

Zdravstvena njega ovisnika o alkoholu

Štefić, Nikola

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Technical College in Bjelovar / Visoka tehnička škola u Bjelovaru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:978302>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-23**



Repository / Repozitorij:

[Repository of Bjelovar University of Applied Sciences - Institutional Repository](#)



VISOKA TEHNIČKA ŠKOLA U BJELOVARU
STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

ZDRAVSTVENA NJEGA OVISNIKA O ALKOHOLU

Završni rad br. 20/SES/2017

Nikola Štefić

Bjelovar, srpanj 2017.



Visoka tehnička škola u Bjelovaru

Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Štefić Nikola**

Datum: 20.03.2017.

Matični broj:000726

JMBAG: 0314007288

Kolegij: **ZDRAVSTVENA NJEGA PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA 2**

Naslov rada (tema): **Zdravstvena njega ovisnika o alkoholu**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo** Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **Tamara Salaj, dipl.med.techn.**

zvanje: **predavač**

Članovi Povjerenstva za završni rad:

1. **Goranka Rafaj, mag.med.techn., predsjednik**
2. **Tamara Salaj, dipl.med.techn., mentor**
3. **Đurđica Grabovac, dipl.med.techn., član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 20/SES/2017

Student će u radu opisati etiologiju, epidemiologiju, faze razvoja alkoholizma i posljedice alkoholizma. U radu će biti objašnjena specifičnost liječenja alkoholizma sa naglaskom na proces zdravstvene njege i ulogu medicinske sestre u provedbi istog.

Zadatak uručen: 20.03.2017.

Mentor: **Tamara Salaj, dipl.med.techn.**



ZAHVALA

Zahvaljujem svim profesorima i predavačima Stručnog studija sestrinstva Visoke tehničke škole Bjelovar na prenesenom znanju, posebno svojoj mentorici Tamari Salaj, dipl. med. techn. na stručnoj pomoći tijekom izrade ovog rada.

Sadržaj

1. UVOD.....	1
1.1. Simptomi alkoholizma.....	2
1.2. Epidemiologija.....	3
1.3. Etiologija.....	3
1.4. Faze razvoja alkoholizma.....	4
1.5. Kliničke slike alkoholizma.....	5
1.6. Posljedice alkoholizma.....	6
1.6.1. Tjelesna oštećenja ovisnika o alkoholu.....	6
1.6.2. Psihički poremećaji ovisnika o alkoholu.....	7
1.7. Liječenje alkoholizma.....	9
1.7.1. Farmakoterapija.....	10
1.7.2. Psihoterapija.....	11
1.8. Klubovi liječenih alkoholičara.....	13
1.9. Recidiv.....	14
2. CILJ RADA.....	15
3. METODE RADA.....	16
4. REZULTATI.....	17
4.1. Zdravstvena njega ovisnika o alkoholu.....	17
4.2. Moguće sestrinske dijagnoze, ciljevi i intervencije ovisnika o alkoholu.....	19
5. RASPRAVA.....	24
6. ZAKLJUČAK.....	25
7. LITERATURA.....	26
8. SAŽETAK.....	29
9. SUMMARY.....	30

1. UVOD

Alkoholizam je kronična i recidivirajuća bolest koja nastaje zbog dugotrajnog i prekomjernog unosa alkoholnih pića. On predstavlja velik javnozdravstveni problem, koji dovodi do brojnih zdravstvenih, socijalnih, radnih i obiteljskih problema (1, 2).

Svjetska zdravstvena organizacija definirala je alkoholizam na sljedeći način: „Alkoholizam je bolest, a alkoholičar je bolesnik kod koga se zbog prekomjerne i dugotrajne uporabe alkoholnih pića pojavljuje fizička i psihička ovisnost, zdravstveni problemi, obiteljski i društveni poremećaji“ (3).

Poremećaji nastali zluporabom alkohola danas su treći po redu javnozdravstveni problem, iza bolesti kardiovaskularnog sustava i malignih tumora. Konzumiranje alkoholnih pića u mnogim je sociokulturnim sredinama prihvaćeno i uobičajeno ponašanje. Problemi povezani s prekomjernim pijenjem alkoholnih pića prisutni su u svim socioekonomskim klasama (4). Tijekom povijesti formirana su različita stajališta u odnosu na upotrebu alkoholnih pića, od liberalnog stajališta, preko osude pijanstva, do potpune zabrane proizvodnje, trgovine i potrošnje alkohola (5). Alkohol je najstarija te nakon kofeina i nikotina najčešće upotrebljavana psihoaktivna tvar. Djelovanje je alkohola na središnji živčani sustav dvojako, što znači da je početno djelovanje alkohola stimulirajuće, anksiolitičko i blaže euforično, a poslije nastupa depresivni učinak. Zbog stimulirajućeg učinka pijenje je alkohola vrlo rašireno (6).

Alkohol je sredstvo ovisnosti koje uzrokuje najviše nasilja; 75 – 80 posto svih prijavljenih kaznenih djela nasilja povezano je s alkoholom. Također, u alkoholiziranom stanju česte su ozljede pri nesretnim slučajevima (5). Alkoholizam skraćuje očekivani životni vijek u prosjeku za 10 do 20 godina (7).

U liječenju ovisnosti o alkoholu koriste se farmakoterapijski, psihoterapijski i socioterapijski postupci te kompleksni socijalno-psihijatrijski postupci koji obuhvaćaju individualnu i grupnu psihoterapiju, farmakoterapiju, terapijsku zajednicu, obiteljski pristup liječenju i klubove liječenih alkoholičara (8).

1.1. Simptomi alkoholizma

Alkoholizam kao kroničnu i recidivirajuću bolest opisuju sljedeći simptomi:

- žudnja, odnosno snažna želja ili hitna potreba za pijenjem alkohola
- gubitak kontrole, odnosno nemogućnost prestanka pijenja kad se s njime započelo
- razvoj fizičke ovisnosti za koju je karakteristično pojačano znojenje, tremor, tjeskoba, mučnina, povraćanje i drugi poremećaji koji se javljaju nakon prestanka pijenja
- razvoj tolerancije, odnosno potreba za pijenjem sve većih količina alkohola kako bi se postigao odgovarajući učinak u tijelu koji se prije postizao unosom manjih količina alkohola
- zanemarivanje obitelji, radnih i drugih obveza i interesa
- nastavak pijenja alkohola unatoč spoznaji o njegovoj štetnosti (1).

1.2. Epidemiologija

U svijetu se godišnje konzumira 6,13 litara čistog alkohola po glavi stanovnika, a od toga je 1,76 litara neregistrirana potrošnja. Hrvatska je s 15,6 litara potrošnje alkohola po glavi stanovnika na osmom mjestu od 48 europskih zemalja, od čega je 12,6 litara legalna, a 2,5 litara neregistrirana potrošnja (9). Primarni su apstinenti osobe koje nikada nisu okusile alkoholno piće i takvih je svega 2 do 8 %, za razliku od apstinenata koji su to postali liječenjem ovisnosti o alkoholu (5). Broj oboljelih ovisnika o alkoholu u Republici Hrvatskoj premašio je broj od 300 000. Dobna granica ovisnosti ima znatnu tendenciju spuštanja. Istraživanja pokazuju da se prva pijanstva kod dječaka bilježe u starosnoj dobi od 12 godina, a kod djevojčica od 13. godine (10, 11). Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo najčešći uzroci hospitalizacija zbog mentalnih poremećaja u 2013. godini bili su mentalni poremećaji uzrokovani alkoholom, 19,2 % (12).

