



Fakulteta za zdravstvo
Jesenice
Faculty of Health Care
Jesenice

Diplomsko delo

visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje

ZDRAVSTVENA NEGA

**RAZUMEVANJE VLOGE MEDICINSKE
SESTRE PRI SPREMEMBI ŽIVLJENJSKEGA
SLOGA POSAMEZNIKOV, ODVISNIH OD
PREPOVEDANIH DROG**

**UNDERSTANDING THE ROLE OF A NURSE
IN FACILITATING LIFESTYLE CHANGE
AMONG SUBSTANCE ABUSERS**

Mentor: mag. Branko Bregar, viš. pred.

Kandidat: Klavdija Kadenšek

Jesenice, junij 2016

ZAHVALA

Najprej izrekam posebno zahvalo za pomoč, usmeritve, koristne nasvete in mentorstvo tekom pisanja diplomskega dela mag. Branku Bregar, viš. pred.

Zahvalila bi se Saneli Pivač, pred. in doc. dr. Maji Sočan, za recenzijo diplomskega dela.

Zahvalo izrekam tudi Marjeti Burja, za skrbno lektoriranje diplomskega dela.

Iskreno hvala vsakemu posamezniku posebej za vpogled v delček njegove življenjske zgodbe. Za nesebično pomoč in udeležbo v raziskavi izrekam zahvalo zaposlenim Metadonske ambulante Kranj in Centra za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog Ljubljana.

Na koncu bi se rada zahvalila moji družini in fantu Anžetu za podporo v času študija ter spodbudne besede, ki so me uspešno motivirale za doseg zadane cilja.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Prepovedane droge vplivajo na posameznikov življenjski slog, pod katerega je uvrščena družinska dinamika, zdravje, socialna mreža in zaposlitev. Medicinske sestre imajo pri vzpostavljanju zdravega življenjskega sloga posameznika odvisnega od prepovedanih drog pomembno vlogo.

Cilj: Cilj diplomskega dela je spoznati odnos medicinskih sester do življenjskega sloga posameznikov, odvisnih od prepovedanih drog ter ugotoviti kako posameznik odvisen od prepovedanih drog, dojema vlogo medicinske sestre v procesu zdravstvene nege.

Metoda: Raziskava temelji na kvalitativni metodi empiričnega raziskovanja. Empirično gradivo je bilo zbrano s pomočjo polstrukturiranih individualnih intervjujev. Uporabljen je bil namenski vzorec, v katerega je bilo vključenih osem udeležencev, štirje posamezniki, ki so bili v preteklosti odvisni od prepovedanih drog in štiri medicinske sestre zaposlene na področju odvisnosti od prepovedanih drog. Analiza empiričnih podatkov je potekala s pomočjo procesa kodiranja.

Rezultati: Pri analizi empiričnih podatkov so bile identificirane naslednje kategorije: družinska dinamika, kriminal in prostitucija, zdravje, zaposlitev, gibalna aktivnost, socialna mreža, medicinske sestre, individualizem posameznika, obravnava posameznika, podpora in komunikacija, pričakovanja medicinskih sester in dojetanje pomoči medicinskih sester. Z raziskavo je bilo ugotovljeno kako prepovedane droge vplivajo na posameznikov življenjski slog in na katerem delu življenjskega sloga pustijo največ posledic. V kategoriji dojetanje pomoči medicinskih sester je pojasnjeno, kako posameznik odvisen od prepovedanih drog dojema pomoč medicinske sestre pri vzpostavljanju zdravega življenjskega sloga.

Razprava: Ob tem, ko se posameznik, odvisen od prepovedanih drog vključi v zdravljenje z metadonom, pri reševanju problemov lahko sodeluje medicinska sestra. Pomembno je, da se svoje vloge zaveda in do posameznikov čuti razumevanje. Posameznika mora voditi skozi celotno obravnavo in mu nuditi možnost izbire. Medicinska sestra ima nalogo, da posamezniku pomaga pri vzpostavljanju novih navad, mu pomaga pri popravljanju stikov v družini in med prijatelji, ter ga spodbuja, da nadaljuje z zdravim načinom življenja.

Ključne besede: rehabilitacija, zdravstvena nega, odvisnost, heroin, zdravje

SUMMARY

Background: Illegal drugs affect a user's lifestyle, including family dynamics, health, social network, and employment. Nurses play an important role in creating a healthy lifestyle for individuals addicted to illegal drugs.

Aims: The aim of this thesis is to examine the attitudes of nurses on the lifestyles of individuals addicted to illegal drugs, and to establish addicts' attitudes towards nurses in the process of health care provision.

Methods: A qualitative method of empirical research design was employed. The empirical material was collected with semi-structured individual interviews. A purposive sample was used, consisting of eight respondents: four individuals who were previously addicted to illegal drugs and four nurses employed in the field of illegal drug addiction. Empirical data were analyzed through the process of encryption.

Results: An analysis of research results yielded the following categories: family dynamics, crime and prostitution, health, employment, physical activity, social networking, nurses, individualism, individual treatment, support and communication, nurses' expectations, and perception of nurses' help. Results revealed the impact of illegal drugs on the lifestyles of ex users, and, specifically, on which part of their lifestyles drugs left the biggest mark. The category of perception of nurses' help explains how drug addicts perceive the help of a nurse in establishing a healthy lifestyle.

Discussion: Nurses can help address issues when a drug addict decides to get a methadone treatment. For these nurses, it is important to be aware of their roles and to be compassionate towards ex users. In addition, they need to guide them throughout the entire treatment and provide them with a choice. The nurses' role is to help them establish new habits, mend relationships with their family members and friends, and encourage them to retain a healthy lifestyle.

Key words: rehabilitation, health care, addiction, heroin, health

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	3
2.1 ZDRAV ŽIVLJENJSKI SLOG	3
2.2 ŽIVLJENJSKI SLOG POSAMEZNIKOV, ODVISNIH OD PREPOVEDANIH DROG	3
2.2.2 Gibanje in telesna aktivnost	5
2.2.3 Ustrezna prehrana.....	6
2.2.4 Družina in partnerski odnosi	7
2.3 EPIDIMIOLOŠKI PODATKI O RAZŠIRJENOSTI UPORABE PREPOVEDANIH DROG V SLOVENIJI IN TUJINI.....	8
2.4 OBRAVNAVA ODVISNOSTI OD PREPOVEDANIH DROG	9
2.5 VLOGA MEDICINSKE SESTRE	11
2.6 SOCIALNA REINTEGRACIJA POSAMEZNIKOV.....	12
3 EMPIRIČNI DEL	15
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	15
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	16
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	16
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	16
3.3.2 Opis merskega instrumenta	17
3.3.3 Opis vzorca.....	18
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	18
3.4 REZULTATI	20
3.4.1 Družinska dinamika.....	21
3.4.2 Kriminal in prostitucija	22
3.4.3 Zdravje	23
3.4.4 Zaposlitev	25
3.4.5 Gibalna aktivnost.....	25
3.4.6 Socialna mreža	26

3.4.7 Doživljanje skrbi medicinske sestre.....	27
3.4.8 Individualizem posameznika.....	28
3.4.9 Obravnava posameznika	30
3.4.10 Podpora in komunikacija.....	31
3.4.11 Pričakovanja medicinskih sester	32
3.4.12 Dojemanje pomoči medicinskih sester.....	33
3.5 RAZPRAVA.....	34
4 ZAKLJUČEK	40
5 LITERATURA	41
6 PRILOGE	
6.1 INSTRUMENT	
6.2 MATRIKA PODATKOV	

KAZALO SLIK

Slika 1: Prikaz glavnih kategorij	20
---	----

SEZNAM KRAJŠAV

Dipl. m. s.	Diplomirana medicinska sestra
Dipl. zn.	Diplomirani zdravstvenik
ZN	Zdravstvena nega
NIDA	National Institute on Drug Abuse
CPI	Center Republike Slovenije za poklicno izobraževanje
MIZS	Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport
RS	Republika Slovenija
WHO	World Health Organization
SZO	Svetovna zdravstvena organizacija
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
HIV	humani imunodeficientni virus
CPZOP	Center za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

1 UVOD

Veliko je poti, ki nam nudijo sprostitev, ugodje, uveljavitev, vznemirjenje in zadoščenje. Ene so daljše, bolj strme, zato cilja ne dosežemo že kar pred prvim ovinkom. Druge so kratke, lagodne in neposredne. Med potmi, ki vodijo do zadoščenja, so na izbiro tudi šport, telesna dejavnost ali uživanje drog (Berčič, et al., 1999). Mladi v zadnjih desetletjih odraščajo v času, ko se razmeroma hitro spreminjajo tehnologija, kultura in družba, pot v odraslost si utirajo po »postmodernem« terenu, ki je drugačen od generacij njihovih predhodnikov. Spreminjajo se njihova mnenja, vedenje, preživljanje prostega časa, strategije spoprijemanja s težavami, ocene tveganja in vrednotenje njihovega uspeha. »Mladost je danes obravnavana kot osrednja in strateška faza v življenjskem poteku, s katero se povezujejo termini, kot so tveganje, individualizacija in negotovost« (Sande, 2004, p. 15). Veliko posameznikov se že v fazi dozorevanja sreča s pritiski na telesni, duševni ali družbeni ravni, ki so lahko vzrok za tvegano vedenje ali zdravstvene težave (Brcar, et al., 2005). Pomembno je, da posameznik zna že v otroštvu oblikovati življenjski slog, ki je usmerjen v neproblematično odraščanje.

Raba prepovedanih drog je širok pojem, ki zajema pridobivanje psihoaktivnih snovi, eksperimentalno uporabo in škodljivo uživanje (Keane, et al., 2006). Različni viri izpostavljajo problematiko, da po drogah vse bolj posegajo mlajše osebe, saj predstavljajo »nekreativen način preživljanja prostega časa« in so pogostokrat izhod iz stiske (Brcar, et al., 2005, p.8). Kvaternikova (2006, p. 57) v svojem delu rabo drog deli na nadzorovano in problematično. Nadzorovano je opredelila kot »pravilna, zmerna, neproblematična uporaba drog«, medtem ko problematično rabo opisuje, kot dominantno vlogo nad posameznikom in njegovim življenjem.

»Odisnost je bolezen, ki prizadene človekovo telo, duševnost, odnose z ljudmi in sposobnost za produktivno življenje. Pomeni kompleksno vedenje zasvojenega človeka, ravnanje, o katerem on sam prav dobro ve, da je škodljivo, pa ga ponavlja in ga ne more opustiti, ker bi sicer doživel abstinenčno reakcijo« (Rozman, 2007, p. 33).

Pri posamezniku je izhod iz osebne krize težek korak. Občutek, da niso dovolj dobri, tesnoba in sram, so najbolj očitne lastnosti potencialnih posameznikov, odvisnih od

prepovedanih drog. Uživanje prepovedanih drog jim ponovno povrne izgubljen občutek samozavesti, osebne sreče in moči. Evforija je minljiva, posameznik je zopet izpostavljen problemom, pred katerimi je bežal in tako nastane stanje odvisnosti (Rajh, 2007).

Ugotavljajo, da je za 40–60 % nagnjenosti posameznikov do zasvojenosti kriva genetika. Posamezniki z duševnimi motnjami, so prav tako izpostavljeni večjemu tveganju za zlorabo drog (National Institute on Drug Abuse, 2007).

Vloga medicinskih sester pri posameznikih, odvisnih od prepovedanih drog, je kompleksna in zahtevna (Ford, et al., 2008). Ugotovitve so pokazale, da imajo medicinske sestre pogosto negativne predsodke do posameznikov, ki so odvisni od prepovedanih drog (Merav & Okev, 2009). Vendar je kljub vsemu njihova naloga holistično obravnavati posameznika, ki je udeležen v metadonskem zdravljenju. Glavne naloge medicinskih sester v metadonskih ambulantah so upravljanje in aplikacija metadona, opazovanje posameznikovega splošnega zdravstvenega stanja, pomoč pri vzpostavljanju novega življenjskega sloga, nudenje podpore in zagotavljanje individualnega ali skupinskega svetovanja (Dykeman & Muxlow, 2011).

2 TEORETIČNI DEL

Zdrav življenjski slog opredeljuje dejavnosti, katere človek izvaja z namenom čim boljše kakovosti življenja. Sem spadajo gibalna aktivnost, zdravo prehranjevanje, protistresna aktivnost, vzpostavljanje in ohranjanje primernih medsebojnih odnosov ter ravnovesje med delom in počitkom (Pori, et al., 2013). Zdrav življenjski slog Škof et al. (2010) opisujejo, kot način življenja z izrazitimi vedenji, ki se v posameznikovem življenju pojavljajo konsistentno. Mednje uvrščata tudi navade oblačenja, hranjenja, gibanja in srečevanja z drugimi vrstniki.

2.1 ZDRAV ŽIVLJENJSKI SLOG

V zadnjih desetletjih pričakovana življenjska doba v Evropi, zaradi boljšega življenjskega standarda in dobre zdravstvene oskrbe, krepko narašča (Ziesenitz, et al., 2012). Odkrivanje in zdravljenje bolezni je naloga zdravstva, njihovo prepričanje in omogočanje zdravega načina življenja pa je naloga predvsem vsakega posameznika (Brcar, et al., 2005, p.7). Če je za starše gibalna aktivnost pomemben člen njihovega vsakdana, je velika verjetnost, da bodo ljubezen do gibanja prenesli na otroke. Permisivni odnos s strani staršev do kajenja, uživanja alkohola in drugih prepovedanih drog v družini velikokrat vpliva na otroka, da tudi sam prične s tem početjem (Meško, et al., 2010). Za razvoj bolezni odvisnosti je zato že v zgodnjem odraščanju posameznika pomemben odnos staršev do psihoaktivnih substanc.

2.2 ŽIVLJENJSKI SLOG POSAMEZNIKOV, ODVISNIH OD PREPOVEDANIH DROG

Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport navaja, da je življenjski slog za posameznika značilen način življenja, ki lahko vključuje tako zdravju škodljiva kot zdravju naklonjena obnašanja (MIZS, 2007). Resolucija o Nacionalnem programu na področju prepovedanih drog (2014, p. 6) navaja, da je eden izmed kritičnih vidikov preživljanja prostega časa posameznikov nedvomno »nočno življenje, ki poleg pozitivnih učinkov prinaša tudi zdravstvene in socialne probleme, kot je tvegano in škodljivo pitje alkohola, uporaba prepovedanih drog ter druge oblike tveganega vedenja mladih«.

