

Sestrinska skrb za pacijente oboljele od alkoholizma

Tot, Šimun

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:057502>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-22**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 847/SS/2016

Sestrinska skrb za pacijente oboljele od alkoholizma

Šimun Tot, 5335/601

Varaždin, veljača, 2017.



Sveučilište Sjever

Odjel za biomedicinske znanosti

Završni rad br. 847/SS/2016

Sestrinska skrb za pacijente oboljele od alkoholizma

Student:

Šimun Tot, 5335/601

Mentor:

Melita Sajko, dipl. med. techn.

Varaždin, veljača, 2017.

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za biomedicinske znanosti		
PRISTUPNIK	Šimun Tot	MATIČNI BROJ	5335/601
DATUM	14.12.2016.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika
NASLOV RADA	Sestrinska skrb za pacijente oboljele od alkoholizma		

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Nursing care of patients suffering from alcoholism		
-----------------------------	--	--	--

MENTOR	Melita Sajko, dipl. med. techn.	ZVANJE	predavač
--------	---------------------------------	--------	----------

ČLANOVI POVJERENSTVA	1. doc. dr. sc. Maja Bajs Janović, predsjednik		
	2. Melita Sajko, dipl. med. techn., mentor		
	3. Jurica Veronek, mag. med. techn., član		
	4. Ivana Živoder, dipl. med. techn., zamjenski član		
	5. _____		

Zadatak završnog rada

BROJ	847/SS/2016
------	-------------

OPIS

Alkoholizam je jedna od najrasprostranjenijih bolesti ovisnosti. Svrstava se u socijalno-medicinsku bolest. Socijalna, jer je značajan utjecaj društvene sredine u nastajanju bolesti, značajne su posljedice u vidu poremećaja ponašanja i funkcioniranja pojedinca u sredini u kojoj živi i radi. Medicinska, jer alkohol izaziva brojna oštećenja na organima u čovječjem organizmu, od kojih mnoga mogu biti i smrtonosna. Ispoljava se kao gubitak sposobnosti suzdržavanja od prekomjerne upotrebe alkohola što dovodi do ovisnosti, narušavanja psihičkog i fizičkog zdravlja i socijalnih odnosa. Alkoholičari su one osobe koje ekscesivno piju alkoholna pića, postajući postepeno ovisne o alkoholu, pri čemu ispoljavaju bilo otvorene socijalne poremećaje, bilo manifestacije koje oštećuju njihovo tjelesno i duševno zdravlje, njihove odnose sa drugim osobama i njihovo dobro socijalno i ekonomsko funkcioniranje, bilo da samo ispoljavaju predznake koji nagovještavaju poremećaje takvog karaktera. Zbog toga oni zaslužuju liječenje. (SZO) Sestrinska skrb je usmjerena na bolesnika koji boluje od alkoholizma i na obitelj. Pristup bolesniku i obitelji temelji se na odnosu povjerenja, prepoznavanju simptoma apstinencije, pružanju pomoći u procesu liječenja i edukacija.

- U radu je potrebno:
- opisati teorije, razvoj i etiologiju alkoholizma,
 - navesti epidemiološke podatke vezane uz alkoholizam
 - opisati liječenje i posljedice alkoholizma,
 - opisati sestrinske probleme i sestrinsku skrb za bolesnika oboljelog od alkoholizma,
 - navesti smjernice za prevenciju alkoholizma.

ZADATAK URUČEN

19.12.2016



Melita Sajko

Sažetak

Alkoholizam je bolest, a prema definiciji skupine stručnjaka Svjetske zdravstvene organizacije "Alkoholičarem se može nazvati ona osoba koja je trajnom i prekomjernom potrošnjom alkoholnih pića oštetila svoje zdravlje, socijalno ili ekonomsko stanje, ili u koje postoje bar predznaci takvih oštećenja". Grana u medicini koja se bavi istraživanjem alkohola i njegovih posljedica zove se alkoholologija. Prema raširenosti alkoholizam se kao bolest nalazi u svjetskim statistikama na trećem mjestu, odmah iza bolesti srca i krvnih žila i malignih tumora. Rani znaci alkoholima su: prvi znaci gubitka kontrole, uzimanje većih količina alkohola, češća pijenja i opijanja, prvi prigovori obitelji, prvi prigovori radne sredine, prvi znaci nediscipline u obitelji i na radnom mjestu, životna dob u prosjeku mlađa od 30 godina i subjektivna zabrinutost zbog pijenja. Cilj ovog rada je prikazati alkoholizam kao javnozdravstveni problem, njegov tijek i njegovo liječenje i posljedice. Medicinska sestra je u procesu liječenja, rehabilitacije i reintegracije jedna od najvažnijih članova tima. Rad medicinske sestre sa oboljelim i njegovom obitelji jedan je od najzahtjevnijih sestrijskih poslova. Ona može pružiti veliku podršku te uvelike pomoći uspješnom liječenju. Primarni imperativ liječenja je apstinencija, a bit samog liječenja je uspostava ljudskog odnosa između ovisnika o alkoholu i njegove obitelji, te ovisnika i stručnog djelatnika te u prihvaćanju, povjerenju, iskrenosti i podršci.

Ključne riječi: intoksikacija, alkohol, ovisnost o alkoholu, prevencija, liječenje

Abstract

Alcoholism is a disease, and according to the definition of the group of experts of the World Health Organization, "An alcoholic can be considered a person whose permanent and excessive consumption of alcoholic beverages damages his health, social or economic condition, or at least that there are signs of such damage". The branch of medicine that does research of alcohol and its consequences is called alcoholology. According to the prevalence, in the world statistics, alcoholism as a disease is in third place, just behind heart and vascular diseases and malignant tumors. Early signs of alcoholism are the first signs of losing control, drinking large quantities of alcohol, frequent drinking and excessive drinking, the first complaints of the family, the first complaints in the working environment, the first signs of indiscipline in the family and workplace, average lifetime age of alcoholic person is less than 30 years old and there are present subjective worries because of drinking. The aim of this work is to show alcoholism as a public health problem, its course, treatment and consequences. In the process of treatment, rehabilitation and reintegration the nurse is one of the most important members of medical team. The work of nurses with the patient and his family is one of the most demanding nursing tasks. She can provide a lot of support and greatly assist to the successful treatment. The primary imperative of treatment is abstinence, the purpose of the treatment is to establish human relationships between alcoholics and their families and between addicts and professional staff and also at acceptance, trust, honesty and support.

Key words: intoxication, alcohol, alcohol addiction, prevention, treatment

Popis korištenih kratica

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

KLA – Klub liječenih alkoholičara

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Ovisnost o alkoholu.....	3
2.1. Epidemiologija alkoholizma	3
2.2. Fiziologija, razgradnja i izlučivanje alkohola	4
2.3. Etiologija alkoholizma	5
2.4. Klinička slika i simptomi alkoholizma.....	5
2.5. Alkoholom izazvani poremećaji.....	7
2.5.1. Akutno opito stanje	7
2.5.2. Razvoj ovisnosti o alkoholu	7
2.6. Vrste ovisnosti o alkoholu.....	8
2.7. Posljedice alkoholizma.....	9
2.8. Komplikacije u tijeku razvoja alkoholizma	10
2.8.1. Psihičke komplikacije	10
2.8.1.1. Delirium tremens.....	10
2.8.1.2. Korsakovljeva psihoza	11
2.8.1.3. Alkoholna demencija.....	11
2.8.1.4. Alkoholna halucinoza.....	11
2.8.1.5. Alkoholna ljubomora ili alkoholna paranoja.....	12
2.8.2. Komplikacije živčanog sustava	12
2.8.2.1. Wernickeova encefalopatija	12
2.8.2.2. Alkohol i epilepsija	13
2.8.3. Tjelesne komplikacije	13
2.9. Kriteriji za postavljanje dijagnoze ovisnosti o alkoholu	13
2.10. Liječenje ovisnosti o alkoholu.....	15
2.10.1. Psihoterapijski postupci.....	16

2.10.2. Terapijska zajednica	16
2.10.3. Obiteljska terapija	17
3. Sestrinska skrb bolesnika oboljelog od alkoholizma	18
3.1. Sestrinske dijagnoze i intervencije	19
3.1.1. Nemotiviranost za liječenje u/s alkoholnom ovisnošću	19
3.1.2. Depresija u/s načinom života i narušenim obiteljskim odnosima	20
3.1.3. Moguće sestrinske dijagnoze	21
4. Prevencija	22
4.1. Resocijalizacija.....	23
4.2. Razvoj programa prevencije poremećaja uzrokovanih prekomjernim pijenjem alkohola u Koprivničko-križevačkoj županiji.....	23
4.2.1. Provođenje intervencija u zajednici i program rada.....	24
5. Zaključak.....	27
6. Literatura	28

1. Uvod

Pijenje alkoholnih pića je dio općeprihvaćenog društvenog ponašanja. Upravo zato što je pijenje alkohola rašireno i poticano u svakodnevnoj ljudskoj komunikaciji i ponašanju, razvile su se i neke nedoumice vezane uz definiranje prekomjernog pijenja, kao i uz prosudbu o tome postoji li ovisnost o alkoholu i alkoholom uzrokovanim problemima. Tako, s jedne strane, postoji uvriježen i prihvaćen stav o umjerenom pijenju, a s druge strane stvara se negativan stav prema onima koji prekomjerno piju i postaju ovisnici o alkoholu. Iako je već desetljećima nepobitno prihvaćena spoznaja da je alkoholizam bolest, još uvijek je prisutan moralistički stav prema alkoholom uzrokovanim problemima, kojim se stvara određena stigmatizacija i predrasude kad je riječ o alkoholičarima.[1]

