



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice

College
of Nursing
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**VLOGA PATRONAŽNE MEDICINSKE
SESTRE PRI OBRAVNAVI ALKOHOLIZMA
V DRUŽINI**

**THE ROLE OF COMMUNITY NURSES IN
FAMILIES COPING WITH ALCOHOL ABUSE**

Mentorica: Erika Povšnar, pred.

Kandidatka: Matejka Antolič Peternel

Jesenice, februar, 2014

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici Eriki Povšnar, pred., za vsa koristna navodila, strokovnost ter usmerjanje pri pripravi diplomskega dela. Hvala tudi recenzentoma diplomskega dela izr. prof. dr. Brigiti Skeli Savič in mag. Marjetki Hovnik Keršmanc, viš. pred.. Zahvaljujem se tudi Tanji Zečevič za lektoriranje diplomskega dela.

Zahvaljujem se vodstvu Zdravstvenega doma Radovljica ter vsem ostalim sodelavkam, ki so me v službi nadomeščale med mojo odsotnostjo in mi vlivale voljo in pogum.

Hvala tudi vsem patronažnim medicinskim sestram gorenjske regije, ki so prostovoljno sodelovale v naši raziskavi, in njihovim vodjem, ki so odobrili sodelovanje v raziskavi.

Posebno zahvalo pa namenjam ožji družini, ki mi vsak dan razsvetljuje življenje s svojo navzočnostjo.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Slovenija se po registrirani porabi čistega alkohola na prebivalca uvršča v evropski vrh. Posledice čezmernega uživanja alkohola prizadenejo posameznika, celotno družbo, predvsem pa družino.

Cilj: Cilj diplomskega dela je predstaviti vlogo patronažnih medicinskih sester z vidika zlorabe alkohola v družini, raziskati prepoznavanje čezmernega uživanja alkohola in ukrepanje v družini z alkoholno problematiko ter ugotoviti mnenja patronažnih medicinskih sester o pojavu alkoholne problematike v družini.

Metoda: Uporabljena je bila kvantitativna deskriptivna metoda raziskovanja. Raziskovalni vzorec je bil namenski. V raziskavi, ki je potekala od februarja do marca 2013, je sodelovalo 61 patronažnih medicinskih sester gorenjske regije. Podatki so bili zbrani z vprašalnikom. Realizacija vzorca je bila 91 %. Za statistično obdelavo podatkov smo uporabili program SPSS/PASW 18.0.

Rezultati: Patronažne medicinske sestre obiščejo v povprečju štiri družine z alkoholno problematiko letno. Informacije o čezmernem uživanju alkohola posameznika pridobi 93,30 % anketirank na kurativnem obisku, najpogosteje (PV = 3,92) osebno s pogovorom in opazovanjem družine. Statistično pomembne razlike med spoloma v znakih, ki po mnenju patronažnih medicinskih sester kažejo možno prisotnost alkoholne problematike v družini, ugotavljamo pri telesnih zapletih ($p = 0,001$), fizičnem nasilju ($p = 0,001$), kriminalu ($p = 0,001$) in nezgodah ($p = 0,006$). Patronažne medicinske sestre navajajo šibko znanje (PV = 2,58), usposobljenost za prepoznavanje (PV = 2,68) in ukrepanje (PV = 2,22) ob alkoholni problematiki. Standardiziranih vprašalnikov za ugotavljanje problematičnega uživanja alkohola in zasvojenosti anketiranke (100 %) ne uporabljajo zaradi nepoznavanja.

Razprava: Področje alkoholizma je po svoji problematiki zelo obsežno. Patronažna medicinska sestra ima v obravnavi alkoholizma v družini pomembno vlogo, ki pa ni zadosti prepoznana in formalno opredeljena, družina pa z vidika plačnika ni definirana kot subjekt. Za kakovostno delo patronažnih medicinskih sester so potrebna nadaljnja izobraževanja in usposabljanja.

Ključne besede: patronažna medicinska sestra, zdravstvena nega, alkoholna problematika, zasvojenost, čezmerno uživanje alkohola.

SUMMARY

Theoretical foundations: Slovenia is among the top European countries in terms of net alcohol use per inhabitant. The consequences of excess alcohol use affect an individual, the entire society and, primarily, the family.

Goal: The goal of this dissertation is to present the role of home care nurses from the perspective of alcohol abuse in the family, research the recognition of excess alcohol use and measures in a family with alcohol related issues, as well as find out the opinions of the home care nurses on the alcohol issue in families.

Method: The quantitative descriptive method of research has been used. The research sample was casual. The research, which took place from February to March 2013, involved 61 home care nurses of the Gorenjska region. The data was gathered through a survey questionnaire. The realisation of the sample was 91 %. To statistically process the data, the software SPSS/PASW 18.0 was used.

Results: Home care nurses visit four families with alcohol issue per year on average. Information on excess alcohol use by an individual is obtained by 93,30% of the respondents during a curative visit, most commonly (PV = 3,92) in person, through conversation and monitoring of the family. Statistically significant differences between genders in signs which, according to home care nurses, indicate possible alcohol issue presence in a family, are identified through physical complications ($p = 0,001$), physical violence ($p = 0,001$), crime ($p = 0,001$) and accidents ($p = 0,006$). Home care nurses state weak knowledge (PV = 2,58), recognition training (PV = 2,68) and actions (PV = 2,22) in the cases of alcohol issues. Standardised questionnaires for the identification of excess alcohol use and addiction is not in use by the respondents (100%) due to unfamiliarity.

Discussion: The field of alcohol addiction is quite extensive in terms of issues it deals with. A home care nurse has an important role in the management of alcohol addiction in a family, however, this role is not sufficiently recognised and formally defined, while the family, from the perspective of the paying party, is not defined as a subject. For quality work of the home care nurses, further education and training is required.

Key words: Home care nurses, health care, alcohol issues, addiction, excess alcohol consumption.

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	3
2.1 PROBLEMATIKA PITJA ALKOHOLA	3
2.1.1 Uživanje alkohola – opredelitev pojmov	3
2.1.2 Razširjenost uporabe/zlorabe alkohola.....	4
2.1.3 Posledice čezmernega uživanja alkohola	6
2.2 DRUŽINA	9
2.2.1 Opredelitev družine	9
2.2.2 Zdrava, funkcionalna družina.....	10
2.2.3 Alkoholizem – bolezen družine.....	10
2.3 PATRONAŽNO ZDRAVSTVENO VARSTVO IN ZLORABA ALKOHOLA V DRUŽINI	13
2.3.1 Patronažno zdravstveno varstvo.....	13
2.3.2 Vloga patronažne medicinske sestre v prepoznavanju alkoholne problematike in njen prispevek k zdravljenju sindroma odvisnosti od alkohola.....	14
3 EMPIRIČNI DEL	17
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	17
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	17
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	18
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	18
3.3.2 Opis merskega instrumenta	18
3.3.3 Opis vzorca.....	19
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	20
3.4 REZULTATI	21
3.5 RAZPRAVA	33
4 ZAKLJUČEK	42
5 LITERATURA	43
6 PRILOGE	

KAZALO SLIK

Slika 1: Stopnja izobrazbe patronažnih medicinskih sester.....	20
Slika 2: Delež vrste terena, ki ga pokrivajo patronažne medicinske sestre	21
Slika 3: Delež vrste terena z alkoholno problematiko	21
Slika 4: Starostna struktura oseb, ki po mnenju PMS najpogosteje čezmerno uživajo alkohol	23
Slika 5: Izobrazbena struktura oseb, ki po mnenju PMS čezmerno uživajo alkohol	23
Slika 6: Mnenje PMS o socialno-ekonomskem standardu družin z alkoholno problematiko	24
Slika 7: Prvi ukrep patronažne medicinske sestre, ko v družini opazi alkoholno problematiko	29

KAZALO TABEL

Tabela 1: Test zanesljivosti merskega instrumenta	19
Tabela 2: Starostna struktura anketiranih patronažnih medicinskih sester.....	19
Tabela 3: Vrste družin, v katerih se po mnenju patronažnih medicinskih sester problematika alkoholizma pogosteje pojavlja	22
Tabela 4: Mnenje PMS o čezmernem uživanju alkohola po spolu	22
Tabela 5: Dejavniki čezmernega pitja posameznika	25
Tabela 6: Varovalni dejavniki zlorabe alkohola.....	25
Tabela 7: Načini in pogostost pridobivanja informacij o čezmernem pitju posameznika	26
Tabela 8: Opažanje alkoholne problematike glede na vrsto hišnega obiska	27
Tabela 9: Znaki, ki kažejo možno prisotnost alkoholne problematike v družini pri moških in ženskah	27
Tabela 10: Odziv pacienta, ko so mu patronažne medicinske sestre prvič omenile sum na čezmerno pitje.....	28
Tabela 11: Podpora svojcev pri obravnavi pacienta, ki čezmerno uživajo alkohol	29
Tabela 12: Mnenja PMS o razlogih nepodpore svojcev	30
Tabela 13: Povprečno letno število obravnavanih družin z alkoholno problematiko	30
Tabela 14: Uporaba standardiziranih vprašalnikov za ugotavljanje sindroma odvisnosti od alkohola	30
Tabela 15: Spremljanje družine z alkoholno problematiko s strani patronažnih medicinski sester	31
Tabela 16: Trditve o alkoholni problematiki.....	32
Tabela 17: Ocena patronažnih medicinskih sester o usposobljenosti in znanju glede alkoholne problematike	32
Tabela 18: Pripravljenost patronažnih medicinskih sester za izobraževanje in usposabljanje na temo alkoholne problematike.....	33

1 UVOD

Alkoholizem je tako obsežen in problematičen pojav, da si ga v vsem obsegu težko predstavljamo. Problematičnost je pereča tako zaradi velikega števila alkoholikov kot tudi vsega tistega, kar nastaja kot posledica njihovega vedenja (Perko, 2006).

Visoka poraba alkohola v Sloveniji je problem že vrsto let, saj je pitje alkohola del slovenske kulture. V poznem 19. in začetku 20. stoletja so na Slovenskem že obstajale organizacije abstinentov. Po drugi svetovni vojni so se pojavili politični predlogi za znižanje porabe alkohola, toda brez posebnega uspeha (Alkohol in alkoholna politika v Sloveniji in Evropi, 2007).

Problematiko alkoholizma v Sloveniji spremljamo bolj podrobno že približno 200 let. Gre za vrsto spoznanj ter znanstvenih in strokovnih pristopov, ki segajo od Frana Viljema Lipiča in njegove enkratne publikacije iz leta 1834 pa skozi celotno 19. in 20. stoletje do danes. V družbenem okolju, ki je zelo naklonjeno pitju alkoholnih pijač (delež popolnih abstinentov v Sloveniji je med najnižjimi v Evropi), so ustvarjeni pogoji, da je toleriranje ne le (bolj ali manj rednega) pitja alkoholnih pijač, temveč tudi opitosti in pijanosti sorazmerno velika (Albreht, 2011).

Pomembno je poudariti, da ne gre vedno samo za olajšani stik z alkoholom, temveč tudi za vzorec pitja in vrsto alkoholne pijače, ki jo tradicionalno uživajo v določeni regiji. Ko pogledamo breme somatskih posledic pitja alkoholnih pijač, hitro ugotovimo, da ne gre samo za 'obremenjenost' vinorodnih predelov Slovenije, temveč tudi za to, da je veliko breme alkohola v krajih, kjer trte sploh ne gojijo za namen pridelave grozdja in vina. Tako izstopajo predvsem tri regije, in sicer Koroška, Dolenjska in Gorenjska (ibid., 2011).

Družina je najpomembnejši del okolja, kjer si posameznik že v otroštvu izoblikuje odnos do alkohola. V družini se oblikujejo norme in vrednote, povezane s pitjem alkoholnih pijač. Vsaka družina ima določena nenapisana pravila o tem, kdo, kdaj in koliko sme piti. Posledice kršitev teh pravil so znane, predvsem kadar gre za otroke. Družine se razlikujejo po svojem odnosu do alkohola. Če so starši ali eden od njih

odvisen od alkohola, otroci vzamejo pitje alkoholnih pijač kot del normalnega vedenja. Pogosto taki starši že sami ponujajo svojim otrokom alkoholne pijače – v svoji opitosti nimajo potrpljenja za potrebe otrok in tako jih s pomočjo alkohola umirijo. S tem se otrokovo telo že zgodaj navadi na učinke alkohola (Židanik, Čebašek Travnik, 2003).

Pri ukrepanju zaradi čezmernega uživanja alkohola je zelo pomembna vloga patronažne medicinske sestre, saj del njene dejavnosti v smislu izvajanja splošnih, specialnih in individualnih nalog patronažne obravnave pacientov zajema polivalentno zdravstveno socialno obravnavo posameznika, družine in lokalne skupnosti (Lacey, 2012).

2 TEORETIČNI DEL

2.1 PROBLEMATIKA PITJA ALKOHOLA

2.1.1 Uživanje alkohola – opredelitev pojmov

Izraz alkoholizem, ki izvira z začetkov alkoholologije, se v sodobni medicini nadomešča s pojmom »sindrom odvisnosti od alkohola« (Ramovš, Ramovš, 2007). Kolšek (2004) meni, da je izraz alkoholizem lahko zavajajoč, ker spodbuja predstavo, ki razlikuje le, ali je nekdo alkoholik ali pa ne. Ob tem lahko nekako zavaja, češ da je samo alkoholizem problem, ne pa tudi tvegano in škodljivo pitje. Ramovš in Ramovš (2007) pa trdita, da v pojem alkoholizem sodijo področja, ki ga pokrivata sodobna medicinska pojma škodljivo in tvegano pitje alkohola, do neke mere pa tudi najširši sociološki pojmi. Zato Ramovševa govori, da je prvotni izraz alkoholizem smiselno ohraniti kot najširše poimenovanje celotne problematike, ki je povezana z uporabo alkohola. V tem smislu bomo pojem alkoholizem razumeli in uporabili tudi v diplomskem delu.

Uživanje alkohola je lahko tudi tvegano vedenje (Hovnik Keršmanc, 2010). Glede na količino popitega alkohola, način in posledice pitja razlikujemo abstinenco, manj tvegano pitje, tvegano pitje, škodljivo pitje in sindrom odvisnosti od alkohola ali alkoholizem. Abstinenca pomeni, da človek nikoli ob nobeni priložnosti ne pije alkoholnih pijač. Manj tvegano pitje je pitje, ki ne bo privedlo do okvar zdravja, čeprav bo trajalo vrsto let. Meja je odvisna od starosti, spola in zdravstvenega stanja posameznika. Tvegano pitje so tisti načini in količine pitja alkohola, ki bodo verjetno sčasoma privedli do težav. To je pitje, ki presega priporočene meje manj tveganega pitja ali pitja ob posebnih priložnostih. Že pitje 2–4 enote alkohola na dan pri moških in 1–2 enoti alkohola na dan pri ženskah poveča tveganje za nastanek okvar zdravja. Škodljivo pitje je pitje, ko že lahko ugotovimo posledice oziroma težave zaradi pitja alkohola. Lahko gre za spremembe s telesnim ali duševnim zdravjem, težave v družini, na delovnem mestu ipd. Z izrazom problematično pitje (problem drinker), ki ga uporabljajo nekateri avtorji, označujemo tvegano ali škodljivo uživanje alkohola in tudi odvisnost (Kolšek, 2004).

Sindrom odvisnosti od alkohola ali alkoholizem je bolezen, ki jo opredelimo s pomočjo več kriterijev. Za odvisnost gre, če so bili v preteklem letu izraženi vsaj trije od naslednjih znakov: močna želja po pitju alkohola, težave pri obvladovanju pitja, vztrajanje v pitju kljub škodljivim posledicam, večje posvečanje pitju alkohola kot drugim aktivnostim in obveznostim, zvečana toleranca ter telesne motnje pri prenehanju pitja – abstinenčna kriza (prav tam).