National Institute on Drug Abuse (NIDA) iz leta 2007 izpostavlja, da so mladostniki še posebej ranljivi prav zaradi močnega pritiska vrstnikov. Nekateri uživajo drogo za izboljšanje počutja, saj se sprošča intenzivni občutek za užitek, sproščenost in zadovoljstvo. Na koncu je radovednost in miselnost »saj drugi tudi to počnejo« izgovor za uživanje prepovedanih drog (NIDA, 2007).

Odvisnost je sindrom, ki vpliva na fiziološko, kognitivno in vedenjsko delovanje človeškega organizma. Ti fenomeni »vključujejo močno željo po zaužitju droge, težave pri obvladovanju jemanja droge, vztrajanje pri uživanju droge kljub škodljivim posledicam, posvečanje uživanju droge bolj kot drugim obveznostim, povečano toleranco in včasih telesne motnje zaradi odtegnitve snovi« (Čuk Rupnik, 2008, p. 434). Za posameznika, ki ima težave s prepovedanimi drogami, je težko predvideti stopnjo kakovosti življenja, ker je kombinacija komponent, ki pri posamezniku pomenijo dobro kakovost življenja, zelo individualna (Kopčavar Guček & Franić, 2008). Takrat bolezen odvisnosti vpliva na človekovo razpoloženje, zaznavanje ali čustveno stanje in oteži nadzor posameznika (Adler, et al., 2012). Bolezen odvisnosti od prepovedanih drog »je v okolju obravnavana kot moralno etični prekršek«, zato so posamezniki stigmatizirani (Loboda & Debevec-Švigelj, 2010, p. 8).

2.2.1 Zdravje

Zdravje je vrednota, katera je pri različnih ljudeh različno pomembna, vendar mu v zadnjem času posamezniki in mladostniki pripisujejo vedno večji pomen (Kovač, et al., 2007). World Health Organization (WHO) (2007, p. 113) zdravje definira kot »stanje popolne telesne, duševne in socialne blaginje, in ne le kot odsotnost bolezni ali onemoglosti«. Definicija zajema vse tri dejavnike sodobnega biopsihosocialnega modela zdravja, ki enakovredno vplivajo na zdravje in bolezen (Škof, et al., 2010). MIZS pa zdravje opredeljuje kot splošno vrednoto in bistveni vir za produktivno in kakovostno življenje slehernega posameznika in skupnosti kot celote. Je ravnovesje telesnih, duševnih, čustvenih, duhovnih, osebnih in socialnih prvin, ki se kaže v zmožnosti neprestanega opravljanja funkcij in prilagajanja okolju. V tem smislu zdravje in skrb zanj ni le interes posameznika, medicinskih strok ali institucij zdravstvenega varstva, marveč odgovornost celotne družbene skupnosti (MIZS, 2007). Prepovedane droge na zdravju pustijo škodljive posledice (Kastelic & Mikulan, 2004). Kastelic in

Mikulan (2004) navajata mnoge telesne in duševne posledice zlorabe prepovedanih drog od katerih je smrt najhujša. Stewart (2016) navaja, da je bilo v letu 2010 na Škotskem zaznanih 9 umrlih, kot posledica injiciranja heroina okuženega z antraksom. V strokovni literaturi so pogosteje navedene telesne, kot pa duševne posledice zlorabe prepovedanih drog. Pljučne in srčne bolezni, bolezni delovanja jeter, težave z zobovjem, nastanek žolčnih kamnov, HIV/AIDS, hepatitis in tuberkuloza, težave z želodcem in pljučna embolija. Vse to so pogoste in lahko tudi pogubne posledice zlorabe prepovedanih drog (Scholastic Scope, 2009; Loboda & Debevec-Švigelj, 2010; Rozina, 2013; NIDA, 2014; Šturm, 2015, p. 14; NIDA, 2015c). Drobne in sodelavci (2004) izpostavljajo, da se posledice drog pri ženskah kažejo v možnosti manjše plodnosti in rodnosti, amenoreje ali poškodb ploda v nosečnosti.

Zdravstveno zavarovanje je pogostokrat neurejeno, kar jim onemogoča zdravniško oskrbo, navajata Kastelic in Mikulan (2004) v svoji študiji. O urejenosti zdravstvenega zavarovanja posameznikov, odvisnih od prepovedanih drog pa je Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) (2014) leta 2013 izvedel raziskavo, v kateri je 99 % anketiranih odgovorilo, da je urejeno, 85 % jih je imelo sklenjeno celo dodatno zdravstveno zavarovanje. 40 % anketiranih je navedlo, da so imeli sočasno poleg zasvojenosti tudi druge zdravstvene težave (NIJZ, 2014, p. 40).

2.2.2 Gibanje in telesna aktivnost

Redna telesna dejavnost je eden ključnih dejavnikov življenjskega sloga za ohranjanje in izboljšanje zdravja. Za človeško življenje je gibanje in telesna dejavnost izredno pomemben element. Pravilno je, da je sestavni del kakovosti življenja sodobnega človeka (Tušak & Faganel, 2004). Za doseganje zadostne ravni mora biti telesna aktivnost prisotna v vseh starostnih obdobjih. Telo se brez gibanja ne more zdravo razvijati. Ustrezna telesna dejavnost pozitivno vpliva na celoten videz in pripomore k zdravemu videzu (Brcar, et al., 2005). Prav tako gibanje in telesna pripravljenost pomembno vplivata na človekovo duševnost in ravnovesje (Tušak & Faganel, 2004; MIZS, 2007). Dejstvo je, da športno aktivni posamezniki v mladosti redkeje posegajo po alkoholu in drogah (Kovač, et al., 2007). Večina posameznikov, ki ima težave z drogami, se ne ukvarja z nobeno gibalno aktivnostjo, zato so njihove fizične, psihične in druge sposobnosti v primerjavi s sovrstniki bistveno slabše (Tušak & Faganel, 2004).

Edina rekreacija, ki od posameznikov, odvisnih od prepovedanih drog, zahteva hitro gibljivost in mobilnost, je največkrat posedovanje kolesa ali motorja (Flaker, 2002). Rugelj (2000) pri rehabilitaciji posameznikov, odvisnih od prepovedanih drog, priporoča gibalno aktivnost, ki se goji v individualni obliki in mora vključevati ustrezno prehrano. Kasneje imajo posamezniki interes do gibalne aktivnosti, saj jim predstavlja druženje in razvedrilo, zato je to potrebno podpirati in spodbujati (Neale, et al., 2012a; Bajc Furman, et al., 2014). Prav tako jim omogoči, da misli ne osredotočijo le na prepovedano drogo. Velik element za zmanjševanje tveganja za ponovitev odvisnosti je uravnotežen življenjski slog, kar pomeni, da človek ni ozko usmerjen v eno dejavnost, ampak ima v »ognju več želez« in da deluje na tisti stopnji stresa, ki je čim bližje optimalni: da spodbuja, a ne ovira (Auer, 2001).

Psihološki vplivi redne gibalne aktivnosti so: 1) zmožnost obvladovanja jeze; 2) hitrejša sprostitve; 3) boljše obvladovanje stresa; 4) povečanje kognitivnih funkcij; 5) zvišanje samospoštovanja in samopodobe; 6) pospešitev zdravljenja odvisnosti (Berčič, et al., 2007).

2.2.3 Ustrezna prehrana

Prehranjevanje in pitje je ena izmed temeljnih življenjskih aktivnosti, ki je nujno potrebna za posameznikovo preživetje (Bregar & Verbič, 2009). Ni nujna le za obstoj in delovanje vseh telesnih funkcij, ampak so količina, vrsta hrane in prehranjevalne navade odločilne za celoten telesni razvoj (MIZS, 2007). Vpliva na telesno zmogljivost in zunanji videz, s tem pa tudi na človekovo zadovoljstvo s telesno podobo ter njegovo samopodobo v celoti (Brcar, et al., 2005; MIZS, 2007). Prehranjevalne navade iz mladosti se lahko prenašajo v kasnejše življenje, zato je pomembno, da obrok vsebuje vsa potrebna hranila za kvaliteten telesni razvoj (Brcar, et al., 2005).

Prehranski status posameznika, odvisnega od prepovedanih drog, je zelo slab. Vnos hrane v telo je pogostokrat premajhen in nereden. V tem obdobju odvisnosti je značilno, da prehranjevanje ni na prvem mestu njihovih dnevni obveznosti. Zaužijejo največ hitre in poceni hrane. Želja po sladkorju je v tistem obdobju velika, medtem ko želje po sadju, zelenjavi in beljakovinah enostavno ni. Za posameznice velja, da imajo slabši prehranski status in znižan indeks telesne mase (Nolan & Scagnelli 2007; Neale, et al.,

2011). V fazi zdravljenja se prehranjevalni vzorci spremenijo, posamezniki pričnejo samostojno pripravljati obroke in uživati v hrani (Neale, et al., 2012b). Neale s sodelavci (2011) izpostavlja pomembnost svetovanja medicinske sestre posamezniku o zdravi prehrani, priporočljivih prehranskih dodatkih in možnih vključevanjih v programe.

2.2.4 Družina in partnerski odnosi

Vsak član v družini ima možnost pridobiti prve izkušnje na socialni ravni, občutja varnosti, ljubezni, ljubosumja, jeze, strahu, zavisti in različnih oblik stresa. »Družina izpolnjuje pomembne biološke, psihološke in socialne funkcije. V družini se utrjujejo vzorci komunikacije in pomen interakcijskih vzorcev« (Kralj & Cerkovnik Hvala, 2008, p. 27). Ko pride do upada komunikacije in ko posameznik iz družinskega kroga prične z uporabo prepovedanih drog, se odnosi pričnejo krhati. To dokazujejo tudi Zelko (2014) in Podpečan (2006), ki poudarjata, da odvisnost vpliva na vse družinske člane. Največkrat se stiki ohladijo ali pretrgajo, pogosto je obsojanje s strani staršev. Člani družine spremenijo dožemanje drug drugega. Velikokrat je prisotno fizično nasilje in sovraštvo (NIDA, 2015a). Tako življenje posameznikov, odvisnih od prepovedanih drog, kmalu začne temeljiti na skrivnostih in lažeh. Posledično se oslabijo tudi prijateljski odnosi. Droga ima pri posamezniku prednost, neprijetno se počuti v prisotnosti starih prijateljev (Stewart, 2016). V stanju odvisnosti so pripravljene izreči besede ali narediti dejanja, s katerimi nehotе prizadenejo kogarkoli iz družine, sosedov, lahko tudi prijateljev (NIDA, 2015a). Kadar so v življenje posameznika, odvisnega od prepovedanih drog, vključeni otroci, so le-ti pogosto zanemarjeni. Kljub zahtevam novega, nepravilnega življenjskega sloga poskušajo biti dobri starši, v kolikor je le mogoče (Stewart, 2016). Vendar velikokrat nastopijo situacije, ko ni nikogar, ki bi poskrbel za čista oblačila otrok, obroke ter pomoč pri domači nalogi. V nekaterih primerih je skrb nad otroci odvzeta, saj državne oblasti zaznajo malomarnost in tvegano vedenje, ki bi lahko ogrožalo življenje otroka. Poleg drog je kriminalno dejanje, ki ogroža življenja svojcev ter otrok (NIDA, 2015b).

Ko se posameznik odloči za zdravljenje odvisnosti, od družine zahteva, da spremenijo stališča in velikokrat starši ali drugi družinski člani ne najdejo ustreznih odgovorov na zahteve in obremenitve (Kralj & Cerkovnik Hvala, 2008). Glavna naloga družine je

usmerjenost v reševanje odnosov in pripravljenost na ponovno reintegracijo (Podpečan, 2006), kjer posamezniku pomagajo prebroditi občutke stigme in omogočijo ponovno vključevanje v družino in družbo (Flaker, 2002).

2.3 EPIDIMIOLOŠKI PODATKI O RAZŠIRJENOSTI UPORABE PREPOVEDANIH DROG V SLOVENIJI IN TUJINI

SZO je v enem izmed člankov potrdila, da je na svetu okoli 13 milijonov posameznikov, odvisnih od prepovedanih drog (Kastelic & Kostnapfel, 2010). »Epidemiološki podatki na področju drog za Slovenijo, ki jih spremljamo že več kot 10 let, kažejo, da je Slovenija v tem trenutku na pomembnem razpotju tako glede vzorcev uporabe drog kot tudi glede pristopov za zmanjševanje rabe prepovedanih drog. Če je bila v preteklem obdobju v Sloveniji v ospredju predvsem uporaba opiatov in njene posledice in so se temu primerno oblikovale različne oblike pristopov pomoči in ukrepov, se v zadnjih letih ob pojavu vse večjega števila novih drog pojavlja tudi vse večji delež uporabnikov teh drog med mlajšimi uporabniki drog. V zadnjih letih v ospredje prihajajo predvsem uporaba konoplje, kokaina in sintetičnih drog ter drog, ki trenutno še niso na listi prepovedanih drog in za katere številne države še vedno iščejo učinkovite pristope pri obvladovanju njihove uporabe. Med mladostniki je značilna tudi uporaba inhalantov (lepila, razredčila, kuhinjski plin itd.), ter zloraba raznih psihoaktivnih zdravil, ki si jih posamezniki po posebnem predhodnem postopku injicirajo, kar lahko vodi v zelo težke zdravstvene posledice« (Resolucija o Nacionalnem programu na področju prepovedanih drog, 2014, p. 4).

Zadnja raziskava NIJZ na področju uporabe drog je bila izvedena v letih 2011 in 2012. Obsegala je prebivalce v starosti med 15 in 64 let. Po podatkih ankete je 16,1 % prebivalcev vsaj enkrat v življenju že uživalo katero izmed prepovedanih drog, od teh je 3,9 % moških in 12,2 % žensk.

V letu 2014 so izvedli oceno razširjenosti uporabe opiatov za leto 2012. Ugotovili so, da je bilo 6917 uporabnikov v starosti med 15 in 64 let zelo tveganih za prekomerno zlorabo prepovedanih drog. V letu 2013 je bil zaznan upad uporabe opiatov, substitucijskih zdravil, sintetičnih drog in mehkih drog, medtem, ko je bil porast zaznan pri uporabi stimulansov. Kot način uporabe prepovedanih drog je še vedno

najpogostejše vbrizgavanje. Leta 2013 je prišlo do porasta souporabe iste igle in predoziranja, prav tako je narastlo število brezdomnih in starejših posameznikov, odvisnih od prepovedanih drog (NIJZ, 2014).

