med uporabniki drog še vedno pojavljajo nove infekcije s HIV, hepatitisom C in B. Prav tako je še vedno visoko število mrtvih zaradi drog, čeprav bi število smrti z ustreznimi pristopi lahko občutno zmanjšali.

V nekaterih regijah se je močno povečalo uživanje posameznih drog. Zaporji so v svetovnem merilu mesta, kjer droge uporabljajo na zelo nevarne načine, in mesta, kjer praviloma ne potekajo programi zmanjševanja škode, ki bi lahko bistveno omejili posledice uporabe drog, čeprav raziskave nedvomno dokazujejo, da bi se zamenjava uporabljenih igel s sterilnim priborom zelo obrestovala tako uporabnikom drog kot družbi (Status paper on prisons, drugs and harm reduction, 2005).

Vse bolj prihajajo v ospredje posledice uporabe novih drog in potrebe po programih, ki bi ustrezno zdravili osebe, odvisne od teh drog. Evropa je zaradi svojega življenjskega standarda zanimiv trg za preprodajo droge, saj so tu cene drog veliko višje kot v revnejših predelih sveta. Manj razviti Indija in Kitajska sodita med glavne dobavitelje novih sintetičnih drog v EU. Pomembno vlogo v zadnjem času igra skriti internet, preko katerega je mogoče naročati droge, ki so nato dostavljene z navadno ali hitro pošto. V EU so trenutno na vrhu uporabe stimulansi in kopolja. EU se je odločila za spremljanje metabolitov drog v rekah, kar je prineslo pomembne podatke o porabi drog na posamezen dan v tednu itd. Čistost kokaina in amfetaminov se je povečala. Vse večja je uporaba zdravil in med njimi tudi sintetičnih opiatov.

V Sloveniji je kadar koli v življenju uporabljalo prepovedane droge 16 % oseb v starosti od 15 do 64 let. Bolj zanimivo je, da je v starostni skupini od 15 do 24 let takih 28 % in v starostni skupini 25–34 let 30 % takih, ki so že uporabljali droge (Koprivnikar & Zorko, 2015). Torej je uporaba prepovedanih drog med mladostniki veliko večja kot v kasnejših življenjskih obdobjih, verjetno zaradi dolgotrajnih programov zmanjševanja škode in rednega izobraževanja uporabnikov drog. Zaradi svetovanja imamo tudi izredno nizko število okužb s HIV, vendar pa moramo ob tem poudariti, da v Sloveniji dejansko izredno malo ljudi opravi testiranje za prisotnost HIV. Število umrlih v posameznem letu zaradi zastrupitve z drogami v zadnjih letih počasi narašča. To bi lahko preprečili programi predpisovanja heroina na recept in programi varne sobe, ki pa jih v Sloveniji še nimamo. V zadnjem

času se v večjih mestih pojavlja odprta scena (injiciranje drog na prostem), kar je za Slovenijo novost in kaže, da imamo premalo ustreznih programov za uporabnike drog. Imamo relativno dobro razvito mrežo programov pomoči odvisnim od drog, a žal ne v vseh regijah. Poleg odvisnosti od drog kot glavne diagnoze se velikokrat pojavijo še duševne motnje. V zadnjem času je vse več ostarelih uporabnikov drog, ki potrebujejo več pozornosti, tako na socialnem kot zdravstvenem področju.

Škodo zaradi uporabe drog je težko oceniti, ker veliko aktivnosti poteka skrito. Ocenjujemo lahko škode, ki se pokažejo, na primer prezgodnje smrti, nesreče in invalidnosti, razne nalezljive bolezni itd. Ob tem pa je treba povedati, da financiranje programov ni vedno tudi izguba denarja, ampak predvsem dobra naložba v reševanje problemov posameznikov in družbe, kar se lahko večkratno povrne v obliki ozdravljenih oseb, odvisnih od drog, njihove zaposlitve itd. Slovenija še ni naredila celovite ocene stroškov kot nekatere redke države. Iz letnih poročil lahko razberemo, da letno porabimo za zdravljenje in socialno obravnavo odvisnih, preventivo in področje represije okoli 10 milijonov evrov, ki prihajajo iz različnih virov (Drev, 2016). Prav gotovo je, da za področje drog porabimo veliko več, kot prikazujemo v poročilih, koliko višji je ta znesek, pa bi v tem trenutku težko ocenili.

Zaključek

Droge so globalni fenomen, ki seže s svojimi posledicami preko držav vse do lokalne skupnosti in družine ter posameznika. Zato večina aktivnosti poteka preko globalne koordinacije, ki jo vodijo Združeni narodi. Ti so poenotili politiko na tem področju z mednarodnimi konvencijami, ki so jih podpisale skoraj vse države in nato ta določila implementirale v svojo nacionalno zakonodajo. Nacionalne zakonodaje nato opredelijo aktivnosti na področju celostnega spopada s posledicami drog tako na državni kot na lokalni ravni, delovnem mestu, v šolah ter vladnih in nevladnih organizacijah. Ukrepi se delijo na področje zmanjševanja ponudbe droge in druga področja, kot so preventiva, zdravljenje, rehabilitacija odvisnih in zmanjševanje škode, kjer ni mogoče doseči abstinence. Združeni narodi vsako leto ponovno pregledajo ustreznost ukrepov in jih prilagodijo potrebam držav. Vsi pa delajo v smeri zmanjševanja škode, ki jih droge povzročajo pri posamezniku in družbi. To pa lahko dosežejo le z zavzemanjem celotne družbe na različnih ravneh, z razvojem celostnega skupnostnega pristopa do reševanja problematike drog, ki temelji na potrebah družbe in posameznikov, na znanosti temelječih ukrepov in na primerih dobre prakse. Ali je tak pristop ustrezen, bo pokazalo redno spremljanje aktivnosti in merjenje rezultatov.

Vprašljiva pa je predvsem cena, ki jo za tako regulacijo področja drog plača tako posameznik kot družba. Ali je ta cena ustrezna za 21. stoletje, kjer so v ospredju človekova svoboda in človekove pravice? Postavlja se tudi vprašanje, ali smo sposobni ob vsem znanju, ki ga imamo, in tehnološkem napredku ustvariti drugačno in morda še bolj učinkovito ureditev področja drog, ki bi imela manj posledic za posameznika in družbo. To je tudi temeljni izziv za prihodnost za vse, ki delajo na tem področju, tudi za Združene narode kot svetovnega koordinatorja aktivnosti na področju soočenja s posledicami uporabe prepovedanih drog.

Literatura

Drev, A., 2016. *Stanje na področju prepovedanih drog v Sloveniji 2015*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, 2016. *Evropsko poročilo o drogah 2016: Trendi in razvoj*. Luksemburg: Urad za publikacije Evropske unije.

EU drug markets report – In depth Analysis, 2016. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Ferri, M., Davoli, M., Perucci, C.A., 2011. Heroin maintenance for chronic heroin-dependent individuals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 12.

García-Altés, A., Ollé, J.M., Antoñanzas, F., Colom Joan, 1997. The social cost of illegal drug consumption in Spain. *Addiction*, 97(9), pp. 1145–53.

Gary, A., Zarkin, G.A., Dunlap, L.J., Hicks, K.A., Mamo, D., 2005. Benefits and costs of methadone treatment: results from a lifetime simulation model. *Health Economics*, 14 (11), pp. 1133–1150.

Jeriček Klanjšček, H., Koprivnikar, H., Drev, A., Pucelj, V., Zupanič, T., Britovšek, K.Z., 2014. *Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Koprivnikar, H., Zorko, M., Drev, A., Hovnik Keršmanc, M., Kvaternik, I., Macur, M., 2015. *Uporaba tobaka, alkohola in prepovedanih drog med prebivalci Slovenije ter neenakosti in kombinacije te uporabe*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Mulalič, E. & Soliner Dolenc, V., 2016. Uporaba drog v ciljnih skupinah. In: Drev, A., ed. *Stanje na področju prepovedanih drog v Sloveniji 2015*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 13–16.

Pacula, R.L., Hoorens, S., Kilmer, B., Reuter, P.H., Burgdorf, J.R., Hunt, P., 2009. *Issues in estimating the economic cost of drug abuse in consuming nations. Technical report*. European Communities: Rand Corporation.

Popova, S., Rehm, J., Patra, J., Baliunas, D., Taylor, B., 2007. Illegal drug-attributable morbidity in Canada 2002. *Drug and Alcohol Review*, 26(3), pp. 251–263

Principles of drug addiction treatment, 2012. *A research-based guide*. National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services.

Report on the drug situation 2015 of the Republic Slovenia, 2015. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Sheering, I.G., Green, F.T., Sellman, J.D., 2004. What is the cost-effectiveness of hepatitis C treatment for injecting drug users on methadone maintenance in New Zealand? *Drug and Alcohol Review*, 23(3), pp. 261–272.

Single, E., Robson, L., Xie, X., Rehm, R.J., 1998. The economic costs of alcohol, tobacco and illicit drugs in Canada, 1992. *Addiction*, 93(7), pp. 991–1006.

Status paper on prisons, drugs and harm reduction, 2005. Denmark: World health organization. Regional office for Europe.

World Drug report, 2015. Viena: United nations office on drugs and crime.

United States Department of Justice, 2011. *The economic impact of illicit drug use on American Society*. Washington: National drug intelligence center.

Zarkin, G.A., Cowell, A.J., Hicks, K., Mills, M.J., Belenko, S., Dunlap, L.J., et al., 2012 Benefits and cost of substance abuse treatment programs for the state prison inmates: results from lifetime simulation model. *Health Economics*, 21(6), pp. 633–652.

ODVISNOST IN PRIDRUŽENE PSIHIČNE MOTNJE

ADDICTION AND ASSOCIATED PSYCHIATRIC DISORDERS

Silva Demšar, dr. med. specialistka psihiatrije

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

silva.demsar@psih-klinika.si

IZVLEČEK

Odvisnosti in zlorabe psihoaktivnih substanc oziroma alkohola ter druge psihične motnje se pogosto pojavljajo skupaj. Zato je težje postaviti diagnozo psihične motnje, saj na začetku velikokrat ne vemo, ali so psihične težave posledica odvisnosti, ali se pojavljajo sočasno z odvisnostjo, ali pa je odvisnost oziroma zloraba psihoaktivnih substanc in alkohola samomedikacija ob psihični motnji. Tudi zdravljenje in vzdrževanje remisije je zato zahtevnejše, ker mora potekati sočasno za obe psihični motnji. V prispevku je predstavljen delež odvisnosti pri posameznih psihičnih motnjah, pa tudi delež psihičnih motenj pri odvisnostih. V zdravstveni obravnavi imamo različne pristope, glede na oceno psihičnega stanja pri pacientu. Pomemben je tudi vidik kroničnosti, tako pri odvisnosti kot pri drugih psihičnih motnjah, kar pomeni dolgotrajen in pomemben vpliv na fizično in socialno stanje pacienta. Zdravstveni delavci lahko s strokovnim in empatičnim pristopom pomembno vplivajo na reševanje psihičnih stisk, ki izvirajo iz obeh psihičnih motenj, in pripomorejo k boljši kakovosti življenja.

Ključne besede: shizofrenija, bipolarna motnja, anksioznost, depresija, alkohol, marihuana, benzodiazepini, opiat, dvojne diagnoze, komorbidnost

ABSTRACT

Addiction and the abuse of psychoactive substances and alcohol and other psychiatric disorders are often related. Therefore, the diagnosis of a psychiatric disorder is difficult, because initially we often do not know whether the disorder is a consequence of addiction, or it appears simultaneously alongside an addiction, or the addiction and abuse of PSA and alcohol is a form of self-medication in cases of a psychiatric disorder. Treatment and remission are more challenging, because they have to be implemented simultaneously for both disorders. In this contribution we aim to present the proportion of addictions in certain psychiatric disorders,

as well as the proportion of psychiatric disorders in addictions. The approach to medical treatment varies depending on the assessment of the patient's psychiatric condition. With addictions as well as with other psychiatric disorders we have to take into account the aspect of chronicity, which represents a long-term and important influence on the physical and social functioning of the patient. Healthcare professionals can significantly influence how psychiatric distress is addressed by having a professional and emphatic approach to psychiatric problems resulting from both disorders. By doing so, they help the patients attain a better quality of life.

Key words: schizophrenia, bipolar disorder, anxiety, depression, alcohol, marijuana, benzodiazepines, opiates, dual diagnosis, comorbidity

Uvod

Pri odvisnosti smo pozorni še na simptome drugih psihičnih motenj. Zdravljenje je nujno za psihične motnje odvisnosti in komorbidne psihične motnje. Odvisnosti in zlorabe lahko povzročijo nastanek številnih psihičnih motenj, pa tudi psihične motnje imajo lahko za posledico razvoj odvisnosti ali zlorabo psihoaktivnih substanc (PAS) in alkohola. V procesu diagnostike in zdravljenja moramo biti na to pozorni. Vzdrževanje remisije obeh pri sočasnem pojavljanju odvisnosti ali zlorabe in druge psihične motnje je nujno za psihično stabilnost pacienta. S tem preprečujemo rehospitalizacije, višjo stopnjo samomorilnosti in nasilnega vedenja ter telesne zaplete, izboljšuje pa se tudi psihosocialno delovanje.

Odvisnost pri psihičnih motnjah

Pri pacientih s katerokoli psihično motnjo je verjetnost za sočasno odvisnost od psihoaktivnih substanc ali alkohola bistveno večja kot pri splošni populaciji. To je potrdila tudi obsežna študija iz leta 1990 Epidemiologic Catchment Area (ECA), ki je ocenjevala prevalenco dvojnih diagnoz pri naključno izbranih osebah v ZDA. V splošni populaciji je odvisnost od katerekoli PAS prisotna v 16,7 %, pri shizofreniji v 47 %, pri motnjah razpoloženja v 32 %, pri anksioznih motnjah v 23,7 % (Regier, et al., 1990). V Veliki Britaniji je prevalenca PAS pri pacientih s hudo duševno motnjo ocenjena med 20 in 60 %, na akutnih oddelkih pa celo do 85 % (Isaac, et al., 2005).

V psihiatriji govorimo o komorbidnosti, ki je širše uporabljen izraz, ko gre za sočasno pojavljanje dveh ali tudi več psihičnih motenj, in o dvojnih diagnozah, ko gre predvsem za sočasno pojavljanje težje psihične motnje in odvisnosti od PAS.

Po demografskih podatkih so pogostejše prizadeti moški, mlajši, manj izobraženi, neporočeni (Mueser, et al., 2003). Tudi anamnestični podatki o socialnem stanju pred nastopom bolezni kažejo, da je pri pacientih z dvojnimi diagnozami socialno delovanje pred nastopom bolezni, v primerjavi s tistimi, ki nimajo dvojnih diagnoz, boljše, imajo tudi več prijateljev. Uživanje PAS v družini je dejavnik tveganja za razvoj dvojne diagnoze, podobno kot travma oz. posttravmatska stresna motnja (Mueser, et al., 2003).

Pri shizofreniji, shizoafektivni motnji in bipolarni motnji se je v preteklosti pojavljala predvsem zloraba in odvisnost od alkohola, danes pa pogosto najdemo zlorabo in odvisnost od kanabinoidov. Mladi pacienti, predvsem moški, ki zbolijo za psihično motnjo, pogosto pričnejo s kajenjem kanabinoidov že v srednji šoli. Kanabinoide kadijo občasno ali redno. S pojavom psihičnih težav, disforije in paranoidnosti včasih kajenje kanabinoidov stopnjujejo, včasih pa se ustrašijo in z njim prenehajo. Pri pacientih, ki kadijo kanabinoide in zbolijo za psihozo, običajno ugotavljamo manj izraženo negativno simptomatiko bolezni. Če s kajenjem marihuane ob zdravljenju psihoze ne prenehajo, psihični simptomi vztrajajo, se poslabšujejo, poleg tega pa se pojavljajo tudi abulični simptomi, ki so posledica uživanja kanabinoidov in pripomorejo k socialnemu umiku pacienta. Druge PAS ob psihičnih motnjah redkeje uporabljajo.

Predvsem anksioznost povezujemo z razvojem odvisnosti, saj PAS in alkohol pomirjajo neprijetne telesne in psihične občutke ob negotovostih, somatizacijah, obsesijah, pogosti socialni anksioznosti in generalizirani anksiozni motnji. Pri teh motnjah je pogostejša zloraba in odvisnost od alkohola, pomembne pa so tudi osebnostne poteze in pacientova življenjska situacija. Stanja depresije so povezana bolj s prejšnjo rabo PAS in alkohola, kar lahko zakrije depresivne simptome bolezni.

Psihične motnje pri odvisnostih

Najpogostejše zlorabljene psihoaktivne substance so nikotin, alkohol, kanabis, kokain, amfetamini in heroin (Mueser, et al., 2003). Med pacienti z duševno motnjo je 58–90 % kadilcev (Šegrec, 2009). Kajenje povzroča številna somatska obolenja, kronične bolezni in krajša življenjsko dobo. Pri pacientih s psihičnimi motnjami pa se vpleta v metabolizem zdravil.

Odvisnost od alkohola je prisotna v vseh starostnih skupinah pacientov s psihično motnjo. Začetek uživanja alkohola je povezan z namenom, da bi z alkoholom zmanjšali anksioznost. Alkohol pa tudi dezinhibira, kar poveča tveganje za nasilno vedenje. Naša kultura uživanje alkohola minimalizira (Atakan, 2008).

7 od 10 najpomembnejših vzrokov za izgubo zdravih let življenja so duševne motnje. Med temi sta na prvih dveh mestih unipolarna depresija in odvisnost od alkohola (Murray & Lopez, 1996). Posledice zlorabe in odvisnosti od alkohola so lahko daljši čas prikrite in tiho poslabšujejo somatsko in psihično stanje ter močno vplivajo na medosebne odnose v družini.

Pacienti s psihozo uživajo kanabis pogosteje kot splošna populacija. Prav tako se niža starostna meja prve uporabe v mnogih evropskih državah (Henquet, et al., 2005). Že daljši čas potekajo raziskave, kjer skušajo ugotoviti povezanost med kajenjem kanabisa in psihozo. Prva pomembna raziskava, objavljena že leta 1987, je potekala na Švedskem. Pokazala je, da intenzivno uživanje kanabisa pri 18 letih za šestkrat poveča tveganje za razvoj shizofrenije (Zammit, et al., 2002). Tudi danes epidemiološki podatki pričajo, da lahko uporaba kanabisa pred 18 letom poveča nevarnost za razvoj psihoze, predvsem pri tistih, ki so genetsko občutljivi (Drake, et al., 2004). Redna uporaba kanabisa negativno vpliva na potek psihoze, sproži in ojača simptome, poveča tveganje za relaps, psihotične epizode so daljše, slabše je socialno delovanje, več je vedenjske simptomatike, nasilja in kriminalitete (Atakan, 2008).

Uporaba kokaina in amfetaminov pri pacientih s hudo duševno motnjo narašča. O psihotičnih pojavih ob tem poročajo v približno 40 % (Schuckit, 2006). Izrazita pa so nihanja razpoloženja, od evforičnih do depresivnih stanj.

Uživalci PAS pogosto uporabljajo tudi benzodiazepine. Pacienti s hudo psihično motnjo imajo bentodiazepini (BZD) pogosto predpisane, pri shizofreniji v 63 %, pri bipolarni motnji v 75 %. (Clark, et al., 2004). Kar 90 % pacientov z odvisnostjo od opioidov ima pridružene psihične motnje (Wilcox, et al., 2004).

Zdravstveni pristopi k razumevanju in zdravljenju pri komorbidnostih in dvojnih diagnozah

V teoriji komorbidnosti obstajajo različne paradigme, pogledi na nastanek in vzdrževanje komorbidnosti. Imamo modele skupnih dejavnikov za obe psihični motnji, model sekundarne odvisnosti, model sekundarne duševne motnje in dvo-smerne modele (Šegrec, 2009).

Tako pri odvisnosti kot pri drugih psihičnih motnjah ugotavljamo v družinskih anamnezah preobčutljivost v smislu genetskih predispozicij, pa tudi vedenjskih vzorcev družine, travmatskih izkušenj in izgub. Prisotne so specifičnosti v osebnostnih strukturnih potezah, ki lahko pomenijo manjše adaptacijske sposobnosti, sploh ob stresnih obremenitvah. Pri obeh motnjah obstajajo skupni rizični dejavniki, kot so slabše komunikacijske sposobnosti, kognitivne motnje, težave

pri izobraževanju, težave v poklicu, nižji socialno-ekonomski standard, druženje z marginalnimi skupinami, približevanju okolju, kjer je več PAS. Vse to so lahko dejavniki, ki skupaj z drugimi pripomorejo k nastanku ene ali druge psihične motnje, ali pa obeh.

Velikokrat pri pacientih razmišljamo o možnosti, da je zloraba PAS posledica neke duševne motnje, ko si pacienti v smislu samomedikacije z jemanjem PAS lajšajo psihične stiske oz. disforijo, ki ob tem nastaja. Teoretično bi lahko bila zloraba PAS povezana tudi z jatrogenimi učinki ob jemanju antipsihotikov, ko so blokiranje nagrajevalne poti v možganih.

Vemo, da lahko povečana raba PAS vodi tudi v razvoj psihične motnje, ki se sicer ne bi razvila. Predpostavlja pa se, da je tudi tu prisotna prejšnja biološka preobčutljivost.

Obstajajo tudi dvosmerni modeli, ko se odvisnost in psihična motnja ves čas, že od začetka, intenzivno prepletata in vplivata na potek ene in druge (Mueser, et al., 2003).

Posledice na somatskem zdravju in socialnem delovanju, procesi zdravljenja

V okviru komorbidnosti moramo razumeti tudi posledice za fizično zdravje in socialno delovanje. Velikokrat šele težave na teh področjih razkrijejo teže probleme in potrebo po zdravljenju. Večkrat so pacienti v stiku z zdravstvenimi službami zaradi posledic odvisnosti, zaradi sočasne psihične motnje, pa tudi takrat, ko prihaja do težav s hetero- in avtoagresivnimi izbruhi, ali pa v primerih, ko okolico skrbi nenavadno vedenje in ogrožanje zdravja ali materialnih stvari. Odvisnost ali zloraba alkohola in PAS lahko povzroča nevarna somatska stanja, krvavitve, hujšanje, infektivna obolenja, kronične spremembe živčevja. Nezdravljene komorbidne psihične bolezni pa lahko privedejo do kognitivnega upada, socialnega umika, splošnega upada v delovanju, pa tudi samomorilnosti in heteroagresije. Pri pacientih z dvojno diagnozo se težave in zapleti s področja somatskega zdravja, upada sposobnosti in socialne izolacije še povečajo. Poveča se tveganje za samomor, poveča se obremenitev svojcev, skrbnikov, več je konfliktov s svojci, zloraba PAS sovпада s finančnimi težavami, dezinhibirano vedenje vodi v agresijo in nasilje v družini, med prijatelji, neznanci. Vse to vodi v nastanitvene težave, brezdomstvo, pogostejša kazniva vedenja. Poveča se število nesreč, povezanih z akutnim vplivom PAS in alkohola. Ti pacienti so pogosto tudi sami žrtve nasilja. Vse to je vzrok za večjo mortaliteto in morbiditeto v tej populaciji (Šegrec, 2009).

Za stabilno psihično stanje je treba poleg vzdrževanja remisije psihične bolezni vzdrževati tudi abstinenco od psihoaktivnih substanc. V programih zdravljenja

psihičnih motenj in zdravljenja odvisnosti obstajajo dodatni programi, ki vključujejo akutno zdravljenje, predvsem pa vzdrževalno in preprečevalno zdravljenje v primeru komorbidnosti. Zdravljenje katerekoli psihične motnje ob sočasni zlorabi ali odvisnosti se začne z vzpostavitvijo abstinence. Ob tem lahko pride do somatskih in psihičnih simptomov odtegnitvene krize. Šele ko se ti simptomi umaknejo, se demaskira prava podoba komorbidne psihične motnje, pa tudi somatskega stanja ob zlorabi ali odvisnosti. Pri odvisnosti je za vzdrževanje abstinence potrebno daljše psihoterapevtsko zdravljenje. Ob hkrati prisotni komorbidni psihični motnji moramo to tudi medikamentozno zdraviti in za sodelovanje pri psihoterapevtskem zdravljenju doseči zadostno stabilnost oz. čim večji umik simptomov komorbidne psihične motnje. Tudi po vzpostavitvi remisije morajo biti pacienti z dvojnimi diagnozami, komorbidnostjo, vključeni v obravnavo, ki bo ustrezala hkratni obravnavi obeh psihičnih motenj. Pacienti morajo vzdrževati abstinenco in remisijo kronične psihične motnje. Ob morebitnih recidivih je treba razumeti kronično naravo odvisnosti in psihične motnje ter pacienta motivirati, da čim prej doseže ponovno stabilnost. Včasih so za vzpostavitev psihične stabilnosti potrebna leta zdravljenja.

Pristop zdravstvenih delavcev do pacientov z dvojno diagnozo ali komorbidnostjo

Stigmatizirani so tako pacienti z odvisnostjo kot pacienti s psihičnimi motnjami. Ko gre za paciente z dvojnimi diagnozami ali komorbidnostjo, se stigma še poveča. Predsodki o tem, da so ljudje s psihičnimi motnjami in odvisnostjo leni, sami krivi za svoje stanje, nevarni, neperspektivni za zdravljenje, so pri zdravstvenih delavcih še večji kot pri splošni populaciji. To vpliva na odnos in ravnanja ob stiku z ljudmi z dvojnimi diagnozami. Dobro bi bilo, da bi pri sebi preverjali stališča in predsodke in tudi paciente z dvojno diagnozo obravnavali z empatijo, spoštljivo in skrbno.

Zaključek

Komorbidnost odvisnosti in drugih psihičnih motenj nas ne sme navdajati s strokovnim in terapevtskim nihilizmom. Dobro je, da smo na sočasno pojavljanje odvisnosti in drugih psihičnih motenj pozorni tudi pri ostalih obravnavah v zdravstvu in da takšne paciente ustrezno obravnavamo in napotimo.

Literatura

- Atakan, Z., 2008. Severe mental illness and substance abuse. In: Beer, M.D., Pereira, S.M., Paton, C. *Psychiatric Intensive Care*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Clark, Re, Xie, H., Brunette, M.F., 2004. Benzodiazepine prescription practices and substance abuse in persons with severe mental illness. *J Cnn Psychiatry*, 65(2), pp. 151–155.
- Drake, R.E., Essock, S.M., Shaner, A., Carey, K., Minkoff, K., Kola, L. et al., 2004. Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Winte*, 2 (1), pp. 102–110.
- Henquet, C., Murray, R., Linszen, D., van Os, J., 2005. The environment and schizophrenia: the role of cannabis use. *Schizophrenia Bulletin*, 31(3), pp. 608–612.
- Isaac, M., Isaac, M., Holloway, F., 2005. Is cannabis an antipsychotics? The experience in psychiatric intensive care. *Human Psychopharmacology Journal*, 20 (3), pp. 207–210.
- Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake, R.E., Fox, L., 2003. *Integrated treatment for dual disorders. A guide to effective practise*. New York: The Guilford Press.
- Murray, C.J.L., Lopez, A.D., 1996. *Global Burden of Disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Published by the Harvard School of Public health on behalf of the World health organization and The world bank.
- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Lewis, U., et al., 1990. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the epidemiologic catchment area (ECA) study. *LAMA*, 264(19), pp. 2511–2518.
- Schuckit, M.A., 2006. Comorbidity between substance use disorders and psychiatry conditions. *Addiction*, 101(Suppl1), pp. 76–88.
- Šegrec, N., 2009. Celostna obravnava pacientov s psihotnično motnjo in komorbidnostjo zlorabe odvisnosti od psihoaktivnih substanc. Specialistična naloga. Ljubljana: medicinska fakulteta.
- Wilcox, H.C., Conner, K., Caine, E.D., 2004. Association of alcohol and drug use disorders and complete suicide: An empirical review of cohort studies. *Drug and Alcohol Dependence* 76(Suppl), pp. 21–29.
- Zammit, S., Allebeck, P., Andreasson, S., Lundberg, I., Lewis, G., 2002. Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study. *British Medical Journal*, 325(7374), pp. 1199.

NEKEMIČNE ZASVOJENOSTI

NON-CHEMICAL ADDICTIONS

Sanja Rozman, dr. med., spec. med. dela, prometa in športa, psihoterapevt

Spremembra v srcu, zavod za psihoterapijo

sanja@spremembavsrcu.si

IZVLEČEK

Zasvojenost je primarna kronična bolezen možganskih nevronske povezave za nagrajevanje, motivacijo in spomin, ki vodi do bioloških, psiholoških, družbenih in duhovnih posledic. Zasvojena oseba ne more prosto izbirati svojega vedenja, čeprav zaradi tega utrpí škodljive posledice. Namesto tega kompulzivno išče olajšanje ob uživanju snovi in izbiri določenih vedenj. Za zasvojenost je značilna nesposobnost za trajno abstinenco, oslABLJena sposobnost nadzora nad vedenji, hlepenje po omami, zmanjšana zmožnost prepoznavanja resnih težav tako v vedenju posameznika kot v medosebnih odnosih ter disfunkcionalno čustveno odzivanje. Kot druge kronične bolezni tudi zasvojenost pogosto vključuje cikle ponovitve oziroma recidive bolezni in remisije oziroma faze abstinence. Če se zasvojena oseba ne zdravi ali vključi v proces okrevanja, postane zasvojenost progresivna in lahko povzroči trajne posledice ali prezgodnjo smrt. V grobem lahko zasvojenosti delimo na kemične (zasvojenosti s substancami) in nekemične (zasvojenosti z vedenji). Gre za bolezni, pri katerih se za doseganje omamnega stanja ali za olajšanje psihičnih bolečin kompulzivno zlorablja neko vedenje, na primer poskusi nadzora zakonca ali partnerja, razna seksualna dejanja, igranje na srečo za denar, zloraba manevrov pri uživanju/odrekanju hrane, sanjarjenje in kompulzivno zadolževanje, nerazumno tveganje, igrice na računalniku, obiskovanje družabnih spletnih strani in podobno. Pri eni osebi se lahko prepleta tudi po več zasvojenosti, tako kemičnih kot nekemičnih. Ker iste stvari počnejo tudi zdravi, diagnoze zasvojenosti ne postavljamo na osnovi tipa ali pogostosti vedenja, ampak je diagnostični kriterij izguba nadzora. Zasvojeni počno te stvari, čeprav se zavedajo škode, ki nastaja kot posledica. Značilno je, da ne morejo prenehati.

Ključne besede: škodljivo vedenje, bolezen, izguba nadzora

ABSTRACT

Addiction is a primary chronic disease of neural connections in the brain for reward, motivation and memory, which has biological, psychological, social and

spiritual consequences. The addict cannot freely choose his / her behaviour and is pathologically pursuing reward and / or relief by substance use and other behaviours, regardless of their harmful consequences. Addiction is characterized by inability to consistently abstain, impairment in behavioural control, cravings, diminished recognition of significant problems with one's behaviours and interpersonal relationships, and a dysfunctional emotional response. Like other chronic diseases, addiction often involves cycles of relapse and remission. Without treatment or engagement in recovery activities, addiction is progressive and can result in a disability or premature death. Addictions can be broadly divided into chemical (addiction to substances) and non-chemical (addiction to a process or behaviour). Multiple addictions are very common. Process addictions (behaviour addictions, non-chemical addictions) are addictive diseases, whereby specific behaviours, rather than substances like alcohol or illicit drugs, are used for inducing trance, escape or anaesthesia. Such addictive behaviours may be the attempts to control a spouse or partner, various sexual practices, gambling, manipulation with food binging, purging or obsessive dieting, fantasizing, irresponsible buying / spending / hoarding / working, risk-taking, computer gaming, visiting online social networks and such. The behaviour is abused compulsively and obsessively to reduce psychological or relational pain by inducing a high or numbness. These behaviours are common to addicts as well as non-addicts, so the diagnosis of process addictions is not based on the type or frequency of the behaviour, but on other diagnostic criteria like loss of control. The addicts continue to act out in spite of the severe consequences they are aware of. The reason is that they cannot stop.

Key words: adverse behaviour, disease, loss of control

Uvod

Zasvojenost ne pomeni samo telesne odvisnosti od nekega kemičnega sredstva, ki deluje na zavest. Gre za primarno kronično bolezen možganskih nevronske povezave za nagrajevanje, motivacijo in spomin, ki vodi do bioloških, psiholoških, družbenih in duhovnih posledic¹. Kaže se kot kompleksno vedenje osebe, ponavljajoče se škodljivo ravnanje, ki ga ne more opustiti, ker bi sicer doživela abstinenco – odtegnitveno reakcijo. Za zasvojenost je značilna izguba nadzora oziroma izbire, saj je zasvojeni že večkrat poskusil opustiti škodljivo vedenje, vendar je vedno znova popustil notranjim psihičnim pritiskom in se znova omamil.

Zasvojenosti v grobem lahko delimo na kemične in nekemične. Pri kemičnih zasvojenostih se za doseganje omamnega stanja zlorablja lastnost učinkovine, da povzroči pri ljudeh spremenjeno stanje zavesti. Droge delujejo na vse ljudi zaradi

¹ Definicija ASAM: <http://www.asam.org/quality-practice/definition-of-addiction>.

svojih farmakoloških lastnosti. V grobem jih delimo na dovoljene (alkohol, niko-
tin, od zdravnikov predpisana zdravila ter nekatera zelišča in lepila) ter nedovolje-
ne (marihuana, heroin, halucinogene droge, plesne in ostale droge).

Nekemične zasvojenosti

Nekemične zasvojenosti so tiste, pri katerih se za doseganje omamnega stanja zavesti zlorablja določen postopek oziroma vedenje, ki ima navadno potencial za zmanjšanje bolečine ali omamljanje, vendar ne zaradi vnosa mamil, ampak zaradi izločanja mamilom podobnih snovi, ki se v manjših količinah izločajo v možganih slehernega človeka, s pogostim ponavljanjem pa se lahko ta sicer fiziološki odgo-
vor organizma postoteri ali potisočeri. Tako lahko pri zasvojenih izmerimo bistve-
no spremenjeno koncentracijo mamilom podobnih snovi (endorfinov, dopamina)
v centralnem živčevju. Te snovi povzročajo otopitev telesne in duševne bolečine
ter omamo. Vsaka snov in vsak postopek, ki lahko zmanjša bolečine, lahko posta-
neta podlaga za zasvojenost. Pri ranljivih osebah se zaradi pogostega ponavljanja
takih postopkov lahko razvije notranji zasvojenjski cikel kot začarani krog, v ka-
terem mora oseba uporabljati vedno več teh postopkov, da bi začasno preprečila
negativne občutke, ki so posledica prejšnjih zlorab. V takšnih razmerah lahko po-
stanejo [droga] naslednji postopki:

- basanje s hrano ali zlorabljanje shujševalnih diet,
- razna spolna vedenja, od sanjarjenja ali zlorabe pornografije do spolnega nasilja,
- nekreativno (heteronomno) delo,
- sanjarjenje ob podpori osladnih televizijskih nadaljevanj in plehke literature,
- igre na srečo za denar, od igralnih avtomatov do kart, rulete, loterije,
- zloraba raznih računalniških ali internetnih iger, klepetalnic, brskalnikov,
- obsedenost s tveganjem – ekstremni alpinizem, tvegana vožnja,
- obsedenost z verskimi in magijskimi rituali,
- obsedenost z določenim tipom škodljivih odnosov z ljudmi,
- obsedena telesna aktivnost, ki nima rekreativne, temveč stremuško tekmovalno vlogo.

Zasvojenost ima številne oblike in se napaja s številnimi vedenji, vendar gre v bistvu za eno samo bolezen, za katero je najbolj značilno, da zasvojeni izgubi nad-
zor nad škodljivim vedenjem in ga ponavlja, tudi če se zavestno odloči, da tega

noče. Številne zasvojenosti, tako kemične kot nekemične, skupaj delujejo na duševnost, prehajajo ena v drugo in se med seboj prepletajo in potencirajo. Tistim, ki za omamo ne zlorablajo kemičnih snovi, ampak so se naučili sprožiti posebno stanje zavesti s psihičnimi manevri, je še težje obvladovati zasvojenost, saj nosijo svojo drogo vedno s seboj.

Kriteriji, po katerih prepoznamo, da gre za zasvojenosti, so naslednji:

- pogosto ponavljanje škodljivega vedenja,
- izguba nadzora: čeprav se zasvojeni škodljivosti zaveda, vedenja ne more opustiti,
- mehanizmi samo-slepljenja in izguba stika z resničnostjo,
- čustvena disregulacija: zasvojeni doživljajo ekstremne vzpone in padce razpoloženja,
- hlepenje, povečevanje odmerka, toleranca,
- abstinenčna oziroma odtegnitvena reakcija.

