

Uloga medicinske sestre u hitnim stanjima kod ovisnika o alkoholu

Mustač, Laura

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

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:144:217577>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-24**



Repository / Repozitorij:

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



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

**Uloga medicinske sestre u hitnim stanjima kod
ovisnika o alkoholu**

Završni rad br. 25/SES/2022

Laura Mustač

Bjelovar, ožujak 2022.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Student: **Mustać Laura**

JMBAG: **0314022197**

Naslov rada (tema): **Uloga medicinske sestre u hitnim stanjima kod ovisnika o alkoholu**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **Đurđica Grabovac, dipl.med.techn.**

zvanje: **viši predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

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

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 25/SES/2022

U sklopu završnog rada potrebno je:

1. Izraditi pregled potrebne i dostupne literature vezane uz temu ovisnosti o alkoholu
2. Opisati razvoj alkoholizma kroz tri faze prema Jellinekovoju shemi
3. Navesti najnovije smjernice u dijagnostici i liječenju ovisnosti o alkoholu
4. Opisati ulogu medicinske sestre prvostupnice u dijagnostici i liječenju hitnih stanja ovisnika o alkoholu
5. Navesti sestrinske dijagnoze koje su prisutne kod bolesnika ovisnika o alkoholu
6. Planirati zdravstvenu njegu za bolesnike, kroz izradu planova zdravstvene njege za hitna stanja kod ovisnika o alkoholu

Datum: 24.03.2022. godine

Mentor: **Đurđica Grabovac, dipl.med.techn.**



Zahvala

Zahvaljujem se svim predavačima Veleučilišta u Bjelovaru na prenesenom znanju. Posebno se zahvaljujem mojoj mentorici Đurđici Grabovac, dipl.med.tech. što je prihvatila biti moj mentor, te na udijeljenim savjetima i brzim odgovorima na sve moje mailove i upite.

Zahvaljujem se sestrama Sanji Obajdin, bacc. med.sestr. i Ljiljani De Lai, mag. med. techn. na savjetima i pomoći prilikom istraživanja literature.

Zahvaljujem se svojoj obitelji na velikoj podršci kroz cijelo obrazovanje i što su mi omogućili studiranje. Hvala mojem dečku koji mi je bio oslonac kroz ove tri godine studiranja.

Sadržaj

1. UVOD	1
2. CILJ RADA.....	3
3. METODE	4
4. OVISNOST O ALKOHOLU	5
4.1. Mladi i alkohol.....	7
4.2. Epidemiologija ovisnosti	8
4.3. Postavljanje dijagnoze ovisnosti o alkoholu.....	10
4.4. Liječenje ovisnosti o alkoholu.....	13
4.4.1. Psihološki postupci	15
4.4.2. Obiteljska terapija	16
4.4.3. Klubovi liječenih alkoholičara	16
4.5. Sestrinske dijagnoze i intervencije	17
5. ULOGA MEDICINSKE SESTRE KOD HITNIH STANJA.....	22
5.1. Akutno opito stanje.....	22
5.2. Patološko opito stanje.....	26
5.3. Apstinencijski sindrom	27
5.4. Delirium tremens	29
6. ZAKLJUČAK	32
7. LITERATURA	33
8. OZNAKE I KRATICE	38
9. SAŽETAK.....	39
10. SUMMARY	40

1. UVOD

Alkohol je poznat još od davnina, a otkriven je sasvim slučajno. Postoje brojni zapisi, od prije 30 do 40 tisuća godina, u kojima se spominje konzumacija vina i piva, ali i ostalih alkoholnih pića koja su se dobivala fermentacijom meda, žitarica, te voća (1). Babilonci su se bavili proizvodnjom piva, dok su Grci i Rimljani bili poznati kao strastveni ljubitelji vina. Vino se koristi i u crkvama kao simbol Kristove krvi. Destilacija je usavršena u srednjem vijeku i tada se alkohol smatrao „vodom života“. Tijekom i nakon Drugog svjetskog rata alkoholizam se počeo shvaćati kao bolest te je to olakšalo samo liječenje, no nije puno utjecalo na samu prevenciju (1). Kako je vrijeme prolazilo počelo se uočavati da alkohol ima i negativnih posljedica na organizam. Grčki liječnik Hipokrat je pijanstvo opisao kao „umišljeno, samovoljno izazivanje ludila“ (1).

Etanol ili etilni alkohol, C_2H_5OH , je lako ispariva, prozirna tekućina karakterističnog mirisa koja nastaje fermentacijom šećera iz voća uz katalitičko djelovanje kvašćevih gljivica. Etanol je zapaljiv i gori bijelo-plavim plamenom te ukoliko je čist naziva se apsolutnim alkoholom (1). Alkoholna pića su bogata etanolom, no sadrže i druge alkohole poput metanola ali u manjim količinama jer je otrovan (2). Svako od tih pića sadrži drugačiju koncentraciju alkohola. Nakon što se konzumira, alkohol dolazi u želudac i zatim u crijeva gdje se apsorbira u krv. Putem krvi dolazi u jetru gdje enzimi alkohol dehidrogenaza (ADH) i aldehid dehidrogenaza (ALDH) započinju razgradnju alkohola (1,2,3). U jetri se razgrađuje čak 90%, a preostali dio se krvotokom dalje širi do organa. Izlučivanje alkohola iz tijela odvija se 90-98% putem oksidacije, a preostalo se može naći u znoju, urinu i izdahnutom dahu (2,3). Maksimalna koncentracija alkohola u krvi postiže se unutar 30-90 minuta, unutar jednog sata koncentracija alkohola u krvi se smanji za oko 0,1%. Koliko brzo će se razgradnja alkohola pomoću enzima odviti ovisi o nekoliko čimbenika: brzini pijenja, svojstvima pića, fizičkim aktivnostima, hrani (masna hrana i mlijeko usporavaju resorpciju, prazan želudac ubrzava), spolu, temperaturi (2,3). Kako alkohol djeluje na cijeli organizam tako može dovesti do različitih stanja, a to ovisi o količini alkohola. Manje količine mogu prouzročiti prolaznu vazodilataciju i tahikardiju, a veće količine alkohola povisuju ili smanjuju protok krvi kroz mozak što na kraju izaziva smanjenje tjelesne temperature (1,3). Manje količine alkohola se razgrađuje i u toku sna. S obzirom da se tijekom sna metabolizam usporava, tada se i alkohol sporije izlučuje. Ponekad se tijekom spavanja ne stigne sve razgraditi, a posebno prilikom konzumiranja većih količina alkohola. Reakcija mozga na to je restabiliziranje poremećenih funkcija, a takva reakcija se još naziva i mamurlukom (2).

Alkohol je u društvu prihvaćen što je jedan od glavnih razloga zašto se ovisnost o alkoholu ne smatra bolešću.

2. CILJRADA

Cilj ovog rada je opisati razvoj ovisnosti o alkoholu prema Jellinekovoju shemi, opisati novije smjernice za postavljanje dijagnoze i liječenje ovisnosti o alkoholu. Cilj je objasniti ulogu medicinske sestre u dijagnosticiranju i zbrinjavanju hitnih stanja koja su posljedica konzumiranja alkohola, te navesti sestrinske dijagnoze koje su prisutne kod hitnih stanja u ovisnika o alkoholu.

3. METODE

Metode rada koje su korištene prilikom pisanja rada su proučavanje i sažimanje stručne i znanstvene literature na engleskom, hrvatskom i srpskom jeziku. Literatura je bila iz područja psihijatrije, hitnih stanja u psihijatriji te sestrinstva. Pisanje rada je započeto nakon dobro proučene literature koja se može pronaći u knjižnicama studija ili gradskim knjižnicama, te na internetskim stranicama poput Pub Med-a, Hrčka, Crosbi i slično. Na internetskim stranicama najčešće su bili pretraživani pojmovi: alkohol, uloga medicinske sestre i hitna stanja alkoholizma. Kroz raspravu je opisana ovisnost o alkoholu, kako alkohol utječe na mlade, epidemiološki podaci, te novije smjernice u dijagnostici i liječenju ovisnosti. U nastavku je opisana uloga medicinske sestre u hitnim stanjima koja nastaju uslijed korištenja alkohola i sestrinske dijagnoze vezane uz isto.

4. OVISNOSTO ALKOHOLU

Alkohol je jedna od najčešćih supstanca koje potiču ovisnost kod ljudi. Ovisnost o alkoholu je najstarija opisana ovisnost u povijesti čovječanstva, te ona nastaje zbog prekomjernog konzumiranja alkoholnih pića neprekidno kroz duži period. Prema SZO osobu koja dugotrajno i prekomjerno konzumira alkohol, koja je razvila ovisnost o alkoholu, ima poremećaje ponašanja, te kod koje su se razvila psihička i fizička oštećenja, nazivamo alkoholičarom (3). Postoji fizička, psihička i miješana ovisnost, prvo nastupa psihička ovisnost koja se očituje gubitkom kontrole nad popijenom količinom alkohola, a fizička ovisnost je kada osoba nije u mogućnosti postići apstinenciju (4). Postoje teorije o nastanku ovisnosti o alkoholu, a to su biološka, socijalna i psihološka. Biološka teorija objašnjava kako postoji genetska predispozicija za nastanak ovisnosti o alkoholu. Socijalna teorija razmatra da je ovisnost nastala radi utjecaja običaja i okoline pa osoba pije radi uklapanja u okolinu. Psihološka teorija objašnjava da osobe konzumiraju alkohol kako bi se osjećale smirenije, kako bi smanjile stres i anksioznost. Dugotrajnom konzumacijom alkohola mogu se razviti razne psihičke i fizičke komplikacije (3,4).

Fizički se mogu zamijetiti promjene na vratu i obrazima gdje se mogu pojaviti *spider nevusi*. Javljaju se i oštećenja gastrointestinalnog sustava poput proširenja vena jednjaka, oštećenja ždrijela, gastritis, mršavljenje kao posljedica slabe apsorpcije hranjivih tvari, te dijabetes kao posljedica promjena na gušterači (3,4). Proširenje vena jednjaka je opasna komplikacija zbog mogućnosti pojave krvarenja koje može dovesti i do smrti. Komplikacije mogu biti vezane i za kardiovaskularni sustav pa se onda javlja hipertenzija, otežan rad srca, kardiomiopatija. Moguća je pojava smanjene seksualne potencije. Najteža tjelesna komplikacija je ciroza jetre, oštećenje jetrenog tkiva koje zahtjeva bolničku skrb. Alkohol dovodi i do imunološkog propadanja što je razlog čestog obolijevanja alkoholičara. Oštećenja živčanog sustava se očituju polineuropatijom koja se javlja kod 90% ovisnika o alkoholu (3,4).

Psihičke komplikacije koje se pojavljuju kod alkoholičara su: halucinacije, sumanutost, pogrešno prepoznavanje, psihomotorni nemir, te patološka ljubomora koja je uvjetovana smanjenom seksualnom potencijom. Sindrom amnezije ili Korsakovljeva alkoholna psihoza je psihička komplikacija koja se manifestira smetnjama u pamćenju, dezorijentacijom, razdražljivošću, nemirom, te konfabulacijom (3). Psihičko stanje koje nastaje zbog ustezanja od alkohola je delirium tremens. Delirij se očituje smetenošću, dezorijentacijom, pojačanom

agitacijom, halucinacijama, tahikardijom, pojačanim znojenjem, hipertermijom, te hipertenzijom (4).

