



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

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**POGLED ZDRAVSTVENIH DELAVCEV NA
INDIVIDUALNO SVETOVANJE ZA
OPUŠČANJE TVEGANEGA IN
ŠKODLJIVEGA PITJA ALKOHOLA**

**ATTITUDES OF HEALTHCARE WORKERS
ON INDIVIDUAL COUNSELLING AIMED AT
GIVING UP HAZARDOUS AND HARMFUL
ALCOHOL USE**

Diplomsko delo

Mentorica: mag. Erika Povšnar, viš. pred.

Kandidatka: Lea Šepul

Jesenice, marec, 2021

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem mentorici, mag. Eriki Povšnar, viš. pred., ki me je pri nastajanju tega diplomskega dela podpirala, mi nudila strokovno pomoč in me usmerjala.

Za recenzijo diplomskega dela se zahvaljujem izr. prof. dr. Mirni Macur, za pregled in lektorstvo pa mag. Ireni Oder.

Posebna zahvala gre mojim staršem, sestri, partnerju ter sodelavcem v službi, ki so me skozi vsa leta šolanja in ob vseh ovirah podpirali in spodbujali ter niso izgubili upanja vame.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Problematika, povezana s pitjem alkohola, je v Sloveniji zelo razširjena in pereča. Potrebni so ukrepi za zmanjšanje negativnih posledic tveganega in škodljivega pitja alkohola (T&ŠA) ter posledično zasvojenosti z alkoholom.

Cilj: Cilj diplomskega dela je bil ugotoviti mnenja zdravstvenih delavcev: diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov (DMS) in zdravnikov družinske medicine (ZDM) na primarnem nivoju zdravstvenega varstva o alkoholni problematiki, dosedanji praksi, poznavanju pristopov v obravnavi ter stališča o individualnem svetovanju za opuščanje T&ŠA.

Metoda: Raziskava je temeljila na neeksperimentalni deskriptivni kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja. Podatke smo aprila 2020 zbrali elektronsko, in sicer s strukturiranim vprašalnikom v zdravstvenih domovih v Kranju, Slovenj Gradcu, na Ravnah na Koroškem in v Dravogradu. Namenski vzorec je vključeval 88 zdravstvenih delavcev (74 DMS in 14 ZDM). Realizacija vzorca je bila 42 %. Podatke smo kvantitativno obdelali s programom Excel 2019 in SPSS 22. Uporabili smo univariantno (odstotke, frekvence, srednje vrednosti, standardne odklone) in bivariantno statistiko (T-test, Pearsonov korelacijski koeficient).

Rezultati: Zdravstveni delavci se ne strinjajo, da majhne količine alkohola koristijo zdravju (PV = 1,99; SO = 0,916). V obravnavi upoštevajo meje manj tveganega pitja alkohola (PV = 4,16; SO = 0,725). Mnenje o pestrosti posredovanja informacij o škodljivih učinkih pitja alkohola na delovnem mestu je pomembno višja pri DMS ($p = 0,004$) kot pri ZDM. Med splošno slabim poznavanjem pristopov v svetovanju za opuščanje T&ŠA najmanj poznajo »Transteoretični model spreminjanja življenjskega sloga« (PV = 2,52; SO = 1,144). DMS slabše kot ZDM poznajo meje manj tveganega pitja alkohola ($p = 0,009$). Visoko ocenjujejo prepričanost o usposobljenosti (PV = 4,28; SO = 0,802), pripravljenost (PV = 4,32; SO = 0,781) in pomembnost (PV = 4,53; SO = 0,606) osebnega izvajanja svetovanja za opuščanje T&ŠA.

Razprava: Zdravstveni delavci menijo, da je individualno svetovanje za opuščanje T&ŠA smiselno in koristno in so motivirani za njegovo izvajanje. Ker tako DMS kot ZDM primanjkuje znanj za kakovosno izvedbo svetovanja, bi bili potrebni ustrezni

izobraževalni ukrepi v obliki strokovnih izpopolnjevanj in tudi v formalnem izobraževanju. K reševanju problema bi bilo potrebno pristopiti na nacionalnem nivoju.

Ključne besede: tvegano pitje, škodljivo pitje, alkoholna problematika, individualno svetovanje, zdravstveni delavci.

SUMMARY

Background: Problems related to risky and harmful alcohol consumption are widespread in Slovenia. Measures are needed to reduce the negative consequences of risky and harmful alcohol consumption (R&HA), and consequently alcohol addiction.

Aim: Our diploma thesis aimed to determine the views of health professionals (graduate nurses and family physicians) on alcohol issues, current practice in treatment and their positions on individual counseling to stop risky and harmful alcohol consumption.

Method: The research was based on a non-experimental descriptive quantitative method of empirical research. Data were collected in April 2020 using a structured questionnaire in Community Health Centers in Kranj, Slovenj Gradec, Ravne na Koroškem and Dravograd. The target sample included 88 health professionals, 74 graduate nurses and 14 family medicine doctors. The response rate was 42%. Data were quantitatively processed with Excel 2019 and SPSS 22. Univariate (percentages, frequencies, mean values, standard deviations) and bivariate statistics (T-test, Pearson correlation coefficient) were used.

Results: Healthcare professionals are fairly unanimous in disagreeing that small amounts of alcohol benefit health (Mean = 1.99; SD = 0.916). In counseling, they consider boundaries of less risky alcohol consumption (Mean = 4.16; SD = 0.725). Opinions on the diversity of information on the harmful effects of alcohol consumption in the workplace are significantly higher among graduate nurses ($p = 0.004$) than among family physicians. Knowledge about R&HA is generally poor. The respondents say that when it comes to R&HA abandonment counseling they are the least familiar with the “Transtheoretical Lifestyle Change Model” (Mean = 2.52; SD = 1.144). Graduate nurses and doctors are less aware of the limits of less risky alcohol consumption ($p = 0.009$). They rate highly the belief in the competence (Mean = 4.28; SD = 0.802), readiness (Mean = 4.32; SD = 0.781), and importance (Mean = 4.53; SD = 0.606) of the personal implementation of R&HA counseling.

Discussion: Healthcare professionals believe that individual counseling for the abandonment of R&HA is meaningful and useful and are motivated to implement it. However, both family physicians and graduate nurses lack the knowledge of specific methods and approaches to individual counseling, thus appropriate educational measures

in the form of professional development and formal education would be needed. Nevertheless, the solution to the problem should be approached in a unified manner at the national level.

Keywords: risky drinking, harmful drinking, alcohol issues, individual counseling, health professionals.

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	2
2.1 RAZŠIRJENOST IN POSLEDICE PITJA ALKOHOLNIH PIJAČ	2
2.1.1 Razširjenost pitja alkoholnih pijač v svetu in v Sloveniji	2
2.1.2 Opredelitev temeljnih pojmov	3
2.1.3 Posledice prekomernega pitja alkoholnih pijač	5
2.2 ZMANJŠEVANJE ALKOHOLNE PROBLEMATIKE Z VIDIKA SVETOVANJA ZA OPUŠČANJE TVEGANEGA IN ŠKODLJIVEGA PITJA ALKOHOLA	9
2.2.1 Promocija zdravja, preventiva, zdravstveno vzgojno in svetovalno delo.	9
2.2.2 Odnos zdravstvenih delavcev do alkoholne problematike in usposobljenost za zdravstveno vzgojno in svetovalno delo.....	11
2.2.3 Ukrepi za zmanjševanje alkoholne problematike	12
3 EMPIRIČNI DEL	15
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	15
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	15
3.3 RAZISKOVALNAMETODOLOGIJA	16
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	16
3.3.2 Opis merskega instrumenta	17
3.3.3 Opis vzorca	18
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	20
3.4 REZULTATI.....	21
3.5 RAZPRAVA	28
4 ZAKLJUČEK	34
5 LITERATURA	36
6 PRILOGE	43
6.1 INSTRUMENTI.....	43
6.1.1 Vprašalnik.....	43

KAZALO TABEL

Tabela 1: Cronbach alfa in preverjanje zanesljivosti sklopov trditev	18
Tabela 2: Porazdelitev anketirancev glede na spol.....	19
Tabela 3: Porazdelitev anketirancev glede na starost.....	19
Tabela 4: Porazdelitev anketirancev glede na poklic	19
Tabela 5: Porazdelitev anketirancev glede na delovno področje	20
Tabela 6: Mnenja zdravstvenih delavcev o pitju alkohola in alkoholni problematiki....	21
Tabela 7: Dosedanja praksa zdravstvenih delavcev v obravnavi tveganega in škodljivega pitja alkohola	23
Tabela 8: Mnenja zdravstvenih delavcev o svetovanju za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola.....	24
Tabela 9: Poznavanje pristopov za svetovanje o opuščanju tveganega in škodljivega pitja alkohola	25
Tabela 10: Pomembnost izobraževanja o alkoholni problematiki in za individualno svetovanje za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola.....	26
Tabela 11: Pomembnost osebnega izvajanja individualnega svetovanja za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola.....	26
Tabela 12: Prepričanost o osebni usposobljenosti za individualnega svetovanje za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola.....	27
Tabela 13: Pripravljenost za izvajanje individualnega svetovanja za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola.....	27

SEZNAM KRAJŠAV

CDC	Centers of Disease Control and Prevention alcohol program
EU	Evropska unija
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
RS	Republika Slovenija
SOPA	Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola
SZO	Svetovna zdravstvena organizacija
T&ŠA	Tvegano in škodljivo pitje alkohola
R&HA	Risky and harmful alcohol consumption

1 UVOD

Alkohol je v naši kulturi splošno sprejeta droga, ki jo velika večina ljudi konzumira brez nadzora. Meje med občasnim pitjem se hitro zabrišejo sprva s pogostim pitjem, kar pa lahko vodi tudi v zasvojenost (Štucin, 2017).

Pretirana raba alkohola je ne le v Sloveniji, temveč tudi drugod po svetu pereč problem. V letu 2015 se je registrirana raba alkohola v primerjavi s preteklimi leti povišala in sedaj znaša kar 11,5 litra čistega alkohola na vsakega prebivalca Slovenije, ki je starejši od 15 let. Pri tem ne gre le za olajšani stik z alkoholom, ampak za ponavljajoče se vzorce pitja alkoholnih pijač, ki se tradicionalno uživajo že več sto let. Problematičnost med drugim tiči predvsem v velikem številu alkoholikov in vsega tistega, kar njihovo vedenje s seboj prinese (NIJZ, 2020). Kot pravijo Može in sodelavci (2015), se posledice poznajo ne le na družinski dinamiki, temveč tudi širše na socialni, ekonomski in kulturni ravni. Ta problematika se pomembno odraža na celostnem zdravju posameznika in družbe, zato vprašanje ohranitve zdravja v sodobni družbi postaja vrlina, s katero posamezniki dosegajo druge življenjske cilje. Vrlino lahko ponazarjamo tudi z življenjskimi navadami in promocijo novega življenjskega sloga. Takšno vedenje posameznika uvršča v določen simbolni red, ki ga nadzoruje sodobna medicina s ponujanjem nasvetov in metod za ohranjanje zdravja. Za prilagojenost zdravstveno vzgojnih ukrepov in promocije zdravja, ki sta temelj dela medicinskega osebja na primarnem nivoju zdravstvenega varstva, je potrebna t.i. zdravstvena pismenost. Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) zdravstveno pismenost opredeljuje kot kognitivno in socialno sposobnost, ki pri posamezniku določa motivacijo in sposobnost, da zna dostopati, razumeti in uporabiti informacije, ki spodbujajo ali ohranjajo dobro zdravje (Koren & Štemberger Kolnik, 2014). Komunikacija med zdravstvenimi delavci in pivci alkohola je prvi korak, saj gre za dejavnost, ki pacientom dopušča sprejem novih znanj, izkušenj in občutkov (Koren & Štemberger Kolnik, 2014).

V diplomskem delu bomo v nadaljevanju obravnavali stališča zdravstvenih delavcev do problematike prekomernega pitja alkohola in njihova mnenja o svetovanju za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 RAZŠIRJENOST IN POSLEDICE PITJA ALKOHOLNIH PIJAČ

2.1.1 Razširjenost pitja alkoholnih pijač v svetu in Sloveniji

Ravni konzumiranja alkohola lahko merimo z različnimi indikatorji. Eden je prevalenca trenutnih pivcev ali abstinentov v državi ali regiji. Med trenutne pivce štejemo delež tistih v populaciji, starih 15 let in več, ki so alkoholne pijače pili v zadnjih 12. mesecih. Dva izmed pomembnih in splošno uporabljenih indikatorjev sta še celotna poraba čistega alkohola v litrih na odraslega prebivalca v enem letu in poraba čistega alkohola v gramih na odraslo osebo v enem dnevu (Ritchie & Roser, 2018; World Health Organization (WHO), 2018).

Večina odraslega svetovnega prebivalstva se je v koledarskem letu 2016 vzdržala pitja alkohola. Te osebe so lahko vseživljenjski abstinenti ali nekdanji pivci alkohola. Leta 2016 je bilo takih 57 % (3,113 milijarde), starih 15 let in več. V tej starostni skupini je približno 12,5 % (683 milijonov) prenehalo s pitjem alkoholnih pijač. To so tisti, ki so alkohol pili, vendar ne v preteklih 12. mesecih. Približno polovica svetovne odrasle populacije, 44,5 % (2,429 milijarde), nikoli ni pila alkohola. Skoraj polovica svetovne odrasle populacije, 43 % (2,348 milijarde), je trenutnih pivcev. Samo v treh regijah po metodologiji SZO je pitje alkohola značilno za več kot polovico populacije – evropsko regijo (59,9 % trenutnih pivcev), regijo Amerik (54,1 %) in Zahodno Pacifiško regijo (53,8 %) (Ritchie & Roser, 2018; WHO, 2018).

