



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**DIPLOMIRANA MEDICINSKA SESTRA IN
TERAPEVTSKO DELO V KLUBU
ZDRAVLJENIH ALKOHOLIKOV**

**REGISTERED NURSES AND THEIR
THERAPEUTIC WORK IN SLOVENIAN
CLUBS OF ALCOHOLICS IN TREATMENT**

Mentorica: mag. Erika Povšnar, pred.

Kandidatka: Nina Gašperin

Jesenice, avgust, 2017

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici mag. Eriki Povšnar, pred. za vso pomoč in potrpežljivost, ter za usmerjanje in svetovanje pri pisanju diplomskega dela.

Za recenzijo diplomskega dela se zahvaljujem Saneli Pivač, pred. in doc. dr. Maji Sočan, ter za pregled in lektoriranje Nini Rustja in Kristini Anželj.

Posebej pa se zahvaljujem svojim najbližjim za finančno pomoč ter vso podporo in spodbudo med celotnim študijem in opravljanjem diplomskega dela.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Eno od pomembnih področij dela za diplomirane medicinske sestre predstavljajo klubi zdravljenih alkoholikov.

Cilj: Cilj diplomskega dela je bil raziskati poznavanje problematike alkoholizma in ugotoviti pripravljenost diplomiranih medicinskih sester in študentov prve stopnje študijskega programa Zdravstvene nege (VS) za sodelovanje v klubih zdravljenih alkoholikov.

Metoda: Raziskava je temeljila na deskriptivni kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja. Podatke smo v času od 15. junija do 15. avgusta 2015 zbrali s strukturiranim vprašalnikom ter jih kvantitativno obdelali s programom Microsoft Office Excel 2013 in SPSS 20.0. Uporabili smo univariantno (odstotke, frekvence, srednje vrednosti) in bivariantno statistiko (T- test, ANOVA). Namenski vzorec je predstavljalo 62 diplomiranih medicinskih sester (81,6 % realizacija) v zdravstvenih domovih Osnovnega zdravstva Gorenjske, ter 41 študentov prve stopnje študijskega programa Zdravstvene nege Fakultete za zdravstvo Angele Boškin (64 % realizacija).

Rezultati: Anketirani se v 93,1 % strinjajo s trditvijo, da je alkohol najpogosteje zlorabljena psihoaktivna snov. Statistično pomembne razlike ugotavljamo v trditvi, da je alkoholizem bolezen ($p = 0,009$). Diplomirane medicinske sestre ($PV = 4,65$) so se s trditvijo bolj strinjale kot študentje ($PV = 4,10$). V splošno odklonilnem stališču do dela z ljudmi, zasvojenimi z alkoholom so študentje ($PV = 2,98$) manj odklonilni ($p = 0,027$) kot diplomirane medicinske sestre ($PV = 2,40$). Študentje ($PV = 3,17$) se v primerjavi z diplomiranimi medicinskimi sestrami ($PV = 2,39$) bolj strinjajo s trditvijo, da bi bili pripravljeni sodelovati v klubu zdravljenih alkoholikov kot terapevti ($p = 0,003$).

Razprava: Diplomirane medicinske sestre in študentje so seznanjeni z alkoholno problematiko. 20,4 % anketiranih za klub zdravljenih alkoholikov ni še nikoli slišalo, prav tako so manj pripravljeni sodelovati v klubu zdravljenih alkoholikov kot terapevti. Kaže se potreba po dopolnitvi znanj in seznanjenostjo z delovanjem klubov in delom terapevta, strokovnega sodelavca.

Ključne besede: diplomirana medicinska sestra, sindrom odvisnosti od alkohola, klub zdravljenih alkoholikov, terapevtsko delo, zdravljenje zasvojenosti

ABSTRACT

Background: An important area of graduate nurses' work is working with alcoholics in clubs of alcoholics in treatment.

Goals: The goal of the thesis was to research the level of knowledge about alcoholism and determine the willingness of graduate nurses and undergraduate students of the first-cycle study program in nursing care to participate in alcohol recovery clubs.

Methods: The research was based on a descriptive quantitative method of empirical research. The data was collected using a structured questionnaire and processed with Microsoft Office Excel 2013 and SPSS software, version 20.0. We used univariate (percentages, frequencies, mean values) and bivariate analysis (T-test, ANOVA). The purposive sample consisted of 62 graduate nurses (81.6% response rate) from Primary Health Care Gorenjska clinics, and 41 undergraduate students of the professional higher education programme in nursing care at the Angela Boškin Faculty of Healthcare (64% response rate).

Results: The respondents (93.1%) agreed that alcohol is the most commonly abused psychoactive substance in Slovenia and abroad. Statistically significant differences were observed with regard to the statement saying that alcoholism is a disease ($M = 0.009$). More graduate nurses ($PV = 4.65$) agreed with the statement than students ($PV = 4.10$). In general, students ($PV = 2.98$) were more inclined ($p = 0.027$) to work with alcoholics than graduate nurses ($PV = 2.40$). Students ($PV = 3.17$) would also be more willing to participate in clubs of alcoholics in treatment as therapists ($p = 0.003$) than graduate nurses ($PV = 2.39$).

Discussion: Graduate nurses and students are aware of the issue of alcoholism. However, 20.4% of the respondents have never heard of a club of alcoholics in treatment. They were also less willing to participate as therapists. This shows that there is a need for additional training and awareness-raising about clubs of alcoholics in treatment and the work of experts, i.e. therapists.

Keywords: graduate nurse, alcohol dependence syndrome, club of alcoholics in treatment, therapeutic services, treating addiction

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	3
2.1	ZDRAVSTVENA VZGOJA IN DIPLOMIRANA MEDICINSKA SESTRA	3
2.2	ZASVOJENOST Z ALKOHOLOM	4
2.2.1	Raba alkohola pri nas in v svetu.....	4
2.2.2	Temeljni pojmi	5
2.2.3	Značilnosti in opredelitev zasvojenosti z alkoholom	6
2.3	ZDRAVLJENJE ZASVOJENOSTI Z ALKOHOLOM V SLOVENIJI	9
2.3.1	Proces zdravljenja	9
2.4	KLUB ZDRAVLJENIH ALKOHOLIKOV	10
2.4.1	Cilji kluba zdravljenih alkoholikov	11
2.4.2	Program dela v klubih zdravljenih alkoholikov	12
2.5	TERAPEVTSKO DELO V KLUBU ZDRAVLJENIH ALKOHOLIKOV	13
2.5.1	Strokovni delavec – terapevt v klubu zdravljenih alkoholikov.....	13
2.5.3	Vloga terapevta v procesu motiviranja za zdravljenje	15
2.5.4	Vloga diplomirane medicinske sestre kot strokovne delavke – terapevtke v klubu zdravljenih alkoholikov.....	16
2.5.5	Preprečevanje recidiva	16
3	EMPIRIČNI DEL	18
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	18
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	18
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	19
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	19
3.3.2	Opis merskega instrumenta	19

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	22
3.4 REZULTATI	22
3.5 RAZPRAVA.....	36
4 ZAKLJUČEK.....	42
5 LITERATURA	44

KAZALO TABEL

Tabela 1: Anketirani po spolu	21
Tabela 2: Anketirani po starosti.....	21
Tabela 3: Delovno mesto diplomiranih medicinskih sester.....	21
Tabela 4: Mnenja anketiranih o razširjenosti alkoholizma v Sloveniji	22
Tabela 5: Stališča anketiranih o pitju alkohola in posledicah	24
Tabela 6: Mnenje anketiranih o zasvojenosti z alkoholom kot bolezni	25
Tabela 7: Mnenja anketiranih o zdravljenju zasvojenosti z alkoholom	25
Tabela 8: Stališča anketiranih do dela s pacienti, zasvojenimi z alkoholom.....	26
Tabela 9: Poznavanje klubov zdravljenih alkoholikov	28
Tabela 10: Pripravljenost diplomiranih medicinskih sester za sodelovanje v KZA.....	28
Tabela 11: Pripravljenost študentov za sodelovanje v KZA	29
Tabela 12: Pripravljenost diplomiranih medicinskih sester in študentov za sodelovanje v KZA	29
Tabela 13: Mnenja diplomiranih medicinskih sester o potrebah po dodatnem izobraževanju na področju zasvojenosti z alkoholom	30
Tabela 14: Mnenja študentov o potrebah po dodatnem izobraževanju na področju zasvojenosti z alkoholom	31
Tabela 15: Mnenja diplomiranih medicinskih sester in študentov o potrebah po dodatnem izobraževanju na področju zasvojenosti z alkoholom	32
Tabela 16: Mnenja diplomiranih medicinskih sester o delu z ljudmi zasvojenimi z alkoholom	32
Tabela 17: Mnenja študentov o delu z ljudmi, zasvojenimi z alkoholom	33
Tabela 18: Mnenja diplomiranih medicinskih sester in študentov o delu z ljudmi, zasvojenimi z alkoholom	33
Tabela 19: Prva seznanitev s klubom zdravljenih alkoholikov	34
Tabela 20: Mnenja anketiranih o opredelitvi manj tveganega pitja alkohola za zdrave odrasle ženske.....	34
Tabela 21: Mnenja anketiranih o opredelitvi manj tveganega pitja alkohola za zdrave odrasle moške	34

KAZALO SLIK

Slika 1: Mnenja anketiranih o najpogostejših virih iskanja pomoči oseb, zasvojenimi z alkoholom	35
---	----

1 UVOD

Ljudje alkohol uživajo že tisočletja (Židanik, 2007). Judovska in krščanska kultura pravita, da nobena stvar sama po sebi ni škodljiva, škodljive so zgolj zlorabe, ki so posledica človeškega mišljenja (Ramovš & Ramovš, 2007).

Slovinci doživljamo pitje alkohola kot nekaj prijetnega, poleg tega pa dojemamo pitje kot povsem zakonito in upravičeno, saj je naša dežela geografsko, ekonomsko in gospodarsko zelo naklonjena proizvodnji, predvsem pa potrošnji alkohola (Židanik, 2007). Posledično sta v Sloveniji čezmerno pitje alkohola in visoka stopnja opijanja pomembna javno zdravstvena problema; prav tako pa tudi zasvojenost z alkoholom, ki prizadene posameznika, njihove svojce ter širšo družbo (Lovrečič & Lovrečič, 2013).

Zasvojenost z alkoholom je bolezen, ki je ozdravljiva pod pogojem, da se oseba drži abstinence, ter s tem doseže novo in kakovostno življenje. Oseba, ki se odloči za zdravljenje, mora slediti pravilom, načrtom in programu zdravljenja (Perko, 2013). V procesu zdravljenja je treba doseči spremembo, za kar pa ni dovolj samo psihoterapija. Po zaključku zdravljenja v ambulantni skupini ali po bolnišničnem zdravljenju, se zasvojeni z alkoholom usmerijo v klube in druge skupine za medsebojno pomoč (Rugelj, 2008).

Klubi zdravljenih alkoholikov predstavljajo poslednjo stopnjo zdravljenja in rehabilitacijo oseb, zasvojenimi z alkoholom. Skupino v klubu predstavljajo člani, ki so že dalj časa trezni. V procesu zdravljenja terapevt poskuša zasvojenega z alkoholom motivirati za čim večjo osebno odgovornost za zdravljenje in za sprejemanje življenjskih odločitev, ki bodo omogočile uspešno zdravljenje (Židanik, 2007).

Delo strokovnega vodja kluba zdravljenih alkoholikov lahko opravlja tudi diplomirana medicinska sestra, ki mora, kot pravi Hoyerjeva (2005), kot vzgojiteljica, ki zagovarja zdrav življenjski slog brez uporabe opojnih substanc, v prvi vrsti imeti zdrav odnos do alkohola. Biti mora vzor ljudem, saj ji bodo ljudje verjeli le, če bo sama upoštevala načela, o katerih govori.

V diplomskem delu bomo v procesu zdravljenja zasvojenih z alkoholom usmerjeni v tretjo stopnjo obravnave, to je klub zdravljenih alkoholikov. Obravnavali bomo terapevtsko delo v klubih z vidika mnenj in pripravljenosti študentov zdravstvene nege in diplomiranih medicinskih sester za sodelovanje v tretji fazi obravnave.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 ZDRAVSTVENA VZGOJA IN DIPLOMIRANA MEDICINSKA SESTRA

Leta 2004 je skupščina Zbornice – Zveze prevzela ICN-ovo (International Council of Nurses) skrajšano definicijo zdravstvene nege iz leta 2002, ki se glasi: »Zdravstvena nega obsega samostojno, soodvisno in sodelujočo obravnavo in sodelovanje posameznikov vseh starosti, družin, skupin in skupnosti, bolnih in zdravih v vseh okoljih. Zdravstvena nega vključuje promocijo zdravja, preprečevanje bolezni ter skrb za bolne, invalidne in umirajoče ljudi. Glavne naloge zdravstvene nege so tudi zagovorništvo, promoviranje varnega okolja, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike ter managementa zdravstvenih sistemov in izobraževanje« (Zbornica – Zveza, 2013).

Diplomirana medicinska sestra je nosilka zdravstvene nege, ki načrtuje, izvaja in vrednoti zdravstveno nego na področju promocije zdravja, preventivnih dejavnosti, v zdravstveni negi pacientov, invalidov ter oseb vseh starosti in v vseh zdravstvenih okoljih (Filej, 2010). Tudi Kvasova (2011) ugotavlja, da ima diplomirana medicinska sestra v zdravstveni dejavnosti številne, pomembne in odgovorne naloge, kot so krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, obnavljanje zdravja in lajšanje trpljenja. Pri tem pa izpostavlja, da ima v zagotavljanju vseh naštetih nalog zelo pomembno mesto zdravstveno- vzgojno delovanje medicinske sestre.

Zdravstvena vzgoja predstavlja proces učenja o zdravju, oblikovanja pozitivnih stališč, navad in vedenja za zdrav življenjski slog. Zdravstveno vzgojo izvajamo z namenom spodbujanja posameznika, da bi skrbel za ohranjanje lastnega zdravja. Zdravstvena vzgoja se usmerja na cilje, kaj naj varovanec po končanem procesu zna, kako naj se vede, čuti in misli. Zdravstvena vzgoja na primarni ravni je usmerjena k zdravemu prebivalstvu. Na tej ravni poteka obveščanje o dejavnikih, ki ogrožajo zdravje ter o dejavnikih, ki zdravje vzdržujejo ali ga povrnejo. Zdravstvena vzgoja na sekundarni ravni je namenjena rizičnim skupinam prebivalstva, ki pa so še vedno zdravi. Usmerjena

je k opisovanju bolezenskih znakov, bolezni in zdravljenja. Zdravstvena vzgoja na terciarni ravni je usmerjena k tistim, pri katerih je zdravje že prizadeto. Posameznike želi usposobiti, da bi živeli kakovostno življenje z nastalo spremembo (Zurc, et al., 2010). Holmes (2013) navaja, da delo medicinske sestre, ki je specializirana za delo z osebami, zasvojenimi z alkoholom, vključuje skrb za paciente na primarni in sekundarni ravni zdravstvenega varstva.

Kompetence na področju zdravstvene vzgoje medicinski sestri omogočajo opravljanje številnih nalog v procesu preprečevanja bolezni, zdravljenja in rehabilitacije. Pomembno je, da je v aktivni vlogi zdravstveno vzgojnega procesa pacient, ki pridobiva novo znanje, spretnosti in veščine (Kvas, 2011).

Zaletel Kragelj, et al. (2007) navajajo naslednje pristope zdravstvene vzgoje: zdravstveno sporočanje, samopomoč oziroma vzajemna pomoč, spreminjanje organiziranosti v podporo zdravju, razvoj, dozorevanje in mobilizacija skupnosti v krepitvi za zdravje.

Merrell (2010) meni, da je primarno zdravstveno varstvo ključno okolje za izvajanje zdravstvene vzgoje, saj je to za večino posameznikov prva kontaktna točka za stik s sistemom zdravstvenega varstva.

2.2 ZASVOJENOST Z ALKOHOLOM

Ljudje so ves čas človeške zgodovine uživali razne snovi, da bi občutili pomirjenje, vznemirjenje ali evforijo. Najlažje pridobljena in najpogosteje zlorabljen droga je še vedno alkohol (Čuček Trifkovič, et al., 2010).

2.2.1 Raba alkohola pri nas in v svetu

Evropska unija se z 11 litri čistega alkohola na odraslo osebo na leto uvršča na prvo mesto po porabi alkohola na svetu. Skupna, registrirana in neregistrirana, poraba alkohola v Evropi znaša 13 litrov alkohola na odraslega prebivalca letno (Lovrečič & Lovrečič, 2013).

Registrirana poraba alkohola se je v obdobju 2000- 2010 v Sloveniji gibala med 10,3 in 13,5 litri čistega alkohola na odraslega prebivalca letno (Lovrečič & Lovrečič, 2013). Po podatkih SZO se Slovenija po skupni registrirani in neregistrirani porabi alkohola na prebivalca, uvršča kar na peto mesto med državami članicami EU, in sicer za Češko, Madžarsko, Estonijo in Romunijo (Kovše, et. al., 2012).

Prav tako kot poraba čistega alkohola na prebivalca je tudi breme bolezni, povezanih z alkoholom, v Evropi še enkrat večje od povprečja v svetu (Lovrečič & Lovrečič, 2013). Alkohol je v svetu šesti najpomembnejši vzrok za prezgodnjo umrljivost in obolevnost, v Evropi celo tretji (Košir, 2008).