Ovisnost o alkoholu je javnozdravstveni problem, a osobe koje su ovisne o alkoholu najprije propadaju socijalno, psihološki. Razvoj ovisnosti o alkoholu opisao je Morton Jellinek, u istraživanjima koje je proširio i usavršio 1952. godine. Shema koju je opisao poznata je kao „Jellinekov trapez“, a on se sastoji od: faze društvene potrošnje, faze alkoholizma (koja se još naziva i fazom baždara), i faze nepovratnih oštećenja (5). Ovisnike o alkoholu podijeliti možemo i u šest skupina alkoholičara čija se imena navode grčkim alfabetom, Jellinek je opisao alfa, beta, gama, delta skupine, a kasnije je Hudolin dodao epsilon i zeta skupine (6).

Alfa alkoholičari su skupina alkoholičara koji piju kako bi smanjili negativne tegobe, bile one fizičke ili psihičke. Oni su psihički ovisni, te ne gube kontrolu niti nemogućnost apstinencije. Alfa alkoholičari mogu imati probleme u međuljudskim odnosima, te svakako imaju rizik za prelazak u teže stadije alkoholizma (7,8).

Beta skupina alkoholičara također imaju narušene međuljudske odnose, bilo u obitelji ili na poslu, u društvu. Mogu razviti tjelesne komplikacije konzumiranja alkohola, kao što su: gastritis, polineuropatija i ciroze jetara. Zdravstvene poteškoće koje se javljaju su povezane s metaboličkim promjenama, koje nastaju jednoličnim i lošim načinom prehrane. Beta skupina alkoholičara umiru u mladoj dobi. Nije razvijena ni psihička ni fizička ovisnost te nema smetnji apstinencijskog tipa no i oni mogu prijeći u teže oblike alkoholizma (7,8).

Gama skupina alkoholičara je sklona gubitku kontrole nad alkoholom, kada popije prvu čašicu onda pije do potpunog pijanstva, ali ima sposobnost apstinencije kako ne bi došlo do apstinencijskog sindroma. Povećava im se tolerancija na alkohol i prilagodba samog organizma na alkohol. Ova skupina se ubraja u teže oblike alkoholizma te postoje i fizička i psihička ovisnost. Narušeni su im međuljudski odnosi i mijenjaju svoje ponašanje, vrlo su agresivni (7,8).

Delta skupina alkoholičara je ovisna i psihički i fizički, radi stabilnog konzumiranja imaju veću toleranciju te im je organizam adaptiran na alkohol. Ukoliko naglo prestanu konzumirati alkohol, javljaju im se apstinencijski simptomi, nisu u mogućnosti apstinirati. Mogu se pojaviti i oštećenja organa kao posljedica konzumiranja alkohola. Ova skupina alkoholičara je mirnija u ponašanju (7,8).

Epsilon alkoholičari su poznati i pod nazivom periodični alkoholičari, odnosno u kliničkoj praksi Europe i Latinske Amerike se taj oblik alkoholizma definira kao dipsomanija. Dipsomanija je klinički oblik kada bolesnik u kraćem ili dužem vremenskom razmaku ima

intenzivnu želju za alkoholom. Tada se javlja intenzivno konzumiranje alkoholnih pića koje može dovesti do psihosomatske dekompenzacije (7,8).

Zeta skupina alkoholičara karakterizira to što kod nedostatka alkoholnih pića bolesnici koriste zamjene. Kroz duži period konzumiranja alkoholnih pića, kod ove skupine je dovoljna i mala količina alkohola nakon koje se javljaju upadljive promjene ponašanja koje su često praćene agresijom (7,8).

4.1. Mladi i alkohol

Mladima je alkohol atraktivan jer se konzumiranjem alkohola privremeno osjećaju manje anksioznima i povećava im se samopouzdanje. S obzirom da je legalan i lako dostupan, popularan je kod mlađih ljudi i adolescenata. Alkohol je najčešće prvo sredstvo ovisnosti s kojima mladi dolaze u kontakt i s kojim se najčešće prvi put susretnu u obiteljskom okruženju, ponuđen od strane roditelja ili rodbine (9,10). Neki od čimbenika vezanih uz obitelj, a koji mogu utjecati na sklonost mladih da konzumiraju droge i alkohol mogu biti: odobravanje pijenja alkohola unutar obitelji, manjak odnosa među djecom i roditeljima, nefunkcionalna obitelj, otežan odgoj djece zbog teškog karaktera ili poteškoća u ponašanju (10). Prema istraživanjima oko 10% mladih koji češće piju u adolescenciji, dalje u životu postanu ovisni o alkoholu (11). S obzirom da alkohol ima utjecaj na mozak, konzumiranje u toj dobi može usporiti kognitivni, psihoemocionalni i fizički razvoj mladih. Kod mladih ljudi, kao i kod odraslih, konzumiranje alkohola utječe na sposobnosti donošenja odluka i percipiranja realnosti. Prigodno stariji adolescenti piju veće količine alkohola nego odrasli (11,12,13). Opijanje alkoholom kod adolescenata može rezultirati: mamurlukom, zanemarivanjem školskih obaveza i slabim uspjehom, gubitkom pamćenja, konfliktima s vršnjacima, smatranjem da je alkohol prijeko potreban za zabavu, rizičnim seksualnim ponašanjima, osjećajem depresije, te mislima o samoubojstvu (14).

Ekscesivno epizodičko pijenje je kada osoba u jednoj prigodi konzumira šest i više alkoholnih pića, odnosno 60 grama čistog alkohola. Uzimajući to u obzir pretpostavljamo da jedno piće ima 10 grama čistog alkohola, a jedno standardno piće koje ima 10 grama čistog alkohola su žestoka piće od 0,03 L, piva od 0,25 L, ili vina 0,125 L (15).

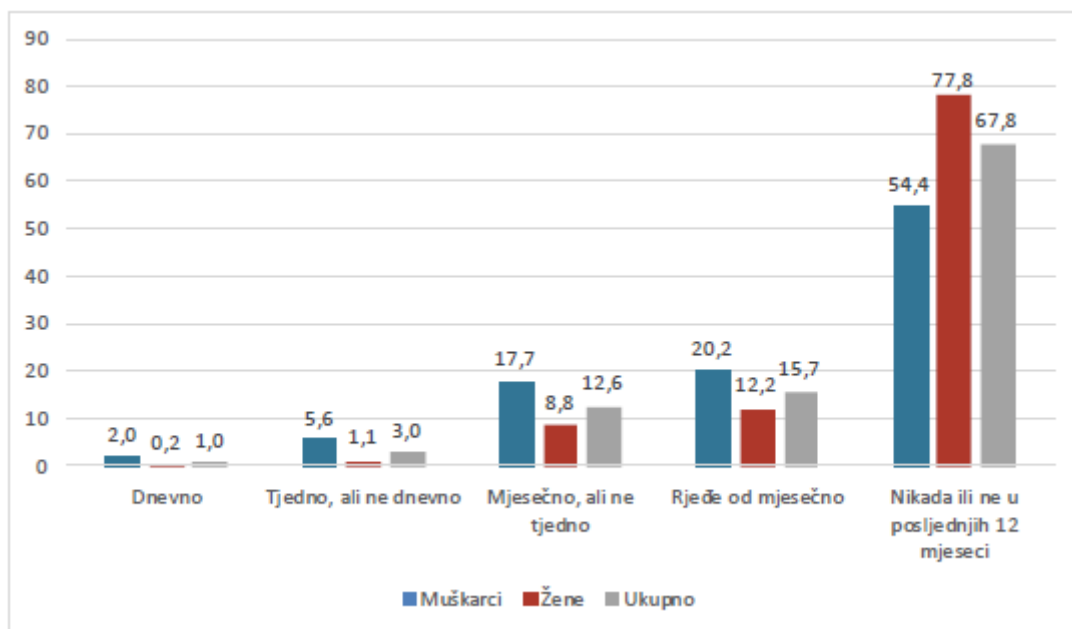
4.2. Epidemiologija ovisnosti

U zemljama širom svijeta zlouporaba alkohola predstavlja jedan od vodećih uzroka bolesti, ozljeda i smrti. Povezano je i s društvenim problemom ozljeda i smrti nastalih prometnim nesrećama zbog vožnje u pijanom stanju ili nasiljem. Alkohol povećava rizik i učestalost za obiteljskim nasiljem, seksualnim nasiljem i nasiljem među mladima. Žrtve nasilja potaknuto alkoholom su uglavnom žene i djeca. Alkoholikarima se životni vijek skraćuje za otprilike 10 do 15 godina. Prema SZO prometne nesreće koje su uzrokovane alkoholom iznose oko 60% od ukupnih prometnih nesreća. Alkohol je jedan od vodećih uzroka suicida čak 25% suicida ima za uzrok alkoholizam. Prema podacima WHO-a u 2016. godini bilo je čak 57% ukupne populacije, (3,1 bilijuna ljudi) ljudi starijih od 15 godina, koji su u zadnjih 12 mjeseci apstinirali od alkohola (16,17). Prema tim istim podacima 2,3 bilijuna ljudi su pili alkohol. Konzumacija alkohola po glavi stanovnika starijih od 15 godina se povećala sa 5,5 litara čistog alkohola u 2005. do 6,4 litara u 2010. te se tako zadržala do 2016 (16). Najviše se po glavi stanovnika pije u europskoj regiji koju pokriva WHO (16). Širom svijeta 44,8% konzumacije alkohola je u obliku žestokih alkoholnih pića, drugo mjesto sa 34,3% zauzimaju razne vrste piva, te na trećem mjestu se nalazi vino koje zauzima 11,7% ukupne konzumacije alkohola (17).

U 2019. godini prema zakonskim okvirima Europske unije izvršen je treći ciklus Europske zdravstvene ankete (EHIS 3). U Hrvatskoj anketu provodi HZJZ u suradnji s domovima zdravlja i patronažnom službom, županijskim zavodima za javno zdravstvo, Državnim zavodom za statistiku i Ministarstvom zdravstva. Model zdravstvenog stanja sadrži i podatke o konzumaciji alkohola. Hrvatska se, prema podacima ankete, nalazi u prvih pet država što se tiče konzumacije alkohola dnevno s incidencijom od 10,2%. Portugal predvodi s incidencijom od 20,7% (15). Prema podacima o osobama koje nisu konzumirale alkohol u zadnjih 12 mjeseci ili uopće ne konzumiraju alkohol, 38,3%, Hrvatska se nalazi na prvom mjestu među članicama EU (15). U Turskoj postotak osoba koje nisu pile u zadnjih 12 mjeseci ili ne konzumiraju uopće 85,1%, a u Srbiji 50,7%, ove zemlje nisu dio EU, ali su sudionici EHIS istraživanja (15,16). Veći dio hrvatske populacije pije alkoholna pića tjedno (17,9%) i mjesečno (21%) (15). Muškarci piju više nego žene, u Hrvatskoj 18,2% muškaraca pije svaki dan, 26,5% pije barem jednom tjedno i 21% njih pije manje od jednom tjedno. S druge strane, više od polovice žena, 63,4%, nikada ili rijetko pije alkohol, njih 20,9% pije manje od jednom tjedno i 15,7% pije barem jednom tjedno ili svaki dan (15). Trenutno u svijetu više od četvrtine (26,5%) osoba u dobi 15-19 godina koje

konzumiraju alkohol odnosno 155 milijuna adolescenata širom svijeta (16,17). U europskoj regiji koju pokriva WHO, 43,8% populacije koja konzumira alkohol su mladi u dobi od 15-19 godina, dok ta ista populacija u Americi zauzima 38,2%, a u Zapadnoj regiji Tihog oceana iznosi 37,9% (17,18). U Europi, 2019. godine, svakodnevno je alkohol konzumiralo 13% muških osoba, a 4,1% ženskih (18).