Rezultati domačih in tujih raziskav razkrivajo, da je alkoholna problematika močno razširjena tako v državah Evropske unije (EU) kot tudi v Sloveniji (NIJZ, 2020). Socioekonomske, izobrazbene ali dohodkovne razlike v stopnjah in vzorcih porabe alkohola so značilne za mnoge države EU. Vendar pa se velikost in smer neenakosti pogosto razlikujeta med regijami EU in posameznimi državami članicami. Na povezave med družbenimi pomanjkljivostmi in pitjem alkohola vplivajo širši dejavniki, kot so kultura, religija, ekonomija in politika alkohola (Wood & Bellis, 2017). Ena izmed

negativnih značilnosti držav članic EU je, da njihovi odrasli državljani popijejo povprečno 11 litrov čistega alkohola v enem letu. EU proizvede kar 25 % vseh alkoholnih pijač po svetu. Zato je leta 2006 sledil logični preventivni ukrep Evropske komisije s petimi točkami (Ministrstvo za zdravje, 2019), ki obravnavajo: »zaščito otrok, mladostnikov in nerojenih otrok, zmanjševanje poškodb in smrti v prometnih nesrečah, ki nastanejo kot posledica uporabe alkohola; preprečevanje škode, ki je povezana z uporabo alkohola pri odraslih; informiranje, izobraževanje in ozaveščanje o vplivu tvegane uporabe alkohola ter tveganih oblik uporabe alkohola; razvijanje in ohranjanje skupne evropske baze podatkov, podprte z dokazi«.

V Sloveniji prevladuje toleranten odnos do alkohola, saj je vinorodna dežela z dolgoletnim izročilom pridelovanja piva in žganja, okolje in družbena klima sta pitju alkoholnih pijač naklonjena in ga spodbujata. Dostopnost alkoholnih pijač je velika, ozaveščanje javnosti in politike o tej problematiki pa je slaba in v povojih, kar vse posledično vpliva na veliko količino popitih alkoholnih pijač v Sloveniji. V letu 2016 je znašala poraba alkohola v Sloveniji 10,5 litra na prebivalca (starejšega od 15 let). Delež se je v primerjavi z letom 2015 znižal za 9 % (NIJZ, 2018). Alkohol predstavlja v Sloveniji še vedno enega ključnih javno zdravstvenih problemov, saj Slovenija bolj kot po porabi odstopa od povprečja EU po škodi, ki nastane zaradi rabe alkohola (Ministrstvo za zdravje, 2019). Po podatkih SZO se Slovenija uvršča med sedem držav z najnižjim deležem moških na svetu, ki v zadnjem letu niso pili alkohola. Približno 11 % odraslih prebivalcev v Sloveniji je verjetno že zasvojenih z alkoholom, in sicer vsak peti moški in vsaka petindvajseta odrasla ženska (Lovrečič & Lovrečič, 2014).

2.1.2 Opredelitev temeljnih pojmov

Da bi ugotovili, ali posameznik pije preveč in prepogosto, je potrebno odgovoriti na vprašanje, koliko alkohola oseba popije v enem dnevu ali enem tednu. Za primerjavo količin alkohola med različnimi vrstami pijače je določena standardna merica alkoholne pijače ali enota alkohola, ki v Sloveniji oz. po dogovoru v Evropi, vsebuje 10 gramov alkohola. Različne alkoholne pijače imajo različno vsebnost alkohola glede na količino. Deset gramov alkohola vsebuje približno: 1 deciliter vina ali 2,5 decilitra piva ali 0,3

decilitra žganja (Kolšek, 2018). Pitje alkohola so avtorji (Bilban, 2016; Kolšek & Visnovič Poredoš, 2011) razdelili v naslednja podpodročja oziroma ravni intenzitete pitja:

- abstinenca pomeni, da človek nikoli, ob nobeni priložnosti ne pije alkohola;
- manj tvegano pitje, ki verjetno ne privede do težav in okvar zdravja;
- tvegano pitje, ki verjetno sčasoma privede do težav, ker predstavlja povečano tveganje;
- škodljivo pitje alkohola prinaša posledice oziroma težave zaradi pitja alkohola, ni pa še izražena zasvojenost;
- sindrom zasvojenosti od alkohola pomeni zasvojenost z alkoholom.

Manj tvegano pitje je pitje, ki najbrž ne bo pripeljalo do zdravstvenih težav in okvar, tudi v primeru večletnega pitja; odvisno pa je od starosti, spola, zdravstvenega stanja posameznika in pivskih okoliščin (Kolšek, 2018). Meja manj tveganega pitja alkohola je določena na podlagi znanstvenih raziskav. Ta meja pove, kolikšna je količina alkohola, izražena s standardno merico alkohola, ki z medicinskega stališča večini zdravih, odraslih ljudi najverjetneje ne bo škodovala zdravju. Meja manj tveganega pitja alkohola se razlikuje glede na spol. Za zdravega odraslega moškega to pomeni, da v enem dnevu ne sme popiti več kot dve merici alkohola; ob tem pa ob eni priložnosti ne več kot pet meric alkoholne pijače (pol litra vina ali dve steklenici in pol piva ali enega in pol decilitra žgane pijače). Ob predpostavki, da v enem tednu ne popijejo več kot štirinajst meric alkohola. Za zdrave odrasle ženske, ki niso noseče in ne dojijo, so mere manjše. V enem dnevu ne smejo popiti več kot ene merice alkohola; ob tem pa ob eni priložnosti ne smejo popiti več kot tri decilitre vina ali ene steklenice piva in pol ali enega decilitra žgane pijače. To velja ob predpostavki, da v enem tednu ne popijejo več kot sedem meric alkohola (NIJZ, 2018).

Tvegano pitje alkohola je način pitja, ki bo verjetno čez čas privedlo do resnih problemov z zdravjem na telesnem, duševnem, odnosnem kot tudi finančnem in socialnem področju (Kolšek, 2018).

Škodljivo pitje je pitje, ko že lahko ugotovimo posledice oziroma težave zaradi pitja alkohola, vendar še ni prepoznan sindrom zasvojenosti z alkoholom. Gre za spremembe

in probleme s telesnim ali duševnim zdravjem, težave v družini ter na delovnem mestu. Težave so lahko komaj ali popolnoma prepoznane in jasne. Škodljivo pitje alkohola postopoma vodi v zasvojenost (Kolšek, 2018).

Zasvojenost (sindrom odvisnosti od alkohola) diagnosticirajo po naslednjih značilnostih (Ramovš & Ramovš, 2010):

- ponavljajoče se pitje alkohola,
- težave z obvladovanjem pitja alkohola,
- močna želja po pitju alkohola,
- povečana toleranca do popitega alkohola,
- vztrajanje pri pitju alkohola kljub že ugotovljenim škodljivim posledicam pitja,
- telesne motnje zaradi odtegnitve alkohola (abstinenčna kriza) in
- večje posvečanje pitju kot drugim dejavnostim in obveznostim.

Može in sodelavci (2015) dodajajo še svoje kriterije, s pomočjo katerih presojujejo, ali je človek z alkoholom zasvojen: opazovana oseba alkoholne pijače uživa redno, dolgotrajno in prekomerno ter kaže znake duševne zasvojenosti in druge znake, ki so izraženi na zdravstvenem, socialnem in ekonomskem področju.

2.1.3 Posledice prekomernega pitja alkoholnih pijač

Družba oziroma njeni posamezniki se slej ko prej srečajo z alkoholom. NIJZ (2018) opozarja, da je alkohol droga oziroma psihoaktivna snov, katere učinki posameznike lahko vodijo v zasvojenost z alkoholom. V zdravstveni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov je opredeljena diagnoza škodljivo uživanje in sindrom odvisnosti od alkohola, ki se razvije s ponavljajočim pitjem alkohola. Za škodljivo uživanje alkohola je značilno, da se pojavljajo telesne in duševne motnje, ni pa posameznik še zasvojen z alkoholom (Ramovš & Ramovš, 2010).

Poznamo 60 bolezni ali zdravstvenih stanj, povezanih z alkoholom in več kot 200 zdravstvenih stanj, kjer je alkohol eden od dejavnikov tveganja (Rehm, et al., 2010). Zelo pogosto pitje alkoholnih pijač je vzrok slabega zdravja in prezgodnje smrti. Alkohol

povečuje tveganje za nastanek nekaterih vrst raka, pri čemer je tveganje za večino ljudi prisotno že ob pitju manjših količin alkohola in je večje v primerjavi s tistimi, ki alkohola ne pijejo. Že pitje ene merice alkoholne pijače dnevno značilno poveča tveganje za nekatere oblike raka, kot je rak dojke pri ženskah. Pitje alkohola povečuje tveganje za razvoj raka ustne votline, žrela, požiralnika, jeter, debelega črevesa in danke (Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2019). Tveganje za nastanek raka pri pitju alkohola je večje, ker (Anderson, et al., 2017) poškoduje celice, vpliva na delovanje nekaterih hormonov (npr. povezanih z rakom dojke) in se razgradi v rakotvorne snovi. Črevesne ali prebavne težave nastanejo, kadar prihaja do prekomernega draženja sluznice prebavil. Prihaja lahko do vnetij, ki se izražajo kot pekoča bolečina s krči v predelu trebuha. Pogosta so tudi obolenja jeter, do katerih pride zaradi slabenja jetrnih celic. Organ postaja vse večji in trdnejši, kar sčasoma privede do pogoste ciroze. Ker jetra ne delujejo pravilno, lahko pride do zastrupitve, ki jo prepoznamo po rumenici, vidni v očesih, motnjah v prebavilih ali zatekanju okončin. Zaradi prekomernega pitja alkohola se lahko pojavijo motnje delovanja trebušne slinavke. V žlezi z notranjim izločanjem se zamašijo žlezni vodi, kar se lahko vname in povzroči razgradnjo tkiva. Bolezensko stanje zasvojenih z alkoholom negativno vpliva nanje in na njihove svojece: prizadene njihovo zdravstveno in socioekonomsko stanje, negativno vpliva na družinsko in družbeno okolje (Shakeshaft, et al., 2014; Lovrečič & Lovrečič, 2014).

Kadar govorimo o negativnih posledicah pitja alkohola, je vredno, da pomislimo tudi na duševne posledice oziroma bolezni, ki so izjemno pogoste pri ljudeh, ki prekomerno uživajo alkohol (na tvegan ali škodljiv način) oziroma so z njim zasvojeni. Za ljudi, ki zlorabljajo alkohol, je na duševnem področju značilno nezaupanje vase, pomanjkljivo samospoštovanje in samozavest, pogosto so negotovi in preobčutljivi, nezadovoljni sami s seboj in svojim življenjem ter izgubljajo zanimanje za sebe ter svojo okolico. Škodljiva raba alkohola je povezana z duševnimi motnjami, kot so akutna zastrupitev z alkoholom, sindrom odvisnosti od alkohola, alkoholni odtegnitveni delirij, alkoholna psihotična motnja, demenca, alkoholni fetalni sindrom. Pogosto so pridružene duševne motnje, kot sta depresija in tesnoba, večje tveganje za samomor in nasilje (Roškar, et al., 2016).

Depresija ali razvoj bipolarni motnje se po navadi pri posamezniku razvije veliko prej, kot jih odkrijejo, saj si ti ne priznavajo tovrstnih bolezni. Ker poglobljanje depresije lahko v slabem primeru vodi tudi do suicidalnih misli, jo je potrebno zdraviti. Korzakova bolezen oziroma težave s spominom se pojavijo, kadar posameznik ne more pravilno razmišljati, nima občutka za čas in prostor in slabo prepozna ter izraža svoja čustva (Može, et al., 2015). Simptomi Korzakove bolezni lahko sicer izginejo, vendar Rugelj (2015) navaja, da lahko trenutna decentnost na možganih pusti večne posledice. Alkoholni delirij je najbolj značilna motnja alkoholizma, ki se pojavi pri več kot 80 % primerih oseb, ki prekomerno uživajo alkohol. Pojavi se lahko po več letih uživanja, pogosto pa se simptomi kažejo v obliki prividov. Posameznik lahko ob izkustvu delirija izgubi občutek za čas in prostor, prav tako lahko na trenutke izgubi zavestnost. Halucinacije zaradi alkoholizma se kažejo kot izkušnja prisluhov, prividov ali namišljenih pojavov, stvari ali oseb. Običajno so osebe zaskrbljene in obdane s strahovi namišljenih stvari ali oseb. Halucinacije so lahko v ekstremnih primerih tako močne, da sprožijo napadalno in suicidalno ovedenje posameznika, ki je ob nepravilnem ukrepu bližnjih lahko usodno (Može, et al., 2015).

Zelo obsežen je tudi socialni vidik posledic čezmernega pitja alkohola, ki posegajo v družino, delovno mesto, prometno varnost in kriminal. Najhujše pa so zagotovo posledice na družinskem področju, ki se kažejo predvsem na odnosnem področju. Glede na opisane posledice tvegano pitje alkohola predstavlja tudi veliko finančno breme države (kriminaliteta, nezgode, zdravstvene težave, hospitalizacije in tako naprej) (Roškar, et al., 2016).

Večplastne posledice tveganega in škodljivega pitja alkohola pogosto vodijo v zasvojenost z alkoholom (Bajt & Roškar, 2010; Zorko & Koprivnikar, 2015). Dolgotrajnejše pitje alkohola se organsko utiri v možganih kot umetna potreba ali zasvojenost, ki vse bolj zahteva svojo zadovoljitev. Zasvojenost opredeljujemo kot umetno škodljivo potrebo po omamni snovi, omamnem vedenju ali omamnem doživljanju. Zasvojen človek običajno čuti potrebo po alkoholu močnejše kot svoje naravne telesne, duševne, duhovne, socialne, razvojne in druge pristne človeške potrebe (Ramovš & Ramovš, 2010).

Perko (2013) nadaljuje, da nekateri zmotno mislijo, da gre pri zasvojenosti zgolj za osebno motnjo posameznika, temveč je to problematičen družbeni pojav s širšimi družbeno-socialnimi posledicami. Pandey in sodelavci (2017) trdijo, da je sindrom odvisnosti prepleten z duševnimi in telesnimi motnjami, ki so produkt delovanja na organizem. Avtorji dodajajo, da je obnašanje velikokrat kompulzivno, cilj pitja alkohola pa je v doživljanju posebnih čustvenih izkustev in pogosto izogibanju negativnim doživljanjem ter počutju. Sindromom zasvojenosti z alkoholom, ki ga je leta 1977 SZO poimenovala kot koncept, temelji na sklopu bolezenskih znakov, ki jih je možno in dokaj lahko prepoznati. Pri tem vključujejo celoten splet motenj v povezavi s pitjem alkoholnih pijač (Auer, 2012).

