

Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih
sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije
**SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V
PSIHIIATRIJI**

ZBORNİK PRISPEVKOV

OBRAVNAVA BOLNIKA ODVISNEGA OD PREPOVEDANIH DROG

MEDIS BRNČIČEVA 3, LJUBLJANA

18. APRIL 2008

ZBORNİK PRISPEVKOV

STROKOVNO SREČANJE

OBRAVNAVA BOLNIKA ODVISNEGA OD PREPOVEDANIH DROG

Medis, Brnčičeva 3 Ljubljana, 18. april 2008

Izdala:

ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE
ZVEZA DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE
SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PSIHIATRIJI

Uredila:

BARBARA MOŽGAN

Priprava in tisk:

FORMAT Kranj

April 2008

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

613.83:616-083(063)

OBRAVNAVA bolnika odvisnega od prepovedanih drog : zbornik prispevkov, Medis, Brnčičeva 3, Ljubljana, 18. april 2008 / [uredila Barbara Možgan]. - Ljubljana : Zbornica zdravstvene nege - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, 2008

ISBN 978-961-6424-67-7

1. Možgan, Barbara

OBRAVNAVA BOLNIKA ODVISNEGA OD PREPOVEDANIH DROG

petek 18. aprila 2008, v poslovni stavbi podjetja MEDIS

PROGRAM:

- 8.15 – 9.00 Registracija udeležencev
9.15 – 9.30 Pozdravni nagovori organizatorjev
9.30 – 10.15 **Sodobni pristopi v zdravljenju odvisnosti od prepovedanih drog,**
asist. Andrej Kastelic, dr. med. spec. psih.
10.15 – 11.00 **Pomen in vloga zdravstvene nege pri obravnavi odvisnosti od**
prepovedanih drog, Branko Bregar, dipl. zn.
11.00 – 11.15 Odmor
11.15 – 12.00 **Vpliv družine in vedenjske posebnosti skozi razvoj odvisnosti,**
Mojca Hvala Cerkovnik, univ. soc. delav.
12.00 – 12.30 **Predstavitve bolnika odvisnega od prepovedanih drog po**
življenjskih aktivnostih, Miha Verbič, dipl. zn.
12.30 – 13.15 Kosilo
13.15 – 14.00 **Obravnava bolnika z dvojno diagnozo,** Andreja Jerič, dipl. m. s.
14.00 – 14.45 **Testiranje na droge v klinični praksi (razjasnitev mitov in**
oblikovanje
Strategije testiranja), Zvonka Dremelj, zdr. tehnik
14.45 – 15.00 Odmor
15.00 – 15.45 **Izkustvene skupine:**
1. Delo s svojci, Miha Verbič, dipl. zn.
2. Dvojne diagnoze, Andreja Jerič, dipl. m. s. in Mira Delić, dr. med
3. Pomen supervizije pri delu z ljudmi, Mojca Hvala Cerkovnik, univ.
soc.
delav .
4. Komunikacijske pasti pri delu z bolniki odvisnimi od prepovedanih
drog
Branko Bregar, dipl. zn.
15.45 – 16.00 **Poročanje skupin in zaključek seminarja**

VSEBINA

- 4 **VSEBINA**
- 5 **UVODNIK**
Barbara Možgan
- 6 **ORGANIZACIJA ZDRAVLJENJA ODVISNOSTI OD PREPOVEDANIH DROG**
V REPUBLIKI SLOVENIJI
Andrej Kastelic, Tatja Kostnapfel
- 19 **ODVISNOST OD PREPOVEDANIH DROG – TEORIJA IN PRAKSA**
Branko Bregar
- 36 **DRUŽINA V STRESU**
Mojca Kralj, Mojca Hvala Cerkovnik
- 53 **OBČUTEK LASTNE VREDNOSTI PRI UŽIVALCIH PREPOVEDANIH DROG**
Mojca Hvala Cerkovnik
- 63 **PREDSTAVITEV BOLNIKA, ODVISNEGA OD PREPOVEDANIH DROG PO ŽIVLJENJSKIH AKTIVNOSTIH**
Miha Verbič
- 90 **OBRAVNAVA BOLNIKA Z DVOJNO DIAGNOZO**
Andreja Jerič
- 98 **TESTIRANJE NA PRISOTNOST PSIHOAKTIVNIH SUBSTANC (PAS) V KLINIČNI PRAKSI**
Zvonka Dremelj
- 113 **ZDRAVLJENJE ODVISNOSTI OD OPOIDNIH DROG V SLOVENIJI Z MORFINOM S PODALJŠANIM SPROŠČANJEM**
Tadeja Kuplenk
- 117 **UŽIVANJE DROG IN PRIDRUŽENE DUŠEVNE MOTNJE**
Mirjana Delić
- 118 **ODNOS DO PITJA ALKOHOLNIH PIJAČ PRI OSEBAH, ODVISNIH OD OPIATNIH DROG**
Mojca Kralj
- 143 **DNEVNI ODDELEK CENTRA ZA ZDRAVLJENJE ODVISNOSTI OD PREPOVEDANIH DROG (CZOPD)**
Rezka Horvat
- 150 **VPLIV STEREOTIPOV NA KVALITETO ODNOSOV PRI DELU Z ODVISNIMI OD VPREPOVEDANIH DROG**
Branko Bregar

UVODNIK

Barbara Možgan, vms. Psihiatrična klinika Ljubljana
Predsednica sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji

Problematika uživanja prepovedanih drog je že nekaj let v porastu. Tega se zavedamo tudi v Sekciji medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji. Ob načrtovanju programov izobraževanj za naslednje leto že nekaj let med ostalimi predlogi naletimo tudi na predlog, da bi spregovorili nekaj o odvisnosti. Letos smo končno uspeli uresničiti vaše in naše želje in potrebe po izobraževanju na to temo. Na aktualnost izbrane teme kaže tudi veliko zanimanje za izobraževanje in udeležba na seminarju.

Z ljudmi, odvisnimi od prepovedanih drog se srečujemo v privatnem življenju. Prav tako se srečujemo s pacienti » odvisniki » pri svojem delu na različnih področjih medicine. Taka srečanja nas večinoma spravijo v stisko. Bojimo se težav, ki jih s seboj prinaša odvisnost, če omenim le možne infekcije in kriminal. Do bolnika, pogosto nismo sposobni razviti » empatičnega » odnosa. To so zahtevni bolniki, za delo z njimi potrebujemo veliko človeškega razumevanja in znanja. Čeprav je bilo organiziranih veliko izobraževanj na to temo, o odvisnosti prebiramo v strokovni in poljudni publikaciji, spremljamo oddaje na televiziji in po radiu pa je prav neznanje velikokrat vzrok za strah in neprimeren odnos. Pri boju z odvisnostjo od prepovedanih drog so pomembni trije stebri; preventiva, kurativa in rehabilitacija. Na področju preventive je veliko narejenega, vendar še vedno ne dovolj, glede na porast problematike. Zelo močno je razvito področje kurative. V Sloveniji so priporočene smernice za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog z nadomestno terapijo. V okviru tega je organiziran Center za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog v Ljubljani. Po vsej državi pa deluje mreža ambulant, kjer so vključeni v vzdrževalni metadonski program. Poleg teh programov so odvisnikom od prepovedanih drog na voljo tudi programi, ki delujejo v okviru civilne družbe, predvsem cerkve. Kljub pestri izbiri programov s pomočjo pri odvajanju, je še vedno premalo programov, kjer se ukvarjajo z rehabilitacijo in reintegracijo v družbo. Rehabilitacija ni sistemsko urejena. Temu področju bodo odgovorni v prihodnosti morali urediti zakonodajo, materialne vire, kadre in ustanove.

Edukacijo strokovne in laične javnosti je potrebno razvijati širše in bolj sistematično, ker je in bo odvisnost poleg samomorilnosti in negativnih demografskih trendov velik problem v naši državi.

Na to izobraževanje so nas pripeljali različni motivi in vprašanja. Na srečanju in v Zborniku, so obravnavane teme, ki vam bodo, upam pomagale v poklicnem in v privatnem življenju, ko se boste srečevali in skrbeli za osebo, ki je odvisna od prepovedanih drog.

ORGANIZACIJA ZDRAVLJENJA ODVISNOSTI OD PREPOVEDANIH DROG V REPUBLIKI SLOVENIJI

Andrej Kastelic, dr.med., Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog,
Psihiatrična klinika Ljubljana
mag.Tatja Kostnapfel Rihtar, Prohealth d.o.o., Stegne 13, 1000 Ljubljana

Ključne besede

obravnavo uživalcev drog,
mreža centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog,
zdravljenje s substitucijskimi zdravili,
Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog

Zdravstveni svet je leta 1994 potrdil doktrino zdravljenja odvisnih od prepovedanih drog in sprejel Priporočila zdravnikom za zdravljenje odvisnih od drog, ki vključujejo tudi zdravljenje z metadonom. Zdravljenje z metadonom je eden zmed ključnih programov zdravljenja odvisnosti in zmanjševanja škode, učinkovit pri zmanjševanju nedovoljene uporabe opiatov, tveganju okužbe z virusi HIV in hepatitisa, preprečevanju drugih zdravstvenih težav, smrtnosti, kriminalnega vedenja... Ker omogoča velikemu številu uživalcev opiatnih drog stike z zdravstveno službo, pomeni tudi vstopna vrata za iskalce pomoči ter obravnavo uživalcev v drugih programih, od nizkopražnih do usmerjenih v abstinenco. S sklepom Ministrstva za zdravje so bili v letu 1995 vzpostavljeni Centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od drog v devetih slovenskih mestih. Danes je teh Centrov že 18 ter dve ambulanti, vsi zaposleni so bili vključeni v dodatno izobraževanje.

V letu 2003 je bil vzpostavljen nacionalni Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog.

V letu 2005 se je pričelo zdravljenje z dvema dodatnima substitucijskima zdraviloma: buprenorfinom (Subutex) ter dolgodelujočim morfinom (Substitol). Leta 2007 je bil registriran Suboxone – kombinacija buprenorfina in naloxona.

Vsa leta se za pomoč pri vzdrževanju abstinence uporablja antagonist opiatnih receptorjev naltrexon – registriran kot Revia.

UVOD

Glede na porast uživanja prepovedanih drog in na sorazmerno slabo pripravljenost javne zdravstvene službe za zdravljenje in rehabilitacijo odvisnih od prepovedanih drog in na podlagi že nekaterih utečenih aktivnosti v posameznih zdravstvenih domovih in zavodih za zdravstveno varstvo se je v

začetku devetdesetih let pojavila potreba po vzpostavitvi mreže centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog v Republiki Sloveniji. Zdravstveni svet je leta 1994 potrdil doktrino zdravljenja odvisnih od drog in sprejel Priporočila zdravnikom za zdravljenje odvisnih od drog.

S sklepom Ministrstva za zdravje RS (3.4.1995) so bili vzpostavljeni Centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od drog v devetih slovenskih mestih. Danes je teh Centrov že 18 ter dve ambulanti.

Z istim sklepom je bil ustanovljen tudi Oddelek za detoksikacijo pri takratnem Centru za mentalno zdravje Univerzitetne psihiatrične klinike Kliničnega centra v Ljubljani.

V skladu s sklepi Zdravstvenega sveta je Ministrstvo za zdravje imenovalo Koordinacijo Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog ter Komisijo za nadzor nad delom Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog.

Tako je bila vzpostavljena mreža programov zdravljenja odvisnosti v Sloveniji.

V Zakonu o preprečevanju uporabe prepovedanih drog in o obravnavi uživalcev prepovedanih drog (Ur.list 98/99) je med drugim opredeljeno zdravljenje ter ustanovitev in delovanje Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti.

Poleg že omenjenih Priporočil za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog uporabljamo tudi metadonske smernice Evropske komisije, pri katerih pripravi smo sodelovali, ki jih je izdal EuroMethWork leta 2000 in katerih priredbo je septembra 2001 izdalo tudi Ministrstvo za zdravje RS. Na Koordinaciji Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog smo istega leta v skladu s pooblastili, za katere nas obvezuje zakon, posodobili slovenske smernice za zdravljenje z metadonom. Smernice smo zadnjič posodobili marca 2008.

Pripravili smo tudi nova navodila za uporabo, ki povzemajo že utečeno dobro prakso zdravljenja z metadonom v Republiki Sloveniji. V letu 2005 smo izdelali tudi smernice za zdravljenje z buprenorfinom ter dolgodelujočem morfinom. Že leta 1995 smo izdelali smernice za obravnavo uživalcev drog v zaporih ter vzpostavili dobro sodelovanje med Aktivom terapevtov v zaporih in Koordinacijo centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti. Vzpostavljeni so bili »čisti – drug free« oddelki v treh zaporih in prevzgojnem zavodu za mladoletnike Radeče. Smo ena od 22 držav v svetu, kjer se metadon uporablja za zdravljenje odvisnosti tudi v zaporih.

Vzpostavljeni so bili programi obravnave mladih uživalcev drog v nekaterih vzgojnih zavodih.

Organizirali smo preko 80 izobraževanj za delo z uživalci drog, za zdravstvene delavce zaposlene v mreži javne zdravstvene službe za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, specialiste ginekologe, infektologe, pediatre in šolske zdravnike ter izobraževanja po psihiatričnih bolnišnicah.

Izobrazili smo tudi delavce v zaporih, centrih za socialno delo in v policiji.

Organizirali smo tretjo Evropsko metadonsko konferenco (1997), Slovenski konferenci o odvisnostih (1999, 2004), Simpozij mednarodnega združenja za

medicino odvisnosti (2001), skupaj s Svetovno zdravstveno organizacijo Srečanje centralno in vzhodno evropskih držav o zdravljenju odvisnosti (2001), Svetovno konferenco o zmanjševanju škode zaradi uživanja drog (2002) in skupaj s hrvaškimi kolegi prvo Jadransko konferenco in simpozij dežel jugovzhodne Evrope o zdravljenju odvisnosti (2003), Vanguard 2004 in 2006 ter 2. Jadransko konferenco o odvisnosti (2005 v Kranjski Gori) ter 3. v Sarajevu (2007).

V juliju 2007 smo v Ljubljani organizirali 1. Svetovno konferenco o zdravljenju odvisnosti od opiatov in soustanovili Svetovno federacijo za zdravljenje odvisnosti.

Naši programi so bili uvrščeni kot primer dobre prakse v priporočila UNDCP (United Nations – Best Practice Case Study). Vključeni smo v razvoj programov zdravljenja odvisnosti v Albaniji, BiH, Črni Gori, Makedoniji, na Madžarskem, v Romuniji, Srbiji, pa tudi izven Evrope. Naši strokovnjaki pa so svetovalci za to področje v Svetovni zdravstveni organizaciji, UNAIDS-u, IHRD-OSI (International Harm Reduction Development Program), IHRA (International Harm Reduction Association) in Imperial Colleague iz Londona.

Za organizacijo in delovanje mreže centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog smo prejeli številne mednarodne ter domače nagrade: »Nyswander-Dole 'Marie' Award« na AMTA konferenci leta 2001 v Washingtonu, »National Roleston Award 2002« na Harm Reduction konferenci v Ljubljani marca 2002, »The EUROPAD Awards 2002 - Chimera d'Argento« na EUROPAD konferenci maja 2002 ter leta 2005 priznanje Uprave za izvrševanje kazenskih sankcij Ministrstva za pravosodje RS za razvoj programov zdravljenja odvisnosti v zavodih za prestajanje kazni zaporov.

Za promocijo in pomoč dobrim programom zdravljenja so vodje centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od drog in člani Koordinacije Centrov leta 1998 ustanovili Ustanovo odsev se sliši s sodelovanjem katere smo organizirali zgoraj omenjena izobraževanja in konference, izdali številne priročnike za strokovnjake in uživalce drog in njihove svojce (zbirka Droge med nami) ter tudi izdajamo poljudno revijo Odsev in strokovno revijo Odvisnosti. Ta je z ustanovitvijo Central Eastern European Adriatic Addiction Network postala tudi mednarodna revija te mreže.

MREŽA JAVNE ZDRAVSTVENE SLUŽBE ZA PREPREČEVANJE IN ZDRAVLJENJE ODVISNOSTI

Javna zdravstvena služba seveda poskuša odgovarjati na vse zdravstvene potrebe uživalcev drog, tako eksperimentatorjev kot odvisnih, pa tudi njihovih svojcev. Pri tem pa pacientov zaradi njihove »nemotiviranosti«, kadar iščejo pomoč, ne odklanja, nasprotno, z mnogimi strokovno ustreznimi in do pacientov prijaznimi programi jih skuša čim več pritegniti v obravnavo ter jim ponuditi takšne oblike zdravljenja, za katere so sposobni in zmorejo v njih tudi ostati.

Z odprtjem novih centrov je skokovito poraslo število ljudi, ki so v njih iskali pomoč. Šele ko je ta možnost postala dovolj dostopna, so uživalci drog in njihovi

svojci poiskali stik z zdravstveno službo tudi v krajih, za katere se je menilo, da je v njih zelo malo ljudi, ki jemljejo droge. Manjšal se je pritisk na službe nujne medicinske pomoči in na dežurne ambulante, bistveno manj je bilo nezadovoljstva in agresivnosti pacientov, saj imajo v centrih možnost ustreznega zdravljenja.

Spoštljiv odnos, pripravljenost za pomoč in strokovnost lahko olajšajo marsikateri nesporazum. Dobra povezanost z nizkopražnimi programi, ki so pretežno v domeni socialnega skrbstva in nevladnih organizacij, in sodelovanje s programi socialne rehabilitacije, za nekatere tudi v terapevtskih skupnostih in komunah, je pogoj za dobro oskrbo uživalcev drog.

Dejavnosti centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog:

posvetovalnica za odvisnike, svojce in pedagoge
individualna, skupinska in družinska terapija
priprava na hospitalno obravnavo
pomoč pri rehabilitaciji in reintegraciji v družbo
konzultacije za zdravstveno in socialno službo
patronaža ter povezava s terapevtskimi skupnostmi in skupinami za samopomoč
ambulantna detoksikacija
vzdrževalni metadonski program

Osebj:

zdravnik specialist splošne ali socialne medicine
zdravnik specialist psihiater
psiholog
višja in /ali srednja medicinska sestra
socialni delavec
laborant
administrativni delavec
prostovoljci

Ena izmed dejavnosti v centrih in ambulantah je tudi detoksikacija z metadonom in vzdrževalni metadonski program.

Kriteriji za sprejem v program zdravljenja s substitucijskimi zdravili (SZ)

Sprejem odvisnega uživalca opioidnih drog v program zdravljenja s SZ poteka na podlagi opravljene anamneze, kliničnega pregleda ter izpolnjevanja pogojev za vstop. Odločitev se sprejme timsko, v timu mora biti psihiater.

Minimalne zahteve za sprejem v program zdravljenja s SZ

so:

zasvojenost z opiaty ter trenutna telesna odvisnost;
telesne in psihične sposobnosti oziroma pripravljenost za zdravljenje s substitucijskim zdravilom;

pisna potrditev o vključitvi v program zdravljenja s SZ –podpisan terapevtski dogovor ter predhodna seznanitev o drugih smiselnih možnostih zdravljenja, s prednostmi in stranskimi učinki zdravljenja s SZ ter pravili tovrstnega zdravljenja; minimalna starost 15 let – 16 let za metadon; stalno bivališče v regiji Centra za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog; da ima pacient izbranega družinskega zdravnika; obvezno zdravstveno zavarovanje.

Kljub temu, da uživalka/ec drog izpolnjuje kriterije za substitucijski program, se po presoji članov tima lahko odkloni vključitev v program.

Metadon se za potrebe zdravljenja odvisnosti predpisuje le v obliki raztopine na naročilnico in se ga ne sme prepisovati na recept, prav tako ne v obliki tablet. Izdaja se v raztopini, razredčeni s gostim sokom, za katero tudi uporabniki vedo, da ni primerna za i.v. uporabo. Raztopina metadona, ki se prejme na dom, mora biti shranjena v steklenički z navojem "child protection" ter jasno označena.

Oseba, vključena v program prejme Izkaznico o vključenosti v program zdravljenja s SZ, kamor se zapisujejo odmerki SZ za domov. Izkaznica še ne pomeni avtomatskega nadaljevanja zdravljenja s SZ, ampak je potrebna pisna potrditev zdravnika v centru.

Zdravljenje s SZ je le ena od možnosti za obravnavo odvisnosti od opiatov. Terapevti, ki zdravijo s SZ, morajo seveda dobro poznati tudi vse druge možnosti zdravljenja, jih pacientu tudi predstaviti ter skupaj z njim, morebiti tudi njegovimi svojci, vsekakor pa tudi s sodelavci v timu, raziskati in se skupaj s pacientom odločiti za najustreznejšo obliko. Ob tem je potrebno predstaviti tudi prednosti in stranske učinke zdravljenja s SZ ter predstaviti pravila tovrstnega zdravljenja, podpisati terapevtski dogovor ter načrtovati celostno obravnavo pacienta ter najmanj vsake tri do šest mesecev pregledati uspešnost zdravljenja ter določiti terapevtske cilje. Vedno je potrebno ponuditi tudi druge oblike psihosocialne obravnave ter pacienta opozoriti na nevarnosti uživanja SZ, kombinacije z drugimi zdravili in psihoaktivnimi snovmi in odgovornost glede vožnje z motornimi vozili, dela s stroji in shranjevanja metadona.

SZ zdravljenje lahko poteka v obliki:

kratkotrajne detoksikacije (stabilizacije in zmanjševanja odmerka v enem mesecu)

dolgotrajne detoksikacije (več kot en mesec)

kratkotrajnega vzdrževalnega programa (stabilno predpisovanje odmerkov v času do 6 mesecev)

dolgotrajnega vzdrževalnega programa (več kot 6 mesecev)

Program zdravljenja s SZ je torej tudi eden od osnovnih programov za zmanjševanje škode (harm reduction) pri uživalcih opiatnih drog.

Ker omogoča velikemu številu uživalcev opiatnih drog stike z zdravstveno službo, pomeni tudi vstopna vrata za iskalce pomoči ter obravnavo uživalcev v drugih programih, od nizkopražnih do usmerjenih v abstinenco.

Ko se stanje klientov stabilizira, se odmerki več ne spreminjajo bistveno, toleranca pomembno ne narašča, večina jih zmanjša ali preneha z uživanjem opiatov ali pa te uporabljajo redkeje in na manj ogrožujoč način.

Hospitalizacija ali zapor ni razlog za prekinitve zdravljenja s SZ. Vzdrževalno zdravljenje s SZ je uspešnejše, kadar vključuje celostno obravnavo in ima združeno medicinsko, svetovalno in administrativno podporo, upošteva pacientove individualne potrebe, zagotavlja zadostno število stabilnega in educiranega osebja ter seveda upošteva ustrezno višino odmerka SZ.

Koristi tovrstnih programov se težko merijo v ekonomskem smislu. Po najbolj popolni raziskavi, ki je bila narejena, le-te vključujejo zmanjšano tveganje za prenos virusov HIV in hepatitisa, zmanjšano ceno splošne zdravstvene oskrbe, zmanjšane zahteve po socialnih storitvah, izboljšano zdravje za noseče odvisnice in njihove otroke, zmanjšanje kriminalitete, varnejše skupnosti, povečano socialno produktivnost in boljše starševstvo.

Tabela 1: Trend naraščanja števila pacientov v Centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog v Republiki Sloveniji

CENTER ZA ZDRAVLJENJE ODVISNIH OD PREPOVEDANIH DROG PSIHIATRIČNE KLINIKE LJUBLJANA

Dejavnosti: svetovanje, ambulantno in bolnišnično zdravljenje, dnevni center, izobraževanje, raziskovanje, založništvo, koordinacija.

Otvoritev Centra za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog Psihiatrične klinike Ljubljana je bila 28. januarja 2003.

Razširjen in dopolnjen je bil obstoječi program Oddelka za detoksikacijo, ki je od leta 1995 potekal na Kliničnem oddelku za mentalno zdravje Psihiatrične klinike v Ljubljani, z 9 (12) na 17 postelj na Oddelku za detoksikacijo in 18 postelj na Oddelku za intenzivno podaljšano zdravljenje. Na vsakem oddelku sta dve postelji namenjeni kriznim intervencijam, omogočeno je tudi zdravljenje otrokom in mladostnikom-uživalcem drog. V bolnišnično zdravljenje sprejemajo tudi paciente iz zavodov za prestajanje kazni zapora in vzgojnih zavodov.

Ambulantno delo, ki ostaja osnova zdravljenja na CZOPD poteka v obliki individualnih pogovorov ali terapevtskih skupin ali v dnevnem centru. Vključuje lahko tudi delo s svojci ter partnersko ali družinsko terapijo.

Program zdravljenja načrtujejo skupaj s pacientom. V dogovoru z njim pa je zaželeno tudi sodelovanje pomembnih bližnjih.

Seveda zdravljenje lahko poteka tudi samo ambulantno. Pri tistih, za katere pa je najustreznejše bolnišnično zdravljenje, osnovni program obsega dva do tri mesece ambulantne priprave za sprejem v bolnišnico. V tem času pacienti in svojci obiščejo pripravljalno skupino. Sledi sprejem v bolnišnico na šest-tedensko zdravljenje na Oddelku za detoksikacijo ter kasneje osem-tedensko nadaljevalno zdravljenje na Oddelku za intenzivno podaljšano zdravljenje. Kasneje je možna vključitev v Dnevni center 2-3 krat tedensko, v katerem zdravljenje poteka še šest mesecev. Že v času zdravljenja v Dnevnem centru pa se je možno vključiti v programe dodatnih terapevtskih skupin, kluba ali skupin za samopomoč in tu nadaljevati z zdravljenjem tudi po zaključku programa Dnevnega centra.

Opisan tipičen potek zdravljenja seveda v vsaki fazi potrebam prilagajajo in možnostim posameznika (oblika bolezni odvisnosti, morebitne pridružene duševne motnje ali stiske, telesna bolezen, starost, oddaljenost, zaposlitev, šolanje ...).

V kolikor ugotovimo, da opisano zdravljenje za posameznega pacienta ni optimalno, se seveda dogovorimo za drugačne, ustreznejše možnosti. Pacientu torej avtomatično »ne pripada« ves program v opisani obliki temveč se glede na njegov napredek v zdravljenju išče najustreznejše oblike pomoči. Možno je vstopati le v posamezne oblike zdravljenja. Še posebej v ambulantni obravnavi oziroma dnevnem centru pa je možna vključitev tudi le v posamezne oblike terapije glede na individualni program zdravljenja vsakega posameznika. Najpomembnejši cilj zdravljenja odvisnih od drog v Centru za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog je vzpostavitev abstinence in pomoč pri njenem vzdrževanju z ustrezno spremembo življenjskega stila.

Torej življenje brez uživanja vseh psihoaktivnih snovi, ki povzročajo odvisnost, in tudi zdravljenje pridruženih motenj pri tistih pacientih, pri katerih je vodilna motnja bolezen odvisnosti.

LITERARURA

Addiction Treatment; Forum; Methadone Maintenance in the Treatment of Opioid Addiction. Clinco Communication, Inc., 2002

Finnegan L, Davenny K, Hartel D. Drug use in HIV infected women. In: Johnson M, Johnstone F. HIV Infection in Women, London: Churchill Livingstone, 1993.

KASTELIC, Andrej, KOSTNAPFEL-RIHTAR, Tatja. The network of centres for the prevention and treatment of drug addiction in the Republic of Slovenia. *Med. arh.*, 2001, letn. 55, št. 3, str. 135-139. [COBISS.SI-ID 14342105]

KASTELIC, Andrej, KOSTNAPFEL-RIHTAR, Tatja. Public Health Network for Treatment of Drug Addicts in Slovenia. In: Building International Research in Drug Abuse. Puerto Rico: 1996; B 4.

KASTELIC, Andrej. Slovenia : Network of centres for the prevention and treatment of drug ADDICTION. V: *Drug abuse and HIV/AIDS: lessons learned : case studies booklet : central and eastern Europe and the central Asian states*. New York: United nations office for drug control and crime prevention, 2001, str. 48-52. [COBISS.SI-ID 14380761]

KASTELIC, Andrej. Priporočila zdravnikom za zdravljenje odvisnih od ilegalnih drog. V: Zbornik o posvetovanju o metadonu. Urednica: Tatja Kostnapfel Rihtar, Ministrstvo za zdravstvo, 1995; 17-62.

KASTELIC, Andrej, MIKULAN, Marija, KOSTNAPFEL-RIHTAR, Tatja (ur.). *Mladostnik in droga : priročnik za starše in učitelje*. Ljubljana: Prohealth, 2004, ISBN 961-91390-0-3.

KOSTNAPFEL-RIHTAR, Tatja. Kakovost storitve vzdrževalnega metadonskega programa v letih 1995 in 1997 = Quality of methadone maintenance programme in Slovenia in 1995 and 1997. *Odvisnosti (Ljubl.)*, 2001, letn. 2, suppl. , str. 13-54.

KOSTNAPFEL-RIHTAR, Tatja, KASTELIC, Andrej. Vzpostavitev mreže centrov za zdravljenje odvisnih od nedovoljenih drog. *Lekarništvo*, nov.-dec. 1995, leto 23, št. 2/3, str. 26-30.

KOSTNAPFEL-RIHTAR, Tatja, KASTELIC, Andrej, KREK, Milan. Zdravljenje odvisnih od nedovoljenih drog : vzpostavitev mreže centrov = Treatment of drug addicts - Establishment of public network. *Zdrav. vars.*, 1995, letn. 34, št. 11/12, str. 575-579.

KASTELIC, Andrej, KOSTNAPFEL-RIHTAR, Tatja. Zdravljenje odvisnosti od nedovoljenih drog = Healing of drug addicts. *Isis (Ljubl.)*, januar 1996, letn. 5, št. 1, str. 21-22.

KOSTNAPFEL-RIHTAR, Tatja. *Kakovost storitve vzdrževalnega metadonskega programa*, (Zdravstveno varstvo, letn. 36, supl. 1). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 1997. 80 str., graf. prikazi. ISBN 961-6202-08-1.

KASTELIC, Andrej, KOSTNAPFEL RIHTAR, Tatja, KOSINA, Livio (ur.). *Kako preprečujemo in zdravimo odvisnosti od prepovedanih drog v sistemu zdravstvenega varstva : poročilo o delu v obdobju od leta 1995 do 2000*. [Ljubljana]: Ustanova Odsev se sliši, 2000. 40 str., ilustr.

KOSTNAPFEL RIHTAR, Tatja. *Dvogodišnje pračenje kvalitete metadonskega programa : magistrski rad = Quality of services in the methadone maintenance programme : master study*. Zagreb: [T. Kostnapfel Rihtar], 2000. IX, 97 f., tabele.

Methadone Maintenance treatment: Translating research into policy (Prepared for American Methadone Treatment Association Conference), National Institute on Drug Abuse International Forum, November 1, 1995).

OLSEN H, Opioids and opioid analgesics. In: Dukes MNG, ed. *Meyler's Side Effects of Drugs*. 13th ed. Amsterdam: Elsevier, 1996: 170-190.

Pregnancy and Drug Misuse Update 2000, Council of Europe Publishing, 2000

PRESTONE A. *The Methadone Briefing*. London: Island Press, 1996.

Principles of Drug Addiction Treatment. A research based guide; National Institute on Drug Abuse (NIDA); NIH Publication No. 99-4180; October 1999

VERSTER ANNETTE, BUNING ERNST; *Information for policy makers on the effectiveness of substitution treatment for opiate dependence*, EuroMethwork, 2003

VERSTER ANNETTE, BUNING ERNST; *Training manual, Key aspects of substitutional treatment for opiate dependence*, EuroMethwork, 2003

VERSTER ANNETTE, BUNING ERNST.; *Methadone Guidelines*, June 2000; EuroMethwork, Amsterdam

WARD J, MATTACK R, Hall W. *Key Issues in Methadone Maintenance Treatment*. New South Wales University Press 1992. *V Int J Drug Policy* 1994; 5(): 158-60.

WHO Expert Committee on Drug Dependence (1998). *WHO Technical Report Series*, Geneva, Switzerland.

ODVISNOST OD PREPOVEDANIH DROG – TEORIJA IN PRAKSA

Branko Bregar, dipl. zn., glavni medicinski tehnik Centra za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, Psihiatrična klinika Ljubljana

1. UVOD

Slovenija na področju obravnave zlorabe prepovedanih drog in povezanih problemov odvisnosti sledi evropskim trendom.

Problematika je danes za družbo tako visoka, da so potrebni nenehni ukrepi na tem področju. Zaradi številnih uničujočih posledic prepovedanih drog na zdravje posameznika je primerna obravnava bolnikov izrednega pomena. Danes različni programi niso usmerjeni samo v abstinenco, ampak tudi v zmanjševanje škode na področju zlorabe drog (Kastelic in Mikulan, 2004; Nolimal, 1995; Kastelic, 1995). (tabela)

Odvisnost je bolezen, ki se zaradi svoje značilnosti obravnava izrazito multidisciplinarno (Kastelic in Mikulan, 2004; internet 1).

V Sloveniji smo razvili kar nekaj nevladnih in vladnih programov namenjenih delu z ljudmi, odvisnimi od prepovedanih drog. Poznamo **visokopražne** in **nizkopražne programe**, ki se razlikujejo po kriterijih za vstop (Verster in Buning, 2001). Bistvena razlika med njimi je v tem, da so visokopražni programi usmerjeni v abstinenco in so bistveno bolj zahtevni (redni urinski testi, vstop v program je težji - obstajajo selektivna merila za sprejem, program je zelo strukturiran, strogi ukrepi ob prestopkih terapevtskega dogovora, kazenski odpusti, obvezno aktivno zdravljenje in psihoterapija). Nizkopražni programi pa so bolj usmerjeni v zmanjševanju škode na področju drog (Fundacija Robert, Stigma, Drop in centri, DrogArt, substitucijski metadonski programi na primarni ravni) (Verster, Buning, 2001; Škoberne, 2000; internet 2). Ta del programov je izredno pomemben, saj je tako dostopnost do primerne obravnave omogočena široko in v vsakem trenutku (internet 2). Namenjeni so varnejši uporabi drog, uživalcem v socialnih stiskah, ohranjamo stik z uporabniki, nudimo jim primerno pomoč ob težavah, itd.

Zaradi tega se je v sodobnosti uveljavilo pravilo: »Skoraj vsakršna obravnava je boljša kot nobena.« To ne pomeni, da programi, namenjeni abstinenci, niso pomembni, vendar se moramo zavedati, da se vsi odvisniki v vsakem trenutku pač niso pripravljani ali sposobni odpovedati drogi (Kastelic in Mikulan, 2004). Odvisnost od prepovedanih drog ima svoje značilnosti. Je bolezen, definirana v šifrantih, ki vpliva na mišljenje, vedenje in čustvovanje, in ki zahteva tudi prilagojene intervencije ZN. Odvisnost pa se od drugih bolezni razlikuje v še eni dimenziji. Odvisnik je bolnik, ki marsikomu izmed nas, ki smo zaposleni v ZN, povzroča različne zadržke, strahove in probleme. Odvisniki se danes pogosto pritožujejo, da jih zdravstveno osebje pogosto odkloni (Krek J, Krek M, 1996). Ker pa smo profesionalci, moramo zato pri odvisniku še toliko reflektirati naše

ravnanje (Ali sem ravnal prav in v prid bolniku? Ali sem kršil zakonodajo? Ali izdal poklicno skrivnost? ...) (Balažič, 1996).

2. TEORETIČNI DEL

Danes še vedno obstajajo moralistični pogledi na odvisnost; za mnoge zdravstvene delavce ni bolezen, ampak zgolj razvada, v katero človek ne bi zapadel, če bi zdravo živel. Razumevanje sindroma odvisnosti kot kronične bolezni je v stroki izredno pomembno (Krek J in Krek M, 1996).

Dolgo je veljalo, da gre pri odvisnosti le za pomanjkanje motivacije, volje in moči posameznika. Danes je s temeljitimi študijami dokazano, da je odvisnost bolezen z jasnimi in predvidljivimi znamenji. Dodatni razlogi, ki nam potrjujejo odvisnost kot bolezen so, da kljub različnim kulturnim, etničnim in socialno-ekonomskim okoliščinam obstaja jasna konsistentnost v anamnezi in znakih bolezni pri vseh posameznikih, ki so odvisni od opiatov. Tudi po dolgih obdobjih abstinence je velika možnost recidiva

(National Institutes of Health, 1997; Rus Makovec, 1997).

Poznamo dve mednarodno sprejeti merili za sindrom odvisnosti: International Clasification of Diseases (ICD 10), ki jo je izdala Svetovna zdravstvena organizacija leta 1992, in Diagnostic Manual of Mental Disorders (DSM-IV), ki ga je sprejelo Ameriško psihiatrično združenje leta 1994, dokazujeta, da je medicina prevzela obravnavo in odgovornost za zdravljenje odvisnosti (Verster in Buning, 2001; Čebašek-Travnik, 1997).

V mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (1995) je sindrom odvisnosti opredeljen kot »skupina vedenjskih, kognitivnih in fizioloških fenomenov, ki se razvijejo po ponavljajočem se uživanju snovi in je zanje značilno, da vključujejo močno željo po zaužitju droge, težave pri obvladovanju jemanja, vztrajanju pri uživanju kljub škodljivim posledicam, večje posvečanje uživanju droge kot drugim aktivnostim in obveznostim, povečano toleranco in včasih telesne motnje zaradi odtegnitve snovi.«

Tomori (2000) meni, da je odvisnost eden (a škodljiv, ogrožajoč in nevaren) načinov iskanja notranjega ravnovesja, usklajenosti. Gre za enega izmed mnogih slogov iskanja ugodja, izogibanja prizadetosti in obvladovanja stresa. Odvisen lahko posameznik postane od mnogih snovi, v katerih sprva išče zadostitev, sprostitve, dober občutek o sebi, iluzijo stvarnosti ali pa tudi nadomestilo za vse to. Vsaka oblika odvisnosti pa prinaša svoje pasti in nevarnosti. Za psihoaktivne snovi je značilno, da vplivajo na razpoloženje, zaznavanje, doživljanje, dušijo tesnobo in olajšujejo komunikacijo, dajejo simbolično podobo odraslosti ter dovoljujejo umik v otroštvo.

2.1. Vzroki odvisnosti

Odvisnost je bolezen, ki nastaja postopoma in je pravzaprav dolgotrajen proces. Je bolezen, ki je kronična in se njene posledice v največji meri vidijo na področju našega mišljenja, počutja in vedenja (Kastelic in Mikulan, 2004; Krek M in Krek J, 1996). Poznavanje razvoja in spleta različnih dejavnikov, ki vplivajo na razvoj bolezni, je pomembno za razumevanje posameznika v procesu zdravljenja.

Povsem na mestu je ugotovitev, da je vzrokov odvisnosti toliko, kolikor je posameznikov, kljub temu pa lahko izpostavimo nekatere tipične značilnosti. Dejstvo je, da je adolescenca tisto obdobje, v katerem največ mladostnikov pride v stik z drogo. Kar 90 odstotkov slovenskih heroinskih uživalcev je navedlo kot prvo drogo v adolescenci marihuano (Kastelic in Mikulan, 2004). Seveda ne moremo reči, da vsi, ki so kadili in kadijo marihuano, so ali postanejo kasnejši intravenozni odvisniki. Raziskave prav tako govorijo, da so imeli isti odvisniki tudi problem s pretiranim opijanjem in z zasvojenostjo z nikotinom, pa danes ti dve drogi nihče ne povezuje s kasnejšim uživanjem prepovedanih drog (Harm, Schumacher, v. Soer, Nitschke, Bauer, Schloemer, 1997). Adolescenca je zelo občutljivo obdobje posameznika; je obdobje, ko mladostnik/ca razvijata svojo identiteto, avtonomnost, vzpostavita odnos do svoje spolne vloge in se odločata, kaj bi lahko v življenju počela. Družino kot vzor nadomestijo vrstniki. Oni so sedaj tisti, ki jima sporočajo, kako naj se vedejo, oblečejo, kaj je primerno in sprejemljivo za družbo. Mladostniki v tem obdobju začnejo prevzemati odgovornost za svoja dejanja, pri iskanju svoje ustrezne spolne vloge in vzpostavitve odnosa do nasprotnega spola marsikateri postanejo zbegani in zmedeni. V tem obdobju začno razmišljati o tem, kaj bodo v prihodnosti počeli. Zaradi različnih interesov in obveznosti do šole, družine pridejo v konflikt pri planiranju prostočasnih dejavnosti in obveznosti. Postopoma začno dejavno načrtovati svoj prosti čas, ki je namenjen iskanju tistih dejavnosti, ki jim godijo in s tem zadovoljujejo tudi svoje potrebe po prijetnem in ustvarjalnem po njihovi izbiri (Kastelic in Mikulan, 2004; Harm, Schumacher, Soer, Nitschke, Bauer, Shloemer, 1997). Tako vzpostavljajo dinamično notranje ravnotežje, ki je tako zelo pomembno pri vsakodnevnem delovanju. Srečujejo se s svojimi hotenji, željami, obveznostmi ... Včasih so pri tem sprejeti, uspešni ali pa tudi ne. Doživljajo občutke sreče, veselja, razočaranja, jeze, žalosti. Sprejemanje takih občutkov ni niti za odraslega enostavno, kaj šele za mladostnike, ki si utirajo pot v samostojnost. Kako bodo reagirali, je odvisno od vrednot in pravih odločitev, ki so jih do sedaj pridobivali in sprejemali.

Na dolgi poti vzpostavitve notranjega ravnovesja imajo v zgodnjem obdobju našega življenja pomembno vlogo tudi naši najbližji, družina (Tomori, 2000). Družina igra pomembno vlogo pri razvoju odvisnosti. Pri posamezniku že od malih nog naprej privzgoji različne vrednote. Te vrednote bodo igrale vlogo pri njegovih pravih odločitvah. Govorimo o vrednotah, kot so: poštenje, odkritost, zdrav stil življenja in še bi lahko naštevali. V funkcionalni družini bodo te vrednote družbeno sprejemljive in bodo tako igrale pomembno vlogo pri samouresničevanju, samo potrditvi posameznika (Kastelic in Mikulan, 2004). Na tem mestu lahko omenimo tudi več drugih teorij, ki razlagajo in iščejo vzroke odvisnosti. Dejstvo pa je, da moramo pri obravnavi odvisnosti upoštevati splet vseh dejavnikov (Tomšič, 2004).

2.2. Razvoj odvisnosti

Kastelic (2004) navaja pet faz, ki so pomembne za nastanek odvisnosti. Seveda so mnogokrat prehodi iz ene v drugo fazo nejasni in se lahko pri posameznikih razlikujejo.

Faza eksperimentiranja je faza prvega stika z drogo ali pa le pripadnost družbi, ki uživa drogo in najstnika napeljuje na uporabo droge.

Faza socialne rabe pomeni uživanje droge v raznih okoliščinah, ko želijo posamezniki pripadati določeni subkulturi. Mladostniki že zaznavajo spremembe v svojem vedenju in razpoloženju, vendar se negativnih posledic in motenj še ne zavedajo, čeprav se že lahko pojavijo prvi preveliki odmerki.

Faza instrumentalne rabe: droga je instrument, s pomočjo katerega uživalci načrtno vplivajo na svoja čustva in vedenje. Ključno za to fazo je iskanje posebnih čustvenih in/ali vedenjskih stanj.

Lahko jih jemljejo iz hedonističnih (užitkarskih) razlogov ali kompenzacijskih (prežene ali prebrodi negativna čustva ali stresne situacije) razlogov.

Habitualna faza: pojavijo se prvi znaki bolezenske odvisnosti, uživanje droge je pogostejše. Kljub želji obvladovati drogiranje, jim tega ne uspe. Uživalec se že zaveda odvisnosti, toleranca raste, pojavijo se tudi odtegnitveni znaki.

Kompulzivna faza-stanje obsedenosti z drogo, odvisnost je razvita. Kljub temu, da občasno še želi nadzorovati uživanje droge, mu to ne uspeva, kar pa niža njegovo samospoštovanje. V takem stanju pogosto razmišlja o samomoru, kar tudi poskuša. Propad tako v telesnem, psihičnem in socialnem smislu je viden.