Telesne posledice zasvojenosti

Škoda je lahko telesna in je posledica strupenega delovanja droge na telo (na primer okvara organov, na katere droga deluje, organov, ki drogo ali njene presnovne produkte vsrkavajo ali izločajo). Telesna škoda je lahko tudi posledica kronične stresne situacije. Zasvojeni pogosto zbolevajo za boleznimi, povezanimi s stresom, to pa so:

- okvara prebavil (razni čiri),
- bolezni dihal, astma,
- debelost, povišan krvni pritisk,
- obolenja ščitnice,
- obolenja koronarnih žil,
- bolezni ženskih spolnih organov (kronična vnetja in rak na dojki in maternici),
- razne druge vrste raka,
- kronične degenerativne bolezni gibal,
- poškodbe in samopoškodbe,
- razni drugi, včasih prav nenavadni simptomi, za katere zdravniki ne najdejo vzroka.

Poleg telesnih bolezni pa povzroča zasvojenost tudi spremembe vedenja: objestnost, agresivnost, nihanje razpoloženja, neupoštevanje meja drugih. Spremembe razpoloženja so lahko posledica direktnega vpliva droge na možgane, lahko pa tudi stiske, ki jo zasvojenost povzroča, saj zasvojenega sili, da si vzame res zelo veliko časa in energije le zato, da si priskrbi omamno sredstvo. Zaradi tega zanemarija svoje šolske, službene ali družinske obveznosti, okvarjeni pa so tudi pomembni odnosi, predvsem tisti v družini. Zasvojeni pod vplivom omame ni čustveno dostopen, zato se ni sposoben čustveno odzivati na druge ljudi, to pa se pokaže predvsem pri vzgoji otrok in pri propadu partnerskih zvez.

Zasvojenost je kronična bolezen, ki nastane postopoma. Kdor daljši čas zlorablja alkohol ali druga mamila oziroma postopke, ne postane nujno zasvojen: ranljivih je približno 10 odstotkov ljudi. Sprva je zloraba snovi in postopkov za omamljanje povsem zavestna in takrat ne moremo govoriti o zasvojenosti. Uporaba teh snovi in postopkov je sprva prijetna, sproži občutja ugodja, svobode, razširjene zavesti, ali pa vsaj olajšanje bolečine. To se zgodi, ker popusti nadzor centrov možganske skorje za racionalno razmišljanje nad nižjimi možganskimi centri, ki skrbijo za doživljanje ugodja in za refleksna dejanja, pomembna za preživetje. Zasvojeni začena doživljati svojo željo po omami kot potrebo, celo življenjsko nujo, zato se želi omamiti za vsako ceno, tudi če bo zaradi tega imel neposredno škodo. O bolezni zasvojenosti lahko govorimo, ko ugotavljamo izgubo nadzora nad vedenjem klub škodljivim posledicam.

Snovi, ki na živčevje vplivajo tako, da lahko spremenijo človeško zavest, povzročajo telesno odvisnost, to pa pomeni, da se presnova v telesu prilagodi na nenehno vnašanje teh snovi. Če po nekem času – ta se s trajanjem zlorabe krajša – zasvojeni ne zaužije ali drugače ne vnese omamne snovi, doživi odtegnitveno reakcijo. Gre za mučno telesno in duševno odzivanje, podobno počutju ob hudem stresu. Lahko je celo smrtno nevarno. Po nekaj dnevih ali tednih se telo očisti in telesna reakcija izzveni. Če bi zdravljenje zasvojenosti pomenilo le, da moramo zdržati tistih nekaj dni, da se droga izloči in se telo prilagodi, potem bi bilo zdravljenje zasvojenosti razmeroma preprosto. Zaplete se takrat, ko ljudje, ki so telesno že odrešeni odvisnosti od substance, začutijo tako močno potrebo in hlepenje po tem, da bi se spet omamili, da ne morejo vzdržati in jima podležejo, pa čeprav se popolnoma zavedajo, da s tem ogrožajo svoje življenje in srečo svojih bližnjih, in tudi če tega v resnici sploh nočejo. In prav to navidezno noro vedenje, povsem sprto z zdravo pametjo, je jedro zasvojenosti.

Učinkovito zdravljenje oziroma okrevanje od zasvojenosti je dolgotrajen proces, ki traja več let in ima predvidljive stopnje. Predpogoj za začetek okrevanja je vzpostavljanje učinkovite abstinence in vzdržnosti tudi v čustveno provokativnih situacijah. V prvem letu okrevanja mora zasvojeni prevzeti odgovornost za svojo

abstinenco in si zagotoviti pogoje, ki jih za to potrebuje. S tem pride do spontanega popravljanja iztirjenih možganskih mehanizmov. Najboljša opora v tem obdobju je kakovostna terapevtska ali podporna skupina in dober terapevtski odnos s terapevtom, kjer se zasvojeni uči zaupati sebi in drugim. Ko se divjanje endorfinov umiri, nastanejo ugodni pogoji za okrevanje po travmi, ki je pri večini zasvojenih v jedru njihove bolezni. Spontano se začnejo prožiti spomini na otroške travme, kar vodi do globljega razumevanja lastnega vedenja in stališč. S tem se razklene začarani krog sramu, saj zasvojeni zdaj razume svoje vedenje in sprejme odgovornost zanj. Proces reprocesiranja travme traja od nekaj mesecev do nekaj let. Ko se zaključi, sledi obdobje duhovnega okrevanja, v katerem mora okrevajoči najti nov smisel življenja.

Zaključek

Zdravstveni delavci, ki se ukvarjajo s pomočjo ljudem v stiskah, se bodo pri svojem delu srečevali tudi z zasvojenimi ljudmi, zato morajo poznati bolezni zasvojenosti, da jim bodo lahko učinkovito pomagali. To velja zlasti za nekemične zasvojenosti, pri katerih gre za zlorabo vedenj in postopkov, ki jih občasno uporabljajo tudi zdravi ljudje, tako da je še težje postaviti diagnozo. Kriterij za zasvojenost ni pogostost ali intenzivnost nekega vedenja, temveč izguba nadzora nad njim. Čeprav se pri nekemičnih zasvojenostih za omamo zlorabljajo vsakodnevna običajna vedenja in postopki, pa gre kljub temu za bolezni zasvojenosti, ki dolgoročno pripeljejo do hudih telesnih, duševnih, odnosnih in duhovnih posledic, ne le pri zasvojenem, temveč tudi v njegovi družini. Te bolezni znamo učinkovito zdraviti, zato je ustrezen postopek ob diagnostiki napotitev na zdravljenje.

Literatura

- Adams, K.M., 2013. *Po tihem zapeljani*. Ljubljana: Založba Modrijan.
- American Association of Addiction Medicine. Available at: www.asam.org. [1.9.2016].
- Carnes, P.J., 2006. *Ne recite temu ljubezen*. Ljubljana: Založba Studio Moderna Storitve d.o.o.
- Carnes, P., Delmonico, D.L., Griffin, E., Moriarity, J.M., 2010. *V senci interneta: Kako se osvoboditi kompulzivnega seksualnega vedenja na internetu*. Ljubljana: Modrijan založba, d. o. o
- Rozman, S., 1993. *Sanje o rdečem oblaku*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
- Rozman, S., 2005. *Sprememba v srcu*. Ljubljana: Studio Moderna Storitve d.o.o.
- Rozman, S., 2006. *Zaljubljeni v sanje*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
- Rozman, S., 2007. *Peklenska gugalnica*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
- Rozman, S., 2013. *Umirjenost: Kako prepoznati zasvojenost, jo razumeti in poiskati pot iz nje?* Ljubljana: Založba Modrijan.
- Rozman, S., 2015. *Pogum: Kako preboleti travmo?* Ljubljana: Založba Modrijan.

KAKO ODVISNEGA IN NJEGOVE SVOJCE MOTIVIRATI ZA ZDRAVLJENJE – PODPRETI ZA SPREMEMBO

HOW TO MOTIVATE AN ADDICT AND HIS / HER FAMILY FOR TREATMENT – SUPPORT FOR CHANGE

Anica Pišl, prof. def.

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

Enota za zdravljenje odvisnih od alkohola

anica.pisl@psih-klinika.si

IZVLEČEK

Odnos ožjega in širšega okolja do alkohola se odraža v osebnem odnosu posameznika do pogostosti in količin popitega alkohola ob različnih priložnostih. Vzorec tveganega pitja se skozi daljše obdobje prevesi v škodljivo pitje z zdravstvenimi ali psihosocialnimi posledicami. Razvije se odvisnost. Odvisnost od alkohola in drugih psihoaktivnih snovi sodi med kronične, progresivno napredujoče bolezni, ki so težje ozdravljive zaradi stigme in občutkov krivde pri obolelem in pri svojcih. Namen prispevka je predstaviti razloge, zaradi katerih odvisnik in njegovi svojci težko poiščejo pomoč zase in potrebujejo dodatno spodbudo in vodenje, da se zmorejo odločiti za aktivno obliko obravnave in boja z odvisnostjo. Kljub razširjenosti bolezni odvisnosti med populacijo in hudim psihosocialnim ter zdravstvenim težavam jih poišče pomoč manj kot 10 %. Prepoznavanje procesa odvisnosti s strani zdravstvenih delavcev in dovolj nevtralen, spoštljiv in odprt pristop do odvisnega ter njegovih svojcev omogočata odvisniku ter njegovi družini, da dobi ustrezno pomoč. Zaposleni v zdravstvu bi potrebovali podporo in usposabljanje, da bi vedeli, kako k tej problematiki pristopiti na ustrezen, a odločen način, z informacijami o možnostih napotitev v programe zdravljenja in rehabilitacije. Širjenje možnosti iskanja pomoči bi povečalo tudi upanje za obvladovanje bolezni pri odvisnem, njegovih svojcih in tudi pri zdravstvenih delavcih ter v širšem okolju.

Ključne besede: odvisnost od alkohola, zdravstveni delavci, proces, motivacija, spremembe, usmerjanje

ABSTRACT

The relationship of the immediate and wider environment to alcohol results in a personal relationship of an individual to the frequency and quantity of alcohol

consumed per occasion. The pattern of hazardous drinking over a longer period turns into harmful drinking resulting in health related or psychosocial consequences. Addiction develops. Addiction to alcohol and other psychoactive substances is one of the chronic, progressively advancing diseases that are difficult to cure because of the stigma and guilt in the diseased and their relatives. The purpose of this paper is to present the reasons why addicts and their relatives find it difficult to seek help and need additional encouragement and guidance so that they are able to opt for an active form of management and treatment of the addiction. Despite the prevalence of substance abuse among the population and severe psychosocial and health problems, less than 10% seek help. Identifying the process of addiction by health professionals and a sufficiently neutral, respectful and open approach to the addict and his / her relatives would allow the addict and his / her family to obtain appropriate help. Health sector personnel would need support and training on how to approach this issue in an appropriate, but determined way, with information about the possibilities of referral to treatment and rehabilitation programs. Expanding the possibilities to seek help would increase the hope for controlling the disease in the addict, their relatives and health care workers, and the wider environment.

Key words: alcohol addiction, healthcare professionals, process, motivation, change, guidance

Uvod

Sindrom odvisnosti od alkohola (SOA) spada po mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB 10) v poglavje Duševne in vedenjske motnje zaradi rabe psihoaktivnih snovi (PAS) in je podrobneje definiran kot skupek vedenjskih, kognitivnih in fizioloških fenomenov, ki se razvijejo po ponavljajočem se in daljši čas trajajočem uživanju alkohola. Diagnozo postavi zdravnik, če so bili v preteklem letu izraženi vsaj trije od naštetih fenomenov: težko obvladljiva želja po pitju alkohola, težave pri obvladovanju pitja alkohola, vztrajanje pri pitju kljub že ugotovljenim posledicam, večje posvečanje pitju alkohola kot drugim aktivnostim in obveznostim, povečana toleranca do popitega alkohola, telesne motnje zaradi odtegnitve alkohola – abstinenčna kriza (Gantar-Štular, 2004a).

Nevrobiološka razlaga odvisnosti definira odvisnost kot kronično, recidivirajočo možgansko bolezen, ki jo označuje kompulzivno uživanje droge kljub škodljivim posledicam. Kot bolezen možganov je prepoznana zaradi vpliva droge na možgane – spremeni njihovo strukturo in delovanje (Volkow, 2010).

Prepoznavanje rizičnega pitja in odvisnosti je prvi pogoj, da lahko zdravstveni

delavec, ki obravnava bolnika ali njegovega svojca, začne motivacijski pogovor za spremembo vedenja. To je proces, ki zahteva sodelovanje odvisnega (ali sprva svojca). Da bi to dosegli, moramo vzpostaviti zaupljiv in spoštljiv odnos z bolnikom, spoštovati njegovo avtonomijo in znati na sprejemljiv način izraziti skrb za razvoj odvisnosti od alkohola in njegovih posledic. Bolnik se postopoma sooča z zakonitostmi bolezni, da bi pričel sodelovati v obvladovanju bolezni in posledic. Uspeh pri prepoznavanju, zdravljenju in vodenju kroničnih bolezni je odvisen od parametrov, ki so bili označeni v kvalitativni raziskavi kot najpomembnejše lastnosti zdravnikov za bolnike: ekspertno znanje, vzpostavljanje individualnega odnosa do bolnika ter spoštovanje avtonomije bolnikov (Burkitt, et al. cited in Kopčavar-Guček, 2004a).

Namen prispevka je predstaviti, kako lahko kot zdravstveni delavci odvisnega in njegove svojce motiviramo za zdravljenje. Tako odvisni kot njegovi svojci so pogosto že izgubili upanje, da se je z odvisnostjo mogoče in vredno boriti. Potrebujejo podporo in usmerjanje, da bodo lahko izpeljali spremembo in obvladovali odvisnost.

Odnos okolja do uživanja alkohola

Podatke o razširjenosti pitja alkohola v Sloveniji povzemamo iz baze podatkov Evropskega urada Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) »Zdravje za vse«. »Poročilo o globalnem stanju problema alkohola« nas s porabo 15 l čistega alkohola na prebivalca, starega nad 15 let, leta 1996 uvršča v sam svetovni vrh. Zadnji razpoložljivi podatki v bazi SZO iz leta 2000 bi lahko ocenili porabo okoli 17,5 do 21 l alkohola (Zaletel Kragelj, et al., 2004). To pomeni, da sta pogostost in količina zaužitega alkohola pri nas precej večja kot v bolj varnih okoljih po svetu. S tem posameznik, ki pogosteje popije večje količine alkohola ali se občasno intenzivno opija, v okolju ni prepoznan kot rizični pivec in na to ni opozorjen. Poleg njega to vedenje in posledice, ki so s tem povezane (opuščanje drugih aktivnosti, odnosov in vlog, neodgovorno vedenje v prometu in ožjem ali širšem socialnem okolju), minimalizira in opravičuje tudi okolje. V okolju, kjer je uživanja alkohola veliko, se tudi toleranca okolice do tega vedenja postopoma povečuje ali je bila že v osnovi prevelika (generacije odvisnih v družini in/ali v okolju). Skrb za samozaščitno vedenje se zaradi prilagajanja zmanjšuje tako pri posamezniku kot v njegovem okolju. S tem pa se odpira pot v odvisnost pri ljudeh, ki imajo na tem področju že težave ali so morda tudi genetsko že bolj obremenjeni in so zato že znatno manjše količine alkohola za njih rizične za nastanek odvisnosti.

Ocenjujemo tudi lasten delež pri zaščitnem vedenju ljudi v okolju – kakšen je moj osebni odnos do alkohola, kakšne količine alkohola popijem ob priložnosti,

kadar pijem, kako pogosto uživam alkohol, ga uživam v situacijah, ko sem v stresu, kakšne učinke pričakujem od alkohola. Lastna stališča izražamo tudi v drugih vlogah in dejanjih, ki jim ne posvečamo preveč pozornosti – ali grem za volan tizen, ali kot gostitelj odrečem ponudbo alkoholnih pijač mladostnim in ljudem, ki so se pripeljali na obisk z avtom in imajo težave z nadzorom nad količino zaužite pijače itd. S tem še ne postavljamo diagnoze, temveč okvirje, ki so sprejemljivi za varnost nas vseh. Če se nekdo giblje v okolju s preveliko toleranco do rizičnega načina uživanja alkohola, ne bo dobival sporočil, da je njegov način uživanja alkohola rizičen. S tem se povečuje tveganje za nastanek odvisnosti v času, ko bi ga posameznik še lahko uokviril, preoblikoval in se dodatno zaščitil. V bolj »mokrem okolju« se z minimalizacijo, zanikanjem in izgovori pot povečanega uživanja alkohola stopnjuje. Ljudje o odvisnosti govorijo šele, ko posameznik v tem okolju izstopa (torej pije več in pogosteje, ima hujše posledice kot ostali v okolju ali ni več sposoben nadzorovati pitja). Proces razvoja bolezni odvisnosti je takrat že v zelo napredujoči fazi, v kateri so tudi moči za rehabilitacijo lahko že znatno zmanjšane zaradi hujših zdravstvenih zapletov, izgube podpore družine ali službe.

Okolje lahko veliko pripomore s prepoznavo rizičnih oblik opijanja in postavi zahteve po nadzoru tega vedenja posamezniku ter s tem prepreči nadaljevanje razvoja začaranega kroga odvisnosti. Upoštevati je treba, da je odvisnost bolezen kot druge kronične bolezni in da človek, ki je močno odvisen, potrebuje zdravljenje, v tem procesu pa potrebuje tudi podporo. Strokovnjaki bodo odvisnemu pomagali, da bo lahko razumel sebe in se učil obvladovati dogajanja v sebi ob izpostavljenosti v okolju ter se primerno zaščitil. Tudi svojci in okolje bi v zgodnejših fazah razvoja bolezni odvisnosti lahko prispevali k obvladovanju posledic brez hujših zapletov. K manj tolerantnemu odnosu do pretiranega uživanja alkohola prispeva bolj jasna definicija SZO o uživanju alkohola z nižjo stopnjo tveganja. Ta predlaga izračun tveganja glede na enote (merice) alkohola. Ena enota je 10 g čistega alkohola, ki se nahaja v 1 dcl vina, 2,5 dcl piva ali 0,3 žgane pijače (Zaletelj-Kragelj, et al., 2004). Manj tvegan način uživanja alkohola za ženske je do 7 enot tedensko in ne več kot 3 enote ob priložnosti, za moške pa do 14 enot tedensko in ne več kot 5 enot ob priložnosti. Za ljudi, starejše od 65 let, velja enaka dnevna količina alkohola kot za ženske, ne glede na spol. Eden do dva dni v tednu naj ne bi uživali alkohola (Hovnik Keršmanec, 2003a).

Dogajanje ob vstopu v začarani krog odvisnosti

Duševne lastnosti, ki olajšajo nastanek odvisnosti od alkohola, so negotovost vase, premajhno samospoštovanje, potreba po odvisnosti, nesposobnost ustreznega

izražanja čustev, negotovost glede lastne spolne vloge, preobčutljivost za vsakdanje težave, ki jih prinaša življenje (Ziherl, 1989).

Kronične bolezni se razlikujejo glede na delež življenjskega sloga pri nastanku določene motnje (nezdrava prehrana, premalo gibanja, stresen način življenja – visok krvni tlak, sladkorna bolezen). Bolezen odvisnosti ob podobnem principu nastanka povzroča veliko čustvene bolečine (žalost, razočaranje, jeza, nemoč) (Rus Makovec, 2014a).

Razlogi uživanja psihotropnih snovi pri odvisnih ljudeh so enaki kot pri ostalih, ki niso postali zasvojeni (ugoden vpliv na neprijetno razpoloženje, tesnoba ali napetost); razlog pa je lahko tudi, ker je to del običajnega vedenja okolja, ki mu želijo pripadati. Zаметki odvisnosti se običajno prične v obdobju mladostništva ali zgodnje odrasle dobe in se pogosto povežejo z duševnimi boleznimi (Volkow, 2005).

Izsledki nevrobiologije pri odvisnosti so podkrepili prejšnja praktična opažanja, s katerimi danes lahko bolj razumemo dogajanja pri posamezniku in ovržemo misel, da odvisni »zavestno tako dela«. Zavestno vedenje je usmerjeno v izogibanje bolečini in neugodju in se usmerja k ponavljanju vedenja, ob katerem čutimo ugodje. To se oblikuje v osrednjem (limbičnem) delu možganov. Tu se oblikujejo čustva in nezavedno. Zaužitje večine psihotropnih snovi poveča dopaminsko sproščanje v možganih. Dopamin je najpomembnejši med nevrottransmiterji, ki so vpleteni v odvisnost, ker vplivajo na nagrajevalni sistem v možganih, ocenjevanje dražljajev iz okolja, v splošno vedenjsko aktivnost oz. motivacijo. Psihotropne snovi delujejo na že obstoječe nevrokemične poti v možganih in imajo oprijemališča v različnih predelih možganskega nagrajevalnega sistema. Alkohol in nikotin sproščata dopamin indirektno, veliko močneje in hitreje kot naravni ojačevalci, zato odvisni po opustitvi uživanja psihotropnih snovi ne čutijo veselja ali nagrade ob majhnih stvareh. Oblikuje se povečana pozornost na vse dražljaje, ki so povezani z drogo. Prepoznamo jih kot močno, pretirano željo po drogi (angl. craving) (Rus Makovec, 2014b).

Pričakovanja okolice, da se odvisni upre »z lastno močno voljo«, se z napredovanjem odvisnosti do odvisnega stopnjujejo. Takrat se pokaže nezmožnost odvisnega, da bi s tem vedenjem prekinil. Vzporedno se večajo zahteve okolice, da »težavo« uredi sam. Nastopi paradoksalna situacija, v kateri se izraža nemoč odvisnega in nemoč svojcev, da bi speljali spremembo. Potrebujejo pomoč »od zunaj«.

Moč volje je funkcija prefrontalnega dela možganov, kjer je sedež načrtovanja vedenja, zavora nezaželenega in impulzivnega vedenja, dobre presoje, sposobnosti za reševanje problemov in odločanja. Pri odvisnosti je vpliv tega sistema izrazito

oslabljen. Zato govorimo o organsko oslabljenem nadzoru nad uživanjem PAS in obenem močno pretirani želji po tej snovi. Ta nadzor je lahko malo, srednje ali zelo močno oslabljen, zato to lažje obvladajo ljudje, ki še niso hudo zasvojeni – v začetnem obdobju odvisnosti (ob tem se počutijo slabo). Hudo odvisni pa tega ne zmorejo več, zato je vedenje usmerjeno k iskanju priložnosti za pitje oz. uživanje PAS. Kadar ljudje uživajo psihotropne snovi za izboljšanje razpoloženja, možgane manj stimulirajo kot tisti, ki želijo zelo spremeniti ali izboljšati razpoloženje. Ljudje, ki zaznajo, da jim uživanje psihotropne snovi zelo izboljša razpoloženje (kar je genska komponenta), bi morali biti pri tem še posebej pozorni in poiskati druge oblike sproščanja napetosti in obvladovanja tesnobnosti (Rus Makovec, 2014c).

Kadar so možgani pretirano močno in pretirano dolgo preveč stimulirani z drogo, se prilagodijo z zviševanjem tolerance do alkohola – postanejo manj občutljivi na učinke alkohola. Ko posameznik ponavlja vnašanje velikih količin snovi ob vmesnih prekinitvah, pa se razvije senzitizacija – se bolj odziva na učinke droge. Oboje imenujemo nevroadaptacija. Ta je dokaz, da se je v odvisnosti bistveno spremenila funkcija možganov. Odvisnost kot duševno motnjo razumemo kot spremembo nevrobiologije možganov, ki jo hkrati spremlja problematično vedenje. Za diagnozo sindroma odvisnosti morajo biti prisotni trije od šestih znakov odvisnosti v zaporednih 12 mesecih: močna želja po alkoholu, težave pri nadzoru začetka ter konca uživanja ter težave v nadzoru nad količino zaužite psihotropne snovi, fiziološko odtegnitveno stanje ob prekinitvi ali zmanjšanju uživanja PAS, razvoj tolerance (potrebni višji odmerki psihotropne snovi za isti učinek), progresivno zanemarjanje drugih interesov kot posledica rabe PAS, nadaljevanje uživanja psihotropnih snovi kljub škodljivim posledicam (Rus Makovec, 2014d).

Zaradi nevrobioloških sprememb, ki so posledica odvisnosti, so možganske funkcije tako spremenjene, da se je težko odvaditi starega odvisniškega vedenja in naučiti novega. Na zdravljenje samo pomembno vpliva vseživljenjska sposobnost možganov za oblikovanje novih povezav med možganskimi celicami in spreminjanje aktivnosti obstoječih povezav. To imenujemo nevroplastičnost. Ob prekinitvi uživanja psihotropnih snovi in ob hkratnih dolgotrajnih pozitivnih vplivih iz okolja (zdrave aktivnosti v čustveno naklonjenem okolju) lahko ob vztrajanju pri spremembi vedenja skozi daljše obdobje (1000 ponovitev oz. 3 leta) dosežemo stabilen pozitiven učinek (Rus Makovec, 2014e).

Nova definicija odvisniškega vedenja Ameriškega združenja medicine odvisnosti (American Society of Addiction Medicine) iz leta 2011 v ospredje prvič postavlja spremembe na ravni možganske funkcije in ne vključuje obvezne prisotnosti droge: »Zasvojenost je primarna, kronična bolezen možganskih povezav,

ki imajo funkcijo nagrajevanja, motivacije in spomina ter z njimi povezanih poti« (American Society of Addiction Medicine, 2011 cit. v Radovanovič, 2014).

Izsledki nevroznanosti in genetike so pomembno vplivali na aktualno razumevanje odvisnosti in kažejo, da nismo vsi enako občutljivi za nastanek odvisnosti (dedujemo le nagnjenost k odvisnosti). Na začetek uživanja psihotropnih snovi najbolj vplivajo psihosocialni dejavniki, za vztrajanje pri uživanju pa je pomembnejša genetika (Rus Makovec, 2014e).

Zgodovina obravnave odvisnih in trenutne možnosti obravnave

Zametke obravnave alkoholizma najdemo v 19. stoletju. F. V. Lipič je leta 1834 izdal monografijo, v kateri je alkoholizem označil kot medicinsko-socialni problem, M. Hus pa ga je 1849. leta opisal kot kronično ponavljajočo se bolezen (Rus Makovec, 2014f). Za definiranje bolezenskega koncepta je pomemben E. M. Jellinek z razlago fizioloških procesov za podtipе alkoholne odvisnosti. Pred razvojem nevroznanosti je bila odvisnost razumljena kot vedenjski in značajski problem. Začetek zdravljenja v Sloveniji sega v leto 1971, ko so prišli v psihiatriji in psihoterapiji do spoznanja, da sprememb ni mogoče doseči brez treznosti. Leta 1975 so strokovnjaki opustili stari pojem »alkoholizem« in uvedli pojem »sindrom odvisnosti od alkohola«. Po tej opredelitvi je torej odvisnik človek, ki je bodisi odvisen od alkohola bodisi ima težave zaradi pitja alkoholnih pijač (Rus Makovec, 2014f).

Odvisnost od alkohola je v Mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB 10) opisana pod naslovom Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola v sklopu motenj zaradi uživanja PAS (sklop od F10 do F19) in je glede na razsežnost zlorabe alkohola šifrirana na škodljivo uživanje alkohola (F 10.1) in odvisnost od alkohola (F 10.2) (Gantar-Štular, 2004).

Preko zdravstvenega sistema so odvisni vključeni v zdravljenje ali obravnavo akutnih zapletov, povezanih z odvisnostjo. Na področju duševnega zdravja odvisnost od alkohola povzroča alkoholne psihoze in samomore. Na področju telesnega zdravja je čezmerno uživanje alkohola vzrok za alkoholno polinevropatijo, alkoholno kardiomiopatijo, alkoholni gastritis, alkoholna obolenja jeter, pankreatitis, različne vrste raka (zlasti rak ustne votline, žrela, grla, požiralnika in jeter, nekoliko manj pa rak dojke, debelega črevesa, želodca in mehurja), specifične srčne aritmije, varice požiralnika, hipertenzijo, koronarno srčno bolezen, možganski infarkt ter druge bolezni, kot so diabetes, rana na želodcu in epilepsija. Pri nosečih materah lahko uživanje alkohola privede do spontanega splava, zavrte intrauterine rasti ploda, prezgodnjega poroda in pri otroku do alkoholnega fetalnega sindroma (Zaletel-Kragelj, et al., 2004).

V zdravniško oskrbo pride odvisnik ob raznih zdravstvenih zapletih. Najpogostejše zaradi prenehanja uživanja alkohola nastopi abstinenčna kriza, katere zaplet je delirantno stanje ali epileptični napadi, ki zahtevajo zdravljenje akutne simptomatike odvisnosti ob podpori zdravstvenega osebja in zdravil. Za vzdrževanje treznosti je treba odvisnega človeka motivirati za nadaljnjo obravnavo, v kateri se bo soočal s svojo odvisnostjo in dobil podporo za ohranjanje treznosti. Zdravljenje je mogoče nadaljevati v ambulantni ali hospitalni obliki zdravljenja odvisnosti od alkohola.

Prednost ambulantne obravnave je v tem, da je lahko posameznik ves čas vključen v delovno in domače okolje. Slabost pa je v nespremenjeni obremenitvi v socialnem okolju, ki pri osebnostno šibkejših in globlje odvisnih negativno vpliva tako na vzpostavitev kot vzdrževanje abstinence. Bolnišnično zdravljenje svetujemo pri ljudeh, ki ne zmorejo vzpostaviti abstinence v domačem okolju, potrebujejo zdravljenje zaradi hujših abstinenčnih znakov, imajo resne zdravstvene zaplete – telesne okvare ali duševne bolezni, imajo dvojno psihično motnjo (globoka depresija in odvisnost), so odvisni od več PAS hkrati in živijo v težavnih socialnih okoliščinah s šibko podporo okolja (Židanik, 2004).

V času zdravljenja odvisni spoznava in se uči obvladovati tisti del razpoloženja, vedenja in/ali mišljenja, ki ga je v preteklosti vedno znova potegnil nazaj v uživanje alkohola. Posebej težko odvisni (in pogosto tudi njegovi svojci) sprejmejo dejstvo, da mora posameznik, ki pije, ostati trezen, da ustvari pogoje za obvladovanje odvisnosti. Torej bo imel odslej »dieto«, v kateri bo moral poskrbeti, da ne bo zaužil alkohola ali katerih drugih PAS v katerikoli obliki, ne glede na razpoloženje ali vplive okolja. Možnosti, med katerimi posameznik lahko izbere ustrezno pomoč, so: ambulantno vodenje – alkohololog ustrezno usmeri posameznika v nadaljnjo obravnavo motivacijsko-psihoedukacijsko-suportivna skupina, ambulantno ali hospitalno zdravljenje. Dobre izkušnje so tudi z bolniki z dvojnimi diagnozami ali pridruženimi drugimi boleznimi, ki zdravijo različne komorbidne motnje ali bolezni vzporedno. Ob zmožnosti vzpostavitve in vzdrževanja abstinence je mogoča vključitev v različne oblike rehabilitacije: skupine samopomoči (SSP), klubi zdravljenih alkoholikov (KZA), psihoterapevtsko (PT) vodene skupine. Ob nezmožnosti samostojnega vzdrževanja abstinence v okviru ambulantnega vodenja (pri alkoholologu, v okviru društev za podporo odvisnim) svetujemo bolj intenzivno – bolnišnično zdravljenje. Po zaključenem bolnišničnem zdravljenju potrebujejo odvisniki podporo (skupaj s svojci) v omenjenih skupinah (tretja faza zdravljenja). Po potrebi se odvisni vključijo v nadaljnje psihiatrično vodenje, družinsko ali partnersko terapijo ali druge oblike psihoterapije. Pomemben je celostni pristop k zdravljenju. Kontekst zdravljenja je obliko-

van tako, da odvisni ljudje lahko razvijejo nove oblike razmišljanja, čustvovanja in vedenja.

Z lastnim naporom skozi psihoterapevtski proces sprememb ljudje spreminjajo svojo nevrobiologijo (regeneracija prefrontalnega korteksa). Če je potrebno, se v zdravljenju vzporedno zdravijo tudi s pomočjo farmakoterapije (antidepresivi) (Rus Makovec, 2014d).

Poleg Centrov (Enot) za zdravljenje odvisnih od alkohola in drugih odvisnosti so danes na voljo tudi nemedicinski in neinstitucionalni programi ali društva, ki so primernejši za ljudi z lažjimi oblikami odvisnosti. Za ljudi z večjimi težavami na področju sprejemanja odgovornosti in vzdrževanja abstinence je na voljo tudi možnost vključitve v komune.

Ljudje, ki niso prehudo biološko zasvojeni, so sposobni tudi samoozdravitve ob zanje dovolj hudem stresnem dogodku. Zdravljenje odvisnosti je dokazano učinkovito. Leto dni po intenzivnem zdravljenju je 40–60 % ljudi treznih, 15–30 % pa uživa psihotropne snovi na bistveno manj škodljiv način kot pred zdravljenjem. Zmanjša se socialna patologija in izboljša osebno zdravje. Rezultati so ugodnejši kot pri zdravljenju diabetesa, astme in hipertenzije, kjer pa recidivi niso tako negativno označeni kot pri zdravljenju odvisnosti (Rus Makovec, 2014g).

Motivacijski postopek pri pacientih z motnjo uživanja alkohola

Glavni cilj motivacijskega intervjuja (MI) je povečanje motivacije odvisnega, da se zaveže zdravju in bolj sprejemljivemu vedenju (Walitzer, et al., 2015). Motivacija za zdravljenje je predpogoj uspešne terapije. Vsak proces spreminjanja zahteva individualno obravnavo, oceno faze ciklusa spreminjanja in celovito obravnavo (Kopčavar-Guček, 2004b). Transteoretični model spreminjanja, ki sta ga izdelala DiClemente in Prochaska 1992. leta sloni na modelu petih stopenj spremembe (od prekontemplacije, kontemplacije, priprave in akcije do vzdrževanja). Faze spreminjanja so pri odvisnem posamezniku lahko v različnih obdobjih različne in prehajajo iz ene v drugo. Cilj pogovora je pomoč odvisnemu ali njegovemu svojcu, da vstopi v proaktivno fazo in sodeluje pri poskusih spremembe (Boben Bradutzky, 2004; Rus Makovec, 2014).

Motivacijski intervju (Motivational interviewing – MI) in metoda olajševanja motivacije (Motivational enhancement – ME) sta metodi za raziskovanje in razreševanje ambivalence pri odvisnem. MI je opisan kot stil interakcij z bolnikom in je tudi osnova ME, ki upošteva povratno informacijo odvisnega. Del motivacijskega intervjuja je pogovor o vzorcih uživanja alkohola, razlogih za uživanje

alkohola, pričakovanih pozitivnih učinkih alkohola ter o težavah, s katerimi se posameznik srečuje ob tem. Skupaj z bolnikom iščemo razloge, zaradi katerih bi poskusil obvladovati pitje in se zavezal abstinenici. S tem pogovorom pomagamo pri ambivalenci med željo po pitju in željo po obvladovanju težav, vezanih na pitje. Načrtovana sprememba mora biti dovolj velika, da odvisni zaznava razliko, in ne prevelika, da je ne bi mogel izpeljati (Rus Makovec, 2014).

Bolnik mora biti ob tem opozorjen, da mu morda ne bo uspelo vzdrževati načrtovane spremembe takoj in bo potreboval dodatno pomoč. Morda se bo sprva odločil le za zmanjšanje količin uživanja alkohola, kar moramo sprejeti in kasneje preverjati njegove odločitve. Da bi kot zdravstveni delavci lahko prispevali k motivaciji odvisnih in njihovih svojcev za iskanje ustrezne oblike pomoči, je treba prepoznati lastna prepričanja in prepričanja okolja glede odvisnosti ter poznati obstoječe načine pomoči. Nepredelane slabe izkušnje iz preteklosti pri zdravstvenih delavcih onemogočajo dovolj odprt in motivirajoč pristop pri pogovoru z odvisnim ali svojci. Brez čustvenega negativnega naboja (jeza, razočaranje, zamere) je odvisnemu lažje sprejeti in razumeti potrebo po vključitvi v proces iskanja pomoči (pogosto prej poiščejo pomoč svojci in ožje okolje kot odvisni sam). Posebne kategorije odvisnih so mladostniki, ženske, starejši ljudje, ki zaradi določenih specifičnosti dobijo manj pomoči in potrebujejo več podpore (Boben Bradutzky, 2004). Z direktnimi konfrontacijami ne dosežemo želenih sprememb (prepričanja okolja so ravno nasprotna).

Zaposleni v zdravstvu bi potrebovali izobraževanje za prepoznavo zlorabe alkohola in obravnavo odvisnih. Na žalost v zdravstveni stroki prepričanja in odnosi do ljudi, ki zlorabljajo PAS ali so odvisni, ostajajo negativni, celo netolerantni. Dodatni treningi s področja odvisnosti bi pripomogli k spremembi tega odnosa, zmanjšani stigmatizaciji in povečani učinkovitosti za obvladovanje problematike odvisnosti, pa tudi preventive (Lalaguna, et. al., 2014).