Bistvo odvisnosti od alkohola ni v pitju alkoholnih pijač (čeprav brez pretiranega pitja ne more priti do zasvojenosti), temveč v spremenjenem vedenju pivca: v sebičnosti, površnosti, prepirljivosti, zanemarjanju obveznosti v družini in službi, zanemarjenosti ter nazadovanju, ki postopoma preide v popolno odtujenost na vseh področjih človekovega udejstvovanja, torej v socialno smrt (Rugelj, 2000 povz. po Kraker, 2010).

2.1.2 Razširjenost uporabe/zlorabe alkohola

Alkohol je droga, ki so ji ljudje naklonjeni, države pa imajo ekonomske interese, povezane s proizvodnjo in potrošnjo alkoholnih pijač (Hovnik Keršmanc, 2010).

Podobno kot v evropskem prostoru beležimo tudi v Sloveniji visoko porabo alkohola ter izraženo problematiko, povezano s škodljivim pitjem alkohola. Med letoma 1981 in 2005 smo Slovenci vsako leto presegli kritično količino 10 litrov čistega alkohola na prebivalca, ki predstavlja veliko tveganje za razvoj zdravju škodljivih posledic in ogroža blagostanje ljudi (Svetovna zdravstvena organizacija, 2009 povz. po Bajt, Zorko, 2009). Hovnik Keršmanc (2010) v svoji raziskavi ugotavlja, da se po registrirani porabi čistega alkohola na prebivalca Slovenija uvršča v evropski vrh. Alkoholne pijače vsaj občasno uživa večina odraslih prebivalcev. Med njimi je dobra četrtina čezmernih pivcev, več kot polovica pa se opije vsaj enkrat v letu. Pitje alkoholnih pijač je razširjeno tudi med otroki in mladostniki. Le 5 % 15–16 letnikov še nikoli ni pilo alkoholnih pijač, vsaj enkrat pa je bila opita dobra polovica. Z alkoholom se srečajo že zelo zgodaj.

Podatki Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije (IVZ) kažejo, da je zabeležena poraba čistega alkohola na odraslega prebivalca leta 2008 v Sloveniji znašala 11 litrov (Posledice tveganega pitja alkohola, 2010).

Raziskava, ki je bila izvedena na Gorenjskem iz leta 2001, je pokazala, da uživa alkoholne pijače vsaj občasno večina odraslih prebivalcev v starosti od 25 do 64 let, od teh dobra polovica moških vsaj enkrat tedensko, dobra polovica žensk pa vsaj enkrat na mesec. Le 8 % odraslih moških in 20 % odraslih žensk v zadnjem letu ni zaužilo alkoholne pijače, podobno kot v povprečju v Sloveniji (Hovnik Keršmanc, Hafner, 2002).

Opazajo, da še zlasti v času krize narašča alkoholizem med starejšimi osebami. Veliko prikritega alkoholizma je tudi med ženskami. Gorenjska se sicer po pitju alkohola in posledicah škodljivega pitja v slovenskem prostoru ne uvršča med z alkoholom najbolj obremenjena območja, vendar tako po pitju kot po posledicah presega povprečje držav članic Evropske unije. Kot ogrožene skupine so prepoznani mladi – ki so ogroženi že zaradi svoje mladosti in vpliva okolja, ki je do alkohola zelo tolerantno – odrasle ženske (na eni strani v povezavi z nosečnostjo in ogroženostjo ploda, na drugi strani zaradi pogosto prikritega pitja), zaradi staranja prebivalstva ne smemo prezreti niti starejših, ogrožene pa so tudi skupine, kot so otroci alkoholikov, osebe v stiskah, osebe z duševnimi motnjami, osebe, ki imajo težave pri vzpostavljanju stikov z drugimi ljudmi, osebe, ki pijejo na tvegan/škodljiv način, pa se tega ne zavedajo, zasvojeni z alkoholom, ki se ne zdravijo. Kot problematični dogodki so bili izpostavljeni konci tedna, zaključek šolskega leta, maturantski izleti, koncerti, množične prireditve, praznični dnevi (martinovanje, december) ter seveda popivanja na prostem in t. i. haubapartyji, lokali in trgovine, ki kršijo pravilo o prodaji alkoholnih pijač mladoletnim (Hovnik Keršmanc, 2012).

Charrel in sodelavci (2010) ugotavljajo, da splošni zdravniki težje odkrijejo alkoholizem pri ženskah kot pri moških. Splošni zdravniki so tisti, ki prvi stopijo v stik z ženskami, odvisnimi od alkohola. Alkoholizem dobro zanikajo predvsem mlade, izobražene ženske. V zadnjih desetih letih se je zmanjšalo zanikanje odvisnosti od alkohola pri ženskah. V tem času se ženske lažje spopadejo s svojo zasvojenostjo, o problemu se lažje pogovarjajo in se tudi lažje odločijo za zdravljenje. Uživanje alkohola se je povečalo pri mladih ženskah, mlajših od štirideset let.

Posebno pozornost je potrebno nameniti skupinam z večjim tveganjem (moškim, prebivalcem vzhodne Slovenije in prebivalcem iz nižjih socialno-ekonomskih slojev) ter raziskati vzroke za njihovo večjo ogroženost, pri tem pa oblikovati usmerjene pristope za zmanjševanje z alkoholom povezanih posledic (Kovše et al., 2012).

Kot ogrožene skupine, ki je še posebno dovzetna za škodljivo delovanje alkohola, ne smemo prezreti mladih. Avtorica Zalta s sodelavci (2008) ugotavlja, da se mladi škodljivega delovanja in posledic pitja alkoholnih pijač (prometne nesreče, prepiri, nasilno vedenje, zdravstveni problemi) zavedajo. Zavedanju navkljub pa so v porastu tvegane oblike uporabe alkohola (npr. »binge drinking« oziroma načrtno opijanje v čim krajšem času ali večdnevno popivanje).

2.1.3 Posledice čezmernega uživanja alkohola

Posledice škodljive rabe alkohola se ne odražajo le na zdravju, temveč na različnih področjih življenja in dela posameznika, v njegovem bližnjem in širšem okolju, ne bremenijo pa samo posameznika, temveč celotno družbo. Slovenija se po količini popitega alkohola na prebivalca, ki ga konzumiramo na izrazito škodljiv način, uvršča znotraj držav Evropske unije med najbolj obremenjene države (Hovnik Keršmanc, 2012).

Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije je alkohol v svetu šesti in v Evropi tretji najpomembnejši dejavnik tveganja za prezgodnjo umrljivost in obolevnost (Guntar Činč, 2010). Podobno tudi Watt (2011) v svojem članku ugotavlja, da je alkohol v visokem deležu vzrok prezgodnje smrti pri odraslih z boleznimi srca in ožilja ter cirozo jeter. Pri mladih odraslih predstavlja celo najpomembnejši dejavnik tveganja za invalidnost in umrljivost. Posledice rabe alkohola predstavljajo za Evropo veliko ekonomsko in družbeno breme. Izračunali so, da lahko alkoholu pripišemo 8 % vsega bremena bolezni, kar znese približno 125 milijard evrov oziroma 1,3 % bruto nacionalnega produkta na stari celini (Guntar Činč, 2010).

Alkohol velja v mednarodnem prostoru za enega od najpomembnejših vzrokov za prezgodnjo umrljivost in obolevnost, z alkoholom pa je povezan tudi delež prezgodnjih

smrti delovno aktivnega prebivalstva, pomembno pa prispeva tudi k neenakostim v zdravju (Kovše et al., 2012, str. 125). Tudi na Gorenjskem je alkohol pomemben javni zdravstveni problem, ki močno prispeva k neenakostim prebivalcev. Problematika je pomembna tudi z vidika človekovih pravic (Hovnik Keršmanc, 2012).

Posledice tveganega pitja alkohola predstavljajo veliko breme za posameznike, njihove svojce in državo. V Sloveniji ne odstopamo od povprečja Evropske unije po registrirani porabi alkohola, temveč po škodi, ki nastane zaradi škodljivega in tveganega pitja. Ugotavljamo veliko tolerantnost do opijanja in drugih oblik škodljivega ter tveganega pitja, kot je vožnja pod vplivom alkohola (Kerstin Petrič, 2010).

Za škodljive učinke alkohola je še posebej občutljivo žensko telo, zato se tudi hitreje razvijejo najtežje telesne posledice. Pri ženskah ob ponavljajočih se nespecifičnih telesnih, psihičnih in socialnih težavah, kot so težave z želodcem, glavobol, napetost, nihanje krvnega tlaka, depresija, konflikti v družini, bi morali še toliko prej pomisliti, ali morda ne gre za škodljivo pitje (Boben-Bardutzky, 2004).

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 oz. njenih dohodkov odvisna, v večji ali manjši meri (Albreht, 2011).

V družini se posledice problematičnega pitja in zasvojenosti najprej pokažejo. Na delovnem mestu in v družbenem funkcioniranju posameznika so opazne leta kasneje. Najkasneje praviloma nastanejo zdravstvene komplikacije. Zdravstveni in družbeni propad alkoholika se pojavi v fazi padca tolerance za alkohol (Torre, 2006).

Bistvo alkoholizma je prav v spremenjenem, skoraj vedno v asocialnem vedenju alkoholika, ki razkraja in uničuje ne samo alkoholika, ampak tudi vse tiste, ki živijo ob njem. Alkoholik postopoma doživljajsko otopeva, postaja vsestransko odtujen in siromaši svoje odnose z ljudmi. Na koncu je alkoholik v odnosu samo še z alkoholom in se še pred biološko sreča z odnosno smrtjo in osebnostnim propadom. Svoje življenje

doživljajo alkoholiki kot brezsmiselno, popolnoma izgubijo življenjsko orientacijo, postanejo popolnoma odtujeni od narave, družine, družbe in tudi samega sebe (Perko, 2006).

Alkoholizem razkraja in uničuje življenje ljudi, s katerimi alkoholik živi in dela, še preden začne propadati njegovo telesno zdravje in se začno javljati značilni psihiatrični zapleti. Mnogo alkoholikov uniči družino, ko so telesno še razmeroma zdravi (Rugelj, 2000 povz. po Kraker, 2010).

Zaradi problematike alkohola se v zadnjih letih v mednarodnem prostoru, kakor tudi pri nas, pojavljajo prizadevanja po omejevanju problematike s predlogi različnih ukrepov v številnih sektorjih. Področje alkoholne politike (javnozdravstveni vidik) v mednarodnem prostoru urejata Svetovna zdravstvena organizacija in Evropska unija (SZO, 2009 povz. po Bajt, Zorko, 2009).

Tvegano in škodljivo pitje alkohola za Slovenijo pomeni veliko socialno, zdravstveno in finančno breme, zato je treba k problematiki pristopiti celostno in pri njenem reševanju aktivno vključiti tudi civilnodružbene organizacije (Posledice tveganega pitja alkohola, 2010).

Pri zmanjševanju škode, povzročene z alkoholom, ne gre spregledati velikega pomena lokalnega okolja, da mobilizira skupnost k zavzemanju aktivne vloge pri spreminjanju ne le posameznikovega pivskega vedenja, temveč tudi dejavnikov iz okolja, ki vplivajo na pivsko vedenje. Pomembno je, da se nosilci lokalnih oblasti in vsi ključni akterji na lokalni ravni zavedo te problematike in pristopijo k izvajanju aktivnosti (Hovnik Keršmanc, 2012).

Državi je na voljo vrsta dobrih in tudi cenovno učinkovitih ukrepov, da pa bi jih politika sprejela in bi v praksi zaživel, morajo imeti podporo civilne družbe. Za svoje delo civilna družba potrebuje jasne usmeritve stroke, ki temeljijo na rezultatih raziskovalne dejavnosti. Povezovanje stroke in civilne družbe je za celovito alkoholno politiko v Sloveniji nujno (Kerstin Petrič, 2010).

Oblikovati je potrebno bolj odgovoren odnos do alkohola v družbi, uvesti dokazano učinkovite ukrepe za zmanjševanje posledic tveganega pitja in zagotoviti učinkovit nadzor nad njihovim izvajanjem, ugotavlja tudi avtorica Kovše s sodelavkami (2012).

2.2 DRUŽINA

2.2.1 Opredelitev družine

Družina je osnovna biosocialna skupnost. Opredeljena je kot skupina ljudi, za katere je značilno, da skupaj prebivajo, ekonomsko sodelujejo in se razmnožujejo. Vanjo so vključene odrasle osebe nasprotnih spolov in eden ali več lastnih ali posvojenih otrok, ki pripadajo tistima dvema odraslima osebama, ki živita v skupnem gospodinjstvu (Zaletel-Kragelj et al., 2007). Družina je osnovna celica družbe, kjer se vrstijo najpomembnejše življenjske zgodbe njenih članov. Družina oblikuje osebnost otrok, obenem pa se vsak član družine v njej kultivira, socializira in individualizira. Je skupek odnosov, tako med staršema, med starši in otroki ter med otroki samimi. Za razvoj otrok in delovanje celotne družine je pomembna tudi razširjena družina. Zelo pomembno vlogo pri oblikovanju človeka imajo tudi stari starši, strici in tete (Perko, 2006).

Družina je edini prostor, kjer je posameznik sprejet zaradi njega samega, takšen, kot je, z vsemi dobrimi, lepimi lastnostmi, pa tudi z vsemi napakami. Je prostor, kjer posameznik ni spoštovan zaradi funkcije, ki jo opravlja, ampak zaradi tega, ker preprosto je. Družina je tako prostor posameznikove največje gotovosti in varnosti (Perko, 2006, str. 49). Družina je prostor, kjer se izražajo najgloblja čustva pripadnosti, ljubezni in medsebojne povezanosti. Je prostor, kjer je otrok brezpogojno sprejet zaradi sebe samega (Perko, 2011).

Ločimo ožjo, nuklearno družino (mama, oče in otroci) in razširjeno družino (ožji družini so pridruženi še ostali najbližji sorodniki). Oblika razširjene družine, ki jo poznamo še ponekod v Sloveniji, je večgeneracijska družina, v kateri so nuklearni družini pridruženi člani prejšnje generacije (stari starši). V današnjem času nuklearne družine hitro razpadajo, rojevajo pa se nove. Velikost nuklearnih družin je lahko različna, odvisno od števila otrok. Odnosi med člani družine so lahko demokratični ali avtoritativni, odvisno od kulturnih značilnosti posamezne družbe (Ramovš, Ramovš, 2011).

Cooley (2009) poudarja, da ima vsak posameznik družino. Družine imajo različne strukture, so različnih velikosti, imajo različne stopnje povezovanja in načine delovanja med seboj. Družina lahko nudi podporo in ljubezen, lahko pa pripelje svoje člane do razočaranja in žalosti. Ljudje se starajo, se odmaknejo, včasih se skušajo pretvarjati, da nimajo družine, toda na koncu je ta oseba odsev družine, iz katere prihaja.

2.2.2 Zdrava, funkcionalna družina

Funkcioniranje družine se poimenuje kot uspešno v doseganju družinskih nalog ter promociji rasti in dobrega počutja družinskih članov. Zdrava družina naj bi zagotavljala kakovostne odnose in sposobnost adaptacije družinskih članov. V vsaki zdravi družini obstaja pet potrebnih in ponavljajočih se nalog, ki jih mora družina vedno znova izpolniti, da je učinkovita. Gre za zagotavljanje osnovnih virov za preživetje, medsebojno skrb in podporo, zadovoljstvo s spolnostjo pri starših, zagotavljanje osebnega razvoja članov in vzdrževanje in upravljanje družinskega sistema – sprejemanje odločitev, vzpostavljanje mej z zunanjim svetom, kontrolo vedenja članov družine, ravnanje z denarjem v gospodinjstvu in ravnanje z zdravjem. Pomembna sta razporeditev vlog in odgovorno ravnanje v vlogi (Poljšak Škraban, 2007).

Za funkcionalno družino so bistvene tri dimenzije: družinska povezanost, družinska fleksibilnost in dobra komunikacija v družini (Olson 2000 povz. po Repič 2006).