1.3. Etiologija

U nastanku ovisnosti o alkoholu bitnu ulogu imaju biološki, psihološki i socijalni aspekti pojedinca te dostupnost alkoholnih pića (4). Biološke teorije nastoje ovisnost o alkoholu opisati kao genetički uvjetovani poremećaj, budući da bliži članovi obitelji alkoholičara imaju tri do pet puta veći rizik za nastanak alkoholizma. Psihološke teorije težište problema stavljaju na oralnu fiksaciju što kasnije rezultira infantilizmom, narcisoidnošću i pasivnošću. Sociološke teorije nastoje objasniti da je utjecaj okoline na biološku i psihološku strukturu pojedinca vrlo važan, počevši od modela zajednice u kojem ljudi žive, pa sve do profesije i problema u obitelji (13).

Predisponirajući faktori za razvoj alkoholizma jesu prigodno pijenje, alkoholizam roditelja i negativno socijalno učenje, bračni problemi, stres, mentalne bolesti, seksualni problemi, konstitucija i hereditarni faktori (7).

1.4. Faze razvoja alkoholizma

Prva faza razvoja alkoholne bolesti zove se društvena potrošnja, a označava privikavanje pojedinca na alkohol. Postupno raste tolerancija prema alkoholu koja je različita u svakog pojedinca. Javlja se potreba za pijenjem sve većih količina alkohola kako bi se osjetio isti učinak u organizmu, koji se prije postizao pijenjem manjih količina alkohola. Počinju se javljati problemi uzrokovani prekomjernim pijenjem, obiteljska, radna i socijalna disfunkcionalnost. U ovoj fazi bolesnik može kontrolirati kvantitetu unosa alkohola i prekid pijenja može se postići bez znatnih posljedica (14).

Druga je faza faza alkoholizma, a označava razvoj psihičke i fizičke ovisnosti o alkoholu. U ovoj fazi bolesnik mora piti svakodnevno da bi mogao funkcionirati jer pri padu koncentracije alkohola u krvi osjeća apstinencijske tegobe, kao što su nemir, nesigurnost, žudnja za pijenjem, tremor, znojenje, nesаница, mučnina i povraćanje (14).

U trećoj fazi koja se zove faza nepovratnih oštećenja smanjuje se tolerancija prema alkoholu, a unosom manjih količina alkohola u odnosu na početak konzumiranja dolazi do teških i nepovratnih tjelesnih oštećenja (14).

1.5. Kliničke slike alkoholizma

Psihijatar Elvin Morton Jellinek u svom radu opisao je kliničke slike alkoholizma te ih je označio slovima grčkog alfabeta (15).

Alfa alkoholizam odnosi se na psihičku ovisnost. Kod alfa skupine alkoholičara alkohol služi za otklanjanje psihičkih i fizičkih poteškoća. Javljaju se teškoće na razini poremećenih međuljudskih odnosa, a tijekom vremena mogu prijeći u teže oblike alkoholizma (15).

Beta alkoholizam predstavlja prisutnost tjelesnih oštećenja, u obliku polineuropatije, gastritisa i ciroze jetara, bez fizičke i psihičke ovisnosti. Ova skupina alkoholičara umire u mladoj životnoj dobi. Prisutna je obiteljska, radna i socijalna disfunkcionalnost, ali se ne javljaju smetnje apstinencijskog sindroma (15).

Gama alkoholizam pripada težem obliku alkoholizma. Kod ovih bolesnika dolazi do razvoja fizičke i psihičke ovisnosti uz mogućnost apstinencije (15).

Delta alkoholizam odnosi se na fizičku i psihičku ovisnost o alkoholu. Kod ove skupine alkoholičara, u slučaju naglog prestanka konzumiranja alkoholnih pića, razvija se apstinencijski sindrom. Kod delta skupine alkoholičara javlja se nemogućnost apstiniranja (15).

Epsilon alkoholizam predstavlja periodični alkoholizam u kojem bolesnik povremeno, u kraćim ili dužim vremenskim razmacima, dobiva neodoljivu želju za konzumacijom alkoholnih pića (15).

Vladimir Hudolin, po uzoru na Jellineka, opisao je i zeta alkoholizam. Kod zeta skupine alkoholičara, nakon određenog vremena, poslije unosa većih i manjih količina alkohola, javljaju se teške promjene u ponašanju uz agresiju i krvne delikte (16).

1.6. Posljedice alkoholizma

1.6.1. Tjelesna oštećenja ovisnika o alkoholu

Bolest jetre jedna je od najčešćih tjelesnih komplikacija prouzročenih alkoholizmom. Procjenjuje se da će se u 15 – 30 % kroničnih alkoholičara razviti teška jetrena bolest. Masna jetra prouzročena alkoholom reverzibilno je stanje, a može napredovati u alkoholni hepatitis i u konačnici do ciroze jetre, odnosno zatajenja jetrene funkcije. Rizik za oštećenje jetrene funkcije povezan je s prosječnom svakodnevnom potrošnjom alkohola i trajanjem alkoholizma. Smatra se da su žene osjetljivije na hepatotoksični učinak alkohola od muškaraca. Kronično konzumiranje alkohola može biti uzrok kroničnog pankreatitisa i gastritisa. Alkohol oštećuje tanko crijevo što dovodi do proljeva, gubitka težine i nedostatka vitamina (17).

Generalizirano i simetrično oštećenje perifernih živaca najčešći je neurološki poremećaj kroničnog alkoholizma. Drugi su neurološki poremećaji alkoholizma demencija i demijelinizirajuće bolesti. Wernicke-Korsakoffljev sindrom prouzročen je deficitom tiamina, a obilježavaju ga paraliza vanjskih očnih mišića, ataksija i konfuzno stanje koje može napredovati do kome i smrti. Također, alkohol može smanjiti oštrinu vida; mogu uslijediti bezbolna oštećenja vida, a te su promjene obično bilateralne i simetrične te mogu biti popraćene degeneracijom oćnog živca (17).

Teško i dugotrajno konzumiranje alkohola povezano je s razvojem kardiomiopatije, aritmije i hipertenzije. Anemija vezana uz manjak folne kiseline najčešći je hematološki poremećaj kod kroničnih alkoholičara. Anemija zbog manjka željeza može nastati kao posljedica krvarenja iz gastrointestinalnog sustava (17).

Kronična konzumacija alkohola povećava rizik od karcinoma usta, ždrijela, grkljana, jednjaka i jetara. Kod žena kronična konzumacija alkohola može povećati rizik od raka dojke (17).

Pelagra je najčešća dermatoza koja se javlja kod ovisnika o alkoholu, nastaje zbog manjka vitamina B skupine. Glavni su simptomi pelagre promjene na koži, proljev i psihićke smetnje (16).

1.6.2. Psihički poremećaji ovisnika o alkoholu

Psihički poremećaji kod ovisnika o alkoholu posljedica su štetnog djelovanja alkohola na središnji živčani sustav. Jednokratno pijenje alkohola uzrokuje akutnu intoksikaciju. Dugotrajno i prekomjerno pijenje uzrokuje ovisnost o alkoholu, depresiju, anksioznost, nesanicu, psihotične poremećaje i amnestički sindrom, dok smanjenje količine ili prestanak uzimanja alkohola u alkoholičara uzrokuje apstinencijski sindrom i delirium tremens (18).