Zasvojenost z alkoholom lahko izvira iz genetske zasnove, ki naj bi prispevala polovičen del izvornosti. V celoti ni možno potrditi, ali se zasvojenost prenaša na potomce. Gre za vzorec obnašanja, ki se vzpostavi v družini in se tako neposredno prenese na nasledstvo, ki posnema vzorce vedenja. Pojav je pogostejši pri moški populaciji, njihova genetska zasnova ter zgradba telesa pa pomembno vplivata na sprejemanje alkohola v smislu njegove absorpcije in razgradnje le-tega (Verhulst, et al., 2015). Lepoša Žalec (2013) piše, da se zasvojenost z alkoholom prenaša iz generacije v generacijo in povzroča veliko breme pri otrocih, katerih starši so zasvojeni z alkoholom. To breme zasvojenosti z alkoholom staršev se pri otrocih odraža kot ovira pri funkcioniranju v vsakodnevnem življenju (otroci doživljajo stiske).

Zasvojenost se lahko pri posamezniku razvija zelo počasi in prikrito, zato je ključnega pomena, da ob morebitnih znakih to čimprej opazijo družina in bližnji. Če je posameznik že v močni fazi zasvojenosti, potem lahko pride do destrukcije v dveh valih. Prvi je zaradi uničenja družine in osebnih stikov, drugi je zaradi psihološkega uničenja alkoholika samega. Da do tega ne pride, je dobro, da pri opazovanju in odkrivanju zgodnjih simptomov sodeluje celotna družina in se ob zaznavi obrne po pomoč k strokovnjakom na področju odvisnosti in družinske psihoterapije. S priključitvijo strokovnjaka se družinskim članom razdelijo določene »analoge«, ki jih morajo opraviti, da se lahko ubranijo pred tveganjem zasvojenosti (Shumway, et al., 2017).

Tudi Jayne in Valentine (2017) poudarjata, da breme zasvojenosti prizadene celotno družino. Pomembno je, da se družina pravočasno odloči za zdravljenje zasvojenosti, še preden pride do ločitve svojcev in odvisnika ali do postopnega nadaljnega propadanja zasvojenega in/oziroma celotne družine (Jayne & Valentine, 2017).

Med skupine prebivalstva, ki jih prekomerno pitje alkohola najbolj ogroža, prištevajo predvsem otroke in mladostnike, nosečnice in doječe matere, starostnike, paciente s kroničnimi obolenji in tiste, ki prejemajo zdravila (NIJZ, 2019).

Iz vidika zaščite ogroženih skupin in preprečevanja posledic prekomernega pitja alkohola je pomembna preventiva v smislu zgodnjega odkrivanja in svetovanja za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola (NIJZ, 2019).

2.2 ZMANJŠEVANJE ALKOHOLNE PROBLEMATIKE Z VIDIKA SVETOVANJA ZA OPUŠČANJE TVEGANEGA IN ŠKODLJIVEGA PITJA ALKOHOLA

2.2.1 Promocija zdravja, preventiva, zdravstveno-vzgojno in svetovalno delo

Preventiva izhaja iz medicinskega modela zdravja in se osredotoča na zdravje kot odsotnost bolezni. Cilj preventive je preprečevanje bolezni, njeno zgodnje odkrivanje in zgodnje zdravljenje. Alkoholna problematika je glede na predhodno razčlenjene kategorije pitja alkohola eno izmed področij, ki ga spremljajo različne ravni preventive. Pri opisu zdravega vedenja se srečamo s tremi žarišči opredelitve: primarno, sekundarno in terciarno preventivo. Primarna preventiva se nanaša na dejavnosti preventive, ki se izvajajo pred nastopom bolezni ali poškodbe. Njen namen je odstraniti možnosti, da do bolezni ali poškodb sploh pride. Sekundarna preventiva se nanaša na dejavnosti, ki preprečujejo napredek poškodbe ali bolezni v začetni fazi. Terciarna preventiva se nanaša na dejavnosti, ki se izvajajo po nastopu bolezni ali poškodbe, z namenom nudenja pomoči posameznika z boleznijo ali poškodbo (Baumann & Karel, 2013).

Promocija zdravja je nasledila starejšo idejo zdravstvene vzgoje. Promocija, ki izhaja iz biopsihosocialnega modela zdravja, želi krepiti, varovati in ohranjati zdravje ter upošteva posameznika kot celoto. Osredotoča se tako na zdravo populacijo kot na ranljive skupine ter skuša opolnomočiti vse ljudi, tudi prikrajšane, (na način, da jim daje orodja, s katerimi lahko vplivajo na determinante zdravja). Javnozdravstveni pristop k primarni preventivi je tradicionalno usmerjen k zmanjšanju pojavnosti bolezni pri določeni populaciji. Promocijski in preventivni posegi lahko na splošno veljajo za poskuse spreminjanja posameznika ali dejavnika okolja, ki prispeva k problematiki pitja alkohola (Bajt & Jeriček Klanšček, 2017).

Zdravstveno-vzgojno delo je pomemben dejavnik pri preprečevanju bolezni in krepitvi zdravja. Naloga zdravstvene vzgoje je motivirati družbo in posameznika za prevzem odgovornosti za lastno zdravje. To je mogoče s podajanjem informacij, svetovanjem in poučevanjem zdravstveno-vzgojnih vsebin in aktivnosti. Na ta način se pacient uči, krepi in ohranja svoje zdravje. Zdravstveni delavci se morajo zavedati, da vsi pacienti niso enako motivirani in pripravljeni na učenje, zato je ena najtežjih nalog zdravstvene vzgoje sprememba posameznikovih nezdravih navad (Protheroe & Rowlands, 2013).

Begun in Clapp (2015) pravita, da so/bodo izzivi tvegane in škodljivega pitja alkohola v naslednjem desetletju pomagali reševati štiri smeri trenutnih in prihodnjih raziskav: mehanizmi sprememb vedenja, učinkovite študije, interdisciplinarni in večstopenjski pristopi, implementacijski pristopi.

Na področju svetovalnega dela, ki je zahteven, celovit in sestavljen proces, je znano, da obstaja veliko strokovnjakov, ki za opravljanje svojega vsakodnevnega dela potrebujejo in vanj pogostokrat vpletajo veščine svetovanja. Predvsem v zdravstvu, kjer je potreba po pomoči ljudem v ospredju, je vključevanje svetovanja v vloge medicinske sestre ali zdravnika zelo pomembno (Jelenc Krašovec, 2011).

2.2.2 Odnos zdravstvenih delavcev do alkoholne problematike in usposobljenost za zdravstveno-vzgojno in svetovalno delo

Odnos med osebnimi stališči in vedenji zdravstvenih delavcev do alkohola in njihovimi strokovnimi praksami obravnave alkoholne problematike in preventivnega delovanja sta proučevala Bakhshi in While (2014). V pregledu znanstvene literature ugotavljata pozitivne povezave med spodbujanjem aktivnosti zdravstvenih delavcev za zmanjšano pitje alkohola pacientov, njihovimi osebnimi stališči do alkohola ter njihovo osebno uporabo alkohola.

Najpogostejši in najbolj učinkovit način obravnave tveganega in škodljivega pitja alkohola je svetovanje, kjer je pomoč ponujena preko pogovora s pacientom o njegovi težavi pitja alkohola. Mednarodne raziskave, povezane s stališči medicinskih sester do problemov, povezanih s pitjem in zlorabo alkohola, se osredotočajo na zgodnjo identifikacijo pivcev, večine strokovnjakov za obvladovanje, na potrebe pacientov, zadovoljstvo pri delu s pivci alkohola in izobraževanje medicinskih sester v okviru programov usposabljanja (Soares, et al., 2013).

Na temo izobraževanja zaposlenih v javnem zdravstvu so Frenk in sodelavci (2010) opravili teoretični pregled obsega besedil na temo izobraževanja zaposlenih. V zvezi z izobraževanjem zaposlenih so zasledili samo 221 od 11.054 (2 %) člankov. Večina vseh člankov je bila namenjena zdravnikom (73 %), četrtnina pa medicinskim sestram. Področje odgovornosti javnega zdravja je široko in vedno večje, zaradi česar izvajalci javnega zdravja od zdravstvenih delavcev zahtevajo različne spretnosti. Mnogi med njimi niso bili deležni dovolj izobrazbe ali usposabljanja, kako se spoprijeti z vse bolj raznolikimi in novimi izzivi javnega zdravja. Zahtevane spretnosti vključujejo osnovni pogled v to, kaj je javno zdravje, s čim se ukvarja in kako dosega svoje cilje. Poleg tega so potrebne temeljne kompetence, ki zagotavljajo znanje in strokovno specializacijo na vseh področjih javne zdravstvene prakse. Primer je specializacija »vedeti-kako«, ki zagotavlja natančno znanje in strokovno specializiranost, potrebno za posebne programe ali funkcije (Protheroe & Rowlands, 2013).

2.2.3 Ukrepi za zmanjševanje alkoholne problematike

Brez ciljnega spraševanja o pitju alkohola in s tem povezanih morebitnih težav, so zdravstveni delavci pri pacientih pogosto ugotavljali le razne telesne ali duševne težave, ki v bistvu izvirajo iz tveganega in škodljivega pitja alkohola (na primer nespečnost, depresija, bolečine v želodcu, razbijanje srca, utrujenost, glavobol). Ne obstaja specifičen test, s katerim bi hitro in enostavno odkrili težave, povezane s tveganim in škodljivim pitjem alkohola. Identifikacija problema alkoholizma pri posamezniku pomeni, da je bilo do tega trenutka že veliko zamujenega. Naloga zdravstvenih delavcev je, da vprašanja o rabi alkohola postanejo del vsakodneвне klinične rutine in s tem avtomatizem. Tako je mogoče zmanjšati stigmatizacijo pacientov, ki alkohol pijejo na tvegani in škodljivi ravni (Rus Makovec, et al., 2018).

Pregledi in kratki ukrepi omogočajo zdravstvenim delavcem, da informirajo njihove paciente o tveganjih, povezanih z uporabo alkohola. Kratki ukrepi vplivajo na opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola med prekomernimi pivci, s čimer se povečuje število ljudi, ki alkohol pijejo redkeje ali abstininirajo. Najučinkovitejši so kratki ukrepi z več stiki ali nadaljevanji, ugotavljajo Alvarez-Bueno in sodelavci (2015).

Presejanje za tvegano in škodljivo pitje alkohola z vprašalnikoma Alcohol Use Disorders Identification (AUDIT-C in AUDIT-10) predstavlja del standardnega protokola v ambulantni družinske medicine (v času projekta referenčni ambulantni), saj individualno svetovanje po novem lahko izvaja v ambulantni družinske medicine diplomirana medicinska sestra sama, lahko pa pacienta napoti na individualno svetovanje v Center za krepitev zdravja (CKZ) (Hočevar, 2015). Kratki ukrep za individualno svetovanje za opuščanje tveganega/škodljivega pitja alkohola je do leta 2015 v Sloveniji lahko izvajal le zdravnik družinske medicine (ZDM).

V Sloveniji se na tem področju s projektom Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola (SOPA) uvajajo novosti. Pri projektu SOPA gre za željo po odpravi oziroma zmanjšanju negativnih posledic tveganega in škodljivega pitja alkohola na različnih ravneh posameznikovega življenja. Projekt je z delovanjem pričel oktobra 2016 in bo trajal

predvidoma do decembra 2021. Glavni namen programa je v Sloveniji s sistemskim interdisciplinarnim pristopom obravnave tveganega in škodljivega pitja alkohola izboljšati zdravje, omejiti negativne posledice in vzpostaviti odgovoren odnos do pitja alkohola. Med drugim program SOPA zasleduje naslednje temeljne strateške cilje (Črnko Papič, et al., 2018):

- Krepitev že obstoječih in izgradnja novih kapacitet za obravnavo tveganega in škodljivega pitja alkohola na nacionalni, regionalni in lokalni ravni – cilj se nanaša predvsem na izobraževanja predstavnikov različnih strok in področij delovanja za namene oblikovanja novega pristopa za individualno obravnavo oseb, ki tvegano in škodljivo pijejo, in alkoholne problematike v skupnosti.
- Razvoj, usposabljanje za in pilotna izvedba pristopa individualne obravnave v skupnosti – strokovnjake bomo najprej usposobili za izvedbo individualnih obravnav in nato pristop v pilotnem obdobju aplicirali v 18 lokalnih okolij (lokalno okolje se nanaša na sodelujoč zdravstveni dom, center za socialno delo, urad Zavoda za zaposlovanje, nevladne organizacije in ostale deležnike v lokalni skupnosti) po vsej Sloveniji.
- Osveščanje in usposabljanje novinarjev za odgovorno poročanje o alkoholu v množičnih medijih.
- Osveščanje splošne in strokovne javnosti o alkoholni problematiki – obeleževanje pomembnih dni, tudi naslavljanje specifičnih skupin, kot so mladi, ljudje s posebnimi potrebami.
- Vzpostavitev protokolov obravnave tveganega in škodljivega vpitja alkohola znotraj poklicev ter povezovanje in sodelovanje med poklici – razvoj in vzpostavitev pristopa, ki se bo uporabljal znotraj različnih poklicev, poudarek je tudi na samem mreženju in povezovanju med poklici.
- Predlog vzpostavitve pristopa na sistemski ravni.

Obravnave se bodo v okviru zdravstvenega sistema na primarni ravni zdravstvenega varstva v obliki individualnega svetovanja za zmanjševanje tveganega in škodljivega pitja alkohola izvajale v ambulantah družinske medicine in CKZ. Tako imenovani »kratki ukrepi« oz. poglobljeno kratko svetovanje bodo z vidika kadrovske strukture izvajali zdravniki specialisti družinske medicine, diplomirane medicinske sestre/ zdravstveniki v

ambulantah družinske medicine in patronažnem zdravstvenem varstvu, izvajalci programov v ZVC / CKZ, zdravniki specialisti medicine dela, prometa in športa. S projektom želijo vzpostaviti ustrežnejšo obravnavo, ki bo poleg zdravstvenega sektorja vključevala tudi socialni sektor ter nevladne organizacije. Osnovni namen tega razvojno-aplikativnega projekta zajema predvsem razvoj ustrežnejše obravnave od že obstoječe ter povezavo med zdravstvenim in socialnim sektorjem ter nevladnimi organizacijami v mrežo, ki bo svoje uporabnike obravnavala tudi na področju problematike pitja alkohola, in sicer tako na individualni ravni kot na ravni skupnosti (Črnko Papič, et al., 2018).