Vsaka družina si oblikuje nenapisana pravila o tem, kako bodo skupaj živeli. Pravila zrcalijo prepričanja in norme ter se dostikrat prenašajo iz roda v rod. To velja tudi glede pitja alkoholnih pijač (Hovnik – Keršmanc, Čebašek Travnik, Stergar, 2003).

2.2.3 Alkoholizem – bolezen družine

O konceptu alkoholne zasvojenosti govorimo tudi z vidika bolezni družine. Torre (2006) pravi, da prav tako kot alkoholik tudi člani njegove družine zmanjšujejo, izkrivljajo, racionalizirajo, potiskajo in negirajo resnost problematike pitja alkohola. S tem, da družina ščiti alkoholika pred neugodnimi posledicami pitja, z namenom, da te ne bi postale še hujše, nenamerno in posredno pomaga vzdrževati zasvojenost. Družina alkoholika živi zanj, živi njegov alkoholizem kot družinsko bolezen. Večina

alkoholičnih družin je disfunkcionalnih z visoko prisotnostjo in intenziteto družinskih konfliktov, s slabo organizacijo in ekonomskim stanjem. Kot celota je družina dezorganizirana. Pitje postane organizacijska os življenja alkoholikove družine.

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, 2006).

Alkohol izkrivi alkoholikovo čustvovanje in vpliva na njegovo vedenje. Alkoholik postopoma postane do svojih najbližjih nesramen, agresiven, žaljiv. V družini primanjkuje denarja, vrstijo se prepiri in celo pretepi. Družina vsak dan znova trepeti in čaka, v kakšnem stanju bosta prišla domov oče, mati ali dedek. Otroci v družinah alkoholikov imajo pogosteje kot drugi otroci učne težave, težave z vedenjem, težave s sovrstniki, zahajajo v čustveno stisko, so nesrečni in nezadovoljni. Včasih mislijo, da je rešitev beg od doma, in prej kot drugi otroci posegajo po alkoholu (Končnik Goršič, 2004). Perko (2011) navaja, da življenje otrok v alkoholičnih družinah lahko primerjamo z življenjem ljudi v koncentracijskih taboriščih.

Kolšek (2010) tesno in neposredno povezuje osebnost alkoholika z dogajanjem v njegovi primarni družini, kjer bodoči alkoholik dobi disfunkcionalno identiteto. Ob nizkem samospoštovanju in negativnih vedenjskih vzorcih je pot v odvisnost še olajšana. Alkoholizem razume kot bolezen širše družine, saj poleg alkoholika trpijo tudi vsi družinski člani. Družina lahko pomeni izvor težav, polje reševanja težav in je tudi žrtev težav. Razvoj alkoholizma vodi do faze uničevanja družine in osebnostnega ter socialnega propadanja. Pojavi se reorganizacija družine, tu se vloge v družini spremenijo, manj je socialnih stikov v družini, pojavljajo se družinski spori in grožnje. Za uspešno zdravljenje je vključitev družine nujna. Če svojci menijo, da zdravljenje ni potrebno, skoraj ni upanja, da se bo alkoholik odločil zanj (prav tam).

Flynn (2010) je v svoji raziskavi, ki jo je izvedel v Veliki Britaniji, poskušal ugotoviti, kakšna je obravnava alkoholikov s psihiatričnega vidika v povezavi z družino. V zdravljenju alkoholika so pogosto vključeni njihovi partnerji, otroci in drugi družinski člani. Poudarja, da je potrebno partnerje in ostale družinske člane pri obravnavi alkoholizma nujno podpirati in spodbujati. Ugotovitve kažejo, da se pogostost ponovitve alkoholnih epizod in recidivov zmanjša, kjer je pri zdravljenju vključena družina.

Z vidika pomoči pri odločitvi družine za zdravljenje pa ne smemo pozabiti na dejstvo, da prenehanje pitja ogroža dosedanje delovanje družine. Nova situacija družino destabilizira (Torre, 2006). Na to opozarja tudi Kolšek (2010). Alkoholizem lahko razumemo tudi kot metaforo družinskega problema kot orodje za vzdrževanje homeostaze. Zato moramo biti pri terapiji previdni – simptoma ne odpravljamo kot takega, ampak zato, da družini in vsem njenim članom pomagamo pri razvoju. Izguba simptoma bi lahko pomenila razpad družine, kar pa ni cilj družinske terapije. Družini je treba namesto škodljive ponuditi funkcionalno metaforo.

V zvezi s problematiko zasvojenosti z alkoholom je pomembno izpostaviti tudi pomen družine z vidika vzgoje otrok. V raziskavi Mladi in alkohol v Sloveniji ugotavljajo, da mladi (ob predpostavki, da gre za drugačen vzorec pitja in najverjetneje ne gre za pretirano opijanje) najpogosteje pijejo s starši. Zaradi splošne kulturne sprejetosti alkohola v Sloveniji ne preseneča, da polovica mladih občasno uživa alkohol na družinskih praznovanjih, 12,8 % osnovnošolcev in 21 % srednješolcev pa pogosto ali vedno (Zalta, Kragelj, Zurc, 2008).

Ramirez in sodelavci (2012) ugotavljajo, da je družinsko okolje zelo pomemben dejavnik v razvoju mladostnikov. Pri neurejenih družinah mladostniki veliko prej posežejo po alkoholu in ostalih drogah kot pri urejenih družinah in prej postanejo zasvojeni z alkoholom. V program zdravljenja alkoholizma je v prvi vrsti vključena predvsem družina, mladostnik pa se mora strinjati z enoletno abstinenco. Najbolj pomembna dejavnika pri doseganju enoletne abstinence od alkohola in uspeh pri zdravljenju sta podpora ožjih članov družine in zamenjava kroga prijateljev. To je za

mladostnika zelo velik izziv in programu pogosto niso naklonjeni. Družino v program zdravljenja sprejmejo, težje jim je pri prekinitvi zveze s prijatelji. Problem je možno rešiti z močnimi vezmi družinskih članov.

Družine so lahko dejavniki tveganja ali pa varovalni dejavniki za tvegano in škodljivo pitje mladih. Družina je lahko pomemben dejavnik tveganja, njena disfunkcionalnost v vzgoji se je pogosto kazala v obliki nejasnih in nasprotujočih si vzgojnih prijemov in v dvojnih merilih glede pitja alkohola. Analiza raziskovalnega gradiva o varovalnih dejavnikih pred pitjem mladih pa je pokazala, da na mladostnikov odnos do alkoholnih pijač zelo vpliva vedenje staršev do opojnih substanc v njihovem vsakdanjem življenju. Kajti če starši pijejo zmerno in ob posebnih priložnostih, dajejo s takšnim ravnanjem otrokom zgled in jim odpirajo možnosti, da bodo v mladostništvu ali pozneje v odraslosti prevzeli in oblikovali podobne vzorce vedenja do omamnih snovi, kakor jih imajo njihovi starši (Ramovš, Ramovš, 2011).

Ferlan Istinič (2010) ugotavlja, da je zasvojenost celosten problem, ki zajame vsega človeka v okviru različnih razsežnosti. Pri socialnem urejanju alkoholizma je pomemben celostni pristop, saj je alkoholizem večplasten pojav. Posameznika je potrebno obravnavati celostno, kot del družine in kot del skupnosti. Celostni pristop pri urejanju alkoholizma obsega tri področja: obravnavo in urejanje alkoholikov ter njihovega mikrookolja (pomoč družinam), socialno oskrbo neozdravljivih alkoholikov ter preventivno delo na področju alkoholizma. Zagotavljati je potrebno interdisciplinarno sodelovanje zdravstva, šolstva, socialnega varstva, lokalnih skupnosti in civilne družbe.

2.3 PATRONAŽNO ZDRAVSTVENO VARSTVO IN ZLORABA ALKOHOLA V DRUŽINI

2.3.1 Patronažno zdravstveno varstvo

Pomemben del zdravstvene službe na primarni ravni predstavlja patronažno zdravstveno varstvo. To je definirano kot posebna oblika zdravstvenega varstva, ki opravlja aktivno zdravstveno in socialno varovanje posameznika, družine in skupnosti. Med pomembnejše naloge patronažne zdravstvene nege sodi izvajanje preventivnega

programa, ki je namenjeno ohranjanju, krepitvi in varovanju zdravja ter preprečevanju bolezni celotne populacije od spočetja do smrti. Preventivna dejavnost patronažnega varstva se še posebej posveča obravnavi biološko najbolj ranljivih skupin prebivalcev (Zavrl Džananović, 2010).

Patronažno zdravstveno varstvo je organizirano kot samostojna služba ali organizacijska enota osnovnega zdravstvenega varstva v zdravstvenih domovih. Je integralni del primarne zdravstvene nege in s tem primarnega zdravstvenega varstva. Izvaja se na pacientovem domu, v zdravstvenem domu, v lokalni skupnosti in na terenu. Nosilka zdravstvene nege v patronažnem varstvu je diplomirana medicinska sestra. Prevzeti mora vsa področja delovanja, to je socialnozdravstveno obravnavo posameznika, družine in skupnosti, zdravstveno nego nosečnice, otročnice in novorojenčka na domu in zdravstveno nego ter oskrbo pacienta na domu (Železnik, 2011).

2.3.2 Vloga patronažne medicinske sestre v prepoznavanju alkoholne problematike in njen prispevek k zdravljenju sindroma odvisnosti od alkohola

Albreht (2011) ugotavlja, da je prvi in najpogostejši stik alkoholika z zdravstveno službo prav na primarni ravni zdravstvenega varstva.

Na pomembno vlogo medicinskih sester v obravnavi pacienta z alkoholno problematiko ter to, kako zdravstveno vzgojno delo patronažnih medicinskih sester vpliva na zdravljenje alkoholizma, kaže raziskava, ki je bila izvedena na Portugalskem (Melo de Souza, Getulia Pinto, 2012). 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 pacientov, ki čezmerno pijejo alkoholne pijače, v večji meri prispevajo njihovi sorodniki in prebivalci krajevne skupnosti. Nujno potrebno za učinkovito zdravljenje je predvsem zaupanje med pacientom 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 ponavadi pojavi skupaj s socialnimi problemi. Pri odkrivanju alkoholizma v družini mora biti patronažna medicinska sestra dobro strokovno podkovana, saj le redkokdaj vidi pacienta opitega.

Peplau (1952 povz. po Harrington Dobinson, Blows, 2007) meni, da so za odnos medicinska sestra in pacient značilne štiri med seboj povezane faze: vzgoja, identifikacija, zaščita in ukrepanje, intervencija. Vlogo medicinske sestre vidi kot učitelja, vodjo, zaščitnika in svetovalca. Teoretičarka pravi, da tisti, ki zlorabljujejo alkohol, pogosto svoje alkoholne probleme zanikajo in se o njih ne želijo pogovarjati. Meni tudi, da ima medicinska sestra ključno vlogo pri obravnavi pacientov z alkoholno problematiko.

Beckham (2007) navaja, da je največ čezmernih pivcev alkohola pri tistih z nizkimi dohodki. Raziskava je potrdila, da se ti ljudje v prvi meri najprej srečajo s patronažno sestro ali osebnim zdravnikom. Pri posameznikih se uživanje alkohola razlikuje med posameznimi fazami. Zgodnja faza nevarnega uživanja alkohola lahko zelo hitro preide v fazo hude odvisnosti od alkohola ali do zlorabe. Prepoznava alkoholizma na primarnem nivoju zdravstvenega varstva močno zmanjša zdravstvene stroške v nadaljnjih obravnavah. Na osnovi raziskave je Beckhamova zasnovala projekt motivacijskih pogovorov za pripravo ljudi na spremembe. Izkazal se je za izredno uspešnega. To dragoceno komunikacijsko spretnost močno priporoča predvsem patronažnim medicinskim sestram in osebnim zdravnikom.

Harrington-Dobinson in Blows (2007) izpostavljata poudarek podpori in oskrbi alkoholikov, ki si prizadevajo rešiti problem alkoholizma. Osredotočata se na tri ključne teme: spodbujanje alkoholika k zdravljenju, vzpostaviti dobre komunikacijske kanale in prepletanje zdravljenja in psihološka podpora pacientu. Utemeljila sta, da ima medicinska sestra pomembno vlogo pri motiviranju in reševanju težav pacientov, ki se pojavijo pri zdravljenju. Medicinske sestre in zdravniki najbolj pogosto prihajajo v stik s pacienti alkoholiki. Tu vidita veliko priložnost za zdravstveno vzgojno delo medicinskih sester, ki je usmerjeno k spremembi stališča pacientov do uživanja alkohola. Medicinska sestra s pacientom razvije terapevtski odnos in mu pomaga pridobiti vpogled v probleme. Prevzame tudi vodilno vlogo pri odločanju v zvezi s promocijo zdravja ter usklajuje zdravstveno vzgojno delo. Medicinska sestra mora biti

pripravljena svetovati, usmerjati in nuditi pomoč ter podporo pacientu. Da pa bo pacienta lažje razumela, potrebuje tudi veliko mere empatije.

Lacey (2012) pravi, da bo zdravljenje uspešno le, če bodo imeli patronažna medicinska sestra in drugi zdravstveni delavci znanje, spretnosti in pogum. Glede na pacientove posebnosti bi morale dnevno v zdravstveno vzgojo vključevati vse dejavnike tveganega načina življenja, kot so zdrava prehrana, telesna dejavnost, uživanje alkohola in kajenje. Opirajo se na specifična znanja, veščine, samozavest in kompetence medicinske sestre. Alkoholizem lahko privede do kolateralne škode, do poslabšanja odnosov v družini, ki lahko prav tako vplivajo na dojenčke, otroke in mladostnike. Zaradi ponavljajočih se bolniških odsotnosti so posledično ogroženi tudi sodelavci. Ne gre pa zanemariti različnih dogodkov, kot so prometne nesreče. Zato je na prvem mestu promocija zdravja, otroke je potrebno seznanjati s problemom alkoholizma že v vrtcih. Ob pojavu alkoholizma imata veliko vlogo zgodnje odkrivanje ter podpora pacientu in njegovim svojcem.

Za zdravljenje sindroma odvisnosti od alkohola so, tako ugotavlja Watt (2011), pomembni smernice in znanje zdravstvenih delavcev. Ljudje z alkoholno problematiko imajo pogosto kaotično življenje. Da pa se odločijo za zdravljenje, morajo stopiti v stik z ljudmi, ki jim zaupajo, jih poznajo in imajo z njimi dobre odnose.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen raziskave je ugotoviti, kako diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu, zaposlene v Zdravstvenih domovih (ZD) Osnovnega zdravstva Gorenjske (OZG) – ZD Radovljica, ZD Jesenice, ZD Bled, ZD Bohinj, ZD Kranj, ZD Tržič, ZD Škofja Loka, in patronažne medicinske sestre s koncesijo prepoznajo alkoholno problematiko v družinah in kako obravnavajo paciente ter družino s problematiko zasvojenosti z alkoholom.