Pomembno je naučiti se prepoznavati razlike med lastnimi prepričanji in opozorili stroke. Kadar je naša toleranca do prekomernega uživanja alkohola zelo velika, najverjetneje težav pri odvisnosti od alkohola ne bomo prepoznali (ali šele v zelo napredujoči fazi bolezni). Podobno neučinkoviti bomo ob občutkih nemoči in jeze, ki se pri tej populaciji pogosto pojavljajo tako pri svojcih kot pri strokovnih delavcih v zdravstvu.

V pogovoru zdravstveni delavci ne uporabljamo besednjaka, kot je: zmerno pitje, kulturno pitje, zdravju koristno pitje, pitje »po pameti«, temveč pitje z manjšo ali večjo mero tveganja. Gre za subjektivne izraze, ki odražajo le odnos posameznika in njegove (ožje in širše) okolice. Ljudje, ki se v svojem okolju vidijo kot zmerni pivci zaradi družbeno sprejetih norm tega okolja, gojijo prepričanje, da

takšno pitje ni nevarno (Hovnik Keršmanec, 2003b). Da bi bolj sistematično pristopili k pogovoru o uživanju alkohola, moramo poznati enote uživanja z nizko stopnjo tveganja, ki so osnovna orientacija za ugotavljanje rizičnega pitja ali odvisnosti, kadar so presežene. Če ocenjujemo, da je uživanje alkohola pri nekom rizično, mu predstavimo te enote in ga skušamo motivirati, da ostaja pri uživanju znotraj teh bolj varnih meja. Pri odvisnih pa teh meric alkohola glede uživanja ne moremo več promovirati, saj je osnovna značilnost odvisnosti, da vsakič znova prestopa te meje zaradi okvarjenega mehanizma nadzora. Pri njem promoviramo abstinenco. Soočati se moramo tudi z omejitvami, do kje lahko zdravstveni delavec (zdravnik in/ali medicinska sestra) ponudi pomoč, kaj je dolžan storiti in kje ima nerealna pričakovanja oziroma lahko dobi vlogo nadzornika; kje se premalo in kje preveč angažira. V prvem primeru lahko gre za nerazrešen osebni odnos do odvisnosti in odvisnih, strah, da bi užalili bolnika, ali nezaupanje v mogočo spremembo. Razmejiti moramo, do katere mere je dolžan intervenirati zdravstveni delavec in kje so odgovorni delovna organizacija, Center za socialno delo (CSD), Zavod za zaposlovanje, policija, šolstvo in svojci. Pogosto lahko pomagamo s povezovanjem različnih strokovnjakov, h katerim lahko napotimo svojce, ali po potrebi v izrednih primerih (spolne zlorabe, agresivnost, poškodbe svojca) podamo prijavo, da policija sproži postopek zaščite žrtve nasilja. Preveč angažiran zdravstveni delavec si lahko naloži nalogo, da bo »rešil« odvisnega, in skuša doseči spremembo za vsako ceno (običajno prehitro in odvisni še ne more sprejeti odločitve za poskus sodelovanja). Kot zdravstveni delavci moramo ugotoviti stanje glede uživanja alkohola, nato pa napraviti ustrezno intervencijo. Bolnik je lahko adolescent, ženska, star moški, svojec odvisnika, odvisni starš v kontekstu pediatrične ambulante itd. Paziti moramo na heterogenost ljudi, ki so odvisni od alkohola, na identificiranje podtipov odvisnih. Za zdravstvenega delavca je pomembno ugotoviti, koga najlažje in koga najtežje identificira; kateri podtip odvisnega od alkohola se mu najbolj smili in kateri najbolj upira; za koga najtežje sprejme, da je odvisen.

Razmisliti moramo tudi, kako voditi pogovor s kolegom, ki ima probleme z alkoholom (vnesti informacijo o odvisnosti kot profesionalni boleznii zdravstvenih delavcev) ter ponuditi podporo pri iskanju ustrezne pomoči. V primeru, ko nam je odvisni nadrejen, svoja opažanja ali skrbi posredujemo njegovim kolegom ali nadrejenim.

Pomoč zdravstvenih delavcev ob stiku z odvisnim

Ob pogovoru z bolnikom med drugimi vprašanji o njegovem življenjskem slogu, težavah in obveznostih odprto postavljamo vprašanja tudi o običajih glede uživanja alkohola, pogostosti in količinah, ki jih popije ob običajni priložnosti, kadar

pije. Preverimo tudi stanje glede posebnih priložnosti: ali opaža razlike med tem, koliko je nameraval popiti in koliko je dejansko popil; ali meni, da je to vedenje zanj rizično ali ne; je kdo od svojcev zanj zaskrbljen ali se je kdaj pritožil glede njegovega načina uživanja alkohola ali količin; ali je imel posameznik kdaj težave zaradi opitosti v svojem okolju (šola, služba ali obveznosti, v prometu in v prostem času). S temi vprašanji, ki jih med pogovorom postopno širimo, dobivamo širšo sliko, ki pa je običajno samoocena in se ne sklada nujno z oceno svojcev. Dodatne informacije glede šolanja in zaključka izobraževanja, zaposlitve, odsotnosti z dela, poškodb, agresivnih prebojev ali ponavljajočih se bolezni nam to sliko lahko dopolnijo. Moralistično-očitajoči pristop je kontraproduktiven, ker prekine možnost sodelovanja in se odvisni zapre. Ista vprašanja lahko ob priložnosti naslovimo na svoje. Če rizičnega pivca ali odvisnega direktno vprašamo, ali pije preveč, bo to zanikal, ker je njegova samoocena realnosti drugačna in spremenjena. Zato težko uporabimo izraz, da »laže«. Tudi svojci so do vedenja odvisnega različno tolerantni; nekateri bodo že nekoliko bolj rizično pitje označili kot odvisnost. Na drugi strani pa bodo družine s transgeneracijsko odvisnostjo (kjer je imelo težave z uživanjem alkohola že več generacij) do teh težav zelo tolerantne in se bodo pritožile šele ob hujših zapletih v družini ali ob ogroženosti.

Zato se moramo naučiti »brati med vrsticami« in povezati informacije, ki jih dobimo in so na videz nepomembne. Predstavljeni običaji glede pogostosti pitja, količin, morebitnih težav in konfliktov nam povedo, kako posameznik zase ocenjuje težave. Pomagajo nam lahko tudi podatki o nesrečah, poškodbah, bolniškem staležu, boleznih, izgubi voziškega dovoljenja in preiskavi krvi. Pozorni smo tudi pri daljših zdravljenjih, kjer kljub ustrezni terapiji ni pričakovanega izboljšanja (depresija, gastroenterostinalne bolezni ali druge kronične ali ponavljajoče se bolezni), pogostih konfliktih med člani družine, agresivnih izbruhov ali zlorab).

Ko pomislimo na zlorabo alkohola ali odvisnost, v pogovoru s to osebo izrazimo zaskrbljenost glede škodljivega načina uživanja alkohola na spoštljiv način. Odvisnega povprašamo, ali je kdaj s kom o tem že govoril, ga je to že kdaj zaskrbelo, si je želel spremeniti to navado in ni zmožni ostati trezen daljše obdobje, kdo bi ga podprl v odločitvi, da s pitjem prekine, kdo bi se te odločitve razveselil ...

Pogovarjamo se na dovolj nevtralen način, z neobsojajočimi formulacijami vprašanj: Ali uživate alkoholne pijače, kot so vino, pivo, žganje? Kakšen učinek ima alkohol na vaše težave? Si kdaj pomagata z alkoholom? (Čebašek Travnik, 2002).

Pri pogovoru z bolnikom in ugotavljanju, ali gre pri njem za tvegano ali že škodljivo pitje ali pa za odvisnost, so nam v pomoč vprašalniki, kot sta CAGE

(Cut-down, Annoyed, Guilt, Eye-opener) in AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), ki sta presejalna testa. Kažeta visoko stopnjo zanesljivosti in specifičnosti za identifikacijo posledic pitja alkohola (Gantar Štular, 2004).

Kadar dobi posameznik, ki ima na tem področju težave, občutek, da je naše zanimanje pristno in nam lahko vsaj delno zaupa, imamo možnost, da ga usmerimo v samoopazovanje in sodelovanje. Takrat je bolj dojemljiv tudi za dodatne informacije iskanja pomoči in podpore za obvladovanje težav. Običajno se to ne zgodi v teku enega pogovora, temveč moramo motivacijski pogovor nadaljevati v času obravnave in k pogovoru povabiti tudi druge svojce, ki so posredno ali neposredno vključeni v to dogajanje ali zaradi tega trpijo.

Z njimi delamo odločitveno bilanco (pozitivni in negativni učinki pitja – kratkoročno in dolgoročno). Kot zdravstveni delavci ne smemo pozabiti na hedonistične učinke alkohola. Odvisni pogosto poročajo, da so se prva leta uživanja alkohola zelo sprostiti, zabavali, veselili; sedaj pa teh učinkov ni več veliko. Če prištevajo še negativne posledice, pitje zdaj prinaša malo dobrega. Takrat je priložnost za spremembo večja. Mnogi s pitjem nadaljujejo, ker se bojijo abstinenčnih znakov. Tudi o teh je treba govoriti. Če je nekdo v ambulantni obravnavi, ga usmerimo k alkoholologu, ki mu bo predpisal ustrezno terapijo ali se dogovoril za hospitalizacijo. Če pa je ta bolnik že hospitaliziran zaradi drugih težav, bo do odtegnitvene krize pogosto prišlo in bosta potrebna terapija in posvet z adiktologom (alkohologom). Paziti je treba tudi ob predpisovanju pomirjeval ali uspaval ter tablet proti bolečinam, ki povzročajo odvisnost. Teh zdravil odvisni od alkohola ne bi smeli prejemati za pomoč pri obvladovanju nespečnosti, tesnobe, depresije ali drugih težav.

Predstavimo možne oblike pomoči, zloženke, telefonske številke (tudi svojcem, če pridemo z njimi v stik). Ob hujših težavah odvisnemu ponudimo možnost pogovora z alkoholologom in predlagamo, da ga pokličemo skupaj in odvisnega naročimo na pogovor. Pri manj izrazitih težavah pa posameznika motiviramo, da opazuje svoje vedenje glede uživanja alkohola in znake škodljivega pitja ali odvisnosti. Povprašamo tudi, ali v svojem okolju pozna ljudi, ki so se zdravili, ali je kdo uspel obvladati odvisnost in je trezen. Svetujemo tudi literaturo s področja odvisnosti od alkohola, ki je pisana na dovolj nevtralen način, da poveča zanimanje za obvladovanje odvisnosti.

Čebašek Travnik (2002) navaja, da za bolj jasno sliko glede odnosa do alkohola lahko postavljamo naslednja vprašanja:

- Ali večkrat popijete več alkohola kot drugi in se vam to ne pozna preveč?
- Ali ste kdaj začudeni zaradi svoje povečane sposobnosti za prenašanje alkohola, ali ste ponosni nanjo?

- Ali se kdaj težko zabavate, če ni na razpolago alkoholnih pijač?
- Ali kdaj popijete alkoholno pijačo pred spanjem, da lažje zaspate?
- Ali kdaj pijete sami doma ali takrat, ko nihče drug ne pije?
- Si kdaj skrijete steklenico alkohola doma, če bi jo slučajno potrebovali?
- Ali kdaj odidete z zabave zadnji domov, čeprav ste nameravali domov bolj zgodaj?
- Ali si želite, da bi bilo vaše pitje drugačno, kot je?
- Ali se vam zjutraj kdaj tresejo roke po prepiti noči?
- Ali si zjutraj pomagata z alkoholno pijačo premagati slabost, tresenje rok ali glavobol?
- Ali pijete v družbi?
- Ali vaša družina in prijatelji menijo, da pijete preveč?
- Ali vam je kdo od bližnjih (žena, mož, otroci), že kdaj zagrozil, da vas bo zaradi pitja zapustil?
- Ali ste kdaj zamudili službo, ker ste prejšnji večer preveč pili?
- Ali ste že kdaj izgubili službo zaradi pitja?
- Ali ste bili pri delu kdaj manj učinkoviti, ker ste pili?
- Ali vam je zdravnik priporočil, da bi pili manj, ali da prenehate z uživanjem alkohola zaradi telesnih težav?
- Ali počnete v času pitja stvari, ki se jih kasneje sramujete?
- Ali zaradi pitja kdaj zanemarjate druga zanimanja ali obveznosti?

Z doslej znanimi metodami ni mogoče napovedati, pri katerih posameznikih že majhne količine PAS predstavljajo tveganje (Čebašek Travnik, 2002).

Odločitev odvisnega za zdravljenje

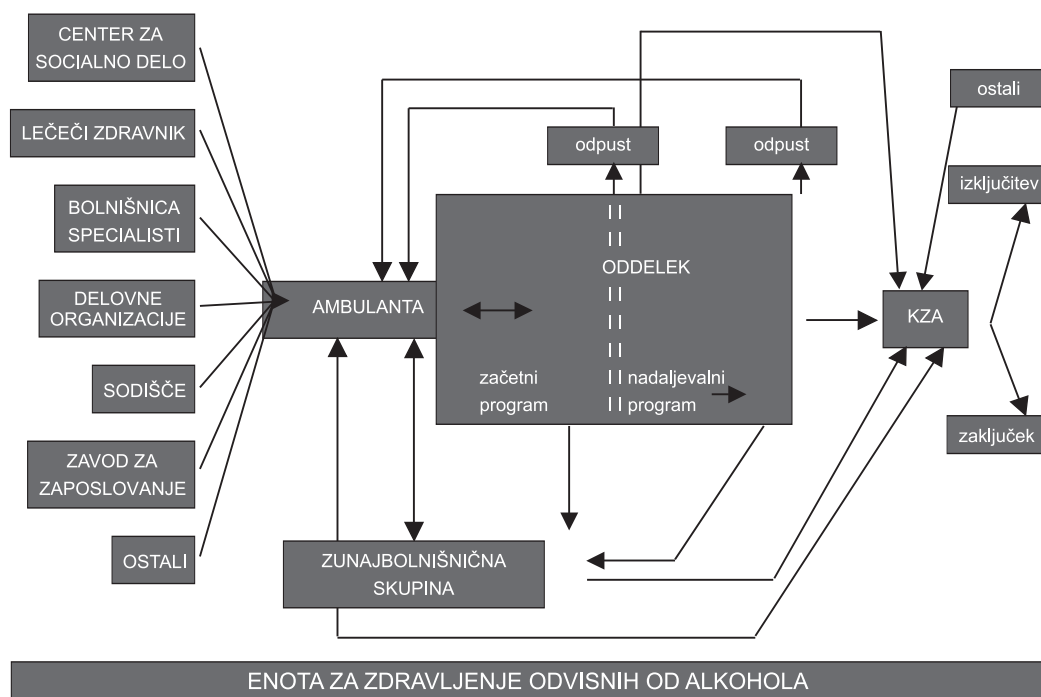
Redko se odvisni sam odloči, da obišče zdravnika in prosi za napotitev k alkoholologu. Kadar pa to že stori, je v ozadju neka stiska, o kateri na začetku še ne zmore veliko govoriti. Zato pogosto najprej dobi napotnico, priložnost za pogovor pa je ob kontroli pri zdravniku. Ponudimo mu tudi klic v alkoholološko ambulantno za prvi pregled.

Najpogosteje se odvisni odločijo za zdravljenje zaradi drugih zdravstvenih težav (obolenja jeter, rak, srčno-žilna obolenja, sladkorna bolezen, depresija, tesnoba itd.) ali poškodb pri delu, v prometu ali doma, izgube službe ali družine (podatki iz Enote za zdravljenje odvisnih od alkohola – EZOA v Ljubljani). V teh primerih z njimi govorijo že specialisti teh področij in jim svetujejo zdravljenje. Včasih je zdravljenje pogoj, da pri omenjenem specialistu nato nadaljujejo obravnavo. Kadar pa pride do zapleta zaradi premajhne količine zaužitega alkohola (abstinenčne krize), je posameznik pogosto napoten direktno v psihiatrično kliniko, da se ob podpori terapije simptomi ublažijo in obvladajo (delirij, epileptični napad). Po zdravljenju akutne simptomatike svetujemo vključitev v program hospitalnega zdravljenja, saj vzpostavitev treznosti odvisnega še ne opremi za razumevanje in obvladovanje odvisnosti.

Po statistiki podatkov EZOA ob sprejemu bolnikov na zdravljenje odvisnosti od alkohola in drugih psihoaktivnih snovi pride mnogo odvisnih od alkohola na prvi pogovor k alkoholologu na predlog Centrov za socialno delo (CSD), ki pozna njihovo problematiko bodisi preko stika z otroki (povezava s šolo ali okoljem) bodisi preko prejemanja socialne pomoči zaradi finančnih težav. Nekateri so napoteni tudi preko Zavoda za zaposlovanje. Zaposlene danes redko napoti delovna organizacija (DO). V preteklih letih je bilo tega več, zdaj pa odvisni pogosto ostanejo brez službe. Kadar pa je odvisnik znotraj DO cenjen zaradi delavnosti ali določenih znanj, dobi v službi opomin in priložnost, da se uredi. Znotraj teh DO je tudi zanimanje za zdravljenje odvisnega večje in ni tako tabuizirano. Vedno večje število ljudi, odvisnih od alkohola, pride na zdravljenje zaradi izgube voziškega dovoljenja ali neopravljenega zdravstvenega pregleda o delazmožnosti na oddelku Medicine dela, prometa in športa, kjer dobijo pogoj, da se morajo zdraviti, zato jih splošni zdravnik napoti na obvezno zdravljenje odvisnosti. Po zaključenem zdravljenju morajo z izvidi potrditi treznost, ob tem pa periodično prinašajo tudi potrdila, da so vključeni v program rehabilitacije. Nekateri se odločijo za zdravljenje po ukrepu sodišča zaradi skrajšanja ali omilitve kazni ali po zahtevi sodišča, da se zdravijo. Drugi pa se odločijo za zdravljenje zaradi prošenj svojcev in prijateljev, ker postajajo njihovi odnosi vedno slabši in se jih bojijo izgubiti. Pogosto se to zgodi, ko družina ne zmore več prenašati opijanja in postavi določene pogoje, ali pa kdo od članov družine povzroči večjo spremembo (odide od doma, vloži vlogo za ločitev, odkloni druženje z odvisnim ali mu ne zaupa otroka itd.). Slika 1 prikazuje napotitve in prehode med programi zdravljenja ter vračanje v pripravljalno fazo ob recidivih.

Kasneje v teku zdravljenja skušamo v obravnavo vključiti tudi svojce odvisnega, posebej partnerja in odrasle otroke. V primeru, ko je odvisni še nesamostojen

ali zelo mlad, pa tudi starše. Svojci in/ali prijatelji imajo priložnost, da tudi sami spregovorijo o svojih stiskah, občutkih nemoči in jeze skozi pretekla obdobja opijanja odvisnega. Obenem se v času terapevtske obravnave tudi opolnomočijo za nadaljnje življenje in morebitne težave, ki se lahko pojavijo (konflikti, recidiv). Če je bil odvisni tudi agresiven do svojcev, se jim mora opravičiti in se zavezati, da to obliko vedenja opusti. Odvisni, ki imajo poleg odvisnosti težave z nihanji razpoloženja, tesnobo ali depresijo, bipolarno ali drugo duševno motnjo, dobijo ustrezno terapijo in se obravnava teh motenj vodi vzporedno. V času obravnave in po njej teče pri odvisnem (in pogosto tudi pri svojcih) proces sprejemanja odvisnosti kot kronične bolezni, ki jo je treba upoštevati z vsemi njenimi zakonitostmi, če jo hočemo obvladovati.



Slika 1: Organizacijska shema poteka zdravljenja odvisnosti v okviru bolnišničnega in zunajbolnišničnega zdravljenja ter vključitve v program rehabilitacije in ponovitve zdravljenja ob recidivih (Čebašek Travnik, 2002).

Odvisnemu in njegovim svojcem pomagajo spoznavanje bolezni odvisnosti, predelava stisk, zgodbe ostalih članov skupine, zrcaljenje in vzpostavljane bolj zdravih načinov reševanja problemov ter sproščanja, učenja ustreznega načina

komunikacije v družini in okolju, kjer je prihajalo do konfliktov, ter predelava občutkov krivde. Ob vzdrževanju abstinence iščejo tudi lastne vire moči, iz katerih ob podpori okolja črpajo moč za vztrajanje pri obvladovanju odvisnosti in načrtovanju prihodnosti.

Diskusija

V našem okolju je uživanje alkohola družbeno sprejemljivo in pri zdravem odraslem človeku ni problematično, dokler so meje uživanja alkohola znotraj pitja z nizko stopnjo tveganja, ki ga je glede na posledice določila SZO. Težava je v tem, da je naše okolje preveč tolerantno do pitja večjih količin alkohola in/ali pogostejše, kar povečuje prenosljivost oz. toleranco do alkohola pri posamezniku (Hovnik Keršmanec, 2003). S tem pa izostane informacija, da je popil preveč. Tako deluje manj opit, kot je v resnici. Ne vemo, katere količine zaužitega alkohola so za posameznika že nevarne, zato v zdravstvu ne svetujemo uživanja alkohola bolnikom (Rus Makovec, 2014).

Težko je prepoznati odvisnost pri posamezniku, ki ima na tem področju že težave, obenem pa je v svojih družbenih vlogah še funkcionalen. Posledic uživanja alkohola in odvisnosti se sam dolgo časa ne zaveda, okolica pa si tudi skuša zatiskati oči in upa, da bo sam zmogel uživati alkohol na bolj sprejemljiv način. Tako kot odvisni tudi okolica težko sprejema odvisnost in potrebo po abstinenici od alkohola in vseh psihoaktivnih snovi (tablet, konoplje, droge) za aktivno obvladovanje odvisnosti kot kronične bolezni. Zaradi stereotipov o odvisnosti in odvisnih bolezen zelo pozno prepoznajo mnoge družine, posamezniki in tudi zdravstveni delavci znotraj zdravstvenega sistema. Odvisni ljudje so zelo heterogena skupina. Mnogi so dolgo časa funkcionalni v družini in službi, zato so njihove težave z opijanjem dolgo tolerirane ali neprepoznane. Drugi bolj izstopajo z neprimernim vedenjem, agresijo ali drugimi težavami, ki kažejo na pitje in nesposobnost omejitve pitja. Pogosto so bolj močeti za okolje, ki prej poveže neprimerno vedenje ter opijanja. Spet tretji imajo pogoste zdravstvene zaplete, ki niso vedno specifični za odvisne in so pogosto v sklopu drugih obolenj. Nejasne meje med pretiranim uživanjem alkohola in odvisnostjo nam pogosto preprečujejo aktivnejši pristop k problematiki odvisnosti ter dovolj odprt pogovor z bolnikom, ob katerem pomislimo na pretirano uživanje alkohola. Lahko smo preveč tolerantni do pitja in opijanja ter popustljivi. Lahko pa imamo nerazrešene odpore in zavore glede odvisnih in ne verjamemo v možnost spremembe. Odvisni bodo dobili ustrezno pomoč ob naši večji budnosti in sprejemanju odvisnosti kot bolezni ter zdravljenja kot ustrezne oblike obvladovanja težav, ki jih ima sicer poleg odvisnega neposredno vsa družina, ožje in širše okolje ter družba.

Ne glede na to, ali se je posameznik s sindromom odvisnosti od alkohola (ali druge PAS) zdravil ambulantno, bolnišnično ali poiskal pomoč zunaj institucije v okviru drugih nevladnih organizacij in društev, potrebuje pomoč v okviru rehabilitacije in vključevanja v okolje z novim življenjskim slogom. Za vzdrževanje tega sloga bo potreboval več energije kot za samo spremembo. Zato tako sam kot njegova družina in okolica pri tem potrebujejo pomoč in podporo.

Zaključek

Soočanje z odvisnostjo je najtežji korak, ki ga mora odvisni narediti v fazi, ko nanj še ni pripravljen. Zato potrebuje veliko podpore in pomoči tudi s strani zdravstvenih delavcev, da bo bolj optimistično vstopil v bitko z odvisnostjo. Prva faza te pomoči je postopno soočanje z odvisnostjo skozi informacije o tej bolezni in možnostih obvladovanja, da bolezen ne napreduje. Enako kot drugim kroničnim bolnikom mu pripada kakovostna in varna zdravstvena oskrba. Zaradi paradoksalnosti bolezni odvisnosti za pomoč ne prosi odvisni neposredno, temveč ga spodbuja, motivira in omejuje okolica, pa tudi mi kot zdravstveni delavci. Sam bo šele precej kasneje dojel, da mu je bila nudena pomoč, četudi je pričel v tej borbi sodelovati. Potrebuje pomoč in upanje, ki ga je sam že izgubil.

Kot zaposleni v zdravstvu lahko s svojim odnosom do odvisnega pripomoremo tudi k poslabšanju bolezni, saj prepogosto spregledamo rizično pitje in odvisnost – podobno kot odvisni sam in njegovo okolje.

Z boljšim razumevanjem odvisnosti, s hitrejšo prepoznavo problematike odvisnih in usmerjanjem v zdravljenje bomo prispevali k destigmatizaciji odvisnosti in izboljšanju rezultatov zdravljenja odvisnih. Dokler tudi zdravstveni delavci dojemamo odvisnost od alkohola in drugih psihoaktivnih snovi kot stigma, odvisni ne morejo biti pravočasno napoteni v ustrezno obliko zdravljenja odvisnosti. Vključevanje večjega števila odvisnih v zdravljenje bo prispevalo k proaktivnemu pristopu do odvisnih in odvisnosti, s tem pa bomo vplivali tudi na sporočilnost zdravljenja, da je bolezen obvladljiva, zato bo tudi možnost iskanja pomoči s strani odvisnih ter njihovih svojcev za obravnavo večja.

Literatura

Boben Bradutzky, D., 2004. Motivacija in motivacijski postopki v obravnavi odvisnosti od alkohola: Osnovni principi motivacijskega postopka. In: Boben Bradutzky, D., et al. *Medicina odvisnosti – medicina sodelovanja*. Zbornik 6. konference o medicini odvisnosti, Vojnik, pp. 52–60.

Čebašek Travnik, Z., 2002. *Škodljivo uživanje alkohola in pomoč zdravstvenih delavcev*. Ljubljana: CINDI program (gradivo za predavanje).

Gantar Štular, H., 2004a. Diagnosticiranje sindroma odvisnosti od alkohola. In: Boben-Bardutzky, D., Čebašek Travnik, Z., Erznožnik Lazar, A., Gantar Štular, H., Rus Makovec, M., Židanik, M. *Osnove zdravljenja odvisnosti od alkohola: Medicina odvisnosti: osnovni učbenik*, pp. 28–34.

Gantar Štular, H., 2004b. Diagnosticiranje sindroma odvisnosti od alkohola. In: Boben-Bardutzky, D., Čebašek Travnik, Z., Erznožnik Lazar, A., Gantar Štular, H. *Osnove zdravljenja odvisnosti od alkohola: Medicina odvisnosti: osnovni učbenik*, pp. 29–30.

Hovnik Keršmanec, M., 2003a. Dejavniki tveganja pri odraslih – alkohol. Koliko alkohola lahko dnevno popije zdrava odrasla oseba, da ne bo ogrožala sebe in drugih. In: Bevc Stankovič, M., et al. *Preprečimo odvisnost od kajenja, alkohola, drog, hranjenja, dela, iger na srečo*, pp. 227–229.

Hovnik Keršmanec, M., 2003b. Dejavniki tveganja pri odraslih – alkohol. Pivsko vedenje. In: Bevc Stankovič M., et al. *Preprečimo odvisnost od kajenja, alkohola, drog, hranjenja, dela, iger na srečo*, pp. 226.

Kopčavar-Guček, N., 2004a. Motiviranje pacienta – prvi pogoj za zdravljenje. In: Boben Bradutzky D. et al., *Medicina odvisnosti – medicina sodelovanja*. Zbornik 6. konference o medicini odvisnosti, pp. 30.

Kopčavar-Guček, N., 2004b. Motiviranje pacienta – prvi pogoj za zdravljenje. In: Boben Bradutzky, D. et al. *Medicina odvisnosti – medicina sodelovanja: zbornik 6. konference o medicini odvisnosti*, pp. 30.

Lalaguna, J.L.P., Ribas, C.C., Aymerich, M., 2014. Addictions: A Need for Specific Education. *Procedia – Social and Behavioural Sciences*, 141, pp. 160–165. Available at: <http://www.sciencedirect.com> [8. 9. 2016].

Radovanovič, M., 2014. Paket znanja: Sodobna dognanja stroke: Nekemične odvisnosti. In: Furman Bajc, V., Gorše Goli, A., Pišl, A., Purnat, Z., Otorepec, I., Radovanovič, M., et al. *Zgodbe upanja: primeri celostnega zdravljenja odvisnosti*. eBesede. Ljubljana: Knjižna zbirka Terapevt, pp. 284.

Rus Makovec, M., 2014a. Paket znanja: Sodobna dognanja stroke: Ali je odvisnost res bolezen? Je in to ozdravljiva bolezen možganov. In: Furman Bajc, V., Gorše Goli, A., Pišl, A., Purnat, Z., Otorepec, I., Radovanovič, M., et al. *Zgodbe upanja: primeri celostnega zdravljenja odvisnosti*. eBesede. Ljubljana: Knjižna zbirka Terapevt, pp. 229.

Rus Makovec M., 2014b. Paket znanja: Sodobna dognanja stroke: Kaj se dogaja v možganih. Furman Bajc, V., Gorše Goli, A., Pišl, A., Purnat, Z., Otorepec, I., Radovanovič, M., et al. *Zgodbe upanja: primeri celostnega zdravljenja odvisnosti*. eBesede. Ljubljana: Knjižna zbirka Terapevt, pp. 231–234.

Rus Makovec, M., 2014c. Paket znanja: Sodobna dognanja stroke: Moč volje. In: Furman Bajc, V., Gorše Goli, A., Pišl, A., Purnat, Z., Otorepec, I., Radovanovič, M., et al. *Zgodbe upanja: primeri celostnega zdravljenja odvisnosti*. eBesede. Ljubljana: Knjižna zbirka Terapevt, str. 233–234.

Rus Makovec M., 2014d, Paket znanja: Sodobna dognanja stroke: Možgani so prilagodljivi. In: Furman Bajc, V., Gorše Goli, A., Pišl, A., Purnat, Z., Otorepec, I., Radovanovič, M., et al., 2014. *Zgodbe upanja. primeri celostnega zdravljenja odvisnosti*. eBesede. Ljubljana: Knjižna zbirka Terapevt, pp. 234–235.

Rus Makovec, M., 2014e, Paket znanja: Sodobna dognanja stroke: Vloga genetike. In: Furman Bajc, V., Gorše Goli, A., Pišl, A., Purnat, Z., Otorepec, I., Radovanovič, M., et al. *Zgodbe upanja: primeri*

celostnega zdravljenja odvisnosti. eBesede. Ljubljana: Knjižna zbirka Terapevt, pp. 235–236.

Rus Makovec, M., 2014f. Paket znanja: Sodobna dognanja stroke: Odvisnost je ozdravljiva bolezen. In: Furman Bajc, V., Gorše Goli, A., Pišl, A., Purnat, Z., Otorepec, I., Radovanović, M., et al. *Zgodbe upanja: primeri celostnega zdravljenja odvisnosti*. eBesede. Ljubljana: Knjižna zbirka Terapevt, pp. 238.

Rus Makovec, M., 2014g. Pogosta vprašanja in odgovori glede odvisnosti: Ali je odvisnost sploh možno zdraviti. In: Furman Bajc, V., Gorše Goli, A., Pišl, A., Purnat, Z., Otorepec, I., Radovanović, M., et al. *Zgodbe upanja: primeri celostnega zdravljenja odvisnosti*. eBesede. Ljubljana: Knjižna zbirka Terapevt, pp. 39.

Volkow, D.N., Kai Li-Ting, 2005. Drugs and Alcohol : Treating and Preventing Abuse, Addiction and their Medical Consequences, *Pharmacology & Therapeutics* 108 (2005), pp. 3–17. Available at: <http://www.sciencedirect.com> [8. 9. 2016].

Walitzer, K.S., Dermer K.H., Barrick, C., Shyhala, K., 2015. Modelling the Innovation - Decision Process: Dissemination and Adoption of a Motivational Interviewing Preparatory Procedure in Addiction. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 57, pp. 18–29: Available at: <http://www.sciencedirect.com> [8. 9. 2016].

Zaletel-Kragelj, L., Čebašek-Travnik, Z., Hovnik-Keršmanec, M., 2004. *Čezmerno pitje alkoholnih pijač*. Tvegana vedenja, povezana z zdravjem, in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije. 2. Tvegana vedenja. Ljubljana: CINDI Slovenija, pp. 343.

Zaletel-Kragelj, L., Čebašek-Travnik, Z., Hovnik-Keršmanec, M., 2004. *Alkoholno opijanje*. Tvegana vedenja, povezana z zdravjem, in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije. 2. Tvegana vedenja. Ljubljana: CINDI Slovenija, pp. 385–426.

Ziherl, S., 1989. *Kako se upremo alkoholu*. Ljubljana: Mladinska knjiga.

Židanik, M., 2004. Možnosti zdravljenja odvisnosti od alkohola. In: Boben Bradutzky, D., et al. *Medicina odvisnosti: osnovni učbenik*. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, pp. 87–93.

ZAVISNICI KAO PACIJENTI NA KLINICI ZA INFEKTIVNE I TROPSKE BOLESTI, KLINIČKOG CENTRA SRBIJE

*Maja Todorović, strukovna medicinska sestra, specijalista
Klinika za infektivne i tropske bolesti Kliničkog centra Srbije*

SAŽETAK

Položaj i problem zavisnika nije aktuelan samo kod nas, u Srbiji, to je karakteristika modernog društva. Problem zavisnosti je ovde, među nama, ne događa se samo drugima. Svedoci smo naglog rasta broja uživalaca psihoaktivnih supstanci i alkohola, naročito među mladima, srednjoškolcima, pa i starijim osnovcima. Nijedna droga nije bezopasna, naprotiv, ostavlja teške posledice i na mentalno i fizičko zdravlje. Među mladima ima sve više korisnika duvana, alkohola i droge, koji kasnije postaju zavisnici. Najviše se koristi marihuana u obliku cigarete, i njen miris se širi i ispred škola, po ulicama, kafićima i sastajalištima mladih. Osim marihuane, najčešće se koriste „markice“ LSD-a i tablete ekstazija. Psihoaktivnim supstancama nazivamo sve one materije koje menjaju stanje svesti, opažanje, mišljenje, raspoloženje, ponašanje. Zbog raznolikosti ovih supstanci, sve više se umesto užeg termina droga, koristi termin psihoaktivna supstanca. Jedna od važnijih stvari koje treba razumeti kada su psihoaktivne supstance u pitanju, jeste da one pokazuju različito dejstvo kod osoba koje ih konzumiraju. Cilj ovog rada jeste da ukaže na postojeći položaj i eventualne probleme na koje nailaze zavisnici i medicinske sestre na odeljenjima Klinike za infektivne i tropske bolesti Kliničkog centra Srbije. Biće reči o specifičnosti komunikacije i saradnje između pacijenata i medicinskih sestara, na odeljenju gde se ne leči zavisnost nego somatske bolesti. Ponašanje zavisnika je u vezi sa tim što uzimanje opijata dovodi do ozbiljnih oštećenja ličnosti ali i somatskog zdravlja. Najteže posledice su: teške karakterne izmene, osiromašnja ličnosti, laganje, kriminal, fizičko propadanje. Osnova uspeha zdravstvene nege koju sprovode medicinske sestre na odeljenjima je dovoljan broj medicinskih sestara, što sada nije slučaj. Prikazana je sadašnja situacija u vezi sa saradnjom i komunikacijom sa pacijentima zavisnicima na odeljenjima Klinike za infektivne i tropske bolesti Kliničkog centra Srbije.

Ključne reči: zavisnost, psihoaktivne supstance, medicinska sestra, saradnja sa pacijentom

Uvod

Bolesti zavisnosti imaju hroničan tok i dovode do teških poremećaja psihičkog i telesnog zdravlja mladih, odnosno ugrožavaju ili zaustavljaju njihov normalan psiho-fizički razvoj. Izrazito je ugrožena i njihova socijalna pozicija i pozicija njihovih porodica. Podaci vezani za zloupotrebu droga, odnosno psihoaktivnih supstanci (PAS) i bolesti zavisnosti u Republici Srbiji nisu potpuni. Sva dosadašnja istraživanja i ankete, iako nisu metodološki ujednačene, ukazuju na: rast procenta korisnika psihoaktivnih supstanci među mladima, sve mlađi uzrast kada se događa prvi kontakt sa psihoaktivnim supstancama, veću učestalost korišćenja dve ili više psihoaktivnih supstanci zajedno (Institut za javno zdravlje Srbije, 2015).