Tudi v Sloveniji alkohol predstavlja enega ključnih javno zdravstvenih problemov. Bolj kot po porabi pa odstopa od povprečja Evropske unije po škodi, ki nastane zaradi rabe alkohola. Registrirana poraba čistega alkohola se v Sloveniji počasi, vendar zanesljivo zmanjšuje (Ministrstvo za zdravje, n.d.).

2.2.2 Temeljni pojmi

Ramovš in Ramovš (2007) v zvezi s pitjem alkohola opredeljujeta pojme omamljanje in zasvojenost ter odvisnost. *Omamljanje* je umetno zmanjševanje zavesti, ki si jo človek povzroči z delovanjem neke omamne snovi na svoj živčni sistem. Tako je opijanje z alkoholom. *Zasvojenost* je umetna škodljiva potreba po omamni snovi, doživljanju ali vedenju in se razvije postopoma, in sicer s privajanjem na določeno psihoaktivno snov (npr. alkohol), obliko vedenja (npr. igre na srečo) ali doživljanje resničnosti (npr. sovražnost do nekoga). *Odvisnost* je druga beseda za človekove potrebe in človeku omogoča, da živi in se razvija. Človek je telesno odvisen od zraka, hrane, tekočine, razmnoževanja, ... duševno je odvisen od izražanja svojih čustev itd.

Med temeljne pojme sodi tudi *toleranca*, ki pomeni prilagoditev telesa na stalno prisotnost alkohola v krvi, v smislu večje aktivnosti sistema razgradnje alkohola v jetrih in omejitve pomirjevalnega vpliva alkohola na možgane ter s prilagoditvijo pacientovega vedenja na stanje opitosti (Židanik, 2007). Perko (2006) je *toleranco* do alkohola opredelil kot duševno in telesno odpornost organizma na zunanje vplive,

odpornost do stresa, napora, užitnih snovi kot je alkohol. Alkoholna toleranca pove, koliko alkohola prenese posamezen pivec. V začetnem stadiju razvoja alkoholizma se toleranca popitega alkohola navadno dviguje (organizem se privaja na alkohol). Nato se ustali in to obdobje traja nekaj časa, kasneje pa strmo pade. Zmanjševanje tolerance do alkohola je pri alkoholiku znak višje faze alkoholizma.

Manj tvegano pitje je pitje, ki verjetno ne bo privedlo do okvar zdravja, čeprav bo trajalo več let, odvisno je tudi od starosti, spola, zdravstvenega stanja posameznika in okoliščin pitja (Kolšek, 2010).

Tvegano pitje je pitje alkohola, ki bo verjetno čez čas privedlo do resnih težav ali okvar zdravja, tako telesnih, duševnih, odnosnih kot tudi finančnih in socialnih (Kolšek, 2010).

Škodljivo pitje je pitje, ko že lahko ugotovimo posledice oziroma težave zaradi pitja alkohola, vendar še ni izražen sindrom zasvojenosti z alkoholom. Gre za spremembe oziroma težave s telesnim ali duševnim zdravjem, težave v družini ter na delovnem mestu. Težave so komaj prepoznavne, lahko pa so opazne že na prvi pogled. Škodljivo pitje alkohola postopoma vodi v *zasvojenost* (Kolšek, et al., 2006; Kolšek, 2010).

2.2.3 Značilnosti in opredelitev zasvojenosti z alkoholom

Pri dolgotrajnejšem uživanju alkohola se razvije zasvojenost in pride do postopnega propadanja človeka na vseh področjih (Ramovš & Ramovš, 2007). Podatki o številu zasvojenih z alkoholom v Sloveniji so sicer nezanesljivi, število naj bi segalo do 200.000 oseb (Čuček- Trifkovič, et al., 2010).

Sočanova (2013) navaja, da oseba, zasvojena z alkoholom, nima nadzora nad pitjem in ji opijanje pomeni nujno potrebo. Osebe, odvisne od alkohola, niso zmožne omejiti porabe alkohola, alkohol uživajo kljub težavam, ki jim jih alkohol povzroča.

Medicinska stroka danes uporablja izraz sindrom odvisnosti od alkohola in ne govori o alkoholizmu kot takem. Prav tako govori o ljudeh, ki so zasvojeni z alkoholom in se izogiba izrazu alkoholiki. Pojav alkoholizma je zapleten, zato ga danes nihče ne more

enoumno strokovno razložiti (Perko, 2013). V literaturi najdemo več definicij zasvojenosti oziroma odvisnosti (v nadaljevanju bomo v diplomskem delu uporabljali izraz zasvojenost).

Že leta 1951 je Svetovna zdravstvena organizacija predložila prvo definicijo alkoholika, ki pravi, da je kronični alkoholik oseba, ki čezmerno uživa alkoholne pijače, pri kateri se je razvila telesna in duševna zasvojenost z alkoholom, ta pa se kaže z duševno motnjo ter motnjo vedenja (Može, 2007).

WHO-jeva (2012) deseta revizija Mednarodne klasifikacije bolezni in zdravstvenih težav (ICD-10) opredeljuje sindrom odvisnosti / zasvojenosti kot skupek fizioloških, vedenjskih in kognitivnih pojavov, pri katerih uživanje alkohola za posameznike prevzame pomembnejše mesto od drugih vedenjskih oblik, ki so predhodno zasedala pomembna mesta; temu pravimo menjava prioritete. Osrednja značilnost je močna, lahko nepremagljiva želja po uživanju alkohola. Obstajajo dokazi, da lahko ponovno uživanje alkohola po obdobju abstinence vodi k hitrejšemu ponovnemu pojavu značilnosti sindroma (World Health Organization, n.d.).

Perko (2008) meni, da je človek zasvojen takrat, ko brez nečesa ali nekoga ne more živeti. Alkoholik ne more živeti brez alkohola, saj trpi, se ne počuti dobro, ni sposoben živeti in delati. Bistvo alkoholizma ni v pitju alkoholnih pijač (čeprav brez prekomernega pitja ne more priti do zasvojenosti), ampak v spremenjenem in asocialnem vedenju osebe, zasvojene z alkoholom. Zasvojenost z alkoholom se kaže vsaj s tremi od naslednjih znakov: močna želja po pitju alkoholnih pijač, težave pri obvladovanju pitja alkohola, povečana toleranca za alkohol, telesne motnje ob prenehanju pitja alkohola, vztrajanje v pitju, kljub škodljivim posledicam, zanemarjanje drugih aktivnosti zaradi pitja alkohola (Kolšek, 2010).

Psihična zasvojenost označuje trajno ali občasno poželenje po alkoholu in jo razdelimo v tri stopnje. Pri začetni obliki psihične zasvojenosti z alkoholom čuti človek potrebo po alkoholnih pijačah le pri jedi in ob kakšnih družbenih priložnostih, npr. pri praznovanjih, proslavljanjih itd. Pri naslednji stopnji človek občuti potrebo po alkoholu v različnih obremenilnih, stresnih stanjih, ko je npr. srečen ali nesrečen, ko mora javno

nastopati. Takšen človek potrebuje alkohol zato, da sploh lahko nastopa v družbi in družabnem življenju nasploh. Pri izraziti psihični zasvojenosti pa človek pije alkoholne pijače tudi ob neprimernem času in kraju: pred in med delom, med vožnjo. Takšen človek o nobeni drugi stvari ne razmišlja toliko kot o pitju alkohola (Perko, 2013).

V fazi telesne zasvojenosti pa mora človek stalno piti. Ko zaradi raznih vzrokov pitje prekine, se lahko pojavi abstinenčni sindrom (odtegnitveno stanje). Za abstinenčni sindrom so značilni tremor, potenje, slabost, pospešeno bitje srca, telesni krči, alkoholni bledež. Pri telesni zasvojenosti človek ne more več živeti brez alkohola, medtem ko na drugi ali tretji stopnji zasvojenosti lahko občasno abstiniira. V tej fazi pride pri kemičnih procesih v organizmu do takšnih sprememb, da ti brez alkohola ne morejo nemoteno potekati (Perko, 2008).

Ljudje se počutijo tako močni in samozadostni, da ne upoštevajo resničnega delovanja alkohola na človeka. Alkohol temeljito spreminja človekovo doživljanje sebe in okolice ter na živčni sistem vpliva tako, da postaja zasvojen z uživanjem le-tega (Ramovš & Ramovš, 2007).

Zasvojenost z alkoholom je bolezen, pri kateri proces preobrazbe nadzorovanega v nenadzorovano pitje spremlja sprememba strukture možganov in nevrokemijskih procesov v možganih. Kljub temu ostaja vprašanje, ali so strukturne spremembe nujne in dovolj obsežne, da se razvije odvisniško vedenje (Kravos & Malešič, 2011).

Alkoholizem je z medicinskega vidika socialna bolezen, kar pomeni socialno-medicinski problem, ki nastane po dolgotrajnem in prekomernem uživanju alkoholnih pijač. Razloge, da se pri nekom razvije alkoholna bolezen, je treba iskati v osebi sami in v okolju (Rugelj, 2008). Da je alkoholizem socialna bolezen, pišejo tudi drugi avtorji. Poplas Susičeva, et. al. (2009a) s sodelavci piše, da se posledice kažejo na osebni pa tudi socialni in ekonomski ravni zasvojenega. Tudi Albreht (2011) govori o zasvojenosti z alkoholom kot tipični socialni bolezni, podobno razmišlja tudi Perko (2013), ki pravi, da alkoholizem ni zgolj osebna motnja posameznika, temveč tudi družbeni pojav. Sem spadajo vse družbene norme, vrednote, navade, politike, gospodarstva, kulture in druge družbene razsežnosti.

2.3 ZDRAVLJENJE ZASVOJENOSTI Z ALKOHOLOM V SLOVENIJI

Danes v Sloveniji deluje veliko terapevtskih sistemov in programov: zdravljenje na alkohololoških oddelkih psihiatričnih bolnišnic, v nekaterih psihiatričnih, zdravstvenih in socialnih ambulantah, v klubih zdravljenih alkoholikov, pri Anonimnih Alkoholikih ter drugih skupinah za samopomoč (Ramovš & Ramovš, 2007).

2.3.1 Proces zdravljenja

Avtorica Čebašek Travnik (2004) opisuje program zdravljenja zasvojenosti z alkoholom, ki v Sloveniji poteka v treh stopnjah oziroma fazah, faze pa so med seboj povezane in prehodne v vse smeri:

Pripravljalna faza se opravlja ambulantno. V tej fazi se izvajajo diagnostični, diferencialno diagnostični in motivacijski postopki.

Intenzivna psihoterapija se večinoma izvaja v specializiranih ustanovah, predvsem v psihiatričnih bolnišnicah. V takšnih ustanovah se v Sloveniji zdravi več kot 90 % pacientov, zasvojenih z alkoholom. Zdravljenje v začetnem delu poteka v celodnevni oskrbi, v nadaljevalnem programu pa v obliki dnevne bolnišnice. Intenzivno zdravljenje izvaja terapevt, ki je po izobrazbi zdravnik, lahko pa tudi psiholog, višja oziroma diplomirana medicinska sestra, socialni pedagog ali socialni delavec. Za samostojno psihoterapevtsko delo pa je potrebno dodatno izobraževanje s področja psihoterapije in bolezni odvisnosti in vsaj triletno klinične izkušnje.

Čebašek Travnik (2004) opisuje *nadaljevalno zdravljenje in rehabilitacijo* kot nudenje različne oblike pomoči pacientom in njihovim svojcem. V Sloveniji so uveljavljeni klubi zdravljenih alkoholikov, skupine samopomoči, Anonimni alkoholiki in skupine v centrih za socialno delo. Obstajajo tudi razna društva, nevladne organizacije, skupine pod okriljem Cerkve, fundacije, ustanove, ki delujejo na komercialni osnovi in nekateri posamezniki, ki nudijo pomoč odvisnim.

Rugelj (2008) navaja, da *bolnišnično zdravljenje* traja približno tri mesece, prve tri do šest tednov v celodnevni, drugi del zdravljenja pa v dnevni oskrbi. V program

zdravljenja se vključujejo tudi svojci. Program je sestavljen iz skupinske terapije in predavanj ter pogovora o zasvojenosti in zdravljenju. Skupino vodi terapevt, ki usmerja pogovore in jih uči pravilne komunikacije. Bolnišnično zdravljenje zajema tudi urejanje pacientove družine kot celote. Pogovor s svojci je začetek sporazumevanja v skupini, sporazumevanje pa vodi do obnovitve odnosov v družini.

Židanik (2007) izpostavlja tudi dispanzerski način zdravljenja zasvojenosti z alkoholom in poudarja, da je v *dispanzerju* za zdravljenje osnovno pravilo individualno načrtovanje zdravljenja, ki se skuša čim bolj približati potrebam in željam posameznika.

Poleg sodelovanja v procesu zdravljenja lahko diplomirana medicinska sestra (patronažna dejavnost, referenčna ambulanta) pomembno prispeva tudi pri motivaciji in usmeritvi pacienta v zdravljenje. Medicinska sestra v referenčni ambulanti sodeluje pri presejalnem testu za alkohol, ki se uporablja za ugotovitev tveganega ali škodljivega uživanja alkohola in lahko igra pomembno vlogo pri prepoznavanju pacientov, zasvojenih z alkoholom (Wilson, 2013).

2.4 KLUB ZDRAVLJENIH ALKOHOLIKOV

Klubi zdravljenih alkoholikov predstavljajo nadaljevalno zdravljenje in rehabilitacijo zasvojenih z alkoholom. Prvi klub zdravljenih alkoholikov je uvedel Vladimir Hudolin l. 1964 v Zagrebu kot ključno metodo svoje socialno-psihiatrične metode zdravljenja alkoholikov. Osnoval je koncept družinskega pristopa, torej vključevanje družine v zdravljenje zasvojenosti z alkoholom. Na začetku so se ustanavljali veliki občinski klubi zdravljenih alkoholikov, kasneje pa so se preoblikovali v manjše klube lokalnih skupnosti. Največje razsežnosti so klubi zdravljenih alkoholikov dosegli v začetku osemdesetih let s svojim vrhuncem l. 1985 (na Hrvaškem preko 500 klubov) (Torre, 2006). Isti avtor poroča, da so v tem obdobju delovali klubi še v Sloveniji in drugih državah bivše Jugoslavije, Italiji, Rusiji, Belorusiji, Bolgariji, Romuniji, Albaniji, Španiji, na Portugalskem, Poljskem, Slovaškem, Norveškem, Danskem, v Švici in Grčiji. Delujejo tudi na Novi Zelandiji, v Nikaragvi, Peruju, Boliviji, Braziliji, Čilu in Ekvadorju.

Konec šestdesetih let je Slovenija dobila prvo specializirano bolnišnico za zdravljenje alkoholikov, bila je v Škofljici pri Ljubljani. Iz nje sta se v prvi polovici sedemdesetih let, pod vodstvom psihiatra Janeza Ruglja, zelo razširili Hudolinova metoda zdravljenja alkoholikov in ustanavljanje klubov zdravljenih alkoholikov po vsej Sloveniji (Ramovš & Ramovš, 2007).

Slovenija ima veliko število klubov zdravljenih alkoholikov, večina je bila ustanovljena v 80. letih 20. stoletja. Po nekaterih ocenah je klubov zdravljenih alkoholikov več kot petdeset, večinoma jih vodijo socialni delavci, diplomirane medicinske sestre ter splošni zdravniki (Poplas-Susič et al., 2009b).

Klub zdravljenih alkoholikov deluje v domačem okolju zdravljenec, v središču občine, krajevne skupnosti ali v delovni organizaciji. Vsak klub si za dalj časa, konkretno in sproti oblikuje svoj lasten program, v katerem so različne dejavnosti, ki sodijo v okvir rehabilitacije zasvojenih z alkoholom in njihovih družin. Člani se zbirajo enkrat tedensko na terapevtskem sestanku, ki navadno traja okoli dve uri. Zdravljenci v celoti vodijo terapevtski sestanek, terapevt pa jih pri tem strokovno usmerja (Rugelj, 2008).

Klubi so ena najboljših možnosti pri zaključni stopnji zdravljenja in rehabilitacije ljudi, zasvojenih z alkoholom. V klubih usmerjajo terapevtsko delo strokovnjaki. Klubi so terapevtske skupine, člani skupin pa so že dalj časa trezni in imajo izkušnje iz skupinske psihoterapije. Članom je pri vztrajanju v abstinenci in poti v kakovostno življenje veliko lažje v družbi ljudi, ki imajo podobne izkušnje (Čebašek Travnik, 2004).

Sam klub zdravljenih alkoholikov nima strogih pravil. Sestanki so prilagojeni članom kluba in ne obratno. Edini pogoj v klubu je abstinenca, vse ostalo je v skupini prilagojeno spremembam in potrebam članov kluba (Torre, 2006).