Odvisnost, vse težave, ki so značilne za prejšnjo fazo, so samo še večje.

2.3. Vloga zdravstvene nege

Izvajalci ZN so v zdravstvu številčna skupina, ki zaradi svoje narave dela prihajajo v stik z zelo širokim krogom obremenjenega prebivalstva. Kot profesionalci na zdravstvenem področju so pogosto prvi člen, s katerimi se srečajo bolniki. Njihova vloga je v prepoznavanju odvisnosti, ocenitvi stanja in ustreznem interveniranju z namenom pomagati uživalcu droge. Običajno pa imajo izvajalci ZN za učinkovito delovanje na tem področju premalo znanja, veščin, samozavesti in premalo profesionalne in organizacijske podpore. Z ustreznimi intervencijami bi lahko izvajalci ZN učinkovitejše delali z obremenjeno populacijo (internet 3).

2.3.1. Komunikacijske spretnosti

ZN je poklic, ki zahteva izrazit stik z ljudmi. Terapevtska komunikacija je zato ključnega pomena, je spretnost, ki se je je potrebno zavestno učiti in tudi naučiti. (Gorše Muhič, 1999). Gorše Muhič (1999) opisuje elemente kakovostne komunikacije, ki zagotavljajo dober stik z bolnikom.

Skozi verbalno in neverbalno komunikacijo lahko bolnika tudi motiviramo.

V procesu obravnave odvisnega bolnika je **motivacija** ključnega pomena. Ker se stopnja motivacije skozi obravnavo bolnika spreminja, je nujno poznati ustrezne motivacijske tehnike, s katerimi povečujemo motivacijo. Prav zato je zadnje čase usmerjena velika pozornost k izboljšanju usposobljenosti strokovnjakov za obvladovanje postopkov, ki večajo motivacijo (Boben-Bardutzky, 2004).

Poznamo zunanjo in notranjo motivacijo. Najuspešnejši so tisti bolniki, ki doživljajo zunanje pritiske in so notranje motivirani.

Ko govorimo o motivaciji je nujno omeniti Prochaskin in DiClementejev transteoretični model, ki govori o tem, kako ljudje spreminjamo svoje vedenje z zdravljenjem ali brez njega. Model sestavlja pet stopenj, skozi katere se

posamezniki premikajo glede na spremembo svojega vedenja. Za strokovnjake je dobro, da znajo oceniti, na kateri stopnji se nahajajo posamezniki, kajti »nižje« kot so, več motivacijskih tehnik bo potrebno za naprej in višje kot je, več drugih podpornih mehanizmov bo koristnih (DiClemente, Bellino, Neavins, 1999). Osnova različnih motivacijskih tehnik je motivacijski intervju (MI), pri katerem motivacijski postopki temeljijo na predpostavki, da je odgovornost in sposobnost bolnikov, odvisnih od prepovedanih drog, za spremembe v njih samih. Strokovnjaki morajo zato ustvariti take okoliščine, da bomo z njimi pri bolnikih ustvarili, izboljšali, prebudili njihovo lastno odgovornost in sposobnost za spremembe. Z motivacijskimi postopki želimo vzpodbuditi notranjo motivacijo, ki je ključna za uspešne spremembe (Boben-Bradutzky, 2004).

Pet osnovnih načel za doseganje takega pristopa:
izražanje empatije
soočanje z neskladjem
izogibanje argumentiranju
obvladovanje odpora
spodbujanje samoučinkovitosti (Boben-Bradutzky, 2004)

Nedovoljene dejavnosti pri terapevtski komunikaciji z bolnikom odvisnim od prepovedanih drog:
ne prepiramo se z bolnikom!
ne vsiljujemo diagnostičnih etiket bolniku!
ne govorimo bolniku, kaj mora narediti!
ne poskušajmo zlomiti zaničanja z direktno konfrontacijo!
ne namiguje na bolnikovo nemoč! (Boben-Bradutzky, 2004; internet 3)

Nekatere tehnike, ki jih uporabljamo v motivacijskih postopkih, so:
odprta vprašanja so vprašanja, na katera bolnik ne more odgovoriti z DA ali NE. Torej uporabljamo vprašalnice, kot so: KAKO, KAJ, POVEJTE MI O...
afirmacije, s katerimi priznavamo bolnikom, kaj jim je šlo, njihove močne strani, ki jih s takšno obravnavo še ojačamo
reflektno poslušanje, kjer povzamemo pomembne stvari, ki jih je povedal pacient. S tem pokažemo svoje aktivno poslušanje, skrb do pacienta in poudarimo pomembne stvari za doseganje spremembe
povzemanje je specializirana oblika reflektivnega poslušanja
preokvirjanje (reframing), kjer bolnika usmerimo, da naj pogleda svoje zaznavanje z drugega zornega kota (Boben-Bradutzky, 2004; internet 3)

Še nekatere svetovalne strategije motivacijskih postopkov:
pregled običajnega dne
pogled nazaj
dobre in manj dobre stvari
pogovor o stopnjah spreminjanja
raziskovanje vrednot
pogled naprej
ugotavljanje pomembnosti in samozaupanja

načrtovanje sprememb (Boben-Bradutzky, 2004)

Dve tehniki, ki jih izvajalci ZN prav tako lahko uporabljajo pri delu z bolnikom, odvisnim od prepovedanih drog, sta **KRATKA INTERVENCIJA** in **KRATKA MOTIVACIJSKA INTERVENCIJA**.

Prva je koristna v zgodnjih stadijih bolezni odvisnosti za zmanjševanje nadaljnjih komplikacij zlorabe droge, izogibanju in zmanjševanju obstoječih težav, in zmanjševanju škode uporabe droge. Raziskave so pokazale, da lahko pri bolnikih v kritičnih trenutkih z uporabo pravih tehnik dosežemo pozitivne spremembe (Boben-Bradutzky, 2004; internet 3).

Druga tehnika vključuje strategijo informiranja in edukacije bolnika o škodljivosti in tveganju zlorabe drog. Je visoko učinkovita tehnika v razmerah, ko je bolnik zaradi posledic uživanja drog sprejet na akutne oddelke, ali ob drugih visoko stresnih dogodkih v življenju, kot so družinski problemi, izguba zaposlitve itd. Tehnika je primerna za vse stadije bolezni odvisnosti, vendar manj pri razviti kronični bolezni in dvojnih diagnozah (Boben-Bradutzky, 2004; internet 3).

2.3.2. Nujna stanja pri obravnavi bolnika, odvisnega od prepovedanih drog
Intoksikacije so značilne za vse faze razvoja odvisnosti, vendar pogosteje, ko so uživalci še v začetnih fazah ali v stanju po vzpostavitvi abstinence. Izvajalci zdravstvene nege morajo prepoznati znake intoksikacije, ki jih povzročajo posamezne prepovedane droge (tabela 1), in takoj ukrepati v skladu s pristojnostmi.

Do **predoziranja** pride najpogosteje ob uporabi različnih drog hkrati ali v kombinaciji z alkoholom, zdravili, v obdobju po vzdrževanju abstinence, ob močnejši koncentraciji droge na tržišču, pomotoma pri tistih, ki so drogo šele začeli jemati in ob poskusu samomora. Pomembno je prepoznavanje življenjske ogroženosti in urgentno ukrepanje po splošnih načelih oživljanja (ABC ukrepanje ob ogroženih življenjskih aktivnosti). Dobro je prepoznati substanco zaradi katere je prišlo do predoziranja, ker pri predoziranju z nekaterimi substancami uporabljamo specifične antidote. Tako Nalokson (Narcanti) uporabljamo pri predoziranju z opiodi in Anexate pri predoziranju z benzodiazepemih. Pri zaužitju droge dodatno uporabljamo aktivno oglje.

Abstinečna kriza se pojavi ob odtegnitvi droge ali milejša ob nadzorovani detoksikaciji. Pomembno je vedeti, da opiatna abstinenčna kriza ni življenjsko ogrožajoča, je pa dolgotrajna in izredno neprijetna. Odvisna je od vrste droge, odmerka, staža jemanja droge, individualne občutljivosti ter tudi bolnikovih pričakovanj, psihofizične kondicije, socialne situacije, psiholoških dejavnikov in okolja, v katerem se odvija detoksikacija. Telesno odvisnost označuje razvoj tolerance in razvoj abstinenčnih znakov med odtegnitvijo.

Izvajalci ZN morajo prepoznati abstinenčne znake. Bolniki so v tem stanju izredno občutljivi tudi na bolečino. **Zaradi zlorabe opiodov imajo bolezensko zmanjšan prag bolečine** in je zaradi tega potrebno resno sprejeti subjektivne ocene bolnikov o prisotnosti bolečine (internet 3). To je obdobje, kjer nastopamo kot neposredni izvajalci ZN zaradi zdravstvenih zapletov. Pomembne vloge v tem stadiju bolezni sta vlogi učitelja in svetovalca. Ustrezna komunikacija z elementi motivacije, vedenjske in kognitivne terapije, razvit medosebni empatičen

odnos in predvsem nemoralističen pristop so izrednega pomena. Bolniku smo vzor pri učenju reševanja konfliktov, problemov. Bolnike, ki jim je motivacija padla, usmerjamo v postavljanje kratkoročnih ciljev pri vzpostavljanju abstinence in jih učimo dodatnih tehnik preusmerjanja pozornosti. Izredno pomemben je empatičen odnos z bolnikom, ki ga lahko le redki vzpostavijo - tisti, ki razumejo, da je odvisnost bolezen in ne le razvada.

Težnja po samomoru je ena hujših posledic jemanja droge. Nizka samopodoba in samospoštovanje zaradi neuspešnih poizkusov vzpostavljanja abstinence je značilna za uživalca v četrti in peti fazi. Dodatno je obupan tudi zaradi svojega zdravstvenega stanja. Običajno so v tem stadiju izgubili tudi podporo družinskih članov, zapleteni so v kriminalna dejanja itd. Bolnik, ki je poiskal našo pomoč v tem stanju, se je znašel v začaranem krogu, iz katerega ne vidi izhoda. Njegova želja po zdravljenju je velika, vendar običajno povsem sam ne najde poti ven. Prevevata ga sram in brezup, večina jih je globoko depresivnih in razmišljajo o samomoru, ki ga večinoma tudi poizkušajo narediti.

Bolniki so običajno v peti fazi razvoja bolezni odvisnosti.

Napotek za ZN: razmišljanja in vsak poizkus samomora je potrebno resno sprejeti; dejstvo, da je bolnik uživalec drog, ne opravičuje neresnosti jemanja tega stanja oziroma jemanja njegovega počutja manipulacije. Intervencije ZN so usmerjene tako kot sicer pri samomorilnih bolnikih.

Obravnavo **recidiva** je ravno tako nujno stanje v obravnavi odvisnosti od prepovedanih drog. Dejstvo je, da je s pravočasnim ukrepanjem možno ustaviti ponovno uživanje droge. V takem primeru imenujemo recidiv spodrslijaj. Z razumevanjem odvisnosti kot kronične bolezni sprejmemo ponovno uživanje droge kot normalen proces bolezni. Strokovnjaki za lažje razumevanje poteka bolezni radi primerjajo bolezen odvisnosti s sladkorno boleznijo. Tudi krvni sladkor pri sladkornih bolnikih lahko ob neupoštevanju terapevtskih navodil naraste čez dovoljeno mejo. Pa nihče zaradi tega ne obsoja in stigmatizira sladkornih bolnikov v taki meri kot odvisne od prepovedanih drog (Kastelic, Mikulan, 2004).

2.3.3. Zdravstveni zapleti

Zdravstveni zapleti so pri bolniku, odvisnem od prepovedanih drog pogosti. Na tem mestu želim predvsem poudariti pomen, da smo pozorni na vse dimenzije bolnikovega zdravja. Res, da odvisnost zahteva prednostno obravnavo. Ne glede na to pa ima lahko bolnik zaradi odvisnosti mnoge težke posledice. Celostna obravnavo je zato nujna. Mogoče je v začetku ravno njegovo tako imenovano »telesno stanje - zdravje« edino, kar bolnik zadržuje v procesu obravnave. Pomembno je, da to spoznamo in primerno ukrepamo. Skozi ukrepanje in zanimanje za njegovo stanje na tem področju, ga skušamo motivirati za nadaljnjo obravnavo.

Vedeti moramo, da je bolezen odvisnosti od prepovedanih drog pač taka, da so bolezni kot so hepatitis B in C, aids, različne druge atipične infekcije pogoste. Pomembno se je zavedati, da je imunski sistem bolnika, odvisnega od prepovedanih drog, manj učinkovit v primerjavi z našim. Pogosti so tudi abscesi in

številne rane zaradi uporabe nečistih tehnik injiciranja. Zobovje je v večini primerov tako okvarjeno, da je potrebno takojšnje ukrepanje.

3. RAZPRAVA

V **Centru za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog** Psihiatrične klinike Ljubljana prihajamo v stik z bolnikom, odvisnim od prepovedanih drog, v vseh stadijih bolezni in smo prisotni skozi vso njegovo obravnavo. Program zdravljenja na CZOPD je visokopražni, torej je usmerjen v abstinenco. Načrtovan je skupaj z bolnikom, zaželeno pa je tudi sodelovanje njegovih pomembnih, ki so vključeni skozi ves proces zdravljenja. Možno je tudi samo ambulantno zdravljenje.

Dva do tri mesece ambulantnih priprav se predvideva za tiste, ki se odločijo za hospitalno zdravljenje. Sledi šesttedensko zdravljenje na Oddelku za detoksikacijo, s kasnejšo možnostjo nadaljevanja zdravljenja na Oddelku na intenzivno podaljšano zdravljenje, ki traja osem tednov. Nato je možna nadaljnja šestmesečna obravnava v Dnevnom centru. Seveda je opisan tipičen program zdravljenja, kar pa ne pomeni, da zdravljenja po potrebi ne prilagajamo posamezniku in urgentnim stanjem pri obravnavi odvisnega bolnika, ki marsikdaj vključuje tudi urgenten sprejem.

3.1. Teorija in praksa

Svetovanje po telefonu

Prvi stik uporabnikov z nami je običajno telefon. Pogosto nas kličejo zaskrbljeni sorodniki, pomembni drugi ali pa sami zasvojenici. Kdorkoli poišče pomoč, se moramo zavedati, da je do sedaj prehodil že dolgo pot bolezni odvisnosti in je potreboval veliko poguma za klic. Razumevanje, podpora, dajanje stvarnih informacij, svetovanje in motivacija za spremembo so ključni elementi na strani sogovornika. Z glasom pokažemo zaskrbljenost in strpnost do sogovornika. Resnično zanimanje za njegove težave je pomembno. Znanje o različnih oblikah zdravljenja, ki obstaja v Sloveniji, je nujno.

Uporabnik, ki išče pomoč, je običajno že v zadnji ali predzadnji fazi bolezni, zato je izrednega pomena, da ga obdržimo in usmerimo v našo ambulantno dejavnost. To so običajno že ogroženi bolniki, z akutnimi zdravstvenimi težavami, s socialnimi težavami in pogostimi kriminalnimi delikti.

SOS telefon

Je oblika pomoči našim uporabnikom po končanem hospitalnem zdravljenju ob visoko rizičnih situacijah, spodrsljaju ali recidivu v času, ko so v CZOPD prisotni samo izvajalci ZN.

Bolnika poslušamo, motiviramo in mu dajemo podporo (npr.: »Zelo dobro, da ste nas poklicali. S tem ste pokazali resnično željo po spremembi.«); nikakor pa ne moraliziramo. Pokažemo razumevanje do njegovega težkega stanja in ga vprašamo po konkretnih virih v njegovem okolju do urgentnega obiska v naši ambulanti; ob povečani stiski in tveganju za spodrsljaj mu omogočimo urinski test v našem centru. Dogovorimo se za ure, ko nas bo poklical in preverimo plan, ki smo ga predhodno skupaj sestavili; za vsak napredek ga pohvalimo; svetujemo mu razne tehnike preusmerjanja pozornosti, povprašamo ga o njegovih ciljih itd.). Pri tem uporabljamo tehnike MI, ki bolnikom omogočajo izboljšati njihovo

notranjo motivacijo in zavedanje, da so za spremembe odgovorni sami. V primerih neuspeha je ključnega pomena preveriti morebitno suicidalnost bolnika. V takem primeru bolnika usmerimo na obisk k dežurnemu zdravniku.

Ambulantna obravnava

V kratkem stiku z bolnikom v ambulantni obravnavi ocenimo negovalne probleme; uporaba kratkih motivacijskih intervencij in kratkih intervencij je smiselna; pokažemo empatičen odnos, njegovo pozornost usmerjamo k rešitvam njegovih zdravstvenih in negovalnih problemov pred sprejemom; pogosto prihajajo higiensko in telesno zanemarjeni bolniki, ki jim lahko damo pisne in slikovne materiale o spremembi načina življenja, o oblikah zdravljenja. Aktivno pokažemo skrb za njihovo stanje («Resnično me skrbi za vas«), ob doseženih uspehih jih pohvalimo, z uporabo različnih tehnik motivacijskih postopkov, omogočimo, da govorijo o sebi, jim pokažemo zanimanje, sprejetost. Bolniki, ki se pripravljajo na sprejem, morajo začutiti sprejetost in toplino, s tem jih motiviramo za konkretne nasvete in usmeritve. Bolnike, ki še niso pripravljani na spremembe, educiramo o manj škodljivi uporabi droge, zdravem življenju, resno ocenimo njihovo telesno stanje in ukrepamo.

Hospitalna obravnava

Eden izmed uspešnih načinov zdravljenja, ki pa v Sloveniji v stroki in širše še vedno predstavlja problem, je metadonsko zdravljenje (Krek M, Krek J, 1996; Dolenc, 1996, Balažič, 1996). Metadonsko zdravljenje je v Sloveniji razmeroma novejšo zdravljenje in predstavlja za izvajalce zdravstvene nege nekaj novega. V CZOPD nudimo metadonsko detoksikacijo s podporno psihoterapijo.

Bolnik ob vstopu na hospitalno zdravljenje podpiše terapevtski dogovor, s katerim omogočimo in postavimo enaka začetna merila. Z dodatnimi pravili na oddelku ustvarimo visokodefinirano okolje, kjer bolnik prihaja v konflikt s svojimi željami in pravili. Pogoste in stalne oblike dela v bolnišničnem zdravljenju so skupinska terapija, kjer uporabljamo metode vedenjsko – kognitivne terapije in druge oblike psihoterapije. Zdravljenje in obravnava temelji na motivacijskih postopkih, edukaciji, spreminjanju vedenja, preprečevanju rizičnih situacij, učenju tehnik reševanja problemov («problem solving»), učenju tehnik za krepitev sposobnosti soočanja s problemi («coping skills») in drugih kognitivnih tehnik. Sposobnosti, kot so kakovostna terapevtska komunikacija in medosebni odnosi, so izjemnega pomena za izvajalce ZN. Pravočasno moramo prepoznati stanja, ko povečujemo tenzijo z vzdrževanjem terapevtskega dogovora in pravili oddelka oziroma bolnika motivirati za nadaljnje zdravljenje in obravnavo in stanja, ko to ni več smiselno in našemu bolniku nudimo le še zaščito, varnost in podporo, ko sam ne zmore več konstruktivno slediti terapiji.

Za kakovostno delo na tej stopnji je potrebno izrazito multidisciplinarno delo z visoko stopnjo medosebnega zaupanja med člani tima. Izvajalci ZN morajo biti seznanjeni z anamnezo bolnika, cilji zdravljenja in zelenimi spremembami vedenja bolnika.

Nesodelovanje na tem področju lahko nehote povzroča prehude pritiske s strani osebja na bolnika in s tem posledično predčasen odpust kot terapevtski ukrep.

Osebna zrelost in poznavanje vzrokov in razvoja bolezni odvisnosti lahko pripomorejo k kakovostnemu delu na tem področju.

Pomembno je svetovanje in edukacija bolnika v času zdravljenja. Edukacija o recidivu, spodrsljaju, stresu, manj škodljivem kajenju, zdravi prehrani, pozitivnem odnosu do svojega lastnega telesa, alkoholizmu, prvi pomoči, zdravi spolnosti, pomenu športa za telo itd. so pomembne teme, ki jih izvajalci ZN po programu redno samostojno izvajajo. Ob odpustu ne smemo nikoli pozabiti na svetovanje v primeru spodrsljaja o odmerku droge.

NIKOLI NE POZABIMO, DA IMAMO OPRAVKA Z BOLEZNIJO, ZARADI KATERE BOLNIKI POGOSTO UMIRAJO. ZATO NAJ BOSTA ODPUST PO PROGRAMU ALI PREDČASEN ODPUST KOT TERAPEVTSKI UKREP LE NUJNI INTERVENCIJI IN IZPELJANA NA VAREN NAČIN.

Dnevni center

Namenjen je bolnikom, ki so zaključili 14-tedenski program zdravljenja na CZOPD ali bolnikom, ki so že uspešno zaključili podoben program z intenzivnim skupinskim delom in abstiniirajo.

Preverjanje ciljev, suport, tehnike reševanja problemov, uporaba motivacijskih postopkov so pogoste tehnike v tem delu zdravljenja.

3.2. Nekaj za konec

Po naših izkušnjah je bolezen dinamična. **Zdravljenje** je lahko dobro, **spodrsljaji** so pogosti, prav tako **recidivi**. Spodrsljaj ne pomeni neuspeha, ampak izkušnjo v procesu zdravljenja. *Skoraj 90 % bolnikov, ki so zaključili detoksikacijo, ima vsaj en spodrsljaj v dobi enega leta po zdravljenju.* Tudi vsak recidiv ne pomeni katastrofe. Pogosto nam zastavljajo vprašanja o uspehu zdravljenja. Z razumevanjem, da abstinenca ni edini cilj zdravljenja in da je naše poglobitno delo na področju zmanjševanja škode, lažje spremljamo uspehe in hkrati padce naših bolnikov.

V bolnišničnem procesu zdravljenja se izvajalci ZN srečujemo z novimi oblikami dela. Redno izobraževanje izvajalcev ZN teh oblik dela ne podpira. Dodatna znanja smo si tako primorani pridobiti v strokovnih izobraževanjih, ki pa jih ni veliko oziroma ne dovolj. Zaradi pomanjkanja znanja in veščin na tem področju dela se pojavljajo problemi, ki vodijo k nezadovoljstvu in nekakovostni obravnavi odvisnikov. Želimo delati kakovostno in v dobro bolnika, kar pomeni, da bolnik ostane primerno motiviran skozi proces zdravljenja ali obravnave in je le izjemoma »kaznovan« zaradi kršitev terapevtskega dogovora. Zato so sposobnosti, kot so kakovostna terapevtska komunikacija in medosebni odnosi, izjemnega pomena za izvajalce ZN v procesu zdravljenja odvisnega bolnika od prepovedanih drog.

V procesu zdravljenja na CZOPD bolnik spoznava sebe, svojo okolico, uči se obvladovati svoje želje, hotenja in reševati probleme na nov, konstruktiven način, učinkovito komunicirati, izgrajuje si novo samopodobo in zopet začenja spoštovati sebe in svoje dosežke itd..., skratka bolezen odvisnosti mu je dala veliko izkušnjo **DELA NA SEBI**, kar marsikomu od nas ne bo nikoli dano.

Pogledati vase in ugotoviti o sebi in svojih odnosih marsikaj, kar nam ni všeč, je dolgotrajno in izjemno mučno. Naši bolniki to zmorejo.

Moj namen prispevka ni bil obravnavanje konkretne zdravstvene nege bolnika, odvisnega od prepovedanih drog. Namen je bil podati informacije o bolezni in načinu našega dela z bolniki, odvisnimi od prepovedanih drog – odstraniti mističnost in stereotipe o bolnikih in bolezni.

V času svojega dela z odvisniki se ne spomnim primera, kjer bi bila s strani bolnika prizadeta moja osebnost ali dostojanstvo mojega poklica nič bolj ali manj kot pri delu, ki sem ga opravljal na drugih področjih zdravstvene nege.

Zato trdim, da sta način komunikacije in medosebni odnos z bolnikom, odvisnim od prepovedanih drog, ključnega pomena za zdravljenje in zmanjševanje škode na področju prepovedanih drog. Naše izkušnje in način dela naj bodo zato smernice pri strokovni obravnavi bolnika na vseh stopnjah obravnave.

LITERATURA

Balažič J. Etična in deontološka vprašanja pri obravnavi oseb, odvisnih od drog. *Med Razgl* 1996; 35: Suppl 5: 65-67.

Boben-Bradutzky D. Motivacija in motivacijski postopki v obravnavi odvisnosti. *Viceversa* 2004; 24-40.

Čebašek-Travnik Z. Medicina odvisnosti-drugačen pogled na znan problem. V: Čebašek-Travnik Z (ur.), Radovanovič M (ur.). Zbornik prispevkov 1. Slovenske konference o medicini odvisnosti, Ljubljana, Oktober 1996. Ljubljana: Republiški strokovni kolegij za psihiatrijo-Delovna skupina za odvisnost od alkohola, 1997: 5.

Dolenc A. Svetovno zdravniško združenje in narkomanija. *Med Razgl* 1996; 35: Suppl 5: 59-64.

DiClemente CC, Bellino LE, Neavins T. Motivation for Change and Alcoholism Treatment. *Alcohol Research&Health* 1999; 23(2): 86-92.

Gorše Muhič M. Komunikacija v zdravstveni negi. V: Kogovšek B (ur.), Kobentar R (ur.). *Priročnik psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije: za medicinske sestre in zdravstvene tehnike*. Ljubljana: Psihiatrična klinika, 1999: 15-26.

Harm W, Schumacher A, Soer Josh V, Nitschke M, Bauer R, Shloemer H. *Moj otrok se drogira!* Ljubljana: Debora, 1997.

Kastelic A. Priporočila in zdravljenje odvisnih od ilegalnih drog. V: Kostnapfel Rihtar (ur.). Posvetovanje o problematiki metadona, Gozd Martuljek, 21.-23. November 1994. Ljubljana: Ministrstvo za zdravstvo, 1995.

Kastelic A, Mikulan M. Mladostnik in droga. Ljubljana: Prohealth, 2004.

Krek M, Krek J. Nekatero moralno-etične dileme pri zdravljenju odvisnosti od ilegalnih drog. Med Razgl 1996; 35: Suppl 5: 47-57.

Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene: MKB-10. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 1995: 320-4.

National Institutes of Health. NIH Consensus statement. Effective Medical Treatment of Opiate Addiction 1997: 10.

Nolimal D. Nekateri zgodovinski in javno zdravstveni vidiki metadonskega zdravljenja. V: Kostnapfel Rihtar (ur.). Posvetovanje o problematiki metadona, Gozd Martuljek, 21.-23. November 1994. Ljubljana: Ministrstvo za zdravstvo, 1995.

Rus Makovec M. Zdravljenje sindroma odvisnosti od psihoaktivnih snovi. V: Čebašek-Travnik Z (ur.), Radovanovič M (ur.). Zbornik prispevkov 1. Slovenske konference o medicini odvisnosti, Ljubljana, Oktober 1996. Ljubljana: Republiški strokovni kolegij za psihiatrijo-Delovna skupina za odvisnost od alkohola, 1997: 113.

Škoberne M. »Drop In« - izkušnje, razmišljanja, perspektive. Odvisnosti 2000; 1-2: 55-56.

Tomori M. Odvisnost kot poizkus notranjega ravnovesja. Odvisnosti 2000; 1-2: 8-9.

Tomšič A. Standard intervencije zdravstvene nege podeljevanje metadona. Diplomsko naloga. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 2004.

Verster A, Buning E. Metadonske smernice. Koordinacija Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog pri Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije, 2001.

internet 1: HYPERLINK "http://www.danaonline.org/documents/Framework-book%202.pdf" <http://www.danaonline.org/documents/Framework-book%202.pdf>, avgust, 2004: A Framework for Policy & Standards.

internet 2: HYPERLINK "http://www.drogart.org/" <http://www.drogart.org/>, avgust, 2004.

internet 3: HYPERLINK "http://www.danaonline.org/documents/Clinical%20Guidelines2.pdf" <http://www.danaonline.org/documents/Clinical%20Guidelines2.pdf>, avgust, 2004: Clinical Guidelines

DRUŽINA V STRESU

Mojca Kralj, dipl.m.s., univ.dipl.defektolog
Mojca Hvala Cerkovnik, dipl.soc.del., Center za zdravljenje odvisnosti od
prepovedanih drog, Psihiatrična klinika Ljubljana.

POVZETEK

V prispevku je predstavljen problem stresa v družini. Stres je sestavni del našega doživljanja življenja. Stres pomeni telesno reakcijo na mobilizacijo obrambnih mehanizmov proti pritiskom ali grožnji, ki jo zazna naše telo. Družina se pogosto sreča s stresom, saj družba in okolje postavlja vedno večje zahteve in obveznosti. V družinah se lahko pojavljajo kot viri stresa vsakdanje obremenitve in zahteve, različni razvojni stres ali pa nepričakovane zahteve in preobremenitve. Vir stresa v družini je lahko odvisnost od alkohola in drog, učne težave otrok v šoli, nenadne in kronične bolezni, vzgojne težave, otrok s posebnimi potrebami in drugo. Za obvladovanje stresa so pomembne ustrezne strategije in veščine, ki pripomorejo k reševanju pritiskov, zahtev in problemov, poznavanje narave stresa, prepoznavanje in poznavanje svojih čustev in načinov obnašanja ter zdrav način življenja.

Ključne besede: stres, družina, strategije, obvladovanje.

1. UVOD

V današnjem času je poplava člankov, knjig in pogovorov o stresu v družini, na delovnem mestu, kot tudi v družbi, kar pomeni, da se ljudje težko soočajo z njim. Stres je sestavni del življenja in je lahko pozitivna gonilna sila ali pa razdiralna sila. Z izrazom stres pogosto opisujemo predvsem negativne dejavnike. Vendar ni nujno, da je stres vedno negativen. Nekoliko stresa ne škoduje, ampak lahko deluje v pozitivno. Določena mera stresa nam pomaga, da se uspešno spopademo z življenjem. Vsak kdo od nas je po svoje podvržen stresu in ga na svoj način obvladuje, ki pa je lahko ustrezen ali manj ustrezen.

Družina je sistem, v katerem vsak član pridobi prve socialne izkušnje, doživetja in občutja varnosti, ljubezni, ljubosumja, jeze, strahu, zavisti in oblike stresa. Družina je zasnovana po principih organizacije in celovitosti in ima sebi lastno samoregulacijo. Družina izpolnjuje pomembne biološke, psihološke in socialne funkcije: neguje, oskrbuje, vzgaja in varuje družinske člane ter jim daje oporo, omogoča prilagajanje na kulturno okolje, ohranja izročila družine in jih prenaša v prihodnje rodove, omogoča razvoj identitete (pripadnost družini in avtonomnost posameznika). Družino definira struktura, vzorci interakcijskih odnosov, meje, hierarhija, principi rasti. V družini se utrjujejo vzorci komunikacije in pomen interakcijskih vzorcev. Pojavljajo se transgeneracijski vedenjski vzorci, ki se kažejo preko izbire poklica, partnerja in načinov vedenja (pasivnost, agresivnost, odvisnost, samomorilnost).

V družini se pogosto srečamo s stresom. Pridemo pozno in preutrujeni iz dela in čaka nas gospodinjska opravila in druge dejavnosti. Počutimo se slabo, obremenjeni z zahtevami, gre nam na jok, partner ima glavobol, ponoči otrok ne spi ali se prebuja zaradi nočnih mor, čutimo bolečine v prsih in stiskanje srca, primanjkuje nam zraka, bolijo nas noge in stalno smo psihično in fizično utrujeni. Iz teh tegob si pomagamo na najrazličnejše načine. Eni se poskušajo sprostiti ali so telesno aktivni, drugi prosijo za razbremenitev in pomoč, tretji sežejo po tabletah, da se pomirijo, po alkoholu, da si razblinijo misli, kričijo in iščejo konflikte.

V enih družinah znajo dobro obvladovati stres, v drugih pa slabše. Škodljivi stres obvladujemo na različne načine: uravnotežimo zahteve in sposobnosti, zmanjšamo ali povečamo zahteve, znamo reči »ne«, dobro si časovno organiziramo življenje, določimo prednostne naloge in realne cilje, izogibajmo se pretiranemu perfekcionalizmu, vzamemo si čas, da si napolnimo baterije, se sprostim, redno smo telesno aktivni, zmanjšamo pitje kofeina, alkohola na minimum, prenehamo ali zmanjšamo kajenje, se zdravo prehranjujemo in pijemo dovolj vode in še bi lahko naštevala. Obvladovanje stresa naj bi se učili vsi, še posedaj pa starši, učitelji, svetovalni delavci, defektologi, socialni delavci, socialni pedagogi, vzgojitelji, psihologi, skratka vsi, ki delajo z ljudmi.

1. STRES

2.1 Kaj je stres?

Stres je neskladje med dojemanjem zahtev (so lahko fizične in čustvene narave, prijetne ali neprijetne, ogrožajoče) in sposobnosti za obvladovanje zahtev. Razmerje med dojemanjem zahtev in oceno sposobnosti za obvladovanje pritiskov in zahtev odločilno vpliva na doživljanje stresa (Looker in Gregson, 1993).

Stres je nespecifičen odgovor organizma na obremenitev ali stresor in je pozitivna gonilna sila, ki nam omogoča preživetje. Takemu stresu rečemo normalen stres ali **evstres**.

Porušenje ravnovesja med dojemanjem zahtev in sposobnostmi imenujemo škodljiv stres ali **distres**. Stres je stanje organizma pod vplivom stresorjev, na katere organizem ni pripravljen in je nekaj, kar človeku pomeni ovira, zahteva, obremenitev ali izziv.

2.2 Značilnosti delovanja stresa

Strokovnjaki, ki raziskujejo stres ga predstavljajo kot model tehtnice. Tehtnica ponazarja ravnovesje ali pa neravnovesje med zunanjimi zahtevami, ki jih zaznamo v okolju ali nam jih naložijo in našimi zmožnostmi in sposobnostmi, ki jih čutimo, da bi lahko izpolnili in zadovoljili zahteve (Looker in Gregson, 1993; Cox, 1978).

Tehtnica je uravnotežena, ko smo prepričani, da bomo s svojimi sposobnostmi učinkoviti pri zahtevah iz okolja. Takrat imamo občutek, da je naše življenje v ravnovesju in da se znano spoprijemati s stresom. Ravnovesje lahko vzpostavimo tako, da zmanjšamo zahteve, da spremenimo naravo zahtev ter, da

se naučimo spretnosti za obvladovanje pritiskov in zahtev. Pogosto pa smo obremenjeni s vsakdanjimi večvrstnimi dolžnostmi in zahtevami in kadar je teh dolžnosti preveč, se bo tehtnica prevesila v korist zahtev. Dokler ti odkloni niso preveliki, stresa ne občutimo ali ga dobro obvladujemo, imamo pa občutek preobčutljivosti in vznemirljivosti. Pri prevelikih odklonih pa začne prevladovati škodljiv stres. Vzroki za porušenje ravnovesja so drugačno, neučinkovito ali nezmožnost dojemanje zahtev, drugačno dojemanje sposobnosti za spopadanje s težavami, kopičenje in preseganje zahtev glede na naše sposobnosti. Kaj je stresno, je odvisno tudi od naše razlage (mišljenje) tega, kaj nas ogroža ali nam povzroča stisko, pritisk in od naših sposobnosti soočanja s tem.

2.3 Stresna reakcija

Obvladovanje stresa je odvisno od dobrega poznavanja in razumevanja stresne reakcije (zakovitosti biološkega delovanja). Ker lažje prepoznavamo in določamo znake stresa, razumemo, zakaj je stres škodljiv za zdravje, spoznamo, da stres izvira iz naše notranjosti, ki si ga ustvarimo sami.

Stresna reakcija predstavlja zaporedje različno zapletenih telesnih odzivov na zahteve okolja, s katerim se soočamo. Ko so zahteve pretirane in imamo občutek ogroženosti se sproži takojšen odziv, imenovana stresna reakcija, ki poveča najvišjo pripravljenost organizma, da se lahko z zahtevo spopademo. Odziv, ki je izjemno hiter in nujen, imenujemo **alarmna reakcija**, kjer se v trenutku odločimo o ustreznem delovanju – **boju ali begu**. V telesu se sprožijo različne fiziološke reakcije možganov, ki pošljejo telesu ukaze o ustreznem odzivu. Pomembno vlogo igra avtonomno živčevje, ki ga sestavlja nitje simpatikusa in parasimpatikusa. V normalnih razmerah je simpatični živčni sistem aktiven preko dneva v budnem stanju, parasimpatični živčni sistem pa ponoči (počivaj in presnavljaj). Povečano delovanje simpatičnega živčevja pripravi telo za akcijo ali umik in ob tem troši energijo. Zato čutimo pospešen srčni utrip, napetost v mišica, izgubo energije ali pomanjkanje energije. Povečano delovanje parasimpatičnega živčevja povzroča izločanje želodčne kisline, krč v požiranju, obilno izločanje žlez. Parasimpatični živčni sistem naj bi ohranjal zalogo energije. Zaradi delovanja avtonomnega živčevja na stres po telesu čutimo različne telesne senzacije, imenujemo jih znake stresa (Looker in Gregson, 1993).

2.4 Znaki stresa

Znaki stresa, ki jih vsak posameznik opazi pri sebi so njemu lastne. Različni ljudje različno opažajo in čutijo znake stresa, ki se kažejo z fiziološkim potekom stresne reakcije.

Telesni znaki stresa so: mrzle dlani in stopali, razbijanje srca, povečan srčni utrip, cmok v grlu, pospešeno plitko dihanje, suha usta, prebavne in želodčne težave, mišična napetost, nemir, hiperaktivnost, potenje, pogosta potreba po uriniranju, izguba teka ali pretirano hranjenje in drugo.

Psihični znaki stresa: obupanost, zaskrbljenost, vznemirjenost, jokavost, pobitost, občutek nemoči in brezupa, zadržanost, slaba pozornost in odsotnost, črnogledost, sovražnost, jeza, razdražljivost, vzkipljivost, občutek nezadovoljstva in krivde, pretirana občutljivost, puščanje nedokončanih nalog, pomanjkanje

sposobnosti lastnega mišljenja, občutek preobremenjenosti, tog način mišljenja, slabše spominske sposobnosti, neučinkovitost in neuspešnost ter drugo.

Vedenjski zanki stresa: pretirano kajenje in pitje kave, iskanje konfliktov, zloraba alkohola, drog in tablet, agresivnost, impulzivnost, hiperaktivnost, pasivnost in drugo.

Kronični in dolgotrajni stres je eden od rizičnih faktorjev, ki lahko povzroča motnje in bolezni, tako imenovane **psihosomatske motnje**: vrtoglavica, glavobol, omedlevica, motnje vida in sluha, bolezni srca in ožilja, migrene, želodčne razjede, astma, kožni izpuščaji, neredne menstruacije, driske, motnje spanja.

2.5 Vzroki stresa

Stres je del življenja, ki je pri posameznikih različen. Eni imajo občutek, da jih spravi iz tira že to, da avtobus zamuja, začnejo se znašati nad šoferjem, ker zamuja, da bo on kriv, če bo zamudil sestanek. Drugi pa se ne zmenijo za zamudo in lahko obvladujejo veliko več stresa. Stres je posledica dojetanja in doživljanja pojavov, ki nas spremljajo v okolju. Dogajanje, ki nam sproži stresno reakcijo imenujemo stresor. Stopnja in vrsta stresa, ki ga sprožijo okoliščine, je odvisna od našega dojetanja položaja. Burnost stresne reakcije je odvisna od pomena, ki ga sami prepisemo stresorju. Tudi trajanje stresorja močno vpliva na ohranjanje ravnovesja stresa in na stopnjo stresne reakcije. Pomembna je tudi moč in pogostost stresorja. Stresorji povzročijo negotovost glede morebitnih posledic (Looker in Gregson, 1993).

Najpogostejša lestvica stresnih dogodkov, ki jo opišejo strokovnjaki pa je: smrt zakonca, ločitev, izguba, zaporna kazen, bolezni, telesna poškodba, upokojitev, nosečnost, prihod novega družinskega člana, večje spremembe v družini, družbi in na delovnem mestu, finančne težave, nesoglasje s partnerjem, začetek in konec šolskega leta, sprememba življenjskih navad, težave z nadrejenimi, spremembe delovnega časa, sprememba otrokove šole, učna neuspešnost, nesreče in neuspeh in drugo (povzeto po Holmes in Rahe, 1967) in odvisnost ter stalni konflikti v družini.

2.6 Uspešno soočanje in obvladovanje s stresom

Pogoj za uspešno obvladovanje stresa je pridobitev spretnosti in veščin, s katerimi lahko vzdržujemo ravnovesje v območju še neškodljivega stresa. Za vzdrževanje ravnotežja imamo možnost, da dodajamo in odzemamo zahteve in pritiske ali spremenimo zahteve in izboljšamo sposobnosti za obvladovanje stresa. Za učinkovito obvladovanje življenjskih zahtev, pritiskov, preizkušenj in problemov je pomembno, da se stresa zavedamo, da poznamo telesne, psihične, vedenjske znake stresne reakcije, da temeljito pregledamo naš stres in da se naučimo z njim učinkovito upravljati (Looker in Gregson, 1993).

Kako zmanjšati zahteve? Zahteve zmanjšamo tako, da znamo reči "ne", se znamo dobro organizirati, določimo si prednostne naloge, imamo realna pričakovanja, razdelimo zadolžitve in odgovornosti, poiščemo pomoč, ekonomično razporedimo čas (ne tekmujem s časom), imamo primerne zadolžitve in delo, smo popustljivi do svojih napak in pomanjkljivosti sebe in

drugih, imamo ljubezen (ljubimo in smo ljubljeni) in prijatelje ter znam dobro poslušati.

Kako pa krepimo sposobnosti za obvladovanje stresa? Poznamo in razumemo stres, poznamo in na sebi prepoznavamo znake stresa, smo v telesni kondiciji in skrbimo za svoje zdravje, negujemo in krepimo svojo samozavest in samospoštovanje, skrbim za zdrav stil življenja (zdrava in ustrezna prehrana, ustrezna količina vode, vlaknin, vitaminov in mineralov) zmanjšamo ali opustimo kajenje, redno in dovolj se gibljemo in smo telesno aktivni, znamo pravilno dihati s trebušno prepono, spodbujamo in imamo pozitivno mišljenje, poznamo svoja čustvene reakcije, dobro in dovolj spimo, se veliko smejimo, uživamo čim manj alkohola in kave, smo odločni in se znamo sprostiti in uživati v prostem času.

3. DRUŽINA

Kaj je družina?