Cilji diplomskega dela:

1. Predstaviti vlogo patronažne medicinske sestre z vidika zlorabe alkohola v družini.
2. Raziskati zaznavanje, ukrepanje in oblike problematike, ki se kažejo kot posledice zlorabe alkohola v družini.
3. Ugotoviti mnenja patronažnih medicinskih sester o pojavu alkoholne problematike v družini.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

1. Kakšna je vloga patronažne medicinske sestre pri obravnavi alkoholizma v družini?
2. Kakšne oblike problematike zaznavajo patronažne medicinske sestre v družinah, v katerih se pojavlja zloraba alkohola?
3. Kako patronažne medicinske sestre odkrijejo čezmerno uživanje alkohola v družini?
4. Kako patronažne medicinske sestre ukrepajo, ko ugotovijo čezmerno uživanje alkohola (zasvojenost) v družini?
5. Kako patronažne medicinske sestre spremljajo družino, v kateri se pojavi čezmerno uživanje, zasvojenost z alkoholom?
6. Kakšno je mnenje patronažnih medicinskih sester o alkoholni problematiki v družini?
7. Kako patronažne medicinske sestre ocenjujejo svojo usposobljenost in znanje na področju alkoholizma?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je temeljila na deskriptivni, neeksperimentalni metodi empiričnega raziskovanja. Za zbiranje podatkov smo uporabili anketni vprašalnik za patronažne medicinske sestre. Za potrebe teoretičnega in empiričnega dela smo zbrali podatke s pomočjo strokovne literature in znanstvenih člankov, ki so bili dostopni v splošnih in strokovnih knjižnicah s pomočjo virtualne knjižnice COBISS in podatkovnih baz CINAHL, EBSCOhost, ERIC, MEDLINE, PubMed. Literaturo smo iskali tudi v knjižnici A. T. Linhart v Radovljici. Za iskanje literature smo uporabili naslednje ključne besede v slovenskem jeziku: patronažna medicinska sestra, zdravstvena nega, alkohol, alkoholizem v družini, alkoholna problematika, zasvojenost z alkoholom, sindrom odvisnosti od alkohola; ter ključne besede v angleškem jeziku: home care nurse, community nurse, alcohol, alcoholism in family, alcohol problems, addiction to alcohol, alcohol dependence syndrom.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za izvedbo raziskave smo kot tehniko zbiranja podatkov uporabili anketiranje. Uporabili smo vprašalnik, ki je bil namenjen patronažnim medicinskim sestram zdravstvenih domov OZG in je vseboval 27 vprašanj. Raziskovalna vprašanja smo oblikovali glede na namen in cilje diplomskega dela. Temeljila so na pregledu literature (Albreht, 2011; Guntar Činč, 2010; Hovnik Keršmanc, 2012; Kolšek, 2004; Ramovš, Ramovš, 2007; Torre, 2006; Watt, 2011). Uporabili smo zaprta vprašanja, kombinacijo odprtih in polodprtih vprašanj ter odprta vprašanja, s katerimi smo pridobili poleg demografskih podatkov anketirancev tudi podatke o družinah, v katerih patronažne medicinske sestre najpogosteje zasledijo alkoholno problematiko, načine pridobivanja informacije o problematičnem pitju posameznika, ukrepanje ob prepoznavanju alkoholne problematike, mnenja patronažnih medicinskih sester o alkoholni problematiki in usposobljenosti za delo s področja alkoholizma. Zanesljivost merskega instrumenta smo preverili s Cronbachovim koeficientom alfa. Zanesljivost vprašalnika smo izračunali za vprašanje 12, v katerem smo uporabili Likertovo lestvico stališč.

Tabela 1: Test zanesljivosti merskega instrumenta

Cronbach alfa	N
0,860	14

N = število vzorca

Tabela 1 kaže, da je koeficient Cronbach alfa znašal 0,860, kar pomeni dobro zanesljivost (Cenčič, 2009).

3.3.3 Opis vzorca

Vzorec, ki smo ga uporabili v raziskavi, je bil namenski. V raziskavo smo vključili 60 patronažnih medicinskih sester v zdravstvenih domovih OZG (ZD Jesenice – 12 (20 %), ZD Bled – 4 (6,70 %), ZD Radovljica – 6 (10 %), ZD Bohinj – 2 (3,33 %), ZD Kranj – 15 (25 %), ZD Tržič – 7 (10,82 %), ZD Škofja Loka – 7 (10,82 %)) in tudi patronažne medicinske sestre, zaposlene v zasebnem patronažnem varstvu (ZD Radovljica – 2 (3,33 %), ZD Kranj – 6 (10 %)). Vse anketiranke so bile ženskega spola. Razdelili smo 67 vprašalnikov, vrnjenih smo dobili 61, kar predstavlja 91-odstotno realizacijo vzorca. V statistično obdelavo podatkov smo zajeli 60 vprašalnikov, ker je bil en vprašalnik vrnjen neizpolnjen z obrazložitvijo "z alkoholiki se sploh ne ukvarjam".

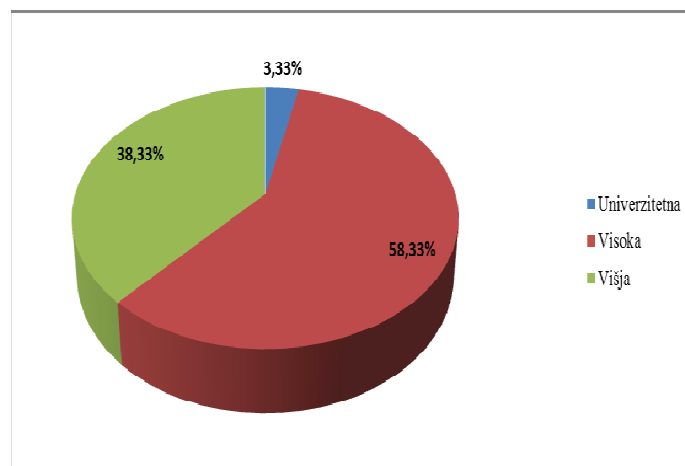
Starostno strukturo patronažnih medicinskih sester si lahko ogledamo v tabeli 2. 31,70 % vseh anketirank je bilo starih 51 let ali več, enak odstotek se jih je uvrstilo v starostni razred od 41 do 50 let. 30 % anketirank je bilo zajetih v starostnem razredu od 31 do 40 let, v najmlajšem starostnem razredu od 20 do 30 let pa jih je bilo 6,60 %. Povprečna delovna doba anketirank v patronažnem varstvu je bila 14,5 leta.

Tabela 2: Starostna struktura anketiranih patronažnih medicinskih sester

Leta starosti	N	%
51 let in več	19	31,70
Od 41 do 51 let	19	31,70
Od 31 do 40	18	30,00
Od 20 do 30	4	6,60

N – število odgovorov, % – odstotek

Slika 1 prikazuje stopnjo izobrazbe anketiranih patronažnih medicinskih sester. Največ anketirank, zajetih v vzorec, je z visoko izobrazbo (58,34 %), z višjo izobrazbo jih je 38,33 % in z univerzitetno izobrazbo 3,33 %.



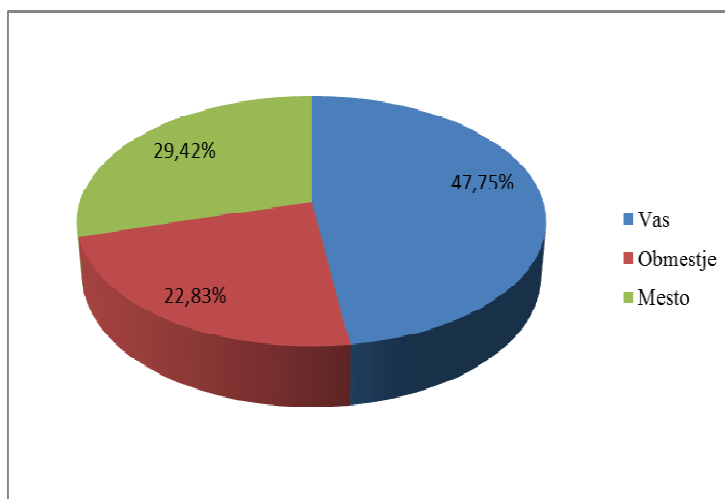
Slika 1: Stopnja izobrazbe patronažnih medicinskih sester

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Najprej smo vprašalnik sestavili v pilotni obliki in ga praktično preizkusili. Vprašalnik sta pilotno izpolnili patronažni medicinski sestri iz ZD Radovljica. Ker glede vprašalnika nista imeli pripomb, smo sklepali, da je vprašalnik vsebinsko razumljiv in primeren za anketiranje. Izvedli smo ga po pridobitvi soglasij vodstva vseh Zdravstvenih domov OZG in soglasju vodij v zasebnem patronažnem varstvu. Anketne vprašalnike smo po predhodnem telefonskem pogovoru z vodji posameznih služb v patronažnem varstvu poslali po pošti. Izpolnjene vprašalnike so nam ravno tako vrnili prek pošte. Pri sodelovanju v raziskavi smo anketirankam zagotovili anonimnost, upoštevali smo tudi etična načela Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Republike Slovenije. Raziskava je potekala od 11. 2. 2013 do vključno 22. 3. 2013. V marcu smo dobili vrnjene še zadnje vprašalnike od tistih anketirank, ki so bile v februarju na bolniškem ali na letnem dopustu. Za statistično obdelavo podatkov smo uporabili program SPSS/PASW verzija 18.0. Za spremenljivke smo ugotavljali frekvence, odstotke, povprečne vrednosti in standardni odklon. Za ugotavljanje razlik smo uporabili t-test. Odprta vprašanja smo analizirali s kvalitativno analizo besedil – kode, kategorije.

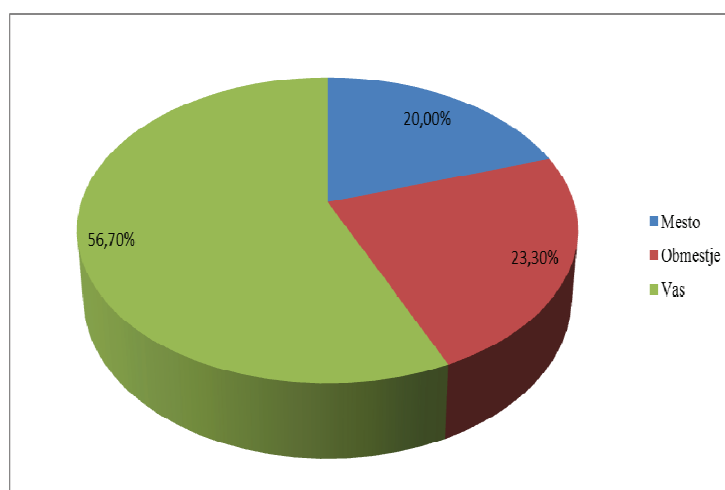
3.4 REZULTATI

Na sliki 2 vidimo delež vrste terena, na katerem patronažne medicinske sestre (PMS) obiskujejo paciente. Anketiranke največ obiskujejo paciente v vaseh (47,75 %), sledijo jim mesta (29,42 %) in obmestje (22,83 %).



Slika 2: Delež vrste terena, ki ga pokrivajo patronažne medicinske sestre

Na sliki 3 si lahko ogledamo delež vrste terena, na katerem PMS zaznavajo alkoholno problematiko. Anketiranke največjo problematiko alkoholizma opažajo v vasi (56,70 %), sledi obmestje (23,30 %), najmanjšo problematiko pa zaznavajo v mestih (20 %).



Slika 3: Delež vrste terena z alkoholno problematiko

Tabela 3 prikazuje vrste družin, v katerih se po mnenju PMS problematika alkoholizma pogosteje pojavlja. PMS najpogosteje opažajo alkoholno problematiko v družinah praznega gnezda (PV = 3,42), redkeje v razširjenih družinah (PV = 2,93), jedrnih družinah (PV = 2,88), reorganiziranih družinah (PV = 2,58), na zadnjem mestu so enostarševske družine (PV = 2,35).

Tabela 3: Vrste družin, v katerih se po mnenju patronažnih medicinskih sester problematika alkoholizma pogosteje pojavlja

Vrste družin	N	Min	Max	PV	SO
Družine praznega gnezda	60	1	5	3,42	0,82
Jedrne družine	60	1	5	2,88	0,86
Enostarševske družine	60	1	5	2,35	0,82
Razširjene družine	60	2	4	2,93	0,78
Reorganizirane družine	60	1	4	2,58	0,87

N – število odgovorov; Min – minimalna vrednost; Max – maksimalna vrednost; PV – povprečna vrednost; SO - standardni odklon
Lestvica: 1 – nikoli, 2 – redko, 3 – niti opazim niti ne opazim, 4 – pogosto, 5 – zelo pogosto

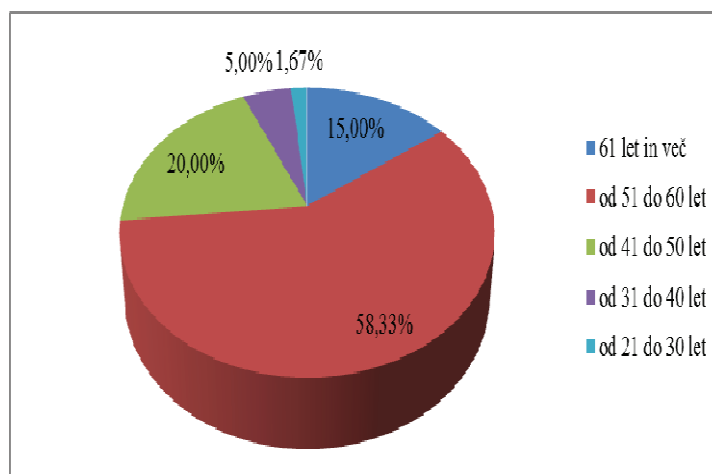
V tabeli 4 lahko vidimo, pri katerem spolu je pitje alkoholnih pijač po mnenju PMS čezmerno. Samo ena anketiranka (1,70 %) je na vprašanje, pri katerem spolu opažajo večje čezmerno pitje alkohola, odgovorila, da pri ženskah. Ostalih 98,30 % anketirank je mnenja, da je čezmerno pitje pogostejše pri moških.

Tabela 4: Mnenje PMS o čezmernem uživanju alkohola po spolu

Spol	N	%
Moški	59	98,30
Ženske	1	1,70

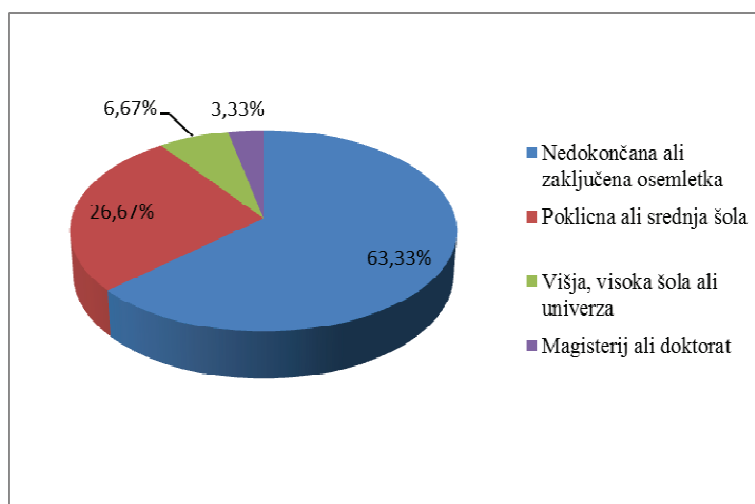
N – število odgovorov, % - odstotek

Starostna struktura oseb, ki po mnenju PMS najpogosteje čezmerno pijejo alkohol, prikazuje slika 4. 58,33 % anketirank se je strinjalo, da je največ čezmernih pivcev med 51. in 60. letom starosti. 20 % PMS meni, da so to osebe med 41. in 50. letom, 15 % PMS je mnenja, da alkohol največ čezmerno uživajo stari 61 let in več, 5 % PMS meni, da med 31. in 40. letom starosti, najmanj PMS (1,67 %) pa je mnenja, da gre za čezmerno uživanje alkohola med 21. in 30. letom starosti.



Slika 4: Starostna struktura oseb, ki po mnenju PMS najpogosteje čezmerno uživajo alkohol

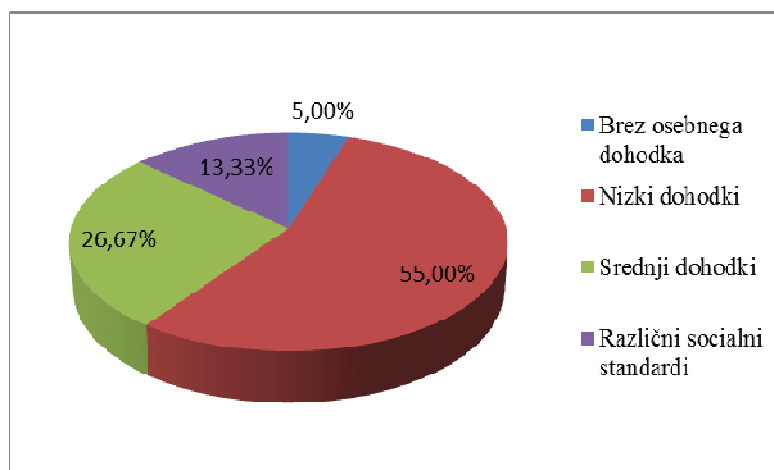
Stopnja izobrazbe, ki so jo PMS zasledile pri čezmernih pivcih alkohola, je prikazana na sliki 5. Največ pivcev je z nedokončano ali zaključeno osemletko (63,33 %), sledijo pivci s poklicno ali srednjo šolo (26,67 %), 6,67 % pivcev ima višjo, visoko šolo ali univerzo, najmanj pivcev pa ima magisterij ali doktorat (3,33 %).



