

Proces zdravstvene njege ovisnika o alkoholu

Penava, Monika

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Bjelovar University of Applied Sciences / Veleučilište u Bjelovaru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:720535>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-25**



Repository / Repozitorij:

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



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

**PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE OVISNIKA O
ALKOHOLU**

Završni rad br. 113/SES/2020

Monika Penava

Bjelovar, siječanj 2021.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Penava Monika** Datum: 07.12.2020.

Matični broj: 001738

JMBAG: 0314017634

Kolegij: **ZDRAVSTVENA NJEGA PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA 2**

Naslov rada (tema): **Proces zdravstvene njege ovisnika o alkoholu**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

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

zvanje: **viši predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

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

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 113/SES/2020

Ovisnost o alkoholu kronična je, recidivirajuća bolest koju prate znatna oštećenja u tjelesnom, socijalnom i radnom funkcioniranju. Proces zdravstvene njege ovisnika o alkoholu neizostavan je faktor u liječenju i resocijalizaciji ovisnika. U radu će biti prikazana bolest ovisnosti o alkoholu i proces zdravstvene njege ovisnika kao dio liječenja, detoksikacijskog programa te resocijalizaciji istih. Studentica će objasniti što je ovisnost, tijek bolesti i liječenje i proces zdravstvene njege kod ovisnika o alkoholu.

Zadatak uručen: 07.12.2020.

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



Zahvala

Rijči iskrene zahvalnosti upućujem svojim roditeljima na nesebičnom pomaganju, ohrabriranju i na velikoj podršci kroz vrijeme školovanja.

Veliko hvala dugujem i svim profesorima veleučilišta u Bjelovaru, a posebno svojoj mentorici Tamari Salaj na ukazanom strpljenju, dobroj volji i pomoći.

Hvala vam.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Povijest alkoholizma.....	2
1.2. Epidemiologija alkoholizma.....	3
1.3. Etiologija alkoholizma.....	4
1.3.1. Biološke teorije alkoholizma.....	4
1.3.2. Psihološke teorije alkoholizma.....	5
1.3.3. Sociokulturalne teorije alkoholizma.....	5
1.3.4. Ostale teorije alkoholizma.....	5
1.4. Faze razvoja alkoholizma	6
1.5. Dijagnosticiranje alkoholizma	7
1.6. Klinička slika	9
1.6.1. Fizička obilježja ovisnika o alkoholu.....	9
1.6.2. Psihička obilježja ovisnika o alkoholu	10
1.7. Liječenje alkoholizma.....	11
2. CILJ RADA	13
3. METODE	14
4. REZULTATI	15
4.1. Proces zdravstvene njege ovisnika o alkoholu	15
4.2. Uloga medicinske sestre	16
5. ZDRAVSTVENA NJEGA OVISNIKA O ALKOHOLU I MOGUĆE SESTRINSKE DIJAGNOZE	21
5.1. Nemotiviranost za liječenje	21

5.2.	Disfunkcionalni obiteljski odnosi	22
5.3.	Agresivno ponašanje.....	23
5.4.	Visok rizik za nasilno ponašanje	23
5.5.	Socijalna izolacija.....	24
5.6.	Smanjeno podnošenje napora	25
5.7.	Smanjena mogućnost brige o sebi – odijevanje, eliminacija, higijena, hranjenje	25
5.8.	Ostale sestrinske dijagnoze.....	27
6.	ZAKLJUČAK.....	28
7.	LITERATURA	29
8.	OZNAKE I KRATICE	32
9.	SAŽETAK.....	33
10.	SUMMARY.....	34
11.	PRILOZI.....	35

1. UVOD

Ovisnost predstavlja kroničnu bolest mozga koja nastaje postepenim utjecajem tvari koje sadrže različite supstance koje mogu izazvati psihičku i/ili fizičku ovisnost. Prema 10. reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10), ovisnost je skup brojnih fizioloških, bihevioralnih i kognitivnih fenomena gdje uporaba jedne ili više psihoaktivnih tvari za pojedinca predstavlja prioritet nad drugim obrascima ponašanja koji su prije imali veću vrijednost (1).

Da bi se postavila dijagnoza ovisnosti, DSM-V navodi minimalno tri kriterija koji moraju biti zadovoljeni tijekom proteklih godinu dana (1):

- jaka žudnja za uzimanjem psihoaktivne tvari
- nemogućnost kontrole nad uzimanjem psihoaktivne tvari
- fiziološki apstinencijski sindrom pri smanjenju ili potpunom prekidu uzimanja supstanci
- razvijena tolerancija
- progresivno zanemarivanje prijašnjih interesa i zadovoljstava zbog uporabe tvari
- konzumacija supstanci unatoč činjenicama o štetnim posljedicama na fizičko i psihičko zdravlje

Među najčešće ovisnosti ubraja se ovisnost o alkoholu. Alkoholizam je kronična bolest koja nastaje dugotrajnom i prekomjernom konzumacijom alkohola. Etilni alkohol ili etanol (C_2H_5OH) najčešći je oblik alkohola koji nastaje fermentacijom šećera iz voća pod utjecajem kvašćevih gljivica. Metilni alkohol ili metanol (CH_3OH) otrovna je supstanca koja u vrlo malim količinama u ljudskom organizmu može izazvati teške oblike trovanja (2).

Alkohol se nakon unosa u organizam razgrađuje u želucu i tankom crijevu, a izlučuje se putem jetre (90%) bubrega i kože. Brzina resorpcije ovisi o količini i koncentraciji alkohola u piću, brzini konzumacije i hrani uz koji se konzumira. Maksimalna koncentracija alkohola u krvi bilježi se nakon 30 do 60 minuta, a da bi se potpuno razradio, potrebno je i 24 sata (2).

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, alkoholizam je socijalno – medicinski problem koji nastaje zbog zloupotrebe alkoholnih pića u tolikoj mjeri da se kod pojedinca javljaju brojni zdravstveni i drugi osobni, ali i socijalni problemi (3).

Alkoholičarem se smatra svaka osoba koja je prekomjernom konzumacijom alkoholnih pića razvila psihičku i/ili fizičku ovisnost te zdravstvene i socijalne poteškoće u svakodnevnom funkcioniranju (3). Psihička ovisnost o alkoholu predstavlja gubitak kontrole nad konzumacijom alkoholnih pića, a fizička ovisnost odnosi se na nemogućnost održavanja apstinencije (1).

1.1. Povijest alkoholizma

Počeci konzumacija alkoholnih pića datiraju još od najranijih civilizacija na području Mezopotamije. Brojni zapisi stari i 30 do 40 tisuća godina govore o upotrebi vina, piva i drugih alkoholnih pića, dobivenih fermentacijom voća, žitarica i meda. Prve organizirane proizvodnje alkohola javljaju se razvojem vinogradarstva i uzgojem vinove loze između 6 i 4 tisuća pr.Kr. na području Crnog i Kaspijskog mora (4).

Alkoholna pića bila su prisutna u svim velikim civilizacijama. Prvo pivo proizveli su Egipćani, a Rimljani i Grci bili su poznati kao najveći ljubitelji ispijanja vina. Prema nekim teorijama, upravo je alkohol zaslužan za osnivanje velikih civilizacija jer je ljudima, da bi osnovali velika carstva, bila potrebna velika količina energije i snage te dobro zdravlje, a alkohol je navodno pokazao svoje pozitivne učinke na tim područjima (4). Simbolika ispijanja vina susreće se u brojnim vjerama poput židovstva, kršćanstva i islamske vjere te se konzumirao na raznim proslavama i ceremonijama (2).

Unatoč brojnim pozitivnim učincima, ubrzo su se uvidjele i negativne posljedice konzumacije alkohola. Hipokrat opisuje pijanstvo kao „umišljeno, samovoljno izazivanje ludila“ u pojedinca (5). Poznati Hamurabijev zakonik navodi dozvoljen opseg proizvodnje i prodaje alkoholnih pića te odgovornosti prodavača i konzumenata. Spartanci su bili izrazito protiv pijenju alkohola, stoga su kazne za one koji piju alkoholna pića bile ekstremne, poput odsijecanja ekstremiteta (4).

Tijekom urbanizacije i industrijalizacije, sve se više naglašava negativan učinak alkohola za pojedinca i društvo općenito. Godine 1917. SAD uvodi prohibiciju i potpunu zabranu prodaje i konzumacije alkoholnih pića, što dovodi do razvoja ilegalne proizvodnje alkohola (2).

Početak 20. stoljeća sve se češće opisuje zdravstveni poremećaj uzrokovan alkoholom kojeg je prvi put opisao švedski liječnik Magnus Huss te takvo stanje nazvao *alcoholismus chronicus* (lat. kronični alkoholizam) (2).

1.2. Epidemiologija alkoholizma

Alkohol danas predstavlja jednu od najdostupnijih psihoaktivnih tvari, a konzumacija alkohola definira se kao uobičajeno ponašanje u mnogim kulturama koje alkoholna pića vežu uz proslave, obrede, razne probleme i slično (6, 7).