Družina je sistem z notranjim dogajanjem, ki je v obojestranskim stiku z vseh kar se dogaja v njenem okolju. Družina je odvisna od socialnega okolja in ekonomskih zakonitosti ter jo označujejo notranji odnosi, ki so samo njihova. Vsako spremembo pri enem članu čutijo vsi družinski člani. Vedenje enega usmerja vedenje drugega, čustveni izrazi enega člana priključijo čustveni odziv drugih. V družini je medsebojna odvisnost članov tako ekonomsko, eksistenčno kot čustveno. Iz odnosov z najbližjim izhajajo najintimnejša zadovoljstva in najbolj boleča razočaranja in travme. Družini lahko rečemo, da je mala družba, ki ima notranjo zakonitost in organizacijo - ima svoje ime, svoja socialna pravila in notranja razmerja moči in vloge, svoje obrede, mite in zgodovino, svoj jezik in slog, osebna doživetja in izkušnje, igro in domišljijo, prenos sporočil in vzorcev. Vse kar se v otroštvu res bistvenega zgodi, se zgodi v družini (Tomori, 1994). Družina ima več obdobij (partnerstvo, odločitve za skupno življenje, rojstvo otroka, predšolsko obdobje, otrok začne hoditi v šolo, adolescenca, osamosvajanje otroka, otrok odide od doma, starša ostaneta sama, postaneta babica in dedek, eden od partnerjev umre), ki je po svoje značilno in s sabo prinaša razvojne zahteve in naloge. Te naloge more družina v vsakem obdobju izpolniti, da lahko preide na višjo raven zrelosti. V vsakem razvojnem obdobju družina naleti na preizkušnje in težave, nove spodbude in potrditve. V vsakem obdobju razvoja so potrebna drugačna veljavna pravila, drugačne povezave, potrebe po notranji bližini, razporeditvi vlog in urnika. Razvoj enega člana je povezan z razvojem drugih članov. Družine pravijo, da ni isto, če imaš predšolskega otroka ali otroka, ki odrašča. Vloga staršev in otrok v obeh primerih je drugačna, prav tako so drugačne meje, zahteve in dinamika (Tomori, 1994). V družini vsak posameznik pridobi prve socialne izkušnje, doživetja in občutja (varnost, ljubezen, jezo, strah, krivda). V družini posameznik preživi obdobje najbolj dejavnega razvoja. Osebnostne poteze se zastavijo v prvih letih življenja, razvijejo se čustvene izkušnje, osnovne spretnosti in znanja, načini raziskovanja in spoznanja, načini komunikacije, občutja ponosa, sramu, vrednostne ocene, predstave in samopodoba (Tomori, 1994). Pomembna naloga družine je, da

preko medosebnega, emocionalnega in vzgojnega dogajanja pripravi potomce (otroke) na dejavno vključevanje v širše socialno - kulturno okolje. Predstave o funkcionalni družini so različno razumljene, pa vendar ima naslednjo značilnost: sprejemanje življenja, ustreznost in pravočasno opravljanja družinskih razvojnih nalog, samospoštovanje, občutljivost za težave drugih, jasna pravila, dovoljeno izražanje čustev, misli in mnenj, funkcionalna zaščita in obramba, jasna hierarhija, avtonomija, enakopravnost in odpornost za spremembe (Kogovšek, 2003).

4. DRUŽINA V STRESU

Družina se vsakodnevno srečuje z različnimi vrstami stresa. Stres ni v nobeni družini prihranjen in vsaka ga rešuje po svojih zmožnostih in sposobnostih. Razvojni stres dajejo možnost za oblikovanje notranjih odnosov, za učenje in oblikovanje osebnosti vsakega družinskega člana. Družini poruši ravnotežje in povzroči stres prihod novega družinskega člana, vstop otroka v šolo, pritisk v šoli, izrazitejše učne težave otroka, zaključek šolskega leta, obdobje mladostništva, spori v družini in službi, spremembe zaposlitve, bivališča, sprememba ekonomskega stanja, krizna stanja družine, kronična bolezen ali otrok s posebnimi potrebami, odvisnost v družini. Nepričakovani in nezaželeni dogodki, ki povzročajo stres so lahko nezgode, konflikti in zapleti v odnosih, finančne težave, smrt družinskega člana in bolezen. Družina mora ob stresu uporabiti svoje prilagoditvene moči, prizadevanja in strategije obvladovanja stresa. Tudi, če je v stiski eden član, se stres prenese na vse člane družine. Da lahko obvladuje stres je pomembna jasna razporeditev vlog in medsebojnih povezav, odprta in razumljiva komunikacija, pripravljenost sodelovanja v reševanju problema (Tomori, 1994).

So družine, ki težko prenašajo stres, ki svoje ravnotežje vzdržujejo v mirnih, enakih in predvidljivih okoliščinah, s čim manj razburjenj. Vsaka najmanjša sprememba jih spravi iz tira in zbudi negotovost. Take družine se ne podajo v tveganja, ne lotijo se novih stvari, delajo stvari po ustaljenem redu in ritmu in se odpovejo negotovim novim priložnostim. S tem pridobijo malo izkušenj, ki so lahko prijetne in spodbudne. Družine, ki so slabo opremljene za obvladovanje stresa imajo težave pri reševanju razvojnih nalog in zato zastajajo v svojem razvoju (Tomori, 1994).

So družine, ki hlapijo po stresu, ki potrebujejo nenehno vzburljanje za svoje ravnotežje in dobro počutje. Veliko se jim dogaja, so neprestano v gibanju in akciji. Če se jim nič ne dogaja so tesnobni, napeti in negotovi. Doživljajo veliko nepričakovanih presenečenj, ki jih dejavno vzdržujejo. Imajo veliko prijateljev in dejavnosti, se v hitrosti razjezijo in pritožujejo in hkrati uživajo, ko rešujejo nov zaplet in konflikt (Tomori, 1994).

Pa so družine, kjer posamezen član družine ima drugačno potrebo po stresu kot ostali (prilagojenost na stres ni skladna s vsemi člani družine). Vzrok je v njegovi biološko zastavljeni konstituciji, ki pa povzroči neusklajenost med člani družine. Če družina ne upošteva njegove narave lahko povzroča različne težave (pretirano vznemirjanje na neposreden, destruktiven in škodljiv način tveganja v

širšem okolju ali zapiranje vase, umik v svoj svet, v družini se počuti kot tujec) (Tomori, 1994).

Poudariti morem, da so družine opisane kot skrajnosti povprečja, ki se pojavljajo v družbi. Potrebe po vznemirjanju in stresu so v povprečju nekje vmes. V stresu je močnejša družina tista, ki zna usmeriti svoje sposobnosti za obrambo in je dovolj fleksibilna, da razporedi moči.

Na potek obvladovanje stresa vplivajo izkušnje (slabe in dobre) prejšnjih premagovanj zahtev in pritiskov. Če imajo člani družine razvite sposobnosti, strategije in spretnosti, so samozavestni, so tudi pri soočanju s stresom uspešni in učinkoviti. Stres, ki prizadene družino ima čustveni pomen za vse člane, kar ne spodbuja nove načine spoprijemanja z njim (Tomori, 1994).

V družini otrok dobi scenarij za obvladovanje stresa (vidi starše, kako ravnajo ob stresni situaciji). Ob različnih dogodkih v družini otrok doživlja različne strese, npr. stres je lahko, da otrok razbije skodelico, za kar je verjetno, da bodo različne družine različno reagirale. Večja verjetnost je, da družine na različne stvari zelo podobno reagirajo npr. panika, določitev problema in rešitev problema, iskanje pomoči pri starših, sosedih, združijo moči in rešijo problem, probleme vedno rešuje oče ali mati, se skregajo in butajo in drugo. Ne glede na to, s kakšno vrsto stresa se more družina soočiti bodo verjetno zelo podobno reagirali. To je scenarij za reševanje stresa, ki ga otrok vtisne v spomin in je kot vzorec vedenja ob stresnih situacijah. Najzgodnejše obdobje otrokovega razvoja in stik z najbližjim (mamo), ki skrbi zanj in na katerega se naveže se zastavi usmerjenost, kako se otrok socialno obnaša, kako se odziva na stres, kakšne so njegove prilagoditveni potenciali ter kakšne vrste in načine vznemirjenja potrebuje.

Za vsakega družinskega člana je pomembno, da v skladu s svojo stopnjo zrelosti in naravo stresa izoblikuje svoje strategije boja s svojimi močmi. To ga opremlja za odpornost proti kasnejšim stresom. Spodbuda in opora družine lahko daje otroku moč in voljo za prizadevanje reševanja problemov. Prelaganje premagovanje stresa enemu družinskemu članu govori o nefunkcionalnosti v družini. Starši, ki vedno delajo domače naloge otroku zavirajo njegov osebni in učni razvoj. Popolno prepuščanje reševanja stresa tistemu, ki ga zadeva je znak odtujenosti, nepripravljenost za medsebojno pomoč, čustvene brezbržnosti. Družine, ki so pogosto in dolgo napete in se spopadajmo z hudo obremenitvijo (kronična bolezen, odvisnost, težje učne težave otrok, slabo ekonomsko in eksistenčno stanje) se manj učinkovito odzivajo na nenaden in ogrožajoč stres. Če izgoreva moč in energija članom družine so obrambne sposobnosti družine slabše in porabijo prilagoditvene potenciale (Tomori, 1994).

Starši opremijo svoje otroke za obvladovanje pozitivnega in negativnega stresa. Bolje je, da otroka izpostavimo različnim obremenitvam in da ga pretirano ne ščitimo. Vendar otroka ne potiskamo v stres in ga tam ne pustimo samega. Veliko različnih vznemirjen otroku izčrpava prilagoditvene moči in moti osebni razvoj, ker ne dopusti, da bi se uveljavil ali sprostil in srečal sam s seboj. Enolične in pomanjkljive spodbude, izogibanje vsakemu stresu tudi ovirajo osebni razvoj in otopi prilagoditvene sposobnosti. Pomembna funkcija družine je, da člane nauči spretnosti in sposobnosti za obvladovanje stresa in zahtev in jim pomaga razviti zdravo samozavest in samopodobo (Tomori, 1994).

Učinkovitost obvladovanja stresa je odvisna od splošne pripravljenosti družine za spremembe, prilagoditvenih potencialov in obvladovanja življenja. Sposobnost za učinkovito obvladovanje stresa večajo dejavnosti zdravega načina življenja (šport, rekreacija, sprostitvev, zabava, zdrava prehrana, socialne veščine, asertivnost).

4.1 Družina z odraščajočim otrokom in vzgojnimi težavami

Stres družine z odraščajočim članom je tesno povezan v vzgojnimi vzorci, s pritiski identifikacije, socializacije in samopodobe mladostnika. Življenje v sodobni družbi določa ozke meje sprejemljivega vedenja, kdor pokaže odklone, je odklonjen. Čustva morejo biti potlačena. Ne smejo vzbuditi pozornosti s svojim vedenjem, morajo biti neprizadet, ne smejo se jeziti, premisliti morejo, kaj govorijo, ne smejo se bati, ne smejo kazati strahu. Kakšne so vrednote, ki jih mladim ponujamo: storilnost, učinkovitost, premožnost, napredek, kariera, hlastanje za dobrinami in dosežki, plezanje navzgor, lepota telesa, površna prijateljstva, družbeni status, izobrazba. Ne čudi se, da veliko mladostnikov izgori v poplavi stresov, ki ga obdajajo.

Sprašujem se, kako se naj razposajen mladostnik s polno konflikti v sebi sploh obnaša, kje naj spusti svojo energijo, kako naj mladostnik uresničuje vse zahteve družine in okolja in kje je sploh kaj prostora za tisto, kar je. Ne čudim se, da mladostniki doživljajo v svojem obdobju toliko konfliktov in stresov, kajti družba želi od njega, da čim prej odraste, za kar pa potrebuje svoj čas.

Mladostnik ima razvojne naloge, ki jih mora izpolniti, da lahko gre naprej v razvoju. Mladostnik more razviti svojo identiteto, vzpostaviti more avtonomnost (osvajanje od družine, mora kljubovati družini), vzpostaviti odnos do spolne vloge in se odločiti, kaj bo v življenju počel (Kastelic in Mikulan, 2004), razvije se tudi moralni in etični odnos. Te naloge so same po sebi že stresne zanj in za celotno družino. Mladostnik se mora soočiti z viri stresa, kot so negotovost vase, socialna negotovost, omejitve s strani staršev, neustrezna pričakovanja staršev, zunanja telesna podoba, čustvene navezave, ne/sprejetost s strani vrstnikov, ugodje, spolnost, šolska ne/uspešnost, tekmovalnost, kronični nerazrešeni stres.

V obdobju adolescence se v družini pokaže največ vzgojnih težave. Mladostnik je trmast, kritičen do staršev, uporniški in v šoli ima slab uspeh. Starši so v dvomih, kako postaviti meje otroku, kako vztrajati pri mejah, kako otroka kaznovati za neupoštovane meje, kako spoznati problematične situacije, kaj narediti, ko pride pozno ponoči domov prvič opit, kako z njimi govoriti o spolnosti, kako mu pomagati ko je v stiski in ne želi pomoči staršev, kako nadzorovati družbo, v katero zahaja in njega, koliko odgovornosti mu podati, strah jih je za zdravje mladostnika in drugo.

Pa vendar je družina tista, v kateri so vsi člani pripravljeni pomagati zaradi globokih čustvenih vezi. Zato je zelo pomembno, da so čustvene vezi z otroki čim bolj močne. Prisluhniiti in pogovarjati se z otrokom ter dopustiti, da pokažejo in izrazijo svoja čustva je bistveno. Pomagati jim je treba, da razvijejo dobro samopodobo in samospoštovanje. Ponotranjiti jim je treba, kaj je dobro in kaj slabo. Postaviti je potrebno pravila obnašanja in jih dosledno izvajati. Meje naj bodo jasne, natančne, vztrajne in tudi prožne ter jih postavljamo skupaj. Jasne

naj bodo tudi posledice, kadar se jih člani družine ne držijo – to prinaša varnost in sporoča, da nam zanj ni vseeno. Poskusiti jih naučiti, da cenijo in sprejmejo svojo odgovornost in jim dati vedeti, da smo tu, ko potrebujejo pomoč (Kastelic in Mikulan, 2004).

4.2 Družina z odvisnim članom od alkohola in drog

V družini je nivo stresa neposredno povezan z boleznijo odvisnosti od alkohola in drog, ki je kronična bolezen in traja vse življenje. Vsak družinski član je v skrbeh za svojega člana, če je eden v stresu, se drugi tega stresa nalezajo. Odvisnost od alkohola se razvija počasi, skozi različna življenjska obdobja in se lahko jasno izrazi kadarkoli v življenjskem ciklusu. Do te zasvojenosti lahko pride pri mnogih brez premorbidne psihosocialne problematike. Odvisnost od heroina se največkrat začne pri mladih, ki imajo ponavadi premorbidno psihosocialno problematiko (Vaillant, 2003 v Rus Makovec, 2004). Posameznika lahko čez rob odvisnosti pahnejo stresne življenjske situacije (izguba zaposlitve ali partnerja). V takih družinah se v času odvisnosti pojavi veliko stisk, medosebnih konfliktov, razočaranj, agresivnosti, zlorab, laži in jeze ter občutkov krivde.

Zaskrbljenost družinskih članov zaradi odvisnosti še dodatno poveča stres. Člani družine neprestano razmišljajo, kaj se lahko še zgodi, ponoči ne spijo, okupirani so z negativnim mišljenjem, skrbi jih, kaj si drugi mislijo o njih. Tako se stres povečuje in skrb sama po sebi prinaša nove probleme. Tudi oklevanje posameznika za zdravljenje situacijo še poslabša. Metode, ki odložijo odgovor na stres, so odvisniške oblike vedenja (zaužitje alkohola, drog), ki omogočajo takojšno izognitev stresu (ignoriranje, odložen odgovor, pobeg), vendar dolgoročno povzročajo bolečino. Dejavniki stresa pa ne izginejo in odlašanje postane novi vir stresa (Miller, Gorski, 1994).

Osebe z boleznijo odvisnosti so občutljive na stres. Občutljivost na stres je posledica ali vzrok odvisnosti. Abstinenčna kriza je stres, ki ga občutijo vsi družinski člani. Stres pri odvisnosti ima začaran krog, kajti okrepi odtegnitvene znake in zato jih posameznik resneje občuti. Intenzivnost simptomov pa povzroča stres, ki še bolj poudari simptome. Stres vpliva na abstinenco in bolezen sama vpliva na stres, ki jih v življenju doživljajo. Družina mora poznati stres, obvladovanje stresa in njegove posledice, kajti le tako bo lahko pomagala družinskemu članu pri vzpostavljanju in vzdrževanju abstinence (Miller, Gorski, 1994).

Že sama sprememba v družini, da se gre družinski član zdraviti za odvisnost, pa tudi če je pozitivna in spodbujajoča, zahteva spremenjeno vedenje vseh članov družine, to pa je stresno. Načini odgovora na stres (jeza, agresivnost) lahko postanejo novi dejavniki stresa. Ker izberejo neustrezne odgovore na zahteve in obremenitve, običajno stvar poslabša in ne pripomore k reševanju. Sestavni del zdravljenja odvisnosti naj vsebuje tudi učenje prepoznavanja in obvladovanja stresa in veščin reševanja problema.

4.3 Družina s članom, ki ima posebne potrebe

Osebe s posebnimi potrebami so: osebe z motnjami v duševnem razvoju, slabovidne in slepe osebe, gluhe in naglušne osebe, osebe govornimi motnjami,

osebe, ki so gibalno ovirane, dolgotrajno bolne osebe, osebe z motnjami vedenja in osebnosti, osebe z učnimi težavami in primanjkljaji na posameznem področju učenja, s specifičnimi učnimi težavami in nadarjene osebe.

Spoznanje staršev, da imajo drugačnega otroka, vpliva na spremembo v medosebnih odnosih med družinskimi člani in prinaša spremembe v ustaljenem družinskem življenju. Družina, ki ima otroka s posebnimi potrebami, se ji porušijo pričakovanja, lastne potrditve, sreče in načrti, ki so jih imeli z njimi. V družino prinaša veliko stresa, strahu in zaskrbljenosti, saj se soočajo z različnimi zahtevami, neznanjem, občutjem krivde, dilemami, dvomi, da je nekaj narobe in vprašanji za strokovnjake. Veliko je staršev, ki se težko soočijo z težavo ali pa se žrtvujejo za svoje otroke. Iščejo pomoč od strokovnjaka do strokovnjak in pretečejo lahko leta, ko najdejo ustrezno pomoč in obravnavo in ko se sprijaznijo z motnjo. Starši, ki imajo otroke s duševno manj razvitostjo so v skrbeh, kaj se bo z njimi zgodilo, ko njih ne bo več, ali bodo dobro preskrbljeni in negovani. Družinski člani s posebnimi potrebami vplivajo na normalen razvoj družine ter na način življenja (povečana skrb za otroka in manj pozornosti in posvečanje partnerju in ostalim članom družine). Družina se srečuje z razvojnimi, emocionalnimi, socialnimi in pogosto tudi finančnimi obremenitvami. Preživljajo krizo v odnosih in čustveno stisko, saj občutijo izgubo, kar prinese zdrav otrok. Če vlogo za pomoč prevzame en član družine lahko porabi vse prilagoditvene moči za obvladovanje stresa in izgori. Zdrav otrok lahko postane pokroviteljski in starševski do svojega sorojenca in pozabi ali ne zmore zadovoljiti svoje potrebe in obveznosti.

V vsaki družini se lahko zgodi, da rodijo otroka s posebnimi potrebami, zato se tega ne smemo sramovati, ampak se moremo zavedati, da je potrebno takega otroka čim prej ustrezno obravnavati. Skrb za zgodnje odkrivanje, obravnavo, šolanje in usposabljanje teh otrok je v naši državi na visoki ravni. Starši lahko popolnoma zaupajo strokovnim delavcem v zdravstvu in šolstvu. Strokovnjaki se premalo zavedajo, da tudi starši in ostali družinski člani potrebujejo podporo in pomoč v obliki razumevanja, poslušanja, razbremenjevanja, učenja o stresu in ohranjanju prilagoditvenih moči. Družina rabi pomoč pri ponovni vzpostavitvi harmoničnega ravnovesja in nabiranju moči in znanj za delo z otrokom. Družina je postavljena pred dodatnimi nalogami, zato se morejo naučiti dobro organizirati in porazdeliti vloge znotraj družine. Specifične potrebe, ki jih imajo osebe s posebnimi potrebami se med sabo bistveno razlikujejo, zato je potrebno s vsako družino delati individualno.

4.4 Družina s otrokom, ki ima učne težave v šoli

Šola je lahko sprožilni dejavnik stresa pri otroku, ki ima manjšo sposobnost za učenje. Dogajanja v šoli se odraža pri družinskih odnosih. Starši so lahko prestrašeni in negotovi v odnosu do učenja otroka, ki ima učne težave. Bojijo se, da njihov otrok ne bo dovolj uspešen in priljubljen. Stresna doživetja pri otroku, ki ima specifične učne težave povzročata stopnjevanje specifičnih primanjkljajev na področju učenja. Ker imajo ti otroci že tako veliko težav s učenjem in so posledično kronično izpostavljeni stresnim vplivom šole, so njihove prilagoditvene sposobnosti lahko že načete. Vsakršen dodaten stres jim dodatno zmanjša

zmožnost učenja. Stres je lahko rezultat otrokove čustvene prizadetosti ob šolskem neuspehu zaradi lastnih in družinskih previsokih aspiracij. Posledica vsega tega je, da tudi starši pritiskajo na otroka in pojavi se slaba samopodoba otroka.

Družina takega otroka more poznati stresna dogajanja povezana s šolo: strah pred spraševanjem, strah pred šolo, učiteljem, strah pred slabo oceno, strah pred neobvladljivo snovjo, učne težave zaradi katerih je otrok neuspešen, negotovost, nizka samopodoba in motivacija konflikti in odklanjanje s strani vrstnikov, konflikti z učitelji, različne oblike označevanja in diskriminacije ter tekmovalno vzdušje (?). Če je otrok v stresu zaradi učnih težav in šolske manj uspešnosti je družina tista, ki lahko otroku nudi najboljšo pomoč ali pa stopnjuje stresno situacijo s dodatnimi pritiski in zahtevami, je neangažirana pri pomoči, obsoja in kaznuje otroka za učno neuspešnost. Pri tem so pomembne otrokove zmogljivosti za obvladovanje stresa. Starši so tisti, ki lahko okrepijo otrokovo sposobnost obvladovanja stresa in dajejo ustrezno emocionalno podporo in izboljšajo samopodobe.

Družina pripomore tako, da razume stisko otroka in učne težave, odpravi pritisk in kaznovanje, poskrbi za emocionalno podporo in pomoč otroka – specialne ustanove, specialni pedagog. Družina otroka lahko opremi za to, kako v življenju samostojno obvladuje različne strese in koliko je prilagodljiv, vendar so te sposobnosti odvisne tudi od izkušenj izven družine, spodbud ali ovir, njegovih osebnih lastnosti, konstitucije in prilagodljivosti.

Otrok, ki ima učne težave je potrebno opremiti z veščinami in znanji, ki jim bodo omogoča boljše obvladovanje zahtev in konfliktov. Pomembna je ustrezna prehrana (predvsem vitamin C in vitamini iz B kompleksa), dovolj tekočine (priporočeno je 10 velikih kozarcev tekočine na dan) in sprostitvev ter zabava.

Šolar, ki mu ne primanjkuje tekočine, veliko lažje obvladuje stres. S tem preprečujemo sekundarne stresna doživetja v družini, povečamo mobilizacijo staršev za zaščito in pomoč svojemu otroki, izobraževalno in svetovalno delo za starše.

Ustrahovanje otroka, strah pred neuspehom, prestrogo kaznovanje, pohvala le ob najboljšem uspehu se slabo obrestuje. Otrok bo izgubil veselje do šole, socializacije in dobil bo negativno podobo. Če družina ni dala otroku občutka varnosti in sprejetosti, če ni funkcionalna in ne opravlja svojih osnovnih nalog, se lahko šolski stres še potencira. Zaradi načetih prilagoditvenih sposobnosti se lahko pojavijo čustvene, vedenjske in druge psihosocialne motnje. Stresi, ki jih doživlja družina zaradi učnih težav otrok in način, kako se nanj odziva, odločilno vpliva na razvoj otrokove osebnosti in vključevanje v družbo. Nekateri otroci najdejo v šoli varovalne dejavnike ob neugodni družinski situaciji (učitelj, defektolog). Drugi otroci so bolj ranljivi, kar je odvisno od prirojenih dejavnikov (temperament) in priučeni vzorci obnašanja in reagiranja. Vedeti moremo, da se stresni dejavniki seštevajo logaritmično in da otroku veliko pomagajo, če odstranimo že eden sam stresni dejavnik.

4. ZAKLJUČEK

Za dober razvoj družine je pomembna klima gotovosti in varnosti, zadovoljevanje potreb, odkriti pogovori in razumevanje med člani. Iz družine člani črpajo moč za spoznavanje, čustveno oporo. Ljubezen in opora v družini sta navadno naši prvi izkušnji. Odnos med otrokom in starši je ključnega pomena pri oblikovanju prihodnosti. Pri obvladovanju škodljivega stresa ima pomen tudi ljubezen in razumevanje ter naklonjenosti. Sposobnost za obvladovanje stresa ni dana sama po sebi. Ob različnih zahtevah, pritiskih, obremenitvah in preizkušnjah najbolje obvladuje tisti, ki zaupa vase in v svojo družino, je prilagodljiv, se odzove dejavno in razporedi, aktivira svojo moč in energijo v tolikšni meri, da premaga stres. Pri tem je še pomemben zdrav način življenja, uravnotežena in redna prehrana, dobro izkoriščanje prostega časa, sproščanje in zabava. Redna telesna aktivnost vzdržuje v akciji in pripravljenost telesa in duševne potenciale osebe. Človek, ki zmore usmeriti svoje sile ob telesni aktivnosti, lažje prenaša duševne obremenitve in se ob soočanju s stresom vidi v dejavni vlogi, se ne umika in ne pristaja na poraz že vnaprej. Poznavanje vira moči pripomore k zaupanju vase in odločnosti. Gojite dobre medosebne odnose, ki je vložek v zdravje in kakovost življenja. Nič ne pripomore k življenjski sreči bolj kot dobri odnosi, pa naj gre za odnos med parterjem, družino ali prijateljem in sodelavcem.

VIRI IN LITERATURA

- Žmuc Tomori Martina. Klic po očetu. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1969.
- Tomori Martina. Knjiga o družini. Ljubljana: EWO, 1994.
- Kastelic Andrej, Mikulan Marina. Mladostnik in droga: priročnik za starše in učitelje. Ljubljana: Prohealth, 2004.
- Kogovšek Brane. Družinski in zakonski problemi. V: Onja Tekavičič Grad. Pogovori z ljudmi v duševnih stiskah: priročnik za svetovanje. Ljubljana: Psihiatrična klinika: Slovensko združenje za preprečevanje samomora, 2003.
- Ćurić Ž. Čustvena inteligenca in stres. Stres, sprostitvene tehnike, skrb zase. Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Nova Gorica, 2004, str. 32-47.
- Milivojević Z. Emocije. Psihoterapija i razumevanje emocij. Šesta izdaja, Novi Sad:prometej, 2005.
- Kralj M. Stres na delovnem mestu. Interno avtorsko gradivo za enodnevni seminar. Ljubljana, 2003.
- Looker T., Gregson O. Obvladajmo stres. Kaj lahko z razumom storimo proti stresu. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1993.
- Powel T. I. Kako premagamo stres. Ljubljana: Mladinska knjiga, 1999.

Selye H. The Stress of Life, revised end. New York: McGraw – Hill, 1976.
Youngs B. B. Obvladovanje stresa za vzgojitelje in učitelje. Priročnik za uspešno odzivanje na stres. Ljubljana: Educy, 2001.
Miller Merlene, Gorski T. Terence. Zmanjševanje tveganja. Ljubljana: Dan, 1994.
Godec Andreja. Pot staršev in otroka s posebnimi potrebami. V: Defektologica Slovenica. Vol. 10, No.1 (2002), str.101-104.
Milivojević Zoran, Steiner Tjaša ad al. Mala knjiga za velike starše: priročnik za vzgojo otrok. Ljubljana: Mladinski dom Jarše, 2004.
Rus Makovec Maja. Prednosti in slabosti odvisnosti od alkohola: prenos znanj in izkušenj. V: Zbornik 6. konference o medicini odvisnosti, medicina sodelovanja. Vojnik, 2004.

OBČUTEK LASTNE VREDNOSTI PRI UŽIVALCIH PREPOVEDANIH DROG

Mojca Hvala Cerkovnik, dipl.soc.del., Center za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, Psihiatrična klinika Ljubljana.

1. POVEZAVE MED OBČUTKOM LASTNE VREDNOSTI IN UŽIVANJEM PREPOVEDANIH DROG

Pri delu z uživalci prepovedanih drog in njihovimi družinami se velikokrat srečam z vprašanji staršev, kako doseči, da mladostnik ne bo eksperimentiral z drogo, kako se zavarovati pred drogo. Če pridejo po pomoč takrat, ko mladostnik drogo že aktivno uživa, želijo, da droge ne bo več jemal in sprejel pomoč, ki mu jo nudijo institucije. Največkrat nimajo potrebe po kakršnih koli spremembah v družini oz. po samospreminjanju.

Potreba po kontroli usode nekoga drugega, posledično tudi strah, občutek neuspešnosti v starševski ali življenjski vlogi, je pogosto povod za zgoraj naštetu. Pri usmerjanju staršev v njihov delež pri kreaciji odvisnika v družini, se pogosto pojavi jeza in potreba po umiku. Prav tako tudi soočenje s tem, da je čutenje sebe, svoje vrednosti deloma tudi oblikovana s strani staršev, šele kasneje širših sistemov.

Nemoč, ki se pojavlja ob poskusu prepričevanja je zelo naporna, zato je veliko manj stresno poskusiti razumeti in govoriti jezik, ki je podoben tistemu, ki želi pomoč. Ena od vsebin, ki je pri delu v veliko pomoč, je razumeti in slišati, kakšen odnos goji posameznik do svoje vrednosti, predvsem pa, kakšen je odnos bližnjih do njega, kot vrednega bitja.

2. POMEN OBČUTKA LASTNE VREDNOSTI IN SAMOPODOBO PRI UŽIVALCIH PREPOVEDANIH DROG

Mnogi strokovnjaki so utemeljevali pomen občutka lastne vrednosti. Brandon (1969) definira občutek lastne vrednosti kot integracijo samozaupanja in samospoštovanja, ter prepričanje, da je občutek lastne vrednosti vsota vseh občutkov, vključno z občutkom samospoštovanja in samovrednotenja, Carothers in Gasten (1979) opisujeta občutek lastne vrednosti kot mišljenje in čutenje o svoji samopodobi, W. James (1980), je opredelil štiri vidike osebnosti: telesnega, socialnega, spznavnega in duhovnega, Adler (1969) razlaga kako pomembna je za posameznika superiornost, ki jo doseže z uresničevanjem svojih ciljev, Steffenhagen in Burns (1987) utemeljujeta, da občutek lastne vrednosti deluje na treh ravneh: telesni, mentalni in metafizični. Če je ta občutek razvit, je potrebna prisotnost različnih dejavnikov, kot so npr. pogum, vzpodbujanje, prilagodljivost, zanimanje za druge, status, uspeh...

Po teoretični osnovi R. Reassonerja (1999) se izraz občutek lastne vrednosti nanaša na oceno o sebi, ki jo posameznik sprejme in ohranja. Vključuje strinjanje ali nestrinjanje in stopnjo, do katere se posameznik čuti vrednega, sposobnega, pomembnega in učinkovitega. Razlikuje se od samopodobe, saj se slednja nanaša na predstavo o sebi, ki pogosto temelji na prepričanju o tem, kako nas vidijo drugi. Občutek lastne vrednosti je skupek čustev, ki jih ima posameznik o svojih različnih samopodobah, je stopnja zadovoljstva s samim seboj, cenjenje svoje osebne vrednosti in svojih prizadevanj, ter zaupanje v svoje sposobnosti. Temelji na občutku lastne sposobnosti ali učinkovitosti pri soočanju s prihodnostjo, manj pa na zadovoljstvu zaradi dosežkov v preteklosti. Občutek lastne vrednosti vzpodbuja vse vidike življenja, saj omogoča večjo osebno ustvarjalnost, boljše medsebojne odnose. Posameznik, ki pozitivno čuti o sebi, lažje definira svoje cilje in usmeritev, pozna svoje sposobnosti in bolje prenese poraze. Osnova občutka lastne vrednosti je prepletajoča se sprejetost, osebne meje in samospoštovanje.

Kot nadaljuje R. Reasoner, si majhni otroci prizadevajo, da bi bili uspešni na tistih področjih, ki so najbolj pomembna njihovim staršem, če ne uspejo izpolniti pričakovanja svojih staršev, dobijo občutek neustreznosti. V obdobju odraščanja postanejo vrednote vrstnikov pomembnejše od vrednot staršev, ker pa je mnogokrat pomembneje biti priljubljen v očeh sovrstnikov, pogosto pride do odtujevanja staršem. Temelj občutka lastne vrednosti se tako spreminja od vrednot staršev, do vrednot vrstnikov ter se ustali na osebnih, notranjih vrednotah, ki jih je posameznik sprejel. Raven občutka lastne vrednosti, se po avtorjevem mnenju, neprestano razvija in spreminja glede na odločitve, ki jih sprejema posameznik, glede na dejanja in na pomen, ki ga pripisuje različnim samopodobam. Občutek lastne vrednosti je težko razločljiv množice pojmovanj, ki jih ima posameznik o sebi. Občutki, ki jih ima posameznik o sebi, so odvisni od povratnih informacij, ki jih dobi od drugih, in od samopodob, ki so v določenem obdobju zanj najpomembnejše.

Kot značilnosti pozitivnega občutka lastne vrednosti R. Reassoner navaja, da posameznik vidi sebe stvarneje, zna opredeliti svoje sposobnosti in prepoznati svoje omejitve. Ocena lastne sposobnosti temelji na nenehnih povratnih informacijah, ne pa na popačenih predstavah o tem, kar bi si želeli verjeti, prav

tako je prisotna sposobnost jasnega razmišljanja, brez obsojanja sebe in samoponiževanja, poleg tega ima jasno življenjsko usmeritev in občutek za vrednote, ki usmerjajo dejanja. Na tej osnovi tudi ocenjuje svoje uspehe in neuspehe. Vrednote se v glavnem skladajo z vrednostami družine, vrstnikov in širšega okolja. Meni, da kadar posameznik nima jasne življenjske usmeritve ali vrednot, postane zbežan in nima jasnega občutka lastne vrednosti. Veliko mladostnikov dvomi v vrednote svojih staršev in preverja veljavnost le teh. Običajno je, da se njihov občutek lastne vrednosti iz dneva v dan spreminja.

Posameznik, ki ima razvit občutek lastne vrednosti, se čuti varnega v svojem okolju in ve, kako ravnati v določeni situaciji glede na pričakovanja okolice. Ne boji se tvegati, samozavestneje se sooča z izzivi, saj zaupa vase in v svoje sposobnosti, ker čuti, da obvladuje svoje življenje, prevzema odgovornost za svoja dejanja, hkrati pa se ne boji prevzeti iniciativo in preiti k dejanjem, ki so usmerjena v uspeh.

M.Žmuc – Tomori (1990) piše, da sta telo in duševnost med seboj povezana in da se v celotnem odnosu, ki ga ima človek do svojega telesa, povezujejo različne predstave, izkušnje in doživljanje preteklosti in sedanjosti ter pričakovanja prihodnjega odnosa do telesa, povezujejo različne predstave, izkušnje in doživljanje preteklosti in sedanjosti ter pričakovanja prihodnjega odnosa do telesa. Vse to ni le sestavni del samopodobe, temveč tudi izhodišče za njegovo pojmovanje sveta in stvarnosti.

Odnos do telesa je v obdobju adolescence, ko se mladostnik sooča z identitetno krizo, sestavni del celotnega zavedanja sebe in pomemben vir ocene lastne vrednosti. In ravno v tem času je tudi prisotna največja nevarnost zlorabe drog.

G.Žvelc (2000) v raziskavi „Značilnosti objektnih odnosov oseb, ki so odvisne od drog“

Meni, da je se je zelo pomembno ukvarjati z izboljšanjem samopodobe ter samospoštovanja, raziskava, ki izhaja iz medosebnih odnosov oseb, ki so odvisni od drog in objektnih odnosov, avtor pa ugotavlja, da je za osebe, odvisne od drog, značilno večje simbiotično zlivanje v odnosih, večja separacijska anksioznost, grandioznost, onipotenca, egocentrizem in socialna izolacija.

3. POVEZAVA MED OBČUTKOM LASTNE VREDNOSTI IN ZASVOJENOSTJO OD PREPOVEDANIH DROG

Ugotovitev, da je pomanjkanje občutka lastne vrednosti v tesni povezavi z zlorabo prepovedanih drog, je vsekakor na mestu, hkrati pa tudi dejstvo, da največ mladih začne preizkušati drogo ravno v obdobju odraščanja. Ob tem se pojavlja vprašanje, zakaj ravno v obdobju odraščanja in kaj pravzaprav to obdobje pomeni, kaj vrednoti odločitev, da je potrebno spremeniti način razmišljanja, čustvovanja in vedenja, ne glede na dolgoročne posledice, ki jih lahko ta odločitev prinese.

Ena od razvojnih nalog v času adolescence je ravno razvoj identitete, v času katere posameznik med drugim tudi preusmerja vrednote in sporočila iz primarnega okolja, torej družine, v okolje vrstnikov in širšega socialnega kroga in

mu pozitivne povratne informacije o njegovi vrednosti nudijo samozaupanje in moč v pozitivnem smislu. Večja je verjetnost, da se ne bo vedel na sebi škodljiv način. Če teh pozitivnih povratnih informacij ni, še posebej, če so negativno formulirane, mladostnik iz primarnega okolja pogosto odide slabo opremljen, zlorabljen, sovražen do sebe in do soljudi.

Odraščanje z negativnimi sporočili o lastni vrednosti zmanjša občutek pripadnosti in vernosti v družini, zato je toliko večja potreba posameznika po iskanju tovrstnih vsebin v širšem socialnem okolju.

Droga je v takih primerih dober posrednik in pripomoček, s katerim se lažje pripada, je pomemben, drugačen, tudi uspešen. Energija, vrednote, vedenje, razmišljanje je pri posameznikih s pomanjkanjem občutka lastne vrednosti bolj usmerjena v ohranjanje in vzdrževanje svoje vloge v socialni sredini. Cilji, uspešnost in pripravljenost na tveganje pa so postavljeni tako, da so do njega samega škodljivi. Ob tem pa so zelo osamljeni, včasih celo prestrašeni, nespretni pri izražanju svojih želja in potreb.

Najlaže zaupajo prijateljem, ki pa imajo tudi sami podobne težave, le redki lahko zaupajo staršem, sorodnikom ali razrednikom, ker je njihova izkušnja, da bodo kaznovani, ne pa razumljeni. Za mnoge starše je neprimerno vedenje, neuspešnost, uporništvost, le tipični znak razvojnega obdobja in niso preveč zaskrbljeni, ker se to vendar vsakemu dogaja.. Simbolično je ravno "mir" tisti, ki mladostniku omogoči, da svoj vrednostni sistem, način razmišljanja, vedenja, čustvovanja, začne prilagajati nekemu drugemu okolju, ki ga pogojuje in oblikuje droga. Tudi meje, ki bi, če bi bile v družini postavljene pravilno, pomenile informacijo, varnost in zaščito, začne na neopazen način postavljati droga. Identiteta mladostnika se torej oblikuje po zakonih, merilih in vrednotah, ki jih določa odvisniška subkultura.

Zelo pomembno je, da tako v družinskem, kot v drugih okoljih, nudimo mladostniku dovolj pozitivnih povratnih informacij o njem, o tem, kako ga doživljamo kot posameznika. Da se opredelimo na njegove pozitivne lastnosti, mu nudimo skrb in sprejemanje. Ob tem pa seveda je povsem neprimerno, da ne vključimo skrbi do njegovega uživanja droge. Postaviti mejo, ne pomeni ne imeti rad, vsaka družina oz. njeni člani ima pravico zahtevati, da se vedenje, ki škodljivo vpliva tudi na ostale, prekine. Seveda pa je odvisno od izvajalca tega vedenja, v kakšni smeri bo izpeljal spremembo. Pomembno je tudi, da mladostniku pomagamo opredeliti njegove vrednote, mu pomagati, da postane kritičen do tistih vrednot, ki so sicer mamljive, a škodljive, seveda pa se je pri tem potrebno izogibati dvojnemu sporočilu, ki pogosto naredijo zelo veliko škode. Predvsem pa je potrebno jasno spregovoriti tudi o stiski. V marsikateri družini je govoriti o stiskah in težavah nekaj, kar ni zaželeno, ker posledično to pomeni, da bo starš razočaran, prizadet, žalosten. To pa otrok težko prenese. Lažje je o slabi oceni, tudi o drogi ne spregovoriti, kot pa tvegati neprijetna čustva. Zato je pomembno, da mladostnik pridobi izkušnjo, da spregovoriti o stiski, ne pomeni razočarati, temveč da to pomeni pomoč, da se bo lažje iz stiske rešil.

Tako faza eksperimentiranja, kot faza socialne rabe droge, je za starše in okolice težko prepoznavna, ker je vedenje v odnosu do droge prikrivajoče, v glavnem je

še vedno prisotno razmišljanje, da droga zanj ne more pomeniti zasvojenosti, da obvladuje in nadzoruje svoje življenje z drogo.

A vedenje je specifično, umikanje iz družine, tudi od obredov hranjenja, praznovanj, pomanjkanje motivacije za stvari, ki so včasih veliko pomenile. Drugačni odnosi, ki se razvijajo v družini, ne pomenijo vzpostavitve mladostnikove avtonomnosti. So posledica problematičnega vedenja in lahko postanejo skrajno neprijetni. Starši poskušajo ponovno vzpostaviti sistem kontrole in meja, mladostnik pa ščiti tisto, kar mu v danem trenutku čedalje več pomeni, mu nudi prijetne občutke in postaja samo njegovo - življenje in odraščanje z drogo.

Starši v taki situaciji težko dovolijo mladostniku prevzemati odgovornost za njegovo življenje, ker je med njimi nizka stopnja zaupanja, strah, občutki krivde. Vsi ti občutki med starši in mladostniki- eksperimentatorji pogojujejo, da odraščati ni varno, ker je prisotna droga. Mnogokrat imajo mladostniki občutek, da je odnos do droge in življenje z njo ena od redkih stvari v življenju, za katero so se zares sam odločili, kjer so samostojni, odgovorni, kreativni. Hkrati pa droga pridobiva vrednost, mladostnik si pridobiva izkušnje, kako z drogo spreminjati način vedenja, razmišljanja, čustvovanja, hrati pa tudi dokaj uspešno znotraj subkulture zadovoljuje potrebe, ki bi jih sicer moral v družini.

Občutek varnosti je pomemben ravno zato, ker lahko posameznik skozi jasno postavljena pravila, družinska sporočila, pozitivna povratna sporočila, razvija lastne pogoje za samovarovalno vedenje, ob tem pa se ne počuti nespoštovanega, oz. ne vrednega. Vedenje njegove okolice mu vzbuja zaupanje in željo po sodelovanju ne pa obratno. Kako lahko starši oz. okolica izboljša občutek varnosti? Predvsem s tem, da njihovo vedenje, sporočanje in način izražanja čustev, vzbuja zaupanje, hkrati pa je potrebno jasno postavljati meje v odnosu do droge, le te pa vzdrževati dosledno in pošteno.

Potrebe po varnosti, pozornosti, enkratnosti, občutku lastne vrednosti, pripadnosti, ljubezni, ciljnosti, so v obdobju razvite zasvojenosti zadovoljene z drogo, vrednote so vezane na drogo. Opozorilni znaki tako iz okolice kot individualni postajajo vse močnejši. Za starše najpogosteje tako močni, da uspejo poiskati pomoč, pogosto je le ta neuspešna, ker so motivi v obratni smeri.

Za uživalca pomeni droga zdravilo, edini odnos, ki ga zmore, se nanaša na drogo, že zdavnaj je izgubil bitko za nadzor, a življenje z njo še vedno pomeni nekaj, kar je vredno, kjer lahko preizkuša svoje sposobnosti preživetja, kreativnost, kjer je uspešen. Življenje, ki ga vodi droga, mu prinese tudi veliko adrenalinskih trenutkov in nagrade v obliki užitka. Droga pomeni zapolnitev časa, brez nje pomeni čas dolgčas. Kako najti nadomestek, ki bi z nagradil z tolikšnim užitkom kot droga! Droga sčasoma postane temeljna vrednota za uživalca in velik problem za okolico, največkrat starše.

Kaj pravzaprav ponuditi uživalcu v zameno za življenje, ki ga živi z drogo? Obdobje življenja, ki mu pravimo odraščanje, je po letih že za njim. Preživela sta ga skupaj z drogo tako na nivoju identitete, avtonomnosti, odločitev, kaj in kako bo stvari v življenju počel, razvila sta imeniten način zadovoljevanja potreb, komunikacije, nagrajevanja, ciljnost, smiselnost, pripadnost, varnost je bila zagotovljena z drogo. Zakaj pravzaprav živeti brez nje. Tako za svoje kot za

uživalca je dejstvo, da je pot nazaj v v doživljanje občutka sebe, ne glede na to, kako slabo se bo ob tem počutil, dolgotrajna, sestavljena iz ogromno majhnih korakov in skoraj nemogoča brez vzpodbude in pomoči.