Slika 5: Izobrazbena struktura oseb, ki po mnenju PMS čezmerno uživajo alkohol

Slika 6 prikazuje mnenje PMS o socialno-ekonomskem položaju v družinah z alkoholno problematiko. V družinah z alkoholno problematiko so PMS v 55 % zasledile nizek ekonomski socialni položaj, sledijo družine s srednjimi dohodki (26,67 %), v 13,33 %

so mnenja, da čezmerni pivci izhajajo iz različnih socialno-ekonomskih položajev, najmanj alkoholne problematike pa je v družinah, kjer so brez rednega dohodka (5 %).



Slika 6: Mnenje PMS o socialno-ekonomskem standardu družin z alkoholno problematiko

Tabela 5 prikazuje stopnjo strinjanja PMS z dejavniki tveganja, ki pripeljejo posameznika v družini do problematičnega pitja alkohola. Najbolj se strinjajo s trditvami "druženje s pivskimi kolegi" (PV = 4,22), "redno pitje" (PV = 4,07), "okolje, ki spodbuja pivsko vedenje" (PV = 4,03) ter "izgubo službe" (PV = 4,02). Najmanjšo stopnjo strinjanja izražajo pri dejavniku "kroničnega obolenja" (PV = 3,03) ter "staranja" (PV = 3,08). Najbolj enotno mnenje je izraženo v dejavniku "okolja, ki spodbuja pivsko vedenje" in "samoti, osamljenosti" (SO = 0,74).

Tabela 5: Dejavniki čezmernega pitja posameznika

Dejavniki	N	Min	Max	PV	SO
Druženje s pivskimi prijatelji	60	1	5	4,22	0,80
Izguba partnerja	60	2	5	3,73	0,86
Izguba službe	60	1	5	4,02	0,81
Nerazumevanje v družini	60	2	5	3,97	0,86
Samota, osamljenost	60	2	5	3,92	0,74
Dolgčas	60	1	5	3,25	1,08
Kronično obolenje	60	1	5	3,03	1,06
Strah pred nečim, tesnoba	60	2	5	3,80	0,79
Redno pitje	60	1	5	4,07	0,86
Staranje, starost	60	1	5	3,08	1,14
Lahka dostopnost do alkohola	60	1	5	3,28	1,17
Genetski dejavniki	60	1	5	3,38	1,06
Okolje, ki spodbuja pivsko vedenje	60	2	6	4,03	0,74
Nizko samospoštovanje	60	2	5	3,93	0,90
Drugo	0	/	/	/	/

N – število odgovorov; Min – minimalna vrednost; Max – maksimalna vrednost; PV – povprečna vrednost; SO – standardni odklon
Lestvica: 1 – se sploh ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam/niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – zelo se strinjam

Tabela 6: Varovalni dejavniki zlorabe alkohola

KODE	f	KATEGORIJE
urejeno družinsko okolje	26	zdrava družina
dobri družinski odnosi	17	
vzgoja	9	
samopodoba	9	
zdravo prehranjevanje	13	promocija zdravega življenjskega sloga
redna telesna aktivnost	13	
redna zaposlitev	11	socialna varnost
zadovoljivo finančno ekonomsko stanje	11	
ozaveščanje o posledicah čezmernega uživanja alkohola (vrtni, šole)	7	preventiva alkoholizma
ukrepi na nivoju države, protialkoholne politike	6	

f - frekvenca

Anketirankam smo postavili odprto vprašanje, kaj menijo o varovalnih dejavnikih zlorabe alkohola (tabela 6). Odgovore, ki smo jih dobili od 26 anketirank, smo kodirali in uredili v kategorije. Iz odgovorov smo določili deset vsebinskih kod, ki smo jih uvrstili v štiri kategorije: zdrava družina, promocija zdravega življenjskega sloga, socialna varnost in preventiva alkoholizma. Največ anketirank je kot varovalni dejavnik izpostavilo urejeno družinsko okolje (26).

Tabela 7 prikazuje načine in pogostost pridobivanja informacij PMS o čezmernem pitju posameznika. PMS najpogosteje pridobijo informacijo o čezmernem pitju posameznika osebno s pogovorom oziroma z opazovanjem družine, vendar so v tem mnenju najmanj enotne (PV = 3,92; SO = 0,94). Kot vir informacij sledijo svojci (PV = 3,43), osebni zdravnik (PV = 3,25) ter sosedi, someščani oziroma sovaščani v krajevni skupnosti, v čemer so tudi najbolj enotne (PV = 3,15; SO = 0,78). Kot najmanj pogosta vira pa sta izpostavljena Center za socialno delo (PV = 2,22) ter specialist psihiater (PV = 1,72).

Tabela 7: Načini in pogostost pridobivanja informacij o čezmernem pitju posameznika

Pridobivanje informacij	N	Min	Max	PV	SO
Osebno s pogovorom, opazovanjem družine	60	2	5	3,92	0,94
Od osebnega zdravnika	60	1	5	3,25	0,91
Od specialista psihiatra	60	1	4	1,72	0,86
Iz Centra za socialno delo	60	1	4	2,22	0,82
Od sosedov, someščanov, sovaščanov v krajevni skupnosti	60	2	5	3,15	0,78
Od svojcev	60	1	5	3,43	0,93
Drugo	0	/	/	/	/

N – število odgovorov; Min – minimalna vrednost; Max – maksimalna vrednost; PV – povprečna vrednost; SO – standardni odklon
Lestvica: 1 – nikoli, 2 – redko, 3 – včasih, 4 – pogosto, 5 – največkrat

Tabela 8 prikazuje, da PMS alkoholno problematiko največkrat opazijo na kurativnem obisku (93,30 %).

Tabela 8: Opazanje alkoholne problematike glede na vrsto hišnega obiska

Obisk	N	%
Kurativni	56	93,30
Preventivni	4	6,70
Skupaj	60	100

N – število odgovorov, % – odstotek

Tabela 9: Znaki, ki kažejo možno prisotnost alkoholne problematike v družini pri moških in ženskah

Znaki	Spol	N	Min	Max	PV	SO	t	p
Telesni zapleti	Moški	60	1	3	2,72	0,55	4,886	0,001
	Ženske	60	1	3	2,35	0,58		
Duševni zapleti	Moški	60	1	3	2,48	0,54	-0,531	0,597
	Ženske	60	2	3	2,52	0,50		
Odsotnost z dela, pogosti bolniški dopusti	Moški	60	1	3	2,03	0,64	0,531	0,597
	Ženske	60	1	3	2	0,64		
Vzgojne težave	Moški	60	1	3	2,15	0,55	0,229	0,766
	Ženske	60	1	3	2,13	0,54		
Odnosne težave, čustvena odtujenost	Moški	60	1	3	2,35	0,55	1,426	0,159
	Ženske	60	1	3	2,28	0,55		
Nezgode	Moški	60	1	3	2,03	0,61	2,836	0,006
	Ženske	60	1	3	1,83	0,56		
Fizično nasilje	Moški	60	1	3	2,65	0,55	5,709	0,001
	Ženske	60	1	3	2,1	0,71		
Slabše ekonomsko socialno stanje	Moški	60	1	3	2,35	0,68	1,426	0,159
	Ženske	60	1	3	2,25	0,70		
Kriminal	Moški	60	1	3	2,18	0,68	4,987	0,001
	Ženske	60	1	3	1,75	0,68		
Drugo	Moški	0	/	/	/	/	/	/
	Ženske	0	/	/	/	/		

N – število odgovorov; Min – minimalna vrednost; Max – maksimalna vrednost; PV – povprečna vrednost; SO – standardni odklon; t – t-test; p – statistična pomembnost

Lestvica: 1 – nikoli, 2 – včasih, 3 – pogosto

Tabela 9 prikazuje znake, ki kažejo možno prisotnost alkoholne problematike v družini pri moških in ženskah. Od znakov, pri katerih PMS najpogosteje posumijo na alkoholno problematiko, so pri moških predvsem telesni zapleti (PV = 2,72), fizično nasilje (PV =

2,65) ter duševni zapleti (PV = 2,48). Pri ženskah posumijo predvsem pri duševnih (PV = 2,52) in telesnih zapletih (PV = 2,35). Najmanj izpostavljena znaka pri ženskah sta kriminal (PV = 1,75) in nezgode (PV = 1,83). Preverjali smo ali obstajajo statistično pomembne razlike med spoloma v znakih, ki po mnenju PMS kažejo prisotnost alkoholne problematike v družini. Rezultati kažejo, da statistično značilne razlike med moškimi in ženskami obstajajo pri telesnih zapletih ($t = 4,886$; $p = 0,001$), fizičnem nasilju ($t = 5,709$; $p = 0,001$), kriminalu ($t = 4,987$; $p = 0,001$) in nezgodah ($t = 2,836$; $p = 0,006$).

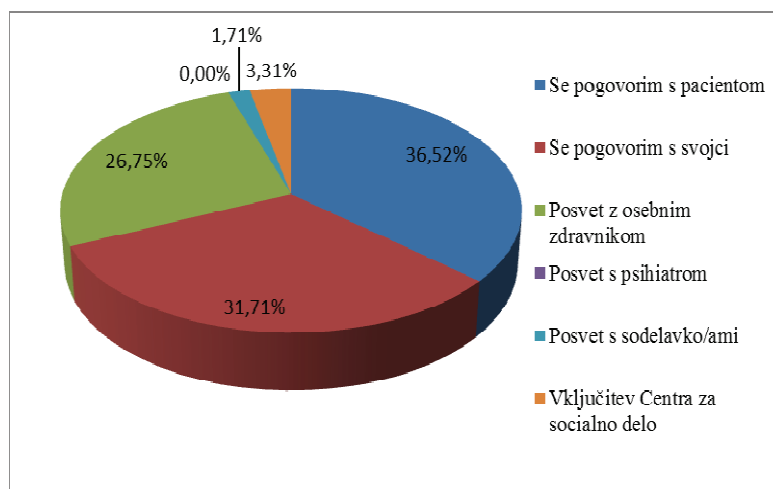
Tabela 10 prikazuje odgovore na vprašanje, kakšen je bil prvi odziv pacienta, ko so mu PMS prvič omenile sum na čezmerno pitje. Najvišje povprečne vrednosti smo dobili pri zanikanju pitja (PV = 2,72), nelagodju (PV = 2,28) neodločnosti (PV = 2,27) in jezi (PV = 2,22). Najmanjše pa pri priznanju problema (PV = 1,63). Odgovori so najbolj enotni pri zanikanju pitja (SO = 0,45) ter nelagodju (SO = 0,49). Statistično pomembnih razlik v odgovorih glede na starostne razrede anketiranih PMS nismo ugotovili.

Tabela 10: Odziv pacienta, ko so mu patronažne medicinske sestre prvič omenile sum na čezmerno pitje

Odziv pacienta	N	Min	Max	PV	SO
Zanikanje pitja	60	2	3	2,72	0,45
Agresija	60	1	3	1,92	0,72
Jeza	60	1	3	2,22	0,69
Neodločnost	60	1	3	2,27	0,61
Priznanje problema	60	1	3	1,63	0,55
Sram	60	1	3	2,08	0,53
Nelagodje	60	1	3	2,28	0,49
Drugo	0	/	/	/	/

N – število odgovorov; Min – minimalna vrednost; Max - maksimalna vrednost; PV – povprečna vrednost; SO – standardni odklon
Lestvica: 1 - nikoli, 2 - včasih, 3 - pogosto

Slika 7 prikazuje prvi ukrep PMS pri ugotovitvi alkoholne problematike v družini. Najpogostejši prvi korak je, da poskuša navezati pogovor s pacientom (36,52 %). 31,71 % se jih pogovori s svojci, 26,75 % pa se jih posvetuje z osebnim zdravnikom pacienta. 3,31 % PMS poišče pri obravnavi pomoč na Centru za socialno delo, samo 1,71 % pa se jih najprej posvetuje s sodelavko. Drugih aktivnosti PMS ne navajajo.



Slika 7: Prvi ukrep patronažne medicinske sestre, ko v družini opazi alkoholno problematiko

V tabeli 11 si lahko ogledamo podporo svojcev PMS pri obravnavi pacientov, ki čezmerno uživajo alkohol. 81,70 % anketirank je včasih deležnih podpore svojcev, 16,70 % je deležna podpore svojcev vedno, kadar obravnavajo problematiko pitja alkohola. Le ena anketiranka (1,60 %) je odgovorila, da ni nikoli deležna podpore svojcev.

Tabela 11: Podpora svojcev pri obravnavi pacienta, ki čezmerno uživajo alkohol

Podpora svojcev	N	%
Vedno	10	16,70
Včasih	49	81,70
Nikoli	1	1,60
Skupaj	60	100,00

N – število odgovorov, % – odstotek

Tabela 12 prikazuje mnenje PMS o razlogih, zakaj jih svojci ne podpirajo pri obravnavi pacientov, ki čezmerno pijejo oz. so zasvojeni. Kot razlog, zakaj niso deležne podpore svojcev, je 61,67 % PMS odgovorilo, da si svojci zatiskajo oči, da imajo alkoholika v družini. V 25 % je razlog strah, kaj si bodo mislili sosedje. 8,33 % svojcev se alkoholika boji, v 5 % pa tudi svojci radi posežejo po alkoholu.

Tabela 12: Mnenja PMS o razlogih ne podpore svojcev

Razlogi	N	%
Strah pred alkoholikom	5	8,33
Tudi sam rad posega po alkoholnih pijačah	3	5,00
Zatiskajo si oči, da imajo alkoholika v družini	37	61,67
Strah pred tem, kaj si bodo mislili sosedje	15	25,00
Drugo	0	0
Skupaj	60	100

N – število odgovorov, % – odstotek

Iz tabele 13 je razvidno, da v povprečju vsaka PMS obravnava 3,97 družine z alkoholno problematiko letno.

Tabela 13: Povprečno letno število obravnavanih družin z alkoholno problematiko

	N	Min	Max	PV	SO
Povprečno letno število obravnavanih družin	60	0	15	3,97	3,13

N – število odgovorov; Min – minimalna vrednost; Max - maksimalna vrednost; PV – povprečna vrednost; SO – standardni odklon

Pri ugotavljanju sindroma odvisnosti od alkohola nobena anketiranka ne uporablja standardiziranih vprašalnikov (tabela 14).

Tabela 14: Uporaba standardiziranih vprašalnikov za ugotavljanje sindroma odvisnosti od alkohola

Uporaba vprašalnikov	N	%
Da	0	0,00
Ne	60	100,00

N – število odgovorov, % – odstotek

Na odprto vprašanje, zakaj PMS ne uporabljajo standardiziranih vprašalnikov, smo dobili 39 (65 %) enakih odgovorov: "Ker jih ne poznam". 21 anketirank (35 %) na to vprašanje ni odgovorilo.