Akutna intoksikacija alkoholom nastaje nakon jednokratne konzumacije alkohola, što dovodi do poremećaja razine svijesti, percepcije, afekta, kognitivnih i emocionalnih sposobnosti i ponašanja. Češća je u osoba sklonih neumjerenom i prekomjernom pijenju alkohola. Za akutnu intoksikaciju karakteristično je i disfunkcionalno ponašanje koje se očituje s najmanje jednim od navedenih simptoma: otkačenost, agresivnost, labilno raspoloženje i slabije prosuđivanje. Patološku intoksikaciju alkoholom uzrokuje količina alkohola koja u većine ljudi ne bi uzrokovala intoksikaciju; intoksikacija je nagla, obično nastaje nekoliko minuta nakon uzimanja alkohola. Takva osoba opisana je kao konfuzna, dezorijentirana, s prolaznim sumanutostima, iluzijama i vidnim halucinacijama (18).

Štetna uporaba alkohola neumjerenom je pijenje alkohola koje uzrokuje oštećenje tjelesnog i psihičkog zdravlja. Takvo se pijenje ponavlja tijekom 12 mjeseci ili traje najmanje mjesec dana. Neumjerenom pijenje alkohola koje se ponavlja tijekom 12 mjeseci ili traje najmanje mjesec dana dovodi do iscrpljenosti, neispunjavanja uloga i obveza u školi, na poslu ili u obitelji, te do rizičnih situacija kao što je vožnja automobilom pod utjecajem alkohola i ponavljanja zakonskih prekršaja u vezi s uzimanjem alkohola (18).

Sindrom ovisnosti o alkoholu primjer je prisilne uporabe alkohola definiran s tri ili više većih poremećaja ponašanja, psihičkih i fizičkih poremećaja u vezi s pijenjem alkohola, koji se ponavljaju tijekom 12 mjeseci. Ovisnost o alkoholu obilježena je snažnom željom da se uzme alkohol, povišenom tolerancijom prema alkoholu, apstinencijskim sindromom nakon smanjenja količine ili prestanka pijenja alkohola, nastavkom pijenja alkohola usprkos negativnim fizičkim i psihičkim posljedicama (18).

Alkoholni apstinencijski sindrom javlja se nakon smanjenja ili prekida dugotrajnog i kontinuiranog prekomjernog pijenja alkohola. Simptomi su alkoholnog apstinencijskog sindroma: autonomna hiperaktivnost, tremor ruku, nesanica, anksioznost, mučnina, povraćanje, prolazne iluzije ili halucinacije, epileptički napadaji i psihomotorni nemir (18).

Delirium tremens akutni je organski psihotični poremećaj koji se javlja kod alkoholičara lošeg zdravstvenog stanja, koji dugotrajno piju velike količine alkohola, kad prestanu piti ili kad smanje pijenje. Tipični su simptomi delirija suženje svijesti, dezorijentiranost, psihomotorni nemir, autonomna hiperaktivnost, anksioznost, nesanica, tremor, halucinacije i paranoidne ideje (18).

Psihotički su poremećaji prouzročeni alkoholom halucinoza, ljubomora i paranoidna psihoza. Alkoholna halucinoza sindrom je koji može trajati od nekoliko sati pa do nekoliko dana ili tjedana, a obilježena je halucinacijama pretežno slušne naravi. Patološka ljubomora javlja se češće kod muškaraca u kasnijim fazama alkoholizma, pri čemu partner postaje izrazito agresivan prema svojoj partnerici (18).

Amnestički sindrom – Korsakovljeva psihoza kronično je stanje nastalo zbog deficita tiamina koje se razvija kod osoba koje su dugi niz godina prekomjerno i konstantno konzumirale alkohol. Simptomi su Korsakovljeve psihoze smetenost, dezorijentiranost, polineuropatija, konfabulacije, retrogradna i anterogradna amnezija (18).

1.7. Liječenje alkoholizma

Liječenje ovisnika o alkoholu može biti bolničko i izvanbolničko. U liječenju se koriste farmakoterapijski, psihoterapijski i socioterapijski postupci te kompleksni socijalno-psihijatrijski postupci koji obuhvaćaju individualnu i grupnu psihoterapiju, farmakoterapiju, terapijsku zajednicu, obiteljski pristup liječenju i klubove liječenih alkoholičara (8).

Bolničko liječenje ovisnika o alkoholu može biti indicirano kod akutne alkoholne intoksikacije, tjelesnih i psihičkih komplikacija alkoholizma, te kod agresivnog ponašanja alkoholičara, kada svojim ponašanjem ugrožava sebe i druge. Bolničko liječenje alkoholizma treba trajati što kraće te, čim je to moguće, bolesnika i njegovu obitelj treba uključiti u izvanbolnički tretman ovisnosti o alkoholu (16).

Liječenje alkoholizma, bilo u bolničkim ili izvanbolničkim uvjetima, temelji se na obiteljskom pristupu i klubovima liječenih alkoholičara. Cilj liječenja ovisnika o alkoholu postizanje je trajne odnosno što dulje apstinencije (5).

1.7.1. Farmakoterapija

Cilj farmakoterapije u liječenju ovisnosti o alkoholu aktivnije je uključivanje pacijenta u proces liječenja i otklanjanje niza sekundarnih simptoma koji su nastali zbog dugotrajnog i prekomjernog pijenja alkohola (19).

U početnoj fazi liječenja provodi se detoksikacija, čiji je cilj uklanjanje ili ublažavanje toksičnog djelovanja alkohola. Tijekom detoksikacije bolesniku se parenteralno daju vitamini B skupine (tiamin i piridoksin), C vitamin, preparati za zaštitu jetre i 37 % glukoza (19).

U liječenju alkoholnog apstinencijskog sindroma koriste se psihofarmaci benzodiazepinske skupine (19).

U liječenju ovisnosti o alkoholu koriste se i antidepresivi s obzirom na čestu pojavu depresivnih epizoda kod ovisnika o alkoholu (19).

Disulfiram je sredstvo koje izaziva kemijsku internaciju. Ako osoba koja uzima disulfiram popije i vrlo malu količinu alkohola, nastaje izrazito neugodna reakcija koja se očituje jakim uzbuđenjem i rumenilom, osjećajem vrućine u licu, pulzacijama u glavi i zatiljku, tahikardijom, hiperventilacijom, dispnejom, hipotenzijom, znojenjem, uznemirenošću i smetenošću (18).

Disulfiram se ne smije dati bolesniku bez njegova znanja zbog čega medicinska sestra treba educirati bolesnika o uzimanju disulfirama, te o njegovim neugodnim i opasnim reakcijama u doticaju s alkoholom (20).

1.7.2. Psihoterapija

Psihoterapijske su metode u liječenju alkoholizma individualna, grupna i obiteljska psihoterapija u okviru terapijske zajednice. Terapijska zajednica ima važnu ulogu u liječenju ovisnosti o alkoholu. Ona omogućuje zaštitu bolesnikove osobnosti, maksimalno aktiviranje bolesnika u terapijskom postupku te preuzimanje odgovornosti za svoje ponašanje i uspješnost liječenja. Temelj rada terapijske zajednice omogućavanje je promjene ponašanja bolesnika putem socijalnog učenja (8).

Individualna psihoterapija primjenjiva je u početnoj fazi liječenja ovisnosti o alkoholu, prije svega u rješavanju emocionalnih kriza i otpora prema potrebi liječenja. U individualnom pristupu odnos između terapeuta i bolesnika ne donosi mnogo socijalnih elemenata koji su važni u psihoterapiji alkoholizma. Također, postoji opasnost moraliziranja i terapeuta i bolesnika, te stvaranja samozadovoljstva i terapeuta i bolesnika što u konačnici dovodi do ponovnog pijenja (21).