4. POMEN KREPITVE POZITIVNEGA OBČUTKA LASTNE VREDNOSTI ZASVOJENIH S PREPOVEDANO DROGO

" Popravni izpit " ki se lahko imnuje "ponovno odraščanje", tokrat brez droge, pomeni ponovno srečanje z neprijetnimi vsebinami, ki niso odvisni samo od posameznika, temveč tudi od staršev in seveda širše socialne sredine. Če starši niso pripravljeni na lastno izkušnjo samospreminjanja, je težko pričakovati, da se bo spreminjal njihov otrok. Če starši niso pripravljeni na soočenje, da je njihov otrok skozi razvijanje zasvojenosti z drogo, postal odrasel in raje vstopajo v neke vrste soodvisnost, potem je malo možnosti za spremembo. V edini je težko graditi nove odnose, izboljšati komunikacijo in nanovo postaviti družinska pravila. Če se ponovno osredotočim na občutek lastne vrednosti in značilnosti pomanjkanja le tega kot enega od elementov, ki lahko vpliva tudi na odločitev za uživanje droge, lahko rečem, da uživalec znotraj subkulture zelo uspešno razvija svoj vrednostni sistem, ki za dominantno kulturo ni v soglasju. Njemu nudi možnost za samouresničitev in potrditev, da je sposoben in sprejet. Občutek označenosti zaradi uživanja droge lahko pomeni tudi, da je lažje pripadati tisti sredini, ki ima podobne vrednote. A s tem ni rečeno, da ob tem ni želje po vrnitvi v primarno okolje. To potrjuje dejstvo, da v trenutku, ko želijo prenehati z drogo, pogosto poiščejo starše in pričakujejo pomoč in podporo. Velikokrat pričakovanja ponovno niso usklajena, ponovijo se konflikti iz preteklosti, to je čas preizkušnje, za obe strani. Brez spremembe se bo zgodba ponovila, s pomočjo in pripravljenostjo na lastno izkušnjo pa je mogoče doseči uskladitev pričakovanj, predvsem pa priložnost in čas za okrevanje.

Proces spreminjanja občutka lastne vrednosti in s tem zmanjševanja samouničevalnega vedenja poteka, kot utemeljuje dr. R.Reassoner skozi različne faze. Skozi krepitev občutka varnosti, kjer posameznik skozi rutino pridobi občutek za tveganje, kjer je dovolj priložnosti za predvidevanje, kjer ni prostora za norčevanje iz čustev posameznika.

Naslednje je področje krepitve identitete, pri čemer lahko pomaga družina s tem, da opredeli vrednote, izkazuje skrb in sprejema. Pomaga razvijati pozitivne sposobnosti in omejevati škodljivo vedenje.

Pomembna je pripadnost, ki jo družina omogoči skozi ustvarjanje okolja, ker se posameznik čuti sprejetega, kjer lahko sodeluje in tudi sam nudi podporo.

Občutek smiselnosti pomeni določitev ciljev, oblikovanje načrtov za doseganje le teh, raziskovanje vizije posameznika in razvijanje zaupanja, da je cilj moč doseči, seveda z krepitvijo občutka sposobnosti.

To lahko dosežemo na način, da družini oz. sistemu, v katerem okrevajoči živi, pomagamo, da vzpostavijo osnovni občutek varnosti, da postavijo svoja pravila, način sporočanja, da znajo razviti konstruktivno komunikacijo, tudi konflikt, da opredelijo vrednote, izkazujejo skrb drug do drugega, da cenijo, individualnost, a hkrati tudi postavijo mejo, ko je ta individualnost za ostale ogrožujoča, da

pripadajo skozi sodelovanje in podporo, ko je posamezni član v stiski, da dovolijo izražanje pričakovanj.

Problem nastane ravno na nivoju postavljanja teorije na praktični nivo. Večina obravnav uživalcev prepovedanih drog in njihovih družin je še vedno tesno povezana z zdravstvenimi institucijami, ki s sabo nosijo še vedno močno poudarjene elemente totalnih ustanov. Če se osredotočim na Goffmanovo analizo totalnih ustanov, bi lahko rekla, da je trenutni pristop k odvisnosti neprijazen tako do uživalcev, kot do družin. Sicer velja, da se v institucije zatečejo popolnoma obupani starši in uživalci, seveda prvi z pričakovanji čudeža, drugi pa z pričakovanji, vezanimi še vedno na uživanje droge, a z manj škode. Prva ponudba je sicer mamljiva. Ponujen je sistem, struktura, zdravila, občutek, da bo sedaj vse v redu. A na žalost, dlje od tega tudi ne gre. Čeprav tovrstne institucije pogosto skrivajo totalitarni pristop za t.i. psihosocialno rehabilitacijo, je tudi znotraj le te čutiti predvsem moč in poudarek hierarhičnost.

Tovrstni pristop je tako za uživalce, kot za družine že v naprej obsojen na neuspeh, le ta pa je pogosto za uporabnike doživet kot "zopet sem neuspešen", za svojce "nihče nam ne more pomagati", Za izvajalce pa "naredili smo vse, kar je v naših močeh". V bistvu se na tak način vzdržuje moč institucij in nemoč uporabnikov.

6. ZAKLJUČEK

Občutek lastne vrednosti je pridobljen skozi dalj časa trajajoče obdobje pridobivanja sporočil iz primarne okolice. Če so sporočila najpogosteje naslavljena z negativnimi predznaki, nerealnimi pričakovanji, kriticismom in dvojnimi merili, je velika mogočnost, da posameznik razvija negativno podobo o sebi. Vedenje, ki ga razvija ob vstopanju v druge socialne sisteme, je pogosteje samoškodljivo, pogosto se kaže tudi v odnosu do uživanja prepovedanih drog. Glede na družinsko disfunkcijo je malo možnosti, da bi mladostnik o stiski spregovoril, zato obstaja večja nevarnost odvisnost od prepovedanih drog.

Da bi zmanjšali tveganje za zlorabo drog, je zelo pomembno, da je družina in institucije, ki so soudeležene v procesu odraščanja posameznika, informirana o vzrokih in posledicah neustreznih oblik sporočanja, o načinih zaščite in pomoči takrat, ko je samoškodljivo vedenje v smeri uživanja drog že razvito.

Odvisnik od prepovedanih drog je ranljivejši del družinskega sistema. Če nudimo pomoč le njemu, ohranjamo nesorazmerje v družini. Pomembna je torej soudeležba in nudenje pomoči za spremembe vsem članom družine.

LITERATURA

1. Reassoner R. Zmanjševanje destruktivnega vedenja pri mladostnikih, Ljubljana 1998
2. Adler. A. Smisel življenja, Ljubljana 1999
3. Kastelic A. Mladostnik in droga, Ljubljana 1999
4. Polajner B. Vrednote zasvojenih z drogami, Ljubljana 1998
5. Gostečnik C. Biti mladostnikom starši, Ljubljana 1999
6. V. Flaker, Živeti s heroinom, Ljubljana 2001
7. Goffman, 1961; povzeto po Flaker, 1988: 76-77
8. Musek J. Osebnost in vrednote, Ljubljana 1993
9. Auer V. Droge in odvisnost, Ibidem 2001

PREDSTAVITEV BOLNIKA, ODVISNEGA OD PREPOVEDANIH DROG PO ŽIVLJENJSKIH AKTIVNOSTIH

Miha Verbič, dipl. zn., Center za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog,
Psihiatrična klinika Ljubljana

UVOD

Center zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog (CZOPD) je namenjen obravnavi odvisnosti od prepovedanih drog. Pacient pride na oddelek v visoko strukturirano umetno okolje. Terapevtski dogovor in pravila oddelka predstavljajo okvir vedenja bolnika. Predvsem gre za uokvirjanje vedenja pacienta. Kljub temu, da je osnova terapije skupinska dinamika na oddelku, pa predvsem zdravstveno osebje ne sme zanemariti psiho-fizičnega počutja. Pri tem pa nam je v veliko pomoč celostna obravnava pacientov po življenjskih aktivnostih.

Poslanstvo zdravstvene nege odvisnega bolnika od prepovedanih drog je pomoč in ustvarjanje takega okolja v bolnišnici, kjer bo bolnik dosegel in vzdrževal abstinenco na varen in uspešen način. Intervencije (aktivnosti) zdravstvene nege na področju odvisnosti niso toliko usmerjene v samo »tehnično« izvajanje, ampak pomenijo spodbujanje in usmerjanje. Spodbujanje in usmerjanje na pravi način, na način, da bolniku ustvarimo varno okolje. Varno okolje se tu nanaša na motivacijo, ki mora biti v procesu zdravljenja vseskozi prisotna. Pri zdravljenju odvisnosti pa motivacija vseskozi niha. Ambivalenca posameznika – se zdraviti ali ne – je skozi proces zdravljenja močno prisotna. Izvajalci zdravstvene nege so tisti del zdravstvenega tima, ki so z bolnikom prisotni 24 ur. S svojimi aktivnostmi zgradijo bolniku prijazno okolje, kjer bo znal in moral svoje sposobnosti maksimalno izkoristiti, da bo dosegel svoje cilje zdravljenja. V vseh visoko praznih programih je pogoj za vstop terapevtski dogovor (TD), ki je osnova delovanja vseh.

Poleg TD, ki je le nek osnovni okvir vedenja, ima vsak oddelek še svoja pravila, kot so:

spanje ob 22.00 ali ob sobotah in praznikih ob 22.30,
bolniki ne smejo gledati skozi okno,
komuniciranje z zunanjim svetom je strogo omejeno,
vsako najmanjše izkazovanje nasilja (verbalnega, avto ali hetero) je strogo sankcionirano, največkrat z odpustom,
navezava intimnih stikov je prepovedana,
poslušanje in gledanje radia, gledanje tv je omejeno,
kajenje je omejeno,
vsak pogovor o drogah, zadevanju itd., je prepovedano,
naslanjanje na steno, čepenje ali gledanje skozi okno v kadih je prepovedano.
Bolniki lahko v kadih pokadijo eno cigareto stoje,
idr..

Obstaja še polno drugih pravil. Pravila pomenijo prepovedi in opozarjanje bolnika. Prepovedi in opozarjanje sprožijo pri človeku običajno negativen odziv. Pojavijo se odpori v obliki razočaranja, žalosti, ključbovalnosti, ravnodušnosti, jeze. Vsa ta stanja pa v procesu zdravljenja niso zaželeni. Vodijo v povečanje ambivalence in demotivacijo. Zato morajo biti intervencije izvajalcev zdravstvene nege, ki so ključne pri vzdrževanju predpisanega okolja, izvedene na način, da bodo spodbujale bolnika pri njegovem zdravljenju. To pa je možno le na tak način, da uporabljamo različne tehnike motivacijskega intervjuja. Motivacijski intervju se imenuje splet tehnik, s katerimi skušamo pri posamezniku spodbuditi spreminjanje in krepiti vztrajanje pri spreminjanju. Uporaba tehnik je enostavna in je nujna pri zdravljenju bolnika, odvisnega od prepovedanih drog.

Problemi zdravstvene nege odvisnega bolnika se lahko pojavijo na vseh področjih osnovnih življenjskih aktivnostih, ki jih je definirala Virginia Henderson. Pri reševanju teh problemov moramo upoštevati vse značilnosti odvisnega bolnika od prepovedanih drog. Intervencije so: spodbujanje, usmerjanje, edukacija pri doseganju ciljev in seveda pomoč, ko bolnik sam več ne zmore ali zaradi pomanjkanja znanja ali svojega poslabšanja zdravstvenega stanja tega več ne zmore sam. Pri tem je bolj kot drugje tu pomemben partnerski odnos, brez katerega se kmalu znajdemo na točki, ko pri bolniku povzročamo najrazličnejše odpore.

V nadaljevanju bom predstavil nekaj osnovnih življenjskih aktivnosti, kjer moramo biti pri bolniku, odvisnem od prepovedanih drog, še posebej pazljivi. Vključil bom posebnosti bolnika in okolja, v katerem je obravnavan in potencialne pogoste probleme, ki se pojavijo. Vodilo dela po procesu zdravstvene nege je spodbujanje samoučinkovitosti bolnika in usmerjanje, da prevzame odgovornost za svoje zdravljenje.

Izvajalci ZN morajo za tak način dela, poleg postopkov in posegov, ki so se jih naučili v času šolanja in svojega dosedanjega dela, obvladati še zgoraj naštetih tehnike, ki so jih dosegli z dodatnim izobraževanjem.

Ob sprejemu, pri bolniku ocenimo stanje in izpostavimo probleme. Najpogostejši problemi se pojavljajo pri naslednjih osnovnih življenjskih aktivnostih (v nadaljevanju OŽA):

1. DIHANJE

HYPERLINK "<http://www.zdravstvena.info/vsznj/wp-content/uploads/2007/11/dihanje.jpg>" \o "dihanje.jpg" INCLUDEPICTURE "<http://www.zdravstvena.info/vsznj/wp-content/uploads/2007/11/dihanje.thumbnail.jpg>" * MERGEFORMATINET HYPERLINK "<http://www.zdravstvena.info/vsznj/wp-content/uploads/2007/11/dihanje.jpg>" \o "dihanje.jpg"

Je osnovna življenjska aktivnost, ki je za človekovo preživetje najpomembnejša. Velik problem predstavljajo bolniki – intravenozni uživalci, saj je pri tovrstnem načinu zlorabe drog zastoj dihanja pogosto prisoten. Velik pomen zdravstvene vzgoje namenimo pri odpustu bolnika še posebej tedaj, kadar bolnik samovoljno zapusti zdravljenje, saj je takrat nevarnost overdovsa in s tem posledično zastoja

dihanja večja. Pogosto ob tovrstnem odpustu bolniki hitro posežejo po drogi, po enakem odmerku, ki so ga jemali pred sprejemom v bolnišnico, torej pred detoksikacijo.

Utečeno pravilo kajenja na oddelku je, da se v kabilnici zadržuje bolnik toliko časa, da pokadi le eno cigareto. V kabilnico ne prinaša ničesar (tudi kave ne), čepenje, sedenje, naslanjanje ni dovoljeno, okno je odprto, kadar pacientov ni v kabilnici. Kajenje v centru, izven prostora kabilnice ni dovoljeno, prav tako v času obveznih skupin, izbirnih skupin in takrat kadar skupine odpadejo. V kabilnici ni dovoljeno biti v pižami ali nočni halji.

1.1. UGOTAVLJANJE PACIENTOVIH POTREB:

Pogovor s pacientom (ugotavljanje pacientovih navad, znanje bolnika iz prve pomoči pri »overdose«), kako je skrbel za mikroklimo, okolje, način oblačenja, sprehod, rekreacijo, kajenje).

Ko zberemo vse podatke, jih analiziramo in uredimo ter določimo **NEGOVALNE DIAGNOZE:**

neučinkovito dihanje,
zvišana možnost infekcije,
nespečnost,
bolečina,
strah,
kašelj.

1.2. NAČRTOVANJE ZDRAVSTVENE NEGE:

Glede na ugotovljene negovalne potrebe in negovalne diagnoze načrtujemo naslednje cilje:

pacient bo spoznal tehnike NMP ob »overdose«,
dihanje bo izboljšano,
možnost infekcije bo zmanjšana,
bolnik bo pomirjen.

1.3. NEGOVALNE INTERVENCIJE:

edukacija pacienta »overdose« z opijati,
redno zračenje prostorov,
nudenje NMP ob zastoju dihanja (najpogostejši urgentni zaplet pri bolnikih zdravljenja odvisnosti, uporaba antidota – NALOKSON).
Aspiracija se opravlja po zdravnikovem naročilu. Inhalacija prav tako.

1.4. ZVAJANJE ZDRAVSTVENE NEGE:

Vse načrtovane negovalne intervencije izvajamo po načrtu. Zelo pomembno je opazovanje, sprotno vrednotenje uspešnosti negovalnih intervencij in edukacija pacientov ob »overdose« z opijati.

1.5. VREDNOTENJE ZDRAVSTVENE NEGE:

Med vrednotenjem spremljamo rezultate ZN oz. določeno negovalno stanje pacienta, glede na zastavljene cilje, ki smo jih določili med načrtovanjem.

2. PREHRANJEVANJE IN PITJE

HYPERLINK "http://www.zdravstvena.info/vsznj/wp-content/uploads/2007/11/pleskavica.jpg" \o "pleskavica.jpg" INCLUDEPICTURE "http://www.zdravstvena.info/vsznj/wp-content/uploads/2007/11/pleskavica.jpg" * MERGEFORMATINET

Hranjenje in pitje je OŽA, ki je nujno potrebna za človekovo preživetje. Za samostojno izvajanje te aktivnosti sta človeku potrebni intelektualna celota (ustrezna presoja, količina in število ter čas obrokov) in fizična celota (pridobivanje hrane, priprava, sprejemanje), ki sta medsebojno povezani.

Pomembno je zdravstveno vzgojno svetovanje o prehrani, spodbujanje k hidraciji, še posebno ob jemanju opiatov in ob odtegnitvi le-teh, saj je zaradi tega pri večini bolnikov zmanjšana salivacija in s tem posledična okvara zobovja, ki je še potencirana pri prekomernem uživanju sladke hrane, kar je pri odvisniku pogost problem.

Na oddelku funkcijo reditelja, torej razdeljevanja obrokov, opravljata bolnika (določena s strani zdravstvenega tima) ob prisotnosti zdravstvenega tehnika. Reditelj opozarja na nered v kuhinji, jedilnici in dnevnem prostoru. Pitje kave je dovoljeno dvakrat dnevno. Preostanek skuhanе kave se dnevno zavrže. Hrane ni dovoljeno imeti v sobah. Hranjenje je dovoljeno le v jedilnici.

2.1. UGOTAVLJANJE PACIENTOVIH POTREB:

pogovor s pacientom (ugotoviti želimo njegove potrebe, vrsto hrane, način priprave, število obrokov, količino prehrane),
pregled in opazovanje pacienta (stanje prehranjenosti),
opravimo meritve TT, prisotnost objektivnih težav (npr. bruhanje),
pregled medicinske dokumentacije, laboratorijskih izvidov.

Ko zberemo vse podatke, jih analiziramo in uredimo ter določimo **NEGOVALNE DIAGNOZE:**

nezadostna prehrana,
neznanje pri zadovoljevanju potreb po hrani,
neustrezen odnos do hrane,
neješčnost,
uživanje prevelikih/premajhnih količin hrane,
hujšanje,
uživanje prevelikih količin alkohola,
pogovor s svojci, družino, prijatelji – če se ne more pogovarjati,
pogovor z ostalimi člani zdravstvenega in negovalnega tima,
uživanje premajhnih količin tekočine.

2.2. NAČRTOVANJE ZDRAVSTVENE NEGE:

Glede na ugotovljene negovalne potrebe in negovalne diagnoze načrtujemo naslednje cilje:

pacient bo omejil pitje alkohola,
pacient bo užival dovolj tekočine,
pacient bo užival ustrezno prehrano,
pacient bo poučen o zadovoljevanju potreb po hrani,

pacient bo oblikoval pozitiven odnos do hrane,
pacient bo postopno začel uživati več hrane,
pacient bo pridobil na telesni teži ali jo zmanjšal.

2.3. NEGOVALNE INTERVENCIJE:

celostna obravnava pacienta,
opazovanje, vzpodbuda, motivacija, edukativni pogovor,
urejanje pacientove prehrane (uredimo individualno glede na njegove potrebe,
vrsta prehrane (dietna, po naročilu zdravnika). ZV. svetovanje o prehrani,
opazujemo pacienta med hranjenjem),
nadomeščanje tekočin – zagotovimo ustrezno količino tekočine, ustrezno
tekočino (čaj, vodo, pacienta tehtamo, vzpodbujamo k ustni negi),
nudenje pomoči pri bruhanju, namestimo pacienta v ustrezen položaj,
pomagamo med bruhanjem, opazovanje.

2.4. IZVAJANJE ZDRAVSTVENE NEGE:

Vse načrtovane negovalne intervencije izvajamo po načrtu. Če pride do sprememb pri pacientu, moramo negovalni načrt ustrezno spremeniti. Z izvajanjem dosežemo zastavljene cilje.

2.5. VREDNOTENJE ZDRAVSTVENE NEGE:

Med vrednotenjem primerjamo doseženo pacientovo stanje z zastavljenimi cilji med načrtovanjem. Če cilji pri pacientu niso doseženi, moramo naše delo analizirati in odkriti vzroke, zaradi katerih je bila zdravstvena nega neuspešna. Če so bili cilji doseženi je bila zdravstvena nega uspešna.

3. IZOGIBANJE NEVARNOSTIM V OKOLJU

```
HYPERLINK "http://www.zdravstvena.info/vsznj/wp-content/uploads/2007/11/ogrozanje.jpg" \o "ogrozanje.jpg" INCLUDEPICTURE "http://www.zdravstvena.info/vsznj/wp-content/uploads/2007/11/ogrozanje.jpg" \* MERGEFORMATINET
```

Bistvo te aktivnosti je, da nevarnost prepoznamo in se nanjo ustrezno odzivamo tako, da nam bo v okolju uspešno preprečiti, zmanjšati ali vsaj omiliti neugoden vpliv na zdravje. Za samostojno izvajanje te OŽA sta človeku potrebni fizična in intelektualna sestavina.

Na oddelku bolniki skozi proces zdravljenja spoznajo nevarnosti, ki jim pretijo v zunanjem okolju. Bolnike educiramo, izvajamo suportivne pogovore, skozi dogovore (oddelčna pravila) pa bolniki pridobijo mehanizme, s katerimi se znajo izogniti rizičnim situacijam v zunanjem okolju.

3.1. UGOTAVLJANJE PACIENTOVIH POTREB:

pogovor s pacientom – zbiramo podatke o pacientovem znanju oz. informiranosti in sposobnosti, preverjamo, če lahko sam prepozna ovire, škodljivosti, sposobnosti razumevanja navodil, zbiramo pacientove potrebe po varnosti, sposobnost ustreznega delovanja, opazovanje pacienta – ugotovimo možnosti varovanja pacienta pri določenih bolezenskih stanjih oz. v novem okolju, pogovor s starši, svojci, pogovor s člani negovalnega in zdravstvenega tima.

Ko zberemo vse podatke, jih analiziramo in uredimo ter določimo **NEGOVALNE DIAGNOZE**:

zvišana možnost zastrupitve,
zvišana možnost infekcije,
zvišana možnost poškodb,
nezmožnost orientacije na oddelku (zloraba opiatov, novo okolje, bolniki z dvojnimi diagnozami),
nepopolna verbalna komunikacija,
pomanjkanje volje,
strah.

3.2. NAČRTOVANJE ZDRAVSTVENE NEGE:

Glede na ugotovljene negovalne potrebe in negovalne diagnoze načrtujemo naslednje cilje:

nevarnost zastrupitve bo preprečena,
možnost infekta bo zmanjšana,
možnost poškodb bo zmanjšana,
pacientu bomo pomagali, da se bo znašel na oddelku,
informacije bomo dobili od svojcev,
pacient bo postopoma vzpostavil stik z okolico.

3.3. NEGOVALNE INTERVENCIJE:

zdravstveno vzgojno delo (edukacija, suportivni pogovor),
motivacija in aktivacija pacienta,
upoštevanje preventivnih ukrepov,
redno čiščenje in dezinfekcija,
individualno obravnavanje pacienta,
zagotovitev suhih in nedrsečih tal,
zavarovanje oken, balkonskih vrat, ograj.

3.4. IZVAJANJE ZDRAVSTVENE NEGE:

Vse načrtovane negovalne intervencije izvajamo po načrtu. Zelo pomembne so vzpodbuda, motivacija, edukacija, suportivni pogovor, opazovanje in sprotno vrednotenje uspešnosti negovalnih intervencij.

3.5. VREDNOTENJE ZDRAVSTVENE NEGE:

Med vrednotenjem spremljamo uspešnost zdravstvene nege glede na zastavljene cilje, ki smo jih dobili med načrtovanjem.

4. IZRAŽANJE VERSKIH ČUSTEV

HYPERLINK "http://www.zdravstvena.info/vsznj/wp-content/uploads/2007/11/buddha.jpg" \o "buddha.jpg" INCLUDEPICTURE "http://www.zdravstvena.info/vsznj/wp-content/uploads/2007/11/buddha.thumbnail.jpg" * MERGEFORMATINET

Izražanje verskih čustev je OŽA, ki omogoča človeku zadovoljevanje potreb po verski pripadnosti. Izražanje aktivnosti je tesno povezano s komunikacijo pacienta. Na zaprtem oddelku CZOPD te aktivnosti ne moremo zadovoljiti zaradi terapevtskega dogovora, je pa izredno pomembno, da bolnika ob tem razumemo in vzpostavimo empatičen odnos.

5. KORISTNO DELO, RAZVEDRILO in REKREACIJA

HYPERLINK "http://www.zdravstvena.info/vsznj/wp-content/uploads/2007/11/jogging.jpg" \o "jogging.jpg" INCLUDEPICTURE "http://www.zdravstvena.info/vsznj/wp-content/uploads/2007/11/jogging.jpg" * MERGEFORMATINET

Delo je življenjska aktivnost, ki omogoča človeku pridobivanje sredstev za življenje. Razvedrilo in rekreacija je OŽA, ki omogoča, da se človek sprošča, vzdržuje ustrezno psihofizično kondicijo in si nabira novih moči za delo in življenje. Pri bolnikih z odvisnostjo je droga osrednje gibalno njihovega življenja, povprečno zavzame od 14 do 20 ur časa dnevno (priprava seta za zlorabo drog, kontakti in srečanje z dilerjem, iskanje primerne prostora za »zadevanje«, viktimizacija – prostitucija, različne oblike kriminalnega vedenja).

Pri hospitaliziranem bolniku so izhodi in rekreacija možni po urniku ali po predhodnem dogovoru s terapevtom. Ob izhodu veljajo vsa pravila, ki se tičejo stikov in komunikacije (glej OŽA Odnosi z ljudmi, izražanje čustev, občutkov, potreb). Za uspešno zadovoljevanje potreb po delu, rekreaciji in počitku so človeku potrebne fizična sestavina – zmožnost usklajevanja harmoničnega gibanja, dovolj fizične moči za opravljanje dela, psihična sestavina – zmožnost mišljenja in socialna sestavina – zmožnost komuniciranja.

5.1. UGOTAVLJANJE PACIENTOVIH POTREB:

pogovor s pacientom – zbiramo podatke o pacientovem znanju oz. informiranosti in sposobnosti, preverjamo, če lahko sam prepozna ovire, škodljivosti, sposobnosti razumevanja navodil, zbiramo pacientove potrebe po varnosti, sposobnost ustreznega delovanja,

opazovanje pacienta – ugotovimo možnosti varovanja pacienta pri določenih bolezenskih stanjih oz. v novem okolju, pregled medicinske dokumentacije, pogovor s starši, svojci, pogovor s člani negovalnega in zdravstvenega tima.

Ko zberemo vse podatke, jih analiziramo in uredimo ter določimo **NEGOVALNE DIAGNOZE**:

pomanjkanje volje, odvisnost od opiatov, pomanjkanje človekovih delovnih in rekreativnih navad, spremembe v okolju, ki negativno vplivajo na človeka.

5.2. NAČRTOVANJE ZDRAVSTVENE NEGE:

bolnik bo sodelujoč, pacient bo motiviran, pacient bo pomirjen, bolnik bo oblikoval pozitiven odnos do rekreacije.

5.3. NEGOVALNE INTERVENCIJE:

celostna obravnava pacienta, vzpostavljanje terapevtskega odnosa, pogovor s pacienti, upoštevamo potrebe pacientov, pogovor z zdravstvenimi delavci, pogovor je lahko spontan pri vsakem stiku s pacientom in pri opravljanju negovalnih intervencij, lahko pa je načrtovan glede na posamezne pacientove potrebe, pogovor s svojci – pacienti so prizadeti, ker so v drugem okolju, ločeni od svojcev, zato si želijo obiskov svojcev in jim je potrebno to tudi omogočiti, obiski – trajajo dvakrat tedensko (četrtek, nedelja) in potekajo po razporedu, ki je v naprej dogovorjen. Na obisk lahko pridejo le osebe iz terapevtskega dogovora.

5.4. IZVAJANJE ZDRAVSTVENE NEGE:

Vse načrtovane negovalne intervencije izvajamo po načrtu. Zelo pomembne so vzpodbuda, motivacija, edukacija, suportivni pogovor, opazovanje in sprotne vrednotenje uspešnosti negovalnih intervencij.

5.5. VREDNOTENJE ZDRAVSTVENE NEGE:

Med vrednotenjem spremljamo uspešnost zdravstvene nege glede na zastavljene cilje, ki smo jih dobili med načrtovanjem.

6. SPANJE IN POČITEK

HYPERLINK "<http://www.zdravstvena.info/vsznj/wp-content/uploads/2007/11/spanje.jpg>" \o "spanje.jpg" INCLUDEPICTURE "<http://www.zdravstvena.info/vsznj/wp-content/uploads/2007/11/spanje.jpg>" * MERGEFORMATINET

Spanje je biološka potreba organizma in najboljša oblika počitka, ki jo izzove utrujenost. Spanje je stanje, za katerega je značilno prenehanje budnosti, ki se v trenutno lahko povrne. Ta sprememba loči spanec od kome ali narkoze.

Ob 22 (ob sobotah in predvečer praznika ob 23) se izklopi TV in radio ter se odide v sobe. Vso higieno je potrebno opraviti pred tem. Do 23-ih (ob sobotah in na predvečer praznika do 24-ih) se poskuša zaspali ali brati v postelji ob nočnih svetilkah. V tem času glasno pogovarjanje, smejanje in prepevanje ni dovoljeno. Če bolnik ne more zaspali do 23.30, mu je s strani zdravstvenega osebja dovoljeno skuhati čaj, vendar le vsak zase. Po potrebi prejme predpisano terapijo, bolnik jo zaprosi od osebja v skladu z dogovorjenim odmerkom (odrejeno s strani zdravnika). Hranjenje v nočnem času ni dovoljeno.

6.1. UGOTAVLJANJE PACIENTOVIH POTREB:

Pogovor s pacientom – ugotoviti želimo njegove navade in povezave s spanjem ter počitkom. Pregled in opazovanje pacienta med spanjem, ugotavljamo objektivne težave pri spanju. Pogovor s svojci.

Ko zberemo vse podatke, jih analiziramo in uredimo ter določimo **NEGOVALNE DIAGNOZE:**

odvisnost od PAS,
nezmožnost vzdrževanja abstinence od PAS,
nespečnost,
neurejen ritem spanja,
zamenjan ritem spanja,
pogosto zbujanje,
površno spanje,
nespečnost zaradi bolečin.

6.2. NAČRTOVANJE ZDRAVSTVENE NEGE:

Negovalni cilji:
pacient ne bo odvisen od PAS,
pacient bo kritičen do zlorabe PAS,
spanec bo miren in dovolj dolg z manj prebujanji,
ritem spanja bo urejen,
spanje bo globlje,
bolečina bo zmanjšana,
pacient bo spočit in naspan,
pacient bo varno spal.

6.3. NEGOVALNE INTERVENCIJE:

ureditev ustrezne mikroklimе (primerna temperatura, ustrezna razsvetljava, prezračevanje pacientove sobe),
vzpodbuda, motivacija, zadostna fizična aktivnost preko dneva (bolniki odvisni od PAS, uspaval),
ureditev pacientove postelje (ustrezen položaj za spanje, ustrezno urejena postelja, ustrezno pokrit pacient),
priprava pacienta na spanje (ureditev pacientovega odvajanja, ustrezna hidracija, večerna osebna higiena pacienta, ugodna lega za pacienta),
aplikacija predpisane terapije (ustrezen izbor časa aplikacije terapije, analgetična terapija, terapija za spanje),
zagotavljanje miru na oddelku (osebje, hišni red) in varnost.

6.4. IZVAJANJE ZDRAVSTVENE NEGE:

Vse načrtovane negovalne intervencije izvajamo po načrtu. Zelo pomembne so zadostna fizična aktivnost, motivacija, vzpodbuda predvsem pri bolnikih, odvisnih od uspaval, opazovanje in sprotno vrednotenje negovalnih intervencij.

6.5. VREDNOTENJE ZDRAVSTVENE NEGE:

Z vrednotenjem sprejemamo uspešnost zdravstvene nege glede na zastavljene cilje, ki smo jih določili med načrtovanjem.

7. OSEBNA HIGIENA IN UREJENOST

HYPERLINK "http://www.zdravstvena.info/vsznj/wp-content/uploads/2007/11/spa.jpg" \o "spa.jpg" INCLUDEPICTURE "http://www.zdravstvena.info/vsznj/wp-content/uploads/2007/11/spa.thumbnail.jpg" * MERGEFORMATINET

Nego telesa izvajamo zaradi potrebe po čistoči, različnih obremenitev kože, pravilnega odnosa do potreb kože in telesa, izostritve občutka za lastno telo in čistočo. Pri pacientu spodbujamo higienske navade in samostojnost.

Vzdrževanje osebne higiene in urejenosti je eden od pogojev za ohranitev zdravja in ugodnega počutja. Pacienti dajejo vtis le navidezne urejenosti sicer pa je ta OŽA pri bolnikih z odvisnostjo okrnjena. Pogostokrat je opažena skrajnost s pretiranim oz. nezadostnim umivanjem. Pomembno je zdravstveno vzgojno svetovanje, spodbuda k higieni ustne votline, saj je pogostokrat zmanjšana salivacija in s tem posledična okvara zobovja. Le to je okvarjeno, pogostokrat nesanirano, predvsem pri bolnikih ob zlorabi in detoksikaciji z opiaty. Tuširanje v nočnem času je dovoljeno s strani zdravstvenega osebja.

7.1. UGOTAVLJANJE PACIENTOVIH POTREB:

pogovor s pacientom: ugotoviti želimo njegove navade, kako skrbi za osebno higieno, kaj ve o načinu urejenosti, v kakšnih okoliščinah živi (brezdomci) in kakšna je njegova fizična sposobnost,

pregled in opazovanje pacienta: stanje kože, sluznic, spremembe na koži, ki vplivajo na izvajanje zdravstvene nege, fiziološka stanja, ki zahtevajo posebno obravnavano (npr. menstruacija), bolezenska stanja (bruhanje, potenje), možnost gibanja, psihično stanje, pripomočki za osebno higieno,

pregled medicinske dokumentacije,

pogovor s svojci,

pogovor z ostalimi člani zdravstvenega tima.

Ko zberemo vse podatke, jih analiziramo in uredimo ter določimo **NEGOVALNE DIAGNOZE:**

zvišana možnost infekcije,

pomanjkanje volje,

deficit v samonegi (kopanje, osebna higiena).

7.2. NAČRTOVANJE ZDRAVSTVENE NEGE:

Glede na ugotovljene negovalne probleme določimo naslednje negovalne cilje: bolnik bo vzpostavil ravnotežje med pretiranim in nezadostnim umivanjem,

pacient bo negovan in čist,
pacient bo urejen,
možnost infekcij bo zmanjšana

7.3. NEGOVALNE INTERVENCIJE:

osvežilno umivanje,
tuširanje,
umivanje glave,
ustna nega,
nega rok in nohtov,
umivanje rok,
nega kože.

Zdravstveno nego načrtujemo pri pacientu individualno, upoštevati moramo predvsem posebnosti zdravstvene nege pacienta z zmanjšano aktivnostjo ali celo pretiranim umivanjem

7.4. IZVAJANJE ZDRAVSTVENE NEGE:

Vse načrtovane negovalne intervencije izvajamo po načrtu. Pomembno je opazovanje, spodbuda, edukacija, motivacija, sprotno vrednotenje negovalnih intervencij.

7.5. VREDNOTENJE ZDRAVSTVENE NEGE:

Z vrednotenjem spremljamo uspešnost zdravstvene nege glede na zastavljene cilje, ki smo jih določili med načrtovanjem.

8. OBLAČENJE

HYPERLINK "<http://www.zdravstvena.info/vsznj/wp-content/uploads/2007/11/oblačenje.jpg>" \o "oblačenje.jpg" INCLUDEPICTURE "<http://www.zdravstvena.info/vsznj/wp-content/uploads/2007/11/oblačenje.thumbnail.jpg>" * MERGEFORMATINET

Oblačenje in slačenje je življenjska aktivnost, ki ščiti telo pred vplivi okolja, pomaga pri vzdrževanju telesne temperature in higiene kože, hkrati pa je oblačenje ogledalo nekega udobja ali kulture. Sposojanje, menjava in prodaja česarkoli ni dovoljena (cigareti, obleka, higienski pripomočki), saj se ob takem početju vzbudijo misli po zunanjem okolju (preprodaja – »dilanje«). Na oddelku se morajo bolniki primerno oblačiti. Razkrivanje trebuha, dekolteja, ramen, nošenje kratkih kril, sprehajanje v spodnjem perilu ni dovoljeno. Prav tako nošenje čepic, šalov, sončnih očal. Poleg pogostih kriminalnih dejanj, pacienti nemalokrat zlorabljajo svoje telo (prostitucija), zadnje čase vse pogosteje tudi moški.

Ob primerno oblečenem, naličenem pacientu in ob upoštevanju pravil oddelka (izposoja oblačil, cigaret) je pomembno, da je pacient nagrajen s strani zdravstvenega tima (pohvala, potrditev, nadaljnja motivacija).

8.1. UGOTAVLJANJE PACIENTOVIH POTREB:

pogovori s pacientom (ugotavljanje njegovih navad, sposobnost samooskrbe),

pregled in opazovanje pacienta (ocenimo pacienta in njegove objektivne težave pri oblačenju in slačenju).

Ko zberemo vse podatke, jih analiziramo in uredimo ter določimo **NEGOVALNE DIAGNOZE**:

neustrezne navade oblačenja in slačenja,
neustrezno higiensko stanje oblačil,
neustrezna tehnika oblačenja.

8.2. NAČRTOVANJE ZDRAVSTVENE NEGE:

Glede na negovalne diagnoze določimo negovalne cilje:

pacient bo ustrezno oblečen in obut (s pomočjo m.s. ali sam),
ustrezno higiensko stanje oblačil,

pacient bo obvladal pravilno tehniko oblačenja,
edukacija pacienta (svetovanja glede izbire oblačil, pacienta naučiti pravilne tehnike oblačenja).

8.3. NEGOVALNE INTERVENCIJE:

zdravstveno vzgojno delo (edukacija),
motivacija in aktivacija pacienta,
vzpostavljanje terapevtskega odnosa,
vzpodbuda.

8.4. IZVAJANJE ZDRAVSTVENE NEGE:

Vse načrtovane negovalne intervencije izvajamo po načrtu. Ob bolnikovem upoštevanju dogovorov je pomembno, da je le-ta nagrajen s strani zdravstvenega tima (pohvala, potrditev, nadaljnja motivacija).

8.5. VREDNOTENJE ZDRAVSTVENE NEGE:

Z vrednotenjem spremljamo uspešnost zdravstvene nege glede na zastavljene cilje, ki smo jih določili med načrtovanjem.

9. IZLOČANJE IN ODVAJANJE

```
HYPERLINK "http://www.zdravstvena.info/vsznj/wp-content/uploads/2007/11/pissingdog.jpg" \o "pissingdog.jpg" INCLUDEPICTURE "http://www.zdravstvena.info/vsznj/wp-content/uploads/2007/11/pissingdog.thumbnail.jpg" \* MERGEFORMATINET
```

Izločanje in odvajanje je življenjska aktivnost, ki omogoča odstranitev produktov prebave in je v tesni povezavi s prehranjevanjem. Nanaša se predvsem na mikcijo in defekacijo. Je v tesni povezavi s prehranjevanjem. Zaradi pogoste dehidracije je posledično okrnjena mikcija, predvsem pa defekacija. Pogosto pa motnje pripisujemo uporabi opiatne terapije. Ob vsakem sprejemu na oddelek rutinsko izvajamo pregled urina na PAS in ustno slino.

9.1. UGOTAVLJANJE PACIENTOVIH POTREB:

pogovor s pacientom – ugotoviti želimo njegove potrebe, odnos do aktivnosti izločanja in odvajanja, značilnosti urina, bolezen, krči, počutje ob odvajanju in izločanju, intimnost,

pregled opazovanja pacienta – opazujemo bolnikovo izločanje in odvajanje in napravimo meritve,
odstopanja od normalne defekacije in uriniranja – obstipacija, diareja, inkontinenca,
sprememba v barvi blata (rjava – normalna, sivo bela – pri žolču, rdeče – primesi krvi, črna – primesi zdravil, črna – smolnato blato (melena), zelena – diareja,
odstopanje v izločanju urina – inkontinenca urina, poliurija, oligourija, občasna nezmožnost, izločanje urina, krvav urin, anurija, enuresis nocturna,
izločanje urina po nenaravni poti,
pregled medicinske dokumentacije,
pogovor s svojci,
pogovor z ostalimi člani zdravstvenega tima.

Ko zberemo vse podatke, jih analiziramo in uredimo ter določimo **NEGOVALNE DIAGNOZE:**

obstipacija,
črevesna inkontinenca,
deficit telesnih tekočin,
urinska inkontinenca,
deficit v samonegi – izločanje/odvajanje,
deficit v samonegi: prehranjevanje.

9.2. NAČRTOVANJE ZDRAVSTVENE NEGE:

Glede na ugotovljene negovalne diagnoze in potrebe načrtujemo naslednje negovalne cilje:

normalna defekacija in ugodno psihično počutje bolnika,
uriniranje bo normalno,
urejeno bo prehranjevanje,
urejena bo celotna prehrana,
pacientu bo zagotovljena intimnost,
urejena bo pomoč pri uriniranju in odvajanju,
pacientovo okolje bo urejeno,
pacient bo poučen.

9.3. NEGOVALNE INTERVENCIJE:

pomoč pri odvajanju (umivanje rok, zagotovitev varne poti do sanitarijev, zračenje prostorov),

psihična podpora,

vodenje bilance tekočin in pobude za pitje in hranjenje, aplikacija zdravil po naročilu zdravnika, aplikacije klizme),
spodbujanje fizičnih aktivnosti.

Zdravstveno nego načrtujemo individualno, upoštevati moramo posebnosti pacienta.

9.4. IZVAJANJE ZDRAVSTVENE NEGE:

Vse načrtovane negovalne intervencije izvajamo po načrtu.

9.5. VREDNOTENJE ZDRAVSTVENE NEGE:

Z vrednotenjem spremljamo uspešnost zdravstvene nege glede na postavljene cilje, ki smo jih določili med načrtovanjem zdravstvene nege.

10. VZDRŽEVANJE NORMALNE TELESNE TEMPERATURE

HYPERLINK "http://www.zdravstvena.info/vsznj/wp-content/uploads/2007/11/febris.jpg" \o "febris.jpg" INCLUDEPICTURE "http://www.zdravstvena.info/vsznj/wp-content/uploads/2007/11/febris.jpg" * MERGEFORMATINET

Normalna TT je osnova za zagotavljanje optimalne človekove psihične in fizične aktivnosti ter za njegovo dobro počutje. Pomembno je tudi, da človek spozna vplive okolja in se ustrezno zaščiti. Ta aktivnost je povezana z aktivnostjo oblačenja in slačenja.

Pri bolnikih se pogosto pojavi povišana telesna temperatura, kot simptom abstinenčne krize (koža je videti vlažna, znojna, topla, povišan pulz in dihanje, pacient je nemiren), deficit telesnih tekočin, poškodovane ustne sluznice, motnje v ritmu spanja, deficit v samonegi (prehranjevanje, osebna higiena, oblačenje), strah. Sicer nikoli ne smemo prezreti morebitnega infekta, vpliv zdravil, cirkulacijskih motenj.

10.1. UGOTAVLJANJE PACIENTOVIH POTREB:

pogovor s pacientom, ugotoviti želimo pacientov življenjski stil, katera temperatura v prostoru mu ugaja, kako prenašati poletno vročino, njegov način oblačenja, obutev, kako prenaša temperaturne razlike, prisotnost poletja, njegove higienske razvade, pregled in opazovanje pacienta – ga opazujemo in opravimo meritve. Ko zberemo vse podatke, jih analiziramo in uredimo ter določimo **NEGOVALNE DIAGNOZE**:

abstinenčna kriza zaradi odvisnosti od PAS
zvišana TT,
znižana TT,
neučinkovita termoregulacija,
deficit telesnih tekočin,
strah
motnje v ritmu spanja,
deficit v samonegi, oblačenje, osebna higiena, prehranjevanje.