Alkohol je najstarije i najviše upotrebljavano sredstvo ovisnosti koje ima umirujuće i stimulirajuće djelovanje, zavisno od konzumiranja količine, socijalne situacije i osobe. Alkohol ublažava komplekse i pruža osjećaj euforije te povećava samopouzdanje. Za vrijeme pijanstva zatupljuje intelektualna svojstva, a više mjesta ostavlja za osjećajne i primitivne slojeve osobnosti. Alkohol je vrsta droge koja uzrokuje najviše nasilja, 75–80% svih prijavljenih kaznenih djela nasilja povezano je s alkoholom. Osim toga, u alkoholiziranom stanju česte su ozljede pri nesretnim slučajevima, a kronični alkoholizam dovodi do mnogih tjelesnih oštećenja. U psihička oštećenja ubrajaju se problemi sa spavanjem, iznenadno gubljenje svijesti (blackout) te tegobe uslijed apstinencije koje mogu uzrokovati delirij (duševnu pomutnju). Vremenom dolazi do alkoholne zatupljenosti.[2]

"Alkoholičarem" se može nazvati ona osoba koja je trajnom i prekomjernom potrošnjom alkoholnih pića oštetila svoje zdravlje, socijalno ili ekonomsko stanje, ili u koje postoje bar predznaci takvih oštećenja" (SZO) [2]

Čovjek već 35.000 godina zna kako će fermentacijom dobiti alkoholno piće. U poznatim nam civilizacijama ostali su tragovi prerade alkoholnih pića i ljudi su znali kako se može dobiti alkoholno piće iz voća, raznih žitarica, meda, mlijeka i drugi artikala. Alkoholnim pićima od davnina se pripisivala značajna uloga za zdravlje, prehranu, društveno, religijsko i drugo djelovanje. To djelovanje u malim količinama ljudi doživljavaju kao ugodno stanje, no kada čovjek konzumira veće količine alkohola to nazivamo pijanstvom. Postoje opisi negativnog djelovanja alkohola i mjere suzbijanja njegovog neželjenog djelovanja još u babilonskoj, egipatskoj, grčkoj i drugim starim civilizacijama. Već u 16. stoljeću za alkohol se

kaže da ubija više ljudi nego ratovi, ali to nije zabrinulo ljude i do današnjih dana potrošnja alkohola iz godine u godinu se povećava kako kod nas tako i u svijetu.[3]

Kod nas postoji prohibicija, bar djelomično, jer je zabranjeno pijeње alkoholnih pića na radnom mjestu, za vrijeme vožnje iznad 0,5 promila, te pijeње alkohola mladih na javnim mjestima ljudi do 18 godina života. Sve te mjere zabrane nisu dale željene rezultate jer se i dalje alkohol troši u velikim količinama, a što zabrinjava, sve više kod populacije mladih i to u ranim godinama života. Zato prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije alkoholizam je treća bolest po učestalosti u svijetu poslije kardiovaskularnih i malignih bolesti. Tako kod nas, a i u svijetu, legalizacijom se prihvaća alkohol, ali ne i alkoholičara i za mnoge on je samo pijanac.[3]

Problem nije toliko u štetnosti pijeња alkohola koliko u njegovom prekomjernom pijeњу i u tome što on postaje navika u kojoj se gubi svaka mjera u količini pijeња. U svijetu godišnje u prometu pogine 1,3 milijuna ljudi, odnosno skoro 3.300 osoba dnevno gdje je uzrok bio alkohol. Kod nas u Hrvatskoj procjenjuje se da imamo od 250 do 300 tisuća alkoholičara, a oko milijun ljudi je u kontaktu s alkoholom što znači da ukupno gledano 25% muškaraca i 10% žena ima problem s prekomjernim pijeњem. Najnovije Forbesovo istraživanje koje su objavila naša sredstva javnog priopćavanja od 9. kolovoza 2008. godine iznijelo je podatke za našu državu prema kojima smo na prvom mjestu u Europi kao država s najviše alkoholičarskih problema, da u nas ima 300.000 alkoholičara, a da smo po potrošnji alkohola na petom mjestu od 33 države u Europi, dok je Češka na prvom mjestu. Podaci su zabrinjavajući jer na liječenje od posljedica alkohola trošimo 2,5 milijardi kuna, a 35% zaposlenih radi pod utjecajem alkohola (piju ga sve profesije: vozači, liječnici, svećenici, komercijalisti, estradnjaci). Za Europu se ističe podatak da je u 2006. godini potrošeno 79 milijardi litara alkohola ili 101 litra po stanovniku, dok je u SAD-u potrošnja 98 litara po stanovniku. [3] Kod nas se godišnje liječi oko 50.000 alkoholičara dok ostali najveći broj i dalje pije. Pa iako je s alkoholom suočeno mnogo više ljudi nego s problemom droge o tome se nedovoljno niti govori niti čini.[3]

2. Ovisnost o alkoholu

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) ovisnost je duševno, a ponekad i tjelesno stanje koje nastaje međudjelovanjem živog organizma i sredstva ovisnosti. Obilježava ga ponašanje i drugi duševni procesi, koji uvijek uključuju prisilu za povremenim ili redovitim uzimanjem sredstva ovisnosti u namjeri da se doživi njegov učinak na duševne procese ili da se izbjegne nelagoda zbog uskrate tog sredstva.[4]

Svjetska zdravstvena organizacija definirala je alkoholizam kao socijalno – medicinski problem koji nastaje zbog zloupotrebe alkoholnih pića u tolikoj mjeri da osoba koja pije zbog toga zapada u zdravstvene i druge probleme, a stvara probleme i sredini u kojoj živi.[3] Alkoholičarom se može smatrati svaka osoba koja prekomjerno uzima alkoholna pića i kod koje se razvija fizička i psihička ovisnost o alkoholu.[3]

Ovisnost o alkoholu kronična je recidivna bolest progresivnog tijeka koja, ako se ne liječi, završava s predvidljivo negativnim ishodom. Ovisnici o alkoholu osobe su koje su doživotno izgubile sposobnost kontrole nad pijenjem. Posezanje za i najmanjom količinom alkohola u alkoholičara – apstinenta razbuđuje poriv za daljnjim pijenjem, reaktivira bolest ovisnosti o alkoholu i otvara kruženje u zloćudno zatvorenom krugu kompulzivnog pijenja.[5]

Ovisnici o alkoholu su osobe koje nemaju kontrolu nad pijenjem što dovodi do tjelesnih i duševnih posljedica. Drugim riječima, ovisnost znači da se ne može živjeti bez alkoholnih pića i da je bez njih ovisnik bolestan, nesamostalan i nesposoban. Alkohol je ovisniku prijatelj i tješitelj i onaj tko mu treba uljepšati stvarnost. Ali ta uljepšana stvarnost vrlo je kratkog vijeka i slaba utjeha. Ovisnici o alkoholu vrlo su ranjive i lako uvredljive osobe pa umjesto traženja lijeka u alkoholu malo pomalo postaju njegovim žrtvama. Alkoholizam je bolest na koju javnost nije dovoljno senzibilizirana iako je u svijetu treća bolest po učestalosti.[3]

2.1. Epidemiologija alkoholizma

Alkohol je najdostupniji od svih psihoaktivnih tvari, a pijenje alkohola je prihvaćeno i uobičajeno ponašanje u mnogim sociokulturnim sredinama. Zlouporaba i ovisnost o alkoholu skraćuju očekivano trajanje života za oko 10 godina. Duševni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani zlouporabom alkohola predstavljaju po broju hospitalizacija vodeću

psihijatrijsku dijagnozu u Republici Hrvatskoj (21% svih hospitalizacija tijekom 2004. godine). Alarmantna je činjenica da je prije 15 godina Hrvatska bila po udjelu djece koja su pila u posljednjih godinu dana ispod prosjeka europskih zemalja (prosjek 80%, Hrvatska 70%), a u 2007. godini prosjek u cijeloj Europi je 82%, a u Hrvatskoj 84%.[4]

Podaci Republičkog registra alkoholičara u Republici Hrvatskoj ukazuju:

- 15% muškaraca boluje od alkoholizma
- 15% muškaraca prekomjerno pije
- 3,5 - 4% ukupne populacije boluje od alkoholizma
- godišnje, prvo liječenje - oko 7 000 alkoholičara
- ukupan broj alkoholičara u Republici Hrvatskoj: 200 000 - 240 000. [6]

Navedeni rezultati ukazuju na zastupljenost konzumacije alkohola među stanovništvom Republike Hrvatske i potrebu za prevencijom.

2.2. Fiziologija, razgradnja i izlučivanje alkohola

Alkoholnim pićem nazivaju se napitci priređeni za ljudsku potrošnju koji sadrže određenu količinu etilnog alkohola (C_2H_5OH), a dobivaju se fermentacijom uz pomoć kvašćevih gljivica (vino ili pivo) ili destilacijom blaže alkoholne otopine (žestoka alkoholna pića). [4] Najveći dio alkohola resorbira se u krvotoku preko sluznice probavnih organa (najviše tankog crijeva). Resorpcija alkohola ovisi o količini i vrsti popijenog alkohola, te o vrsti i vremenu uzimanja hrane. Najbrža je apsorpcija alkohola ako piće sadrži 15 do 30% alkohola. Obično se najveća koncentracija alkohola u krvi pojavljuje otprilike 30 do 60 minuta nakon konzumacije alkohola. U jetri se razgrađuje oko 90% unesenog alkohola brzinom od 0,1 promila alkohola na sat. Između 90 i 98% alkohola izlučuje se iz tijela oksidacijom do ugljičnog dioksida i vode. 5 do 10% izluči se iz tijela u nepromijenjenom obliku i to u izdahnutom zraku iz pluća, iz bubrega putem urina, te znojenjem. Koncentracija unesenog alkohola određuje se uzimanjem krvi, alkotestiranjem koncentracije alkohola u izdahnutom zraku i eventualno mjerenje koncentracije alkohola u urinu.[4]

2.3. Etiologija alkoholizma

Kao i kod drugih psihijatrijskih poremećaja postoji više teorija o uzrocima zlouporabe ili ovisnosti o alkoholu. S ovisnošću se najčešće povezuju poremećaji raspoloženja, anksioznost, poremećaj pažnje s hiperaktivnošću, poremećaji osobnosti te depresija.[4]