Danas se u kompleksnom procesu liječenja preferira grupna psihoterapija. U grupi bolesniku se pruža mogućnost da vidi sebe u očima drugih ljudi, te da lakše i kritičnije prihvati svoj problem. Kroz grupu bolesnik objektivnije sagledava odnose s drugim ljudima, osjeća se kao dio socijalnog sistema, a ne kao marginalna osoba koja je zbog bolesti odbačena od sredine. Bolesnik se identificira s drugim članovima grupe, što mu omogućuje bolji uvid u svoju osobnost i probleme koji su nastali tijekom alkoholizma. Također, identifikacija pruža uzajamnu podršku članovima grupe, te je zbog toga suportivni potencijal u grupi veći. U grupnoj terapiji bolesnik se osjeća sigurnijim te svoju anksioznost, nelagodu i nesigurnost puno lakše i brže rješava unutar grupe. Također, u grupi bolesnik je u stalnoj konfrontaciji s realnošću te se tako jača i njegova motivacija za bolji i zdraviji način života. Cilj grupne psihoterapije nije da se ličnost bolesnika promijeni, nego liječenjem postići uvjete koji će dovesti do promjene ponašanja, novog načina komunikacije i boljih emocionalnih odnosa (21).

Smatra se da alkoholizam nije problem pojedinca već cijele obitelji. Zbog toga obiteljska terapija ima značajno mjesto u liječenju ovisnosti o alkoholu. Cilj obiteljske terapije jačanje je kapaciteta svakog člana, poboljšanje komunikacijskih kapaciteta i rekonstruiranje obiteljskog sustava. Vrste su obiteljske terapije bračna terapija, višestruko udarno liječenje i višeobiteljska grupna terapija. Bračna terapija odnosi se na rad s bračnim partnerima, pri čemu se radi na poboljšanju međuljudskih odnosa.

Višestruko udarno liječenje uključuje rad s pojedinim članom obitelji ili s pojedinim kombinacijama članova obitelji, ali uvijek sa stajališta cjelokupne obitelji. Višeobiteljska grupna terapija oblik je obiteljske terapije koji se provodi s većim brojem obitelji istodobno. Ona omogućava članovima obitelji uvid u probleme koji ih pritišću, pruža pomoć pri rješavanju individualnih i obiteljskih poremećaja, educira članove obitelji o potrebi promjena odnosa unutar obitelji, motivira obitelj u stvaranju novog, uspješnijeg i kvalitetnijeg funkcioniranja (21).

1.8. Klubovi liječenih alkoholičara

Klubovi liječenih alkoholičara višeobiteljske su zajednice utemeljene na načelu samopomoći i uzajamne pomoći. Rad u njima temelji se na načelu grupne terapije, uz ulogu stručnog djelatnika, te obiteljskom pristupu. Organizirani su kao neprofitna udruga građana koju čine osobe koje se nastavljaju liječiti od alkoholizma nakon bolničkog liječenja, osobe koje nisu bile na bolničkom liječenju, a imaju probleme uzrokovane alkoholizmom, članovi obitelji koje mogu činiti supruga, suprug, djeca, roditelji ili prijatelji te stručni djelatnici kao što su liječnik, medicinska sestra ili socijalni radnik (22).

U Hrvatskoj prvi klubovi liječenih alkoholičara osnovani su 1964. godine na inicijativu profesora Vladimira Hudolina. Njegova je ideja bila da pristup liječenju alkoholičara bude orijentiran na obiteljske odnose te da oporavak bolesnika prati oporavak cijele obitelji, pri čemu članovi obitelji postaju aktivni članovi kluba radeći na osobnoj promjeni, a zajednički s bolesnikom osiguravaju prilagodbu svoje obiteljske sredine na drukčiji obiteljski stil (23).

Ciljevi u radu kluba liječenih alkoholičara jesu uspostavljanje i održavanje apstinencije od alkohola, uključivanje obitelji u rad kluba, poboljšanje komunikacije apstinencijom s članovima njihovih obitelji, uspostavljanje boljih odnosa u radnom i najužem okruženju, osiguranje minimalnih broja recidiva, zadovoljstvo samim sobom, senzibilizacija zajednice za problem alkoholne ovisnosti (24).

Klubovi liječenih alkoholičara imaju važnu ulogu u rehabilitaciji i resocijalizaciji ovisnika o alkoholu. Rehabilitacija, osim što označava oporavak i povratak na prijašnje zdravstveno stanje, odnosi se i na oporavak psiholoških, socijalnih, moralnih i duhovnih dimenzija ljudskog funkcioniranja. Zato je važna apstinencija od alkohola kao pretpostavka svih daljnjih promjena. Resocijalizacija znači potpuno uključivanje bolesnika u društvene odnose te sposobnost da zadobije i izvršava svoju ulogu. Glavni je naglasak na obiteljskim odnosima, iako su za kvalitetno funkcioniranje bitni i radni odnosi te odnosi sa širom okolinom u kojoj članovi pronalaze izvor podrške i zadovoljavaju socijalne potrebe (25). Resocijalizacija obitelji uključuje rad na sebi, uspostavljanje kvalitetne komunikacije i odnosa među članovima obitelji, obogaćivanje obiteljskog života kulturnim sadržajima, stvaranje novog, kvalitetnijeg kruga prijatelja, osmišljavanje slobodnog vremena, poticanje bavljenja sportskim aktivnostima i hobijima (26, 27).

1.9. Recidiv

Recidiv je ponovna pojava bolesti kod ovisnika o alkoholu nakon kraće ili duže apstinencije (28). Često se javlja kod bolesnika koji pokušavaju piti umjereno ili kontrolirano (18).

U liječenju ovisnika o alkoholu sklonost recidivu najteži je terapijski problem. Pojava recidiva često može izazvati ljutnju kod osoba s kojima je bolesnik u nekoj vrsti odnosa, kao što su obitelj, prijatelji, poslodavac, članovi kluba liječenih alkoholičara i terapeut. Zbog toga je važno da zdravstveni radnik prepozna i kontrolira ljutnju prema bolesniku koji je recidivirao, a u tome će mu pomoći stalna edukacija i rad na sebi (28).

Bolesniku treba objasniti da nije dovoljno samo prestati piti, već je potrebno promijeniti životni stil. Najveći broj recidivista dolazi iz skupine ovisnika o alkoholu koji misle da je samo dovoljno prestati piti, a ne žele promijeniti životni stil koji je doveo do pojave i razvoja alkoholne bolesti. Promjena životnog stila zahtijeva stalni rad na sebi i ne događa se preko noći; rehabilitacija i resocijalizacija u klubovima liječenih alkoholičara traje najmanje pet godina. Također, bolesniku je potrebno objasniti da će uspostavljanjem i održavanjem apstinencije poboljšati kvalitetu života (28).

Najbolja prevencija recidiva stvaranje je povjerenja, otvorenosti, međusobnoga zbližavanja i dijaloga s bolesnikom o onim problemima koji ga muče. Kod bolesnika i njegove obitelji recidiv izaziva duboku krizu, no ako se na nju pravilno reagira, ona će s vremenom dovesti do rasta i dozrijevanja (28).

2. CILJ RADA

Cilj rada prikazati je ulogu medicinske sestre u liječenju ovisnika o alkoholu, zdravstvenu njegu ovisnika o alkoholu, te moguće sestrinske dijagnoze, ciljeve i intervencije kod ovisnika o alkoholu.