V programih zmanjševanja škode na področju prepovedanih drog že od leta 2010 zbirajo podatke o posameznikih, odvisnih od prepovedanih drog. V raziskavi v kateri je bilo udeleženih 175 anketirancev je bilo 134 moških in 40 žensk. Povprečna starost je bila 34 let; najmlajši anketiranec je imel 16 let, najstarejši pa 58 (NIJZ, 2014, p. 40).

2.4 OBRAVNAVA ODVISNOSTI OD PREPOVEDANIH DROG

NIDA (2007) v svoji raziskavi zagovarja ozdravljivost odvisnosti, vendar navaja, da posameznik potrebuje ustrezen čas in da jo je, tako kot kronično bolezen, mogoče uspešno nadzorovati in odstraniti. Medtem pa Ulmer s sodelavci (2007) poudarja, da je odvisnost kronična bolezen, ki posameznika spremlja celotno življenje. »Obravnavo praviloma poteka v obliki psihosocialnih intervenc v različnih skupinah in društvih, namenjenih preseganju odvisnosti. Mnogim ljudem zadostuje, da so v obravnavi in ne potrebujejo institucionalne oblike zdravljenja. Poleg tega imajo lahko boljši občutek, ker nimajo opravka z uradnim zdravljenjem, saj druge oblike pomoči doživljajo kot bolj diskretne. Ravno zaradi doživljanja sramu se v uradno zdravljenje vključi manj ljudi, kot bi bilo koristno in potrebno« (Bajc Furman, et al., 2014, p. 55). NIDA (2014) navaja, da je bilo v letu 2012 v ZDA pod vplivom drog obravnavanih triindvajset milijonov ljudi, od tega je štiri milijone posameznikov dobilo ustrezno obravnavo. Zdravstveni delavci posamezniku pomagajo ustvariti dobro podlago za uspešno zdravljenje, mu krepijo motivacijo in ga učijo prevzemanja odgovornosti (Kastelic & Kostnapfel, 2010; Šegrec, 2015). Na splošno velja, da je zdravljenje primerno za posameznike, kateri razmišljajo abstinenčno usmerjeno in za tiste, ki jim zdravljenje predstavlja »odmor« od uživanja prepovedanih drog (The Ministerial Council on Drug Strategy, 2015). »Če torej posameznik reče, da bo poskusil svojo bolezen obvladati sam, je to potencialno možno. Res pa je, da zelo zasvojeni ljudje to pogosto rečejo zato, da bi jih pustili pri miru« (Bajc Furman, et al., 2014, p. 57). Za uspešno ozdravitev odvisnosti je potrebnih vsaj deset let predhodnega stabilnega stanja (Ulmer, et al., 2007), ki lahko kljub zdravljenju nazaduje, če posameznik ni pripravljen spremeniti

svojega življenjskega sloga (Kastelic & Kostnapfel, 2010). Pomembno je, da gre skozi fazo detoksikacije in stabilizacije, šele nato sledi rehabilitacija ter reintegracija v okolje (Ognjenović, 2012; Tominec, 2015). Resolucija o Nacionalnem programu na področju prepovedanih drog (2014) izpostavlja programe za obravnavo posameznikov, odvisnih od prepovedanih drog. Ne glede na vire financiranja ima posameznik pravico do neprekinjene obravnave v okviru zdravstva, socialnega varstva ali nevladnih organizacij.

Obravnavo posameznikov, odvisnih od prepovedanih drog, lahko razmejimo na zdravstveno in socialno obravnavo. Zdravstvena obravnavo zajema: 1) Diagnostično terapevtske postopke; 2) Obravnavo na primarni in sekundarni ravni zdravstvenega varstva; 3) Usklajevanje z različnimi strokami; 4) Zagotavljanje psihoterapevtske in psihosocialne obravnave; 5) Dajanje prednosti posameznikom, ki vodijo v abstinenco (Resolucija o Nacionalnem programu na področju prepovedanih drog, 2014). Za izvedbo zdravstvene obravnave imamo v Sloveniji trenutno devetnajst Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (v nadaljevanju Centrov), kjer delujejo »timi z zdravnikom splošne medicine ali s specialistom socialne medicine oz. medicine dela, psihiatrom, psihologom, z diplomirano in s srednjo medicinsko sestro oz. z zdravstvenim tehnikom« (Kastelic & Kostnapfel, 2010, p. 577). Glavne dejavnosti Centrov so posvetovalnice, različne oblike terapij, priprava na hospitalno obravnavo, socialna reintegracija, konzultacije za zdravstveno in socialno službo, patronažno varstvo, ambulantna detoksikacija in substitucijsko zdravljenje (Kastelic & Rihtar Kostnapfel, 2009). Metadon se v namene substitucijskega zdravljenja v svetu uporablja približno štirideset let. V Sloveniji je bil prvič v uporabi še pred letom 1991 (Berlec, et al., 2008). Za določene posameznike je najboljša izbira obravnave, ki se uporablja kot nadomestek za heroin. Kljub dejstvu, da je zdravilo, po daljši uporabi povzroča psihično in fizično odvisnost (Podpečan, 2006). V RS se predpisuje le v obliki raztopin in le na naročilnico. Če se posameznik drži terapevtskega dogovora v metadonski ambulanti, ima možnost podeljevanja metadona za domov (Kastelic & Rihtar Kostnapfel, n.d.).

The Ministerial Council on Drug Strategy (2015) navaja, da gre največkrat »zahvala« za ozdravitev posameznika zdravstvenim delavcem, ki so aktivni na tem področju. V njih

se zdravstveni delavci dnevno srečujejo s posamezniki, pri katerih življenjski slog še vedno temelji na prepovedanih drogah (Loboda & Debevec-Švigelj, 2010).

Ko posameznika obravnavamo socialno, v to vključujemo: 1) Vzpostavljanje stikov s posamezniki na terenu; 2) Svetovanje posameznikom, ki ne potrebujejo celodnevne obravnave; 3) Izvajanje visokopražnih programov; 4) Nudnje nočnih zavetišč; 5) Spodbujanje medsebojne pomoči med posamezniki in svojci; 6) Pomoč pri socializaciji posameznikov; 7) Izvajanje zaposlitvenih programov (Resolucija o Nacionalnem programu na področju prepovedanih drog, 2014). Posamezniki, njegovi svojci ali prijatelji pogostokrat gojijo nerealna pričakovanja v zvezi z zdravljenjem. Mnogi so razočarani, ko se pri posamezniku, ki je aktiven v programu zdravljenja, vzbudi ponovna želja po uživanju drog (The Ministerial Council on Drug Strategy, 2015).

Pri obravnavi odvisnosti imajo pomembno vlogo tudi nevladne organizacije, ki imajo na tem področju različne funkcije: 1) Izvajajo ključne programe pomoči na področju preventive, zmanjševanja škode in reintegracije; 2) Vplivajo na politiko drog v državi in iščejo možnosti za razvoj; 3) Implementirajo hitre in učinkovite odzive ter prenašajo in ustvarjajo dobre prakse v mednarodnem merilu (Resolucija o Nacionalnem programu na področju prepovedanih drog, 2014).

2.5 VLOGA MEDICINSKE SESTRE

»Zdravstvena obravnava uporabnika drog obsega diagnostične postopke, terapijo ter preprečevanje škodljivih posledic uporabe drog, kamor sodi preprečevanje zdravstvenih zapletov pri samem uporabniku, preprečevanje širjenja nalezljivih bolezni v populaciji in kriminala« (Resolucija o Nacionalnem programu na področju prepovedanih drog, 2014, p. 16). Raba prepovedanih drog posamezniku bistveno spremeni življenjski slog. Medicinska sestra mora imeti znanje in sposobnosti za ustrezno izvajanje zdravstvene nege in nudenje pomoči posameznikom v stiski. Skupaj s posameznikom gradita na spremembah, tudi če ne vodijo do končne ozdravitve, saj je takrat tudi dojetanje odvisnosti lažje (Kastelic & Kostnapfel, 2010; Dykeman, et al., 2011). Medicinska sestra mora biti po načelih etike zagovornik posameznika in je dolžna varovati posameznikove podatke, dokler ni razrešena molčečnosti (Sotler, 2010). »Dovolila si bom zapisati, da je delo medicinske sestre oziroma zdravstvenega tehnika v CPZOP eno

izmed tistih, ko se moraš ves čas učiti skupaj z bolniki. Ti učiš njih, še pogosteje pa oni učijo tebe. Drugače ne gre» (Jazbec, 2015, p. 40). Terapevtski odnos, katerega nedeljiv del je tudi ustrezna in strokovna komunikacija, je ena najpomembnejših nalog medicinske sestre, ki se začne takoj, ko je posameznik sprejet v zdravstveno ustanovo (Bregar & Verbič, 2009; Sotler, 2010). Zavrne lahko kateri koli poseg, z izjemo le tistih, ki bi v primeru njegove zavrnitve ogrozili njegovo življenje in zdravje drugih (Zakon o pacientovih pravicah, 2008). Medicinska sestra je zagovornica pacientovih koristi in mu nudi fizično, psihično, socialno, duhovno in moralno podporo (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2005). Njena naloga v ambulantah za zdravljenje z metadonom vključuje pripravo, aplikacijo in evidentiranje prejetih zdravil, opazovanje in beleženje psihofizičnega stanja posameznika in diskretna prisotnost pri odvzemu urina (Ball & Ross, 2012). Dykeman s sodelavci (2011) kot eno glavnih nalog medicinskih sester v Centrih izpostavlja redno kontrolo krvi. Spremljati mora posameznikovo čustvovanje, vedenje, razmišljanje, sodelovanje, motivacijo in telesno stanje. Naučiti jih mora, kako razviti sposobnost za spopadanje z življenjem brez droge, pripravi pa jih tudi na družbeno reintegracijo (Lasnier e tal., 2010). Vzpostaviti mora primeren odnos, ki bo temeljil na medsebojnem spoštovanju in zaupanju, kajti samo tako je mogoče pričakovati pozitivne rezultate zdravljenja. Bolj kot posameznika pozna, lažje mu pomaga. Skupaj razjasnita cilje in pričakovanja, katerim poskušata v nadaljevanju slediti (Videčnik, 2009). Že Bregar in Verbič (2009) navajata, da je za ustrezno zdravstveno nego posameznika, odvisnega od prepovedanih drog, pomembno ocenjevanje potreb po temeljnih življenjskih aktivnostih. Pri tem avtorja izpostavljata tiste življenjske aktivnosti, ki močno posegajo tudi v vsakdanji življenjski slog posameznika, odvisnega od prepovedanih drog, a jih je v procesu rehabilitacije treba na novo vzpostaviti. Pomembno je torej, da ima medicinska sestra na tem področju dela ustrezna znanja in veščine, kako posameznika motivirati za spremembo in vzdrževanje zdravega življenjskega sloga.

2.6 SOCIALNA REINTEGRACIJA POSAMEZNIKOV

Posamezniki, odvisni od prepovedanih drog, ki se zdravijo, so največkrat prikrajšani za streho nad glavo in službo. Ta prikrajšanost je razširjena med posebnimi skupinami uživalcev drog, zlasti ženskami, uživalci heroina, pripadniki etičnih manjšin in osebami,

ki imajo hkrati psihične težave (Auer, 2001; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2008). Program poteka tako lokalno kot regijsko in je v celoti prilagojen 24-urni vključitvi uporabnikov. Njihovi glavni cilji so zagotoviti osnovne bivalne pogoje, vzdrževati abstinenco, nadaljevati šolanje, uresničiti zaposlitvene cilje, širiti socialno mrežo, posameznike učiti samostojnosti in osebnostnega razvijanja in pomagati pri vključevanju v družino (Žontar, 2011, p. 12).

Socialno reintegracijo sta Kralj in Cerkovnik Hvala (2008) opredelila kot vsako pomoč posamezniku, ki ima neustrezen življenjski slog in ima željo ponovne vzpostavitve zdravega socialnega odnosa v družini, širši družbi ali šolanju oz. zaposlitvi. Resolucija o Nacionalnem programu na področju prepovedanih drog (2014, p. 18) socialno reintegracijo opisuje kot »strokovno obliko dela s stabilnimi abstinenti in njihovimi bližnjimi, ki omogoča konkretno socialno vključitev«. Življenjski slog mora biti ustvarjalen in neodvisen, s tem bo krepil pripadnost skupini, v kateri prepovedane droge niso prisotne. Zgraditi mora nov vrednostni sistem z novo pridobljenimi vrednotami in bo uspešno takrat, ko je sposoben zadovoljevati svoje življenjske potrebe izven socialne mreže, ki ji pripada. Možni so spodrsaljaji, kateri so manj zaskrbljujoči, če ima posameznik uravnotežen življenjski slog in ga obdajajo ljudje, ki mu nudijo oporo (Kralj & Cerkovnik Hvala, 2008).

V programe zaposlitvene reintegracije se največkrat vključujejo posamezniki, ki nimajo dokončanega šolanja. Te osebe so kljub delovnim izkušnjam in zahtevani izobrazbi najtežje zaposljiva kategorija iskalcev zaposlitve (Kersnik, 2006; Ognjenović, 2012). Pri iskanju zaposlitve se soočajo s predsodki delodajalcev, ki jih povezujejo s kriminalom, lažmi, krajami ter negativnim odnosom do dela (Ognjenović, 2012). Krajncева je leta 2011 izvedla raziskavo, ki je temeljila na pogledu delodajalcev do iskalcev zaposlitve, ki so se v preteklosti zdravili zaradi odvisnosti. Kot najpogostejši vzrok za nezaposlovanje posameznikov so navedli sklepanje o nezaupanju, nezanesljivosti, nepoštenosti in nenatančnosti. Za razrešitev problema je Resolucija o Nacionalnem programu na področju prepovedanih drog (2014) navedla ukrepe na področju reintegracije, kjer so izpostavili pravico človeka do dostojne in strokovne obravnave ter pomoči. Zagotavljajo enakopravno vključevanje odvisnih posameznikov, zdravljenecv in rehabilitiranih nekdanjih uporabnikov prepovedanih drog v

izobraževalni, socialni, zdravstveni sistem in sistem zaposlovanja. Posamezniki so na delo, ki je zahtevno in odgovorno, dobro pripravljene, saj so spoznali kakšni so njihovi pomembni cilji v življenju. Za zaposlitev so se pripravljene izobraževati. Delo s posamezniki, ki so odvisni od prepovedanih drog, jim najpogosteje ne odgovarja, vendar obstajajo izjeme. Nekaterim je ravno to, da lahko s svojimi izkušnjami pomagajo ljudem v stiski, v veliko veselje (Ognjenović, 2012).