Podaci vezani za svakodnevno ekscesivno epizodično pijenje u Hrvatskoj iznose 1%, oko 3% populacije to provodi jednom tjedno, a mjesečno 12,6% (15,18). Prema podacima prigodno, manje od jednom mjesečno ekscesivno pije alkohol 15,7% populacije Hrvatske, a više od polovice 67,8% nije nikad ili ne u posljednjih 12 mjeseci ekscesivno konzumiralo alkohol (Slika 1.) (15,18). Prema Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo osobe nižeg obrazovanja sklonije su pijenju šest ili više alkoholnih pića prigodno, jednom mjesečno te je u Hrvatskoj zabilježena veća razlika između višeg i nižeg obrazovanja (15).



Slika 1. Ekscesivno epizodično pijenje u posljednjih 12 mjeseci (%) (15).

4.3. Postavljanje dijagnoze ovisnosti o alkoholu

Postavljanje dijagnoze alkoholizma se provodi sa dvije klasifikacije poremećaja: „Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih bolesti (MKB-10)“ i „Dijagnostički i statički priručnik za duševne poremećaje (DSM 5)“, u kojima se razlikuje ovisnost o alkoholu i zlouporaba alkohola (19). U kliničkoj praksi Republike Hrvatske više se primjenjuje MKB-10 klasifikacija. U DSM 5 klasifikaciji navedeno je 11 kriterija prema kojima se dijagnosticira alkoholizam, a ukoliko su dva pozitivna smatra se alkoholizmom. Kriteriji su:

1. „Pijenje više, odnosno dulje nego što se nastojalo
2. Višekratna namjera smanjivanja, odnosno prestanak pijenja, ali bez uspjeha
3. Veliki utrošak na sam čin pijenja – pronalaženje alkohola, korištenje te oporavak od pijenja
4. Žudnja, odnosno potreba za alkoholom
5. Negativne posljedice kod kuće, na poslu ili u obrazovanju zbog korištenja alkohola
6. Nastavak pijenja bez obzira na negativne posljedice
7. Odustajanje od osobno važnih aktivnosti radi mogućnosti pijenja
8. Nastavak pijenja, čak i nakon što se osoba dovela u životno ugrožavajuću situaciju
9. Nastavak pijenja, čak i nakon dijagnoze medicinskog poremećaja (psihičkog ili tjelesnog) koji je uzrokovan samim pijenjem
10. Potrebna je sve veća količina alkohola da bi se postigao željeni učinak (tolerancija)
11. Pojava simptoma ustezanja, koji nestaju nakon ponovnog pijenja.“ (19)

Teško je definirati dijagnozu alkoholizma. Postavljanje dijagnoze uvijek zahtijeva uzimanje detaljne anamneze i heteroanamneze. Anamnezom se uočavaju simptomi koje alkoholičar ima, a pomoću kojih se može utvrditi ovisnost. Neki od simptoma su žudnja, porast tolerancije na alkohol, simptomi apstinencije, zanemarivanje apstinencijskih simptoma, te nastavak pijenja kako bi se simptomi ublažili. Uzimanje anamneze može se provoditi raznim upitnicima, a među najpoznatijima su CAGE i AUDIT test (20,21). CAGE upitnik se sastoji od

četiri pitanja, gdje svaki potvrđan odgovor iznosi jedan bod. Ukoliko su dva potvrđna odgovora prisutna mogu upućivati na alkoholizam te je potrebno napraviti dodatne pretrage. Time se određuje i intenzitet ovisnosti, viši broj bodova označava jači intenzitet (22). Ime upitnika je skraćena za tih četiri pitanja:

- „C – cut down, smanjiti. Jeste li u posljednje vrijeme razmišljali o potrebi smanjenja pijenja?
- A – annoyed, uzemiren. Jeste li se u posljednje vrijeme osjećali uznemireno primjedbama iz okoline o konzumiranju alkohola?
- G – guilty, krivnja. Jeste li u posljednje vrijeme osjećali krivnju u vezi pijenja?
- E – eye opener, presudni trenutak. Jeste li pili alkoholno piće rano ujutro kako biste popravili raspoloženje, smirili živce ili se riješili mamurluka?“ (23).

AUDIT upitnik (eng. *Alcohol Use Disorders Identification Test*) koristi se u svrhu prepoznavanja osoba koje imaju rizik i štetno koriste alkohol te osoba koje su već u nekoj fazi ovisnosti. Jedan je od najtočnijih testova koji se provode. Upitnik ima deset pitanja na koja osoba odgovara sa brojevima na skali od 0 do 4 (24). Prva tri pitanja (Slika 2.) odnose se na procjenu rizičnog konzumiranja, pitanja 4-6 povezana su sa simptomima ovisnosti, te pitanja 7-10 se odnose na prepoznavanje štetnih učinaka alkohola, najveći rezultat je 40. Ako je ocjena na prva tri pitanja između 0 i 4 to označava da je pijenje niskog rizika te se nastavlja sa uobičajenim savjetovanjem, a ako je ocjena između 5 i 12 postavljaju se preostalih sedam pitanja. Ukoliko nema znakova ovisnosti ili nema prijašnje ovisnosti, a rezultat je između 5 i 7, osobi se daju povratne informacije na principu izmamiti – pružiti – izmamiti, a povezane su uz štetnost alkohola i kako smanjiti ili prestati (24,25).

AUDIT C	BODOVI					
	0	1	2	3	4	Ocjena
1. Koliko često pijete alkoholna pića?	Nikad	Mjesečno ili manje	2–4 puta mjesečno	2–3 puta tjedno	4 ili više puta tjedno	
2. Koliko standardnih pića alkohola (10 grama) pijete na tipičan dan kada pijete?	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 9	10 i više	
3. Koliko često ste popili 6 ili više standardnih pića alkohola (60 grama) u jednoj prilici u posljednjih godinu dana?	Nikad	Manje od jednom mjesečno	Jednom mjesečno	Tjedno	Svaki dan ili skoro svaki dan	
Ukupno						

Slika 2. AUDIT C upitnik (25).

Dijagnostika se provodi i putem laboratorijskih nalaza i dijagnostičkih pretraga poput CT-a, MR-a, EEG-a, ultrazvuka jetre i gušterače, te neurološkog pregleda. Jedna od laboratorijskih pretraga koja se provodi je kompletna krvna slika gdje se posebno gleda srednji korpuskularni volumen eritrocita koji je uobičajeno povišen kod alkoholičara radi mogućnosti razvoja megaloblastične anemije, te se pregledava kolika je koncentracija etanola u krvi (26). Nadalje važno je pregledati jetrene enzime gama-glutamilttransferazu (GGT), aspartat amilottransferaza (AST) i alanin aminotransferaza (ALT) jer se kroz jetru metabolizira najveća količina alkohola (26,27). Još neke laboratorijske pretrage koje se mogu uzeti u obzir prilikom postavljanja dijagnoze su serumski ugljikohidratni transferin (s-CDT) koji nije baš pouzdan jer kod žena vrijednosti puno variraju i fostatidiletanol (PEth) koji je najpouzdaniji i najosjetljiviji od svih pretraga jer se inače ne stvara u tijelu već se metabolizira iz etanola pa zato nisu mogući lažni rezultati. Povišene vrijednosti PEth u organizmu prikazuju povišen unos alkoholnih pića u posljednja dva tjedna. Dijagnostičke pretrage koje se još mogu odraditi su CT mozga kako bi se provjerilo je li atrofirao ili je oštećen frontalni režanj, te EEG ukoliko se javi alkoholna epilepsija koja može biti komplikacija dugoročnog konzumiranja alkohola (28).

4.4. Liječenje ovisnosti o alkoholu

Glavni cilj u liječenju alkoholizma je trajna apstinencija odnosno odricanje, suzdržavanje od alkohola, a uz apstinenciju cilj je i rehabilitacija te resocijalizacija bolesnika. Ova bolest se ne odražava samo na pojedinca već i na njegovu obitelj, zato je iznimno važno uključiti i obitelj kako bi se vratio sklad i poboljšali odnosi unutar obitelji. Prije samog liječenja potreban je potpuni pregled i obrada bolesnika kako bi se vidjela sva oštećenja i tegobe koje bi mogle otežati proces liječenja (29). Oporavak je dugotrajan i mukotrpan za osobu radi promjene stila života i prihvaćanja novih vrijednosti. Alkoholizam je mentalna bolest stoga veliki značaj u liječenju ima psihijatrijski sustav, u kojem se koriste razne metode psihoterapije i socioterapije, ali i farmakoterapija (29). Kako će liječenje napredovati ovisi o odluci i upornosti bolesnika, ali i o stupnju alkoholizma. U tom procesu je važna i podrška obitelji i prijatelja. Liječenje se provodi kroz ambulante, bolnice, dnevne bolnice, uključivanjem u razne udruge i klubove liječenih alkoholičara (KLA). Početak procesa liječenja zna biti težak zato što su bolesnici prisiljeni na liječenje od strane obitelji, prijatelja, zbog zdravstvenog stanja ili kaznenog postupka. Alkoholičari dolaze u pratnji obitelji ili policije na odjel kad su u lošem stanju, ukoliko imaju apstinencijske smetnje ili neku vrstu tjelesne ozljede. U tijeku liječenja moguća je pojava recidiva što je i sastavni dio bolesti. U Hrvatskoj se primjenjuje model liječenja prema Hudolinu koji se sastoji od socio-psihijatrijskih postupaka poput: farmakoloških postupaka, psihoterapije, bihevioralne terapije, radne terapije, obiteljske terapije, socioterapije, te klubova liječenih alkoholičara (29, 30).

U bolnici se kao prvi korak u liječenju provodi detoksikacija kojom se uklanja ili smanjuje toksično djelovanje alkohola. Detoksikacija se provodi davanjem raznih dodataka poput vitamina B i C, te pripravcima koji se daju parenteralno, a pomažu u zaštiti jetre i glukoze (30). Od vitamina daju se piridoksin (B₆) i tijamin (B₁). Akutna intoksikacija zahtjeva primjenu 37% glukoze i vitamina piridoksin, tijamin, te vitamin C (31). Primjenjuju se sredstva koja smanjuju želju za alkoholom poput naltreksona i akamprosat, sredstvo koje pomaže u održavanju apstinencije disulfiram, sedativi te antidepresivi (30,31).

Naltrekson ili ReVia se veže na receptore koje blokira otpuštanje endogenih opioida te tako smanjuje osjećaj zadovoljstva koji alkohol donosi (31). Doze u kojima se pokazao učinkovitim za smanjivanje želje i zadržavanje apstinencije su od 50 do 100 miligrama dnevno, primjenjivano per os (1x dnevno) (31, 32). Primjena ovog lijeka trebala bi započeti tek nakon što osoba više nije fizički ovisna o alkoholu ili ostalim supstancama. Nuspojave koje se

mogu javiti, prilikom istovremenog konzumiranja alkohola i naltreksona, su: slabost, glavobolja, mučnina i povraćanje (31,32).