3. METODE RADA

Za potrebe izrade završnog rada korišteni su podatci dobiveni uvidom u recentnu, stručnu i znanstvenu, domaću i stranu literaturu iz područja alkoholizma i zdravstvene njege.

4. REZULTATI

4.1. Zdravstvena njega ovisnika o alkoholu

Problemi iz zdravstvene njege ovisnika o alkoholu s kojima se medicinska sestra često susreće jesu nemotiviranost za liječenje, depresivnost, agresivno ponašanje, mogućnost nastanka tjelesnih oštećenja i psihičkih poremećaja, nesanica, nepravilna prehrana, smanjena mogućnost brige o sebi, smanjeno podnošenje napora, mogućnost nastanka socijalnih problema, odbijanje liječenja, apstinencijske smetnje i povremeno pojavljivanje recidiva (5, 20, 32, 33, 34).

Medicinska sestra, kod dolaska bolesnika u bolnicu, treba obratiti pažnju na fizičko stanje bolesnika, uhranjenost, strah, nemir, znojenje i halucinacije. Akutno opijene osobe mogu biti razdražljive, agresivne, depresivne, vesele i raspjevane. Simptomi od strane središnjeg živčanog sustava izraženiji su što je koncentracija alkohola u krvi veća. Zbog toga je važno saznati koncentraciju alkohola u krvi. Uzorak krvi za tu pretragu uzima se tako da se mjesto uboda dezinficira, a epruveta s krvlju odmah začepi. Bolesnika treba smjestiti u krevet, dati ordiniranu terapiju i pratiti njegovo stanje zbog opasnosti od razvoja delirium tremensa. Delirantni je bolesnik nemiran, dezorijentiran i inkontinentan, zbog čega medicinska sestra treba voditi brigu o njegovoj osobnoj higijeni, prehrani, nadoknadi tekućine i vitalnim funkcijama. Kod ovisnika o alkoholu česta su oštećenja sluznice želuca i jetre, pa medicinska sestra treba obratiti pažnju na prehranu bolesnika (29).

Bolesnici koji su hospitalizirani u delirantnom ili akutnom pijanom stanju mogu nakon poboljšanja stanja verbalizirati nemotiviranost za liječenje. Medicinska sestra terapijskom edukacijom kod bolesnika treba potaknuti potrebu za liječenjem, osiguravajući mu potporu obitelji i educirajući bolesnika o alkoholizmu (20).

Medicinska sestra ima važnu ulogu u resocijalizaciji ovisnika o alkoholu. Resocijalizacija znači potpuno uključivanje bolesnika u društvene odnose te sposobnost da zadobije i izvršava svoju ulogu. Glavni je naglasak na obiteljskim odnosima, iako su za kvalitetno funkcioniranje bitni i radni odnosi te odnosi sa širom okolinom u kojoj članovi pronalaze izvor podrške i zadovoljavaju socijalne potrebe (25). Resocijalizacija ovisnika o alkoholu i njegove obitelji odvija se kroz terapijsku zajednicu, edukaciju bolesnika o alkoholizmu, grupno-terapijski rad, obiteljsku terapiju i klubove liječenih alkoholičara (30).

Uloga medicinske sestre u terapijskoj zajednici može se promatrati s autoritativnog, socijalnog i terapijskog aspekta. U terapijskoj zajednici medicinska sestra treba djelovati u smislu ohrabrivanja i podupiranja bolesnika (31).

Medicinska sestra educira bolesnika o uzrocima i razvoju alkoholne bolesti, posljedicama alkoholne ovisnosti, promjenama ponašanja u alkoholizmu, mogućnostima liječenja, klubovima liječenih alkoholičara, značenju samopomoći i uzajamnoj pomoći u liječenju alkoholizma. Cilj je edukacije pružiti bolesniku znanstvena i stručna saznanja o alkoholizmu, kako bi on racionalno i emocionalno prihvatio alkoholizam kao bolest te u daljnjoj fazi liječenja uspješnije pomogao sebi i drugima (21).

Također, potrebno je stvoriti preduvjete za promjenu znanja, stavova, obveza, navika, uloga u obitelji i društvenoj zajednici, te pomoći članovima obitelji alkoholičara kako bi bili potpora bolesniku i aktivni sudionici u procesu liječenja (20).

Liječenje alkoholizma, bilo u bolničkim ili izvanbolničkim uvjetima, temelji se na obiteljskom pristupu i klubovima liječenih alkoholičara. Cilj liječenja ovisnika o alkoholu postizanje je trajne odnosno što dulje apstinencije. Medicinska sestra, kako bi pridonijela postizanju tog 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 ovisnosti o alkoholu, omogućiti verbalizaciju mračnih osjećaja i agresije, uočiti promjene u ponašanju, imati uvid u stvarne odnose u obitelji, poticati na apstinenciju sve članove obitelji, ustrajati na dogovorenim pravilima, dužnostima i obvezama (5).

Prevenција ovisnosti o alkoholu odnosi se na suzbijanje pijenja alkoholnih pića. Prevenција bi trebala biti usmjerena prema promjeni ponašanja u odnosu na upotrebu alkoholnih pića. Budući da ovisnost o alkoholu nije samo problem pojedinca već cijele obitelji, radi što učinkovitije prevencije, treba djelovati na obitelj (5).

4.2. Moguće sestrinske dijagnoze kod ovisnika o alkoholu

- Nemotiviranost za liječenje u vezi s nedostatkom motivacije za uspostavom i održavanjem apstinencije od alkohola (20)

Ciljevi:

Bolesnik će biti motiviran za liječenje ovisnosti o alkoholu.

Bolesnik će verbalizirati veći interes za uspostavom i održavanje apstinencije.

Intervencije: stvoriti profesionalan empatijski odnos s bolesnikom, informirati bolesnika o mogućnostima liječenja ovisnosti o alkoholu, poticati bolesnika na promjenu životnog stila, pohvaliti i podržati odluku o apstinenciji, koristiti razumljiv jezik pri poučavanju i informiranju bolesnika, osigurati potporu članova obitelji, educirati bolesnika o alkoholizmu i njegovim posljedicama na fizičko i psihičko zdravlje te socijalno funkcioniranje, omogućiti bolesniku sudjelovanje u donošenju odluka, kontrolirati i nadzirati uzimanje terapije (5, 20, 32).

Ishodi:

Bolesnik je motiviran za liječenje ovisnosti o alkoholu.

Verbalizira veći interes za uspostavom i održavanje apstinencije.

- Pothranjenost u vezi s nepravilnom prehranom ili otežanom resorpcijom zbog oštećenja gastrointestinalnog sustava (20)

Ciljevi:

Bolesnik će zadovoljiti nutritivne potrebe.

Bolesnik neće gubiti na težini.

Bolesnik će pokazati interes za uzimanjem hrane.

Bolesnik će prihvatiti predloženu promjenu životnog stila (20, 34).

Intervencije: objasniti bolesniku važnost unosa propisane količine hrane određenih kalorijskih vrijednosti, u suradnji s nutricionistom izraditi plan prehrane, poticati bolesnika da jede u društvu te na konzumiranje manjih, a češćih obroka, osigurati dovoljno vremena za obrok, dokumentirati pojedenu količinu svakog obroka, osigurati hranu pripremljenu sukladno

bolesnikovim mogućnostima žvakanja, pomoći bolesniku pri uzimanju hrane (tremor ruku, slabost, nespretnost), postaviti nazogastričnu sondu, osigurati venski put, primijeniti ordiniranu parenteralnu prehranu (visokokalorična otopina glukoze uz dodatak vitamina B-skupine i vitamina C) (20, 34).