2.4.1 Cilji kluba zdravljenih alkoholikov

Cilji članov kluba so v poglobitvi uvida v lastno zasvojenost, vzroke in posledice zasvojenosti, v iskanju zdravih načinov življenja, sposobnosti odpravljanja vsakodnevnih težav, vztrajanju pri abstinenci ter v rehabilitaciji na vseh področjih življenja, predvsem v medsebojnih odnosih. Član naj bi v klubu spreminjal svoje

vedenje in ustvarjal odnose z drugimi, brez občutkov krivde in manjvrednosti. Člani načrtujejo izrabo svojega prostega časa in se poklicno rehabilitirajo, če je to potrebno. Delovanje klubov je odvisno od terapevtov, njihove izobrazbe in odnosa do ljudi, zasvojenih z alkoholom in ljudi nasploh. V vseh klubih pa je osnovni cilj ta, da nekdanjega zasvojenca z alkoholom usposobimo za srečno in kakovostno življenje brez alkohola (Čebašek Travnik, 2004).

Klub temelji na solidarnostni postavki, da je vsak problem skupine, problem vsakega posameznika. In obratno, osebna težava člana, je težava skupine kot celote. Če klub kot celota ne rešuje težav posameznega člana, potem ideja o bratstvu alkoholikov, ki abstininirajo, izgubi svoj smisel (Torre, 2006).

2.4.2 Program dela v klubih zdravljenih alkoholikov

V klubih zdravljenih alkoholikov potekajo srečanja z namenom skupinske pomoči s tematiko, kot je organizacija in planiranje dela kluba in posameznih skupin, analiziranje sebe in svoje treznosti, spoznavanje in spreminjanje sebe, utrjevanje komunikacije, čustvovanje in samopomoč. Potekajo pa tudi skupne dopolnilne dejavnosti za vse člane društva, kot so strokovna predavanja strokovnih delavcev, ogled filmov, kulturnih prireditev in branje knjig, tabori in kreativne delavnice, planinarjenje, srečanja v naravi ter skupne preventivno ozaveščevalne akcije (Društvo za rehabilitacijo in preventivo-Krma, 2011).

Za člane kluba so poleg rednih srečanj izjemno pomembna tudi izven skupinska srečanja. Druženja na raznih izletih ter pohodih so osnova za razvijanje medosebnih odnosov in osebno rast. Člani se družijo ter skrbijo drug za drugega, saj vedo, da lahko le skupno dosežejo cilj (Povšnar & Ramovš, 2010).

Klub za svoje delovanje potrebuje minimalna finančna sredstva, ki jih pridobi s članarino, na razpisih občin, redkeje z donacijami (Povšnar & Ramovš, 2010).

2.5 TERAPEVTSKO DELO V KLUBU ZDRAVLJENIH ALKOHOLIKOV

2.5.1 Strokovni delavec – terapevt v klubu zdravljenih alkoholikov

Znotraj zdravstvenega sistema imajo strokovnjaki za zdravljenje bolezni zasvojenosti zelo specifičen položaj. V Sloveniji doslej ni bilo možnosti za pridobitev formalne izobrazbe na področju bolezni zasvojenosti. Strokovnjaki, ki delajo na tem področju, imajo različno osnovno izobrazbo: zdravniki, psihologi, medicinske sestre, socialni delavci, specialni pedagogi in delovni terapevti. Večina terapevtov se izobražuje neposredno ob delu, s prenašanjem znanja starejših kolegov in s študijem literature. Za delo terapevta za zdravljenje zasvojenosti z alkoholom so določeni minimalni pogoji: visokošolska izobrazba ustrezne smeri, opravljen dvosemestrski podiplomski študij iz zdravljenja zasvojenosti ali psihoterapije in vsaj tri leta dela ob izkušenem terapevtu. Terapevti naj bi se udeleževali rednih strokovnih srečanj. V tujini (Združenih državah Amerike) je ponudba za izobraževanje velika in je usmerjena v posamezne poklicne skupine (zdravniki, medicinske sestre, socialni delavci) ali v poklic svetovalca in terapevta. Številne države uvajajo specializacijo iz medicine zasvojenosti oziroma psihiatrije zasvojenosti. Nekateri izobraževalni programi so namenjeni tudi strokovnjakom na primarnem nivoju zdravstvenega varstva, ki naj bi prepoznali problematične uživalce alkohola ter jih motivirali za spremembo (zmanjšano uživanje alkohola, abstinenco, zdravljenje zasvojenosti) (Čebašek Travnik, 2004).

Čebašek Travnik (2004, p. 100) kot priporočene komponente izobraževanja in učenja za terapevtsko delo izpostavlja: znanje in razumevanje posameznih poglavij zasvojenost (najmanj zahtevno področje); spremembe na področju stališč in prepričanj (težavnejše področje); pridobitev spretnosti in znanj za praktično izvajanje zdravljenja.

Strokovna usposobljenost, osebna zrelost in strpnost terapevta so nenehno na preizkušnji. Terapevt se za svoje delo mora naučiti moralno etične trdnosti, sposobnosti čustvovanja in empatije (Čuk & Gnezda, 2007).

Židanik in Čebašek- Travnik (2004) navajata 4 faze v razvoju terapevta:

1. faza: *Začetnik*. Svoje terapevtsko delovanje črpa iz svoje dosedanje izobrazbe in iz ožje profesionalne skupine, ki ji pripada (zdravniki, medicinske sestre, psihologi itd.). Najbolje je, da ima začetnik več učiteljev in mentorjev ter več različnih modelov terapevtskega razmišljanja in delovanja, saj bo tako najlažje izbral svoj slog in svojo pot.

2. faza: *Faza omnipotence*. Pacient pride s pričakovanji po svetovanju, na katere se terapevt odziva na pričakovan način. Prehod na naslednji terapevtski nivo pomeni zavedanje terapevta, da ne pozna izhoda iz vsake situacije, in da je kot terapevt marsikdaj nemočen, saj namesto pacienta ne more živeti.

3. faza: *Terapevtsko zorenje*. Odvisno je od terapevtove osebnosti in od zahtev, ki jih določi ustanova ali strokovno združenje. Naslednji korak je pridobitev strokovnega naziva, ki terapevtu omogoča samostojno psihoterapevtsko delovanje.

4. faza: *Zrel terapevt*. Zaveda se, da je za njegovo delo potrebno nenehno izobraževanje in preverjanje lastnega terapevtskega stila. Terapevt svoje delo preverja z raziskovanjem, rezultate predstavi tudi kolegom na strokovnih srečanjih.

Zdravljenje zasvojenosti z alkoholom je zapleten proces, ki potrebuje medicinsko in intenzivno psihoterapevtsko obravnavo. Skupine za zdravljenje zasvojenih so odprtega tipa in vanje vstopajo pacienti, ki so na začetku prepoznavanja lastne zasvojenosti. V isti skupini se srečujejo posamezniki, ki so že bolj napredovali in tisti, ki jim vzdrževanje abstinence predstavlja glavni cilj obravnave. Terapevt mora v takšnih skupinah zaščititi posameznika pred velikim pritiskom preveč zahtevnih članov skupine, saj bi posameznik, ki takega pritiska ne bi prenesel, lahko zapustil skupino. Terapevt, ki zdravi paciente zasvojene z alkoholom, potrebuje veliko znanja o strukturi diagnozi pacientov in o njihovi osebnosti, potrebno pa je tudi veliko izkušenj. Hkrati je nujna tudi njegova sposobnost empatije ter korekten in spoštljiv odnos pri delu (Židanik & Čebašek- Travnik, 2004).

2.5.3 Vloga terapevta v procesu motiviranja za zdravljenje

Spoznanje posameznika, da je zasvojen z alkoholom, je zelo pomembno, saj lahko sam opredeli konkretne znake zasvojenosti, vzroke za zlorabo alkohola, kako dolgo je že zasvojen z alkoholom in kakšne posledice trpi zaradi zasvojenosti (Harrington-Dobinson & Blows, 2007).

Dostop do storitev zdravljenja zasvojenosti z alkoholom zahteva motivacijo pacientov. Takšna motivacija ima več plasti in obsega kombinacijo petih glavnih gonilnikov. Prvič, pacienti morajo priznati težavo in prekositi zanikanje. Drugič, pacienti morajo sprejeti potrebo po delovanju, npr. storiti nekaj glede težave. Takšen premik obsega preseganje strahu in stigmatizacije. Tretjič, pacienti morajo zaupati storitvam, ki so na voljo, tako glede ponujenih zdravljenj kot osebja, ki zdravljenje izvaja. Četrto, pacienti si morajo želeti izboljšanja svojega stanja. Na koncu morajo v podporo zgoraj navedenemu pacienti spoštovati zdravje in iskati »normalen« način življenja, tako da se osvobodijo zasvojenosti z alkoholom (Poplas-Susič, et al., 2009b).

Poznamo dva različna pristopa, ki motivirata človeka za zdravo vedenje: sistemski pristop, pri katerem primerno vedenje pripelje do nagrade in sistem izogibanja, kjer se oseba z določenim vedenjem izogne grožnji in bolečini (Holmes & Currid, 2013).

Uvid v zgrešen življenjski in sožitni slog je pogoj za psihosocialno terapijo, kakršno je socialno urejanje pri zasvojenostih. Brez tega spoznanja začetek psihosocialne terapije ni mogoč. Skozi celoten proces urejanja pa se uvid in ozaveščenost širita. Pri socialni terapiji je glavni cilj nadomeščanje škodljivih razvad z dobrimi navadami zdravega življenja, usklajevanje medčloveških odnosov ter kulturnega in duhovnega poglobljanja. Pri socialnem urejanju zasvojenosti se je potrebno zaščititi pred recidivom v okolju, zato je potrebno pridobiti posebne navade, saj je ponudba alkohola vsakdanje dejstvo. Glavna terapevtova naloga v socialno terapevtski skupini je, da proces učenja usmeri v pridobivanje potrebnih socialnih navad in veščin za kakovostno življenje (Ramovš & Ramovš, 2007).

Zasvojenec z alkoholom, ki želi stopiti na konstruktivno pot, se mora prilagoditi družbenim zahtevam in prenehati piti, pri tem pa si pomaga z zdravljenjem. V ustanovah, kjer zdravljenje poteka, pa alkoholik postane drugačen, stigmatiziran družbeni subjekt- ozdravljen alkoholik. Tako se nekdanjega alkoholika drži nov družbeni status, zaradi katerega pa se zopet ne more vključiti v »normalno družbo«, ravno zato, ker nikoli ne pije alkohola. Tako se po zdravljenju lahko zgodi, da nekdanji alkoholik ostane sam, brez družbe (Podjed, 2006).

2.5.4 Vloga diplomirane medicinske sestre kot strokovne delavke – terapevtke v klubu zdravljenih alkoholikov

Izguba sposobnosti nadzora nad rabo alkohola vpliva na pacientove zmožnosti izvajanja temeljnih življenjskih aktivnosti, zmanjša njegovo odgovornost za lastno zdravje in razvijanje življenjskih navad, ki zdravje krepijo. Pri pacientih je poudarek na procesu terapevtske komunikacije in zdravstveno- vzgojnem delu, ki pacientom pomaga do večjega zadovoljstva v življenju. Ta proces vključuje medicinsko sestro in pacienta, poudarek je na njunem odnosu, sodelovanju in interakciji (Pregelj & Kobentar, 2009).

Cilj terapevtskega komuniciranja je doseči, da bo pacient lahko brez zadržkov izražal svoje želje in potrebe. Pomembna je tako besedna, kot nebesedna komunikacija, saj z njo pacientu izkažemo razumevanje. Predvsem moramo pacienta sprejeti takšnega, kot je (Drobne & Mohor, 2009).

Avtorji Donnelly, Kent- Wilkinson in Rush (2012) poudarjajo sodelovanje medicinske sestre pri ocenjevanju osebe, zasvojene z alkoholom, ki vključuje psihološko stanje, posledice uživanja alkohola, motivacijo za zdravljenje, socialno podporo in telesno oceno.

2.5.5 Preprečevanje recidiva

Židanik (2007) navaja, da je preprečevanje recidiva povezano z dolgotrajno rehabilitacijo. Rehabilitacija vključuje terapevtski pristop, ki pacienta pripravi na možnost recidiva in je usmerjen k zmanjševanju dejavnikov tveganja za recidiv. *Terapevtski pristop ima štiri stopnje:*

- *prepoznavanje osebnih dejavnikov tveganja za razvoj recidiva*, kot so jeza, dolgočasje, občutek notranje praznine, depresija, osamljenost;
- *prepoznavanje zgodnjih svarilnih znakov za recidiv*, ki se kažejo v spremembi pacientovega odnosa do okolja, njegovega mišljenja in vedenja. Pogosti svarilni znak je druženje s člani bivše pivske družbe. Pacient se mora naučiti prepoznavati te znake in vedeti kako naj ravna;
- *zgodnji terapevtski poseg v primeru spodrsaljaja* - pacienta moramo naučiti, da se s spodrsljajem sooči, zato da se ne bi nadaljeval v pravi recidiv. Pomembno je, kakšno je pacientovo razmišljanje in čustveno stanje po spodrsljaju;
- *širše spremembe v smeri uravnoteženega pacientovega načina življenja* - terapevt skupaj s pacientom načrtuje, kako lahko v svojem življenju zniža pogostnost stresnih situacij, kako se prilagaja na zunanje pritiske in izboljša svoje telesno in psihično zdravje.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen raziskovanja je bil v skupini diplomiranih medicinskih sester in študentov zdravstvene nege ugotoviti poznavanje problematike, zdravljenja in njihov odnos do alkoholizma in zasvojenih z alkoholom ter pripravljenost za sodelovanje v strokovnem terapevtskem delu v klubih zdravljenih alkoholikov.

Cilji raziskovanja:

C1: Ugotoviti odnos diplomiranih medicinskih sester in študentov zdravstvene nege do alkohola in oseb, ki so zasvojene z alkoholom.

C2: Ugotoviti seznanjenost diplomiranih medicinskih sester in študentov zdravstvene nege z alkoholno problematiko in zdravljenjem zasvojenosti.

C3: Ugotoviti poznavanje delovanja klubov zdravljenih alkoholikov in terapevtskega dela pri diplomiranih medicinskih sestrah in študentih zdravstvene nege.

C4: Ugotoviti pripravljenost diplomiranih medicinskih sester in študentov zdravstvene nege za delo v klubih zdravljenih alkoholikov.

C5: Ugotoviti statistično pomembne razlike med mnenji diplomiranih medicinskih sester in študentov o alkoholizmu in pripravljenosti za delo v klubih zdravljenih alkoholikov.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi opredeljenih ciljev smo oblikovali naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kakšen odnos imajo diplomirane medicinske sestre in študenti zdravstvene nege do alkohola in do oseb, zasvojenih z alkoholom?
- V kolikšni meri so diplomirane medicinske sestre in študenti zdravstvene nege seznanjeni z alkoholno problematiko in zdravljenjem zasvojenosti?

- Kakšno je poznavanje klubov zdravljenih alkoholikov med diplomiranimi medicinskimi sestrami in študenti zdravstvene nege?
- Kako si diplomirane medicinske sestre in študenti zdravstvene nege predstavljajo terapevtsko delo v klubu zdravljenih alkoholikov?
- V kolikšni meri bi bile diplomirane medicinske sestre in študenti zdravstvene nege pripravljeni sodelovati v klubu zdravljenih alkoholikov?
- Se mnenja o alkoholni problematiki in pripravljenosti za sodelovanje statistično pomembno razlikujejo med diplomiranimi medicinskimi sestrami in študenti zdravstvene nege?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Empirični del diplomskega dela je temeljil na deskriptivni kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja. Za potrebe raziskovalnega dela smo pregledali domačo in tujo strokovno in znanstveno literaturo. Tuja literatura je bila zbrana s pomočjo podatkovnih baz: CINAHL, PUB MED, SPRINGERLINK, MEDLINE in PROQUEST, slovensko literaturo smo zbrali s pomočjo virtualne knjižnice Slovenije COBISS. Ključne besede pri iskanju literature v slovenskem jeziku: diplomirana medicinska sestra, sindrom odvisnosti od alkohola, klub zdravljenih alkoholikov, terapevtsko delo, zdravljenje zasvojenosti. Ključne besede pri iskanju literature v angleškem jeziku: nurse, alcohol dependence syndrome, club for recovering alcoholics, therapy work, treatment of addiction.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za zbiranje podatkov v raziskovalnem delu diplomskega dela smo uporabili strukturiran vprašalnik za študente in diplomirane medicinske sestre. Vprašalnik je bil sestavljen na podlagi raziskave projekta IATPAD (2009) ter na podlagi pregleda literature Kolšek (2010). V prvem sklopu je zajemal demografske značilnosti anketirancev, v drugem pa so skupine vprašanj obsegale njihova mnenja in stališča o alkoholizmu, osebah,

zasvojenih z alkoholom, seznanjenost z alkoholno problematiko, ter njihovo pripravljenost za delo v klubu zdravljenih alkoholikov. Vprašalnik je zajemal vprašanja zaprtega tipa. Uporabili smo 5- stopenjsko Likertovo lestvico (1 = sploh se ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = včasih se, včasih se ne strinjam, 4 = večinoma se strinjam, 5 = popolnoma se strinjam). Izpolnjevanje vprašalnika je bilo prostovoljno, anonimno in pisno. V izračunu zanesljivosti celotnega vprašalnika je Cronbach alfa koeficient dosegel vrednost 0,498, ki v strokovni literaturi sicer določa nesprejemljivo stopnjo zanesljivosti instrumenta (Cenčič, 2009).