Danas su psihološke, socijalne i biološke teorije značajne u određivanju uzroka nastanka alkoholizma. Uzroci alkoholizma leže, prije svega, u samom čovjeku, a zatim u njegovoj bližoj ili široj okolini. Psihološke teorije spominju euforično djelovanje alkohola kao najvažniji motiv uzimanja alkoholnih pića. Osoba pije jer se pod utjecajem alkohola osjeća opuštenijom i veselijom, ali često i zato da ublaži tjeskobu i napetost zbog stresa i frustracija koje doživljava u vanjskom svijetu.[7]

Biološke teorije koje razmatraju ulogu nasljednih čimbenika u pojavi i razvoju alkoholizma polaze od činjenice da se alkoholizam u nekim porodicama javlja češće, u drugima rjeđe ili se uopće ne javlja. Sinovi alkoholičara otprilike 3 do 5 puta češće postaju alkoholičari negoli drugi muškarci. Ti neočekivano veliki rizici ipak ne iznenađuju jer se može pretpostaviti da je riječ o utjecaju okoline ("kakav otac, takav sin"). Međutim, istraživanja djece alkoholičara koja su bila usvojena u obiteljima bez alkoholičara pokazala su da je i u njih šansa da postanu alkoholičari 3 puta veća. Postoje dokazi da genetski posredovani biološki utjecaji doprinose razvoju alkoholizma koji se opisuje kao poligeniski poremećaj. Naravno, ljudsko biće je vrlo složeno te se smatra da se u tih osoba radi samo o genetski uvjetovanoj većoj sklonosti k razvoju alkoholizma, ali ne i o sudbinskom predodređenju da će osoba postati kronični alkoholičar, jer multipli geni djeluju zajedno s mnoštvom različitih činitelja u uspostavljanju konačnoga rizika za razvoj alkoholizma.[7]

Socijalno kulturni činitelji izazivaju alkoholizam pomoću običaja, prihvaćenih tipova ponašanja pojedinih sredina, nepovoljnih socijalnih i obiteljskih činitelja. Poznato je primjerice da dijete najčešće prvi puta okusi alkoholno piće upravo u roditeljskom domu.[7]

2.4. Klinička slika i simptomi alkoholizma

Alkoholičara se često može prepoznati već po izgledu. Kronični alkoholičar obično ima trajno crvenilo lica i nosa te izgleda starije no što odgovara njegovoj životnoj dobi. Obloženi jezik, tremor ruku, ogrebotine i ožiljci na koži uslijed ozljeđivanja u opitim

stanjima. Od svih simptoma možda su najkarakterističnije promjene ličnosti u alkoholičara. Alkoholičar negira ili umanjuje svoje pijenje, nalazi različita opravdanja zašto pije, krivi druge što pije ili bježi od suočavanja s alkoholnim problemima u tjelesne pritužbe. Muči ga grižnja savjesti i osjećaj srama. Osamljuje se, izbjegava i gubi prijatelje. Često gubi radno mjesto. Sve više gubi interes za zbivanja oko sebe. Interesira ga samo alkoholno piće. Osjeća samosažaljenje zbog narušenih međuljudskih odnosa. Može postati neprijateljski raspoložen i sumnjičav prema članovima obitelji, ljubomoran na suprugu te može očitovati agresivno ponašanje bilo prema bližnjima, bilo prema osobama iz šire okoline.[8]

Mogući rani znaci alkoholizma:

- prvi znaci gubitka kontrole
- uzimanje većih količina alkohola
- češća pijenja i opijanja
- prvi prigovori obitelji
- prvi prigovori radne sredine
- prvi znaci nediscipline u obitelji i na radnom mjestu
- životna dob u prosjeku mlađa od 30 godina
- subjektivna zabrinutost zbog pijenja.[6]

Stil života osobe koja boluje od alkoholizma dovodi do gubitka svake odgovornosti prema društvu i asocijalnog ponašanja. Dolazi do psihičke i fizičke ovisnosti o alkoholnom piću. Psihička ovisnost je stanje pri kojem alkohol uzrokuje osjećaj zadovoljstva i nagon na povremeno ili svakodnevno uzimanje alkohola radi ugone ili izbjegavanja neugode. Fizička ovisnost je stanje prilagodbe koje se očituje fizičkim poremećajima (sindrom ustezanja ili apstinencijski sindrom) pri prekidu uzimanja alkohola ("glad" za alkoholom).[4]

2.5. Alkoholom izazvani poremećaji

2.5.1. Akutno opito stanje

Akutno pijano stanje ili akutna intoksikacija alkoholom posljedica je jednokratne upotrebe veće količine alkoholnih pića, a može nastupiti u svakog pojedinca. Slika akutnoga pijanog stanja ovisi o koncentraciji alkohola u krvi, količini popijenog pića, tjelesnoj težini osobe, jačini pića i brzini kojom se pije. [9] Najčešći simptomi su ataksija, vrtoglavica, dizartrijska, mučnina, povraćanje. U početku, javlja se euforija, potom slijedi pad raspoloženja i pospanost. Moguće komplikacije akutnog opitog stanja su: ozlijede glave (subduralni, epiduralni i intrakranijalni hematomi), frakture, aspiracija povraćenog sadržaja, prometne nesreće, kriminal, homicidi. [3] Ovisno o količini uzetog alkohola pojavljuju se različite kliničke slike akutnog pijanoga stanja. Tako se s 0,3 do 0,8 promila alkohola u krvi pojavljuju promjene u ponašanju, povećani motorni i kognitivni problemi, s od 0,8 do 2 promila javlja se slabija koordinacija pokreta, greške u prosuđivanju, promjene raspoloženja, od 2 do 3 promila pojavljuju se znakovi akutne intoksikacije: ataksija, dizartrijska, nistagmus, proširenje zjenica, dvoslike, crvenilo lica, povraćanje. S više od 3 promila javlja se nepravilan rad vitalnih funkcija, a koncentracija od 5 promila izaziva poremećaje svijesti sve do komatoznoga stanja, a pri većim koncentracijama nastupa smrt zbog respiratornog aresta.[4]

2.5.2. Razvoj ovisnosti o alkoholu

Ovisnost o alkoholu je bolest koja uključuje sljedećih šest simptoma, a to su:

- žudnja - snažna želja ili hitna potreba za pićem,
- gubitak kontrole - nemogućnost prestanka pijenja jednom kad se s njime započelo,
- fizička ovisnost - nakon prestanka pijenja javlja se pojačano znojenje, tremor, tjeskoba, mučnina i drugi poremećaji
- tolerancija - potreba za pijenjem sve većih količina alkohola da bi se postiglo odgovarajuće stanje (učinak) u organizmu, koje se prije postizalo unosom manjih količina alkohola,
- zanemarivanje obitelji, radnih i drugih obveza i interesa
- nastavak pijenja unatoč spoznaji o njegovoj štetnosti. [10]

Alkoholizam ima tri faze:

Faza društvene potrošnje - početnu fazu pijenja alkoholnih pića, prije pojave asocijalnog ponašanja, naziva se obično fazom društvenog pijenja ili fazom normalnog, dopuštenog, kontroliranog, umjerenog, prihvaćenog pijenja alkoholnih pića. U toj fazi tolerancija prema alkoholu raste pa takva osoba podnosi sve veće količine alkohola. Ponavljana konzumacija alkohola povećava toleranciju organizma na alkohol, pa konzument mora uzimati sve veće količine alkohola za isti učinak.[10]

Simptomi suzdržavanja - alkoholičari postaju toliko ovisni o alkoholu da moraju svakog dana piti, a kad prekinu, pojavljuju se simptomi suzdržavanja: tremor, razdražljivost, smetenost, jutarnja mučnina, jutarnje povraćanje, nemir, bol u pojedinim dijelovima tijela.[10]

Nemogućnost kontrole - nemogućnost kontrole nad pijenjem je kada osoba odluči popiti jednu čašu, ali nakon prve čaše ne može stati.[10]

2.6. Vrste ovisnosti o alkoholu

Kliničke slike alkoholizma prvi je opisao Jellinek, a označene su početnim slovima grčkog alfabeta. Jellinek je podjelu napravio s obzirom na gubitak kontrole impulsa i nesposobnost apstinencije uz manifestaciju apstinencijskog sindroma.

Alfa alkoholičar konzumira alkohol u svrhu olakšavanja somatskih i psihičkih tegoba. Uporaba alkohola prelazi granicu u smislu količine, mjesta i vremena, ali ne pojavljuje se gubitak kontrole ni simptomi suzdržavanja.[4]

Beta alkoholičar (prigodni alkoholičar) uvjetovan je sociokulturološkim razlozima. Ne razvija se ni psihička ni fizička ovisnost, ali su se razvile somatske tegobe posljedično uzimanju alkohola (gastritis, čir na želucu, ciroza,..).[4]

Gama alkoholičar je psihički i fizički ovisan o alkoholu, izgubio je kritičnost i kontrolu u pijenju tako da ne može stati na jednoj čašici, a pojavljuje se i tolerancija uz adaptaciju metabolizma na alkohol. Kod njih se vide i zdravstvene i socijalne tegobe. Oni mogu duže ili kraće vrijeme apstinirati bez simptoma suzdržavanja.[4]

Delta alkoholičar je najteži oblik alkoholizma jer se kod njega javlja i psihička i fizička ovisnost, te povećanje tolerancije s prilagodbom metabolizma na alkohol, a kod naglog

prestanka pijačja pojavljuju se i simptomi suzdržanja. Ova vrsta alkoholičara je stalno pod utjecajem alkohola.[4]

Epsilon alkoholičar - kvartalna sklonost alkoholu, za njih je karakteristična mogućnost da apstiniraju čak i mjesecima bez pojave apstinencijskog sindroma, a zatim da uslijede opijanja i pojava psihičke i fizičke ovisnosti.[4]

Zeta alkoholičar - karakteristično je da u nedostatku alkohola mogu koristiti i supstitute. Ova vrsta alkoholičara ispoljava agresiju i na već male količine unesenog alkohola.[4]