Ishodi:

Nutritivne su potrebe bolesnika zadovoljene.

Bolesnik ne gubi na težini.

Bolesnik pokazuje interes za uzimanjem hrane.

Bolesnik je prihvatio promjenu životnog stila (20, 34).

- Smanjeno podnošenje napora u vezi s osnovnom bolesti, apstinencijskom krizom, tjelesnim oštećenjima, oštećenjima živčanog sustava (20)

Cilj:

Bolesnik će razumjeti svoje stanje, očuvati samopoštovanje i prihvatiti pomoć.

Bolesnik će bolje podnositi napor, povećat će dnevne aktivnosti (20, 32).

Intervencije: u razgovoru s bolesnikom saznati koliko on zna o svom problemu, objasniti mu povezanost trenutnog stanja i alkoholizma, pomoći mu prevladati apstinencijsku krizu, poticati bolesnika na aktivnost sukladno njegovim mogućnostima, osigurati dovoljno vremena za izvođenje planiranih aktivnosti, osigurati kvalitetnu prehranu, nadoknadu tekućine i miran san, poticati u njega pozitivno mišljenje, pohvaliti svaki pozitivni pomak (20, 32) .

Ishod:

Bolesnik izvodi dnevne aktivnosti sukladno svojim mogućnostima.

Bolesnik prihvaća pomoć bez nelagode (20, 32).

- Nesanica u vezi s osnovnom bolesti, apstinencijskim sindromom ili stresom (20, 33)

Cilj: Bolesnik će ranije odlaziti na spavanje, san će biti kvalitetniji.

Intervencije: osigurati vrijeme i uvjete usnivanja (mir u sobi, gašenje svjetla u određeno vrijeme, savjetovati bolesniku da ne konzumira kavu i čaj prije spavanja), pratiti kakvoću i duljinu spavanja, kod pojave nesanice obavijestiti liječnika, dati ordiniranu terapiju (20, 33).

Ishod: Bolesnik uspijeva zaspati. Spava nekoliko sati kroz noć (20, 33).

- Depresivno raspoloženje u vezi s nemogućnošću rješavanja problema, neadekvatnom potporom, narušenim odnosima u obitelji (5, 32, 33, 34)

Cilj:

Bolesnikovo će se raspoloženje poboljšati.

Bolesnik se neće ozlijediti (5, 32, 33, 34).

Intervencije: uspostaviti odnos povjerenja s bolesnikom, potaknuti bolesnika da izrazi svoje osjećaje, provoditi više vremena s bolesnikom, pokazati stvarni interes za bolesnikov problem, pružiti verbalnu i neverbalnu podršku bolesniku, omogućiti razgovor s liječnikom i ostalim stručnim suradnicima, poticati bolesnika na tjelesnu aktivnost, omogućiti podršku obitelji i prijatelja, uključiti bolesnika u psihoterapijski tretman, educirati bolesnika o pravilnom uzimanju lijekova, kontrolirati i nadzirati uzimanje terapije, iz bolesnikove okoline ukloniti opasne i oštre predmete, spriječiti mogućnost ozljeđivanja (5, 32, 33, 34).

Ishod:

Bolesnik je poboljšao svoje raspoloženje.

Bolesnik se nije ozlijedio (5, 32, 33, 34).

- Agresivno ponašanje u vezi sa zlouporabom alkohola (33)

Cilj:

Započeti proces rješavanja agresivnog ponašanja.

Spriječiti ozljede bolesnika ili drugih osoba (33).

Intervencije: upotrijebiti pozitivan, empatičan i ljubazan pristup, umiriti situaciju, ne optuživati ni povećavati osjećaj krivnje, ne izazivati, ne pokazivati strah i paniku, ne činiti nagle pokrete, ukloniti predmete kojih se bolesnik boji, poštivati bolesnikovu potrebu za osobnim prostorom, ukloniti sve predmete koji nose rizik za povrede, bolesniku pristupiti tiho i s dovoljnim brojem osoba ukoliko je fizičko sputavanje neminovno, pratiti stanje svijesti i vitalne funkcije, komunicirati s bolesnikom, razviti odnos povjerenja s bolesnikom, ukazati bolesniku na neprihvatljivo ponašanje i njegove posljedice, preispitati vlastite stavove i ponašanje (33).

Ishod:

Bolesnik je u procesu rješavanja svog problema, uspostavljena je komunikacija s bolesnikom.

Bolesnik nije ozlijedio sebe ni druge osobe (33).

- Visok rizik za ozljede u vezi s poremećajem svijesti (20, 32, 34)

Cilj:

Bolesnik se neće ozlijediti.

Intervencije: pratiti stanje svijesti i vitalne funkcije, kontinuirano nadzirati bolesnika, osigurati sigurnost od pada i ozljeda, zaštititi bolesnika i njegovu okolinu, primijeniti privremene imobilizacijske mjere radi zaštite bolesnika i njegove okoline, ukloniti iz prostora u kojem bolesnik boravi sve nepotrebne stvari, bolesnički krevet spustiti na optimalnu razinu, omogućiti optimalno osvjetljenje u bolesničkoj sobi, primijeniti ordiniranu terapiju (20, 32, 34).

Ishod:

Bolesnik se nije ozlijedio (20, 32, 34).

- Visok rizik za dehidraciju u vezi s gubitkom tekućine zbog povraćanja i proljeva (20, 33, 34)

Cilj:

Bolesnik neće biti dehidriran.

Bolesnik će imati dobar turgor kože, vlažan jezik i sluznice (20, 33, 34).

Intervencije: procijeniti i evidentirati gubitak tekućine, pratiti stanje svijesti i vitalne funkcije, osigurati nadoknadu tekućine peroralnim i parenteralnim putem, kontrolirati turgor kože, kontrolirati sluznice, kontrolirati diurezu, pratiti vrijednosti laboratorijskih nalaza, obavijestiti liječnika o promjenama, dokumentirati učinjeno (20, 33, 34).

Ishod:

Bolesnik je hidriran.

Bolesnik ima dobar turgor kože, vlažan jezik i sluznice (20, 33, 34).

- Smanjena mogućnost održavanja higijene u vezi s općom slabošću i smanjenim podnošenjem napora (5, 20, 32, 34)

Cilj:

Bolesnik će sudjelovati u provođenju osobne higijene sukladno svojim mogućnostima.

Bolesnik će razumjeti problem i prihvatit će pomoć medicinske sestre.

Intervencije: procijeniti stupanj samostalnosti, pomoći bolesniku u održavanju higijene, poticati ga na samostalno održavanje higijene, nadzirati provođenje higijene, osigurati dostupnost prostorija i sredstava za održavanje higijene, osigurati privatnost, osigurati dovoljno vremena za održavanje higijene, educirati bolesnika o važnosti higijene za tjelesno i duševno zdravlje, upozoravati na činjenicu da higijena mora postati svakodnevna obveza (5, 20, 32, 34).

Ishod:

Bolesnik održava osobnu higijenu sukladno svojim mogućnostima.

Bolesnik razumije problem i prihvaća pomoć medicinske sestre (5, 20, 32, 34).