3 EMPIRIČNI DEL

Diplomsko delo je sestavljeno iz teoretičnega in empiričnega dela. V teoretičnem delu diplomske naloge smo obravnavali zastavljeni problem s pomočjo že zapisanih virov, medtem ko bomo v empiričnem delu področje življenjskega sloga posameznika, odvisnega od prepovedanih drog, kvalitativno raziskali z vidika medicinskih sester in bivših posameznikov, odvisnih od prepovedanih drog.

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomske naloge je bil spoznati življenjski slog posameznika, ki je v preteklosti užival prepovedane droge in ugotoviti, na katerem delu življenjskega sloga so mu pustile največ posledic. V raziskavo smo vključili medicinske sestre, delujoče na področju odvisnosti, saj smo želeli spoznati, kakšen je njihov odnos do posameznikovega življenjskega sloga. Osredotočili smo se na prepoznavanje vloge medicinske sestre, ki je pomembna za uspešno spremembo življenjskega sloga posameznika, odvisnega od prepovedanih drog. Ugotovitve so nam omogočile lažje razumevanje odnosa med posameznikom, odvisnim od prepovedanih drog in medicinsko sestro.

Cilji diplomske naloge:

- opredeliti pojma odvisnost in zdravljenje;
- pregledati domačo in tujo literaturo na področju odvisnosti in življenjskega sloga posameznika – ozdravljenega odvisnika od prepovedanih drog;
- prepoznati vpliv prepovedanih drog na posameznikov življenjski slog;
- ugotoviti, na katerem delu posameznikovega življenjskega sloga so droge pustile največ posledic;
- spoznati odnos medicinskih sester do življenjskega sloga posameznikov, odvisnih od prepovedanih drog;
- prepoznati vlogo medicinske sestre pri spremembi in ohranjanju zdravega življenjskega sloga posameznika, odvisnega od prepovedanih drog;
- spoznati, kako posameznik, ki je odvisen od prepovedanih drog, dojema vlogo medicinske sestre pri doseganju in vzdrževanju abstinence.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

S postavljenimi cilji smo oblikovali raziskovalna vprašanja, ki so se nanašala na obravnavano problematiko. Omogočila so nam lažji pristop k raziskovanju življenjskega sloga posameznika in vloge medicinskih sester.

Raziskovalna vprašanja:

1. Kako prepovedane droge vplivajo na posameznikov življenjski slog?
2. Na katerem delu posameznikovega življenjskega sloga so droge pustile največ posledic?
3. Kakšen odnos ima medicinska sestra do življenjskega sloga posameznika, odvisnega od prepovedanih drog?
4. Kakšna je vloga medicinske sestre pri spremembi in ohranjanju zdravega življenjskega sloga posameznika, odvisnega od prepovedanih drog?
5. Kako posameznik, ki je odvisen od prepovedanih drog, dojema vlogo medicinske sestre pri doseganju in vzdrževanju abstinence?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Raziskava temelji na kvalitativni metodi empiričnega raziskovanja. »Kvalitativno raziskovanje uporabljamo kot metodo, pri kateri je sestavljeno temeljno izkustveno gradivo, zbrano v raziskovalnem procesu, in v kateri je to gradivo obdelano in analizirano brez uporabe merskih postopkov« (Mesec, 1998, cited in Vogrinc, 2008, p. 47).

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Teoretične vire s področja odvisnosti, prepovedanih drog in vloge zdravstvene nege smo zbirali s pomočjo strokovne in znanstvene literature, dostopne v strokovnih, splošnih knjižnicah in prek spleta. Pregled literature je potekal od februarja do decembra 2015. Vire smo iskali s pomočjo baz podatkov, kot so: PROQUEST, COBISS, CINAHL, EbscoHost in PubMed. Osredotočili smo se na ključne besede: odvisnost, zdravljenje, življenjski slog, zdravje, prehrana, družina, odvisnik. Pri izvedbi

tuje raziskave so nam bile v pomoč ključne besede: physical activity, drugs, addiction in lifestyle, family.

Primarne vire smo pridobili s pomočjo individualnega polstrukturiranega intervjuja.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za izvedbo raziskave smo uporabili polstrukturirani intervju, s katerim smo pridobili podatke o okoliščinah, izkušnjah posameznikov, odvisnih od prepovedanih drog, njihovi motivaciji in načinu razmišljanja. Polstrukturirani intervju je zelo prilagodljiva tehnika za zbiranje podatkov in mnenj, ki omogoča poglobljanje razumevanja problema. »Prav tako je poudarek na opisovanju proučevanih situacij in prizadevanje za razumevanje konteksta, v katerem proučevane situacije potekajo« (Vogrinc, 2008, p. 48). Je časovno zahtevna tehnika, vendar omogoča zbiranje podatkov na majhnem vzorcu ljudi, zato je bila za našo raziskavo najprimernejša. Za preizkus, ali so vprašanja smiselno sestavljena in razumljiva, smo prvi intervju opravili pri posamezniku, ki ni bil vključen v našo raziskavo.

Glede na postavljene cilje smo zasnovali raziskovalna vprašanja namenjena posameznikom, odvisnim od prepovedanih drog, ki vzdržujejo popolno abstinenco:

1. Kako gledate na svoj sedANJI življenjski slog v primerjavi s preteklim?
2. Na katerem delu življenjskega sloga so vam droge pustile največ posledic?
3. Kako gledate na vlogo različnih strok pri spremembi svojega življenjskega sloga v času zdravljenja?

Glede na postavljene cilje smo zasnovali raziskovalna vprašanja namenjena medicinskim sestram:

1. Kako dojemate življenjski slog posameznika, odvisnega od prepovedanih drog?
2. Kako vidite svojo vlogo pri spremembi življenjskega sloga posameznika, odvisnega od prepovedanih drog, v času njegovega zdravljenja?

3.3.3 Opis vzorca

V diplomski nalogi smo uporabili namenski vzorec, v katerega smo vključili štiri nekdanje posameznike, odvisne od prepovedanih drog, ki sedaj vzdržujejo popolno abstinenco. Regijsko smo se osredotočili na eno področje Slovenije. V raziskavo smo vključili tri osebe moškega in eno osebo ženskega spola. Pri vseh posameznikih je minilo vsaj pet let od prenehanja uživanja prepovedanih drog. Vsi so bili v preteklosti obravnavani v zdravstvenih ustanovah, kjer so bili vključeni v program metadonskega zdravljenja, sedaj pa vzdržujejo že nekajletno popolno abstinenco. Izbrani so bili na podlagi poznanstev, kar je v primeru kvalitativnih raziskav dovoljeno in celo dobrodošlo, saj smo tako lahko vzpostavili zaupen in dober odnos.

Za razumevanje vloge zdravstvene nege pri spremembi življenjskega sloga posameznika, odvisnega od prepovedanih drog, smo v raziskavo vključili zaposlene izvajalce zdravstvene nege z visokošolsko in srednješolsko izobrazbo. Od tega so bili obravnavni trije udeleženci (ena ženska oseba in dve moški osebi) z visokošolsko izobrazbo in en udeleženec s srednješolsko izobrazbo (ženska oseba) iz zdravstvene nege. Za lažje spoznavanje dela in prepoznavanje vlog medicinskih sester v metadonskih ambulantah smo zajeli dve slovenski regiji. Izbrani zaposleni se vsakodnevno srečujejo s posamezniki in imajo več kot petletne izkušnje na področju preprečevanja in zdravljenja odvisnosti.

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Za izvedbo diplomskega dela se nam zdi število udeležencev popolnoma zadovoljivo. Naš cilj je bil opraviti skupno osem intervjujev, kar smo tudi dosegli. Vsi udeleženci so bili pred začetkom raziskave pisno obveščeni o našem namenu raziskave. V ustanovi, kjer so zaposleni, smo predhodno pridobili pisno soglasje za sodelovanje v intervjuju. Triangulacija virov podatkov glede na izobrazbo, lokacijo in spol nam je omogočila verodostojnost podatkov in nam zagotovila boljše razumevanje proučevanega problema. Intervjuje s posamezniki, odvisnimi od prepovedanih drog, smo opravljali konec meseca februarja 2016. Upoštevali smo željo udeleženca glede časa in kraja izvedbe. Intervjuje z zaposlenimi izvajalci zdravstvene nege smo prav tako opravili v mesecu februarju 2016. Izvedli smo jih v času službenih obveznosti, na njihovem delovnem

mestu. Empirično gradivo smo zbirali s pomočjo polstrukturiranega individualnega intervjuja, ki je temeljil na vprašanih odprtega tipa in podvprašanih, s katerimi smo poskušali spodbuditi samostojno razmišljanje in svobodno podajanje odgovorov. Glavna vprašanja so bila enaka za vse intervjuvance, medtem ko so bila podvprašanja različna. Izvedba intervjuja nam je omogočala direkten stik z udeležencem v raziskavi, zato smo se z njimi lažje poistovetili. Vogrinc (2008) navaja, da v raziskovalnem procesu posamezniku ne sme biti povzročena nikakršna škoda, ne sme biti prevar in ogrožanja zasebnosti v raziskavo vključenih oseb, sodelovanje v intervjuju mora biti vedno prostovoljno. Udeležence smo obvestili o snemanju pogovora z diktafonom, ki smo ga postavili na vidno mesto. V raziskavi med zaposlenimi v zdravstveni negi so sodelovali tako moški kot ženske, vendar smo v diplomskem delu uporabili skupen naziv medicinske sestre. Prav tako smo že vnaprej pojasnili, da bo intervju izključno prostovoljen in anonimen in bo uporabljen v raziskovalne namene. Podatki o udeležencih intervjuja so skrbno varovani. Naš prvotni cilj je bil opraviti intervjuje v enomesečnem časovnem roku, kar na koncu nismo dosegli, saj smo potrebovali dva meseca. Obdelava podatkov je vsebovala transkripcijo, kjer so izjave udeležencev ostale nespremenjene, sledilo je večkratno branje. S tem smo si poskušali ustvariti glavne zaznamke, ki so pomembni za cilj naše raziskave. Za analizo kvalitativnega gradiva se uporabljajo predvsem semiotična, hermenevtična in vsebinska analiza ter kvalitativna vsebinska analiza. Za semiotično analizo je značilna analiza simbolov iz vsakdanjega življenja, pri hermenevtični pripisujemo pomen razlagi (Vogrinc, 2008). Sami smo za obdelavo podatkov uporabili vsebinsko analizo kvalitativnega empiričnega raziskovanja, kjer smo empirične podatke analizirali s pomočjo kod ali pojmov in kategorij. S kodiranjem smo izločevali bistvo za naš namen raziskave. Kode smo združevali v kategorije. Kategorije smo dobili s pomočjo združevanja vsebinsko podobnih pojmov, ki so na višji ravni in bolj abstraktni od pojmov. Uporabili smo induktivno metodo, s katero smo kode preverjali na empiričnih podatkih in sorodne pojme združevali v celoto. S kodiranjem in kategoriziranjem smo iskali globlji pomen podatkov in tako oblikovali teoretično razlago (Vogrinc, 2008). Izpostavili smo najbolj značilne izjave, ki opisujejo posamezne kategorije. Neuporabljene podatke smo shranili v arhivu empiričnega gradiva.

Za lažjo interpretacijo kod (izjav) smo uporabili označbe za posamezne izjave:

Udeleženec → UD; Zaporedna številka udeleženca intervjuja → št._1, št._2, št._3, št._4; Posameznik → POS; Zaposleni v zdravstveni negi → MS; Zaporedna številka izjave udeleženca → (1), (2). Primer označbe → UD/sh_t._1/MS/12 (udeleženec intervjuja številka 1, ki je medicinska sestra in zaporedna kodirana izjava v intervjuju 12).

Za izvedbo etično neoporečne raziskave smo Komisijo RS za medicinsko etiko zaprosili za predčasno odobritev soglasja (0120-702/2015-2, KME 49/01/16).

3.4 REZULTATI

Z analizo empiričnega gradiva smo dobili dvanajst kategorij, s katerimi lahko odgovorimo na raziskovalna vprašanja (glej slika 1). V nadaljevanju bomo poskušali z interpretacijo dobljenih kategorij in pripadajočih kod odgovoriti na namen in raziskovalna vprašanja našega diplomskega dela.



Slika 1: Prikaz glavnih kategorij

Na prvo raziskovalno vprašanje *Kako prepovedane droge vplivajo na posameznikov življenjski slog?* lahko odgovorimo s kategorijami družinska dinamika, kriminal in prostitucija.

Na drugo raziskovalno vprašanje *Na katerem delu posameznikovega življenjskega sloga so droge pustile največ posledic?* lahko odgovorimo s kategorijami zdravje, družinska dinamika, zaposlitev, gibalna aktivnost, socialna mreža.

Pri tretjem raziskovalnem vprašanju, kjer nas je zanimalo *Kakšen odnos ima medicinska sestra do življenjskega sloga posameznika, odvisnega od prepovedanih drog?* smo poiskali odgovor v kategorijah medicinske sestre, individualizem posameznika in obravnava posameznika.

Četrto raziskovalno vprašanje *Kakšna je vloga medicinske sestre pri spremembi in ohranjanju zdravega življenjskega sloga posameznika, odvisnega od prepovedanih drog?* opisujejo kategorije podpora, komunikacija, pričakovanja medicinskih sester, obravnava posameznika.

Na peto raziskovalno vprašanje *Kako posameznik, ki je odvisen od prepovedanih drog, dojema vlogo medicinske sestre pri doseganju in vzdrževanju abstinence?* lahko odgovorimo s kategorijo medicinske sestre, dojetje pomoči medicinskih sester.

Izpostavili smo najbolj značilne kode, ki opisujejo posamezne kategorije. V nadaljevanju smo vsako kategorijo podrobneje definirali in jo opremili s pomembnimi citati intervjuvancev.

3.4.1 Družinska dinamika

Odnos družinskih članov nastopa kot kategorija v odgovoru dveh raziskovalnih vprašanj, ki se med seboj povezujeta. Udeleženci raziskave so poudarjali, da so bili družinski člani v času odvisnosti do njih zelo nezaupljivi in pogostokrat razočarani. Medosebna komunikacija je temeljila na nespoštovanju in neprestanem prerekanju. Kode, ki smo jih uporabili za lažjo predstavitev so:

razočaranje → prerekanje → nezaupanje →

nespoštovanje → izselitev iz doma

Prepovedane droge so imele največji vpliv na spremembo družinskih odnosov, saj starši za svojega otroka želijo normalno odraščanje in zdravo življenje. Želijo si, da postane

nekoč zrelo osebnost, odgovorna za svoja dejanja. Iz izjav udeležencev je bilo razvidno, da v tistem obdobju to nista bili njihovi vrline.