Starosna granica prvog uzimanja droge u Srbiji se značajno pomerila nadole. U periodu adolescencije, najčešće se zloupotrebljavaju duvan, alkohol, marihuana, sedativi, amfetamini (»speed« i »ekstazi«), heroin, neki psihofarmaci, neki noviji antidepresivi, isparljivi rastvarači (lepak, bronza). Politoksikomanija je veoma česta pojava među mladima i predstavlja istovremeno uzimanje više psihoaktivnih supstanci, jer se kombinovanjem različitih droga, lekova i alkohola pojačavaju njihova dejstva. Lečenje narkomanije je dugotrajan i kompleksan proces koji traje i nekoliko godina, za neke i više decenija (Specijalna bolnica za bolesti zavisnosti, 2008).

Zavisnici na Klinici za infektivne i tropske bolesti Kliničkog centra Srbije

Klinika za infektivne i tropske bolesti Kliničkog centra Srbije jedina je ustanova ove vrste u zemlji, koja radi 24 sata, svakog dana tokom godine i bavi se lečenjem obolelih od infektivnih bolesti ili osoba kod kojih se sumnja na infekciju. Ova zdravstvena ustanova osnovana je 25. 7. 1926. godine i od tada funkcioniše kao samostalna stručno-obrazovna institucija. Klinika u sastavu Kliničkog centra Srbije je referentna ustanova za oblast infektologije u stručnom i naučnoistraživačkom radu za celu zemlju (Klinički centar Srbije, 2016).

Klinika za infektivne i tropske bolesti Kliničkog centra Srbije ima 154 postelja gde je zaposleno 16 medicinskih sestara sa završenom visokom strukovnom školom i od toga 8 sa specijalizacijom i 99 medicinskih sestara sa srednjom stručnom spremom (Kadrovska služba Klinike za infektivne i tropske bolesti Kliničkog centra Srbije, 2016).

Pacijenti dolaze na odeljenje preko prijemne ambulante Klinike, sa drugih odeljenja, drugih klinika i hitne pomoći. Kada dođe na odeljenje, pacijent bi mogao da bude partner lekara i medicinskih sestara, mogao bi biti ključni saradnik tima u

kome sarađuje veliki broj lekara, medicinskih sestara i drugih zdravstvenih radnika, među kojima su često i najugledniji stručnjaci za pojedina područja. Međutim, kod pacijenata zavisnika takva saradnja je obično svedena na minimum ili je nema. Takvo ponašanje je u vezi sa tim što uzimanje psihoaktivnih supstanci dovodi do ozbiljnih oštećenja ličnosti i somatskog zdravlja. Najteže posledice su: teške karakterne izmene i osiromašenje ličnosti, porodična disfunkcionalnost, kriminal, fizičko propadanje, u velikom procentu su HIV pozitivni, imaju hepatitis B i C (Klinika za infektivne i tropske bolesti Kliničkog centra Srbije, 2015). Veliki broj zavisnika od psihoaktivnih supstanci se hospitalizuje u našoj klinici zbog različitih problema i dijagnoza. Najbrojniji su pacijenti oboleli od AIDS-a, hepatitisa B, hepatitisa C i raznih septičnih stanja. Pacijenti skoro uvek imaju ožiljno izmenjene i kolabirane vene, bakterijske infekcije kože, mekih tkiva, krvnih sudova i srčanih valvula. Vrlo je česta pojava bakterijske pneumonije. Spektral pulmonalnih manifestacija značajno se proširio usled pojave sindroma stečene imunodeficijencije i razvoja oportunističkih infekcija i tuberkuloze. Česte su i renalne komplikacije bolesti zavisnosti kao i pojava sepse i diseminovane infekcije uzrokovane beta-hemolitičkim streptokokom i kandidom albicans (Klinika za infektivne i tropske bolesti Kliničkog centra Srbije, 2013).

Pacijent – zavisnik dolazi na odeljenje vrlo često u teškom somatskom stanju. Situacije u zdravstvenoj nezi sa kojima se susrećemo vrlo često su veoma problematične, ali ih rešavamo, i ovde će biti reči o rešavanju nekih drugih situacija, ne manje važnih, a tiču se saradnje i komunikacije sa njima.

Saradnja i komunikacija medicinskih sestara i pacijenata zavisnika na odeljenju Klinike za infektivne i tropske bolesti Kliničkog centra Srbije

Saradnja medicinskih sestara i pacijenata – zavisnika od izuzetne je važnosti za uspeh zdravstvene nege. Prednosti dobre saradnje u zdravstvu su potvrđene i smatraju je nezamenljivom. Ipak, saradnja je nekada otežana. Dakle, u čemu je problem? U slučaju pacijenta zavisnika, složenost saradnje i veštine koje su neophodne da bi se olakšao proces su ogromne. Reč saradnja podrazumeva zajednički rad za opšte dobro, ali zapravo obuhvata daleko više. Postoji nekoliko preduslova koji moraju da budu ispunjeni da bi saradnja bila uspešna. Saradnja mora imati zajedničke ciljeve. Sistem vrednosti mora biti sličan. Komunikacija mora biti iskrena, puna poštovanja i svrsishodna (Margery pabst, 2012).

Da li je to moguće sa pacijentima zavisnicima? Da li imamo isti cilj i sistem vrednosti? Da li komunikacija može biti iskrena, kada su zavisnici skloni laganju i manipulaciji? Sigurno da nije u potpunosti. Bez obzira na to što su medicinske

sestre obučene, komunikacija sa zavisnicima je naporna i nepredvidiva. Neposredne posledice uticaja droge na ličnost narkomana su takve da ga čine devijantnim u mnogostrukom značaju. U psihičkom smislu, narkoman je u mnogim elementima asocijalna osoba, nepouzdana, sa brojnim psihičkim poremećajima u sferi voljne aktivnosti i nagonskog ispoljavanja agresije ili depresije. Skloni su poremećaju raspoloženja ili poremećaju ponašanja (laži i obmanjivanja) (Specijalna bolnica za bolesti zavisnosti, 2014). Značaj saradnje sa pacijentom – zavisnikom prvenstveno se ogleda kroz kompleksnost pristupa, profesionalnosti u obraćanju, komplementarno smenjivanje i dopunjavanje teorijskih i iskustvenih saznanja iz oblasti komunikacije. Medicinska sestra provodi najviše vremena i ima najviše kontakata sa pacijentima, ali sa pacijentima – zavisnicima nikada do kraja ne može biti sigurna u pogledu komunikacije i saradnje. To se događa i zbog najtipičnije karakterne izmene ličnosti zavisnika koja je izražena kao sklonost ka laganju. Sklonost je u početku reaktivnog porekla, da bi s vremenom postala autonomno nezavisan oblik ponašanja. Zavisnik počinje lagati u svim prilikama i situacijama, s razlogom i bez razloga. Dok u početku nakon izrečene krupnije laži zavisnik oseća u nekoj meri krivicu i grižu savesti, kasnije i sam počinje da veruje u svoje laži. Griža savesti nestaje, a on postaje izuzetno uvredljiv što mu se ne veruje (Specijalna bolnica za bolesti zavisnosti, 2014).

Medicinske sestre Klinike za infektivne i tropske bolesti Kliničkog centra Srbije su svesne da su zavisnici bolesnici i šta bolest zavisnosti znači. Svesne su da bolest zavisnosti neće proći ako na odeljenju zalečimo telesne bolesti, oporavimo pacijenta, on se dobro se naspava, dobro jede, pije dosta tečnosti. Pacijent – zavisnik tako oporavljen ponavlja obrazac ponašanja, i vrlo često životno ugrožen ponovo dolazi na odeljenje. Medicinske sestre razgovaraju sa pacijentima, pričaju o opasnostima koje nosi uzimanje PAS-a, a na kraju i savetuju, ako se već »bodu«, da to ne rade na opasnim i životno ugrožavajućim mestima, kao što su vrat i prepone. Pristup pacijentima, saradnja i komunikacija, kod kojih postoji istorija zloupotrebe opijata predstavlja za medicinske sestre poseban izazov, ali i segment naše svakodnevne prakse tako da smatramo da ova grupa pacijenata zaslužuje posebnu pažnju ali i oprez.

Timski pristup

Na Klinici za infektivne i tropske bolesti Kliničkog centra Srbije, značajan deo pristupa saradnji i komunikaciji sa pacijentom – zavisnikom odnosi se na zajednički ili timski rad koji olakšava posao i daje bolje rezultate. Timski rad i saradnja često se koriste kao sinonimi. Tim radi kao grupa koja koristi individualne sposobnosti i talente da bi se dostigao najviši standard zaštite pacijenata (Thomas, et al., 2003).

Timski pristup zdravstvenoj nezi zvuči jednostavnije u teoriji, ali saradnja i komunikacija različitih nivoa znanja i stručnosti i nedovoljan broj medicinskih sestara ima svoj udeo u stalnom naporu da se to prevaziđe. U vezi sa tim, kada dođe do saradnje, može se naići na nekoliko barijera. Jedna je i nedostatak komunikacije. Ako medicinske sestre ne komuniciraju, neće biti konzistentnosti i kontinuiteta u saradnji. Raditi timski zahteva komunikaciju (Thomas, et al., 2003). Vrlo često je to zbog nedostatka vremena (nedovoljno osoblja), mada to ne može biti opravdanje. Uz više rutinskih zadataka koje treba ostvariti u smeni, komunikacija između medicinskih sestara može ponekad otići u drugi plan, što nije dobro. Prepreka za saradnju u timu može biti i nedostatak razumevanja i poštovanja za ono što drugi doprinosi timu. Nedostatak uzajamnog razumevanja i poštovanja može biti potencijalna prepreka za saradnju u timu zdravstvene nege, i tim neće efikasno raditi, dovodeći pacijenta u opasnosti. Razgovori, obuka, mogućnost i podrška iznošenju problema na timskom sastanku doprinosi mnogo boljoj saradnji (Chapman, 2009).

Međutim, u slučaju pacijenta – zavisnika, radi se o posebnoj dodatnoj opreznosti u komunikaciji, jer će on pokušati da iskoristi nedostatak poverenja i nepoštovanja u timu, ako ga ima, to treba imati na umu. Tada se obično služe lažima i manipulacijom da dođu do nedozvoljenog (leka, posete). Kao medicinske sestre, bez obzira na nivo obrazovanja i iskustvo, bitno je da stavimo do znanja, da su svi članovi tima podjednako važni za pružanje sveobuhvatne, kvalitetne zdravstvene nege. Niko iz tima nije uvek najzaslužniji, to se menja. To znači dobru komunikaciju i saradnju. Imajući to u vidu, mi ćemo uvek činiti ono što je najbolje za pacijente, čak i kada to znači dodatni napor.

Pacijenti – zavisnici na odeljenju

Svaka klinika Kliničkog centra Srbije, pa i naša, ima pravila ponašanja za pacijente. Pacijenti ne smeju biti opasni ni po sebe ali ni za osoblje u kontrolisanim uslovima unutar odeljenja/bolnice. Zavisnici su kao ličnosti izmenjeni i sa njima nije lako komunicirati, mada su medicinske sestre za to obučene (Caress, 2003). Boraveći na odeljenju, zavisnici vrlo često pored telesnih bolesti, zbog čega su primljeni, imaju i apstinencijalnu krizu, što vrlo često može biti neprijatno za osoblje. To je izraženo žudnjom za drogom, neraspoloženjem, psihičkom napetošću i nesanicom. Tada zavisnici mogu postati agresivni, verbalno i fizički napadaju osoblje da bi došli do narkotika. Zato se na odeljenju preduzimaju preventivne mere da do ovoga ne dođe. Ukoliko ipak dođe, pacijent se ili adekvatno zbrine, ili ako to njegovo stanje dozvoljava, otpusti. Zavisnici nerado ostaju u bolnici, sa njima je otežana saradnja, a zbog imunološkog deficita i načina života lečenje je često produženo (Specijalna bolnica za bolesti zavisnosti, 2008).

Medicinske sestre znaju da će zavisnici – pacijenti tokom bolničkog lečenja prolaziti kroz uspone i padove. One znaju šta od njih mogu očekivati. Zavisnici su psihički izmenjeni, nepredvidivi, neprijatni ili čak agresivni ili nasilni prema medicinskom osoblju, ali i prema drugim pacijentima. Samim tim oni mogu biti opasni i po sebe i po druge, što se mora sprečiti.

Postoji plan za stalno učenje medicinskih sestara o odnosu prema pacijentima – zavisnicima, o subkulturi zavisnika i komunikaciji i saradnji sa pacijentima ali i sa posetiocima.

Diskusija

Pristup pacijentima kod kojih postoji istorija zloupotrebe opijata, a nalaze se na odeljenju gde se ne leči zavisnost, za medicinsku sestru predstavlja poseban izazov, ali i segment svakodnevne prakse tako da ova grupa pacijenata zaslužuje posebnu pažnju. Iskustvo govori da kada razgovaramo sa pacijentom – zavisnikom lako možemo reći pogrešne stvari. Kada zauzmete stav da ste uvek u pravu a zavisnik nije, to ne vodi dobroj komunikaciji i saradnji. Razgovori u kojima je jedna strana uvek u pravu (pobednik), a druga nikad nije u pravu (gubitnik), treba izbegavati. Efikasna komunikacija sa pacijentima – zavisnicima mnogo je više od tehnike, veštine ili suočavanja sa »ljutim« pacijentom i nije uvek prijatna. Po prirodi, većina ljudi bi radije da izbegne sukob, pa tako i medicinske sestre.

Konflikti pokreću napetost, što zauzvrat aktivira sopstveni odbrambeni odgovor. Kada se sretnemo sa ljutnjom pacijenta – zavisnika, jedan deo nas bi da reaguje ljutnjom, a drugi sa željom da pobegnemo, što umnogome zavisi od ličnosti, iskustva, nivoa obrazovanja medicinske sestre. Ostati miran, profesionalan i empatičan na emocije pacijenata – zavisnika je ponekad veoma teško za bilo koga od nas, ali postoji podrška, i učenje – obuka koja može biti od koristi da medicinska sestra nauči da smiri ljutnju (strah) i ponovo uspostaviti efikasan dijalog sa pacijentima i vrlo često sa njihovim porodicama (Papadantonaki, 2006).

Jedna medicinska sestra »ima nešto u sebi« i uspostaviće komunikaciju sa najagresivnijim pacijentom – zavisnikom dok drugoj uz istu tehniku to neće poći za rukom. Oponašanje ne uspeva uvek i obično se smatra neautentičnim, pre svega se mora steći iskustvo, određene veštine i obuka, što će pružiti mogućnost za spontane reakcije. Tehnike i veštine komunikacije su izuzetno važne ali kod pacijenta – zavisnika uvek moraju biti profesionalne. Potvrda efikasnih komunikacija i saradnje sa pacijentima sve više se shvata kao ključ za efikasnu zdravstvenu zaštitu u zdravstvenim ustanovama. To je sigurno povezano sa nivoom kvantiteta i kvaliteta obuke koju medicinske sestre dobijaju na način da se promoviše i unapredi efikasna medicinska sestra.

Zaključak

Za medicinske sestre na Klinici za infektivne i tropske bolesti Kliničkog centra Srbije od izuzetne je važnosti da se uspostavi i poboljša komunikacija i saradnja sa pacijentima –zavisnicima u cilju uzajamno korisnog partnerstva između pacijenata, porodica i medicinskih sestara. Uspeh u svakodnevnom radu medicinske sestre i kvalitet zdravstvene nege ne zavisi samo od njene humanosti, obrazovanja i sposobnosti. On zavisi od podrške društva, ustanove i rukovodstva, edukacije, stalnog učenja i nedovoljnog broja medicinskih sestara, što je od velikog značaja za uspeh u svakodnevnom radu. Podrška medicinskim sestrama je uvek neophodna kako od društva, ustanove i rukovodstva, tako i od Komore medicinskih sestara, babica i zdravstvenih tehničara Srbije, Sindikata medicinskih sestara, Strukovnih udruženja, kao i stalno ukazivanje na situaciju u kojoj se nalaze medicinske sestre na radom mestu. Posle toga se očekuju i rešenja. Jedino na taj način moguće je izraditi još kvalitetniju zdravstvenu negu usklađenu sa realnim potrebama sestrinske prakse.

Literatura

- Caress, A., 2003. Giving information to patients. *Nursing Standard*, 17(43), pp. 47–54.
- Chapman, K.B., 2009. Improving communication among nurses, patients and Physicians. *American Journal of Nursing*, 109(11), pp. 21–25.
- Pabs Margery, 2012. 3 Steps to Better Nurse-Patient Communication
Available at <http://www.nursetogether.com/3-steps-better-nurse-patient-communication> [16.6.2016].
- Papadantonaki, A., 2006. Communication and nursing. *Nosileftiki*, 45(3), pp. 297–298.
- Thomas, Eric J., Sexton, J., Helmreich, B., Robert L., 2003. “Discrepant Attitudes about Teamwork Among Critical Care Nurses and Physicians”. *Critical Care Medicine*, 31 (3), pp. 956–959.
- Institut za javno zdravlje Srbije, 2016. *Međunarodni dan protiv zloupotrebe i nezakonite trgovine drogama*.
Available at: <http://www.batut.org.rs/index.php?content=1429> [26.6.2016].
- Klinika za infektivne i tropske bolesti, 2013.
Available at: <http://www.kcs.ac.rs/index.php/klinike/klinika-za-infektivne-i-tropske-bolesti> [26.6.2016].
- Specijalna bolnica za bolesti zavisnosti, 2014. *Znaci korišćenja psihoaktivnih supstanci*.
Available at: http://www.drajzerova.org.rs/index.php?option=com_content&view=article&id=27&Itemid=44 [26.6.2016].
- Specijalna bolnica za bolesti zavisnosti, 2008. *Šta treba znati o drogama*.
Available at: http://www.drajzerova.org.rs/index.php?option=com_content&view=article&id=59&Itemid=57 [26.6.2016].

ODVISNIKI KOT PACIENTI NA KLINIKI ZA INFEKCIJSKE IN TROPSKE BOLEZNI KLINIČNEGA CENTRA SRBIJE

ADDICTS AS PATIENTS AT THE CLINIC FOR INFECTIOUS AND TROPICAL DISEASES OF THE MEDICAL CENTRE SERBIA

Maja Todorović, diplomirana medicinska sestra, specialistka

Klinika za infekcijske in tropske bolezni Kliničnega centra Srbije

IZVLEČEK

Z zasvojenostjo se ne srečujemo samo v Srbiji, ampak je to značilnost moderne družbe. Zasvojenost je med nami, ne dogaja se samo drugim. Priča smo hitri rasti števila uporabnikov psihoaktivnih snovi in alkohola, predvsem med mladimi, in sicer srednješolci ter starejšimi osnovnošolci. Vsaka droga je nevarna, saj negativno vpliva tako na duševno kot fizično zdravje. Med mladimi je vse bolj razširjena uporaba cigaret, alkohola in drog, kar kasneje vodi do zasvojenosti. Najpogosteje se uživa marihuana v obliki kajenja cigaret, njen vonj pa je mogoče zaslediti v bližini šol, na ulicah, v gostilnah in zbirališčih mladih. Poleg marihuane se najpogosteje uživa LSD v obliki pivnikov in ekstazi v obliki tablet. Psihoaktivne snovi imenujemo vse snovi, ki vplivajo na stanje zavesti, zaznavanje, mišljenje, razpoloženje, obnašanje. Zaradi raznolikosti teh snovi se namesto ožjega izraza droga uporablja izraz psihoaktivna snov. Zelo pomembno je razumeti, da psihoaktivne snovi različno delujejo na osebe, ki jih uživajo. Namen tega članka je opozoriti na obstoječi položaj in morebitne težave, s katerimi se srečujejo odvisniki ter medicinske sestre na oddelkih Klinike za infekcijske in tropske bolezni Kliničnega centra Srbije. Članek govori o posebnostih komunikacije in sodelovanja med pacienti ter medicinskimi sestrami na oddelku, kjer se ne zdravi odvisnosti, ampak somatske bolezni. Uživanje psihoaktivnih snovi vodi do resnih sprememb osebnosti in telesnega zdravja. Najtežje posledice so težje spremembe osebnosti, propadanje osebnosti, laganje, kriminal in fizično propadanje. Osnova za uspešno zdravstveno nego, ki jo izvajajo medicinske sestre na oddelkih, je zadostno število medicinskih sester. Ta pogoj trenutno ni izpolnjen. V članku je prikazana trenutna situacija glede sodelovanja in komunikacije s pacienti odvisniki na oddelkih Klinike za infekcijske in tropske bolezni Kliničnega centra Srbije.

Ključne besede: zasvojenost, psihoaktivne snovi, medicinska sestra, sodelovanje s pacientom

ABSTRACT

Addiction is not something that we only see in Serbia, it is rather a feature of modern society. Addictions are among us; this is not something that is only happening to others. We are witnessing a rapid growth in the number of users of psychoactive substances and alcohol, particularly among young people, that is high school students and older schoolchildren. Each drug is dangerous because it has a negative impact on both mental and physical health. The use of cigarettes, alcohol and drugs is increasingly widespread among young people, which later leads to addiction. The most commonly consumed substance is marijuana that is smoked in the form of cigarettes, its scent can be detected in the vicinity of schools, on the streets, in restaurants and gathering places of young people. In addition to marijuana, the most commonly used substances are LSD, in the form of blotter papers, and ecstasy tablets. Psychoactive substances are all substances that affect the state of consciousness, perception, thinking, mood, and behavior. Given the diversity of these substances the term psychoactive substance is used instead of the narrower term drug. It is very important to understand that psychoactive substances have different effects on the people who enjoy them. The purpose of this article is to draw attention to the current situation and any difficulties encountered by drug addicts and nurses on the wards of the Clinic for Infectious and Tropical Diseases of the Medical Centre Serbia. The article is about the specifics of communication and cooperation between patients and nurses in the ward for the treatment of somatic diseases, not addictions. Psychoactive substance use leads to serious changes in personality and physical health. The most challenging consequences are serious personality changes, personality deterioration, lying, crime and physical deterioration. The basis for a successful healthcare treatment carried out by nurses on the wards is a sufficient number of nurses. This condition is currently not met. The article presents the current situation in relation to cooperation and communication with patients-addicts at the Clinic for Infectious and Tropical Disease of the Medical Centre Serbia.

Key words: addiction, psychoactive substances, nurse, cooperation with a patient

Uvod

Bolezni odvisnosti imajo kronični potek in vodijo do težjih sprememb duševnega ter telesnega zdravja mladih oziroma ogrožajo ali zaustavijo njihov normalni psihofizični razvoj. Zelo sta ogrožena tudi njihov družbeni položaj in položaj njihovih družin. Podatki, ki se nanašajo na zlorabo drog oziroma psihoaktivnih

snovi (PAS) in bolezni odvisnosti v Republiki Srbiji, so nepopolni. Vse dosedanje raziskave in ankete, čeprav niso metodološko usklajene, kažejo na porast deleža uporabnikov psihoaktivnih snovi med mladimi, vse nižjo starost mladostnikov, ki se prvič srečajo s psihoaktivnimi snovmi in vse pogostejšo uporabo dveh ali več psihoaktivnih snovi skupaj (Inštitut za javno zdravje Srbije, 2015).

Starostna meja, ko mladi prvič poskusijo drogo, se je v Srbiji občutno znižala. Mladostniki najpogosteje uživajo tobak, alkohol, marihuano, pomirjevala, amfetamine, ekstazi, heroin, nekatere antipsihotike, nekatere novejša antidepresive in inhalante (lepilo, topilo). Politoksikomanija je zelo pogost pojav med mladimi in pomeni istočasno jemanje več psihoaktivnih snovi, ker se s kombinacijo različnih drog, zdravil ter alkohola okrepi njihovo delovanje. Zdravljenje odvisnosti je dolgotrajen in kompleksen proces, ki lahko traja tudi več let, celo več desetletij (Specialna bolnišnica za bolezni odvisnosti, 2008).

Odvisniki na Kliniki za infekcijske in tropske bolezni Kliničnega centra Srbije

Klinika za infekcijske in tropske bolezni Kliničnega centra Srbije je edina takšna ustanova v Srbiji, odprta 24 ur na dan vse dni v letu, kjer se obravnavajo bolniki z infekcijskimi boleznimi ali osebe, pri katerih obstaja sum na infekcijsko bolezen. Ustanovljena je bila 25. 7. 1926 in od takrat deluje kot samostojna strokovno-izobraževalna ustanova. Je del Kliničnega centra Srbije in referenčna ustanova za področje infektologije v strokovnem ter izobraževalno-raziskovalnem delu za celotno državo (Klinični center Srbije, 2016).

Klinika ima 154 postelj, zaposlenih je 16 medicinskih sester s končano visoko šolo, od tega 8 s specializacijo, in 99 medicinskih sester s srednjo šolo (Kadrovska služba Klinike za infekcijske in tropske bolezni Kliničnega centra Srbije, 2016).

Pacienti pridejo na oddelek iz sprejemne ambulante Klinike, z drugih oddelkov, drugih klinik in z oddelka nujne medicinske pomoči. Ko pacient pride na oddelek, naj bi sodeloval z zdravnikom in medicinskimi sestrami, obravnavala bi ga lahko skupina zdravnikov, medicinskih sester ter drugih zdravstvenih delavcev, med katerimi so pogosto tudi najboljši strokovnjaki na posameznem področju. Toda pri pacientih odvisnikih je takšno sodelovanje skoraj nemogoče ali pa ga sploh ni, predvsem zato, ker uživanje psihoaktivnih snovi povzroči resne spremembe osebnosti in somatskega zdravja. Najtežje posledice so težke osebnostne spremembe in propadanje osebnosti, disfunkcionalnost družine, kriminal ter fizično propadanje. Velik delež odvisnikov je tudi okužen s hivom in virusom hepatitisa B ter C (Klinika za infekcijske in tropske bolezni Kliničnega centra Srbije, 2015). Veliko število odvisnikov od psihoaktivnih snovi je na našo kliniko sprejetih zaradi različ-

nih težav in diagnoz. Najštevilnejši so bolniki z AIDS, hepatitisom B in C ter različnimi septičnimi stanji. Pacienti imajo skoraj vedno žilno spremenjene in stisnjene (kolabirane) vene, bakterijske okužbe kože, mehkih tkiv, krvnih žil ter srčnih zaklopk. Pogosta je tudi bakterijska pljučnica. Spekter pljučnih težav se je razširil zaradi pojava sindroma pridobljene imunske pomanjkljivosti in razvoja oportunističnih okužb ter tuberkuloze. Pogosti so tudi renalni zapleti in pojav sepse ter diseminirane okužbe, ki jo povzročita beta hemolitični streptokok in *Candida albicans* (Klinika za infekcijske in tropske bolezni Kliničnega centra Srbije, 2013).

Somatsko stanje pacienta odvisnika, ki pride na oddelek, je pogosto slabo oziroma zelo hudo. Stanje, s katerim se srečujemo v zdravstveni negi, je pogosto zelo težko in ga poskušamo izboljšati, vendar bo tokrat govor o reševanju drugih težav, ki pa tudi niso manj pomembne, in sicer o sodelovanju in komunikaciji s tovrstnimi pacienti.

Sodelovanje in komunikacija med medicinskimi sestrami ter pacienti odvisniki na oddelku Klinike za infekcijske in tropske bolezni Kliničnega centra Srbije

Sodelovanje med medicinskimi sestrami in pacienti odvisniki je zelo pomembno za uspešno zdravstveno oskrbo. Prednosti dobrega sodelovanja v zdravstvu so potrjene, sodelovanje pa je nenadomestljivo. Vendar je sodelovanje nekoliko oteženo. Torej, v čem je težava? V primeru pacientov odvisnikov je velika težava v sodelovanju in spretnostih, ki so potrebne, da se olajša proces komunikacije. Beseda sodelovanje pomeni skupno delo za splošno dobro, vendar obsega veliko več. Izpolnjenih mora biti nekaj osnovnih pogojev, da bi bilo sodelovanje uspešno. Sodelovanje mora imeti skupne cilje. Sistem vrednot mora biti podoben. Komunikacija mora biti iskrena, polna spoštovanja in mora služiti namenu (Pabst, 2012).

Ali je to pri pacientih odvisnikih mogoče? Ali imamo isti cilj in sistem vrednot? Ali je lahko komunikacija iskrena, glede na to, da so odvisniki nagnjeni k laganju in manipulaciji? Seveda ni popolnoma iskrena. Čeprav so medicinske sestre strokovno usposobljene, je komunikacija z odvisniki naporna in nepredvidljiva. Neposredne posledice vpliva droge na osebnost narkomana so takšne, da se ta vede deviantno v širšem pomenu besede. V psihičnem smislu je narkoman pogosto asocialna in nezanesljiva oseba s številnimi psihičnimi težavami, predvsem s pomanjkanjem volje ter nagonskim izražanjem agresije ali depresije. Nagnjen je k motnjam razpoloženja ali motnjam vedenja (laganje in goljufanje) (Specialna bolnišnica za bolezni odvisnosti, 2014). Pomen sodelovanja s pacientom odvisnikom se izraža predvsem v kompleksnosti pristopa, profesionalnosti, komplementarni izmenjavi in dopolnjevanju teoretičnih ter empiričnih spoznanj s področja komunikacije. Medicinska

sestra preživi s pacienti največ časa in ima z njimi največ stikov, vendar se na odvisnike ne more popolnoma zanesti glede komunikacije ter sodelovanja. Tako je tudi zaradi najbolj tipične spremembe osebnosti odvisnikov, in sicer izraženega nagnjenja k laganju. Nagnjenje je na začetku reaktivnega izvora, sčasoma pa postane avtonomna, neodvisna oblika vedenja. Odvisnik začne lagati ob vsaki priložnosti, ne glede na razlog. Medtem ko na začetku ob izrečeni laži še občuti krivdo in ga peče vest, pozneje tudi sam začne verjeti lažem. Nato postane zelo užaljen, ker mu drugi ne verjamejo (Specialna bolnišnica za bolezni odvisnosti, 2014).

Medicinske sestre na Kliniki za infekcijske in tropske bolezni Kliničnega centra Srbije se zavedajo, da so odvisniki bolniki in kaj bolezen pomeni! Zavedajo se, da bolezen odvisnosti ne bo izzvenela, če na oddelku pozdravijo samo telesno bolezen oziroma ko si pacient opomore tako, da se dobro naspi, naje in popije dovolj tekočine. Ko si pacient odvisnik opomore, ponovi vzorec vedenja in zelo pogosto življenjsko ogrožen ponovno pristane na oddelku. Medicinske sestre se pogovorijo s pacienti, opozorijo jih na nevarnosti, ki jih prinaša uživanje psihoaktivnih snovi. Svetujejo jim tudi, naj si droge ne vbrizgavajo na vratu in preponah, ker je to početje lahko življenjsko nevarno. Pristop, sodelovanje in komunikacija s pacienti, pri katerih obstaja zgodovina zlorabe psihoaktivnih snovi, predstavljajo za medicinske sestre poseben izziv ter tudi segment naše vsakodnevne prakse, zato menimo, da si ta skupina pacientov zasluži posebno pozornost. Moramo pa biti tudi zelo previdni.

Timski pristop

Na Kliniki za infekcijske in tropske bolezni Kliničnega centra Srbije pomemben del pristopa k sodelovanju in komunikaciji s pacientom predstavlja skupinsko delo, ki olajša delo ter daje najboljše rezultate. Izraza timsko delo in sodelovanje se pogosto uporabljata kot sopomenki. Tim deluje kot skupina, ki uporablja individualne sposobnosti in talente za doseg najvišjega standarda zaščite pacientov (Thomas in drugi, 2003).

Timski pristop k zdravstveni negi preprosteje zveni v teoriji, vendar skušamo s sodelovanjem in komunikacijo različnih ravni znanja ter usposobljenostjo in zadostnim številom medicinskih sester to preseči. Pri tem lahko naletimo na več ovir. Ena od njih je tudi pomanjkljiva komunikacija. Če medicinske sestre med seboj ne komunicirajo, lahko pride do nedoslednosti. Timsko delo zahteva komunikacijo (Thomas in drugi, 2003). Do tega pogosto pride zaradi pomanjkanja časa (premalo osebja), čeprav to ne more biti opravičilo. Zaradi vse večjega števila rutinskih opravil, ki jih je treba opraviti v izmeni, lahko pride do pomanjkanja komunikacije med medicinskimi sestrami, kar pa seveda ni dobro. Do ovir pri

timskem delu lahko pride tudi zaradi pomanjkanja razumevanja in spoštovanja do tistega, kar drugi prispevajo v timu. Pomanjkanje vzajemnega razumevanja in spoštovanja je lahko morebitna ovira za sodelovanje, kar lahko privede do neučinkovitega opravljanja nalog ter ogrožanja pacientov. Razgovori, usposabljanje, možnost izpostavljanja težave in podpora na skupinskih sestankih so osnova za boljše sodelovanje (Chapman, 2009).

V primeru pacientov odvisnikov je treba večjo pozornost posvetiti komunikaciji, saj bo takšen pacient poskušal izkoristiti pomanjkanje morebitnega zaupanja in nespoštovanja. V tem primeru se pacienti običajno zatečejo k lažem in manipulaciji, da dosežejo tisto, kar ni dovoljeno (zdravila, obiski). Medicinske sestre se morajo ne glede na raven izobrazbe in izkušnje medsebojno strinjati, da so vsi člani tima enako pomembni za nudenje celotne ter kakovostne zdravstvene nege. Nihče ni najbolj zaslužen, ampak sta pomembna dobra komunikacija in sodelovanje. Če upoštevamo zgoraj navedeno, bomo vedno naredili tisto, kar je najboljše za pacienta, tudi ko je treba vložiti dodaten trud.

Odvisniki kot pacienti na oddelku

Vsaka klinika Kliničnega centra Srbije ima pravila vedenja za paciente. Ti ne smejo biti nevarni sami sebi ali zdravstvenemu osebju v nadzorovanih pogojih znotraj oddelka ali bolnišnice. Pri odvisnikih gre za spremenjeno osebnost in z njimi ni preprosto komunicirati, čeprav so medicinske sestre za to usposobljene (Caress, 2003). Odvisniki imajo poleg telesnih bolezni, zaradi katerih so sprejeti na zdravljenje, tudi abstinenčno krizo, kar je za zdravstveno osebje pogosto lahko neprijetno. Pacienti imajo izrazito željo po drogi, so nerazpoloženi, psihično napeti in jih muči nespečnost. V tem primeru lahko postanejo agresivni, in sicer verbalno ter fizično napadejo osebje, da bi prišli do mamil. Zato na oddelku izvajamo preventivne ukrepe, da do tega ne bi prišlo. Če pa vseeno pride do tega, se pacient primerno obravnava oziroma če njegovo stanje to dopušča, ga odpustimo. Odvisniki ne ostanejo radi v bolnišnici, delo z njimi je oteženo, zaradi oslabljenega imunskega sistema in načina življenja se zdravljenje pogosto tudi podaljša (Specialna bolnišnica za bolezni odvisnosti, 2008).

Medicinske sestre vedo, da bodo imeli odvisniki v obdobju bolnišničnega zdravljenja vzpone in padce ter kaj lahko od njih pričakujejo. Odvisniki so psihično spremenjeni, nepredvidljivi, neprijetni ali celo agresivni oziroma nasilni do zdravstvenega osebja ali celo do drugih pacientov. Tako so lahko nevarni sami sebi in drugim, kar je treba preprečiti.

Obstaja načrt za stalno učenje medicinskih sester o odnosu do pacientov odvi-

snikov, o subkulturi odvisnikov in komunikaciji ter sodelovanju s pacienti in tudi z obiskovalci.

Diskusija

Pristop k pacientom, pri katerih obstaja zgodovina zlorabe psihoaktivnih snovi in so na oddelku, kjer se ne zdravi odvisnosti, predstavlja za medicinsko sestro poseben izziv ter segment vsakodnevne prakse. Tako je treba tej skupini pacientov posvetiti posebno pozornost. Iz izkušenj vemo, da ko govorimo s pacientom odvisnikom, lahko hitro rečemo kaj napačnega. Če zagovarjate stališče, da imate vedno samo vi prav, takšen odnos ne prispeva k dobri komunikaciji in sodelovanju. Razgovorov, ko ima ena stran vedno prav (zmagovalec), druga stran pa nikoli (poraženec), se je treba izogibati. Učinkovita komunikacija je veliko več kot samo tehnika, spretnost ali soočenje z jeznim pacientom in ni vedno prijetna. Po naravi se večina ljudi raje izogne konfliktom, tudi medicinske sestre.

