

Med. s. Ankica Pišpek in med. s. Magda Gaži  
Klinična bolnišnica »Dr. Mladen Stojanović«  
Zagreb, Vinogradska 29

## Delo sestre pri preprečevanju in zdravljenju alkoholizma\*

Delo sestre z alkoholiki je zapleteno in odgovorno. Terja mnogo znanja, dela in odpovedi. Da sestra zmore tako široko področje, kjer mora premagovati tolikere ovire, mora biti strokovno usposobljena, obvladati mora tehniko zdravstvene vzgoje, posebno dobro pa poznati alkoholizem in vse značilnosti bolnikov alkoholikov.

Potrošnja alkohola je tako povezana z običaji vsakdanjega življenja, da se vsakdo čuti malone osebno prizadetega, če vpričo njega načnemo to temo, zlasti pa, če kritiziramo potrošnjo alkoholnih pijač in običaje, ki so s tem v zvezi. Odkloniti ponujeno pijačo pomeni med našimi ljudmi skoraj za žalitev. Zaradi tega je povsem razumljivo tudi vprašanje — zakaj pisati o alkoholizmu? Prepričani smo, da je vsakdo vsaj nekaj slišal o škodi, ki jo alkoholizem prizadene posamezniku ali družbi. Toda nevarnost čezmernega uživanja alkoholnih pijač pozna v celoti le malo ljudi. Pogosto se domneva celo, da se ta problem že tako pretirava.

Po naših krajih prihajajo otroci že zelo zgodaj v stik z alkoholom, najkasneje pa v puberteti. Od prvega kozarca dalje se deloma iz navade in potrebe, da bi se identificirali z odraslimi, pa tudi iz želje, da bi se uveljavili v svoji skupini itd., mladi ljudje navajajo na alkohol. Odpornost do alkohola se večja, vendar tega še ne moremo imenovati alkoholizem, toda nekega dne le pride do kozarca, ki pomeni neposreden in brezpogojen prehod v bolezen alkoholizma. Za ta prehod bolj značilne so lahko pogostnejše alkoholne amnezije, čeprav brez kakršnihkoli drugih motenj. Razen tega se odpornost ne povečuje več in pojavi se »preizkusna meja organizma«. V tej fazi se pojavljajo lažje in težje reverzibilne in ireverzibilne motnje fizičnega, psihičnega in socialnega zdravja. Slednjič nastopi zadnja faza, za katero je značilno zmanjšanje odpornosti, hude alkoholne okvare in končno smrt, če se bolnik ne zdravi, pogosto pa tudi kljub zdravljenju.

Toda vse to, kar smo povedali doslej, pa nam še ne omogoča natančne diagnostike alkoholizma, zato je vprašanju o definiciji te bolezni posvečenih že mnogo razprav.

Inštitut za proučevanje in zatiranje alkoholizma v Zagrebu uporablja zaradi lažje orientacije pri delu naslednjo definicijo:

»Alkoholizem je bolezen, ki jo povzroči dolgotrajno čezmerno uživanje alkoholnih pijač, ki privede do fizične in psihične zdravstvene okvare, kakor tudi do ekonomskih, socialnih in splošnih družbenih težav. Psihične in fizične

---

\* Referat na zveznem seminarju v Zagrebu dne 11. II. 1971. Prevedla M. S.

zdravstvene okvare, kakor tudi ekonomske, socialne in splošne družbene težave, morajo biti nedvomno ugotovljene in biti dostopne klasični medicinski oziroma socialni diagnostiki» (Hudolin).

Po Hudolinu pri družbenem alkoholizmu, tj. v fazi rastoče odpornosti, ne ukrenemo ničesar. To velja za povsem normalno. Tega ne moremo imenovati alkoholizem, torej kaj na bi tedaj storili? Morali bi poučevati ljudstvo, predvsem ob delu z mladino, po potrebi pa tudi z disciplinskimi ukrepi preprečevati alkoholizem. Medicinska sestra lahko v šolskih dispanzerjih, dijaških domovih in s patronažnim delom za preprečevanje alkoholizma napravi zelo veliko. Toda ta težak medicinski in socialni problem gre mimo številnih medicinskih in socialnih delavcev in je pretežno prepuščen stihiji.