UD/št._1/POS/6: *Najbolj je vplivalo na družino pa te odnose. Ko so razočarani, ko so meli neka pričakovanja pa potem tega ni. Pa jim sramoto delaš, ko te iščejo nonstop. Na koncu smo se že tolko odaljili, da je mama rekla, na koncu, da če bom prišo domov, da bo policijo poklicala.*

Z negativnim odnosom se prične krhati družinski odnos. Udeleženci so bili večkrat postavljeni pred dejstvo, da morajo svoj dom zapustiti. To je bila situacija, katero je vsak udeleženec doživljal drugače. Še posebej težko je bilo v tistem trenutku družini, ker so mu želeli pomagati, vendar zato niso poznali ustreznega načina. Prej družinski člani, lahko kmalu postanejo tujci.

UD/št._4/POS/10: *No, tok da pol sm se mogla odselit, oče je reku, da kamor čem. Mami je bla na začetku ful proti, hudo ji je blo. Stike s starši sem takrt itak čist prekinla, k mi je blo vse drugo takrt bl pomembno.*

Udeleženci se v tistem trenutku niso zavedali svojih dejanj in kasnejših posledic. Takrat je bil to problem vseh in ne samo udeleženca. Danes spoštujejo takratne odločitve družine.

UD/št._2/POS/7: *Zmeri so mi dal ful svobodo, sj po en stran je blo mrbit to ful narobe, ampak jih za nč ne krivim.*

3.4.2 Kriminal in prostitucija

Udeleženci so navajali takratno pomanjkanje denarja, zato sta jim kraja in izsiljevanje omogočala najlažji dostop do prepovedane droge. Z izsiljevanjem in krajo največkrat pričnejo doma. Kasneje postanejo žrtve dejanj prijatelji, sosedje ali trgovci v sosednjih trgovinah. Danes navajajo, da so takrat občutili krivdo, strah in so se zavedali teže nespoštljivega obnašanja. Kode, ki opisujejo kategorijo so:

občutki krivde → izsiljevanje → strah → nasilje →

zloraba → nespoštovanje → obžalovanje

V stanju omame so bili udeleženci za odmerek droge pripravljene preprodati vse, kar jim je prišlo pod roke. Glavni predmeti preprodaje so bili predvsem nakit, potni listi družinskih članov, televizorji, obleke in druga osebna lastnina.

UD/št._1/POS/7: *Js sem doma prodajal stvari, ne vem, pasuše sem vzela, da smo lahko čez mejo hodili. Sej sem bil nonstop paranoičen zaradi policije. Ko sem preprodajal, sem še za sebe mel in posledično sem pol tud mogu v zapor, ne. Obžalujem sploh te ljudi, ko sem jih opeharu, pa ko sem bil nesramen, nespoštljiv.*

UD/št._2/POS/4: *Pol pa itak kradeš, kar ti pride pod roko. Največ sem tastarim pokradu.*

Moški se za dostop do prepovedane droge ukvarjajo s kriminalom in krajo, medtem ko se ženske večkrat kot moški za metodo zaslužka prostituirajo. Pogostokrat je k temu vključeno tudi nasilje, ki lahko pripelje do kasnejših posledic na zdravstvenem stanju.

UD/št._4/POS/11: *Keša ni blo, tok da mi ni preostalo drugega k pa prostitucija.*

3.4.3 Zdravje

Kode izpostavljajo nezdrav način življenja in slabo skrb za zdravje. Velikokrat je lahko za slabo zdravstveno stanje posameznika, odvisnega od prepovedanih drog, kriva predhodna bolezen. Ko je temu priključeno še uživanje prepovedanih drog, so posledice toliko hujše. Znano je, da je za zdravo delovanje človeka, pomembno tako psihično kot telesno stanje. Pri udeležencih je bil v obdobju odvisnosti sesut celoten sistem. Po njihovih navedbah smo kot glavne kode uporabili:

pojavnost nesreč → hormonska nihanja → znižanje telesne teže →

pomanjkanje apetita → bolezni → lastne izkušnje

Po besedah udeležencev je bil takrat ritem prehranjevanja v večji meri zelo slab. Največkrat so uživali nezdravo hrano, ki za pripravo ni zahtevala veliko časa in denarja.

UD/št._2/POS/2: *Ko si tok v drogah not, res pade apetit, pa samo sranje ješ, same pice pa meso, pa vse kr neki na hitro, pa kebab pa hamburgerji. Zdej pa poješ marsikaj, ampak mal merkaš.*

Prepovedane droge so na njihov način prehranjevanja vplivale tako, da so udeležencem zmanjševale apetit in željo po hrani. Nekateri so dnevno zaužili samo en obrok. Po navedbah so jim takrat najbolj ustrezala sladka živila.

UD/št._3/POS/8: *Jedu si takrat bolj slabo, en krof na dan, pa en jogurt, to je to. To je bla bolj želja po drogi, ne po hrani ... hrana je bla takrat na zadnjem mestu.*

Udeleženci so se popolnoma zavedali nevarnosti obolenja s hepatitisom in drugimi virusnimi obolenji. Z zdravnikom se takrat niso posvetovali, ampak so ga preboleli naravno. Poleg virusnih obolenj pa je velika možnost nastanka tudi drugih bolezni.

UD/št._3/POS/9: *Takrat pa okužen s hepatitisom C, isto naravno prebolel. Ubistvu je mogu bit takoj naravno prebolen.*

Zaradi slabe prehrane, uživanja prepovedanih drog in posledično zaradi hormonskih težav telesna teža upada. Shujšanost je bila takrat pri udeleženci veliko bolj vidna, kot pri udeležencih. Navajala je, da je bila poleg droge glavni vzrok za neredne mesečne cikle in spontane splave, ki so bili posledica nevarnega načina življenja. Kljub dejstvu, da je v tistem obdobju prioriteta omama, je bila to zanjo zelo čustvena situacija.

UD/št._4/POS/12: *... menstruacija je enkrat bla, drugič ne. Takrat sem ful shujšala, sama kost pa koža. En tip me je takrat čist prebutal, ker nisem hotla izpolnit njegovih želj in šele takrat na urgenci so mi povedal, da sem posledično splavla. To je bla, kljub temu da sm bla takrt odvisna, zlo čustvena situacija.*

Po oceni udeležencev so na lastnem zdravju zaznali še najmanj težav, precej bolj so se posledice kazale na drugih področjih življenjskega sloga. Ena izmed teh je težava z zaposlitvijo.

3.4.4 Zaposlitev

Udeleženci so poudarjali pomen zaposlitve za njihovo takratno preživetje. Nekateri so imeli možnost zaposlitve, drugi ne. Največje težave opisujejo z zaposlitvijo.

neproduktivnost → težave z iskanjem zaposlitve → prekrivanje odvisnosti →

spoštovanje → delavnost → predsodki

Kako priti do zaposlitve, je v tistem času veliko vprašanje. Uporabljali so različne veze in poznanstva, ali pa so bili zaposleni pri svojcih. Drogo so uživali pred odhodom v službo, da jim je stanje omame omogočalo produktivnost.

UD/št._4/POS/5: Takrat je blo težko pridt do službe. Vmes sem tud neki delala, ampak če sem hotla bit produktivna, sem prej tud kej vzela.

Takratni zaslužek je v celoti šel za nakup nove droge. Kot so navajali udeleženci, je večina v času službe uživala trde droge, brez da bi delodajalec posumil. Ko so delodajalci sčasoma ugotovili, kaj je temelj njihovega takratnega življenja, so jih bili primorani odpustiti. Temu je sledilo življenje na ulici.

UD/št._2/POS/6: Eni do konca sploh niso pogruntal, mislli so, da pušim. Sem dobro skrival.

Zaposlitev je predstavljala veliko težavo za udeležence v času reintegracije. Pri zaposlovanju navajajo, da so prihajali do različnih preprek. Nekateri udeleženci so nadaljevali s šolanjem, od tam, kjer so končali pred odvisnostjo. Drugi so si poiskali zaposlitev v zavodih, ki delujejo na področju odvisnosti in s svojimi izkušnjami učijo preostale posameznike.

UD/št._2/POS/20: Js drgač delam v Žarku. Po en stran te dopolnjuje mau, skos se učiš. Je pa zanimiu, ni mi krneki ta deu, res se dobr počutm.

3.4.5 Gibalna aktivnost

Pred drogami je bila gibalna aktivnost del njihovega vsakdanjika, kasneje odvečna skrb. Podani odgovori udeležencev so nam dali možnost za oblikovanje različnih kod, ki se

najbolje navezujejo na gibalno aktivnost. Prepovedane droge so pustile tako psihične, kot fizične posledice:

pomanjkanje interesa → upad motivacije →

fizični upad → samozavest

Po izjavah udeležencev so pred uživanjem droge v svoj vsakdanjik redno vključevali različne športne aktivnosti, kot so nogomet, hokej, ples, košarka in tek. S tem so pridobivali na energiji in moči. Motiviralo jih je za zdravo življenje. Ko je v njihovo življenje stopila droga, je želja po gibanju izginila.

UD/št._1/POS/4: Preden sem se začel drogirat sem treniral nogomet pa hokej, pol pa ne več. Niti se ti ne lub, oziroma od začetka še, pol ti pa pade želja, nimaš niti motivacije, da bi treniral pa ne vem kaj delal. Tud fizično te pobere.

UD/št._2/POS/1: Dejansko prej ni blo nobene druge aktivnosti kot pa sam droga, šiht pa metadon. Preden sem začel z drogo sem igral košarko, ampak nikel neki ne vem kaj, pol ko so pa prišle droge vmes pa konec.

Droga jim je v tistem času odvzela vso energijo, zato interes po gibanju ni bil prisoten, oziroma za to niso imeli moči in volje.

UD/št._3/POS/1: V tistem obdobju ni blo interesa, drugi so bli interesi, zdej je pa spet prisoten.

Nekateri so se s pomočjo gibalne aktivnosti rešili iz okovov droge in so v njej našli nov smisel življenja. Danes je pri večini gibalna aktivnost del vsakdanjika. Trudijo se, da pridobivajo na telesni moči in si s tem krepijo svojo samozavest.

3.4.6 Socialna mreža

Iz kod, kot so odkritost, predsodki ljudi, čustva, prijateljske vezi, zaupanje in strah smo opredelili glavno kategorijo medosebni odnosi. V obdobju odvisnosti udeleženci niso poznali zdravih odnosov, pravih prijateljev, oseb na katere bi se lahko obrnili v težkih trenutkih. Iz kategorije medosebni odnosi smo izhajali z različnimi kodami:

odkritost → predsodki ljudi → čustva →

prijateljske vezi → zaupanje → strah

Spoznavanje novih ljudi, ustvarjanje zaupanega odnosa v novem krogu družbe je izjemno težko, če človek pred tem preživi popolno preobrazbo samega sebe. Družba se še vedno ukvarja s predsodki, zato je bilo v tistem obdobju navezovanje novih stikov oteženo. Udeleženci so izpostavili iskrenost, kot glavno vrednoto s katero se ljudem približaš in ustvariš odnos, ki temelji na zaupanju. Takratno družbo so danes zamenjali za novo, v kateri prevladuje zdrav način življenja.

UD/št._2/POS/7: *Js sem bil na svojo zgodbo ponosen, morš tud mal merkat komu govoriš, kaj govoriš, enim se to normalno zdi, eni majo še kar tisti predsodek, tabu tema ... takoj ko nehaš je tista zafrustriranost, težko s folkom govoriš, težko se približaš, nimaš enega normalnega odnosa.*

UD/št._4/POS/13: *Vsak je mel predsodke, ko sem povedala, da sem džanki. Pa tud ljudje na ulcah, to so kr na metre stran od mene hodil. Prijateljice, k sem jih takrat imela, ne vidim več, mi je tud prav.*

S strani drugih ljudi in okolice so občasno čutili vzvišenost in zadržanost.

UD/št._3/POS/10: *Ljudje so te takrat ful zviška gledal, dobr, sej če js zdaj pogledam na ta svet, džankur hudičev, to ni nič dobrega, je sam slab.*

3.4.7 Doživljanje skrbi medicinske sestre

Pod kategorijo zdravstveno osebje opisujemo, kako so udeleženci doživljali vlogo medicinskih sester v metadonski ambulanti. Kategorijo lažje opredelimo s kodami prijaznost, občasno nezadovoljstvo, razumevanje, korekten odnos, pozitivne izkušnje in dojemanje.

prijaznost → občasno nezadovoljstvo → razumevanje →

korekten odnos → pozitivne izkušnje → dojemanje

Po poročanju udeležencev so bili deležni pozitivnega pristopa s strani medicinskih sester. Njihov odnos je temeljil na zaupanju in spoštovanju. Na zastavljena vprašanja in poizvedovanja so dobili odgovore, prav tako so jih medicinske sestre seznanjale z možnim zdravljenjem in jih k temu tudi spodbujale.

UD/št._2/POS/11: Za sestre morm rečt, da so ble ful vredu. Majda, ona je bla v Kranju, ona je tud tisti red oglaševala, tak en korekten odnos je mela, ni bil tisti, da bi nas kdo kaj poniževal, job pač.

UD/št._3/POS/12: Nesramne niso ble nikol, da ti tiste tablete, metadon kukr rabiš, pa adijo, zdravo. Ni noben prov pretiroma časa z nobenmu zajebaval, na brzino.

UD/št._4/POS/14: Res so ble vse ful prijazne. Sem kar neki časa hodila v metadonsko in sem mela pozitivno izkušnjo. Dobiš kr koristne nasvete, ne sam tisti metadon.

Dojemanje vloge medicinske sestre je bilo pri vsakemu posamezniku drugačno. Veliko pozitivnih izkušenj in včasih tudi kakšna negativna. Največji problem je bil takratno stanje udeležencev, ko so ljudi okoli sebe dojemali popolnoma drugače, kot je bilo v resnici.

UD/št._1/POS/9: Dosti sester te zviška gleda, češ ti si narkoman, s tabo imam tiste ta nujne stvari.