Konflikti vodijo v napetosti, kar aktivira določen obrambni odgovor. Ko se medicinske sestre srečajo z jezo pacienta, se nekatere prav tako odzovejo z jezo, druge želijo pobegniti kar je seveda v veliki meri odvisno od osebnosti, izkušenj in ravni izobrazbe. Ostati miren, profesionalen in pokazati empatijo je včasih zelo težko za kogar koli od nas, vendar ima medicinska sestra podporo ter se lahko nauči, kako pomiriti jezo (strah) in ponovno vzpostaviti učinkovit dialog s pacientom ter pogosto tudi z njegovo družino (Papadantonaki, 2006).

Ena medicinska sestra bo lahko vzpostavila komunikacijo tudi z najagresivnejšim pacientom, medtem ko drugi z isto tehniko to ne bo uspelo. Posnemanje ne uspe vedno in običajno ni pristno. Predvsem je treba pridobiti izkušnje, določene spretnosti in opraviti usposabljanje, kar bo omogočilo, da osebe reagira spontano. Tehnike in spretnosti komunikacije so zelo pomembne, vendar morajo biti pri pacientih odvisnikih vedno tudi profesionalne. Učinkovita komunikacija in sodelovanje s pacienti sta osnova za učinkovito zdravstveno obravnavo v zdravstvenih ustanovah. To je zagotovo povezano s količino in kakovostjo usposabljanja, ki so ga medicinske sestre deležne na način, da se promovira sodobna in učinkovita medicinska sestra.

Zaključek

Za medicinske sestre na Kliniki za infekcijske in tropske bolezni Kliničnega centra Srbije je zelo pomembno, da se vzpostavi boljša komunikacija in sodelovanje s pacienti odvisniki z namenom medsebojnega koristnega partnerstva med paci-

enti, njihovo družino ter medicinskimi sestrami. Uspeh pri vsakodnevnom delu medicinske sestre in kakovost zdravstvene nege nista odvisna samo od njene človečnosti, izobrazbe in sposobnosti. Odvisna sta od podpore družbe, ustanove in vodstva, izobrazbe, stalnega učenja ter reševanja težav glede nezadostnega števila medicinskih sester, kar je zelo pomembno za uspeh pri vsakodnevnom delu. Medicinskim sestram morajo podpora nuditi družba, ustanova in vodstvo, Društvo medicinskih sester, babic ter zdravstvenih tehnikov Srbije, Sindikat medicinskih sester in Strokovna združenja, in sicer z nenehnim opozarjanjem na položaj, v katerem so medicinske sestre na delovnem mestu. Na podlagi tega se pričakujejo tudi rešitve. Edino na ta način je mogoče opraviti kakovostnejšo zdravstveno nego, usklajeno z realnimi potrebami poklica medicinske sestre.

Literatura

Caress, A., 2003. Giving information to patients. *Nursing Standard*, 17(43), pp. 47–54.

Chapman, K.B., 2009. Improving communication among nurses, patients and Physicians. *American Journal of Nursing*, 109(11), pp. 21–25.

Pabs Margery, 2012. 3 steps to better nurse-patient communication.

Available at <http://www.nursetogether.com/3-steps-better-nurse-patient-communication> [16.6.2016].

Papadantonaki, A., 2006. Communication and nursing. *Nosileftiki*, 45(3), pp. 297–298.

Thomas, E.J., Sexton, J., Helmreich, B., Robert L., 2003. »Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians«. *Critical Care Medicine*, 31(3), pp. 956–959.

Institut za javno zdravlje Srbije, 2016. *Međunarodni dan proti zloupotrebe I nezakonite trgovine drogama*. Available at: <http://www.batut.org.rs/index.php?content=1429> [26.6.2016].

Klinika za infektivne i tropske bolesti, 2013.

Available at: <http://www.kcs.ac.rs/index.php/klinike/klinika-za-infektivne-i-tropske-bolesti> [26.6.2016].

Specijalna bolnica za bolesti zavisnosti, 2014. *Znaci korišćenja psihoaktivnih supstanci*.

Available at:

http://www.drajzerova.org.rs/index.php?option=com_content&view=article&id=27&Itemid=44 [26.6.2016].

Specijalna bolnica za bolesti zavisnosti, 2008. *Šta treba znati o drogama?*

Available at:

http://www.drajzerova.org.rs/index.php?option=com_content&view=article&id=59&Itemid=57 [26.6.2016].

ODVISNOST OD ALKOHOLA MED STAROSTNIKI – REZULTATI PRESEJALNEGA TESTA SMAST-G

ADDICTION TO ALCOHOL IN THE ELDERLY - SMAST-G SCREENING TEST RESULTS

doc. dr. Radojka Kobentar, viš. med. ses., prof. def.

*Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana
rkobentar@gmail.com*

Zoran Kusić, mag. vzg. in menedž. v zdr.

*Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana
zoran.kusic@psih-klinika.si*

IZVLEČEK

Teoretično izhodišče: Uživanje alkohola med starostniki nad 65 let postaja javno-zdravstveni problem zaradi večjega tveganja za obolevnost, nesreče in smrtnost ter interakcij alkohola s predpisanimi zdravili, ki jih starostniki uživajo. Pojavnost problematičnega pitja alkohola pri starostnikih znaša med 5 % in 23 % z diskretnimi razlikami med spoloma. Z raziskavo smo želeli preučiti pojavnost in značilnosti pitja v starosti v povezavi z življenjskim slogom, čustvovanjem in individualnimi dejavniki. **Metode:** Uporabljen je bil standardizirani presejalni vprašalnik Short Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric version z 10 vprašanji, kjer zbrani 2 točki nakazujeta problem s pitjem alkohola. Depresivnost smo ocenjevali s testom Patient Health Questionnaire. Demografski podatki so bili zajeti ob anketiranju. Vključeni so bili starostniki nad 65 let, živeči v domačem okolju, brez opazjenih kognitivnih motenj. Podatki so bili obdelani z opisno statistiko in hi-kvadrat testom. **Rezultati:** S presejalnim testom smo ugotovili, da je med starostniki 24,3 % takšnih, ki imajo mejni ali možni problem z alkoholom ter potrebo po pitju zaradi sprostitev in osamljenosti. Anketiranci z nakazanimi problemi so slabše ocenili odnose z ljudmi s statistično značilnostjo $p=0,000$. Rezultati presejalnega testa za depresivnost 9 so pokazali statistično značilno razliko med skupinama, kjer alkohol ni problem, ter skupino, kjer obstaja mejni problem ali več v zvezi z uživanjem alkohola $\chi^2=18,02$; $p=0,03$. **Diskusija:** Uživanje alkohola po 65 letu kaže na nezdrav življenjski slog ter z njim povezane zdravstvene težave. Depresivno razpoloženje je pogosto spremljevalec problematičnega uživanja alkoholnih pijač. Prioriteta zdravstvenega varstva bo v prihodnje pravočasno ugotavljanje morebitnih problemov v zvezi z uživanjem alkohola in drugih snovi, njihovo takojšnje

reševanje ter preprečevanje škodljivih zdravstvenih in socialnih posledic pitja pri naraščajoči populaciji starostnikov. **Zaključek:** Odvisnost od alkohola med starostniki bo v prihodnosti javnozdravstveni problem, ki bo ogrožal njihovo zdravje, poslabšal delovanje in kakovost življenja. Zvišanje zdravstvene pismenosti med starostniki v zvezi s pitjem alkoholnih pijač bo naloga vseh, ki oblikujejo politike nacionalnega zdravja.

Ključne besede: starostniki, presejalni test, alkohol, depresija

ABSTRACT

Background: Alcohol consumption among the elderly over 65 years is becoming a public health problem due to the increased risk of morbidity, accidents and mortality, and alcohol interactions with prescribed medications that seniors consume. The incidence of problem drinking among the elderly is between 5% and 23% with discrete differences between the sexes. The study was designed to examine the incidence and characteristics of drinking in the elderly in relation to lifestyle, emotions and individual factors. **Methods:** Short Michigan Alcoholism Screening Test - Geriatric version, a standardized screening questionnaire with 10 questions was used, where the score of 2 points indicates a problem with drinking alcohol. Depression was assessed using the Patient Health Questionnaire test. Demographic data were recorded when interviewing. Inclusion criteria were age over 65 years, living at home, and no evidence of cognitive disorders. The data were analysed with descriptive statistics and chi-square test. **Results:** The screening test revealed that among the elderly there are 24.3% of those who have a marginal or potential problem with alcohol and the need for drinking in order to relax or because of solitude. Respondents with implied problems have poorly rated their relationships with other people with a statistical significance of $p = 0.000$. The results of the screening test for depression PHQ-9 showed a statistically significant difference between the groups where alcohol is not a problem, and the group where there is a marginal or a bigger problem in relation to alcohol consumption $\chi^2 = 18.02$; $p = 0.03$. **Discussion:** Alcohol consumption over the age of 65 indicates an unhealthy lifestyle and related health problems. Depressed mood is often the companion of problematic alcohol consumption. Future priority of health-care will be to ensure timely identification of potential problems related to alcohol and other substances, and their immediate relief and prevention of adverse health and social consequences of drinking for the growing population of the elderly. **Conclusion:** Alcohol addiction in the elderly will be the future public health problem that will threaten their health, deteriorate their functioning and quality of life.

Increasing health literacy among older people in relation to alcohol consumption will be the task of the national health policy makers.

Key words: elderly, screening test, alcohol, depression

Uvod

Svetovno prebivalstvo kaže obrat demografske piramide zaradi podaljšanja življenjske dobe, staranja populacije, zdravljenja kroničnih nenalezljivih bolezni ter posledično nižje umrljivosti (Kano, et al., 2014). Uživanje alkohola in drugih snovi med starostniki kaže trend porasta v razvitih državah sveta, vključno z ZDA, Avstralijo in državami Evropske unije, ter je pod vplivom pojava »srebrnega cunamija« starajoče se »baby boom« generacije (Kuerbis & Sacco, 2013; Barry & Blow, 2016).

Odvisnost od alkohola kot globalni problem z obsežnimi posledicami je leta 1990 predstavljala 8. vzrok smrti in invalidnosti, leta 2010 je bila na 5. mestu s 5,9 % vseh vzrokov smrti in zelo visokimi stroški zdravljenja (Dare, et al., 2014; Isted, et al., 2015). V Sloveniji je bilo v letu 2014 zaradi z alkoholom povezanih vzrokov 814 smrti, od tega jih je 55,6 % umrlo pred dopolnjenim 65. letom. Število hospitalizacij zaradi istih vzrokov je bilo 3545 oseb, največ zaradi duševnih in vedenjskih motenj s 71,7 % deležem ter alkoholne bolezni jeter 23,5 % vseh. Delež hospitaliziranih oseb nad 65 let je bil 13,90 % zaradi z alkoholom povezanih vzrokov (Lovrečič & Lovrečič, 2014).

Odvisnost od alkohola je kronična progresivna bolezen z značilnimi simptomi slabšega nadzora nad uživanjem snovi, konstantne obremenjenosti, povezane z uživanjem ter zlorabo alkohola kljub negativnim posledicam (Kano, et al., 2014). Starostniki kažejo večjo stopnjo biološke občutljivosti za alkohol ob zmanjšanju jetrnih encimov za presnovo alkohola, slabši ledvični funkciji, zmanjšanju mišične mase, nižji koncentraciji tekočin v celicah ter večji občutljivosti centralnega živčevja za alkohol in druge psihoaktivne snovi (Barry & Blow, 2016). Motnje kritične presoje ter zanikanje škodljivega vpliva alkohola na zdravje in dobro počutje posameznikov ovira prepoznavanje te bolezni med starejšimi (Kano, et al., 2014). Odsotnost presejalnih preverjanj odvisnosti v primarnem zdravstvenem varstvu in pomanjkanje ozaveščenosti zdravstvenih delavcev kažeta na odnos do problema odvisnosti med starostniki, kljub dobrim rezultatom zdravljenja (Christie, et al., 2013; Johannessen, et al., 2015).

Nacionalni inštitut za zlorabo alkohola in alkoholizem (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism – NIAAA) v ZDA opozarja na varne meje za pitje

alkohola po 65. letu ali omejitev pitja na največ 1 merico dnevno (ameriška merica je 14 g alkohola) in ne več kot 7 meric tedensko za to skupino starostnikov (Ryou, et al., 2012; Christie, et al., 2013). Manjša stopnja tveganega pitja je odvisna od spola, starosti in zdravstvenega stanja ter predstavlja 1 merico dnevno oz. 3 merice ob enkratni priložnosti za ženske ter 2 merici dnevno oz. 4 merice ob enkratni priložnosti za moške. Slovenska merica predstavlja 10 g čistega alkohola, kar najdemo v 2,5 dcl piva, ali v 1 dcl vina ali v 0,3 dcl žgane pijače (Štular Gantar, 2002; Kolšek, 2006).

Uživanje alkohola med starostniki nad 65 let je pri ženskah okoli 2 % do 9 % ter pri moških 13 % do 23 % (Anderseen, et al., 2015; Isted, et al., 2015). Moški pogosteje kot ženske presežejo varne meje manj tveganega pitja (Christie, et al., 2013). Raziskave v primarnem zdravstvenem varstvu kažejo, da 10–15 % starejših izpolnjuje merila za tvegano ali škodljivo pitje (Barry & Blow, 2016).

Starostniki so zelo heterogena skupina z različnimi preteklimi izkušnjami v zvezi z uživanjem alkohola, od zgodnjega začetka v mladosti do pretiranega pitja v srednjih letih ali z začetkom v poznih letih (Andersen, et al., 2015; Barry & Blow, 2016). Tako med starostniki ločimo tri kategorije pivcev, in sicer: v prvo kategorijo sodijo tisti z zgodnjim začetkom in daljšo zgodovino problematičnega pitja, pogosto z družinsko anamnezo in zgodovino zdravstvenih težav v odraslem obdobju, kot so ciroza, organski možganski sindrom ali psihiatrične motnje (Andersen, et al., 2015). Druga kategorija pivcev, s poznim začetkom okoli 50. leta, ima običajno krajša in daljša obdobja abstinence in predstavlja tretjino problematičnih pivcev, ki razvijejo uživanje alkohola kot odgovor na življenjske krize: upokožitev, izguba drage osebe, občutki osamljenosti ipd. Izidi zdravljenja odvisnosti od alkohola s poznim začetkom kažejo zelo dobre rezultate (Christie, et al., 2013; Andersen, et al., 2015; Isted, et al., 2015). V tretji kategoriji so pivci s kompulzivnim pitjem, s ponavljanjem epizod ekscesnega pitja z občasnimi epizodami kontroliranega pitja in abstinence (Christie, 2013).

Prekomerno uživanje alkohola pri osebah v starosti nad 65 let poveča tveganje za nastanek številnih zdravstvenih motenj in bolezni, kot so: hipertenzija, hemoragična možganska kap, sladkorna bolezen, bolezni jeter, obolenja prebavil s tveganjem za razjede in krvavitve, nalezljive bolezni, pljučne bolezni ter padci in zlomi. Dokazi pričajo, da povečan odmerek pitja alkohola pomembno zviša tveganje za raka na grlu, jeziku, požiralniku, jetrih, debelem črevesju, rektumu in dojki (Andersen, et al., 2015; Isted, et al., 2015). Ugotavljajo, da je z alkoholom povezano tudi tveganje za depresijo, kognitivni upad in demenco (Leiker-Barbosa, et al., 2014; Andersen, et al., 2015).

Diagnozo odvisnosti od alkohola je mogoče potrditi na osnovi avtoanamnestičnih in heteroanamnestičnih podatkov, prisotnosti diagnostičnih kriterijev (Mednarodna klasifikacija bolezni 10), presejalnih testov (Alcohol, Smoking & Substance Involvement Screening Test – ASIST; Alcohol Use Disorder Identification Test – AUDIT; Short Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric version (SMAST-G); Cut down, Annoyed, Guilt, Eye-opener – CAGE), laboratorijskih biokemičnih testov (Eritrociti, MCV, γ GT, ALT, AST, direktni in indirektni bilirubin, biološki markerji CDT (carbohydrate-deficient transferin) in metanol) ter kliničnih znakov zdravstvenih motenj zaradi pitja (Štular Gantar, 2002). Diagnostična merila se nanašajo na telesne in duševne posledice uživanja alkohola in so posebej pomembna pri retrogradnem ugotavljanju motenj zaradi pitja alkoholnih pijač (Barry & Blow, 2016).

Znaki odvisnosti od alkohola ostajajo pogosto prikriti tudi takrat, kadar so posamezniki obravnavani v primarnem zdravstvenem varstvu zaradi drugih zdravstvenih problemov (Christie, 2014). Hospitalizacije starostnikov zaradi zmedenosti, srčnega popuščanja ali okužb kažejo, da ima tretjina sprejetih težave z alkoholom (Barry & Blow, 2016). Vzroki (ne)zdravljenja odvisnosti so: slabše presejalno ugotavljanje težav z alkoholom in/ali z drugimi snovmi, pomanjkanje zdravstvene ozaveščenosti na vseh ravneh, usmerjeno zdravljenje drugih zdravstvenih težav, spregledana bolečina, depresija, nespečnost in tolerantnost do pitja ali uživanja drugih snovi (Kuerbis & Sacco, 2013; Burns, 2015; Johannessen, et al., 2015). Staranje je obdobje spreminjanja na področju delovanja, samostojnosti in socialne vključenosti, ki zahteva vsakodnevno prilagajanje s sprejemanjem sprememb in preoblikovanjem življenja, v katerega nekateri vključijo navado uživanja alkohola (Gray, 2014).

Zdravljenje obolelih je odvisno od številnih dejavnikov, predvsem od njihove motivacije, ciljev, ki jih želijo doseči, individualnih in osebnostnih značilnosti posameznika, zdravstvenega stanja, socialnega okolja in potrebne podpore.

Namen in cilji

Namen prispevka je ugotavljanje pojavnosti uživanja alkoholnih pijač in drugih snovi med starostniki v obdobju nad 65 let, ki živijo v domačem okolju. Ugotavljali smo, koliko, kako pogosto in zakaj starostniki uživajo alkoholne pijače in koliko je pitje povezano z drugimi duševnimi ter demografskimi in življenjskimi dejavniki. Cilji raziskave so bili ugotavljanje uživanja alkoholnih pijač med starostniki v domačem okolju v povezavi z demografskimi dejavniki, življenjskim slogom in pojavljanjem depresivnosti.

Glede na cilje smo si zastavili naslednje hipoteze:

H1 – Starostniki, ki so na presejalnem testu SMAST–G dosegli 3 točke ali več (razred mejni problem ali več) v primerjavi s tistimi, ki so dosegli 0 do 2 točki (razred ni problem), kažejo zdravju manj prijazen življenjski slog, opredeljen kot dnevno druženje, ocena odnosov, članstvo v združenjih, interesne dejavnosti in cilji za prihodnost.

H2 – Starostniki, ki so na presejalnem testu SMAST–G zbrali 3 točke in več (razred mejni problem ali več) so v primerjavi s tistimi, ki so zbrali 0–2 točki (razred ni problem) pokazali višjo raven depresivnosti na presejalnem testu PSQ 9.

Metode

Uporabljen je bil kvantitativni metodološki pristop s tehniko anketiranja. Podatke smo zbrali s tehniko anketiranja.

Opis merskega instrumenta

Uporabljena sta bila dva standardizirana instrumenta, in sicer presejalna testa, prvi Short Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric version SMAST–G, z desetimi vprašanji o vrsti vedenj in problemov v zvezi z rednim uživanjem alkoholnih pijač (Naegle, 2008; Ryou, et al., 2012). Najvišje možno število doseženih točk je 10. Dihotomni odgovori »ne« prinesejo 0 točk in vsak odgovor »da« prinese po eno točko. Seštevek 0 do 2 točki pomeni, da pitje alkoholnih pijač ni problem, 3 točke pomenijo mejni problem, 4 in več točk pa pomenijo, da oseba lahko ima težave s pitjem. Depresivnost je bila ocenjevana s Patient Health Questionnaire (PHQ-9), ki z devetimi vprašanji na lestvici od 0 (nikoli) do 3 (skoraj vsak dan) sprašuje o depresivnem počutju in vedenju, točkovano z 0 do 3 točke za vsak odgovor (Kogoj, 2010; Smith, et al., 2014; Klinedinst & Resnick, 2015). Največje možno število doseženih točk je 27, kjer seštevek 1 do 4 točke pomeni minimalno depresivnost, od 2 do 5 blago depresivnost, od 10 do 14 točk zmerno depresivnost, od 15 do 19 točk zmerno hudo depresivnost, od 20 do 27 točk pa kaže na hudo depresivnost. Demografske podatke spol, starost, izobrazba in kraj bivanja smo dodali k vprašalnikoma. Življenjski slog smo opredelili z dnevnim druženjem, oceno odnosov, članstvom v združenjih, prostočasnimi aktivnostmi in cilji za prihodnost ter povsod pripisali točko za odgovor »da« in nič točk za odgovor »ne«. Zdravstveno stanje smo zajeli z vprašanji o oceni zdravja, prisotnosti kroničnih bolezni, uživanju psihoaktivnih snovi (zdravila – več kot je predpisano, marihuana, cigarete in drugo). Anketirance smo vprašali po količini zaužitih pijač dnevno,

tedensko, mesečno ter o razlogih za pitje. Rezultate presejalnega testa SMAST-G smo združili v dve skupini, in sicer: abstinenti brez točk v razred »ni problem«, mejni problem in možne težave v razred »mejni problem ali več« za potrebe statistične obdelave majhnega vzorca.

Opis vzorca

Nenaključni priročni vzorec je zajel osebe iz treh različnih združenj, in sicer Društva za zdravo življenje Bežigrad, Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana in Balinarskega športnega društva Polje. Razdeljenih je bilo 130 vprašalnikov, vrnjenih je bilo 76, kar je predstavljalo 58,46 % odzivnost. V raziskavo je bilo vključenih 70 veljavnih vprašalnikov. Anketiranje je trajalo od 1. 4. 2016 do 30. 6. 2016. Demografski podatki so pokazali, da je bilo v skupini med 65 in 69 let 51 % anketirancev, med 70 in 74 let 16,7 % vprašanih, 18,5 % jih je bilo v skupini med 75 in 79 let, preostalih 13,8 % pa je bilo v skupini nad 80 let. Poklicno izobrazbo ali manj je imelo 38,9 % anketiranih, srednjo šolo 42,6 % ter višjo, univerzitetno ali več 18,5 % vseh vprašanih. Življenjski slog anketirancev je bil povezan z dnevnim druženjem s prijatelji v 41,7 % deležu, s sorodniki v 22,9 %, z zakoncem v 14,6 % deležu in drugimi. Odnose so ocenili kot prav dobre in odlične v 71,7 % deležu, preostali pa slabše. Cilji za prihodnost so bili zdravje na prvem mestu 51,4 % odgovorov, aktivno življenje 32,4 %, uživanje v pokoju 8,1 % in drugo. Največ aktivnih članov je imelo za interesno dejavnost telesno-gibalne aktivnosti (50,1 %), vrtnarjenje, družabne igre, branje, kuhanje, poslušanje glasbe, gledanje filma in drugo. Zdravstvene težave s kroničnimi boleznimi je potrdilo 64,28 % vseh vprašanih, od tega najpogosteje srčno-žilne bolezni v 40 % deležu, diabetes z 17,76 %, bolezni gibalnega aparata v 15,55 % deležu odgovorov ter bolezni prebavil, rak, astma, bolezni ščitnice in druge motnje. Kadilcev je bilo 20,4 % vseh vprašanih. Abstiniralo je 62,9 % vprašanih, neproblematično pitje je bilo ugotovljeno pri 12,9 % vseh vprašanih, od tega jih je 42 % pilo priložnostno, 20,4 % tedensko in 5,6 % mesečno. Količina tedensko zaužite pijače ni presegala 1 merice dnevno oz. enkratno zaužite pijače 3 merice. Razlogi za pitje so bili najpogosteje: druženje v 24,1 %, sprostitiv v 9,3 % in posebne priložnosti v 7,4 %. Resne težave z alkoholom je imelo v preteklosti 9,3 % vprašanih, ki so se zdravili v bolnišnici.

Postopek zbiranja in obdelave podatkov

Vodje aktivnosti v združenjih so bili, po predhodni ustni pojasnitvi, zaprošeni za sodelovanje pri razdeljevanju anket aktivnim članom in ljubiteljskim udeležencem aktivnosti. Vstopni kriteriji so bili starost 65 let ali več, življenje v domačem

okolju, osebe brez kognitivnih motenj, ki so sposobne razumevanja besedila in pisnega odgovora na zastavljeno vprašanje. Zagotovljena je bila popolna anonimnost, vprašalnike so oddali v zbirno kuverto, ki je bila poslana na naslov raziskovalca. Posamezna vprašanja iz ankete so bila neodgovorjena, upoštevali smo veljavni delež odgovorov. Anketiranje je trajalo od 1. 4. 2016 do 30. 6. 2016. Statistična analiza je bila opravljena s statističnim paketom SPSS 22 za okolje Windows 10. Uporabljene so bile metode deskriptivne statistike in hi-kvadrat test za potrditev hipotez. Upoštevana je bila statistična značilnost na ravni $p < 0,05$.

Rezultati

S presejalnim testom SMAST-G smo dobili razrede glede na število doseženih točk na presejalnem testu, ki razkriva delež točk pri rednem uživanju alkoholnih pijač, kjer 62,9 % vseh vprašanih ne pije oz. se je opredelilo za abstinente. Neproblematično pitje je bilo ugotovljeno pri 12,9 % vprašanih, mejni problem s pitjem je izkazalo 5,7 % anketirancev, 18,6 % vprašanih pa bi lahko imelo težave zaradi alkohola (Tabela 1). Rezultate smo zaradi nadaljnje statistične obdelave združili v 2 skupini, in sicer »brez točk« in »ni problem«, doseženih do 2 točki v »ni problem«, ter »mejni problem« in »možne težave« v »mejni problem in več«, doseženih 3 ali več točk na SMAST-G testu.

V Tabeli 1 so prikazani rezultati presejalnega testa SMAST-G, ki so pokazali splošno tendenco upadanja pitja alkohola od 65. leta navzgor. Med tistimi, ki so imeli mejni problem in možne težave z alkoholom, jih je imelo 58,8 % končano osnovno šolo, 35,3 srednjo šolo, 5,9 višjo šolo s statistično značilnostjo $\chi^2 = 11,246$; $p = 0,024$ med izobrazbo in pitjem. V skupini z mejnimi problemi in možnimi težavami je največ moških, in sicer 70,6 % s statistično značilnostjo med spolom in pitjem $\chi^2 = 10,402$; $p = 0,001$.

Tabela 1: Rezultati presejalnega testa SMAST–G glede na leta starosti

			Starost v letih					Skupno
			65–69	70–74	75–79	80–84	85–89	
Razredi točk SMAST–G	Brez točk, abstinenti	Število	23	8	7	6	0	44
		Delež v % znotraj razreda	52,3 %	18,2 %	15,9 %	13,6 %	0,0 %	100,0 %
		Skupni delež v %	32,9 %	11,4 %	10,0 %	8,6 %	0,0 %	62,9 %
	Ni problem	Število	6	3	0	0	0	9
		Delež v % znotraj razreda	66,7 %	33,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %
		Skupni delež v %	8,6 %	4,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	12,9 %
	Mejni problem	Število	3	0	1	0	0	4
		Delež v % znotraj razreda	75,0 %	0,0 %	25,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %
		Skupni delež v %	4,3 %	0,0 %	1,4 %	0,0 %	0,0 %	5,7 %
	Možne težave	Število	3	2	4	2	2	13
		Delež v % znotraj razreda	23,1 %	15,4 %	30,8 %	15,4 %	15,4 %	100,0 %
		Skupni delež v %	4,3 %	2,9 %	5,7 %	2,9 %	2,9 %	18,6 %
Skupno		Število	35	13	12	8	2	70
		Delež v % znotraj razredov	50,0 %	18,6 %	17,1 %	11,4 %	2,9 %	100,0 %
		Skupni delež v %	50,0 %	18,6 %	17,1 %	11,4 %	2,9 %	100,0 %

Tabela 2: Rezultati presejalnega testa PHQ 9

			Starost v letih					Skup- no
			65–69	70–74	75–79	80–84	85–89	
Razredi depresi- vnosti	Brez točk depresivnosti (0 točk)	Število	1	0	0	1	0	2
		Delež v % znotraj razreda	50,0%	0,0 %	0,0 %	50,0 %	0,0 %	100,0%
		Skupni delež v %	1,4 %	0,0 %	0,0 %	1,4 %	0,0 %	2,9 %
	Minimalna depresivnost (1–4 točk)	Število	10	7	3	3	0	23
		Delež v % znotraj razreda	43,5%	30,4%	13,0 %	13,0 %	0,0 %	100,0%
		Skupni delež v %	14,3%	10,0%	4,3 %	4,3 %	0,0 %	32,9 %
	Blaga depresivnost (5–9 točk)	Število	14	5	6	1	0	26
		Delež v % znotraj razreda	53,8%	19,2%	23,1%	3,8 %	0,0 %	100,0%
		Skupni delež v %	20,0%	7,1%	8,6 %	1,4 %	0,0 %	37,1%
	Zmerna depresivnost (10–14 točk)	Število	7	0	2	1	0	10
		Delež v % znotraj razreda	70,0%	0,0%	20,0%	10,0%	0,0 %	100,0%
		Skupni delež v %	10,0%	0,0%	2,9%	1,4%	0,0%	14,3%
	Zmerno huda depresivnost (15–19)	Število	2	1	1	1	0	5
		Delež v % znotraj razreda	40,0%	20,0%	20,0%	20,0%	0,0 %	100,0%
		Skupni delež v %	2,9 %	1,4 %	1,4 %	1,4 %	0,0 %	7,1 %
	Huda depresivnost (20–27 točk)	Število	1	0	0	1	2	4
		Delež v % znotraj razreda	25,0%	0,0 %	0,0 %	25,0 %	50,0 %	100,0%
		Skupni delež v %	1,4 %	0,0 %	0,0 %	1,4 %	2,9 %	5,7 %
Skupno		Število	35	13	12	8	2	70
		Delež v % znotraj razreda	50,0%	18,6%	17,1 %	11,4 %	2,9 %	100,0%
		Skupni delež v %	50,0%	18,6%	17,1 %	11,4 %	2,9 %	100,0%

Rezultati presejalnega testa depresivnosti PHQ 9 so pokazali prisotnost depresivnosti med anketiranci (Tabela 2). Največja deleža zajemata skupino z blago in minimalno depresivnostjo.

Tabela 3: Deskriptivna statistika združenih razredov točk na testu SMAST-G in ocene odnosov

			Ocena odnosov		Skupno
			1 – slabi	2 – dobri	
Razredi točk SMAST-G	Ni problem	Število	5	45	50
		Delež znotraj razreda	10,0 %	90,0 %	100,0 %
	Mejni problem in več	Število	10	6	16
		Delež znotraj razreda	62,5 %	37,5 %	100,0 %
Skupno		Število	15	51	66
		Delež znotraj razreda	22,7 %	77,3 %	100,0 %

Rezultati v Tabeli 3 kažejo, da je med tistimi anketiranci, ki so svoje odnose ocenili kot slabe, tudi več oseb, ki imajo mejne ali večje probleme s pitjem alkohola s statistično pomembno razliko $\chi^2=16,15$; $p=0,000$.

Tabela 4: Deskriptivna statistika razredov točk na testu SMAST-G in članstva v društvih

			Članstvo v društvu		Skupno
			1 – da	2 – ne	
Razredi točk SMAST-G	Ni problem	Število	37	16	53
		Delež znotraj razreda	68,8 %	30,2 %	100,0 %
	Mejni problem ali več	Število	3	14	17
		Delež znotraj razreda	17,6 %	82,4 %	100,0 %
Skupno		Število	40	30	70
		Delež znotraj razreda	57,1 %	42,9 %	100,0 %

Rezultati v Tabeli 4 kažejo, da so imeli včlanjeni anketiranci manj problemov s pitjem v primerjavi z nečlani. Statistično značilna razlika med članstvom in nečlanstvom je $\chi^2=14,33$; $p=0,001$. Druge dimenzije življenjskega sloga (druženje, prostocasne dejavnosti in cilji za prihodnost) kažejo razlike v povprečnih vrednostih, vendar te niso bile statistično značilne. Hipotezo 1 smo delno potrdili.

Tabela 5: Deskriptivna statistika razredov na testu SMAST-G in PSQ 9

			Razredi depresivnosti PSQ9					Skupno
			Minimalna (1–4 točke)	Blaga depresi- vnost (5–9 točk)	Zmerna depresi- vnost (10–14 točk)	Zmerno huda depresi- vnost (15–19 točk)	Huda depresi- vnost (20–27 točk)	
Razredi točk SMAST–G	Ni problem	Število	21	23	6	3	0	53
		Delež v % znotraj razreda	39,6 %	43,4 %	11,3 %	5,7 %	0,0 %	100,0 %
	Mejni problem ali več	Število	4	3	4	2	4	17
		Delež v % znotraj razreda	23,5 %	17,6 %	23,5 %	11,8 %	23,5 %	100,0 %
Skupno		Število	25	26	10	5	4	70
		Delež v % znotraj razreda	35,8 %	37,1 %	14,3 %	7,1 %	5,7 %	100,0 %

Rezultati v Tabeli 5 kažejo, da so anketiranci z mejnimi problemi in več na SMAST-G testu dosegli v vseh razredih večje število točk na testu PSQ9. Pokazala se je statistično značilna razlika $\chi^2=18,02$; $p=0,03$. Hipotezo 2 smo potrdili, saj so tisti anketiranci, ki so imeli mejno vrednost ali več problemov zaradi pitja izkazali več depresivnosti.

Tabela 6: Ocena zdravja glede na razrede SMAST-G

		Ocena zdravja					Skupno
		Nezadostno	Zadostno	Dobro	Prav dobro	Odlično	
Razredi točk SMAST-G	Ni problem	0	1	21	22	8	52
	Mejni problem in več	1	4	7	5	0	17
Skupno		1	5	28	27	8	69

Rezultati v Tabeli 6 nakazujejo, da so tisti anketiranci, ki so v razredu mejni ali več, nekoliko slabše ocenili svoje zdravje. Statistične značilnosti nismo dokazali.

Tabela 7: Kronične bolezni glede na razrede testa SMAST-G

		Razredi SMAST-G		Skupno
		Ni problem	Mejni problem in več	
Kronična bolezen	Brez bolezni	1	0	1
	Depresija	1	0	1
	Astma in pljučne bolezni	1	0	1
	Bolezni ščitnice in drugih žlez	1	0	1
	Srčno-žilne bolezni	14	4	18
	Rakave bolezni	3	0	3
	Osteoporoza	1	0	1
	Bolezni želodca in prebavil	2	2	4
	Bolezni gibalnega aparata	3	4	7
	Sladkorna bolezen	5	3	8
Skupno		32	13	45

Rezultati iz Tabele 7 so prikazali prisotnost kroničnih bolezni pri starostnikih ne glede na uživanje alkohola, a je med tistimi, ki imajo mejni problem in več, prisotnost kroničnih bolezni višja, vendar brez dokazane statistične pomembnosti.

Tabela 8: Razlogi za pitje glede na razrede SMAST-G

		Razlogi za pitje						Skupno
		Druženje	Posebne priložnosti	Sprostitiv	Bolečina	Osamljenost	Drugo	
Razredi točk SMAST-G	Ni problem	13	6	2	0	0	5	26
	Mejni problem in več	4	0	5	1	1	1	12
Skupno		17	6	7	1	1	6	38

V Tabeli 8 je razvidno, da se med skupinama, kjer problem ni izkazan, in mejni problem in več kažejo razlike v razlogih za pitje s $\chi^2=13,35$; $p=0,02$.

Tabela 9: Izobrazbena struktura glede na razrede točk testa SMAST-G

			Izobrazba				Skupno
			OŠ –poklicna	Srednja šola	Višja šola	Visoka – univerza in več	
Razredi točk SMAST–G	Ni problem	Število	13	19	18	3	53
		Delež znotraj razreda	24,5 %	35,8 %	34,0 %	5,7 %	100,0 %
		Delež znotraj izobrazbe	56,5 %	76,0 %	94,7 %	100,0 %	75,7 %
	Mejni problem	Število	10	6	1	0	17
		Delež znotraj razreda	58,8 %	35,3 %	5,9 %	0,0 %	100,0 %
		Delež znotraj izobrazbe	43,5 %	24,0 %	5,3 %	0,0 %	24,3 %
Skupno		Število	23	25	19	3	70
		Delež znotraj razreda	32,9 %	35,7 %	27,1 %	4,3 %	100,0 %
		Delež znotraj izobrazbe	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

V Tabeli 9 je prikazana izobrazbena struktura anketirancev glede na razrede točk testa SMAST-G. Dokazali smo statistično značilne razlike med skupinama $\chi^2=10,72$; $p=0,013$, med anketiranci z nižjo izobrazbo je več pitja.