Nova klasifikacija dijeli ovisnike o alkoholu na tip A i tip B:

Tip A - primarni tip alkoholičara, kasni početak, mali broj rizičnih čimbenika, relativno blaga ovisnost, mali broj problema povezanih s alkoholom i minimalna psihopatologija.[4]

Tip B - simptomatski tip alkoholičara, veliki broj rizičnih čimbenika iz djetinjstva, veliki broj problema povezanih s alkoholom, obilna psihopatologija (u opitim stanjima socijalno devijantno i psihijatrijski upadno vladanje, u trijeznim stanjima funkcioniranje nezadovoljavajuće u socijalnom i psihološkom smislu te riječi), obiteljska anamneza uzimanja alkohola, učestalo uzimanje više sredstava, duga povijest liječenja alkoholizma, niz teških životnih stresova.[4]

2.7. Posljedice alkoholizma

Posljedice ovisnosti o alkoholu su višestruke, a posebno je vrijedno istaknuti da se one mogu podijeliti na:

Tjelesne posljedice, one koje neposredno djeluju na ljudsko tijelo, pogotovo ako uz alkohol ovisnik pretjerano puši javit će se i druge tegobe. Organska oštećenja su brojna, a ona mogu biti izravna i neizravna. Izravna oštećenja su ona gdje alkohol dolazi neposredno u dodir kao u želucu, sluznici, crijevima i drugo, neizravno nedostatkom prehrane i načinom života.[3]

Duševne posljedice, manifestiraju se u promjeni same ličnosti i te promjene vode do toga da ovisnika o alkoholu više ne zanimaju ljudi, život im nije zanimljiv, vlada bezvoljnost, zaboravnost, agresivnost i zanima ga jedino alkohol.[3]

Društvene posljedice ogledaju se kako u užoj tako i u široj okolini alkoholičara. Znači posljedice se očituju kako u obitelji tako i u školi, na radnom mjestu, upadom u kriminal, incidentima u prometu, a to znači da je to ličnost koja na kraju ostaje bez obitelji, doma, posla. Dok radi, alkoholičar kasni na posao, konfliktan je, izbjegava radne obaveze, učinak je po kvaliteti i kvantiteti slab, sklon je lažima i obećanjima, ogovaranju, ima slab interes za rad, olako posuđuje novac kako bi se domogao alkohola i drugo.[3]

2.8. Komplikacije u tijeku razvoja alkoholizma

Alkohol nije samo psihoaktivna supstancija nego i otrovna tvar, toksin koji oštećuje sva tkiva i organe tijela. Za razliku od drugih droga, alkohol oštećuje baš svaki organ i tkivo organizma. Umjereno pijenje umjereno šteti. Tako da osobe koje uopće ne piju boluju u manjoj mjeri od onih koji alkoholna pića piju u umjerenim količinama. Ponavljani unos većih količina alkohola uz pogubne psihičke poremećaje, izaziva oštećenja i poremećaje u funkcioniranju svih organskih sustava, a posebice probavnog, srčano – krvožilnog te živčanog sustava.[5]

2.8.1. Psihičke komplikacije

Postoji mnogo psihičkih komplikacija koje su uzrokovane alkoholizmom, a ovo su najčešće: alkoholna demencija, alkoholna halucinoza, korsakovljeva psihoza, propadanje ličnosti, depresija, alkoholna paranoja i delirijum tremens.

2.8.1.1. Delirium tremens

Delirium tremens je najpoznatiji i najteži akutni psihički poremećaj (akutna psihoza) u alkoholičara. Delirij u alkoholičara obično nastaje nakon nekoliko dana (48-72 sata) od naglog prestanka konzumiranja alkohola, nakon tjelesne ili psihičke traume, infekcije ili operativnog zahvata. [10] Predelirantni simptomi su nesanica, noćni strah, znojenje i žeđ, dijareja ili opstipacija, tremor ekstremiteta, parestezije, slabost. Kod nekih bolesnika kao početni znak delirija mogu nastati konvulzije grand mal tipa. U kliničkoj slici delirijuma dominira dezorijentiranost u vremenu i prostoru, opća smetenost, inkoherentan tijek misli i govora te halucinacije i sugestibilnost. Uz to se pojavljuje tremor ekstremiteta i cijelog tijela, a naglašena je i ataksija, te strah i nemir. Poremećen je i autoimuni živčani sustav što se očituje u povećanju pulsa i tjelesne temperature. Halucinacije su obično vidne, iako ni slušne

nisu isključene obično u vidu akoazama. Najčešće se radi o zoopsijama pa se haluciniraju male životinjice ili insketi koji izazivaju strah, nerijetko se uz to pojavljuju i taktilne halucinacije tako da bolesnik može halucinirati kako ga životinjice ujedaju ili mu se zavlache pod kožu. U deliriju su česte i takozvane "profesionalne halucinacije", tako bolesnik može halucinirati kako je na svom radnom mjestu i obavlja uobičajene poslove. Delirantno stanje uz prikladnu terapiju obično traje 2 do 5 dana, a u svom prirodnom tijeku traje od 5 do 10 dana, te nakon nekoliko dana trajanja završava dubokim snom iz kojeg se pacijent budi obično amnestičan za većinu događaja iz razdoblja delirija. U nekim situacijama delirij može završiti smrtnim ishodom zbog interkurentnih infekcija i popuštanja kardiovaskularnog sustava. Stopa smrtnosti kod delirija se kreće oko 20%. Delirantnu osobu je potrebno liječiti u bolnici uz nadoknadu tekućine i elektrolita te vitamina B skupine (B1, B6, B12).[4]

2.8.1.2. Korsakovljeva psihoza

Korsakovljeva psihoza je teški psihički poremećaj koji se pojavljuje u kasnijim stadijima kroničnog alkoholizma nakon višegodišnje zlorabe alkohola. Karakterizirana je nedostatkom vitamina B skupine (tiamina), pojavom demencije i alkoholne polineuropatije (bolnost i slabost mišićja ekstremiteta). Javlja se poremećaj pamćenja (anterogradna i retrogradna amnezija) i sjećanja, pojava konfabulacija (umetnutih sjećanja, praznine u sjećanju popunjuju se umetnutim sadržajima dok sjećanje na starije događaje nije poremećeno), smetenost i dezorijentiranost u vremenu i prostoru te ekstremna sugestibilnost i apatija. Liječenje je dugotrajno i odnosi se na nadomjestak vitamina B skupine uz prekid uzimanja alkohola. Samo oko 25% osoba se oporavi, a 50% osoba se djelomično oporavi. Danas je ovaj oblik alkoholne psihoze rijedak.[4]

2.8.1.3. Alkoholna demencija

Alkoholna demencija je organsko oštećenje mozga. Dugotrajna zloraba alkoholnih pića dovodi do težih oštećenja raznih organa među kojima je i mozak. Smatra se da nastaje zbog štetnog djelovanja alkohola i njegovih metabolita na mozak, a svoj doprinos imaju i česte povrede glave alkoholičara, malnutricija i oštećenje jetre.[4]

2.8.1.4. Alkoholna halucinoza

Alkoholna halucinoza je psihijatrijski sindrom koji pripada skupini alkoholnih psihoza. Dosta je rijetka pojava. Karakteriziraju ju halucinatorna doživljavanja, obično slušna. U nekim situacijama mogu se razviti sumanute ideje proganjaja. Karakteristika alkoholne halucinoze je da halucinacije ostaju i nakon prestanka pijenja i povlačenja apstinencijskog

sindroma. Orijentacija, svijest i ličnost oboljelih su očuvani pa oni ponekad sami traže pomoć da im se pomogne u vezi s haluciniranim sadržajima. Alkoholna halucinoza traje od nekoliko sati do nekoliko dana, a može trajati tjednima i mjesecima, ako oboljeli nastave piti. Dijagnoza se postavlja ako halucinoza počinje tijekom pijenja, 1 do 2 tjedna od prekida uzimanja alkohola, a traje kraće od 6 mjeseci. Dulje trajanje govori za postojanje druge psihopatologije. Bolest može recidivirati, ali ne ostavlja oštećenja. Liječenje se svodi na liječenje alkoholizma, a u težim slučajevima mora se provesti bolničko liječenje.[4]

2.8.1.5. Alkoholna ljubomora ili alkoholna paranoja

Alkoholna ljubomora karakterizirana je razvojem sumanutih ideja ljubomore, a javlja se obično u mušakraca u kasnijim fazama zlouporabe alkoholnih pića. Zbog alkoholne ljubomore najviše trpi bračni partner. Radi se o psihotičnom stanju, velikom riziku od nasilja. Oboljeli prati partnera, pronalazi "nepobitne dokaze nevjere" na temelju gesta, načina oblačenja, mrlja na odjeći i slično. Od partnera se pokušava iznuditi priznanje nevjere u iscrpljujućim svađama i raspravama u kojima se nerijetko događa i fizičko nasilje. Ljubomora se tumači impotencijom koja se javlja kod kroničnih alkoholičara uz očuvani libido. Zbog opasnosti po okolinu, provodi se bolničko liječenje.[4]

2.8.2. Komplikacije živčanog sustava

Bolesti živčanog sustava izazvane prekomjernim pijenjem: oštećenje perifernih živaca, posebno nogu (alkoholna polineuropatija); alkoholna epilepsija; smetnje ravnoteže koordinacije hoda te tremor izazvan oštećenjima malog mozga; smetnje koncentracije, prisjećanja, upamćivanja i intelektualnih sposobnosti u cjelini vezanih uz oštećenje kore velikog mozga.