Ob omenjenih programih bi morali upoštevati tudi prednosti in izkušnje tujih programov za zmanjšanje alkoholne problematike. Eden takih je program Centra za nadzorovanje in preprečevanje bolezni (CDC – Centers of Disease Control and Prevention alcohol program). Namen programa je preprečiti prekomerno uživanje alkohola in zmanjšanje negativnih vplivov prekomernega uživanja alkohola v državah in skupnostih z nadzorom javnega zdravja, partnerstvi in prenosom uporabnih raziskav v prakso javnega zdravja. Cilj je prav tako izboljšati nadzor javnega zdravja zaradi prekomerne uporabe alkohola, zlasti popivanja in pitja mladoletnikov ter s tem povezanih zdravstvenih problemov. Želijo razširiti javno in lokalno javnozdravstveno zmogljivost na področju epidemiologije uživanja alkohola in preprečevanja prekomerne uporabe alkohola. Ob tem pa je cilj tudi zagotoviti nacionalno vodstvo pri učinkovitih strategijah na ravni prebivalstva za preprečevanje prekomerne uporabe alkohola s sodelovanjem in partnerstvi. Program CDC tako krepi znanstvene temelje za preprečevanje prekomerne uporabe alkohola z izboljšanjem nadzora javnega zdravja, nudi podporo državnim in lokalnim javnim zdravstvenim agencijam ter sodeluje z nacionalnimi partnerji, vključno z drugimi zveznimi agencijami (Center for Disease, Control and prevention (CDC), 2020).

V tem okviru je zagotovo nujno potreben sistematičen zdravstveni pristop, ki bo poleg svetovanja sinergično združeval ambulante družinske medicine, zdravstveno-vzgojne centre oz. centre za krepitev zdravja, patronažno službo ter posameznikom zagotavljal kompetentno in strokovno zdravstveno obravnavo (Kolšek & Visnovič Poredoš, 2011).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Ker je problematika, povezana s pitjem alkohola v Sloveniji, zelo razširjena in pereča, smo raziskovalni del diplomskega dela posvetili obravnavi posameznikov na primarnem nivoju zdravstvenega varstva, ki pijejo alkoholne pijače na tvegani ali škodljivi ravni in posledično lahko postanejo zasvojeni z alkoholom. Namen raziskave je ugotoviti mnenja zdravstvenih delavcev (diplomiranih medicinskih sester/diplomiranih zdravstvenikov/ in zdravnikov družinske medicine) na primarnem nivoju zdravstvenega varstva o alkoholni problematiki, dosedanji praksi in poznavanju pristopov v obravnavi ter njihova stališča do individualnega svetovanja za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola.

Cilji raziskave so med zdravstvenimi delavci na primarnem nivoju zdravstvenega varstva:

- raziskati mnenja o pitju alkohola in alkoholni problematiki;
- proučiti dosedanje prakse v obravnavi opuščanja tveganega in škodljivega pitja alkohola;
- ugotoviti mnenja o poznavanju pristopov in izobraževanju za individualno svetovanje za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola;
- raziskati splošna mnenja in osebna stališča do individualnega svetovanja za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola;
- ugotoviti statistično pomembne razlike med diplomiranimi medicinskimi sestrami in zdravniki družinske medicine v mnenjih o alkoholni problematiki, dosedanji praksi obravnave alkoholne problematike, svetovanju, poznavanju pristopov in osebnih stališčih do izvajanja individualnega svetovanja za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

V raziskavi smo postavili naslednja raziskovalna vprašanja:

- RV1: Kakšna so mnenja zdravstvenih delavcev o pitju alkohola in alkoholni problematiki?

- RV2: Kakšna je dosedanja praksa zdravstvenih delavcev v obravnavi tveganega in škodljivega pitja alkohola?
- RV3: Kakšna so mnenja zdravstvenih delavcev o svetovanju za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola?
- RV4: Kako zdravstveni delavci ocenjujejo poznavanje pristopov za izvajanje individualnega svetovanja za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola?
- RV5: Kaj zdravstveni delavci menijo o izobraževanju za izvajanje individualnega svetovanja za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola?
- RV6: Kakšna so osebna stališča zdravstvenih delavcev (pomembnost, usposobljenost, pripravljenost) do individualnega izvajanja svetovanja za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola?
- RV7: Kakšne so statistično pomembne razlike med diplomiranimi medicinskimi sestrami in zdravniki družinske medicine v mnenjih o alkoholni problematiki, dosednji praksi obravnave alkoholne problematike, svetovanju, v poznavanju pristopov in osebnih stališčih do izvajanja individualnega svetovanja za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Pri izvedbi raziskave smo uporabili neeksperimentalno deskriptivno kvantitativno metodo empiričnega raziskovanja. Za izdelavo teoretičnega dela smo uporabili pregled študij strokovno-znanstvene literature in virov. Literaturo in vire v slovenskem in angleškem jeziku smo poiskali v različnih bazah podatkov (slovenska bibliografska baza: Cobiss; tuje bibliografske baze: Cinahl, Web of Science, ProQuest in Google Učenjak, pa tudi neposredno v knjižnici Fakultete za zdravstvo Angele Boškin na Jesenicah). Uporabili smo literaturo, ki je bila objavljena v letih od 2010 do 2020, eno zaradi aktualnosti objavljeno leta 2009. Ključne besede pri iskanju so bile vsebinsko povezane z obravnavano problematiko. V slovenskem jeziku smo uporabili ključne besede: individualno svetovanje, tvegano in škodljivo pitje alkohola, zasvojenost, stališča zdravstvenih delavcev do alkohola. V angleškem jeziku smo uporabili ključne besede:

individual counseling, risky and harmful drinking of alcohol, addiction, health professionals' views on alcohol.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

V raziskavi smo uporabili metodo anketiranja, merski instrument je bil strukturirani vprašalnik, sestavljen iz treh delov. V prvem delu vprašalnika je bila navedena predstavitev raziskovalke in namen vprašalnika. Drugi del vprašalnika je bil sestavljen iz petih sklopov vprašanj oz. trditvev (Likertova merska lestvica), z analizo katerih smo odgovorili na zastavljena raziskovalna vprašanja. Prvi sklop je obsegal trditve v zvezi z mnenji zdravstvenih delavcev do pitja alkohola in alkoholne problematike. Drugi sklop je vseboval trditve, s katerimi so anketiranci izrazili dosedanja prakso v obravnavi opuščanja tveganega in škodljivega pitja alkohola. Tretji sklop je obsegal postavke v zvezi z mnenji zdravstvenih delavcev o svetovanju za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola. Četrty sklop vprašanj je obsegal postavke v zvezi s poznavanjem pristopov v svetovanju za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola in zaznavanjem pomembnosti izobraževanja zdravstvenih delavcev o alkoholni problematiki. V petem sklopu smo ugotavljali stališča zdravstvenih delavcev o pomembnosti osebnega izvajanja individualnega svetovanja, njihovi prepričanosti o usposobljenosti in njihovi pripravljenosti za izvajanje individualnega svetovanja za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola. Tretji del vprašalnika je vseboval demografske podatke anketirancev (spol, starost, poklic, trenutno delovno področje).

Vprašanja smo oblikovali na podlagi lestvice stališč do alkohola z izvirnim naslovom *Escala de Atitudes Frente ao Álcool, ao Alcoolismo e à pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool* (EAFAAA), ki je bila razvita in opredeljena v Braziliji (de Vargas, 2014), na podlagi vprašalnika, ki je bil razvit za namen proučevanja težav pri uporabi škodljivih substanc (The Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire - AAPPQ) (Connors, et al., 2019). Obsega 18 postavk, za namen raziskave smo uporabili postavke, ki se so nanašale zgolj na problematiko alkohola in na odraslo populacijo ter na podlagi pregleda strokovne in znanstvene literature, predstavljene v teoretičnih izhodiščih (Frenk, et al., 2010; Soares, et al., 2013; Gonzalez, et al., 2017).

Da bi preverili zanesljivost samega vprašalnika, smo s programom SPSS izdelali t.i. Cronbachovo alfa analizo. Sam rezultat je izražen s koeficientom od 0 do 1 in nam pove zanesljivost, s katero se prepričamo, da bi lahko enake rezultate pričakovali tudi ob večkratnih izpolnjevanjih s strani enake skupine udeležencev (Cencič, 2009).

Tabela 1: Cronbach alfa in preverjanje zanesljivosti sklopov trditev

Sklop trditev	Tematika sklopa	Koeficient (α)	Zanesljivost
1.	Mnenja zdravstvenih delavcev o pitju alkohola in alkoholni problematiki.	0.696	Sprejemljiva
2.	Stališča o svetovanju za opuščanje tvegane in škodljivega pitja alkohola.	0.834	Dobra
3.	Dosedanja praksa v obravnavi opuščanja tvegane in škodljivega pitja alkohola.	0.764	Dobra
4.	Pripravljenost za individualno svetovanje za opuščanje tvegane in škodljivega pitja alkohola.	0.915	Odlična
5.	Mnenje o usposobljenosti za individualno svetovanje za opuščanje tvegane in škodljivega pitja alkohola.	0.856	Dobra
6.	Pomembnost izobraževanja o alkoholni problematiki in svetovanju za opuščanje tvegane in škodljivega pitja alkohola.	0.898	Dobra

Legenda: Stopnja zanesljivosti: $\alpha < 0,5$ nesprejemljiva; $0,5 \leq \alpha < 0,6$ Slaba; $0,6 \leq \alpha < 0,7$ sprejemljiva; $0,7 \leq \alpha < 0,9$ dobra; $\alpha \geq 0,9$ odlična.

V tabeli 1 so razvidni izračuni Cronbach alfa za šest sklopov vprašanj. Ob pregledu vidimo, da eden od šestih izpolnjuje mero odlične zanesljivosti, štirje od šestih mero dobre zanesljivosti in en sklop mero sprejemljive zanesljivosti. Po preverbi Cronbachovega alfa testa smo izvedli temeljno analizo posamičnih sklopov trditev.

3.3.3 Opis vzorca

V raziskavi smo uporabili neslučajnostni, namenski vzorec, ki so ga sestavljali zdravstveni delavci primarnega zdravstvenega varstva (diplomirane medicinske sestre, diplomirani zdravstveniki – v nadaljevanju diplomirane medicinske sestre in zdravniki družinske medicine), zaposleni v Osnovnem zdravstvu Gorenjske (OZG), organizacijski enoti (OE) Zdravstveni dom (ZD) Kranj, ZD Slovenj Gradec, ZD Ravne na Koroškem in v ZD Dravograd. Povezavo do spletne oblike vprašalnika so zdravstveni delavci prejeli preko spletne pošte. Od 181 oseb, ki si je anketo ogledalo, je sistem ohranil podatke za

88 pravilno in v celoti izpolnjenih vprašalnikov, saj so bili drugi neprimerni za analizo, predvsem zaradi pomanjkljivosti pri izpolnjevanju. Realizacija vzorca je bila 42 %.

Tabela 2: Porazdelitev anketirancev glede na spol

Spol	Frekvenca	Delež (v %)
Moški	9	10,2
Ženski	79	89,8
SKUPAJ	88	100,0

V tabeli 2 vidimo, da je vprašalnik izpolnilo 10,2 % (9) predstavnikov moškega spola in 89,8 % (79) predstavnic ženskega spola.

Tabela 3: Porazdelitev anketirancev glede na starost

Starost						
N	PV	Me	Mo	SO	Min	Max
88	38,67	36,00	32	10,055	21	63

Legenda: N – število odgovorov; Min – minimalna vrednost; Max – maksimalna vrednost; PV – povprečna vrednost; Mo – modus; Me – mediana; SO – standardni odklon

V tabeli 3 so razvidni podatki osnovne deskriptivne statistike spremenljivke starost. Med 88 anketiranci je najmlajši štel 21 let, najstarejši pa 63 let. Povprečna starost oziroma aritmetična sredina vseh vključenih je znašala dobrih 38 let. Najpogostejša starost (Mo) je bila 32 let. Polovica vseh anketiranih je imela manj kot 35 let ali točno 35 let, polovica pa več.

Tabela 4: Porazdelitev anketirancev glede na poklic

Poklic	Frekvenca	Delež (v %)
Diplomirana medicinska sestra / diplomirani zdravstvenik	74	84,1
Zdravnik / zdravnica družinske medicine	14	15,9
SKUPAJ	88	100,0

Tretje vprašanje je bilo vprašanje zaprtega tipa, kjer je respondent moral izbrati ustrezen poklic, ki ga opravlja (tabela 4). V celotnem naboru statističnih enot, ki smo jih imeli v vzorcu, je bilo 84,1 % (74) diplomiranih medicinskih sester in 15,9 % (14) zdravnikov družinske medicine.

Tabela 5: Porazdelitev anketirancev glede na delovno področje

Delovno področje	Frekvenca	Delež (v %)
Ambulanta družinske medicine	31	35,2
Patronaža	25	28,4
ZVC/CKZ	21	23,9
Dispanzer	11	12,5
SKUPAJ	88	100,0

Pri četrtem vprašanju nas je zanimalo, na katerem delovnem področju trenutno delajo zaposleni. Iz tabele 4 je razvidno, da je 35,2 % (31) oseb označilo, da trenutno delajo v ambulanti družinske medicine, 28,4 % (25) oseb deluje na področju patronaže, 23,9 % (21) oseb v Centrih za krepitev zdravja ali Zdravstveno vzgojnih centrih in 12,5 % (11) v dispanzerski dejavnosti.

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Po pridobljenih soglasjih v posameznih zdravstvenih domovih (OZG OE ZD Kranj, ZD Slovenj Gradec, ZD Ravne na Koroškem in ZD Dravograd) smo vprašalnike s povezavo za izpolnjevanje anket na spletu posredovali osebam, odgovornim za raziskovanje v posameznih zdravstvenih domovih. Zaposili smo jih, da vprašalnike posredujejo svojim sodelavcem. Vprašalnike, ki so bili izdelani v elektronski obliki s pomočjo spletnega portala Ika, so jim posredovali po elektronski pošti. Anketiranje je potekalo od 7. aprila do 29. aprila 2020. Anketiranci so na anketo kliknili neposredno preko prejete URL povezave. Na prvi strani vprašalnika so bila podana jasna in natančna navodila za izpolnjevanje ter informacija, da je sodelovanje anonimno in prostovoljno, rezultati pa bodo namenjeni zgolj potrebam izdelave raziskovalnega dela. Povprečni čas reševanja je bil 5 minut in 29 sekund, kar pomeni, da so vprašalnike anketirani v povprečju izpolnili v polovičnem predvidenem času, ki je bil 10 minut in 54 sekund.