Tabela 15: Spremljanje družine z alkoholno problematiko s strani patronažnih medicinskih sester

KODE	f	KATEGORIJE
Kurativni obisk	6	patronažni obiski
Preventivni obisk	3	
Sodelovanje z drugimi institucijami	3	timsko delo
Sodelovanje z družino, sosedi	3	

f - frekvenca

Na vprašanje, kako patronažne medicinske sestre spremljajo družino z alkoholno problematiko, smo dobili odgovore 15 anketirank, ki smo jih kodirali in uredili v kategorije (tabela 15). Iz odgovorov smo določili štiri vsebinske kode, ki smo jih uvrstili v dve kategoriji: patronažni obiski (osebni kontakt v obliki svetovanja, pogovora, motivacije) in timsko delo. 6 anketirank spremlja družino z alkoholno problematiko prek kurativnih obiskov s sodelovanjem osebnega zdravnika alkoholika, 3 pa alkoholike spremljajo prek preventivnih patronažnih obiskov. 3 anketiranke sodelujejo s svojci in sosedi alkoholika, 3 spremljajo alkoholika v sodelovanju s Centrom za socialno delo.

Tabela 16 predstavlja rezultate strinjanja PMS s trditvami, povezanimi z alkoholno problematiko. Pri trditvi, da je treba alkoholika obravnavati celostno, kot del družine in kot del skupnosti, smo dobili $PV = 4,70$ pa tudi najbolj enotne odgovore ($SO = 0,46$). Najmanj pa se strinjajo s trditvijo, da je največ čezmerne pitja med osebami, starimi 60 let in več ($SO = 1,09$). Statistično značilne razlike v trditvah glede na starost PMS nismo ugotovili v nobeni trditvi.

Tabela 16: Trditve o alkoholni problematiki

TRDITVE	N	Min	Max	PV	SO
Naše družbeno okolje je zelo naklonjeno pitju alkoholnih pijač.	60	2	5	4,37	0,73
Prvi stik alkoholika z zdravstveno službo je najpogosteje na ravni primarnega zdravstvenega varstva.	60	2	5	4,20	0,79
Pri pojavu alkoholizma je potrebna vzpostavitev mreženja zdravstvene službe z drugimi pomembnimi ustanovami.	60	2	5	4,42	0,78
Alkoholika je potrebno obravnavati celostno, kot del družine in kot del skupnosti.	60	4	5	4,70	0,46
Slovenija se po količini popitega alkohola na prebivalca znotraj držav Evropske unije uvršča med najbolj obremenjene države.	60	3	5	4,48	0,67
Največ čezmernega pitja je med osebami, starimi 60 let in več.	60	1	5	3,22	1,09
K odkrivanju alkoholikov v večji meri prispevajo njihovi svojci.	60	2	5	3,62	0,92
Ljudje z alkoholno problematiko imajo pogosto kaotično življenje.	60	1	5	4,08	0,80
Veliko prikritega alkoholizma je med ženskami.	60	2	5	4,28	0,80
Pri odkrivanju alkoholizma v družini mora medicinska sestra imeti dovolj znanja.	60	2	5	4,53	0,65
Za vključitev v zdravljenje alkoholika je nujno potrebno zaupanje med medicinsko sestro in alkoholikom.	60	3	5	4,53	0,62

N – število odgovorov; Min – minimalna vrednost; Max – maksimalna vrednost; PV – povprečna vrednost; SO – standardni odklon
Lestvica: 1 – se sploh ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam/niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – zelo se strinjam

V nadaljevanju (tabela 17) sprašujemo anketiranke po znanju in svoji usposobljenosti v zvezi z alkoholno problematiko. PV ocene so med zadostnim in dobrim. Najvišje in najbolj enotno (PV = 2,68; SO = 0,79) je ocenjena usposobljenosti za prepoznavanje alkoholne problematike v družini. Nobena od anketirank ni svojih kompetenc ocenila z odlično.

Tabela 17: Ocena patronažnih medicinskih sester o usposobljenosti in znanju glede alkoholne problematike

	N	Min	Max	PV	SO
Znanje	60	1	4	2,58	0,82
Usposobljenost za prepoznavanje	60	1	4	2,68	0,79
Usposobljenost za ukrepanje	60	1	4	2,22	0,80

N – število odgovorov; Min – minimalna vrednost; Max – maksimalna vrednost; PV – povprečna vrednost; SO – standardni odklon
Lestvica: 1 – nezadostno, 2 – zadostno, 3 – dobro, 4 – zelo dobro, 5 – odlično

Odgovore na vprašanje, ali bi se bile PMS pripravljene udeležiti izobraževanj in usposabljanj na temo alkoholne problematike, vidimo v tabeli 18. Samo ena anketiranka (1,67 %) je odgovorila, da se izobraževanja na temo alkoholne problematike ne bi bila pripravljena udeležiti, medtem ko so v 90 % anketiranke odgovorile pritrdilno. 8,33 % anketirank je ostalo nevtralnih. Statistično značilne razlike glede na starost PMS in znanje, usposobljenost za prepoznavanje ter ukrepanje v primeru alkoholne problematike nismo potrdili.

Tabela 18: Pripravljenost patronažnih medicinskih sester za izobraževanje in usposabljanje na temo alkoholne problematike

Pripravljenost	N	%
Da	54	90
Ne	1	1,67
Ne morem se odločiti	5	8,33

N – število odgovorov, % – odstotek

Na zadnje odprto vprašanje, kjer anketiranke sprašujemo po mnenju o alkoholni problematiki v družini, je odgovorilo šest udeleženk. 54 anketirank na to vprašanje ni odgovorilo. V odgovorih so udeleženske izrazile potrebo po dodatnem izobraževanju zdravstvenega kadra in zdravstveno vzgojnem delu v družinah, premalo sodelovanja in slab pretok informacij z zdravniki, drugimi službami (npr. socialnimi), možnost preventivnih obiskov v družini.

3.5 RAZPRAVA

Cilj naše raziskave je bil predstaviti vlogo patronažne medicinske sestre z vidika zlorabe alkohola v družini. Želeli smo raziskati zaznavanje, ukrepanje in oblike problematike, ki se kažejo kot posledice zlorabe alkohola v družini, ter ugotoviti mnenja patronažnih medicinskih sester o pojavu alkoholne problematike v družini.

Alkohol je tretji najpomembnejši dejavnik tveganja za bolezni in prezgodnjo umrljivost, takoj za kajenjem in povišanim krvnim tlakom, ter pomembnejši od povišanega holesterola in debelosti. Poleg zasvojenosti in približno 60 pridruženih bolezenskih stanj ter poškodb je alkohol vzrok številnih osebnostnih, socialnih in čustvenih škodljivosti,

vključno s kriminalom in nasiljem v družini, kar pomeni velikanske stroške za družbo. Alkohol škoduje ne samo pivcu alkohola, temveč tudi tistim okrog njega, vključno s še nerojenimi otroki, družinskimi člani in žrtvami kriminalnih in nasilniških dejanj ter žrtvami prometnih nesreč (Kolšek, 2006, str. 5).

Raziskava je bila usmerjena k diplomiranim medicinskim sestram, zaposlenim v patronažnem varstvu. V povprečju so bile anketiranke zaposlene v patronažnem varstvu slabo tretjino polne delovne dobe. Največji delež patronažnih hišnih obiskov opravijo patronažne medicinske sestre v vaškem okolju, ki ga izpostavljajo tudi kot teren z najbolj opaženo alkoholno problematiko. Dobra petina anketirank opaža alkoholno problematiko v obmestju, v nekaj manjšem deležu so jo zaznale tudi v mestih. V povprečju vsaka patronažna medicinska sestra obravnava štiri družine z alkoholno problematiko letno. To je glede na obsežno problematiko zasvojenosti in število obiskov patronažnih medicinskih sester malo. Po podatkih Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije za leto 2011 v gorenjski regiji opravi vsaka patronažna medicinska sestra 1364 obiskov letno (Zdravstveni statistični letopis, 2011). Podatka o številu obiskanih družin nismo pridobili; kljub temu je posredna primerjava dovolj zgovorna, saj patronažna medicinska sestra beleži ob obisku družine le en obisk. Navedbe patronažnih medicinskih sester, da večino alkoholne problematike odkrijejo na kurativnih obiskih, niso presenetljive, saj kurativni obiski predstavljajo 76,6 % vseh obiskov (Zdravstveni statistični letopis, 2011).

Anketiranke navajajo, da ne vstopajo v družino z namenom odkrivanja čezmernega uživanja alkohola, saj Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) te storitve tudi ne financira. V okviru kurativne dejavnosti oz. obiskov zajamejo patronažne medicinske sestre paciente izključno po delovnem nalogu družinskega oz. osebnega zdravnika pacienta. Delovni nalog mora zadostiti kriterijem (ZZZS) o upravičenosti patronažne zdravstvene nege pacientov na domu. Problematika družin in pacientov, ki je vezana na čezmerno uživanje alkohola ali zasvojenost, patronažne medicinske sestre odkrivajo večinoma v sklopu komorbidnosti. Podobno stanje ugotavljamo tudi v okviru preventivne dejavnosti oz. preventivnih obiskov –socialnozdravstvena obravnava posameznika, družine in skupnosti, kjer je prav tako alkoholna problematika odkrita pri

zavarovanih osebah večinoma posredno. Patronažna medicinska sestra lahko v okviru preventivne dejavnosti samostojno planira in opravi v skladu s Pravilnikom o izvajanju preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni le dva patronažna obiska na leto pri bolniku z mišičnimi, živčno-mišičnimi boleznimi, paraplegijo, tetraplegijo, multiplo sklerozo, cerebralno paralizo, osebah z motnjami v razvoju, invalidih in kronično bolnih osebah ter osebah, ki so stare več kot 65 let in so osamele in socialno ogrožene (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 1992). Drugih obiskov Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) ne priznava oz. ne financira. Kadar patronažna medicinska sestra ugotovi problematično pitje pri posamezniku v družini, je njen najpogostejši prvi korak pogovor s pacientom. V nadaljevanju obravnave se posvetuje z osebnim zdravnikom pacienta. Zanimiv je podatek, da se nobena nikoli ne posvetuje s specialistom psihiatrom. Za obiske, ki ne sodijo v preventivni del, si morajo patronažne medicinske sestre pridobiti delovni nalog osebnega, družinskega zdravnika, na katerem mora biti točno opredeljeno (kriteriji ZZZS), zakaj je hišni obisk pri pacientu potreben. Na ta način le izjemoma lahko spremljajo problematične pivce. Kolšek (2006, str. 11) pravi, da spremljanje posameznikov lahko zmanjša pogostnost recidivov, zato morajo zdravniki družinske medicine obdržati dolgoročne stike s pacienti, ki so bili zdravljeni zaradi zasvojenosti z alkoholom in niso več v stiku s specialistično obravnavo. Patronažna medicinska sestra ima tu pomembno vlogo ali bi jo vsaj morala imeti, vendar njena vloga ni dovolj ali pa sploh ni prepoznavna.

Patronažne medicinske sestre najpogosteje opažajo alkoholno problematiko v družinah, kjer se otroci odselijo, zakonca ostaneta sama. S tem se strinja več kot polovica anketirank. Pri ostalih vrstah družin so razlike opažanj alkoholne problematike zelo majhne. Najmanjšo problematiko so patronažne medicinske sestre zasledile v enostarševskih družinah.

Anketiranke v raziskavi menijo, da je največ čezmernih pivcev starih med 51 in 60 let, kar delno sovпада s prejšnjo ugotovitvijo, da se alkoholizem pojavlja v družinah praznega gnezda. Podobno potrjujejo tudi rezultati raziskave (Boben, Čebašek – Travnik, Sorko 2012, str. 22), v kateri avtorice ugotavljajo, da je med 45. in 65. letom starosti največ tistih, ki pijejo vsak dan. Najmanj oseb pa po mnenju patronažnih

medicinskih sester čezmerno uživa alkohol med 21. in 30. letom starosti. Ker v tej starosti praviloma čezmerno uživanje alkohola pri posameznikih še ne pušča vidnih posledic, je te težje ugotoviti. Občasno popivanje lahko vodi do rednega vsakodnevnega pitja, znaki zasvojenosti pa se pokažejo v kasnejših letih. Prav tako ugotavlja (Dar, 2006), da je podobno skrit problem uživanje alkohola v starosti. Veliko starejših zaradi sramu skriva svoje navade uživanja alkohola, in ker marsikdo živi sam, je tvegano pitje težje odkriti. Starejši pogosto uporabljajo 'nezadostno poročanje' in prikazujejo količino popitega alkohola manjšo, kot je v resnici. Starejše ljudi tudi težje sprašujemo o uživanju alkohola, mnogo načinov, prek katerih se kaže čezmerno pitje (depresije, zmedenost, nesreče ...), pa pogosto pripisujemo staranju.

V naši raziskavi smo ugotovili, da pri čezmernem pitju alkohola še vedno prevladuje moška populacija, pri ženskah patronažne medicinske sestre opažajo čezmerno pitje le v nekaj manj kot dveh odstotkih. V raziskavah nekateri avtorji navajajo dvakrat večje tveganje za razvoj čezmernega pitja pri moških (Dar, 2006). V primerjavi z ugotovitvami naše raziskave Charrel et al., (2010), ki navaja, da je 20 % žensk odvisnih od alkohola, je to mnogo manj. Ravno tako navaja Boben-Bardutzky (2004), da vse več žensk pije pogosteje in večje količine alkohola kot v preteklosti. Zasvojenost je pri ženskah težje odkriti. Ženske, ki čezmerno posegajo po alkoholnih pijačah, svoje razvade, zasvojenost lahko tudi dalj časa skrivajo za urejenostjo zunanjega videza in drugačnim načinom pitja kot pa moški. V zvezi s tem se postavlja vprašanje, ali so patronažne medicinske sestre dovolj pozorne na nespecifične telesne, duševne in socialne težave, ki bi jih lahko povezale s čezmernim uživanjem alkohola.

Ugotavljamo, da so anketiranke najpogosteje posumile na alkoholno problematiko v družini pri moških predvsem pri telesnih zapletih, fizičnem nasilju ter pri duševnih zapletih. Pri moških so vsi znaki močno izpostavljeni, medtem ko pri ženskah izstopata predvsem telesni in duševni zaplet. Najmanj izpostavljena znaka pri ženskah sta kriminal in nezgode. Rezultati kažejo statistično pomembne razlike znakov, ki kažejo na možno prisotnost alkoholne problematike med moškimi in ženskami pri telesnih zapletih ($p = 0,001$), fizičnem nasilju ($p = 0,001$) in kriminalu ($p = 0,001$). Glede posledic tveganega in škodljivega pitja (Kovše et al., 2012) ugotavljajo, da prispevata k

nazadovanju v službi, dolgotrajni bolniški odsotnosti, invalidski upokojitvi in posledično nižjemu dohodku, ki povzroči zdrs posameznika po socialno-ekonomski lestvici. Nekateri vzroki, kot so določene osebnostne lastnosti, vedenjske motnje ali težke življenjske izkušnje, pa so lahko skupni tveganemu pitju in manjši zmožnosti za uspešno kariero.

Naša raziskava je pokazala, da je največ pivcev z nedokončano ali zaključeno osemletko, kar potrjuje tudi rezultat, ki govori o nizkem socialnem položaju. Sledijo družine s srednjimi dohodki, najmanj alkoholne problematike pa je v družinah, kjer so brez rednega dohodka. Podobno navaja Beckham (2007), da je največ čezmernih pivcev pri tistih z nizkimi dohodki. Kovše et al., (2012) ugotavljajo, da med odraslimi prebivalci Slovenije, ki so verjetno že odvisni od alkohola, izstopajo osebe brez izobrazbe in osebe iz spodnjega družbenega razreda. Pripadniki nižjega socialno-ekonomskega sloja so tudi bolj občutljivi za posledice tveganega in škodljivega uživanja alkohola zaradi bolj nevarnega pivskega okolja, slabšega splošnega zdravstvenega stanja, prehranskega stanja ali življenjskih razmer. Boben et al. (2012) pravijo, da v povprečju največ alkohola popijejo nižje izobraženi oz. višja raven izobrazbe se kaže kot varovalni dejavnik.