Ko se alkoholizem že pojavi, začnemo pri nas z disciplinskimi in »preventivnimi« akcijami in z zdravstveno vzgojo, čeprav nam to ne more več koristiti. Bolezen je že tu. Alkoholik pije zato, ker mora piti, ker je postal od alkohola odvisen in ker — ne glede na svojo in našo dobro voljo — brez zdravljenja ne more pustiti pijače.

V fazi, ko so že nastopile nepopravljive spremembe v fizičnem, psihičnem in socialnem stanju, se začne zdravljenje, čeprav tedaj niti ni več najbolj uspešno.

Če bi se nam posrečilo ta postopek pomakniti za eno fazo naprej, bi začeli s prevencijo, še preden se bolezen razvije, zdravili bi bolnika že v začetku bolezni, ko bi bila prognoza mnogo ugodnejša; v zadnji fazi bolezni, ko postanejo fizične, psihične in socialne spremembe zdravja ireverzibilne, pa bi takim bolnikom z nastanitvijo v ustreznih ustanovah za čuvanje in zdravljenje lahko zagotovili socialno varstvo. Tako bi bil naš boj proti alkoholizmu uspešnejši.

### Zdravljenje alkoholizma

Alkoholizem zdravimo v različnih ustanovah. Poleg psihiatričnih ustanov, kjer se alkoholiki zdravijo bolj ali manj po klasičnih metodah, imamo specializirane ustanove za zdravljenje alkoholizma: to so stacionariji, dnevne ali nočne bolnišnice, vikend bolnišnice, specializirani dispanzerji itd. Razen tega se zaradi posledic alkoholizma večje število alkoholikov zdravi na internih, kirurških, očesnih in drugih oddelkih, po potrebi pa tudi v kazenskopoboljševalnih domovih.

Leta 1964 so v okviru oddelka za nevrologijo in psihiatrijo splošne bolnišnice »Dr. Mladen Stojanović« odprli Center za proučevanje in preprečevanje alkoholizma.

Da bi celotno delo centra potekalo zadovoljivo in da bi lahko zajeli čim večje število bolnikov, dela v okviru tega centra dispanzer za alkoholizem, medtem ko se bolniki zdravijo klinično v tako imenovani dnevni bolnišnici (kamor pridejo zjutraj, zvečer pa oddidejo domov) in v stacionarijih.

Vsi bolniki, ki se zdravijo v centru, in to bodisi v dnevni bolnišnici ali v stacionariju, so razdeljeni na šest skupin. Prizadevamo si, da teče življenje v centru podobno kakor vsakdanje življenje zunaj bolnišnice. Vse delo poteka po načelu samoupravljanja. Bolniki imajo svoje dolžnosti, odgovornosti, navzkrižja, kakor da so na delovnem mestu ali doma. Vsaka skupina ima svojega vodjo in namestnika. Za življenje in delo članov v skupini je odgo-

voren vodja skupine. Med dežurstvom razporeja ljudi, nadzira obnašanje svoje skupine in je član upravnega odbora v zboru bolnikov.

Vsaka skupina je en dan v tednu dežurna. Med dežurstvom so člani skupine oproščeni terapevtskih ur, ker je njihova dolžnost, da v hiši, v kateri živijo, tedaj vzdržujejo red. Vodja dežurne skupine je glavni dežurni in odgovarja za to, da skupina v redu opravlja vse svoje naloge, kakor tudi za vse dogodke in življenje centra med njegovim dežurstvom. Glavni dežurni vsak dan poroča zboru bolnikov, ki ga sestavljajo vsi bolniki in terapevtski team, sestajajo se pa sleherni dan. Razen tega poroča vsak dan tudi na jutranjem delovnem sestanku vseh terapevtov, skupno z vodji in predsedniki drugih bolniških skupin.

Menimo, da je bil ta, čeprav kratki uvod neogibno potreben za boljše razumevanje dolžnosti, ki jih ima sestra, zaposlena v centru.

Upravičeno lahko rečemo, da je medicinska sestra gospodinja oddelku, na katerem dela. Njena vloga je prav tako vsestranska, brezpogojno potrebna in neopazna, kakor vloga gospodinje na njenem domu. Vendar pa moramo takoj poudariti, da se delo medicinske sestre v Centru za proučevanje in zmanjševanje alkoholizma po svojem načinu bistveno razlikuje od dela na klasičnih oddelkih bolnišnic. Tu je sestra enakopraven član terapevtskega teama. Tesno mora sodelovati z vsemi člani teama, da je obravnavanje bolnika čimbolj enotno, ker bi različno ravnanje terapevtskega teama bolnika begalo. No, to tudi za sestro na klasičnem oddelku ni kaj povsem novega, ker so terapevtski teami povsod, na oddelkih, v ambulantah in dispanzerjih.

Kar je tu bistveno drugačno, pa je stališče sestre do alkoholika, terapevtski odnos sestra-bolnik. Na klasičnih oddelkih je sestra aktivna, bolnik pa pasiven, medtem ko je v centru in sploh pri delu z alkoholiki najvažnejše, da je bolnik čim aktivnejši. Dolžnost sestre je, da čez dan in ves čas zdravljenja bolnike aktivira, da skrbijo zase in za okolico, v kateri živijo, da sami opažajo probleme in pomanjkljivosti ter jih — kar je posebno važno — sami tudi rešujejo.

Alkoholik je bolnik, ki čustveno ni povsem zrel. Nenehno želi, da mu povemo, kaj naj dela, zakaj naj nekaj napravi tako, kaj drugega pa drugače. Takim željam bolnika sestra ne sme popustiti.

Delo skupin teče po terapevtskem programu od 9. do 17. ure, sestoji pa iz skupinske psihoterapije, ki jo vodi zdravnik, iz sestanka s psihologom, socialnim delavcem in medicinsko sestro, dalje iz delovne terapije, učenja, športa in izmenoma tudi iz prostega časa.

V SR Hrvatski je bilo po republiškem registru leta 1965, 1966, 1967 in 1968 na stacionarnem zdravljenju v psihiatričnih ustanovah 16.282 alkoholikov, od katerih je bilo 1742 (nekaj več kot 10 odstotkov) žensk. Zdravljenje enega bolnika stane povprečno okoli 300.000 starih dinarjev, ne všteti nadomestila za čas nesposobnosti za delo niti ne razne socialne datjave in podpore, kakor tudi ne izgube, ki jih ima narodno gospodarstvo zaradi izostankov z dela, ki znašajo za vsakega alkoholika povprečno dva meseca na leto.

Specializiranih ustanov za zdravljenje alkoholikov je zelo malo, kadri, ki se ukvarjajo z zdravljenjem, pa so v primeri s številom alkoholikov, številčno minimalni. Če gremo pa s stališča, da sodobno zdravljenje alkoholizma poleg drugih metod vključuje tudi prevzgojo oziroma resocializacijo alkoholikov, tedaj vidimo, da je število strokovnjakov, usposobljenih za delo na tem

področju, še manjše. Medicinska sestra na splošno malo sodeluje v metodah, ki se nanašajo na ožje področje resocializacije. Medicinsko sestro je zelo težko vključiti v nepretrgani proces resocializacije alkoholikov, ker pri sednji organizaciji zdravstvene službe opravlja takšno delo samo deloma in po etapah.

Pri zdravljenju alkoholikov razlikujemo po Hudolinu tri vrste terapevtskih metod:

1. uporabo zdravil,
2. psihoterapevtska prizadevanja,
3. socialno-medicinske posege in rehabilitacijo.

Posameznih metod nikakor ne moremo povsem uspešno uporabljati ločeno, temveč jih je v sodobnem zdravljenju in v okviru socialne psihiatrije nujno potrebno kombinirati. Ni dovolj, da alkoholiku vzamemo pijačo in ga zapremo, temveč ga moramo prevzgojiti in ga naučiti, da živi normalno tudi brez alkoholnih pijač, da se sooči z vsakdanjimi problemi in da se v stresnih situacijah — ki so v današnjem času industrializacije, avtomatizacije, nuklearne energije in vesoljskih poletov z ene strani neizbežne, medtem ko so z druge strani v nas še vedno ostanki polfevdalne vzgoje — laže znajde brez lažnih olepševalnih naočnikov alkohola.

V terapevtskem procesu nenavadno pomembna pa je vloga alkoholika samega. Po teh načelih je na Hrvatskem ustanovljenih 96 klubov zdravljenih alkoholikov s 15.000 člani. Najprej so v okviru centra ustanovili poskusni klub.

Bolniki centra se najaktivneje vključujejo v delo poskusnega kluba zdravljenih alkoholikov. Glavna naloga tega kakor tudi drugih, kasneje ustanovljenih klubov na terenu je vzpostavljanje in vzdrževanje prijateljskih medčloveških odnosov med člani, prizadevanje, da postane klub »poročevalska skupina« za svoje člane, razvijanje smisla za koristno in prijetno preživljanje prostega časa, in to brez alkohola. Razen tega se mora bolnik že med zdravljenjem navaditi, da redno zahaja v klub na svojem terenu in se nauči, kako lahko najgloblje pomaga sebi in drugim alkoholikom.

Na širšem področju Zagreba deluje 26 klubov z več kot 3700 člani. Večina klubskih članov je aktivnih skupno s svojimi družinami. Zdravljenje v klubu traja praktično vse življenje in že sedaj imamo precej zelo aktivnih članov, ki prihajajo v klub že nad 5 let. Člani kluba se sestajajo na skupinskih sestankih redno po enkrat na teden ob določenem času, dokaj pogosto hkrati s člani svojih družin. Sestanki klubov imajo prav različno vsebino, redno pa je glavna tema skupni problem, in to je alkoholizem, vzdrževanje abstinence, pomoč prijateljem ob ponovitvi bolezni in nastanitev v bolnišnici. Razen tega imajo posamezni klubi razvito tudi družabno življenje. Organizirano imajo zabavno sekcijo, ki v okviru Združenja klubov zdravljenih alkoholikov uspešno nastopa na vseh zborih alkoholikov. Klubi imajo svojo patronažno službo, ki jo opravljajo člani kluba — abstinenti. Če katerega od članov dvakrat zapored ni na klubski sestanek, ga patronažna skupina obišče. Starejši člani kluba vedno radi sprejemajo nove člane. S hvaležnostjo sprejmejo na svojih sestankih tudi svoje terapevte bodisi iz bolnišnične ali nebolnišnične službe.

Žal, da se ne moremo vselej pohvaliti z enako aktivnostjo terapevtskega osebja v klubih.

Težava, ki se pojavlja pri delu klubov na terenu, je v tem, ker socialna in zdravstvena služba še vedno ne razumeta dovolj potrebe po takem delu in ne uvidevata prednosti takega načina vključevanja alkoholikov v normalno življenje in delo, razen tega pa ne pomislita, da takšno delo občutno zmanjšuje stroške zdravljenja. Dogajalo se je, da socialno zdravstvena služba — četudi je sprejela delo kluba — ni razumela njegovega pravega namena in bistva, pa je po klubih skušala reševati nekatere svoje probleme, medtem ko so problemi zdravljenih alkoholikov ostajali v ozadju.

Nadaljnja težava pri delu klubov pa je v tem, da alkoholiki želijo čimprej pozabiti neprijetne strani svoje preteklosti in jim zato sestanki, ki jih na to spominjajo, postanejo zoprni. Na drugi strani pa se ne želijo izpostavljati kot zdravljeni alkoholiki, pač zaradi negativnih odnosov okolice in morebitnih posledic v delovni organizaciji ipd. Kaže, da bi v vseh teh primerih patronažna medicinska sestra, ki pozna teren, na katerem dela, če bi postala terapevt in član kluba, lahko prispevala ne samo k razvoju klubov, temveč tudi k reševanju problematike alkoholizma na svojem terenu.

Sestre, pa tudi člani kluba so že dostikrat poskušali zdravstveno in socialno službo terena pridobiti za sodelovanje in so pri njej iskali pomoč, bodisi v strokovnem pogledu, bodisi glede prostorov, toda vse do danes do tega sodelovanja še ni prišlo. So nekateri zdravstveni delavci in zdravstvene ustanove, ki so se zavzeli za kadre in prostore ter pošiljajo svoje zdravstvene delavce na podiplomski študij o alkoholizmu, da bi na svojih terenih lahko zajeli problem alkoholizma.

Vendar pa ne moremo biti zadovoljni, ker še vedno stoji ob strani veliko število zdravstvenih ustanov in zdravstvenih delavcev, ki se ne ukvarjajo s problematiko alkoholizma.

Če pa ni teritorialnega sodelovanja, je za delo klubov in vzdrževanje abstinence navadno težko.

Dolžnosti sestre pri zdravljenju bolnikov alkoholikov so:

1. strogo medicinsko delo sestre, klasično, »praizivirno«, znano že »od-davnaj«;
2. zdravstvena vzgoja;
3. delo za prevzgojo in vzgojo bolnikov;
4. enakopravno sodelovanje v teamskih razpravah z drugimi člani teama.

Moramo pa poudariti, da je v praksi precej težko natančno ločiti delo posameznih profilov, zato smo si vendarle morali pomagati s figurativnim načinom.

In čeprav smo prvo točko imenovali »klasično zdravljenje«, ta naziv ne ustreza prav natanko. V socialno terapevtski skupnosti ni nič klasičnega. Celo najbolj klasično dajanje tablet dobi tu določeno vzgojno komponento in ima namen aktivirati bolnika samega pri svojem lastnem zdravljenju, kar velja za enega najvažnejših činiteljev. Bolnik mora vedeti, kakšna zdravila dobiva in zakaj dobiva ravno ta. Poznati mora učinek posameznega zdravila, kakor tudi način jemanja, razen tega pa prihaja po to zdravilo ob določenem času sam. Med tako imenovana klasična opravila sodijo tudi preiskave. Seveda ne moremo reči, da moramo novega bolnika aktivirati pri njegovih preiskavah, zato pa skupina, v katero je sprejet, in vodja te skupine skrbijo, da bolnik opravi vse, kar je potrebno. Vrh tega člani skupine pazijo nanj, opozorijo sestro na stvari, ki so jih opazili, s tem pa nastopi v medsebojnih

odnosih med skupino in novim bolnikom nova kvaliteta — vzajemna skrb, s čimer se krepí občutek, da pripada skupini.

To poslednje sodi že v poglavje o zdravstveni vzgoji in delu v skupini, čeprav ta metoda ni uporabljena neposredno. Posameznih opravil medicinske sestre res ni mogoče ločiti in jih opazovati ločeno, kajti vsak tudi najmanjši poseg, premik ali beseda imajo v skupinski dinamiki daljnosežen pomen.

Da bi sestra lahko zadostila vsem zahtevam, ki jih prednjo postavlja tako široko področje, mora obvladati več stvari:

1. Predvsem mora biti čustveno in socialno zrela osebnost;
2. dobro mora poznati alkoholizem kot bolezen in značilnosti bolnikov alkoholikov;
3. obvladati mora vse tehnike zdravstvene vzgoje;
4. poznati mora psihologijo osebnosti, andragogiko, sociologijo in vrsto drugih stvari;
5. sestra mora bolnika alkoholika sprejeti čustveno, ne pa razumsko, če hoče, da bo njeno delo res uspešno.

Sklep te razlage bi bil: sestra mora spremeniti svoja lastna stališča, ki si jih je pridobila prej, kar ni vselej lahko, dostikrat pa tudi nemogoče. Za ponazoritev tega naj citiramo dr. Zalokarja, ki pravi: »Rehabilitacija se torej za nas, ki nismo alkoholiki, začinja pri nas samih«. Alkoholizem moramo sprejeti kakor vsako drugo bolezen, kajti bolniku lahko pomagamo samo tedaj, če verjamemo v tisto, kar delamo, ne glede na to, ali to povemo ali ne. Bolnik čuti, kaj in kako delamo zanj, ne sliši pa vedno, kaj in kako mu govorimo. Nedvomno sta se vloga in lik sestre v zgodovini zdravljenja alkoholizma spreminjala, hkrati s spremembami stališč do alkoholizma nasploh.

Mislimo, da je pred koncem te razlage treba znova uporabiti besede psihiatra dr. Zalokarja, ki so ganile mnogo zdravstvenih delavcev, ki delajo z alkoholiki: »Alkoholik ni več zločinec, ki ga je treba odstraniti, niti ni bolnik, ki ga lahko prepustimo samo zdravstvu, temveč je človek, ki je takšen, kakršen je, zrastle med nami.«

Medicinske sestre, ki so zaposlene v preventivni in kurativni medicini, bi radi opozorili na potrebo, da se na svojih delovnih mestih bolj angažirajo za preprečevanje, zatiranje in zdravljenje alkoholizma. Ni je v medicini nobene panoge, v kateri bi sestra ne mogla prispevati svojega deleža za preprečevanje te razširjene bolezni.

Pri delu z alkoholiki bi sestri vsekakor lahko veliko pomagalo ustrežnejše osnovno sestrsko šolanje ter obvezno podiplomsko izobraževanje iz neurologije, psihiatrije in alkoholologije.

---

**POKAŽI ZDRAVSTVENI OBZORNIK ŠE DRUGIM ZDRAVSTVENIM  
DELAVCEM, MORDA BI SE TUDI ONI NAROČILI NANJ!**