Diskusija

S presejalnim testom SMAST-G smo ugotovili, da so starostniki, ki živijo v domačem okolju, presegli mejo neproblematičnega pitja alkoholnih pijač, saj je 24,3 % vprašanih sodilo v razred z mejnimi problemi ali možnimi težavami v zvezi z alkoholom. Različni avtorji navajajo različne načine pitja alkoholnih pijač; tako preudarno pitje alkoholnih pijač pomeni upoštevanje varnih meja in individualnih dejavnikov ter izogibanje pitju v stiski, proti svoji volji in pred izvajanjem zahtevnih del. Pojem škodljivo pitje ali problematično pitje predstavlja pitje, ne glede na količino in vzorec, ko ima oseba brez znakov odvisnosti telesne in duševne zdravstvene motnje, običajno s pridruženimi socialnimi posledicami (Štular Gantar, 2002; Kolšek, 2006). Tvegano ali rizično pitje je uživanje alkoholnih pijač na način, ki predstavlja večje tveganje za razvoj škodljivih posledic, in ko osebe na presejalnih testih dosežejo določeno število točk. Rizična količina za moške znaša 14 meric tedensko ali 4 ob enkratnem dogodku oz. za ženske 7 meric tedensko ali 3 ob enkratni priložnosti (Kolšek, 2006). Škodljivo in tvegano pitje privede do odvisnosti od alkohola z značilnimi znaki, kot so: višanje odmerka pijače za dosedo zelenega učinka, pojav abstinenčnih znakov ob zmanjšanju ali prekinitvi pitja, vztrajanje pri pitju kljub škodljivim posledicam, opuščanje ali zmanjšanje prijetnih aktivnosti na račun pitja, zmanjšanje nadzora nad pivskimi navadami ter močna želja in občutek nuje po pitju (Kolšek, 2006, po Mednarodni klasifikaciji bolezni 10).

Kano in sodelavci (2014) so ugotovili, da je med starostniki okoli 68 % tistih, ki niso nikoli pili ali le enkrat letno. V naši raziskavi smo ugotovili, da je abstinentov in tistih, ki zaužijejo alkohol enkrat letno, okoli 75,7 %. Kvalitativna raziskava na Norveškem je pokazala, da se povečuje uporaba alkohola in psihotropnih zdravil med starostniki v obdobju nad 65 let ob pričakovanjih, da bo postala še večji problem tudi zaradi drugačnega odnosa do alkohola (Johannessen, et al., 2015). V Angliji so ugotovili opazno povečanje porabe alkohola med starejšimi od 65 let in večjo škodo zaradi pitja v povezavi s tveganji za prometne nesreče in smrtne žrtve med pešci (Dare, et al., 2014; Isted, et al., 2015).

V naši raziskavi je bilo ugotovljeno, da med demografskimi dejavniki izobrazba in uživanje alkohola kažeta statistično značilno razliko $\chi^2=10,72$; $p=0,013$, saj je z nižjo izobrazbo pojav pitja alkohola višji. Ugotovljenega je bilo več tveganega pitja med moškimi, in sicer v 70,6 % deležu tistih iz razreda mejni problem in več, saj statistična značilnost znaša $p=0,01$. Kano in sodelavci (2014) navajajo, da so med pivci večinoma moški, poročeni, z nizko stopnjo izobrazbe, a brez statistično značilne razlike. Prav tako Kano in sodelavci (2014) opozarjajo na nevidno epidemijo, saj so pri starejših pivcih ugotovili določene kognitivne okvare, vendar do stopnje avtonomnosti, ki omogoča uživanje alkohola. Avtorji priporočajo učinkovito

presejanje s testi, kot je SMAST-G, kontinuirano povezavo med osnovnim zdravstvom in specializirano oskrbo (Kano, et al., 2014).

Rezultati natančneje raziskanega življenjskega sloga so pokazali, da so starostniki iz razreda »mejni problem in več« slabše ocenili odnose v svojem okolju in večinoma niso bili aktivni člani združenj. Subjektivno slabša ocena odnosov govori v prid tezi, da uživalci alkoholnih pijač ne negujejo socialnih odnosov in se ne identificirajo kot člani združenj. Uživanje alkohola ovira socialne stike in zanimanje za interakcijo v ožjem in širšem socialnem okolju (Burns, 2015). Nekateri avtorji so ugotovili, da ima socialno uživanje alkohola v določenih okoljih pomembno vlogo pri krepitvi socialne vključenosti ter integracije v skupnost upokojujencev, vendar je način pitja prinašal nizko stopnjo tveganja (Dare, et al., 2014). Tako smo našo prvo hipotezo, ki se glasi, da je med anketiranci v skupini »mejni problem ali več« več tistih z nezdravim življenjskim slogom, delno potrdili s slabšo oceno socialnih odnosov in nečlanstvom v združenjih. Druge dimenzije življenjskega sloga (druženje, prostočasne dejavnosti in cilji za prihodnost) kažejo razlike v povprečnih vrednostih, vendar te niso bile statistično značilne. Ugotovili smo, da so anketiranci iz razreda »mejni problem ali več« nekoliko slabše ocenili svoje zdravje, vendar nismo dokazali statistične značilnosti.

V raziskavi smo preverili razlike med uživanjem alkoholnih pijač in razpoloženjem anketirancev. Rezultati kažejo, da je bilo med anketiranci v razredu »mejni problem ali več« na testu SMAST-G statistično značilno več depresivnosti kot v skupini »ni problem«. Naša hipoteza, da je uživanje alkohola povezano z depresivnostjo, torej drži in je podkrepljena z dejstvom, da pivci pijejo zaradi sprostitve, druženja, bolečine in osamljenosti in manj zaradi drugih razlogov. Tudi tuji avtorji navajajo povezavo med uživanjem alkohola in sproščanjem napetosti (Leiker-Barbosa, et al., 2013; Dare, et al., 2014, Andersen, et al., 2015). Dejstvo, da so starostniki pri anketiranju le v enem primeru prikazali depresijo kot kronično bolezen in da smo na presejalnem testu PSQ 9 ugotovili bistveno več depresivnosti, potrjuje domnevo, da je depresivnost v starosti pogosto spregledana. Tuji avtorji navajajo, da je depresivnost pogosto pripisana procesu staranja (Dare, et al., 2014; Burns, 2015).

Willson in sodelavci (2013) navajajo, da je pitje v starosti povezano s socialnimi in zdravstvenimi izgubami ter da sta moralno obsojanje in stigma pitja vzroka za slabšo obravnavo. V zdravstveni obravnavi je malo rutinskih presejalnih testov, številne zdravstvene in socialne težave se pripisujejo staranju (Christie, et al., 2013). Cilji obravnave problematičnih pivcev so nadzorovano pitje, postopno zmanjševanje pitja alkohola in končno vzpostavljanje abstinence (Wilson, et al., 2013).

V razvitih delih Avstralije in ZDA se strokovnjaki intenzivno ukvarjajo s problemom pitja številčne »baby boom« generacije, ki vstopa v starost, s socialnega,

zdravstvenega, psihološkega in ekonomskega vidika (Wilson, et al., 2013; Dare, et al., 2014; Gray, et al., 2014). Raziskovanja se nanašajo na družbeno angažiranost starejših, povezanost med dejavnostmi in uživanjem alkohola, socialni pritisk in uživanje alkohola, primerjanje pitja v domačem okolju in ob družabnih aktivnostih, percepcije o zlorabi alkohola v starosti, omejitve uživanja in podobno (Wilson, et al., 2013; Dare, et al., 2014; Andersen, et al., 2015).

Naša raziskava predstavlja pilotni projekt in nakazuje le nekatere dimenzije uživanja alkoholnih pijač v domačem okolju pri populaciji v starosti 65 let in več. Osnovne ovire za natančnejšo analizo sta majhen vzorec, slabše definirani vstopni kriteriji, razpršenost presejalnih podatkov ter možen subjektivni vpliv vodij aktivnosti pri (samo)anketiranju. V prihodnje bi bilo priporočljivo razširiti presejanje na večji vzorec v različnih okoljih ter natančneje opredeliti vstopne kriterije in dopolniti raziskovalna orodja.

Zaključek

Namen našega dela je bil raziskovanje le nekaterih dimenzij odvisnosti od alkohola pri pogosto spregledani populaciji starostnikov v družbi blaginje. Uživanje alkohola in drugih snovi med starostniki bo v prihodnosti predstavljalo večji multidimenzionalni problem, saj se skupina starostnikov hitro povečuje. Pričakovati je večje vključevanje in vlogo medicinskih sester – specialistk promocije zdravja, ki bodo z ustreznimi presejalnimi instrumenti in prilagojenimi programi uspešno obvladovale škodljivo uživanje alkohola in drugih psihoaktivnih snovi med starostniki. Zdravstvena vzgoja in promocija zdravja, na vseh ravneh za vse skupine, naj bosta prioriteta in izziv v bližnji prihodnosti.

Literatura

- Andersen, K., Bogenschutz, P.M., Bühringer, G., Behrendt, S., Bilberg, R., Braun, B., et al., 2015. Outpatient treatment of alcohol use disorders among subjects 60+ years: design of a randomized clinical trial conducted in three countries (Elderly Study). *BMC Psychiatry*, 15, str. 280. Dostopno na: <http://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-015-0672-x> [1. 7. 2016].
- Barry, L.K., Blow, C.F., 2016. Drinking Over the Lifespan Focus on Older Adults. *Alcohol Research: Current Reviews*, 38(1), str. 115120.
- Burns, B., 2015. Harmful drinking among the elderly - a hidden problem. *Kai Tiaki Nursing New Zealand* 21(10), str. 1213.
- Christie, M.M., Bamberb, D., Powellb, C., Arrindellc, T., Pantd, A., 2013. Older adult problem drinkers: Who presents for alcohol treatment? *Aging & Mental Health*, 17(1), str. 2432.
- Dare, J., Wilkinson, C., Allsop, S., Waters, S., McHale, S., 2014. Social engagement, setting and alcohol use among a sample of older Australians. *Health and Social Care in the Community*, 22(5), str. 524–532.

- Gantar Štular, H., 2002. Pomen prepoznavanja in ukrepanja zdravnika pri tveganem in škodljivem pitju alkohola. In: Romih, J., Žmitek, A., ur. Zbornik Na stičiščih psihiatrije in interne medicine. 2. del; 2001, okt. 26–27; Begunje. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje, str. 77–91.
- Gray, T.M., 2014. Habits, rituals, and addiction: an inquiry into substance abuse in older persons. *Nursing Philosophy*, 15(2), str. 138–151.
- Isted, A., Fiorini, F., Tillmann, T., 2015. Knowledge gaps and acceptability of abbreviated alcohol screening in general practice: a cross-sectional survey of hazardous and non-hazardous drinkers. *BMC Family Practice*, 16, str. 72. Available at: <http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-015-0290-1> [1. 7. 2016].
- Johannessen, A., Helvik, A.S., Engeda, I. K., Ulstein, I., Sørli, V., 2015. Prescribers' of psychotropic drugs experiences and reflections on use and misuse of alcohol and psychotropic drugs among older people: A qualitative study. *Quality in Primary Care*, 23(3), str. 134–140.
- Kano, Y.M., dos Santos, A.M., Pillon, C.S., 2014. Use of alcohol in the elderly: transcultural validation of the Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version (MAST-G). *Rev Esc Enferm USP*, 48(4), str. 64956.
- Klinedinst, J.N., Resnick, B., 2015. The Useful Depression Screening Tool for Older Adults: Psychometric Properties and Clinical Applicability. *Journal of Nursing Measurement*, 23(2), str. 75–86.
- Kogoj, A., 2010. Odkrivanje starejših, ki so ogroženi. In Grum Tančič, A., Poštuvan, V., Roškar, S. Spregovorimo o depresiji in samomoru med starejšimi. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, str. 77–87.
- Kolšek, M., ur., 2006. Klinične smernice za zgodnje odkrivanje tveganega in škodljivega pitja in kratki ukrepi: evropski projekt za obravnavo alkoholne problematike v osnovnem zdravstvu (PHEPA): Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino.
- Kuerbis, A., Sacco, P., 2013. A Review of existing Treatments for substance Abuse Among the elderly and Recommendations for Future Directions. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 7, str. 13–37. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23471422> [1. 7. 2016].
- Leiker-Barbosa, C., McPherson, S., Cameron, M.J., Jathar, R., Roll, J., Dyck, G.D., 2014. Depression as a mediator in the longitudinal relationship between psychological stress and alcohol use. *J Subst Use*, 19(4), str. 327–333.
- Lovrečič, B., Lovrečič, M., 2016. Poraba alkohola in zdravstveni kazalniki tvegane in škodljive rabe alkohola: Slovenija, 2014. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, str. 34–36; 37–40.
- Naegle, A.M., 2008. Alcohol Use Screening and Assessment for Older Adults. *AJN*, 108 (11), str. 50–58.
- Ryou, I.J., Kim, S.J., Jung G.J., Kim, S.S., Choi, H.D., 2012. Usefulness of Alcohol-screening Instruments in Detecting Problem Drinking among Elderly Male Drinkers. *Korean J Fam Med*, 33, str. 126–133. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22787534> [1. 7. 2016].
- Smith, M., Stolder, E.M., Liu Fang, M., 2014. Evaluation of an Innovative Late-Life Depression Training Program. *Perspectives in Psychiatric Care*, 50, str.19–26. Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ppc.12019/full> [1. 7. 2016].
- Wilson, B.G., Kaner, F.S.E., Crosland, A., Ling, J., McCabe, K., Haighton, A.C., 2013. A Qualitative Study of Alcohol, Health and Identities among UK Adults in Later Life. *PLOS ONE* 8 (8). Available at: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0071792> [1. 7. 2016].

PATRONAŽNO VARSTVO V OBVLADOVANJU ODVISNOSTI

COMMUNITY NURSING IN CONTROLLING ADDICTIONS

mag. Andreja Krajnc, viš. med. ses., univ. dipl. org.

Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patронаžni dejavnosti

andreja.krajnc@trnovska-vas.si

IZVLEČEK

Sodobno družbo preplavlja vse večje število različnih odvisnosti. Če se pri posamezniku pojavi kakršnakoli oblika odvisnosti, ni ogrožen le on, ampak vsa njegova družina. V prispevku je poudarek na vlogi medicinske sestre v patронаžnem varstvu pri obravnavi družin, ki se srečujejo s problemom odvisnosti od alkohola. Ob porastu različnih sodobnih oblik zasvojenosti se medicinske sestre v domačem okolju pri obravnavi posameznikov in družin še vedno najpogosteje srečujejo s problemom tveganega in škodljivega pitja alkohola. Medicinska sestra v patронаžnem varstvu ima pomembno vlogo pri prepoznavanju in obvladovanju odvisnosti pri posamezniku, njegovi družini in v širši lokalni skupnosti. Njena naloga je aktiven in celosten pristop k družini, pravočasno zaznavanje problemov in učinkovito ukrepanje. V domačem okolju je odvisnost posameznika hitreje prepoznavna, problemi družine, ki se sooča z odvisnostjo, so težko obvladljivi, protokoli in smernice za učinkovito ukrepanje pa nedorečeni.

Ključne besede: obravnava družine, medicinska sestra, odvisnost od alkohola, odvisnik v domačem okolju

ABSTRACT

Modern society is overflown with numerous different addictions. When an individual develops any form of an addiction it threatens not only him / her but also the family. This paper focuses on the role of nurses in community nursing in dealing with families who are faced with the problem of alcohol addiction. With the increase of various modern forms of addictions, nurses still frequently face the problem of hazardous and harmful alcohol consumption when dealing with individuals and families at their homes. A community nurse has important role in recognizing and controlling addiction in an individual, his / her family and wider local community. The nurse is expected to have an active and integrated approach

to family, timely detection of problems and effective response. Domestic environment offers faster recognition of an individual's addiction, however, the problems of the family dealing with the addiction are difficult to manage, furthermore, the protocols and guidelines for an efficient response remain vague.

Key words: treatment of family, nurse, alcohol addiction, addict at home

Uvod

O problemu odvisnosti je veliko zapisanega tako v domači kot v tuji poljudni in strokovni literaturi. Zadnje čase se srečujemo z vse večjim številom novih odvisnosti, ki jih nekoč nismo poznali. Če smo se v preteklosti ukvarjali predvsem z odvisnostjo od prepovednih drog, nikotina, alkohola, hrane, odnosov in iger na srečo, danes poznamo tudi druge vrste odvisnosti. Pogosto slišimo o ljudeh, ki so obsedeni z delom, zapravljanjem denarja, zasvojeni s tveganimi vedenji, ekstremnimi športi, adrenalinskimi aktivnostmi, so religiozni fanatiki, obsedeni z uničujočimi odnosi in ljudmi (Lorber, 2009). Vse večjo skrb pa v družbi vzbuja zasvojenost s telefoni, računalniškimi igrkami, internetom in družbenimi omrežji. Konec koncev je vsakdo zasvojen z nekaj nekoristnimi navadami in razvadami, ki običajno na nas ne vplivajo tako, da bi lahko govorili o zasvojenosti. Problem pa nastane, ko začne posameznik izgubljati nadzor nad takšnimi škodljivimi navadami ali vedenjem in nima nikogar, ki bi mu pravočasno pomagal prepoznati in obvladati zasvojenost, še preden ga bo privedla v psihično ali fizično odvisnost (Tominec, et al., 2015; Today Medical news, 2016).

Medicinska sestra v patronažnem varstvu ima v sklopu svojega polivalentnega delovanja številne možnosti pri prepoznavanju in obvladovanju vseh oblik zasvojenosti. Zdravstvena nega v patronažnem varstvu pomeni skrb za posameznika, družino in skupnost tako v stanju zdravja in blagostanja kot tudi v stanju bolezni in neželenih stanj (Šušteršič & Rajkovič, 2002; Železnik, et al., 2011), s katerimi se soočajo. Naloga medicinske sestre v patronažnem varstvu je, da v smislu preventivnega delovanja izvaja aktivno individualno in družinsko obravnavo v dodeljenem geografskem območju. Njeno delovanje mora biti osredotočeno predvsem na tiste skupine prebivalcev, ki so zaradi različnih vzrokov še posebej občutljive in potencialno dovzetne za delovanje škodljivih dejavnikov iz okolja ali pa so tem dejavnikom že izpostavljene. V rizično skupino prebivalcev, ki jim mora patronažna zdravstvena nega posvečati posebno pozornost, spadajo tudi osebe, ki imajo težave z odvisnostjo.

Cilj preventivnega delovanja v patronažnem varstvu mora biti usklajen s ciljem preventive, ki pomeni vse od vzpostavitve splošnih razmer, ugodnih za ohranjanje

in krepitev zdravja, pa do popolne ali čim bolj popolne povrnitve zdravstvenega stanja v stanje pred začetkom bolezenskega procesa, zmanjšanja intenzivnosti težav, povzročenih z boleznijo, ali upočasnitve nadaljnega razvoja bolezenskega procesa (Zaletel Kragelj, et al., 2007).

Medicinska sestra v patronažnem varstvu mora slediti in se prilagajati potrebam, razmeram oz. stanju pri posamezniku, družini ali skupini in skupnosti ter jih skupaj z njimi zadovoljevati (Železnik, et al., 2011). Pri obravnavi posameznika in družine, ki se srečuje s problemom odvisnosti, ima pomembno vlogo, čeprav njena vloga pri obravnavi odvisnikov ni formalno opredeljena v zakonskih aktih, ki določajo delovanje patronažnega varstva. Zato tudi ni dorečene poti in načina obravnave posameznih oblik odvisnosti s strani patronažnega varstva. Ker vsebine niso opredeljene v strokovnih smernicah in priporočilih, so obravnave v praksi prepuščene izvajalcem na terenu, njihovemu znanju, izkušnjam in zavedanju pomembnosti problematike.

Pri obravnavi posameznika in družine, ki se srečuje s problemom odvisnosti, mora medicinska sestra v patronažnem varstvu slediti ciljem patronažne obravnave družine v domačem okolju, ki so opredeljeni v Pravilniku za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (2015) (Uradni list RS, št. 17/15). Njeno delovanje mora biti usmerjeno v zdravstveno-vzgojno podporo družini v prelomnih obdobjih ne glede na to, ali govorimo o zdravi, potencialno ogroženi ali ogroženi družini oziroma družinski skupnosti (Pravilniku za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 2015/1998/).

V primeru kakršnekoli odvisnosti posameznika je njegova družina oziroma družinska skupnost nedvomno ogrožena. Predvsem je posamezniku in družini treba pomagati osvojiti pozitiven odnos, stališča in prepričanja o zdravju, krepitvi in ohranitvi zdravja ter spodbujati aktivnosti in funkcije posameznika in družine. V primerih odstopanja od zdravja, kar pojav kakršnekoli odvisnosti nedvomno je, je cilj patronažne zdravstvene nege nuditi podporo in pomoč v prizadevanju za samopomoč in sopomoč ter pravilno in pravočasno ukrepanje (Šušteršič, et al., 2006, Železnik, et al., 2011). V času bolezni je naloga medicinske sestre v patronažnem varstvu, da družini nudi podporo in pomoč pri razvijanju preostalih sposobnosti in funkcij, sodelovanju pri zdravljenju, nadzorovanju bolezni ter preprečevanju zapletov.

Osnovne značilnosti zasvojenosti

Za zasvojenost je na splošno značilna vsakovrstna aktivnost, ki lahko odločilno vpliva ali preobrne posameznikovo osebno doživljanje. Pri tem je značilno, da

posameznik nadaljuje oziroma ponavlja zasvojitvene aktivnosti kljub ponavljajočim se neprijetnim fizičnim ali psihičnim posledicam ter socialnim in medosebnim konfliktom. Zasvojenega posameznika vedno znova žene k zasvojitvenim aktivnostim, osebam ali objektom. Ne more živeti brez njih, obenem pa skuša narediti vse, da bi zasvojenost obvladal oziroma nadzoroval. Paradoks je ravno v tem, da je zasvojena oseba vse bolj brez nadzora in nima več nobene izbire glede tega, ali bo spet podlegla kompulzivnemu ritualu svoje odvisnosti ali ne. Potrebuje vse več zasvojitvene aktivnosti, osebe ali objekta, da bi dosegla enak učinek, saj se odzivnost na enako mero zasvojitvene aktivnosti zmanjšuje (Gostečnik, 2000; Tominec, et al., 2015; Psychology today, 2016). Življenje z odvisnikom družinske člane sooča z nenavadnimi stresnimi situacijami. Normalne rutine so neprestano prekinjane z nepričakovanimi izkušnjami, ki so del življenja z odvisnikom (National Council on Alcoholism and Drug dependence, 2016).

Uradna medicina zasvojenosti še vedno definira predvsem na temelju snovi, ki jo človek vnaša v telo. Stvar se zaplete, ko poskušamo razumeti vedenje ljudi, ki v telo ne vnašajo nobenih substanc, njihovo vedenje in njegove posledice pa so zelo podobni tistim, ki jih poznamo pri zasvojenih s prepovedanimi drogami ali alkoholom. Zasvojenost je izjemno kompleksna in ni le patološko ali neodgovorno vedenje. Ameriško združenje za medicino zasvojenosti (ASAM, 2011) je objavilo novo opredelitev zasvojenosti, ki poudarja, da gre za kronično motnjo v delovanju možganov in ne samo za vedenjsko težavo, ki je posledica pretiranega uživanja alkohola, mamil, predajanja igrar na srečo ali spolnosti. Z upoštevanjem nove definicije zasvojenosti razumevanje posameznih vedenj dobiva drugačen pomen. Skoraj vsaka aktivnost postane zasvojenost v smislu, da ni več svobodna izbira, ampak nuja, ki ovira druge dejavnosti, zaradi česar postanemo ujetniki nekakšnega zaporedja. Zasvojeni lahko postanemo z igranjem iger na srečo, s hrano, odnosi, s spolnostjo, z nakupovanjem, z računalniškimi igravicami, z zadolževanjem, s tveganim podjetništvom, z delom, s klepetalnicami, s športom, z duhovnostjo in z drugimi vedenji. Še posebno ranljivi smo za zasvojenosti, ki so povezane z internetom in mobilnimi napravami, in sicer zaradi visoke ravni stimulacije možganov (ASAM, 2011).

Obravnavanje odvisnika v domačem okolju

Kadar govorimo o reševanju problemov zasvojenosti posameznika, moramo imeti vedno v mislih reševanje problemov celotne družine (Auer, 2002; Perko, 2011). Odvisnost enega družinskega člana vpliva na delovanje vse družine. Dinamika odvisne družine ni pogojena z vrsto odvisnosti, temveč s procesom nastajanja, vzdrževanja in morebitnega zdravljenja odvisnosti. Spremenijo se družinske

vrednote, vloge in stiki z okoljem. Odvisne družine so bolj izpostavljene nesrečam, nasilju, prezgodnjim izgubam, otroci iz teh družin pa so v večji nevarnosti, da tudi sami postanejo odvisni (Kastelic & Mikulan, 2004). Odvisnost je bolezen, ki v družini poveča stres, vpliva na stabilnost družine, njeno enotnost, duševno in telesno zdravje, finance in splošno družinsko dinamiko (National Council on Alcoholism and Drug dependence, 2016).

Glede na veljavne pravne akte, ki so podlaga za delovanje patronažnega varstva, in glede na pravila, ki jih določa Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), posamezniki in družine posebej zaradi odvisnosti s strani patronažnega varstva ne morejo biti obravnavani. Najpogostejše problematiko odvisnosti medicinske sestre prepoznajo in obravnavajo posredno, v sklopu odkrivanja različnih dejavnikov tveganja, ki so že ali bi lahko privedli do nastanka različnih obolenj. Lahko pa jih na problem odvisnosti opozorijo tudi zdravniki, Center za socialno delo, bolnikovi svojci ali zanj pomembne druge osebe, sosledje, širša lokalna skupnost in drugi. Ker odvisnost ni opredeljena kot razlog, zaradi katerega bi medicinska sestra v patronažnem varstvu lahko preventivno ali kurativno obravnavala posameznika in njegovo družino, se medicinske sestre v praksi na različne načine lotevajo reševanja problematike. Medicinski sestre je v veliko pomoč, če je v to reševanje vključen osebni zdravnik, ki je na podlagi delovnega naloga naročnik potrebnih kurativnih obravnav pri odvisniku. Pogosto ima medicinska sestra prav preko kurativnih obravnav možnost vstopiti v družino in se tako posredno vključiti v reševanje problema odvisnosti. Iz vidika preventivne dejavnosti lahko pri zavarovanih osebah, starih 25 in več let, v skladu s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 2006) samostojno načrtuje in opravi le dva patronažna obiska na leto v družini bolnika z aktivno tuberkulozo in dva patronažna obiska na leto pri kronično bolnih osebah in težkih invalidih, ki so osameli in socialno ogroženi, ter pri osebah z motnjami v razvoju. Drugih preventivnih patronažnih obiskov ZZZS ne prizna, kar pomeni, da jih niti v primerih, ko so obiski opravljeni pri družinah, kjer so prisotni izraziti zdravstveni in socialni problemi, ne plača.

O številu in vrsti obravnavanih odvisnosti v patronažni zdravstveni negi v slovenskem prostoru ni ustreznih podatkov, čeprav se za potrebe državne statistike zbirajo podatki o preventivni obravnavi različnih vrst varovancev. V obrazcu »Statistično poročilo o delu patronažnega varstva«, na podlagi katerega Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) zbira in objavlja podatke o obiskih pri posameznih vrstah varovancev, ni posebej naveden odvisnik (Zdravstveni statistični letopis, 2014), zato ni podatka o številu obiskanih odvisnikov v domačem okolju. Obiski odvisnikov se najpogostejše beležijo kot obiski kroničnih bolnikov, ostalih bolnikov

in ostalih varovancev. Omenjeni obrazec sicer predvideva kot prvič odkrit zdravstveno-socialni problem v družini tudi odvisnost in alkoholizem, vendar v metodoloških navodilih ni opisanih in definiranih kriterijev o tem, kdaj se odvisnost in alkoholizem evidentirata kot zdravstveno-socialni problem, zato podatki, zbrani na tak način, niso odraz realnega stanja v praksi. NIJZ tako zbranih podatkov o prvič odkritih zdravstveno-socialnih problemih javno nikjer ne objavlja.

Medicinske sestre v patronažnem varstvu odvisnike največkrat obravnavajo po protokolu obravnave kroničnih bolnikov. V okviru preventivne obravnave kroničnega bolnika medicinska sestra in bolnik na podlagi ocene stanja načrtujeta aktivnosti in intervencije, ki bi čim bolj pripomogle k odkrivanju in odpravljanju dejavnikov tveganja za psiho-socio-duševno zdravje bolnika. Namen preventivnega obiska bolnika s kroničnim obolenjem je izboljšati kakovost njegovega življenja na domu z ugotavljanjem še ohranjenih vitalnih funkcij, povezanih z dnevnimi aktivnostmi in stopnjo samooskrbe. Naloga patronažnega varstva je, da s preventivnim delovanjem skuša preprečiti možne zaplete kroničnega obolenja in v primeru odkritih odstopanj pokazati morebitne rešitve ter posameznika in njegovo družino usposobiti za čim bolj polno in bogato življenje kljub bolezni (Nešić, et al., 2016).

Medicinska sestra v patronažnem varstvu se v domačem okolju pogosto srečuje z raznimi oblikami odvisnosti in obravnava posameznike, ki bi sicer potrebovali zdravljenje, a zaradi različnih razlogov nanj niso pripravljeni in se ne bodo nikoli zdravili. Ne glede na zbrane in evidentirane podatke, ki so za področje obravnave odvisnosti v patronažnem varstvu pomanjkljivi, lahko na podlagi poznavanja prakse sklepamo, da so najpogostejše prepoznane odvisnosti na terenu posledica pogostosti pojava odvisnosti v družbi nasploh. Pri preventivnih in kurativnih obravnavah posameznikov in družin v patronažnem varstvu je od odvisnosti zagotovo najbolj izrazit in prepoznaven problem odvisnosti od alkohola.

Alkoholizem kot najpogostejši zdravstveno-socialni problem družine in družbe

Nedvomno pri nas največ gorja, največ osebnih in družinskih stisk, pa tudi največ otroškega trpljenja povzroči prav alkohol. V naši kulturi je med zasvojenci največ prav zasvojencev z alkoholom. Starši, ki se na eni strani strahovito bojijo odvisnosti otrok od prepovedanih drog, na drugi strani povsem nekritično dopuščajo eksperimentiranje z dovoljenimi drogami (Žorž, 2008).

Alkohol ima v naši kulturi prav poseben privilegij. Poleg tega, da sodi med dovoljene in lahko dostopne droge, ki se svobodno pridelujejo in prodajajo, je nepogrešljiv pri večini osebnih in tudi državnih praznovanj.

Problem škodljive rabe in odvisnosti od alkohola je večplasten in zajema tako medicinske probleme kot družinske, delovne, prometne, javno-zdravstvene, pravne in druge družbene posledice (Auer, 2002; Albreht, 2011). Raba alkohola v neki družbi je odvisna od tega, kakšno vlogo mu pripisujejo v socialnih stikih, kakšne so socialne vrednote družbe in kako je definirana raba in škodljiva raba.

Tvegana in škodljiva raba alkohola predstavlja velik zdravstveni problem tako v Evropski uniji (EU) kot tudi v Sloveniji. Okolje in družbeno vzdušje v Sloveniji sta pitju alkoholnih pijač naklonjena in ga spodbujata, dostopnost in proizvodnja alkoholnih pijač sta veliki, ozaveščenost javnosti in politike pa slaba in v povojih, kar vse posledično vpliva na količino popitih alkoholnih pijač. Po raziskavah državljani EU prepoznavajo škodljive učinke alkohola na zdravje ter nezaželene socialne posledice, Slovenci pa so bolj kot za zdravstvene posledice občutljivi za nezaželene socialne posledice (Lovrečič, et al., 2012).

Za veliko število ljudi je pitje alkoholnih pijač povezano z vsemi ključnimi dogodki v življenju, zato je vsakršno omejevanje sprejeto kot izrazito nepopularno dejanje. Večina raziskav kaže, da je za prve izkušnje z alkoholom odločilen odnos staršev do alkohola. Stališča do rabe alkohola se razvijejo že zelo zgodaj. Družina vpliva na razvoj odvisnosti tako preko vzorov in vzgojnega ozračja kot preko genetskih dejavnikov. Alkohol je večplasten problem in tipična socialna bolezen. Posledice čezmernega pitja alkoholnih pijač ne prizadenejo posameznika samo telesno in duševno, temveč tudi socialno. Gre za ogrožanje posameznikove eksistence, v večini primerov pa tudi eksistence družine, ki je od njegovih dohodkov v večji ali manjši meri odvisna (Albreht, 2011).

Kot pravi Perko (2011), alkoholizem razkraja in uničuje življenje ljudi, s katerimi alkoholik živi in dela, še preden začne propadati njegovo telesno zdravje in se začnejo pojavljati značilni zapleti. Mnogo alkoholikov uniči družino, ko so telesno še razmeroma zdravi. Med značilnostmi alkoholnih družin je pogosto najti slabo družinsko povezanost in čustveno izmenjavo, veliko nesoglasij med staršema o bistvenih vprašanjih vzgoje in odnosov v družini ter togo zaprtost in neprilagodljivost (Auer, 2002; Perko, 2011).

O konceptu alkoholne zasvojenosti govorimo tudi z vidika bolezn družine. Prav tako kot alkoholik tudi člani njegove družine zmanjšujejo, izkrivljajo, racionalizirajo, potiskajo in negirajo resnost problematike pitja alkohola. Ko družina ščiti alkoholika pred neugodnimi posledicami pitja, da te ne bi postale še hujše, pa nenamerno in posredno pomaga vzdrževati zasvojenost. Družina alkoholika živi zanj, živi njegov alkoholizem kot družinsko bolezen. Večina družin z alkoholikom je disfunkcionalnih, z visoko prisotnostjo in intenziteto družinskih konfliktov, s slabo organizacijo in ekonomskim stanjem. Kot celota je družina dezorganizirana,

pitje pa postane organizacijska os življenja alkoholikove družine (Torre, 2006; Perko, 2011; Tominec, et al., 2015).

Alkoholna družina je v samem bistvu bolna, kar se kaže v pomanjkanju soglasja o bistvenih vprašanjih življenja, v čustveni odtujenosti, v pomanjkanju vzajemne podpore in solidarnosti. Bolni odnosi v družini so največkrat skriti pod fasado urejenega družinskega življenja, ki pa je v resnici niz nerazumevanj, ponižanj in teptanj človeškega dostojanstva (Perko, 2008).

Ključni elementi, ki vodijo človeka v odvisnost od alkohola, so nesposobnost ustvarjanja pravih odnosov, preobčutljivost, nesposobnost ustreznega izražanja čustev, negotovost vase in zato napadalnost, ogroženost in tesnoba ter majhno samospoštovanje. Odvisnost od alkohola je lahko model, ki se ga je posameznik naučil v mladosti od svojih staršev, vse več pa je raziskav, ki kažejo, da je odvisnost od alkohola verjetno tudi podedovana (Gostečnik, 2000; National Council on Alcoholism and Drug dependence, 2016)

Medicinska sestra v patronažnem varstvu se pogosto srečuje z družinami, kjer se problem odvisnosti vleče iz generacije v generacijo. Alkohol je v takšni družini vsakdanji spremljevalec, večina članov družine pa je do njega popolnoma nekritična in tako niso sposobni presekati vedenjskega vzorca družine. Perko (2011) pravi, da se otroci alkoholikov tudi kot odrasli čutijo krive za stanje v primarni družini. Vedo, da je bilo pri njih doma vse narobe, vendar ne zmorejo s prstom pokazati na starše, ker so zanje starši nedotakljivi, dobri, požrtvovalni. Dvojnost med kruto realnostjo patologije v družini in sporočili staršev, da imajo otroke radi, jih na koncu pogosto zlomi. Življenje otrok v takšnih družinah lahko primerjamo samo še z življenjem ljudi v koncentracijskih taboriščih.

Albreht (2011) ugotavlja, da je prvi in najpogostejši stik alkoholika z zdravstveno službo prav na primarni ravni zdravstvenega varstva. Posebej je poudarjena vloga splošnih zdravnikov pri odkrivanju in zdravljenju odvisnosti. Nalogi splošnega zdravnika sta predvsem postavitev diagnoze in motiviranje bolnika za zdravljenje. Večina odvisnikov od alkohola pride običajno najprej k somatskim zdravnikom: splošnim in internistom zaradi slabosti srca in krvnega obtoka ali težav s prebavili, nevrologom zaradi polinevropatij ali epileptičnih napadov, travmatologom zaradi poškodb. V vsakdanji praksi splošnega zdravnika ima znaten odstotek bolnikov težave z alkoholom. Če zdravnik to dejstvo spregleda, bo pri mnogih prišlo zaradi nadaljnje škodljive rabe alkohola do hudih posledic, zaradi katerih bo imela tudi terapija telesnih bolezni le omejen oziroma začasen učinek. Težave v prepoznavanju škodljive rabe ali odvisnosti nastanejo zaradi zanikanja in slepilnih manevrov odvisnika ali pa dejanskega nepoznavanja zveze med alkoholom in

bolnikovimi obolenji. Neredko zdravnikom tudi zmanjka potrebne energije in volje, da bi te vzroke pojasnili, saj iz izkušenj vedo, da to prinese konflikte in težave ter vzame veliko časa (Auer, 2002; Albreht, 2011; Tominec, et al., 2015).