3.3.3 Opis vzorca

Uporabili smo dva namenska (neslučajnostna) vzorca:

- Prvi vzorec so predstavljali redni in izredni študenti prvega, drugega in tretjega letnika Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. Uporabili smo strukturiran spletni vprašalnik Ika, do povezave vprašalnika so študenti dostopali preko družbenega omrežja Facebook. Vseh klikov na nagovor vprašalnika je bilo 64, klikov na vprašalnik 50. Primerno izpolnjenih vprašalnikov je bilo 41, od tega 78 % rednih in 22 % izrednih študentov. 4 vprašalnike smo izločili, ker niso bili ustrezno izpolnjeni. Realizacija vzorca je bila 64 %.
- Drugi vzorec so predstavljale diplomirane medicinske sestre (DMS) na primarni ravni zdravstvenega varstva, in sicer v zdravstvenih domovih (ZD) Osnovnega zdravstva Gorenjske. Skupno je bilo poslanih 76 vprašalnikov, odzvalo pa se je 62 DMS, kar pomeni 81,6 % realizacijo vzorca. V ZD Jesenice je bilo poslanih 10 vprašalnikov in vrnjenih 9, v ZD Bled smo poslali prav tako 10 vprašalnikov, vrnjenih je bilo 6 vprašalnikov, v ZD Bohinj 4, vrnjenih prav tako 4, v ZD Radovljica 15, vrnjenih je bilo 12, v ZD Tržič 7, vrnjenih prav tako 7, v ZD Kranj je bilo poslanih 30 vprašalnikov, vrnjenih je bilo 24.

Tabela 1: Anketirani po spolu

	n	%	spol			
			ž	%	m	%
študenti	41	39,8	33	32,1	8	7,8
DMS	62	60,2	60	58,2	2	1,9
skupaj	103	100	93	90,3	10	9,7

n = število odgovorov, DMS = diplomirana medicinska sestra, ž = ženske, m = moški

Tabela 1 prikazuje, da je v anketi sodelovalo 39,8 % študentov in 60,2 % diplomiranih medicinskih sester, od tega je bilo 9,7 % moških in 90,3 % žensk.

Tabela 2: Anketirani po starosti

	starost					
	n	max.	min.	PV	SO	MODE
študenti	40	38,00	19,00	22,88	5,12	20,00
DMS	62	60,00	23,00	42,60	8,75	40,00

n = število odgovorov, max. = največja vrednost, min. = najmanjša vrednost, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, MODE = najpogostejša vrednost, DMS = diplomirana medicinska sestra

Tabela 2 prikazuje starost anketirancev. Povprečna starost študentov je 22,88, najmlajši študent je star 19 let, najstarejši pa 38 let. Povprečna starost diplomiranih medicinskih sester je 42,60, najmlajša diplomirana medicinska sestra ima 23 let, najstarejša pa 60 let. Največ študentov je starih 20 let, medtem ko je največ diplomiranih medicinskih sester starih 40 let.

Tabela 3: Delovno mesto diplomiranih medicinskih sester

DELOVNO MESTO	n	%
referenčna ambulanta	9	14,5
dispanzer	15	24,2
patronaža	37	59,7
ANMP	1	1,6
skupaj	62	100

n = število odgovorov, ANMP = ambulanta za nujno medicinska pomoč

Tabela 3 prikazuje delovna mesta, na katerih delujejo diplomirane medicinske sestre. Največ diplomiranih medicinskih sester dela v patronažnem varstvu (59,7 %), 24,2 % diplomiranih medicinskih sester dela v dispanzerju, 14,5 % diplomiranih medicinskih

sester zaseda delovno mesto v referenčni ambulanti, 1,6 % v ambulanti za nujno medicinsko pomoč (ANMP).

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je bila izvedena na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin, kjer smo študentom pripravili spletne vprašalnike, izdelane na spletni aplikaciji Ika. Del raziskave je bil izveden v zavodu Osnovno zdravstvo Gorenjske, in sicer v zdravstvenem domu (ZD) Kranj, ZD Tržič, ZD Radovljica, ZD Bled, ZD Bohinj ter ZD Jesenice s predhodno pridobitvijo soglasij zavodov k raziskovanju. Vprašalnike smo osebno predali glavnim medicinskim sestram, te pa so jih razdelile diplomiranim medicinskim sestram. Izpolnjene vprašalnike so nam vrnilo po pošti. Raziskava je potekala v času od 15. junija do 15. avgusta 2015. Anketiranim smo zagotovili anonimnost.

Podatke, ki smo jih pridobili s pomočjo vprašalnika, smo kvantitativno obdelali s programom Microsoft Office Excel 2013 in SPSS, verzija 20.0. Uporabili smo univariantno (odstotke, frekvence, srednje vrednosti) in bivariantno statistiko (T- test in ANOVA). Pridobljene podatke smo predstavili v tabelarni in slikovni obliki.

3.4 REZULTATI

V drugem sklopu vprašalnika so anketirani odgovarjali na vprašanja zaprtega tipa in ocenjevali, v kolikšni meri se strinjajo s podanimi trditvami.

Tabela 4 prikazuje v kolikšni meri se anketirani strinjajo s podanimi trditvami o epidemiologiji alkoholizma v Sloveniji. Anketirani so se v največji meri strinjali s trditvami, da je alkohol najpogosteje zlorabljen psihoaktivna snov tako v svetu, kot pri nas (PV = 4,06), v strinjanju s to trditvijo so najmanj enotni (SO = 1,21); da alkoholizem v Sloveniji predstavlja enega ključnih javno zdravstvenih problemov (PV = 3,88); da je v Sloveniji zasvojenih z alkoholom okoli 8–10 % odrasle populacije; da je letna registrirana poraba čistega alkohola na prebivalca nad 15 let starosti v Sloveniji okoli 12 l (PV = 3,53). Manj so se strinjali s trditvijo, da je poraba čistega alkohola na prebivalca v Evropi manjša kot v svetu (PV = 2,50). Najmanj pa so se anketirani

strinjali s trditvijo, da alkoholizem v Sloveniji v primerjavi z drugimi evropskimi državami ni problematičen (PV = 1,60). Statistično pomembnih razlik v strinjanju med študenti in diplomiranimi medicinskimi sestrami nismo ugotovili.

Tabela 4: Mnenja anketiranih o razširjenosti alkoholizma v Sloveniji

	SKUPAJ			ŠTUDENTI			DMS			T-test	
	n	PV	SO	n	PV	SO	n	PV	SO	t	p
Alkoholizem v Sloveniji v primerjavi z drugimi evropskimi državami ni problematičen.	103	1,60	0,87	41	1,76	0,97	62	1,50	0,78	1,414	0,162
Alkohol je najpogosteje zlorabljen psihoaktivna snov tako v svetu kot pri nas.	103	4,06	1,21	41	4,00	1,12	62	4,10	1,28	0,406	0,686
Poraba čistega alkohola na prebivalca je v Evropi manjša kot v svetu.	103	2,50	0,99	41	2,32	1,04	62	2,61	0,95	1,468	0,146
Alkoholizem v Sloveniji predstavlja enega ključnih javno zdravstvenih problemov.	103	3,88	1,09	41	3,68	1,15	62	4,02	1,03	1,532	0,138
V Sloveniji je zasvojenih z alkoholom okoli 8–10 % odrasle populacije.	103	3,53	0,95	41	3,41	0,95	62	3,61	0,95	1,040	0,301
Letna registrirana poraba čistega alkohola na prebivalca nad 15 let starosti v Sloveniji je okoli 12 l.	103	3,43	1,03	41	3,37	0,94	62	3,47	1,10	0,487	0,627

n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, t = vrednost T-testa, p = koeficient statistične značilnosti, DMS = diplomirana medicinska sestra; Lestvica: 1 sploh se ne strinjam, 2 se ne strinjam, 3 včasih se, včasih se ne strinjam, 4 večinoma se strinjam, 5 popolnoma se strinjam

Tabela 5 prikazuje mnenja anketiranih do pitja alkohola in njegovih posledicah. Anketirani so se v največji meri strinjali s trditvama o negativnem vplivu alkoholizma na družino (PV = 4,82) in da alkohol povečuje tveganje za različna bolezenska stanja (PV = 4,81; SO = 0,51), Strinjajo se s trditvijo, da alkoholna toleranca pove, koliko alkohola prenese posamezen pivec (PV = 3,72). Bolj neopredeljeni so pri trditvi o uživanju alkohola kot tveganem vedenju (PV = 3,20). Manj se strinjajo s trditvijo o zadostni ozaveščenosti o alkoholni problematiki (PV = 2,63). Najmanj pa se strinjajo s trditvijo o koristnosti zmerne pitja alkoholnih pijač (PV = 2,17). Statistično pomembne razlike med mnenji študentov in diplomiranimi medicinskimi sestrami ugotavljamo v trditvi, da alkoholizem negativno vpliva na družino (p = 0,036) in v trditvi, da ima alkohol negativne posledice za celotno družbo (p = 0,027).

Tabela 5: Stališča anketiranih o pitju alkohola in posledicah

	SKUPAJ			ŠTUDENTI			DMS			T-test	
	n	PV	SO	n	PV	SO	n	PV	SO	t	p
Ljudje so na splošno dovolj ozaveščeni o alkoholni problematiki.	103	2,63	1,19	41	2,78	1,21	62	2,53	1,17	1,038	0,302
Zmerno pitje alkoholnih pijač je zdravju koristno.	103	2,17	1,29	41	2,27	1,41	62	2,10	1,21	0,658	0,512
Vsako uživanje alkohola je tvegano vedenje.	103	3,20	1,41	41	3,37	1,34	62	3,10	1,46	0,948	0,346
Alkohol je zdravju škodljiv v primeru pitja velikih količin.	103	4,14	1,30	41	4,37	1,04	62	3,98	1,43	1,565	0,121
Alkoholizem negativno vpliva na družino.	103	4,82	0,54	41	4,66	0,73	62	4,92	0,33	-2,152	0,036
Alkohol ima negativne posledice za celotno družbo.	103	4,72	0,63	41	4,54	0,74	62	4,84	0,52	-2,260	0,027
Alkohol povečuje tveganje za različna bolezenska stanja.	103	4,81	0,51	41	4,68	0,69	62	4,89	0,32	-1,780	0,081
Alkoholna toleranca pove, koliko alkohola prenese posamezen pivec.	103	3,72	1,35	41	4,00	1,38	62	3,53	1,31	1,734	0,090

n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, t = vrednost T-testa, p = koeficient statistične značilnosti, DMS = diplomirana medicinska sestra; Lestvica: 1 sploh se ne strinjam, 2 se ne strinjam, 3 včasih se, včasih se ne strinjam, 4 večinoma se strinjam, 5 popolnoma se strinjam

Tabela 6 prikazuje, da so si anketirani najbolj enotni (SO = 0,98) pri trditvi, da je alkoholizem bolezen. Diplomirane medicinske sestre (PV = 4,65) se v povprečju statistično bolj (p = 0,009) strinjajo s podano trditvijo kot študentje (PV = 4,10). Anketirani so se v visoki meri strinjali s trditvijo, da za zasvojenost z alkoholom ni mogoče iskati le enega vzroka (DMS: PV = 4,42; študenti: PV = 4,05). V tej trditvi ugotavljamo statistično pomembno razliko (p = 0,047) med študenti in diplomiranimi medicinskimi sestrami. Večinoma so se strinjali tudi s trditvami, da zdrav način življenja pripomore k zmanjšanemu tveganju za nastanek zasvojenosti z alkoholom (PV = 4,23), ter da je alkoholizem zgrešen način življenja (DMS: PV = 4,35; študenti: PV = 3,85), kjer smo ugotovili statistično pomembno razliko (p = 0,039) med študenti in diplomiranimi medicinskimi sestrami. Manj se strinjajo s trditvijo, da je zdravnikovo priporočanje uživanja alkoholnih pijač za zdravje nestrokovno in tvegano početje (PV = 3,66). Najmanj se strinjajo s trditvijo o zasvojenosti kot o značajski šibkosti (PV = 2,38).

Tabela 6: Mnenje anketiranih o zasvojenosti z alkoholom kot bolezn

	SKUPAJ			ŠTUDENTI			DMS			T-test	
	n	PV	SO	n	PV	SO	n	PV	SO	t	p
Zdrav način življenja pripomore k zmanjšanemu tveganju za nastanek zasvojenosti od alkohola.	103	4,23	0,95	41	4,22	0,99	62	4,24	0,94	0,116	0,908
Alkoholizem je bolezen.	103	4,43	0,98	41	4,10	1,14	62	4,65	0,79	2,686	0,009
Alkoholizem je lahko ozdravljiva bolezen.	103	2,82	1,61	41	3,22	1,57	62	2,55	1,60	2,101	0,038
Alkoholizem je popolnoma ozdravljiva bolezen.	103	2,87	1,27	41	2,76	1,34	62	2,95	1,22	0,766	0,445
Pri zasvojenosti od alkohola gre zgolj za značajsko šibkost.	103	2,38	1,16	41	2,34	1,17	62	2,40	1,15	0,263	0,793
Priporočila zdravstvenih delavcev (zdravnikov) uživanja alkoholnih pijač »za zdravje« je nestrokovno in tvegano početje.	103	3,66	1,29	41	3,51	1,45	62	3,76	1,17	0,948	0,345
Alkoholizem je zgrešen način življenja in sožitja	103	4,16	1,10	41	3,85	1,35	62	4,35	0,85	2,113	0,039
Za zasvojenost z alkoholom ni mogoče iskati le enega vzroka.	103	4,27	0,93	41	4,05	1,07	62	4,42	0,80	2,007	0,047

n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, t = vrednost T-testa, p = koeficient statistične značilnosti,

DMS = diplomirana medicinska sestra; Lestvica: 1 sploh se ne strinjam, 2 se ne strinjam, 3 večsah se, večsah se ne strinjam, 4 večinoma se strinjam, 5 popolnoma se strinjam

Tabela 7 prikazuje, da večina anketirancev (PV = 4,00) v bližnji okolici pozna osebo, ki se je zdravila zaradi zasvojenosti z alkoholom, razlike v mnenjih med diplomiranimi medicinskimi sestrami (PV = 4,24) in študenti (PV = 3,63) so statistično pomembne (p = 0,036). Anketirani se strinjajo s trditvijo, da je bistvo in namen zdravljenja zasvojenosti z alkoholom vzpostavitev in vzdrževanje abstinence (PV = 3,92), ter malo manj s trditvijo, da verjamejo v uspešnost zdravljenja zasvojenosti z alkoholom (PV = 3,58). Bolj neopredeljeni in najbolj enotni (SO = 0,97) so pri trditvi, da je zdravljenje zasvojenosti z alkoholom praviloma zelo uspešno (PV = 2,83). Ne strinjajo se s trditvijo, da po uspešnem zdravljenju lahko brez škode popijejo manjšo količino alkohola (DMS: PV = 1,35; študenti: PV = 2,05), kjer ugotovimo statistično pomembno razliko (p = 0,002) med študenti in diplomiranimi medicinskimi sestrami.

Tabela 7: Mnenja anketiranih o zdravljenju zasvojenosti z alkoholom

	SKUPAJ			ŠTUDENTI			DMS			T-test	
	n	PV	SO	n	PV	SO	n	PV	SO	t	p
Verjamem v uspešnost zdravljenja zasvojenosti z alkoholom.	103	3,58	1,00	41	3,51	1,03	62	3,63	0,98	0,581	0,562
V bližnji okolici poznam osebo, ki se je zdravila zaradi zasvojenosti z alkoholom.	103	4,00	1,45	41	3,63	1,67	62	4,24	1,24	2,120	0,036
Zdravljenje zasvojenosti z alkoholom je praviloma zelo uspešno.	103	2,83	0,97	41	3,02	0,88	62	2,71	1,01	1,623	0,108
Če je bilo zdravljenje zasvojenosti z alkoholom uspešno, potem posameznik čez določen čas občasno lahko brez škode popije manjšo količino alkohola.	103	1,63	1,11	41	2,05	1,30	62	1,35	0,87	3,244	0,002
Bistvo in namen zdravljenja zasvojenosti z alkoholom je vzpostavitev in vzdrževanje abstinence.	103	3,92	1,33	41	3,98	1,11	62	3,89	1,47	0,348	0,729

n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, t = vrednost T-testa, p = koeficient statistične značilnosti,

DMS = diplomirana medicinska sestra; Lestvica: 1 sploh se ne strinjam, 2 se ne strinjam, 3 večsah se, večsah se ne strinjam, 4 večinoma se strinjam, 5 popolnoma se strinjam

Tabela 8: Stališča anketiranih do dela s pacienti, zasvojenimi z alkoholom

	SKUPAJ			ŠTUDENTI			DMS			T-test	
	n	PV	SO	N	PV	SO	n	PV	SO	t	p
Medicinska sestra mora biti vzor drugim ljudem, mora imeti zdrav življenjski slog in zdrav odnos do alkohola.	103	4,52	0,84	41	4,44	1,00	62	4,58	0,71	0,783	0,436
Delo s pacienti, zasvojenimi z alkoholom, zaposlene psihično obremeni.	103	4,05	0,97	41	3,95	0,97	62	4,11	0,98	0,823	0,412
Delo z osebami, ki so zasvojene z alkoholom, je zahtevnejše, bolj utrujajoče in psihično napornejše kot delo s pacienti z drugimi obolenji.	103	3,63	1,16	41	3,39	1,07	62	3,79	1,20	1,725	0,088
Zdravstveni delavci pogosto obravnavajo paciente zasvojene z alkoholom kot manjvredne.	103	2,61	1,11	41	2,63	1,16	62	2,60	1,09	0,166	0,869
Pacienti, zasvojeni z alkoholom čutijo, da imajo zdravstveni delavci do njih predsodke.	103	2,91	0,98	41	2,80	1,08	62	2,98	0,91	0,876	0,384
Vključenost svojcev v obravnavo pacientov, zasvojenih z alkoholom, je pomembna.	103	4,68	0,66	41	4,51	0,87	62	4,79	0,45	1,889	0,064

n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, t = vrednost T-testa, p = koeficient statistične značilnosti,

DMS = diplomirana medicinska sestra; Lestvica: 1 sploh se ne strinjam, 2 se ne strinjam, 3 večsah se, večsah se ne strinjam, 4 večinoma se strinjam, 5 popolnoma se strinjam

Tabela 8 prikazuje, da se je 94 % anketiranih popolnoma strinjalo s trditvijo o pomembnosti vključitve svojcev v obravnavo pacientov, zasvojenih z alkoholom (PV = 4,68), pri čemer so si tudi najbolj enotni (SO = 0,66). Anketirani so se visoko strinjali s trditvijo, da mora biti medicinska sestra vzor drugim ljudem ter mora imeti zdrav odnos do alkohola (PV = 4,52). Prav tako so se strinjali, da delo s pacienti, zasvojenimi z alkoholom, zanje pomeni psihično obremenitev (PV = 4,05). Nekoliko manj so se strinjali s trditvijo, da je delo z osebami, ki so zasvojene z alkoholom, zahtevnejše in psihično napornejše kot delo s pacienti z drugimi obolenji (PV = 3,63). Najmanj so se strinjali s trditvami, da pacienti, zasvojeni z alkoholom čutijo, da imajo zdravstveni delavci do njih predsodke (PV = 2,91) in da zdravstveni delavci pogosto paciente, zasvojene z alkoholom, obravnavajo kot manjvredne (PV = 2,61). Statistično pomembnih razlik v stališčih anketirancev do pacientov, zasvojenih z alkoholom med študenti in diplomiranimi medicinskimi sestrami nismo ugotovili.