Dobljene rezultate smo kvantitativno obdelali v statističnem računalniškem paketu Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), verzija 22. Pri obdelavi podatkov smo uporabili: osnovno deskriptivno statistiko – za pridobljene rezultate smo izračunali frekvence, deleže, povprečne vrednosti in standardne odklone in s t testom (Independent samples test – test razlike dveh neodvisnih skupin) preverjali statistično pomembne razlike med dvema skupinama. Kot standardno mejo smo v analizah upoštevali statistično

značilnost $p \leq 0,05$. Morebitno povezanost posameznih trditev s starostjo smo preverili s Pearsonovim korelacijskim koeficientom.

3.4 REZULTATI

Jedro raziskave je bilo razdeljeno na šest krajših sklopov. Izbrano število trditev smo preverjali s pomočjo Likertove petstopenjske lestvice. V nadaljevanju smo predstavili rezultate odgovorov na raziskovalna vprašanja. V tabelah 6 do 13 so prikazani združeni podatki: v prvem delu tabele povprečja in standardni odkloni za vse zdravstvene delavce, ki so sodelovali v anketi (N = 88), in v drugem delu tabele rezultati t testa za dve skupini: diplomirane medicinske sestre (DMS; N = 74) in zdravniki družinske medicine (ZDM; N=14).

Tabela 6: Mnenja zdravstvenih delavcev o pitju alkohola in alkoholni problematiki

Trditev	Zdravstveni delavci			DMS		ZDM		t	p
	N	PV	SO	PV	SO	PV	SO		
Sem proti uporabi alkoholnih pijač.	88	3,64	1,136	3,65	1,128	3,57	1,222	-0,232	0,817
Tudi majhne količine popitega alkohola lahko povzročijo zasvojenost.	88	3,42	1,162	3,50	1,150	3,00	1,177	-1,487	0,141
Ljudje imajo pravico do pitja alkoholnih pijač, če to želijo.	88	3,38	1,065	3,39	1,057	3,29	1,139	-0,340	0,734
Podpiram manj tvegano pitje alkohola.	88	3,28	1,250	3,16	1,261	3,93	0,997	2,147	0,035
Pitje alkoholnih pijač (ne glede na količino) vodi v zasvojenost z alkoholom.	88	3,14	1,279	3,23	1,309	2,64	1,008	-1,896	0,071
Ljudje lahko pijejo alkohol, če se znajo nadzorovati.	88	2,64	1,095	2,70	1,082	2,29	1,139	-1,312	0,193
Manj tvegano pitje alkohola ne škoduje zdravju.	88	2,58	1,058	2,54	1,036	2,79	1,188	0,793	0,430
Alkoholne pijače so prijetne, ljudem omogočajo dobro počutje.	88	2,30	1,156	2,30	1,155	2,29	1,204	0,034	0,973
Pitje alkoholnih pijač je normalno.	88	2,05	0,896	2,05	0,905	2,00	0,877	-0,206	0,837
Alkoholne pijače v majhnih količinah so koristne zdravju.	88	1,99	0,916	2,04	0,913	1,71	0,914	-1,226	0,224

Legenda: N = število odgovorov;; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = t test; p = statistična značilnost; DMS = diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik; ZDM = zdravnik družinske medicine; Lestvica: 1 = nikakor se ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = niti se ne strinjam, niti se strinjam, 4 = strinjam se, 5 = popolnoma se strinjam

Tabela 6 v prvem delu prikazuje, da se zdravstveni delavci v »odklonilnih« stališčih do pitja alkohola najbolj strinjajo s trditvijo, da so proti uporabi alkoholnih pijač (PV = 3,64; SO = 1,136) in da že majhne količine popite alkoholne pijače lahko povzročajo zasvojenost (PV = 3,42; SO = 1,162). V »pozitivnih« stališčih do pitja alkohola se najvišje nestrinjanje kaže v trditvi, da so majhne količine alkohola zdravju koristne (PV = 1,99, SO = 0,916) in da je pitje alkoholnih pijač normalno (PV = 2,05; SO = 0,896). V tej trditvi so tudi najbolj enotni. Diplomirane medicinske sestre se prav tako najbolj strinjajo s trditvijo, da so proti uporabi alkoholnih pijač (PV = 3,65), najmanj pa s trditvijo, da je pitje alkohola normalno (PV = 2,01). Zdravniki družinske medicine se najbolj strinjajo s trditvijo, da podpirajo manj tvegano pitje alkohola (PV = 3,93), najmanj pa s trditvijo, da so majhne količine alkohola koristne zdravju (PV = 1,71). Statistično pomembno razliko ($t = 2,147$; $p = 0,035$) med poklicnima skupinama diplomiranih medicinskih sester (PV = 3,16) in zdravnikov družinske medicine (PV = 3,93) smo ugotovili v trditvi o podpiranju manj tveganega pitja. Drugih statistično pomembnih razlik med obema poklicnima skupinama nismo dokazali.

Iz tabele 7 je v prvem delu razvidna najvišja in najbolj enotna stopnja strinjanja anketiranih v poznavanju mej tveganega in škodljivega pitja alkohola (PV = 4,33; SO = 0,562), ki jih v obravnavi pacientov tudi upoštevajo (PV = 4,16; SO = 0,725). V najmanjši meri se anketirani strinjajo s trditvijo, da so doslej dokumentirali pitje alkohola pri pacientih (PV = 3,28). Mnenja so v tej trditvi tudi najbolj razpršena (SO = 1,093). Diplomirane medicinske sestre se prav tako najbolj strinjajo s trditvijo o poznavanju mej manj tveganega pitja alkohola (PV = 4,32), najmanj pa s trditvijo o dokumentiranju pitja alkohola pri pacientih (PV = 3,31). Zdravniki družinske medicine se najbolj strinjajo s trditvijo, da v obravnavi pacientov upoštevajo meje manj tveganega pitja alkohola (PV = 4,36), najmanj pa s trditvijo, da njihovo delovno okolje nudi informacije o posledicah pitja alkohola (PV = 3,00). V tej trditvi ugotavljamo tudi statistično pomembno razliko ($t = -2,928$; $p = 0,004$) med diplomiranimi medicinskimi sestrami (PV = 3,78) in zdravniki družinske medicine (PV = 3,00). Drugih statistično pomembnih razlik med obema poklicnima skupinama nismo dokazali.

Tabela 7: Dosedanja praksa zdravstvenih delavcev v obravnavi tveganega in škodljivega pitja alkohola

Trditvev	Zdravstveni delavci			DMS		ZDM		T	p
	N	PV	SO	PV	SO	PV	SO		
Poznam meje tveganega in škodljivega pitja alkohola.	88	4,33	0,562	4,32	0,576	4,36	0,497	0,199	0,842
Pri obravnavi pacientov upoštevam meje tveganega pitja alkohola.	88	4,16	0,725	4,16	0,722	4,14	0,770	-0,091	0,928
Doslej sem večinoma svetoval/-a pacientom o zdravstvenih učinkih tveganega pitja.	88	3,93	0,785	3,93	0,833	3,93	0,475	-0,017	0,987
Moja praksa z več načini (svetovanje, usmeritev v druge obravnave ...) pomaga pacientom, ki alkohol pijejo na tvegan ali škodljiv način.	88	3,67	0,690	3,68	0,685	3,64	0,745	-0,162	0,872
Moje trenutno delovno okolje pacientom na več načinov (plakati ...) sporoča zdravstvene učinke tveganega pitja.	88	3,66	,958	3,78	,926	3,00	,877	-2,928	0,004
Doslej sem večinoma ugotavljal/-a pitje alkohola pri pacientih.	88	3,55	0,801	3,54	0,780	3,57	0,938	0,132	0,896
Doslej sem večinoma dokumentiral/-a pitje alkohola pri pacientih.	88	3,28	1,093	3,31	1,072	3,14	1,231	-0,525	0,601

Legenda: N = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = t test; p = statistična značilnost; DMS = diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik; ZDM = zdravnik družinske medicine; Lestvica: 1 = nikakor se ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = niti se ne strinjam, niti se strinjam, 4 = strinjam se, 5 = popolnoma se strinjam

Tabela 8 v prvem delu kaže, da so se anketirani najbolj strinjali (PV = 4,58, SO = 0,638) s trditvijo »svetovanje se mi zdi smiselno in koristno«, najmanj (PV = 4,16, SO = 0,933) pa s trditvijo »Svetovanje je zgodnji pristop za preprečevanje tveganega in škodljivega pitja alkohola«. Diplomirane medicinske sestre (PV = 4,57, SO = 0,674) in zdravniki družinske medicine (PV = 4,64, SO = 0,497) se najbolj strinjajo s trditvijo »Svetovanje se mi zdi smiselno in koristno«. Najmanj pa so se tako diplomirane medicinske sestre (PV = 4,16, SO = 0,937) kot tudi zdravniki družinske medicine (PV = 4,14, SO = 0,949) strinjali s trditvijo »Svetovanje je zgodnji pristop za preprečevanje tveganega in škodljivega pitja alkohola«. Pri tej trditvi so tudi najbolj razpršena mnenja. V drugem delu na podlagi izračunanih vrednosti t testa in stopnje pomembnosti (p) nismo ugotovili

statistično pomembnih razlik v mnenju diplomeranih medicinskih sester in zdravnikov družinske medicine. Ugotovili pa smo šibko povezanost ($r = 0,287$; $p = 0,007$) med starostjo udeležencev in njihovim mnenjem, da mora vsak zdravstveni delavec poznati metode in tehnike svetovanja.

Tabela 8: Mnenja zdravstvenih delavcev o svetovanju za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola

Trditev	Zdravstveni delavci			DMS		ZDM		t	p
	N	PV	SO	PV	SO	PV	SO		
Svetovanje se mi zdi smiselno in koristno.	88	4,58	0,638	4,57	0,664	4,64	0,497	0,403	0,688
Svetovanje je pomembno.	88	4,53	0,787	4,54	0,814	4,50	0,650	-0,176	0,861
Vsak zdravstveni delavec mora biti pripravljen svetovati o tveganem in škodljivem pitju alkohola.	88	4,36	0,833	4,36	0,853	4,36	0,745	-0,032	0,975
Vsak zdravstveni delavec mora poznati metode in tehnike svetovanja.	88	4,20	0,860	4,18	0,881	4,36	0,745	0,722	0,472
Svetovanje je zgodnji pristop za preprečevanje tveganega in škodljivega pitja alkohola.	88	4,16	0,933	4,16	0,937	4,14	0,949	-0,071	0,944

Legenda: N = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = t test; p = statistična značilnost; DMS = diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik; ZDM = zdravnik družinske medicine; Lestvica: 1 = nikakor se ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = niti se ne strinjam, 4 = strinjam se, 5 = popolnoma se strinjam

Iz tabele 9 je v prvem delu razvidno, da anketirani najslabše poznajo Transteoretični model spreminjanja življenjskega sloga (PV = 2,52; SO = 1,144). Ta model ne poznajo dobro niti zdravniki družinske medicine (PV = 2,86; SO = 1,231) niti diplomirane medicinske sestre (PV = 2,46; SO = 1,125). Najmanj tuje jim je splošno poznavanje meja manj tveganega, tveganega in škodljivega pitja alkohola (PV = 3,76; SO = 0,935) in poznavanje značilnosti zasvojenosti (PV = 3,67 SO = 0,867). V drugem delu statistično pomembno razliko ($t = 2,693$; $p = 0,009$) ugotavljamo samo v poznavanju meja manj tveganega in tveganega ter škodljivega pitja alkohola, kjer zdravniki družinske medicine (PV = 3,65) kažejo višjo stopnjo strinjanja kot diplomirane medicinske sestre (PV = 4,36). Ugotovili smo tudi šibko povezanost med poznavanjem Transteoretičnega modela spreminjanja življenjskega sloga in starostjo anketiranih ($r = 0,236$; $p = 0,027$).

Tabela 9: Poznavanje pristopov za svetovanje o opuščanju tvegane in škodljivega pitja alkohola

Trditev	Zdravstveni delavci			DMS		ZDM		t	p
	N	PV	SO	PV	SO	PV	SO		
Poznavanje meja manj tvegane, tvegane in škodljivega pitja alkohola.	88	3,76	0,935	3,65	0,943	4,36	0,633	2,693	0,009
Poznavanje značilnosti zasvojenosti.	88	3,67	0,867	3,64	0,885	3,86	0,770	0,877	0,383
Poznavanje motivacijskega intervjuja.	88	3,33	1,101	3,28	1,117	3,57	1,016	0,895	0,373
Poznavanje svetovalnega postopka.	88	3,24	1,259	3,16	1,304	3,64	0,929	1,315	0,192
Poznavanje 5A ukrepa.	88	2,93	1,337	2,82	1,328	3,50	1,286	1,754	0,083
Poznavanje Transteoretičnega modela spreminjanja (Prochaska in De Clemente).	88	2,52	1,144	2,46	1,125	2,86	1,231	1,195	0,235

Legenda: N = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = t test; p = statistična značilnost; DMS = diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik; ZDM = zdravnik družinske medicine; Lestvica: 1 = nikakor se ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = niti se ne strinjam, niti se strinjam, 4 = strinjam se, 5 = popolnoma se strinjam

Iz tabele 10 je razvidno, da so se anketirani najbolj strinjali (PV = 4,57, SO = 0,583) s trditvijo »Pomembno je, da so zdravstveni delavci vključeni v izobraževanje«. S to trditvijo, v kateri so bili tudi najbolj enotni, so se najbolj strinjale tako anketirane diplomirane medicinske sestre (PV = 4,59, SO = 0,571) kot tudi anketirani zdravniki družinske medicine (PV = 4,43, SO = 0,646). Najmanj, a še vedno zelo (PV = 4,33, SO = 0,754) so se anketirani strinjali s trditvijo »Za vključitev v izobraževanje sem pripravljen/-a«. Statistično pomembnih razlik med obema skupinam zdravstvenih delavcev nismo ugotovili. Ugotovili smo šibki povezanosti med starostjo anketiranih in njihovim mnenjem o pomembnosti pridobitve dodatnih znanj in veščin za svetovanje o opuščanju tvegane in škodljivega pitja alkohola ($r = 0,274$; $p = 0,010$) in starostjo anketiranih ter mnenjem, da mnogi zdravstveni delavci niso deležni dovolj usposabljanj ali izobraževanj o spoprijemanju z alkoholno problematiko ($r = 0,314$; $p = 0,003$).