Zloupotreba alkohola skraćuju očekivani životni vijek za približno 10 godina. Kao posljedica alkoholizma sve se više javljaju brojni duševni poremećaji koji po broju hospitalizacija predstavljaju vodeću psihijatrijsku dijagnozu u Republici Hrvatskoj (21% svih hospitalizacija tijekom 2004. godine) (6).

Prema Republičkom registru alkoholičara u Republici Hrvatskoj (6, 7):

- 15% muškaraca boluje od alkoholizma
- 25% muškaraca i 10% žena prekomjerno pije
- 3.5 do 4% ukupne populacije boluje od alkoholizma
- godišnje se na liječenju nalazi 50 tisuća alkoholičara
- ukupan broj alkoholičara u Republici Hrvatskoj broji 250 do 300 tisuća pacijenata

Također, istraživanja u Republici Hrvatskoj prikazuju kako svaki građanin godišnje u prosjeku popije 15.1 L alkohola, što Hrvatsku dovodi na drugo mjesto po konzumaciji alkohola, a Rusi drže vodeće mjesto sa samo 0.6 L više. Iza Hrvatske su se smjestile Velika Britanija (13.5 L), Njemačka (12.8 L) i Finska (12.5 L) (6).

U Hrvatskoj je prisutan i sve veći porast broja mladih konzumenata alkoholnih pića. Prema rezultatima istraživanja provedenog u oko 40 europskih zemalja i država Sjeverne Amerike, osobe mlađe od 18 godina u prosjeku piju najmanje jednom tjedno (6).

1.3. Etiologija alkoholizma

Prema načinu nastanka i razvoju, alkoholizam se dijeli na primarni, sekundarni u kombinirani. Primarni alkoholizam se javlja kod osoba koje u podlozi nemaju nikakav psihički problem koji bi mogao biti okidač za konzumaciju alkoholnih pića, dok se sekundarni ili simptomatski alkoholizam javlja kod osoba koje su prije početka konzumacije alkoholnih pića pokazivale znakove i simptome različitih psihičkih tegoba. Kombinirani alkoholizam može se otkriti kod osoba koje su ostvarile vrlo rani kontakt s alkoholom te su jedno vrijeme umjereno pile, ali su se pri suočavanju s određenim psihičkim problemima okrenule prekomjernom pijenju te postale ovisnikom o alkoholu (2).

Do danas su brojni znanstvenici i istraživači objasnili nekoliko teorija koje nastoje otkriti točan uzrok alkoholizma, a među najčešćima su to biološke, psihološke i sociokulturalne teorije. Potrebno je spomenuti da niti jedna teorija zasebno ne opisuje u potpunosti mehanizam razvoja ovisnosti o alkoholu, stoga se može reći da uzrok alkoholizma objašnjavaju sve navedene teorije u kombinaciji (2, 8).

1.3.1. Biološke teorije alkoholizma

Biološke teorije razmatraju ulogu gena i nasljednih čimbenika koji mogu dovesti do razvoja alkoholizma. Istraživanja dokazuju kako kod sinova alkoholičara postoji 3 do 5 puta veći rizik da će i oni postati alkoholičari za razliku od sinova čiji očevi nisu alkoholičari. Međutim, istraživanja provedena na djeci usvojenoj u alkoholičarskoj obitelji također pokazuju 3 puta veću šansu za razvojem alkoholizma. Može se utvrditi da osim genetskih faktora, ulogu ima i socijalna sredina u kojoj se dijete odgaja (8).

Neke biološke teorije naglašavaju različite tipove metabolizma koji imaju veću predispoziciju razvoju alkoholizma tijekom života pa se na temelju nekih laboratorijskih istraživanja mogu dokazati različitosti u metabolizmu i predispozicije za nastanak ovisnosti o alkoholu (2).

1.3.2. Psihološke teorije alkoholizma

Psihološke teorije govore o psihološkoj uvjetovanosti alkoholizma. Naime, pod utjecajem različitih vanjskih stresora javljaju se anksioznost, depresija, problemi u ponašanju i druge duševne smetnje koje mogu za posljedicu imati prekomjernu konzumaciju alkohola (2). Ovisno o tipu ličnosti, kod nekih osoba će se javiti tzv. ovisnički obrazac konzumacije alkohola te će takve osobe postati ovisnici. Najčešći psihološki motiv posezanja za alkoholom je njegov euforičan učinak koja dovodi do osjećaja sreće, mira i spokoja (8).

1.3.3. Sociokulturalne teorije alkoholizma

Sociokulturalne teorije uzroke alkoholizma pronalaze u interakciji pojedinca s okolinom u kojoj se nalazi. Suvremeno društvo postalo je tolerantno prema konzumaciji alkohola što otežava prepoznavanje pravog problema alkoholizma. Najveći problem predstavljaju kulturološki običaji gdje se alkohol konzumira na proslavama u društvu i u samoj obitelji. Pretpostavka je da je upravo prvi kontakt s alkoholom kod djece u obitelji te se on kasnije širi i na prijatelje i društvo s kojim se pojedinac identificira (2).

Socijalno-kulturni činitelji prema tome uzrokuju alkoholizam na temelju običaja, prihvaćenih oblika ponašanja povezanih s konzumacijom alkohola te nepovoljnih socijalnih i obiteljskih činitelja (8).

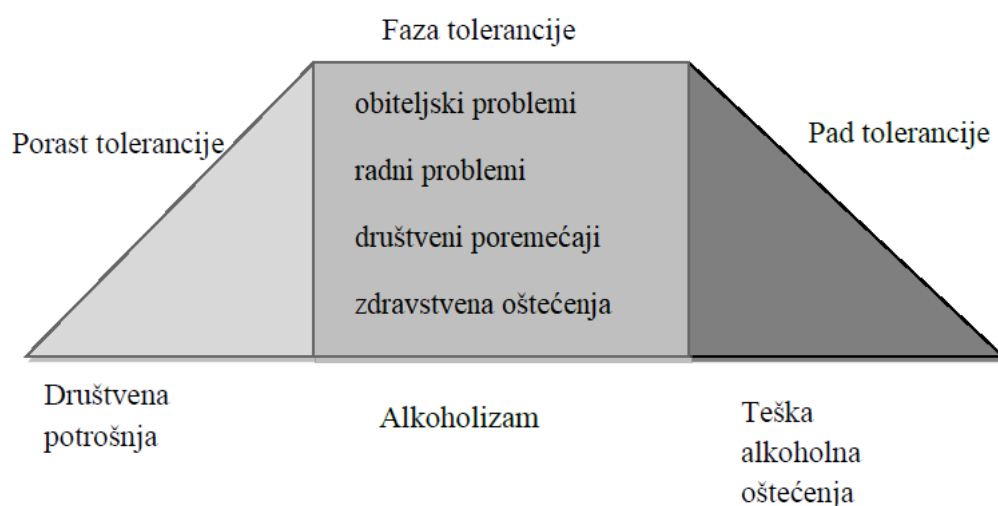
1.3.4. Ostale teorije alkoholizma

Od ostalih teorija o nastanku alkoholizma, izdvaja se teorija o alkoholizmu kao profesionalnoj bolesti ugostitelja i radnika u pripremi i proizvodnji alkoholnih pića jer osoba ima veći i povoljniji pristup alkoholnim pićima nego što bi to imao netko tko radi u drugim djelatnostima (2).

Nešto rjeđe se alkoholizam javlja kao posljedica psihosomatskog poremećaja. Primjerice kod slaboumnih osoba, neurotika, sociopata, ali i kod kardiopata, postoji mogućnost da će se javiti alkoholizam jer se naglašavaju pozitivni učinci alkohola na stanje ljudskog uma, ali i na krvne žile i kardiovaskularni sustav, što se kod prekomjernog uživanja alkohola zloupotrebljava (2).

1.4. Faze razvoja alkoholizma

Alkoholizam je kronična bolest koja se razvija tijekom godina kroz nekoliko karakterističnih faza prikazanih na slici 1.1. (9).



Slika 1.1. Faze razvoja alkoholizma prema Jellinekovoju shemi (9)

Faza društvene potrošnje prva je faza razvoja alkoholizma u kojoj se pojedinac privikava na alkohol za vrijeme pijenja u različitim društvenim prigodama. Postepeno dolazi do povećanja količine alkoholnih pića, a konzumiranjem alkohola tijekom dana kod pojedinca dovodi do brojnih osobnih, obiteljskih i društvenih problema, kao i početnih zdravstvenih teškoća. U ovoj je fazi još uvijek prisutna kontrola nad količinom alkohola i frekvencijom pijenja (9).

Druga faza je faza tolerancije koja predstavlja stanje u kojem je pojedincu potrebna sve veća količina alkohola kako bi se postigao željeni učinak i kako bi osoba ovisna o alkoholu mogla svakodnevno funkcionirati. Početak ovisnosti o alkoholu definiraju i tzv. alkoholne amnezije, odnosno zaboravljanje na određene događaje tijekom opijanja (9).

Ovisnost se obično pojavljuje u dvije faze. U ranijoj ili pretoksikomanskoj fazi javlja se psihička ovisnost koju obilježava nemogućnost održavanja apstinencije duže od nekoliko tjedana ili mjeseci bez opijanja u konačnici. Osoba gubi kontrolu nad količinom popijenog alkoholnog pića jer je krajnji cilj konzumacije upravo opijanje. S vremenom se takve faze opijanja javljaju sve češće te postaju dugotrajnije, s malim razmacima trijeznog perioda (9).