10.2. NAČRTOVANJE ZDRAVSTVENE NEGE:

Glede na ugotovljene negovalne diagnoze in potrebe načrtujemo naslednje negovalne cilje:

abstinenčna kriza bo preprečena, omiljena,
TT bo normalna,
pacient bo dobival dovolj tekočin,
ustna sluznica ne bo poškodovana,
občutek strahu bo zmanjšan,
zbujanja bodo redkejša in krajša,
pacient bo bolje spal,
pacient bo sam skrbel za pravilno oblačenje in slačenje.

10.3. NEGOVALNE INTERVENCIJE:

ureditev ustrezne mikrokline
ureditev ustreznih oblačil in odej,
ureditev toplih oz. mlačnih kopeli,
ureditev ovitkov oz. obkladkov,
namestitvev termoforja, električne blazine,
redno merjenje TT,
redno merjenje vitalnih znakov,
merjenje diureze,
nadzor nad odvajanjem.

Zdravstveno nego načrtujemo individualno z upoštevanjem posebnosti zdravstvene nege pacientov s povišano TT.

10.4. IZVAJANJE ZDRAVSTVENE NEGE:

Vse načrtovane negovalne intervencije izvajamo po načrtu.

10.5. VREDNOTENJE ZDRAVSTVENE NEGE:

Z vrednotenjem spremljamo uspešnost zdravstvene nege glede na zastavljene cilje, ki smo jih določili v fazi načrtovanja.

11. ODNOSI Z LJUDMI, IZRAŽANJE ČUSTEV, POTREB – KOMUNICIRANJE

HYPERLINK "http://www.zdravstvena.info/vsznj/wp-content/uploads/2007/11/girls-talking.jpg" \o "girls-talking.jpg" INCLUDEPICTURE "http://www.zdravstvena.info/vsznj/wp-content/uploads/2007/11/girls-talking.jpg" * MERGEFORMATINET

Komuniciranje je aktivnost, ki pri človeku zadovoljuje potrebe po izmenjavi informacij in znanj, izkušenj, potreb, občutkov in je tesno povezana z učenjem. Verbalna komunikacija nikoli ne poteka samostojno, ampak je povezana z neverbalno, ki nam včasih ponudi celo več informacij.

Komunikacija z bolniki in med bolniki je spoštljiva in strpna. Kletvice, poulična govorica, pogovori o drogah, dajanje vzdevkov na oddelku ni dovoljeno. Stiki – komunikacija z osebami izven terapevtskega dogovora ni dovoljena (pacienti iz drugih oddelkov, ambulantni pacienti, osebe, ki jih srečujemo na izhodih, svojci, razen ob obisku). Pravilo velja tako ob neposrednem kontaktu kot tudi pri komunikaciji skozi okno. Pacienti so dolžni varovati podatke o drugih pacientih. Prinašanje mobilnih telefonov na oddelek ni dovoljeno. Pošta, prejemanje pisem, voščilnic, je dovoljeno samo s strani oseb, ki so navedene na terapevtskem dogovoru. Prejemanje pošte drugih oseb (ki niso navedene na terapevtskem dogovoru) je možno le ob predhodnem dogovoru s terapevtom. Pacient vso pošto odpre ob prisotnosti zdravstvenega tima, vsebinsko le-te prebere pacient sam.

Zunanjim osebam ne dajemo nobenih informacij po telefonu, osebno pa le s privolitvijo pacienta. Velja Zakon o varovanju podatkov.

Kakršnikoli partnerski, intimni, telesni stiki in fizične navezave na oddelku niso dovoljeni. Ob morebitno prisotni kakršnikoli obliki nasilja (fizična agresija, grožnje, zmerjanje, je strogo prepovedano). Kršitvi lahko sledi takojšen odpust.

Vedno preudarno premislimo, koliko je še prostora, da stopnjujemo tenzijo ali pa bolnika samo še pomirimo, mu izkažemo razumevanje za njegovo situacijo (sledimo cilju bolnika – zadržati v procesu zdravljenja). Ustrezno izvajanje intervencij celotnega osebja je ključnega pomena za vzdrževanje bolnikov, dosego ciljev v procesu zdravljenja.

Izredni obisk drugih oseb je možen izjemoma po dogovoru s terapevtom. Svojcem ni dovoljeno prinašati stvari, za katere se pacienti niso dogovorili z osebjem CZOPD. Svojci pustijo stvari pri osebju, pred izročitvijo pacientu se stvari pregledajo. Prinašanje nedovoljenih stvari, pogovor preko mobilnega telefona je lahko razlog za prepoved obiskov in prekinitvev zdravljenja.

Branje – bolnišnična knjižnica, nakup časopisa, revij.

Poslušanje radia, gledanje televizije, delovna terapija.

11.1. UGOTAVLJANJE PACIENTOVIH POTREB:

Pogovor s pacientom – ko zberemo in uredimo podatke se timsko posvetujemo in s pomočjo analize in sinteze pacientovega stanja določimo negovalno diagnozo.

Ko zberemo vse podatke, jih analiziramo in uredimo ter določimo **NEGOVALNE DIAGNOZE:**

nepopolna verbalna komunikacija,
nesposobnost prilagajanja različnim frustracijam v okolju,
tesnoba,
strah

11.2. NAČRTOVANJE ZDRAVSTVENE NEGE:

Glede na pacientove potrebe in negovalne diagnoze načrtujemo naslednje negovalne cilje.

vzpostavitev komunikacije,
pacient se bo prilagodil,
dosegli bomo zaupanje pacienta (partnerski odnos)

11.3. NEGOVALNE INTERVENCIJE:

zdravstveno vzgojno izobraževanje, edukacije, supertivni pogovor, spodbuda, motivacija (verbalna, neverbalna komunikacija).

Pri individualnem upoštevanju posebnosti pacienta načrtujemo:

pogovor ob sprejemu,
obveščanje in informiranje pacienta,
poslušanje,
razgovor,
pomoč pri učenju govora,
komuniciranje s člani negovalnega in zdravstvenega tima.

11.4. IZVAJANJE ZDRAVSTVENE NEGE:

Pomembno je opazovanje. Vse načrtovane negovalne intervencije izvajamo po načrtu.

11.5. VREDNOTENJE ZDRAVSTVENE NEGE:

Med vrednotenjem ugotavljamo uspešnost zdravstvene nege glede na postavljene cilje pri vzpostavitvi komunikacije.

12. UČENJE IN PRIDOBIVANJE ZNANJA

HYPERLINK "http://www.zdravstvena.info/vsznj/wp-content/uploads/2007/11/ucenje.gif" \o "ucenje.gif" INCLUDEPICTURE "http://www.zdravstvena.info/vsznj/wp-content/uploads/2007/11/ucenje.gif" * MERGEFORMATINET

Aktivnost pridobivanja znanja je tesno povezana s komuniciranjem. Učenje je vsako spreminjanje posameznika na osnovi izkušenj in prenosa izkušenj. Obstaja veliko poti in načinov učenja.

Aktiven pacient je pogoj za zdravljenje odvisnosti. Neaktivnega pacienta lahko po presoji zdravstvenega tima odpustimo. Sodelovanje na skupinah CZOPD (terapevtskih, malih, velikih, edukacijskih) je obvezno. Opravičljivo ni niti, ko so bolni, zaradi slabega počutja, razen v izjemnih primerih, ko je izostanek opravičen s strani zdravstvenega tima.

Pogostokrat so pacienti še zelo mladi. Za to je ta OŽA velikokrat okrnjena, saj so končali s pridobivanjem znanj, učenja, ko so prvič pričeli zlorabljati drogo, in s tem izgubili stik z vrstniki ter realnostjo.

V procesu ZN učimo paciente v vseh življenjskih obdobjih.

12.1. UGOTAVLJANJE PACIENTOVIH POTREB:

pogovor s pacientom, ugotoviti želimo pacientov življenjski stil, motiviranost za pridobivanje novih znanj,

opazovanje pacienta – ugotovimo zmožnost upoštevanja oddelčnih dogovorov, pogovor s svojci,

pogovor z ostalimi člani zdravstvenega tima.

Ko zberemo in analiziramo vse podatke ter jih uredimo, določimo **NEGOVALNE DIAGNOZE:**

abstinenčna kriza zaradi odvisnosti od PAS, strah,

motnje v procesu mišljenja,

pomanjkanje volje.

12.2. NAČRTOVANJE ZDRAVSTVENE NEGE:

Glede na ugotovljene negovalne diagnoze in potrebe načrtujemo naslednje negovalne cilje:

abstinenčna kriza bo preprečena, omiljena,

občutek strahu bo zmanjšan,

bolnik bo pridobil dodatna znanja,

bolnik bo motiviran za učenje,

bolnik bo sodelujoč

12.3. NEGOVALNE INTERVENCIJE:

psihična podpora,

celostna obravnava pacienta,

zdravstveno vzgojno izobraževanje, edukacija, suportivni pogovor, vzpodbuda, motivacija,

obveščanje in informiranje pacienta,

poslušanje,
razgovor,
pomoč pri učenju ,
komuniciranje s člani negovalnega in zdravstvenega tima,
individualno obravnavanje pacienta.

12.4. IZVAJANJE ZDRAVSTVENE NEGE:

Vse načrtovane negovalne intervencije izvajamo po načrtu. V procesu zdravstvene nege učimo paciente v vseh življenjskih obdobjih, cilj je zdravstveno vzgojen pacient.

12.5. VREDNOTENJE ZDRAVSTVENE NEGE:

Z vrednotenjem spremljamo uspešnost zdravstvene nege glede na zastavljene cilje, ki smo jih določili v fazi načrtovanja.

OBRAVNAVA BOLNIKA Z DVOJNO DIAGNOZO

Andreja Jerič, dipl.m.s., Enota za rehabilitacijo, Psihiatrična klinika Ljubljana.

IZVLEČEK

Tekst opisuje posebnosti obravnave pacientov z dvojno diagnozo. Opredeli specifične zdravstvene nege, najpogostejše težave in opisuje metode zdravljenja dvojnih diagnoz iz tujine. Prav tako je v tekstu opisan praktičen primer obravnave pacientke z dvojno diagnozo na Enoti za rehabilitacijo.

1. UVOD

Pojem dvojne diagnoze ali komorbidnost opredeljuje duševno bolezen in zlorabo psihoaktivne snovi (PAS) hkrati. PAS je snov, ki po zaužitju povzroča določene psihične in fizične spremembe v telesu.

Pod PAS štejemo različne substance in sicer - alkohol, različne vrste zdravil in sicer anksiolitiki: Helex (Xanax), Lexaurin, Loram, Lorsilan, Apaurin, Distranevrin, hipnotiki: Dormicum, Fluzepam, Cerson, Sanval in analgetiki: Opioidni (Tramal) in ostale - marihuana, heroin, kokain, LSD, nikotin....

V literaturi zasledimo različne delitve PAS npr. dovoljene in nedovoljene droge, mehke in trde droge in ostalo.

Ti podatki so v tem prispevku pomembni zgolj informativno in za lažjo predstavbo in so pravzaprav bolj domena medicine odvisnosti.

Če želimo povsem natančno opredeliti etiologijo komorbidnosti slej ko prej naletimo na razpravo o tem kaj je bilo prej, duševna bolezen ali zloraba PAS? Prevalenca komorbidnosti duševne bolezni in zloraba PAS v zadnjih 20.

letih strmo narašča in s tem predstavlja vedno večji zdravstveni problem.

Iz specialistične naloge Koprivška povzemam (2002) da se zloraba PAS pojavi pri 50 % obolelih za shizofrenijo. Pogosteje pri moških, kot pri ženskah.

Značilnost teh moških je tudi v tem da prihajajo iz socialno šibkejših okolij.

Tretjina hospitaliziranih bolnikov s shizofrenijo naj bi bila odvisna od alkohola, prav tako so k temu bolj nagnjeni moški, ženske pa pogosteje zlorablajo benzodiazepine.

2. POSLEDICE ZLORABE PAS

Zloraba PAS zmanjša sodelovanje pri zdravljenju, pogostejše so ponovitve bolezni, pacienti pogosteje opuščajo zdravila, prav tako je opažena večja stopnja avto in hetero agresije. Ravno tako jim grozi slabši socialno – ekonomski status, socialna izolacija.

Imajo zmanjšano možnost dostopa do stanovanjskih skupin, ki zahtevajo abstinenco in je lahko zloraba PAS razlog za prekinitev sodelovanja.

Zdi se pomembno opozoriti tudi na možne telesne zaplete, kot so delirantna stanja, epileptični napadi ter različne infekcije (hepatitisi, HIV).

Pri motnjah razpoloženja (depresije) je pogosto prisotna zloraba alkohola, ker le ta deluje anksiolitično, prav tako je prisotna višja stopnja samomorilnosti.

Če pogledamo z druge strani, pa so prav tako pogoste duševne motnje med uživalci prepovedanih drog (se pravi kjer je primarna diagnoza odvisnost od drog) Nekatero PAS – npr. marihuana lahko pospešuje izbruh psihotične motnje.

Najpogostejše motnje so:

Anksiozno – depresivne motnje,

Psihoze (vsled uživanje halucinogenov, kokaina amfetaminov)

Motnje spanja

Ti podatki so za klinično prakso še kako pomembni, kajti pri našem delu se bomo nedvomno srečali s takšnim pacientom.

V mojem prispevku se bom poskušala osredotočila na pacienta z duševno motnjo, ki zlorablja PAS, ker se s takimi pacienti pri svojem delu najpogosteje srečujem.

Uživanje PAS pri pacientih z duševno motnjo je potrebno razumeti iz več plati:

Kot lajšanje simptomov duševne bolezni – tesnoba, glasovi, nespečnost,

Poskus obvladovanja psihotične motnje – samozdravljenje,

Premagovanje osamljenosti, dolgčasa, brezupa,

Premagovanje socialnih fobij.

Dobro je vedeti tudi da:

1. PAS lahko sprožijo psihotično motnjo ali jo poslabšajo,

Prikrijejo simptome bolezni,

Zmanjšajo stranske učinke zdravil,

Sprožijo neustrezno vedenje in znake abstinence krize.

Simptomi duševne motnje in zloraba PAS dokazano medsebojno delujejo in vplivajo drug na drugega. Ti podatki so izrednega pomena za postavitev diagnoze in nadaljnjo obravnavo.

Po podatkih iz literature naj bil uspešen integracijski pristop, ki ne ločuje procesa zdravljenja duševne motnje od procesa zdravljenja odvisnosti. Prav tako je mogoče z ukrepi psihosocialne rehabilitacije pozitivno vplivati kakovost življenja. V praksi smo si enotni da obravnava bolnika z dvojno diagnozo predstavlja številne izzive.

V Sloveniji namreč nimamo programa ozr. Klinične enote za zdravljenje bolnikov z dvojno diagnozo. Ti pacienti namreč zahtev visoko praznih programov za zdravljenje odvisnosti zaradi osnovne bolezni ne zmorejo in tako pogosto izpadejo iz sistema.

Ponekod v tujini obstajajo posebne klinike (programi) za zdravljenje pacientov z dvojnimi diagnozami, kjer en tim obravnava obe bolezni ozr. motnji hkrati.

Poudarek je na skupinski in individualni psihoedukaciji, individualnem in celovitem pristopu s končnim ciljem abstinence, preventivi recidiva in delo s svojci. Cilj zdravljenja ozr. obravnave je paciente motivirati, da se na konstruktiven način spopadejo z obema problemoma, naučiti jih kako omejevati škodo nastalo zaradi zlorabe PAS.

Dolgoročni cilj je abinenca in psihična stabilnost. S socio – terapevtskimi ukrepi poskušajo izboljšati socialne veščine, naučiti paciente kako obvladovati stres – coping strategij ter kognitivni trening. Prav tako se aktivno vključujejo v socialne probleme pacientov – kot so pomoč pri iskanju zaposlitve, bivanja itd. Takšen model je prisoten pri naših severnih sosedih – Avstrija, Nemčija.

3. ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA Z DVOJNO DIAGNOZO

Obravnava pacienta z dvojno diagnozo predstavlja za osebe pogosto velik problem.

Kot že navedeno, je v zadnjih letih tudi na naši kliniki opaziti porast pacientov z dvojnimi diagnozami.

Najpogostejše značilnosti teh pacientov:

so težje sodelujoči,

ne držijo se oddelčnih pravil, jih zelo pogosto kršijo,

velikokrat so nemotivirani za zdravljenje, zato je uspeh zdravljenja manjši,

pogosto so vedenjsko problematični,

nemalokrat imajo kriminalno preteklost,

prinašajo nedovoljene substance na oddelek, ker takojšnje abstinence ne zmorejo,

- zdravljenje je dolgotrajnejše,

- pojavlja se več zapletov pri zdravljenju.

Osebe tako pogosto čuti nemoč, nepotrpežljivost in občutke izgorelosti. V odnos s pacientom tako pogosto vstopamo s polno lastnih predsodkov, napačnih prepričanj, obtožb in dilem kako sploh ravnati s takimi pacienti.

K temu nedvomno vpliva pomanjkanje znanj na tem področju, pa tudi zelo pogosto nejasni in nedorečeni ukrepi na oddelku.

Najpogostejše dileme ki se pojavljajo, če pacient na oddelku zlorablja PAS?

Ali je potrebna premestitev na varovani oddelek? Ali morda celo odpust iz bolnišnice?

Na Enoti za rehabilitacijo (dnevni oddelek) se vsakodnevno srečujemo s takšnimi dilemami.

Dobro je, če je v obravnavo pacienta vključen celoten multidisciplinarni tim (zdravnik psihiater, medicinska sestra, delovni terapevt, socialni delavec, psiholog, kinezioterapevt) in ostali sodelavci glede na oceno potreb.

Najprej je priporočljivo zdravljenje duševne bolezni, se pravi medikamentozni ukrepi, za katero je odgovoren psihiater. Delo medicinske sestre je med drugim usmerjeno tudi na psihoedukacijo.

Naše izkušnje kažejo, da je za takšne paciente veliko bolj primeren individualni pristop, kot skupinski. Skupine zmorejo le redki, kajti zaradi osnovne bolezni imajo pogoste težave s koncentracijo in spominom.

Psihoedukacija tako poteka individualno in je povsem prilagojena individualnim potrebam in zmožnostim pacienta. Je specifičen način učenja, kjer pravzaprav medicinska sestra nima vloge učiteljice ozr. vzgojiteljice ampak podajalke informacij, ki so pomembne za pacienta. Nujno je, da so podane na njemu razumljiv način.

Namen psihoedukacije je pacientu posredovati informacije in ga soočiti s škodljivimi učinki zlorabe PAS. Poučiti ga, kako zloraba vpliva na njegovo duševno bolezen, kje so nevarnosti in vse možne posledice uživanja PAS (psihične, fizične, socialne, ekonomske).

Dobro je, če v ta proces vstopamo brez lastnih vrednostnih sodb in kjer smo sposobni ustvariti partnerski odnos s pacientom, upoštevati njegovo aktivno vlogo ter dovoliti, da se v tem terapevtskem odnosu zgodijo tudi spodrsljaji.

Menim, da je veliko bolj pomembno to, da nam pacient zaupa o svojih morebitnih spodrsljajih, kot da nam prikriva resnico in daje lažni občutek uspešnosti.

Ob tem naj bi potekalo še delo na obvladovanju simptomov bolezni, doseganju kritičnosti do bolezni in zlorabe PAS, povečevanju motivacije za spremembe ter prepoznavanju in preprečevanju rizičnih situacij seveda kot končni cilj abstinence in psihična stabilnost.

Zdi se nam pomembno da ne pričakujemo takojšnje abstinence, ampak kontrolirano uživanje PAS. Na našem oddelku poskušamo vzpodbujati zdrave načine življenja – šport, rekreacija, mišično – globinsko sproščanje.

Dobro je, da imamo pri delu z bolniki z dvojnimi diagnozami vsaj še dodatna znanja o psihoedukaciji, osnovah motivacije in seveda komunikacije. Posebnega izobraževanja v Sloveniji žal še nisem zasledila.

Primer iz prakse:

34 letna pacientka z diagnozo paranoidna shizofrenija, v svoji anamnezi ima pogosto zlorabo alkohola in marihuane z namenom lajšanja simptomov in premagovanje socialne izolacije, 1. sprejem pri 19, do sedaj je bila sprejeta 42 krat, živi z ostarelim očetom in ima status osebe, ki je zbolela pred 18. letom (pokojnina po mami) in je gimnazijska maturantka

Vztrajajoči simptomi in težave:

Scenska halucinatorna doživetja
Slušne halucinacije
Nanašalna simptomatika
Občasna depresivna simptomatika
Motnje mišljenja v smislu dezorganiziranosti
Magično mišljenje
Zloraba alkohola in marihuane
Opuščanje zdravil

Je visoko inteligentna, občutljiva, svojska, močno identificirana z vlogo 'norca', prevladujoči občutki JEZE na bolezen, ki jo kaže predvsem kot jezo na sistem, zdravila, osebe. Je težko sodelujoča, ima pomanjkljivo in neustrezno socialno mrežo. Sicer ima podporo očeta in finančno je dobro preskrbljena, prāt tako ima razvite ustrezne življenjske veščine.

Rehabilitacijski ukrepi v preteklosti:

Delo na Šentu

Usmeritev v študij

Podpora pri Andragoškem centru

TIN, PUM

Delo v knjižnici

Sodelovanje v ateljeju Psihiatrične klinike

Stanovanjska skupina

Cilj ki smo si ga zadali med obravnavo na dnevnem oddelku:

Vzdrževati funkcioniranje doma,

Omejiti hospitalizacijo na nekaj dni na odprtih oddelkih,

Preprečiti popoln relaps in sprejem na intenzivne oddelke,

Preprečiti relaps oziroma omejiti zlorabo PAS

Sedaj je obravnavana v skupnostni skrbi, z obiski na domu – enkrat tedensko, pogovori pri psihologinji in diplomirani medicinski sestri, še vedno sodeluje le z izbranim kadrom, v dveh letih vodenja je imela kratke hospitalizacije brez vpletanja v proces rehabilitacije, trenutno prejema depojsko terapijo, ki jo skupaj z dodatno terapijo pacientka dozira sama, vzdržuje nivo funkcioniranja - skrbi za osebno higieno in gospodinjstvo, skrbi za psa, občasna pomaga očetu v vinogradu, vzdržuje redka prijateljstva in je telesno zelo aktivna.

V zadnjem letu je bila brez hospitalizacije na intenzivnih oddelkih.

S pacientko sva v dveh letih obravnave z manjšimi premori individualni delali na področju omejevanja PAS – marihuane in alkohola. Ko sva se spoznali je redno kadila travo – vsak dan ter vsaj enkrat tedensko pila alkohol.

Srečanja so potekala enkrat tedensko, kjer sva se pogovarjali o škodljivosti uživanja alkohola in marihuane, njenem vplivu na duševno bolezen.

Sčasoma sva uspeli identificirati njene rizične dejavnike (obisk Metelkove, osamljenost, večja prisotnost simptomov, depresivno razpoloženje) in kako se jim izogniti. Ker je zelo inteligentna zelo dobro pozna vse škodljivosti in nevarnosti.

Trenutno občasno še popije kakšno pivo in pokadi kakšen 'joint'. (cca na 3. mesece).

O vsakem spodrsljaju me redno obvešča, te spodrsljaje potem skupaj analizirava in narediva načrt, kako se jih v prihodnje izogniti. Do dejanja je kritična in se zaveda posledic uživanja PAS.

4. ZAKLJUČEK

Nedvomno ostaja, da so in se bodo pojavljale težave pri obravnavi pacientov z dvojno diagnozo. Zavedamo se, da imamo na tem področju premalo znanj in izkušenj. Prav tako, je zaznati pomanjkanje izobraževanj, predvsem na področju psihoedukacije pacientov. V zadnjem času sicer tudi pri nas sledimo trendom iz tujine. Potrebno pa je poudariti, da pri nas še ni sistemsko urejenega zdravljenje pacientov z dvojno diagnozo. Pomembno je, da si skupaj s pacienti prizadevamo za izbiro novega načina življenja in ne, da samo stremimo k izogibanju zlorabe PAS.

Kljub vsem predstavljenim dejstvom, pa še vedno velja, da je obravnava pacientov z dvojno diagnozo zelo težavna in zahtevna za osebje.

LITERATURA :

Koprivšek, J. Shizofrenija in zloraba psihoaktivnih substanc. Specialistična naloga. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za psihiatrijo, 2002.

Švab V. Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana: ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje, 2004.

Švab V. Priročnik o shizofreniji. Radovljica: Didakta v sodelovanju z Organizacijo za duševno zdravje ŠENT, 2001.

Čebašek – Travnik Z. Raba, zloraba in odvisnost od psihoaktivnih snovi. Zdrav Var 2005, 44: 99 – 103

HYPERLINK "http://www.uradzadroge.gov.si" www.uradzadroge.gov.si

D Amelio R. Behrendt B. Wobrock T.: Psychoedukation Schizophrenie und Sucht. Manual zur Leitung und Angehoerigengruppe. Elsevier, Urban & Fischer. Muenchen, 2007.

Rus Makovec M. Čebašek Travnik Z. Radovanovič M. Ivančič R. Tomšič V.:

Diagnostika komorbidnosti pri bolnikih, odvisnih od alkohola: Razlike in dileme. Zdrav. Vest 2002; 71: 679 – 84.

TESTIRANJE NA PRISOTNOST PSIHOAKTIVNIH SUBSTANC (PAS) V KLINIČNI PRAKSI

Oblikovanje jasne strategije testiranja v rehabilitacijskih centrih za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog

Zvonka Dremelj, SMS, Center za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, Psihiatrična klinika Ljubljana

Ključne besede: psihoaktivne substance, testiranje na prepovedane droge, testni vzorci, terapijski dogovor, urinski test, oddaja urina pod nadzorom, validacija urinskega vzorca, test s slino, uvodno in potrditveno testiranje, imunokemijski testi, občutljivost, specifičnost, mejna vrednost, navzkrižna reaktivnost, interpretacija testa, kokain, opiat, opioidi, amfetamini, metadon, buprenorfin, THC.

Problematika prepovedanih drog je v slovenskem prostoru vse večja, zato ima testiranje na prisotnost psihoaktivnih substanc (PAS) danes različne razloge, cilje ter tudi mesta in postopke izvedbe. Testiranje biološkega materiala na prisotnost PAS daje najboljšo informacijo o tem, ali oseba neko drogo jemlje, pa tudi o tem, ali je pod njenim vplivom. Oblika informacije zavisi od izbire biološkega materiala za testiranje in je pogojena z oknom opazovanja, torej s časovnim intervalom po uporabi določene PAS, v katerem je mogoče le-to še dokazati v odvzetem vzorcu (Dremelj, Kastelic, Kostnapfel Rihtar, 2005). Zdravljenje odvisnikov od prepovedanih drog bi bilo brez možnosti objektivne ocene, ki jo posredujejo testi na PAS, izjemno prikrajšano. Pojav spodrslijajev ali recidivov in pogosta zanikanja uporabe prepovedanih drog postavlja testiranje na pomembno in nujno mesto v terapijskem procesu. Testi za določanje PAS v terapijskih programih predstavljajo vitalen pripomoček diagnostične in terapijske obravnave bolnika, odvisnega od prepovedanih drog, in so tudi pomemben pripomoček pri vzdrževanju abstinence. So stalnica tako v substitucijskih (vzdrževalnih) kot tudi v abstinenco usmerjenih programih zdravljenja odvisnosti. Zdravniku / terapevtu priskrbijo objektivno informacijo o pacientovi uporabi PAS, klientu, ki zanika uporabo PAS, pa objektivni dokaz njegove rabe (Hammett-Stabler, Pesce, Cannon, 2002).

Cilji testiranja na prisotnost PAS v terapijskih programih so usmerjeni v:

- ugotavljanje pacientovega statusa v programu in napredek,
- ugotavljanje problemov z uporabo drugih PAS,
- ugotavljanje, kdaj pacient preide iz akutne v manj akutno fazo zdravljenja,
- opazovanje substitucijske terapije,
- selekciranje pacientov, ki lahko zdravljenje odnesejo domov oziroma
interveniranje v primeru zlorab,
- ugotavljanje dodatnih potreb pri zdravljenju,
- nadzor uspešnosti terapije v programih, usmerjenih v abstinenco

preverjanje vzdrževanja abstinence in zgodnje odkrivanje spodrslijavev oziroma recidivov.

Postopek testiranja je specifičen, oblikovan glede na naravo bolezni odvisnosti in usklajen z zakonsko pravnimi ter etičnimi merili delovanja.

Učinkovita strategija testiranja v terapevtskih programih zahteva vnaprej določena natančna pravila in prepovedi, s katerimi mora biti pacient ob prvem pogovoru z zdravnikom seznanjen, se z njimi strinjati in to potrditi s podpisom terapevtskega dogovora (Dremelj, Kastelic, Kostnapfel Rihtar, 2005).

Pomembno je, da se s pacientom sklene dogovor o:

prostovoljni oddaji predpisanega biološkega vzorca za testiranje na prisotnost PAS;

postopku pri oddaji testnega vzorca pod nadzorom;

nenapovedanem testiranju;

prepovedi uživanja zdravil in drugih PAS, ki niso evidentirana v pacientovi zdravstveni dokumentaciji ter posvetovanje v primeru jemanja določenih substanc, ki so dostopne v prosti prodaji;

strinjanju s pozitivnimi rezultati testa in možnosti izvedbe konfirmacijskega testa (GC/MS) v primeru nestrinjanja, kjer ob pozitivnem rezultatu stroške testa krije pacient oziroma inštitucija, če je test negativen;

pravici do zavrnitve testiranja, ki pomeni pozitiven rezultat testa.

Posebna pozornost med testiranjem se posveča pravni zaščiti, zasebnosti pacienta kot tudi proceduri, ki zagotavlja, da bo testni vzorec od trenutka odvzema do končnega rezultata izključen od vseh zunanjih vplivov. Podatki o rezultatih testov so varovani, za posredovanje drugi osebi (npr. staršem) je potrebna pisna privolitev pacienta (Dremelj, Kastelic, Kostnapfel Rihtar, 2005).

Kdaj v terapevtskih programih testirati? Efektivno testiranje mora biti naključno, nepričakovano, nenapovedano in nepredvidljivo, čas od objave do testiranja mora biti omejen. Smiselna so pogosta testiranja (vsaj dvakrat tedensko) oziroma oblikovanje testnega režima glede na specifiko PAS (detekcijski čas) ter upoštevanje uporabe različnih bioloških vzorcev.

Opravljanje testov na prisotnost PAS ne pomeni le izvedbe analizne metode, ampak je postopek bistveno bolj kompleksen in zahteva predhodno zagotovitev pogojev za verodostojen končni rezultat. Zanesljivi odgovori so mnogokrat povezani s posebnimi zahtevami za odvzem biološkega vzorca, izbiro spektra PAS, izbiro analizne metode, uporabo mejnih (cut-off) vrednosti testa, zagotovitvijo kontrole testa, shranjevanjem vzorcev po opravljeni analizi, posredovanjem vzorcev v potrditveno analizo, podajanjem in interpretacijo rezultatov, dokumentiranjem. Stopnja odvzema testnega vzorca in stopnja sporočanja oziroma interpretacije rezultata predstavljata glede na zapletenost posameznih primerov najzahtevnejši prvini.

Urin je prvi vzorec izbire v terapevtskih programih. Vsebuje visoke koncentracije PAS in/ali metabolitov PAS, dostopen je v velikih količinah, okno opazovanja pa omogoča tudi vpogled v nekoliko bolj oddaljeno zgodovino rabe PAS. Celovit nadzor postopkov testiranja na PAS v vzorcu urina obsega (Dremelj, Kastelic, Kostnapfel Rihtar, 2005):

odvzem urina na ustrezen način,

validacijo odvzetega vzorca urina,
pravilno ravnanje z odvzetimi testnimi vzorci,
zagotovitev kontrole testa,
pravilen postopek izvajanja testa,
pravilno odčitavanje in interpretiranje rezultata testa,
zagotovitev potrditvene analizne metode,
dokumentiranje.

Oddaja urina je zelo pomembna, saj validnost rezultatov urinskega testa zavisi od integritete testnega vzorca. Obstaja veliko načinov manipulacij z oddajo urina, če ima posameznik priložnost. Najprimernejši način oddaje vzorca urina je ob prisotnosti zdravstvenega osebja (opazovanje) ali pod direktnim nadzorom - v tem primeru mora biti nadzorovalec istega spola kot preiskovanec, v vsakem primeru pa mora biti to vedno zagotovljeno mladostniku (Dremelj, Kastelic, Kostnapfel Rihtar, 2005). Pomembno je, da postopek jemljemo kot del terapevtskega procesa, saj v mnogih primerih ravno test, ki je objektivni dokaz, pacienta zdrami, da pove resnico o spodrsaljaju ali recidivu.

Pred testiranjem je pomembno preveriti preiskovančevo identiteto. Preiskovanec odloži vrhnja oblačila in torbe, morebitne večje kose nakita, ki bi lahko predstavljala vnosna mesta dodatkov ali nadomestka urina. Izprazni žepe obleke, si zaviha rokave nad komolce ter si ob prisotnosti zdravstvenega osebja umije roke z milom, dobro spere in osuši. Med uriniranjem naj ne bo neposrednega dostopa do tekoče vode in mila, voda v kotličku stranišča naj bo obarvana. Količina oddanega vzorca urina naj bo vsaj 75-100 ml, saj se manjše količine urina zlahka neopazno podtaknejo iz stekleničk ali brizgalk, skritih v spodnjicah ali telesnih odprtinah. Preiskovanca med oddajo urina časovno ne omejujemo, ga vzpodbujamo in skušamo ustvariti ozračje varnega okolja. Tudi ne zahtevamo od njega, da se razgali. Potrebno se je zavedati, da je sam postopek za marsikoga neprijeten in ga jemlje kot vdor v svojo intimo.

Takoj ko preiskovanec odda urinski lonček z vzorcem, se preveri volumen, temperatura (testni trak na lončku) in organoleptične lastnosti urina. Temperatura izven mejnih vrednosti ($< 35^{\circ}\text{C}$, $> 37^{\circ}\text{C}$), neobičajna barva in vonj, nenavadna usedlina, prisotnost vidnih snovi ali delcev so znak potvorjenega urina. To lahko vključuje zamenjavo urina (podtaknjen urin), dodajanje kemično reaktivnih substanc urinu ob oddaji, razredčenje urina z dodatkom tekočine v urinski vzorec ali z zaužitjem velikih količin tekočine pred oddajo urina. Navedene metode preiskovanci v praksi pogosto uporabljajo, vendar so vse dokazljive in jih je možno preprečiti z merjenjem temperature urinskega vzorca, merjenjem specifične teže urina, pH in kreatinina (Cook, Caplan, LoDico, Bush, 2000). Komerzialna sredstva za potvorjenost urina, dostopna na internetu (Urine Luck, Urinaid, Klear, Stealth...), je mogoče detektirati s posebnimi, v ta namen izdelanimi testi za določanje glutaraldehydov, oksidantov, nitritov v urinu. Obstaja tudi test, ki s predhodno zaužitimi snovmi (polietilen glikol) markira preiskovančev urin in dokaže substitucijo s celo tako domiselnimi sredstvi kot je Whizzinator (protetičen penis).

Če pacient ne more urinirati (fiziološke, psihološke ovire) se lahko opravi testiranje s slino oziroma oralno tekočino. V tem primeru gre za drugačen spekter in nižje koncentracije učinkovin PAS, ki so primerljive s sliko v krvnem vzorcu (razen THC), nakazujejo pa akutno stanje pod vplivom PAS, medtem ko je detekcijski čas krajši. Pri odvzemu slin oziroma oralne tekočine odpadejo tudi težave v zvezi z manipulacijo testnega vzorca, metoda pa je bolj diskretna v primerjavi z do sedaj uveljavljenimi postopki odvzema urina ali krvi. V praksi se metoda največkrat uporablja kot primerjalni indikator rezultatov urinskega testa v primeru suma manipulacij z oddajo urinskega vzorca ali v primeru akutnega stanja pod vplivom PAS, ko določene substance v urinu še ne moremo detektirati (Kintz, Samyn, 2002; Dremelj, Kastelic, Kostnapfel Rihtar, 2005).

Analitične metode testiranja na PAS na splošno delimo na dve skupini: kromatografske tehnike (GC, GC/MS, LC, HPLC...)

imunokemijske tehnike / kompetitivna metoda (izbor protiteles in antigenov ima ključno vlogo pri detekciji določene PAS)

Kvaliteta informacije analitičnega testiranja je odvisna od specifičnosti in senzitivnosti testa. Vsak test ima mejno (cut-off) vrednost, ki predstavlja koncentracijsko območje, pod katerim smatramo rezultat analize negativen in obratno. Test detektira bodisi primarno PAS in/ali njene metabolite. Rezultat testa je lahko kvalitativen, semikvantitativen ali kvantitativen.

Običajno se pri testiranju na prisotnost PAS najprej izvede uvodni, preliminarni test in šele nato potrditveni. Uvodno testiranje se ponavadi opravi s hitrimi kvalitativnimi imunokromatografskimi testi na ploščici, ki večinoma detektirajo skupino drog. Negativni rezultati se smatrajo za dokončno negativne, pozitivni pa za verjetno pozitivne. Ti se nadalje testirajo s potrditveno kvantitativno analizo metodo, ki ugotavlja prisotnost specifične substance. Najbolj zanesljiva in priporočena je plinska kromatografija v kombinaciji z masnim spektrometrom (GC/MS). Pozitiven rezultat se smatra za resnično pozitiven na prisotnost določene PAS oziroma negativen, ne glede na rezultat uvodnega testiranja. Na podlagi rezultata testa, razgovora s pacientom in pregledom zdravstvene dokumentacije, pa je zdravnik specialist tisti, ki lahko test proglasi za negativnega, če je, na primer, ocenil, da bi jemanje predpisanih zdravil ali zdravil v prosti prodaji lahko vplivalo na (lažno) pozitiven rezultat testiranja (Dremelj, Kastelic, Kostnapfel Rihtar, 2005).

Specifična metoda testiranja je v terapevtskih programih odvisna od številnih dejavnikov, kot so stroški, število opravljenih testnih vzorcev, čas do rezultatov testa, zanesljivost, občutljivost in specifičnost testa. Običajno se zahteva testiranje s hitrimi presejalnimi imunokemijskimi testi na ploščicah brez konfirmacije pozitivnih rezultatov, razen v primeru, ko bi pozitiven rezultat povzročil resne ukrepe proti pacientu, ki zanika jemanje PAS.

Terapevtski centri običajno izvajajo uvodno kvalitativno testiranje s hitrimi imunokromatografskimi testi na ploščicah in retestiranje s hitrim testom drugega proizvajalca ali z instrumentalno imunokemijsko metodo, običajno encimsko. Semikvantitativna imunokemijska analiza z uskladitvijo vrednosti kreatinina v urinu se izvaja pri prolongiranem spremljanju izločanja PAS iz telesa, ki imajo

dolgi detekcijski čas (marihuana, določene substance iz skupine benzodiazepinov) (George, Braithwaite, 2002).

Imunokemijske preiskave na prisotnost PAS pri nas, v kolikor niso povsem usmerjene, obsegajo naslednje skupine PAS: kanabinoidi, opiat, kokain, amfetamini (vključno z metamfetaminom in ekstazijem), metadon, buprenorfin, benzodiazepini.

Psihoaktivno delovanje večine prepovedanih drog traja le nekaj ur, medtem ko lahko analiza urina dokaže prisotnost PAS in/ali njenih metabolitov še dneve ali celo tedne. Pozitiven rezultat urinskega testa je lahko le indikacija predhodnega jemanja določene PAS, nikakor pa ne more biti dokaz intoksikacije ali sredstvo ugotavljanja časa izpostavljenosti (Wolff, Farrell, Marsden, et al, 1999; Yang, 2001).

Dokaz prisotnosti določene PAS v odvzetem vzorcu zavisi od časovnega intervala po jemanju (Schwartz, 1988; Vandevenne, Vandebussche, Verstraete, 2000). Detekcijski čas je zelo variabilen in je odvisen od: različnih lastnosti PAS (metabolizem, razpolovna doba), količine in načina uporabe PAS, pogostosti jemanja, različnih lastnosti biokemične presnove osebe, telesnega stanja osebe, zaužite tekočine in hrane, izločanja, pH telesnih tekočin, medsebojne interference različnih PAS, časa odvzema vzorca za testiranje in hranjenja vzorca, analizne metode.

Mejne vrednosti (cut-off) testov, detekcijski čas, navzkrižno reaktivne substance (Cone, 1997; Cone, Preston, 1999; Federal Register, 2004; Heit, Gourlay, 2004; Med Letter, 2002; Samyn et al., 1999; Schuckit, 2000; Simson et al., 1997; Strang, 1999; Warner, 2003; Wolff et al., 1999):

PAS / skupina PAS

Mejna vrednost uvodnega testa ng/ml

urin / **oralna tekočina**

Mejna vrednost potrditvenega testa

urin / **oralna tekočina**

Detekcijski čas

Urin* / **oralna tekočina****

Nekatere navzkrižno reaktivne substance***

AMFETAMINI

Amfetamin

Metamfetamin

MDMA (ekstazi)

1000 / 500 **50**

500 50
500 / 250 50
500 / 250 50
250 50

2-4 dni 20-50 ur
2 dni (>24 ur)
1.5-2 dni

amantadin, bupropion, dekstroamfetamin, dezipramin, efedrin, fenfluramin, fenilefrin, fenilpropanolamin, fentermin, labetalol, propanolol, pseudoefedrin, ranitidin, selegilin, tiramin....

BARBITURATI

kratko delujoči

srednje delujoči

dolgo delujoči

300
200

1 dan
2-3 dni
7+dni (do 30)
fenitoin

BENZODIAZEPINI

ultra kratko delujoči

kratko delujoči

srednje delujoči

dolgo delujoči

300
200

12 ur
1 dan
2-3 dni
7+dni (do 30)

oksaprozin, sertralin

KANABINOIDI (THC) (metabol. marihuane)

občasna uporaba

pogosta (4x teden)

dnevna uporaba

»kronična« uporaba

50 (4)
15 (2)

(4-10 ur)

do 3 dni

4-5 dni

10 dni

20-28 dni (do 36)

dronabinol, efavirenz, olje iz semen konoplje

KOKAIN

metaboliti kokaina

(benzoilekgonin)

300 / 150 (20)

150 / 100 (8)

6-8 ur (4-12 ur)

2-4 dni (do 8 dni pri kronični rabi)(12-24 ur)

lokalni anestetiki, ki vsebujejo kokain

METADON

(vzdrževalna terapija)

300

300

7-9 dni (>24 ur)

OPIATI

6-ACETILMORFIN

MORFIN / HEROIN

KODEIN

300 / 2000 (40)

10 (4)

300 / 2000 (40)

300 / 2000 (40)

1-3 dni

2-4 ure (1-4 ure)

2-3 dni (12-24 ur)

2-3 dni (24-36 ur)

fluorokinoloni, ofloksacin, papaverin, makova semena, rifampicin / rifampin

FENCIKLIDIN

kronična uporaba

25 (10)

25 (10)

7-14 dni

do 30 dni

dekstrometorfan, difenhidramin, tioridazin

*povprečna ocena vrednosti

**detekcijski čas v oralni tekočini z analizo GC-MS in RIA (Samyn et al., 1999)

***različni testi in tehnike kažejo različno stopnjo navzkrižne reaktivnosti (Med Letter, 2002; Warner, 2003).

Interpretacija koncentracije PAS v urinu zahteva poznavanje farmakokinetike specifičnih PAS, količine in načina uporabe PAS, pogostosti uporabe, časa oddaje urina v relaciji s časom uporabe PAS, specifičnosti in senzitivnosti analitične metode. V terapevtskih centrih serija urinskih vzorcev pacienta v daljšem časovnem obdobju, skupaj z anamnezo in terapevtskimi pogovori, nakazuje vzorec njegove uporabe PAS, zato je interpretacija rezultatov testa, navkljub velikokrat omejeni informaciji imunokemijskega testa za določeno PAS, visoko zanesljiva. Vedeti moramo, da so nekateri testi po principu imunokemijske reakcije specifični za določeno PAS, drugi detektirajo skupino PAS (osnovno substanco in/ali njene metabolite); rezultat testa je običajno kvalitativen, odvisen od koncentracije določene PAS in/ali metabolitov v vzorcu in mejne (cut-off) vrednosti za test; določeni testi kažejo visoko stopnjo navzkrižne reaktivnosti za strukturno podobne (včasih tudi različne) substance, ki niso tarča testa. Rezultat testa je lahko pozitiven ali negativen na prisotnost določene PAS, lahko pa je lažno pozitiven ali negativen.

Negativen rezultat testa pomeni, da v testiranem vzorcu ni prisotne PAS in/ali metabolitov PAS v koncentraciji, ki je nižja od mejne (cut-off) vrednosti za test. Ne pomeni pa, da PAS ni prisotna. Možno je, da preiskovanec ni vzel PAS, ki jo lahko dokažemo s testom, ni zaužil zadostne količine, minila je prevelika časovna distanca od vzetja PAS, urin je bil potvorjen ali občutljivost testa premajhna.

Pozitiven rezultat testa pomeni, da je v testiranem vzorcu prisotna PAS in/ali metaboliti PAS v koncentraciji, ki je enaka mejni vrednosti ali višja. Zanesljivost rezultata testa lahko potrdi konfirmacija z GC-MS. Vprašanje je ali oseba jemlje drogo občasno ali kronično, je odvisna od droge, ali jemlje PAS po zdravnikovih navodilih, ali je prišlo do navzkrižne reaktivnosti s substancami, ki niso bile tarča detekcije.

Kokain – interpretacija rezultatov testa:

Imunokemijski test za dokaz kokaina v urinu in slini v glavnem reagira s kokainom in njegovim glavnim metabolitom benzoilekgoninom. Test ima nizko navzkrižno reaktivnost z drugimi substancami, torej pozitiven rezultat zanesljivo nakazuje uporabo kokaina (Braithwaite, Jarvie, Minty, et al, 1995).

Kokain se uporablja v zdravstvu kot lokalni anestetik pri nekaterih operativnih posegih v zobozdravstvu, otorinolaringologiji, travmatologiji. Urinski test bi pri preiskovancu po takem posegu lahko detektiral benzoilekgonin 2-3 dni.

Ni pa strukturne podobnosti med lokalnimi anestetiki s končnico –kain (lidokain, prokain...) in kokainom ali benzoilekgoninom, zato test ne deluje navzkrižno reaktivno s temi substancami.

Pasivna inhalacija dima ob kajenju »crack« kokaina ne pokaže pozitivnega rezultata pri mejni vrednosti 300 ng/ml.

Opiati – interpretacija rezultatov:

Imunokemijski test za detekcijo opiatov je test za PAS iz skupine opiatov. Test je močno reaktiven na morfin in kodein, vendar ju ne razlikuje. Pozitivni rezultati nakazujejo prisotnost opiatov (morfin, kodein, dihidrokodein, heroin, etilmorfin, papaverin, tebain, hidrokodon, hidromorfon, folkodin). Težko je ločiti legalno uporabo od zlorabe. Konfirmacija z GC-MS lahko identificira določeno substanco na podlagi razmerja koncentracije morfina in kodeina, ki je pri biotransformaciji značilna za določeno PAS (Braithwaite, Jarvie, Minty, et al, 1995).

Skupne metabolične poti opiatov:

HEROIN

6-ACETILMORFIN



OPOMBA: PAS v okviru je lahko primarna PAS ali metabolit druge PAS. Odstotek razmerja metabolitov v urinu je podatek študije »ARUP database study, 2006«.

Heroina zaradi hitrega metabolizma (3-5 minut) v telesu praktično ne moremo odkriti. Lahko ga dokažemo s testom na prisotnost 6-monoacetilmorfina, ki je vmesni razgradni produkt in specifični marker za dokaz uživanja heroina (Inturrisi, Max, Foley, et al, 1984). Okno detekcije za 6-monoacetilmorfin je le nekaj ur po vzetju heroina, koncentracije v urinu ali slini so zelo nizke. Imunokemijski testi lahko kažejo tudi nižjo občutljivost za nekatere polysintetične in sintetične opioide, vendar je odstotek reaktivnosti variabilen glede na proizvajalca testa. Večina testov ne reagira s sintetičnimi narkotičnimi analgetiki kot so meperidin, propoksifen, metadon, pentazocin, fentanil, tramadol ... Za dokaz prisotnosti metadona in buprenorfina v urinu se uporablja specifičen imunokemijski test, ki ni navzkrižno reaktiven s testom na opiate. Hrana z makovimi semeni interferira s testom in pokaže pozitiven rezultat na opiate pri mejni vrednosti 300 ng/ml (koncentraciji morfina in kodeina so pri osebi, ki je zaužila tri velike makovke, bogate s semeni, v urinu dosegli vrednosti 2797 ng/ml in 214 ng/ml; test na opiate je bil pozitiven 25 ur po zaužitju) (Rohrig,

Moore, 2003). V terapevtskih programih velja dogovor, da se hrane z makovimi semeni ne uživa!

Amfetamini – interpretacija rezultatov:

Imunokemijski testi za detekcijo amfetamina / metamfetamina so močno navzkrižno reaktivni. Detektirajo lahko tudi simpatomimetične amine, kot so efedrin, psevdofedrin, fentermin, fenfluramin, dietilpropion..., ki so pogosto prisotni v zdravilih na recept, pa tudi v prosti prodaji ali kot prehrambeni dodatki (Stout, Klette, Horn, 2004; Hsu, Liu C, Liu CP, et al, 2003; Braithwaite, Jarvie, Minty, et al, 1995). Poznamo več kot trideset licenčnih uporab amfetamina v medicini. Interpretacija pozitivnih rezultatov testa zahteva previdnost, poznavanje izvora zaužitih substanc ter liste navzkrižno reaktivnih snovi s testom. Metamfetamin se nahaja v dveh formah, v levo- in desnusučni izomeri. D-metamfetamin ima močan stimulativen učinek na centralni živčni sistem in visok potencial zlorabe, medtem ko l-metamfetamin v terapevtskih dozah deluje periferno in je sestavina mnogih zdravil v prosti prodaji (analgetiki, zdravila za lajšanje simptomov gripe, kašlja). Ilegalno proizveden metamfetamin vsebuje obe izomeri. Niti imunokemijski testi niti konfirmacija z GC-MS ne morejo v vzorcih urina ali sline ugotoviti izvorne substance, edina tehnika identifikacije je stereospecifična kromatografija. V terapevtskih programih velja dogovor o vnaprejšnjem posvetovanju uživanja zdravil v prosti prodaji, tudi dietnih pripravkov.

Kanabinoidi – interpretacija rezultatov:

Pozitivni rezultati imunokemijskega testa v urinu nakazujejo prisotnost metabolitov kanabinoidov, glavni je tetrahidrokanabinolna (THC) karboksilna kislina. Test je slabo navzkrižno reaktiven z drugimi substancami, dejansko ni interferenc.

Razpolovna doba THC, kot tudi detekcijski čas, močno variira in je individualno pogojena, odvisna od vrednosti absorbiranega THC, frekvence uporabe, metabolizma in telesnega stanja konzumenta,... Težko je ločiti nedavno rabo od daljše zaradi lipofiličnih lastnosti tetrahidrokanabinola (THC). Pri kroničnih uživalcih se THC lahko akumulira v maščobnih tkivih hitreje, kot se lahko izloči, kar močno podaljša detekcijski čas (tudi do nekaj tednov) (Simpson, Braithwaite, Jarvie, et al, 1997).

THC se s slino ne izloča, pozitivna vrednost testa z oralno tekočino je posledica sekundarne prepojenosti ustne votline s kajenjem marihuane in nakazuje akutno stanje pod vplivom THC.

Pasivno kajenje ni sprejemljiv izgovor za pozitivno vrednost testa pri mejni vrednosti 50 ng/ml (Law, Mason, Moffat, King, Marks, 1984; Mule, Lomax, Gross, 1988).

LITERATURA

- Dremelj Z, Kastelic A, Kostnapfel Rihtar T. Kako odkriti in dokazati prisotnost prepovedanih drog v urinu in slini: droge v prometu in delovnih organizacijah. Ljubljana: Prohealth, 2005.
- Hammett-Stabler CA, Pesce AJ, Cannon DJ. Urine drug screening in the medical setting. *Clin Chim Acta*. 2002;315:125-135.
- Galloway JH, Marsh ID. Detection of drug misuse – an addictive challenge. *J Clin Pathol*. 1999;94:1279-1298.
- Wolff K, Farrell M, Marsden J, et al. A review of biological indicators of illicit drug use, practical considerations and clinical usefulness. *Addiction*. 1999;94:1279-1298.
- Schwartz R. Urine testing in the detection of drugs of abuse. *Arch Intern Med*. 1988;148:2407-2412.
- Braithwaite RA, Jarvie DR, Minty PS, et al. Screening for drugs of abuse. I: Opiates, Amphetamines and cocaine. *Ann Clin Biochem*. 1995;32:123-153.
- Yang JM. Toxicology and drugs of abuse testing at the point of care. *Clin Lab Med*. 2001;21:363-74,ix-x.
- Simpson D, Braithwaite RA, Jarvie DR, et al. Screening for drugs of abuse. II: Cannabinoids, lysergic acid diethylamide, buprenorphine, methadone, barbiturates, benzodiazepines and other drugs. *Ann Clin Biochem*. 1997;34 (Pt 5):460-510.
- Perrone J, De Roos F, Jayaraman S, Hollander JE. Drug screening versus history in detection of substance use in ED psychiatric patients. *Am J Emerg Med*. 2001;19:49-51.
- Compton P, Darakjian J, Miotto K. Screening for addiction in patients with chronic pain and »problematic« substance use: evaluation of a pilot assessment tool. *J Pain Symptom Manage*. 1998;16:355-363.
- George S, Braithwaite RA. Use of on-site testing for drugs of abuse. *Clin Chem*. 2002;48:1639-1646.
- Vandevenne M, Vandebussche H, Verstraete A. Detection time of drugs of abuse in urine. *Acta Clin Belg*. 2000;55:323-333.
- Cook JD, Caplan YH, LoDico CP, Bush DM. The characterization of human urine for specimen validity determination in workplace drug testing: a review. *J Anal Toxicol*. 2000;24:579-588.
- Baden LR, Horowitz G, Jacoby H, Eliopoulos GM. Quinolones and false-positive urine screening for opiates by immunoassay technology. *JAMA*. 2001;286:3115-3119.
- Neogen Corporation. Forensic drug detection ELISA kit cross-reactivity data. 2006.
- Rohrig TP, Moore C. The determination of morphine in urine and oral fluid following ingestion of poppy seeds. *J Anal Toxicol*. 2003;27:449-452.
- Inturrisi CE, Max MB, Foley KM, et al. The pharmacokinetics of heroin in patients with chronic pain. *N Engl J Med*. 1984;310:1213-1217.
- Cone EJ. New Developments in Measures of Drug Prevalence. *NIDA Monograph* 167,pp.108-129.
- Heit HA, Gourlay DL, Caplan YH. Personal communication. 2004.

Kintz P, Samyn N. Use of alternative specimens: drugs of abuse in saliva and doping agents in hair. *Ther Drug Monit.* 2002;24:239-246.

Hsu J, Liu C, Liu CP, et al. Performance characteristics of selected immunoassays for preliminary test of 3,4-methylenedioxymethamphetamine, methamphetamine, and related drugs in urine specimens. *J Anal Toxicol.* 2003;27:471-478.

Stout PR, Klette KL, Horn CK. Evaluation of ephedrine, pseudoephedrine and phenylpropanolamine concentrations in human urine samples and a comparison of the specificity of DRI amphetamines and Abuscreen online (KIMS) amphetamines screening immunoassays. *J Forensic Sci.* 2004;49:160-164.

Law B, Mason AP, Moffat AC, King LJ, Marks V. Passive inhalation of cannabis smoke. *J Pharm Pharmacol* 1984;36:578-581.

Mule SJ, Lomax P, Gross SJ. Active and realistic passive marijuana exposure tested by three immunoassays and GC/MS in urine. *J Anal Toxicol* 1988;12:113-116.

ZDRAVLJENJE ODVISNOSTI OD OPOIDNIH DROG V SLOVENIJI Z MORFINOM S PODALJŠANIM SPROŠČANJEM

Tadeja Kuplenk, mag. farm, Medis.

UVOD

Odvisnost od prepovedanih (opioidnih) drog je kronična bolezen kot vsaka druga (povišan krvni tlak, krvni sladkor, povišane maščobe v krvi,...) in se jo mora, kot tako tudi obravnavati in zdraviti. Dolga leta se je za zdravljenje odvisnih od drog uporabljal samo metadon. Slovenija je ena redkih držav, ki lahko bolnikom odvisnim od prepovedanih drog ponudi vse novejši možnosti substitucijskega (nadomestnega) zdravljenja. Od leta 2005 imamo v Sloveniji poleg metadonskega substitucijskega zdravljenja, na voljo tudi varno alternativo metadonu, morfin v obliki kapsul (s peletami) s podaljšanim sproščanjem.

FARMAKOLOGIJA IN FARMAKOKINETIKA MORFINA S PODALJŠANIM SPROŠČANJEM V ZDRAVLJENJU ODVISNIH OD OPOIDNIH

Morfin je opioidni agonist, ki deluje zlasti na receptorje μ (μ_1) in v manjši meri na receptorjek (κ) v osrednjem živčevju. Verjetno so receptorji μ odgovorni za pojav supraspinalne analgezije, respiratorne depresije in evforije, receptorji κ pa za pojav spinalne analgezije, mioze in sedacije.⁹

Sam morfin je zelo slabo topen v vodi, za razliko od njegovih soli, ki so kar 300-krat bolj topne v vodi in se zato uporabljajo za pripravo farmacevtskih učinkovin. Morfin v zdravilu Substitol je v obliki morfinijevega sulfata pentahidrata in se iz kapsul dobro absorbira. Največjo koncentracijo v plazmi ponavadi doseže od 2

do 6 ur po zaužitju. Glavna presnovka morfina sta morfin-3-glukuronid (neaktiven) in morfin-6-glukuronid, ki se nato izločita skozi ledvica. Presnovka se v žolčniku deloma hidrolizirata in nato reabsorbirata.⁹ Ker se farmakokinetika morfina med posamezniki močno razlikuje, je potrebno dnevne odmerke titrirati za vsakega bolnika posebej, da se doseže ustrezno zdravljenje. Morfin se presnavlja v jetrih, vendar preko encima glukuronil transferaze in ne preko encima citokroma P-450 kot večina zdravil. Zaradi tega je pri morfinu manjša možnost interakcij z ostalimi zdravili in s tem je zdravljenje z njim tudi bolj predvidljivo ter varno. V prid morfinu v primerjavi z metadonom je tudi krajši razpolovni čas ter manjša vezavo na proteine plazme, kar ima tudi pomembno vlogo pri predvidljivem zdravljenju.

MORFIN S PODALJŠANIM SPROŠČANJEM

Morfin se že več kot 150 let uporablja pri zdravljenju hude bolečine, zato so na razpolago številni farmakološki podatki, ki potrjujejo njegovo varnost in učinkovitost. Morfin imenujejo tudi zlati standard, saj so vsi novejše odkriti opioidi testirani v primerjavi z njim. Včasih so ga poznali samo v obliki injekcij, danes pa se ga uporablja tudi v obliki peroralne raztopine, tablet s takojšnjim (kratkodelujočim) delovanjem (za lajšanje prebijajoče bolečine), tablet s podaljšanim sproščanjem, ki se jemljejo na 12 ali 24 ur.

Moderna tehnologija je omogočila razvoj nove oblike morfina v obliki kapsul, ki se sprošča kontinuirano 24 ur. To je bistvenega pomena, saj zloraba kratkodelujočih opioidov, kot je heroin, povzroča nevroendokrino neravnovesje, katerega posledica je nastanek odvisnosti od opioidov. Za razliko od heroina podaljšano sproščanje morfina omogoča, da se le-ta zaradi svojih lastnosti uporablja v vzdrževalnem zdravljenju odvisnosti.

Za zdravljenje odvisnosti od opioidnih drog so v Sloveniji na voljo 100 mg in 200 mg kapsule morfinijevega sulfata pentahidrata (s peletami s podaljšanim sproščanjem) Substitol. Podaljšano sproščanje aktivne učinkovine iz pelet omogoča 24-urno delovanje zdravila in jemanje kapsul le enkrat dnevno. Številne klinične raziskave so pokazale, da morfin v obliki kapsul (Substitol) s podaljšanim sproščanjem in 24-urnim delovanjem omogoča uspešno vzdrževalno zdravljenje odvisnikov od prepovedanih drog. Najnovejša odkritja to samo še potrjujejo.

Številne raziskave dokazujejo učinkovitost morfina s podaljšanim sproščanjem (Substitol) v zdravljenju odvisnosti od prepovedanih drog

Znanstveno je dokazano, da lahko vzdrževalno zdravljenje odvisnikov od prepovedanih drog zmanjša tako uporabo heroina s črnega trga kot tudi uporabo drugih psihoaktivnih snovi.¹ Poleg tega odvisniki od prepovedanih drog, ki so na vzdrževalnem zdravljenju, manj tvegajo za okužbo z virusom HIV, so manj vpleteni v kriminalna dejanja, povezana z uživanjem drog, in manj verjetno je, da bodo umrli zaradi prevelikega odmerka.² Njihovo splošno zdravje in psihološko stanje se nedvomno izboljšata.^{3, 4, 5}

Raziskava dr. Eder-a in sodelavcev dokazuje visoko učinkovitost morfina s podaljšanim sproščanjem.⁶ V raziskavo je bilo vključenih 64 bolnikov, ki so bili razdeljeni v dve skupini. Prva je prejela morfin s podaljšanim sproščanjem, druga pa metadon. Ugotovili so, da se je potreba po heroinu in alkoholu značilno zmanjšala pri obeh skupinah, zmanjšanje pa je bilo izrazitejše v skupini, ki je prejela morfin. Sveže vbode z iglo, ki nakazujejo na dodatno zlorabo drog, so opazili pri 10 % bolnikov, zdravljenih z morfinom in pri 19 % bolnikov, zdravljenih z metadonom. Bolniki, zdravljeni z morfinom, so imeli v primerjavi z bolniki, zdravljenimi z metadonom, statistično značilno manj simptomov depresije, fizičnih težav in anksioznosti, manj so imeli tudi težav s koncentracijo. Tudi klinični raziskavi dr. Vasilev-a in dr. Hermann-a sta dokazali, da je morfin v obliki kapsul s podaljšanim sproščanjem zelo primeren za ambulantno vzdrževalno zdravljenje pri odvisnikih od prepovedanih drog.^{7,8} Pri bolnikih, ki so bili na vzdrževalni terapiji z morfinom, se je: zmanjšala depresija za 85 %, zmanjšala anksioznost in disforija za 66 %, izboljšalo splošno zdravstveno stanje za 58 % in zmanjšala slaba družbeno-socialna vključenost za 54 %.

ZAKLJUČEK

Morfin s podaljšanim sproščanjem je mejnik v vzdrževalnem zdravljenju bolnikov, odvisnih od prepovedanih drog. Ima zelo dobro preverjen varnostni profil, saj se v svetu uporablja za zdravljenje hude bolečine že več kot 150 let. Raziskave o uporabi morfina s podaljšanim sproščanjem so pokazale, da ima boljši profil neželenih učinkov od standardne terapije z metadonom, da omogoča bolnikom boljšo koncentracijo, razpoloženje in vključenost nazaj v družbeno okolje. Med bolniki vlada visoka preferenca in sprejetje morfina s podaljšanim sproščanjem za nadomestno vzdrževalno zdravljenje odvisnosti.

LITERATURA

1. Guichard A et al. Illicit drug use and injection practices among drug users on methadone and buprenorphine maintenance treatment in France. *Addiction*. 2003; 98(11):1585-1597
2. OBIG- Austrian Health Institut: Addiction-related deaths 2005;
3. Ward J et al. The effectiveness of methadone maintenance treatment: an overview. *Drug Alcohol Rev*. 1994; 13(3):327-335
4. Gossop M et al.; The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4-5 year follow-up results. *Addiction*. 2003; 98(3):291-303
5. Lavignasse P et al. Economic and social effects of high-dose buprenorphine substitution therapy. Six-month results. *Ann Med Interne*. 2002;153(3 Suppl): 1S20-6.
6. Eder H et al. Comparative study of the effectiveness of slow-release morphine and methadone for opioid maintenance therapy. *Addiction*. 2005;100(8): 1101-1109.
7. Hermann P et al. Wirksamkeit und Verträglichkeit von oralem retardierten Morphin für die Substitutionstherapie von Opiatabhängigen: Ergebnisse einer

Pilotstudie an ambulanten Patienten. Suchtmedizin in Forschung und Praxis. 2005 ; 7(3):215-220

8. Vasilev GN et al. Safety and efficacy of oral slow release morphine for maintenance treatment in heroin addicts: a 6-month open noncomparative study. Eur Addiction Res. 2006; 12(2):53-60 7.

9. SMPC

Več informacij o zdravilu lahko dobite pri imetniku dovoljenja za promet v Sloveniji, družbi Medis, d.o.o.

UŽIVANJE DROG IN PRIDRUŽENE DUŠEVNE MOTNJE

Mirjana Delić, dr.med., Center za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, Psihiatrična klinika-Ljubljana

Svetovna zdravstvena organizacija je dvojne diagnoze ali komorbidnost opredelila kot sopojavnost motnje zaradi uživanja psihoaktivne snovi in druge psihiatrične motnje pri istem posamezniku. Ameriška SAMHSA (Substance Abuse and Mental health Services Administration) opozarja, da je izraz dvojna diagnoza nedovoljno ustrezen, ker pacienti imajo pogosto še dodatno eno ali več diagnoz (npr. Hepatitis C, B; HIV...) in predlagajo uporabo izraza co-occurring disorders (pridržene motnje ali soobstoječe motnje). Pridružene duševne motnje so lahko shizofrenija in druge psihoze, razpoloženske motnje, anksiozne in osebne motnje. Novi podatki kažejo, da 50-70% pacientov, ki se zdravijo zaradi odvisnosti od PAS imajo duševno motnjo. Življenska prevalenca uživanja PAS pri pacientih s shizofrenijo ali bipolarno motnjo razpoloženja je 50%, v splošni populaciji pa je 16%. Trenutno se govori o 3 scenarijih razvoja komorbidnosti in sicer da uživanje PAS lahko izzove duševno motnjo, da duševna motnja lahko pripelje do jemanja PAS, da podobni riziko faktorji lahko pripeljejo do zlorabe oz. odvisnosti od PAS in duševne motnje. V realnosti se vsi trije scenariji prekrivajo v različnih obsegih.

ODNOS DO PITJA ALKOHOLNIH PIJAČ PRI OSEBAH, ODVISNIH OD OPIATNIH DROG

Mojca Kralj, dipl.m.s., prof.def.

POVZETEK

V raziskavi ugotavljam odnos do pitja alkoholnih pijač pri osebah, odvisnih od opiatih drog. Opredeljena je škodljiva raba, odvisnost od alkohola ter razširjenost pitja alkohola. Prikazana je problematika škodljive rabe več drog hkrati ter odkrivanje tveganja za škodljivo pitje alkoholnih pijač. V nadaljevanju je predstavljen vprašalnik AUDIT, ki ga je izdelala Svetovna zdravstvena organizacija. Z deskriptivno statistično analizo je prikazana tvegana uporaba alkohola, škodljiva raba alkohola, znaki odvisnosti od alkohola, stopnja rizičnosti za odvisnost in skladnost odgovorov glede na dvakratno testiranje.

Ključne besede: alkohol, osebe, odvisne od drog, zdravstvena vzgoja

1. UVOD

Pitje alkoholnih pijač je že stoletja vpleten v življenje slovenske družbe in je družbeno visoko sprejemljivo dejanje. Prekomerno pitje alkoholnih pijač je povezano s številnimi posledicami na vseh področjih človekovega funkcioniranja. Posledice se kažejo tako na telesnem, duševnem, duhovnem, kot na obnosnem in socialnem področju. Odvisnost od alkohola prizadene posameznika in njegovo družino, posledično pa tudi družbo.

Zgodnje odkrivanje in ukrepanje na področju odvisnosti in tveganega pitja ter škodljive rabe alkohola je težavno in dolgotrajno delo. Mnenja smo, da je potrebno odkrivati problematiko pitja s timskim pristopom. Za zbiranje podatkov o pitju alkohola v populaciji lahko poleg načinov odkrivanja, ki jih uporablja medicina (laboratorijski izvidi krvi, postavitve diagnoze s pomočjo MKB-9 in DSM-IV), uporabljamo tudi različne presejane vprašalnike. Na voljo je več presejanih vprašalnikov, kot so AUDIT, CAGE, AUDIT-C, MAST, MALT in drugi (Ziherl, 1989; Babon, Higgins-Biddle, Saunders in Monteiro 2001). Najbolj razširjen in splošno uporaben presejalni vprašalnik v evropskem prostoru je AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test) vprašalnik.

V Slovenskem prostoru razširjenost pitja in škodljive rabe alkohola pri osebah odvisnih od prepovedanih drog še ni raziskana. Preventiva recidiva za osebe, ki so odvisne od opiatih drog vključuje tudi temo o pitju alkoholnih pijač in svetovanje, da je dobro in/ali potrebno abstimirati tudi od alkohola. Osebe, odvisne od drog pogosto govorijo, da si ne predstavljajo, kako biti abstinenti tudi od alkohola. Osebe, ki so kritične v svojih mnenjih do rizičnih situacijah za spodrseljaj in recidiv, sicer vidijo, da bi bilo dobro abstimirati tudi od alkohola, vendar pravijo, da je pritisk družbe tako močen, da niso prepričane, če bodo lahko zdržali ta pritisku. Prav tako navajajo, da se ne znajo zabavati in sprostiti brez alkoholnih pijač in drugih drog. Za abstinenco od alkohola se ponavadi

odločijo tisti, ki ostanejo v programu zdravljenja dlje časa, in tisti, ki sprejmejo, da so imeli v svojem življenju obdobja škodljivega pitja ter tisti, ki imajo negativne izkušnje z alkoholom. Nekaj je tudi takšnih, ki tudi niso v preteklosti pili alkohola. V dnevni bolnici Centra za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog večina oseb, odvisnih od opiatnih drog naredi recidiv prav z alkoholom in nato nadaljujejo z osnovno drogo, od katere so odvisni. Izkušnje kažejo, da večina oseb, odvisnih od opaitnih drog začnejo že v zelo zgodnjih leti z pitjem alkoholnih pijač, z namernim vikend opijanjem. Veliko oseb si v času abstiniranja od opiatih drog pomaga tudi z alkoholom krotiti željo po osnovni drogi. Mnenja smo, da je potrebno problematiko drog podrobneje preučiti pri osebah, ki so odvisni od opiatnih drog. Z raziskavo želimo ugotoviti, koliko oseb, odvisnih od opiatnih drog ima tudi težave s prekomernim in škodljivim pitjem v preteklem obdobju.

2. TEORETIČNO IZHODIŠČE

2.1. Odnos ljudi do psihoaktivnih snovi

Odnos do uživanja drog se oblikuje vse življenje in pogostokrat z njim zavestno nikoli ne razčistimo. Najpomembnejši je zgled osebe, s katero se mladostnik istoveti ali katera mu predstavlja avtoriteta in vzgled. Tisti, ki so ravnodušni do drog, so običajno tudi sami uživalci in ker sami niso dober zgled, zelo težko prepričujejo o škodljivosti in nevarnosti drog (Kastelic, Mikulan, 2004).

Razdelitev ljudi glede na odnos do pitja alkoholnih pijač je v našem prostoru uveljavil Hudolin (1972), ki ločuje abstinate, zmerne pivce, alkoholike, alkoholike z nepopravljivimi posledicami in zdravljene alkoholike. Zihlerl (1988) podobno opredeli odnos do alkohola in sicer v abstinate, zmerne pivce, pretirane pivce, odvisne od alkohola in nepopravljivo odvisne od alkohola. Može (2002) se ogreva za razdelitev odnosa ljudi do alkohola na abstinate, zmerne potrošnike alkoholnih pijač, utirjene ali pretirane ali problematične pivce, osebe, odvisne od alkohola in zdravljene alkoholike.

Abstinenti so osebe, ki ne uživajo alkoholnih pijač in jih tudi nikoli niso. Pri nas je takih izjemno malo. Statistika govori, da se 5 % oseb ocenjuje za abstinate (Može, 2002).

Ko človek popije prvi kozarec alkohola se začne pomikati v smer zmernih pivcev, ki občasno ali priložnostno kaj popije in zaradi tega ni prizadeti, niti on sam, niti njegova okolica. Zanj je značilno, da se sam odloči, da bo pil, kje, s kom in kaj bo pil ter koliko bo pil. Pri tem pa se je sposoben vedno odreči pijače, ko to želi, še preden se opije. Zmerno pitje pomeni obvladovano pitje. Opredelitev, kdo je zmerni pivce, je odvisno med drugimi tudi od družbe, kjer človek živi. Pri nas imamo odnos do pitja z visoko in pretirano toleranco do popivanja alkohola, saj je pitje alkohola v navadi, je splošno sprejeto in celo zahtevano vedenje. (Može, 2002; Zihlerl, 1988).

Svetovna zdravstvena organizacija (2001) je opredelila mere količin zaužitega alkohola v določenem časovnem obdobju, ki še ne škodujejo našemu zdravju, govorimo o manj tvegani rabi alkohola: zdrav moški sme popiti dve enoti alkohola

na dan (ali 20 gramov čistega alkohola) in zdrava ženska, ki ne načrtuje nosečnosti in ni noseča ali ne doji, pa sme popiti eno enoto alkohola na dan (ali 10 gramov čistega alkohola). 1 enota alkohola vsebuje 10 gramov čistega alkohola, kar predstavlja 1 dl vina, 0,25 l piva, 0.3 dl žgane pijače.

Pretiran, utirjen, problematičen pivca je tisti, ki pretiravajo glede tega, kje in kolikokrat pije, pogosto pije brez pravega povoda in morda kar sam, že dopoldne. Pri tem lahko pretirava s količino in se že opijejo. Pretirano pitje pomeni, da nekdo krši nenapisana pravila o načinu pitja in količini zaužite pijače okolja, v katerem živi in dela. Za pretiranega pivca je značilno dolgotrajno uživanje alkohola, ki ga označujemo kot zlorabo, pri tem imamo opravka s tveganim načinom uživanja (poveča se tveganje za zdravje in odgovorno vedenje) in s škodljivim načinom rabe (zaradi uživanja alkohola je že povzročena okvara zdravja), ne moremo pa še govoriti o odvisnosti (Ziherl, 1988; Može, 2002). Škodljiva raba alkohola je uživanje alkohola na način, ki že pušča posledice na telesnem ali duševnem zdravju, ne moremo pa še govoriti o odvisnosti. Kriteriji Ameriške psihiatričnega združenja (diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj DSM-IV govori o škodljivi rabi alkohola, če je prisoten vsaj eden od naslednjih dejavnikov:

nezadovoljivo izpolnjevanje socialnih obveznosti;

ponavljajoča se raba alkohola v fizično nevarnih okoliščinah (promet);

ponavljajoča se kazniva dejanja;

nadaljevanje uživanja alkohola kljub težavam v medosebnih in socialnih odnosih, ki jih povezujemo z alkoholom.

Po MKB-9 govorimo o škodljivi uživanju alkohola, ko obstaja tak vzorec rabe pas, ki povzroča okvaro zdravja.

Če ugotovimo, da gre pri posamezniku za škodljivo rabo alkohola, ga poučimo o škodljivem učinku alkohola, nevarnosti razvoja odvisnosti, možnimi posledicami za zdravje in socialno delovanje.

2.2. Odvisnost od psihoaktivnih snovi in razvoj odvisnosti

Odvisnost od psihoaktivnih snovi je motnja, ki zajame telesno, duševno in socialno blagostanje in njegove okolice. Ni samo razvada in stil življenja temveč tudi bolezen, ki spremeni strukturo in delovanje možganov osebe, ki je zasvojena (Kastelic, Mikulan, 2004).

Mednarodna klasifikacija bolezni (MKB-10) navaja, da gre za odvisnost, če so prisotni najmanj štirje od naslednjih kriterijev (Kastelic, Mikulan, 2004; Auer, 2001):

močna želja ali občutek neutolažljivega sla po drogi;

zmanjšana zmožnost nadzora vedenja, povezanega z uživanjem drog;

odtegnitvena kriza ob prenehanju uživanja drog;

pojav rasti tolerance na učinek drog, zaradi česar se razvije potreba po vedno večjih količinah ali manjši učinek z enakimi količinami;

preokupacija z rabo droge, manifestira se z opuščanjem drugih užitkov in interesov;

trajna raba drog, kljub očitnim škodljivim posledicam, ki se jih odvisni zaveda.

Pri oceni odvisnosti je pomembno upoštevati pogostost uživanja, vrsto in količino droge, način in vzorec jemanja, potek odvisnosti in kariera odvisnosti.

V praksi se pogosto uporablja izraz problematična raba drog. Gre za rabo, ki ima resne fizične, psihične in socialne posledice. O njej govorimo tako pri odvisnih kot pri tistih, ki še niso odvisni, a droge uživajo prekomerno ali na kakšen drug škodljiv način.

Odvisnost je proces, ki se razvija in pogloblja. Več kot je prisotnih kriterijev, hujša je odvisnost. Samo uživanje drog je napredujoč proces, ki se začne z eksperimentiranjem in jemanjem drog zaradi užitka in socialnega druženja.

Naslednji stopnja je uživanje z namenom, da bi posameznik vplival na svoje počutje in vedenje. Ko posamezniku uživanje drog pride v navado, postane to njegov življenjski slog. Prejšnji interesi izgubljajo pomen, pridobiva »narkomanske« prijatelje, preokupiran je z drogo in odvisnost od drog postane novo stanje. Za uspešno zdravljenje je pomembno prepoznati posamezne korake, saj je od njih odvisna uspešnost zdravljenja in rehabilitacija (Kastelic, Mikulan, 2004).

Osrednji vzrok za začetno jemanje drog je radovednost in hlapenje po vznemirjenju in pritisk vrstnikih skupin. Oseba se odloči za jemanje drog, da bi se potrdil med vrstniki in da poskusi njihov učinek. Prvi poskusi jemanja drog se začne z dovoljeno drogo, kot so alkohol in tobak. Nekateri se tukaj ustavijo ali prenehajo, drugi mladostniki pa nadaljujejo z marihuano. Prve izkušnje z drogo so ponavadi neprijetne. V fazi socialnega jemanja je značilno, da drogo uživa v različnih okoliščinah in priložnostih. Mladostniki se zgledujejo po sovrstnikih (subkultura) in opaža spremembe vedenja in razpoloženja ter skriva uživanje pred starši. Pokaže se prva nemotiviranost za prejšnje interese in šolo. V fazi instrumentalnega jemanja droge mladostnik pridobi izkušnje, kako droga vpliva na čustvovanje in vedenje ter ugodje. Išče posebna čustvena in vedenjska stanja, preizkuša različne droge. Okolica že prepozna in tudi vedenje se očitno spremeni, poslabša se šolski uspeh in vse bolj zaostaja od pouka. Mladostniki jemlje drogo iz hedonističnih (užitkarskih) nagibov, ali iz kompenzacije, da prebrodi stresne situacije (gre za samozdravljenje določenih duševnih stanj). V habitualni fazi se pojavijo prvi simptomi bolezenske odvisnosti. Ključno v tej fazi je prilagajanje razpoloženja drogi. Čustveno stanje se po prenehanju učinkovanja drog ne normalizira, pojavi se rahla depresija, težave s koncentracijo, nemir, težave s spanjem. Mladostnik se zaveda razvijajoče odvisnosti in si postavlja meje v zvezi z rabo drog, vendar se mej ne uspe držati. Toleranca narašča in pojavijo se odtegnitveni znaki. V fazi kompulzivne obsedenosti z drogo se kaže popolna odvisnost, edini odnos, ki ga zmora je droga, občasno poskuša nadzorovati jemanje drog, ki pa je pogosto neuspešen kar mu dodatno zniža samospoštovanje, sram in obupa. Posameznik ima različne telesne težave, jemanje ne skriva več. Zadnja faza je odvisnost, kjer opazimo težave s pravosodnimi organi, je zanemarjen in pogosto bolan. Pogosto je agresiven in depresiven ter apatičen, v sebi obupa in kaže brezbržnost. V tej fazi lahko začne iskati pomoč (Kastelic, Mikulan, 2004).

2.3. Zloraba več psihoaktivnih snovi (politoksikomanija)

Strokovnjaki, ki se ukvarjajo z odvisnostjo s psihoaktivnimi snovmi v praksi opažajo prehajanje z droge na drogo. Zloraba drog sledi predvidljivemu vzorcu prehajanja iz ene na drugo drogo. Običajno se prične z eksperimentiranjem in rekreativno rabo drog (npr. alkohola in tobaka), sledi marihuana in nato druge nedovoljene droge (Auer, 2001).

Danes vedno več odvisnih uživa več drog, istočasno ali izmenično. Odvisnost od več drog je vedno bolj prevladujoč vzorec zlorabe drog in odvisnosti od njih.

Uživanje več drog lahko pomeni hujšo odvisnost, pogostejše pri tistih s psihiatričnimi soboleznimi (dvojne diagnoze ali komorbidnost), tistih, ki živijo v težkih socialnih okoliščinah, ali so vpleteni v kriminal, in tisti, kjer je v družini že prisotna kakšna odvisnost. Poleg heroina uživajo še pomirjevala, alkohol, marihuano, hašiš ali kokain. Najpogostejše kombinacije so marihuana in alkohol, alkohol in tablete, heroin in alkohol, heroin in kokain, kokain in alkohol ali kar vse troje skupaj. Razlog za kombiniranje je največkrat želja po stopnjevanju učinkov zadetosti ali pa pomanjkanje denarja za drogo (Auer, 2001).

V ZDA naj bi bilo od 20 do 50 % odvisnih od heroina istočasno odvisnih tudi od kokaina, ki ga nato z leti zamenjajo z alkoholom. V Berlinu so leta 1997 ocenjevali, da med 7 in 8 tisoč odvisnih uživa le eno drogo 1,4% in 76% jih uživa pet ali več drog hkrati. Večina jih je poleg heroina uživala kokain v 76 %, kanabis v 70%, psihoaktivna zdravila v 68% in alkohol v 47% (Auer, 2001).

Čim več različnih drog uživa, tem bolj nepredvidljiv je učinek in tem težje je zdravljenje. Nepredvidljivi so abstinenčni znaki, poželenje ter psihične in telesne posledice uživanja.

2.4. Razširjenost uporabe alkohola v Sloveniji

Poraba alkohola v Sloveniji je med največjimi v Evropi in ocena dosega 13 do 15 litrov čistega alkohola na prebivalca v enem letu. Alkoholne pijače v Sloveniji vsaj občasno uživa večina odraslih prebivalcev. Vsak dan pije alkoholne pijače vsaj 13% anketiranih oseb (22% moških in 6% žensk). Nadaljnjih 35% pije alkohol vsaj ena do dva dni v tednu (47% moških, 25% žensk). Tvegano pivsko vedenje, kar pomeni, da ni več relativno varne količine alkohola na dan, ima 59% anketiranih oseb (68% moških, 52% žensk) v raziskavi ugotavljanja razširjenosti rabe alkohola med prebivalci Slovenije v okviru Slovenskega javnega mnenja (N=1007) (1999). Po grobih ocenah je v Sloveniji med 130.000 in 175.000 ljudi, ki so odvisni od alkohola ali približno 10% odraslih prebivalcev Slovenije je odvisnih od alkohola. Raziskava razširjenosti rabe alkohola (Hovnik-Keršmanc, Čebašek-Travnik, 1999) med prebivalci Slovenije starimi 18 let in več pokazala, da imamo le 5% abstinentov, rednih pivcev, ki pijejo alkoholne pijače vsaj enkrat ali dvakrat tedensko je 48%, vsak dan pije alkoholne pijače 13% prebivalstva.

Podatki iz tujine (Može, 2002) kažejo, da je med osebami, ki obiskujejo splošno ambulanto od 20 do 50% takšnih, ki imajo težave zaradi škodljivega uživanja alkoholnih pijač. 38% prometnih nesreč je povzročenih pod vplivom alkohola.

2.5. Odkrivanje tveganega in škodljivega pitja alkoholnih pijač

Postopki za odiranje tveganega in škodljivega uživanja alkohola so različni in so v domeni medicine – zdravnikov. Mnogi ljudje, ki pijejo alkohol lahko prehajajo iz ene skupine v drugo glede na pitje alkohola. Mnogi pijejo manj tvegano (moški ne več kot 14 enot alkohola tedensko in ne več kot 5 enot ob eni priložnosti in ženske pa ne več kot 7 enot tedensko in ne več kot 3 enote ob eni priložnosti). V posameznih situacijah pa lahko preidejo v na področja tveganega ali škodljivega pitja. Ključno je zgodnje odkrivanje tveganega pitja alkohola, saj lahko z ustreznimi intervencijami in ukrepi preprečimo škodo, ki bi lahko nastala z nadaljevanjem takega vzorca pitja (Babor in drugi, 2001).

Osebe, ki so odvisne od opiatih drog skušajo pitje prikazati manjše, kot je v resnici. Za pridobivanje podatkov o škodljivem pitju lahko uporabljamo standardizirane vprašalnike. Ključen pa je celosten pregled, ki ga opravi zdravnik. Pozitiven rezultat pri prevajalnem testnih vprašanjih še ne pomeni zanesljiva potrditev škodljivega pitja.

V namen presejanih testov imamo na razpolago različne vprašalnike, kot so AUDIT, AUDIT-C (The Alcohol Use Disorders Identification Test), ki ga je oblikovala Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization, 2001), CAGE, MAST, MALT in drugi.

3. EMPIRIČNI DEL

3.1. Opredelitev raziskovalnega problema in cilj raziskave

V Centru za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog opazamo, da ima tretjina hospitaliziranih oseb, ki so odvisne od prepovedanih drog tvegan in škodljiv način uporabe alkoholnih pijač. Pred leti smo se odločili, da raziščemo problem. Ko ugotovimo, da ima oseba verjetno težave zaradi pitja alkohola, skušamo ugotoviti naravo, širino in globino teh težav. Za vzdrževanje abstinence je pomembno, da osebe poznajo in so kritične do preteklega konzulmiranja alkoholnih pijač. Za dobro abstinenco od opiatnih drog je pomembno, da tudi abstinirajo od alkohola. V raziskavi želim ugotoviti, kakšen odnos imajo do pitja alkoholnih pijač osebe, odvisne od drog. Z vprašalnikom AUDIT bom preverila tvegano rabo alkoholnih pijač, znake odvisnosti ter škodljivo rabo alkohola.

Ker pogosto naletimo na visoko toleranco in nekritičnostjo do pitja alkoholnih pijač, želim ugotoviti, kakšna je dejanska razlika v izpolnjevanju vprašalnikov v dveh testiranjih.

3.2. Raziskovalna vprašanja

Koliko odstotkov oseb, odvisnih od prepovedanih drog pije alkoholne pijače prekomerno in na škodljiv način? Koliko odstotkov oseb, odvisnih od prepovedanih drog je tudi odvisnih od alkohola? Ali osebe, ki so odvisne od drog podajajo enake odgovore v obeh testiranjih? Kako oseb, ki so odvisne od opiatnih drog kadi tobak?