Tabela 10: Pomembnost izobraževanja o alkoholni problematiki in za individualno svetovanje za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola

Trditev	Zdravstveni delavci			DMS		ZDM		t	p
	N	PV	SO	PV	SO	PV	SO		
Pomembno je, da so zdravstveni delavci vključeni v izobraževanje.	88	4,57	0,583	4,59	0,571	4,43	0,646	-0,976	0,332
Pomembno je, da pridobim dodatna znanja o alkoholni problematiki.	88	4,50	0,678	4,53	0,667	4,36	0,745	-0,858	0,393
Pomembno je, da pridobim dodatna znanja in veščine za svetovanje o opuščanju tveganega in škodljivega pitja alkohola.	88	4,44	0,709	4,46	0,706	4,36	0,745	-0,493	0,623
Mnogi zdravstveni delavci niso deležni dovolj izobraževanj ali usposabljanja, kako se spoprijeti z izzivi alkoholne problematike.	88	4,40	0,704	4,43	0,704	4,21	0,699	-1,064	0,290
Za vključitev v izobraževanje sem pripravljen/-a.	88	4,33	0,754	4,38	0,753	4,07	0,730	-1,405	0,164

Legenda: N = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = t test; p = statistična značilnost; DMS = diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik; ZDM = zdravnik družinske medicine; Lestvica: 1 = nikakor se ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = niti se ne strinjam, niti se strinjam, 4 = strinjam se, 5 = popolnoma se strinjam

Tabela 11: Pomembnost osebnega izvajanja individualnega svetovanja za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola

Trditev	Zdravstveni delavci			DMS		ZDM		t	p
	N	PV	SO	PV	SO	PV	SO		
Pomembno je, da se osebno vključim v izvajanje svetovanja za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola.	88	4,53	0,606	4,51	0,625	4,64	0,497	0,731	0,467

Legenda: N = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = t test; p = statistična značilnost; DMS = diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik; ZDM = zdravnik družinske medicine; Lestvica: 1 = popolnoma nepomembno, 2 = nepomembno, 3 = včasih je, včasih ni pomembno, 4 = pomembno, 5 = zelo pomembno

Tabela 11 prikazuje stališča anketiranih o pomembnosti osebne vključenosti v izvajanje svetovanja za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola. Zdravstveni delavci so se popolnoma strinjali (PV = 4,53) o pomembnosti osebne vključitve v izvajanje

svetovanja. Statistično pomembnih razlik med diplomiranimi medicinskimi sestrami in zdravniki družinske medicine nismo ugotovili.

Tabela 12: Prepričanost o osebni usposobljenosti za individualnega svetovanje za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola

Trditev	Zdravstveni delavci			DMS		ZDM		t	p
	N	PV	SO	PV	SO	PV	SO		
Prepričanost o usposobljenosti oz. kompetentnosti za izvajanje svetovanja za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola.	88	4,28	0,802	4,27	0,833	4,36	0,633	0,370	0,712

Legenda: N = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = t test; p = statistična značilnost; DMS = diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik; ZDM = zdravnik družinske medicine; Lestvica: 1 = popolnoma neusposobljen/a, 2 = neusposobljen/a, 3 = niti neusposobljen/a niti usposobljen/a, 4 = usposobljen/a, 5 = popolnoma usposobljena/a

Rezultati v tabeli 12 kažejo stališča anketiranih o prepričanosti o osebni usposobljenosti za individualno svetovanje za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola. Zdravstveni delavci so prepričani, da so osebno usposobljeni (PV = 4,28) za individualno svetovanje za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola. Statistično pomembnih razlik med diplomiranimi medicinskimi sestrami in zdravniki družinske medicine nismo ugotovili.

Tabela 13: Pripravljenost za izvajanje individualnem svetovanja za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola

Trditev	Zdravstveni delavci			DMS		ZDM		t	p
	N	PV	SO	PV	SO	PV	SO		
Pripravljenost za izvajanje svetovanja za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola.	88	4,32	0,781	4,30	0,806	4,43	0,646	0,574	0,567

Legenda: N = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = t test; p = statistična značilnost; DMS = diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik; ZDM = zdravnik družinske medicine; Lestvica: 1 = popolnoma nepripravljen/a, 2 = nepripravljen/a, 3 = niti nepripravljen/a niti pripravljen/a, 4 = pripravljen/a, 5 = popolnoma pripravljen/a

Rezultati v tabeli 13 kažejo stališča anketiranih o pripravljenosti za izvajanje individualnega svetovanja za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola. Zdravstveni delavci so pripravljeni (PV = 4,32) za izvajanje svetovanja za opuščanje

tveganega in škodljivega pitja alkohola. Statistično pomembnih razlik med diplomiranimi medicinskimi sestrami in zdravniki družinske medicine nismo ugotovili.

3.5 RAZPRAVA

Izvedena raziskava nam je omogočila boljši vpogled v mnenja 88 zdravstvenih delavcev, ki so zaposleni v štirih zdravstvenih domovih v Sloveniji: (ZD Kranj, ZD Slovenj Gradec, ZD Ravne na Koroškem in ZD Dravograd), o individualnem svetovanju pacientom, ki prekomerno uživajo alkoholne pijače za opuščanje le-tega.

Z odgovori na prvo raziskovalno vprašanje smo pridobili »sliko« mnenj zdravstvenih delavcev o pitju alkohola in s tem povezani alkoholni problematiki. Rezultati naše raziskave kažejo na strinjanje zdravstvenih delavcev, da so proti uporabi alkoholnih pijač in da podpirajo manj tvegano pitje alkohola. Pri tem opažamo, da so njihova mnenja oz. strinjanja dokaj šibka. Glede na dejansko alkoholno problematiko bi pričakovali bolj jasne opredelitve. Večina anketiranih je prav tako izrazila nestrinjanje s trditvijo, da so alkoholne pijače prijetne in ljudem omogočajo dobro počutje. Zdravstveni delavci se ne strinjajo, da pitje alkohola koristi zdravju ter da je pitje alkohola »normalno početje«. Manj tvegano pitje alkohola bolj podpirajo zdravniki družinske medicine. Drugih razlik v mnenjih med poklicnima skupinama diplomiranih medicinskih sester in zdravnikov družinske medicine nismo ugotovili. Spodbudno je dejstvo, da se zdravstveni delavci zavedajo, da pitje alkohola nima koristnih učinkov na zdravje. Pitje alkohola ne more in ne sme biti priporočilo, saj varnih količin popitega alkohola ne poznamo (Rehm, et. al., 2011). Delno podobnost z rezultati naše raziskave ugotavljamo v raziskavi, ki jo je opravil de Vargas (2014), v katero so bile vključene 303 medicinske sestre. Omenjena raziskava je pokazala, da ima večina medicinskih sester do alkohola odklonilen odnos. Tudi Molina-Mula in sodelavci (2018) so dobili podobne rezultate. Med letoma 2010 in 2011 ter ponovno v letu 2017 so namreč temeljito preučili literaturo več podatkovnih baz (PubMed, IME, COCHRANE, CINAHL, EBSCOhost, IBECs in PSICODOC). V okviru lastne raziskave na vzorcu 167 medicinskih sester, zaposlenih v šestih bolnišnicah, pa so ugotovili, da so medicinske sestre ljudi, zasvojene z alkoholom, klasificirale kot bolne posameznike. Delo z njimi so izrazile kot neprijetno. Rezultati so pokazali, da imajo te strokovnjakinje odklonilen odnos do zmerne pitja alkohola. Ugotovljena je bila

pomembna povezanost med odnosom medicinskih sester in spolom pivca alkohola. Stopnja odklonilnega odnosa do pitja alkohola je bila višja do pivcev v primerjavi s pivkami (Molina-Mula et al., 2018). V omenjenih študijah so definicije zmerne pitja različne. Ameriško ministrstvo za kmetijstvo (USDA) in Ameriško ministrstvo za zdravje in človeške storitve (USDHHS) sta v ameriških prehranskih smernicah za Američane zmerno pitje opredelila kot eno pijačo na dan za ženske ali manj, ali dve ali manj pijač na dan za moške (Frank, 2020).

Rezultati drugega raziskovalnega vprašanja so ponudili odgovore na vprašanje o izkušnjah zdravstvenih delavcev z dosedanjimi praksami obravnavanja opuščanja tvegane in škodljivega pitja alkohola. Zdravstveni delavci, tako diplomirane medicinske sestre kot tudi zdravniki družinske medicine, so se najbolj strinjali, da v praksi v obravnavi pacientov upoštevajo meje manj tvegane, tvegane in škodljivega pitja alkohola. V praksi so pri pacientih večinoma ugotavljali pitje alkohola in jim na različne načine (npr. s svetovanjem ...) pomagali. V okviru dosedanjih praks so se nagibali k strinjanju, da v njihovem delovnem okolju paciente na različne načine informirajo o zdravstvenih posledicah prekomernega pitja alkohola. Diplomirane medicinske sestre so se s tem pomembneje bolj (a ne popolnoma) strinjale kot zdravniki družinske medicine, ki so bili bolj neopredeljeni. Sklepamo, da se diplomirane medicinske sestre zavedajo pomembnosti vsestranskega preventivnega zdravstvenovzgojnega delovanja in informiranja. Poleg individualnega svetovanja so pomembni tudi drugi načini informiranja, kot npr. zloženske, plakati o pomembnosti opuščanja tvegane in škodljivega pitja alkohola). Do nekoliko drugačnih ugotovitev so v raziskavi prišli Gonzalez in sodelavci (2017). Ugotovili so, da se več kot polovica anketirancev z dosedanjimi praksami ne strinja, saj menijo, da te niso zadovoljivo zastavljene in pacientom ne omogočajo dobrega napredka. Bakhshi in While (2014) sta v okviru pregleda znanstvene literature želela proučiti z alkoholom povezane prakse spodbujanja zdravja in njihovimi strokovnimi praksami obravnave alkoholne problematike in preventivnega delovanja. Ugotovitve so pokazale, da zdravstveni delavci uporabljajo vrsto metod za pomoč pacientom, ki so prekomerni porabniki alkohola.

Tretje raziskovalno vprašanje je bilo namenjeno ugotavljanju splošnega mnenja zdravstvenih delavcev o svetovanju za opuščanje tvegane in škodljivega pitja alkohola. Rezultati so pokazali, da se zdravstveni delavci v visoki meri strinjajo, da je individualno svetovanje za opuščanje tvegane in škodljivega pitja alkohola pomembno ter kot zgodnji pristop za zmanjševanje alkoholne problematike smiseln ter koristen ukrep. Anketirani so se v visoki meri strinjali, da bi za uspešno izvajanje ukrepa moral vsak zdravstveni delavec poznati metode in tehnike svetovanja za opuščanje tvegane in škodljivega alkohola in biti pripravljen to delo tudi izvajati. Strinjanje s trditvijo je šibko povezana s starostjo anketiranih. Pomembnih razlik v mnenjih med obema poklicnima skupinama nismo dokazali. Kolšek (2017) ugotavlja, da je svetovanje za opuščanje tvegane in škodljivega pitja alkohola ena pomembnejših nalog diplomiranih medicinskih sester in zdravnikov na primarnem nivoju zdravstvenega varstva. Npr. v poteku preventivnega pregleda za preprečevanje kroničnih nenalezljivih bolezni je v fazi pridobivanja informacij, vodenja in spremljanja s strani diplomirane medicinske sestre, pregleda pri zdravniku vključeno tudi področje pitja alkoholnih pijač. Področje predstavlja tudi del nemedikamentoznih obravnav v zdravstveno-vzgojnih centrih oziroma centrih za krepitev zdravja. Za to delo pa morajo biti zdravstveni delavci ustrezno usposobljeni. Sorkova (2010) v raziskavi ugotavlja, da je področje obravnave problematičnega pitja alkohola in zasvojenosti v zdravstvu pogosto podvrženo stigmatizaciji, zato je s tega vidika področje lahko zanemarjeno. To potrjujejo tudi rezultati raziskave (Gašperin & Povšnar, 2019), v kateri ugotavljajo, da so diplomirane medicinske sestre in nekoliko manj študenti zdravstvene nege odklonilni do dela z osebami, ki so zasvojene z alkoholom in nimajo želje delovati poklicno na tem področju.

V četrtem raziskovalnem vprašanju smo prišli do odgovorov na pomembno vprašanje, ki se zastavlja ob uspešnem zmanjševanju alkoholne problematike, in sicer kako zdravstveni delavci ocenjujejo poznavanje pristopov za izvajanje individualnega svetovanja za opuščanje tvegane in škodljivega pitja alkohola. V naši raziskavi ugotavljamo, da anketirani dobro poznajo meje manj oz. tvegane pitja alkohola. Zdravniki družinske medicine te meje poznajo pomembneje bolj kot diplomirane medicinske sestre. V poznavanju drugih modelov pa razlik med poklicnima skupinama nismo ugotovili. Ugotavljamo pa, da so se s poznavanjem meja manj tvegane pitja alkohola zaposleni

bistveno bolj strinjali, ko smo jih povprašali o uporabi teh mej v dosednji obravnavi pacientov v konkretni praksi. Čeprav so se zdravstveni delavci strinjali, da bi vsak zdravstveni delavec moral poznati metode in tehnike svetovanja, pa kaže, da v praksi pristope poznajo slabše. Najmanjše poznavanje in velika razpršenost mnenj je razvidna v poznavanju modela 5A in »Transteoretičnega modela spreminjanja nezdravega načina življenja«. V poznavanju modela smo ugotovili šibko povezanost s starostjo anketiranih. Prva avtorja modela sta bila Prochaska in Di Clemente. Model je zelo uporaben na področju spreminjanja razvad (alkohol, kajenje ...), avtorja sta ga razvila leta 1986, kasneje pa se je še spreminjal. Danes model sestavlja šest faz (faza razmišljanja o spremembi, ko ni interesa za spremembo oz. prekontemplacija; faza razmišljanja o spremembi oz. kontemplacija; faza priprave na spremembo; faza izvajanja spremembe; faza vzdrževanja spremembe; faza ponovitve oz. recidiva) (Sedlar, 2015). Slabo poznajo tudi model 5A (assess - ocena pitja alkohola; advise - svetovanje za opuščanje pitja alkohola, agree – strinjanje oz. postavljanje ciljev, assist - nudenje pomoči pacientom, (arrange - nudenje nadaljnje opore). To je pet kratkih, 5–10 minutnih nasvetov, ki temeljijo na vedenjskem svetovanju (WHO, 2009). Bakhshi in While (2014) sta s pregledom znanstvene literature ugotovila, da to metodo zdravstveni delavci pogosto uporabljajo. Če primerjamo rezultate naše raziskave z raziskavo, ki so jo opravili Connors in sodelavci (2019), ugotovimo, da anketirani zdravstveni delavci v naši raziskavi prav tako kažejo na pomanjkljivo znanje metod kot v omenjeni raziskavi. V največji meri pri Transteoretičnem modelu spreminjanja življenjskega sloga ter metodi 5A ukrepa. Connors in sodelavci so z namenom preprečevanja težav pri uporabi škodljivih substanc preučevali svetovanja in v obsežni raziskavi ugotovili, da kar 78 % anketiranih ne pozna v raziskavi izpostavljenih šestih metod pri obravnavi individualnega svetovanja pri prekomernem pitju alkohola oziroma zasvojenosti.