V raziskavi ugotavljamo, da je druženje s pivskimi kolegi po mnenju patronažnih medicinskih sester okolje, ki spodbuja pivsko vedenje ter redno pitje, in izguba službe glavni dejavniki ki pripelje posameznika v družini do čezmernega pitja alkoholnih pijač. Vsi naštetni dejavniki so povezani z zunanjim okoljem posameznika. Veliko ljudi pije alkohol, toda niso alkoholiki. Nekaterim je dovolj nekaj let čezmernega pitja, da se pri njih razvije odvisnost. Odvisnost od alkohola se največkrat pojavi na osnovi navad. Vzrok za alkoholizem so lahko tudi družinski problemi in druge življenjske težave. Čas, ki je potreben, da se bolezen razvije, je odvisen od številnih dejavnikov, kot so človek, okolje in alkohol. Prvi pogoj za pojav alkoholizma je čezmerno in redno pitje alkoholnih pijač, ki pri pivcu povzroči zdravstvene in socialne poškodbe (Rugelj, 1973 povz. po Jagodic, 2008, str. 10). V smislu sekundarne preventive, zato Lacey (2012) ob pojavu alkoholizma poudarja veliko vlogo zgodnjega odkrivanja, podporo pacientu in njegovim svojcem.

Anketiranke na prvo mesto kot varovalni dejavnik zlorabe alkohola v družini postavljajo zdravo družinsko okolje, dobre medosebne odnose ter dobro vzgojo in pozitiven zgled otrokom v družini. Pomembno vlogo imajo tudi zdrav življenjski slog z veliko gibanja, druženje s prijatelji na različnih športnih aktivnostih, zdrav način preživljanja prostega časa in učenje mladostnikov o kulturnem pitju alkoholnih pijač. Pri varovalnih dejavnikih pa ne smemo pozabiti niti na dobro samopodobo posameznika, ki jo je izpostavila desetina anketirank. Ramovš, Ramovš (2011, str. 22, 23) sta v svoji raziskavi ugotovila, da odnos staršev do alkohola, dobro funkcioniranje družine, konstruktivno reševanje težav v družini, vključenost staršev na kritičnih točkah ter smiselna vključenost ožjih sorodnikov bistveno prispevajo k pozitivnemu mišljenju mladostnikov glede zlorabe alkohola.

V raziskavi ugotavljamo, da patronažne medicinske sestre najpogosteje pridobijo informacijo o čezmernem pitju posameznika osebno s pogovorom, z opazovanjem družine, od svojcev, od osebnega zdravnika posameznika ter od sovaščanov v krajevni skupnosti. Kot najmanj pogosta vira sta izpostavljena Center za socialno delo in specialist psihiater. Patronažna medicinska sestra mora biti pozorna na spremembe vedenja.

Alkoholik za vsak kozarec išče opravičilo, pri čemer krivi druge. Moralno propada, pogosto uporablja laganja, kraje ali prevare. Spreminja se mu obnašanje. Vse manj skrbi za svoj zunanji videz. Ima tudi motnje spomina. Ko postaja pijača vse bolj središče njegovega življenja, ga družina, hiša, dogajanje v svetu in delo vse manj zanimajo. Omejeni interesi terjajo od alkoholika in drugih članov, da se izolirajo od normalnih aktivnosti. Člani družine se morajo omejiti samo na alkoholikove vse manjše interese, kar ima za posledico izolacijo celotne družine (Gačić, 1985 povz. po Jagodic, 2008, str. 16). Prav tako mnenje ima tudi Kolšek (2006, str. 6), ki meni, da je zasvojenost z alkoholom skupek fizioloških, vedenjskih in kognitivnih pojavov, pri katerih uživanje alkohola za posameznika prevzame mnogo pomembnejše mesto od drugih vedenjskih oblik, ki so predhodno zasedala pomembna mesta – pride do menjave prioritete.

Pri prvem odzivu pacienta, ko so mu patronažne medicinske sestre omenile sum na zasvojenost z alkoholom, anketiranke poudarjajo predvsem neodločnost, nelagodje in jezo. Kot najmanj pogost odziv pa izpostavljajo priznanje problema. Pacient, njegova družina in okolica na začetku sploh ne opazijo, da stvari ne gredo v pravo smer. Svojih težav in problemov ne povezujejo s pitjem alkohola. Problema na začetku niti ne priznavajo. Včasih pa se jim zdi večja sramota zdravljenje kot bolezen. Pitje nadaljujejo kljub prisotnim telesnim okvaram (Židanik, 2001 povz. po Jagodic, 2008, str. 13).

Zanimalo nas je, ali so patronažne medicinske sestre pri obravnavi pacienta z alkoholno problematiko deležne podpore svojcev. Slaba tretjina anketirank je podpore svojcev deležna vedno. V večini pa so deležne podpore le včasih. Flynn (2010) poudarja, da je potrebno partnerje in ostale družinske člane pri obravnavi alkoholika nujno spodbujati. Njegova raziskava je pokazala, da se pogostost ponovitve epizode zmanjša, kadar je pri zdravljenju vključena družina. Ravno tako Ramirez et al. (2012) ugotavljajo, da sta najbolj pomembna dejavnika pri doseganju abstinence od alkohola podpora ožjih družinskih članov in zamenjava kroga prijateljev. Od tega je odvisen tudi uspeh pri zdravljenju. Če svojci menijo, da zdravljenje ni potrebno, potem skoraj ni upanja, da se bo alkoholik odločil zanj (Kolšek, 2010). Patronažne medicinske sestre niso vedno deležne podpore svojcev, ker si ti največkrat zatiskajo oči, da imajo v družini alkoholika, in ker se bojijo, kaj si bodo o njih mislili sosodje. Nekateri svojci se alkoholika bojijo predvsem zaradi agresije, v nekaj odstotkih pa tudi sami radi posežejo po alkoholnih pijačah.

V naši raziskavi ugotavljamo, da patronažne medicinske sestre ne uporabljajo vprašalnikov za ugotavljanje sindroma odvisnosti od alkohola. Kot vzroke navajajo nepoznavanje vprašalnikov ter da to sodi med kompetence osebnega zdravnika. Kolšek (2006, str. 5, 8, 14) priporoča na nivoju primarnega zdravstva uporabo smernic, ki opisujejo zasvojenost z alkoholom in načine vodenja pacientov. Osnovni namen smernic je predvsem zdravnikom, medicinskim sestram in tudi drugim (koordinatorjem, izobraževalnemu kadru, finančnikom in revizorjem storitev osnovnega zdravstva) predstaviti trenutna znanja glede učinkovitosti različnih tehnik pomoči ljudem, ki pijejo alkohol na tvegan ali škodljiv način. Smernice temeljijo na pregledu dokazov in

izkušenj strokovne skupine. Za uporabo so najenostavnejša tista vprašanja, ki sprašujejo o uživanju alkohola, vključevale pa naj bi mlade in odrasle srednjih let. Najprimernejši je standardiziran vprašalnik AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*). Priporoča ga vsem zdravnikom splošne medicine ob rutinskih pregledih pacientov v starosti od 18 in 44 let. Pri uporabi vprašalnika ni dokazov o negativnih posledicah sistematičnega pristopa k prepoznavanju tveganega in škodljivega pitja alkohola. Ni videti razloga, da vprašalnika ob ustreznih znanjih o alkoholni problematiki ne bi uporabljale tudi diplomirane medicinske sestre. Beckham (2007) navaja, da prepoznavna alkoholizma v primarnem zdravstvu močno zmanjša zdravstvene stroške v nadaljnjih obravnava.

V rezultatih naše raziskave lahko vidimo, 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 se jih odloči za sodelovanje s Centrom za socialno delo, ostale pa spremljajo družino prek kurativnih ali dveh patronažnih obiskov letno, kjer nudijo podporo, svetovanje in jih motivirajo za manj tvegano pitje ali abstinenco. Ugotavljamo, da patronažne medicinske sestre rešujejo alkoholno problematiko v družini vsaka po svoji presoji in vesti.

Ker so bile v povprečju anketiranke zaposlene v patronažnem varstvu slabo tretjino delovne dobe, smo predvidevali, da imajo glede na delovno dobo že določeno znanje in izkušnje tudi iz alkoholne problematike v družini. Ugotavljamo, da usposobljenost in znanje o alkoholni problematiki patronažne medicinske sestre ocenjujejo s petstopenjsko lestvico s povprečnimi vrednostmi ocen od zadostne do dobre. Nobena anketiranka ni svojega znanja ter usposobljenosti za prepoznavanje in ukrepanje ocenila z odlično. Večina anketirank je izrazila pripravljenost udeležbe na izobraževanju oz. usposabljanju na temo alkoholne problematike v družini. Mnenje naših anketirank je, da imamo v slovenskem prostoru premalo izobraževanj na temo alkoholizma, tako za zdravstvene delavce kot tudi za ostalo prebivalstvo.

4 ZAKLJUČEK

Alkoholizem ni bolezen posameznika, ampak celotne družbe in predvsem družine. Posledice alkoholizma se pokažejo najprej v družini, kjer se razbijejo medsebojni odnosi, v družini ni več sožitja, porušijo se vsa naša stališča in vrednote. V takih družinah trpijo vsi družinski člani, še najbolj otroci, zaradi tega so tudi bolj ogroženi in ranljivi ter prej, kot njihovi vrstniki posežejo po alkoholu.

V naši raziskavi je opisana ključna vloga patronažne medicinske sestre v obravnavi alkoholizma v družini. Patronažna medicinska sestra obiskuje družine s ciljem pomagati jim pri vzpostavljanju ustreznega funkcionalnega stanja glede na ogroženost in preprečevanje nezmožnosti samooskrbe, pomagati pri razvijanju preostalih sposobnosti, iskanju resursov prilagoditve, ohranjanju dobrih medsebojnih odnosov, sodelovanja pri zdravljenju, nadzorovanju bolezni ter preprečevanju bolezni in komplikacij ter usposabljanju družinskih članov za samonego. Področje alkoholizma je ob obsežni problematiki, saj je v Sloveniji po podatkih Ministrstva za zdravje (Poraba alkohola in alkoholizem, 2013) več kot tretjina odraslih moških in približno 10 % odraslih žensk rizičnih pivcev, približno 10 do 15 % odraslih je alkoholikov, formalno (zakonodajno) s stališča patronažne zdravstvene nege slabo urejeno in neizkoriščeno tako z vidika patronažne obravnave pacientov kot tudi z vidika ustrezno formalno izobraženega kadra. Ob slednjem bi bilo potrebno razmišljati tudi o dodatnem izobraževanju in usposabljanju.

Vloga diplomirane medicinske sestre v patronažni dejavnosti je ključna pri izmenjavi informacij med osebnim zdravnikom in pacientom, pomembna je v timskem sodelovanju z zdravnikom in drugimi sodelavci ter pri obravnavi alkoholne problematike z vidika preventive in kurative. Njena vloga spremljanja pacienta je pomembna tudi, ko pacienti že dosežejo abstinenco.

Alkoholizem je še vedno velik problem v slovenskem prostoru. V prihodnosti bi bilo potrebno oblikovati smernice, pravne podlage, protokole, ki bi diplomirani medicinski sestri v patronažni dejavnosti pomagali pri kakovostnejšem delu s pacienti in družinami, v katerih je opažena alkoholna problematika.

5 LITERATURA

Albreht T. Alkohol kot eden ključnih javnozdravstvenih problemov – od zavedanja o njegovi pomembnosti do pravih poti rešitve. *Zdrav Vestn.* 2011;80:227–8.

Alkohol in alkoholna politika v Sloveniji in Evropi. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2007. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/mz_dokumenti_2007/prepovedane_droge_in_alkohol/alkohol_in_alkoholna_politika_v_Sloveniji_in_EU.pdf (8. 10. 2012).

Bajt M, Zorko M. Pregled glavnih političnih dokumentov s področja alkohola v mednarodnem prostoru in v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije;2009. Dostopno na: http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=78&pi=6&_6_Filename=34.pdf&_6_MediaId=34&_6_AutoResize=false&pl=78-6.3 (22. 9. 2012).

Beckham N. Motivational interviewing with hazardous drinkers. *J Am Acad Nurse Pract.* 2007;19(2):103–10.

Boben-Bardutzky D. Motivacija in motivacijski postopki v obravnavi odvisnosti od alkohola. In: Boben-Bardutzky D, Čebašek-Travnik Z, Erznožnik Lazar A, Gantar-Štular H, Rus Makovec M, Židanik M, eds. *Osnove zdravljenja odvisnosti od alkohola.* Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana; 2004; 52–60.

Boben D, Čebašek – Travnik Z, Sorko N. Kako odrasle motivirati za zdrav življenjski slog: predstavitev rezultatov raziskave o odnosu odraslih do alkohola. Ljubljana: Društvo - Žarek upanja – pomoč pri odvisnostih in zasvojenostih; 2012: 22–52.

Cenčič M. Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo; 2009: 49.

Charrel C, Cuervo-Lombard C, Miron M., FrunteS V, Béra-Potelle C, Limosin F. Alcohol dependence in women: difficulty of its assessment in general practice. *J Womens Health*. 2010;19(2):343–8.

Cooley M. A Family Perspective in Community Health Nursing. In: Maurer F, Smith C, eds. *Community Health Nursing Practice: Health for families and populations*. 4th ed. Baltimore: Saunders; 2009: 327–44.

Dar K. Alcohol use disorders in elderly people: fact or fiction? *Adv Psychiatr Treat*. 2006;12(3):173–181. Dostopno na: <http://apt.rcpsych.org/content/12/3/173.full.pdf> (18. 11. 2013).

Ferlan Istnič M. Vloga socialnega varstva v celoviti obravnavi tvegane in škodljive rabe alkohola. Brdo pri Kranju: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve; 2010. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/Posveti__konference_2010/alkohol_-_I.nacio_konf_2.-3.11.2010/Ferlan_Istnic_socialno_varstvo_1._Nacionalna_konferenca_o_alkoholni_politiki.pdf (2. 8. 2012).

Flynn B. Using systemic reflective practice to treat couples and families with alcohol problems. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2010;17(7):583–93.

Guntar Činč M. Obravnava tveganega in škodljivega pitja ter odvisnosti alkohola v zdravstvu v kontekstu celovite alkoholne politike. In: Avberšek Lužnik I, Kaučič B, Hvalič Touzery S, eds. *Sindrom odvisnosti od alkohola – diagnostični in terapevtski vidiki: zbornik predavanj z recenzijo*, Bled, 13. oktober 2010. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2010: 10–1.

Harrington Dobinson A, Blows W. Nurses' guide to alcohol and promoting healthy lifestyle changes. *Br J Nurs*. 2007;16(2):106–8,110.

Hovnik Keršmanc M, Hafner A. Zdravje na Gorenjskem. Kranj: Zavod za zdravstveno varstvo Kranj; 2002: 90.

Hovnik Keršmanc M, Čebašek Travnik Z, Stergar E. Alkohol? Starši lahko vplivamo. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2003: 21.

Hovnik Keršmanc M. Epidemiologija rabe alkohola v Sloveniji. In: Avberšek Lužnik I, Kaučič B, Hvalič Touzery S, eds. Sindrom odvisnosti od alkohola – diagnostični in terapevtski vidiki: zbornik predavanj z recenzijo, Bled, 13. oktober 2010. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2010: 47–54.

Hovnik Keršmanc M. Zavod za zdravstveno varstvo Kranj. Regijska konferenca - alkohol pomemben javno zdravstveni problem tudi v gorenjski regiji. Kranj: Zavod za zdravstveno varstvo Kranj; 2012. Dostopno na: <http://www.zzv-kr.si/zadnje-novice/izjava-za-javnost-regijska-konferenca-alkohol> (8. 10. 2012).

Jagodić MV. Alkoholizem v družini: [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede; 2008.

Kerstin Petrič V. Posledice tveganega pitja alkohola so veliko breme. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2010. Dostopno na: http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=78&pi=6&6_id=36&_6_PageIndex=0&_6_groupId=-2&_6_newsCategory=IVZ+kategorija&6action=Show NewsFull &pl=78-6.0 (1. 10. 2012).

Kolšek M. O pitju alkohola: priročnik za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: CINDI Slovenija, Zdravstveni dom Ljubljana; 2004: 6–8.