Tabela 9 prikazuje, da se anketirani najbolj enotno (SO = 0,80) strinjajo s trditvijo, da terapevti v klubih zdravljenih alkoholikov (KZA) za svoje delo potrebujejo posebno izobraževanje in dodatna znanja (DMS: PV = 4,58; študenti: PV = 4,15). V trditvi ugotavljamo statistično pomembne razlike med študenti in diplomiranimi medicinskimi sestrami ($p = 0,013$). Zelo se strinjajo tudi s trditvami, da je KZA pomemben člen v verigi zdravljenja alkoholne zasvojenosti (DMS: PV = 4,53; študenti: PV = 4,10). V trditvi ugotavljamo statistično pomembne razlike med študenti in diplomiranimi medicinskimi sestrami ($p = 0,018$). Visoko se strinjajo s trditvama, da terapevt v KZA strokovno usmerja skupino z različnimi terapevtskimi tehnikami (PV = 4,13), ter da v KZA poteka nadaljevalno zdravljenje in rehabilitacija (PV = 4,05). S trditvijo, da oseb, ki so zasvojene z alkoholom ne obsojajo, temveč jih poskušajo razumeti, se večinoma strinjajo (PV = 3,85). Večinoma se strinjajo tudi s trditvijo, da KZA v Sloveniji delujejo že približno 30 let (PV = 3,80). Bolj neopredeljeni so pri trditvi, da KZA deluje enako kot anonimni alkoholiki (DMS: PV = 3,61; študenti: PV = 2,98). Neodločni so tudi pri trditvi o želji po pridobivanju znanja in dodatnem izobraževanju (PV = 3,34). Najmanj se strinjajo s trditvama, da si želijo pomagati in delati z ljudmi, zasvojenimi z alkoholom (DMS: PV = 2,40; študenti: PV = 2,98). V trditvi ugotavljamo statistično

pomembne razlike ($p = 0,003$) med študenti in diplomiranimi medicinskimi sestrami. Statistično pomembno razliko ($p = 0,000$) ugotavljamo tudi v postavki o pripravljenosti sodelovanja v klubu zdravljenih alkoholikov kot terapevt (DMS: PV= 2,39; študenti: PV= 3,17).

Tabela 9: Poznavanje klubov zdravljenih alkoholikov

Postavka	SKUPAJ			ŠTUDENTI			DMS			T-test	
	n	PV	SO	n	PV	SO	n	PV	SO	T	P
KZA v Sloveniji deluje že približno 30 let.	103	3,80	0,93	41	3,66	0,82	62	3,89	0,99	1,220	0,225
V KZA poteka nadaljevalno zdravljenje in rehabilitacija.	103	4,05	0,86	41	4,05	0,86	62	4,05	0,86	0,002	0,998
KZA deluje enako kot skupina Anonimni alkoholiki.	103	3,36	1,09	41	2,98	1,17	62	3,61	0,96	3,011	0,003
KZA deluje na principu tovariške in prijateljske skupine, ki jo vodi terapevt.	103	3,85	0,91	41	3,85	0,94	62	3,85	0,90	0,006	0,995
Terapevt v KZA strokovno usmerja skupino z različnimi terapevtskimi tehnikami.	103	4,13	0,83	41	4,22	0,85	62	4,07	0,81	0,919	0,360
Terapevti v klubu zdravljenih alkoholikov za svoje delo potrebujejo posebno izobraževanje in dodatna znanja.	103	4,41	0,80	41	4,15	0,96	62	4,58	0,62	2,562	0,013
KZA je pomemben člen v verigi zdravljenja alkoholne zasvojenosti.	103	4,36	0,84	41	4,10	1,02	62	4,53	0,65	2,426	0,018
Osebe, zasvojene z alkoholom ne obsojam, temveč jih poskušam razumeti.	103	3,85	1,02	41	3,73	1,03	62	3,94	1,02	0,989	0,325

n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, t = vrednost T-testa, p = koeficient statistične značilnosti,

DMS = diplomirana medicinska sestra, KZA = klub zdravljenih alkoholikov; Lestvica: 1 sploh se ne strinjam, 2 se ne strinjam, 3 večasih se, 4 večinoma se strinjam, 5 popolnoma se strinjam

Tabela 10 prikazuje pripravljenost diplomiranih medicinskih sester za sodelovanje v KZA. Več kot polovica (55,6 %) zaposlenih v referenčni ambulanti, 46,7 % zaposlenih v dispanzerju in 27 % patronažnih medicinskih sester se sploh ne strinja s trditvijo, da bi bili pripravljeni sodelovati v KZA. 35,1 % zaposlenih v patronaži je neopredeljenih glede trditve. 27 % pa se s trditvijo sploh ne strinja. V ANMP je zaposlena ena oseba, ki se s trditvijo sploh ne strinja. Statistično pomembne razlike v pripravljenosti sodelovanja v KZA med diplomiranimi medicinskimi sestrami glede na delovno mesto nismo ugotovili ($p = 0,190$).

Tabela 10: Pripravljenost diplomiranih medicinskih sester za sodelovanje v KZA

delovno mesto	Pripravljen bi bil sodelovati v KZA kot terapevt						skupaj	PV	SO	ANOVA	
	sploh se ne strinjam	se ne strinjam	včasih se, včasih se ne strinjam	večinoma se strinjam	popolnoma se strinjam	F				p	
referenčna ambulanta	n	5	0	3	1	0	9	2,00	1,22	1,710	0,190
	%	55,6	0,0	33,3	11,1	0,0	100,0				
dispanzer	n	7	2	5	0	1	15	2,07	1,22		
	%	46,7	13,3	33,3	0,0	6,7	100,0				
patronaža	n	10	5	13	6	3	37	2,65	1,27		
	%	27,0	13,6	35,1	16,2	8,1	100,0				
ANMP	n	1	0	0	0	0	1	1	/	/	
	%	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0				

n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon; ANMP = ambulanta za nujno medicinsko pomoč

Tabela 11: Pripravljenost študentov za sodelovanje v KZA

vrsta študija	Pripravljen bi bil sodelovati v KZA kot terapevt						skupaj	PV	SO	T-test	
	sploh se ne strinjam	se ne strinjam	včasih se, včasih se ne strinjam	večinoma se strinjam	popolnoma se strinjam	t				p	
redni	n	4	4	9	7	7	31	3,29	1,32	1,023	0,322
	%	9,8	9,8	22,0	17,1	17,1	75,6				
izredni	n	2	2	3	2	1	10	2,80	1,31		
	%	4,9	4,9	7,3	4,9	2,4	24,4				
skupaj	n	6	6	12	9	8	41	1,34	0,43		
	%	14,6	14,6	29,3	22	19,5	100				

n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

Tabela 11 prikazuje pripravljenost študentov za sodelovanje v KZA. Največ študentov (29,3 %) je glede pripravljenosti za sodelovanje v KZA neopredeljenih, 22 % se s trditvijo večinoma strinja, 19,5 % se popolnoma strinja s trditvijo, 14,6 % se sploh ne strinja. Statistično pomembne razlike v pripravljenosti sodelovanja v klubu zdravljenih alkoholikov med rednimi in izrednimi študenti nismo ugotovili ($p = 0,322$).

Tabela 12: Pripravljenost diplomiranih medicinskih sester in študentov za sodelovanje v KZA

SKUPAJ			ŠTUDENTI			DMS			T-test	
n	PV	SO	n	PV	SO	n	PV	SO	t	p
103	2,7	1,34	41	3,17	1,32	62	2,39	1,27	3,014	0,003

n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon; Lestvica: 1 sploh se ne strinjam, 2 se ne strinjam, 3 včasih se, včasih se ne strinjam, 4 večinoma se strinjam, 5 popolnoma se strinjam

Tabela 12 prikazuje pripravljenost diplomiranih medicinskih sester in študentov za sodelovanje v KZA. Ugotovili smo statistično pomembno razliko ($p = 0,003$) med diplomiranimi medicinskimi sestrami in študenti.

Tabela 13: Mnenja diplomiranih medicinskih sester o dodatnem izobraževanju na področju zasvojenosti z alkoholom

delovno mesto		Želim pridobiti znanja in se dodatno izobraževati na področju zasvojenosti z alkoholom					skupaj	PV	SO	ANOVA	
		sploh se ne strinjam	se ne strinjam	včasih se, včasih se ne strinjam	večinoma se strinjam	popolnoma se strinjam				F	p
referenčna ambulanta	n	1	1	3	1	3	9	3,44	1,42	0,478	0,622
	%	11,1	11,1	33,3	11,1	33,3	100,0				
dispanzer	n	3	1	6	3	2	15	3,00	1,31		
	%	20,0	6,7	40,0	20,0	13,3	100,0				
patronaža	n	6	4	4	16	7	37	3,38	1,36		
	%	16,2	10,8	10,8	43,2	19,0	100,0				
ANMP	n	0	0	1	0	0	1	3	/	/	
	%	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0				

n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

Tabela 13 prikazuje mnenja diplomiranih medicinskih sester o potrebah po dodatnem znanju na področju zasvojenosti z alkoholom. V referenčni ambulanti se 33,3 % zaposlenih popolnoma strinja, da si želijo pridobiti dodatna znanja na področju zasvojenosti z alkoholom, enak odstotek je neopredeljenih. 40 % zaposlenih v dispanzerju je glede trditve neopredeljenih, 20 % se s trditvijo sploh ne strinja, 13,3 % se s trditvijo popolnoma strinja. 43,2 % zaposlenih v patronaži se s trditvijo večinoma strinja, 19 % se s trditvijo popolnoma strinja. Statistično pomembne razlike o mnenju o

dotatnem izobraževanju med diplomiranimi medicinskimi sestrami nismo ugotovili ($p = 0,622$).

Tabela 14: Mnenja študentov o potrebah po dodatnem izobraževanju na področju zasvojenosti z alkoholom

vrsta študija	Želim pridobiti znanja in se dodatno izobraževati na področju zasvojenosti z alkoholom						skupaj	PV	SO	T-test	
	sploh se ne strinjam	se ne strinjam	včasih se, včasih se ne strinjam	večinoma se strinjam	popolnoma se strinjam	T				p	
redni	n	1	6	7	7	10	31	3,61	1,23	1,85 0	0,07 2
	%	2,4	14,6	17,1	17,1	24,4	75,6				
izredni	n	2	0	7	0	1	10	2,80	1,13		
	%	4,9	0,0	17,1	0,0	2,4	24,4				
skupaj	n	3	6	14	7	11	41	3,34	1,3		
	%	7,3	14,6	34,2	17,1	26,8	100				

n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

Tabela 14 prikazuje mnenja študentov po pridobitvi znanja in dodatni izobrazbi na področju zasvojenosti z alkoholom. Največ študentov (34,2 %) je neopredeljenih glede trditve, da si želijo pridobiti dodatna znanja na področju zasvojenosti z alkoholom. 26,8 % študentov se s trditvijo popolnoma strinja, 17,1 % se s trditvijo večinoma strinja, 14,6 % študentov se ne strinja s trditvijo ter 7,3 % študentov se sploh ne strinja s trditvijo. Statistično pomembne razlike o mnenjih o pridobitvi znanja in dodatnem izobraževanju med rednimi in izrednimi študenti nismo ugotovili ($p = 0,072$).

Tabela 15: Mnenja diplomiranih medicinskih sester in študentov o potrebah po dodatnem izobraževanju na področju zasvojenosti z alkoholom

SKUPAJ			ŠTUDENTI			DMS			T-test	
n	PV	SO	n	PV	SO	n	PV	SO	t	p
103	3,34	1,3	41	3,41	1,24	62	3,29	1,31	0,475	0,636

n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon; Lestvica: 1 sploh se ne strinjam, 2 se ne strinjam, 3 včasih se, včasih se ne strinjam, 4 večinoma se strinjam, 5 popolnoma se strinjam

Tabela 15 prikazuje mnenja diplomiranih medicinskih sester in študentov o potrebah po dodatnem izobraževanju na področju zasvojenosti z alkoholom. Statistično pomembne razlike med diplomiranimi medicinskimi sestrami in študenti nismo ugotovili ($p = 0,636$).

Tabela 16: Mnenja diplomiranih medicinskih sester o delu z ljudmi, zasvojenimi z alkoholom

delovno mesto		Želim si delati z ljudmi, zasvojenimi z alkoholom in jim pomagati					skupaj	PV	SO	ANOVA	
		sploh se ne strinjam	se ne strinjam	včasih se, včasih se ne strinjam	večinoma se strinjam	popolnoma se strinjam				F	p
referenčna ambulanta	n	4	1	2	2	0	9	2,2	1,3	2,0	0,135
	%	44,4	11,1	22,2	22,2	0,0	100,0	2	0		
Dispanzer	n	7	3	4	1	0	15	1,9	1,0		
	%	46,7	20,0	26,7	6,6	0,0	100,0	3	3		
Patronaža	n	8	7	15	5	2	37	2,6	1,1		
	%	27,0	13,6	35,1	16,2	8,1	100,0	2	4		
ANMP	n	0	0	1	0	0	1	3	/	/	
	%	0	0,0	100	0,0	0,0	100,0				

n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, ANMP

Tabela 16 prikazuje mnenja o delu z ljudmi, zasvojenimi z alkoholom. 44,4 % zaposlenih v referenčni ambulanti se sploh ne strinja s trditvijo, da si želijo delati z ljudmi, zasvojenimi z alkoholom. 22,2 % je glede trditve neopredeljenih, enak odstotek se jih s trditvijo večinoma strinja. 46,7 % zaposlenih v dispanzerju se s trditvijo sploh ne strinja, 26,7 % je neopredeljenih, 6,6 % se jih s trditvijo večinoma strinja. 35,1 % zaposlenih v patronaži je neopredeljenih glede trditve, 27 % se s trditvijo sploh ne strinja, 16,2 % se večinoma strinja ter 8,1 % popolnoma strinja s trditvijo. Statistično pomembne razlike o mnenjih o delu z ljudmi, zasvojenimi z alkoholom med diplomiranimi medicinskimi sestrami nismo ugotovili ($p = 0,135$).

Tabela 17 prikazuje mnenja študentov o delu z ljudmi, zasvojenimi z alkoholom. Največ (26,9 %) študentov je glede želje po delu z ljudmi, zasvojenimi z alkoholom neopredeljenih. 21,9 % študentov se s trditvijo popolnoma strinja, 19,5 % se s trditvijo

sploh ne strinja, enak odstotek študentov se s trditvijo ne strinja, 12,2 % študentov pa se s trditvijo večinoma strinja. Ugotovili smo statistično pomembno razliko ($p = 0,005$) o mnenjih o delu z ljudmi, zasvojenimi z alkoholom med rednimi in izrednimi študenti.