2.8.2.1. Wernickeova encefalopatija

Wernickeova encefalopatija je bolest koja se javlja zbog nedostatka vitamina B1 (tiamina). Ta se bolest obično viđa kod alkoholičara. Glavno obilježje je oštećenje živaca u središnjem i perifernom živčanom sustavu. Klinički simptomi ove bolesti se u početku vide kao prodromi s depresivnim raspoloženjem, općom slabosti, umorom, zaboravljanjem, smetnjama u ravnoteži i polineuritičkim simptomima. Razvijenu sliku karakterizira pojava psihičkih simptoma kao što su apatija, slabost pažnje, dezorijentiranost u vremenu, prostoru i prema osobama te oštećenje pamćenja za svježije događaje uz pojavu i konfabulacija. Od tjelesnih simptoma gotovo uvijek je prisutan nistagmus, a može se javiti i anizokorija, mioza,

klijenuti vanjskih očnih mišića, crvenilo jezika te ataksija. Liječenje se provodi davanjem vitamina B kompleksa i visokokaloričnom prehranom uz apstinenciju od alkoholnih pića.[4]

2.8.2.2. Alkohol i epilepsija

Alkohol može djelovati kao čimbenik koji otežava već postojeću epilepsiju, a može dovesti i do pojave epilepsije kod osoba koje ju do tada nisu imale. Epileptički napadaji se u alkoholičara mogu javiti zbog intoksikacije alkoholom ili u početnim fazama apstinencije. Alkohol može sniziti prag za javljanje epileptiformnih napadaja, a umanjuje i djelovanje antiepileptičke terapije kod epileptičara. Osobe koje boluju od epilepsije imaju smanjenju toleranciju na alkohol.[4]

2.8.3. Tjelesne komplikacije

Bolesti probavnog sustava izazvane prekomjernim pijenjem: upala sluznice želuca i jednjaka, alkoholna žgaravica, mučnina, povraćanje, proljevi, ulkusna bolest želuca i dvanaesterca, upala gušterače, alkoholni dijabetes, povećanje jetre (alkoholni hepatitis), ciroza jetre, karcinomi svih dijelova probavnog sustava.[5]

Bolesti srčano-krvožilnog sustava izazvane prekomjernim pijenjem: povišeni krvni tlak, srčane aritmije, povišenje masnoća u krvi, anemije, povećani rizik obolijevanja od srčanog i moždanog udara.[5]

Oštećenja drugih organa izazvana prekomjernim pijenjem: spolna nemoć, sklonost ozljedama i padovima u opitom stanju s posljedičnim prijelomima, vanjskim krvarenjima, ali i ozljedama glave s moždanim krvarenjima koja nerijetko imaju smrtni ishod; opći pad imuniteta i povećana sklonost obolijevanju od zaraznih bolesti, ali i karcinoma.[5]

2.9. Kriteriji za postavljanje dijagnoze ovisnosti o alkoholu

U današnjoj stručnoj odnosno kliničkoj upotrebi ili dijagnostici ovisnosti o alkoholu koriste se dva dijagnostička klasifikacijska priručnika: internacionalni, dijagnostički sustav, deseta revizija, kojeg je publicirala Svjetska zdravstvena organizacija 1992. godine, Međunarodna klasifikacija bolesti (MKB-10) i Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje kojeg je izdala Američka psihijatrijska asocijacija, posljednje izdanje u svibnju 2013. godine DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

Međunarodna klasifikacija bolesti sustav je kojim se želi na lokalnoj, nacionalnoj i međunarodnoj razini identificirati zdravstvene poremećaje, njihovu frekvenciju te promjene u frekvenciji poremećaja tijekom godina, te služi za određivanje nacionalnog i međunarodnog mortaliteta i morbiditeta.[11]

Oba se klasifikacijska sustava temelje na konceptu sindroma ovisnosti o alkoholu koji se upotrebljava s ciljem opisa skupine određenih znakova i simptoma, pri čemu nije uvijek nužno da budu prisutni svi sastavni dijelovi sindroma, no klinička slika mora biti dovoljno konzistentna da omogući njegovo prepoznavanje i razlikovanje stanja u kojem postoji sindrom ovisnosti u odnosu prema stanju u kojem ne postoji. Samim time može se reći kako je sindrom deskriptivna klinička formulacija koja izvorno ne teži prepoznavanju uzroka patologije. Ovi dijagnostički sustavi su od velikog značenja za standardizaciju dijagnostike u nacionalnim i internacionalnim odnosima, no njihova je loša strana s kliničkog aspekta ta da svaku sliku ovisnosti opisuju kategorijski, „sve ili ništa“ pristupom čime se stavlja u drugi plan dimenzionalni, suptilni opis kliničke slike.[12]

Dijagnoze koje se u MKB-10 odnose na alkohol su: akutna intoksikacija, zlouporaba, sindrom ovisnosti, apstinencijski sindrom, apstinencijski sindrom s delirijem, psihotični poremećaj, sindrom amnezije, rezidualni i psihotični poremećaj s kasnim početkom te drugi i nespecificirani mentalni poremećaji s poremećajima ponašanja. Prema MKB-10, postoje sljedeći dijagnostički kriteriji za postavljanje dijagnoze sindroma ovisnosti o alkoholu:

- a. Jaka želja ili nagon za pijenjem;
- b. Teškoće u samosvladavanju ako osoba pokušava prestati piti, ili u kontroli popijenog alkohola;
- c. Stanje fiziološke apstinencije kad se prestalo s uporabom alkohola ili ako je smanjena količina, kao što se očituje u karakterističnom apstinencijskom sindromu (vezano za alkohol ili druge slične supstance), s namjerom olakšavanja ili ublažavanja sindroma alkoholne apstinencije;
- d. Dokaz tolerancije, kao što je povećanje količine alkohola koja se zahtjeva da bi se ostvarili učinci postignuti pijenjem manjih količina alkohola;
- e. Progresivno zanemarivanje alternativnih užitaka ili interesa uzrokovanih pijenjem; više vremena utrošeno je da bi se došlo do alkohola, da bi se pilo ili oporavilo od pijenja;

- f. Nastavljanje s pijenjem alkohola unatoč jasnim dokazima o štetnim posljedicama, kao što je oštećenje jetre zbog prekomjernog pijenja ili depresivno raspoloženje, koje je posljedica prekomjernog pijenja alkohola. Treba uložiti napor da osoba koja prekomjerno pije postane svjesna prirode i opsega oštećenja.[5]

Definitivna se dijagnoza sindroma ovisnosti može postaviti samo ako su tri ili više gore navedenih kriterija bili izraženi tijekom prethodnih godinu dana. Osim dijagnoze sindroma ovisnosti o alkoholu, u MKB-10 klasifikaciji postoji i dijagnoza štetne uporabe alkohola koja se definira kao način uporabe alkohola koji uzrokuje oštećenje zdravlja. Oštećenje može biti tjelesno (ciroza jetre) ili mentalno (povremeni depresivni poremećaj zbog prekomjernog pijenja alkohola). Dijagnoza zahtijeva da bi aktualno oštećenje trebalo utjecati na kvalitetu fizičkog ili mentalnog zdravlja osobe koja pije. Pored navedenog kriterija važno je da obrazac pijenja alkohola ne zadovoljava kriterije za postavljanje dijagnoze ovisnosti o alkoholu, psihotičnog poremećaja ili drugih specifičnih oblika poremećaja vezanih uz uporabu psihoaktivnih tvari.[5]

2.10. Liječenje ovisnosti o alkoholu

Cilj liječenja je uspostava i održavanje trajne apstinencije od alkohola te promjena načina života i sustava vrijednosti koji su doveli do prekomjernog konzumiranja alkohola. U proces liječenja treba uključiti i obitelj jer je alkoholizam često obiteljski problem. Također treba uzeti u obzir i komorbiditet u bolesnika te liječiti eventualne druge poremećaje i bolesti kojima je alkoholizam posljedica ili uzrok. Bolesnika treba uključiti u Klub liječenih alkoholičara, udrugu gdje mogu naći pomoć i podršku od duljih apstinenata te pomoć u gradnji novog načina života. Alkoholičar se uključuje u klub liječenih alkoholičara zajedno s obitelji, na način da aktivno sudjeluje u radu kluba jedanput tjedno kroz 5 godina. Prije uključivanja u klub provodi se motivacijski intervju uz kognitivno bihevioralni pristup, koji se temelji na pretpostavci da je alkoholizam naučeno ponašanje. Tijekom liječenja mogući su i recidivi koji spadaju u sastavni dio bolesti ovisnosti o alkoholu.[4]

U početku liječenja treba se provesti detoksikacijski tretman, a cilj je uklanjanje i/ili ublažavanje toksičnog djelovanja alkohola. Provodi se davanjem vitamina (B1, B2, B12, C) te preparata za zaštitu jetre i glukoze. Bolesnicima koji su u apstinenciji i koji ju žele dalje održavati, može se davati uz njihovu suglasnost disulfiram ili Antabus. Antabus se treba

uzimati barem 6 do 12 mjeseci i to u dozi od 250 do 500 mg na dan. Uzimanje antabusa čak i s malom količinom alkohola dovodi do pojave niza neželjenih reakcija (crvenilo lica, dispneja, hiperventilacija, vazodilatacija, mučnina, a mogu nastati i po život opasne komplikacije). Kombinaciju alkohola i antabusa treba objasniti i bolesniku i obitelji. Osim antabusa i vitaminske terapije, često se daju i sedativi kako bi se ublažila anksioznost. Daju se i antidepresivi zbog česte pojave depresivnih simptoma u prvim tjednima apstiniranja i zbog depresije kao komorbidnog stanja. [4] Osim medikamentoznih sredstava za liječenje alkoholizma, od velike su važnosti u liječenju i psihoterapijski postupci, terapijska zajednica te obiteljska terapija.