Kolšek M. Klinične smernice za zgodnje odkrivanje tveganega in škodljivega pitja in kratki ukrepi. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino; 2006.

Kolšek M. Zasvojenost z alkoholom – alkoholizem. Modul Zasvojenosti; 2010. Dostopno na: <http://www.mf.uni-lj.si/dokumenti/70221b8eb5b64506b81e36d72373ac23.pdf> (16. 11. 2012).

Končnik Goršič N. Moj otrok odrašča. Medsebojni odnosi, šola, strah, trma, žepnina, ljubezen, spolnost, alkohol, droge, motnje hranjenja. Ljubljana: Mladinska knjiga; 2004: 76.

Kovše K, Tomšič S, Mihevc Ponikvar B, Nadrag P. Posledice tvegane in škodljivega uživanja alkohola v Sloveniji. Zdrav Vestn. 2012;81:119–27.

Kraker L. Vpliv odvisnosti od alkohola na odnose v družini: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2010.

Lacey J. Reducing alcohol harm: Early intervention and prevention. Br J Sch Nurs. 2012;7(2):83–6.

Melo de Souza L, Getulia Pinto M. The care of alcohol and other drug users by Family Health nurses. Rev Eletr Enf. 2012;14(2):374–83.

Perko A. Samopodoba ljudi v stiski. Ljubljana: Samozaložba; 2006: 46–148.

Perko A. Otroci alkoholikov in tiranov. Kamnik: Zavod Mitikas; 2011: 16.

Poljšak Škraban O. Pojmovanja normalnosti procesov v družini; funkcionalnost in kompetentnost družinskega sistema. Ljubljana: Pedagoška fakulteta; 2007. Dostopno na:

<https://www.google.si/search?q=zdrava+funkcionalna+dru%C5%BEina&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:sl:official&client=firefox-a> (22. 11. 2012).

Poraba alkohola in alkoholizem – stanje v Sloveniji. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2013. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/javno

[_zdravje/sektor_za_krepitev_zdravja_in_zdrav_zivljenjski_slog/alkohol/slovenija_eu/](#)
(3. 11. 2013).

Posledice tveganega pitja alkohola so veliko breme. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2010. Dostopno na: http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=78&pi=6&_6_Filename=1993.pdf&_6_MediaId=1993&_6_AutoResize=false&pl=78-6.3 (1. 10. 2012).

Ramovš J, Ramovš K. Pitje mladih: raziskava o pitju alkohola med mladimi v luči antropoloških spoznanj o omamah in zasvojenosti. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje; 2007: 67.

Ramovš K, Ramovš J. Varovalni dejavniki pred škodljivim pitjem mladih. Raziskovalni rezultati projekta. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka; 2011. Dostopno na: http://www.inst-antonatrstenjaka.si/repository/datoteke/projekti/varovalni_dejavniki_pred_skodljivim_pitjem_mladih.pdf (1. 5. 2013).

Ramirez R, Hinman A, Sterling S, Weisner C, Campbell C. Peer Influences on Adolescent Alcohol and Other Drug Use Outcomes. *J Nurs Sch.* 2012;44(1):36–44.

Repič T. Avtonomija in intimnost v družini kot dejavnika tveganja za spolno zlorabo. Znanstveni empirično raziskovalni prispevek. Ljubljana: Društvo psihologov Slovenije; 2006. Dostopno na: <http://psy.ff.uni-lj.si/iGuests/Obzorja/Vsebina1/Vol15-1/repic.pdf> (19. 10. 2013).

Torre R. Oporavak alkoholičara u klubovima liječenih alkoholičara. Zagreb: HSKLA; 2006.

Watt G. Alcohol problems in very deprived areas. *Br J Gen Pract.* 2011;61(587):407.

Zakon o zdravstveni dejavnosti. Uradni list Republike Slovenije št. 9/1992, 37/1995 in 8/1996 – odločba US. Dostopno na: <http://www.uradni-list.si/1/content?id=7259> (16. 11. 2013).

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Uradni list Republike Slovenije št. 9/1992, 13/1993 in 9/1996. Dostopno na: <http://www.uradni-list.si/1/content?id=7259> (16. 11. 2013).

Zaletel – Kragelj L, Eržen I, Premik M. Uvod v javno zdravje. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje, 2007: 87-93.

Zalta A, Kralj A, Zurc J, Lenarčič B, Medarič Z. Mladi in alkohol v Sloveniji: zaključno poročilo ciljno – raziskovalnega projekta. Koper: Znanstveno raziskovalno središče Koper; Univerza na Primorskem; 2008.

Zavrl Džananović D. Patronažno varstvo Slovenije včeraj, danes, jutri. Obzor Zdr N. 2010;44(2):117–25.

Zdravstveni statistični letopis, patronažna zdravstvena dejavnost. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2011. Dostopno na: <http://img.ivz.si/janez/2154-6115.pdf> (5. 11. 2013).

Železnik D. Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu. In: Horvat M, Panikvar Žlahtič K, Filej B, Vidmar I, eds. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011: 5–20. Dostopno na: http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/aktivnosti_zdravstvene_nege_v_patronaznem_varstvu.pdf (18. 11. 2013).

Židanik M, Čebašek Travnik Z. Sindrom odvisnosti od alkohola: priročnik za strokovnjake, ki se ukvarjajo z osebami z odvisnostjo in vse druge bralce, ki jih zanimajo posledice škodljivega uživanja alkohola. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca - Dispanzer za zdravljenje alkoholizma in drugih odvisnosti; 2003: 19.

6 PRILOGE

- Anketni vprašalnik

ANKETNI VPRAŠALNIK

Sem Mateja Antolič Peternel, absolventka Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. V okviru diplomskega dela opravljam raziskavo z naslovom »Vloga patronažne medicinske sestre pri obravnavi alkoholizma v družini«. Z vprašalnikom, ki je pred vami, bom pridobila pomembne podatke za svoje diplomsko delo. Z namenom pridobitve rezultatov raziskave vas vljudno prosim, da odgovorite na spodaj navedena vprašanja. Vprašalnik je anonimen. Podatki bodo uporabljeni izključno in samo za namen diplomskega dela.

Na vprašanja odgovarjate tako, da označite črko pred odgovorom, ki vam ustreza, ali odgovor napišite na črto.

Za sodelovanje se vam že vnaprej zahvaljujem.

1. Spol

- a) Moški
- b) Ženska

2. Starost

- a) 20–30 let
- b) 31–40 let
- c) 41–50 let
- d) 51 let in več

3. Izobrazba

- a) Srednja
- b) Višja
- c) Visoka
- d) Univerzitetna
- e) Drugo _____

4. Koliko let ste zaposleni v patronažnem varstvu?

_____ let

5. Vaš teren se nahaja v (okvirno dopišite deleže terena):

- a) Mestu _____ %
- b) Obmestju _____ %
- c) Vasi _____ %

6. Na kateri lokaciji vašega terena je alkoholna problematika v družini večja?

- a) Mesto
- b) Obmestje
- c) Vas

7. Kako pogosto v spodaj naštetih družinah najpogosteje opazite alkoholno problematiko? (obkrožite številko v stolpcu z ustrežno trditvijo)

	Nikol i	Redk o	Niti opazim ne opazim	Pogost o	Zelo pogost o
Družine praznega gnezda (otroci se odselijo, zakonca ostaneta sama)	1	2	3	4	5
Jedrne družine (družine dveh staršev in otrok)	1	2	3	4	5
Enostarševske družine (družine z enim staršem)	1	2	3	4	5
Razširjene družine (geografsko ločene družine, vendar vzdržujejo sorodniške stike in si nudijo oporo)	1	2	3	4	5
Reorganizirane družine (ponovno vzpostavljene družine, eden od staršev je socialni, drugi pa biološki starš)	1	2	3	4	5

8. Pri katerem spolu bolj pogosto opazite problematično pitje alkoholnih pijač?

- a) Moški
- b) Ženska

9. Kakšna je v povprečju starost oseb, ki problematično pijejo alkohol?

- a) < 20 let
- b) 21–30 let
- c) 31–40 let
- d) 41–50 let
- e) 51–60 let
- f) > 60 let

10. Kakšno stopnjo izobrazbe ste zasledili pri problematičnih pivcih alkohola? (rangirajte s številkami od najbolj pogoste naprej: 1 = najbolj pogosto ...)

- a) Nedokončana ali zaključena osemletka _____
- b) Poklicna ali srednja šola _____
- c) Višja, visoka šola ali univerza _____
- d) Magisterij ali doktorat _____

11. Kakšen je ekonomsko socialni standard v družinah z alkoholno problematiko?

- a) Brez osebnega dohodka
- b) Nizki dohodki
- c) Srednji dohodki
- d) Visoki dohodki
- e) Različni socialni standardi
- f) Ne poznam ekonomsko socialnega stanja družin

12. Kateri so po vašem mnenju tisti dejavniki, ki pripeljejo posameznika v družini do problematičnega pitja alkoholnih pijač? (obkrožite številko v stolpcu z ustrezno trditvijo)

	Se sploh ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se ne strinjam/niti se strinjam	Se strinjam	Zelo se strinjam
Druženje s pivskimi prijatelji	1	2	3	4	5
Izguba partnerja	1	2	3	4	5
Izguba službe	1	2	3	4	5
Nerazumevanje v družini	1	2	3	4	5
Samota, osamljenost	1	2	3	4	5

Dolgčas	1	2	3	4	5
Kronično obolenje	1	2	3	4	5
Strah pred nečim, tesnoba	1	2	3	4	5
Redno pitje	1	2	3	4	5
Staranje, starost	1	2	3	4	5
Lahka dostopnost do alkohola	1	2	3	4	5
Genetski dejavniki	1	2	3	4	5
Okolje, ki spodbuja pivsko vedenje	1	2	3	4	5
Nizko samospoštovanje	1	2	3	4	5
Drugo _____	1	2	3	4	5

13. Kateri so po vašem mnenju varovalni dejavniki zlorabe alkohola?

14. Na kakšen način in kako pogosto pridobite informacijo o problematičnem pitju posameznika? (obkrožite številko v stolpcu z ustrezno trditvijo)

	Nikoli	Redko	Včasih	Pogosto	Največkrat
Osebnost s pogovorom, opazovanjem družine	1	2	3	4	5
Od osebnega zdravnika	1	2	3	4	5
Od specialista psihiatra	1	2	3	4	5
Iz Centra za socialno delo	1	2	3	4	5
Od sosedov, someščanov, sovaščanov	1	2	3	4	5

krajevni skupnosti					
Od svojcev	1	2	3	4	5
Drugo (dopišite)	1	2	3	4	5

15. Na katerem obisku najpogosteje opazite alkoholno problematiko?

- a) Na kurativnem
b) Na preventivnem

16. Kako pogosto ob spodaj naštetih znakih najpogosteje posumite na alkoholno problematiko v družini? (obkrožite številko v stolpcu z ustrežno trditvijo posebej za moške in za ženske)

	Moški			Ženske		
	Nikoli	Včasih	Pogosto	Nikoli	Včasih	Pogosto
Telesni zapleti (bolezni ali okvare požiralnika, želodca, jeter, trebuš. slinavke, srčne mišice, vnetje živcev)	1	2	3	1	2	3
Duševni zapleti (depresije, anksioznost, psihoze, halucinoze, samomorilne težnje, bolesta ljubosumnost, težka pijanost, demenca)	1	2	3	1	2	3
Odsotnost z dela, pogosti bolniški dopusti	1	2	3	1	2	3
Vzgojne težave	1	2	3	1	2	3
Odnosne težave, čustvena odtujenost	1	2	3	1	2	3
Nezgode (na delu, v prometu)	1	2	3	1	2	3
Fizično nasilje	1	2	3	1	2	3
Slabše socialno ekonomsko stanje	1	2	3	1	2	3
Kriminal	1	2	3	1	2	3

17. Ali uporabljate standardizirane vprašalnike za ugotavljanje sindroma odvisnosti od alkohola?

a) Da

Katere? _____

b) Ne

Če ste odgovorili z ne, zakaj jih ne uporabljate?

18. Kakšen je bil prvi odziv pacienta, ko ste mu prvič omenili sum na škodljivo pitje ali zasvojenost z alkoholom? (označite z znakom X v prazno okence)

	Nikoli	Včasih	Pogosto
Zanikanje pitja			
Agresija			
Jeza			
Neodločnost			
Prizna problem			
Sram			
Nelagodje			
Drugo _____			

19. Kateri je vaš najpogostejši prvi korak, ko opazite v družini alkoholno problematiko oz. problem zasvojenosti z alkoholom? (možen je en odgovor)

a) Se pogovorim s pacientom

b) Se pogovorim s svojci

c) Posvet z osebnim zdravnikom

d) Posvet s psihiatrom

e) Posvet s sodelavko(ami)

f) Vključitev Centra za socialno delo

g) Drugo _____

20. Ali vas svojci v obravnavi podpirajo?

a) Vedno

b) Včasih

c) Nikoli

21. Če ste na prejšnje vprašanje odgovorili z včasih ali nikoli, zakaj vas ne podprejo?

- a) Strah pred alkoholikom
- b) Tudi sam rad posega po alkoholnih pijačah
- c) Zatiskajo si oči, da imajo alkoholika v družini
- d) Strah pred tem, kaj si bodo mislili sosedge
- e) Drugo _____

22. Kako spremljate družino, v kateri je prisotna alkoholna problematika?

23. Koliko družin z alkoholno problematiko v povprečju na leto obravnavate?

24. V tabeli je navedenih nekaj trditvev. Izrazite strinjanje z navedenimi trditvami s pomočjo Likertove lestvice. Obkrožite ustrezno številko pred trditvami, ki pomenijo:

- 1- Se sploh ne strinjam
- 2- Se ne strinjam
- 3- Niti se ne strinjam/niti se strinjam (neopredeljen)
- 4- Se strinjam
- 5- Zelo se strinjam

Trditve	1	2	3	4	5
Naše družbeno okolje je zelo naklonjeno pitju alkoholnih pijač.	1	2	3	4	5
Prvi stik alkoholika z zdravstveno službo je najpogosteje na ravni primarnega zdravstvenega varstva.	1	2	3	4	5
Pri pojavu alkoholizma je potrebna vzpostavitev mreženja zdravstvene službe z drugimi pomembnimi ustanovami.	1	2	3	4	5
Alkoholika je potrebno obravnavati celostno, kot del družine in kot del skupnosti.	1	2	3	4	5

Slovenija se po količini popitega alkohola na prebivalca znotraj držav Evropske unije uvršča med najbolj obremenjene države.	1	2	3	4	5
Največ čezmernega pitja je med osebami, starimi 60 let in več.	1	2	3	4	5
K odkrivanju alkoholikov v večji meri prispevajo njihovi svojci.	1	2	3	4	5
Ljudje z alkoholno problematiko imajo pogosto kaotično življenje.	1	2	3	4	5
Veliko prikritega alkoholizma je med ženskami.	1	2	3	4	5
Pri odkrivanju alkoholizma v družini mora medicinska sestra imeti dovolj znanja.	1	2	3	4	5
Za vključitev v zdravljenje alkoholika je nujno potrebno zaupanje med medicinsko sestro in alkoholikom.	1	2	3	4	5

25. Kako ocenjujete svoje znanje o alkoholizmu (zasvojenosti), usposobljenost za prepoznavanje in ukrepanje v družini z alkoholno problematiko? (v prazen okenček pod odgovor vpišite znak X).

	Nezadostno	Zadostno	Dobro	Zelo dobro	Odlično
Znanje	1	2	3	4	5
Usposobljenost za prepoznavanje	1	2	3	4	5
Usposobljenost za ukrepanje	1	2	3	4	5

26. Ali bi se bili pripravljene udeležiti izobraževanja iz zgoraj naštetih vsebin?

- a) Da
- b) Ne
- c) Ne morem se odločiti

27. Če imate še kakšno dodatno mnenje v zvezi z alkoholno problematiko v družini in v vprašalniku niste imeli možnosti, da bi ga izrazili, ga prosimo dopišite.

Hvala.