Tabela 17: Mnenja študentov o delu z ljudmi, zasvojenimi z alkoholom

vrsta študija	Želim si delati z ljudmi zasvojenimi z alkoholom in jim pomagati						skupaj	PV	SO	T-test	
	sploh se ne strinjam	se ne strinjam	včasih se, včasih se ne strinjam	večinoma se strinjam	popolnoma se strinjam	F				p	
redni	n	3	7	7	5	9	31	3,32	1,38	3,014	0,005
	%	7,3	17,1	17,1	12,2	21,9	75,6				
izredni	n	5	1	4	0	0	10	1,90	0,99		
	%	12,2	2,4	9,8	0,0	0,0	24,4				
skupaj	n	8	8	11	5	9	41	2,631	1,291		
	%	19,5	19,5	26,9	12,2	21,9	100				

n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

Tabela 18: Mnenja diplomiranih medicinskih sester in študentov o delu z ljudmi, zasvojenimi z alkoholom

SKUPAJ			ŠTUDENTI			DMS			T-test	
n	PV	SO	n	PV	SO	n	PV	SO	t	p
103	2,63	1,29	41	2,98	1,42	62	2,4	1,15	2,246	0,027

n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon; Lestvica: 1 sploh se ne strinjam, 2 se ne strinjam, 3 včasih se, včasih se ne strinjam, 4 večinoma se strinjam, 5 popolnoma se strinjam

Tabela 18 prikazuje mnenja diplomiranih medicinskih sester in študentov o delu z ljudmi, zasvojenimi z alkoholom. Ugotovili smo statistično pomembno razliko ($p = 0,027$) med diplomiranimi medicinskimi sestrami in študenti.

Tabela 19 prikazuje, kdaj so anketiranci prvič slišali za KZA. Za KZA je največ anketiranih prvič slišalo med študijem (DMS= 20,4 %; študenti= 21,4 %). V službi je za KZA prvič slišalo 36 % diplomiranih medicinskih sester in 12,2 % študentov. 14,8 % diplomiranih medicinskih sester in 4,9 % študentov je za KZA slišala nekje drugje, vendar pa niso zapisali kje. 14,8 % diplomiranih medicinskih sester še nikoli ni slišalo za KZA, zanj še nikoli ni slišalo tudi 29,3 % študentov.

Tabela 19: Prva seznanitev s klubom zdravljenih alkoholikov

	Med študijem		V službi		Še nikoli nisem slišal za KZA		Drugo		skupaj	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
DMS	21	20,4	22	21,4	9	8,7	9	8,7	61	59,2
študenti	22	21,4	5	4,9	12	11,6	2	1,9	41	39,8
skupaj	43	41,7	27	26,2	21	20,4	11	10,7	102	99

n = število odgovorov, DMS = diplomirana medicinska sestra, KZA = klub zdravljenih alkoholikov

Tabela 20: Poznavanje opredelitev manj tveganega pitja alkohola za zdrave odrasle ženske

	največ 1 enota na dan		največ 2 enoti na dan		največ 3 enote na dan		nič		skupaj	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
DMS	53	85,5	0	0	0	0	9	14,5	62	100
študenti	26	63,4	0	0	8	19,5	7	17,1	41	100

n = število odgovorov, DMS = diplomirana medicinska sestra

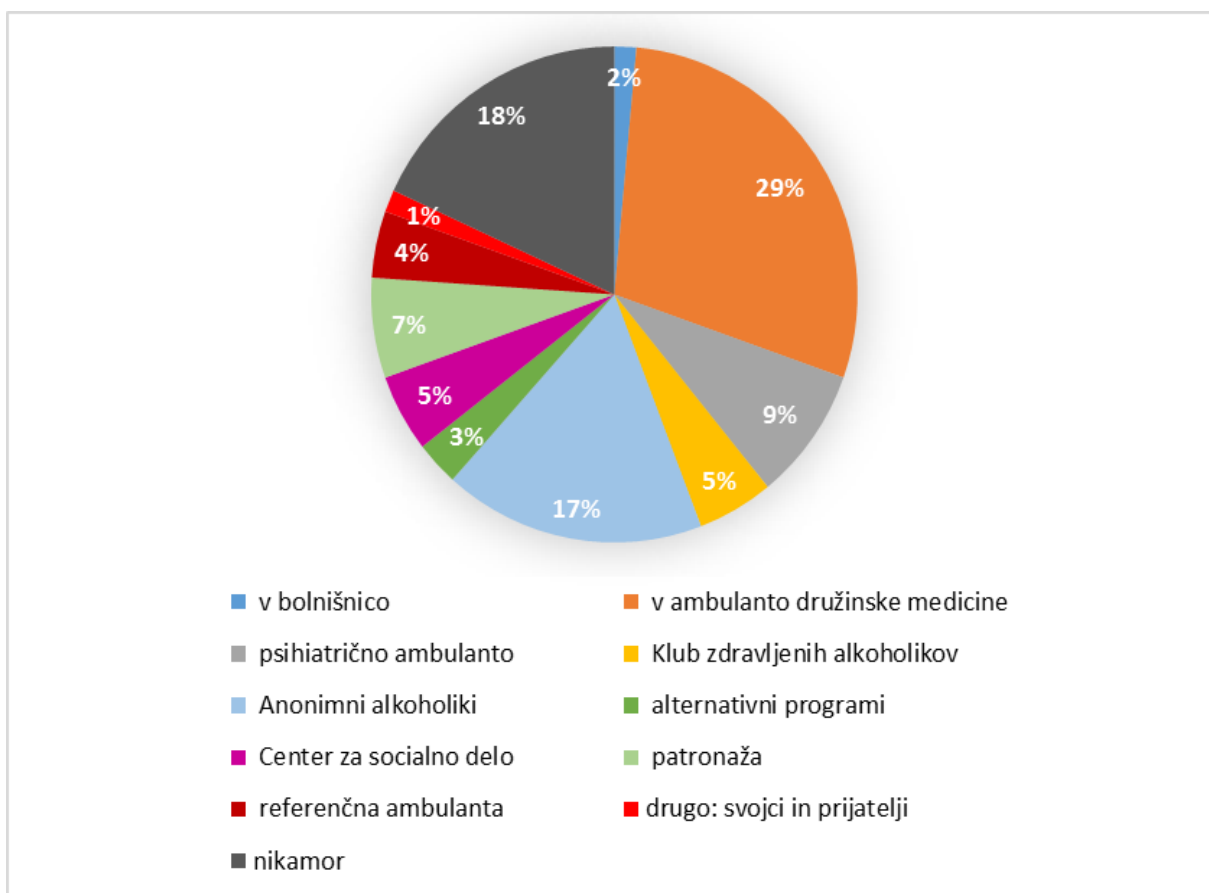
Tabela 20 prikazuje mnenja anketiranih o opredelitvi manj tveganega pitja alkohola za zdrave odrasle ženske. 85,5 % diplomiranih medicinskih sester in 63,4 % študentov meni, da manj tvegavo pitje alkohola pomeni največ eno enoto na dan. 19,5 % študentov meni, da je manj tvegano pitje alkohola omejeno na največ 3 enote na dan. 14,5 % diplomiranih medicinskih sester in 17,1 % študentov je mnenja, da manj tvegano pitje alkohola pomeni nič alkohola.

Tabela 21: Poznavanje opredelitev manj tveganega pitja alkohola za zdrave odrasle moške

	največ 1 enota na dan		največ 2 enoti na dan		največ 3 enote na dan		nič		skupaj	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
DMS	17	27,4	36	58,1	0	0	9	14,5	62	100
študenti	5	12,2	21	51,2	8	19,5	7	17,1	41	100

n = število odgovorov, DMS = diplomirana medicinska sestra

Tabela 21 prikazuje mnenja anketiranih o opredelitvi manj tvegane pitja alkohola za zdrave odrasle moške. 27,4 % diplomiranih medicinskih sester in 12,2 % študentov je mnenja, da manj tvegano pitje za moške pomeni največ 1 enota na dan; 58,1 % diplomiranih medicinskih sester in 51,2 % študentov je mnenja, da to pomeni največ 2 enoti na dan; 19,5 % študentov meni, da so to največ 3 enote na dan. Da manj tvegano pitje alkohola pomeni nič alkohola meni 14,5 % diplomiranih medicinskih sester in 17,1 % študentov.



Slika 1: Mnenja anketiranih o najpogostejših virih iskanja pomoči oseb, zasvojenih z alkoholom

Slika 1 prikazuje, kam anketirani menijo, da se osebe, zasvojene z alkoholom največkrat obrnejo po pomoč. Največ anketiranih (29 %) meni, da poiščejo pomoč v ambulanti družinske medicine. 18 % anketiranih meni, da nikjer ne iščejo pomoči, 17 % pa jih je mnenja, da se obrnejo po pomoč v skupino Anonimni Alkoholiki. 9 % anketiranih meni, da pomoč poiščejo v psihiatrični ambulanti, 7 % pa, da se obrnejo na patronažo, 5 % jih

je mnenja, da poiščejo pomoč v centru za socialno delo ter prav tako 5 % v KZA, 4 % v referenčni ambulanti, 3 % v alternativnih programih, 2 % v bolnišnici. 1 % anketiranih je mnenja, da pomoč poiščejo pri svojih in prijateljih.

3.5 RAZPRAVA

Z raziskavo smo želeli ugotoviti poznavanje problematike alkoholizma, pripravljenost diplomiranih medicinskih sester in študentov prve stopnje visokošolskega strokovnega študijskega programa zdravstvene nege za strokovno sodelovanje v klubih zdravljenih alkoholikov.

Ugotavljamo, da so študenti in diplomirane medicinske sestre dobro seznanjeni z razširjenostjo alkoholizma ter njegovimi škodljivimi posledicami. Večinoma se strinjajo, da alkoholizem negativno vpliva na družino in ima negativne posledice za celotno družbo. Pri tem pa opazamo, da se diplomirane medicinske sestre statistično pomembno bolj zavedajo razdiralnih posledic alkoholizma v družini in družbi. Anketirani so mnenja, da ljudje na splošno niso dovolj ozaveščeni o alkoholizmu in njegovi problematiki. Tudi Albreht (2011) ugotavlja, da je naše družbeno okolje zelo naklonjeno pitju alkoholnih pijač, tolerira se ne le uživanje alkohola, temveč tudi opitost in pijanost. Podobno tudi Hovnik Keršmančeva (2010) v svoji raziskavi ugotavlja, da se po registrirani porabi čistega alkohola na prebivalca Slovenija uvršča na evropski vrh.

Raziskava je pokazala, da tako študenti kot diplomirane medicinske sestre na alkoholizem gledajo kot na bolezen, ki pa je ni lahko zdraviti. Menijo, da obstaja več različnih vzrokov, ki posameznika pripeljejo do zasvojenosti z alkoholom. Ob visokem strinjanju obeh skupin se diplomirane medicinske sestre statistično pomembno bolj strinjajo kot študentje. V večini se anketirani strinjajo, da zasvojenim osebam kot razlog bolezni ne moremo pripisati zgolj značajske šibkosti, kot jo morebiti vidijo nekateri ljudje. Zelo enotno se strinjajo, da z zdravim načinom življenja pripomoremo k zmanjšanemu tveganju za nastanek zasvojenosti z alkoholom. Alkoholizem vidijo kot zgrešen način življenja, s čimer se bolj strinjajo diplomirane medicinske sestre kot študentje. Pivač in Skela Savič (2016) v svoji raziskavi *Dejavniki tveganja za uživanje alkoholnih pijač pri študentih v gorenjski regiji* ugotavljata, da je alkohol dokaj

razširjen tudi med študenti. Lahka dostopnost posledično lahko pomeni tveganje, ki je povezano s pitjem alkoholnih pijač. Tako diplomirane medicinske sestre kot študentje pa dvomijo v popolno ozdravitev te bolezni. Bajc (2014) navaja, da je zasvojenost z alkoholom možno zdraviti in to dobro. Strokovnjaki so glede zdravljenja zasvojenosti z alkoholom optimistični. Navaja, da ima dolgoročno gledano okoli 60 % zdravljenecv dobro prognozo.

Velik del anketirancev v svoji bližini pozna osebo, ki se je zdravila zaradi zasvojenosti z alkoholom. Poznavanje je višje med diplomiranimi medicinskimi sestrami kot študenti. Anketirani menijo, da je bistvo zdravljenja vzpostavitev in vzdrževanje abstinence; večina se ne strinja, da lahko po uspešnem zdravljenju ljudje brez škode popijejo manjšo količino alkohola. Študenti se s tem mnenjem strinjajo manj kot diplomirane medicinske sestre. Bajc (2014) navaja, da zdravjen alkoholik ne more biti zmeren pivec, saj pitje kmalu preide v ponovno alkoholno zasvojenost, zato je edini način popolna abstinenca od alkoholnih pijač. Kot pravi Rugelj (2008) abstinenca ni bistvo zdravljenja, pač pa nujen predpogoj za začetek rehabilitacije v klubu zdravljenih alkoholikov. Oseba, ki se zdravi zaradi zasvojenosti z alkoholom, mora spremeniti način življenja na vseh področjih.

Anketirani menijo, da je vključenost svojcev v obravnavo in zdravljenje zasvojenih z alkoholom zelo pomembna. To potrjujejo tudi izsledki raziskave IATPAD – Improvement of access to treatment for people with alcohol and drug related problems (2009), ki je pokazala, da so na odločitev mnogih udeležencev, da začnejo s programom zdravljenja, pozitivno vplivali njihovi sorodniki ali partner. Tudi Flynn (2010) je v svoji raziskavi, izvedeni v Veliki Britaniji, ugotovil, da je v zdravstveno obravnavo oseb, zasvojenih z alkoholom, nujno potrebno vključiti njihove svojce, jih podpirati in spodbujati. Ugotovil je, da se pogostost alkoholnih recidivov zmanjša, ker je v zdravljenje vključena družina.

Anketirani v naši raziskavi so mnenja, da mora biti medicinska sestra vzor drugim ljudem, mora imeti zdrav življenjski slog in zdrav odnos do alkohola. Na pomembnost vzora strokovnjaka, terapevta, posredno nakazuje tudi Sorkova (2010), ki v svoji

raziskavi zapiše, da se strokovnjaki, ki delajo z zasvojenimi, svojemu delu posvečajo v celoti ter jim to delo predstavlja način življenja in ne le vir zaslužka.

V naši raziskavi velik del vprašanih meni, da delo s pacienti, zasvojenimi z alkoholom, zaposlene psihično obremenjuje. Raziskava projekta IATPAD (2009) je med različnimi profili zaposlenih na različnih področjih zdravstva pokazala, da je odnos do dela s pacienti, ki imajo težave z alkoholom, bistveno slabši kot odnos do pacientov z drugimi obolenji. Ugotovitev je pomembna tudi z vidika izgorelosti, saj Fengler (2007) navaja, da po dalj časa trajajočih prekomernih obremenitvah lahko pride do izgorelosti, kar pomeni fizično in duševno izčrpanost. Hkrati pa je v naši raziskavi zanimiv podatek, da anketiranim delo z osebami, ki so zasvojene z alkoholom, ni veliko bolj utrujajoče in psihično napornejše kot delo z ostalimi pacienti. Menijo, da paciente, zasvojene z alkoholom, ne obravnavajo kot manjvredne ter da pacienti ne občutijo predsodkov zdravstvenih delavcev. Prav tako osebe, zasvojene z alkoholom, ne obsojajo, temveč jih poskušajo razumeti. V raziskavi IATPAD (2009) so ugotovili, da imajo zaposleni iz primarnega zdravstva slabši odnos do ljudi, ki so zasvojeni z alkoholom kot zaposleni iz splošne psihiatrije, ter da imajo zaposleni iz specializiranih služb za zdravljenje zasvojenosti boljši odnos do pacientov s težavami zaradi alkohola kot zaposleni iz splošne psihiatrije.

Osrednji del raziskave smo posvetili klubu zdravljenih alkoholikov ter strokovnemu oziroma terapevtskemu delu. Ugotovili smo, da anketirani v večini poznajo klube zdravljenih alkoholikov ter vlogo terapevtov, vendar pa dobra petina anketiranih za klub ni še nikoli slišala. S klubi so se najpogosteje seznanili v času šolanja ali službi. Anketirani so prav tako seznanjeni, da v klubu zdravljenih alkoholikov poteka nadaljevalno zdravljenje in rehabilitacija. Niso pa prepričani, ali klub zdravljenih alkoholikov deluje enako kot skupina Anonimni Alkoholiki (AA). Ramovš in Ramovš (2007) navajata, da klubi zdravljenih alkoholikov in skupina AA pomagata zdravljenju pri vzdrževanju abstinence in vsestranskem socialnem urejanju; glavna razlika je ta, da klub zdravljenih alkoholikov deluje pod vodstvom terapevta, skupina AA pa je po svetu priznana in razširjena skupina za samopomoč, ki deluje brez vodenja terapevta.

Raziskava je pokazala, da se anketirani sicer zavedajo, da terapevti potrebujejo posebno izobraževanje in dodatna znanja, vendar pa so sami dokaj neodločni v mnenju oziroma želji po pridobivanju znanj in dodatnem izobraževanju na področju zasvojenosti z alkoholom. Razlik med študenti in diplomiranimi medicinskimi sestrami nismo ugotovili. Med diplomiranimi medicinskimi sestrami je delež z željo po dodatnem izobraževanju nekoliko višji med zaposlenimi v patronaži. Med rednimi in izrednimi študenti pa so večjo željo po izobraževanju izrazili redni študenti. Čebaškova (2008) meni, da je izobraževanje najbolj uveljavljena metoda za zmanjševanje stigmatizacije tudi med strokovnjaki. Sorkova (2010) v svoji raziskavi navaja, da bi bilo potrebno vidik strokovnjakov o izobraževalnih vsebinah o zasvojenosti predstaviti študentom, bodočim strokovnjakom, saj bi se tako pri njih razvila večja občutljivost za to delo kot tudi do ljudi, ki imajo zaradi zasvojenosti težave v svojem življenju.