3.4.8 Individualizem posameznika

Ker je naša raziskava obravnavala dve različni skupini ljudi, z različnimi interesi in nalogami, smo zato vključili še vidik medicinskih sester. Največji poudarek so udeležene medicinske sestre dajale na individualnosti posameznika. Tako kot je zdrav človek, je tudi posameznik, odvisen od prepovedanih drog, individualen in ga je potrebno tako tudi obravnavati. Za podrobnejšo opredelitev smo uporabili različne kode, ki se navezujejo na obravnavano kategorijo:

individualnost → čustva → odnos →

razumevanje → obravnava → spoznavanje

Ker so nekateri posamezniki redni obiskovalci metadonskih ambulant, z zdravstvenim osebjem sčasoma nehote vzpostavijo neformalen odnos, kjer pa so meje trdno določene. Takrat je tudi dojemanje vloge, po mnenju udeležene medicinske sestre, drugačno. S svojim odnosom vzpostavijo zaupanje in so se posamezniki pripravljene pogovarjati o svojih težavah. Navajale so, da dlje, kot so zaposlene, bolje jih spoznavajo.

UD/št._1/MS/3: Sčasoma jih spoznaš, če več let tukaj delaš, to je prednost teh sester in hitreje vidiš, če je kaj narobe. In odnos je zelo pomemben tuki, ane.

Obravnava ni za vsakega posameznika enaka, temveč je potrebno upoštevati individualnost. Prihajajo različni ljudje, z različnimi težavami, ki jim je skupna lastnost le odvisnost od prepovedanih drog.

UD/št._2/MS/2: Vsak pacient je individualen, zase, tko da vsakga pacienta morš obravnavat čist posebi.

UD/št._3/MS/2: Sam življenjski slog je odvisen od samega posameznika, od vsakega posebej, mi točnega vpogleda v njihovo življenje nimamo. Srečujemo se s pacienti ko pridejo po terapijo in dobimo takrat nek individualni vtis od vsakega posameznika.

UD/št._4/MS/7: Na začetku ma vsak svoj razlog oziroma vsak ma svojo zgodbo, no.

Po navedbah medicinskih sester obsojanja ne sme biti. Na posameznika se mora gledati, kot na osebo, ki je potrebna pomoči, vendar je potreben pristop, ki bo v posamezniku vzbudil zaupanje.

UD/št._1/MS/11: V naši vlogi mi nekako nudimo eno stabilnost, mi smo tukaj, če hočeš prid in ga ne obsojaš.

3.4.9 Obravnava posameznika

Kategoriji obravnava posameznika smo dodelili različne kode. Te se navezujejo predvsem na vidik medicinske sestre do obravnave posameznika, odvisnega od prepovedanih drog. Uporabljene kode so tudi glavne naloge medicinske sestre, ki so pomembne za ustrezno obravnavo:

usmerjanje → posveti z zdravnikom → odvzem urina in krvi →

spodbujanje → naloge medicinskih sester → odgovornost → spoštovanje

Po poročanjih medicinskih sester dobijo občutek za usmerjanje, prepoznavo kritičnih znakov odvisnosti in odločanje šele po večletnih delovnih izkušnjah. Vedeti morajo, kdaj posameznika napotiti k zdravniku na podrobnejšo obravnavo. Na primeren način ga poskušajo usmerjati in mu dajati napotke.

UD/št._1/MS/10: Saj je usmerjanje, ga tud vprašaj kako je, boš kaj spremenil, lahk kej pomagamo, greš na tisto terapijo ali uno terapijo ali te naročim pri psihologu.

UD/št._3/MS/5: Js uglavnem jih pošlem k svojmu zdravniku, splošnmu zdravniku, da on naprej urgira.

Odvzem urina in ponekod tudi krvi doživljajo udeleženci kot eno izmed pomembnih intervencij. Pri tem je naloga medicinskih sester, da kljub stanju upoštevajo intimnost posameznika in ga spoštujejo.

UD/št._1/MS/16: Urin jemljemo zelo pogosto, kri pa jih pošiljamo v laboratorij. Kar delamo včasih je cepljenje.

UD/št._2/MS/7: K daje urin mamu kamere pa termometer, pa mal vidš. To maš že občutek, kva dela v stranišču, kako se giba. Pol daje pa premrzu urin. Vse sorte je ... no al pa prevroč, k ga segrevajo s termoforjem.

3.4.10 Podpora in komunikacija

Pod podporo štejemo kakršnokoli obliko pomoči, četudi je to samo beseda, ki ima pri posamezniku velik pomen. Medosebni odnos je bistven. Skozi to posameznik začuti povezanost in občutek, da nekoga skrbi zanj. Vse kode opisujejo ustrezno podporo in komunikacijo, katero sta medicinska sestra in posameznik, odvisen od prepovedanih drog, primorana vzpostavljati:

nesebična pomoč → zaupanje → spoštovanje → empatija → podajanje nasvetov →
pravilno komuniciranje → upoštevanje želja → neobsojanje → nudenje stabilnosti

Ustrezno podajanje intervencij je bistvenega pomena. Ker se srečuje tako z moškimi kot ženskami, mora poznati več področij v zdravstvu. Pogostokrat v metadonsko ambulanto prihajajo po pomoč nosečnice ali mlade mamice v različnih situacijah.

UD/št._1/MS17: Včasih daš tudi kak zdravstveni nasvet, to tud pogosto, tud za njihove otroke recimo, al pa za nosečnice, mal poveš, kaj more pazit, kaj lahko, pa kaj ne sme, ane.

Iz izjav udeleženih medicinskih sester je bilo razvidno, da se svoje vloge v metadonskih ambulantah popolnoma zavedajo. Sposobnost empatije, pomoč na najrazličnejših področjih, svetovanje, motivacija so sposobnosti, ki so nujno potrebne za uspešno delo.

UD/št._2/MS/2: Mene gledajo kot eno oporno osebo tukejle, da jim pomagam, ker js jih že čutm, že vidm, če je kšna sprememba, karkoli in oni to vejo in tko mi velik zaupajo. Tok, da sem z njimi kr kompatibilna.

UD/št._3/MS/4: Mi mu lahko dajemo neko spodbudo, to je tud naše delo, k ga opravljamo, vsakemu posamezniku se posvetiš in ga probaš prepričat, da bi čimprej misli preusmeru v kej drugega, ne v iskanje droge. Ko pridejo sem, so povsem na tleh, potem pa dobijo pri nas neko energijo, neko zaupanje in potem se jim začne njihov življenjski slog spreminjat, po navadi na bolje.

V začetku je za posameznike zelo težko, saj osebja ne poznajo, ne vedo kakšen je sistem delovanja, zato na ustanovo gledajo zgolj kot objekt, kjer bodo prejeli metadonsko

terapijo. Celotno zdravstveno osebje dela na tem, da se s substitucijskim zdravljenjem čim bolj približa posamezniku.

UD/št._4/MS/10: *Na začetku se mi zdi, da sploh dojemajo to ko eno ustanovo, pol k pa se zgradi nek odnos, pa temu ni tak. Se zatečejo po pomoč, lahko spregovorijo o svojih težavah, da vidijo, da delamo za njih, oziroma skupaj. Men se zdi, da ni težko najdit odgovorov al pa obliko pomoči, usmeritev, spodbud za naprej.*

3.4.11 Pričakovanja medicinskih sester

Udeležene medicinske sestre so poročale o različnih pričakovanjih po ozdravitvi posameznika. Večkrat so njene želje večje, kot želje njega samega. Za doseg ciljev je pomembna enotnost. Pričakovanja medicinskih sester pojasnujemo z naslednjimi kodami:

želje medicinske sestre po uspešnem zdravljenju → razočaranje → doseganje ciljev → enotnost ciljev → smrt posameznikov → izražanje hvaležnosti

Glede na to, da se z nekaterimi posamezniki po nekaj let srečujejo skoraj vsakodnevno, se med njimi vzpostavi vez. Udeležene medicinske sestre od posameznikov, odvisnih od prepovedanih drog, nikoli ne zahtevajo, da so ob prejetju terapije hvaležni in to čustvo javno izražajo, vendar od njih vseeno pričakujejo napredek.

UD/št._2/MS/9: *Hvaležnosti ne pričakujem, ti morš v tistmu trenutku pomagat, kokr lahko pomagaš. Oni majo patološke odnose, to je čista patologija, ane. Ne morš ti zj pričakvt en rezultat, ampak želiš, ampak če ni, tud ne morš obsojat.*

UD/št._1/MS/19: *Mislim, nobeden ti ni hvaležen za to, kar delaš.*

Navajajo, da jim poskušajo vedno pomagati pri vzpostavitvi novega življenjskega sloga, četudi samo s spodbujanjem, zato so pogostokrat razočarane, ko posamezniki obupajo pred ciljem.

UD/št._3/MS/5: *V tem smislu je včasih delo težavno, ker mi pričakujemo več, kukr pa so oni sami pripravljene dati, smo razočarani nad izidom. Včasih si mi to bolj želimo, kot oni sami, no večkrat se to zgodi.*

3.4.12 Dojemanje pomoči medicinskih sester

Udeleženci v raziskavi so izpostavili raznoliko dojemanje pomoči medicinskih sester. Nekaterim se zdi dobrodošla, drugi nanjo gledajo kot da ni pomembna. Kategorijo smo, glede na podane odgovore udeležencev, razdelili v kode, ki najbolj ustrezajo opisu. Uporabili smo pomoč pri uvidu v bolezen, pomembnost metadonskih ambulant, pomoč pri spremembi življenjskega sloga, empatija:

pomoč pri uvidu v bolezen → pomembnost metadonskih ambulant →

pomoč pri spremembi življenjskega sloga → empatija

Večina udeležencev je s strani medicinskih sester čutila naklonjenost. Velikokrat so jim priskočile na pomoč, ko je bila potrebna prilagoditev terapije zaradi odsotnosti.

UD/št._1/POS/8: *Če sem bilo kaj kdaj rabil, včasih za domov, ker nisem mogel drugi dan priditi, glih tok, da so mi dale, so mi pomagale.*

So pa mnenja, da jim obiski metadonskih ambulant in posvetovanja z zdravstvenim osebjem niso omogočali popolne ozdravitve od prepovedanih drog. Bolj so začutili usmerjanje v razmišljanje, da droga ni primerna za njih in da potrebujejo zdravljenje.

UD/št._2/POS/13: *Js pravim, en, k se je prej drogiral, rabi konkretni red in disciplino, ne neki tam pol leta, da eno vodo hodim dajat.*

UD/št._4/POS/15: *Pomagale so mi velikokrat, kar se tiče ženskih zadev, dobila sem kšn nasvet. Sej te lahko pripeljejo do tega, da mogoč začneš razmišljat o boljšem življenju, sam pol je vse na tebi, noben drug ne bo namesto tebe trpel krize.*

3.5 RAZPRAVA

Z raziskavo je bil naš namen spoznati in razumeti življenjski slog posameznika, odvisnega od prepovedanih drog in spoznati oziroma razumeti vlogo medicinske sestre pri spremembi življenjskega sloga posameznika, odvisnega od prepovedanih drog. Preko analize empiričnega gradiva smo spoznali, da imajo prepovedane droge na človeka velik vpliv. Uživanje droge vpliva na celotno sfero človeka. Bolj kot se pogloblja odnos z drogo, bolj trpi okolica in človeški organizem. Ob tem ko se posameznik, odvisen od prepovedanih drog, vključi v zdravljenje s substitucijskimi zdravili, je v obravnavo vključena tudi medicinska sestra. Zanja je pomembno, da se zaveda svoje ustrezne vloge, da je na področju dela izobražena in poseduje ustrezne veščine za delo s posamezniki, odvisnimi od prepovedanih drog. Neposreden odnos, zmožnost izražanja empatije, razumevanje in pristnost v odnosu so bistveni elementi medosebnega odnosa med medicinsko sestro in pacientom z duševno motnjo (Bregar, 2008).

Spoznali smo, da je življenjski slog udeležencev danes povezan z zdravim načinom življenja. Temelji zdravega življenjskega sloga so zato sestavljeni iz družine in medosebnih odnosov, zdravja vsakega posameznika, zaposlitve in vrnitve v zdravo socialno življenje. Živeti v zdravi družini, kjer vladajo dobri medsebojni odnosi, ne prevladuje napetost in slaba energija, je danes želja vsakega posameznika, ki je v preteklosti užival prepovedano drogo. Družina je za človeka pomemben člen. To trditev podpirata tudi Kralj in Cerkovnik Hvala (2008, p. 27) s trditvijo, da »družina izpolnjuje pomembne biološke, psihološke in socialne funkcije. V družini se utrjujejo vzorci komunikacije in pomen interakcijskih vzorcev«. Družina ima na posameznika, odvisnega od prepovedanih drog, izjemen vpliv, kar je moč čutiti takrat, ko se z odvisnostjo prične spopadati. Zavedajo se obsega škode, ki so jo naredili v družinskem krogu. Večkrat so lahko glavni krivci za razpad in odtujitev družine. Vsem je v veliko uteho, ko vemo, da nam nekdo v težkih trenutkih stoji ob strani. Na žalost tega vsak posameznik, odvisen od prepovedanih drog, v času zdravljenja ne doživi. Starši so za lastne otroke pripravljene za seboj pustiti grenko preteklost in slabe izkušnje. Takrat jim velikokrat priskočijo na pomoč pri ponovni reintegraciji v novo življenje. Danes udeleženci hvaležno izražajo spoštovanje do svojih staršev. V sklop življenjskega sloga

smo vključili tudi skrb za zdravje. Zdravje, kot vrednota jim ni veliko pomenila. Soočali so se z različnimi zdravstvenimi problemi. Prepovedane droge pustijo na telesu dolgoročne posledice. National Institute on Drug Abuse (2014) navaja, da so vzrok za nastanek srčnih bolezni, bolezni delovanja jeter, žolčnih kamnov, HIV/AIDS, hepatitisa in tuberkuloze. Kokain, heroin in raba analgetičnih zdravil v prevelikih odmerkih povzročajo težave z želodcem in v veliko primerih izzovejo bruhanje. Nekateri od teh učinkov nastopijo, ko se droge uporabljajo v prevelikih odmerkih in po daljši uporabi, spet drugi že po prvi uporabi. Souporaba pribora je razlog za okužbo. Uživanje drog z vdihavanjem lahko močno vpliva na periferni živčni sistem. Rozina (2013) je v svojem diplomskem delu opredelila težave s spominom, kot posledico uporabe prepovedanih drog. Posledic zaradi uživanja prepovedanih drog je nemalo. Mednje uvrščamo tudi nezaščitene spolne odnose. Ker se takrat nahajajo v situaciji, ko poskušajo poiskati izhod, ampak za to nimajo moči, je lahko zanositev pomoč v sili. Menimo, da tako kot vsaka bodoča mama tudi posameznice, odvisne od prepovedanih drog, v tistem obdobju spremenijo pogled na življenje. Ker so vsakodnevno izpostavljene nevarnostim, se lahko nosečnost konča neugodno. Pri udeleženci je prišlo celo do spontanega splava. O tem problemu v svoji raziskavi pišejo tudi Drobne in sodelavci (2004), ki poudarjajo, da so posledice uporabe drog pri ženskah največkrat težje kot pri moških. Zmanjšana plodnost in rodnost in celo poškodbe plodu v nosečnosti. Če je k temu priključeno nasilje, je možnost neželenih posledic toliko večja. Zdravemu uživanju hrane po poročanju udeležencev ne moremo pripisovati bistvenega pomena. Skrb za prehrano jim je bila v tistem obdobju popolnoma odveč. Prehranjevalne navade posameznika, odvisnega od prepovedanih drog, so v velikih primerih zelo slabe. Njihovi obroki so večkrat neredni. Udeleženci so poudarjali izgubo apetita in želje po hrani. Nekateri so dnevno zaužili le po en obrok. Avtorji (Neale, et al., 2012a; Nolan & Scagnelli, 2007) so si enotni, da je takrat interes do hrane majhen, vendar se ne branijo sladkarij. V času odvisnosti zaužijejo največ hitre in poceni hrane in ta prehranski status poveča možnost za nastanek zobne gnilobe, kroničnega zaprtja, poslabšanja hepatitisa C ali virusa HIV. Prav tako vpliva na telesno zmogljivost. Kljub temu da je gibalna aktivnost pomemben element za zdrav razvoj človeka, udeleženci raziskave niso imeli dovolj interesa in moči. Do pospešenega srčnega utripa in sproščanja adrenalina je prišlo le takrat, ko so za hitrejši pobeg ali dostop do droge kradli tuja kolesa. Danes jim gibalna aktivnost