V okviru petega raziskovalnega vprašanja smo preverjali, kako delavci v zdravstvu zaznavajo pomembnost izobraževanja o alkoholni problematiki in individualnega svetovanja za opuščanje tvegane in škodljivega pitja alkohola. Pri pregledu rezultatov ugotavljamo, da se mnenja med poklicnima skupinama pomembno ne razlikujejo. Zdravstveni delavci zaznavajo velik pomen izobraževanja o alkoholni problematiki in individualnem svetovanju za opuščanje tvegane in škodljivega pitja alkohola. Prav tako

rezultati kažejo, da so se zdravstveni delavci pripravljene vključiti v izobraževanje. Ugotovitve pa kažejo na šibko povezanost med starostjo anketiranih in mnenjema o pomembnosti dodatnih znanj in veščin ter pomanjkljivim izobraževanjem o tej problematiki. V sorodni raziskavi Soaresa in sodelavcev (2013), v kateri je sodelovalo 185 medicinskih sester, v primerjavi z našo raziskavo ugotavljajo znatno nižjo pripravljenost za vključevanje v izobraževanje študentov na fakulteti. Koren in Štemberger Kolnik (2014) ugotavljata, da je za učinkovito difuzijo informacij pri zdravstvenih delavcih nujno potrebno poglobljeno razumevanje alkoholne problematike, da bi ti lahko nudili boljše usluge na področju individualnega svetovanja.

V šestem raziskovalnem vprašanju smo proučevali osebna stališča zdravstvenih delavcev (pomembnost, usposobljenost, pripravljenost) do individualnega izvajanja svetovanja za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola. Rezultati kažejo, da se zdravstvenim delavcem zdi zelo pomembna osebna vključitev v izvajanje individualnega svetovanja. V visoki meri so prepričani, da so usposobljeni oz. kompetentni za izvajanje individualnega svetovanja za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola ter so to delo tudi pripravljene opravljati. Pomembnih razlik med diplomirani medicinskimi sestrami in zdravniki družinske medicine nismo ugotovili. Kompetence s področja zdravstveno-vzgojnega delovanja diplomirani medicinski sestre dajejo pogoje in možnosti, da lahko opravi številne vloge in z njimi povezane naloge v procesu preprečevanja bolezni, zdravljenja in rehabilitacije. Izjemnega pomena je, da ima pacient v zdravstveno-vzgojnem procesu aktivno vlogo, ki jo uresničuje s pridobivanjem novega znanja, spretnosti in veščin (Kvas, 2011). Po modelu medosebnih odnosov po Hildegard Peplau je svetovanje ena od najpomembnejših vlog diplomirane medicinske sestre. Vloga je z vidika verbalne in neverbalne komunikacije zelo zahtevna (Hajdinjak & Meglič, 2012). Bakhshi in While (2014) sta v svoji raziskavi, v kateri sta analizirala šest študij iz različnih podatkovnih baz, ugotovila pozitivne povezave med spodbujanjem aktivnosti za zmanjšano pitje alkohola zdravstvenih delavcev in njihovimi osebnimi stališči do alkohola. Ustrezno strokovno usposobljeni zdravstveni delavci naj bi posameznikom, ki trpijo zaradi tveganega in škodljivega pitja alkohola, znali predstaviti škodljive vzorce pitja alkohola in razsežnost posledic alkoholizma in bili usposobljeni izvesti svetovalni postopek v primeru tveganega ali škodljivega pitja alkohola (NIJZ, 2018).

V raziskavi smo naleteli na nekatere omejitve. Ena od njih je majhna velikost vzorca. Slabo odzivnost zdravstvenih delavcev za izpolnjevanje vprašalnika delno pripisujemo tudi epidemiološki situaciji, saj predvidevamo, da je bila motivacija za izpolnjevanje vprašalnika slaba. Zaradi kratkega povprečnega časa reševanja vprašalnika se poraja dilema, če odgovori res odražajo dejanska mnenja udeležencev. V poskusnem izpolnjevanju vprašalnika je bil čas izpolnjevanja bistveno daljši. Tretja omejitev raziskave je omejitev na izbrane zdravstvene ustanove, saj se mnenja in stališča zdravstvenih delavcev drugod po Sloveniji morda delno ali v celoti razlikujejo. Da bi to ugotovili, bi bilo potrebno vprašalnike razdeliti širokemu krogu zdravstvenih ustanov po vsej državi. Kot omejitev raziskave lahko navedemo tudi dejstvo, da smo v strokovni in znanstveni literaturi našli malo vsebin, ki bi obravnavale stališča in motiviranost zdravstvenih delavcev za individualno svetovanje o opuščanju tveganega in škodljivega pitja alkohola. Prav tako ni zaznanih ocen zdravstvenih delavcev o njihovi pripravljenosti za individualno svetovanje o opuščanju tveganega in škodljivega pitja alkohola.

Diplomsko delo je doprinos za prakso, saj smo prišli do ugotovitve, da je individualno svetovanje za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola pomembno in smiselno. Ob pomanjkanju raziskav o stališčih zdravstvenih delavcev za individualno svetovanje za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola ugotovitve naše raziskave pomenijo doprinos k strokovnemu področju obravnave alkoholne problematike in pri pripravi izobraževalnih programov. Na tem področju bi bile potrebne nadaljnje raziskave.

4 ZAKLJUČEK

Kot dejavnik tveganja je pitje alkohola glavni vzrok svetovnega slabega zdravja in prezgodnje smrti, zato je prednostna naloga za politiko in prakso preprečevanje in zdravljenje tveganega in škodljivega pitja (Anderson, et al., 2017). Tudi v Sloveniji je prekomerno pitje alkohola zelo razširjen problem, ki predstavlja mnoge izzive tudi v zdravstvu, saj so njegove posledice zelo razdiralne na vseh področjih življenja. Ne glede na to, da je pitje alkohola mogoče preprečiti in ga obvladovati, pa v SZO po navedbah Ministrstva za zdravje (2019) ocenjujejo, da kar štiri od petih oseb, ki pijejo alkohol, niso deležne nasveta ali svetovanja in zdravljenja.

Raziskava, opravljena v okviru diplomskega dela, je pokazala, da zdravstveni delavci podpirajo manj tvegano pitje alkohola. Večina zdravstvenih delavcev ima do alkohola odklonilen odnos. Strinjali so se, da v njihovem delovnem okolju paciente na različne načine informirajo o zdravstvenih posledicah prekomernega pitja alkohola. Menijo, da je individualno svetovanje za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola pomembno, ter kot zgodnji pristop za zmanjševanje alkoholne problematike smiseln ter koristen ukrep. Zdravstveni delavci slabo poznajo pristope v svetovanju za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola, zaznavajo pa velik pomen izobraževanja o alkoholni problematiki. Individualna svetovanja so pripravljena izvajati.

Za uspešno izvajanje ukrepov bi bilo potrebno motivirati zdravstvene delavce, tako za odkrivanje pacientov, ki pijejo alkohol na tvegan ali škodljiv način, kot tudi za izvajanje svetovanja. Spraševanje o pivskih navadah bi morali vključiti v »vsakodnevno« obravnavo pacientov. Če pri tem ugotovimo, da gre pri pacientih za tvegano ali škodljivo pitje alkohola, bi zdravstveni delavci morali poznati pristope, metode in tehnike individualnega svetovanja za opuščanje tveganega in škodljivega alkohola oziroma bi morali biti seznanjeni z možnostmi nadaljnje obravnave pacientov. Glede na pomanjkljivo poznavanje pristopov, ker tako diplomiranim medicinskim sestram kot zdravnikom primanjkuje znanj, bi bilo potrebno razmisliti o ustreznih izobraževalnih ukrepih na nivoju strokovnega izpopolnjevanja in tudi formalnega izobraževanja. K reševanju problema pa bi bilo potrebno pristopiti enotno na nacionalnem nivoju. Prvi

korak v tej smeri predstavlja preventivni projekt SOPA. Da je uvedba programa na primarnem nivoju zdravstvenega varstva potrebna, kažejo in potrjujejo tudi rezultati naše raziskave.

5 LITERATURA

Alvarez-Bueno, C., Rodriguez-Martin, B., Garcia-Ortiz, L., Angel Gomez-Marcos, M. & Martinez-Vizcaino, V., 2015. Effectiveness of brief interventions in primary health care settings to decrease alcohol consumption by adult non-dependent drinkers: a systematic review of systematic reviews. *Preventive Medicine*, 76, pp. 33-38.

Anderson, P., O'Donnell, A. & Kaner, E., 2017. Managing Alcohol Use Disorder in Primary Health Care. *Current Psychiatry Reports*, 19(79), pp. 1-10.

Auer, V., 2012. *Pretrmast, da bi pil: alkohol, škodljiva raba in odvisnost*. Ljutomer: Samozaložba Ibidem.

Bajt, M. & Jeriček Klanšček, H., 2017. *Priprava programov promocije zdravja po korakih in evalvacija*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Bajt, M. & Roškar, M., 2010. *Tvegano in škodljivo pitje alkohola. Zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Bakhshi, S. & While, E., 2014. Health Professionals' Alcohol-Related Professional Practices and the Relationship between Their Personal Alcohol Attitudes and Behavior and Professional Practices: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(1), pp. 218-248.

Baumann, L.C. & Karel, A., 2013. Prevention: Primary, Secondary, Tertiary. In: M.D. Gellman & J.R. Turner, eds. *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. New York: Springer, pp. 99-136.

Begun, A.L. & Clapp, J.D., 2015. *Reducing and Preventing Alcohol Misuse and Its Consequences: A Grand Challenge for Social Work*. Los Angeles: American Academy of Social Work & Social Welfare.

Bilban, M., 2016. Obravnava odvisnika od alkohola v ambulanti. *Delo + varnost: revija za varstvo pri delu in varstvo pred požarom*, 61(6), pp. 33-44.

Cencič, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave*. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo.

Center for Disease, Control and prevention (CDC), 2020. *About CDC's Alcohol Program*. [online] Available at: <https://www.cdc.gov/alcohol/about.htm> [Accessed 11 November 2020].

Connors, E., McKenzie, M., Robinson, P., Tager, M., Scardamalia, K., Oros, M. & Hoover, S., 2019. Adaptation of the drug and drug problems perception questionnaire to assess healthcare provider attitudes toward adolescent substance use. *Preventive Medicine Reports*, 14(2019), pp. 1-7.

Črnko Papič, J., Hočevar, T. & Henigsman, K., 2018. Slovenska mokra kultura in poglobljeno kratko svetovanje v okviru projekta skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola: interdisciplinarna celostna obravnava tveganega in škodljivega pitja alkohola. In: M. Šmit, A. Kvas & S. Vrbovšek, eds. *Zdravstvena vzgoja v vseh življenjskih obdobjih*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v promociji zdravja in zdravstveni vzgoji, pp. 81-90.

De Vargas, D., 2014. Construct validation of the Scale of Attitudes toward Alcohol, Alcoholism and Individuals with Alcohol Use Disorders. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 41(4), pp. 105-110.

Frank, M., 2020. *U.S. Dietary Guidelines Panel Takes Aim at Moderate Wine Drinkers: Proposed new guidelines would cut recommended daily limit of alcohol consumption for American men in half*. [online] Available at: <https://www.winespectator.com/articles/u-s-dietary-guidelines-panel-takes-aim-at-moderate-wine-drinkers> [Accessed 11 November 2020].

Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z.A., Cohen, J., Crisp, N. & Evans, T., 2010. Health professions for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*, 376(9756), pp. 1923-1958.

Gašperin, N. & Povšnar, E., 2019. Poznavanje rehabilitacije ter zanimanje študentov in zaposlenih v zdravstveni negi za strokovno delo v klubih zdravljenih alkoholikov. In: N. Sorko, ed. *A path to collaboration : integration of different approaches to alcoholism and other addictions = Pot k sodelovanju: integracija različnih oblik strokovne pomoči na področju zdravljenja obravnave alkoholizma ter drugih odvisnosti*. Ljubljana: Društvo Žarek upanja - pomoč pri odvisnosti in zasvojenosti, pp. 50-58.

Gonzalez, S., Grubb, J., Kowalchuk, A., Sidani, M., Spooner, K. & Zoorob, R., 2017. *Addressing Alcohol Use. Practice Manual: An Alcohol Screening and Brief Intervention Program*. [pdf] U.S. Department of Health and Human Services. Available at: https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/alcohol/alcohol-manual.pdf [Accessed 15 September 2019].

Hajdinjak, G. & Meglič, R., 2012. *Sodobna zdravstvena nega*. 2. dop. izd. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.

Hočevar, T., 2015. Tvegano in škodljivo pitje alkohola. In: J. Farkaš Lainščak, I. Huber & J. Maučec-Zakotnik, eds. *Program integrirane preventivne KNB in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 71-77.

Jayne, M. & Valentine, G., 2017. *Childhood, family, alcohol*. Routledge: Taylor & Francis.

Jelenc Krašovec, S., 2011. Andragoško svetovalno delo – ključ do uspešnega izobraževanja odraslih. *Andragoška spoznanja*, 17(4), pp. 60-72.

Kolšek, M., 2018. *Ali vem, pri čem sem s svojim pitjem alkoholnih pijač?: za ljudi, ki pijejo tvegano ali škodljivo*. Ljubljana: CINDI Slovenija.