Naša raziskava kaže, da interesa za sodelovanje v klubih zdravljenih alkoholikov ni zaznati ne med diplomiranimi medicinskimi sestrami ne med študenti; ob tem pa so študentje manj odklonilni. Stanje je zaskrbljujoče, saj podobno tudi raziskava projekta IATPAD (2009) navaja, da so udeleženci klubov zdravljenih alkoholikov še posebej poudarili pomanjkanje terapevtov in navedli, da v tej panogi ne dela dovolj ljudi.

Med anketiranimi smo ugotavljali, ali si želijo delati z ljudmi, zasvojenimi z alkoholom. Diplomirane medicinske sestre so v večini odklonilne glede dela z zasvojenimi, izjema je patronažna služba, ki je glede tovrstnega dela bolj neopredeljena. Prav tako je neopredeljenih tudi največ študentov. Redni študenti so izkazali nekoliko večjo željo po delu z ljudmi, zasvojenimi z alkoholom, kot izredni ($p = 0,005$).

V raziskavi nas je zanimalo tudi poznavanje manj tvegane pitja alkohola za zdrave odrasle ženske in zdrave odrasle moške. Tri četrtine anketiranih meni, da manj tvegano pitje za zdrave odrasle ženske pomeni največ eno enoto na dan. Več kot polovica anketiranih meni, da za zdrave odrasle moške manj tvegano pitje alkohola pomenita največ dve enoti dnevno. Kar petina študentov je mnenja, da manj tvegano pitje za zdrave odrasle moške pomeni največ 3 enote dnevno, kar kaže na šibko poznavanje še sprejemljive količine dnevno zaužitega alkohola med študenti. Skladno s strokovnimi

kriteriji (NIJZ, 2014) ena enota pomeni 2,5 dl piva ali 1 dl vina ali 0,3 dl žganja. Kolšek (2010) navaja, da je meja manj tvegane pitja za zdrave odrasle ženske največ 1 enota na dan, medtem ko je za zdrave odrasle moške največ 2 enoti dnevno.

V raziskavi smo ugotavljali tudi mnenja, kam se z alkoholom zasvojene osebe najpogosteje obrnejo po pomoč. Anketirani menijo, da jih največ išče pomoč v ambulanti družinske medicine, sledi mnenje, da pomoči ne iščejo nikjer, na tretjem mestu pa je mnenje, da pomoč poiščejo v skupini Anonimni Alkoholiki. Za psihiatrično ambulanto, patronažo, center za socialno delo, klub zdravljenih alkoholikov, referenčno ambulanto ter alternativne programe menijo, da se najmanjkrat obrnejo po pomoč.

Raziskava projekta IATPAD (2009) je pokazala, da število tedenskih obratovalnih ur primarnih zdravstvenih ustanov v Sloveniji sega do 100, pacienti pa na prvo obravnavo v povprečju čakajo en dan, kar je v primerjavi z drugimi evropskimi državami dober pokazatelj čakalne dobe. Službe splošne psihiatrije so odprte do 134 ur na teden, kar je do 3-krat več kot v nekaterih drugih evropskih državah. Kljub temu pa pacienti na prvo obravnavo v Sloveniji v povprečju čakajo dlje časa, in sicer od povprečno 1,3 dneva v Bolgariji do 45 dni v Sloveniji. Menimo, da bi bilo koristno skrajšati čakalno dobo prve obravnave v službi splošne psihiatrije. Število ur, ko so storitve na voljo, bi bilo potrebno povečati z delom izven uradnih ur, kar bi povečalo dostopnost tudi za ljudi, zasvojene z alkoholom, ki so zaposleni.

Potrebno bi bilo razmisliti o inovativnih pristopih za izboljšanje odnosa do dela z ljudmi, zasvojenimi z alkoholom. Z zmanjšanjem stigmatizacije bi morebiti dosegli večjo pripravljenost za zdravljenje. Čebaškova (2008) navaja, da se posledice stigmatizacije odražajo na slabši socialni in zdravstveni oskrbi, kar pa so že elementi diskriminacije. Predvsem bi bilo potrebno izboljšati izobraževanje za vse zdravstvene delavce ter jim približati tematiko alkoholizma kot bolezni, saj bi s tem spodbudili posamezne profile k večji motivaciji in želji po delu s to stigmatizirano skupino ljudi.

Omejitev raziskave je v vzorcu, saj smo v raziskavo zajeli le primarno zdravstveno dejavnost, smiselno pa bi bilo vključiti tudi psihiatrično bolnišnico. Kot omejitev raziskave navajamo tudi dostopnost vprašalnika pri študentih. Do povezave spletnega

vprašalnika so študenti dostopali preko družbenega omrežja Facebook, zato v primeru neuporabe le-tega, vsi študenti niso imeli možnosti izpolniti vprašalnika.

4 ZAKLJUČEK

V raziskavi smo podrobneje opisali eno od stopenj zdravljenja, in sicer nadaljevalno zdravljenje in rehabilitacijo, ki poteka v klubu zdravljenih alkoholikov, z vidika pripravljenosti diplomiranih medicinskih sester in študentov za sodelovanje v terapevtskem delu.

Klub zdravljenih alkoholikov je pomemben člen v procesu zdravljenja zasvojenosti z alkoholom in predvsem pomeni nadaljnjo rehabilitacijo. Predstavlja skupino, katere člani abstirirajo in se trudijo za rehabilitacijo na vseh pomembnih življenjskih področjih. Člani kluba so med seboj povezani in si izmenjujejo svoje izkušnje, strokovno pa jih vodi terapevt. Cilji kluba so uvid v lastno zasvojenost, uveljavitev zdravega načina življenja, odpravljanje vsakodnevnih težav, vztrajanje v abstinenci ter rehabilitacija na vseh področjih življenja, še posebej v medsebojnih odnosih. Diplomirana medicinska sestra je lahko kot strokovna delavka – terapevtka s pacientom, zasvojenim z alkoholom, v medsebojnem odnosu, ki temelji na spoštovanju, zaupanju in razumevanju in je usmerjen v prizadevanje k čimbolj samostojnemu in kvalitetnemu življenju pacienta ob vzdrževanju abstinence. Naloga diplomirane medicinske sestre je, da s terapevtsko komunikacijo in zdravstveno-vzgojnim delom pomaga in motivira pacienta na poti do uspešnega življenja brez uživanja alkohola.

Raziskava je pokazala, da so sodelujoči sicer dobro seznanjeni o alkoholni problematiki. Poznavanje dela v klubih je nekoliko manjše, pripravljenost za delo v klubu pa je med anketiranimi vprašljiva. Prav tako nimajo večje potrebe po dodatnem znanju za delo v klubu zdravljenih alkoholikov. To morda nakazuje na to, da so ljudje, zasvojeni z alkoholom na nek način, tudi med zdravstvenimi delavci, še vedno stigmatizirani in jih obravnavajo kot težje oziroma napornejše paciente ali pa jih tovrstno delo zgolj ne veseli ali pa med študijem o tem niso bili dovolj seznanjeni. Na to kaže tudi nizko znanje o kriterijih za manj tvegano pitje alkohola. Vsekakor pa terapevt za svoje delo v klubu zdravljenih alkoholikov poleg znanja, potrebuje tudi določene človeške lastnosti, kot so sprejemanje drugačnosti in nestigmatiziranje, občutek empatije, sočutje ter potrpežljivost in sposobnost poslušanja.

Glede na ugotovitve v naši raziskavi menimo, da bi bilo smiselno zdravstvene delavce oziroma diplomirane medicinske sestre bolj seznaniti s terapevtskim delom v klubu zdravljenih alkoholikov in jim približati to tematiko. Diplomiranim medicinskim sestram bi bilo na delovnih mestih potrebno omogočiti izobraževanja in usposabljanja na področju terapevtskega dela z zasvojenimi, s tem bi jim sploh omogočili uvid v tovrstno delo.

Že v času študija bi bilo potrebno bodočim diplomiranim medicinskim sestram vzbuditi občutek empatije do ljudi, ki so zasvojeni z alkoholom, ter zavest o tem, da je zasvojenost z alkoholom bolezensko stanje, ki širše gledano ne prizadene zgolj posameznika in njihovih bližnjih, temveč tudi širšo družbo. Potrebno bi jih bilo seznaniti z možnostmi, ki jih imajo s svojo izobrazbo, kot na primer usmerjanje svojega delovanja v terapevtsko delo, ter jim omogočiti pridobitev specifičnega znanja na področju zasvojenosti z alkoholom.

Kljub temu, da je raziskava pokazala, da so diplomirane medicinske sestre in študenti seznanjeni s tematiko alkoholizma, menimo, da je prav pomanjkanje znanja eden od pomembnih razlogov izogibanja tovrstnemu delu. Trditev bi bilo potrebno preveriti v nadaljnjih raziskavah.

5 LITERATURA

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

Bajc Furman, V., Gorše Goli, A., Purnat, Z., Rahne Otorepec, I., Radovanović, M., Rus Makovec, M., & Tabakovič, K. 2014. *Zgodbe upanja: Primeri celostnega zdravljenja odvisnosti*. Ljubljana: eBesede.

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

Čebašek Travnik, Z., 2004. Organizacija zdravljenja odvisnosti alkohola v Sloveniji. In: D., Boben Bardutzky & Z., Čebašek Travnik, eds. *Osnove zdravljenja odvisnosti od alkohola: učbenik in smernice za delo, Medicina odvisnosti*. Ljubljana: Psihiatrična klinika, pp. 52-60.

Čuček Trifkovič, K., Kobolt, A. & Kores Plesni, B., 2010. Zadovoljstvo z življenjem pri osebah odvisnih od alkohola. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 44(3), pp. 147-161.

Čuk, V. & Gnezda, S., 2007. Izgorevanje in delovne obremenitve medicinskih sester. In: R., Trampuž, ed. *Izgorevanje – stiska ali izziv, zbornik prispevkov*. Nova Gorica, Slovenija: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 17-32.

Donnelly, G., Kent- Wilkinson, A. & Rush, A., 2012. The alcohol dependent patient in hospital: Challenges for nursing. *MEDSURG Nursing*, 21(1), pp. 9-36.

Drobne, J. & Mohor P., 2009. *Komunikacija v zdravstvu*. Celje: Celjska Mohorjeva društva.

Društvo za rehabilitacijo in preventivo - Krma, 2011. *Občina Jesenice*. [online] Available at: <http://www.jesenice.si/sl/predstavitev-obcine/zdravstvo-in-sociala/humanitarna-drutva/item/1709-drustvo-za-rehabilitacijo-in-preventivo-krma> [Accessed 17 December 2015].

- Fengler, J., 2007. *Nudenje pomoči utruja*. Ljubljana: Temza.
- Filej, B., 2010. Zdravstvena nega. In: B., Skela Savič, B. M., Kaučič, eds. *Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege: izbrana poglavja*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
- Flynn, B., 2010. Using systemic reflective practice to treat couples and families with alcohol problems. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(7), pp. 583-93.
- Harrington Dobinson, A. & Blows, W., 2007. Part 3: Nurses' guide to alcohol and promoting healthy lifestyle changes. *British Journal of Nursing*, 16(2), pp. 106-8,110.
- Holmes, M. & Currid, T. J., 2013. Alcohol misuse: the need to take a preventative approach. *British Journal of Community Nursing*, 18(2), pp. 92-3.
- Holmes, M., 2013. Helping patients rebuild their lives. *Nursing standard*, 27(22), pp. 62-3.
- Hovnik Keršmanc, M., 2010. Epidemiologija rabe alkohola v Sloveniji. In: I., Avberšek Lužnik, B., Kaučič, S., Hvalič Touzery, eds. *Sindrom odvisnosti od alkohola – diagnostični in terapevtski vidiki: zbornik predavanj z recenzijo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice, pp. 47-54.
- Hoyer, S., 2005. *Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
- Kolšek, M., 2010. *Ali vem pri čem sem s svojim...?: za ljudi, ki pijejo tvegano in škodljivo*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Kolšek, M., Lokar, R., Petek, D. & Miholič, M., 2006. *Klinične smernice za zgodnje odkrivanje tvegane in škodljivega pitja in kratki ukrepi: alkohol in osnovno zdravstvo: evropski projekt za obravnavo alkoholne problematike v osnovnem zdravstvu (PHEPA)*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino.
- Košir, M., 2008. Poročilo o stanju na področju alkohola in alkoholne politike v Sloveniji in Evropi. *Ministrstvo za zdravje*. [online] Available at:

http://www.google.si/url?sa=t&source=web&cd=1&ved=0CBMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.mz.gov.si%2Ffileadmin%2Fmz.gov.si%2Fpageuploads%2Fjavno_zdravje_09%2FPorocilo_o_stanju_2008_alkohol.doc&rct=j&q=Matej%20ko%20C5%A1ir%20%202008%20%20stran%203%20%20PORABA%20ALKOHOLA&ei=GP7bTNmWC9GbOrX58Z4K&usg=AFQjCNHYpthbe4Y7eGxolevFwTDI8WniaA&cad=rja
[Accessed 14 April 2016].

Kovše, K., 2012. Pitje alkohola in posledice škodljivega pitja alkohola v Sloveniji in v regiji Koper. In: M., Roškar, eds. *Problematika alkohola v zdravstveni regiji Koper / 2. regijska konferenca. Koper, 18. september 2012*. Koper: Zavod za zdravstveno varstvo, pp. 5-8.

Kravos, M. & Malešič, I., 2011. Bolnišnično zdravljenje odvisnih od alkohola v vzhodni Sloveniji. *Zdravniški vestnik*, 80(4), pp. 258-267.

Kvas, A., 2011. *Zdravstvena vzgoja - moč medicinskih sester: zbornik prispevkov z recenzijo*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.

Lovrečič, B. & Lovrečič, M., 2013. Tvegana in škodljiva raba alkohola predstavljata velik zdravstveni problem. In: T., Hočevar & V., Kerstin Petrič, eds. *Alkohol v Sloveniji: trendi v načinu pitja, zdravstvene posledice škodljivega pitja, mnenja akterjev in predlogi ukrepov za učinkovitejšo alkoholno politiko*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 34-46.

Merrell J., Focusing upstream – The Role of Nurses in health promotion. Poudarek na preventivi: vloga medicinskih sester pri promociji zdravja. In: B., Skela Savič, B. M., Baučič, J., Zorc & S., Hvalič Touzery, eds. *Trajnostni razvoj zdravstvene nege: Zbornik predavanj z recenzijo. Ljubljana, 16.–17. september 2010*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2010, pp. 70-8.

Ministrstvo za zdravje, n.d. Slovenija, EU. [online] Available at: http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/javno_zdravje/sektor_za_krepitev_zdravja_in_zdrav_zivljenjski_slog/alkohol/slovenija_eu/ [Accessed 30 Januar 2014].

Može, A., 2007. *Odvisnost od alkohola*. Idrija: Založba Bogataj.

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014. *Tvegano pitje alkohola*. [online] Available at: <http://www.nijz.si/sl/tvegano-pitje-alkohola> [Accessed 16 April 2015].

Perko, A., 2006. *Samopodoba ljudi v stiski*. Ljubljana: Samozaložba.

Perko, A., 2008. *Družina na križpotju: sodoben pristop k urejanju ljudi v stiski*. Ljubljana: Umco: Zavod Mitikas.

Perko, A., 2013. *Pijan od življenja: premagati alkohol in spet zaživeti*. Ljubljana: Mladinska knjiga.

Pivač, S. & Skela Savič, B., 2016. Dejavniki tveganja za uživanje alkoholnih pijač pri študentih v gorenjski regiji. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(4), pp. 280- 295.

Podjed, D., 2006. Kdor ne pije, ni Sloven'c: alkohol kot totalno družbeno dejstvo. *Časopis za kritiko znanosti*, 34(226), pp. 185-193.

Poplas- Susič, T., Vajd, R. & Kolšek, M., 2009. Ovire in pomoč pri dostopu do zdravljenja za ljudi, ki imajo probleme z alkoholom in drogami - kvalitativni del študije. In: Z., Alexanderčíková, & L., Okruhlica, eds. *Projekt IATPAD: Izboljšanje dostopa do zdravljenja ljudi s težavami, povezanimi z alkoholom in drugimi drogami*. Bratislava: Centrum pre liečbu drogových závislostí.

Poplas-Susič, T., Vajd, R., Kolšek, M., Lokar, R. & Mijanović, S., 2009. Karakteristike držav z ozirom na potencialne ovire dostopa do zdravljenja. In: Z., Alexanderčíková & L., Okruhlica, eds. *Projekt IATPAD: Izboljšanje dostopa do zdravljenja ljudi s težavami, povezanimi z alkoholom in drugimi drogami*. Bratislava: Centrum pre liečbu drogových závislostí.

Povšnar, E. & Ramovš, J., 2010. Klubi zdravljenih alkoholikov- odločilni dejavnik socialne rehabilitacije in preventive. In: I., Avberšek Lužnik, B. M., Kaučič, eds. *Sindrom odvisnosti od alkohola - diagnostični in terapevtski vidiki: zbornik prispevkov z recenzijo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.

Pregelj, P. & Kobentar, R., 2009. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju: učbenik*. Psihiatrična klinika Ljubljana. Ljubljana: Rokus Klett.

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

Rugelj, J., 2008. *Pot samouresničevanja: zdravljenje in urejanje zasvojenec in drugih ljudi v stiski: priročnik za zdravo in ustvarjalno življenje*. Ljubljana: Umco.