2.10.1. Psihoterapijski postupci

Psihoterapijski postupci od najpovršnijih do dinamskih, psihoanalitičkog karaktera provode se tijekom: motivacijskog intervjua, razmatranja problema i očekivanih rezultata, stvaranja čvrste odluke, djelovanja i realizacija donesene odluke i podržavanja apstinencije i odnosa prema recidivu. Primjenjuje se: grupna psihoterapija, individualna psihoterapija, socijalizacija, obiteljska terapija i edukacija. Grupna psihoterapija je metoda izbora u liječenju alkoholizma. U njoj se primjenjuju fenomeni grupne psihoterapije: fenomen zrcala – sebe vidjeti očima drugih, socijalizacija, grupa kao podrška, grupa kao katalizator i drugi. Uz klasične grupne psihoterapijske tehnike u liječenju se provodi okupacijska grupna terapija, rekreacijske grupe i psiho i sociodrama.[13]

2.10.2. Terapijska zajednica

Terapijska zajednica kao model liječenja danas je važna i nezaobilazna u liječenju ovisnosti o alkoholu. Ona omogućuje zaštitu bolesnikove osobnosti, maksimalno aktiviranje bolesnika u terapijskom postupku i preuzimanje odgovornosti za svoje ponašanje i uspješnost liječenja. Osnova rada je omogućavanje promjene ponašanja putem socijalnog učenja. Glavni principi djelovanja terapijske zajednice: njeguje dobre međuljudske odnose; u svojoj strukturi nosi principe preodgoja; sadrži principe psihoterapijskih metoda, od onih površnih sve do dubokih analitičkih; motivacija za liječenje u grupi je veća - proširena identifikacijska struktura; sveukupno saznanje o bolesti je veće; njeguje ljubav među članovima; pa se pojedinac ne osjeća osamljenim i s vremenom može i sam emitirati ljubav. Terapijska zajednica traži totalni terapijski pristup.[13]

2.10.3. Obiteljska terapija

Osnovni cilj obiteljske terapije je jačanje osobnih mogućnosti svakog člana, jačanje i poboljšanje kvalitete međusobnih odnosa i stvaranje skladnog i čvrstog obiteljskog sustava. Vrste obiteljske terapije: bračna terapija – rad s bračnim partnerima; obiteljska terapija – rad s cijelom obitelji; višestruko udarno liječenje – terapijski tim radi s pojedinim članom ili kombinacijom članova obitelji; grupna višeobiteljska terapija – istovremeno s većim brojem obitelji. Grupna višeobiteljska terapija omogućuje uvid obitelji u poteškoće koje ih pritišću, pruža pomoć obitelji pri rješavanju individualnih i obiteljskih poremećaja, educira članove obitelji o potrebi promjena odnosa unutar cijele obitelji i motivira članove i obitelji da ustraju u stvaranju i održavanju novih, uspješnijih i kvalitetnijih odnosa u obitelji.[13]

3. Sestrinska skrb bolesnika oboljelog od alkoholizma

Osnovna načela zdravstvene njege u psihijatriji su: holistički pristup, poštivanje jedinstvenog ljudskog bića, osiguravanje privatnosti, poštivanje dostojanstva, terapijska komunikacija, bezuvjetno prihvaćanje pacijenta, njegovo uključivanje te pomoć pri učinkovitoj prilagodbi. Holistički pristup podrazumijeva pacijenta kao jedinstveno biće u svom socijalnom i kulturnom okruženju. Svaki čovjek ima potrebe koje u bolesti ne može u potpunosti ispuniti. Osim fizioloških potreba postoje i one za sigurnošću, samopoštovanjem i samoaktualizacijom. Jedinstvenost ljudskog bića podrazumijeva prihvaćanje pacijenta onakvog kakav on zapravo jest, sa svim svojim posebnostima. Terapijska komunikacija trebala bi biti profesionalna i usmjerena na ispunjenje bolesnikovih potreba, bez osuđivanja i kritiziranja. Bezuvjetno prihvaćanje podrazumijeva prihvaćanje pacijenta bez obzira na njegovu društvenu, vjersku ili rasnu pripadnost. Njegovo uključivanje znači pomoć u postizanju samostalnosti za rješavanje problema ili da se što bolje i spremnije suoči s novonastalom situacijom.[14]

Budući da se liječenje alkoholizma, bilo u bolničkim ili izvanbolničkim uvjetima, zasniva na načelima liječenja sadržanih u obiteljskom pristupu i klubova liječenih alkoholičara, vidljiva je uska povezanost osoba s poremećajem i medicinske sestre u zajednici. Njezina uloga osobito je važna u prevenciji, otkrivanju i pružanju pomoći pri liječenju i edukaciji bolesnih. Osnovni cilj koji se želi postići u liječenju osoba s alkoholizmom je trajna, odnosno što dulje apstinencija. Da bi medicinska sestra istinski pridonijela u postizanju toga cilja mora:

- znati da svi sudionici u liječenju (bolesnik i obitelj) moraju shvatiti da su dijelom sudjelovali u stvaranju običaja i navika pijenja
- analizirati čimbenike prisutne u obitelji koji su mogli dovesti do stvaranja alkoholizma
- omogućiti verbalizaciju mračnih osjećaja i agresije, poticati produktivnu "svađu"
- uočiti promjene u ponašanju
- imati uvid u stvarne odnose u obitelji
- poticati na apstinenciju sve članove obitelji, ustrajati na dogovorenim pravilima, dužnostima i obvezama. [2]

Medicinska sestra jedna je od najvažnijih osoba u liječenju ovisnika o alkoholu. Alkoholizam je bolest koja osim alkoholičara zahvaća i njegovu obitelj. U provođenju

obiteljske terapije vodi se briga o obiteljskom sustavu kao cjelini, a svakome članu omogućuje se sazrijevanje, rast i razvoj.[15]

Što se tiče samog pacijenta najvažnija uloga medicinske sestre je motivacija. Gotovo pa svi alkoholičari dolaze na liječenje nezainteresirani i nemotivirani, te najčešće pod pritiskom obitelji. Tu je vrlo važno naći način kako pacijentu stvoriti odgovornost i razlog za motivaciju. To se najlakše postiže kroz grupne terapije koje se provode u dnevnim bolnicama i klubovima za liječenje alkoholičara gdje se pacijent uz razgovor sa sestrom otvara i govori o svojem problemu ljudima s istim problemom kao što i on sam ima. Osim razgovora vrlo bitna je i edukacija. Medicinska sestra mora pacijenta naučiti kako nastaviti živjeti bez alkohola, što mu sve nosi liječenje i kako se postaviti i što napraviti u trenucima krize. Medicinske sestre su također poveznice između pacijenta i liječnika. One prenose liječniku pacijentovo ponašanje u određenim razdobljima liječenja kako bi znao što treba napraviti i kako nastaviti daljnje liječenje.[15]

3.1. Sestrinske dijagnoze i intervencije

Da bi se utvrdile bolesnikove potrebe za zdravstvenom njegom, medicinska sestra mora prikupiti raznovrsne podatke od strane pacijenta i obitelji. Najčešće su to podaci o bolesnikovom trenutnom stanju, ponašanju i motiviranosti za liječenjem, te potizanjem i održavanjem apstinencije. Sestra mora dobro procijeniti pacijenta kako bi mogla odabrati prikladne sestrinske dijagnoze, postaviti ciljeve i intervencije vezane uz problem.

3.1.1. Nemotiviranost za liječenje u/s alkoholnom ovisnošću

Prikupljanje podataka: procijeniti stupanj nemotiviranosti za liječenje i suradnju, procijeniti pacijentove metode suočavanja s novonastalom situacijom, saznati od pacijenta povezanost između nemotiviranosti i osobnih stavova o problemu.

Kritični čimbenici: promjena uloga, promjena okoline i rutine, izoliranost (hospitalizacija), smanjena mogućnost kontrole okoline, apstinencija.

Vodeća obilježja: osjećaj bespomoćnosti, otežana koncentracija, smanjena komunikativnost, otežano suočavanje s problemom.

Cilj: Do kraja hospitalizacije bolesnik će biti upoznat sa važnošću liječenja alkoholizma i metodama liječenja.

Intervencije:

- Stvoriti profesionalan empatijski odnos, pokazati razumijevanje njegovih osjećaja.
- Stvoriti osjećaj povjerenja i pokazati stručnost.
- Pacijenta upoznati s okolinom, aktivnostima, osobljem i ostalim pacijentima.
- Poučiti pacijenta kućnom redu i procedurama odjela.
- Koristiti razumljiv jezik pri poučavanju i informiranju pacijenta.
- Objasniti pacijentu koje posljedice alkohol donosi.
- Stvoriti pacijentu odgovornost (uređivanje vlastitog kreveta, sudjelovanje u grupi).
- Napraviti pacijentu plan dnevnih aktivnosti i poticati ga u obavljanju.
- Uključiti obitelj u liječenje.
- Kontrolirati i nadzirati uzimanje terapije.
- Stvoriti sigurnu okolinu za pacijenta (ukloniti predmete kojima bi mogao nanijeti ozljede).[16]

Evaluacija:

- Do kraja hospitalizacije bolesnik je naučio koje su posljedice i štetnosti alkohola te je motiviran za daljnje liječenje.
- Do kraja hospitalizacije bolesnik je nemotiviran za liječenje i edukaciju.[16]

3.1.2. Depresija u/s načinom života i narušenim obiteljskim odnosima

Prikupljanje podataka: procijeniti stupanj depresije pacijenta, saznati od pacijenta povezanost između depresije i činitelja koji do nje dovode, utvrditi postoje li znaci samoozljeđivanja.

Kritični čimbenici: promjena uloga, promjena okoline i rutine, osjećaj izoliranosti, nemogućnost kontrole okoline, interpresonalni konflikti, prijetanja socioekonomskom statusu.

Vodeća obilježja: alkoholizam, verbalizacija straha i napetosti, osjećaj bespomoćnosti, razdražljivost, smanjena komunikativnost, otežano suočavanje s problemima, plačljivost, sklonost ozljeđivanju.

Cilj:

Do kraja hospitalizacije pacijent neće ozlijediti sebe ili druge osobe.

Pacijent će moći prepoznati i nabrojiti znakove i čimbenike rizika depresije.