Akamprosat ili Campral je lijek koji utječe na žudnju za alkoholom i reducira negativne učinke koji se pojavljuju apstinencijom. Najčešće se koristi kod liječenih alkoholičara tijekom savjetovanja i resocijalizacije, kako ne bi iznova započeli s konzumacijom alkohola. Dnevna dozvoljena doza je od 1300 do 2000 miligrama primjenjivano per os (3x dnevno). Bolesnici ga vrlo često izbjegavaju radi višednevne primjene (31,33).

Disulfiram ili poznatijim kao Antabus, Tetidis, Esperal. Lijek je potrebno uzimati od šest mjeseci do jedne godine u dozi od 250 do 500 miligrama dnevno (u obliku tableta), primjenjuje se per os (1x dnevno) (31,34). Antabus nije preporučljivo davati svim pacijentima već postoje faktori prema kojima se određuje kome se može dati, a to su: GGT u vrijednostima do 100 U/L, psihički očuvani pacijenti, važno je da imaju podršku obitelji jer je obitelj ona koja nadgledava uzimanje lijeka. Osobama sa teškim žudnjama, oštećenjima jetre, bolestima srca, epilepsijom ili nekom težom sistemskom bolesti nije preporučljivo davati disulfiram. U kombinaciji i s malom količinom alkohola može izazvati neugodne simptome, koji se očituju kao: crvenilo, tjeskoba, slabost, znojenje, palpitacije, tahikardija, hipertenzija, bol u prsima, dispnea, hiperventilacija, a mogu se javiti i po životno ugrožavajuće komplikacije (31,34). Navedeni neugodni simptomi mogu nastati unutar 10 do 30 minuta nakon što alkohol stigne u organizam te mogu potrajati i do nekoliko sati (31,34). Ukoliko su neugodni simptomi blaži onda se ne primjenjuje terapija, a ukoliko su jači daje se vitamin C intravenski ili antihistaminici. Obitelj i bolesnik moraju biti upućeni na djelovanje disulfirama te koje neugodne simptome može prouzročiti u kombinaciji s alkoholom. Osim obitelji, medicinska sestra u dnevnoj bolnici također može nadgledavati uzimanje antabusa (31,34).

Sedativi i antidepresivi daju se kako bi se smanjila anksioznosti i depresija koje se često javljaju u komorbiditetu s ovisnošću. Depresija i anksioznost se najčešće javljaju u prvim danima apstinencije (31). Benzodiazepini su prvi izbor sedativa koji se primjenjuju, u dozi od 5 do 10 miligrama 3-4x dnevno, te je iznimno važno pratiti njihovo uzimanje. Kako su depresivne epizode dosta česte, važna je primjena antidepresiva kao što su tianeptin i trazodon. U slučajevima povećane agitacije i psihomotornog nemira primjenjuje se haloperidol (31).

4.4.1. Psihološki postupci

Psihološki postupci se sastoje od niza psiholoških intervencija koje započinju već od samog početka liječenja i traju do kraja procesa. Psihološki postupci koji se provode su: motivacijski intervju, kognitivno bihevioralni pristup, psihoterapija (grupna i individualna), resocijalizacija, edukacija i obiteljska terapija (31,35). Psihološkim postupcima se promatra pojedinca, njegova uvjerenja i ponašanje, na koji način sudjeluje u društvu, kakvi su odnosi u obitelji, kulturne čimbenike, te odnos prema apstinenciji i recidivu. Terapijski program je usredotočen na unapređenje životnih situacija u kojima se nalazi bolesnik i napredovanje u interpersonalnom odnosu. Temelj kognitivno bihevioralnog pristupa je pretpostavka kako je ovisnost ustvari naučeno ponašanje te da apstiniranje i liječenje potiču promjenu ponašanja tijekom pijenja u prihvatljivije ponašanje. Intervencije koje se provode su: vježbe kontrole bijesa, vježbe opuštanja, kognitivno restrukturiranje, te poboljšavanje socijalnih vještina i vještina rješavanja problema (31). Kod prvog razgovora s bolesnikom potrebno ga je informirati o njegovom trenutnom stanju koje može rezultirati zdravstvenim poteškoćama, obiteljskim problemima, te socio-ekonomskim problemima. U tijeku razgovora važno je stvoriti profesionalan odnos i odnos povjerenja kako bi mogli motivacijskim razgovorom potaknuti motivaciju bolesnika za liječenjem i promjenama ponašanja (36). Motivacijski razgovor je važan faktor u liječenju ovisnika o alkoholu.

Grupna psihoterapija je jedna od važnijih metoda izbora u liječenju osoba ovisnih o alkoholu. Ona pruža proces socijalizacije, fenomen zrcala (osoba percipira svoje probleme iz tuđe pozicije), identifikaciju s drugima, grupu kao kondenzator, te grupu kao podrška (31,36,37). Grupa bolesniku predstavlja sigurnost jer unutar grupe lakše razrješava svoje nesigurnosti, nelagode i anksioznost, a ponekad i acting out-e. Najčešće se grupna psihoterapija provodi s 10-15 članova, i s hospitaliziranim i s ambulantnim bolesnicima (31,36,37).

Terapijska zajednica zauzima poseban značaj u liječenju ovisnosti o alkoholu, posebno u grupnoj psihoterapiji. Pokazala se kao najučinkovitiji sustav u procesu liječenja poremećaja koji su nastali kao posljedica alkoholizma (31,36,37). Terapijska zajednica iziskuje terapijski tim koji čine liječnik, psiholog, medicinska sestra, radni terapeut, te socijalni radnik. Načela terapijske zajednice su: preodgoj, očuvanje dobrih međuljudskih veza, povećanje motivacije grupe, veća informiranost o bolesti, te manja usamljenost pojedinaca (36,37). Medicinska sestra ima ulogu uspostavljanja odnosa povjerenja, stvaranje pozitivnog raspoloženja, održavanja ravnopravnosti u komunikaciji, poštovanja svih pacijenata, te poticanje pacijenata na aktivno sudjelovanje u

terapiji. Medicinska sestra mora biti kompetentna za stvaranje terapijskog odnosa i komunikacije (37).

4.4.2. Obiteljska terapija

Glavni cilj obiteljske terapije je da se poboljšaju odnosi unutar obitelji, stvaranje sklada, te da članovi obitelji prepoznaju alkoholizam kao njihov zajednički problem (36,37). Obiteljska terapija može se provoditi: sa svim članovima ili kombinacija članova, individualno gdje se povremeno mogu uključiti i drugi članovi, te više obiteljska gdje je istovremeno više obitelji (36,37). Oblici rada koji se koriste u terapiji su socijalni, obrazovni i terapijski. Članovi obitelji moraju poraditi na tome da promjene svoje ponašanja te da sudjeluju u održavanju apstinencije. Nekada u terapiji ne mogu sudjelovati svi članovi radi jako narušenih odnosa na kojima je potrebno duže vrijeme poraditi. Obitelji se vrlo često srame alkoholičara, a neke obitelji ne vjeruju u učinkovitost liječenja. Obiteljska terapija se provodi u sklopu dnevne bolnice i u klubovima liječenih alkoholičara (36,37).

4.4.3. Klubovi liječenih alkoholičara

Klubovi liječenih alkoholičara (KLA) imaju veliku ulogu u resocijalizaciji i rehabilitaciji alkoholičara. U Hrvatskoj se 1964. godine osnovao prvi klub liječenih alkoholičara u sklopu „Klinike za psihijatriju Kliničke bolnice Sestre milosrdnic e“ (38,39). Za osnivanje kluba zaslužan je rad Zagrebačke alkohološke škole koju je predvodio profesor Vladimir Hudolin. Na početku su se klubovi bavili isključivo održavanjem apstinencije i mijenjanjem ponašanja članova. Kasnije profesor Hudolin uvodi i obiteljsku terapiju (38,39). KLA je zajednica više obitelji ovisnika o alkoholu koja je formulirana na načelo samopomoći i uzajamne pomoći. Klubovi okupljaju 10-12 obitelji te je preporučeno vrijeme pohađanja 5 godina jer se to smatra potrebnim vremenom za promjenu ponašanja, životnog stila i resocijalizacije (38). Ciljevi KLA su: održavanje apstinencije, uključivanje obitelji u rad kluba, unapređenje komunikacije ovisnika s obitelji, poticanje na stvaranje kvalitetnijih odnosa na poslu i u društvu, povećanje samopouzdanja i zadovoljstva samim sobom, osiguravanje minimalnog broja recidiva, te osvješćivanje zajednice o ovisnosti (39). Učlaniti

se može svaka osoba koja za sebe smatra da ima problem s alkoholom. Liječeni alkoholičari koji su članovi kluba pomažu novim članovima u liječenju. Svaki član kluba liječenih alkoholičara mora naučiti preuzimati odgovornost za svoje postupke (39). Klubovi liječenih alkoholičara su dobrovoljne organizacije koje se mogu osnovati u sklopu zdravstvenih ustanova, mjesnih zajednica, radnim organizacijama, te kao samostalna udruženja. Medicinska sestra u klubovima ima ulogu edukatora i katalizatora promjena ponašanja članova. Važno je da uspostavi odnos povjerenja i da ima individualan pristup prema svakom ovisniku o alkoholu, također da motivira članove u uključivanje u zdrave grupe gdje će mu biti pružena potrebna podrška i pomoć (37). Medicinska sestra mora imati potrebno znanje, iskustvo i motivaciju za rad s ovisnicima o alkoholu. Ona provodi edukaciju društva o mogućim problemima koji nastaju konzumacijom alkohola (37).

4.5. Sestrinske dijagnoze i intervencije

Sestrinske dijagnoze koje su česte kod ovisnika o alkoholu su nemotiviranost za liječenjem, poremećaj prehrane, nezdravstveno ponašanje, disfunkcionalni obiteljski odnosi, kronično nisko samopouzdanje, nesаница, anksioznost, te neupućenost (3,46,47,48).

Nemotiviranost za liječenjem – Alkoholičari su na liječenje prisiljeni od strane obitelji, zdravstvenog stanja, sudskih mjera, posla – prijetnje otkazom, a rijetko se i sami odluče na liječenje. Medicinska sestra mora iskoristiti bilo koji poticaj da bi uključila bolesnika u liječenje i kako bi ostao u liječenju. Intervencije koje medicinska sestra provodi kako bi povećala motivaciju kod ovisnika su:

- „stvoriti odnos povjerenja,
- koristiti holistički pristup,
- poticati ovisnikovu aktivnu ulogu u procesu liječenja,
- uključiti ovisnika u psihosocijalni program aktivnosti,
- omogućiti i poticati komunikaciju s bolesnicima koji imaju iste
- probleme kako bi ovisnik stekao uvid u svoje ponašanje,

- prihvatio sebe i svoju bolest,
- poticati verbaliziranje problema i pomoći ovisniku da sam
- prepozna problem,
- poticati ovisnikovo samopoštovanje,
- osigurati privatnost,
- isticati važnost resocijalizacije i reintegracije u obitelj, radnu
- sredinu i društvo u cjelini,
- poticati preuzimanje uloga i odgovornosti u terapijskoj zajednici,
- pomoći ovisniku stvoriti novi sustav vrijednosti,
- poticati ga da promijeniti stare obrasce ponašanja,
- educirati ovisnika o njegovoj bolesti i posljedicama koje ista nosi,
- educirati ovisnika o terapiji i načinima liječenja,
- objasniti važnost obiteljske terapije i aktivno sudjelovanje
- članova obitelji“ (3).