5. RASPRAVA

Iz svega navedenog vidljivo je da su problemi iz zdravstvene njege ovisnika o alkoholu s kojima se medicinska sestra često susreće nemotiviranost za liječenje, depresivnost, agresivno ponašanje, mogućnost nastanka tjelesnih oštećenja i psihičkih poremećaja, nesаница, nepravilna prehrana, smanjena mogućnost brige o sebi, smanjeno podnošenje napora, mogućnost nastanka socijalnih problema, odbijanje liječenja, apstinencijske smetnje i povremeno pojavljivanje recidiva. Medicinska sestra, kod dolaska bolesnika u bolnicu, treba obratiti pažnju na fizičko stanje bolesnika, uhranjenost, strah, nemir, znojenje i halucinacije. Također, važno je saznati koncentraciju alkohola u krvi. Bolesnika treba smjestiti u krevet, dati mu ordiniranu terapiju i pratiti njegovo stanje zbog opasnosti od razvoja delirium tremensa. Delirantni je bolesnik dezorijentiran, nemiran i inkontinentan, zbog čega medicinska sestra treba voditi brigu o njegovoj osobnoj higijeni, prehrani, nadoknadi tekućine i vitalnim funkcijama. Bolesniku je potrebno osigurati miran san. Medicinska sestra s bolesnikom treba uspostaviti profesionalan i empatijski odnos, upoznati ga s novom okolinom, informirati ga o mogućnostima liječenja, poticati ga na promjenu životnog stila, pohvaliti i podržati odluku o apstinenciji, koristiti razumljiv jezik pri poučavanju i informiranju bolesnika, osigurati potporu članova obitelji, omogućiti razgovor s liječnikom, educirati bolesnika o alkoholizmu i njegovim posljedicama na fizičko i psihičko zdravlje, socijalno funkcioniranje, te mu omogućiti sudjelovanje u donošenju odluka (5, 20, 32, 33, 34).

U resocijalizaciji ovisnika o alkoholu medicinska sestra ima važnu ulogu. Resocijalizacija znači potpuno uključivanje bolesnika u društvene odnose i sposobnost da zadobije i izvršava svoju ulogu (25). Resocijalizacija ovisnika o alkoholu i njegove obitelji odvija se kroz terapijsku zajednicu, edukaciju bolesnika o alkoholizmu, grupno-terapijski rad, obiteljsku terapiju i klubove liječenih alkoholičara (30).

Prevenција ovisnosti o alkoholu odnosi se na suzbijanje pijenja alkoholnih pića. Budući da ovisnost o alkoholu nije samo problem pojedinca već cijele obitelji, radi što učinkovitije prevencije, treba djelovati na obitelj (5). Kod pojave recidiva bolesniku treba objasniti da nije dovoljno samo prestati piti, već treba promijeniti životni stil. Promjena životnog stila kod ovisnika o alkoholu zahtijeva stalni rad na sebi i ne događa se preko noći, zbog čega rehabilitacija i resocijalizacija u klubovima liječenih alkoholičara traje najmanje pet godina (28).

6. ZAKLJUČAK

Iz svega navedenog može se zaključiti da medicinska sestra ima važnu ulogu u procesu liječenja ovisnika o alkoholu. Njena uloga važna je u prevenciji, pružanju zdravstvene njege, motivaciji, edukaciji i resocijalizaciji ovisnika o alkoholu. Ovisnost o alkoholu nije samo problem pojedinca već cijele obitelji, zbog čega, radi što učinkovitije prevencije, treba djelovati na obitelj. Cilj liječenja ovisnika o alkoholu postizanje je trajne odnosno što dulje apstinencije. Liječenje ovisnika o alkoholu temelji se na obiteljskom pristupu i klubovima liječenih alkoholičara koji imaju važnu ulogu u rehabilitaciji i resocijalizaciji.

Medicinska sestra kod dolaska bolesnika u bolnicu treba pratiti stanje svijesti i vitalne znakove, dati ordiniranu terapiju, saznati koncentraciju alkohola u krvi, pobrinuti se za sigurnost od pada i ozljeda, zaštititi bolesnika i njegovu okolinu, osigurati miran san, voditi brigu o osobnoj higijeni, prehrani i nadoknadi tekućine. Također, medicinska sestra treba uspostaviti odnos povjerenja s bolesnikom, potaknuti ga da izrazi svoje osjećaje, ohrabriti ga i pružiti mu podršku u liječenju, omogućiti mu razgovor s liječnikom i ostalim stručnim suradnicima. Medicinska sestra terapijskom edukacijom kod bolesnika treba potaknuti potrebu za liječenjem, osiguravajući mu potporu obitelji te educirajući bolesnika o alkoholizmu i mogućnostima liječenja. U slučaju pojave recidiva bolesniku treba objasniti da nije dovoljno samo prestati piti alkoholna pića, već je potrebno promijeniti životni stil.

7. LITERATURA

1. Marušić S., Matošić A., i dr.: Vodič kroz liječenje, KB Sestre milosrdnice, Klinika za psihijatriju, Zagreb 2008., str. 15, 16.
2. Žuškin E, Jukić V, Lipozenčić J i sur. Ovisnost o alkoholu – posljedice za zdravlje i radnu sposobnost. Arh Hig Rada Toksikol 2006;57:413-26.
3. Jukić, V. (2006). Alkoholizam. U: Hotujac, Lj. (ur.), Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 117-140.
4. Buljan D, Skoman S, Thaller V. Epidemiologija pijenja alkoholnih pića i alkoholizma, An.klin.boln. Dr. M. Stojanović, 1989;28:156-181.
5. Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Priručnik za studij sestrinstva. Zdravstveno veleučilište Zagreb, 2007;79-83.
6. Begić D. Psihopatologija. Zagreb: Medicinska naklada, 2016. str. 220-224.
7. Brataljenović T. Duševni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani alkoholom. Jakovljević M. i suradnici. Psihijatrija. Za studente stručnih zdravstvenih studija. Samobor: A. G. Matoš, 1995;42-45.
8. Golik-Gruber V, Institucionalno liječenje alkoholizma. Alkoholizam u institucionalnom radu. U: Radat, K. (ur.), Alkoholizam i socijalni rad. Zagreb: Hrvatska udruga socijalnih radnika.
9. Uvodić Đurić D, Bacinger Klobučarić B, Kutnjak Kiš R. Savjetovalište za alkoholom uzrokovane probleme i alkoholizam u Zavodu za javno zdravstvo Međimurske županije. Hrvatski časopis za javno zdravstvo 2012;32:126-36.
10. Hudolin V, Gasparini P, Guidoni G. Klub liječenih alkoholičara. Priručnik za rad u Klubovima liječenih alkoholičara (ekološko socijalni pristup) s radovima Vladimira Hudolina. Trst: Europska škola alkoholologije i socijalne psihijatrije; 2000, str. 134-5.