Intervencije:

- Stvoriti profesionalan empatijski odnos - pokazati pacijentu razumijevanje njegovih osjećaja.
- Stvoriti osjećaj sigurnosti, biti uz pacijenta kada je to potrebno.
- Opažati neverbalne izraze depresije, izvijestiti o njima (smanjena komunikativnost, plačljivost...).
- Pacijenta upoznati s okolinom, aktivnostima, osobljem i ostalim pacijentima.
- Potaknuti pacijenta da potraži pomoć od medicinske sestre kada osjeti depresivnost.
- Potaknuti pacijenta da izrazi svoje osjećaje, izbjegavati površnu potporu, tješjenje i žaljenje.
- Podučiti pacijenta o važnosti i pravilnom uzimanju terapije (kontrolirati i nadzirati uzimanje terapije), edukacija obitelji o terapiji.
- Stvoriti sigurnu okolinu za pacijenta (ukloniti predmete kojima bi pacijent mogao nanijeti ozljede sebi).[16]

Evaluacija:

Tijekom boravka u bolnici nije došlo do ozljeda.

Pacijent prepoznaje znakove depresije i verbalizira ih.

3.1.3. Moguće sestrinske dijagnoze

Visok rizik za recidiv u/s prijašnjim iskustvom ponovnog pijenja.

Narušena verbalna komunikacija u/s narušenim intelektualnim sposobnostima.

Smanjena mogućnost brige o sebi u obavljanju kućanskih poslova u/s nedostatkom motivacije 2° alkoholizam.

Visok rizik za pothranjenost u/s smanjenim unosom nutritivnih tvari.

4. Prevencija

Prevencija alkoholizma ponajprije se odnosi na suzbijanje pijenja alkoholnih pića. Osnovne karakteristike prevencije često se traže unutar zakonskih odredbi, ali učinkovitije bi se djelovalo kada bi prevencija bila usmjerena prema promjeni ponašanja u odnosu na upotrebu alkoholnih pića. Glavni generator pijenja u Republici Hrvatskoj jest obitelj sa svojim običajima i navikama koje se prenose generacijski te društvo s velikom tolerancijom prema pijenju i poremećaju ponašanja alkoholičara. Zato sa ciljem što učinkovitije prevencije treba djelovati na obitelj, ne samo unutar zdravstvene i socijalne službe nego i putem škole, dostupnih javnih medija, vjerskih organizacija i sportskih društava.[2]

Prevencija u suzbijanju alkoholizma otežana je iz više razloga, od činjenice da su alkoholna pića jeftina i lako dostupna, do toga da je konzumiranje alkohola vezano za mnoge običaje koje obavezno prati prisutnost alkoholnih pića. Prvi korak u borbi protiv alkoholizma je sprječavanje nastanka poremećaja vezanih uz pijenje alkoholnih pića (primarna prevencija). Ako se bolest ipak javi, važno je rano prepoznati ovisnika, dijagnosticirati alkoholizam te provesti liječenje i rehabilitaciju (sekundarna prevencija). Sam proces rehabilitacije bolesti alkoholizma je posljednja karika u lancu, ali također izrazito važna jer rezultira ponovnim uspostavljanjem zdravog života bez alkohola (tercijarna prevencija).

Problemi alkoholizma izazov su za medicinu i javno zdravstvo. Prevencija i apstinencija su vrlo važne. Rana terapija u primarnoj zaštiti je učinkovita i raspoložive su brojne interventne metode kao farmakološke i intervencije u promjeni ponašanja pri liječenju ovisnosti o alkoholu. Pri tome važnu ulogu imaju liječnici primarne zdravstvene zaštite te suradnja alkoholičara, liječnika, obitelji i terapijskih zajednica. Najvažnije je ovisnika o alkoholu motivirati za liječenje i prihvaćanje dugotrajnog postupka ozdravljenja. Sekundarna prevencija obuhvaća mjere ranog otkrivanja i liječenja ovisnika o alkoholu, što daje prognostički bolje rezultate. Tercijarna prevencija obuhvaća mjere zaustavljanja daljnjeg razvoja trajnih posljedica alkoholizma i bolesnikove onesposobljenosti, a što uključuje medicinske i socioterapijske mjere te uključivanje bolesnika zajedno s njegovom obitelji u Klubove liječenih alkoholičara. [17]

4.1. Resocijalizacija

Resocijalizacija označava mijenjanje društveno neprihvatljivih oblika ponašanja i učenje te primjenu novih, prihvatljivih oblika ponašanja. Monopol resocijalizacije vezane uz ovisnost o alkoholu drže klubovi liječenih alkoholičara. Djelovanje i utjecaj kluba na resocijalizaciju liječenog alkoholičara se ponajprije ogleda na sastancima u klubu, a nastavlja se na poslu, u susjedstvu, u zajednici. Klubovi postaju sigurna okruženja u kojem osobe ponovo preuzimaju radne zadatke, uloge koje su zanemarili tijekom dugotrajnog pijenja. Počinju se iznova osjećati važnim članovima zajednice unutar kluba, ali i izvan njega. No, uspješnoj i kvalitetnoj resocijalizaciji pridonose i izvanklubovska druženja članova kluba koja se očituju u brojnim društvenim, zabavnim, odgojnim i obrazovnim aktivnostima koje organiziraju sami članovi klubova unutar zajednice u kojoj žive. Na ta druženja redovito se pozivaju i članovi obitelji liječenih alkoholičara, prijatelji, rođaci, susjedi. U klubu se tako dobiva temelj resocijalizacije koja se onda realizira u svim područjima života osobe - u obitelji, susjedstvu, radnoj sredini, zajednici.[15]

4.2. Razvoj programa prevencije poremećaja uzrokovanih prekomjernim pijenjem alkohola u Koprivničko-križevačkoj županiji

U Koprivničko-križevačkoj županiji prepoznalo se da se prekomjernom pijenju i posljedicama prekomjernog pijenja treba pristupiti sustavno. Porast prekomjernog pijenja kod mladih kao i rastući broj nepoželjnih ponašanja vezanih uz pijenje, kako kod mladih tako i odraslih osoba, potaknuo je potrebu za razvojem suradnje svih sektora koji mogu dati svoj doprinos prevenciji. Ovakva razmišljanja temelje se na više objektivnih pokazatelja koji su na raspolaganju. Jedan od njih je „Praćenje kretanja zloupotrebe sredstava ovisnosti među mladima“ koje provodi Zavod za javno zdravstvo Koprivničko-križevačke županije, te ESPAD istraživanje (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) koje svakih nekoliko godina provodi Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Istraživanje „Praćenje kretanja zloupotrebe sredstava ovisnosti među mladima“ provodi se u prvim i završnim razredima srednje škole, a do sad je bilo provedeno 2002. i 2007. godine. [18]

Rezultati toga istraživanja su pokazali porast broja mladih koji piju „nekoliko puta tjedno“ (s 12,9% 2002. na 38,5% 2007.). Promijenjena je i kultura pijenja kod mladih te je sve

više mladih koji imaju za cilj opijanje. Tako je 2002. godine 11,6% mladih izjavilo da su se nekoliko puta mjesečno opijali, a 2007. godine 16,6%. Zadnje ESPAD istraživanje provedeno 2007., pokazalo je također, kako čak 39% učenika (15-16 god.) piju „nekoliko puta tjedno“. Alkoholizam je drugi najčešći razlog hospitalizacije na psihijatrijskom odjelu Opće bolnice u Koprivnici, a zbog ciroze jetre svake godine umire više od 50 osoba.[18]

Potreba za određenim vidom intervencije temeljila se i na potrebi iskazanoj na sjednici Vijeća za prevenciju Grada Koprivnice. Kao jedan od najvećih problema, Vijeće je iskazalo porast prekomjernog pijenja kod mladih i rastući broj nepoželjnih ponašanja vezanih uz to (tučnjave, nasilje u školi, prometne nesreće). Putem programa „Zdrave županije“ izrađena je Slika zdravlja i Strateški okvir plana za zdravlje Koprivničko-križevačke županije koji je među pet javnozdravstvenih prioriteta stavio ovisnosti i to s naglaskom na ovisnost o alkoholu.[18]

Centar za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti Zavoda za javno zdravstvo Koprivničko-križevačke županije osmislio je dva programa u vidu savjetovališta, a koji se temelje na intersektorskoj suradnji Policijske uprave Koprivnica, Centra za socijalnu skrb Koprivnica, Prekršajnog suda Koprivnica, te Općinskog državnog odvjetništva u Koprivnici. Temeljem zaključaka ove intersektorske suradnje došlo je do poticanja i razvoja novih programa u našem Centru: Savjetovalište za mlade, te Savjetovalište za odrasle s problemom prekomjernog pijenja. Dok se prvi program formirao zbog potpunog nedostatka ponude sličnog sadržaja uopće, drugi je nastao kao njezin logični slijed. Implementacija programa je započela u veljači 2009. godine.[18]