Poremećaj prehrane – Vidljivo je mršavljenje kod bolesnika, blijede konjunktive, opća slabost, slab mišićni tonus, neouropatija, te neravnoteža elektrolita. Intervencije koje provodi medicinska sestra su:

- „U suradnji s nutricionistom utvrditi broj kalorija potrebnih za ispravnu prehranu i realističan povratak kilograma (ovisno o tjelesnoj građi i visini).
- Strogo dokumentirati unos, iznos i broj kalorija. Te su informacije potrebne kako bi se provela točna nutritivna procjena i pacijent održao sigurnim.
- Dnevno vaganje pacijenta. Gubitak ili povećanje kilograma važan su dio praćenja napretka.

- Utvrditi što pacijent voli ili ne voli jesti i surađivati s nutricionistom kako bi se omogućila pacijentu najdraža hrana.
- Omogućiti manje i češće porcije hrane, kao i mali obrok prije spavanja, radije nego tri veća jela na dan. Veće količine hrane mogu biti nepoželjne i čak netolerantne za pacijenta.
- Za poboljšanje nutritivnog stanja dati pacijentu dodatne vitamine i minerale prema uputi liječnika.
- Ukoliko je prikladno, upitati člana obitelji da donese hranu koju pacijent iznimno voli.
- Pratiti laboratorijske nalaze i prijavljivati važne promjene liječniku.
- Objasniti pacijentu važnost pravilne prehrane. Pacijent može ne imati dovoljno saznanja ili imati kriva saznanja o važnosti pravilne prehrane na cjelokupno zdravlje organizma“ (3).

Nezdravstveno ponašanje – Procjenjuje se kroz stil života, obrasce ponašanja, odbijanju liječenja zbog srama, neprihvatanja bolesti, straha od stigmatizacije i odbacivanju okoline. Intervencije su:

- „edukacija bolesnika,
- edukacija obitelji bolesnika,
- pomoć bolesniku pri suočavanju s bolesti,
- pomoć bolesniku pri mijenjanju stila života,
- pomoć bolesniku pri suočavanju s okolinom“ (3).

Disfunkcionalni obiteljski odnosi – Očituje se konfliktima, neuspješnim rješavanjem problema, poricanjem, otporom na promjene, narušenom komunikacijom, manipulacijom i kritiziranje. Intervencije su usmjerene na cijelu obitelj, a ne samo na bolesnika. Intervencije su:

- „Ispitati kako se članovi obitelji nose s pacijentovom ovisnošću
- Ispitati trenutno stanje obiteljskih odnosa

- Ohrabriti sudjelovanje u terapijskom pisanju
- Pružiti podršku pacijentu i članovima obitelji
- Uključiti obitelj u planove nakon otpusta pacijenta
- Poticati pacijenta i obitelj na uključivanje u udruge za samopomoć“ (3).

Kronično nisko samopouzdanje – Negativan stav prema sebi i svojim mogućnostima. Očituje se kroz autodestruktivno ponašanje, kritički i osuđujući stav, manjak odgovornosti, povlačenje u sebe, strahom od neuspjeha, postavljanjem previsokih ciljeva, te osjećajem bezvrijednosti. Intervencije medicinske sestre su:

- „Pomoći pacijentu da spozna i da se fokusira na vlastitu snagu i postignuća
- Poticati sudjelovanje u grupnim aktivnostima iz kojih pacijent može dobiti pozitivne reakcije i podršku okoline
- Pomoći pacijentu definirati područja vezana uz sebe koja želi promijeniti te mu pomoći
- pri rješavanju i dolasku do cilja
- Osigurati da terapijske skupine omoguće jednostavne metode postizanja ciljeva
- Učiti tehnike efikasne komunikacije i stavljanje naglaska na načine izbjegavanja osuđujućih izjava“ (3,48).

Neupućenost - Nedostatak znanja o efektima zlorabe supstanci na tijelo i njihova ometanja u postizanju i održavanju optimalnih životnih funkcija. Nezainteresiranost, zablude o zlorabi supstanci i negiranje rizika koje zloraba izaziva su najčešći razlozi neupućenosti. Intervencije medicinske sestre su:

- „Utvrđiti pacijentovu razinu znanja o posljedicama djelovanja alkohola na tijelo
- Pratiti pacijentovu razinu anksioznosti i spremnost na učenje
- Utvrđiti koje su metode učenja najpogodnije za pacijenta
- Započeti učenje jednostavnijih koncepata i postupno uvoditi složenije

- Zamoliti pacijenta da pokaže usvojeno znanje
- Uputiti pozitivan komentar za sudjelovanje i za točnu demonstraciju naučenog“ (3,47).

Nesanica – Poremećaj spavanja gdje je ili nezadovoljavajuća kvaliteta sna ili duljina spavanja. Problemi koji se javljaju su: buđenje u noći, teško usnivanje, umor i osjećaj iscrpljenosti. Intervencije medicinske sestre su:

- „Pokušati otkriti uzrok nesanice
- Pokušati ukloniti ili umanjiti uzrok nesanice
- Podučiti bolesnika o higijeni spavanja
- U suradnji s pacijentom napraviti dnevni plan aktivnosti
- Primijeniti noćnu medikaciju ako je propisana
- Podučiti pacijenta tehnikama relaksacije i opuštanja
- Pratiti kvalitetu i duljinu spavanja
- Sve evidentirati u sestrinsku dokumentaciju“ (3).

5. ULOGA MEDICINSKE SESTRE KOD HITNIH STANJA

Stanja koja se ubrajaju u hitna stanja kod ovisnika o alkoholu su akutna intoksikacija, patološko opito stanje, apstinencijske smetnje, te delirij.

5.1. Akutno opito stanje

Akutno opito stanje ili akutna intoksikacija alkoholom je ozbiljno hitno stanje koje se vrlo često javlja kod mladih osoba. Nastaje konzumacijom veće količine alkohola u kratkom roku, u kojem jetra ne može dovoljno brzo metabolizirati alkohol već alkohol i njegovi metaboliti ulaze u krv, a može se javiti i kod alkoholičara i onih koji nisu alkoholičari (41,42). Klinička slika ovisi o količini unesenog alkohola i brzini apsorpcije u organizam, na početku se javlja euforija koja s vremenom popušta dok ne dođe do pada raspoloženja i pospanosti. Mogu se pojaviti povraćanje, miris po alkoholu, nerazumljiv govor, dezorijentiranost, poremećaji ponašanja, gubitak svijesti, koma, oslabljen puls, duboko disanje, tahikardija, periferna vazodilatacija, hipotermija, hipotenzija, te depresija disanja (31, 40, 41). Bolesnik koji ima blagu intoksikaciju alkoholom je opušten, euforičan i pričljiv, ukoliko ima težu intoksikaciju mogu se javiti poremećaji u ponašanju kao što su agresivnost, pogrešno prosuđivanje, nestabilno raspoloženje, te socijalna i radna nesposobnost (31). Vrlo česte komplikacije akutnog opitog stanja su aspiracija povraćanog sadržaja, ozljede glave, prijelomi, prometne nesreće, suicidalno ponašanje, ubojstva (31). Blaži oblici intoksikacije ne zahtijevaju bolničko liječenje, ali teži oblici se moraju liječiti bolničkim putem jer mogu biti životno ugrožavajući za pacijenta. Ponekad je za mlade 1.00 promil alkohola opasan po život (42). U mladima se sve više primjećuje trend namjernog jakog opijanja, eng. binge drinking, koji označava konzumiranje velikih količina alkohola u kratkom vremenskom periodu, odnosno izlaze van kako bi se napili (41,42). Binge drinking obuhvaća konzumiranje 5 ili više alkoholnih pića (40). To nerijetko zahtjeva liječničku intervenciju. Razlikujemo četiri stupnja alkoholiziranosti:

- „0,5 – 1,5 g/kg = pripito stanje
- 1,5 – 2,5 g/kg = obično pijano stanje
- 2,5 – 3,5 g/kg = teško pijano stanje

- Više od 3,5 g/kg = vitalno grožen bolesnik, moguć razvoj kome ili smrti, povišen je rizik ako je koncentracija viša od 5 g/kg., (44)

Zbrinjavanje akutnog opitog stanja sastoji se od davanja parenteralno vitamina C i B skupine uz 37% glukoze, te primjene benzodiazepina. Može se primijeniti haloperidol u slučajevima psihomotornog nemira i povećane agitacije bolesnika (31). Preventivno se može primijeniti i tiamin parenteralno, prije primjene glukoze, kako se ne bi razvila Wernickeova encefalopatija (40). Obično se pojavljuju simptomi „mamurluka“. Stanja teške opijenosti, do 2,5 ‰, mogu se liječiti na psihijatrijskom odjelu, a ona stanja u kojima je koncentracija alkohola veća od 2,5‰ potrebno liječiti na internističkom ili neurološkom odjelu, a ponekad i u jedinicama intenzivne skrbi. Potrebno je liječenje i hospitalizacija kroz 24 sata (44).

Uloga medicinske sestre prvostupnice u dijagnostici akutne alkoholne intoksikacije je uzimanje anamneze i ako je moguće heteroanamneze kako bi se utvrdila količina i vrsta konzumiranog alkohola, vrijeme trajanja simptoma, te nastanak ozljeda ukoliko su prisutne. Provodi detaljan fizikalni pregled, provjeru neurološkog stanja, praćenje pacijentova ponašanja, praćenje vitalnih znakova, te pravovremeno sprječavanje komplikacija poput aritmija, hipoglikemije, hiperglikemije i hipotenzije (3,44,45). Medicinska sestra prvostupnica provodi toksikološku analizu alcotestom, ili provjerom koncentracije alkohola u krvi i urinu, te uzima krv za dodatne laboratorijske pretrage kao što su KKS, elektroliti, te acidobazni status (44,45). Nakon toga ovisno o stanju, bolesnika vodi na RTG glave. Prije zbrinjavanja pacijenta potrebno je pričekati da odspava i da se otriježni uz oprez na aspiraciju povraćanog sadržaja gdje je pacijenta potrebno staviti na lijevi bok ili ako je osoba pri svijesti postaviti ga u viši sjedeći položaj (3,44,45). Važno je provjeriti radi li se o nekom drugom poremećaju svijesti i ukoliko je indicirano provesti ispiranje želudca u svrhu smanjivanja koncentracije alkohola u organizmu. Jedna od intervencija koje medicinska sestra provodi je osiguravanje adekvatne odjeće za pacijenta te provođenje higijene pacijenta. Praćenje vitalnih znakova, pomoć pri povraćanju, kontrola usne šupljine i aspiracija sekreta, također pripadaju intervencijama koje vrši medicinska sestra (3,45). Ukoliko pacijent puno povraća to može biti znak ozljede glave stoga je potrebno pratiti količinu i izgled povraćanog sadržaja, a prekriveno se mogu pojaviti ketoacidoza, hipoglikemija, te predoziranje drogama (3,45). Još neke intervencije koje se provode su: postavljanje ogradica u svrhu zaštite od ozljeda, praćenje unosa i iznosa tekućine, provjera razine alkohola u izdahu, primjena ordinirane terapije, osiguravanje mirne okoline, koristiti miran ton i

asertivnost u komunikaciji s bolesnikom, te evidencija svih provedenih postupaka u sestrinsku dokumentaciju (3,45).