Kasniju ili toksikomansku fazu obilježava fizička ovisnost za vrijeme koje alkoholičar mora piti svakodnevno, a periodi trezvenosti gotovo da ne postoje. Obilježena je nemogućnošću kontrole nad pijenjem, alkoholna amnezija, postepeni pad tolerancije te nemogućnost apstinencije (2). Ukoliko dođe do opadanja koncentracije alkohola u krvi, javljaju se simptomi apstinencijske krize poput nemira, žudnje za pićem, tremora, nesаницe, agresivnosti i slično (9).

Za vrijeme treće faze, odnosno faze pada tolerancije, alkoholičaru je nakon dugogodišnje ovisnosti potrebna mala količina alkohola u krvi da se opije. Ova faza obilježena je nepovratnim zdravstvenim oštećenjima, prije svega cirozom jetre te brojnih duševnih bolesti (9).

1.5. Dijagnosticiranje alkoholizma

Pri postavljanju dijagnoze alkoholizma, potrebno je provesti detaljnu anamnezu, heteroanamnezu, određene laboratorijske pretrage i upitnike samoprocjene koje ispunjava pacijent i/ili liječnik (10).

Za vrijeme uzimanja anamneze, pacijent često izražava loše raspoloženje, bezvoljnost i anhedoniju, osjećaj krivnje i ljutnje na samog sebe. Smatra se nedovoljno sposobnim za brigu o svom životu te izražava nisko samopoštovanja i osjećaj inferiornosti pred drugima. Pacijent vrlo burno reagira na optužbe pijenja od strane obitelji i zajednice, a prisutno je i negiranje postojanja bilo kakvog problema vezanog uz konzumaciju alkohola (11).

Fizikalnim nalazom utvrđuje se alkoholni zadah, znakovi alkoholne polineuropatije te moguća oštećenja jetre (12). Od laboratorijskih pretraga, najkorisniji podaci za dijagnosticiranje

alkoholizma su jetreni enzimi AST-SGOT i ALT-SGPT. Također se provodi određivanje ugljikohidratno deficijentnog transferina (CDT), srednjeg volumena eritrocita (MCV) i gama-glutamin transpeptidaze (gama-GT). Povišene vrijednosti pokazuju razvijenu ovisnost o alkoholu i potrebu za liječenjem (13, 14).

Kao pomoć pri dijagnosticiranju, koristi se klasifikacija poremećaja prema DSM-V i MKB-10. Oba sustava se temelje na konceptu sindroma ovisnosti o alkoholu gdje se kod ovisnika javlja skup simptoma kao što su: gubitak kontrole nad pijenjem, sve veća količina popijenih alkoholnih pića, razvoj tolerancije, apstinencijski simptomi, narušeni obiteljski i društveni odnosi te prvi znakovi pogoršanja zdravstvenog stanja (15).

CAGE upitnik jedan je od najkorištenijih brzih upitnika za samoprocjenu ovisnosti o alkoholu. Sastoji se od četiri pitanja prikazanih na slici 1.2. (16) te se svaki pozitivan odgovor boduje jednim bodom. Što je zbroj bodova veći, smatra se da se radi o težoj ovisnosti o alkoholu i potrebi za liječenjem (6, 10).

1. CUT DOWN (smanjiti)

Jeste li ikada razmišljali o tome da biste trebali smanjiti pijenje alkohola?

2. ANNOYED (ometan)

Jesu li vas ljudi ikada uznemirili (ozlovoljili) primjedbama na račun vašeg pijenja?

3. GUILTY (kriv)

Jeste li ikad osjećali krivicu zbog pijenja alkohola?

4. Eye OPENER (otvarač za oči)

Jeste li ikad popili alkohol ujutro da biste smirili živce ili uklonili mamurluk?

Slika 1.2. Pojednostavljeni CAGE upitnik samoprocjene (16)

Slična ispitivanja korištena u samoprocjeni kod osoba ovisnih o alkoholu su Test Michigan screening alkohola koji uključuje 24 pitanja o ponašanju i negativnim posljedicama alkohola te AUDIT (engl. *Alcohol Use Disorder Identification Test*), odnosno ispitivanje identifikacije poremećaja konzumacije alkohola, koji pomoću 10 pitanja provjerava potencijalno opasne navike alkoholičara (1, 16).

1.6. Klinička slika

Postoji nekoliko tipičnih simptoma koji se javljaju u većine alkoholičara, a označavaju siguran početak razvoja ovisnosti. To su: žudnja za alkoholnim pićem, gubitak kontrole nad količinom popijenog alkohola, fizička ovisnost uz javljanje blagih apstinencijskih simptoma pri prestanku pijenja, tolerancija, zanemarivanje sebe, svojih obaveza, članova obitelji i prijatelja te kontinuirana konzumacija alkohola unatoč svim štetnim posljedicama (9).

1.6.1. Fizička obilježja ovisnika o alkoholu

Kronični alkoholičar može se prepoznati po nekim fizičkim obilježjima, npr. vidljivo je trajno crvenilo lica i nosa, tipična je pojava *spider nevusa* na obrazima i vratu te stariji izgled kože nego što bi to trebao biti prema kronološkoj dobi (1, 17). Oštećenja kože povezana su s nedostatkom vitamina kod alkoholičara. Pelegra je vrsta dermatozu koje se tipično javljaju kod ovisnika o alkoholu, a javlja se zbog nedostatka vitamina B skupine (2).

Prisutan je tremor prstiju te ogrebotine po koži uslijed slučajnih i/ili namjernih ozljeđivanja u opitom stanju (17). Javljaju se brojni gastrointestinalni problemi, posebno u području ždrijela, sluznice želuca i crijeva. Kao komplikacija dugotrajne ovisnosti o alkoholu, javlja se proširenje jednjaka koje u slučaju krvarenja može završiti smrću (1).

Često se kod alkoholičara razvija dijabetes, prisutna su oštećenja kardiovaskularnog sustava, slabi imunološki sustav te postepeno propadaju svi organski sustavi. Ciroza jetre najteža je komplikacija alkoholizma koja zahtijeva prestanak konzumacije alkohola i bolničko liječenje (1). Pojavljuje se i kronični organski moždani sindrom kojeg od psihičkih promjena

karakteriziraju demencija, anksioznost i depresija, neurotični poremećaji, sumračna stanja i delirij (15).

1.6.2. Psihička obilježja ovisnika o alkoholu

Osim fizičkih zdravstvenih promjena, kod alkoholičara su vidljive i psihičke i socijalne promjene. Ovisnik i dalje konzumira alkohol bez obzira na štetne posljedice koje uzrokuje i koje će tek uzrokovati, ali negira ili umanjuje ozbiljnost bolesti alkoholizma. Često pronalazi razna opravdanja za opijanje, optužuje druge kako su krivi za njegovu trenutnu životnu situaciju, bježi od drugih i okreće se sve više alkoholu, a zanemaruje sebe, svoju obitelj i prijatelje (17).

Naime, alkoholičar će izgubiti svoju ulogu u obitelji, drugim odnosima, na poslu i u zajednici kojoj pripada. To može dovesti do pojave impulzivnih reakcija i agresivnosti. Impulzivnost se očituje kao predispozicija za brze i neplanirane reakcije kao odgovor na unutarnje i vanjske okidače bez obzira na posljedice. Kod ovisnika raste razina anksioznosti, ljutnje, agresivnosti, što može dovesti do nasilja u obitelji (18).

Osobnost ovisnika o alkoholu se mijenja sve više kako ne nastavlja konzumiranje alkoholnih pića. Jedina briga postaje kako doći do alkohola i što prije i što više ga konzumirati. Gube se interesi za sve one aktivnosti koje su prije obavljali, a alkohol postaje jedini „posao“. Gube kontrolu nad svojim odlukama, nestaje sposobnost koncentracije, javljaju se poteškoće u shvaćanju i procesuiranju novih informacija iz okoline te se u konačnici javlja abulija, dezinhibiranost, impulzivnost, nasilje i zanemarivanje sebe i drugih (19).

Prema MKB-10, najčešći psihički poremećaji uvjetovani pretjeranom konzumacijom alkohola su apstinencijski sindroma bez ili sa delirijem, psihotični poremećaji te Korsakovljeva alkoholna psihoza (1).

Apstinencijski simptomi javljaju se 6 do 7 sati nakon prestanka konzumacije alkohola, a u potpunosti se razvijaju tijekom 24 do 72 sata. Simptomi uključuju poremećaje spavanja, strah, nemir i nervozu, razdražljivost, nemogućnost koncentracije te ponekad halucinacije, a fizički se manifestira kao tremor, znojenje, mučnina, povišeni krvni tlak i ubrzano disanje. Kao posljedica apstinencijskog sindroma može se javiti kao spazam ekstremiteta ili epileptički napadaj (1).

Progresijom apstinencijskih simptoma, javlja se *delirium tremens*. To je kvalitativni poremećaj svijesti kojeg karakteriziraju sumanute iluzije i halucinacije popraćene psihomotornim

nemirom i amnezijom na taj trenutak. Nakon delirija, osoba je dezorijentirana, uplašena i često agresivna (1).

Psihotični poremećaji koji se javljaju kod ovisnika o alkoholu uključuju najčešće auditivne halucinacije, sumanute ideje, patološku ljubomoru, alkoholnu halucinozu i slično. Sindrom amnezije ili Korsakovljeva alkoholna psihoza javlja se kod kroničnih alkoholičara te uključuje poremećaje pamćenja, konfabulacije, smetenost, nemir i razdražljivost (1).

Sva navedena fizička i psihička obilježja mogu dovesti do intoksikacije alkoholom koja se očituje crvenilom lica, nistagmusom, ataksijom, dizatrijom, poremećajem svijesti, komom ili čak smrću usred asfiksije. Alkohol pri količinama od 50 mg/dl djeluje na depresiju središnjeg živčanog sustava i umiruje osobu, pri 150 do 200 mg/dl dovodi do intoksikacije, a količina veća od 500 mg/dl uzrokuje smrt (7).

1.7. Liječenje alkoholizma

Nekoliko je programa liječenja ovisnosti o alkoholu. Glavna podjela je na bolničko i izvanbolničko liječenje. Izvanbolničko ili dispanzersko liječenje uglavnom se provodi kao liječenje uz rad, odnosno dva do tri puta tjedno uz prisutnost obitelji. Bolničko liječenje dijeli se na stacionarno liječenje u specijaliziranim ustanovama te liječenje u dnevnim bolnicama (15).

Bez obzira o kojem se obliku liječenja radi, tri su principa liječenja kojih se valja pridržavati (15):

- ovisnost se ne može izliječiti u kratkom vremenskom periodu; potrebno je najmanje pet godina kako bi se postigao značajan uspjeh u liječenju
- najbolji rezultati postižu se obiteljskom terapijom uz dodatnu edukaciju alkoholičara i članova njegove obitelji
- programi liječenja moraju imati uređene sustave samopomoći i međusobne podrške; takav je primjer klubova liječenih alkoholičara koji predstavljaju najbolji oblik rehabilitacije ovisnika

Od psihosocijalnih programa, najveću učinkovitost imaju kratke intervencije i treninzi socijalnih vještina, poticanje na jačanje vještina u zajednici te bihevioralna bračna terapija (20).

Psihoterapija se usmjerava na problemsko rješavanje aktualnih životnih situacija, na analizu i promjenu životnog stila te pronalaženje rješenja za situacije koje su inače bile rješavane pijanstvom. Provođenje psihoterapije bilo bi idealno uz aktivnu prisutnost članova obitelji, a terapijski je cilj ostvariti život bez alkohola (13).

Grupna psihoterapija provodi se s ciljem smanjenja ili eliminacije sredstava ovisnosti, gdje svaki član razvija osjećaj empatije, podrške i pripadnosti grupi. Grupa može pomoći pojedincu da uvidi svoje loše ponašanje i štetnost alkohola na njegov život (10).

Obiteljska terapija temelji se na edukaciji članova obitelji i samog ovisnika o štetnosti ovisnosti o alkoholu. Svi članovi obitelji trebali bi spoznati da je alkoholizam problem čitave obitelji te da je potrebna grupna psihoterapija kako bi se ovisnik mogao kvalitetno liječiti. Terapija za cilj ima i osnaživanje komunikacije u obitelji, održavanje i izgradnju boljih međusobnih odnosa te se nastoje promijeniti uloge svakog pojedinog člana u obitelji alkoholičara (15).

Klubovi liječenih alkoholičara (KLA) su skupina ovisnika o alkoholu koja si uzajamno pomaže u održavanju apstinencije od alkohola s ciljem rehabilitacije i resocijalizacije. KLA sadrži članove koji su već duže vrijeme u apstinenciji kao primjer i podrška novim članovima. Dijeljenjem sličnih razmišljanja i iskustava, razvija se osjećaj pripadnosti skupini, kao i socijalna interakcija i resocijalizacija (21, 22).

U liječenju alkoholizma sudjeluju i psihofarmaci koji u kombinaciji sa psihoterapijom daju izvrsne rezultate u održavanju što dužeg perioda apstinencije (10). Neki od lijekova su: naltrekson, disulfiram, neki antidepresivi i slično (23).

Naltrekson pripada skupini opioidnih antagonista koji se koristi u suzbijanju učinka alkohola i opojnih droga. Blokiranjem endogenih opioida već pri dozi od 50 mg dnevno, smanjuju se „pozitivni“ učinci alkohola. Lijek je učinkovit u smanjenju recidiva tijekom tri do šest mjeseci (10). Zbog hepatotoksičnog učinka ne preporuča se za dugoročno liječenje alkoholizma (22).

Disulfiram inhibira aldehid-dehidrogenazu što uzrokuje nakupljanje acetaldehida, tj. uzrokuje simptome mamurluka gotovo odmah nakon konzumacije alkohola. Osoba će osjećati

mučninu, nagon na povraćanje, glavobolju, porast tjelesne temperature, teškoće disanja i poremećaj ravnoteže. Iz organizma se eliminira sporo tako da njegov učinak može potrajati i do dva tjedna, što alkoholičaru ukazuje na negativne posljedice konzumacije i manjih količina alkohola. Preporučene dnevne doze su 125 – 500 mg dnevno u kratkom vremenskom periodu (22).

2. CILJ RADA

Cilj završnog rada je objasniti pojam alkoholizma te uzroke i posljedice prekomjerne konzumacije alkohola te prikazati ulogu medicinske sestre u liječenju i specifičnosti procesa zdravstvene njege ovisnika o alkoholu.

3. METODE

U izradi završnog rada koristila se recentna stručna literatura i relevantne internetske stranice iz područja javnog zdravstva, psihijatrije i procesa zdravstvene njege.

Metode korištene u radu su metoda kompilacije, analize i sinteze.

4. REZULTATI

4.1. Proces zdravstvene njege ovisnika o alkoholu

Proces zdravstvene njege predstavlja pristup u sestinstvu kojim se nastoje otkriti i riješiti pacijentovi problemi iz područja zdravstvene njege kroz četiri faze, a to su utvrđivanje potreba za zdravstvenom negom, planiranje, provođenje i na kraju evaluacija zdravstvene njege (24).

U prvoj fazi medicinska sestra prikuplja i analizira podatke te definira problem, odnosno sestrišku dijagnozu. Drugu fazu obilježava utvrđivanje prioriteta, definiranje realnih ciljeva te planiranje intervencija i izrada cjelokupnog plana zdravstvene njege. Treća faza uključuje validaciju plana, analizu uvjeta za provođenje te realizaciju plana. Evaluacija zdravstvene njege uključuje evaluaciju cilja i evaluaciju plana te se odnosi na posljednju fazu procesa zdravstvene njege (24).

Planovi zdravstvene njege izrađuju se na temelju nekoliko osnovnih načela, a to su usmjerenost na pacijenta, uvažavanje pacijenta kao subjekta u procesu zdravstvene njege te cjelovitost zbrinjavanja, odnosno holistički pristup (24).

Konkretno u psihijatriji, postoji sedam osnovnih načela zbrinjavanja psihijatrijskog pacijenta, a to su: holistički pristup, poštovanje jedinstvenosti ljudskog bića, privatnost i dostojanstvo, terapijska komunikacija, bezuvjetno prihvaćanje, uključivanje klijenta te pomoć pri učinkovitoj prilagodbi (7).

Cjeloviti ili holistički pristup odnosi se na shvaćanje čovjeka kao jedinstvenog ljudskog bića u svom socijalnom i kulturalnom okruženju. Problem koji se javlja kod ovisnika ne može se promatrati zasebno, nego se moraju uključiti i drugi aktualni i potencijalni problemi u području osnovnih ljudskih potreba te ih treba zajedno rješavati. Također, valja uzeti u obzir ispunjavanje potreba prema Maslowljevoj hijerarhiji potreba koja uključuje ispunjavanje fizioloških potreba, zatim potreba za sigurnošću, ljubavi i pripadanjem te poštovanjem i samoaktualizacijom. Drugim riječima, medicinska sestra pri definiranju problema uzima biološku cjelovitost ljudskog bića, osnovne ljudske potrebe te cjelokupno uže i šire socijalno i kulturalno okruženje (7, 24).

Načelo poštovanja jedinstvenosti ljudskog bića odnosi se na prihvaćanje pacijenta onakvog kakav on je, sa svim njegovim osobinama i vrijednostima. Nijedan pacijent nije isti, ali se svima treba pristupati pravedno i individualizirano (7).

Načelo privatnosti i dostojanstva podrazumijeva uvažavanje slobode izbora pacijenta, održavanje samopoštovanja i integriteta. Ono se krši u situacijama u kojima je narušena tjelesna privatnost (npr. kod kupanja pacijenta u krevetu), stigmatiziranjem pacijenata s duševnim bolestima, komentiranjem pacijentove dijagnoze i slično (7).

Terapijska komunikacija uključuje stvaranje partnerskog odnosa i odnosa povjerenja između pacijenta i medicinskog osoblja na temelju dobro razvijenih komunikacijskih vještina. Terapijska komunikacija razlikuje se od svakodnevne komunikacije između medicinske sestre i pacijenta jer ima jasno definirane ciljeve usmjerene na zadovoljavanje pacijentovih potreba te je usmjerena na mijenjanje pacijentovih stavova, uvjerenja i ponašanja (7).

Pružanje pomoći bez osude glavno je pravilo načela bezuvjetnog prihvaćanja. Medicinska sestra prihvaća pacijenta neovisno o njegovoj društvenoj, vjerskoj, seksualnoj ili rasnoj pripadnosti. Najčešće situacije u kojima se ovo načelo krši su situacije kada pacijent ima nizak društveni status, niske moralne vrijednosti, ako njegovo ponašanje nije prihvaćeno u zajednici, kod pojedinih psihijatrijskih dijagnoza (u koju se ubrajaju i ovisnosti) i slično (7).

Načelom pomoći pri učinkovitoj prilagodbi nastoji se pomoći pacijentu pri usvajanju novih prilagođenih ponašanja i uključuje stvaranje terapijskog okruženja s medicinskom sestrom i svim članovima koji sudjeluju u procesu liječenja i resocijalizacije (7).

4.2. Uloga medicinske sestre

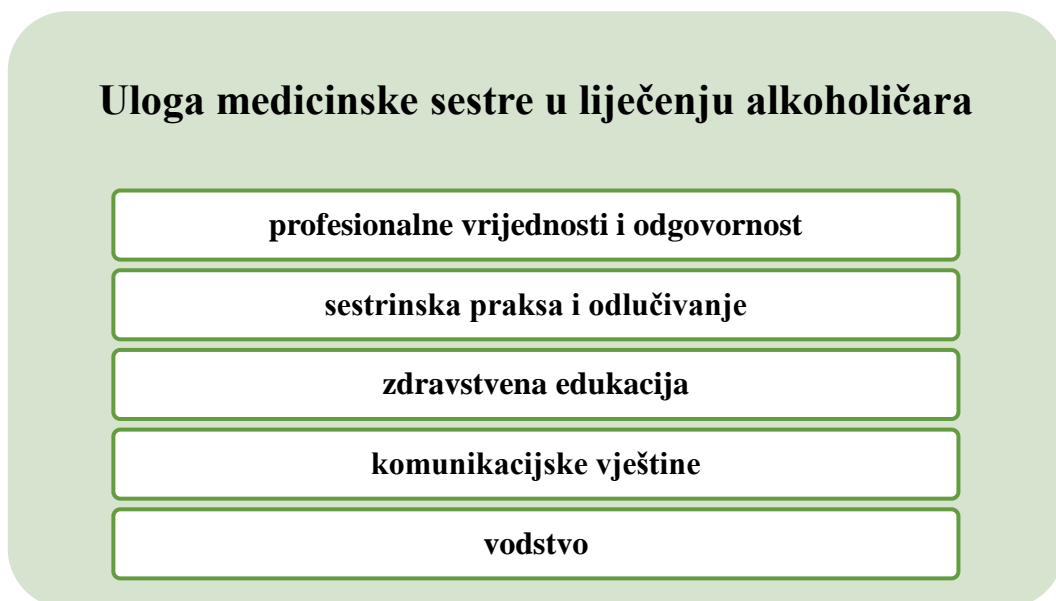
Medicinske sestre preuzimaju specijalističke uloge u liječenju ovisnika o alkoholu najmanje proteklih pet desetljeća, s tim da su njihove rane uloge i odgovornosti dobro definirane. Do danas se njihova uloga proširila na način da uključuje brojne uloge u primarnoj i sekundarnoj zaštiti, ulogu pri nezgodama i hitnim slučajevima, specijalne uloge u policijskim jedinicama za pritvor, zatvorima, programima za beskućnike i slično (25).

Medicinske sestre koje rade s ovisnicima mogu pozitivno doprinijeti postizanju niza zdravstvenih i socijalnih usluga pružanjem niza intervencija kao što su (25):

- trijaža tjelesnog i mentalnog zdravlja, procjena i njega; medicinske sestre mogu povećati svijest o popratnim bolestima mentalnog i fizičkog zdravlja
- upravljanje infekcijama i štetnim učincima koji se odnose na lošu praksu
- cijepljenje protiv hepatitisa B i testiranje virusa koji se prenose krvlju
- izdavanje, praćenje i izvještavanje o učincima lijekova
- prepoznavanje i upravljanje bolestima jetre povezanim s alkoholom
- identifikacija i upravljanje alkoholnom demencijom

Kroz svoje profesionalno osposobljavanje medicinske sestre mogu posebno doprinijeti ishodima liječenja, posebno rješavanjem niza istovremenih zdravstvenih problema s kojima se ovisnici suočavaju (25).

Uloga medicinske sestre u liječenju alkoholičara može se promatrati kroz pet domena, a to su sestrinska praksa i donošenje odluka, profesionalne vrijednosti i odgovornost, vodstvo i upravljanje osobljem, komunikacijske vještine te zdravstvena edukacija, shematski prikazano na slici 4.1. (25).



Slika 4.1. Domene sestrinske uloge u liječenju alkoholičara (25)

Općenite intervencije koje medicinska sestra pruža kroz sveobuhvatnu sestrinsku praksu odnose se na (25):

- pružanje sveobuhvatne procjene za ljude s nizom složenih i postojećih mentalnih i tjelesnih zdravstvenih potreba
- pružanje fizičke zdravstvene zaštite, uključujući previjanje rana i njegu apscesa
- promoviranje bolje osobne zdravstvene zaštite svakog pojedinca
- farmakološko upravljanje; davanje savjeta i podrške u vezi s receptom korisnika usluge u vezi problema s alkoholom
- pružanje stručnih kliničkih savjeta za korisnike usluga, obitelj i njegovatelje te zdravstvene i druge stručnjake
- pružanje kliničke perspektive smanjenja štete od zlouporabe alkohola i droga, promičući i omogućujući oporavak i dobrobit
- koordinaciju i mobilizaciju ljudskih resursa u upravljanju kliničkim krizama povezanim s alkoholom i drogama, npr. pri opijenosti, predoziranju ili deliriju
- promicanje intervencija koje osiguravaju kvalitetnu skrb za korisnike
- pružanje psihosocijalnih intervencija
- ranu identifikaciju i intervencije za tjelesne bolesti povezane s alkoholom, poput bolesti jetre povezane s alkoholom, ozljede mozga i demencije
- testiranje virusa koji se prenose krvlju (hepatitis C i HIV) i cijepljenje protiv hepatitisa B
- pružanje kliničke procjene koja uključuje tumačenje rezultata nalaza, npr. EKG, analize krvi, mokraće i drugo
- osiguravanje propisanih lijekova nakon završetka liječenja

Kako bi se održale profesionalne vrijednosti i odgovornosti medicinske sestre koja radi s ovisnicima o alkoholu, potrebno je (25):

- raditi na kodeksu profesionalne prakse koji od medicinske sestre zahtijeva da zadrži svoju kompetentnost i najnovije znanje u područjima kao što su nacionalni standardi, politika, zakonodavstvo vezano uz alkohol i droge i praksa utemeljena na dokazima
- osigurati vodstvo u promicanju ravnopravnosti uvažavanja tjelesne i mentalne zdravstvene zaštite, smanjiti stigmu i pružiti zagovaranje zdravlja i promicanje zdravlja
- izazvati zabrinutost u slučaju kršenja standarda skrbi

- osigurati da je zaštita ugrađena u kliničku praksu i povezana s lokalnim zaštitnim protokolima

Kako bi medicinska sestra preuzela vodstvo i upravljala ljudskim resursima, potrebno je ispuniti sljedeće intervencije (25):

- pružiti vjerodostojnost oko kliničkih aspekata liječenja ovisnosti
- unapređivati sestrinsku stručnost
- angažirati se s drugim zdravstvenim i nezdravstvenim djelatnicima radi razvijanja partnerstva i suradničkih modela skrbi za poboljšanje usluga
- pružiti vodstvo u razvoju sustava za nadzor koji uključuju strategije za ublažavanje stresa i sagorijevanja na poslu
- razvijati, voditi i nadzirati sustave upravljanja kvalitetom kako bi se osigurala sigurnost korisnika
- uključiti se u javno zdravstveno i kliničko istraživanje primjenjivo na područje prakse

Komunikacijske vještine odnose se na (25):

- razvoj terapijskog odnosa s klijentom i njegovom obitelji
- unapređenje stručnost u fizičkom i psihičko zdravlju multidisciplinarnog tima
- ostvarivanje komunikacije između zdravstvenih i socijalnih partnera

Intervencije vezane uz edukaciju medicinskih sestara i drugih stručnjaka u radu s ovisnicima o alkoholu uključuju (25):

- promicanje zdravog ponašanja i brige o sebi
- pružanje savjeta i kliničke podrške kolegama u odgovoru na zdravstvena pitanja
- edukacija i evaluacija osoblja u timu iz primarne i sekundarne zdravstvene zaštite te socijalne skrbi

Uloga medicinske sestre kod ovisnika o alkoholu odnosi se najviše na prevenciju problema, rano otkrivanje i liječenje problema te edukaciju pacijenata. Osnovni cilj u liječenju ovisnosti je što duža apstinencija od konzumacije alkoholnih pića. Pri postizanju cilja potrebno je da medicinska sestra ima na umu da (7):

- svi sudionici u liječenju odigrali su ulogu u stvaranju navika pijenja i razvoja alkoholizma u pojedinog člana obitelji
- potrebno je analizirati rizične čimbenike u obitelji koji su mogli dovesti do razvoja ovisnosti
- omogućava verbalizaciju osjećaja
- uočava promjene u ponašanju svih članova obitelji ovisnika

Prije samog početka liječenja, potrebno je stvoriti preduvjete za promjenu znanja, stavova, navika i odnosima u obitelji i zajednici ovisnika o alkoholu. Najvažniju ulogu u liječenju ima sama motivacija pacijenta za liječenjem. Velika većina ovisnika dolazi na liječenje pod prisilom obitelji, prijatelja ili pod odredbom suda. Oni koji dođu dobrovoljno pokazuju puno veću motivaciju i puno bolje rezultate u liječenju. Nezainteresiranim i nemotiviranim pacijentima potrebno je pristupiti s razumijevanjem i strpljenjem te ih educirati o problemu ovisnosti kako bi preuzeli odgovornost i pronašli motivaciju za liječenjem (26).

Resocijalizacija ovisnika o alkoholu podrazumijeva uključivanje pacijenta u ostvarivanje međuljudskih odnosa te postepeno preuzimanje odgovornosti i svoje uloge u društvu. Naglasak je na obiteljskim odnosima, ali i odnosima s prijateljima, na poslu i zajednici kojoj pojedinac pripada. Resocijalizacija se odvija kroz terapijsku zajednicu, edukaciju, grupno liječenje te klubove liječenih alkoholičara (KLA). U klubovima se, uz podršku medicinske sestre, ostvaruje i međusobna podrška mladih i starijih članova (26).

Zadaća medicinske sestre očituje se i u edukaciji alkoholičara o štetnim utjecajima alkohola na fizičko i psihičko zdravlje, čimbenicima razvoja ovisnosti, utjecajima na odnose u obitelji i druge pacijentu bitne međuljudske odnose te na samu kvalitetu života pod kontrolom alkohola. Edukacija je potrebna i u vidu daljnjeg života bez alkohola, gdje medicinske sestre podučavaju o načinima održavanja apstinencije, mogućim fizičkim i psihičkim znakovima ustezanja, gdje potražiti pomoć i što može očekivati nakon liječenja te kako se oduprijeti recidivu i želji za alkoholnim pićem (7).

5. ZDRAVSTVENA NJEGA OVISNIKA O ALKOHOLU I MOGUĆE SESTRINSKE DIJAGNOZE

Pri prijemu pacijenta ovisnika o alkoholu u bolnicu, medicinska sestra provodi fizički i psihički pregled pacijenta. Bilježi se fizičko stanje u kojem je pacijent došao, tjelesna obilježja, psihički status i vidljive promjene ponašanja (npr. strah, znojenje, nemir). Pri akutnom opitom stanju, pacijenti često pokazuju znakove agresije, razdražljivi su i nepričljivi ili pak veseli i puni energije. U oba slučaja medicinska sestra treba biti na oprezu jer je ponašanje alkoholičara nepredvidljivo. Potrebno je provesti laboratorijske pretrage kako bi se utvrdila koncentracija alkohola u krvi, a pacijenta se premješta u bolnički krevet i daje ordinirana terapija. Pacijent ostaje na bolničkom promatranju u slučaju pogoršanja stanja i pojave *delirium tremensa* (27).

Najčešći problemi s kojima se medicinska sestra susreće pri zdravstvenoj njezi ovisnika o alkoholu od kojih neki predstavljaju glavne sestrinske dijagnoze su: nedostatak motivacije za liječenjem, smanjena mogućnost brige o sebi, smanjeno podnošenje napora, depresija, nesanica, agresivno ponašanje, apstinencijske smetnje, recidiv, nastanak tjelesnih i psihičkih oštećenja kao posljedica pretjerane konzumacije alkoholnih pića, nepravilna prehrana, obiteljski i socijalni problemi i drugo (7).

Postavljanje sestrinskih dijagnoza od iznimne je važnosti u izradi plana zdravstvene njege. One uključuju sve aktualne i potencijalne probleme na temelju kojih medicinska sestra definira odgovarajuće intervencije s ciljem što uspješnijeg liječenja ovisnika o alkoholu (28).

5.1. Nemotiviranost za liječenje

Pri definiranju sestrinske dijagnoze nemotiviranosti za liječenje, medicinska sestra prikuplja podatke o razlozima i stupnju nemotiviranosti za liječenjem i procjenjuje mogućnost suradnje s pacijentom. Brojni razlozi dovode do nemotiviranosti za liječenjem kod ovisnika, kao što su to negativni stavovi i uvjerenja o liječenju, negiranje postojanja samog problema ovisnosti, nemogućnost kontrole, promijenjeni odnosi i uloge u obitelji i društvu, socijalna izolacija i slično. Pacijent može navoditi kako se osjeća bespomoćno, kako se ne može koncentrirati i druge subjektivne razloge koji dovode do navedene sestrinske dijagnoze. Kako bi se potaknulo pacijenta na liječenje, medicinska sestra provodi neke od sljedećih intervencija (1, 7, 28):

- stvoriti profesionalan empatijski odnos
- stvoriti odnos povjerenja
- pacijenta upoznati s okolinom, aktivnostima, osobljem i ostalim pacijentima kako bi se osjećao sigurnije
- koristiti razumljiv jezik pri poučavanju i informiranju pacijenta
- objasniti pacijentu koje posljedice alkohol donosi
- educirati ga o mogućnostima liječenja
- omogućiti pacijentu stvaranje osjećaja odgovornosti na temelju svakodnevnih rutinskih zadataka
- izraditi plan dnevnih aktivnosti
- uključiti članove obitelji u liječenje
- kontrolirati i nadzirati ordiniranu terapiju
- stvoriti sigurnu okolinu za pacijenta
- poticati na održavanje apstinencije
- pružiti emocionalnu podršku i uključiti druge zdravstvene djelatnike u proces liječenja

5.2. Disfunkcionalni obiteljski odnosi

Disfunkcionalne obiteljske odnose karakteriziraju izmijenjene i neodgovarajuće uloge između članova obitelji. Obilježeni su sukobima i nesuglasicama koje ne dovode do rješavanja problema, nego produbljivanja istog. Svaki član obitelji pokazuje neke od psiholoških znakova i posljedica narušene dinamike obitelji, kao što su to anksioznost i depresija, ljutnja, narušeni obrasci funkcioniranja u svakodnevnom životu, još veća želja za konzumacijom alkohola i odbijanje stručne pomoći. Neke od sestričkih intervencija vezanih uz dijagnozu disfunkcionalnih obiteljskih odnosa su (1):

- prikupiti podatke o obiteljskim odnosima i ulogama svakog člana
- ispitati okolnosti pod kojima se konzumacija alkohola javlja i stavove i mišljenja svakog člana obitelji ovisnika
- utvrditi potrebu da upućivanjem ovisnika i članova obitelji u ozbiljnost problema
- ispitati trenutno stanje – koliko svaki član sudjeluje u liječenju ovisnika i koliko mu daje emocionalne podrške

- uputiti ovisnika u procese liječenja
- svakom članu obitelji objasniti negativne učinke alkoholizma na cijelu obitelj
- pružiti podršku obitelji i bliskim osobama koje sudjeluju u liječenju ovisnosti
- uključiti obitelj u plan liječenja nakon otpusta pacijenta iz ustanove
- poticati obitelj sudjelovanje u klubovima liječenih alkoholičara i drugih terapijskih organizacija

5.3. Agresivno ponašanje

Agresivno ponašanje javlja se kao posljedica štetnog djelovanja alkohola na središnji živčani sustav i emocije. Kod takvih pacijenata iznimno je važno procijeniti stupanj agresije i sukladno tome provesti potrebne intervencije (27):

- stvoriti pozitivan, empatičan i ljubazan način komunikacije
- umiriti situaciju
- ne optuživati pacijenta, ne pokazivati strah i paniku
- ne činiti nagle pokrete koji bi mogli dovesti do pretjerane reakcije
- osigurati sigurnu okolinu na način da se uklone svi oštri predmeti
- poštivati pacijentovu privatnost i potrebu za mirom
- ukoliko je pacijent nasilan prema sebi ili drugima, primijeniti humano fizičko sputavanje
- pratiti vitalne znakove i stanje svijesti
- ukazati na neprihvatljivo ponašanje i njegove posljedice
- uključiti druge zdravstvene stručnjake u proces liječenja

5.4. Visok rizik za nasilno ponašanje

Sestrinska dijagnoza visokog rizika za nasilno ponašanje označava mogućnost fizičkog, psihičkog i/ili seksualnog nasilnog ponašanja prema drugim osobama u pacijentovoj okolini. Neki od kritičkih čimbenika za navedenu dijagnozu mogu biti: anamnestički podaci prijašnjeg nasilnog ponašanja, alkoholna intoksikacija, stres, razdražljivost, narušeni odnosi u obitelji i

društvu zbog ovisnosti i slično. Intervencije koje medicinska sestra poduzima kod potencijalno nasilnog pacijenta su (29):

- stvoriti odnos povjerenja
- pružiti emocionalnu podršku
- poticati pacijenta na izražavanje osjećaja
- podučiti pacijenta o načinima kontrole nasilnog ponašanja
- zadržati smirenost i kontrolu nad situacijom
- izbjegavati dodirivanje pacijenta i dugotrajni kontakt očima
- osigurati dovoljno osoblja ukoliko je potrebno fizičko sputavanje
- osigurati umirujuću i sigurnu okolinu

5.5. Socijalna izolacija

Socijalna izolacija definira se kao stanje u kojemu pojedinac ima subjektivni osjećaj usamljenosti i izražava potrebu i želju za većom povezanosti s drugima koju zapravo teško ostvaruje. Pri uzimanju anamneze i heteroanamneze medicinska sestra prikuplja podatke o psihofizičkom stanju pacijenta, prisutnim medicinskim dijagnozama i drugim mogućim razlozima koji su doveli do socijalne izolacije. Najčešće je kod alkoholičara razlog tomu narušavanje odnosa s obitelji i prijateljima zbog pretjerane konzumacije alkohola i negativnih posljedica koje alkoholizam donosi. Intervencije koje se mogu primijeniti su (30):

- osigurati odnos povjerenja i pružiti emocionalnu podršku
- provoditi dodatno vrijeme s pacijentom
- poticati na izražavanje osjećaja
- poticati na suradnju s drugim članovima tima u liječenju
- podučiti pacijenta asertivnoj komunikaciji
- uključiti pacijenta u psihoterapijske grupe zajedno s članovima obitelji i prijateljima
- informirati o drugim oblicima liječenja

5.6. Smanjeno podnošenje napora

Smanjeno podnošenje napora stanje je u kojem se javlja nelagoda, umor ili nemoć prilikom izvođenja svakodnevnih aktivnosti. Kod alkoholičara se javlja zbog djelovanja više kritičkih čimbenika, poput utjecaja alkohola na organizam, nedovoljnog unosa hranjivih tvari, poremećaja svijesti i spavanja. Kako bi medicinska sestra ustanovila dijagnozu smanjenog podnošenja napora, treba uzeti adekvatnu anamnezu i heteroanamnezu, provesti fizikalni pregled, utvrditi psihički status i stanje svijesti te druga obilježja koja navodi sam pacijent. Neke od sestrinskih intervencija koje se provode pri navedenoj dijagnozi su (28):

- prepoznati uzroke umora kod pacijenta i savjetovati izbjegavanje nepotrebnog napora
- primijeniti terapiju kisikom ukoliko je ordinirana od strane nadležnog liječnika
- provoditi pasivne i aktivne vježbe disanja
- uočiti potencijalnu opasnost za ozljede te ih prevenirati
- ukoliko je potrebno, osigurati pomagala za kretanje
- pružiti emocionalnu podršku
- izraditi plan aktivnosti u skladu s pacijentovim mogućnostima

5.7. Smanjena mogućnost brige o sebi – odijevanje, eliminacija, higijena, hranjenje

Skupna sestrinska dijagnoza smanjene mogućnosti brige o sebi definira situacije u kojima pacijent pokazuje smanjenu sposobnost ili potpunu nemogućnost izvođenja aktivnosti poput odijevanja, eliminacije, održavanja osobne higijene i/ili hranjenja. Kod definiranja ovih dijagnoza, potrebno je da medicinska sestra iz podataka iz anamneze procjeni stupanj samostalnosti pacijenta i u kojem opsegu mu je potrebna pomoć. Intervencije se određuju ovisno o dijagnozi (28).

Intervencije kod smanjene mogućnosti brige o sebi u vezi odijevanja su (28):

- definirati situacije u kojima je pacijentu potrebna pomoć
- poticati pacijenta da koristi propisana pomagala

- adekvatnu odjeću postaviti nadohvat ruke i pomoći gdje je potrebno
- osigurati privatnost
- osigurati povoljne mikroklimatske uvjete
- pružiti emocionalnu podršku i poticati pacijenta na aktivnost

Neke od intervencija kod dijagnoze smanjene mogućnosti brige o sebi – higijena su (28):

- definirati situacije u kojima pacijent treba pomoć
- dogovoriti osobitosti načina održavanja osobne higijene
- izraditi dnevni i tjedni plan održavanja higijene zajedno s pacijentom
- osigurati privatnost
- osigurati potreban pribor i pomagala za obavljanje osobne higijene i poticati ga na korištenje ili obavljati higijenu u onoj mjeri u kojoj pacijent sam sebi ne može pomoći

Intervencije vezane uz smanjenu mogućnost brige o sebi oko hranjenja, odnose se na (28):

- odrediti u kojem je opsegu pacijentu potrebna pomoć
- prinesiti hranu nadohvat ruke ili pomoći oko samog hranjenja
- omogućiti higijenu ruku prije i poslije obroka
- omogućiti ili provesti higijenu usne šupljine nakon obroka
- osigurati visoki Fowlerov položaj za vrijeme hranjenja i 15 minuta nakon obroka

Ovisno o stupnju samostalnosti pacijenta oko obavljanja eliminacije, medicinska sestra će primijeniti neke od sljedećih intervencija (28):

- dogovoriti način na koji će pacijent pozvati sestru kada mu je potrebna pomoć
- poticati pacijenta na korištenje pomagala za kretanje do toaleta
- osigurati pomagala za obavljanje nužde pored kreveta (sani kolica) ili u krevetu (pelene)
- omogućiti higijenu perianalne regije nakon eliminacije

5.8. Ostale sestrinske dijagnoze

Od ostalih sestrinskih dijagnoza s kojima se medicinska sestra može susresti u radu s pacijentima ovisnicima o alkoholu, mogu se definirati (27, 28, 29, 30):

- pothranjenost u/s nepravilnom prehranom ili otežanom resorpcijom zbog oštećenja gastrointestinalnog sustava
- nesаница u/s apstinencijskim sindromom
- visok rizik za ozljede u/s poremećajem svijesti
- visok rizik za recidiv u/s prijašnjim iskustvom pijenja
- narušena verbalna komunikacija u/s narušenim intelektualnim sposobnostima

6. ZAKLJUČAK

Ovisnost o alkoholu teška je i kronična bolest koja se razvija učestalom konzumacijom alkoholnih pića. Bolest je teška, ne samo za pojedinca, već i za njegovu obitelj, prijatelje, kolege na poslu te cjelokupno društvo kojemu pripada.

Liječenje alkoholizma je kompleksno i zahtijeva suradnju brojnih zdravstvenih stručnjaka kako bi se ovisniku pružio što kvalitetniji oporavak i što dulja apstinencija po završetku liječenja. Proces zdravstvene njege ovisnika o alkoholu započinje utvrđivanjem potreba za zdravstvenom njegom, planiranjem, provođenjem i na kraju evaluacijom provedene zdravstvene njege. Ključnu ulogu imaju medicinske sestre koje preuzimaju vodeća mjesta u skrbi za ovisnike o alkoholu te postavljanjem dijagnoza i primjenom sukladnih intervencija, omogućavaju što kvalitetniji oporavak i izlječenje.

Neki od glavnih problema s kojima se medicinska sestra susreće pri radu s ovisnicima o alkoholu su: nemotiviranost za liječenjem, depresija, agresivno i nasilno ponašanje, poremećaj spavanja, nepravilna prehrana, smanjena mogućnost brige o sebi i smanjeno podnošenje napora, odbijanje liječenja, apstinencijske smetnje i pojavljivanje recidiva.

Osim u samom procesu zdravstvene njege, uloga medicinske sestre odražava se i u resocijalizaciji pacijenta, edukaciji te prevenciji ponovnog javljanja alkoholizma. Resocijalizacijom se želi postići uključivanje ovisnika u nove uloge u odnosima, osjećaj odgovornosti i preuzimanje kontrole nad svojim životom, a to se najbolje postiže kroz grupe podrške i terapijsku zajednicu, obiteljsku terapiju i klubove liječenih alkoholičara. Budući da ovisnost o alkoholu nije samo bolest pojedinca, nego i njegove obitelji i društva, zadaća je medicinske sestre osvijestiti sve uključene u terapiju o važnosti liječenja alkoholizma i uspostavljanja novog zdravog stila života bez alkohola.

7. LITERATURA

1. Kudumija Slijepčević M, Puharić Z, Salaj T. Ovisnosti – udžbenik za zdravstvene studije. Bjelovar: Veleučilište u Bjelovaru, 2018.
2. Barić B. Problematika alkoholizma s posebnim naglaskom na alkoholizam među mladima (diplomski rad). Đakovo: Katolički bogoslovni fakultet u Đakovu; 2018.
3. Gnjata V. Čovjek u raljama ovisnosti. Rijeka: Liber; 2009.
4. Uvodić Đurić D. Mladi i alkohol. Čakovec: Autonomni Centar – ACT; 2007.
5. Puhanić I. Utjecaj konzumacije alkohola na zdravlje i kvalitetu života (završni rad). Osijek: Filozofski fakultet Sveučilišta J. J. Strossmayera u Osijeku; 2012.
6. Vidović L. Kvaliteta života osoba oboljelih od alkoholizma (završni rad). Varaždin: Sveučilište Sjever; 2018.
7. Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2007.
8. Tot Š. Sestrinska skrb za pacijente oboljele od alkoholizma (završni rad). Varaždin: Sveučilište Sjever; 2017.
9. Živčić M. Komunikacija medicinske sestre/tehničara s ovisnicima o alkoholu (završni rad). Varaždin: Sveučilište Sjever; 2015.
10. Matijević I. Liječenje alkoholizma u okviru sudskih mjera (diplomski rad). Osijek: Medicinski fakultet Sveučilišta J. J. Strossmayera u Osijeku; 2017.
11. Bernadt M W i sur. Comparison of questionnaire and laboratory tests in the detection of excessive drinking and alcoholism. Lancet. 1982; 1(8267): 325-328. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6120322/> (1.11.2020.)
12. Begić D, Jukić V, Medved V. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2015.
13. Torre R. Alkoholizam: prijetnja i oporavak. Zagreb: Profil knjiga; 2015.
14. Hock B i sur. Validity of carbohydrate-deficient transferrin (%CDT), gamma-glutamyltransferase (gamma-GT) and mean corpuscular erythrocyte volume (MCV) as biomarkers for chronic alcohol abuse: a study in patients with alcohol dependence and liver

- disorders of non-alcoholic and alcoholic origin. *Addiction*. 2005; 100(10): 1477-1486. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16185209/> (1.11.2020.)
15. Hotujac Lj i sur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2006.
16. Klub liječenih alkoholičara Kutina. Test samoprocjene (Online). 2019. Dostupno na: <https://www.jbjeli.mojweb.com.hr/test/samoprocijena/> (1.11.2020.)
17. Kozina J. Zdravstveni odgoj bolesnika s medicinskom dijagnozom alkoholizma (završni rad). Split: Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu; 2016.
18. Moeller F G i sur. Psychiatric Aspects of Impulsivity. *American Journal of Psychiatry*. 2001; 158 (11): 1783-1793. Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/11661915_Psychiatric_Aspects_of_Impulsivity (1.11.2020.)
19. Filaković P i sur. Psihijatrija. Osijek: Medicinski fakultet Sveučilišta u Osijeku; 2014.
20. Miller W R, Wilbourne P L. Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*. 2002; 97(3): 265-277. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11964100/> (1.11.2020.)
21. Miljenović A. Iskustva iz prakse – Psihosocijalni pristup i alkoholizam: iskustvo rada u klubovima liječenih alkoholičara. *Ljetopis socijalnog rada*. 2010; 17(2): 281-294. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/58917> (1.11.2020.)
22. Katzung B, Masters S, Trevor A. Temeljna i klinička farmakologija. 11 izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
23. Soyka M, Müller C A. Pharmacotherapy of alcoholism - an update on approved and off-label medications. *Expert Opin Pharmacother*. 2017; 18(12): 1187-1199. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28658981/> (1.11.2020.)
24. Fučkar G. Proces zdravstvene njege. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 1995.
25. Public Health England. The Role of Nurses in Alcohol and Drug Treatment Services: A resource for commissioners, providers and clinicians (Online). 2017. Dostupno na:

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/652963/Role_of_nurses_in_alcohol_and_drug_services.pdf (1.11.2020.)

26. Bajo A. Značaj klubova liječenih alkoholičara u terapiji alkoholizma (završni rad). Split: Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu; 2014.
27. Jakovljević M i sur. Psihijatrija – za studente stručnih zdravstvenih studija. Samobor: A. G. Matoš; 1995.
28. Šepec S i sur. Sestrinske dijagnoze. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara; 2011.
29. Aldan D. A i sur. Sestrinske dijagnoze III. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara; 2015.
30. Kadović M i sur. Sestrinske dijagnoze II. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara; 2013.

8. OZNAKE I KRATICE

AUDIT (engl. *Alcohol Use Disorder Identification Test*) – test identifikacije poremećaja konzumacije alkohola

DSM-V (engl. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) – Dijagnostički i statistički priručnik mentalnih poremećaja – peto izdanje

EKG – elektrokardiogram

KLA – Klub liječenih alkoholičara

MKB-10 – 10. revizija Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema

9. SAŽETAK

Alkoholizam je socijalno – medicinski problem koji nastaje kao posljedica dugotrajne i prekomjerne konzumacije alkoholnih pića. Razvija se pod utjecajem raznih bioloških, psiholoških i sociokulturalnih čimbenika kroz fazu društvene potrošnje, fazu tolerancije te konačnu fazu pada tolerancije i nepovratnih zdravstvenih oštećenja. Hrvatska bilježi broj od 250 – 300 osoba oboljelih od alkoholizma, što čini oko 4% opće populacije.

Znakovi koji označavaju početak razvoja ovisnosti su: žudnja za alkoholnim pićem, gubitak kontrole, fizička ovisnost uz javljanje blagih apstinencijskih simptoma pri prestanku pijenja, tolerancija, zanemarivanje sebe i drugih te kontinuirana konzumacija alkohola unatoč posljedicama. Kod alkoholičara se javljaju brojne fizičke promjene (tremor, *spider nevus*, gastrointestinalni problemi, ciroza jetre i dr.), kao i psihičke promjene (depresija, agresivnost, apstinencijski sindrom, *delirium tremens* i dr.).

Liječenje ovisnika o alkoholu provodi se kombinacijom psihoterapije i farmakoterapije. Najbolje rezultate pokazuju grupne terapije, obiteljske terapije te terapijske zajednice u sklopu klubova liječenih alkoholičara.

Uloga medicinske sestre u liječenju alkoholičara može se promatrati kroz pet domena, a to su sestrinska praksa i donošenje odluka, profesionalne vrijednosti i odgovornost, vodstvo i upravljanje osobljem, komunikacijske vještine i zdravstvena edukacija, pri čemu se medicinska sestra treba pridržavati 7 načela zdravstvene njege (holistički pristup, poštovanje jedinstvenosti ljudskog bića, privatnost i dostojanstvo, terapijska komunikacija, bezuvjetno prihvaćanje, uključivanje klijenta te pomoć pri učinkovitoj prilagodbi).

Najčešće sestrinske dijagnoze s kojima se medicinska sestra susreće pri liječenju ovisnika o alkoholu su: nemotiviranost za liječenje, disfunkcionalni obiteljski odnosi, agresivno ponašanje, poremećaj spavanja, smanjeno podnošenje napora, smanjena mogućnost brige o sebi, visok rizik za ozljede i visok rizik za dehidraciju.

Ključne riječi: ovisnost, alkohol, liječenje, sestrinske dijagnoze

10. SUMMARY

Alcoholism is a socio - medical problem that arises as a result of long - term and excessive consumption of alcoholic beverages. It develops under the influence of various biological, psychological and sociocultural factors through the phase of social consumption, the phase of tolerance and the final phase of the decline of tolerance and irreversible health damage. Croatia records the number of 250 – 300 people suffering from alcoholism, which is about 4% of the general population.

Signs that mark the beginning of the development of addiction are: craving for alcohol, loss of control, physical dependence with mild withdrawal symptoms when you stop drinking, tolerance, neglect of yourself and others and continuous alcohol consumption despite the consequences. Numerous physical changes (tremor, *spider nevus*, gastrointestinal problems, liver cirrhosis, etc.) occur in alcoholics, as well as psychological changes (depression, aggression, abstinence syndrome, *delirium tremens*, etc.).

Treatment of alcohol addicts is carried out by a combination of psychotherapy and pharmacotherapy. The best results are shown by group therapies, family therapies and therapeutic communities within the clubs of treated alcoholics.

The role of the nurse in the treatment of alcoholics can be observed through five domains, namely nursing practice and decision making, professional values and responsibility, leadership and staff management, communication skills and health education, where the nurse should adhere to 7 principles of health care (a holistic approach, respect for the uniqueness of the human being, privacy and dignity, therapeutic communication, unconditional acceptance, client involvement, and assistance with effective adjustment).

The most common nursing diagnoses encountered by a nurse in the treatment of alcohol addicts are: lack of motivation for treatment, dysfunctional family relationships, aggressive behavior, sleep disturbance, decreased endurance, reduced ability to take care of oneself, high risk of injury and high risk of dehydration.

Key words: addiction, alcohol, treatment, nursing diagnoses

11. PRILOZI

Slika 1.1. Faze razvoja alkoholizma prema Jellinekovoј shemi (9).....	6
Slika 1.2. Pojednostavljeni CAGE upitnik samoprocjene (16).....	8
Slika 4.1. Domene sestrinske uloge u liječenju alkoholičara (25)	17

Prema Odluci Veleučilišta u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta 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

MONIKA PENAVA

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, 06. 02. 2021

Monika Penava

potpis studenta/ice

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>05. 02. 2021.</u>	MONIKA PENAVA	