3.3. Raziskovalna metodologija

3.3.1. Opis metod in tehnik zbiranja podatkov

3.3.1.1. Merski inštrumentarij

Za empirično preverjanje smo uporabili preveden in prirejen vprašalnik AUDIT. AUDIT vprašalnik je namenjen presejanim testom, ki ga je Svetovna zdravstvena organizacija priporočila kot diagnostični pripomoček, kjer spoznavamo vzorec pitja alkohola ter posledice, ki se že odražajo. Vprašalnik sta za slovensko uporabo prevedla in priredila Zdenka Čebašek Travnik in Marko Kolšek (Židernik, Čebašek Travnik, 2003).

AUDIT vprašalnik vsebuje uvodna vprašanja za ugotavljanje starosti in spola in datuma izpolnjevanja, deset vprašanj Likartove lestvice stališč o tveganem uživanju in škodljivem načinu rabe alkoholnih pijač. Vprašanja Likartovega tipa so ocenjena od 0 do 4, torej petstopenska lestvica. Izpolnjeni vprašalnik se ovrednoti glede na seštevek točk. Če je ta od 0 do 7, zadošča izobraževanje o možnostih škodljivih posledic pitja alkoholnih pijač, če je med 8 in 15, zadošča nasvet, če je med 16 in 19 je nasvetu potrebno dati kratke intervencije in terapevtsko spremljanje, če je med 20 in 40, pa je potrebno osebo usmeriti k specialistu za zdravljenje odvisnosti od alkohola (Židernik, Čebašek Travnik, 2003, Babon F.T. in drugi, 2001).

3.3.1.2. Postopek zbiranja podatkov

AUDIT vprašalniki so izpolnile vse osebe na dan, ko so bile sprejete v bolnišnično obravnavo na oddelek za detoksikacijo. Tiste osebe, ki so nadaljevale zdravljenje na oddelku za podaljšano intenzivno zdravljenje odvisnosti so ponovno izpolnile vprašalnik na dan, ko so bile premeščene, torej s intervalnim razmikom šestih tednov. Ker vse osebe, ki so hospitalizirane ne nadaljujejo v nadaljevalnem intenzivnem programu smo ločili izpolnjene vprašalnike, kjer je bilo opravljeno le enkratno presejano testiranje od tistih vprašalnikov, kjer so bile osebe testirane dvakrat. Za obe vrsti testiranja je metodološka obdelava predstavljena posebej. Vprašalniki so se zbirali od oktobra 2003 do vključno maj 2007.

3.3.2. Opis statistične množice in vzorca

3.3.2.1. Vzorec merjencev

V raziskavo je bilo zajetih 418 oseb, odvisnih od prepovedanih drog, ki so bili sprejeti v bolnišnično obravnavo v Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog. Od tega je bilo 83 oseb ponovno testiranih na oddelku za intenzivno zdravljenje odvisnosti.

SPOL IN STAROST

Frekvence
Procenti (%)

Moski

283

67,7

Ženske

135

32,3

Skupno

418

100,0

Tabela 1: Tabela prikazuje frekvenčno porazdelitve oseb po spolu.

N

Minimum

Maximum

Mean

Std. Deviation

Std. Error of Mean

Variance

Starost

418

15

51

27,43

5,170

0,253

26,725

Tabela 2: Tabela prikazuje deskriptivne statistike po starosti v raziskovalni populaciji.

V raziskavi je sodelovalo 418 oseb, od tega je 67,7% oseb moškega spola in 32,3 % oseb ženskega spola. Povprečna starost je bila 27,43 let. Standardna napaka ocene aritmetične sredine za starost je 0,25. Standardni odklon je 5,17, kar pomeni, da starost udeležencev raziskave za približno pet let v povprečju odstopajo navzgor in navzdol od aritmetične sredine. Najmlajša oseba v vzorcu ima starost 15 let in najstarejša ima 51 let. Varianca je 26,72.

3.3.2.2. Vzorec in opis spremenljivk

Neodvisne spremenljivke: leto rojstva, starost, spol (1- moški, 2 - ženska), odvisen od prepovedanih drog (1 - da, 2 – ne), kadilec tobaka (1 – da, 2 – ne). Odvisne spremenljivke: pogostost pitja alkoholnih pijač (0 – nikoli, 1 – 1x mesečno ali manj, 2 - 2-4x mesečno, 3 – 2-3x tedensko, 4 – 4x tedensko ali več), tipična količina alkoholne pijače ob pitju alkoholnih pijač (0 – 1-2 merice, 1 – 3-4 merice, 2 – 5-6 meric, 3 – 7, 8 ali 9 meric, 4 – 10 meric ali več), pogostost prekomernega pitja alkoholnih pijač (0 – nikoli, 1 – manj kot mesečno, 2 – mesečno, 3 – tedensko, 4 – dnevno ali skoraj vsak dan), kontrola pri čezmernem

pitju alkoholnih pijač (0 – nikoli, 1 – manj kot mesečno, 2 – mesečno, 3 – tedensko, 4 – dnevno ali skoraj vsak dan), pretiran, povečan poudarek pitju alkoholnih pijač (0 – nikoli, 1 – manj kot mesečno, 2 – mesečno, 3 – tedensko, 4 – dnevno ali skoraj vsak dan), pitje alkoholnih pijač že zjutraj (0 – nikoli, 1 – manj kot mesečno, 2 – mesečno, 3 – tedensko, 4 – dnevno ali skoraj vsak dan), občutki krivde po pitju alkoholnih pijač (0 – nikoli, 1 – manj kot mesečno, 2 – mesečno, 3 – tedensko, 4 – dnevno ali skoraj vsak dan), težave s spominom zaradi pitja alkoholnih pijač (0 – nikoli, 1 – manj kot mesečno, 2 – mesečno, 3 – tedensko, 4 – dnevno ali skoraj vsak dan), poškodbe povezane s pitjem alkoholnih pijač (0 – ne, 2 – da, a ne v minulem letu, 4 – da, bilo je v minulem letu), zaskrbljenost drugih zaradi pitja alkoholnih pijač (0 – ne, 2 – da, a ne v minulem letu, 4 – da, bilo je v minulem letu), skupno število doseženih točk na vprašalniku (možno število točk od 0 do 40; 0 točk = ni tveganja, 1-5 točk = nizko tveganje, 6 točk = tveganje za ženske, 7 točk = tveganje za moške, 8-15 točk = srednje visoko tveganje, 16-19 točk = visoko tveganje, škodljiva raba alkoholnih pijač, 20-40 točk = odvisnost od alkohola),

Spremenljivke so vse številskega tipa (rangi), razen spola, odvisen od psihoaktivnih snovi (drog) in kajenja, ki pa so kategorije oz. nominalne spremenljivke. Normalno porazdeljena spremenljivka je starost, vse ostale spremenljivke so asimetrične v desno.

3.3.4. Statistične metode obdelave podatkov

Dobljeni podatki iz populacije so bili obdelani s programom SPSS 11.0 za Windows. Postopek obdelave podatkov je bil sledeči: deskriptivna statistika, kjer so bile izračunane ocene parametrov, kot so frekvence, odstotki, aritmetična sredina, standardna napaka od aritmetične sredine, mediana, standardna deviacija, varianca, koeficient asimetrije, standardna napaka asimetrije, koeficient sploščenosti, standardna napaka sploščenosti, minimalna in maksimalna vrednost rezultatov; ugotovljene so bile merske karakteristike vprašalnika na objektivnost, diskriminativnost, zanesljivost (Cronbach alfa); za preizkušanje hipoteze o razlikah med aritmetičnimi sredinami je bil uporabljen t-test za odvisne vzorce – metoda razlik.

Vprašalnik je bil preverjen na zanesljivost s Cronachovim koeficientom alfa in je 0,8912 in Stand. item alfa je 0,8956, kar kaže na kar visoko zanesljivost vprašalnika.

4. REZULTATI IN INTERPRETACIJA

4.1. Deskriptivna ali opisna statistika

TVEGANA UPORABA ALKOHOLA

1. Pogostost pitja alkoholnih pijač

Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nikoli			
78	18,7	18,7	18,7
1 x mesečno ali manj			
155	37,1	37,1	55,7
2 do 4 x mesečno			
98	23,4	23,4	79,2
2 do 3 x tedensko			
46	11,0	11,0	90,2
4 x tedensko ali vec			
41	9,8	9,8	100,0
Total			
418	100,0	100,0	100,0

Tabela 3: Struktura oseb glede na frekvenčno porazdelitev in procentih po pogostost pitja.

Nikoli ne pije alkoholnih pijač 18,7 % oseb, odvisnih od prepovedanih drog. Poudariti moram, da ob pregledu vprašalnikov naletim tudi na odgovore, da nikoli ne pijejo alkoholne pijače nato pa pozitivno odgovarjajo na naslednja vprašanja. Sklepam, da je od 78 oseb vsaj 22 oseb (26,9 %) podalo socialno zaželenih odgovorov na to vprašanje. Enkrat na mesec pije 37,1 % oseb v zbranem vzorcu. Vsak teden pije 23,4 % oseb, do 3 krat na teden pije 11 % oseb ter vsak dan pije alkoholnih pijač 9,8 % oseb, odvisnih od opiatnih drog.

2. Tipična količina popitega alkohola ob eni priložnosti

Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 ali 2 merici			
179	42,8	42,8	42,8
179	42,8	42,8	42,8
3 ali 4 merice			
81	19,4	19,4	62,2
81	19,4	19,4	62,2
5 ali 6 meric			
80	19,1	19,1	81,3
80	19,1	19,1	81,3
7, 8 ali 9 meric			
35	8,4	8,4	89,7
35	8,4	8,4	89,7
10 ali vec meric			
43	10,3	10,3	100,0
43	10,3	10,3	100,0
Total			
418	100,0	100,0	100,0
418	100,0	100,0	100,0

Tabela 4: Struktura oseb glede na frekvenčno porazdelitev in procentih po količini pitja ob eni priložnosti.

Osebe, odvisne od opiatih drog pravijo, da pijejo alkoholne pijače v 42,8 % ob eni priložnosti le 1 do 2 merici alkohola. 19,4 % oseb meni, da spiije 3 do 4 merice ob eni priložnosti, kar še lahko trdimo, da ne gre za zdravje škodljivo pitje ob eni priložnosti. 19,1 % oseb navaja, da pijejo ob eni priložnosti zdravju škodljiv način. 18,7 % oseb pa pije takšno količino alkohola ob eni priložnosti, ki lahko nakazujejo za zdravju zelo škodljivo rabo alkohola in na problematično, prekomerno pitje alkoholnih pijač.

3. Škodljiva raba alkohola (5 do 6 meric) ob eni priložnosti / pogostost prekomernega pitja

Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
nikoli			
101	24,2	24,2	24,2
manj kot mesečno			
167	40,0	40,0	64,1
mesečno			
77	18,4	18,4	82,5
tedensko			
48	11,5	11,5	94,0
dnevno ali skoraj vsak dan			
25	6,0	6,0	100,0
Total			
418	100,0	100,0	100,0

Tabela 5: Struktura oseb glede na frekvenčno porazdelitev in procentih po pogostosti prekomernega pitja.

24,2 % oseb, odvisnih od drog navaja, da nikoli ne pijejo alkohola na prekomeren način. 40 % oseb navaja, da prekomerno pijejo manj kot enkrat mesečno, 18,4 % pa jih navaja, da zlorabijo alkohol za prekomerno pitje vsak mesec. Tedensko zlorablja alkohola 11,5 % oseb, odvisnih od drog ter vsak dan 6 % oseb.

ZNAKI ODVISNOSTI OD ALKOHOLA

4. Nemoč prenehati s pitjem alkohola / kontrola pri čezmernem pitju

Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nikoli			
303	72,5	72,5	72,5
56	13,4	85,9	
Manj kot mesečno			
18	4,3	90,2	
22	5,3	95,5	
Tedensko			
19	4,5	100,0	
418	100,0		
Mesečno			
18	4,3		
22	5,3		
Tedensko			
19	4,5		
dnevno ali skoraj vsak dan			
19	4,5		
418	100,0		
Total			
418	100,0		
	100,0		

Tabela 6: Struktura oseb glede na frekvenčno porazdelitev in odstotke po kontroli pri čezmernega pitja.

72,5 oseb, odvisnih od drog navaja, da ni nikoli imelo težavo s kontrolo pitja alkoholnih pijač. 13,4 % oseb navaja, da je imelo težave s kontrolo pitja manj kot enkrat mesečno, 4,3 % oseb navaja, da ima mesečno težave s kontrolo pitja in 5,3 % tedensko. Skoraj vsak dan ima težave s kontrolo prekomernega pitja 4,5 % oseb, odvisnih od drog. Trdimo lahko, da ima znake odvisnosti od alkohola približno 10 % oseb, odvisnih od drog.

5. Nezmožnost opravljanja vsakdanjih zadolžitev zaradi pitja alkohola / povečanje poudarka pitju

Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nikoli			
329	78,7	78,7	78,7
manj kot mesecno			
46	11,0	11,0	89,7
Mesecno			
17	4,1	4,1	93,8
Tedensko			
18	4,3	4,3	98,1
dnevno ali skoraj vsak dan			
8	1,9		

1,9
 100,0
Total
 418
 100,0
 100,0

Tabela 7: Struktura oseb glede na frekvenčno porazdelitev in odstotke po povečanem poudarku pitju alkoholnih pijač.

V 78,7 % osebe, odvisne od opiatnih drog navaja, da nikoli niso imeli težave z opravljanjem vsakodnevnih življenjskih zadolžitev zaradi pitja alkoholnih pijač. Manj kot enkrat na mesec so imeli težave z opravljanjem vsakodnevnih zadolžitev 11 % oseb in mesečno 4,1 % oseb. Tedensko in dnevno ima težave z opravljanjem zadolžitev zaradi pitja alkohola 6,2 % oseb, odvisnih od opiatnih drog.

6. Pitje alkohola že zjutraj

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
nikoli	369	88,3	88,3	88,3
manj kot mesecno	18	4,3	4,3	92,6
mesečno	12	2,9	2,9	95,5
tedensko	8	1,9	1,9	97,4
dnevno ali skoraj vsak dan	11	2,6	2,6	

100,0

Total

418

100,0

100,0

Tabela 8: Struktura oseb glede na frekvenčno porazdelitev in odstotke po pitju alkoholnih pijač že zjutraj.

V 88,3 % navajajo, da nikoli ne pijejo alkoholnih pijač zjutraj. 4,3 % oseb, odvisnih od opiatnih drog navaja, da pijejo že zjutraj manj kot enkrat na mesec, 2,9 % pa jih navaja, da jih pije mesečno že zjutraj. Tedensko ali vsak dan jih pije alkoholne pijače že zjutraj 4,5 % oseb, odvisnih od opiatnih drog, kar kaže na znake odvisnosti od alkohola.

ŠKODLJIVA UPORABA ALKOHOLA

7. Občutek slabe vesti in krivde zaradi pitja alkohola

Frequency

Percent

Valid Percent

Cumulative Percent

nikoli

309

73,9

73,9

73,9

manj kot mesecno

69

16,5

16,5

90,4

mesečno

21

5,0

5,0

95,5

tedensko

9

2,2

2,2

97,6

dnevno ali skoraj vsak dan

10

2,4

2,4
 100,0
Total
 418
 100,0
 100,0

Tabela 9: Struktura oseb, odvisnih od opiatov glede na frekvenčno porazdelitev in odstotke odgovorov na vprašanje o občutkih krivde, zaradi pitja alkohola.

V 73,9 % so osebe, odvisne od opiatov mnenja, da nimajo nikoli slabo vest in občutek krivde zaradi pitja alkohola. 16,5 % oseb ima manj kot mesečno občutek slabe vesti in vsak mesec 5 % oseb, odvisnih od drog. Tedensko ali vsak dan ima slabo vest in občutek krivde 4,6 % oseb, odvisnih od opiatnih drog.

8. Težave s spominom povezane s pitjem alkohola

Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
nikoli			
293	70,1	70,1	70,1
manj kot mesecno			
83	19,9	19,9	90,0
mesečno			
17	4,1	4,1	94,0
tedensko			
15	3,6	3,6	97,6
dnevno ali skoraj vsak dan			
10			

2,4
 2,4
 100,0
Total
 418
 100,0
 100,0

Tabela 10: Struktura oseb glede na frekvenčno porazdelitev in odstotke po izgubi spomina.

70,1 % oseb navaja, da ni imelo nikoli izgubo spomina zaradi pitja alkohola. Manj kot enkrat na mesec je imelo izguba spomina 19,9 % oseb in mesečno 4,1 % oseb, odvisnih od opiatov. Tedensko ali vsak dan je imelo izgubo spomina 6 % oseb, kar nakazuje na prekomerno pitje in odvisnost od alkohola.

9. Poškodbe, kot posledica pitja alkohola

Frequency
Percent
Valid Percent
Cumulative Percent
ne
 331
 79,2
 79,2
 79,2
da, a ne v minulem letu
 58
 13,9
 13,9
 93,1
da, bilo je v minulem letu
 29
 6,9
 6,9
 100,0
Total
 418
 100,0
 100,0

Tabela 11: Struktura oseb glede na frekvenčno porazdelitev in odstotke po poškodbah zaradi pitja alkoholnih pijač.

79,2 % oseb navaja, da zaradi pitja alkohola niso imeli posledic ter, da niso nikoli poškodovali sebe ali drugih. 13,9 % oseb navaja, da je imelo v svoji karieri pitja alkohola poškodbe in 6,9 % oseb navaja, da so imele poškodbe v minulem letu.

10. Zaskrbljenost drugih oseb zaradi prekomernega pitja alkohola

Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ne	339	81,1	81,1
da, a ne v minulem letu	29	6,9	88,0
da, bilo je v minulem letu	50	12,0	100,0
Total	418	100,0	100,0

Tabela 12: Struktura oseb glede na frekvenčno porazdelitev in odstotke po zaskrbljenosti drugih zaradi pitja alkoholnih pijač.

81,1 % oseb, odvisnih od drog navaja, da zaradi njihovega pitja niso zaskrbljeni najbližji svojci, prijatelji, zdravnik ali drugo zdravstveno osebje. 6,9 % oseb navaja, da so bili opozorjeni glede prekomernega pitja v času kariere pitja in 12 % oseb navaja, da so bili opozorjeni v minulem letu, kar kaže na okoli 19 % ima težave z odvisnostjo od alkohola.

STOPNJA RIZIČNOSTI

Skupno število doseženih točk na vprašalniku, ki ugotavlja škodljivo rabo alkohola

Tabela 13: Tabelarični prikaz frekvenčne porazdelitve in odstotkov glede na skupno število točk

Skupno število doseženih točk

Frequency

Percent

Valid Percent

Cumulative Percent

0 točk = ni tveganja

56

13,4

13,4

13,4

1-5 točk = nizko tveganje

166

39,7

39,7

53,1

6 točk = tveganje za zenske

6 točk = nizko tveganje za moške

10

25

2,4

5,9

2,4

5,9

55,5

61,4

7 točk = tveganje za moške

7 točk = srednje visoko tveganje za ženske

19

3

4,5

0,7

4,5

0,7

65,9

66,6

8-15 točk = srednje visoko tveganje

81

19,4

19,4

86,1

16-19 točk = visoko tveganje, škodljiva raba

19

4,5

4,5
 90,7
 20-40 točk = odvisnost od alkohola
 39
 9,3
 9,3
 100,0
Total
418
100,0
100,0

Tabela 14: Struktura oseb, odvisnih od drog glede na stopnjo rizičnosti.

Graf 1: Strukturni krog oseb, odvisnih od drog glede na stopnjo rizičnosti škodljivega pitja alkoholnih pijač

Pri 13,4 % oseb, odvisnih od opiatnih drog ni tveganja za prekomerno pitje in odvisnost od alkohola. Ta skupina oseb navaja, da nikoli ne pijejo alkoholnih pijač. Potrebno je še raziskati ali so abstinenti ali so podali socialno zaželene odgovore. Nizko tveganje se pokaže pri 45,6 % oseb, odvisnih od drog. Meja za tvegano uporabo alkoholnih pijač za ženske je 6 točk in za moške 7 točk. 2,4 % žensk in 4,5 % moških je na meji tveganega načina uživanja alkohola. 20,1 % oseb, odvisnih od opiatnih drog uživa alkohol z srednje visokim tveganjem, ker lahko že nakazuje na škodljivo pitje alkohola. Z visokim tveganjem in škodljivo rabo alkohola se poslužuje 4,5 % oseb in od alkohola je odvisnih 9,3 % oseb, ki so primarno ali sekundarno odvisne od opaitnih drog. Zanimivo bi bilo raziskati povezavo zlorabe alkohola z odvisnostjo z različnimi vrstami drog (npr. kanabis, kokain, benzodiazepini, plesne droge, heroin).

Mean
 7,18
Std. Error of Mean
 ,537
Median
 1,00
Std. Deviation
 10,983
Variance
 120,616
Skewness
 2,199
Std. Error of Skewness
 ,119
Kurtosis
 3,746

Std. Error of Kurtosis

,238

Minimum

0

Maximum

39

Tabela 15: Opisna statistika za stopnjo rizičnosti (skupno število točk).

KAJENJE TOBAKA**Frequency****Percent****Valid Percent****Cumulative Percent****kadilec tobaka**

412

98,6

98,6

98,6

Nekadilec

6

1,4

1,4

100,0

Total

418

100,0

100,0

Tabela 15: Struktura oseb, odvisni od opaitnih drog, ki so kadilci ali nekadilci.

Iz tabele vidimo, da samo 6 (1,4 %) oseb ne kadi tobaka. Poudarim naj, da od tega sta se 2 osebi odvadili od kajenja v ustanovi Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog.

5.2. Skladnost odgovorov testirancev oz. razlike v odgovorih

V raziskavi je bilo testiranih na skladnost odgovorov 82 oseb, odvisnih od drog. Prvo reševanje vprašalnika je bilo ob sprejemu na detoksikacijski oddelek in drugo reševanje vprašalnika je bilo čez 6 tednov ob sprejemu na oddelek za podaljšano intenzivno zdravljenje odvisnosti. Odgovori so se na grobo skladali le pri 10 osebah, odvisnih od drog.

Z metodo razlik smo izračunala razliko med vrednostmi spremenljivke skupno.

Mean
N
Std. Deviation
Std. Error Mean
Pair 1
Skupen seštevek tock na prvem testiranju (T1)
6,36
83
7,853
,862

Skupen seštevek tock na drugem testiranju (T2)
8,23
83
8,096
,889

Tabela: Aritmetična sredina za T1 in T2.

N
Correlation
Sig.
Pair 1
Skupen seštevek tock na prvem testiranju (T1) & Skupen seštevek tock na drugem testiranju (T2)
83
,712
,000

Tabela: Korelacija med T1 in T2.

Paired Differences
T
df
Sig. (2-tailed)
Mean
Std. Deviation
Std. Error Mean
95% Confidence Interval of the Difference

LowerUpperPair 1 (T1) - (T2)**-1,876**,056,665-3,19-,55**-2,809**82,006**Tabela: T – test med T1 in T2.**

Pri oceni aritmetičnih sredin obeh testiranj se že pokažejo razlike ($M=-1,87$). Ali so razlike statistično pomembne? S preizkušanjem ničelne hipoteze, ki pravi, da med aritmetičnimi sredinami ni razlik ($H_0: M=M_1-M_2=0$) ter s preizkušanjem alternativne hipoteze, ki pravi, da med aritmetičnimi sredinami so razlike ($H_1: M=M_1 - M_2 \neq 0$) je testna statistika sledeča: $t_e = -2,809$, t_t ($p=0,05$; $df=82$). Razlika je statistično pomembna na stopnji tveganja 5%, ker je $p < 0,05$. Ničelno hipotezo zavrnem in sprejemam alternativno.

Testirana je bila statistična pomembnost razlik med ocenami aritmetičnih sredin med 10 parametri vprašalnika. Pri vseh se je izkazala, statistično pomembna razlika med prvim in drugim testiranjem. Prav tako so pri vseh 10 parametrih ocene aritmetičnih sredin večje pri drugem testiranju kot pri prvem, ki so manjše. Zaključim lahko, da osebe, odvisne od drog podajajo socialno zaželene odgovore ter do svojega pitja alkoholnih pijač niso povsem kritične ob začetku detoksikacije. Ko pa pridobijo nekaj znanja o odvisnosti in uvidijo v svoj problem postajajo bolj kritične do svojega pitja alkoholnih pijač.

5. ZAKLJUČEK

Pri 13,4 % oseb, odvisnih od opiatnih drog pravijo, da ne pijejo alkoholnih pijač. 45,5% oseb pa navaja, da pijejo alkoholne pijače na način, ki ga lahko smatramo za nizko tveganje. 2,4% žensk in 4,5% moških doseže spodnjo točko tveganja za odvisnost od alkohola in 33,9 % oseb ima težave z alkoholoma ali pa so odvisne od alkohola.

Pri ugotavljanju razlik med prvim in drugim testiranjem so se pokazale pomembne razlike na obeh testiranjih. To lahko nakazuje socialno zaželene odgovore. Vprašalnik nima vgrajene varovalke pred socialno zaželenimi odgovori. Vprašalnik se tudi verjetno drugače obnaša na populaciji oseb, odvisnih od drog kot pa na splošni populaciji, zato bi bilo smiselno primerjati to populacijo s splošno.

Iz raziskave lahko trdimo, da imajo približno 40 % osebe, ki so odvisne od opiatnih drog težave s škodljivim uživanjem alkoholnih pijač. Zaključimo lahko, da je potrebno v bodoče posvetiti več pozornosti uživanju alkoholnih pijač. Na skupini preventive recidiva sicer obravnavamo temo o alkoholu, vendar se pred zaključkom zdravljenja posveča premalo pozornosti. Da posvečamo premalo pozornosti uživanju alkoholnih pijač opazimo v pogostih recidiv, ki so jih naredili prav z uživanjem alkoholnih pijač.

Skupina preventive recidiva, ki obravnava alkohola obravnava naslednja področja: izkušnje v zvezi z uživanjem alkoholnih pijač tekom svojega življenja, seznanitev z odnosom do alkoholnih pijač v družbi, odnos do alkohola v slovenski družbi, kakšen odnos ima posamezen član skupine do alkohola, predstavitev rezultatov presejalnega vprašalnika AUDIT in evalvacija vedenja in stališča do pitja alkoholnih pijač, ocena kritičnosti v odnosu do uživanja alkohola, prikaz morebitnih posledic zaradi uživanja alkoholnih pijač pri osebah, ki so odvisne od opiatnih drog ter sprejetje odločitve v zvezi z uživanjem alkoholnih pijač.

Predstavljane so tudi podporne pomoči v abstinenici. Vsak član skupine dobi ob

koncu skupine pisno terapevtsko nalogo, v kateri zapiše opis kje in kako v svojem življenju vidi prekomerno in škodljivo pitje alkoholnih pijač, kakšen je njegov odnos do alkohola, odločitve v prihodnosti v zvezi s pitjem alkoholnih pijač ter sprejetje odgovornosti za nastalo odločitev. V bodoče bi bilo potrebno več pozornosti posvetiti branju literature v zvezi s škodljivim pitjem in odvisnostjo od alkohola, s čemer bi omogočili bolj trdne odločitve v smeri abstinence posameznikov tudi na področju alkohola.

LITERATURA

Kastelic A, Mikulan M. Mladostnik in droga. Ljubljana: Prohealth, 2004.

Auer V. Droge in odvisnost. Ormož: samozal., Ibidem, 2001.

Hudolin V. Alkoholologija :ocjena invalidnosti i preostale radne sposobnosti alkoholičara : priručnik za ocjenu invalidnosti. Zagreb : Zajednica mirovinskog i inavlidskog osiguranja u SRH direkcija Zagreb, 1972.

Ziherl S. Kako se upreti alkoholu. Ljubljana, 1988.

Može A. Odvisnost od alkohola. Razvoj in zdravljenje. Idrija: Bogataj, 2002.

Thomas F. Babor in drugi: The Alcohol Use Disorders Identification Test.

Guidelines for Use in Primary Care. Second Edition. WHO, 2001.

Thomas F. Babor, Johan C. Figgins-Biddle. Brief Intervention For Hazardouse and Harmful Drinking. A Manual of Use in Primary Care. WHO, 2001.

HYPERLINK "<http://cobiss4.izum.si/scripts/cobiss?>

ukaz=FFRM&mode=5&id=0857348557498739&PF1=AU&PF2=TI&PF3=PY&PF4=KW&CS=a&PF5=CB&run=yes&SS1=%22Hovnik-Kersmanc,%20Marjetka%22" [Hovnik-Keršmanc Marjetka](#), HYPERLINK "<http://cobiss4.izum.si/scripts/cobiss?>

ukaz=FFRM&mode=5&id=0857348557498739&PF1=AU&PF2=TI&PF3=PY&PF4=KW&CS=a&PF5=CB&run=yes&SS1=%22Cebasek-Travnik,%20Zdenka%22" [Čebašek-Travnik Zdenka](#), HYPERLINK "<http://cobiss4.izum.si/scripts/cobiss?>

ukaz=FFRM&mode=5&id=0857348557498739&PF1=AU&PF2=TI&PF3=PY&PF4=KW&CS=a&PF5=CB&run=yes&SS1=%22Grobovsek-Opara,%20Sonja,%201946-%22" [Grobovšek-Opara Sonja](#), HYPERLINK "<http://cobiss4.izum.si/scripts/cobiss?>

ukaz=FFRM&mode=5&id=0857348557498739&PF1=AU&PF2=TI&PF3=PY&PF4=KW&CS=a&PF5=CB&run=yes&SS1=%22Vegnuti,%20Miljana%22" [Vegnuti Miljana](#), Trdič Jana, HYPERLINK "<http://cobiss4.izum.si/scripts/cobiss?>

ukaz=FFRM&mode=5&id=0857348557498739&PF1=AU&PF2=TI&PF3=PY&PF4=KW&CS=a&PF5=CB&run=yes&SS1=%22Belec,%20Miran%22" [BelecMiran](#).

Razširjenost rabe alkohola med prebivalci republike Slovenije, starimi 18 let in več : (poročilo I). Ljubljana : Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 1999.

HYPERLINK "<http://cobiss4.izum.si/scripts/cobiss?>

ukaz=FFRM&mode=5&id=1034551512376576&PF1=AU&PF2=TI&PF3=PY&PF4=KW&CS=a&PF5=CB&run=yes&SS1=%22Ambrožič,Franci,%201952-2002%22" [Ambrožič Franci](#), HYPERLINK "<http://cobiss4.izum.si/scripts/cobiss?>

ukaz=FFRM&mode=5&id=1034551512376576&PF1=AU&PF2=TI&PF3=PY&PF

4=KW&CS=a&PF5=CB&run=yes&SS1=%22Leskosek,%20Bojan%22" [Leskošek Bojan](#), HYPERLINK "http://cobiss4.izum.si/scripts/cobiss? ukaz=FFRM&mode=5&id=1034551512376576&PF1=AU&PF2=TI&PF3=PY&PF 4=KW&CS=a&PF5=CB&run=yes&SS1=%22Rovan,%20Joze,%201953-%22" [Rovan Jože](#). Uvod v SPSS : (verzija 8.0 za Windows 95/98/NT). Ljubljana : Fakulteta za šport, Inštitut za kineziologijo, 1999.

DNEVNI ODDELEK CENTRA ZA ZDRAVLJENJE ODVISNOSTI OD PREPOVEDANIH DROG (CZOPD)

Rezka Horvat, dipl.m.s., Center za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog,
Psihiatrična klinika Ljubljana.

Odvisnost je motnja, ki zajame tako telesno kot duševno in socialno blagostanje zasvojenca in njegove okolice. Nedvomno pa ni samo razvada in stil življenja, temveč tudi bolezen, ki danes popolnoma dokazljivo spremeni strukturo in delovanje možganov zasvojenca.

Želja in pripravljenost opustiti škodljivo vedenje morda še zadostuje za vzpostavitev abstinence, nikakor pa ne za njeno vzdrževanje. Če bi bilo to tako preprosto, bi se ljudje pač odločili, da s škodljivim vedenjem prenehajo in odvisnosti sploh ne bi poznali. Pa morajo poleg odločitve, ki je seveda začetni in nujno potrebn korak za spremembo življenja, spremeniti še marsikaj drugega. Zdravljenje je proces, ki je sestavljen iz doseganja zadostne motivacije oziroma priprave na zdravljenje, zdravljenja samega ter zdravstvene in psihosocialne rehabilitacije.

Pri tem mora zasvojenec seveda prepoznati, da je sploh zasvojen, se odločiti za spremembo, to izpeljati ter se jo naučiti in imeti moč obdržati.

Odvisnost je kronična bolezen, te pa so v medicinskem jeziku tiste, ki trajajo več kot pol leta. Kronično ne pomeni neozdravljivo, dejstvo pa je, da je prognoza vseh kroničnih bolezni približno enaka. Pri tretjini bolnikov se bolezen z ustreznim zdravljenjem in spremljanjem dobro zazdravi, druga tretjina ima obdobja zazdravljenja z občasnimi ponovnimi izbruhi bolezni, tretjina pa ima slabo prognozo s pogosto prisotnimi težavami in morda s prezgodnjo smrtjo. Pri boleznih odvisnosti je zadnja skupina bolnikov nekoliko večja, saj je med zasvojenca približno desetkrat več samomorov (overdose) in nasilnih smrti kot v celotni populaciji. Pri uživalcih drog pa so pogosto prisotne tudi okužbe.

Očitno torej vsem ne uspe. Morda ne le zato ker tega nočejo, temveč ker ne zmorejo. Vloga terapevta pri tem je zasvojenca pomagati na njegovi poti in pospešiti spremembe, ki jih zmore. Tudi če ne vodijo do končne ozdravitve, naj mu pomaga doseči čim bolj zdrav način življenja in ga naučiti z boleznijo živeti. To je nekako sprejemljivo za vse druge težave v življenju, le pri razmišljanju o odvisnosti tega zaradi moralnih pomislekov morda ne moremo sprejeti.

Obravnava zasvojenec z drogami mora pomagati tistim, ki želijo z drogo prenehati in vzdrževati abstinenco. Tistim, ki tega ne zmorejo, pa omogoči, da ne umrejo in se ne okužijo. Tako imajo možnost doživeti trenutek, ko se bodo morda odločili za spremembo, do tedaj pa s svojim ravnanjem ne ogrožajo sebe in drugih. Razviti morajo biti »nizkopražni« programi, v katerih se aktivno išče stik s populacijo uživalcev drog, ki pomoči ne iščejo sami (takih je vsaj polovica), kot tudi programi, v katerih morajo zasvojenca prestopiti višji prag, da pridejo do pomoči, torej v abstinenco usmerjeni programi.

Visoka prehodnost programov je nujno potrebna, da imajo ljudje v programih tako možnost vstopiti v visokopražni program, če ga zmorejo, oziroma v tisto obliko programa, ki mu lahko sledijo. Nikakor jih ne izključujemo iz programov, kajti z njimi lahko delamo samo, ko so v programih. Boljši je kakršenkoli program kot nobeden. Uspešni so tisti programi, ki zmorejo uporabnikom dati oporo tudi dolgoročno.

Dolžnost terapevtov je, da zmorejo odvisnike usmerjati v tiste programe, ki so zanje najustreznejši, ne pa biti prepričani, da je njihov program najboljši, čeprav mu uporabnik ni sposoben slediti ali pa je program zanj premalo zahteven.

Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog (CZOPD) ponuja različne programe zdravljenja:

ambulantno zdravljenje

bolnišnično zdravljenje, ki poteka na dveh oddelkih; na oddelku za detoksikacijo in na oddelku za intenzivno podaljšano zdravljenje in rehabilitacijo

dnevni oddelek (visokopražni program)

podporni dnevni oddelek (nizkopražni program)

posthospitalna suportivna skupina

Ti programi pomagajo odvisniku ne le doseči abstinenco, ampak se jo naučijo tudi vzdrževati, pomagajo pri uvidu vzrokov svoje odvisnosti, zaceliti rane in se spraviti s preteklostjo, se naučiti novih načinov komuniciranja ter poiskati drugačen smisel življenja.

Osrednji in bistveni del zdravljenja temelji na skupinski terapiji:

Terapevtske skupine (sestanki terapevtske skupnosti, male terapevtske skupine, psihodrama, večerne skupine z zdravstvenim tehnikom...)

Trening skupine (preventiva recidiva, učenje socialnih spretnosti, sprostitvene tehnike...)

Skupine s svojci

Izobraževalne skupine za uporabnike in svojce

Likovna, glasbena in gibalno izrazna terapija, kinezioterapija

Skupina za ženske, ki imajo poleg odvisnosti še druge težave (fizično ali spolno zlorabo, motnje hranjenja...)

Skupina za pomoč pri vzdrževanju abstinence za bivše uživalce drog

DNEVNI ODDELEK

Dnevni oddelek je visokopražni program, za katere je značilno:

- vstop v program je težji – obstajajo selektivna merila za sprejem;
- usmerjeni so v abstinenco (tudi od metadona oz. substitucijske terapije);
- strukturiran program zdravljenja;
- vsebuje stalne kontrole urina;
- strogi ukrepi ob prestopkih, odpusti;
- obvezno svetovanje in psihoterapija.

Dnevni oddelek CZOPD (zaposleni uporabljamo tudi izraz »dnevna bolnica«) je začel delovati leta 2003 in je potekal 2-krat na teden. Aprila 2006 je bil ta

program prenovljen, dopolnjen in bolj strukturiran. Z začetkom tega programa je bila v stalni tim Dnevnega oddelka vključena tudi medicinska sestra.

Tim dnevnega oddelka je multidisciplinaren. Stalni člani tima so diplomirana socialna delavka, psiholog, medicinska sestra in zdravstvenik. Občasni člani, ki sodelujejo v programu dnevnega oddelka, so še nekateri člani CZOPD enote in tudi dva zunanja sodelavca. Vodja dnevnega oddelka je diplomirana socialna delavka. Zdravnik sodeluje v programu redno 1-krat na teden, oz. po potrebi. Program dnevnega oddelka poteka 3-krat tedensko: ponedeljek popoldan od 12.30 do 18 ure, v sredo in četrtek dopoldan od 8.30 do 14.30. Zdravljenje traja 6 mesecev z možnostjo podaljšanja.

Dnevni oddelek je v bistvu nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja in je namenjen vsem tistim bolnikom, ki potrebujejo in želijo še nadaljnjo intenzivno obravnavo. Večinoma so to pacienti, ki so zaključili bolnišnični program v CZOPD ali pa tudi kakšen drug program (npr. Projekt Človek) in so že sodelovali v skupinski terapiji. Cilji so usmerjeni predvsem v reintegracijo, rehabilitacijo in delo z družino oziroma svojci. Velik poudarek je v smeri širjenja sociane mreže.

Cilji, ki si jih je odvisnik zastavil v času bolnišničnega zdravljenja, so običajno takšni, da potrebujejo daljši čas za realizacijo in so lažje izvedljivi, če živi vključen v svoje običajno socialno okolje. Pacient zapušča varno bolnišnično okolje poln upanja in lepih želja, načrtov, pa tudi dvomov o sebi in svoji moči, ali bo zmožel živeti brez droge. Soočenje z resničnim življenjem zunaj bolnišnice je pravzaprav začetek tistega pravega zdravljenja. Abstinitati v zaščitenem okolju bolnišnice ni tako težko, veliko težje pa je živeti brez droge v okolju, kjer je droga lahko dosegljiva in se srečuje z mnogimi rizičnimi situacijami (bivša družba, dolgčas, neaktivna izraba prostega časa, alkohol, konflikti v družini, želja po drogi, zabave – party...), ki lahko omajajo njegovo odločitev za abstinenco.

Programa dnevnega oddelka pomaga odvisniku pri predelavi bolečih življenjskih izkušenj,

pri soočenju z odgovornostjo za lastno življenje, pri oblikovanju pozitivne samopodobe in odkrivanju novih sposobnosti in talentov, pri vzpostavitvi osebnega reda in delovnih navad, pri učenju strategij konstruktivnega soočenja s problemi in konflikti brez prisotnosti droge. Pri vsem tem mu je v veliko pomoč in oporo skupina sopsopacientov, ki ima podobne probleme in ga zato lažje razume. Vrnitev k drogi pomeni namreč vrnitev na stara pota - pot odvisnosti in vseh njenih posledic.

Ob vstopu v program dnevnega oddelka podpiše pacient terapevtski dogovor: Prihajal bom redno in točno in bom morebitno načrtovano odsotnost predhodno javil medicinski sestri ali terapevtu. Nenačrtovano odsotnost (npr. bolezen) bom opravičil še isti dan. Zdravljenje v skupini je prednostno, zato bom svoje obveznosti in druge aktivnosti prilagodil urniku dnevnega oddelka.

Urinske teste in alkotest bom opravljal trikrat tedensko pred začetkom programa oz. na zahtevo terapevta. Urinski test ostane obveznost kljub odsotnosti. Če jih opravičim v drugi ustanovi (centru), prinesem potrdilo.

Na skupine bom prihajal trezen in ne bom pod vplivom katerekoli psihoaktivne snovi, razen tistih zdravil, ki mi jih predpiše zdravnik. O jemanju morebitnih drugih zdravil bom obvestil medicinsko sestro ali terapevta.

V času zdravljenja ne bom užival alkohola in drugih PAS in jih tudi ne bom prinašal v prostore CZOPD ali njeno okolico. Poskusu tovrstnega vedenja kakor tudi verbalni ali fizični agresiji sledi prekinitev zdravljenja na dnevnem oddelku. Aktivno bom sodeloval na vseh skupinah in drugi predpisanih aktivnostih. Varoval bom anonimnost in zaupnost podatkov o članih skupine in o vsebini pogovorov na skupinah.

Na skupinah bom imel izključen mobi-telefon.

Ne bom vzpostavljaj intimnih, partnerskih in finančnih odnosov z drugimi člani skupine.

Izogibal se bom stikom s pacienti zaprtega in polodprtega oddelka.

V skupini bom vztrajal do zaključka programa zdravljenja. Ob morebitni želji, da predčasno zaključim program zdravljenja, bom o tem spregovoril v skupini.

V primeru spodrsaljaja se bom individualno pogovoril s terapevtom in se z njim dogovoril tudi o nadaljnji obravnavi. Ob naslednjem negativnem urinskem izvidu in alko testu se spodrsljaj obravnava na naslednji skupini.

Spodrsljaj je potencialna učna izkušnja. V primeru ponavljajočega vzorca spodrsljajev ali vsakodnevnega jemanja bom z zdravljenjem v skupini prekinil in nadaljeval z drugačno obliko zdravljenja.

Spregovoril bom o vsem, kar bi morebiti ogrožalo moje okrevanje ali okrevanje drugih članov skupine. Odkrito bom spregovoril o jemanju psihoaktivnih snovi ali destruktivnem vedenju drugih članov skupine.

Strinjam se, da se me ob dvakratni neupravičeni odsotnosti pokliče po telefonu in/ali tudi izbranega svojca.

V času šestmesečnega zdravljenja bom lahko enkrat koristil dvotedenski dopust.

Dejavnosti in naloge medicinske sestre v dnevnem oddelku:

- ob sprejemu bolniku predstavi strukturo dnevnega oddelka. Poskrbi, da je bolnik seznanjen s terapevtskim dogovorom in da ga podpiše;
- pogoj bolnika za sodelovanje v dnevnem oddelku je abstinenca od drog in alkohola. ZT-MS zato vsak dan pred začetkom programa opravi pri vseh bolnikih urinski test in alko test;
- vsak bolnik ima svojega terapevta oz. ključnega delavca, na katerega se lahko obrne ob določenih problemih in potrebah. Medicinska sestra /zdravstvenik je ključni delavec določenemu številu bolnikov. Če bolnik potrebuje drugega strokovnjaka (npr. zdravnika, psihologa, socialnega delavca...), za to poskrbi ključni delavec, ki vodi tega bolnika. Tedensko piše tudi poročilo za tega bolnika;
- MS ima vsak dan na začetku programa sestanek z vsemi bolniki, kjer beleži njihovo prisotnost, bolniki napovedo razloge za morebitno odsotnost, povedo za razna potrdila, ki jih potrebujejo, pogovor o raznih problemih in težavah, ki so povezani z zdravljenjem, prinesejo potrdila urinskih testov, ki so jih opravili v drugih centrih, obvesti jih o spremembi urnika itd.
- sodeluje kot terapevt ali koterapevt v skupinskem zdravljenju;

- MS spremlja bolnikovo razpoloženje, vedenje, socialne interakcije, motiviranost za zdravljenje oz. vzdrževanje abstinence. Negovalne intervencije so usmerjene na vedenje. Z njimi posreduje v primerih neustreznega vedenja, kršitvah terapevtskega dogovora in pravil. Vodilo dela izvajalcev ZN je usmerjanje, spodbuda, razumevanje, postavljanje meja, aktivno poslušanje, empatija, terapevtski pogovor, zdravstveno- vzgojno delo;
- MS izdaja bolnikom tudi predpisana zdravila in skrbi, da ne bi prišlo do morebitnih zlorab;
- MS vodi in ureja dokumentacijo zdravstvene nege in tudi ostalo dokumentacijo;
- naroča bolnike na določene preiskave in preglede, izvaja diagnostično-terapevtske posege (odvzem krvi, urinski in alko testi, aplikacija terapije, cepljenje...);
- kliče bolnike ali njihove svojce ob bolnikovi neopravičeni odsotnosti itd.