S podobnimi problemi in v negotovosti se znajdejo medicinske sestre v patronažni dejavnosti, ko na terenu obravnavajo družino, v kateri so zaznale, da je eden ali celo več družinskih članov zasvojen/ih z alkoholom.

Diskusija

Odvisnost postaja v slovenskem prostoru vse večji problem posameznika, družine in družbe. Aktivnosti medicinske sestre v patronažnem varstvu morajo biti usmerjene v skrb za ohranitev ali povrnitev zdravja, za pomoč posamezniku in družini v vseh življenjskih obdobjih.

Lacey (2012) pravi, da bo zdravljenje odvisnosti uspešno le, če bodo imeli patronažna medicinska sestra in drugi zdravstveni delavci dovolj znanja, spretnosti in poguma. Glede na bolnikove posebnosti bi morali dnevno v zdravstveno vzgojo vključevati vse dejavnike tveganja za zdravje, kot so zdrava prehrana, telesna dejavnost, uživanje alkohola in kajenje.

Vsak človek je z nečim zasvojen, a večina nima te nalepke, saj zna svojo zasvojenost dobro prikrivati in drugih ne moti ali pa ima druge vrline, ki zasvojenost zasenčijo (Tominec, et al., 2015).

Sodobni človek se danes sooča z zanimivim fenomenom: na eni strani mu moderni časi prinašajo vse več materialnega blagostanja in mu lajšajo življenje, na drugi strani pa se sooča z vse večjimi stiskami in vse pogosteje išče pomoč psihoterapevtov in psihiatrov ali pa rešuje stiske kako drugače. Verjetno je, da bo tudi v prihodnje število ljudi v stiski še naraščalo. Vse več bo nevrotikov, alkoholikov, narkomanov in drugih zasvojenцев, psihotikov in motenih osebnosti (Perko, 2008).

Ker alkoholizem prizadene vso družino, je pri zdravljenju in obvladovanju odvisnosti nujno, da medicinska sestra, ki družino obravnava, sodeluje s svojci. Problemi zaradi odvisnosti so pri vsaki družini specifični in odvisni od mnogih dejavnikov, med katerimi so ključni razumevanje med člani družine pred nastopom odvisnosti, značajske lastnosti in temperament članov ter ekonomsko-socialni položaj družine (Auer, 2002; Psychology today, 2016).

Pri obravnavi družine, ki se srečuje s problemom odvisnosti, je vloga medicinske sestre v patronažnem varstvu ključnega pomena, saj kot edini zdravstveni

delavec v sistemu zdravstvenega varstva vstopa v družino in ima o družini pomembne informacije, ki bi lahko bile ostalim strokovnjakom v pomoč pri obvladovanju odvisnosti. K vsakemu primeru odvisnosti mora pristopiti individualno, družino obravnavati celostno z vidika vseh pomanjkljivosti in potreb članov ter skupaj z družino narediti načrt patronažne zdravstvene nege. Vloga medicinske sestre v patronažnem varstvu je predvsem v timskem povezovanju in izmenjavi informacij med izbranim osebnim zdravnikom bolnika, psihiatrom in drugimi strokovnjaki ter službami, ki se pri posamezniku in družini vključujejo v obravnavo odvisnosti.

Družina problem odvisnosti največkrat zanika v upanju, da bi si zagotovili družinski red, ki jim polzi med rokami. Zgodnje prepoznavanje odvisnosti v družini je zaradi zanikanja in prikrivanja oteženo (National Council on Alcoholism and Drug dependence, 2016). Medicinska sestra v patronažni dejavnosti zaradi prikrivanja in zanikanja velikokrat odvisnosti kot problema družine ne zazna dovolj zgodaj. Pozorna postane šele, ko se posameznik ali družina začne srečevati s težavami, za katere ne najde razloga.

Na pomembno vlogo medicinskih sester v obravnavi bolnika z alkoholno problematiko ter to, kako zdravstvena vzgoja patronažnih medicinskih sester vpliva na zdravljenje alkoholizma, kaže raziskava, ki je bila izvedena na Portugalskem (Antolič Peternel, 2014). Prepoznano je bilo, da je tema alkoholizma vključena v vsakodnevno delo patronažnih medicinskih sester. To je problem javnega zdravja, ki se kaže tudi na socialnem področju. K odkrivanju bolnikov, ki prekomerno pijejo alkoholne pijače, odločilno prispevajo njihovi sorodniki in prebivalci v lokalni skupnosti. Nujno potrebno za učinkovito zdravljenje je predvsem zaupanje med bolnikom in patronažno medicinsko sestro. Z omenjeno raziskavo so ugotovili, da uporaba alkohola ni naključna, temveč je v veliki meri beg pred obravnavo določenih problemov posameznika in se po navadi pojavi skupaj s socialnimi problemi. Pri odkrivanju alkoholizma v družini mora biti patronažna medicinska sestra dobro strokovno podkovana, saj le redkokdaj vidi bolnika opitega.

Antolič Peternel (2014) v raziskavi, opravljeni med 60 zaposlenimi v patronažni dejavnosti, ugotavlja, da patronažne medicinske sestre spremljajo družino z alkoholno problematiko na različne načine. Slaba polovica uporablja konzultacije z osebnim zdravnikom, slaba tretjina spremlja družino tako, da sodeluje s svojci, nekaj jih sodeluje s Centrom za socialno delo, ostale pa spremljajo družino v sklopu kurativnih in dveh preventivnih obiskov letno. Nudijo jim predvsem podporo, svetovanje ter jih poskušajo motivirati za manj tvegano pitje in abstinenco. Avtorica v raziskavi tudi ugotavlja, da medicinske sestre v patronažnem varstvu rešujejo alkoholno problematiko v družini vsaka po svoji presoji in vesti ter da

izvajalke same ocenjujejo, da nimajo dovolj potrebnega znanja in usposobljenosti za prepoznavanje in ukrepanje v primeru alkoholne problematike v družini.

Obravnava posameznika in družine, ki se srečuje s problemom odvisnosti, je v patronažnem varstvu še precej nedorečena tako s strani zakonodaje in plačnika kakor tudi s strani strokovnih vsebin in usposobljenosti izvajalcev. Medicinska sestra v patronažnem varstvu bi kot članica širšega tima strokovnjakov, ki se ukvarjajo s problematiko odvisnosti, morala imeti bolj pomembno in prepoznavno vlogo pri obvladovanju odvisnosti v družbi. Ker je posameznikov in družin, ki se srečujejo z različnimi oblikami zasvojenosti, tudi v našem prostoru vse več, se bo treba pospešeno lotiti reševanja te problematike.

Zaključek

Medicinska sestra v patronažnem varstvu je odgovorna, da ne glede na razlog obravnave posameznika pristopi k celotni družini. Obravnava jo iz preventivnega vidika in ji nudi potrebno pomoč ter podporo pri ohranitvi in krepitvi zdravja, po potrebi pa tudi pri rehabilitaciji. Ima prednost pred ostalimi strokovnjaki, ki se ukvarjajo s problemom odvisnosti, saj praviloma dobro pozna terensko področje, na katerem deluje, ter vplive okolja na posameznika in družine. Na tak način lažje prepozna prisotne in predvidi potencialne zdravstvene in socialne probleme v družini. Njena prednost je tudi v tem, da ima v času svoje poklicne poti pogosto možnost spremljati dve ali celo tri generacije iste družine. Določene probleme v družini in lokalni skupnosti lahko na podlagi preteklih izkušenj, obstoječe patronažne dokumentacije in strokovnega znanja vnaprej predvidi.

V prihodnosti bi bilo za obravnavo odvisnikov in njihovih družin treba oblikovati smernice, protokole, pravne podlage in strokovna izobraževanja, kar bi izvajalcem na terenu pomagalo pri kakovostni obravnavi družin, ki se srečujejo s problemom odvisnosti. Le na tak način bo patronažno varstvo lahko bolj prispevalo k učinkovitejšemu obvladovanju vseh oblik odvisnosti v družbi.

Literatura

Albreht, T., 2011. Alkohol kot eden ključnih javnozdravstvenih problemov – od zavedanja o njegovi pomembnosti do pravih poti rešitve. *Zdravstveni Vestnik*, 80(4), pp. 227–229.

Antolič Peternel, M., 2014. *Vloga patronažne medicinske sestre pri obravnavi alkoholizma v družini: diplomsko delo visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 18–41.

ASAM, 2011. *Definition of addiction*, <http://www.asam.org/quality-practice/definition-of->

- addiction [5. 08. 2016]. *Definiton of addiction* [online]. Available at <http://www.asam.org/quality-practice/definition-of-addiction> [19. 10. 2016].
- Auer, V., 2002. *Pretrmast, da bi pil; Alkohol, škodljiva raba in odvisnost*. Ljutomer: Samozaložba, pp. 44, 114, 208, 210–259.
- Bohak, J., 1995. Psihodinamika zasvojenosti. In: Rogl, I. *Odvisnost – družbeni problem, včeraj, danes, jutri*. Maribor: Obzorja, pp. 192–213.
- Gostečnik, C., 2000. *Psihoanaliza in Religija*. Ljubljana: Brat Frančišek; Frančiškanski družinski center, pp. 264, 260–261, 278–293.
- Hussein Rassool, G., 2010. *Addiciton for nurses*. Oxford: Iowa: Blackwell Publishing, pp. 11, 19, 31, 56, 57, 70.
- Kastelic, A. & Mikulan, M., 2004. Mladostnik in droga: priročnik za starše in učitelje. Dopolnjena izdaja. Ljubljana: Prohealth, pp. 14–36.
- Lacey, J. (2012). Reducing alcohol harm: Early intervention and prevention. *British Journal of School Nursing*, 7(2), pp. 83–86.
- Lovrečič, M., Lovrečič, B., Tomšič, S., 2012. Alkohol. In: Maučec Zakotnik, J., et al., eds. *Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije. Trendi v raziskavah CINDI 2001 – 2004 – 2008*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, pp. 122–185.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014. *Zdravstveni statistični letopis 2014* [online]. Available at: <http://www.nijz.si/sl/publikacije/zdravstveni-statisticni-letopis-2014> [5.8. 2016].
- National Council on Alcoholism and Drug dependence; Inc., 2016. *Family Disease* [online]. Available at: <https://www.ncadd.org/family-friends/there-is-help/family-disease> [19. 10. 2016].
- Nešić, M., Torbarina, P. & Krajnc, A., 2016. Patronažni obisk pri pacientu s kroničnim obolenjem. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. *Priporočila obravnave pacientov v patronažnem varstvu za diplomirane medicinske sestre*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
- Perko, A., 2008. *Družina na križpotju; Sodoben pristop k urejanju ljudi v stiski*. Ljubljana: Umco; Zavod Mitikas, pp. 28–35, 112–147.
- Perko, A., 2011. *Otroci alkoholikov in tiranov*. Kamnik; Šmarje-Sap: Zavod Mitikas; Buča, pp. 20–27, 38–49.
- Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 2015/2009/1998. Uradni list RS, št. 19/98, 47/98, 26/2000, 67/2001, 33/2002, 37/2003, 117/2004, 31/2005, 83/2007, 22/2009 in 17/15.
- Psychology today, 2016. *Addiction* [online]. Available at: <https://www.psychologytoday.com/basics/addiction> [19. 10. 2016].
- Šušteršič, O. & Rajkovič, V., 2000. *Informacijski sistem patronažne zdravstvene nege*. Kranj: Moderna organizacija, pp. 27.
- Šušteršič, O., Horvat, M., Cibic, D., Peternelj, A., Brložnik, M., 2006. Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega – nadgradnja in prilagajanje novim izzivom. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 40 (4), pp. 247–252.
- Today Medical news, 2016. *Addiction: Causes, Symptoms and Treatments* [online]. Medical news today.com. Available at: <http://www.medicalnewstoday.com/info/addiction> [19. 10. 2016].

- Tominec, N., Flaker, V., Žorž, B., Kramli, M., 2015. »Sem zasvojen, nisem nor«. Celje: Celjska Mohorjeva družba, pp. 9–21.
- Torre, R., 2006. *Oporavak alkoholičara u klubovima liječenih alkoholičara*. Zagreb: Hrvatski savez klubova liječenih alkoholičara, pp. 3–19.
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – uradno prečiščeno besedilo (ZZVZZ – UPB3)*, 2006. Uradni list Republike Slovenije št. 72.
- Zaletel Kragelj, L., Eržen, I., Premik, M., 2007. *Uvod v javno zdravje*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Katedra za javno zdravje, pp. 168–170.
- Železnik, D., Horvat, M., Panikvar Žlahtič, K., et al., 2011. *Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 19.
- Žorž, B., 2008. *Sodobno suženjstvo – sodobne zasvojenosti*. Koper: Ognjišče, pp. 63–75.

VLOGA BABICE PRI ODVISNICI V ČASU NOSEČNOSTI IN PORODA

THE ROLE OF MIDWIFE IN AN ADDICT DURING PREGNANCY AND CHILDBIRTH

pred. Anita Prelec, dipl. m. s., Msc (UK)

*Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev
medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije,*

Ob železnici 30a, 1000 Ljubljana

izvrsna.direktorica@zbornica-zveza.si

IZVLEČEK

Vse oblike odvisnosti z uporabo nedovoljenih substanc v nosečnosti imajo pomemben vpliv (in posledice) na zdravje mater in novorojenčkov. Ker je pri zdravstvenih delavcih pogosto pomanjkljivo znanje o vrstah odvisnosti in nepoznavanje ukrepov, se noseče odvisnice predvsem bojijo negativnih stališč zdravstvenih delavcev. To je tudi eden glavnih razlogov za slabše perinatalne rezultate pri tej ogroženi populaciji. Prav zato je potrebno oblikovanje zdravstveno-socialne strategije za pomoč odvisnicam v času nosečnosti in v poporodnem obdobju, da bi lahko preprečili oziroma ublažili negativne posledice. Ker je odvisnost vseh vrst javnozdravstveni problem, ki kaže trend naraščanja v Sloveniji in v Evropski uniji, je treba v izobraževalne programe zdravstvenih delavcev vseh ravni vključiti dodatne vsebine ali posebna znanja v vseživljenjsko učenje. Le ob kompetentnih in opolnomočenih zdravstvenih delavcih bomo lahko oblikovali dostopen in učinkovit sistem pomoči potrebnim mladim družinam. Namen prispevka je opozoriti na problem vseh vrst odvisnosti, s poudarkom na ženskah v obdobju nosečnosti in poroda. Pri tem imajo pomembno vlogo vsi zdravstveni delavci, ki se vključujejo v zdravstveno obravnavo, tudi babice. Cilj strokovnega prispevka je, na podlagi pregleda tuje literature in praks, najti način, da bo nosečim odvisnicam zdravstvena obravnava v Sloveniji čim bolj dostopna, perinatalni rezultati pri materah in novorojenčkih pa čim boljši.

Ključne besede: perinatalno obdobje, odvisnost, babištvo, ukrepi, izobraževanje

ABSTRACT

All forms of addiction involving the use of illicit substances during pregnancy have a significant impact (and consequences) for the health of mothers and newborns. While there is an identified lack of knowledge among healthcare workers about the types of addictions and unfamiliarity with measures to be taken, it is the addicted pregnant women who are especially afraid of negative attitudes of healthcare workers. This is also one of the main reasons for poor perinatal outcomes in this population at risk. Therefore, it is necessary to design social health strategies to help addicts during pregnancy and in the postpartum period in order to prevent or mitigate the negative impacts. Since addictions of all types are a public health problem showing an upward trend in Slovenia and the European Union, it is necessary for educational programs for healthcare workers to include additional content on all levels or include specific skills in lifelong learning. Only in this way we will create an accessible and effective system for young families in need of help, alongside competent and empowered healthcare professionals. The purpose of this paper is to draw attention to the problem of all kinds of addictions, with the emphasis on women during pregnancy and childbirth. All healthcare professionals who are involved in the treatment play an important role, even midwives. The aim of the professional contribution, based on a review of literature and practice, is to find a way for an optimal accessibility to medical treatment for addicted pregnant women in Slovenia in order to improve perinatal outcomes for mothers and newborns.

Key words: perinatal period, addiction, midwifery, measures, education

Uvod

Uporaba nedovoljenih substanc postaja svetovni zdravstveni problem kljub prizadevanjem v zakonodajnih strategijah mnogih držav. Opredelitev pojma »uporaba nedovoljenih substanc« ali »uporaba drog« govori o tem, da gre za uporabo snovi, ki so socialno, zdravstveno in pravno nesprejemljive ali imajo škodljiv potencial (Drug Scope, 2005). Ocene kažejo, da 200 milijonov ljudi na svetu v starosti med 15 in 64 let (kar predstavlja približno 5 % svetovnega prebivalstva) uporablja nedovoljene substance (Urad Združenih narodov za droge in kriminal, 2006).

Epidemiološke študije kažejo, da približno 5 % nosečnic v Veliki Britaniji uporablja prepovedane snovi (heroin, metadon, kokain, ekstazi, amfetamine in konopljo) (Crome & Kumar, 2007). Uporaba drog med nosečnostjo ima pomembne posledice za zdravje mater in novorojenčkov. Matere, ki so že odvisnice, so običajno ob spočetju v slabšem zdravstvenem stanju. Uporaba drog lahko povzroči

zaplete v nosečnosti, tako kot lahko sama nosečnost poslabša pogoje, povezane s prepovedanimi substancami. Odvisnost je povezana s podhranjenostjo, slabokrvnostjo, kožnimi abscesi, virusi, ki se prenašajo s krvjo, in s težavami z zobmi (Walton-Moss, et al., 2009). Poleg tega je prisotnih več socialnih težav, kot so brezposelnost, revščina, kriminalne dejavnosti in nasilje v družini, kar vse vpliva na izide pri materah in novorojenčkih (Prentice & Watts, 2004). Zadnje poročilo Centra za poizvedbe o zdravju žensk in otrok (angl. Centre for Maternal and Child Enquiries) opozarja, da so nekateri kompleksni družbeni dejavniki, vključno z zlorabo snovi, tesno povezani s povečanim tveganjem za maternalno smrt v perinatalnem obdobju (Lewis, 2011). Noseče odvisnice v Združenem kraljestvu, ki so umrle, večinoma niso obiskovale prenatalnih preiskav (Lewis, 2011).

Nacionalni podatki o uporabi tobaka, alkohola in drugih drog

Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje (2013) o uporabi tobaka, alkohola in drugih drog je vsaj enkrat v življenju že uporabilo katero izmed prepovedanih drog 16,1 % prebivalcev Slovenije v starosti od 15 do 64 let. Med tistimi, ki so v življenju že uporabili prepovedano drogo, jih je 15,8 % uporabilo marihuano/hašiš. Kar 80,6 % prebivalcev Slovenije v starosti od 15 do 64 let je v letu 2011 pilo alkoholne pijače. Podatki o uporabi tobaka pa kažejo, da med prebivalci Slovenije kadi 24 % ljudi, več je moških kot žensk. Po podatkih raziskave European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (2015) je 30 % 15 in 16 let starih dijakov v življenju že uporabilo kanabis, po podatkih raziskave Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015) pa je 23,2 % petnajstletnikov vsaj enkrat v življenju poskusilo marihuano. Raziskava o uporabi drog v nočnem življenju v Sloveniji in Italiji je pokazala, da so anketiranci v obeh državah v najvišjem deležu poskusili marihuano. V Sloveniji so bili na drugem mestu amfetamini, na tretjem pa kokain (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2013).

Vpliv prepovedanih drog na zdravje žensk in otrok

Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje (2013) je bilo v obdobju 2006–2007 med 38.280 ženskami, ki so rodile v Sloveniji, 99 porodnic z anamnezo odvisnost od prepovedanih drog, največ v obalno-kraški regiji. Povprečna starost mater je bila 29 let. 25 mater je zlorabljal drogo v zadnji nosečnosti. Demografski podatki kažejo, da so to pogostejše samske ženske z nižjo izobrazbo. Na prvi ginekološki pregled so prišle pet tednov kasneje ter so v nosečnosti velikokrat pogostejše kadile kot druge porodnice. Med novorojenčki mater odvisnic je bilo več

prezgodnjih porodov z nižjo porodno težo kot med preostalimi novorojenčki. Nacionalni inštitut za javno zdravje je objavil, da je bilo v letu 2014 med vsemi porodi v Sloveniji z neonatalnim abstinenčnim sindromom diagnosticiranih 21 novorojenčkov. Od leta 2013 so v porodni zapisnik dodali vprašanje o odvisnosti od prepovedanih drog pri materi. Bivših uporabnic drog je bilo zabeleženih 91, v času poroda pa 41.

Nosečnost in odvisnost

Nosečnost ima velikokrat za žensko poseben pomen, včasih je želja po otroku in materinstvu ena njenih najglobljih želja. Materinstvo je lahko za mnoge ženske, odvisne od prepovedanih drog, edina vloga v njihovem življenju, ki jo njihova okolica spoštuje in ceni, prav tako je nova vloga močna motivacija za zmanjšanje uporabe drog, pri nekaterih celo za prenehanje uživanja (Murphy & Rosenbaum, 1999). Nosečnost pa sama po sebi ni dovolj močan motiv za odvisnice, da bi za vedno prenehale jemati droge, saj je odvisnost od drog huda kronična bolezen (Zver Skomina, 2006; Mejak & Kastelic, 2016). Nosečnost je dogodek, v katerem ženska z odvisnostjo začne bolj nadzirati svoje življenje v skrbi za lastno zdravje in zdravja otroka ter občutno zmanjša jemanje drog. Veliko žensk, ki uživajo droge, zaradi motenj menstrualnega ciklusa težko prepozna znake nosečnosti in jih ne razlikuje od odtegnitvenih težav. Samo nosečnost pogosto prikrivajo in zaradi slabih socialnih razmer opravljajo tudi dela, ki lahko plodu škodujejo (Zver Skomina, 2006; Mejak & Kastelic, 2016). Raziskave kažejo, da sta nosečnost in rojstvo točki, kjer je intervencija lahko spodbudna za nekatere ženske, odvisne od drog. Jenkins (2013) trdi, da noseča odvisnica, ki prejema babiško skrb v predporodnem obdobju in po porodu, bolje napreduje v terapiji, take matere pa razvijejo tudi bolj zdravo vez z otrokom. Pogosto nosečnice, ki uživajo droge, ob vstopu v obporodno obravnavo zdravstvenim delavcem ne povedo, da so odvisne od nedovoljenih drog, kar lahko pomeni velik problem za zdravstveno osebje, ki skrbi za nosečnico in novorojenčka. Ker zdravstveno osebje ne ve, da je mati uporabnica drog, ne izvaja posebnih ukrepov za zaščito zdravja otroka in matere (HIV pozitivne, hepatitis B in C). Priznanje, da uporablja droge, je za nosečnico zelo težko, največkrat zaradi strahu pred okolico, ki bi jo moralno obsojala in na neki način izločila iz svojega okolja, ter predvsem zaradi strahu pred odvzemom otroka. Nedvomno uživanje drog povečuje možnost težav v nosečnosti in/ali pri nerojenem otroku in vpliva na potek poroda ter nadaljnje življenje in vzgojo otrok. Pri tem pa so pomembne tudi vrste drog, način in pogostost jemanja. Nosečnice, ki imajo težave z odvisnostjo od prepovedanih drog, se med nosečnostjo pogosto srečujejo z različnimi težavami, kot so strah pred odvzemom otroka, strah pred

tem, kakšne posledice bo imela droga na plod, občutki krivde in samoobtoževanje, slabše socialne razmere, težave z zdravjem ter kaotičen življenjski slog, ki še dodatno vplivajo na potek nosečnosti in počutje matere (National Health Service, 2003). Ob uživanju dovoljenih in nedovoljenih drog ter ob zdravstvenih in porodniških zapletih so pogosto prisotni tudi neurejeni družinski odnosi, psihično in telesno nasilje, socialnoekonomski problemi, nezaposlenost. Tako so težave v nosečnosti in težave v razvoju otrok skoraj bolj posledica naštetih dejavnikov, kar povzroči vsaj toliko škode kot uživanje drog. Nekatere raziskave so potrdile, da okoli 70 % nosečnic, odvisnih od ilegalnih drog v času nosečnosti, nima ustrezne zdravstvene obravnave. Drugi menijo, da je pomembno vključiti nosečnice v program zdravljenja odvisnosti čim prej, saj je v tem primeru motivacija, da ostanejo čiste do konca nosečnosti, večja (Mejak & Kastelic, 2016). Tudi pravni postopki, kot so odvzem skrbništva ali dodeljeno rejništvo, je pomemben motivacijski dejavnik za vstop v program zdravljenja. Če sodišče materam odvzame skrbništvo, velikokrat zapustijo zdravljenje zaradi pomanjkanja motivacije (Murphy & Rosenbaum, 1999; Klee, et al., 2001).

Mayet in sodelavci (2008) so dokazali, da veliko število nosečnic med nosečnostjo uživa več psihoaktivnih substanc skupaj. Zdravstveni delavci so večkrat osredotočeni predvsem na opioidno odvisnost, zato nosečnice ne vprašajo, kako je z uživanjem drugih psihoaktivnih snovi, kot so alkohol, cigarete, uspavalna ter druge psihoaktivne substance.

Metadon in nosečnost

Vzdrževalna terapija z metadonom med nosečnostjo v kombinaciji s psihoterapevtskim zdravljenjem zmanjšuje pojavnost zapletov v nosečnosti ob porodu in pri plodu (Cetin-Lovšin, 2006). Stabilnost na metadonu omogoča, da nosečnica ne jemlje prepovedanih drog, prav tako omogoča spremembo življenjskega sloga in boljši dostop do prenatalne in postnatalne oskrbe. Z zmanjševanjem oziroma s prenehanjem uživanja drog omogočimo manjše tveganje in stabilno nosečnost, zmanjša pa se tudi tveganje za prirojene napake ploda.

Matere, ki so bile vključene v vzdrževalno terapijo z metadonom in so se uspele v času nosečnosti držati predpisanega odmerka, so imele manj težav z duševnim zdravjem, bile so bolj zadovoljne s prenatalno oskrbo ter so se bolje pripravile na rojstvo otroka. Novorojenčki so imeli večjo gestacijsko težo in so bili rojeni kasneje. Metabolizem metadona se povečuje s trajanjem nosečnosti in veliko žensk ima izkušnjo z abstinenčnim sindromom v zadnjem trimesečju, zato je tveganje za recidiv večje. Alternativa povečanju odmerka metadona je, da pri nekaterih nosečnicah

dnevni odmerek metadona razdelimo, da bi ohranili stabilno stopnjo v plazmi (Mejak & Kastelic, 2016).

Novorojenčki in otroci odvisnic

Učinek droge ni omejen le na čas nosečnosti, temveč je bolj dolgoročen. Več kot 75 % otrok, ki so bili izpostavljeni drogam v času nosečnosti, ima več zdravstvenih težav v primerjavi s splošno populacijo (Finnegan, 1991; Cetin-Lovšin, 2006). Pogostejša je tudi nedonošenost (17 %) v primerjavi z ostalo populacijo (6 %), zahiranost, moten duševni razvoj, fetalni distress in smrt ploda v maternici. V ožjem poporodnem obdobju je v ospredju neonatalni abstinenčni sindrom otroka (Cetin-Lovšin, 2006).

Mnogo nosečnic, ki uživajo prepovedane droge, uživa tudi alkohol, kar je treba upoštevati pri oceni tveganja in ga pravilno obravnavati. Alkohol je teratogena substanca, zato varna meja uživanja alkohola med nosečnostjo ne obstaja. Poraba sedem enot alkohola (10 g čistega alkohola) na teden naj ne bi imela pomembnih posledic za otroka, pogostejša raba alkohola pa ima negativne učinke na razvoj možganov pri plodu ter resne vedenjske, nevrološke in fizične motnje, poznane kot fetalni alkoholni sindrom (Cetin-Lovšin, 2006).

Ženske, ki med nosečnostjo kadijo, povečujejo negativne učinke na plod ter verjetnost pojavljanja vedenjskih in zdravstvenih težav pri otroku. Kajenje matere je povezano z nižjo porodno težo otroka in je pogostejše med ženskami s socialnimi težavami in osebnimi stiskami ter med ženskami, ki imajo težave z odvisnostjo. V splošni populaciji naj bi povprečno kadila vsaka peta ženska, med ženskami, odvisnimi od prepovedanih drog, pa naj bi jih kadilo več kot 70 % (Zver Skomina, 2006).

Dojenje

Snovi, ki se najbolj zlorabljajo, so lipidno topne in se znatno izločajo v materino mleko; tako lahko prehajajo skozi kri v možgansko bariero novorojenčka. To pomeni, da je otrok izpostavljen vrsti neželenih učinkov (intoksikacija ali abstinenčni sindrom). Kontraindikacije za dojenje so: uživanje različnih drog v večjih količinah, nekonsistentna uporaba droge, injiciranje, uživanje cracka, kokaina in visokih doz amfetaminov, HIV pozitivne matere. Na splošno pa je dojenje priporočljivo pri dokaj stabilnih dozah predpisane substitucijske terapije in ima pozitivne učinke na zmanjševanje tveganj pri otroku. Z dojenjem se tudi ne prenaša hepatitis B in C. Priporočljivo je, da se mati izogiba dojenju 1–2 uri po tem, ko je

vzela drogo ali zdravila, saj je takrat koncentracija droge v plazmi najvišja. Pozorni moramo biti na znake intoksikacije in abstinenčnega simptoma pri otroku. Če se pojavijo, takojšnje ukinjanje dojenja ni priporočljivo, ampak ga je treba postopno nadomestiti z nadomestno hrano za dojenčke (Cetin-Lovšin, 2006; Mejak & Kastelic, 2016).

Odnos zdravstvenih delavcev do odvisnic

Ettore (2007) ugotavlja, da je moralističen odnos zdravstvenih delavcev do odvisnic posledica nelegalnosti uživanja drog, s katerim matere prestopijo družbene norme. V eni od raziskav je kar 31 % nosečnic poročalo, da so doživele obsojajoč in diskriminatoren odnos strokovnega osebja ter da z njim niso hotele več stopiti v stik. Nosečnice in matere se večkrat bojijo prositi za pomoč, počutijo se manjvredne, bojijo se, da jim bodo strokovne službe odvzele otroka. Na diskriminatoren odnos strokovnega osebja naj bi vplivalo tudi neznanje ter nepoznavanje odvisnosti, pa tudi premalo povezovanja z drugimi strokovnimi službami. Programi, ki ponujajo pomoč in obravnavajo odvisnost, ter programi pomoči, namenjeni otrokom, so velikokrat zelo različni ter prihajajo med seboj v konflikt, ker temeljijo na različnih stališčih in metodah dela. Osebe, ki dela v teh institucijah, ima različna znanja in različna teoretična izhodišča, zato velikokrat zelo malo vedo o enem ali drugem področju dela.

Ocena tveganja in integrativna obravnava

V procesu pomoči je treba delovati multidisciplinarno z medsebojnim sodelovanjem vseh vpletenih institucij (ginekološke službe, porodnišnice, substitucijski programi, socialne službe) (Mayet, et al., 2008). Mejak in Kastelic (2016) pri obravnavi nosečnice, odvisne od prepovedanih drog, priporočata analizo tveganja. Ocena tveganja je osnova za dober individualni načrt. Prvi korak integrativne obravnave je srečanje članov multidisciplinarnega tima in sodelovanje z vsemi udeleženi v načrtu zdravstvene obravnave; sem spada tudi babica s svojimi znanji in veščinami. Cilj članov multidisciplinarnega tima je poskrbeti za nosečnico v času nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja. Nosečnica in po možnosti tudi njen partner morata biti aktivno udeležena v načrtovanju skrbi in pri odločitvah.

Dodatna znanja s področja odvisnosti v času materinstva

Jenkins (2013) je v svoji raziskavi preverjala odnos babice do uporabnic nedovoljenih substanc v času nosečnosti. Ugotovitve raziskave so pokazale, da so

babice poročale o pozitivnih, neobsojajočih odnosih do nosečih odvisnic. To je bilo v nasprotju z ugotovitvami drugih pregledanih raziskav. Babice z manj izkušnjami so bili bistveno bolj pozitivne v svojem odnosu do uporabe prepovedanih drog med nosečnostjo. Poleg tega so babice, ki so se udeležile formalnega izobraževanja v zvezi z uporabo drog v nosečnosti, pokazale bistveno bolj pozitiven odnos do mater odvisnic. Ugotovitve te raziskave zagotavljajo dokaze o prednostih izobraževalnega programa, podprtega z vsebinami s področja odvisnosti v času materinstva. Ne glede na izsledke te raziskave pa lahko trdimo, da so potrebna dodatna znanja vseh, ki sodelujejo v multidisciplinarnih timih pri obravnavi odvisnic v času materinstva.

Nacionalni program in zasvojenost

Državni zbor Republike Slovenije je aprila 2013 letos sprejel Resolucijo o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020, ki med drugim za področje zasvojenosti opredeljuje mrežo programov, namenjenih tudi uporabnikom prepovedanih drog. V nacionalnem programu socialnega varstva so natančno opredeljeni obseg programov ter njihova dostopnost in dosegljivost za vse prebivalce države (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2013), vendar program posebej ne izpostavlja žensk v obdobju nosečnosti in v poporodnem obdobju. Različni programi ponujajo informiranje uporabnikov o zdravstvenih posledicah uporabe nedovoljenih substanc in o ukrepih ob zapletih, in sicer s skrbno načrtovanim in optimiziranim sistemom spletnih vsebin, s spletnim svetovanjem in z uporabo tehnik socialnega marketinga: informiranje uporabnikov na terenu (v klubih, barih in diskotekah), kjer se vključujejo dijaki in študenti enake starosti; specializiran program pomoči za socialno integrirane uporabnike kokaina s poudarkom na svetovanju in terapiji, ki bo omogočal hitro in prilagojeno vključitev uporabnikov in zagotavljal visoko stopnjo anonimnosti. V nacionalne programe bi bilo treba vključiti vsebine, ki obravnavajo ozko področje v zdravstvenem varstvu žensk – odvisnice v času med nosečnostjo, porodom in v poporodnem obdobju ter njihove potrebe. Dobrih praks znotraj Evropske unije je veliko.

Diskusija

Dejstvo je, da so ženske, nosečnice in matere, odvisne od prepovedanih drog, ter njihovi otroci izpostavljeni osebnim, kulturnim, socialnim in ekonomskim dejavnikom tveganja (Mejak & Kastelic, 2016). Zaradi samega uživanja drog ter drugih dejavnikov tveganja, ki so povezani z odvisnostjo (duševno zdravje, stigmatizacija, slabši socialno-ekonomski položaj) so matere (in njihovi otroci), odvisne

od prepovedanih drog, ena najbolj ranljivih skupin prebivalstva (Klee, et al., 2001; Carlson, 2006). Motnje, ki nastanejo zaradi različnih prepovedanih substanc, bistveno vplivajo na zdravje posameznika in njegovo družbeno delovanje, kar posredno vpliva tudi na kakovost življenja (Čuček Trifkovič, et al., 2010).

Merlak in Kastelic (2016) trdita, da nosečnice in matere v Sloveniji, ki uživajo prepovedane droge, problem odvisnosti prikrivajo zaradi občutkov sramu, krivde in stigmatizacije. Te matere namreč ne vstopajo v že obstoječe nacionalne programe pomoči oziroma se jim izogibajo ter tako odklanjajo strokovno pomoč in dostop do informacij. Noseče odvisnice se izogibajo tudi vsem oblikam pomoči, predvsem zaradi bojazni, da jih bo družba prepoznala kot neprimerne in neodgovorne starše, ter zaradi stigmatizacije zdravstvenih delavcev (Jenkins, 2013). V zdravstveno obravnavo vstopijo pozno, predvsem ko gre za probleme zdravstvenega (prekinitev nosečnosti, zastoj rasti ploda, prezgodnji porod) ali socialnega vidika (rejništvo, skrbništvo nad otrokom) (Mejak & Kastelic, 2016). Po podatkih European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2012) je v Evropi in verjetno tudi v Sloveniji četrtina uporabnikov, ki razvije resne težave z drogo, ženskega spola, od tega je 90 % ženskih uporabnic starih med 15 in 39 let. Ravno zaradi tega je še kako pomembno, da nacionalni programi pomoči vključijo kot posebno ranljivo skupino ženske v rodnem obdobju, ker so njihove potrebe v obdobju starševstva izjemnega pomena.