4.2.1. Provođenje intervencija u zajednici i program rada

Savjetovalište za mlade s problemom prekomjernog pijenja alkohola osmišljeno je kao savjetovališno-konzultativno-educacijska ambulanta sa ciljem prevencije zloupotrebe alkohola i štetnih posljedica prekomjernog pijenja, te ovisnosti o alkoholu. Namijenjena je mladima kod kojih je evidentiran problem prekomjernog pijenja i njihovim roditeljima. Program predstavlja mjeru prevencije i suzbijanja ovisnosti o alkoholu, a što je usklađeno sa strategijom prevencije Europske Unije (European Alcohol Action Plan-EAAP) prema kojoj prevencija mora voditi računa o tome da je alkohol tradicionalno sredstvo i može biti predmet uživanja, ovisnosti i opijanja, te prevencija treba voditi računa da potrošnja ne vodi u probleme. Program se bazira na pomoći mladima da se razvijaju u zrele i odgovorne osobe

spram upotrebe alkohola. Specifični ciljevi programa su: pomoć mladima u stjecanju uvida u vlastite postupke i štetnosti konzumiranja alkohola, smanjivanje interesa za uzimanjem alkohola, jačanje samopouzdanja i osposobljavanje za efikasnije načine rješavanja problema. Korisnici usluga i sadržaja programa Savjetovališta za mlade su mladi od 14 do 21 godine koji imaju problem prekomjernog pijenja. Program uključuje individualni i grupni rad s korisnicima. Prema protokolu savjetovališnih intervencija predviđa se 10 susreta (jednom tjedno, te jednom u dva tjedna) sa svakom mladom osobom, a svaki susret traje 30-45 minuta. Poštujući činjenicu osobnosti i različitosti svake osobe, prihvaćajući mlade osobe onakve kakve jesu, koristi se prvenstveno individualni tretman. Savjetovanjem se mladu osobu želi motivirati da se suoči s vlastitim rizičnim konzumentskim ponašanjem. Mladi ne žele direktna savjetovanja. Njihovo konzumentsko ponašanje i promjenu tog ponašanja stoga se promatra kao proces u kojem se oni moraju osvijestiti pri sagledavanju osobne konzumacije i mogućih opasnosti vezanih uz nju. U savjetovališnom radu koriste se temeljna iskustva iz različitih terapijskih koncepata s naglaskom na temeljnim principima MOVE preventivnog programa (savjetovališni rad s mladima rizičnog ponašanja) koji uključuje Rogersov pristup, te socijalno-psihološke teorije o promjeni stavova i ponašanja. Program uključuje neposredni, individualni te grupni rad koji vode liječnik, socijalni radnik i medicinska sestra. Uključivanje u Savjetovalište je za korisnike besplatno. Korisnici se u Savjetovalište javljaju samostalno, po preporuci centra za socijalnu skrb, suda, policije ili odvjetništva. Posebnost ovog programa je rad s roditeljima jer je iskustvo te dostupna zdravstvena literatura pokazala kako su roditelji važna karika u motivaciji promjene rizičnog ponašanja mladih. S roditeljima se radi individualno, te zajedno s mladima u sklopu obiteljskog savjetovališnog tretmana.[18]

Savjetovalište za odrasle s problemom prekomjernog pijenja alkohola osmišljeno je kao savjetovališno-konzultativno-educacijska ambulanta sa ciljem prevencije štetnih posljedica uzrokovanih prekomjernim pijenjem alkohola, te liječenje ovisnosti o alkoholu. Namijenjen je odraslim osobama koje su zbog prekomjernog pijenja više puta zatečene u prekršaju zbog obiteljskog nasilja ili narušavanja javnog reda i mira, i drugo. Bazira se kako na individualnom tako i na obiteljskom tipu savjetovanja. Specifični ciljevi programa su: edukacija o alkoholnoj ovisnosti, uspostavljanje apstinencije od alkohola, te zdravstvena i socijalna rehabilitacija. Korisnici programa Savjetovališta za odrasle su osobe starije od 21 godine i članovi njihovih obitelji. Predviđena duljina trajanja tretmana je najmanje tri mjeseca osim ako Sud nije propisao drukčije. S pacijentom se uglavnom radi individualno, te prema potrebi i grupno. Individualni susreti traju 30-45 minuta, a odvijaju se prema predviđenom

programu, ali i u skladu s prepoznavanjem faza promjene kod pacijenta. Pacijente se naručuje jednom tjedno u prva dva mjeseca i još svaka dva tjedna u zadnjem mjesecu tretmana (ukupno 10 individualnih susreta). Član obitelji obavezan je sudjelovati u programu. Procjenom resursa i potreba obitelji odabire se učinkovita stručnu pomoć koja je uvijek usmjerena na dobrobit cjelokupnog obiteljskog sustava. Naglasak je uvijek stavljen na prevenciju štetnih posljedica uzrokovanih prekomjernim pijenjem, dakle prevenciju nasilja u obitelji, remećenja javnog reda i mira, i drugo. Program uključuje neposredni, individualni te grupni rad koji vode liječnik, socijalni radnik i medicinska sestra. Uključivanje u Savjetovanište je za korisnike besplatno. Korisnici se u Savjetovanište javljaju samostalno, po preporuci ili obvezi suda, centra za socijalnu skrb, policije ili odvjetništva.[18]

5. Zaključak

Liječenje ovisnika o alkoholu sve kraće traje u instituciji. Provođi se postupak detoksikacije i psihofizičke stabilnosti, te se odmah upućuje u klub liječenih alkoholičara. Ovisnik o alkoholu, a i partner još uvijek nisu sposobni steći uvid u ponašanje i bolest. Primarni je imperativ apstinencija, a bit samog liječenja je uspostava ljudskog odnosa između ovisnika o alkoholu koji se liječe, zatim njega i njegove obitelji, te ovisnika i stručnog djelatnika te u prihvaćanju, povjerenju, iskrenosti i podršci.

Medicinska sestra je u procesu liječenja, rehabilitacije i reintegracije jedna od najvažnijih članova tima. Rad medicinske sestre sa oboljelim i njegovom obitelji jedan je od najzahtjevnijih sestrijskih poslova. Uloga medicinske sestre jest podrška ("support") u slučaju relapsa, zapravo mnogobrojnih ciklusa relapsa i remisija. Sestrijska skrb mora biti usmjerena na prevenciju ozljeda (depresivnost), uključivanje bolesnika u radne aktivnosti na odjelu, poticati na suradnju i razgovor, motivirati bolesnika i biti mu podrška, savjetovati bolesnika o rizičnim faktorima i poremećajima uzrokovanim alkoholom, postaviti jasne ciljeve tijekom liječenja i rehabilitacije, pomoći kod rješavanja problema u suradnji sa liječnikom (psihijatrom), povezati osobu s alkoholom uzrokovanim poremećajem sa grupama podrške kroz grupnu terapiju te uključiti obitelj u proces liječenja i rehabilitacije. Također, potrebno je ojačati suradnju s Centrom za socijalnu skrb, postojećim klubovima liječenih alkoholičara te primarnom zdravstvenom zaštitom (intervencije na razini primarne zdravstvene zaštite u najmanju ruku trebaju biti jednako efikasne u suzbijanju alkoholizma) kako bi se ovaj problem osvijestio. Osim važnosti suradnje medicinske sestre, liječnika, pacijenta i obitelji, važno je i postavljanje sestrijskih dijagnoza i problema putem kojih se stvara osjećaj povjerenja. Važno je pokazati stručnost u svom radu i time stvoriti empatijski odnos s bolesnikom i obitelji.

Pravilno tretiranje bolesnika oboljelog od alkoholizma utječe na tijek liječenja te skraćuje liječenje i boravak u bolnici, posebice kod pravilnog tretiranja depresije kao jednog od problema u liječenju alkoholizma. To treba biti na prvom mjestu u interesu pacijenta, a i cijelog zdravstvenog tima. Nažalost, većina u timu još nije svjesna te višestruke važnosti. Takvim radom trebalo bi se nastojati osvijestiti prije svega medicinske sestre te ih potaknuti na razmišljanje kod provođenja svih postupaka vezanih uz pacijenta.

U Varaždinu:

Potpis studenta:

28.2.2017.

Tot Šimun

6. Literatura

- [1] <http://www.hskla.hr/index.html> (Dostupno: 10.11.2016.)
- [2] B. Sedić: Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Priručnik za studij sestrinstva, Zdravstveno veleučilište Zagreb, 2006
- [3] V. Gnjata: Čovjek u raljama ovisnosti, Liber, Rijeka, 2009.
- [4] P. Filaković i sur.: Psihijatrija, Medicinski fakultet Osijek, Osijek, 2014. (263-275)
- [5] R. Torre: Alkoholizam: Prijetnja i oporavak, Profil knjiga, Zagreb 2015.
- [6] R. Torre: Propadanje alkoholičara, Hrvatski Savez Klubova liječenih alkoholičara, Zagreb, 2006.
- [7] <http://www.cybermed.hr/clanci/alkoholizam>, (Dostupno: 21.11.2016.)
- [8] D. Drobec: Samo recite "NE", Alkoholološki glasnik, Zajednica Klubova liječenih alkoholičara Zagreb, 9/2006, (135) str. 3-5
- [9] V. Hudolin: Alkoholološki priručnik, Medicinska naklada, Zagreb, 1991. (str. 134)
- [10] V. Hudolin: Alkoholizam – Stil života alkoholičara, Školska knjiga, Zagreb 1991.
- [11] A. Bagarić, M. Goreta. Psihijatrijsko vještačenje ovisnika o drogama i kockanju. Medicinska naklada, Klinika za psihijatriju Vrapče, Zagreb 2012.
- [12] V. Thaller: Alkoholologija, CSCAA, Zagreb 2002.
- [13] M. Janžek, V. Golik - Gruber: Alkoholizam i socijalni rad; Gotovi zbornik alkoholizma, Udruga za rad s ovisnicima o alkoholu "Kreni", Zagreb. <http://husr.hr/web/> (Dostupno: 1.12.2016.)
- [14] <http://sestrinstvo.kbcsm.hr/zdravstvena-njega-ovisnika-o-opijatima-u-apstinencijskoj-krizi/> (Dostupno: 20.01.2017.)
- [15] <http://www.hskla.hr/ZBORNIK%20knjiga/05%20LIJECENJE%20ALKOHOLIZMA/0513%20ULOGA%20MEDICINSKE%20SESTRE%20U%20DNEVNOJ%20BOLNICI.htm> (Dostupno: 1.12.2016.)

[16] S. Šepec i sur. : Sestrinske dijagnoze, HKMS, Zagreb 2011.

[17] Hudolin V. Klubovi liječenih alkoholičara. Zagreb: Školska knjiga; 1990.

[18] <http://www.hcjz.hr/index.php/hcjz/article/viewFile/306/312> (Dostupno: 1.12.2016.)

IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, ŠIMUN TOT (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom SESTRINSKA SKRB ZA PACIJENTE OBOLELE OD ALKOHOLIZMA (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:

(upisati ime i prezime)

Tot Šimun

(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, ŠIMUN TOT (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom SESTRINSKA SKRB ZA PACIJENTE OBOLELE OD ALKOHOLIZMA (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:

(upisati ime i prezime)

Tot Šimun

(vlastoručni potpis)