Po zaključenem programu dnevnega oddelka se pacient lahko vključi v posthospitalno suportivno skupino, ki mu omogoča bolj varen prehod iz dnevnega oddelka v individualno vodenje oz. prekinitev obravnave.

VPLIV STEREOTIPOV NA KVALITETO ODNOSOV PRI DELU Z ODVISNIMI OD PREPOVEDANIH

Branko Bregar, dipl. zn., glavni medicinski tehnik Centra za zdravljenje
odvisnosti od prepovedanih drog, Psihiatrična klinika Ljubljana

Delo z odvisnimi od prepovedanih drog je pogosto polno preobratov in presenečenj. Bolezen, ki je kronična, deluje na posameznikovo razmišljanje, čustvovanje in vedenje. To so področja, kjer je uspeh zdravljenja viden le počasi, pogosto je tudi neuspešno. Zato se nam pogosto postavlja vprašanje, kako uspešni smo. Tisti, ki delamo z odvisnimi od prepovedanih drog, vemo, da cilj zdravljenja pri vseh ni le vzpostavitev in vzdrževanje abstinence, vendar tudi zmanjševanje škode. Vsi odvisniki pač niso sposobni v vsakem trenutku trajno vzpostaviti abstinence ali jo vsaj doseči. Laični javnosti je tak pristop k obravnavanju bolezni odvisnosti od prepovedanih drog tuj. Bolezen odvisnosti od prepovedanih drog mnogi še vedno vidijo kot razvado in ne bolezen, kaj šele kronično bolezen, ki ima v poteku svoje značilnosti, kot vsaka druga kronična bolezen.

Pri svojem delu se srečujemo z uspehi in neuspehi. Želeli bi si, da neuspehov ne bi bilo oziroma da bi jih lahko zmanjšali na minimum. Ob dolgoletnem delu z odvisnimi od prepovedanih drog pa spoznavamo, da je neuspehov mnogo. V delo s posameznikom, odvisnim od prepovedanih drog, vstopamo z različnimi znanji, izkušnjami, veščinami. Tudi zaposleni se, ne glede na doseženo izobrazbo, med seboj razlikujemo, imamo svoje izkušnje in veščine. Imamo svoje lastne vrednote, prepričanja, stališča in stereotipe. Koliko to vpliva na naše delo z odvisniki? Koliko si pustimo, da nas določene situacije prizadenejo? Smo jezni? Žalostni? Potrti? Veseli? Brezbrižni ...?

Ali se še spomnite, na kaj ste pred leti, ko še niste delali z odvisnimi od prepovedanih drog, pomislili ali ste imeli v mislih, ko vam je nekdo pokazal narkomana? Kakšne misli se vam porajajo vsakodnevno? Ali ste pomislili mogoče na to, da je »narkoman«, da je len, da noče v službo, da živi od socialne podpore in kraj? Ali se vam morda smili, ker veste, da nima doma, staršev? Se vam porajajo misli, da ni čudno, da se drogira, ko pa ima takšne starše?

Tudi pri svojem delu z odvisnimi od prepovedanih drog pri zaposlenih pogosto opažam stereotipe in stališča. V glavnem gre za stereotipe, ustaljena stališča, ki vladajo tudi širše v družbi. Pogosto gre za situacije, ko se uporabniki ne držijo terapevtskega dogovora ali svojih postavljenih ciljev. Smo jezni, žalostni. V medsebojnih stikih to razočaranost, jezo itd., tudi besedno pogosto izražamo na neustrezen in neprofesionalen način. Verjetno nam predstavlja tako vedenje določeno možnost sprostitev in je v tistem trenutku za posameznika to povsem sprejemljivo.

Čeprav je vsak od nas profesionalac z znanjem in veščinami ter praktičnimi izkušnjami, pa imamo tudi svoje lastne vrednote, stališča, stereotipe, ki smo si jih pridobili v procesu odraščanja in življenja, v svoji ožji in širši okolici. Zato sem se

in se pogosto sprašujem, v koliki meri na naše delo vplivajo lastni stereotipi in stališča, ki jih imamo o odvisnih od prepovedanih drog? Kakšna stališča, stereotipi vladajo med zaposlenimi, ki delajo z odvisnimi od prepovedanih drog? V primeru, da imamo tudi mi stereotipe in stališča, kako komunicirati z uporabniki? Na kaj moramo biti pozorni, da ne odreagiramo nestrokovno in na način, da uporabnike odvrnemo od nas?

V CZOPD stopajo v delo s pacienti zaposleni z različno vrsto in stopnjo izobrazbo: zdravstveni tehniki, medicinske sestre, zdravniki, socialni delavci, psihologi, socialni pedagogi, delavni terapevti in drugi, lahko pa tudi samo nekdo, ki ima željo delati z odvisniki iz takih ali drugačnih razlogov na prostovoljni bazi. Tako imamo različna izhodiščna znanja, veščine in izkušnje. Prav tako pa vsak izmed nas tudi opravlja svoje delo na svojem področju, ki ga najbolj pozna in ga obvladuje. Delo z odvisnim pacientom od prepovedanih drog je pogosto tako, da se delo in pristojnosti prepletajo.

Program zdravljenja na CZOPD je visoko pražni, zato je za bivanje na oddelku značilna stroga struktura, ki jo gradijo terapevtski dogovor s pacientom in pravila bivanja na oddelku. V letih dela na CZOPD smo opazili, da je komunikacija tista spretnost zaposlenih, ki v največji meri vpliva na potek zdravljenja. Govorimo o terapevtski komunikaciji, ki je usmerjena v cilje zdravljenja. Različni profili oblikujejo svojstveno obliko komuniciranja s pacienti. Ne glede na naše znanje, veščine in izkušnje pa opažamo, da nehote prestopamo meje terapevtske komunikacije. Namesto, da bi s pravilno usmerjenim kontaktom paciente zadrževali v procesu obravnave, jih motivirali, pogosto izvajamo na paciente pritiske, ki jih v procesu zdravljenja lahko demotivirajo.

Kaj vse vpliva pri pacientih na nizko pripadnost v procesu zdravljenja? Verjetno bi lahko našteali več vzrokov, od nizke motivacije do slabe podpore v okolju in drugega. V razgovorih sem opazil, da velikokrat označujemo paciente s takimi ali drugačnimi besedami, ki so širše znani kot stereotipi. Širjenje teh stereotipov v družbi pogostoma učinkuje na negativno gledanje in nesprejemanje odvisnikov od prepovedanih drog.

Moramo si postaviti vprašanje, koliko imamo sami tovrstnih negativnih stališč in stereotipov o osebah, s katerimi delamo? Ali smo si sposobni priznati, da jih imamo in koliko to v resnici vpliva na naše delo? Ali si dovolimo o tem spregovoriti? Kje? Kdaj?

V okviru magistrskega dela sem izvedel kvalitativno raziskavo med zaposlenimi v CZOPD, kjer sem ugotavljal stereotipe o naših pacientih. Vzorec je bil namenski po profilih.

Metoda dela je bil polstrukturiran intervju, v katerem sem intervjuvance spraševal, kako razmišljajo o nivoju vedenja, čustvovanja in razmišljanja odvisnika.

Nekatere ugotovitve:

Vedenje

Čustva

Razmišljanje

Servilni

Delijo jih na črno in belo, prepoznavanje ugodja in bolečine

Droga

Manipulacija

Tesnobnost

Užitki

Skrivanje

Zavrnitev

Sprostitev

Prikrivanje

Pomanjkanje

Beg

Brezmejnost

Izdanost

Kako priti do droge, denarja, kako se ga zadeti, kje se ga zadeti

Ne znajo se kontrolirati

Jeza

Ali bom zmožel živeti brez droge in na drugi strani stalna želja po drogi

Kriminalno vedenje

Čustvena inkontinenca

Zavrnitev

Čustva zbledijo

Neupoštevanje

Usmerjenost na tukaj in zdaj

Težko si postavijo meje

Pomanjkanje veščin za reševanje problemov

Iščejo pomoč, varnost, ljubezen

Nizko samospoštovanje

Samodestruktivnost

Agresivni so, ko jih provociramo

Rezultati so pokazali, da imamo zaposleni prav tako pomembne stereotipe o odvisnih od prepovedanih drog. Iz zgornjih podatkov ni mogoče ugotoviti, koliko stališča in stereotipi vplivajo na delo z odvisnimi od prepovedanih drog. Potrebna bi bila dodatna raziskava, namenjena ugotavljanju povezanosti med nizko privrženostjo obravnavi (zdravljenju) in stališči, stereotipi pri zaposlenih. Lahko pa sklepamo, da stališča in stereotipi, ki jih imamo o odvisnih od prepovedanih drog marsikdaj vplivajo na naše delo.

Komunikacija z odvisnimi od prepovedanimi drog je bistvenega pomena v času obravnave (zdravljenja) odvisnika od prepovedanih drog. V našem primeru lahko govorimo o terapevtski komunikaciji, ki je namenjena doseganju ciljev.

V procesu obravnave (zdravljenja) odvisnika mnogokrat prihaja do nasprotij med željami in realno doseženimi cilji. Mnogokrat je lahko tisto, kar je uporabnik zmožen doseči, veliko nižje od zastavljenega cilja. Ravno tako prihaja tudi do neskladij pri zaposlenih. Dogovori z uporabniki mnogokrat ne držijo. Skupno postavljeni cilji niso doseženi. Tako prihaja do nelagodja, jeze, žalosti pri uporabnikih in terapevtih. V procesu obravnave imamo opravka tudi z uporabniki, ki so težavni. Vsi pač niso enako motivirani oziroma je njihova motivacija in želja po vzpostavitvi in vzdrževanju abstinence ali po bolj zdravem načinu življenja šibka. V takih primerih je težko vzdrževati pravilen terapevtski odnos, ki je ključnega pomena za daljnoročno delo z uporabnikom. Največkrat in najslabše kar se lahko zgodi je, da sporočila, ki nam jih daje uporabnik, sprejemamo osebno. Druga, prav tako nevarna možnost je, da osebne vsebine vključujemo v proces obravnave.

Kakšna naj bi torej bila komunikacija z uporabnikom? Ali nas mogoče kdaj spominja komunikacija z uporabnikom na neko vrsto pogajanja? Kako doseči cilje? Kakšni moramo biti oziroma kako moramo delovati, da nas pri delu ne motijo naše lastne vsakdanje vsebine itd...?

Fisher, Ury in Patton (1998) so napisali knjigo z naslovom Kako doseči dogovor. Knjiga je v prvi vrsti namenjena pogajanjem v poslovnem svetu. Opisuje vrline dobrega pogajalca, ki dosega svoje cilje preko komunikacije, verbalne in neverbalne. Tudi mi, če grobo poenostavimo, smo v našem vsakdanjem delu neke vrste pogajalci. S pravnimi tehnikami komunikacije, ki vključujejo mnoga znanja, moramo pripraviti uporabnika, da postane in ostane motiviran v procesu obravnave.

»Pogajanja so način, kako dobiti, kar želimo. Gre za dvosmerno komunikacijo, ki je namenjena doseganju dogovora, kadar imamo mi in uporabnik nekatere interese skupne in druge nasprotne.« (Fisher, Ury in Patton, 1998)

Proces zdravljenja je v bistvu tudi proces pogajanja. Zdravljenje odvisnosti je zdravljenje, kjer mora uporabnik aktivno sodelovati. Uporabniki navadno niso pripravljeni sprejemati odločitve drugih oziroma je taka odločitev le kratkega veka. Zato se moramo z uporabnikom vseskozi dogovarjati. S posebnim načinom, usmerjene komunikacije, moramo doseči, da je in ostane njegov cilj privlačen.

Ko opazujemo komunikacijo naših sodelavcev, se največkrat srečamo z dvema načinoma komunikacije: agresivno in permisivno. Osebe, ki je »permisivno«, se običajno želi izogniti konfliktom in je mnogokrat pripravljeno popustiti z

namenom, da bi uporabnika zadržalo v procesu obravnave. Smili se jim, zato mu želijo pokazati empatijo. Običajno pa nas kljub vsem našim prizadevanjem uporabniki razočarajo. Potem se počutimo izkoriščene in razočarane. Druga skrajnost je osebe, ki je »agresivno«. Uporabljajo zaprto komunikacijo, brez izbire uporabniku. Običajno so želje takega zaposlenega tudi cilji uporabnika, češ: »Mi vemo, kaj je za vas pomembno, dobro!« S svojim nastopom vzbujajo pomembnost, avtoriteto. Uporabniki se ga običajno izogibajo. V njegovi prisotnosti utihnejo oziroma so največkrat v zadregi. Običajno se tudi kmalu umaknejo. Skrajno rečeno, »agresivni« velikokrat vidijo vsako priložnost kot način dokazovanja. Na vsak način želijo doseči cilj. Vedno se odzovejo trdo, zlorabljuje svojo avtoriteto. Pogostoma so uspešni na kratki rok, dolgoročno pa uporabniki rušijo njihove meje in cilji postajajo oziroma postanejo nedosegljivi. Zaposlene to pogosto izčrpa, pri svojem delu postajajo vedno bolj nezadovoljni. Prav tako, tako delovanje škodi odnosu med uporabnikom in zaposlenimi. Uporabniki, ki so deležni take obravnave, pogosto postanejo nemotivirani in nenaklonjeni kakršnikoli nadaljnji obravnavi.

Obstaja še vrsto drugih načinov komunikacije, vse pa so nekje na sredi med agresivno in permisivno. Seveda vam želim povedati, da obstaja še tretji način, kateremu lahko pravimo načelen način. Razvili so ga pri projektu Harvard Negotiation Project (Fisher, Ury in Patton, 1998), zlahka pa ga lahko z nekimi spremembami, ki so značilne za naše delovno okolje, uporabimo tudi pri delu z odvisnimi od prepovedanih drog. Je preprosto orodje, ki je učinkovito. Zagotavlja učinkovito metodo dela tudi tistim, ki jim manjka ustreznega znanja ali pa se znajdemo v okoliščinah, ko nam le to znanje ne uspe uporabiti. Prvine te metode je dobro vedno ohranjati v spominu, saj so ključnega pomena za dobro sodelovanje uporabnika v obravnavi.

Komuniciramo na podlagi pomembnosti problema. S to metodo želimo doseči obojestransko korist. Taka komunikacija je predvsem »trda« do bistva problema in »mehka« do ljudi. Ne uporabljamo ne zapeljevanja in ne dokazovanja lastne vrednosti. Omogoča nam, da dosežemo cilj, hkrati pa ohranimo dostojanstvo uporabnika in smo pri vsem tem tudi zadovoljni. Predvsem je zanimivo, da metoda deluje, ne glede na to ali je uporabnik visoko ali nizko motiviran.

Ne razpravljamo o stališčih, ne dovolimo, da nas pri delu vodijo stereotipi

Pogosto se nam dogaja, da imamo opravka tudi s takimi uporabniki, ki so neprilagojeni, težavni. Čeprav smo profesionalci pri svojem delu, se nam kar hitro zgodi, da nas s svojim vedenjem uporabniki zmotijo do take mere, da pomislimo na njihovo manipulacijo, brezmejnost, agresivnost, jezo. Da mislijo samo na drogo, užitek, beg, kako priti do droge, denarja, kako se ga zadet. Ti stereotipi lahko pomembno igrajo na naša stališča. ki jih zavzamemo pri delu z njimi. Cilj našega dela z odvisniki pa je, da delo z njimi pripelje do nekega dogovora, ki ga bodo zmogli sprejeti in se ga bodo držali. Dogovor mora biti učinkovit. Prav tako pa mora vzdrževati dober odnos ali pa ga celo izboljšati. Le odnos, ki bo temeljil na obojestranskem zaupanju, nas bo pripeljal do cilja. Razpravljanje o stališčih nas običajno vodi do neuspeha. Bolj ko jih zagovarjamo, bolj jih zavzamemo. Bolj ko jih pojasnujemo drugi strani in jih branimo, težje jih bomo spremenili. Običajno v takih primerih tudi druga stran zavzame svoje

stališče. Rezultat lahko s pozicije moči sicer dosežemo, vendar tak rezultat ne vodi v nek dolgotrajen uspeh. Običajno postanemo kaj kmalu razočarani, ko ugotovimo, da se sprejetega dogovora uporabniki niso zmožni držati. Ko zagovarjamo svoja stališča, je tudi manj možnosti za zadovoljevanje interesov, tako naših kot uporabnika.

Iz povedanega lahko trdimo:

Ko zagovarjamo stališča, je dogovor, ki ga dosežemo, manj uspešen. Zagovarjanje stališč ogroža odnose.

Seveda lahko stališča, ki jih zagovarjamo, dosežemo tako na agresiven kot na permisiven način. Veliko udeležencev v odnosu z uporabnikom pa le sprevidi, da je odnos na agresiven način slab odnos. Zaradi tega zavzame permisiven način. Tako namesto, da imamo v mislih svoj cilj in potrebo, da ga dosežemo, v odnosu poudarjamo, da je cilj dogovor. Zato dajemo ponudbe, popuščamo, zaupamo, smo prijazni in se kolikor je mogoče skušamo izogniti soočenju s problemom. Pri takem pristopu je poudarjen pomen vzdrževanja odnosov. Običajno je učinkovit, slabost takega pristopa je, da zagovarjamo svoja stališča. Lahko se tudi zgodi, da nas uporabnik, kljub našemu prijateljskemu odnosu, ne sprejme.

V odnosu do uporabnika obstaja še tretja možnost. Možnost je enostavna in upoštevanje le te nam omogoča dober odnos z uporabnikom. Omogoča nam, da je delo z uporabnikom učinkovito in ohranja dobre odnose. Tak odnos lahko poimenujemo - **načelen odnos**. Iz takega odnosa izhaja metoda komunikacije, ki ji lahko pravimo načelna komunikacija.

Gre za preprosto metodo z naslednjimi prvinami:

Razlikujmo ljudi od problemov.

Osredotočimo se na interese, ne na stališča.

Iščimo različne možnosti rešitev, ki bodo primerne za uporabnika.

Delo naj temelji na merilih.

Razlikujmo ljudi od problemov

V procesu dela se nam največkrat dogaja, da nas motijo različne lastnosti. Ljudje smo bitja z močnimi čustvi, različno spretni pri komunikaciji, zaznavanju. Prav tako prihajamo iz različnih socialnih okolij, imamo različne poglede in smo nepredvidljivi. Človeške lastnosti so lahko v pomoč v odnosu, lahko pa so za odnos tudi pogubne. Zato se moramo v procesu dela vedno spraševati: "Ali posvečam dovolj pozornosti težavam, ki se pojavljajo zaradi človeških lastnosti?" Pogosto nas lahko človeške lastnosti posameznika motijo do take mere, da igrajo pomembno vlogo pri doseganju ciljev. V delovnem odnosu z uporabnikom imamo običajno več ciljev: želimo doseči vsebinske interese, vzdrževati dober odnos in učinkovite dogovore. Predvsem je pomembno, da je odnos, ki ga vodimo z uporabnikom tak, da zagotavlja trajnost.

Pogosto se nam lahko dogaja, da je odnos obremenjen z stališči. Uporabniki lahko to razumejo tako, da nam je za vzdrževanje kakovostnega odnosa in za njih povsem vseeno.

Rešitev v takem primeru je, da naj odnos temelji na

natančnih zaznavah
jasni komunikaciji
primernih čustvih
pogledu naprej

Nikoli ne smemo pozabiti, da se ukvarjamo tako z uporabnikovimi kot z lastnimi lastnostmi.

Zaznavanje

Uporabnikovo razmišljanje je problem. Razumevanje razmišljanja uporabnika je izrednega pomena v delovnem procesu. Pogosto so razlike v razmišljanju vzrok za nerazumevanje, zato se moramo potruditi, da poskušamo razumeti uporabnika. Strahovi, upanja, ki jih gojijo posamezniki v procesu obravnave, so lahko povsem neutemeljeni, a resnični. Zato je potrebno iskati tako objektivno stvarnost kot stvarnost, ki jo vidi posamezna stran, kajti šele ta stvarnost je tista, kar predstavlja problem in omogoča nadaljnje delo ter rešitev problema.

Primer:

Dijak, ki zlorablja drogo, je na pogovoru pri razredniku (ravnatelju, psihologu). Potrebno je jasno pristopiti k problemu. Dijak sluti, da ga kličejo zaradi zlorabe droge in s tem povezanih problemov. Pričakuje sankcije, zato ga je strah. To pa lahko povzroča odpore. Dijak se že vnaprej pripravi na soočenje z agresivnim vedenjem, zato ga že na začetku vprašajmo, česa se boji. Spoznajmo, kakšna je njegova stvarnost. Povejmo mu, da nas skrbi zanj in da želimo najti za vse ugodno rešitev.

V procesu dela z uporabnikom je največja sposobnost, da zmoremo videti položaj tako, kot ga vidi uporabnik. Če želimo vplivati nanje, moramo spoznati, kakšno je njihovo stališče in čutiti moč njihovih čustev. Razumevanje njihovih stališč še ne pomeni, da se strinjamo z njimi. Boljše razumevanje njihovega stališča nam daje možnost, da situacijo vidimo v drugačni luči, kot pa smo si jo predstavljali.

Ne sklepajmo o namerah uporabnikov na podlagi lastnih strahov. Ne bodimo nezaupljivi do vsega, kar uporabnik predlaga. Nezaupljivost sicer lahko izvira iz preteklih izkušenj, obenem pa nam tudi onemogoča, da vidimo sveže zamisli, ki lahko pomenijo napredek v vedenju uporabnika.

Ne krivite uporabnika za vse probleme, ki se pojavljajo v procesu obravnave.

Najlažja pot je, da ob neuspehu okrivimo uporabnika in da moraliziramo. Takšen način dela vodi v odpore uporabnika. Postane užaljen, jezen, prizadet. Običajno se spopada z neprijetnimi občutki, ne občuti varnosti in ni pripravljen za nadaljnje sodelovanje.

Pogovarjajmo se o svojem zaznavanju. Zaupljiv odnos z uporabnikom je najtežje vzpostaviti na začetku. Iz izkušenj sem spoznal, da je zaupanje uporabnika najlažje pridobiti s tem, ko najprej izkažemo skrb za njegovo telesno stanje. Občutek, kako ga vidi zunanji svet, je tudi v napredovani bolezni uporabniku zelo

pomemben. Izrednega pomena je, da to naredimo na iskren in pošten način. "Skrbi me za vaše zdravje...Ali vam lahko kako pomagam, pri tem zdravstvenem problemu?" "Kako se počutite danes?" « »Vidim vas nekako nerazpoloženega. Skrbi me za vas!" S tem omogočimo, da nas uporabnik sprejme in nas začne jemati resno. Čeprav nas v prvi vrsti moti vedenje posameznika, je omenjeni način primer, kako si pridobimo njegovo zaupanje in nam nudi možnosti za nadaljnje delo.

Iščite priložnosti tam, kjer bo nasprotna stran pričakovala drugačen izid. Morda je to najboljši način, kako spremeniti uporabnikovo zaznavanje, da odregairamo na situacijo drugače kot verjetno pričakuje. Uporabnik naj bo aktiven v procesu obravnave. Dogovori naj bodo skladni z vrednotami uporabnika.

Čustva

Pri delu z odvisnim od prepovedanih drog so čustva, ki se prebujajo tako na strani uporabnika kot delavca, lahko resna ovira za vzpostavitev in vzdrževanje delovnega okolja. V primeru, da nismo pripravljeni sprejeti uporabnika ali smo vzpostavili napačen odnos, se lahko kaj kmalu znajdemo v neprijetnem položaju. Tako čustva ene strani lahko vzbudijo čustva druge strani. Čustva lahko nemalokrat delovni odnos pripeljejo v slepo ulico. V procesu dela z odvisnim od prepovedanih drog pride tudi do trenutka, ko odvisnik ne sodeluje, se ne drži terapevtskega dogovora. Taka situacija lahko pri delavcih, ki delajo z njim, sproži številna čustva: lahko nas ujezi, užalosti, nas spravlja v obup, v nelagodje, mučna razmišljanja o smislu našega dela. Še več in do pogostejših takšnih težav pride, ko gre pri odvisnikih za duševne in vedenjske motnje, ki lahko nastanejo zaradi uživanja drog (Dernovšek, 2006).

Pomembno je, da ugotovimo, kakšna so čustva uporabnika in kakšna so naša do uporabnika. Potrebno jih je razumeti. Lahko smo živčni, imamo vznemirjen želodec, ali smo jezni na uporabnika, žalostni. Vedno se vprašajmo, kako bi se radi počutili in kako bi se uporabnik rad počutil. Delajmo na tem! Priznajmo drug drugemu čustva in vzroke za njih. Uporabnik se bo čutil sprejetega in aktivnega v delovnem odnosu.

Odvisnik od prepovedanih drog običajno na prvi vtis daje nastopaški, mačističen videz. Veliko kritizira, obtožuje, je jezav, ustrahuje, ponižuje. Ženske odvisnice imajo nemalokrat težave s pretiranim izkazovanjem erotizma. Resnica je lahko in je pogosto povsem druga. Preden ste ga spoznali kot odvisnega od prepovedanih drog ali pa je prišel poiskat pomoč k vam, je prehodil že dolgo pot odvisnosti. Verjetno je že nič kolikokrat poizkusil sam vzpostaviti abstinenco in jo vzdrževati, pa tega ni zmogel. Njegova samopodoba in samospoštovanje sta zaradi tega nizka. Poraz, ki ga je doživel v prejšnjih poizkusih, mu daje občutek nemoči in neobvladovanja svojega življenja. Strah ga je, da bo ob ponovnem poizkusu vzpostavitve in vzdrževanje abstinence zopet neuspešen. Razočaral bo sebe, starše, svoje bližnje. Običajno nam tega ne pokaže, ravno nasprotno. S svojim neprijetnimi oblikami vedenja v nas sproža stres in nemalokrat tudi nestrokovne reakcije v dani situaciji.

Nekatere strategije:

Pokažimo svoja čustva in upoštevajmo čustva odvisnika. Pogovarjajmo se z njimi o njihovih in naših čustvih. Nič ne bomo narobe naredili, če bomo rekli: "Veste, s tem kar ste naredili, ste me razočarali. Skrbi me za vas, če boste tako nadaljevali!" S tem postanejo čustva osrednja tema odnosa. Sodelujoči v procesu bodo lažje sodelovali, če se bodo otresli bremena neizraženih čustev.

Dovolite nasprotni strani, da izrazi svoja čustva na primeren način. S sproščanjem jeze, žalosti, razočaranjem itd. pripomoremo k temu, da se uporabnik sprosti.

Nekatere tehnike

Uporabniku dajmo možnost, da našteje vse krivice, ki so se mu zgodile. S tem bomo omogočili, da se bo počutil sproščenega. Ravno tako pa bo imel občutek, da je upoštevan in pomemben.

Poskusimo se obvladati pri polemičnih pogovorih. S poslušanjem si bomo v nadaljnjem delu pridobili uporabnika. Na ta način sicer samemu procesu dela ne bomo dali veliko podpore, preprečimo pa nadaljnje vsebine, ki bi lahko uporabnika dušile. Počutil se bo sprejetega in razumljenega. Prav tako pa bo v nas videl pomembno osebo, kateri je mogoče zaupati.

Ne odzivajmo se na čustvene izbruhe. Jeza lahko izzove jezo. Ne dovolimo si čustvenih izbruhov v pogovoru z uporabnikom. Če tega ne nadziramo, lahko pride do neprijetnih zapletov.

Uporabljajmo simbolične prijeme. Neformalni pogovor. Ponudimo bombon ali čokolado na začetku pogovora. Opravičilo je ena najcenejših in najkoristnejših naložb. Dejanja imajo pomemben čustveni učinek, nas pa niti ne stanejo veliko.

Jasna komunikacija

Odvisnost od prepovedanih drog je bolezen, ki zahteva izrazit stik z ljudmi.

Komunikacija je zato ključnega pomena, je spretnost, ki se jo je potrebno zavestno učiti in tudi naučiti (Gorše Muhič, 1999). Gorše Muhič (1999) v svojem delu opisuje elemente kakovostne komunikacije, ki zagotavljajo dober stik z uporabnikom/bolnikom.

Skozi verbalno in neverbalno komunikacijo lahko bolnika tudi motiviramo.

Motivacija je pri delu z odvisnim od prepovedanih drog ključnega pomena.

Stopnja motivacije se skozi obravnavo spreminja, zato je nujno poznati ustrezne motivacijske tehnike, s katerimi jo povečujemo. Zaradi tega je zadnje čase usmerjena velika pozornost k izboljšanju usposobljenosti strokovnjakov za obvladovanje postopkov, ki večajo motivacijo (Boben-Bardutzky, 2004).

Poznamo zunanjo in notranjo motivacijo. Najuspešnejši so tisti, ki doživljajo zunanje pritiske in so notranje motivirani. Pri motivaciji je nujno omeniti

Prochaskin in DiClementejev transteoretični model, ki govori o tem, kako ljudje spreminjamo svoje vedenje z zdravljenjem ali brez njega. Model sestavlja pet stopenj, skozi katere se posamezniki premikajo glede na spremembo svojega vedenja. Za strokovnjake je dobro, da znajo oceniti, na kateri stopnji se nahajajo posamezniki, kajti »nižje«, kot so, več motivacijskih tehnik bo potrebno za naprej

in višje kot je, več drugih podpornih mehanizmov bo koristnih (DiClemente, Bellino in Neavins, 1999).

Osnova različnih motivacijskih tehnik pa je vsekakor **motivacijski intervju** (MI), pri katerem motivacijski postopki temeljijo na predpostavki, da je odgovornost in sposobnost bolnikov, odvisnih od prepovedanih drog, za spremembe v njih samih. Strokovnjaki morajo zato ustvariti take okoliščine, da bomo z njimi pri bolnikih ustvarili, izboljšali, prebudili njihovo lastno odgovornost in sposobnost za spremembe. Z motivacijskimi postopki želimo vzpodbuditi notranjo motivacijo, ki je ključna za uspešne spremembe (Boben-Bradutzky, 2004).

Pet osnovnih načel za doseganje takega pristopa:

izražanje empatije

soočanje z neskladjem

izogibanje argumentiranju

obvladovanje odpora

spodbujanje samoučinkovitosti (Boben-Bradutzky, 2004)

Nedovoljene dejavnosti pri terapevtski komunikaciji z bolnikom odvisnim od prepovedanih drog:

ne prepiramo se!

ne vsiljujemo diagnostičnih etiket!

ne govorimo, kaj mora narediti!

ne poskušajmo zlomiti zanikanja z direktno konfrontacijo!

ne namiguje mo na nemoč! (Boben-Bradutzky, 2004; internet 1)

Nekatere tehnike, ki jih uporabljamo v motivacijskih postopkih, so:

odprta vprašanja so vprašanja na katera se ne more odgovoriti z DA ali NE. Torej uporabljamo vprašalnice kot so: KAKO, KAJ, POVEJTE MI O....

afirmacije, s katerimi priznavamo, kaj je uporabnikom uspelo, njihove močne strani, ki jih s takšno obravnavo še ojačamo

reflektno poslušanje, kjer povzamemo pomembne stvari, ki so jih uporabniki povedali. S tem pokažemo naše aktivno poslušanje, skrb zanj in poudarimo pomembne stvari za doseganje spremembe

povzemanje je specializirana oblika reflektivnega poslušanja

preokvirjanje (reframing), kjer uporabnika usmerimo, da naj pogleda svoje zaznavanje z drugega zornega kota (Boben-Bradutzky, 2004; internet 3)

Še nekatere svetovalne strategije motivacijskih postopkov:

pregled običajnega dne

pogled nazaj

dobre in manj dobre stvari

pogovor o stopnjah spreminjanja

raziskovanje vrednot

pogled naprej

ugotavljanje pomembnosti in samozaupanja

načrtovanje sprememb (Boben-Bradutzky, 2004)

V komunikaciji lahko nastane velik problem tudi zaradi tega, ker se ljudje *ne pogovarjajo med seboj tako, da bi se razumeli*. Mnogokrat pride do situacije, ko si uporabniki postavijo cilje, s katerimi skušajo ugoditi svojim pomembnim ali nam. Pomembno je, da skozi komunikacijo in njihovo vedenje prepoznamo to namero in jim skušamo to tudi povedati.

Še nekateri problemi, ki lahko nastanejo med komunikacijo z uporabnikom: *Čeprav govorimo neposredno in jasno, nas morda ne slišijo*. Opazujte uporabnika med pogovorom. Njegovo neverbalno izražanje. Njegov pogled. Morda je zatopljen s svojim mislim ali razmišlja kaj bo rekel.

Nerazumevanje. Uporabnik nas lahko povsem napačno razume.

Dejavno poslušajmo in potrdimo, kar smo slišali. To pomeni, da smo pri stvari, aktivni v delovnem procesu. Poslušanje omogoča razumevanje uporabnika, občutiti njegova čustva in slišati, kaj hočejo povedati. Z dejavnim poslušanjem slišimo tudi vsebino sporočila. Nič ni narobe, če med poslušanjem občasno prekinemo govorečega z : »Ali sem prav razumel, da ste rekli....?« Čutili se bodo zadovoljne, da se jih sliši in razume.

Govorimo razumljivo.

Pripovedujmo o svojih občutkih, kako doživljamo nasprotno stran.

Komunicirajmo z namenom.

Jasen pogled vnaprej

V procesu dela z uporabnikom je ključnega pomena, da skozi odnos stalno preverjamo njegov pogled naprej. Kakšni so cilji? Kje se vidijo? Kako bodo to zmogli? Kakšni so kratkoročni in daljnoročni načrti?

Osredotočimo se na interese in ne na stališča

Stališča pogosto škodno vplivajo na uspešen odnos z uporabnikom, zato je potrebno do dobrega dogovora priti z usklajevanjem interesov in ne stališč, saj interesi tudi opredeljujejo problem. V ozadju stališč so pogosto skupni in združljivi interesi, kot tudi nasprotujoči si interesi.

Primer :

Vaše skrajno stališče je, da mora uporabnik povsem nehati z zlorabo droge.

Uporabnikovo stališče je, da tega noče, običajno ne zmore.

Skupni interesi bi lahko bili:

Stabilnost uporabnika

Dober delovni odnos

Zaupanje, varnost

Postopno zmanjšanje zlorabe drog

Dobro razpoloženje

Obvladljivo vedenje uporabnika

Preko doseganju teh skupnih interesov lahko v dolgotrajnem odnosu dosežemo postopno ponotranjanje motivacije za vzpostavitev abstinence.

Kako ugotoviti, kakšne interese ima nasprotna stran? Jasno nam je, s kakšnim namenom iščemo interese. Kako pa se iskanja njih lotimo?

Vprašajte se: »Zakaj?« Osnovna tehnika je, da se postavimo v njihovo kožo. Raziščimo vsako stališče, ki ga ima uporabnik. Zakaj na primer uporabnik noče vzpostaviti abstinence?

Vprašajte: »Zakaj ne?« Najbolj uporaben način ugotavljanja interesov je, da se opredelimo, o kateri odločitvi sprašujemo uporabnika. Potem se vprašamo, zakaj se niso odločili drugače. Kajti če želimo spremeniti njihovo razmišljanje, moramo ugotoviti, o čem sploh trenutno razmišljajo.

Zavedajmo se, da ima uporabnik več interesov. Nekateri interesi so lahko skupni in nekateri nasprotujoči.

Najmočnejši interesi so osnovne človekove potrebe. Lahko jim rečemo, da so to temeljni interesi. Uporabniki so običajno zelo zaskrbljeni za svojo telesno samopodobo, zdravstveno stanje, kako so sprejeti v socialnem okolju, na občutek pripadnosti, na varnost, na spoštovanje in nadzorom nad lastnim stanjem in življenjem. Ne glede na stereotipe, ki vladajo, pogosto pozabljamo na te interese uporabnika, ki so osnovne človekove potrebe. Pogosto jih spregledamo, čeprav je uporaba njih lahko ključnega pomena za uspeh v delovnem odnosu.

Naredimo si seznam interesov. Dobro je zapisati ugotovljene interese in jih razporediti po njihovi pomembnosti.

Pogovarjajmo so o interesih. Namen delovnega odnosa je doseganje interesov posameznika, pa tudi naših.

Iščimo različne možnosti rešitev, ki bodo primerne za uporabnika

Običajno se pri obravnavi odvisnega od prepovedanih drog lahko zgodi, da zelo dolgo časa vlagamo vso energijo samo v eno rešitev, ki se vsem v procesu zdi najprivlačnejša. Po napornem delu in zapravljenem času pa ugotovimo, da je rešitev, ki je bila dolgo časa aktualna, povsem neuporabna za uporabnika. Zaradi tega je iskanje možnih rešitev - pravih rešitev, zelo pomembno. Pomembno je, da vemo, da so rešitve take, ki zadovoljujejo interese uporabnika. Mogoče so povsem nesprejemljiva za nas, zanj pa pomenijo velik korak na poti odvisnosti.

Primer iskanja rešitev:

Iskanje rešitev

Iščite več zadovoljivih rešitev

Iskanje prednosti, ki jih bodo prinesle rešitve

Iskanje rešitev pogosto predstavlja problem pri delu z uporabnikom. Uporabnik običajno ne vidi nobene svetle rešitve. Dobra tehnika je možganska nevihta, kjer enostavno pustimo prosto pot uporabnikovi domišljiji. Seveda si naj možne rešitve zapiše, potem pa skupaj obravnavajte možne rešitve. Ocenite jih z minus in s plusi.

Delo naj temelji na merilih

Delo z odvisnim od prepovedanih drog je lahko stresno in polno presenečenj. V delo se nehote vpletajo tudi naše vrednote, naša osebnost. V zasebnem življenju smo lahko povsem prijetni, uspešni in priljubljeni, pri delu z uporabnikom pa ravno obratno. Lahko se soočamo z jezo, prizadetostjo, nesposobnostjo, nesprejetjem ... Nehote lahko prestopamo meje strokovnosti, pa tudi dobrega okusa. Srečevanje z vsemi temi čustvi, ki pogosto vrejo v nas, vodi v stres, čeprav tega pogosto pri sebi ne prepoznamo.

Pomembno je, da kadar smo v stiski, v dvomih, vprašajmo sodelavca, kako bi pristopil k zadevi. Bodimo široki pri preverjanju svojega dela. Kritika naj nas ne zaustavi, temveč naj bo pot k novemu znanju. In nenazadnje, kadar ste v dvomih, se vedno vprašajte: »Ali bi želeli, da tako govorijo ali ravnaajo tudi z vami?«

Možnost timske obravnave in preverjanja dela z odvisnikom je ključnega pomena za kakovostno obravnavo uporabnika. Kadar se dogovarjate o možnih neprijetnih posledicah za uporabnika, naj bo vedno prisoten nekdo, ki zagovarja uporabnika. To naj bo zlato pravilo. Strokovna supervizija naj ne bo le izjema, ampak pomemben del vašega dela z odvisnimi od prepovedanih drog.

ZAKLJUČEK

Delo z odvisnimi od prepovedanih drog je lahko za zaposlenega mnogokrat polno pasti in izzivov. Je področje dela s populacijo, kjer lahko zlahka in nehote zlorablamo svojo moč nad šibkim. Pri delu moramo marsikdaj pozabiti na svoje vrednote, navade in gledanje na odvisnega od prepovedanih drog, ko le ta ne zmore dosežati dogovorjenih ciljev. Delo moramo takrat prilagoditi trenutni sposobnosti posameznika.

V prispevku sem obravnaval predvsem nivo komunikacije z odvisnim od prepovedanih drog. Opisani pristop ni nekaj novega in senzacionalnega. Hotel sem le poudariti način komunikacije, ki nam omogoča, da se približamo posamezniku in z njim vzpostavimo zaupljiv odnos, ki je pogoj za kvalitetno delo. Proces komunikacije, ki se odvija z odvisnim od prepovedanih drog, je pogoj za uspešno delo, hkrati pa tudi prostor, kjer lahko velikokrat prihaja do vnašanja naših lastnih vsebin, našega počutja, razpoloženja.

Predhodne ugotovitve rezultatov kvalitativne raziskave, kjer raziskujem stereotipe in stališča tistih, ki delajo z odvisnimi od prepovedanih drog, kažejo, da je področje vedenja, kjer so stereotipi najpogostejši, tudi pri strokovnjakih, ki se ukvarjajo s tem področjem. Raziskave, ki so bile opravljene v Ameriki, nakazujejo celo na to, da so zdravstveni delavci tisti, ki nosijo največjo krivdo, da so odvisni od prepovedanih drog obravnavani neprimerno. Ta izkušnja je celo tako slaba, da mnogi odvisniki, pomoč celo prenehajo iskati (internet 1).

Izkušnje kažejo, da so nam nekateri uporabniki, bolniki itd, pač bolj všeč in nekateri manj. Pri nekaterih nas moti vedenje, pri drugih njihov videz. Nekateri so lahko pač bolj neprijetni od drugih. Takrat je trenutek, ko se je primerno vprašati: »Če bi bil to jaz ali nekdo, ki mi nekaj pomeni – kaj bi storil v tem primeru? Kakšno obravnavo bi si zaželel v tem primeru?«

Metoda komunikacije, ki sem jo opisal v prispevku, nam omogoča, da tudi v primerih, ko imamo opravka z neprilagojenim, težavnim bolnikom ali pač z nekom, ki nam ni všeč, ostanemo strokovni, pošteni in brez slabe vesti. Omogoča nam, da razlikujemo ljudi od problemov. Da se osredotočimo na interese in ne na stališča, ki jih velikokrat zavzamemo pri delu z odvisnimi od prepovedanih drog.

LITERATURA:

1. Boben-Bradutzky D. Motivacija in motivacijski postopki v obravnavi odvisnosti. *Viceversa* 2004; 24-40.
2. Dernovšek Mojca Z. *Zdravstveni delavci in osebe, ki imajo težave z odvisnostjo od psihoaktivnih snovi – možnosti za izboljšanje komunikacije*. V: Munih Jolanda (ur.) in Šuntar Erjavšek Aurea (ur.). Zbornik predavanj: Odvisnik z okužbo, Ljubljana, 21. marec, 2006. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2006: 24 – 28.
3. DiClemente CC, Bellino LE, Neavins T. *Motivation for Change and Alcoholism Treatment*. *Alcohol Research&Health* 1999; 23(2): 86-92.
4. Fisher, Roger, William Ury, Bruce Paton. 1998. *Kako doseči dogovor*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
5. Gorše Muhič M. *Komunikacija v zdravstveni negi*. V: Kogovšek B (ur.), Kobentar R (ur.). *Priročnik psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije: za medicinske sestre in zdravstvene tehnike*. Ljubljana: Psihiatrična klinika, 1999: 15-26.
6. internet 1: HYPERLINK "<http://www.danaonline.org/documents/Clinical%20Guidelines2.pdf>" <http://www.danaonline.org/documents/Clinical%20Guidelines2.pdf>, avgust, 2004: Clinical Guidelines

**Strokovno srečanje je omogočilo:
PODJETJE MEDIS**

ZABELEŽKE:

SHAPE * MERGEFORMAT
Obravnava bolnika odvisnega od prepovedanih drog
PAGE * MERGEFORMAT 9

MORFIN

hidromorfon

hidrokodon