11. Nenadić-Šviglin K, Uzun S, Ljubin T, Jelić S, Folnegović-Šmalc V. Demografsko-sociološke i alkohološke karakteristike alkoholičara Dnevne bolnice. *Alkohološki Glasnik* 1999;11:57-10.
12. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Dostupno na: www.hzjz.hr/sluzbe/sluzba-za-epidemiologiju/odjel-za-nadzor-i-istrazivanje-ne-zaraznih-bolesti/odsjek-za-mentalne-poremecaje-s-registrom-za-psihoze-i-registrom-izvršenih-samoubojstava/ (21.05.2017.)
13. Hotujac Lj, suradnici, *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada; 2006;117-140.
14. V. Hudolin: *Alkoholizam – Stil života alkoholičara*, Zagreb: Školska knjiga, 1991.
15. Jellinek EM. *The Disease Concept od Alcoholism*. New Brunswick, NJ: Hillhouse Press; 1960.
16. V. Hudolin: *Alkohološki priručnik*, Medicinska naklada, Zagreb, 1991.
17. Masters S.B, *Alkoholi*. U: Katzung B.G, *Temeljna i klinička farmakologija*. Jedanesto izdanje. Medicinska naklada Zagreb 2011:387-398.
18. Buljan D, *Psihijatrijske komplikacije alkoholizma: Alcoholism*. 2010; 46 (1):113-159.
19. Thaller V, Marušić S, *Dijagnostičke i terapijske smjernice za liječenje alkoholom uzrokovanih poremećaja. Alcoholism*. 2007; 46 (supl.1) 1-43.
20. *Zdravstvena njega, prehrana i terapija alkoholičara*. Prlić N, Rogina V, Muk B, *Zdravstvena njega 4. Zdravstvena njega kirurških, onkoloških i psihijatrijskih bolesnika. III. izdanje. Školska knjiga. Zagreb; 2005. 273-278.*
21. Marušić S, *Suvremeni pristup u tretmanu ovisnosti o alkoholu Alcoholism*. 2010; 46 (1): 177-193.
22. Zoričić Z, Golik Gruber V, Moravek D, Šakušić A, *Rehabilitacija bolesti ovisnosti Alcoholism*. 2010; 46 (Suppl 1): 33-36.

23. Torre R, 2006. Oporavak alkoholičara u klubovima liječenih alkoholičara. Zagreb: Hrvatski savez klubova liječenih alkoholičara.
24. Šostar Z, Šentija M, Radat K. The investigation of quality of work in Clubs of Treated Alcoholics intended to improve the work in Clubs in Zagreb area. Book of abstracts 2th Croatian Conference on Alcoholism and Other Addictions and 6th Alpe-Adria Conference on Alcoholism. Alcoholism 2004; 40 (Suppl): 25-26.
25. Miljenović A. Psihosocijalni pristup i alkoholizam: iskustvo rada u klubovima liječenih alkoholičara. 281-293.
26. Thaller V i sur. Alkoholologija – suvremene osnove za studente i praktičare, Zagreb: Naklada CSCAA; 2002.
27. Marušić S, Thaller V, Buljan D, Breitenfeld D, Zoričić Z, Matošić A. Some sociocultural aspects of drinking and alcoholic beverages and alcoholism. Alcoholism 1998; 34:81-92.
28. Nenadić-Šviglin, K. (2005). Problem recidiva u alkoholičara. U: Radat, K. (ur.), Alkoholizam i socijalni rad. Zagreb: Hrvatska udruga socijalnih radnika, 19-25.
29. Benussi D, Petrak R. Zbrinjavanje i njega psihijatrijskog bolesnika. Njega alkoholičara. Jakovljević M. i suradnici. Psihijatrija. Za studente stručnih zdravstvenih studija. Samobor, A. G. Matoš, 1995; 213.
30. Sestrinstvo. Kliničkog bolničkog centra Sestre milosrdnice Dostupno na (22.06.2017.): <http://sestrinstvo.kbcm.hr/predstavljamo-sestrinstvo-klinike-za-psihijatriju/>
31. Klain E, Gregurak R. Grupna psihoterapija za medicinke sestre i tehničare. Medicinska naklada, Zagreb 2007.
32. Šepec i sur. : Sestrinske dijagnoze, HKMS, Zagreb 2011.
33. Kosić R. Zdravstvena njega psihijatrijskog bolesnika. Moro LJ, Frančišković T, i suradnici. Psihijatrija. Udžbenik za više zdravstvene studije. Rijeka, 2004; 251-275.
34. Kadović M, Abou Aldan D, Babić D, Kurtović B, Piškorjanac S, Vico M. Sestrinske dijagnoze II, Hrvatska komora medicinskih sestara, Zagreb 2013.

8. SAŽETAK

Alkoholizam je kronična i recidivirajuća bolest koja nastaje zbog dugotrajnog i prekomjernog unosa alkoholnih pića. Simptomi su alkoholizma žudnja, odnosno snažna želja ili hitna potreba za pijenjem alkohola, gubitak kontrole, odnosno nemogućnost prestanka pijenja kad se jednom s njim započelo, razvoj fizičke ovisnosti (nastanak apstinencijskih simptoma kao što su pojačano znojenje, tremor, tjeskoba, mučnina, povraćanje i drugi poremećaji koji se javljaju nakon prestanka pijenja), razvoj tolerancije, odnosno potreba za pijenjem sve većih količina alkohola kako bi se postigli isti učinci, zanemarivanje obitelji, radnih i drugih obveza i interesa, nastavak pijenja alkohola unatoč spoznaji o njegovoj štetnosti.

Cilj liječenja ovisnika o alkoholu postizanje je trajne odnosno što dulje apstinencije. Liječenje ovisnika o alkoholu temelji se na obiteljskom pristupu i klubovima liječenih alkoholičara.

Česte poteškoće u zdravstvenoj njezi s kojima se medicinska sestra susreće kod ovisnika o alkoholu jesu nemotiviranost za liječenje, depresivnost, agresivno ponašanje, mogućnost nastanka tjelesnih oštećenja i psihičkih poremećaja, nesanica, nepravilna prehrana, smanjena mogućnost brige o sebi, smanjeno podnošenje napora, mogućnost nastanka socijalnih problema, odbijanje liječenja, apstinencijske smetnje i povremeno pojavljivanje recidiva.

Medicinska sestra ima važnu ulogu u procesu liječenja ovisnika o alkoholu. Njena uloga važna je u prevenciji, pružanju zdravstvene njege, motivaciji, edukaciji i resocijalizaciji ovisnika o alkoholu.

Ključne riječi: alkoholizam, ovisnici o alkoholu, zdravstvena njega, uloga medicinske sestre

9. SUMMARY

Alcoholism is a chronic and recurrent disease that appears due to persistent and excessive intake of alcoholic beverages. Symptoms of alcoholism include a craving or strong urge to drink alcohol, loss of control or inability to stop drinking once you've started, development of physical dependence (the occurrence of withdrawal symptoms such as increased sweating, tremor, anxiety, nausea, vomiting and other disturbances that occur after the end of drinking), tolerance development or needing to drink more alcohol in order to achieve the same effects, failing to fulfil major family, work and other obligations and interests, continuing to drink despite knowledge of its dangers.

The aim of alcoholism treatment is achieving permanent or long-term abstinence. Treatment of alcohol dependants is based on a family approach and on the clubs of treated alcoholics.

Common difficulties in health care a nurse faces in the treatment of alcohol dependents are disinterest for treatment, depression, aggressive behavior, the possibility of physical damages and mental disorders, insomnia, improper diet, reduced ability to care about oneself, reduced effort, the possibility of emergence of social problems, refusal of treatment, abstinence disturbances and occasional recurrence.

The nurse has an important role in the process of treating alcoholics. Her role is important in prevention, providing health care, motivation, education and re-socialization of alcohol dependents.

Key words: alcoholism, alcohol dependents, health care, role of a nurse

IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjereno označeni.

Mjesto i datum	Ime i prezime studenta/ice	Potpis studenta/ice
U Bjelovaru, <u>14.07.2017</u>	NIKOLA ŠTEFIĆ	Nikola Štefić

Prema Odluci Visoke tehničke škole u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Visoke tehničke škole u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom.

Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitoriju

NIKOLA ŠTEFIĆ

ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mojeg završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 14. 07. 2017.

Nikola Štefić
potpis studenta/ice