Sočan, M., 2013. *Javno zdravje: visokošolski učbenik za študijski program Zdravstvena nega*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.

Sorko, N., 2010. *Me mora biti sram, ker delam z alkoholiki? Stigmatiziranost strokovnjakov: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

Torre, R., 2006. *Oprava alkoholičara u klubovima liječenih alkoholičara*. Zagreb: HSKLA.

Wilson, K. M., 2013. Integrating procedural care with addiction support: an example from a PICC Nurse. *MEDSURG Nursing*, 22(2), pp. 128-35.

World health Organization, n.d. *Dependence syndrome*. [online] Available at: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/ [Accessed 18 December 2013].

Zaletel Kragelj, L., Eržen, I. & Premik, M., 2007. *Uvod v javno zdravje*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2013. *Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije*. [online] Available at: <http://www.zbornica-zveza.si/sl/o-zbornici-zvezi/o-poklicu/zdravstvena-nega> [Accessed 12 July 2016].

Zurc, J., Torkar, T., Bahun, M. & Ramšak Pajk, J., 2010. Metodika zdravstvene vzgoje in promocija zdravja. In: B., Skela Savič & B. M. Kaučič, eds. *Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege: izbrana poglavja*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.

Židanik, M. & Čebašek Travnik, Z., 2004. Terapevti, ki zdravijo odvisnost od alkohola: prenos znanja in izkušenj. In: D., Boben Bardutzky & A., Užmah Kučina, eds. *Medicina odvisnosti - medicina sodelovanja, zbornik 6. konference o medicini odvisnosti*. Ljubljana: Sanofi- Synthelabo, Lek.

Židanik, M., 2007. *Sindrom odvisnosti od alkohola*. Maribor: Dispanzer za zdravljenje alkoholizma in drugih odvisnosti, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

6.1.1 Vprašalnik za diplomirane medicinske sestre na primarni zdravstveni ravni



Fakulteta za zdravstvo
Jesenice
Faculty of Health Care
Jesenice

ANKETA: DIPLOMIRANA MEDICINSKA SESTRA IN TERAPEVTSKO DELO V KLUBU ZDRAVLJENIH ALKOHOLIKOV

Spoštovani!

Moje ime je Nina Gašperin in sem študentka dodiplomskega študija Fakultete za zdravstvo Jesenice - izredni študij. Pripravljam diplomsko nalogo z naslovom Diplomirana medicinska sestra in terapevtsko delo v klubu zdravljenih alkoholikov, za katero bom potrebovala podatke, ki jih želim pridobiti iz te ankete. Prosim vas za sodelovanje in izpolnitev ankete.

Sodelovanje v raziskavi je prostovoljno, anketa je anonimna, pridobljeni podatki bodo uporabljeni izključno za namen izdelave diplomske naloge. Anketa vam bo vzela približno sedem minut časa.

Za vaše sodelovanje se vam najlepše zahvaljujem.

Obkrožite številko pred odgovorom ali dopišite tam, kjer vprašanje to zahteva.

1.) Spol: 1) M 2) Ž

2.) Starost: _____

3.) Kje živite?

- 1) mesto
- 2) predmestje
- 3) vas

4.) Status:

- 1) diplomirana medicinska sestra / diplomirani zdravstvenik
- 2) višja medicinska sestra

5.) Delovno mesto:

- 1) referenčna ambulanta
- 2) spec. dispanzer
- 3) patronaža

4)

5) drugo: _____

6.) Prosim, da v spodnji tabeli izrazite stopnjo strinjanja s posameznimi trditvami, pri čemer pomeni 1 sploh se ne strinjam, 2 se ne strinjam, 3 včasih se, včasih se ne strinjam, 4 večinoma se strinjam, 5 popolnoma se strinjam. Obkrožite le eno številko na 5 stopenjski lestvici.

Kratice KZA pomeni klub zdravljenih alkoholikov.

Trditev	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Včasih se, včasih se ne strinjam	Večinoma se strinjam	Popolnoma se strinjam
Alkoholizem v Sloveniji v primerjavi z drugimi evropskimi državami ni problematičen.	1	2	3	4	5
Alkohol je najpogosteje zlorabljen psihoaktivna snov, tako v svetu kot pri nas.	1	2	3	4	5
Poraba čistega alkohola na prebivalca je v Evropi manjša kot v svetu.	1	2	3	4	5
Alkoholizem v Sloveniji predstavlja enega ključnih javno-zdravstvenih problemov.	1	2	3	4	5
V Sloveniji je zasvojenih z alkoholom okoli 8-10 % odrasle populacije.	1	2	3	4	5
Letna registrirana poraba čistega alkohola na prebivalca nad 15 let starosti v Sloveniji je okoli 12 l.	1	2	3	4	5
Ljudje so na splošno dovolj ozaveščeni o alkoholni problematiki.	1	2	3	4	5
Zmerno pitje alkoholnih pijač je zdravju koristno.	1	2	3	4	5
Vsako uživanje alkohola je tvegano vedenje.	1	2	3	4	5

Alkohol je zdravju škodljiv v primeru pitja velikih količin.	1	2	3	4	5
Alkoholizem negativno vpliva na družino.	1	2	3	4	5
Alkohol ima negativne posledice za celotno družbo.	1	2	3	4	5
Alkohol povečuje tveganje za različna bolezenska stanja.	1	2	3	4	5
Alkoholna toleranca pove, koliko alkohola prenese posamezen pivec.	1	2	3	4	5
Zdrav način življenja pripomore k zmanjšanemu tveganju za nastanek zasvojenosti od alkohola.	1	2	3	4	5
Alkoholizem je bolezen.	1	2	3	4	5
Alkoholizem je lahko ozdravljiva bolezen.	1	2	3	4	5
Alkoholizem je popolnoma ozdravljiva bolezen.	1	2	3	4	5
Pri zasvojenosti od alkohola gre zgolj za značajsko šibkost.	1	2	3	4	5
Priporočila zdravstvenih delavcev (zdravnikov) uživanja alkoholnih pijač »za zdravje« je nestrokovno in tvegano početje.	1	2	3	4	5
Alkoholizem je zgrešen način življenja in sožitnega sloga.	1	2	3	4	5
Za zasvojenost z alkoholom ni mogoče iskati le enega vzroka.	1	2	3	4	5
Verjamem v uspešnost zdravljenja zasvojenosti z alkoholom.	1	2	3	4	5
V bližnji okolici poznam osebo, ki se je zdravila zaradi zasvojenosti z alkoholom.	1	2	3	4	5
Zdravljenje zasvojenosti z alkoholom je praviloma zelo uspešno.	1	2	3	4	5

Če je bilo zdravljenje zasvojenosti z alkoholom uspešno, potem posameznik čez določen čas občasno lahko brez škode popije manjšo količino alkohola.	1	2	3	4	5
Bistvo in namen zdravljenja zasvojenosti z alkoholom je vzpostavitev in vzdrževanje abstinence.	1	2	3	4	5
Medicinska sestra mora biti vzor drugim ljudem, mora imeti zdrav življenjski slog in zdrav odnos do alkohola.	1	2	3	4	5
Delo s pacienti, zasvojenimi z alkoholom, zaposlene psihično obremenijo.	1	2	3	4	5

Delo z osebami, ki so zasvojene z alkoholom, je zahtevnejše, bolj utrujajoče in psihično napornejše kot delo s pacienti z drugimi obolenji.	1	2	3	4	5
Pacienti, zasvojeni z alkoholom čutijo, da imajo zdravstveni delavci do njih predsodke.	1	2	3	4	5
KZA v Sloveniji deluje že približno 30 let.	1	2	3	4	5
Vključenost svojcev v obravnavo pacientov, zasvojenih z alkoholom, je pomembna.	1	2	3	4	5
V KZA poteka nadaljevalno zdravljenje in rehabilitacija.	1	2	3	4	5
KZA deluje enako kot skupina Anonimni alkoholiki.	1	2	3	4	5
KZA deluje na principu tovariške in prijateljske skupine, ki jo vodi terapevt.	1	2	3	4	5
Terapevt v KZA strokovno usmerja skupino z različnimi terapevtskimi tehnikami.	1	2	3	4	5
Terapevti v klubu zdravljenih alkoholikov za svoje delo potrebujejo posebno izobraževanje in dodatna znanja.	1	2	3	4	5
KZA je pomemben člen v verigi zdravljenja alkoholne zasvojenosti.	1	2	3	4	5
Pripravljen bi bil sodelovati v klubu zdravljenih alkoholikov kot terapevt.	1	2	3	4	5
Osebe, zasvojene z alkoholom, ne obsojam, temveč jo poskušam razumeti.	1	2	3	4	5
Želim pridobiti znanja in se dodatno izobraževati na področju zasvojenosti z alkoholom.	1	2	3	4	5
Želim delati z ljudmi, zasvojenimi z alkoholom, in jim pomagati.	1	2	3	4	5
Zdravstveni delavci pogosto obravnavajo paciente, zasvojene z alkoholom, kot manjvredne.	1	2	3	4	5

Obkrožite en odgovor:

7.) Za klub zdravljenih alkoholikov sem prvič slišal/a:

- 1) v šoli
- 2) v službi
- 3) še nikoli nisem slišal/a za KZA
- 4) drugo: _____

Obkrožite en ali več odgovorov:

8.) Kam menite, da se osebe, zasvojene z alkoholom, najpogosteje obrnejo po pomoč?

- 1) v bolnišnico
- 2) v ambulanto družinske medicine
- 3) v psihiatrično ambulanto
- 4) na klub zdravljenih alkoholikov
- 5) na Anonimne Alkoholike
- 6) na alternativne programe
- 7) na center za socialno delo
- 8) na patronažo
- 9) na referenčno ambulanto
- 10) nikamor
- 11) drugo: _____

Obkrožite en odgovor:

9.) Manj tvegano pitje alkohola za zdrave odrasle ženske pomeni:

- 1.) Največ 1 enota na dan oziroma 2,5 dl piva ali 1dl vina ali 0,3 dl žganja

- 2.) Največ 2 enoti na dan
- 3.) Največ 3 enote na dan
- 4.) Nič
- 5.) Drugo: _____

10.) Manj tvegano pitje alkohola za zdrave odrasle moške pomeni:

- 1.) Največ 1 enota na dan oziroma 2,5 dl piva ali 1dl vina ali 0,3 dl žganja
- 2.) Največ 2 enoti na dan
- 3.) Največ 3 enote na dan
- 4.) Nič
- 5.) Drugo: _____

6.1.2 Spletni vprašalnik za študente Fakultete za zdravstvo Jesenice

Q1 - Spol:

- moški
- ženski

Q2 - Starost:

Q3 - Kje živite?

- mesto
- predmestje
- vas

Q4 - Študij:

- redni
- izredni

Q5 - Na petstopenjski lestvici strinjanja (Sploh se ne strinjam - Popolnoma se strinjam) ocenite spodaj navedene trditve, ki se nanašajo na epidemiologijo alkoholizma v Sloveniji.

	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Včasih se, včasih se ne strinjam	Večinoma se strinjam	Popolnoma se strinjam
Alkoholizem v Sloveniji v primerjavi z drugimi evropskimi državami ni problematičen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q6 - Na petstopenjski lestvici strinjanja (Sploh se ne strinjam - Popolnoma se strinjam) ocenite spodaj navedene trditve, ki se nanašajo na vaša stališča o alkoholu.

	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Včasih se, včasih se ne strinjam	Večinoma se strinjam	Popolnoma se strinjam
Alkohol je najpogosteje zlorabljena psihoaktivna snov, tako v svetu kot pri nas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Poraba čistega alkohola na prebivalca je v Evropi manjša kot v svetu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alkoholizem v Sloveniji predstavlja enega ključnih javno- zdravstvenih problemov.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
V Sloveniji je zasvojenih z alkoholom okoli 8-10 % odrasle populacije.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Letna registrirana poraba čistega alkohola na prebivalca nad 15 let starosti v Sloveniji je okoli 12 l.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ljudje so na splošno dovolj ozaveščeni o alkoholni problematiki.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zmerno pitje alkoholnih pijač je zdravju koristno.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vsako uživanje alkohola je tvegano vedenje.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alkohol je zdravju škodljiv v primeru pitja velikih količin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alkoholizem negativno vpliva na družino.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alkohol ima negativne posledice za celotno družbo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Alkohol povečuje tveganje za različna bolezenska stanja.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alkoholna toleranca pove, koliko alkohola prenese posamezen pivec.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q7 - Na petstopenjski lestvici strinjanja (Sploh se ne strinjam - Popolnoma se strinjam) ocenite spodaj navedene trditve, ki se nanašajo na alkoholizem kot bolezen.

	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Včasih se, včasih se ne strinjam	Večinoma se strinjam	Popolnoma se strinjam
Zdrav način življenja pripomore k zmanjšanemu tveganju za nastanek zasvojenosti od alkohola.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alkoholizem je bolezen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alkoholizem je lahko ozdravljiva bolezen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alkoholizem je popolnoma ozdravljiva bolezen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pri zasvojenosti z alkoholom gre zgolj za značajsko šibkost.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Priporočila zdravstvenih delavcev (zdravnikov) uživanja alkoholnih pijač »za zdravje« je nestrokovno in tvegano početje.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alkoholizem je zgrešen način življenja in sožitnega sloga.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Za zasvojenost z alkoholom ni mogoče iskati le enega vzroka.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q8 - Na petstopenjski lestvici strinjanja (Sploh se ne strinjam - Popolnoma se strinjam) ocenite spodaj navedene trditve, ki se nanašajo na zdravljenje zasvojenosti z alkoholom.

	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Včasih se, včasih se ne strinjam	Večinoma se strinjam	Popolnom a se strinjam
Verjamem v uspešnost zdravljenja zasvojenosti z alkoholom.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
V bližnji okolici poznam osebo, ki se je zdravila zaradi zasvojenosti z alkoholom.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zdravljenje zasvojenosti z alkoholom je praviloma zelo uspešno.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Če je bilo zdravljenje zasvojenosti z alkoholom uspešno, potem posameznik čez določen čas občasno lahko brez škode popije manjšo količino alkohola.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bistvo in namen zdravljenja zasvojenosti z alkoholom je vzpostavitev in vzdrževanje abstinence.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q9 - Na petstopenjski lestvici strinjanja (Sploh se ne strinjam - Popolnoma se strinjam) ocenite spodaj navedene trditve, ki se nanašajo na vaša stališča in izkušnje s pacienti odvisnimi od alkohola.

	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Včasih se, včasih se ne strinjam	Večinoma se strinjam	Popolnoma se strinjam
Medicinska sestra mora biti vzor drugim ljudem, mora imeti zdrav življenjski slog in zdrav odnos do alkohola.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Delo s pacienti, zasvojenimi z alkoholom, zaposlene psihično obremenijo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Delo z osebami, ki so zasvojene z alkoholom, je zahtevnejše, bolj utrujajoče in psihično napornejše kot delo s pacienti z drugimi obolenji.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zdravstveni delavci pogosto obravnavajo paciente, zasvojene z alkoholom, kot manjvredne.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pacienti, zasvojeni z alkoholom, čutijo, da imajo zdravstveni delavci do njih predsodke.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q10 - Na petstopenjski lestvici strinjanja (Sploh se ne strinjam - Popolnoma se strinjam) ocenite spodaj navedene trditve, ki se nanašajo na KZA. *Kratice KZA pomeni klub zdravljenih alkoholikov.*

	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Včasih se, včasih se ne strinjam	Večinoma se strinjam	Popolnoma se strinjam
KZA v Sloveniji deluje že približno 30 let.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
V KZA poteka nadaljevalno zdravljenje in rehabilitacija.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
KZA deluje enako kot skupina Anonimni Alkoholiki.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
KZA deluje na principu tovariške in prijateljske skupine, ki jo vodi terapevt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terapevt v KZA strokovno usmerja skupino z različnimi terapevtskimi tehnikami.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Terapevti v klubu zdravljenih alkoholikov za svoje delo potrebujejo posebno izobraževanje in dodatna znanja.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
KZA je pomemben člen v verigi zdravljenja alkoholne zasvojenosti.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pripravljen bi bil sodelovati v klubu zdravljenih alkoholikov kot terapevt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Želim pridobiti znanja in se dodatno izobraževati na področju zasvojenosti z alkoholom.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Želim delati z ljudmi, zasvojenimi z alkoholom in jim pomagati.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q11 - Za klub zdravljenih alkoholikov sem prvič slišal/a:

- v šoli
- v službi
- še nikoli nisem slišal/a za KZA
- Drugo:

Q12 - Kam menite, da se osebe, zasvojene z alkoholom, najpogosteje obrnejo po pomoč?

Možnih je več odgovorov

- v bolnišnico
- v ambulanto družinske medicine
- v psihiatrično ambulanto
- na klub zdravljenih alkoholikov
- na Anonimne alkoholike
- na alternativne programe
- na center za socialno delo
- na patronažo
- na referenčno ambulanto
- nikamor
- drugo:

Q13 - Manj tvegano pitje alkohola za zdrave odrasle ženske pomeni:

- 1 enota na dan oziroma 2,5 dl piva ali 1dl vina ali 0,3 dl žganja
- 2 enoti na dan
- nič

Q14 - Manj tvegano pitje alkohola za zdrave odrasle moške pomeni:

- 1 enota na dan oziroma 2,5 dl piva ali 1dl vina ali 0,3 dl žganja
- 2 enoti na dan
- nič