Kolšek, M., 2017. *Priročnik za zdravnike družinske medicine: izvajanje integrirane preventivne kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje 2017.

Kolšek, M. & Visnovič Poredoš, A., 2011. Pivske navade uporabnikov spletne strani v Sloveniji. *Zdravniški Vestnik*, 80(10), pp. 676-683.

Koren, D. & Štemberger Kolnik, T., 2014. Vpliv promocije zdravja na zdravje ljudi z vidika zdravstvene nege. In: T. Štemberger Kolnik, D. Ravnik, K. Babnik & M. Bulič, eds. *Zdravstvena nega v javnem zdravju*. Koper: Založba Univerze na Primorskem, pp. 243-250.

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

Lepoša Žalec, B., 2013. *Prepoznavna in obravnavna problematike prekomernega pitja alkohola na centru za socialno delo*. [pdf] Zavod za zdravo življenje, kulturo bivanja in dialoga. Available at: <https://brezalkohola.si/wp-content/uploads/2013/12/Brosura-Ekonomski-in-socialni-vidiki-alkoholom-2013.pdf> [Accessed 15 September 2019].

Lovrečič, B. & Lovrečič, M., 2014. Tvegana in škodljiva raba alkohola predstavljata velik zdravstveni problem. In: M. Zorko, T. Hočevar, A. & Tančič Grum, 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. 38-55.

Ministrstvo za zdravje, 2019. *Preprečevanje tveganih vedenj in zasvojenosti (tobak in povezani izdelki, alkohol, droge)*. [online] Available at: http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/javno_zdravje/preprecevanje_tveganih_vedenj_in_zasv

oženosti_tobak_in_povezani_izdelki_alkohol_droge/alkohol/slovenija_eu/ [Accessed 16 September 2019].

Molina-Mula, J., González-Trujillo, A. & Simonet-Bennassar, S., 2018. Emergency and Mental Health Nurses' Perceptions and Attitudes towards Alcoholics. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(1733), pp. 1-10.

Može, A., Pišljarič, M., & Lazar, A. E., 2015. *Odvisnost od alkohola: razvoj in zdravljenje*. Idrija: Bogataj, ABC Merkur.

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2018. *Alkohol*. [online] Available at: <https://www.nijz.si/sl/v-sloveniji-visoka-registrirana-poraba-alkohola-a-v-2016-spodbudno-nizja-kot-letoprej> [Accessed 20 October 2019].

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2019. *Alkoholna politika v Sloveniji*. [pdf] Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/190506_-_policy_brief.pdf [Accessed 11 November 2020].

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2020. *Projekt SOPA - skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola*. [online] Available at: <https://www.nijz.si/sl/projekt-sopa-skupaj-za-odgovoren-odnos-do-pitja-alkohola> [Accessed 11 november 2020].

Pandey, S.C., Kyzar, E.J. & Zhang, H., 2017. Epigenetic basis of the dark side of alcohol addiction. *Neuropharmacology*, 122(1), pp.74-84.

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

Protheroe, J. & Rowlands, G., 2013. Matching clinical information with levels of patient health literacy. *Nursing Management*, 20(3), pp. 20-21.

Ramovš, J. & Ramovš, K., 2010. *Preprečevanje omamljanja in zasvojenosti*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.

Rehm, J., Baulinas, D., Borges, G.L., Graham, K., Irving, H. & Kehoe, T., 2010. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease – An overview. *Addiction*, 105(5), pp. 817-843.

Rehm, J., Zatonski, W., Taylor, B. & Anderson, P., 2011. Epidemiology and alcohol policy in Europe. *Addiction*, 106, pp. 11-19.

Ritchie, H. & Roser, M., 2018. *Alcohol Consumption*. [online] Available at: <https://ourworldindata.org/alcohol-consumption> [Accessed 16 September 2019].

Roškar, M., Blažko, N., Kerstin Petrič, V., Radoš Krnel, S., Lovrečič, M., Lovrečič, B., Hovnik-Keršmanc, M., Serec, M., Kamin, T., Pelosa, J., Hočevar, T., Tančič Grum, A., Čuić, M., Perharič, L., Zaletel, M. & Sedlak, S., 2016. Alkoholna politika v Sloveniji. In: M. Roškar, M. Serec, V. Kerstin Petrič & N. Blažko, eds. *Alkoholna politika v Sloveniji. Priložnosti za zmanjšanje škode in stroškov*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 23-26.

Rugelj, J., 2015. *Pot samouresničevanja: zdravljenje in urejanje zasvojenecv in drugih ljudi v stiski: priročnik za zdravo in ustvarjalno življenje*. Ljubljana: UMco.

Rus Makovec, M., 2018. Zasvojeni z alkoholom v ambulantni družinskega zdravnika. *Perspektive: Alkohol. Javno zdravje*, 2(1), pp. 52-53.

Sedlar, N., 2015. *Proces spreminjanja nezdravega življenjskega sloga*. Ljubljana: CINDI Slovenija.

Shakeshaft, A., Doran, C., Petrie, D., Breen, C., Havard, A., Abudeen, A., Harwood, E., Clifford, A., Deste, C.S., Gilmour & Sanson Fisher, R., 2014. The Effectiveness of Community Action in Reducing Risky Alcohol Consumption and Harm. *PLOS Medicine*, 11(3), pp. 1-12.

Shumway, S. T., Schonian, S., Bradshaw, S. & Hayes, N.D., 2017. A revised multifamily group curriculum: The need for family member recovery from addiction. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 12(4), pp. 260-283.

Soares, J., de Vargas, D. & Oliveira de Souza Formigoni, M.L., 2013. Knowledge and attitudes of nurses towards alcohol and related problems: the impact of an educational intervention. *Revista de Escola de Enfermagem da USP*, 47(5), pp. 1172-1175.

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

Štucin, K., 2017. *Nisem odvisen od alkohola!* [online] Available at: <https://www.abczdravja.si/psihologija/nisem-odvisen-od-alkohola/> [Accessed 7 April 2020].

Verhulst, B., Neale, M.C. & Kendler, K.S., 2015. The heritability of alcohol use disorders: a meta-analysis of twin and adoption studies. *Psychological medicine*, 45(5), pp. 1061-1072.

World Health Organization (WHO), 2009. *Handbook for action to reduce alcohol-related harm*. [pdf] World Health Organization. Available at: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/43320/E92820.pdf [Accessed 20 Januar 2021].

World Health Organization (WHO), 2018. *Global status report on alcohol and health*. Geneva: World Health Organization.

Wood, S. & Bellis, M., 2017. *Socio-economic inequalities in alcohol consumption and harm: Evidence for effective interventions and policy across EU countries*. European Union.

Zorko, M. & Koprivnikar, H., 2015. *Alkohol in tobak med mladimi v Sloveniji*. Ljubljana: Služba vlade Republike Slovenije za razvoj in Evropsko kohezijsko politiko.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENTI

6.1.1 Vprašalnik

Pozdravljeni,

sem Lea Šepul, dodiplomska študentka Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. V okviru priprave diplomskega dela preučujem pogled zdravstvenih delavcev na individualno svetovanje za tvegano in škodljivo pitje alkohola. Diplomsko delo bo smiselno zaokroženo le z vašo pomočjo, zato vas vljudno prosim za izpolnitev spodnjega vprašalnika. Odgovarjanje vam bo vzelo med 5 in 7 minut.

S pomočjo ocenjevalne lestvice v vrednostih med 1 in 5 označite stopnjo strinjanja z vsako od navedenih postavk (P). Pri tem upoštevajte lastno zaznavo v trenutnih delovnih okoliščinah. Vrednost 1 pomeni popolno nestrinjanje, 2 nestrinjanje, 3 nevtralno mnenje, 4 strinjanje in 5 popolno strinjanje. Vsaki postavki pripišite eno številčno oceno.

Postavka/ocena	1	2	3	4	5
Verjamem, da imajo ljudje pravico do pitja alkoholnih pijač, če to želijo.					
Alkoholne pijače so prijetne in ljudem dajejo, omogočajo dobro počutje.					
Pitje alkoholnih pijač je normalno.					
Pitje alkoholnih pijač (ne glede na količino) vodi v zasvojenost z alkoholom.					
Manj tvegano pitje alkohola (do dva decilitra vina ali ene steklenice piva ali dve šilci žgane pijače dnevno za moške in do en deciliter vina ali pol steklenice piva ali eno šilce žgane pijače dnevno za ženske) ne škoduje zdravju.					
Sem proti uporabi alkoholnih pijač.					
Podpiram manj tvegano pitje (do dva decilitra vina ali ene steklenice piva ali dve šilci žgane pijače dnevno za moške in do en deciliter vina ali pol steklenice piva ali eno šilce žgane pijače dnevno za ženske).					
Tudi majhne količine popitega alkohola lahko povzročijo zasvojenost.					

Postavka/ocena	1	2	3	4	5
Alkoholne pijače v majhnih količinah so koristne zdravju.					
Ljudje lahko pijejo, če se znajo nadzorovati.					

S pomočjo ocenjevalne lestvice v vrednostih med 1 in 5 označite stopnjo strinjanja z vsako od navedenih postavk. Postavke se nanašajo na individualno svetovanje za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola. Pri tem upoštevajte lastno zaznavo v trenutnih delovnih okoliščinah. Vrednost 1 pomeni popolno nestrinjanje, 2 nestrinjanje, 3 nevtravno mnenje, 4 strinjanje in 5 popolno strinjanje. Vsaki postavki pripišite eno številčno oceno.

Postavka/ocena	1	2	3	4	5
Svetovanje se mi zdi smiselno in koristno.					
Svetovanje je zgodnji pristop za preprečevanje tveganega in škodljivega pitja alkohola.					
Svetovanje je pomembno.					
Vsak zdravstveni delavec mora biti pripravljen svetovati o tveganem in škodljivem pitju alkohola.					
Vsak zdravstveni delavec mora poznati metode in tehnike svetovanja.					

S pomočjo ocenjevalne lestvice v vrednostih med 1 in 5 označite stopnjo strinjanja z vsako od navedenih postavk. Postavke se nanašajo na dosedanje prakse v obravnavi tveganega in škodljivega pitja alkohola. Pri tem upoštevajte lastno zaznavo v trenutnih delovnih okoliščinah. Vrednost 1 pomeni sploh ne drži, 2 ne drži, 3 niti ne drži niti drži, 4 drži in 5 popolnoma drži. Vsaki postavki pripišite eno številčno oceno.

Postavka/ocena	1	2	3	4	5
Poznam meje tveganega in škodljivega pitja alkohola.					
Pri obravnavi pacientov upoštevam meje tveganega in škodljivega pitja alkohola.					
Doslej sem večinoma ugotavljal/-a uporabo alkohola pri pacientih.					

Postavka/ocena	1	2	3	4	5
Doslej sem večinoma dokumentiral/-a uporabo alkohola pri pacientih.					
Moje trenutno delovno okolje pacientom na več načinov (plakati, materiali za samopomoč) sporoča zdravstvene učinke tveganega pitja.					
Doslej sem večinoma na več načinov svetoval/-a pacientom o zdravstvenih učinkih tveganega pitja.					
Moja praksa z več načini (svetovanje za zmanjšanje pitja alkohola, usmeritev pacientov v druge obravnave ...) pomaga pacientom, ki alkohol pijejo na tvegan ali škodljiv način.					

S pomočjo ocenjevalne lestvice v vrednostih med Nezadostno in Odlično ocenite navedene postavke o svetovanju za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola.

Vrednost 1 pomeni Nezadostno, 2 Zadostno, 3 Dobro, 4 Zelo dobro in 5 Odlično.

Postavka/ocena	1	2	3	4	5
Poznavanje motivacijskega intervjuja.					
Poznavanje modela spreminjanja (Prochaska in De Clemente).					
Poznavanje značilnosti zasvojenosti.					
Poznavanje svetovalnega postopka.					
Poznavanje 5A ukrepa.					
Poznavanje meja manj tveganega, tveganega in škodljivega pitja alkohola.					

S pomočjo ocenjevalne lestvice za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola izrazite vaše mnenje v vrednostih med (1 – 5) o pomembnosti, prepričanosti in pripravljenosti za izvajanje svetovanja za tvegano in škodljivo pitje alkohola:

Postavka/ocena	1	2	3	4	5
Pomembnost izvajanja svetovanja za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola.					

Postavka/ocena	1	2	3	4	5
<i>1 - popolnoma nepomembno do 5 - zelo pomembno</i>					
Prepričanost o usposobljenosti oz. kompetentnosti za izvajanje svetovanja za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola. <i>1 - popolnoma neusposobljen/a do 5 – popolnoma usposobljen/a</i>					
Pripravljenost za izvajanje svetovanja za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola. <i>1 - popolnoma nepripravljen/a do 5 – popolnoma pripravljen/a</i>					

Spomočjo ocenjevalne lestvice v vrednostih med 1 in 5 označite stopnjo strinjanja z vsako od navedenih postavk. Postavke se nanašajo na vaše zaznavanje pomembnosti vključenosti in dostopa do izobraževanja zdravstvenih delavcev o vplivu tvegane uporabe alkohola ter tveganih oblik uporabe alkohola. **Vrednost 1 pomeni popolno nestrinjanje, 2 nestrinjanje, 3 nevtrarno mnenje, 4 strinjanje in 5 popolno strinjanje** Vsaki postavki pripišite eno številčno oceno.

Postavka/ocena	1	2	3	4	5
Pomembno je, da so zdravstveni delavci vključeni v izobraževanje.					
Pomembno je, da pridobim dodatna znanja o alkoholni problematiki.					
Pomembno je, da pridobim dodatna znanja in veščine za svetovanje o opuščanju tveganega in škodljivega pitja alkohola.					
Za vključitev v izobraževanje sem pripravljen/-a.					
Mnogi zdravstveni delavci niso deležni dovolj izobrazbe ali usposabljanja, kako se spoprijeti z izzivi alkoholne problematike.					

V zvezi s problematiko pogleda zdravstvenih delavcev na individualno svetovanje za opuščanje tvegane in škodljivega pitja alkohola želim sporočiti še:

Spol

- a) M
- b) Ž

Starost

_____ let.

Poklic

- a) Zdravnik/zdravnica družinske medicine
- b) Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik

Delovno področje

Obkrožite črko pred delovnim področjem, na katerem trenutno delujete.

- a) Ambulanta družinske medicine
- b) Patronaža
- c) ZVC/CKZ

Drugo (dopišite): _____