pomaga pri sproščanju in razmišljanju. Predstavlja jim način razvedrila in poglobitve vase. Rugelj (2000) poudarja pomembnost izbire gibalne aktivnosti, ki spodbuja individualnost. Menimo, da je šport velik dejavnik, ki vpliva na kvaliteto zdravljenja posameznika. Večkrat ti posamezniki, ki so v preteklosti uživali prepovedane droge, v novem poglavju življenja usmerijo odvečno energijo v aktivno ukvarjanje z gibalno aktivnostjo. Večini postane gibanje smisel življenja. Avtorji (NIDA, 2015a; Stewart, 2016;) so si enotni, da so v stanju odvisnosti posamezniki pripravljene izreči besede, narediti dejanja, s katerimi v okolici pustijo negativen vtis. Ta dejanja lahko vključujejo vse vrste nasilja, izsiljevanje, zlorabo, krajo in preprodajo. Večkrat so prisiljeni zaradi takih dejanj zapustiti svobodo in oditi v zapor. Nekateri nabrane kazni odslužijo z družbeno koristnim delom. Udeleženci so poudarjali, da danes vsa storjena dejanja, s katerimi so škodili tujim in domačim ljudem, močno obžalujejo. Kode, ki smo jih uporabili za boljše razumevanje medosebnih odnosov, so nam pomagale doseči spoznanje, da je odkritost najbolj cenjena. Večino udeležencev je po ozdravitvi stike s takratno družbo prekinilo. To potrjuje tudi Stewart (2016), ki trdi, da je za ozdravljene posameznike srečanje starih prijateljev zelo neprijetna situacija. Prekinili so stike s starimi prijatelji, zamenjali okolje, začeli zahajati v druge lokale. Ustvarjanje zaupanja je po takšni življenjski izkušnji najtežje. Ko govorimo o reintegraciji, je vključena tudi zaposlitvena reintegracija oz. vrnitev v življenje, ki temelji na vsakodnevnih službenih obveznostih. Možnosti za zaposlitev je v času odvisnosti manj. S strani delodajalcev so posamezniki, odvisni od prepovedanih drog, nezanesljivi in neodgovorni. Največkrat šolanja nimajo zaključenega, posledično ni ustrezne izobrazbe. Za začetek dela in zaslužek so koristili poznanstva, največkrat pa so jim delo ponudili v družinskih podjetjih. Kersnikova (2006) navaja, da se največkrat v programe zaposlitvene reintegracije vključujejo posamezniki, ki nimajo dokončanega šolanja. Njihove glavne želje so najpogosteje narediti temeljne spremembe v življenjskem slogu. Vključujejo se v delujoče programe na področju odvisnosti in stremijo k temu, da s svojimi izkušnjami pomagajo aktualnim posameznikom, odvisnim od prepovedanih drog. Ker so se vsi udeleženci v začetku zdravili s pomočjo substitucijske terapije, so se vsakodnevno srečevali z medicinskimi sestrami. Raziskovali smo, kakšen odnos ima medicinska sestra do posameznika, odvisnega od prepovedanih drog. Največjo pozornost so posvečale ravno njihovi individualnosti. Vsak posameznik prihaja v metadonsko

ambulanto s svojimi težavami in raznolikost med posamezniki, odvisnimi od prepovedanih drog, je velika. Skupna jim je bila le odvisnost in zdravljenje s substitucijsko terapijo. Kot so si enotni avtorji (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2005; Kodrič, 2010), mora biti medicinska sestra glavna zagovornica pacientovih koristi in se od nje zahteva odgovoren odnos, ki temelji na fizični, psihični, socialni, duhovni in moralni podpori. Kadar govorimo o podpori, je bistveno to, da spoštuje vsako odločitev posameznika. Njena naloga je, da posamezniku pomaga pri iskanju tiste poti, ki je zanj najbolj primerna in mu s tem omogoča, izhod iz stiske. To potrjuje tudi Lasnier s sodelavci (2010) s trditvijo, da jih mora znati naučiti, kako razviti sposobnost za spopadanje z življenjem brez droge, pripravi pa jih tudi na družbeno reintegracijo. Medicinske sestre svojo vlogo dobro poznajo in vedo, da je le-ta bistvenega pomena za uspešno spremembo življenjskega sloga posameznika, odvisnega od prepovedanih drog. Njihovo delo zajema tako psihično, kot tudi fizično obravnavo, natančne diagnostične postopke, ki so pomembni za prepoznavanje stanja posameznika, odvisnega od prepovedanih drog. Ena izmed njihovih nalog je, da diskretno spremljajo posameznika pri odvzemu urina. Za to delo je, po navedbah udeležencev, potrebnih ogromno izkušenj, ki jim pomagajo pri lažjem prepoznavanju posameznikovega stanja. O tem govorijo tudi drugi avtorji (Bregar in Verbič, 2009; Videčnik, 2009), ki poudarjajo, da je pomembno, da ima medicinska sestra na tem področju dela ustrezna znanja in veščine in da zna s posameznikom vzpostaviti primeren odnos, ki bo temeljil na medsebojnem spoštovanju in zaupanju, kajti samo tako je mogoče pričakovati pozitivne rezultate zdravljenja. Kot je zapisala Jazbečeva (2015), medicinska sestra ves čas skupaj s posamezniki gradi na izkušnjah in znanju. Kadar govorimo o pričakovanjih, je potrebno poudariti, da so večkrat neenotna. Če posameznik v sebi ni popolnoma prepričan, da je pripravljen na ozdravitev in za to nima želje, potem do uspeha ne bo prišlo. Do cilja bo prišel le z voljo in željo po ozdravitvi. Želje medicinskih sester po ozdravitvi posameznika so večkrat večje, kot želje njega samega. Ob tem v začetku občutijo razočaranje, vendar vedo, da obsojanje ni v sklopu njihovih nalog. Prednost odnosa med medicinsko sestro in posameznikom je, da bolj kot ga pozna, lažje mu pomaga. Kot navaja Videčnik (2009) morata skupaj razjasniti cilje in pričakovanja, katerim poskušata v nadaljevanju slediti. Posamezniki so vlogo medicinske sestre pri doseganju in vzdrževanju abstinence dojemali pozitivno. Bili so

deležni spoštljivega in zaupnega odnosa. Posamezniki so zaradi abstinence ljudi in okolico dojemali nerealno, drugače kot bi jih v stanju neodvisnosti. Po večini so mnenja, da jim obiski v metadonski ambulanti in posvetovanja z zdravstvenim osebjem niso omogočala popolne ozdravitve in da je za to potrebno veliko več. Vsakič, ko so obiskali metadonsko ambulanto, so bili deležni nesebične pomoči in koristnih nasvetov. Od vsakega posameznika je odvisno, v kolikšni meri mu ta pozornost v času zdravljenja ustreza. Določenim je pozornost v času vzdrževanja abstinence ustrezala. Drugi so abstinenco raje prestajali sami. Hvaležni so za vso pomoč, prilagoditev terapije in koristne nasvete. Velik pomen so takrat pripisovali razumevanju njihovega stanja s strani medicinskih sester. Od njih niso pričakovali nikakršnega občutka, da se jim smilijo, še posebno pa ne občutka podcenjevanja. V tistem trenutku so pričakovali samo pomoč in besedo, ki bi bila na pravem mestu.

Pomoč posameznikom v času zdravljenja odvisnosti je z vidika medicinskih sester drugačna. Če bi imele medicinske sestre za vsakega posameznika na voljo več časa, bi bila poglobitev v problem veliko bolj kvaliteta. Opredelitev, koliko časa si je medicinska sestra primorana vzeti za obravnavo posameznika, ni izpostavljena. Pomembno je, da v to obravnavo poskuša zajeti posameznika v celoti in od njega pridobi čim več informacij. Zelo težko je namreč v namenjenem času posameznika vsakič obravnavati po temeljnih življenjskih aktivnostih. Nedvomno bi bilo to vsakič nujno potrebno, že zaradi samega spremljanja življenjskega sloga. Kot navajata Hrovat in Žagar (n.d.) mora obravnava temeljiti na usmerjanju k učenju in zdravstveni vzgoji. Zadovoljevanja osnovnih življenjskih funkcij prav tako ne smemo zapostavljati. Skozi ta proces medicinska sestra posameznika pripravlja, da čim prej postane neodvisen in se je pripravljen soočati z zunanjim svetom. Obravnavo najlažje obrazložimo skozi teorijo zdravstvene nege po Virginii Henderson in Hildegard Peplau, ki sta tudi avtorici najbolj uporabnih teorij, kadar gre za zagotavljanje čim boljšega načina življenja posameznika. Izsledki v opravljeni raziskavi so nam pokazali, da mora biti medicinska sestra pri opravljanju poklica na področju odvisnosti od prepovedanih drog resnično predana in ustvarjena za to delo. Umirjene komunikacije in pristopa, ki temelji na spoštovanju do osebe, ki ti je pripravljena pomagati, enostavno posamezniki, ki se zdravijo v metadonskih ambulantah, ne poznajo. Seveda v to ne vpletamo vseh posameznikov,

vendar veliko večino. Mislimo, da je resnično potrebna psihična trdnost medicinskih sester, saj so one vmesni prenašalci informacij od zdravnika do posameznika.

Omejitve raziskave

Kot glavne omejitve raziskave lahko navedemo, da so bili v raziskavo vključeni samo posamezniki, ki so se v preteklosti zdravili v Centrih in sedaj vzdržujejo popolno abstinenco. Ob možnosti ponovne izvedbe raziskave bi lahko rezultate razširili s tem, da bi vključili posameznike, ki so trenutno v fazi zdravljenja in redno obiskujejo Centre. To bi nam dalo obsežnejši vpogled v življenjski slog posameznika in primerjava med ozdravljenim posameznikom in posameznikom na zdravljenju bi bila bolj raznolika. Pri raziskovanju odnosa do življenjskega sloga posameznika imajo vlogo tudi drugi zdravstveni delavci, zato bi lahko v raziskavo vključili tudi socialne delavce, psihiatre, psihologe, delovne terapevte, kot tudi druge – vse, ki so vključeni v obravnavo posameznika, odvisnega od prepovedanih drog. Nedvomno pa pridobljenih rezultatov raziskave ni mogoče posploševati, lahko pa se jih v prihodnje uporabi za obširnejšo raziskavo. Smiselno bi bilo življenjski slog posameznika, odvisnega od prepovedanih drog in vlogo medicinskih sester tudi kvantitativno raziskati in poiskati vzroke nedejavnosti medicinskih sester na tem področju.

4 ZAKLJUČEK

Glede na namen raziskave smo prišli do spoznanja, da je razlika med življenjskim slogom posameznika, odvisnega od prepovedanih drog in zdravim življenjskim slogom zelo velika, saj je iz izjav udeležencev razvidno, da v času, ko je bila droga osrednje gibalno njihovega življenja, zanimanja za zdrav življenjski slog ni bilo. Ko se posamezniki pričnejo vključevati v Centre, kjer se zdravijo s pomočjo substitucijske terapije, se redno srečujejo z različnimi zdravstvenimi delavci. Medicinska sestra je posamezniku v podporo in igra vlogo svetovalke. Po mnenju udeležencev v raziskavi, le-ti pričakujejo več usmerjanega delovanja na področju življenjskega sloga. Možnosti za nadaljevanje raziskovanja na področju odvisnosti od prepovedanih drog je veliko. Tekom izvajanja raziskave smo ugotovili, da je odvisnost na splošno v svetu zelo raziskana tema, vendar v našem prostoru ne tako zelo – posebno na področju intervencij zdravstvene nege. Zato bi bil koristen napredek zdravstvene nege na tem področju, saj dosedanje raziskave govorijo le o stališčih, stigmatizaciji in odnosu zaposlenih v zdravstveni negi do posameznikov, odvisnih od prepovedanih drog. Tako bomo lahko določili koristne in potrebne aktivnosti zaposlenih v zdravstveni negi in v obravnavi odvisnosti od prepovedanih drog, kar je po našem mnenju v našem prostoru trenutno najpomembnejše.

5 LITERATURA

Adler, M.W., Brady, K., Brigham, G., Carroll, K.M., Clayton, R.R., Cottler, L.B., Friedman, D.P., Jones, R.T., Mello, N.K., Miller, W.R., O'Brien, C.P., Selzer, J., Simon, E.J., Szapocznik, J. & Woody, G., 2012. Principles of drug addiction treatment. *National Institutes of Health*. Maryland: NIH Publication, pp. 8–44.

Auer, V., 2001. *Droge in odvisnost*. Ormož: Samozaložba Ibidem.

Bajc Furman, V., Gorše Goli, A., Pišl, A., Purnat, Z., Rahne Otorepec, I., Radovanovič, M., Rus Makovec, M. & Tabakovič, K., 2014. *Zgodbe upanja: primeri celostnega zdravljenja odvisnosti*. Ljubljana: eBesede, pp. 55–57.

Ball, J.C. & Ross, A., 2012. *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment*. Manhattan: Springer-Verlag, p. 12.