Zaključek

Odvisnost vseh vrst je družbeni problem, ki uporabnike pripelje na rob družbenega okolja. Noseče odvisnice zaradi svojega primarno slabšega zdravstvenega stanja, slabšega dostopa do oblik pomoči in (pogosto) nerazumevanja zdravstvenih delavcev glede položaja, v katerem so se znašle, utrpijo nepopravljivo škodo za svoje zdravje in zdravje otrok. Prav zaradi slabših perinatalnih rezultatov, prezgodnjih rojstev, fetalnega alkoholnega sindroma in drugih zapletov so matere še bolj stigmatizirane in socialno izolirane. Individualna ocena tveganja in integrirana skrb članov multidisciplinarnega tima, kamor sodi tudi babica, prinaša najboljše izide za zdravje ženske in novorojenčka. Pomembno je sodelovanje tudi z domačim okoljem, širšo družino in socialno službo, kamor se bo ženska po odpustu iz porodnišnice vrnila.

Znanje vseh udeležencev timske obravnave pa je ključno za optimalno obravnavo, ki si jo ženska iz marginalne skupine zasluži. Zato je treba v dodiplomsko in vseživljenjsko izobraževanje vključiti prenovljene, sodobne vsebine, ki bodo pokrivale tudi potrebe sodobne družbe – kar vse vrste odvisnosti vsekakor so.

Le tako opolnomočene babice bodo lahko delovale preventivno na vseh ravneh zdravstvenega varstva, z namenom zmanjšanja posledic odvisnosti za zdravje no-sečnic, mater in novorojenčkov.

Literatura

Carlson, B., 2006. Best practices in the treatment of substance-abusing women in the child welfare system. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 6(3), pp. 97–119.

Cetin-Lovšin, I., 2006. Novorojenčki, rojeni od opiatov odvisnim materam. V: Brumec, et al. Eds. *Preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od nedovoljenih psihoaktivnih snovi in kontinuiran razvoj pediatrične zdravstvene nege: zbornik predavanj. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji*, 19.–20. oktober 2006. Portorož: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, pp. 9–12.

Crome, IB., Kumar, MT., 2007. Epidemiology of drug and alcohol use in young women. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 12(2), pp. 98–105.

Čuček Trifkovič, K., Kobolt, A. & Kores Plesničar, B., 2010. Zadovoljstvo z življenjem pri osebah, odvisnih od alkohola. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 44(3), pp. 147–155.

Drug Scope, 2005. *Substance misuse in pregnancy. A resource book for professionals*. DrugScope: London, pp. 70–73.

European monitoring centre for drugs and drug addiction, 2012. *Pregnancy, childcare and the family. Key issues to response to drug*. Available at: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/671/TDSI12001ENC_396469.PDF [10. 9. 2016].

European School Survey Project on alcohol and other drugs, 2015. Annual report. Available at: www.espad.org/report/home [10. 10. 2016].

Finnegan, LP., 1991. Treatment issues for opioid dependent women during the perinatal period. *J Psychoactive Drugs*, 23(2), pp. 191–201.

Jenkins, L., 2013. A survey of midwives' attitudes towards illicit drug use in pregnancy. Available at: <https://www.rcm.org.uk/learning-and-career/learning-and-research/ebm-articles/a-survey-of-midwives%E2%80%99-attitudes-towards> [29. 9. 2016].

Klee, H., Jackson, M. & Lewis, S., 2001. *Drug Misuse and Motherhood*. New York: Routledge.

Lewis, G., 2011. *Saving mothers' lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006–08. The Eighth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom*. CMAE: London.

Mayet, S., Groshkova, T., MacCommark, T. & Strang, S., 2008. Drugs and pregnancy-Outcomes of women engaged with a specialist perinatal outreach addiction service. *Drug and Alcohol Review*, 27(5), pp. 497–503.

Mejak, V. & Kastelic, A., 2016. Nosečnost in odvisnost od prepovedanih drog. V: Globevnik Velikonja, V., Geršak, K., eds. *Psihosomatika v ginekologiji in porodništvu 1. Slovenski simpozij, Ljubljana, marec 2016*. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino Slovenije, pp. 79–92.

- Murphy, S., Rosenbaum, M., 1999. *Pregnant Women on Drugs: Combating Stereotypes and Stigma*. 2nd ed. New Jersey: Rutgers University Press, pp. 68–90.
- Nacional Health Service, 2003. *Pregnancy and drug misuse*. Available at: <http://www.nhslothian.scot.nhs.uk/Services/A-Z/PrimaryCareFacilitatorTeam/Local%20AIDs%20Sheets%20Archive/91.%20Pregnancy%20and%20drug%20misuse.pdf> [10. 10. 2016].
- Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2013. *Nacionalno poročilo 2013 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji*. Available at: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacijedatoteke/nacionalno_porocilo_o_stanju_drog_2013.pdf [2. 10. 2016].
- Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. *Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji*. Available at: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/hbsc_2015_e_verzija30_6_2015.pdf [2. 10. 2016].
- Prentice, S. & Watts, K., 2004. Pregnant women and substance misuse: an audit. *British Journal of Midwifery*, 12 (12), pp. 767–770.
- Urad Združenih narodov za droge in kriminal, 2006. *World drug report 2006*. United Nations Publications: New York.
- Walton – Moss, BJ., McIntosh, LC., Conrad, J. & Kiefer, E., 2009. Health status and birth outcomes among pregnant women in substance abuse treatment. *Women's Health Issues*, 19(3), pp. 167–175.
- Zver Skomina, J., 2006. Vodenje nosečnosti odvisnice. In: Brumec, et al., eds. *Preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od nedovoljenih psihoaktivnih snovi in kontinuiran razvoj pediatrične zdravstvene nege: zbornik predavanj. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, 19.–20. oktober 2006*. Portorož: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, pp. 23–25.

VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI NOVOROJENČKU Z ABSTINENČNIM SINDROMOM

NURSE'S ROLE IN NEONATAL ABSTINENCE SYNDROME

Jana Stermecki, dipl. bab.

UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, KO za perinatologijo,

Enota za intenzivno nego in terapijo novorojenčkov

jana.stermecki@kclj.si

IZVLEČEK

Neonatalni abstinenčni sindrom se razvije pri novorojenčkih mater, ki so v nosečnosti uživale opioide in druge prepovedane droge. Odtegnitveni simptomi so odvisni od vrste, količine in kombinacije drog, ki jih je nosečnica uživala. Pojavijo se lahko že nekaj ur po rojstvu, razdražljivost otroka pa lahko traja več mesecev. Intenzivnost abstinenčne krize pri novorojenčku se oceni po Finneganovi lestvici in glede na seštevek točk novorojenčku predpišejo primerna zdravila. Pomembno je tudi podporno zdravljenje, ki ga omogoča primerna zdravstvena nega. Cilj zdravljenja je umiritev novorojenčka ob čim manjši sedaciji. Vključevanje staršev v podporno zdravljenje ima pomembno vlogo pri navezovanju stika in pridobivanju znanja o otrokovem vedenju, kar jim tudi po odhodu v domače okolje pomaga prebroditi težave, ki jih ima otrok zaradi odtegnitve. Algoritem ukrepov za zdravljenje novorojenčka z znaki odtegnitve v porodnišnici Ljubljana je rdeča nit pri timskem pristopu k zdravljenju.

Ključne besede: novorojenček, učinki opioidov, odtegnitveni simptomi, podporno zdravljenje

ABSTRACT

Neonatal abstinence syndrome develops in newborns of mothers who consumed opioids and other narcotics during pregnancy. Withdrawal symptoms depend on the type, quantity and combination of drugs consumed by the pregnant woman. These may occur a few hours after birth, however, the child may be irritable for several months. The intensity of neonatal abstinence crisis is assessed according to the Finnegan scale and the newborn is prescribed appropriate medication according to the score. Supportive therapy is also quite important and is enabled by appropriate medical care. The aim is to calm the infant with minimum

sedation. The involvement of parents in the supportive therapy plays an important role in bonding and gaining knowledge about the child's behaviour, allowing them to overcome difficulties of withdrawal after they are discharged to the home environment. The algorithm for the management of neonatal abstinence syndrome in the Maternity Hospital in Ljubljana is the common thread in the teamwork oriented approach to treatment.

Key words: newborn, opiate effects, withdrawal symptoms, supportive therapy

Uvod

Učinki opioidov in abstinenčni znaki pri uživalcih prepovedanih drog so bili znani že v 18. stoletju. Šele v sedemdesetih letih 20. stoletja pa so se strokovnjaki pričeli sistematično ukvarjati s posledicami prepovedanih drog na plod in novorojenčka, ki je bil v času nosečnosti izpostavljen njihovim negativnim učinkom (Maguire, 2014).

Stalna prisotnost opioidov v celicah povzroči porušeno ravnovesje mediatorjev, kar vodi v odvisnost, nenaden padec ravni opioidov v telesu pa povzroči povečano vzdraženost centralnega in avtonomnega živčevja, kar imenujemo odtegnitveni ali abstinenčni sindrom. Pri novorojenčku, ki je bil v času nosečnosti izpostavljen prepovedanim drogam, se lahko pojavijo različne posledice. Zaradi učinka prepovedanih drog na krvne žile posteljice plod zaostaja v rasti. Tvegan življenjski slog matere je lahko povezan tudi s prenosom nevarnih okužb, kot so virusni hepatitis in HIV (humani imunodeficientni virus). Večje je tveganje za prezgodnji porod, nižjo porodno težo, po rojstvu pa nenaden padec ravni prepovedanih drog pri novorojenčku povzroči abstinenčni sindrom (Cetin Lovšin, 2006).

Uporaba drog med mladimi je v porastu in tako je med njimi tudi vse več žensk, ki so v rodnem obdobju. V nosečnosti droga prehaja skozi placento, zato je že kmalu po rojstvu pri novorojenčku mogoče opaziti simptome neonatalnega abstinenčnega sindroma, ki so posledica prekinitve dotoka droge skozi placento. Nujna sta prepoznavna teh simptomov in pravočasno zdravljenje (Todorović, et al., 2005).

Centri za preventivo in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog nosečnicam nudijo podporno zdravljenje z nadzorovanimi odmerki metadona. Med nosečnostjo metadon kot nadomestna terapija uspešno zmanjša uporabo drugih opiatov in prepovedanih drog, s tem pa zmanjša tudi tveganje za izgubo ploda. Odmerki proti koncu nosečnosti naraščajo, po porodu pa jih znižujejo. Dolgoročni učinki izpostavljenosti ploda metadonu med nosečnostjo ostajajo nejasni, izpostavljenost po porodu (morfin) pa je lahko zaskrbljujoča. Vključevanje nefarma-

koloških metod zdravljenja – podporna zdravstvena nega – lahko zmanjša vplive izpostavljenosti novorojenčka opioidom po porodu (Pritham, 2013).

Namen prispevka je opredeliti neonatalni abstinenčni sindrom, predstaviti algoritem ukrepov za zdravljenje novorojenčka z znaki odtegnitve, ki ga v porodnišnici Ljubljana uporabljamo na enoti za intenzivno nego in terapijo novorojenčkov, ter predstaviti vlogo medicinske sestre pri zdravljenju novorojenčka z odtegnitvenimi simptomi.

Zgodovina neonatalnega abstinenčnega sindroma

Prvi dokumentirani primer neonatalnega abstinenčnega sindroma (NAS) v zahodni kulturi se je pojavil v Nemčiji leta 1875. V letih od 1800 do 1900 je bila umrljivost zdravljenih novorojenčkov z odtegnitvenimi simptomi 33 %, nezdravljenih pa celo preko 90 %. Režim zdravljenja ni bil znan, prakse pa so bile različne: dojenje, medtem ko je mama še vedno uživala opij, ter pihanje dima opija v dojenčkov obraz. Leta 1964 se je za zdravljenje heroinske odvisnosti pojavil metadon in njegova uporaba se je hitro razširila. Drugi velik premik pa sta prinesla opredelitev NAS ter leta 1975 razvoj Finneganove lestvice za merjenje intenzivnosti abstinenčne krize pri novorojenčku. Prirejeno ali modificirano Finneganovo lestvico še vedno uporabljajo v večini evropskih držav in tudi v Ameriki. Osnovni pristop farmakološkega zdravljenja prevladuje tudi danes, v večini primerov sta v uporabi morfin in fenobarbital (Hendré, et al, 2015).

Znaki neonatalnega abstinenčnega sindroma

Neonatalni abstinenčni sindrom je skupek znakov in simptomov, ki kažejo na preveč vzdražen centralni živčni sistem (nespečnost, razdražljivost, cvileč jok, tremor, povišan mišični tonus, pojačan Morojev refleks, krči), motnje v delovanju avtonomnega živčnega sistema (potenje, povišana telesna temperatura, marmorirana koža, težave pri sesanju, bruhanje, tekoče blato), motnje pri dihanju (tahipneja, dihanje z nosnimi krili, kihanje, zehanje, zamašen nos). Nujno je upoštevati možnost diferencialne diagnoze: sepsa, perinatalna hipoksija, možganska krvavitev, nekatere prirojene razvojne nepravilnosti, metabolne motnje (Cetin Lovšin, 2006).

Pri 46–76 % novorojenčkov, ki se rodijo materam odvisnicam, se razvije abstinenčni sindrom, zato se zdravljenje v bolnišnici podaljša zaradi potrebe po farmakološkem zdravljenju (Pritham, 2013).

Zdravljenje neonatalnega abstinencega sindroma

V porodnišnici Ljubljana, na enoti za intenzivno nego in terapijo novorojenčkov, je v uporabi algoritem ukrepov za zdravljenje novorojenčka z znaki odtegnitve, ki je povzet po Finneganovi (Finnegan, 1975 cited in Cloherty & Stark, 1998) lestvici za oceno abstinence krize pri novorojenčku:

- Izključiti je treba okužbo (bakterijsko, hepatitis B in C ter HIV).
- Narediti je treba biokemične parametre (ionogram, krvni sladkor).
- Zagotoviti podporno oskrbo (tišino, rahlo zatemnjen prostor ipd.).
- Oceniti abstinence krizo po shemi (slika 1).
- Ob prvih blagih znakih abstinence je treba aplicirati fenobarbiton 5–8 mg/kg/tt (i.m., per os).
- Ob hujših in vztrajnih znakih predpisati raztopino morfin klorida po shemi (0,4 mg/ml):
 - odmerek se povečuje za 0,02 mg/kg/dozo do prenehanja abstinence znakov,
 - ko dosežemo stabilno stanje, je treba 3 dni vzdrževati enak odmerek,
 - po treh dneh stabilizacije vsak naslednji odmerek zmanjšati za 10 %; novorojenček ob izbranem odmerku ne sme imeti abstinence znakov,
 - v primeru ponovitve abstinence znakov se je treba vrniti na odmerek, ki je vzdrževal stabilno stanje,
 - terapija se konča, ko je odmerek raztopine morfina $< 0,1$ mg/kg/dan,
 - novorojenčka je treba opazovati še 3 dni po zaključeni terapiji.
 - Priporočeno je, da mati otroka doji (če ni kontraindikacij, npr. HIV).
- Apaurin® ni učinkovit za zdravljenje neonatalnega abstinencega sindroma.
- Narcanti® (Naloxon®) je kontraindiciran, ker lahko močno poslabša abstinence znake. Lahko privede do krčev in prenehanja dihanja.

Poleg zdravil je pomembna tudi ustrezna zdravstvena nega otroka (podporno zdravljenje) in zdravstvena vzgoja staršev. Medicinska sestra, ki zdravstveno nego izvaja, mora biti dobra opazovalka, da pomembne informacije o stanju novorojenčka pravočasno posreduje zdravniku. Zagotovimo mirno, rahlo zatemnjeno in tiho okolje (čim manj dražljajev naenkrat), ustrezno skrbimo za čisto in zdravo kožo (potenje, driska, polivanje, praskanje – zaščitne rokavičke) ter za ustrezno telesno temperaturo. Otroku ponudimo pogostejše in manjše obroke hrane, ob

OCENA INTENZIVNOSTI ABSTINENČNE KRIZE PRI NOVOROJENCU*

Znaki in simptomi		Točke	Dan, ura
JOK	intenziven cvileč (ali drug)	2	
	stalen cvileč (ali drug)	3	
PO HRANJENJU SPI	<3 ure	1	
	<2 uri	2	
	<1 uro	3	
MOROJEV REFLEKS	hiperaktiven	2	
	močno hiperaktiven	3	
TREMOR	blag ob manipulaciji	1	
	zmeren/hud tremor ob manipulaciji	2	
	blag spontan	3	
	zmeren/hud tremor spontan	4	
ZVIŠAN MIŠIČNI TONUS		2	
PRASKE (označi mesto: _____)		1	
MIOKLONIČNI ZGIBKI		3	
GENERALIZIRANE KONVULZIE		5	
POTENJE		1	
TEMPERATURA	37,2 – 38,2°C	1	
	38,4°C ali več	2	
POGOSTO ZEHAJJE (> 3-4x zaporedoma)		1	
MARMORIRANA KOŽA		1	
ZAMAŠEN NOS		1	
KIHANJE (> 3-4x zaporedoma)		1	
DIHANJE Z NOSNIMI KRILI		2	
DIHANJE	>60/minuto	1	
	> 50/minuto z ugrezanjem	2	
MOČNO SESANJE		1	
NEUSPEŠNO HRANJENJE		2	
POLIVANJE		2	
BRUHANJE V LOKU		3	
BLATO	tekoče/mehko	2	
	vodeno	3	
SEŠTEVEK TOČK			
Ocenjevalec:			

* ClohertyJP, StarkAR. Manual of Neonatal Care. Lippincott-Raven, 1998:214–8.

Slika 1: Ocena intenzivnosti abstinenčne krize pri novorojencu (Cloherty & Stark, 1998).

nemiru ga nežno zavijemo v odejico, ga pestujemo (udobneje mu bo v pokončnem položaju), mu ponudimo dudo. V celoten proces zdravljenja vključujemo tudi zdravstvenovzgojno delo s starši. Naučimo jih, kako naj negujejo in pomirijo otroka, pojasnimo jim, zakaj reagira razdražljivo in kako naj zanj skrbijo doma.

Kraft in sodelavci (2016) so ugotovili, da za zdravljenje neonatalnega abstinencnega sindroma ni idealnega načina. Želeli so opisati prakso pri vodenju in zdravljenju matere, odvisne od prepovedanih drog, in novorojenčka z abstinencnim sindromom. Ugotovili so, da se načini zdravljenja med seboj razlikujejo in so odvisni od več različnih dejavnikov, na incidenco in resnost neonatalnega abstinencnega sindroma pa poleg vrste prepovedanih drog vplivajo tudi genetski dejavniki.

Dojenje

Če bi morali na vprašanje »zakaj dojiti« kot odgovor izpostaviti samo eno od številnih prednosti, bi na prvo mesto brez odlašanja postavili dejstvo, da je materino mleko naravna živa hrana. Ker nastaja iz krvi in je v njem življenje, ga imenujejo tudi bela kri. Je hrana, ki jo je za človeškega dojenčka pred milijoni let naredila narava in jo prilagodila naši vrsti, zato vsebuje vsa najprimernejša hranila v najprimernejših razmerjih (Mojca Vozelj, 2006). Zaradi tega pomembnega razloga bi želeli tudi materi, odvisni od prepovedanih drog, omogočiti dojenje, ki je varno za njenega novorojenčka.

Dojenje spodbujamo v primeru, ko mati za to nima kontraindikacij. Ne sme biti HIV pozitivna, med dojenjem ne sme uživati alkohola in prepovedanih drog. Dovoljeno je le nadzorovano uživanje metadona. Dojenje ima pomembno vlogo pri lajšanju simptomov NAS. Izmerjena raven metadona v materinem mleku je majhna in dojenje predstavlja podporno zdravljenje NAS. Novorojenčki, ki so dojeni, so odpuščeni iz bolnišnice v povprečju 8 dni prej kot tisti, ki so bili hranjeni z mlečno formulo. Mati, odvisna od prepovedanih drog, ima v večini primerov občutek krivde zaradi novorojenčka, ki je bil izpostavljen drogam med nosečnostjo. Dojenje ji omogoča, da prevzame aktivno skrb pri zmanjševanju odtegnitvenih simptomov pri otroku, omogoči vzpostavitev navezanosti med njima ter zagotovi pasivno imunizacijo novorojenčka. Število doječih mater, odvisnih od prepovedanih drog, je sicer nizko in pri več kot polovici dojenje traja le teden dni. Dojenje zmanjšuje odtegnitvene simptome, ni pa še jasno, ali ima za otroke, ki so bili v nosečnosti izpostavljeni prepovedanim drogam, tudi druge prednosti – v primerjavi z otroki, ki so se rodili materam z bolj zdravim življenjskim slogom. Mamo je treba opozoriti, da mora v primeru prekinitve dojenja to storiti postopno, da prepreči ponovni pojav odtegnitvenih simptomov pri otroku. Da bi se povečalo število

doječih mater, odvisnih od prepovedanih drog, bi jih bilo treba že v prenatalnem obdobju poučiti o pozitivnih učinkih in varnosti dojenja. Stik kože matere s kožo dojenčka, rooming-in in omejitev zunanjih dražljajev zmanjšujejo resnost NAS in potrebo po farmakološkem zdravljenju. Varnost dojenja pri materah, ki uživajo druge psihotropne substance, še ni raziskana (Pritham, 2013).

Bregant (2010) navaja, da skoraj vse prepovedane droge, enako kot zdravila, prehajajo iz materine krvi v mleko. Prehajanje je odvisno od številnih dejavnikov: topnosti v maščobah ali v vodi, molekulske mase in stopnje ioniziranosti pri določeni vrednosti pH. Bolje prehajajo tiste snovi, ki so dobro topne v maščobah.

Vloga medicinske sestre pri dojenju novorojenčka pri materi, odvisni od prepovedanih drog, ne bi smela biti nič drugačna kot pri ostalih materah. Materi je treba omogočiti mirno okolje ter jo poučiti o prednostih dojenja zanjo in njenega novorojenčka. Če je dojenje onemogočeno zaradi pretiranega nemira otroka, naj si mati mleko izčrpa in otroka nahrani po steklenički.

Prikaz primera

Potek obravnave novorojenčka z abstinencijskim sindromom na oddelku za intenzivno nego in terapijo novorojenčkov porodnišnice Ljubljana:

Mama je bivša uporabnica prepovedanih drog, na nadzorovanem odmerku metadona 110 mg/dan. Datum zadnje menstruacije je bil nezanesljiv, gospa ginekologa v nosečnosti ni obiskovala. Otrok se je rodil julija 2015, gestacijska starost je bila ocenjena na 35 tednov, porod je bil spontan, brez posebnosti. Otrokova teža ob porodu je bila 2830 g. Drugi dan po porodu je mati ob 12. uri odšla domov (še zjutraj je želela otroka negovati sama), otrok je bil premeščen na enoto za intenzivno nego in terapijo novorojenčkov.

2. in 3. dan po rojstvu so se pri otroku pojavili znaki abstinencijske krize; ocena po Finneganovi lestvici intenzivnosti abstinencijske krize je bila 8. Tretji dan je otrok dobil začetno dozo morfija 0,35 ml /4h (ocena po lestvici je 10). Po 7 dneh so bili abstinencijski znaki še vedno močno izraženi, odmerek morfija se je postopoma dvigoval do 0,8 ml na 4 ure, otrok je prejemal tudi phenobarbiton (15 mg p.p. oziroma na 12h). Po 14 dneh je dobival 0,7 ml morfija na 4 ure, še vedno je prejemal tudi phenobarbiton. Kljub terapiji in pestovanju je še vedno veliko jokal in zabeleženi so bili intenzivni znaki abstinence. Odmerek morfija se je kljub nemiru do 21 dne nižal (do 0,2 ml/4–6h). 25. dan so bili ponovno močno izraženi abstinencijski znaki (ocena po lestvici je bila 18), otrok je dobival 0,3 ml morfija na 4–6 ur ter phenobarbiton p.p. Enkrat je dobil 2 dodatni dozi morfija in kloralhidrat.

Šele po redni terapiji morfija točno na 4 ure, tudi če je spal, se je umiril in bil 39. dan premeščen na oddelek. Mama ga je redko obiskovala, dojila ga ni. Dokončno je bil morfij ukinjen 45. dan po rojstvu. Domov je bil otrok odpuščen 47. dan, brez znakov abstinence, še vedno razdražljiv, jokav in zmerno hipertoničen.

Medicinska sestra je imela v procesu zdravljenja zelo pomembno vlogo pri opazovanju in umirjanju otroka. Potreboval je veliko tolaženja v naročju medicinske sestre, za umiritev smo si pomagali tudi s kopanjem v banjici in vožnjami v vozičku po oddelku. Nameščen je bil v svoji sobi, kjer je imel zagotovljen mir in tišino, hranjen je bil na željo. Vsi postopki zdravstvene nege pri otroku so bili načrtovani za čas, ko je bil buden in umirjen. Starša se nista veliko vključevala v proces zdravljenja, otroka sta redko obiskovala, mama ga ni dojila. Ob obiskih jima je bila s strani medicinskih sester nudena vsa podpora pri razumevanju njunih težav, izvajali smo zdravstvenovzgojno delo s starši, da so bili na koncu zdravljenja pripravljeni na odhod domov.

Diskusija

NAS je posledica izpostavljenosti ploda prepovedanim drogam, ki jih je mati uživala med nosečnostjo. Kaže se s preveliko vzdraženostjo centralnega in avtonomnega živčnega sistema. Otroka za umiritev odtegnitvenih simptomov potrebuje zdravljenje z zdravili ter podporno zdravljenje, ki ima velik pomen. Bregant (2010) navaja, da je cilj zdravljenja umiritev novorojenčka ob čim manjši sedaciji. Medicinska sestra ima pri skrbi za takega novorojenčka zelo pomembno vlogo. Zagotoviti mu mora mirno, tiho okolje, postopke zdravstvene nege mora načrtovati za čas, ko je otrok buden in umirjen. Pravočasno se mora odzvati na okrepljene odtegnitvene simptome pri otroku in mu skupaj z ostalimi člani tima zdravstvene nege zagotoviti primerno oskrbo. Izvajati mora zdravstvenovzgojno delo s starši. Algoritem ukrepov za zdravljenje novorojenčka z znaki odtegnitve, ki ga uporabljamo v porodnišnici Ljubljana, je le osnova, ki se je člani tima zdravstvene nege skušamo držati pri zdravljenju novorojenčka z odtegnitvenimi znaki. Predvsem podporna zdravstvena nega je individualno zasnovana.

Treba bi bilo okrepiti sodelovanje različnih služb, ki se ukvarjajo s problematiko odvisnosti. S tem bi zdravstvenemu osebju, ki skrbi za matere, odvisne od prepovedanih drog, ter njihove novorojenčke z abstinenčnim sindromom, zagotovili lažje razumevanje problemov. Potrebno je tudi večje ozaveščanje nosečnic, odvisnih od prepovedanih drog, o posledicah, ki jih uživanje drog pušča pri njihovih še nerojenih otrocih. Velikokrat so šokirane, ko vidijo svojega novorojenčka v abstinenčni krizi. Verjetno prav one same še najbolje vedo, kako grozno se ubogo bitje počuti.

Zaključek

Odvisnost od psihoaktivnih snovi postaja del našega vsakdanjika. Zaradi stresa, nezaposlenosti, nezmožnosti ali neznanja spopadanja z vsakdanjimi problemi nekateri mladi ljudje posegajo po drogah. Naloga vseh zdravstvenih delavcev je zdravstvenovzgojno delo z nosečnico in s starši, ki se po rojstvu soočajo z abstinencijskim sindromom pri novorojenčku. Izvajanje zdravstvene nege novorojenčka z odtegnitvenimi simptomi v medicinskih sestrah nemalokrat vzbudi negativna čustva jeze in nemoči. Da staršev, odvisnih od prepovedanih drog, podzvestno ne bi obsojali, bi vsi zdravstveni delavci, ki se srečujemo z njimi, potrebovali dodatna izobraževanja, ki bi nam jih pomagala razumeti. Velik problem je prav nezaupanje, ki se v mnogih primerih pokaže ravno takrat, ko morajo mame, odvisne od prepovedanih drog, v anamnezi navesti, katere substance uživajo. Uradno je to v večini primerov le nadzorovan odmerek metadona, neuradno pa kasneje izvedemo tudi za kaj drugega. Kljub temu moramo mamo poskušati razumeti, jo naučiti, kako naj pomaga otroku prebroditi težave in mu omogočiti življenje v bolj zdravem okolju od tistega, v katerem se je znašla sama.

Literatura

Bregant, L., 2010. Kemikalije in prepovedane droge v ženskem mleku. In: Felc, Z., ed. *Tečaj laktacije za opravljanje izpita za naziv mednarodni pooblaščen svetovalec za laktacijo IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant)*. Celje: Društvo svetovalcev za laktacijo in dojenje Slovenije, pp. 211–19.

Cetin Lovšin, I., 2006. Novorojenčki rojeni od opiatov odvisnim materam. In: Zbornik predavanj: *Preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od nedovoljenih psihoaktivnih snovi in kontinuiran razvoj pediatrične zdravstvene nege*. Portorož, 19. in 20. oktober 2006. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, pp. 10–2.

Cloherty, J.P., Stark, A.R., 1998. *Manual of neonatal care*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott - Raven, pp. 214–8.

Hendrée, E., Jones, Fielder, A., 2015. *Neonatal abstinence syndrome: Historical perspective, current focus, future directions*. *Preventive Medicine* 80: pp. 12–17.

Kraft, W.K., Stover, M.W., Davis, J.M., 2016. *Neonatal abstinence syndrome: Pharmacologic strategies for the mother and infant*. Available at: [http://www.seminperinat.com/article/S0146-0005\(15\)00197-4/abstract](http://www.seminperinat.com/article/S0146-0005(15)00197-4/abstract) [9. 3. 2016].

Maguire, D., 2014. Care of the infant with neonatal abstinence syndrome. *Journal Perinatal Neonatal Nursing* 28(3), pp. 204–211.

Pritham, U.A., 2013. Breast feeding promotion for management of neonatal abstinence syndrome. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 42(5), pp. 517–526.

Todorovič, M., Kanič Z., Miksič M., Roškar, Z., Pogorevc, R., Bračič, K., 2005. Novorojenček matere, ki je odvisna od drog. *Medicinski mesečnik*; pp. 15–17. Available at: http://www.medicinski-mesecnik.com/strokovni_abstract/novorojenček_matere_droge.htm [30. 8. 2016].

Vozelj, M., 2006. *Zakaj dojiti: 20 koristi za otroka in mater*. Srečanje skupine LLL Trbovlje. Available at: http://www.dojenje.net/images/stories/ZAKAJ_DOJITI_20_KORISTI_ZA_OTROKA_IN_MATER.pdf [25. 9. 2016].

POVZETKI

VLOGA ZDRAVSTVA IN ZDRAVSTVENIH DELAVCEV PRI PREPREČEVANJU ODVISNOSTI

THE ROLE OF HEALTHCARE AND HEALTHCARE PROFESSIONALS IN ADDICTION PREVENTION

Kerstin Vesna Petrič, dr. med.

*Ministrstvo za zdravje, Direktorat za javno zdravje,
vesna-kerstin.petric@gov.si*

IZVLEČEK

Čeprav Ministrstvo za zdravje na seznam prepovedanih drog vsako leto uvrsti tudi do štirideset novih snovi, v Sloveniji alkohol, tobak in konoplja ostajajo najpogostejše uporabljane droge. V zdravstvu se s težavami, ki so posledica uživanja konoplje ter tvegane in škodljive rabe alkohola, v osnovni zdravstveni dejavnosti v veliko primerih srečamo, še preden pride do odvisnosti, pri vseh naštetih drogah pa vsekakor prej, preden pride zaradi zdravstvenih posledic do napotitve v obravnavo na sekundarni ravni zdravstvenega varstva. Vloga zdravstvenih delavcev v osnovni zdravstveni dejavnosti pri preprečevanju treh najpogostejših drog v Sloveniji ni formalno dorečena. Ob določenih vsebinah v dodiplomskem izobraževanju pa zdravstveni delavci tudi nimajo sistematično zagotovljenih usposabljanj za preventivno delo na tem področju. V našem zdravstvenem sistemu poznamo več primerov sistemskih pristopov in dobrih praks obravnave dejavnikov tveganja za nekatere najpogostejše kronične bolezni, med katere sodijo tudi tvegana in škodljiva raba alkohola ter kajenje. Med takšne pristope spadajo Preventivno zdravstveno varstvo odraslih na področju srca in žilja na primarni ravni, ki ga izvajamo že od leta 2003, zdravstveno-vzgojni centri in referenčne ambulate. Žal pa v teh programih zgodnje odkrivanje, kratke intervencije in motivacijski intervjuji še niso uveljavljena orodja, ki bi jih zdravstveni delavci suvereno uporabljali pri delu z odvisnostmi. Izvajajo se tudi omejeno v starostnih skupinah prebivalstva, ki z vidika preprečevanja zdravstvenih posledic in odvisnosti zaradi uživanja alkohola, tobaka in konoplje niso ustrezne. Prav tako so droge, tako dovoljene kot nedovoljene, pomanjkljivo obravnavane v preventivnem varstvu otrok in mladine ter študentov, podobno pa velja za preventivne zdravstvene preglede delavcev. Pomemben korak naprej predstavlja Zakon o voznikih, s katerim smo uzakonili možnost alternativnega kaznovanja za vožnjo pod vplivom alkohola, ki vključuje kratko intervencijo pri izbranem osebnem zdravniku. Za takšno intervencijo so

usposobljeni vsi zdravniki družinske medicine in bi jo bilo mogoče izvajati tudi zunaj okvira vozniške zakonodaje. Velika pričakovanja glede zdravstvenih delavcev, ki naj bi preprečevali odvisnosti od omenjenih dovoljenih in prepovedanih drog so zaradi naštetega neutemeljena.

Predstavljene bodo različne v literaturi opisane vloge zdravstvenih delavcev pri preprečevanju odvisnosti. Predstavljen bo pregled potencialnih priložnosti za boljšo umestitev preventive odvisnosti v zdravstveni sistem, še posebej v osnovno zdravstveno dejavnost, katere razvoj in krepitev sta trenutno visoko na politični agendi. Posebna pozornost bo posvečena razvoju integrirane obravnave na tem področju, ki vključuje timski pristop ter sodelovanje z drugimi resorji, naslavlja neenakosti v zdravju in se v Sloveniji počasi že uveljavlja v povezavi z obravnavo kroničnih bolezni, paliativno in dolgotrajno oskrbo.

Ključne besede: alkohol, tobak, konoplja, osnovna zdravstvena dejavnost, zagovorništvo

ABSTRACT

Despite the fact that the Ministry of Health classifies at least forty new substances on the list of drugs every year, it is alcohol, tobacco and cannabis that remain the most commonly used drugs in Slovenia. In healthcare and particularly in primary health care, the problems caused by cannabis use and risky and harmful use of alcohol could be identified before the onset of addiction and certainly, for all of the mentioned drugs, before the need for a referral to the secondary level due to its health consequences. However, the role of healthcare workers in primary healthcare in preventing the three most common drugs in Slovenia is formally not yet recognized. No systematic training is organized for healthcare professionals in this area apart from limited contents on prevention of addiction in undergraduate education. In Slovenian healthcare system there are several examples of systemic approaches and best practices in addressing risk factors for some of the most common chronic diseases, including hazardous and harmful alcohol use and smoking. Such approaches include Cardiovascular Disease Preventive Primary Health Care Programme for Adults, which has been implemented since 2003, health educational centres, and referral clinics. Unfortunately, early detection, brief interventions and motivational interview are not yet established tools to be used by healthcare professionals in addressing addictions in these programmes. In addition, the programmes are targeting limited age groups which are not appropriate in terms of prevention of health consequences and addiction to alcohol, tobacco and cannabis. Drugs are also not addressed appropriately in the preventive medical check-ups

for children, youth and students as well as for workers. An important step forward was the adoption of the Act on Drivers, which enacted the possibility of an alternative punishment for driving under the influence of alcohol, including a brief intervention by a family physician. All family physicians are trained for such an intervention and could perform it outside the framework of the drinking and driving domain. High expectations for healthcare professionals in their performing prevention of licit and illicit drugs are thus unfounded.

They presented different roles of healthcare professionals in drug prevention described in literature. Potential opportunities are reviewed for better placement of addiction prevention in the health system, especially in primary healthcare, whose development and reinforcement are currently high on the policy agenda. The special attention will be given to the development of integrated care in this area, which includes a team approach and cooperation with other sectors, addressing inequalities in health and is in Slovenia gradually being imposed in relation to treatment of chronic disease and palliative and long-term care.

Key words: alcohol, tobacco, cannabis, primary healthcare, advocacy