Medicinska sestra prvostupnica nakon što prikupi i analizira sve podatke, procjenjuje stanje pacijenta te definira i prepoznaje sestrinske dijagnoze. U slučaju akutne intoksikacije alkoholom mogu se definirati sljedeće dijagnoze: mučnina, povraćanje, visok rizik za aspiraciju, visok rizik za ozljede, i agresivnost. Dodatno se mogu definirati i moguće dijagnoze poput: poremećaj misaonog procesa, strah, socijalna izolacija, poremećaj spavanja, senzorno-perceptivna promjena – slušna i vidna, povišena psihomotorna aktivnost, i manjak motivacije za liječenjem (47,48).

Mučnina – „Osjećaj nelagode u gornjim dijelovima probavnog sustava koji može dovesti do povraćanja“ (47).

„Intervencije:

- Osigurati mirnu okolinu
- Omogućiti pacijentu udoban položaj
- Osigurati ugodne mikroklimatske uvjete
- Savjetovati pacijentu da tijekom mučnine duboko diše te da olabavi odjeću
- Prozračiti prostoriju
- Osigurati privatnost
- Pružati pacijentu podršku
- Izbjegavati nagle pokrete ili premještanja
- Dokumentirati učinjeno“ (47).

Povraćanje – „Stanje snažnog refleksnog izbacivanja sadržaja želuca kroz usnu šupljinu i ponekad kroz nos“ (47).

„Intervencije:

- Pacijenta bez svijesti postaviti u bočni položaj

- Postaviti bubrežastu zdjelicu i staničevinu na dohvat ruke
- Primijeniti hladnu i vlažnu oblogu na čelo i vrat pacijenta
- Osigurati njegu usne šupljine nakon svake epizode povraćanja
- Osigurati optimalne mikroklimatske uvjete u prostoriji
- Ukloniti povraćeni sadržaj
- Prozračiti prostoriju
- Osigurati pacijentu odmor
- Ukloniti neugodne mirise i prizore iz okoline
- Dokumentirati učinjeno“ (47).

Visok rizik za ozljede – „prijeteća opasnost od ozljede uslijed interakcije uvjeta u okolini s prilagodbenim i obrambenim mogućnostima pojedinca“ (46).

„Intervencije:

- Objasniti pacijentu sustav za poziv u pomoć te procijeniti sposobnost pacijenta da ga koristi
- Omogućiti siguran transport pacijenta: zaštitne ograde, zakočeni kotači
- Ukloniti iz prostora u kojem pacijent boravi sve nepotrebne stvari
- Nadzirati pacijenta kontinuirano ili po pisanom nalogu liječnika
- Dokumentirati učinjeno“ (46).

Agresivnost – „ponašanje koje se očituje neprijateljskom akcijom prema osobama i predmetima“ (44).

„Intervencije:

- Omogućiti pacijentu izražavanje osjećaja
- Iskazati empatiju

- Zadržati smirenost i kontrolu nad situacijom
- Motivirati pacijenta da izrazi osjećaje, a ne da pokazuje fizičku agresiju
- Primijeniti lijekove za smirenje prema odredbi liječnika“ (46).

5.2. Patološko opito stanje

Patološko opito stanje je stanje intoksikacije u kojem se osoba ponaša agresivno i/ili nasilno, a da u trijeznom stanju to nije uobičajeno za tu osobu. Nastaje vrlo brzo nakon konzumiranja i male količine alkohola, u ovom stanju dolazi do sumračnog stanja, odnosno suženja svijesti (31,44). Manifestirati se može i kroz nemir, osjećaj ugroženosti, uznemirenost, te ne prepoznavanje okoline u kojoj se osoba nalazi. Osoba nakon faze patološke opijenosti, koja može trajati od nekoliko minuta do nekoliko sati, pada u dugotrajan san te se ne sjeća trenutaka dok je bila u tom stanju te se smatra da je osoba bila u stanju „transa“ (31,44). Agresija i nasilje su pojava kod osoba u patološkom opitom stanju što često rezultira kaznenih djelima. Agresija koja se javlja može biti očita (fizička i verbalna), latentna (afekti i emocije) i pasivna. Liječenje ovog hitnog stanja obuhvaća hospitalizaciju uz fizikalni pregled, ponekad fizičko sputavanje gdje se primjenjuje haloperidol, terapiju benzodiazepinima i sedativnim antipsihotika, nadzor vitalnih znakova, dodatno se daju i vitaminski pripravci (31,44).

Sestrinske dijagnoze koje se mogu definirati za patološko opito stanje su: visok rizik za nasilno ponašanje, agresivnost, visok rizik za ozljede, lutanje, i manjak motivacije za liječenjem (47,48).

Visok rizik za nasilno ponašanje – „Mogućnost fizičkog, psihičkog i/ili seksualnog nasilnog ponašanja prema drugima“ (48).

„Intervencije:

- Omogućiti pacijentu izražavanje osjećaja.
- Iskazati empatiju
- Zadržati smirenost i kontrolu nad situacijom.

- Osigurati dovoljno osobnog prostora pacijentu koji je agitiran
- Osigurati dovoljno osoblja za kontrolu nasilnog ponašanja
- U slučaju napada postupiti prema protokolu ustanove
- Osigurati umirujuću okolinu (snižena razina buke, kontrola broja osoba prisutnih u prostoriji, privatnost)
- Ukloniti predmete iz neposredne okoline kojima bi pacijent mogao ozlijediti sebe ili druge
- Dokumentirati učinjeno“ (48).

Lutanje – „Besciljno ili ponavljano kretanje koje izlaže pojedinca opasnosti najčešće zbog neprepoznavanja i nepoštivanja granica ili prepreka“ (48).

„Intervencije:

- Promatrati, uočiti i dokumentirati znakove kretanja ili hiperaktivnosti pacijenta tijekom rane hospitalizacije
- Prepoznati moguće razloge nepotrebnog kretanja (psihološke, fiziološke i dr.)
- Pacijenta s visokim rizikom za bijeg i lutanje smjestiti na zatvoren tip odjela
- Osigurati ključeve vrata
- Primjena sedativa prema pisanoj odredbi liječnika
- Dokumentirati učinjeno,, (48).

5.3. Apstinencijski sindrom

Apstinencijska kriza je skup simptoma koji se javljaju prilikom smanjenja ili potpunog prestanka konzumiranja alkohola. Razvija se unutar nekoliko sati ili dva do tri dana i smatra se pokazateljem ovisnosti o alkoholu (31,49,50). Manifestira se simptomima poput nemira, tremora ruku, razdražljivosti, mučnina, anksioznosti, depresije, i psihomotorna agitacije. Kada je osoba fizički ovisna, apstinencijski sindrom se manifestira fizičkim simptomima kao što je bol,

drhtanje, proljev, grčevi i drugi, a kad se radi o psihičkoj ovisnosti simptomi su strah i napetost (31,49). Ponekad se pojavljuju i smetnje percepcije ili halucinacije. Konvulzije su komplikacije koje se javljaju u razdoblju od 7 do 48 sati od prestanka unošenja alkohola. Pojavljuju se u 5 do 10% slučajeva alkoholizma (31,49). U jednoj epizodi može doći samo do jednog napadaja, ali obično se javljaju dva do tri napadaja u nekoliko dana. Liječenje se sastoji od medikamentozne terapije gdje se primjenjuju benzodijazepini, a ako prevladava depresivno stanje primjenjuju se antidepresivi (31).

Sestrinske dijagnoze koje se mogu odrediti za ovo stanje su: mučnina, anksioznost i strah. Neke moguće dijagnoze su: poremećaj misaonog tijeka, socijalna izolacija, diarea, bol i manjak motivacije za liječenjem.

Strah – „Negativan osjećaj koji nastaje usred stvarne ili zamišljene opasnosti“ (47).

„Intervencije:

- Stvoriti profesionalan empatijski odnos
- Poticati pacijenta da verbalizira strah
- Stvoriti osjećaj sigurnosti
- Opažati znakove straha
- Primjereno reagirati na pacijentove izjave i ponašanje
- Redovito informirati pacijenta o planiranim postupcima
- Koristiti razumljiv jezik pri podučavanju pacijenta
- Govoriti polako i umirujuće
- Osigurati mirnu i tihu okolinu
- Omogućiti pacijentu sudjelovanje u donošenju odluka
- Poticati obitelj da se uključi u aktivnosti koje promiču pacijentov osjećaj sigurnosti i zadovoljstva
- Dokumentirati učinjeno“ (47).

Anksioznost – „Nejasan osjećaj neugode i / ili straha praćen psihomotornom napetošću, panikom, tjeskobom, najčešće uzrokovan prijetećom opasnosti, gubitkom kontrole i sigurnosti s kojom se pojedinac ne može suočiti“ (46).

„Intervencije:

- Stvoriti profesionalan empatijski odnos - pacijentu pokazati razumijevanje njegovih osjećaja
- Stvoriti osjećaj sigurnosti
- Opažati neverbalne izraze anksioznosti, izvijestiti o njima (smanjena komunikativnost, razdražljivost do agresije...)
- Stvoriti osjećaj povjerenja i pokazati stručnost
- Održavati red i predvidljivost u planiranim i svakodnevnim aktivnostima.
- Osigurati mirnu i tihu okolinu: smanjenje buke, primjena umirujuće glazbe i slično
- Potaknuti pacijenta da potraži pomoć od sestre ili bližnjih kada osjeti anksioznost
- Potaknuti pacijenta da prepozna situacije (činitelje) koji potiču anksioznost
- Potaknuti pacijenta da izrazi svoje osjećaje
- Kontrolirati i nadzirati uzimanje terapije
- Dokumentirati učinjeno“ (46).

5.4. Delirium tremens

Delirium tremens ili alkoholni delirij se pojavljuje kao posljedica naglog prestanka konzumiranja alkohola. Najčešća i najteža je akutna psihoza kod alkoholičara, simptomi mogu nastati nakon 48-72 sata, a traju nekoliko sati do nekoliko dana (31,51). Brzina nastanka ovisi o stanju alkoholičara, ima li druge bolesti, ozljeda ili operativnih zahvate. Početni znak alkoholnog delirija kod nekih se bolesnika može se manifestirati kroz konvulzije ili kao grand mall (51). Prije početka delirija bolesnik se osjeća nemirno, dezorijentirano, dezorijentirano prema drugim osobama, ali orijentirano prema sebi. Mogu se pojaviti osjećaj žeđi i znojenje, noćni strah,

opstipacija ili dijareja, osjećaj slabosti, tremor, te parestezije (31,51,52). Pojavljuju se vidne halucinacije (gdje vide razne životinje kako hodaju/pužu po koži ili ga okružuju), slušne halucinacije (čuje dvije osobe kako se dogovaraju da će ga ozlijediti, ili čuje samo glasove i muziku), a govor bolesnika nije povezan to jest inkohherentan (31,51). Bolesniku se pojačava osjećaj straha zbog halucinacija koje vidi ili čuje. Uz strah javlja se i jak nemir koji rezultira tahikardijom i znojenjem gdje se gubi velika količina tekućine, hipokalijemije te lošeg općeg stanja. Mogu se pojaviti i teže komplikacije poput zatajivanja i oštećenja rada srca, napadaji, aritmije, hipertermija, zatajenja bubrega, poremećaja funkcije, a može nastupiti i smrt (31,51). Ranim liječenjem smrt nastala delirijem se smanjila na manje od 5%, no bez odgovarajućeg liječenja smrtnost iznosi 37% (52). Rizični faktori koji povećavaju smrtnost su: upala pluća, starija dob, ranije bolesti, prethodni simptomi ustezanja te pankreatitis. Dijagnozu postavlja psihijatar na temelju anamneze o dugotrajnom alkoholizmu i simptomima. Iz anamneze će biti vidljivo postoji li neko drugo psihičko stanje ili tjelesne bolesti (51,52). Uz anamnezu i simptome dijagnozu se može postaviti i iz laboratorijskih vrijednosti koje uključuju ALT, AST, SE, KKS, DKS, urin, te alkohol u krvi. Dodatno se mogu napraviti RTG pluća i srca, EKG, kranioogram, CT mozga (31,51). Liječenje se provodi u bolnici, često u jedinicama intenzivne njege, gdje se smiruje bolesnika i preveniraju se komplikacije, a ukoliko dođe do razvoja komplikacija važno pravovremeno reagirati (31,51,52). Medikamenti koji se primjenjuju su: benzodiazepini (lorazepam, diazepam) meprobamat (4 puta 2-3 tablete), prazine (50-100 miligrama), klometiazol, vitamine B skupine, lanitop intravenozno, te antibiotike (31,51). Uz lijekove primjenjuju se i velike količine tekućine, fiziološke, čaja ili 5% glukoze. Ukoliko se adekvatno liječi, delirantno stanje traje od dva do pet dana. U završnoj fazi javlja se kriza u kojoj pacijent pada u dug i dubok san, a kad se probudi ne sjeća se cijelog ili samo dijela događaja (31,51,52). Mogu se razviti depresija, nesanica, zbunjenost i malaksalost. Primjenom sedativa i antidepresiva se ta stanja mogu ublažiti i ukloniti. Kasnije je važno uključiti pacijenta u socio i psihoterapiju, te u KLA (51).

Bolesnik se zaprima u bolnicu uz svoj pristanak ili uz pomoć obitelji i policije, često u kasnim satima. Prije prijema na odjel bolesniku se oduzimaju sva hladna oružja i predmeti kojima bi mogao ozlijediti sebe ili druge (51). Intervencije medicinske sestre prvo su usmjerene prema općoj njezi bolesnika, hranjenju i primjeni tekućine. Bolesnici u delirantnom stanju ne žele uzimati ni hranu ni tekućinu stoga je potrebna intravenska nadoknada tekućine i parenteralna prehrana. Uloga prvostupnice u dijagnostici je uzimanje anamneze i heteroanamneze, uzimanje uzoraka krvi i urina za laboratorijske pretrage. Intervencije koje prvostupnica provodi su: stalan

monitoring bolesnika, kontrola vitalnih funkcija (4-6 sati), primjenjuje terapiju po odredbi liječnika, motivira i pruža podršku bolesniku i njegovoj obitelji (51). Obavještava obitelj o stanju bolesnika i motivira ih da sudjeluju i pomognu u daljnjem liječenju i rehabilitaciji (51).

Sestrinske dijagnoze koje se mogu utvrditi kod ovog stanja su: dehidracija, strah, visok rizik za ozljede, nesanicu, povišena psihomotorna aktivnost, gubitak orijentacije u vremenu i prostoru, smanjenja mogućnost brige o sebi – hranjenje, higijena, oblačenje, kretanje, i eliminacija.

Dehidracija – „Stanje u kojem je prisutan deficit intersticijalnog, intracelularnog ili intravaskularnog volumena tekućine“ (46).

„Intervencije:

- Pratiti promet tekućina – unos svih tekućina i izlučivanje
- Osigurati pacijentu svježu vodu i slamku ili napitak koji preferira tijekom 24 sata
- Ako je potrebno postaviti intravensku infuziju fiziološke otopine
- Pratiti diurezu, specifičnu težinu urina, boju i miris urina
- Uspostaviti kontinuirani monitoring vitalnih funkcija
- Provoditi oralnu higijenu
- Dokumentirati učinjeno“ (46).

6. ZAKLJUČAK

Alkoholizam je teška kronična bolest nastala dugotrajnim i prekomjernim konzumiranjem alkohola. Bolest često dovodi do propadanja i u fizičkom i u psihičkom smislu. Primjećuje se promjena osobnosti osobe radi koje propada u društvenom smislu. Ovisnost o alkoholu zahvaća sve članove obitelji i društvo, a ne samo bolesnika. Fizičke promjene koje nastaju su nepovratne jer dolazi do oštećenja svih organa. Mladi sve ranije i sve više podliježu konzumiranju alkohola, što se vidi i iz podataka HZJZ.

Ovisnost o alkoholu je dijagnoza koja se teško liječi zbog manjka motivacije ovisnika za liječenjem. Od bolesnika, ali i od obitelji, to zahtijeva mnogo požrtvornosti i truda. Liječenje, stoga, zahtijeva multidisciplinarni tim stručnjaka kako bi se postigla i održala apstinencija. U liječenju je važna uloga medicinske sestre jer ona motivira bolesnika da krene u liječenje, te da ostane u procesu liječenja i rehabilitacije. Medicinska sestra ima ulogu i u edukaciji bolesnika, obitelji i zajednice o posljedicama koje donosi dugotrajno konzumiranje alkohola. Educira obitelj i bolesnika o krizama koje su sastavni dio liječenja. Ona provodi zdravstvenu njegu bolesnika, a sudjeluje i u procesu resocijalizacije gdje bolesnika potiče na stvaranje novih odnosa, preuzimanja odgovornosti i kontrole nad životom. Resocijalizaciju provodi kroz terapijske, obiteljske grupe i klubove liječenih alkoholičara.

Medicinska sestra ima važnu ulogu u prepoznavanju hitnih stanja kod ovisnika o alkoholu. Mora biti dobro educirana o zbrinjavanju takvih stanja, te o komplikacijama do kojih može doći kod hitnih stanja. Često se kod akutno opitog stanja izbjegava pomoć medicinske sestre iz razloga jer se ne smatra opasnim stanjem iako je to životno ugrožavajuće stanje. Hitna stanja zahtijevaju poseban nadzor i brigu kako bi se mogli provesti terapijski postupci. Medicinska sestra ima ulogu i u smirivanju bolesnika zato mora znati postupati u situacijama kada je bolesnik agresivan ili agitiran kako ne bi došlo do ozljeda. Mora stvoriti odnos povjerenja i poticati bolesnika na suradnju kako bi se što prije moglo pristupiti liječenju. To postiže dobrom komunikacijom, holističkim pristupom koji uključuje empatičan odnos gdje se poštuju bolesnikova prava.

7. LITERATURA

1. Zbodulja S. Prehrambeni status alkoholičara. Sestrinski glasnik (Online). Koprivnica; Zavod za javno zdravstvo koprivničko-križevačke županije. 2011; str.106-113. Dostupno na: https://issuu.com/sestrinskiglasnik/docs/no_3-2011_za_web/27 (28.04.2022.)
2. Alcohol alert. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). No. 35; PH 371;1997. Dostupno na: <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa35.htm> (28.04.2022.)
3. Kudumija Slijepčević M, Puharić Z, Salaj T. Ovisnosti – udžbenik za zdravstvene studije. Bjelovar: Veleučilište u Bjelovaru, 2018.
4. Zoričić Z. Ovisnosti, prevencija liječenja i oporavak. Zagreb: Školska knjiga, 2018.
5. Serenity Lane Treatment Center. Stages of Alcoholism. Serenity Lane Treatment Center. 2021. Dostupno na: <https://archive.hshsl.umaryland.edu/handle/10713/16790> (pristupljeno 28.04.2022.)
6. 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.
7. Grabovac Đ, Rafaj G, Lauš D. Učestalost alkoholom uzrokovanih poremećaja kod bolesnika liječenih u Dnevnoj bolnici odjela psihijatrije Opće bolnice Bjelovar. Sestrinski glasnik. 2015;20(2):121-127. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/clanak/207590> (pristupljeno 28.04.2022.)
8. Bodor D. Usporedba psihosocijalnoga funkcioniranja osoba koje se liječe zbog ovisnosti o kockanju i alkoholu (doktorski rad). Zagreb: Stomatološki fakultet; 2018.
9. Čale Mratović M. Alkohol i mladi [Online]. Zavod za javno zdravstvo Dubrovačko-neretvanske županije. Dostupno na: <https://www.zzjzdnz.hr/zdravlje/zdravlje-djece-i-mladih/242> (pristupljeno 27.04.2022.)
10. Čulo A, Jurković M. Prevencija i intervencije u zdravstvenoj njezi djece kod intoksikacije psihoaktivnih supstanci. Zbornik radova za medicinske sestre, XXXIII. seminar za liječnike i medicinske sestre, Split: Hrvatska proljetna pedijatrijska škola, 2016. str. 79-85.
11. Čorak D, Krnić D, Modrić I. Alkohol i mladi [Elektronička knjiga]. Zagreb: Ministarstvo unutarnjih poslova Republike Hrvatske, Ravnateljstvo policije; 2013.

Dostupno na: https://mup.gov.hr/UserDocsImages/Publikacije/Alkohol_i_mladi.pdf
(pristupljeno 27.04.2022.)

12. Spudić M, Kosić R. Alkoholizam kod mladih. *Sestrinski glasnik*. 2020;25(2):104-108. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/clanak/361367> (pristupljeno 28.04.2022.)
13. Spear LP. Adolescent alcohol exposure: Are there separable vulnerable periods within adolescence? *Physiology Behavior*. 2015;148:122-30. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25624108/> (pristupljeno 27.04.2022.)
14. Lees B, Meredith LR, Kirkland AE, Bryant BE, Squeglia LM. Effect of alcohol use on the adolescent brain and behavior. *Pharmacology, Biochemistry, Behavior*. 2020;192:172906. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32179028/> (pristupljeno 27.04.2022.)
15. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Objava rezultata EUROSTAT-a o konzumaciji alkohola i ekscesivnom epizodičnom pijenju! [Online]. 2021. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-promicanje-zdravlja/objava-rezultata-eurostat-a-o-konzumaciji-alkohola-i-ekscesivnom-epizodicnom-pijenju/> (pristupljeno 04.05.2022.)
16. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2019. Dostupno na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639> (pristupljeno 04.05.2022.)
17. Health warning labels on alcoholic beverages: opportunities for informed and healthier choices. Geneva: World Health Organization; 2022. Snapshot series on alcohol control policies and practice. Brief 4, 8 November 2021. Dostupno na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240044449> (pristupljeno 04.05.2022.)
18. Alcohol consumption statistics [Online]. Eurostat Statistics Explained, 2021. Dostupno na: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Alcohol_consumption_statistics (pristupljeno 04.05.2022.)
19. Alcohol Use Disorder: From Risk to Diagnosis to Recovery [Online]. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Dostupno na: <https://www.niaaa.nih.gov/health-professionals-communities/core-resource-on-alcohol/alcohol-use-disorder-risk-diagnosis-recovery#earn-credit> (pristupljeno 11.05.2022.)
20. Karlović D i suradnici. Psihijatrija. Jastrebarsko: Naklada slap, 2019.

21. Barić B. Problematika alkoholizma s posebnim naglaskom na alkoholizam među mladima (diplomski rad). Đakovo: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku; Katolički bogoslovni fakultet u Đakovu; 2018.
22. Williams N. The CAGE questionnaire. *Occupational Medicine*. 2014;64(6): 473–474. Dostupno na: <https://academic.oup.com/occmed/article/64/6/473/1432970?login=false> (pristupljeno 11.05.2022.)
23. Udruženje KA „Mladost“. CAGE upitnik [Online]. Dostupno na: <https://www.alkoholizam.com/test6.htm> (pristupljeno 11.05.2022.)
24. Skandul D, Ožvačić Adžić Z, Hanževački M, Šimić D. Procjena poremećaja uzrokovanih alkoholom u radu obiteljskog liječnika – pilot istraživanje. *Medicina familiaris Croatica*. 2017;25(1-2):17-26. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/clanak/277174> (pristupljeno 11.05.2022.)
25. Fitzgerald N, Svjetska zdravstvena organizacija. Priručnik SZO-a za obuku iz kratkih intervencija zbog uporabe alkohola, namijenjen primarnoj zdravstvenoj zaštiti. WHO Regional Office for Europe; Copenhagen, Denmark. 2017. Dostupno na: <https://pdfslide.net/documents/prirunik-szo-a-za-obuku-iz-kratkih-intervencija-zbog-.html?page=2> (pristupljeno 11.05.2022.)
26. Penava M. Proces zdravstvene njege ovisnika o alkoholu (završni rad). Bjelovar: Veleučilište u Bjelovaru; 2021.
27. Matijević I. Liječenje alkoholizma u okviru sudskih mjera (diplomski rad). Osijek: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet Osijek; 2017.
28. Gough G, Heathers L, Puckett D, Westerhold C, Ren X, Yu Z, Crabb DW, Liangpunsakul S. The Utility of Commonly Used Laboratory Tests to Screen for Excessive Alcohol Use in Clinical Practice. *Alcohol Clin Exp Res*. 2015;39(8):1493-500. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26110815/> (pristupljeno 11.05.2022.)
29. Smrekar M, Čukljek S, Hošnjak AM, Ilić B, Ledinski Fičko S. Alkoholizam: uspješnost dugoročnog liječenja. *Croatian Nursing Journal*. 2018;2(1):63-71. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/clanak/299790> (pristupljeno 25.05.2022.)
30. Filaković P. i sur. Psihijatrija. Osijek; Medicinski fakultet Osijek; 2014.
31. Thaller V, Marušić S. Dijagnostičke i terapijske smjernice za liječenje alkoholom uzrokovanih poremećaja (Online). Hrvatski liječnički zbor, Hrvatsko društvo za

- alkoholizam i druge ovisnosti, Hrvatsko psihijatrijsko društvo; 2013. Dostupno na: <https://www.hlz.hr/download/dijagnosticke-i-terapijske-smjernice-za-lijecenje-alkoholom-uzrokovanih-poremecaja/> (pristupljeno 25.05.2022.)
32. AHFS Patient Medication Information. Naltrexone. The American Society of Health-System Pharmacists [Online]. 2017. Dostupno na: <https://medlineplus.gov/druginfo/meds/a685041.html> (pristupljeno 25.05.2022.)
33. AHFS Patient Medication Information. Acamprosate. The American Society of Health-System Pharmacists [Online]. 2016. Dostupno na: <https://medlineplus.gov/druginfo/meds/a604028.html> (pristupljeno 25.05.2022.)
34. AHFS Patient Medication Information. Disulfiram. The American Society of Health-System Pharmacists [Online]. 2017. Dostupno na: <https://medlineplus.gov/druginfo/meds/a682602.html> (pristupljeno 25.05.2022.)
35. Aritonović AM. Proces zdravstvene njege bolesnika ovisnog o alkoholu (završni rad). Varaždin; Sveučilište Sjever; 2020.
36. Kovačić Petrović Z, Peraica T, Kozarić-Kovačić D. Dinamika srama u psihoterapiji osoba ovisnih o alkoholu. Socijalna psihijatrija. 2019;47(4):497-524. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/clanak/338278#> (pristupljeno 26.05.2022.)
37. Cvančić J, Rozika G. Alkoholizam kao problem u obitelji i društvu Alcoholism like an issue in family and society. Sestrinski glasnik. 2017;22(1):23-26. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/clanak/265385> (pristupljeno 26.05.2022.)
38. Brezičević T. Klub liječenih alkoholičara. Zavod za javno zdravstvo Brodsko-posavske županije. Dostupno na: <http://www.zzjzbpz.hr/images/stories/OVISNOSTI/Klub-lijecenih-alkoholicara.pdf> (pristupljeno 28.05.2022.)
39. Bogdan A, Mišević Ž, Živčić M. Evaluacija kvalitativnih promjena komunikacijskih vještina ovisnika o alkoholu uključenih u rad kluba liječenih alkoholičara. Zbornik radova Međimurskog veleučilišta u Čakovcu. 2016;7(1):7-13. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/160996> (pristupljeno 28.05.2022.)
40. Kiš Klouda A. Akutno trovanje alkoholom. Zavod za hitnu medicinu Brodsko-posavske županije (Online). Dostupno na: <http://zhm-sb.hr/sadrzaj/hitna-stanja--akutno-trovanje-alkoholom-50> (pristupljeno 30.05.2022.)
41. Piccioni A, Tarli C, Cardone S, Brigida M, D'Addio S, Covino M, Zanza C, Merra G, Ojetti V, Gasbarrini A, Addolorato G, Franceschi F. Role of first aid in the

- management of acute alcohol intoxication: a narrative review. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2020;24(17):9121-9128. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32965003/> (pristupljeno 30.05.2022.)
42. D'Angelo A, Petrella C, Greco A, Ralli M, Vitali M, Giovagnoli R, De Persis S, Fiore M, Ceccanti M, Messina MP. Acute alcohol intoxication: a clinical overview. *Clin Ter.* 2022; 25;173(3):280-291. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35612344/> (pristupljeno 30.5.2022.)
43. Berbić D. Novi izazovi u radu medicinskih sestara/ tehničara na hitnom dječjem prijemu. U: XXXVII. Seminar za liječnike i medicinske sestre, Split 19. do 23. travnja 2021. godine. Split: Klinički bolnički centar Split, Klinika za dječje bolesti; 2021:203-206. Dostupno na: <https://www.hpps.com.hr/seminari/2021/37-seminar-za-lijecnike-i-medicinske-sestre> (pristupljeno 30.05.2022.)
44. Degmečić D. Hitna stanja u psihijatriji. *Medicus.* 2017;26(2):199-204. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/189047> (pristupljeno 30.05.2022.)
45. Muk B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Zagreb: Školska knjiga, 2014.
46. Šepec S, Kurtović B, Munko T, Vico M, Abou Aldan D, Babić D, Turina A. Sestrinske dijagnoze. Hrvatska Komora Medicinskih Sestara. Zagreb, 2011.
47. Kadović M, Abou Aldan D, Babić D, Kurtović B, Piškorjanac S, Vico M. Sestrinske dijagnoze 2. Hrvatska Komora Medicinskih Sestara. Zagreb, 2013.
48. Abou Aldan D, Babić D, Kadović M, Kurtović B, Režić S, Rotim C, Vico M. Sestrinske dijagnoze 3. Hrvatska Komora Medicinskih Sestara. Zagreb, 2015.
49. Baković E. Doprinos medicinske sestre u rehabilitaciji i resocijalizaciji ovisnika (završni rad). Split; Sveučilište u Splitu; Preddiplomski sveučilišni studij sestrinstvo; 2018.
50. Lažetić G. Alkoholizam i narkomanija - razumeti i pobediti zavisnosti. Beograd; Institut za mentalno zdravlje, 2011.
51. Ilić B, Sedić B. Sestrinska skrb za delirantnog bolesnika (elaborat). Zagreb; Zdravstveno veleučilište. 2011. Dostupno na: <https://www.bib.irb.hr/571051> (pristupljeno 03.06.2022.)
52. Rahman A, Paul M. Delirium Tremens. 2021. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29489272/> (pristupljeno 03.06.2022.)

8. OZNAKE I KRATICE

ADH – Alkohol dehidrogenaza

ALDH – Aldehid dehidrogenaza

ALT – Alanin aminotransferaza

AST – Aspartat amilotransferaza

CT – Kompjuterizirana tomografija

DKS – Diferencijalna krvna slika

DSM 5 – Dijagnostički i statički priručnik za duševne poremećaje

EEG - Elektroencefalografija

EHIS 3 – Europska zdravstvena anketa, treći ciklus

EU – Europska unija

GGT – Gama-glutamiltransferaza

HZJZ – Hrvatski zavod za javno zdravstvo

KKS – Kompletna krvna slika

KLA – Klub liječenih alkoholičara

MKB 10 – Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih bolesti

MR – Magnetna rezonanca

PEth – Fosfatidiletanol

s-CDT – Serumski ugljikohidratni transferin

SE – Sedimentacija eritrocita

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

WHO – World Health Organization

9. SAŽETAK

Alkohol je jedna od najčešćih supstanca koje potiču ovisnost kod ljudi. Prema SZO alkoholičara definiramo kao osobu koja dugotrajno i prekomjerno konzumira alkohol, koja je razvila ovisnost o alkoholu, ima poremećaje ponašanja, te kod koje su se razvila psihička i fizička oštećenja. U liječenje je od iznimne važnosti uključiti i obitelj jer alkoholizam nije bolest pojedinca. Liječenje obuhvaća detoksikaciju, farmakološke i psihosocijalne metode. Hitna stanja kod ovisnika o alkoholu su akutno opito stanje, patološko opito stanje, apstinencijske smetnje i delirium tremens. U radu je opisano svako navedeno stanje i uloga medicinske sestre kod tih stanja. Medicinska sestra je ključan član tima jer ona sudjeluje u svim postupcima vezanim uz pacijenta, te je prva koja stupa u kontakt s pacijentom zato mora biti dobro educirana. U brizi za bolesnika kod hitnih stanja ovisnika o alkoholu važno je smiriti pacijenta, što se najčešće postiže farmakološki.

Ključne riječi: ovisnost, alkohol, zbrinjavanje, hitna stanja, prvostupnik

10. SUMMARY

Alcohol is one of the most common substances consumed by people that also causes addiction. According to WHO an alcoholic is a person who consumes alcohol long term and in large quantities, one who has formed an addiction, has behavioural disorders, and an individual who has physical and psychological issues. It is incredibly important to include the persons family into the treatment of alcoholism as it doesn't affect only the individual. The treatment consists of detoxification, pharmaceutical and psychosocial methods. Emergency conditions in people who are alcoholics include: acute drunken state, pathological drunken state, withdrawal crisis and delirium tremens. The thesis describes all of the mentioned conditions and the role of the nurse in handling those conditions. The nurse plays a key part in any medical team as she is the one who deals with most procedures regarding the patient, she is also most often the person that first engages with the patient, so she has to be well educated in that field. When dealing with a patient who is addicted to alcohol and is in need of urgent care, it is important to calm the patient down, this is most often done using pharmaceutical methods.

Key words: addiction, alcohol, healthcare, emergency conditions, bachelor 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>12.07.2022.</u>	LAURA MUSTAČ	Mustać L.

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

LAURA MUSTAČ

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, 12.07.2022.

Mustač L.

potpis studenta/ice