Berčič, H., Sila, B. & Semolič, A., 2007. *Šport v obdobju zrelosti*. Ljubljana: Fakulteta za šport, Inštitut za šport, p. 15.

Berčič, H., Tušak, M. & Karpljuk, D., 1999. *Šport v funkciji zdravja odvisnikov*. Ljubljana: Inštitut za šport, pp. 48–9.

Berlec, K., Bordon, J., Čošić, D., Dundek, M., Gajič, D., Fale, P., Finderle, S., Kramarič, J., Kranjec, L., Škrjanec, M., Titan, Š., Vidmar, E., Vojnič, M. & Vrhovec, M., 2008. *Javnozdravstvene aktivnosti v Sloveniji na področju pomoči prebivalstvu, odvisnemu od drog*. Ljubljana: Katedra za javno zdravje MF UL in Zavod za zdravstveno varstvo Koper, pp. 1–7.

Brcar, P., Blenkuš Gabrijelčič, M., Koprivnikar, H., Hafner, A., Koren, A., Pišot, R., Podkrajšek, D., Koch, V., Tomorl, M., Torkar, G., Završnik, J., Kamin, T. & Tivadar, B., 2005. *Zdrav življenjski slog srednješolcev*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 7–66.

Bregar, B. & Verbič, M., 2009. *Zdravstvena nega pacienta odvisnega od prepovedanih drog*. Ljubljana: Center za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, pp. 155–162.

Čuk Rupnik, J., 2008. Zdravljenje boleznih odvisnosti od heroina z metadonom v Centru za preventivo in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog Logatec. *Zdravniški vestnik*, 77(5), pp. 377–82.

Drobne, M., Lovrenčič, M. & Vegnuti, M., 2004. *Ženske in prepovedane droge*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 205–217.

Dykeman, M., Santos, J. & Muxlow, J., 2011. Supporting clients on methadone maintenance treatment: a systematic review of nurse's role. *Journal of Psychiatric and Mental Nursing*, 18(1), pp. 17–27.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2008. [online] Available at: <http://www.emcdda.europa.eu/> [Accessed 24. August 2015].

Flaker, V., 2002. *Živeti s heroinom I.: Družbena konstrukcija uživalca v Sloveniji*. Ljubljana: Oranžna zbirka, pp. 41–5.

Ford, R., Bammer, G. & Becker, N., 2008. The determinants of nurses therapeutic attitude to patients who use illicit drugs and implications for workforce development. *Journal of Clinical Nursing*, 17(18), p. 13.

Hrovat, N. & Žagar, M., n.d. *Zdravstvena nega mladostnika s psihotično motnjo – prikaz problemov po temeljnih življenjskih aktivnostih*. [online] Available at: <http://www.pb-begunje.si/?m=00200062> [Accessed 17. March 2016].

Jazbec, V., 2015. Delo medicinske sestre/zdravstvenega tehnika. In: J. Čuk Rupnik, ed. *Ob dvajsetletnici ustanovitve mreže centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog*. Ljubljana: RS Ministrstvo za zdravje, pp. 40–1.

Kastelic, A. & Mikulan, M., 2004. *Mladostnik in droga*. Ljubljana: Prohealth, p. 17.

Kastelic, A. & Kostnapfel, T., 2010. Substitucijski programi zdravljenja odvisnosti od opioidov v Sloveniji. *Zdravniški Vestnik*, 79(7), pp. 575–581.

Kastelic, A. & Rihtar Kostnapfel, T., n.d. *Ob desetletnici organiziranega zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog v Republiki Sloveniji*. [pdf] Ministrstvo za zdravje.

Available at: www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/.../metadonsko_zdravljenje.doc
[Accessed 6. January 2016].

Keane, R., Sheilagh, W., Reaper-Reynolds, J. & Wolfe, E., 2006. *Understanding substance and substance use*. Dublin: Irish Government.

Kodrič, P., 2010. *Kakovost življenja odvisnika na substitucijski terapiji Suboxone: diplomsko delo*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, p. 25.

Kopčavar Guček, N. & Franič, D., 2008. Kakovost življenja, svetovanje in hormonskonadomestno zdravljenje. *Zdravniški vestnik*, 77(3), pp. 73–8.

Kovač, M., Jurak, G., Bizjak, K. & Strel, J., 2007. *Nekateri dejavniki, ki vplivajo na zdravje*. Ljubljana: Zveza društev športnih pedagogov Slovenije.

Kralj, M. & Cerkovnik Hvala, M., 2008. Družina v stresu. In: B. Možgan, ed. *Obravnava bolnika odvisnega od prepovedanih drog*. Ljubljana, 18. april 2008. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 36–40.

Kvaternik, I., 2006. *Politika drog: pogledi uporabnikov in uporabnic*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Kvaternik, I. & Žerjal, Ž., 2014. Značilnosti zelo tveganih uporabnikov drog v programih zmanjševanja škode. *Nacionalno poročilo 2014 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji*. [pdf] Available at: <http://www.nijz.si/sl/publikacije/nacionalno-porocilo-2014-o-stanju-na-podrocju-prepovedanih-drog-v-republiki-sloveniji> [Accessed 22. April 2016].

Lasnier, B., Brochu, S., Boyd, N. & Fischer, B., 2010. A heroin prescription trial: Case studies from Montreal and Vancouver on crime and disorder in the surrounding neighbourhoods. *International Journal of Drug Policy*, 21(1), pp. 28–35.

Loboda, B. & Debevec-Švigelj, M., 2010. Predstavitev centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog in delo v njih. In: B. Bregar & R. Sotler, eds. *Delo z odvisnimi. Povezovanje primarnega s sekundarnim zdravstvenim varstvom*.

Ljubljana, 11. Junij 2010. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, p. 8.

Merav, B.N., Beyil, V. & Okev, N., 2009. Nurses perception of the quality of care they provide to hospitalized drug addicts: Testing the Theory of Reasoned Action. *International journal of nursing practice*, 15(6), p. 22.

Meško, M., Videmšek, M., Karpljuk, D. & Štihec, J., 2010. Drug-taking and sport activities among 14 year school pupils in Slovenia. *Proceedings of the 5th International Congress Youth Sport*, 79(11), pp. 275–278.

Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport, 2007. Center Republike Slovenije za poklicno izobraževanje: *Zdrav življenjski slog*. [pdf] Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport. Available at: http://www.iss.gov.si/si/predstavitve_in_porocila/letna_porocila/ [Accessed 3. Juny 2016].

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014. *Nacionalno poročilo 2014 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji*. [pdf] Available at: <http://www.nijz.si/sl/publikacije/nacionalno-porocilo-2014-o-stanju-na-podrocju-prepovedanih-drog-v-republiki-sloveniji> [Accessed 8. January 2016].

National Institute on Drug Abuse, 2014. *Scholastic Scope*. [online] Available at: <http://headsup.scholastic.com/search-students/#stq=drug%20health%20effects&stp=1> [Accessed 25. August 2015].

National Institute on Drug Abuse, 2007. [online] Available at: <https://www.drugabuse.gov> [Accessed 2. January 2016].

National Institute on Drug Abuse, 2015a. *Drug Abuse Hurts Bodies*. [online] Available at: <https://easyread.drugabuse.gov/content/drug-abuse-hurts-bodies> [Accessed 25. December 2015].

National Institute on Drug Abuse, 2015b. *Drug Abuse Hurts Families*. [online] Available at: <https://easyread.drugabuse.gov/content/drug-abuse-hurts-families> [Accessed 25. December 2015].

National Institute on Drug Abuse, 2015c. *Drug Abuse Hurts Kids*. [online] Available at: <https://easyread.drugabuse.gov/content/drug-abuse-hurts-kids> [Accessed 25. December 2015].

Neale, J., Nettleton, S. & Pickering, L., 2012a. Heroin users views and experiences of physical activity, sport and exercise. *International Journal of Drug Policy*, 23(2), pp. 120–127.

Neale, J., Nettleton, S., Fischer, J. & Pickering, L., 2011. Eating patterns among heroin users: a qualitative study with implications for nutritional interventions. *Addiction*, 107(3), pp. 635–641.

Neale, J., Nettleton, S., Pickering, L. & Fischer, J., 2012b. *Addiction*. London: Society for the Study of Addiction.

Nolan, L. & Scagnelli, L., 2007. Preference for Sweet Foods and Higher Body Mass Index in Patients Being Treated in Long-Term Methadone Maintenance. *Substance Use & Misuse*. New York: Wagner College, pp. 1555–1566.

Ognjenović, A., 2012. *Marginalnost in zaposlovanje: diplomsko delo*. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.

Podpečan, T., 2006. *Družbena reintegracija odvisnikov in odvisnic od nedovoljenih drog v Sloveniji: diplomsko delo*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede Ljubljana, pp. 45–53.

Pori, M., Pori, P., Pistotnik, B., Dolenc, A., Tomažin, K. & Štirn, I., 2013. *Športna rekreacija*. Ljubljana: Športna unija Slovenije, p. 27.

Rajh, S., 2007. *Odvisnost od drog, družinski izzivi: Učno gradivo-zbornik seminarjev*. Maribor: Medicinska Fakulteta Maribor, pp. 194–199.

Resolucija o Nacionalnem programu na področju prepovedanih drog (ReNPPD), 2014. Uradni list Republike Slovenije št. 25.

Rozina, K., 2013. *Ženske in droge: diplomsko delo*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta, p. 18.

Rozman, S., 2007. *Peklenska gugalnica*. Ljubljana: Založba Mladinska knjiga, p. 33.

Rugelj, J., 2000. *Pot samouresničevanja*. Ljubljana: Samozaložba, pp. 28–32.

Sande, M., 2004. *Uporaba drog v družbi tveganj*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta, p. 68.

Scholastic scope, 2009. *Drugs and your body*. [online] Available at: <http://www.scholastic.com/drugs-and-your-body/mouth.htm> [Accessed 23. August 2015].

Sotler, R., 2010. Medicinska sestra/zdravstveni tehnik lahko zagotovita varovanje zasebnosti ob zdravljenju pacienta. In: B. Bregar & R. Sotler, eds. *Delo z odvisnimi. Povezovanje primarnega s sekundarnim zdravstvenim varstvom. Ljubljana, 11. Junij 2010*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, pp. 53–55.

Stewart, T., 2016. *Recovery Stories*. [online] Available at: <http://www.recoverystories.info/about-us/> [Accessed 2 January 2016].

Šegrec, N., 2015. *Delo psihiatra*. Ljubljana: Republika Slovenija, Ministrstvo za zdravje.

Škof, B., Tomori, M., Stergar, E., Stepančič, D., Čuk, I. & Pišot, R., 2010. *Spravimo se v gibanje – za zdravje in srečo gre: kako do boljše telesne zmogljivosti slovenske mladine?* Ljubljana: Fakulteta za šport, Inštitut za šport.

Šturm, T., 2015. *Metode zdravljenja odvisnosti od drog in njihova učinkovitost na primeru komune*. Ljubljana: Teološka fakulteta.

The Ministerial Council on Drug Strategy, 2015. [online] Available at: <http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/home> [Accessed 8. January 2016].

Tominec, N., 2015. *Sem zasvojen(a), nisem nor(a). Zasvojenost in duševna stiska*. Ljubljana: Društvo Mohorjeva družba, p. 44.

Tušak, M. & Faganel, M., 2004. *Jaz – športnik: Samopodoba in identiteta športnikov*. Ljubljana: Fakulteta za šport, pp. 18–19.

Ulmer, A., Mueller, M. & Frietsch, B., 2007. *Maintenance: how long? Experiences from a German practice*. Stuttgart: s.n.

Videčnik, I., 2009. *Pomen komunikacije v psihiatrični zdravstveni negi*. Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor, p. 203.

WHO, 2007. *Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention*. Geneva: World Health Organization, p. 113.

Vogrinc, J., 2008. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP), 2008. Uradni list Republike Slovenije št. 15.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2005. *Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije*. [pdf] Available at: www.dmszt-nm.si/media/pdf/kodeks_etike.pdf [Accessed 23. August 2015].

Zelko, E., 2014. *Združenje zdravnikov družinske medicine*. [pdf] Available at: www.drmed.org/wp-content/uploads/2014/06/I-301-22.pdf [Accessed 25. December 2015].

Ziesenitz, S., Eldridge, A., Antoine, J., Coxam, V., Flynn, A., Fox, K., Gray, J., Macdonald, I., Maughan, R., Samuels, F., Sanders, T., Tome, D., Loveren, C. & Williamson, G., 2012. *Healthy lifestyles: diet, physical activity and health*. [online]

International Life Sciences Institute. Available at: www.ilsa.org/Europe/.../ILSIcm11-004_Diet08 [Accessed 17. December 2015].

Žontar, M., 2011. Center za socialno delo Kranj – Reintegracijski center. In: J. Čuk Rupnik & G. Dubajić, eds. *Odvisnosti. 3. Slovenska konferenca o odvisnosti. Ljubljana, 9.-11. Junij 2011.* Ljubljana: Odsev se sliši, p. 12.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

Raziskovalna vprašanja namenjena posameznikom, odvisnim od prepovedanih drog, ki vzdržujejo popolno abstinenco:

1. Kako gledate na svoj sedANJI življenjski slog v primerjavi s preteklim?
2. Na katerem delu življenjskega sloga so vam droge pustile največ posledic?
3. Kako gledate na vlogo različnih strok pri spremembi svojega življenjskega sloga v času zdravljenja?

Raziskovalna vprašanja namenjena medicinskim sestram:

1. Kako dojemate življenjski slog posameznika, odvisnega od prepovedanih drog?
2. Kako vidite svojo vlogo pri spremembi življenjskega sloga posameznika, odvisnega od prepovedanih drog, v času njegovega zdravljenja?

6.2 MATRIKA PODATKOV

Soglasje za sodelovanje v kvalitativni raziskavi:

Priloga 1:

Spoštovani!

Sem Klavdija Kadenšek, absolventka dodiplomskega študija zdravstvene nege na Fakulteti za zdravstvo Jesenice. V okviru svoje diplomske naloge z naslovom »Razumevanje vloge medicinske sestre pri spremembi življenjskega sloga posameznikov, odvisnih od prepovedanih drog« pod mentorstvom mag. Branka Bregarja, dipl. zn., viš. pred., bi z vami, z namenom pridobitve pomembnih podatkov za raziskavo, želela opraviti intervju. Polstrukturirani intervju bo anonimen in uporabljen izključno v raziskovalne namene. V pogovoru, ki bo sneman in dobesedno pretipkan, bomo vašo identiteto skrbno varovali.

Datum:

Podpis: