

# PRIROČNIK ZA IZVAJANJE PRISTOPA **SOPA**



**Priročnik za izvajanje aktivnosti  
in obravnavo pitja alkohola**

**UČNO GRADIVO**

**1**

**PRIROČNIK  
ZA IZVAJANJE  
PRISTOPA  
SOPA**

Priročnik  
za izvajanje aktivnosti  
in obravnavo pitja  
alkohola

**UČNO GRADIVO**

**Zvezek I/III**



Ljubljana, 2022

# Priročnik za izvajanje pristopa SOPA

## Zvezek I

**Uredniki:**

mag. Tadeja Hočevar, dr. Marko Kolšek, Karmen Henigsmann, dr. Maja Roškar, Darja Boben Bardutzky

**Tehnično urejanje:** Rok Zaletel

**Lektoriranje:** Ana Peklenik

**Oblikovanje:** Altius d.o.o.

**Izdajatelj:** Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana

**Kraj in leto izdaje:** Ljubljana, 2022

Elektronska izdaja

**Spletni naslov:** [www.nijz.si](http://www.nijz.si)

Brezplačen izvod. Izvod je namenjen izvajalcem pristopa SOPA in strokovni javnosti.

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani

COBISS.SI-ID 119860995

ISBN 978-961-6945-72-1 (PDF)

## KAZALO

### ZVEZEK I/III

Priročniku na pot	8
Zahvala	9
Recenzija	10
Predgovora	12
Seznam kratic	17

#### **Sklop 1: Alkoholna problematika** 16

1.1. Nekaj podatkov o razširjenosti pitja alkohola v Sloveniji	18
1.2. Nekaj dejstev o alkoholu	30
1.3. Mokra kultura in pomen preventive	42
1.4. Alkoholna politika v sloveniji – pregled stanja z ukrepi	52

#### **Sklop 2: Podpora uporabniku v času spreminjanja vedenja** 64

2.1. Motivacijski intervju	66
2.2. Pogovor o pitju alkohola	90

#### **Sklop 3: Interdisciplinarni pristop k obravnavi tveganega in škodljivega pitja alkohola** 110

3.1. SOPA pristop obravnave tveganega in škodljivega pitja alkohola	112
---	-----

#### **+ Dodatek** 136

1. Prof. Jože Ramovš o starostnikih in alkoholu	138
2. Odraščanje v družini z alkoholizmom ali "Kam so šla otroška leta?"	144

#### **+ Priloge** 150

1. Pripomoček za odkrivanje čezmernega pitja alkohola: AUDIT-C in AUDIT-10	152
2. Kratko svetovanje za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola: primer 5-krat 15 minut	156
3. Sliki škodljivih posledic pitja alkohola	173
4. Slika enote in meje manj tveganega pitja alkohola	175
5. Slika transteoretični model spreminjanja vedenja	176

#### **+ Sodelujoči – kratke predstavitve** 178

### ZVEZEK II/III

#### **Sklop 4: Področja izvajanja kratkega ukrepa 1** 6

4.1. Specialist družinske medicine	8
4.2. Diplomirana medicinska sestra v ambulanti družinske medicine	16
4.3. Zdravstvenovzgojni center in center za krepitev zdravja	24
4.4. Patronažno varstvo	34
4.5. Center za socialno delo	44
4.6. Medicina dela, prometa in športa	54

#### **Sklop 5: Področja izvajanja kratkega ukrepa 2** 62

5.1. Ginekologija in porodništvo	64
5.2. Otorinolaringologija	76
5.3. Onkologija	84
5.4. Transfuzijska medicina	90
5.5. Gastroenterologija	96
5.6. Dentalna medicina - zobozdravstvena dejavnost	104
5.7. Kardiologija	112
5.8. Urgentna medicina	120

### ZVEZEK III/III

#### **Sklop 6: Področja izvajanja kratkega ukrepa 3** 8

6.1. Brezposelnost in storitve za trg dela	10
6.2. Gibalna oviranost	18
6.3. Slepota in slabovidnost	24
6.4. Gluhost in naglušnost	30
6.5. Duševno zdravje	38
6.6. Šport	44
6.7. Kultura	54
6.8. Družina in socialno varstvo	60
6.9. Pomoč socialno ogroženim in verske skupnosti	66
6.10. Humanitarnost pri socialno ogroženih	76

#### **Sklop 7: Obstoječi pristopi k obravnavi škodljivega pitja alkohola in sindroma odvisnosti od alkohola** 82

7.1. Vidik specialista psihiatra, ki deluje na področju zdravljenja odvisnosti od alkohola	84
7.2. Obravnava tveganega in škodljivega pitja alkohola kršiteljev zaradi vožnje pod vplivom alkohola v okviru rehabilitacijskih programov	94
7.3. Primer skupine za samopomoč na področju zasvojenosti z alkoholom: anonimni alkoholiki	104
7.4. Primer skupine za samopomoč svojcem na področju zasvojenosti z alkoholom: društvo al-anon	112
7.5. Primer terapevtskih skupin na področju zasvojenosti z alkoholom s sistemsko-družinskim pristopom in vključitvijo mladoletnih članov družine	118

## PRIROČNIKU NA POT

Spoštovani,

veseli smo, da ste v roke vzeli to gradivo. Pitje alkohola v Sloveniji predstavlja pomemben del nacionalnega bremena bolezni, ki ga vsak od nas in skupaj lahko po malem in zelo učinkovito zaježimo.

Pred vami je priročnik o obravnavi čezmernega pitja alkohola, ki je nastal v okviru petletnega razvojno-aplikativnega projekta pristopa SOPA – Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola. Namenjen je strokovnjakom, ki se pri svojem vsakdanjem poklicnem delu srečujejo z osebami, pri katerih je lahko prisotno tveganje za čezmerno pitje alkohola, hkrati pa delovni proces omogoča, da strokovnjak v svoje siceršnje delo z ljudmi vključi tudi naslavljanje pitja alkohola. Predstavljene vsebine so plod interdisciplinarnega prizadevanja 49 strokovnjakov in prikazujejo možne načine obravnave pitja alkohola na 29 področjih dela z ljudmi.

V grobem bi v priročnik vključena področja lahko razdelili na zdravstveno in socialno obravnavo ter naslavljanje alkoholne problematike pri ljudeh, ki imajo izbrane ranljivosti in pri njih obstaja posebno tveganje, da se vprašanja alkoholne problematike spregledajo. Vsebine so predstavljene preko šestih vsebinskih sklopov, porazdeljenih v tri zvezke.

Uvodoma se seznanimo z nekaterimi ključnimi podatki o rabi alkohola in informacijami o škodljivih posledicah pitja alkohola, osvetljeni so pomen reševanja alkoholne problematike in možnosti učinkovite alkoholne politike. Nato je predstavljen razmislek o učinkovitem pogovoru o pitju alkohola z uporabo t. i. motivacijskega intervjuja in opisan pristop SOPA od pilota do sistema.

V osrednjem delu so za 24 področij dela na zelo konkreten način predstavljeni možni poteki izvajanja dokazano učinkovitega t. i. kratkega ukrepa za podporo pri opuščanju tveganega in škodljivega pitja alkohola. Poteki izvajanja ukrepa so različni (v grobem gre za tri različice kratkega ukrepa) ter prilagojeni potrebam in možnostim za izvedbo na določenem področju. Vsem je skupno, da je vprašanje pitja alkohola osvetljeno z vidika varovanja zdravja in v kontekstu siceršnjega pogovora o življenjskem slogu pacienta oz. uporabnika.

Nato so predstavljeni t. i. že ustaljeni pristopi reševanja alkoholne problematike v primeru škodljivega pitja alkohola in sindroma odvisnosti od alkohola.

Temu sledita priloga s pripomočki in primerom dobre prakse izvajanja kratkega ukrepa, ki izvajalcem nudi seznanitev z možnim potekom pogovora na ravni konkretnih stavkov, ter dodatek z osvetlitvijo problematike pitja alkohola pri starejših in otrocih iz družin, kjer so prisotne težave zaradi pitja alkohola.

Priročnik je zastavljen kot temeljno gradivo ob udeležbi na usposabljanju za izvajanje podpore za opustitev tveganega in škodljivega pitja alkohola, samostojno pa lahko predstavlja kakovostno gradivo za večjo ozaveščenost vsakega strokovnjaka, ki dela v poklicu pomoči, o alkoholni problematiki in konkretnih možnostih njenega reševanja pri svojem delu z ljudmi. Branje vsebin je lahko 'od A do Ž', lahko pa se preberejo uvodna – 'skupna' poglavja in nato (le) poglavje izbranega področja.

Upamo, da boste našli uporabne informacije za vključevanje preventive na področju alkoholne problematike v vaše vsakdanje delo, in vam želimo prijetno branje.

Tudi s tem vas vabimo v skupnost strokovnjakov, ki si aktivno prizadevamo, da vsak po svoje in kolikor lahko, prispevamo k zamejevanju alkoholne problematike in s tem krepimo blagostanje naše skupnosti.

Uredniki

## ZAHVALA

Uredniki se zahvaljujemo vsem avtorjem prispevkov za ves angažma v petih letih trajanja projekta SOPA. S svojo kontinuirano zavzetostjo, sodelovanjem in strokovnim pristopom ste omogočili, da so nastali aktualni, jasni in konkretno uporabni prispevki.

Zahvaljujemo se vsem strokovnjakom, ki ste sodelovali v pilotu in prikazovali, kako lahko dobra ideja učinkovito zaživi v praksi – brez vaše zavzetosti pristopa ne bi mogli preizkusiti na terenu. Zahvaljujemo se vsem strokovnjakom, ki ste kot zunanji sodelavci z nami delili svoja znanja in dolgoletne izkušnje iz prakse. Prav tako se za zavzetost zahvaljujemo vsem sodelavcem Nacionalnega inštituta za javno zdravje v timu SOPA, tako tistim na centralni kot na območnih enotah, ki ste s strokovnostjo in vso skrbnostjo podpirali izvajalce na terenu ter omogočali doseganje ciljev projekta.

Ob tem se zahvaljujemo Ministrstvu za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, da je prepoznalo pomen financiranja projekta za reševanje alkoholne problematike, še posebno tedanji ministrici dr. Anji Mrak Kopač in tedanjemu generalnemu direktorju Direktorata za socialne zadeve Štefanu Lepoši, ter Ministrstvu za zdravje za uspešno partnerstvo v projektu.

Posebej se zahvaljujemo mag. Vesni Kerstin Petrič, generalni direktorici Direktorata za javno zdravje na Ministrstvu za zdravje, ki ves čas aktivno skrbi za to, da reševanje alkoholne problematike ostaja visoko na agendi nacionalnih prioritet varovanja zdravja. Prav tako se za podporo ob začetku projekta zahvaljujemo tedanji direktorici Direktorata Mojci Gobec.

Zahvaljujemo se Radetu Pribakoviću Brinovcu, predstojniku Centra za upravljanje programov preventive in krepitve zdravja na NIJZ, za kontinuirano spremljanje in podporo pri izvajanju aktivnosti pristopa SOPA. Zahvaljujemo se Jožici Maučec Zakotnik, predstojnici Centra za upravljanje programov preventive in krepitve zdravja v času pred in v začetnem obdobju projekta SOPA, ki je v samih začetkih preventive v Sloveniji opredelila uvedbo osnovne različice svetovanja za opuščanje čezmernega pitja alkohola v ambulantno družinske medicine in v predhodnih projektih izpostavljala, da je na področju alkoholne problematike treba delovati na primarni zdravstveni ravni širše in se povezovati s socialnim sektorjem.

Za podporo se zahvaljujemo vsem trem direktorjem NIJZ v času projekta SOPA, Milanu Kreku, Nini Pirnat in prim. prof. dr. Ivanu Erženu.

Zahvaljujemo se tudi vsem drugim strokovnjakom na področju alkoholne problematike in širše, katerih preteklo in sedanje delo predstavlja pomembna izhodišča in usmeritve za naše delo na pristopu SOPA.

Uredniki

## RECENZIJA

Mirjana Radovanović

Slovenija oz. slovenska družba je t. i. mokra kultura<sup>1</sup>. To pomeni, da je odnos z alkoholom in do njega zelo tesen, intimen, vseobsegajoč. Razlogov za pitje, ki so po funkciji v resnici izgovori, je brez števila. Kot pravi fraza: »Če ni razloga za pitje, je pa to razlog za pitje.« Mnogi pomembni življenjski dogodki so zaznamovani s pitjem. Mnogo prepričanj imamo o alkoholu, mnoga so zelo dopuščajoča do pitja. Toleranca družbe do pitja je po eni strani visoka. Ko pa gre za prepoznane težave zaradi posledic pitja alkohola, pa je toleranca zelo nizka in stigmatizacija pivcev izjemno visoka. Motnja zaradi pitja alkohola – najbolj resna oblika je sindrom odvisnosti od alkohola oz. zasvojenost z alkoholom – je ena od najbolj stigmatiziranih bolezni<sup>2,3</sup>. Da postane pitje alkohola problem sam na sebi, je potreben čas. Včasih veliko časa. Včasih pitje povzroči škodo za zdravje in funkcioniranje osebe že veliko prej, preden nastopi odvisnost. Govorimo o spektru različnih načinov pitja. Projekt SOPA to spoznanje postavi v središče svojega dela. Naslavlja tvegano in škodljivo pitje alkohola ter v specializirane ustanove usmerja osebe, zasvojene z alkoholom.

»Skupaj za odgovorno pitje alkohola« ali na kratko SOPA je produkt dela zavzete skupine strokovnjakov s področja javnega zdravja in drugih medicinskih in nemedicinskih strok na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje, ki so skupaj z zunanjimi sodelavci zastavili in izpeljali pilotski projekt o temi, ki je za Slovenijo in vse njene prebivalce izjemnega pomena. Gre za ozaveščanje o vzorcih in posledicah pitja alkoholnih pijač ali na kratko pitja alkohola. Gre za oblikovanje praktičnih načinov prepoznavanja vzorcev in posledic pitja. Gre za izobraževanje o izvajanju praktičnih načinov prepoznavanja in posledic pitja alkohola. Gre za opolnomočenje in učenje tistih strokovnjakov, ki se pri svojem delu (redno) srečujejo z osebami, ki imajo težave zaradi rabe alkohola, in zato nujno potrebujejo znanja in veščine za prepoznavanje vzorcev in posledic pitja alkohola. Gre za podporo strokovnjakom, da lahko kompetentno nudijo pomoč tistim, ki jo potrebujejo. Gre za projekt, ki si prizadeva biti ekonomičen in postati vzdržen. Gre za iskanje in predlaganje sistemskih rešitev.

Večletni projekt izobraževanja strokovnjakov na terenu in oblikovanja praktičnih načinov ukrepanja, ki ga je pandemija s SARS-CoV-2 ujela v drugi polovici izvajanja, je pripeljal do še enega logičnega izplena. Do učbenika, namenjenega stroki, a primerne tudi za slehernika. Uradni naslov je Priročnik za izvajanje pristopa SOPA. Res gre za pristop, res gre za priročnik in res so trije zvezki dragoceno učno gradivo.

V prvem zvezku bralec spozna dejstva o etilnem alkoholu, ki je psihotropna snov v alkoholnih pijačah. Spozna razsežnosti pitja alkohola in posledic tako v Sloveniji kot širše v svetu. Za boljše razumevanje problematike je eno poglavje posvečeno tudi alkoholni politiki in zajema predstavitev dokazano učinkovitih ukrepov za zmanjševanje posledic pitja alkohola v družbi.

Logično nadaljnje vprašnje je, kako spregovoriti o pitju. Motivacijski intervju kot način razmišljanja in tehnika pogovora je uvrščen v razdelek o podpori uporabnicam/-kom v času spreminjanja vedenja. Gre za pristop, ki je nastal na področju pomoči osebami z odvisniškimi vedenji in si utrl pot na vsa področja pomoči, kjer je za spremembo v smer zdravega življenjskega sloga potrebna sprememba vedenja.

Sledijo poglavja, ki podrobneje predstavijo obravnavo tveganega in škodljivega pitja z uporabo posameznih vrst ukrepov v različnih okoljih. Poimenovani so kratki ukrepi, zato da poudarijo časovno učinkovitost in možnost vključitve ustreznega ukrepa v rutino siceršnjega dela znotraj posameznih strok, ki delajo z ljudmi s težavami v zdravju ali dnevnem funkcioniranju.

Drugi zvezek je posvečen kratkemu ukrepu 1 (KU1) in kratkemu ukrepu 2 (KU2).

Strokovnjaki, ki se pri svojem delu zelo pogosto srečujejo z osebami, ki pijejo alkohol na način, da to pomeni tveganje za njihovo zdravje, so tisti, ki delajo na primarni ravni oz. na terenu, s populacijo, in ki populacijo poznajo. Prav njim in v pomoč pri njihovem delu je namenjen KU1. Med njimi so specialisti družinske medicine, diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki v ambulantah družinske medicine in centrih za krepitev zdravja oz. zdravstveno-vzgojnih centrih pa strokovnjaki v patronažnem varstvu, centrih za socialno delo in specialisti medicine dela, prometa in športa.

KU2 je namenjen strokovnjakom medicinskih strok s tistih specialističnih področij, na katerih je pitje alkohola pomemben dejavnik tveganja za poslabšanje ali celo nastanek zdravstvenih težav in bolezni, s katerimi se posamezna stroka pretežno ukvarja. Med slednje sodijo ginekologija, otorinolaringologija, onkologija, transfuzijska medicina, gastroenterologija, kardiologija, urgentna medicina in celotno zobozdravstvo.

Tretji zvezek Priročnika zajema področja izvajanja kratkega ukrepa 3 (KU3), ki je usmerjen v populacije s specifičnimi potrebami. Med njimi so brezposelni in osebe z različnimi oviranostmi – gibalno oviranostjo ali težavami zaradi gluhosti in naglušnosti, slabovidnosti ali slepote. SOPA ni pozabila na osebe s težavami zaradi duševnega zdravja niti na specifične potrebe športnikov pa delavcev v kulturi. KU3 ima mesto tudi pri delu z družinami. Pa pri delu s socialno ogroženimi populacijami. Koristno ga lahko uporabijo tisti, ki se kot prostovoljci in v dobrodelnih organizacijah srečujejo z osebami, ki pijejo na tvegan ali škodljiv način.

Vsi ukrepi so predstavljeni po področjih, poglavja pa so strukturirana enako. To je v pomoč tako bralcem, ki se z vsebinami spoznavajo po vrsti, kot tudi tistim, ki prebirajo Priročnik ponovno ali iščejo konkretno informacijo s svojega področja zanimanja.

Prav poenotena ureditev poglavij omogoča, da se nekatere vsebine ponovijo. To je prednost Priročnika, saj prispeva k utrjevanju vsebin iz učnega gradiva.

Zaključni razdelek predstavi obstoječe oblike pomoči osebami s škodljivim pitjem ali odvisnostjo od alkohola, od nevladnih organizacij do specializiranih zdravstvenih inštitucij za celostno zdravljenje posledic pitja alkohola.

Priročnik v treh zvezkih približa pristop SOPA, opremi strokovne bralce z novimi spoznanji in praktičnimi veščinami, kako v svoje delo vključiti učinkovit način pogovora o pitju alkohola, prepoznati posledice, škodljive za zdravje, in ustrezno pomagati posamezniku oz. ga napotiti po pomoč v ustrezno ustanovo. Kajti pomoč obstaja in je učinkovita.

1 Čebašek Travnik Z. Slovenia: alcohol today—could a country be addicted to alcohol? *Addiction* 2007; 102: 11–14. doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01565.x

2 Kubiak SP, Ahmedani BK, Rios-Bedoya CF, Anthony JC. Stigmatizing Clients with Mental Health Conditions: An Assessment of Social Work Student Attitudes. *Social work in mental health* 2011; 9: 253–271.

3 Pescosolido BA, Martin JK, Long JS, Medina TR, Phelan JC, Link BG. "A Disease Like Any Other"? A Decade of Change in Public Reactions to Schizophrenia, Depression, and Alcohol Dependence. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 1321–30.

## PREDGOVOR

Vesna Kerstin Petrič

Strpen odnos do alkohola v naši družbi pomembno prispeva k temu, da v Sloveniji še vedno nismo sprejeli celovite alkoholne politike, ki bi učinkovito naslovila tvegano in škodljivo rabo alkohola. To se odraža v velikem zdravstvenem, socialnem in ekonomskem bremenu za posameznika, njegove bližnje in družbo.

Danes je na voljo veliko znanstvenih dokazov, da že majhna količina zaužitega alkohola lahko prispeva k pojavnosti različnih vrst raka, tudi raka dojke, in ima lahko hude posledice za razvoj ploda v nosečnosti. Kljub temu alkohol ostaja edina splošno dostopna psihotropna substanca, ki ni mednarodno posebej regulirana, kot je na primer tobak.

Slovenska zakonodaja pozna številne omejitve, ki pa ob nizkih cenah alkoholnih pijač, izmikanju prepovedi oglaševanja in splošni sprejetosti rabe alkohola ob vseh priložnostih ne dajo ustreznega rezultata. Na žalost se je ob velikem pritisku industrije alkohol spet vrnil na športne prireditve, kar je z vidika normalizacije rabe alkohola ob vseh priložnostih in še posebej v povezavi z uspehom še posebej zaskrbljujoče.

Svetovna zdravstvena organizacija je že leta 2010 sprejela globalno strategijo za zmanjšanje škodljive rabe alkohola. Strategija kot cenovno najučinkovitejše ukrepe priporoča zvišanje cen alkoholnih pijač z ukrepi davčne politike, prepoved oglaševanja alkoholnih pijač in ukrepe za zmanjšanje dostopnosti alkoholnih pijač. Ker ti ukrepi ciljajo na zmanjšanje rabe alkohola v družbi, so v mnogih državah in tudi v Sloveniji naleteli na silovit odziv in lobiranje, predvsem globalne alkoholne industrije. Za njihovo uvajanje je majhen tudi interes države povsod tam, kjer davki na alkoholne pijače napajajo nacionalni in lokalne proračune, izdatki za zdravstveno škodo pa se financirajo iz obveznih in prostovoljnih prispevkov za zdravstveno zavarovanje.

K takšnemu odnosu v družbi prispeva tudi prepričanje, da bi se problemu lahko izognili z zmernostjo pri pitju alkoholnih pijač. Pri tem se pozablja, da posameznik pogosto pije alkoholne pijače prav zato, da bi se opil. Razlogi za to so različni, od želje po sprostitvi in pritiska vrstnikov, predvsem pri mladih, do, kot radi rečemo, utapljanja žalosti in skrbi v alkoholu.

Pomemben del alkoholne politike je zato tudi zgodnje prepoznavanje, svetovanje in pomoč posamezniku, ki glede na strokovne kriterije tvegano in škodljivo pije oziroma je že odvisen od alkoholnih pijač. Pri zagotavljanju takšne obravnave ima ključno vlogo celotno zdravstvo in še posebej primarna raven zdravstvenega varstva oziroma tim izbranega osebnega zdravnika.

V zdravstvu smo v preteklih letih vložili veliko naporov in sredstev za okrepitev tima družinskega zdravnika z diplomirano medicinsko sestro, ki zdravniku pomaga pri izvajanju preventivnih storitev za njegove paciente in je ključna tudi pri obravnavi bolnikov s kronično boleznijo ter dejavniki tveganja zanj. Nadgradili smo centre za krepitev zdravja, kjer lahko posameznik dobi pomoč pri krepitvi zdravega načina življenja in opuščanju zdravju škodljivih navad. Ti centri so ključni tudi za povezovanje z drugimi strukturami v lokalnem okolju predvsem za boljše doseganje najbolj ranljivih skupin prebivalstva. Za te skupine je značilno, da po pomoč pridejo prepozno ali sploh ne, čeprav so do nje upravičeni. Sodelovanje zdravstva s centri za socialno delo, šolo, lokalno skupnostjo, delovnimi in nevladnimi organizacijami lahko pomembno prispeva k njihovemu hitrejšemu prepoznavanju in vključevanju v ustrezne programe. Primarno raven zdravstvene dejavnosti bomo zdaj okrepili s centri za duševno zdravje, ki bodo še dodatno prispevali k ustrezni obravnavi tvegane in škodljive pitja pri posamezniku, saj se to pogosto povezuje z duševno stisko ali duševno boleznijo.

V tem kontekstu smo prepoznali potrebo po večji zavzetosti zdravstva v vlogi ključnega deležnika pri celoviti obravnavi posameznikovega tvegane in škodljivega pitja alkoholnih pijač. S projektom SOPA – Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola, ki smo ga financirali z evropskimi sredstvi, smo ob podpori strokovnjakov javnega zdravja in družinske medicine zagotovili usposabljanja zdravstvenih delavcev tako na primarni kot specialistični ravni zdravstvenega varstva in drugih ključnih deležnikov. Uspešno smo povezali zdravstveni in socialni resor, lokalno skupnost ter nevladne organizacije v mrežo, ki naslavlja problem alkohola tako na individualni kot na ravni skupnosti. V projektu je sodelovalo več kot 600 strokovnjakov in predstavnikov različnih področij v lokalnih okoljih. Da so bili zastavljeni cilji projekta SOPA doseženi oziroma celo preseženi, je zasluga predanega dela vsakega od njih.

Projekt SOPA je bil zaradi svoje preventivne usmerjenosti, motivacijskega pristopa in sistemske naravnosti prepoznani kot primer dobre prakse na slovenski in tudi na evropski ravni. Tudi s finančno-organizacijskega vidika predstavlja odličen primer črpanja sredstev Evropskega socialnega sklada. K veliki sprejetosti projekta tako na nacionalni ravni kot v zdravstvu in lokalnih okoljih je prispevala tudi odločitev, da k usmerjanju projekta povabimo predstavnike vseh ključnih deležnikov na področju alkoholne politike. Pri Ministrstvu za zdravje smo vzpostavili Usmerjevalni odbor projekta s ciljem spremljati, podpirati in uspešneje izvajati aktivnosti in vanj povabili ključne odločevalce v zdravstvu, policiji, socialnem varstvu in varnosti v prometu. S kar nekaj truda in vložene energije nam je na nacionalni ravni ob koncu projekta uspelo vzpostaviti sistemsko implementacijo nekaterih ukrepov SOPA v zdravstvenih domovih od leta 2022 naprej. Izvajanje ukrepov SOPA bo tako tudi v prihodnje pomembno prispevalo k dokazano učinkovitemu spoprijemanju s težavami zaradi alkohola.

Pred vami je odličen Priročnik za izvajanje pristopa SOPA, ki so ga pripravili strokovnjaki Nacionalnega inštituta za javno zdravje in bo s svojimi strokovnimi predlogi obravnav in prikazi aktivnosti v pomoč vsem deležnikom, ki aktivno delujejo na preko 25 vključenih področjih dela za zamejevanje alkoholne problematike. S pristopom SOPA je tudi poskrbljeno, da so strokovnjaki različnih poklicev povezani med seboj in opremljeni z znanjem učinkovitega naslavljanja zdravstvenih in duševnih stisk, ki izvirajo iz tvegane in škodljive rabe alkohola.

Hvala vsem, ki ste prispevali k uspešnosti projekta!

Mag. **Vesna Kerstin Petrič**, dr. med.  
generalna direktorica Direktorata  
za javno zdravje na MZ

## PREDGOVOR

*Radivoje Pribaković Brinovec*

Tvegano in škodljivo pitje alkohola ter sindrom odvisnosti od alkohola predstavljajo velik javnozdravstveni in družbeni problem. V Sloveniji po podatkih raziskave Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije (CINDI) še vedno narašča delež prebivalcev, ki tvegano in škodljivo pijejo. Spodbudno pa je, da je po podatkih raziskave Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (HBSC) v obdobju 2014–2018 med slovenskimi mladostniki prišlo do upada pitja alkoholnih pijač. Ob tem ne smemo pozabiti, da prebivalci Slovenije, tako odrasli kot mladostniki, v primerjavi z drugimi evropskimi državami nadpovprečno tvegano ali škodljivo pijejo alkohol. Alkohol je v Sloveniji zelo dostopen. Kljub starostnim omejitvam pri nakupovanju ga v resnici lahko kupijo tudi mladoletni. Glede na splošno sprejetost z alkoholom povezanih vedenj v Sloveniji govorimo o t. i. mokri kulturi.

Pitje alkohola nima potencialnih koristi za zdravje in ne štiti pred razvojem kroničnih bolezni. Ne škoduje samo tistim, ki ga pijejo, temveč tudi drugim osebam, svojcem, sodelavcem, žrtvam nasilja, žrtvam prometnih nezgod ipd. ter družbi v celoti. Zato je treba v zmanjšanje pojavnosti problemov, povezanih s pitjem alkohola, vključevati vse deležnike v družbi, od državnih ustanov, vladnih in nevladnih organizacij, svojcev, medijev do strokovnjakov, ki se v različnih okoljih srečujejo z uporabniki ali pacienti. V zadnjih 20 letih je bilo v Sloveniji sprejetih kar nekaj naprednih in učinkovitih ukrepov, kljub temu kot pomembna prioriteta naše države ostaja celovita politika s strategijo in akcijskim načrtom na področju zmanjševanja z alkoholom povezane škode.

Projekt SOPA je bil namenjen preprečevanju in zmanjšanju tveganega in škodljivega pitja alkohola odraslih, tudi s ciljem zmanjšanja tveganj za izgubo zaposlitve. V projektu so uspešno povezali zdravstvene in socialne ustanove ter nevladne organizacije, problematiko alkohola pa so naslavljali tako na individualni kot na ravni skupnosti. Pri tem so o škodljivosti pitja alkohola ter virih in načinih podpore pri opuščanju čezmernega pitja ozaveščali in usposabljali strokovnjake, politične odločevalce, predstavnike nevladnih organizacij, predstavnike medijev in člane skupnosti.

Pristope in intervencije, razvite v projektu SOPA, so snovalci poimenovali kratki ukrepi 1, 2 in 3. Te ukrepe, ki se razlikujejo po načinu presejanja oz. vključevanja uporabnikov, po globini, trajanju in pričakovanem učinku intervencije ter po vrsti strokovnjakov in organizacij, vključenih v izvajanje ukrepov, sestavljajo preiščljivi in z dokazi podprti elementi interdisciplinarne obravnave. Ob zaključku projekta, ko so pred nami dokazi o uspešnosti kratkih ukrepov, lahko z zadovoljstvom in ponosom govorimo o slovenskem pristopu SOPA, ki z letošnjim letom stopa na pot sistemske implementacije, najprej v centrih za krepitev zdravja in zdravstvenovzgojnih centrih, v naslednjih letih pa tudi v drugih dejavnostih primarne in sekundarne ravni zdravstvenega varstva.

Priročnik za izvajanje pristopa SOPA predstavlja temeljno gradivo za vse strokovnjake, ki želijo pridobiti znanja in veščine za preprečevanje tveganega in škodljivega pitja alkohola z izvajanjem kratkih ukrepov 1, 2 in 3. Priročnik izhaja iz zavedanja, da je spreminjanje vedenja pivca alkohola ključni način odkrivanja in prepoznavanja lastnih prepričanj in vzorcev ter spremljanja, podpore in vztrajanja v spremembi.

Številnim avtorjem, članom tima projekta SOPA in vodji projekta mag. Tadeji Hočevnar od srca čestitam k izjemnemu dosežku. Bralcem, strokovnjakom in izvajalcem slovenskega pristopa SOPA pa želim, da bi bil pričujoči priročnik živ pomočnik in pogost spremljevalec pri vztrajnem delu preprečevanja tveganega in škodljivega pitja alkohola.

**Radivoje Pribaković Brinovec**, dr. med., spec.  
Predstojnik Centra za upravljanje programov preventive  
in krepitev zdravja na NIJZ

## SEZNAM KRATIC

CDZO – Center za duševno zdravje odraslih  
 CDZOM – Center za duševno zdravje otrok in mladine  
 CKZ – Center za krepitev zdravja  
 CSD – Center za socialno delo  
 ČPA – čezmerno pitje alkohola  
 ESS – Evropski socialni sklad  
 IOZ – Izbrani osebni zdravnik  
 KU1 – Kratki ukrep 1  
 KU2 – Kratki ukrep 2  
 KU3 – Kratki ukrep 3  
 MZ – Ministrstvo za zdravje  
 NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje  
 NVO – Nevladne organizacije  
 ORL - Otorinolaringologija  
 SOA – Sindrom odvisnosti od alkohola  
 SOPA – Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola  
 ŠPA – Škodljivo pitje alkohola  
 T&ŠpA – Tvegano in škodljivo pitje alkohola  
 ZAvMS - Zakon o avdiovizualnih medijskih storitvah  
 ZD – Zdravstveni dom  
 ZOPA – Zakon o omejevanju porabe alkohola  
 ZPMS – Zveza prijateljev mladine Slovenije  
 ZPrCP – Zakon o pravilih cestnega prometa  
 ZRSZ – Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje  
 ZTro-1 - Zakon o trošarinah  
 ZVC – Zdravstvenovzgojni center  
 ZVoz – Zakon o voznikih  
 ZVZD – Zakon o varnosti in zdravju pri delu  
 ZZUZIS-A - Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstveni ustreznosti živil in izdelkov ter snovi, ki prihajajo v stik z živili

### Opombe k izrazom:

Alkohololog: Gre za neformalen izraz, ki se nanaša na zdravnika, ki ima dodatna znanja s področja odvisnosti od alkohola in se v svoji klinični praksi ukvarja s pacienti, ki imajo tovrstne težave.





## SKLOP 1

# ALKOHOLNA PROBLEMATIKA

### 1.1. NEKAJ PODATKOV O RAZŠIRJENOSTI PITJA ALKOHOLA V SLOVENIJI

Maja Roškar, Marjetka Hovnik Keršmanc, Aleš Korošec,  
Tina Zupanič, Helena Jeriček Klanšček

### 1.2. NEKAJ DEJSTEV O ALKOHOLU

Marjetka Hovnik Keršmanc

### 1.3. MOKRA KULTURA IN POMEN PREVENTIVE

Marko Kolšek

### 1.4. ALOKOHOLNA POLITIKA V SLOVENIJI – PREGLED STANJA Z UKREPI

Vesna Kerstin Petrič, Vesna Marinko, Nataša Blažko

## 1.1. NEKAJ PODATKOV O RAZŠIRJENOSTI PITJA ALKOHOLA V SLOVENIJI

Maja Roškar, Marjetka Hovnik Keršmanc, Aleš Korošec, Tina Zupanič, Helena Jeriček Klanšček

Tvegana in škodljiva raba alkohola ter sindrom odvisnosti od alkohola predstavljajo velik javnozdravstveni in družbeni problem. Vplivajo na posameznika, njegovo družino, širšo okolico in družbo. V svetovnem merilu Slovenija sodi med države, ki beležijo najvišjo porabo alkohola (1, 2). Registrirana poraba čistega alkohola na prebivalca, starega 15 ali več let, je pri nas v letu 2020 znašala 9,8 litra (l) (3, 4) (to pomeni, da naj bi vsak prebivalec, star 15 ali več let, v povprečju na leto spil 81 l piva in 42 l vina in 3 l žgane pijače) in je vseskozi nad povprečjem držav evropske regije (1). Da ocenimo skupno porabo alkohola v državi, pa moramo k registrirani porabi prišteti še neregistrirano porabo alkohola<sup>4</sup>, ki v evropski regiji predstavlja petino celotne porabe (5).

Zgovoren je podatek, da je imel vsak peti prebivalec Slovenije, star 15–64 let, v zadnjem letu vsaj eno negativno izkušnjo zaradi pitja nekoga drugega; bodisi je bil deležen verbalnega ali fizičnega nasilja, je bil sopotnik voznika, ki je vozil pod vplivom alkohola, bodisi je ob pitju nekoga drugega občutil ogroženost ali sram ipd. (6).

V povprečju v Sloveniji vsak dan samo zaradi vzrokov, ki so povezani izključno s pitjem alkohola, umrejo tri osebe (7). Če bi prišteli še primere smrti zaradi bolezni ali poškodb, za nastanek katerih je alkohol eden od vzrokov, vključno s prometnimi nezgodami, ki jih je povzročila oseba pod vplivom alkohola, bi bilo teh smrti še več (8). Ocena zgolj zdravstvenih stroškov, povezanih s pitjem alkohola, je v Sloveniji v letih 2012–2016 v povprečju znašala 147 milijonov EUR letno (9), kar predstavlja 3–5 % letnih izdatkov za zdravstvo (10). Če upoštevamo še nekatere druge stroške (npr. prometne nezgode, nasilje v družini, kriminalna dejanja – kraje, vandalizem), se ta številka zviša na 228 milijonov EUR (9, 11). Pri tem pa nismo zaobjeli številnih v finančnem smislu nemerljivih posledic, npr. škodljivih posledic na razvoj otrok in mladostnikov, ki odraščajo v družinah, kjer sta prisotni škodljiva raba ali odvisnost od alkohola.

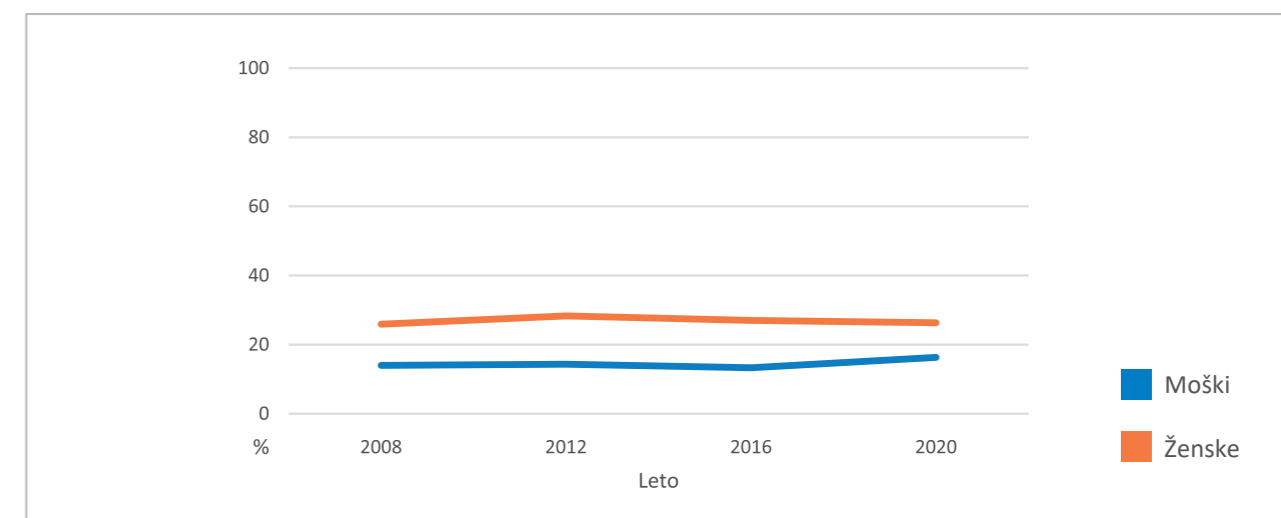
Spremljanje podatkov o razširjenosti pitja alkoholnih pijač in značilnostih pivskega vedenja prebivalcev je eno od desetih področij ukrepanja celovite alkoholne politike, ki jih kot ključne opredeljuje Svetovna zdravstvena organizacija (12). Tudi v Sloveniji v zadnjih 20 letih periodično izvajamo več populacijskih raziskav, da bi ugotovili značilnosti pitja odraslih in mladostnikov ter spremljali, ali smo pri zmanjševanju alkoholne problematike učinkoviti. V nadaljevanju predstavljamo ključne izsledke nekaterih novejših študij.

### Pitje alkoholnih pijač med odraslimi prebivalci Slovenije

#### Abstinenti

V raziskavi Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije (v nadaljevanju CINDI) iz leta 2020 je 21 % prebivalcev, starih 18–74 let, poročalo, da v zadnjem letu niso pili alkoholnih pijač oz. so abstinirali (13). Delež žensk, ki so abstinirale, je za 1,6-krat višji od deleža moških. Primerjave med leti kažejo, da je delež moških abstinentov v letu 2020 višji od deleža iz leta 2008, pri ženskah pa pomembnih razlik med letoma nismo ugotovili (slika 1) (13).

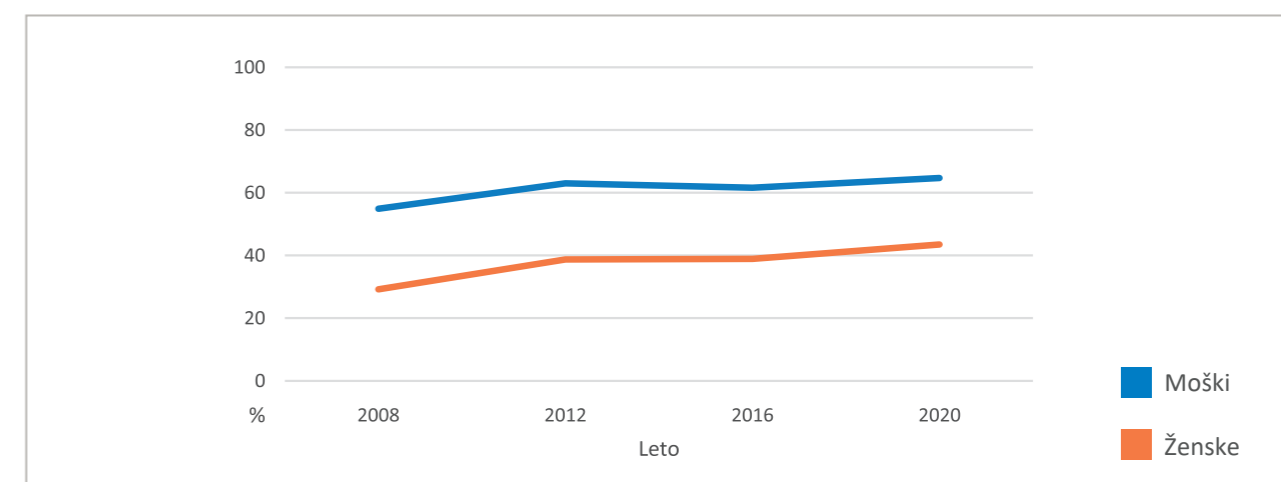
<sup>4</sup> Neregistrirana poraba alkohola temelji na alkoholnih pijačah, ki jih uvozijo posamezniki, ter domači proizvodnji alkohola (lastni manjši vinogradi, domače žganjekuhe in domača pridelava piva).



Slika 1. Deleži prebivalcev, starih 25–74 let, ki v zadnjem letu niso pili alkoholnih pijač, po spolu, v letih 2008, 2012, 2016 in 2020. Vir: NIJZ, CINDI, 2008, 2012, 2016, 2020 (14).

#### Razširjenost tveganega ali škodljivega pitja alkoholnih pijač

V nadaljevanju prikazujemo razširjenost tveganega ali škodljivega pitja alkoholnih pijač. Med osebe, ki tvegano ali škodljivo pijejo, so uvrščeni tisti, ki običajno presegajo dnevno mejo manj tveganega pitja alkohola<sup>5</sup> in/ali so se v zadnjem letu vsaj enkrat opili<sup>6</sup>. Glede na podatke lahko zaključimo, da je tvegano ali škodljivo pitje alkohola v Sloveniji zelo razširjeno. Raziskava CINDI iz leta 2020 namreč kaže, da je med prebivalci, starih 18–74 let, na tak način vsaj enkrat v letu pila več kot polovica (55 %) prebivalcev, delež moških je 1,4-krat višji od deleža žensk (13). Delež oseb s tveganim ali škodljivim pitjem je bil v letu 2020 tako pri moških kot ženskah višji kot v letu 2008 (slika 2) (13).

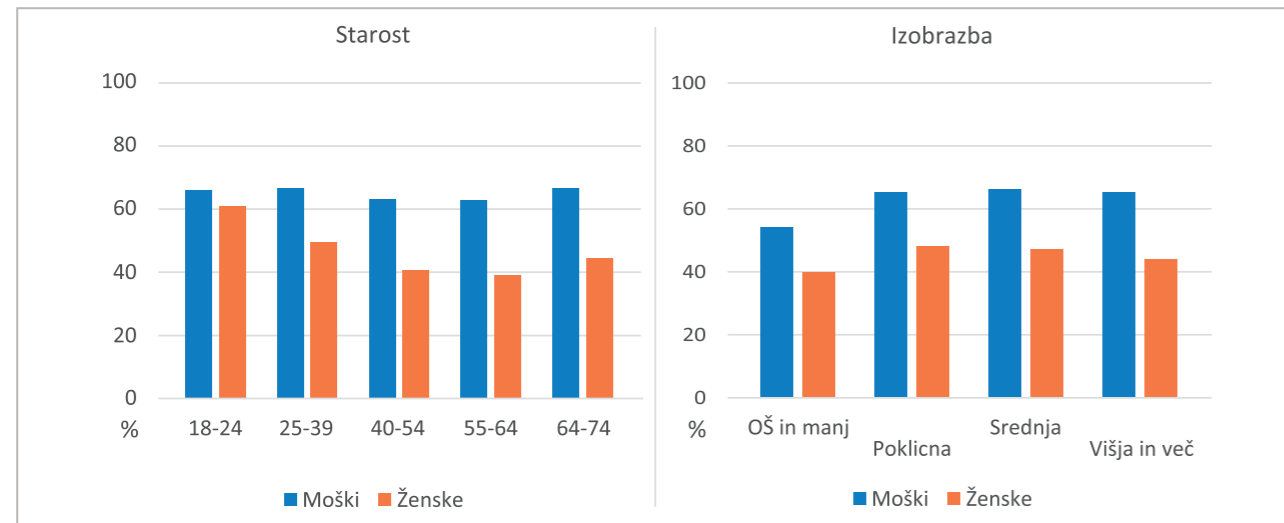


Slika 2. Deleži prebivalcev, starih 25–74 let, ki alkoholne pijače pijejo tvegano ali škodljivo, po spolu, v letih 2008, 2012, 2016 in 2020. Vir: NIJZ, CINDI, 2008, 2012, 2016, 2020 (14).

<sup>5</sup> Dnevna meja manj tveganega pitja alkohola – prebivalci presegajo dnevno mejo manj tveganega pitja alkohola, če v povprečju na dan popijejo več kot 10 gramov čistega alkohola (velja za ženske) oz. več kot 20 g čistega alkohola (velja za moške). 10 gramov čistega alkohola (1 merica) je v 1 dl vina ali 2,5 dl piva ali 0,3 dl žgane pijače ali 5 dl radlerja.

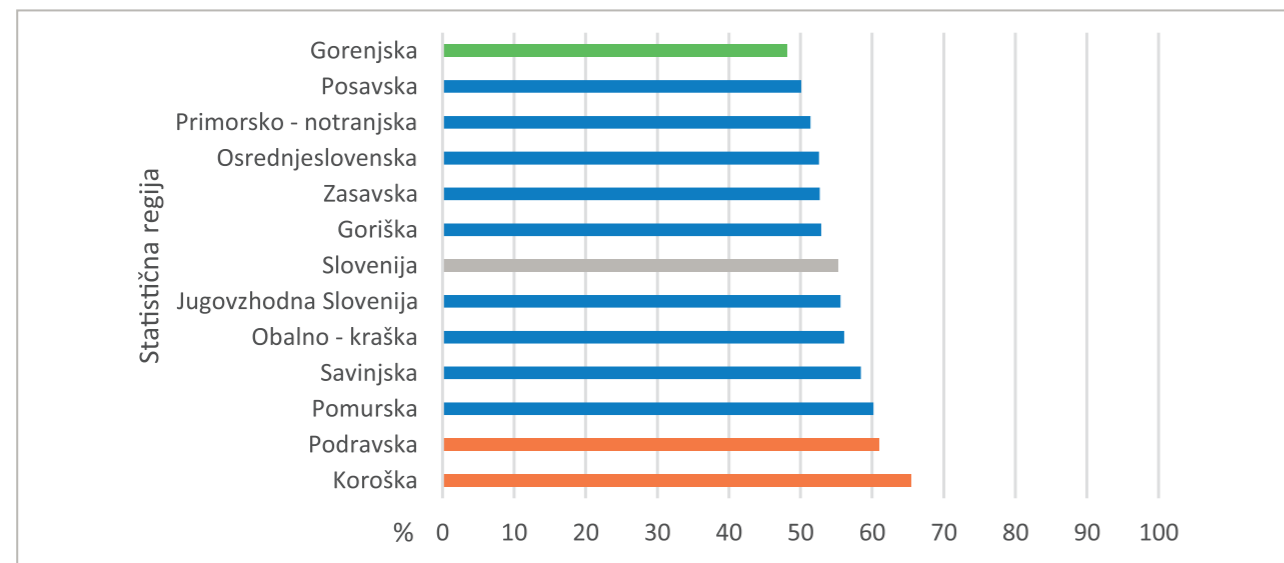
<sup>6</sup> Opijanjanje (vsaj enkrat v zadnjem letu) – prebivalci, ki so v zadnjem letu vsaj enkrat ob eni priložnosti popili več kot 40 gramov čistega alkohola (velja za ženske) oz. več kot 60 gramov čistega alkohola (velja za moške).

Delež oseb s tveganim ali škodljivim pitjem alkoholnih pijač je v različnih starostnih skupinah (slika 3) pri moških podoben, pri ženskah pa je najvišji med najmlajšimi (18–24 let) (gl. Razširjenost tveganega in škodljivega pitja alkohola med ženskami v rodni dobi). Podatki kažejo tudi na razlike v razširjenosti takega pitja glede na izobrazbo (slika 3); delež je pri moških najnižji med najmanj izobraženimi, pri ženskah pa je med najmanj in najvišje izobraženimi podoben (13). Ob tem različni avtorji opozarjajo, da so škodljive posledice pitja alkohola bolj izražene pri osebah z nižjim socialno-ekonomskim položajem, čeprav popijejo enake ali celo manjše količine alkohola (15–17). Gre za t. i. alkoholni paradoks, h kateremu lahko prispeva več različnih dejavnikov (npr. drugi dejavniki življenjskega sloga, slabši dostop do zdravstvenih storitev in drugih virov pomoči, stigma).



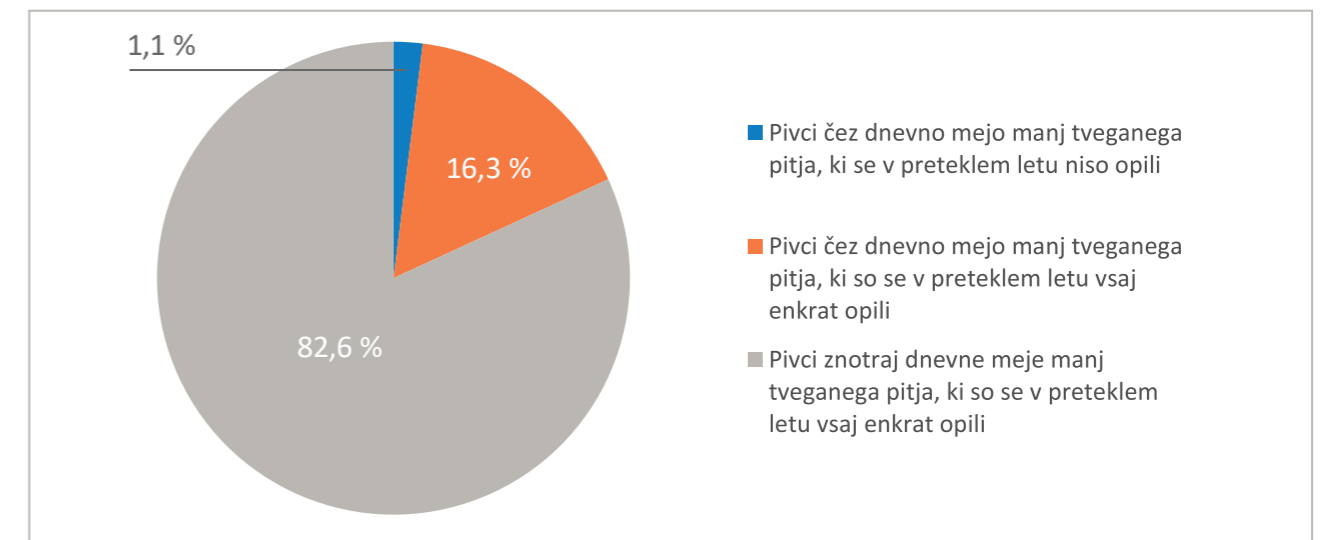
Slika 3. Delež prebivalcev, starih 18–74 let, ki alkoholne pijače pijejo tvegano ali škodljivo, glede na starost in izobrazbo, v letu 2020. Vir: NIJZ, CINDI 2020 (13).

Ugotovili smo tudi razlike v razširjenosti tveganega in škodljivega pitja alkoholnih pijač med slovenskimi statističnimi regijami (slika 4). V gorenjski statistični regiji je delež prebivalcev, ki pijejo tvegano ali škodljivo, nižji od slovenskega povprečja (slika 4, obarvano zeleno), v podravski in koroški regiji pa ta delež slovensko povprečje presega (slika 4, obarvano rdeče). V drugih regijah se deleži prebivalcev, ki pijejo tvegano ali škodljivo, od slovenskega povprečja pomembno ne razlikujejo (13).



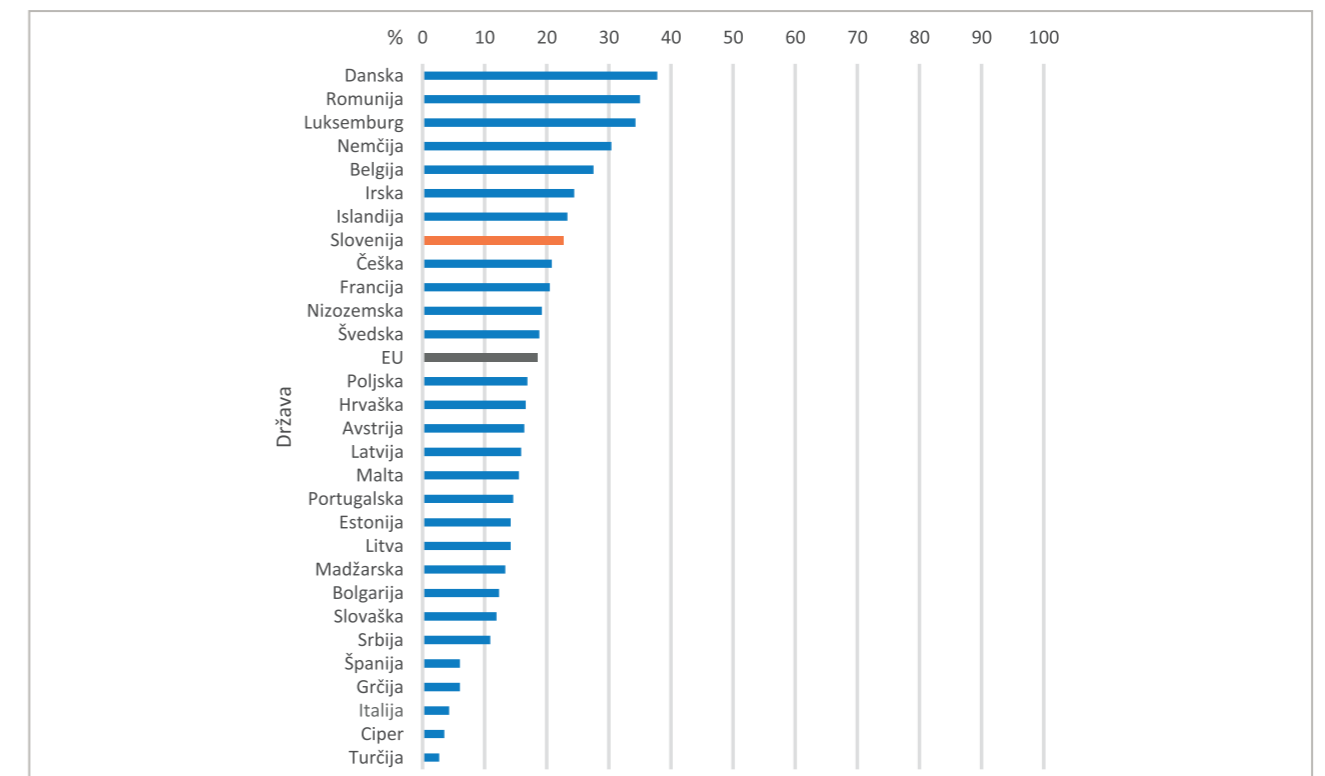
Slika 4. Delež prebivalcev, starih 18–74 let, ki alkoholne pijače pijejo tvegano ali škodljivo, glede na statistične regije Slovenije, v letu 2020. Vir: NIJZ, CINDI 2020 (13).

Pomembno je izpostaviti, da je med vsemi osebami s tveganim ali škodljivim pitjem alkohola največ, kar 83 %, takih, ki sicer redno ne presegajo dnevne meje manj tveganega pitja alkohola<sup>2</sup>, se pa enkrat ali pogosteje na leto opijejo<sup>3</sup> (slika 5) (14). Njihov delež je med ženskami višji kot med moškimi.



Slika 5. Delež oseb s tveganim ali škodljivim pitjem, starih 18–74 let, glede na način tveganega ali škodljivega pitja alkoholnih pijač, v letu 2020. Vir: NIJZ, CINDI, 2020 (14).

Če gledamo samo podatke o opijanju, je tudi to bolj razširjeno med moškimi (1,4-krat višji delež) kot med ženskami. Tako pri moških kot pri ženskah opazimo porast opijanja: delež tistih, ki so se opili, je leta 2020 višji kot leta 2008 (13). Raziskava EHIS (angl. European Health Interview Survey), ki jo izvajajo vse države članice Evropske unije, v letu 2019 uvršča Slovenijo po deležu prebivalcev, starih 15 in več let, ki se opijejo vsaj enkrat mesečno, nad povprečje evropskih držav (slika 6) (18).



Slika 6. Delež prebivalcev, starih 15 in več let, ki so se v zadnjem mesecu enkrat ali pogosteje opili, mednarodno. Vir: Eurostat, EHIS 2019 (18).

## Razširjenost tveganega ali škodljivega pitja alkoholnih pijač med ženskami v rodni dobi

Zaradi grožnje, ki jo za otrokovo zdravje in dobrobit predstavlja izpostavljenost še nerojenega otroka alkoholu med nosečnostjo, v nadaljevanju prikazujemo nekaj podatkov o značilnostih pivskega vedenja med ženskami v rodni dobi (18–49 let) v Sloveniji. Razširjenost pitja alkoholnih pijač v rodni dobi potrjuje podatek, da po teh pijačah vsaj 1-krat v letu poseže med 76 % (45–49 let) in 81 % (18–24 let) žensk (14). Najmanj 1-krat tedensko jih alkoholne pijače pije 13 %, najmanj 1-krat mesečno pa se jih 17 % opije. Pogostost pitja je sicer v starostni skupini 18–24 let manj razširjena, vendar pa je v tej in naslednjih starostnih skupinah opijanje bolj razširjeno kot med starejšimi (14).

Tvegano ali škodljivo pitje alkoholnih pijač<sup>7</sup> je prisotno pri skoraj polovici (49 %) žensk v rodni dobi, s tem da je največ takega pitja prisotnega med najmlajšimi ženskami, starimi 18–24 let (61 %), in se v naslednjih starostnih skupinah postopno zmanjšuje, do 37 % v starostni skupini 45–49 let (14). Še zlasti je zaskrbljujoče, da se trend takega pitja med ženskami v rodni dobi povečuje (14). Ob tem podatki kažejo, da večina, 89 %, žensk, v starostni med 18 in 49 let, ki pijejo tvegano ali škodljivo, običajno ne presega dnevne meje manj tveganega pitja, se pa vsaj 1-krat v letu opijejo in njihov delež se povečuje (14).

## Sindrom odvisnosti od alkohola

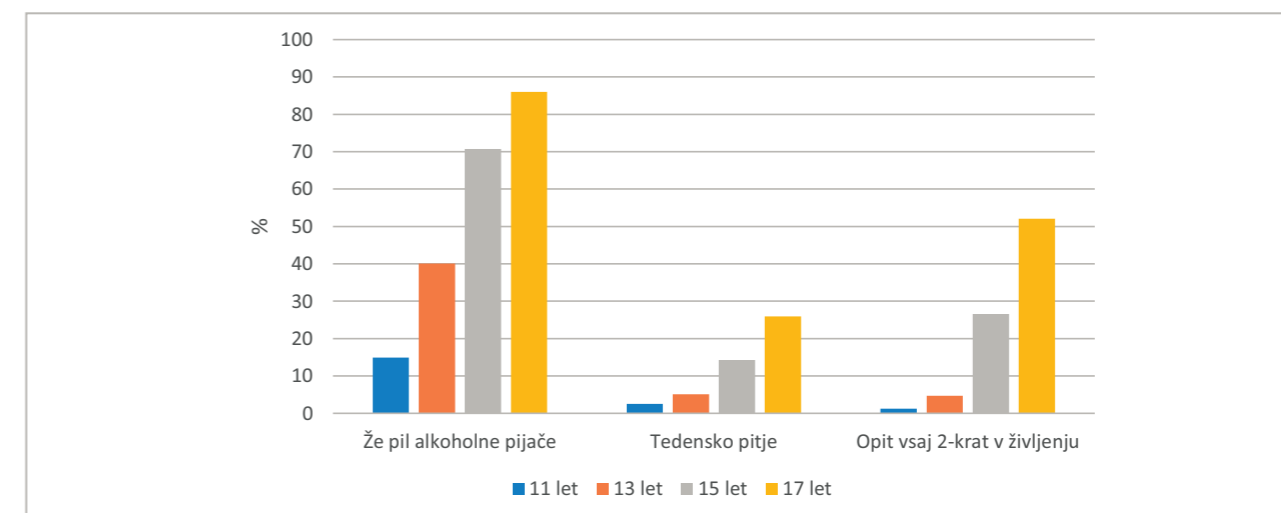
Pri osebi, ki dlje časa pije na škodljiv način, se lahko razvije bolezensko stanje, tj. sindrom odvisnosti od alkohola. Podatki iz tujih raziskav kažejo, da odvisnost od alkohola opazimo v določenem obdobju življenja pri približno 10 % žensk in 20 % moških (19). V Sloveniji nimamo registra oseb s sindromom odvisnosti od alkohola, zato njihovega števila ne moremo spremljati sistematično. Na ravni populacije je na voljo le ocena, pridobljena iz starejše raziskave slovenskega javnega mnenja, kjer so ugotovili, da je pri 11 % odraslih prebivalcev obstajala verjetnost sindroma odvisnosti od alkohola (20). V raziskavi med osebami, ki so obiskale splošnega zdravnika, pa so ugotovili, da je bilo 21 % moških in 15 % žensk pozitivnih na presejalnem testu škodljive rabe alkohola in sindroma odvisnosti od alkohola (21). Raziskovalci tudi ugotavljajo, da se razširjenost sindroma odvisnosti od alkohola in druge posledice škodljive rabe alkohola povezujejo s porabo čistega alkohola v določeni populaciji in so pogostejše tam, kjer je poraba alkohola višja (22). Glede na to, da v Sloveniji poraba čistega alkohola na prebivalca, starega 15 in več let, visoka, lahko sklepamo, da so posledice pitja alkohola zelo pogoste in da je sindrom odvisnosti od alkohola morda celo pogostejši, kot to zaznamo v raziskavah.

## Pitje alkoholnih pijač med mladostniki

Med ranjivejše skupine prebivalcev uvrščamo mladostnike, za katere velja, naj alkohola ne pijejo. Z vidika celostne obravnave tveganega in škodljivega pitja alkohola je treba prav njim nameniti posebno pozornost, saj so kot potencialni uporabniki javnozdravstvenih in socialnih storitev zaradi težav z alkoholom v odrasli dobi in/ali pa kot družinski člani, ki so izpostavljeni negativnim učinkom pitja alkohola staršev in drugih odraslih, posebno ranljivi. Kot kažejo raziskave, njihova posebna ranljivost med drugim izhaja tudi iz večje razvojno, nevrobiološko in nevropsihološko pogojene občutljivosti zaradi negativnega učinka alkohola na še razvijajoče se možgane (23–25).

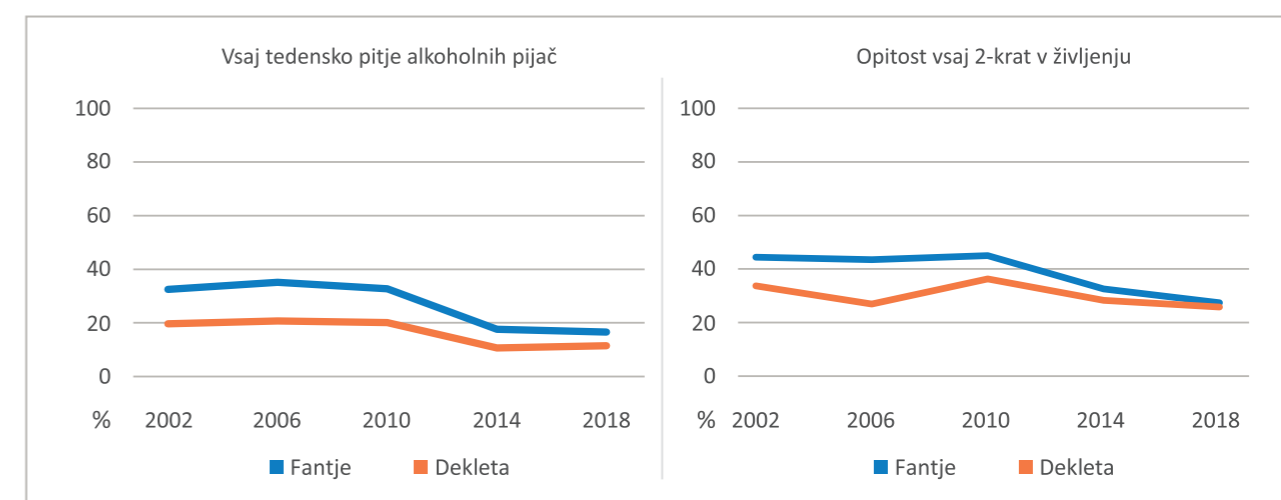
Raziskava Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (v nadaljevanju HBSC) iz leta 2018 je pokazala, da je alkoholne pijače (več kot majhno količino) v življenju že kdaj pilo 15 % 11-letnikov, 40 % 13-letnikov, 71 % 15-letnikov in 86 % 17-letnikov (26). Vsak četrti 15-letnik in vsak drugi 17-letnik je

bil v življenju 2- ali večkrat opit, vsak sedmi 15-letnik in vsak četrti 17-letnik pa alkoholne pijače pije vsaj enkrat na teden (26) (slika 7).



Slika 7. Deleži 11-, 13-, 15- in 17-letnikov, ki so kadarkoli v življenju že pili alkoholne pijače (več kot majhno količino), tistih, ki pijejo alkoholne pijače vsaj enkrat tedensko, in tistih, ki so bili v življenju 2- ali večkrat opiti, v letu 2018. Vir: NIJZ, HBSC, 2018 (26).

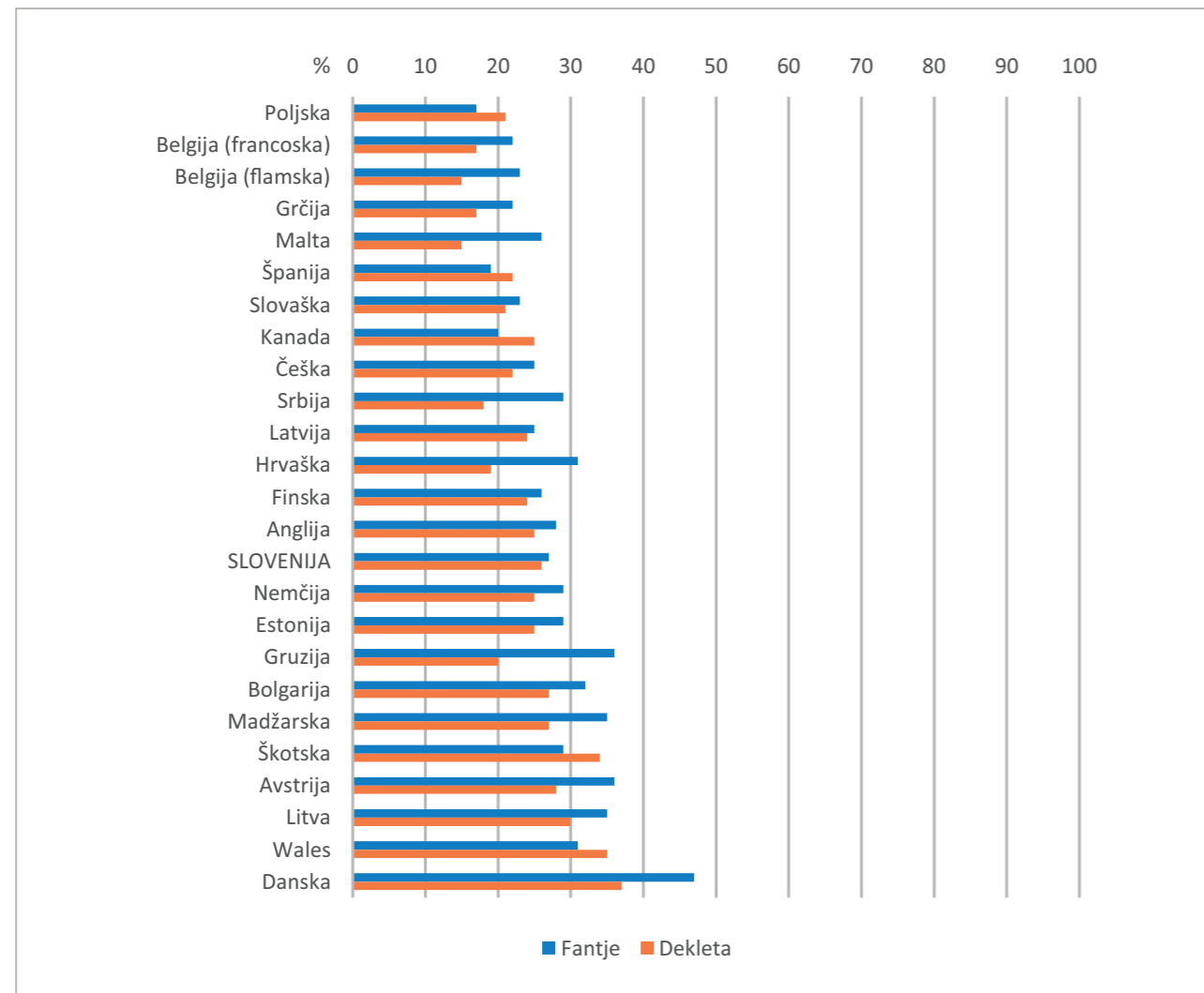
Spodbuden je podatek, da so v obdobju 2014–2018 približno tretjini držav, vključenih v študijo HBSC<sup>8</sup>, raziskovalci zaznali upad deleža 15-letnikov, ki so bili v življenju že vsaj dvakrat opiti (27). Upad je opazen tudi med mladostniki v Sloveniji (slika 8). V obdobju 2002–2018 se je delež mladostnikov, ki so bili opiti vsaj dvakrat v življenju, znižal v vseh starostnih skupinah skupno in pri obeh spolih, delež tedenskega pitja pa med 13-letniki in 15-letniki, skupno in pri obeh spolih (26). Kljub temu ostaja Slovenija v deležu mladostnikov, ki so že pili alkohol, nad povprečjem držav, ki so vključene v študijo HBSC (10. mesto med 45 državami). Po deležu mladostnikov, ki so bili v življenju že vsaj dvakrat opiti, pa se uvrščamo na 11. mesto (27) (slika 9). Medtem ko glede uporabe alkohola in tobaka med slovenskimi mladostniki v zadnjih letih opazimo trend upadanja, pa uporaba konoplje ostaja v splošnem stabilna (26, 28).



Slika 8. Deleži 15-letnikov, ki alkoholne pijače pijejo vsaj enkrat na teden, in tistih, ki so bili v življenju 2- ali večkrat opiti, po spolu, v letih 2002, 2006, 2010, 2014 in 2018. Vir: NIJZ, HBSC, 2002–2018 (26).

<sup>7</sup> Med osebe, ki tvegano ali škodljivo pijejo, so uvrščene tiste, ki običajno presegajo dnevno mejo manj tveganega pitja alkohola<sup>2</sup> in/ali so se v zadnjem letu vsaj enkrat opile<sup>3</sup>.

<sup>8</sup> V raziskavo HBSC je bilo v letih 2017/2018 vključenih 45 držav/regij.

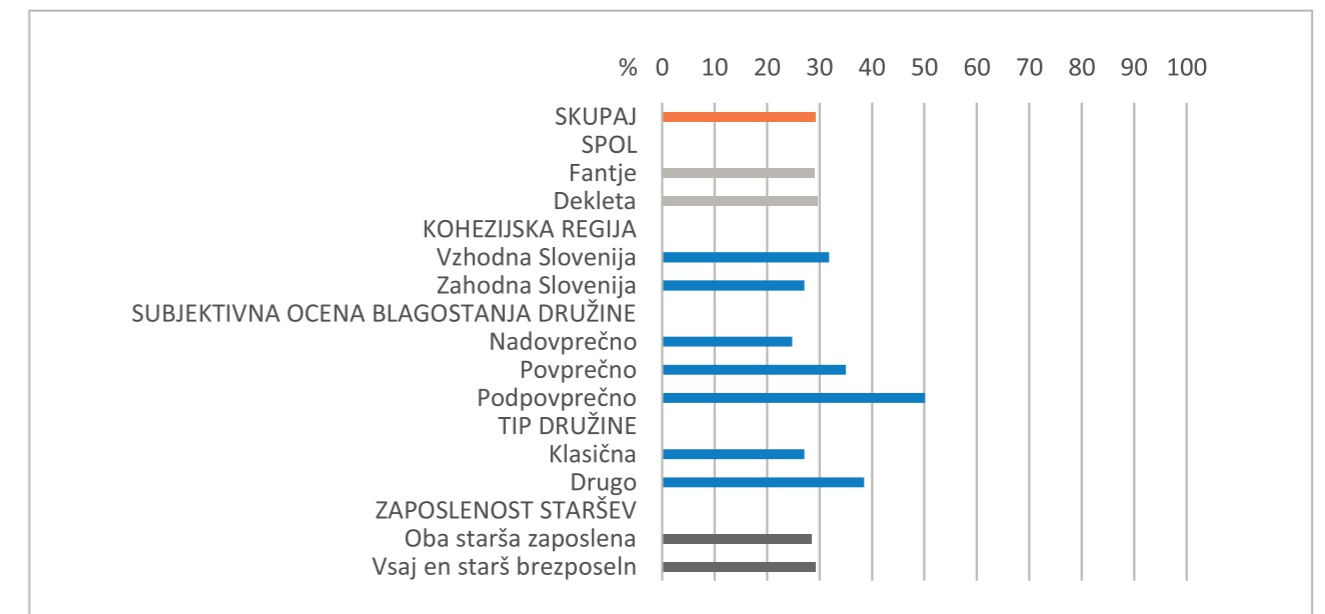


Slika 9. Deleži 15-letnikov, ki so bili v življenju 2- ali večkrat opiti, mednarodno, po spolu, v letih 2017/2018 (prikazanih je 25 sodelujočih držav z najvišjimi deleži). Vir: HBSC, 2017/2018 (27).

V obdobju 2010–2018 se je znižal tudi delež mladostnikov, ki so prvič pili alkohol stari 13 let ali manj (26). Ta podatek je spodbuden, saj vemo, da mlajši kot je mladostnik, ko začne piti alkohol, večja je verjetnost, da bo imel pozneje v življenju težave zaradi alkohola (29). Kljub zakonski prepovedi nakupovanja in strežbe alkohola mladoletnim (30) pa je alkohol mladim še vedno lahko dostopen. Podatki mednarodne Evropske raziskavi o alkoholu in drugih drogah med šolsko mladino (ESPAD) (2019) kažejo, da je alkohol med mladostniki najbolj dostopna psihoaktivna snov (PAS); več kot 78 % 15- do 16-letnikov iz 35 evropskih držav (v Sloveniji je ta delež 82-odstoten) poroča, da do alkohola pridejo precej ali zelo lahko (31). Na pogostost pitja alkohola mladostnikov poleg dejavnikov, kot sta dostopnost in oglaševanje, pomembno vpliva tudi odnos staršev in drugih odraslih do pitja alkohola mladostnikov. Raziskovalci ugotavljajo, da v družinah, kjer se starši zanimajo za mladostnika, postavljajo meje, spoštljivo komunicirajo, so vzgled in kritični do pitja alkohola svojih otrok, ti pijejo manj kot otroci iz družin, kjer starši pitje dovoljujejo (permisivni pristop) ali ga brez razlage prepovedo (represivni, avtoritarni pristop) (32). Tudi v raziskavi HBSC na mladostnikih iz Slovenije so ugotovili, da lahko varovalno na manj pitja alkohola in opijanja z njim vpliva tudi to, da ima mladostnik občutek, da lahko s svojimi starši spontano spregovori o stvareh, ki ga zanimajo (33).

Podobno kot v nekaterih drugih državah (34) tudi v Sloveniji ugotavljamo, da se razlike v pitju alkohola med spoloma zmanjšujejo (slika 9), tako na primer v letu 2018 med fanti in dekleti ni več razlik v deležu tistih, ki so bili v življenju že vsaj dvakrat opiti (35). Raziskava HBSC je pokazala tudi številne

neenakosti med slovenskimi mladostniki, pri čemer imajo tisti iz manj premožnih družin, neklasičnih družin, z nezaposlenimi starši slabše zdravstvene izide in manj zdrav življenjski slog ter več tveganih vedenj kot mladostniki iz premožnejših družin, klasičnih družin ali družin z obema zaposlenima staršema (36). Neenakosti smo ugotovili tudi na področju pitja alkohola. Delež mladostnikov, ki so alkoholne pijače pili vsaj enkrat na teden, in tistih, ki so bili v življenju 2- ali večkrat opiti, sta višja med mladostniki iz manj premožnih družin (podpovprečna subjektivna ocena blagostanja družine) kot pri tistih iz premožnejših družin in med mladostniki iz neklasičnih družin (enostarševske, rekonstruirane družine idr.) kot pri tistih iz klasičnih družin (slika 10) (36). Razlike smo ugotovili tudi glede na kohezivsko regijo Slovenije, in sicer sta tedensko pitje in opijanje pogostejša med mladostniki iz vzhodne kot zahodne Slovenije (36).



Slika 10. Deleži mladostnikov (učenci 9. razredov osnovne šole in dijaki 4. letnikov srednjih šol), ki so bili v življenju opiti 2- ali večkrat, v letu 2020. Pri statistično značilnih razlikah so stolpci obarvani z modro barvo. Vir: NIJZ, HBSC, 2020 (36).

Raziskave iz tujine in tudi iz Slovenije so pokazale, da je alkohol najpogosteje prva PAS, ki jo mladostniki poskusijo, najpogosteje sledi tobak, v višji starosti lahko tudi konoplja in druge prepovedane droge (37–39). V študiji, ki je vključevala epidemiološke podatke 17 držav iz Amerike, Evrope, Bližnjega vzhoda, Afrike, Azije in Oceanije, so ugotovili, da se ta značilni vrstni red pojavlja v različnih kulturah in državah (40). Ugotovili so tudi, da uporaba ene pomembno poveča verjetnost uporabe drugih PAS (41–44). Kadar mladostnik v določenem časovnem okviru uporabi več PAS, bodisi ob eni ali različnih priložnostih, govorimo o souporabi PAS (41). V raziskavi ESPAD (45) so ugotovili, da je 9,8 % 15 in 16 let starih dijakov iz Slovenije poročalo o uporabi več PAS. Poleg tobaka, alkohola in konoplje je bila vključena tudi uporaba drugih prepovedanih drog. V slovenski raziskavi HBSC, ki vključuje uporabo alkohola, tobaka in konoplje, pa so ugotovili, da je 18 % 15-letnikov kadarkoli v življenju že uporabilo vse tri naštetih PAS, 5 % pa jih je poročalo o pogosti/bolj tvegani<sup>9</sup> souporabi teh treh PAS (39). Slednja je bila povezana z moškim spolom, nekaterimi vrstniškimi dejavniki (souporaba PAS med vrstniki), manj zdravim življenjskim slogom (neredno zajtrkovanje, vsakodnevno pitje energijskih pijač), občutki depresivnosti, nižjo zaznano podporo učiteljev in nekaterimi drugimi tveganimi vedenji, kot so zgodnji spolni odnos, pretepanje, vsakodnevno preživljanje večerov s prijatelji) (39).

<sup>9</sup> Pogosta/bolj tvegana (so)uporaba PAS je opredeljena kot vsaj tedensko ali pogostejše kajenje, vsaj tedensko ali pogostejše pitje alkoholnih pijač in/ali opitost vsaj 2-krat v življenju in uporaba konoplje vsaj 3 dni v zadnjih 12 mesecih.

## Zaključki

Prikazani podatki kažejo, da je pitje alkoholnih pijač v Sloveniji pogosto; večina odraslih prebivalcev pije alkoholne pijače, do 17. leta starosti pa se z njimi sreča tudi večina mladostnikov. Ugotovitve slovenskih in tujih raziskav izpostavljajo ranljivejše skupine prebivalcev. Med njimi so vsekakor: mladostniki, ki so zaradi razvojnih značilnosti ranljivejši za škodljive učinke alkohola; moški, za katere velja, da pijejo več in pogosteje kot ženske; mladi odrasli, tako tisti z višjo izobrazbo, pri katerih je tvegano ali škodljivo pitje, predvsem opijanje, pogosto, kakor tudi tisti z nižjim socialno-ekonomskim statusom, pri katerih so škodljive posledice pitja alkohola navadno bolj izražene, čeprav popijejo enake ali celo manjše količine alkohola, ipd. Prezreti ne smemo niti razširjenosti in neugodnih trendov pitja alkohola žensk v rodni dobi (14) in s tem večanja tveganja za alkoholu izpostavljene nosečnosti z možnimi trajnimi posledicami za še nerojene otroke. Ob tem pa je z javnozdravstvenega vidika ključno, da se v prizadevanjih za preprečevanje in zmanjševanje škode zaradi pitja alkohola usmerjamo v celotno populacijo (46) in sprejemamo ukrepe, ki neenakosti med prebivalci lahko zmanjšajo. Med njimi so omejevanje dostopnosti alkohola (npr. poviševanje cen alkohola, uvedba minimalne cene alkohola, zmanjševanje neregistrirane porabe alkohola) in oglaševanja alkoholnih pijač, ozaveščanje prebivalcev, čimprejšnja prepoznavna in obravnavna oseb, ki pijejo tvegano ali škodljivo ali imajo že razvit sindrom odvisnosti od alkohola, ob hkratnem uvajanju še drugih učinkovitih ukrepov alkoholne politike, posebno tistih, ki bodo usmerjeni v zmanjševanje opijanja. Slednje je namreč glede na predstavljene podatke v Sloveniji ena najpogostejših oblik tveganega ali škodljivega pitja alkohola.

## Literatura

1. World Health Organization. European health for all database (HFA-DB). Geneva: World Health Organization. Pridobljeno 9. 12. 2021 s spletne strani: <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-health-for-all-database/>.
2. World Health Organization. Global information system on alcohol and health (GISAH). Geneva: World Health Organization. Pridobljeno 9. 12. 2021 s spletne strani: <https://apps.who.int/gho/data/view.gisah.A1029SDG3REGv?lang=en&showonly=GISAH>.
3. Nacionalni inštitut za javno zdravje. NIJZ podatkovni portal. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno 10. 12. 2021 s spletne strani: <https://podatki.nijz.si/>.
4. Metličar T. Registrirana poraba čistega alkohola na prebivalca, starega 15 let in več, v obdobju 2000–2019. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2020 (neobjavljeni podatki).
5. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization. Pridobljeno 9. 12. 2021 s spletne strani: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>.
6. Hovnik Keršmanc M, Roškar M, Lavtar D, Rehberger M, Korošec A. Pitje alkoholnih pijač med prebivalci Slovenije – izsledki nacionalne raziskave o tobaku, alkoholu in drugih drogah – ATADD 2018. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2020 (v pripravi).
7. Zaletel M, Vardič D, Hladnik M, uredniki. Zdravstveni statistični letopis Slovenije 2019. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno 25. 5. 2021 s spletne strani: <https://www.nijz.si/sl/publikacije/zdravstveni-statisticni-letopis-2019>.
8. GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet. 2018; 392:1015–35.
9. Sedlak S, Zaletel M, Kasesnik K, Roškar M, Sambt J. Interni izračun ekonomskih posledic tveganega in škodljivega pitja alkohola v Sloveniji 2012–2016. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2018a (neobjavljeno).
10. Sedlak S, Zaletel M, Kasesnik K, Roškar M, Sambt J. Ekonomske posledice tveganega in škodljivega pitja alkohola v Sloveniji v obdobju 2012–2014. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2018b.
11. Rehm J, Shield KD, Rehm MX, Gmel G, Frick U. Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe: Potential gains from effective interventions for alcohol dependence. Canada: Centre for Addiction and Mental Health, 2012.
12. World Health Organization. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: World Health Organization. Pridobljeno 12. 9. 2018 s spletne strani: [www.who.int/substance\\_abuse/alcstratenglishfinal.pdf?ua=1](http://www.who.int/substance_abuse/alcstratenglishfinal.pdf?ua=1).
13. Hovnik Keršmanc M, Roškar M. Pitje alkoholnih pijač. V: S Pustivšek, M Vinko, T Kofol-Bric, A Korošec, R Pribakovič Brinovec, M Vrdelja, A Jelenc, uredniki. Kako skrbimo za zdravje v 2020?. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021 (v pripravi).
14. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Raziskava CINDI 2020 - Z zdravjem povezan vedenjski slog. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje (neobjavljeni podatki).
15. Lovrečič M, Lovrečič B, Serec M, Roškar M. Alkohol in neenakosti. V: T Lesnik, M Gabrijelčič Blenkuš, A Hočevar Grom, T Kofol Bric, M Zaletel, uredniki. Neenakosti v zdravju v Sloveniji v času ekonomske krize. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2018:61–4.

16. Bellis M, Hughes K, Nicholls J, Sheron N, Gilmore I, Jones L. The alcohol harm paradox: using a national survey to explore how alcohol may disproportionately impact health in deprived individuals. *BMC Public Health*. 2016;16:111.
17. Probst C, Kilian C, Sanchez S, Lange S, Rehm J. The role of alcohol use and drinking patterns in socioeconomic inequalities in mortality: a systematic review. *Lancet Public Health*. 2020;5(6):e324–e32.
18. Eurostat, the statistical office of the European Union. The European Health Interview Survey (EHIS) 2019 - Heavy episodic drinking. Pridobljeno 8. 12. 2021 s spletne strani: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH\\_EHIS\\_AL1E\\_custom\\_1178136/default/table?lang=e](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_EHIS_AL1E_custom_1178136/default/table?lang=e).
19. Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis of psychiatry (ninth edition). New York: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.
20. Hovnik Keršmanc M, Čebašek Travnik Z, Trdič J. Pivsko vedenje odraslih prebivalcev Slovenije leta 1999. Ljubljana: IVZ, 2000.
21. Kolšek M. Slovenia report. V: N Heather, urednik. WHO collaborative project on identification and management of alcohol-related problems in primary health care: report on phase IV. Geneva: WHO Press, 2006:189–98.
22. Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies, 2006.
23. Bava S, Tapert SF. Adolescent Brain Development and the Risk for Alcohol and Other Drug Problems. *Neuropsychology Review* 2010;20:398–413.
24. Spear L. Effects of Adolescent Alcohol Consumption on the Brain and Behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*. 2018;19(4):197–214.
25. Lees B, Meredith L, Kirkland A, Bryant B, Squeglia L. Effect of Alcohol Use on the Adolescent Brain and Behavior. *Pharmacol Biochem Behav*. 2020;192:172906.
26. Jeriček Klanšček H, Roškar M, Drev A, Pucelj V, Koprivnikar H, Zupanič T, Korošec A. Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji, izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2018. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2019.
27. Inchley J, Currie D, Budisavljevič S, Torsheim T, Jåstad A, Cosma A in dr., uredniki. Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 1. Key findings and Volume 2: Key data. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2020.
28. ESPAD Group. ESPAD Report 2019 Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2020.
29. Nixon K, McClain J. Adolescence as a critical window for developing an alcohol use disorder: Current findings in neuroscience. *Curr Opin Psychiatry*. 2010;23(3):227–32.
30. Zakon o omejevanju porabe alkohola (Uradni list RS, št. 15/03 in 27/17).
31. Urdih Lazar T, Stergar E. Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah (ESPAD), Slovenija 2019. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, 2021.
32. Mares SH, van der Vorst H, Engels RC, Lichtwarck-Aschoff A. Parental alcohol use, alcohol-related problems, and alcohol-specific attitudes, alcohol-specific communication, and adolescent excessive alcohol use and alcohol-related problems: an indirect path model. *Addict Behav*. 2011;36(3):209–16.
33. Hočevar T, Jeriček Klanšček H, Roškar S, Fekonja Peklaj U, Scagnetti N, Roškar M. Povezanost pitja alkoholnih pijač z izbranimi starševskimi in vrstniškimi dejavniki pri mladostnikih iz Slovenije. *Javno zdravje*. 2019;10:1–13.
34. Simons-Morton BG, Farhat T, ter Bogt TFM, Hublet A, Kuntsche E, Gabhainn SN et al. Gender specific trends in alcohol use: cross-cultural comparisons from 1998 to 2006 in 24 countries and regions. *Int J Public Health*. 2009;54:S199–S208.
35. Raziskava HBSC. Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju (HBSC), 2010–2018. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje (neobjavljeni podatki).
36. Jeriček Klanšček H, Roškar M, Pucelj V, Zupanič T, Koprivnikar H, Drev A, Korošec A, Žlavs K, Peternelj V. Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanimi vedenji med mladostniki v času pandemije COVIDA-19: izsledki raziskave Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju (HBSC), 2020. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021.
37. Maldonado-Molina MM, Lanza ST. A framework to examine gateway relations in drug use: an application of latent transition analysis. *J Drug Issues*. 2010;40(4):901–24.
38. Barry AE, King J, Sears CC, Harville C, Bondoc I, JOSEPH K. Prioritizing Alcohol Prevention: Establishing Alcohol as the Gateway Drug and Linking Age of First Drink With Illicit Drug Use. *J Sch Health*. 2016;86(1):31–8.
39. Koprivnikar H, Drev A, Roškar M, Zupanič T, Jeriček Klanšček H. Od prvega poskusa do pogoste uporabe tobaka, alkohola in konoplje med mladostniki v Sloveniji. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2018.
40. Degenhardt L, Chiu W-T, Sampson N, Kessler RC, Anthony JC, et al. Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Med*. 2008;5(7):1053–67.
41. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Polydrug use: Patterns and response. Selected Issue 2009. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2008.
42. Reed MB, Wang R, Shillington AM, Clapp JD, Lange JE. The relationship between alcohol use and cigarette smoking in a sample of undergraduate college students. *Addict Behav*. 2007;32(3):449–64.
43. Hale DR, Viner RM. The correlates and course of multiple health risk behaviour in adolescence. *BMC Public Health*. 2016;16:458.
44. Faeh D, Viswanathan B, Chiolerio A, Warren W, Bovet P. Clustering of smoking, alcohol drinking and cannabis use in adolescents in a rapidly developing country. *BMC Public Health*. 2006;6:169.
45. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, Kraus L. The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries. Stockholm: The Swedish council for Information on Alcohol and other Drugs, 2012.
46. Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol*. 2001;30:427–32.

## 1.2. NEKAJ DEJSTEV O ALKOHOLU

Marjetka Hovnik Keršmanc

### Oprelitev alkohola in alkoholnih pijač

V kemijski terminologiji so alkoholi velika skupina organskih spojin, ki izhajajo iz ogljikovodikov in vsebujejo eno ali več hidroksilnih (-OH) skupin. Eden iz skupine alkoholov je tudi etanol (C<sub>2</sub>H<sub>5</sub>OH, etilni alkohol) (1). Ko v vsakdanjem jeziku govorimo o alkoholu, imamo v mislih etanol, ki je glavna psihoaktivna sestavina alkoholnih pijač.

Etanol nastaja z alkoholnim vrenjem (fermentacijo) sladkorjev s pomočjo kvasovk. Alkoholne pijače, ki nastanejo tako, imajo v običajnih pogojih največ 14 volumskih % alkohola, višje koncentracije alkohola pa pridobijo z destilacijo že fermentiranih pijač. Pri pivu in vinu poteka samo alkoholno vrenje, pri žganih pijačah pa je potrebna še destilacija (1).

Koncentracija alkohola v pijači se običajno prikazuje kot volumski odstotek alkohola in je standardna mera, koliko alkohola je koncentriranega v pijači. Po definiciji, ki jo navaja Zakon o omejevanju porabe alkohola, je alkoholna pijača vsaka pijača, ki vsebuje več kot 1,2 volumska odstotka (vol %) alkohola (2). Višji kot je volumski odstotek, močnejša je alkoholna pijača in vsebuje večjo količino čistega alkohola.

Povprečne koncentracije alkohola v glavnih vrstah alkoholnih pijač so naslednje:

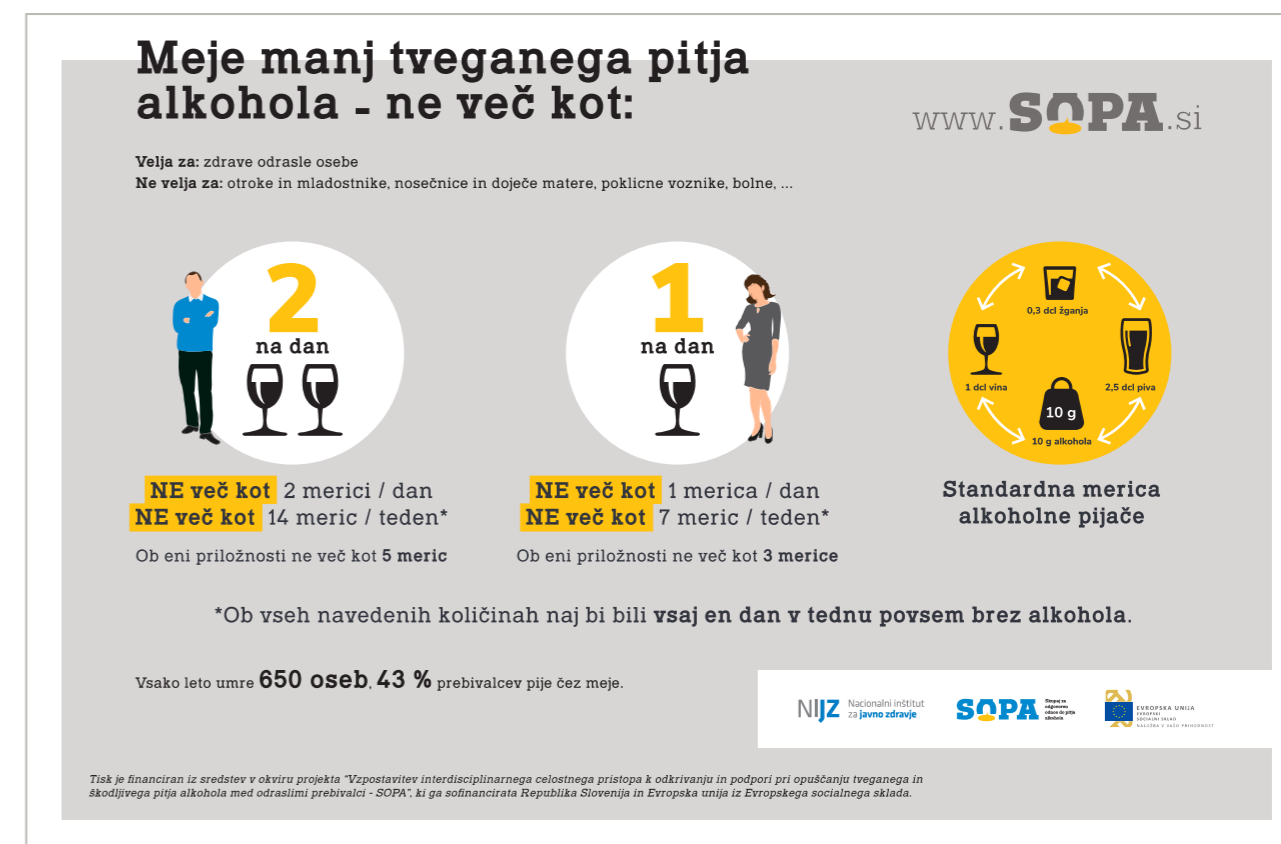
- pivo 2–6 vol. % (najpogosteje med 4 in 5 vol. %);
- vino 8–20 vol. % (najpogosteje med 10 in 14 vol. %);
- žgane pijače več kot 15 vol. % (najpogosteje med 25 in 55 vol. %);
- mešane gazirane alkoholne pijače (t. i. alkopopsi) 4–15 vol. %;
- mešanice piva in limonade ali oranžade 2,5 vol. % (3).

Alkohol vsebuje veliko kalorij, en gram kar sedem kcal (oz. 29 kJ), to pa je le dve kcal (oz. 8 kJ) manj kot en gram maščobe (4).

### Enota/merica alkohola (standardna pijača)

Količino popitega alkohola preprosto merimo v enotah ali mericah.

**Ena enota vsebuje približno 10 gramov čistega alkohola**, kar je 1 dcl običajnega vina ali 2,5 dcl piva ali eno šilce (0,3 dcl žgane pijače ali 2 do 2,5 dcl sadjevca ali 0,7 dcl močnejšega vina (npr. prošek, šeri) ali 0,5 dcl likerja ali aperitiva (25-odstotni alkohol) ali 3,3 dcl (ena steklenica ali pločevinka) mešane gazirane alkoholne pijače (alkopops) ali 0,5 l (pločevinka) mešanice piva in limonade ali oranžade (npr. radler) (3, 5). Ne glede na to, kaj od tega človek popije, zaužije enako količino čistega alkohola.



Slika 1: Meje manj tvegane pitja alkohola. Prilagojeno po Kolšek, 2004 (5). Objavljeno kot letak v okviru projekta SOPA (6).

Količina alkohola v eni enoti se v različnih državah nekoliko razlikuje (običajno je 8–12 g), saj vsaka država izbere količino, ki je najbližja običajnim velikostim kozarcev in vrstam alkoholnih pijač v njenem okolju (7).

### Pot alkohola v telesu

Alkohol se v telo običajno vnese preko ust. Po zaužitju po požiralniku potuje v želodec, kjer se prične njegovo vsrkavanje (20 %). To se nadaljuje v zgornjem delu tankega črevesa (80 %) ter že po nekaj minutah preide v krvni obtok. Ta alkohol prenese po telesu (8). Najvišje koncentracije alkohola v krvi nastopijo 45–90 minut po zaužitju alkoholne pijače. Hrana upočasni vsrkavanje alkohola v telesu (3). Alkohol je topen v vodi, zato se najbolj kopiči v tkivih in organih, ki vsebujejo vodo, in primarno deluje na organe z visoko vsebnostjo vode: jetra, kjer se alkohol presnavlja, možgane (sedež kognicije in vedenja), kjer vpliva na mnoge možganske funkcije. Alkohol se v glavnem razgrajuje v jetrih in se tako postopoma odstranjuje iz krvi (8). Presnovna pot v jetrih poteka preko dveh encimov: alkoholna dehidrogenaza (ADH) predela etanol v acetaldehid, ki je strupen in rakotvoren, aldehidna dehidrogenaza (ALDH) pa predela acetaldehid v acetat, ki ni strupen in se v tkivih razgradi na ogljikov dioksid in vodo (3). Za razgradnjo ene enote alkohola (ali ene merice alkoholne pijače ali ene standardne pijače), kar je 10 gramov čistega alkohola, jetra v povprečju potrebujejo približno 1–2 uri. Pomembno je vedeti, da tega procesa ni mogoče pospešiti. Alkohol se v glavnem izloča iz telesa v obliki presnovkov skozi ledvice, v manjši meri pa z dihanjem in znojenjem. Le manj kot 10 % alkohola se izloči iz telesa v nespremenjeni obliki z dihanjem, znojem, urinom (8).



## Učinek alkohola na posameznika, ki pije, in posledice na njegovem zdravju

Za učinek, ki ga ima alkoholna pijača na posameznika, ki pije, je odgovoren alkohol (etanol) in ne vrsta izbrane alkoholne pijače.

Alkohol je:

- psihoaktivna snov, ki spremeni zaznavanje in doživljanje ter je tudi zasvojljiva snov, zato lahko poseganje po njem preide v navado (8, 9, 10) in ob dlje trajajoči škodljivi rabi povzroča zasvojenost (3, 9);
- strupena snov (toksin), ki lahko poškoduje skoraj vsak organ in sistem v telesu (10);
- rakotvoren (kancerogen) (12) – Mednarodna agencija za raziskovanje raka (IARC) je alkohol (acetaldehid, etanol in alkoholne pijače) uvrstila v prvo skupino snovi, ki so rakotvorne za človeka (13);
- teratogen (če alkohol pije nosečnica, lahko to povzroči nepravilen razvoj organov ali delov organov pri zarodku oz. plodu v času nosečnosti in posledično nepopravljive in doživljenjske poškodbe pri otroku) (14, 15, 16, 17).

### Takojšnji (akutni) učinki alkohola

Alkohol takoj po vsrkanju v telo vpliva na delovanje vseh organov, še zlasti je opazen njegov učinek na delovanje osrednjega živčevja (18), v katerega vstopa neposredno skozi krvno-možgansko pregrado (3, 19).

Osrednje živčevje je odgovorno za zbiranje informacij preko čutil, usklajeno motorično delovanje, razmišljanje, razumevanje in sklepanje ter nadzorovanje čustev (19). Alkohol pa je depresor osrednjega živčevja, kar pomeni, da upočasni oziroma uspava njegovo delovanje (1, 8, 19, 20, 21). To morda preseneča, kajti po zaužitju manjših količin alkohola človeku najprej popusti napetost, postane sproščen, popustijo zavore v njegovem vedenju (18, 21). Do navedenih učinkov pride, ker manjše količine alkohola najprej vplivajo na predele možganov, ki so povezani z nadzorovanjem vedenja in čustvovanja. To pa povzroči popuščenje zavor, sproščanje vedenjskih in čustvenih zadržkov (8, 19). Podaljša pa se tudi čas odzivnosti. Ob nadaljevanju pitja prevlada sedativno delovanje alkohola, ki vodi v motnje govora in nadzora gibanja, spremenjene presoje dogodkov in izpad spomina (18). Z naraščanjem koncentracije alkohola v krvi kognitivne funkcije in psihomotorične sposobnosti hitro upadajo. Oseba izgubi razsodnost, pojavijo se motnje v koordinaciji, kar lahko vodi v nezgode in poškodbe, tudi s tem povezanih smrti (22). Pri akutni zastrupitvi z alkoholom lahko nastopijo motnje zavesti, koma in odpoved vitalnih možganskih centrov, kar privede v smrt (18).

Do katere stopnje se bo upočasnila možganska aktivnost, je predvsem odvisno od tega, koliko in kako hitro oseba pije (8, 21). Seveda pa na takojšnje (akutne) učinke alkohola pri posamezniku vplivajo še drugi dejavniki, kot so: spol, starost, telesna teža in telesna zgradba, splošno zdravstveno stanje, genetsko ozadje, izkušnje s pitjem (8, 10, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25), tudi prisotnost in vrsta hrane v želodcu (8, 25). Alkohol različno vpliva na ljudi, zato njegovih učinkov na posameznika nikoli ni mogoče natančno predvideti.

Alkohol tudi zvišuje krvni tlak, priložnostno opijanje pa povečuje tveganje za motnje srčnega ritma in nenadno srčno kap, celo pri ljudeh brez predhodno ugotovljene bolezni srca (7).

### Pitje alkohola

Pitje alkohola vpliva na delovanje vseh vitalnih sistemov človeškega telesa, to je osrednjega živčevja, srčno-žilnega sistema, prebavil, imunski sistem, izločanje hormonov, tudi na reproduktivni sistem (18, 22).

Vpliv alkohola na fiziološke procese v telesu je kompleksen in na določen organ lahko vpliva z več nasprotujočimi si učinki (8, 9, 18). Avtorji so npr. navajali, da naj bi majhna količina zaužitega alkohola zmanjšala tveganje smrti zaradi ishemične bolezni srca (srčno obolenje z zmanjšano oskrbo srca s krvjo), ishemične možganske kapi in sladkorne bolezni tipa 2, pitje alkohola v večjih količinah pa povečalo tveganje teh bolezni (22). Vendar najnovejše natančne analize do sedaj opravljenih tovrstnih raziskav, ki upoštevajo tudi mendelsko randomizacijo, tega niso potrdile (26). Tako velja, da pogostejše kot je pitje alkohola, večje je tveganje za te in številne druge bolezni.

Alkohol v večjih količinah okvarja srčno mišico, povzroči motnje srčnega ritma, zvišuje krvni tlak, zvišuje maščobe v krvi, povečuje telesno težo, poveča tveganje hemoragične možganske kapi (kar je vsaj delno povezano z vplivom alkohola na krvni tlak) ter povzroča druge bolezni, kot so možganska kap, bolezni jeter in epilepsija (8, 9, 14, 22). Vendar pa alkohol ne vpliva samo na pojavljanje navedenih bolezni, temveč vpliva tudi na slabši izid nekaterih že prisotnih bolezni, kot so jetrna ciroza, bolezen trebušne slinavke, možganska kap in ishemična bolezen srca (9, 12).

Dokazana je tudi vzročna povezava med pitjem alkohola in sedmimi raki: ust, žrela, grla, požiralnika, debelega črevesa in danke, jeter in dojke pri ženski (11, 27). Tveganje za rakava obolenja se povečuje z zaužito količino alkohola. Čeprav je (čezmerno) pitje alkohola pomemben dejavnik za nastanek raka, pa je tveganje nekaterih vrst raka, npr. raka dojke pri ženski, večje že pri pitju ene merice alkohola na dan (12), podobno velja tudi za rake požiralnika, ustne votline in žrela (22). To kaže, da je ogroženost za raka za večino ljudi prisotna že ob pitju manjših količin alkohola in je večja v primerjavi s tistimi, ki alkohola ne pijejo. Varnega pitja alkohola torej ni (22, 24).

Škoda za zdravje zaradi rednega pitja alkohola se lahko razvija več let, tudi deset do dvajset let, kljub večletnemu pitju brez zaznane škode (28).

**Raba alkohola je torej pomemben dejavnik tveganja za mnoge zdravstvene težave (12, 29) in je vzročna komponenta za več kot 200 bolezni, poškodb in drugih zdravstvenih stanj, ki jih vključuje Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene MKB 10 (9).**

Bolezni in poškodbe, ki so povezane z rabo alkohola, lahko razdelimo v dve večji skupini:

- v prvi skupini so stanja (skupaj več kot 30), ki se brez alkohola ne bi razvila, kar pomeni, da je alkohol njihov edini vzrok (med temi so najpomembnejše duševne in vedenjske motnje zaradi pitja alkohola, vključno z nenamerno zastrupitvijo, ki jim sledita alkoholna bolezen jeter (od zamaščenosti jeter preko alkoholnega hepatitisa do ciroze jeter kot končnega stadija) in alkoholno vnetje trebušne slinavke, v to skupino spadajo tudi posledice izpostavljenosti alkoholu pred rojstvom);
- v drugi skupini pa so stanja, katerih pridružen vzrok je alkohol, kot so nekatere nalezljive bolezni (tuberkuloza, pljučnice, HIV/AIDS), raki, sladkorna bolezen, epilepsija in duševne motnje, srčno-žilne bolezni, bolezni jeter in trebušne slinavke ter nenamerne (skoraj vse vrste) in namerne poškodbe (samomori, uboji). Ta skupina celo več prispeva k skupnemu bremenu alkohola kot prva (9, 12, 22, 30).

Preglednica 1: Bolezenska stanja, ki so po definiciji 100-odstotno pripisljiva alkoholu (kode Desete revizije avstralske modifikacije MKB-10 – Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene) (9)

Koda MKB-10	Bolezensko stanje
E24.4	Psevdo-Cushingov sindrom zaradi alkohola
F10	Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola
F10.0	Akutna zastrupitev
F10.1	Škodljivo uživanje
F10.2	Sindrom odvisnosti
F10.3	Odtegnitveno stanje
F10.4	Odtegnitveno stanje z delirijem
F10.5	Psihotična motnja
F10.6	Amnestični sindrom
F10.7	Rezidualna ali pozno nastopajoča psihotična motnja
F10.8	Druge duševne in vedenjske motnje
F10.9	Neopredeljene duševne in vedenjske motnje
G31.2	Degeneracija živčevja zaradi alkohola
G62.1	Alkoholna polinevropatija
G72.1	Alkoholna miopatija
I42.6	Alkoholna kardiomiopatija
K29.2	Alkoholni gastritis
K70	Alkoholna bolezen jeter
K70.0	Alkoholna zamaščenost jeter
K70.1	Alkoholni hepatitis
K70.2	Alkoholna fibroza in skleroza jeter
K70.3	Alkoholna ciroza jeter
K70.4	Alkoholna odpoved jeter
K70.9	Alkoholna bolezen jeter, neopredeljena
K85.2	Akutni alkoholni pankreatitis
K86.0	Kronični alkoholni pankreatitis
O35.4	Oskrba matere zaradi poškodbe plodu zaradi alkohola (ali pri sumu nanjo)
P04.3	Plod in novorojenček, prizadet zaradi materinega uživanja alkohola
Q86.0	Fetalni alkoholni sindrom (dismorfični)
R78.0	Prisotnost alkohola v krvi
T51	Toksični učinek alkohola
T51.0	Etanol
T51.1	Metanol
T51.8	Drugi alkoholi
T51.9	Neopredeljeni alkohol
X45	Naključna izpostavljenost alkoholu in zastrupitev z njim
X65	Namerna samozastrupitev z alkoholom in izpostavljanje temu
Y15	Izpostavljenost alkoholu in zastrupitev z njim, namen nedoločen
Y90	Prisotnost alkohola, dokazana z ugotovljeno količino alkohola v krvi

V nadaljevanju je posebej podan še prikaz potencialnih stanj in zapletov, povezanih s pitjem alkohola, po prizadetih delih telesa:

- usta in grlo – rak ust, žrela in grla;
- požiralnik in želodec – rak požiralnika, kronično vnetje želodčne sluznice;
- črevesje – rak debelega črevesa in danke, pomanjkanje vitaminov;
- jetra – rak jeter, alkoholna bolezen jeter (zamaščenost jeter, vnetje jeter (hepatitis), ciroza);
- trebušna slinavka – akutno in kronično vnetje (pankreatitis);
- srce in krvni tlak – ishemična (koronarna) bolezen srca, nepravilen srčni utrip, srčno popuščanje zaradi kardiomiopatije, zvišan krvni tlak (hipertenzija);
- kri in imunski sistem – spremembe v krvnih celicah, slabokrvnost (anemija), motnje strjevanja krvi, slabša sposobnost boja proti okužbam (HIV/AIDS, hepatitis C, tuberkuloza, druge okužbe);
- pljuča – pljučnica;
- možgani in živčni sistem – poškodbe možganov (Wernickejeva encefalopatija, Korsakoffova demenca itd.), motnje ravnotežja, epilepsija, motnje spanja, možganska kap, poškodbe perifernega živčevja (polinevropatije – bolečine, mravljinčenje, otrplost, nezmožnost zaznavanja dotika);
- duševno zdravje – odvisnost, motnje razpoloženja (anksioznost, depresija), odtegnitveni simptomi;
- ledvice in ravnovesje tekočin – dehidracija, izguba pomembnih mineralov in soli (alkohol je diuretik);
- reproduktivno zdravje – motnje potence, neplodnost, splav, spekter fetalnih alkoholnih motenj (pri otrocih, rojenih materam, ki med nosečnostjo pijejo alkohol), prezgodnji porod/nizka porodna teža (pri dojenčkih, rojenih materam, ki med nosečnostjo pijejo alkohol);
- dojke (ženska) – rak dojke;
- kosti in mišice – osteoporoza, protin, mišična slabost;
- oči – slabši vid;
- koža – pordelost kože, porumenelost kože (ob hudi jetrni bolezni ali jetrni odpovedi), zmanjšanje dlakavosti, pajkove žile;
- celo telo – povečanje telesne teže (vnos kalorij z alkoholom in povečan apetit) ali podhranjenost (pri kroničnem težkem pitju), poslabšanje že obstoječih zdravstvenih stanj, kot so duševne bolezni in sladkorna bolezen, smrt zaradi poškodbe ali zastrupitve (31).

Alkohol lahko prispeva k več kot eni vrsti bolezni ali poškodbe posamezne osebe.



Slika 2: Škodljive posledice čezmernega pitja alkoholnih pijač na telo. Prilagojeno po Babor T. F. et al, 2001 (36) in WHO, 2014 (37). Objavljeno kot plakat v okviru projekta SOPA (39).

Ogroženost za razvoj teh učinkov na zdravje je odvisna od količine in pogostosti pitja alkohola ter dejavnikov posameznika (30, 31). Ogroženost za omenjene bolezni in stanja se povečuje v odvisnosti od odmerka alkohola, večji kot je ta, večja je ogroženost (7). Poleg količine popitega alkohola in pivskega vzorca pa na ogroženost posameznika vplivajo tudi njegove individualne značilnosti, kot so starost, spol, telesna teža, prisotnost zdravstvenih težav, predhodne težave zaradi alkohola, jemanje zdravil ali drugih drog pa tudi družinski dejavniki in socialno-ekonomski položaj (9, 22, 28). Ljudje se razlikujejo po tem, kako presnavljamo alkohol in kako se nanj odzivamo, kar ima za posledico, da smo lahko ob pitju enakih količin alkohola različno prizadeti (22, 28). Skupine ljudi, ki so bolj ogrožene, so otroci in mladostniki, starejši, osebe z nizko telesno težo, osebe z drugimi zdravstvenimi težavami, osebe, ki jemljejo zdravila ali druge droge (28).

Za vse kategorije kroničnih bolezni velja, da so ob isti popiti količini alkohola ženske bolj ogrožene kot moški (12, 22), saj imajo v povprečju manjšo telesno maso in večji odstotek telesnega maščevja, s tem pa manj celokupne telesne vode, po kateri se razporedi alkohol. Poleg tega je pri ženskah v želodcu manj aktiven encim za presnovo alkohola (alkoholna dehidrogenaza), zato preide več alkohola v kri (8). Vse to prispeva k temu, da imajo po isti količini popitega alkohola ženske na splošno višjo koncentracijo alkohola v krvi kot moški. Kljub dokazom o večji biološki občutljivosti žensk na alkohol pa je akutne škode pri ženskah mnogo manj kot pri moških. To pripisujejo v povprečju večji nagnjenosti moških, da se pod akutnim vplivom alkohola izpostavljajo tveganjem kot ženske (22). Novejše raziskave tako kažejo, da je pri pitju alkohola v mejah manj tveganega pitja splošni nivo tveganja podoben za moške in ženske, s tem da so moški bolj ogroženi za takojšnjo škodo, kot so smrti zaradi nezgod, ženske pa so bolj ogrožene za dolgoročno škodo zaradi bolezni (29).

## Ali obstajajo potencialne koristi pitja alkohola za zdravje?

Več desetletij je veljalo prepričanje, da pitje majhnih količin alkohola varuje pred srčno-žilnimi boleznimi.ocene zaščitnih učinkov alkohola na prevladujoče kronične bolezni, kot so bolezni srca, možganska kap in sladkorna bolezen tipa 2, so bile vključene tudi v mednarodne ocene bremena bolezni (32). Metaanalize kohortnih študij so v preteklosti poročale o odnosu med pitjem alkohola in relativnim tveganjem umrljivosti v obliki J-krivulje. To pomeni, da naj bi imeli posamezniki, ki alkoholne pijače pijejo v mejah manj tveganega pitja, nižje relativno tveganje od drugih skupin oz. da naj bi bili učinki pitja alkohola znotraj mej manj tveganega pitja alkohola bolj pozitivni za zdravje kot abstinenca (26). Zaščitni učinek alkohola glede tveganja smrti se je nanašal na možno zmanjšanje ogroženosti za ishemično bolezen srca pozneje v življenju, torej pri skupini ljudi, v kateri je bolezen najbolj razširjena. Redno pitje majhnih količin alkohola naj bi tako pri nekaterih ljudeh, to je moških srednjih let in starejših moških ter ženskah po obdobju menopavze, ugodno vplivalo na srčno ožilje in zmanjšalo tveganje smrti zaradi ishemične bolezni srca (22). Novejši dokazi izpostavljajo, da so bili v preteklosti zaščitni učinki alkohola na populacijski ravni precenjeni (14, 22, 32). Poleg tega pa so v študiji Stockwella in sodelavcev (2016) ovrgli staro prepričanje o zaščitnem učinku pitja alkohola. Njihova metaanaliza je vključevala 87 študij o pitju alkohola ter povezavi tega z relativnim tveganjem umrljivosti in nadzirala načine uvrščanja posameznikov v skupine oseb, ki pijejo alkohol, oziroma v skupine oseb, ki abstini- rajo. Ugotovili so, da imajo različni načini uvrščanja posameznikov v skupino abstinentov močan vpliv na rezultate študij. Zaključili so, da vključevanje oseb, ki so v preteklosti pile alkohol (pitje alkohola pa so morda opustile iz zdravstvenih razlogov), v skupino abstinentov, kar lahko vodi v pristranskost glede krajše pričakovane življenjske dobe, ne glede na to, ali je ta povezana z njihovim pitjem, vpliva na spremembo oblike krivulje (iz linearne v J) in tako daje videz pozitivnih povezav pitja znotraj mej manj tveganega pitja alkohola in pozitivnih učinkov na zdravje (26).

## Zaključki

Vsako pitje alkohola prinaša določeno tveganje. Ob poznavanju akutnih in kroničnih groženj zdravju, prisotnih tudi ob pitju majhnih količin alkohola, ni razlogov za priporočanje pitja na zdravstveni osnovi, niti za pričetek pitja iz zdravstvenih razlogov (22). Pravi načini za ohranjanje zdravja srca (zaščito pred koronarno boleznijo) so primerna telesna aktivnost, zdravo prehranjevanje, prenehanje kajenja pa tudi zavedanje o drugih dejavnikih, ki ogrožajo zdravje srca (na primer visok krvni tlak, stres), in njihovo obvladovanje (22, 33).

Toda pitje alkohola ne povzroča škode samo tistim, ki ga pijejo, temveč tudi drugim osebam. To so žrtve nasilja, prometnih nezgod, kršitev javnega reda ipd. ter družba v celoti (34). Breme zaradi alkohola zato ni omejeno le na posledice za zdravje in z njimi povezane stroške, pitje alkohola povzroča

tudi znatne socialne in gospodarske izgube, stroške pravosodnega in prometnega sektorja, socialnega varstva ter tudi bolečino in trpljenje prizadetih (35).

## Škodljive posledice čezmernega pitja alkohola na posameznika in njegovo okolico

**DUŠEVNO ZDRAVJE • POČUTJE**  
Slabo počutje, nezadovoljstvo • Občutki krivde • Sram, skrivanje, tesnoba • Slaba samopodoba • Poslabšani odnosi, težave v odnosih • Številne stiske • Konflikti • Čustvene težave

**DRUŽINA • DOM**  
Pomanjkanje komunikacije • Težave v partnerskih odnosih • Nezaupanje • Pogosti konflikti • Razveze • Vzgojna nemoč • Prezemanje odgovornosti namesto staršev • Slabi zgledi, brez varnosti in opore • Odsotnost staršev • Težave pri zaupanju otrok, izvajanju stikov • Občutki krivde, sramu, nemoči, strahu • Številne stiske otrok • Izoliranost družine • Zanemarjanje in ogrožanje otrok • Nasilje v družini

**SLUŽBA • DELO**  
Znižana storilnost na delovnem mestu • Nesporazumi • Odsotnost z dela • Pogoste menjave zaposlitve • Pogoste izgube zaposlitve • Dolgotrajna nezaposlenost

**PROMET**  
Vožnja pod vplivom alkohola • Prekrški • Izguba vozniških dovoljenj • Ogrožanje v prometu • Prometne nesreče

**FINANČNA STISKA**  
Finančne izgube, zlorabe • Neplačevanje preživitve • Dolgovi, rubeži, izvršbe • Stanovanjska problematika, deložacije • Revščina • Brezdomstvo

**OKOLICA • ŠIRŠA DRUŽBA**  
Šibka socialna mreža • Tolerantnost do opijanja • Slab zgled otrokom in mladostnikom • Prekrški, motenje javnega reda in miru

**KRIMINAL • NASILJE**  
Nasilje • Kazniva dejanja

Kaj pa posledice čezmernega pitja alkoholnih pijač na telo?

Za podporo pri opuščanju čezmernega pitja alkoholnih pijač se lahko obrnete na izbranega osebnega zdravnika, Zdravstvenovzgojne centre oz. Centre za krepitev zdravja, Centre za socialno delo ter druge vire pomoči. Več informacij najdete na

WWW.SOPA.si

Prilagojeno po: Zakonodaja s področja socialnega varstva in metode socialnega dela; podatek na Pravilniku o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (UL RS št. 45/10 s. 6. 2010) v smislu prve socialne pomoči, osebne pomoči, pomoči družini za dom skozi vsebine svetovanja, koordiniranja, podpore in oskrbe.

NIJZ Nacionalni inštitut za javno zdravje | SOPA | EVROPSKA UNIJA

Slika 3: Škodljive posledice čezmernega pitja alkoholnih pijač na posameznika in njegovo okolico. Prilagojeno po Pravilniku o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev, 2010 (38). Objavljeno kot plakat v okviru projekta SOPA (39).

## Literatura

- World Health Organization. Lexicon of alcohol and drug terms. Geneva: World Health Organization, 1994. Pridobljeno 15. 2. 2018 s spletne strani: [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/who\\_lexicon/en/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/).
- Zakon o omejevanju porabe alkohola (ZOPA). Uradni list Republike Slovenije št.15/2003.
- Lovrečič B, Lovrečič M. Modul 2 Alkohol. V: Radoš Krnel S et al, uredniki. Odgovorna strežba alkohola Priročnik za izobraževanje strežnega osebja. Ljubljana: NIJZ, 2017. Pridobljeno 15. 2. 2018 s spletne strani: <https://www.nijz.si/sl/publikacije/odgovorna-strezba-alkohola-prirocnik-za-izobrazevanje-streznega-osebja>.
- Wikipedia. Food energy. Pridobljeno 15. 2. 2018 s spletne strani: [https://en.wikipedia.org/wiki/Food\\_energy](https://en.wikipedia.org/wiki/Food_energy).
- Kolšek M. O pitju alkohola : priročnik za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Zdravstveni dom Ljubljana, 2004.
- Hočevar T, Henigsmann K, Štruc A. Merice in posledice pitja alkohola na telo [letak]. Ljubljana: NIJZ, 2018.
- Kolšek M, urednik. Klinične smernice za zgodnje odkrivanje tveganega in škodljivega pitja in kratki ukrepi: alkohol in osnovno zdravstvo: evropski projekt za obravnavo alkoholne problematike v osnovnem zdravstvu (PHEPA). Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, 2006.
- Understanding Alcohol: Investigations into Biology and Behavior. Colorado springs: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2003. Pridobljeno 13. 2. 2018 s spletne strani: <http://purl.access.gpo.gov/GPO/LPS50410>.
- World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. Geneva: World Health Organization, 2014: 1-26. Pridobljeno 16. 2. 2018 s spletne strani: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf).
- World Health Organization. Alcohol. Fact sheet, updated January 2015. Pridobljeno 16. 2. 2018 s spletne strani: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/en/>
- World Health Organization. Harmful use of alcohol. NMH Fact Sheet, 2009. Pridobljeno 15. 2. 2018 s spletne strani: [http://www.who.int/nmh/publications/fact\\_sheet\\_alcohol\\_en.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/fact_sheet_alcohol_en.pdf)
- Rehm J. The Risks Associated With Alcohol Use and Alcoholism. Alcohol Res Health 2011; 34 (2):135-34. Pridobljeno 3. 12. 2021 s spletne strani: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3307043/>.
- International Agency for Research on Cancer. A review of human carcinogens. Part E: Personal habits and indoor combustions. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, vol 100E. Lyon: IARC, 2012. Pridobljeno 16. 2. 2018 s spletne strani: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol100E/mono100E.pdf>.
- World Health Organization. Alcohol brief intervention training manual for primary care. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2017. Pridobljeno 19. 2. 2018 s spletne strani: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/351294/Alcohol-training-manual-final-edit-LSJ-B-290917-new-cover.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/351294/Alcohol-training-manual-final-edit-LSJ-B-290917-new-cover.pdf).
- Eustance LW, Kang D, Coombs D. Fetal Alcohol Syndrome: A Growing Concern for Health Care Professionals. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2003; 32(2):215-21. Pridobljeno 27. 2. 2018 s spletne strani: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12685673/>.

16. Ministry of Health. Alcohol and Pregnancy: A practical guide for health professionals. Wellington: Ministry of Health, 2010. Pridobljeno 27. 2. 2018 s spletne strani: <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/alcohol-pregnancy-practical-guide-health-professionals.pdf>.
17. Scholin L. Prevention of harm caused by alcohol exposure in pregnancy. Repid review and case studies from Member states. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2016. Pridobljeno 27. 2. 2018 s spletne strani: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/318074/Prevention-harm-caused-alcohol-exposure-pregnancy.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/318074/Prevention-harm-caused-alcohol-exposure-pregnancy.pdf).
18. Potočnik N. Vpliv alkohola na fiziološke procese. V: Avberšek Lužnik I, Kaučič BM, Hvalič Touzery S, uredniki. Sindrom odvisnosti od alkohola – diagnostični in terapevtski vidiki: zbornik prispevkov z recenzijo. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, 2010: 96-104.
19. American Association for the Advancement of Science. Alcohol and Your Brain. Pridobljeno 15. 2. 2018 s spletne strani: <http://sciencenetlinks.com/student-teacher-sheets/alcohol-and-your-brain/>.
20. American Addictions Centers. Short and Long Term Mental Effects of Alcohol. Pridobljeno 16. 2. 2018 s spletne strani: <https://americanaddictioncenters.org/alcoholism-treatment/mental-effects/>.
21. American Association for the Advancement of Science. Alcohol and the human Body: Central Nervous System Pridobljeno 15. 2. 2018 s spletne strani: <http://sciencenetlinks.com/interactives/alcohol/ebook/pages/central-nervous-system.htm>.
22. Alcohol Guidelines Review – Report from the Guidelines development group to the UK Chief Medical Officers. London: Department of health, 2016. Pridobljeno 20. 2. 2018 s spletne strani: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/545739/GDG\\_report-Jan2016.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/545739/GDG_report-Jan2016.pdf).
23. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol's damaging effects on the brain. Alcohol Alert 2004; 63. Pridobljeno 16. 2. 2018 s spletne strani: <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa63/aa63.htm>.
24. Saboga-Nunes L et al, eds. E-Collection: Alcohol Consumption and Harmful Use of Alcohol. European Journal of Public Health 2017. Pridobljeno 16. 2. 2018 s spletne strani: [https://academic.oup.com/eurpub/pages/harmful\\_use\\_of\\_alcohol](https://academic.oup.com/eurpub/pages/harmful_use_of_alcohol).
25. Pisa PT, Loots DU T, Niebaner C. Alcohol metabolism and health hazards associated with alcohol abuse in a South African context: a narrative review. S Afr J Clin Nutr 2010; 23(3)(Suppl 1): S4-10. Pridobljeno 19. 2. 2018 s spletne strani: <http://www.sajcn.co.za/index.php/SAJCN/article/view/275>.
26. Stockwell et all. Do »Moderate« Drinkers Have Reduced Mortality Risk? A Systematic Review and Meta-Analysis of Alcohol Consumption and All-Cause Mortality. J Stud Alcohol Drugs 2016; 77(2): 185-98. Pridobljeno 22. 2. 2018 s spletne strani: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26997174>.
27. Baan R et al. Carcinogenicity of alcoholic beverages. The Lancet Oncology 2007; 8 (4): 292-3.
28. UK Chief Medical Officers' Low Risk Drinking Guidelines. London: Department of health, 2016. Pridobljeno 20. 2. 2018 s spletne strani: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/545937/UK\\_CMOs\\_report.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/545937/UK_CMOs_report.pdf).
29. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol's Effects on the Body. Pridobljeno 3. 12. 2021 s spletne strani: <https://www.niaaa.nih.gov/alcohols-effects-health/alcohols-effects-body>.
30. Shield K, Jakob Manthey J, Rylett M, Probst C, Wettlaufer A, Parry C et al. National, regional, and global burdens of disease from 2000 to 2016 attributable to alcohol use: a comparative risk assessment study. The Lancet Public Health 2020; 5:e51-61. Pridobljeno 3. 12. 2021 s spletne strani: DOI: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30231-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30231-2).
31. Alcohol – the body and health effects: A brief overview. New Zealand: The Health Promotion Agency, 2016. Pridobljeno 3. 12. 2021 s spletne strani: <https://www.alcohol.org.nz/alcohol-its-effects/health-effects/alcohol-related-health-conditions>.
32. Chikritzhs T et al. Has the leaning tower of presumed health benefits from 'moderate' alcohol use finally collapsed? Addiction 2015; 110 (5): 726-7. Pridobljeno 26. 2. 2018 s spletne strani: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.12828/full>.
33. British Heart Foundation. Alcohol. Pridobljeno 26. 2. 2018 s spletne strani: <https://www.bhf.org.uk/heart-health/preventing-heart-disease/alcohol>.
34. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva: World health Organization, 2011. Pridobljeno 3. 12. 2021 s spletne strani: [https://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/msbgsruprofiles.pdf](https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf).
35. Roškar M et al, uredniki. Alkoholna politika v Sloveniji: priložnosti za zmanjševanje škode in stroškov ter neenakosti med prebivalci. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2019. Pridobljeno 7. 12. 2021 s spletne strani: <https://www.nijz.si/sl/publikacije/alkoholna-politika-v-sloveniji-0>.
36. Babor T F et al. AUDIT. Geneve: WHO, 2001
37. Global status report on alcohol and health. Geneve: WHO, 2014
38. Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev. Ljubljana: Uradni list št. 45/10, 2010.
39. Hočevnar T, Lepoša Š, Henigsman K, Pristolič T. Škodljive posledice čezmernega pitja alkoholnih pijač na posameznika in njegovo okolico [plakat]. Ljubljana: NIJZ, 2019.

## 1.3. MOKRA KULTURA IN POMEN PREVENTIVE

Marko Kolšek

Alkohol ima v Sloveniji posebno mesto, podobno kot v mnogih državah Evrope, vendar je malo držav, ki bi jih lahko uvrstili v t. i. mokro kulturo, za katero veljajo 4 značilnosti (1):

- velika dostopnost alkohola,
- običaji močno spodbujajo pitje alkohola,
- visoka toleranca do negativnih posledic pitja,
- pomanjkanje preventivnih ukrepov.

Velika dostopnost alkohola (cenovna in fizična dostopnost): V Sloveniji je cena alkoholnih pijač nizka – nižja od povprečja v EU. Nekatere države so zakonsko že določile najnižjo ceno za enoto alkohola, pri nas o tem še ni bilo razprave. Težko je pričakovati, da mladi ne bodo kupovali alkoholnih pijač, če je nemalo brezalkoholnih pijač dražjih. V Sloveniji je mogoče kupiti alkoholne pijače skoraj v vsaki trgovini – celo na bencinskih črpalkah, kar je svojevrstna nelogičnost. V nekaterih državah lahko alkoholne pijače prodajajo samo trgovine s posebno licenco, pri nas te možnosti še ni bilo na seznamu možnih ukrepov za zmanjšanje porabe alkohola. Od leta 2003 veljajo zakonske omejitve prodaje alkohola, ki pa se v praksi slabo upoštevajo. Imeli smo zakon, ki je prepovedoval prodajo in točenje alkoholnih pijač na športnih prireditvah, a je od leta 2019 to spet dovoljeno. Pri nas domača pridelava alkohola ni nadzorovana.

Običaji močno spodbujajo pitje alkohola: V Sloveniji imamo zelo številne ljudske pesmi, ki spodbujajo pitje alkohola, praktično ni proslavljanja brez alkohola. Alkohol se pije ob rojstvu otroka, ob smrti na sedmini in ves čas vmes – skoraj vsaka situacija je priložnost za pitje alkohola.

Visoka toleranca do negativnih posledic pitja: Pri nas se ljudje hvalijo s tem, koliko »so ga popili«, pijanost v javnosti ne velja za nič posebnega. Če se v pijanosti kaj polomi ali ponesnaži, je to pogosto vir zabave v družbi. Pijanost ob povzročitvi prometne nezgode ali kaznivega dejanja lahko včasih šteje celo kot olajševalna okoliščina zaradi zmanjšane prištevnosti ob pijanosti ipd.

Pomanjkanje preventivnih ukrepov: Še vedno nimamo uradno sprejete celovite državne alkoholne politike, alkohol je dovoljeno oglaševati, predpisana trošarina na vino je 0,0 % (kar pomeni, da je v bistvu ni). Alkoholna industrija sme sponzorirati športne organizacije in dogodke ipd.

### Enote in meje pitja alkohola

Količino popitega alkohola lahko merimo v enotah ali mericah. Ena enota (standardna merica) vsebuje približno 10 gramov čistega alkohola, kar je 1 dcl običajnega vina ali 2,5 dcl piva ali eno šilce 0,3 dcl (»štampri«) žgane pijače ali 2 do 2,5 dcl sadjevca (tolkovca, mošta) (2).

1 dcl vina = 2,5 dcl piva = 0,3 dcl žganja = 2,5 tolkovca = 10 g alkohola = 1 enota

Enota alkohola (10 g čistega alkohola) je v vseh državah v Evropi enaka, le v Veliki Britaniji je 8 g (v ZDA pa 14 g).

Preglednica 1: Koliko alkohola vsebujejo nekatere pijače?

1 steklenica ali pločevinka običajnega piva s 4–5 % alkohola (0,5 litra)	2 enoti alkohola
1 pločevinka običajnega piva s 4–5% alkohola (0,33 litra)	1,3 enote alkohola
1 steklenica ali pločevinka piva z limonado ali oranžado z 2,5 % alkohola (0,5 litra)	1 enota alkohola
1 steklenica ali pločevinka gazirane alkoholne pijače z 2,5 % alkohola (0,33 litra)	1,3 enote alkohola
5 steklenic brezalkoholnega piva z 0,5 % alkohola (2,5 litra)	1 enota alkohola
1 buteljka vina z 10–11% alkohola (7 decilitrov)	7 enot alkohola

Glede na količino popitega alkohola, glede na način pitja in glede na posledice zaradi pitja razlikujemo (2, 3):

- abstinenco,
- manj tvegano pitje,
- tvegano pitje,
- škodljivo pitje in
- sindrom zasvojenosti z alkoholom (t. i. alkoholizem).

**1. Abstinenca** pomeni, da človek nikoli ob nobeni priložnosti ne pije alkoholnih pijač. Časovno jo lahko opredelimo kot trajno (človek, ki veliko let ne pije alkoholnih pijač) ali kot abstinenco v zadnjih 12 mesecih. Za abstinenco se človek lahko odloči zaradi različnih razlogov, npr. sprejme načelo zdravega življenja brez alkohola, sprejme vero, ki odklanja pitje alkohola (islam, mormoni ipd.), zaradi zdravstvenih težav ipd.

**2. Manj tvegano pitje** je način in količina pitja alkohola, pri kateri je za večino ljudi manj verjetno, da bo privedlo do večjih okvar zdravja, čeprav bo trajalo veliko let. Meja je odvisna od starosti, spola, dnevni predispozicij, drugih značilnosti posameznika in zdravstvenega stanja posameznika. Nekaterim ljudem lahko že te količine alkohola sčasoma povzročijo resnejše okvare zdravja.

ZDRAVI ODRASLI MOŠKI:

- do 14 enot na teden (npr. do 2 dcl vina na dan ali 1 steklenica piva na dan);
- ne več kot 5 enot ob eni pivski priložnosti (npr. ob rojstnem dnevu, praznovanju ipd.);
- priporočamo en ali dva dneva v tednu povsem brez alkohola.

ZDRAVE ODRASLE ŽENSKE in ljudje obeh spolov nad 65 let starosti:

- do 7 enot na teden (npr. do 1 dcl vina na dan);
- ne več kot 3 enote ob eni pivski priložnosti (npr. ob rojstnem dnevu, praznovanju ipd.);
- priporočamo en ali dva dneva v tednu povsem brez alkohola.

**Meje manj tveganega pitja alkohola - ne več kot:**

Velja za: zdrave odrasle osebe  
Ne velja za: otroke in mladostnike, nosečnice in doječe matere, poklicne voznike, bolne, ...

www.SOPA.si

**2 na dan**  
NE več kot 2 merici / dan  
NE več kot 14 meric / teden\*  
Ob eni priložnosti ne več kot 5 meric

**1 na dan**  
NE več kot 1 merica / dan  
NE več kot 7 meric / teden\*  
Ob eni priložnosti ne več kot 3 merice

**Standardna merica alkoholne pijače**  
0,3 dcl žganja  
1 dcl vina  
2,5 dcl piva  
10 g alkohola

\*Ob vseh navedenih količinah naj bi bili vsaj en dan v tednu povsem brez alkohola.

Vsako leto umre **650 oseb**, 43 % prebivalcev pije čez meje.

NIZ Nacionalni inštitut za javno zdravje | SOPA Slovenski inštitut za alkoholno problematiko | EVROPSKA UNIJA

Tisk je financiran iz sredstev v okviru projekta "Vzpostavitev interdisciplinarnega celostnega pristopa k odkrivanju in podpori pri opuščanju tveganega in škodljivega pitja alkohola med odraslimi prebivalci - SOPA", ki ga sofinancirata Republika Slovenija in Evropska unija iz Evropskega socialnega sklada.

Slika 1: Meje manj tveganega pitja alkohola. Prilagojeno po Kolšek, 2011 (3). Objavljeno kot letak v okviru projekta SOPA (20).

Različne države so sprejele nekoliko drugačne meje manj tveganega pitja (4). Na odločitev so vplivali številni dejavniki: vsebnost alkohola v običajnih alkoholnih pijačah v posameznih državah, razširjenosti težav zaradi pitja alkohola, rezultati raziskav, opravljenih med prebivalci posamezne države (5), sprejete stopnje tveganja za morebitno škodo, moči alkoholnega lobija v državi. Tako so npr. v Veliki Britaniji določili, da je meja manj tveganega pitja ne več kot 16 g alkohola na dan za moške in ne več kot 8 g za ženske, v Italiji 20–40 g za moške in 10–20 g za ženske.

Za te meje manj tveganega pitja alkohola velja, da so z vidika zdravja še nekako sprejemljive (to ne pomeni, da so priporočljive), če se človek odloči, da bo pil alkoholne pijače. To pa ne pomeni, da stroka priporoča, da ljudje pijejo alkohol, saj z vidika zdravja velja: *čim manj, tem bolje, najbolje je nič alkohola*.

**NI manj tveganega pitja alkohola** za otroke, mladostnike vsaj do starosti 18 let, nosečnice, doječe matere, bolnike z nekaterimi boleznimi (npr. jeter, trebušne slinavke, božjastjo, duševnimi motnjami ali boleznimi), ljudi, ki jemljejo nekatera zdravila (npr. pomirjevala, uspavala, nekatere antihipertenzive, antiokagulantna zdravila), aktivne udeležence v prometu (voznike, motoriste, kolesarje, pešce), ljudi, ki delajo na višini ali s stroji, pa tudi vse ljudi med delovnim časom). Vsako pitje alkohola teh skupin ljudi velja za tvegano. Zaradi povečanega tveganja za prehod v škodljivo pitje stroka priporoča, naj ljudje ne pijejo alkohola, kadar so žalostni, jezni, razočarani, utrujeni, naj ne pijejo alkohola za žejo ali zaradi drugih, ker so jim ga ponudili, čeprav sami ne želijo piti.

Za mlade bi bilo bolje, da ne bi pili nič alkohola vsaj do 25. leta starosti, saj najnovejše raziskave kažejo, da se možgani intenzivneje oblikujejo najmanj do te starosti in alkohol neugodno vpliva na njihovo oblikovanje in zorenje (6). Že dlje časa vemo tudi, da pitje alkohola v mladosti predstavlja povečano

tveganje za poznejše težave zaradi pitja alkohola in razvoj zasvojenosti z alkoholom (7).

**3. Tvegano pitje** so tisti načini in količine pitja alkohola, ki bodo verjetno sčasoma privedli do resnejših težav (telesnih, duševnih, duhovnih, socialnih in/ali težav v medosebnih odnosih), vendar te še niso prisotne. To je pitje, ki presega meje manj tveganega. Prav tako je vsakokratno pitje posebej tvegano, če je ob posebnih priložnostih, ko se pričakuje popolna abstinenca (npr. delo na višini, delo s stroji, udeleženci v prometu). Že pitje 20–40 g alkohola na dan pri moških poveča tveganje za nastanek okvar zdravja, pri ženskah pa že 10–20 g na dan. Tveganje je odvisno od starosti osebe, ki pije alkohol, spola, okoliščin pri pitju (npr. vožnja avtomobila), pivskih navad (npr. tveganje je povsem drugačno ob vsakodnevnem pitju enega kozarca kot ob popiti buteljki v enem večeru) ter sociokulturnega okolja, ki lahko spodbuja tvegano vedenje ali pa ga zavira.

V strokovni literaturi se večkrat uporablja tudi izraz opijanjanje – nekateri to imenujejo verižno ali visoko tvegano pitje (angl. binge drinking), ki je opredeljeno za moške kot pitje več kot 5 enot, za ženske pa več kot 3 enote alkohola ob eni priložnosti. Vsako opijanjanje šteje za tvegano pitje, saj pogosto prehaja v škodljivo.

**4. Škodljivo pitje** (F10.1 – šifra v 10. reviziji Mednarodne klasifikacije bolezni – MKB-10, v 11. reviziji, ki se uveljavlja v letu 2022, je šifra 6C40.1), je pitje, ko že lahko ugotovimo posledice oziroma težave zaradi pitja alkohola, vendar še ni izražen sindrom zasvojenosti z alkoholom (8). Lahko gre za s pitjem alkohola povezane spremembe ali težave s telesnim ali duševnim zdravjem, težave v družini, na delovnem mestu, finančne težave, s policijo ipd. Težave so lahko manj izražene, tako da so komaj prepoznavne, lahko pa so opazne že na prvi pogled; lahko se razvijajo počasi (npr. ciroza jeter) ali nastanejo v trenutku (npr. padec z lestve zaradi vpliva popitega alkohola). Značilnostim posameznikovega škodljivega pitja je treba prilagoditi tudi obravnavo. Tako s pacientom, ki je vozil pijan, sicer pa ni čezmerni pivec, poteka pogovor povsem drugače kot s pacientom, ki daljše obdobje pije čezmerno. Če vztraja pri takšnem pitju in se njegove težave povečujejo ali ponavljajo, je neredko potrebno enako zdravljenje kot pri zasvojenosti, čeprav še ne izpolnjuje določenih meril za zasvojenost.

**5. Sindrom zasvojenosti z alkoholom oz. alkoholizem** (F10.2; v 11. reviziji je to šifra 6C40.2) je bolezen, ki jo opredelimo s pomočjo meril, opisanih v MKB-10. Za zasvojenost gre, če so bili v preteklem letu izraženi vsaj trije od naslednjih simptomov in znakov:

1. močna želja po alkoholu;
2. višanje tolerance na učinke alkohola (npr. da je potrebna večja količina alkohola, da se doseže učinek, ki je bil prej dosežen z manjšo količino);
3. nadaljevanje pitja kljub očitnim škodljivim posledicam;
4. zanemarjanje drugih dejavnosti ali konjičkov zaradi alkohola ter daljši čas, namenjen pitju alkohola, ali potreben daljši čas za okrevanje po pitju;
5. težave pri obvladovanju pitja (človek se ne more vzdržati pitja, čeprav naj bi bil trezen – npr. pred vožnjo avtomobila; ne more prenehati, dokler ni opit);
6. odtegnitvene težave ob prenehanju pitja (npr. tresenje, znojenje, pospešen srčni utrip, vznemirjenost, nespečnost, lahko tudi božjastni napad, motnje orientacije, prividi in prisluhi) ali pitje za odpravljanje odtegnitvenih težav.

Ameriško združenje za medicino zasvojenosti (ASAM) je leta 2011 izbralo nekoliko spremenjena merila za zasvojenost ABCDE – dodana oz. spremenjena merila bolj poudarjajo odnosni vidik alkoholizma (<https://asam.org/resources/definition-of-addiction>) (9):

1. nezmožnost stalne abstinence (Abstinence);
2. težave pri obvladovanju pitja (Behaviour);
3. močna želja oz. hrepenenje po alkoholu (Craving);
4. zmanjšano prepoznavanje pomembnih težav, povezanih z vedenjem in medosebnimi odnosi (Diminished recognition);
5. nefunkcionalni čustveni odzivi (Emotional response).

Ameriško psihiatrično združenje (APA) je opredelilo merila za motnje pri pitju alkohola (in drugih psihoaktivnih snovi) nekoliko podrobneje kot spekter pitja alkohola – kot kontinuum (10):

1. močna želja po pitju alkohola;
2. težave pri obvladovanju pitja;
3. poraba časa za pitje;
4. pitje, kadar je nevarno;
5. nadaljevanje pitja kljub škodljivim posledicam (telesnim ali duševnim);
6. nadaljevanje pitja kljub problemom v medosebnih odnosih;
7. manj preteklih zanimanj;
8. slabše izpolnjevanje pomembnih nalog;
9. povečana toleranca za učinke alkohola;
10. težave ob prenehanju pitja – abstinenčne težave;
11. neuspešnost pri prenehanju.

*(Če so v zadnjih 12 mesecih izraženi 2–3 znaki, gre za blago motnjo, če 4–5 znakov, gre za srednje izraženo motnjo in za intenzivno izraženo motnjo gre, če je izraženih 6 ali več znakov.)*

Zasvojenost z alkoholom je na ravni posameznika bolezen spremenjenega delovanja možganov (je kronična progresivna bolezen možganov), širše gledano pa je bolezen odnosov. V začetnih fazah pogosto ostaja prikrita, na zunaj se družina zasvojenega človeka ohranja, vendar se vloge nefunkcionalno prerazporedijo in odnosi v družini se zveržijo, prihaja do preprirov, groženj, alkoholik doživlja vsako vse bolj otopeja, v kasnejših fazah pa prihaja do širših motenj na socialni ravni, ko družina lahko razpade, pogosti sta brezposelnost oz. nezaposljivost, marginalizacija in socialno propadanje (11, 12).

Do nedavnega so oz. nekateri še danes uporabljajo neustrezne izraze. Poleg izrazov abstinence in alkoholizem je bil dolgo v uporabi samo izraz zmerno pitje, ki se sedaj v strokovni literaturi opušča (čeprav ga nekateri v anglo-ameriški strokovni literaturi še uporabljajo: moderate drinking). Avtorji so ga opisovali različno in ni bilo splošno veljavne definicije, zato je v resnici lahko označeval vse od manj tveganega pitja pa do zasvojenosti. Nekateri so priporočali pitje po pameti, kar je seveda neizvedljivo, saj se pamet spreminja hkrati s količino popitega alkohola. Prav tako je neprimeren izraz kulturno pitje ali zdravo pitje, saj ne obstaja zdravo pitje – vsako pitje alkohola pomeni neko stopnjo tveganja.

Nekateri avtorji uporabljajo tudi izraz **problematično pitje** (angl. problem drinking), kar lahko pomeni tvegano in škodljivo pitje, pa tudi zasvojenost. To je lahko praktično uporaben izraz v strokovnih kro-

gih, saj mora strokovnjak pri človeku, ki je na tak ali drugačen način problematičen pivec, ustrezno ukrepati, ni pa primeren izraz za pogovor s človekom, ki pije čezmerno.

Izraz **alkoholizem** je starejša beseda za sindrom zasvojenosti z alkoholom, vendar je lahko zavajajoč. Spodbuja namreč predstavo, ki razlikuje le, ali je nekdo alkoholik ali pa ne. Ob tem lahko nekako zavaja, češ da je samo alkoholizem problem, ne pa tudi tvegano in škodljivo pitje. Zaradi praktičnosti pa izraz alkoholizem mnogi še vedno uporabljajo pri opisovanju pojava kot takega, vendar ni najustreznejši za pogovor z bolnikom, saj lahko že sam izraz alkoholik sproži bolnikov odpor in prepreči njegovo sodelovanje, hkrati pa mu daje negativno oznako. Za pogovor z bolnikom je najbolje uporabljati izraz težave z alkoholom, saj gre za človeka kot celoto. Samopomočne skupine za zdravljenje alkoholizma AA (Anonimni alkoholiki) pa vztrajajo pri izrazu alkoholik in se tudi predstavljajo tako – npr.: »Jaz sem Janez, alkoholik.«

Neustrezen je izraz kronični alkoholizem, saj je alkoholizem sam po sebi kronična bolezen.

Prav tako je neustrezen izraz akutni alkoholizem, saj akutnega alkoholizma ni, čeprav nekateri tako poimenujejo **pijanost**, a je to nepravilno. Pijanost je akutna zastrupitev z alkoholom (ki je lahko različnih stopenj), ne pa akutni alkoholizem.

Pojem sindrom odvisnosti od alkohola izhaja iz uradno sprejete 10. revizije Mednarodne klasifikacije bolezni (MKB-10), ki je bila sprejeta pred več kot 30 leti. V zadnjem obdobju se vse bolj uveljavlja izraz zasvojenost (angl. addiction) namesto izraza odvisnost (angl. dependence), ker ustrezneje odraža bistvo bolezni. Poleg tega je odvisnost lahko normalno stanje, saj smo ljudje odvisni od cele vrste stvari: zraka, tekočin, hrane – brez tega umremo; dojenček je odvisen od nege odraslih oseb, brez tega umre. Človek, ki pa je zasvojen z neko snovjo ali vedenjem, brez tega ne bo umrl, bo pa trpel zaradi odtegnitvenih težav (13).

## Spekter – kontinuum pitja alkohola – odnosa do alkohola

Poudariti je treba, da so prehodi med posameznikovimi načini pitja zvezni, dostikrat neopazni – ne moremo reči: nekdo danes še ni zasvojen, jutri je pa že. Edina jasna meja je meja med abstinenco in pitjem: ali ne piješ nikoli ali pa piješ bolj ali manj pogosto (enkrat letno ali vsak dan in vse možnosti vmes). Pitje alkohola in z njim povezane škodljivosti niso nekaj dokončnega, nespremenljivega. Posameznik se v času svojega življenja neredko giblje sem ter tja iz enega načina pitja v drugega – od škodljivega pitja do manj tveganega, včasih do občasne abstinence in spet nazaj, lahko pa tudi dolgo časa vzdržuje isti vzorec pitja. Če pa s svojim pitjem pride do zasvojenosti, dolgotrajni prehodi v druge skupine pivcev praviloma niso več možni – edina rešitev je takšno ali drugačno zdravljenje zasvojenosti. Ob govoru o pitju alkohola se neredko pozabi, da je odsotnost pitja – abstinence povsem normalno stanje – morda še korak dlje: ali ni edino abstinence normalno stanje, če upoštevamo, da je alkohol toksična, rakotvorna, teratogena, adiktivna psihotropna snov?

Upoštevati je treba, da so ljudje, ki pijejo alkohol na tvegan način, zdravi, brez težav, vendar zaradi svojega pitja tvegajo, da bodo sčasoma imeli težave. Vsako pitje alkohola prinaša določeno stopnjo tveganja, ni netveganega pitja alkohola, tako kot ne obstaja netvegana vožnja avtomobila (14, 15). Takoj ko sedeš za volan in zapelješ na cesto, obstaja neko tveganje, da se bo zgodilo kaj neprijetnega, vendar bolj ko upoštevaš pravila, manjše je tveganje in obratno: manj ko jih upoštevaš, večje je tveganje. Enako velja za pitje alkohola: manj ko se držiš meja manj tveganega pitja, večje je tveganje za škodo in hkrati: manj ko piješ, manjše je tveganje.

Posledice pitja se lahko pokažejo pri komerkoli, čeprav je znanih nekaj dejavnikov tveganja: npr. dnevni dejavniki, moteni odnosi v primarni ali sedanji družini ali bližnjem okolju, alkoholizem enega od staršev, socialno-kulturni vplivi, psihološke, psihiatrične ali osebne motnje. Kljub temu pri nekaterih čezmernih pivcih ne najdemo nobenega takšnega dejavnika. Pravzaprav lahko vsak človek iz



tveganega zdrane v škodljivo pitje ali zasvojenost, ne da bi prepoznal, kaj se z njim dogaja. Tako npr. že vsaka pijanost bistveno zveča tveganje, da bo nastala neka škoda. Pri nekaterih ljudeh lahko že pitje nekaj decilitrov vina na dan v nekem obdobju povzroči npr. težave z želodcem, okvaro jeter, motnje spomina, možen je tudi razvoj zasvojenosti ipd.

Pogostnost tveganega in škodljivega pitja je nekajkrat večja od pogostnosti zasvojenosti z alkoholom. Premalo je znano, da so zato tudi posledice škodljivega pitja (osebna in družbena škoda) pogostejše. Zato moramo vsi, ki se pri svojem delu srečujemo z ljudmi in jim na različne načine pomagamo, prav tako pa tudi vsi drugi (v različnih društvih, združenjih in drugih nevladnih organizacijah) posebno pozornost posvetiti predvsem tveganemu in škodljivemu pitju, saj lahko z ustreznim ukrepanjem ljudem pomagamo, da bodo imeli manj težav zaradi pitja alkohola in bomo lahko celo preprečili morebiten razvoj zasvojenosti z alkoholom (16).

## Kako se pri svojem delu soočiti s problematiko pitja alkohola

Če želimo v širšem smislu zmanjšati probleme, povezane s pitjem alkohola, imajo svojo vlogo vsi deležniki v družbi: politika, različne ustanove in organizacije, mediji, nevladne organizacije (NVO), različne javne osebnosti, družine ipd. (17).

Če želimo zmanjšati tovrstne probleme na individualni ravni, ima pa svojo vlogo vsak, ki na svojem strokovnem področju dela z ljudmi. To pomeni, da v svoje vsakdanje delo na ustrezen, nevsiljiv način vplete vprašanja o pitju alkohola. Na podlagi odgovorov našega klienta/pacienta/uporabnika ocenimo, za kakšen način pitja gre, nato ustrezno ukrepamo, pozneje spremljamo morebitne spremembe ter sodelujemo z drugimi strokovnjaki, ki se pri svojem delu srečujejo z istimi ljudmi. Ob tem se neredko pri strokovnjakih pojavijo pomisleki ali dileme:

1. *Ali je ukvarjanje s pitjem alkohola moje delo?* Pogovor o pitju alkohola ne more biti delo samo enega strokovnjaka, če želimo, da se na področju alkoholne problematike kaj izboljša. Vsak lahko prispeva večji ali manjši delček v mozaiku, vsak, ki mu ni vseeno za soljudi. Strokovnjaki, ki se pri svojem delu neposredno srečujemo z ljudmi, imamo NENADOMESTLJIVO vlogo pri odkrivanju tveganjih in škodljivih pivcev, nihče drug ne bo delal tega namesto nas.
2. *Kaj če bodo moji klienti/pacienti/uporabniki užaljeni, če jih bom spraševal glede pitja alkohola?* To vprašanje si postavljajo strokovnjaki tako pri nas kot v tujini. Takšna bojazen je neredko ovira, tako da ostane področje pitja alkohola nerazjasnjeno. Če ljudi sprašujemo o njihovem življenju, navadah, ravnanjih, je razumljivo, da beseda v pogovoru nanese tudi na alkohol.
3. *Tudi jaz pijem alkohol in ne želim biti hinavski.* Seveda zaenkrat ne moremo pričakovati, da bi o pitju alkohola govorili le strokovnjaki, ki so abstinenti. Je pa smiselno, da vsakdo najprej razmisli o svojem odnosu do alkohola in svojih pivskih navadah, se seznanji s strokovnimi dejstvi in primerno obravnava to problematiko pri svojem strokovnem delu. Pri tem mora biti pozoren, da se ne ukvarja samo s tistimi, ki pijejo več kot on/-a.
4. *Ali se splača – ali ima smisel, saj se čezmerni pivci* (tisti, ki pijejo na tvegan ali škodljiv način ali so že zasvojeni z alkoholom) ne bodo spremenili zaradi mene? Cela vrsta raziskav v različnih okoljih kaže, da je ustrezno ukrepanje pri tveganjih in škodljivih pivcih uspešno – mnogi zmanjšajo pitje alkohola in s tem zmanjšajo tveganje za škodo, ki jim jo lahko povzroči pitje alkohola (15, 17). Če zgodaj odkrijemo tvegano pitje, ko še ni nobenih posledic, lahko posameznik po ustreznem pogovoru zmanjša pitje alkohola in s tem zmanjša tveganje za nastanek številnih možnih posledic, povezanih s pitjem, človeku, ki pije na škodljiv način, pa lahko pomagamo, da prepreči nadaljnjo škodo ali škodo vsaj zmanjša. Ko enkrat nekoga alkohol zasvoji, pomeni, da smo zamudili najugodnejši čas, ko bi lahko z relativno preprostimi ukrepi preprečili škodo in je edina pot ustrezno zdravljenje zasvojenosti (11, 12).

5. *Ali zmorem delati to ali znam dovolj?* Ta pomislek presežemo in odpravimo z izobraževanjem (del tega je ta priročnik) – branjem literature o problematiki pitja alkohola (npr. knjiga dr. Janeza Ruglja: Pot samouresničevanja), nadaljnjim pridobivanjem znanja in veščin ter nabiranjem novih izkušenj z vsakodnevnim izvajanjem odkrivanja tveganega in škodljivega pitja in ukrepanja ob tem.
6. *Zakaj je tako pomembno odkrivati tvegano in škodljivo pitje?* Tvegano in škodljivo pitje alkohola pogosto ostaneta prezrta, čeprav vemo, da več kot ena tretjina odraslih ljudi vsaj občasno pije alkohol tvegano ali škodljivo (19). Ljudje, ki pijejo tvegano, so zdravi in na zunaj ne kažejo nobenih značilnosti razen načina oz. količin pitja alkohola. Številni ljudje se niti ne zavedajo, da je njihovo pitje tvegano, čeprav včasih že sami ali pa njihovi bližnji ukrepajo tako, da zmanjšajo tveganje (npr. naročijo taksi ali pa prevzamejo vožnjo avtomobila od nekoga, ki se je napil). Zaradi tega tveganega pitja ne moremo odkriti, če ga načrtno ne iščemo. Tudi tisti, ki že imajo težave zaradi pitja, pogosto ostanejo neodkriti, ker pred drugimi ljudmi prikrivajo težave, prav tako pa jih ponavadi prikrivajo tudi njihovi bližnji.
7. *Kdaj pa naj odkrivam tvegano in škodljivo pitje?* Glede na naravo dela, glede na strokovni profil in okoliščine. Obstajajo pa priložnosti, ko je ugotavljanje pivskega statusa posebej primerno in je manj možnosti, da bo to pri človeku sprožilo odpor: npr. kot del širše anamneze, ob težavah, ki bi lahko bile povezane s pitjem alkohola ipd.
8. *Pri kom naj odkrivamo tvegano in škodljivo pitje alkohola?* Najbolje bi bilo imeti ta podatek zapisan v dokumentaciji vsakega človeka, s katerim delamo. Tako kot zbiramo razne druge podatke o posamezniku, bi bilo dobro, da bi imeli tudi podatek o pivskem statusu, kar je na začetku verjetno težko dosegljiv cilj – odvisno je od vrste strokovnjaka in od vrste problema, ki ga obravnavamo. Začnemo lahko pri bolj ogroženih ljudeh (npr. otrocih alkoholikov, mladostniki, mladi odrasli, nosečnice) ali ob bolj tveganjih oz. stresnih situacijah: npr. po izgubi zaposlitve, prva leta po upokojitvi, ob finančnih težavah, po razvezi, po smrti partnerja ipd.

## Literatura

1. Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy. Oxford: Oxford University Press; 2003.
2. Babor TF, Higgins-Biddle J, Saunders J, Monteiro MG. AUDIT – the alcohol use disorders identification test. WHO 2001.
3. Kolšek M. O pitju alkohola : priročnik za zdravnike družinske medicine. 2. dopolnjena izd. Ljubljana: Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, 2011.
4. Anderson P, Gual A, Kolšek M. (Ur.). Klinične smernice za zgodnje odkrivanje tveganega in škodljivega pitja in kratki ukrepi : alkohol in osnovno zdravstvo : evropski projekt za obravnavo alkoholne problematike v osnovnem zdravstvu (PHEPA). Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, 2006.
5. Markovič S. Dionizov bokal in zadovoljni Kranjec. Zdrav Vestn 1998;67:693-5.
6. Giedd JN. Structural magnetic resonance imaging of the adolescent brain. Annals NY Acad Science 2004;1021:77-85.
7. Bonomo YA, Bowes G, Coffey C, Carlin JB, Patton GC. Teenage drinking and the onset of alcohol dependence: a cohort study over seven years. Addiction 2004; 99: 1520-8.
8. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB-10 : deseta revizija izd.). Ljubljana\_ IVZ RS – Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2005.
9. Definition of addiction. American Association of Addiction Medicine, 2011. Pridobljeno 6.3.2018 s spletne strani <https://asam.org/resources/definition-of-addiction>.
10. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth edition (DSM-5). Pridobljeno 6.3.2018 s spletne strani <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>.
11. Rugelj J. Pot samouresničevanja. Ljubljana: Slovensko društvo terapevtov za alkoholizem, druge odvisnosti in pomoč ljudem v stiski; 2000.
12. Ramovš J. Alkoholno omamljen I. Celje: Mohorjeva družba; 1983.
13. Kolšek M. Življenje je radost, ne le užitek. Zdrav Var 2006;45(1):1-6.
14. Sherk A, Thomas G, Churchill S, Stockwell T. Does drinking within low-risk guidelines prevent harm? Implications for high-income countries using the international model of alcohol harms and policies. J Stud Alcohol Drugs, 2020;81: 352–361.
15. Evangelos Evangelou E, Suzuki H, Bai W, Pazoki R, Gao H, Matthews PM, Elliott P. Alcohol consumption in the general population is 1 associated with structural changes in multiple organ systems. Elife, 2021;10:e65325. doi: 10.7554/eLife.65325.
16. Angus C, Thomas C, Anderson P, Meier PS, Brennan A. Estimating the cost-effectiveness of brief interventions for heavy drinking in primary health care across Europe. Eur J Public Health 2017;27(2):345–51.
17. Poplas-Susič T, Švab, I, Kolšek M. Community actions against drinking alcohol in Slovenia - a Delphi study. Drug Alcohol Depen 2006;83:255-61.
18. Jonas DE, Garbutt JC, Amick HR, Brown JM, Brownley KA, Council CL e tal. Behavioral counseling after screening for alcohol misuse in primary care: a systematic review and meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2012;157(9):645-54.
19. Visnovič Poredoš A, Kolšek M. The drinking habits of users of an alcohol drinking screening website in Slovenia. Zdrav Var 2016;55(1):36-42.
20. Hočevar, T., Henigsman, K., Štruc, A. Merice in posledice pitja alkohola na telo (letak). Ljubljana: NIJZ, 2018.

## 1.4. ALOKOHOLNA POLITIKA V SLOVENIJI – PREGLED STANJA Z UKREPI

Vesna Kerstin Petrič, Vesna Marinko, Nataša Blažko

### Kaj je alkoholna politika?

Alkoholna politika obravnava odnos med pitjem alkohola, blagostanjem in zdravjem posameznika ter javno blaginjo. Združuje ukrepe, ki jih država sprejme z namenom preprečevanja in zmanjševanja škode zaradi rabe alkohola. Alkoholna politika je uspešna le, če pri njenem oblikovanju in izvajanju sodelujejo različni akterji: tako politični snovalci in odločevalci (npr. državni svet, državni zbor, ministristva) kot tudi stroka (npr. strokovne organizacije, inštituti, strokovna združenja, fakultete), civilna družba (npr. nevladne organizacije, lokalne skupnosti) in mediji. (1)

### Ukrepi alkoholne politike

Svetovna zdravstvena organizacija v okviru Globalne strategije za zmanjševanje škodljive rabe alkohola predlaga 10 ključnih področij ukrepanja celovite alkoholne politike (2), v okviru katerih so spodaj navedeni nekateri ključni ukrepi (3).

- Vodenje, ozaveščanje in zavezanost k ukrepanju

Sprejem nacionalnih strategij oz. akcijskih načrtov z jasnimi cilji, nalogami in ukrepi, ozaveščanje javnosti, vključno z opozorili na embalaži alkoholnih izdelkov, zagovorništvo za uveljavitev učinkovitega ukrepanja.

#### Ukrepi v zdravstvu

Zgodnje odkrivanje in svetovanje o tveganem in škodljivem pitju alkohola v primarnem zdravstvenem varstvu, zdravljenje in rehabilitacija zasvojenih z alkoholom, skupine za samopomoč, pogovorne in psihološke terapije.

#### Ukrepi v lokalni skupnosti in na delovnem mestu

Aktivnosti v lokalni skupnosti, delovnih organizacijah in sistemu izobraževanja, sprejemanje akcijskih načrtov na ravni lokalne skupnosti.

#### Ukrepi na področju vožnje pod vplivom alkohola

Omejevanje najvišjih dovoljenih vsebnosti alkohola v krvi, naključno preverjanje vsebnosti alkohola v izdihanem zraku, odvzem vozniškega dovoljenja in postopno pridobivanje vozniškega dovoljenja, obvezna izobraževanja, svetovanja, in če je treba, programi zdravljenja.

#### Cene alkohola

Zviševanje davkov in cen alkoholnih pijač, dodatna obdavčitev mešanih alkoholnih pijač in pijač, namenjenih mladim, določitev minimalne cene alkoholnih pijač.

#### Dostopnost alkohola

Določena spodnja starostna meja za pitje alkohola, državni monopol nad prodajo alkohola, prepoved prodaje, določena spodnja starostna meja za prodajo alkoholnih pijač, omejevanje gostote prodajnih mest, omejen čas prodaje, omejevanje prodaje alkohola določenim posameznikom (npr. opitim in mladoletnim), različna dostopnost alkoholnih pijač glede na stopnjo vsebnosti alkohola.

#### Tržno komuniciranje alkoholnih pijač

Omejitve oz. prepovedi oglaševanje oz. tržnega komuniciranja in sponzoriranja s strani alkoholne industrije, vzpostavitev spremljanja in nadzora.

#### Preprečevanje javnozdravstvenih posledic neformalne pridelave ter nedovoljene ponudbe in prodaje alkohola

Spremljanje in sledenje izdelkov z informatizacijo zbiranja in obdelave podatkov, uvedba davčnih nalepk, spremljanje neregistrirane porabe, nadzor nad kakovostjo alkoholnih pijač, informiranje in opozarjanje prebivalstva o škodljivih učinkih nenadzorovanih alkoholnih pijač.

#### Preprečevanje negativnih posledic pitja in zastrupitve z alkoholom

Povečevanje odgovornosti strežnega osebja, izobraževanje zaposlenih v gostinstvu za obvladovanje negativnih posledic pitja alkohola, aktivno izvajanje zakonodajnih omejitev, licenc.

#### Spremljanje in nadzor

Spremljanje registrirane in neregistrirane porabe alkohola, vzorcev tveganega in škodljivega pitja in izgubljenih let življenja, ki jih pripišemo rabi alkohola, rabe alkohola med otroki in mladostniki, škode, ki nastane zaradi rabe alkohola v nosečnosti, z alkoholom povezanih nezgod in smrti v prometu, pojavnosti z alkoholom povezanih bolezni, spremljanje dostopnosti in cenovne dostopnosti alkohola, ekonomskega bremena alkohola (zdravstvena škoda, kriminal, prometne nezgode). Pomembno je zagotavljanje nadzora nad sprejetimi ukrepi s pomočjo nadzornih organov.

## 5 cenovno najbolj učinkovitih ukrepov alkoholne politike

V letu 2018 je Svetovna zdravstvena organizacija v sodelovanju z mednarodnimi partnerji objavila iniciativo SAFER: zmanjševanje z alkoholom povezane škode v svetu, ki priporoča ukrepe na petih cenovno najučinkovitejših področjih za zmanjševanje z alkoholom povezane škode (4).

### 1. Zmanjševanje (fizične) dostopnosti alkohola

Uvajanje sistema licenciranja za nadzor proizvodnje, prodaje, dostave in strežbe oz. ponudbe alkoholnih pijač; reguliranje števila, gostote in lokacij prodajnih mest, ur in dni, ko je dovoljeno prodajanje alkoholnih pijač; uvedba najnižje starosti za nakup in pitje alkoholnih pijač; omejevanje pitja alkohola na javnih mestih.

### 2. Ukrepi na področju vožnje pod vplivom alkohola

Poleg omejevanja dovoljenih vsebnosti in naključnih preverjanj alkohola, priporočajo še odvzem vozniškega dovoljenja in uvedbo alkoholnih ključavnic, drugi dopolnilni ukrepi pa vključujejo še obvezno usposabljanje voznikov, zagotavljanje nadomestnih prevozov, zdravstveno svetovanje in po potrebi napotitev na zdravljenje in skrbno načrtovane, intenzivne in dobro izvedene medijske kampanje.

### 3. Presejalni programi, kratki ukrepi in zdravljenje

Povečati zmogljivosti zdravstvenega in socialnega sektorja pri odkrivanju, kratkih ukrepih, preprečevanju pitja alkohola in zdravljenju, vključno z zagotavljanjem podpore prizadetim družinam in pod-

pore za medsebojno pomoč in samopomoč; posebno pozornost je potrebno nameniti nosečnicam in ženskam v rodni dobi in komorbidnim stanjem (uporaba drog, depresija, samomori, HIV/AIDS, tuberkuloza). Večjo dostopnost storitev je treba zagotoviti za skupine z nizkim socialno-ekonomskim položajem.

#### 4. Omejitve in prepovedi oglaševanja, sponzoriranja in promocije

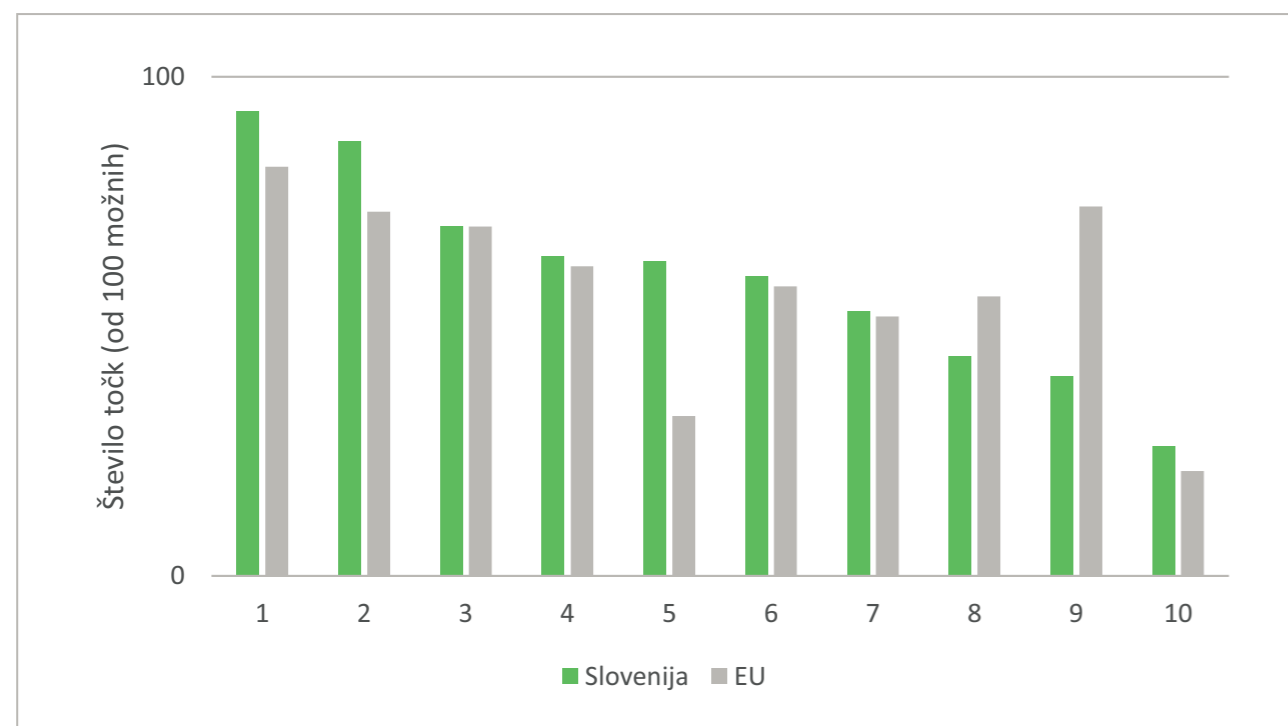
Uvedba zakonskih prepovedi ali omejitev oglaševanja in tržnega komuniciranja, še posebno tistega, ki je namenjeno mladoletnim. Razvoj učinkovitih sistemov nadzora nad kršitvami.

#### 5. Davčni in cenovni ukrepi

Zviševanje trošarin in prilagajanje cen ravni inflacije in prihodkov, prepoved promocijskih cen in drugih popustov in ugodnosti v povezavi z nakupom alkoholnih pijač, uvedba minimalnih cen za enoto alkohola in cenovnih spodbud za brezalkoholne pijače; zmanjševanje ali ustavitev subvencioniranja gospodarskih subjektov na področju alkohola.

### Mednarodni okvir

Evropska komisija in Urad SZO za Evropo sta v letu 2018 objavila rezultate skupne raziskave o alkoholu in zdravju, ki vključuje podatke o ukrepanju na omenjenih desetih področjih alkoholne politike za 30 evropskih držav, med njimi tudi Slovenijo. Mednarodne primerjave po posameznih področjih ukrepanja pa kažejo, da smo v Sloveniji v zadnjih letih največ naredili na področjih preprečevanja vožnje pod vplivom alkohola, vodenja in ozaveščanja, spremljanja alkoholne problematike, omejevanja dostopnosti alkohola, preprečevanja negativnih posledic pitja in zastrupitev z alkoholom ter obravnave tveganega in škodljivega pitja in zasvojenosti v zdravstvu. Manj uspešni smo bili na področjih omejevanja tržnega komuniciranja alkohola, preprečevanja posledic neformalne pridelave in nedovoljene ponudbe oziroma prodaje alkohola pa tudi zmanjševanja cenovne dostopnosti alkohola, kjer so se najslabše odrezale tudi druge države (5).



Slika 1. Primerjava Slovenije s povprečjem 30 evropskih držav (28 držav članic Evropske unije ter Švica in Norveška) glede na skupno število točk (0 do 100), ki nam pove, v kolikšni meri so določene države sprejele posamezne ukrepe alkoholne politike, ki so združeni v 10 področij ukrepanja celovite alkoholne politike (5).

Deset področij ukrepanja: 1 – Preprečevanje vožnje pod vplivom alkohola, 2 – Vodenje, ozaveščanje in zavezanost k ukrepanju, 3 – Spremljanje alkoholne problematike, 4 – Omejevanje dostopnosti alkohola, 5 – Preprečevanje negativnih posledic pitja in zastrupitve z alkoholom, 6 – Obravnava tveganega in škodljivega pitja alkohola ter zasvojenosti v zdravstvu, 7 – Pristopi v lokalni skupnosti in na delovnem mestu, 8 – Omejevanje oglaševanja in tržnega komuniciranja alkoholnih pijač, 9 – Preprečevanje posledic neformalne pridelave ter nedovoljene ponudbe in prodaje alkohola, 10 – Ukrepi na področju cenovne dostopnosti alkohola.

Ruska federacija je primer države z eno najuspešnejših sprememb alkoholne politike v zadnjih letih, ki je bistveno vplivala na zmanjšanje porabe alkoholnih pijač in posledično škode zaradi alkohola. Zvišala je trošarine in cene alkoholnih pijač, uvedla minimalne cene za določene alkoholne pijače, zmanjšala dostopnost alkohola in povečala minimalno zakonsko starost za pitje alkohola. V letu 2006 so uvedli enotni državni avtomatski informacijski sistem (EGAIS), v okviru katerega spremljajo prav vsako steklenico alkoholne pijače od proizvodnega obrata do blagajne in ki zagotavlja pobiranje davkov in nadzor nad trgom z alkoholnimi pijačami. Vsi ti ukrepi so privedli do 43-odstotnega znižanja registrirane porabe alkohola na prebivalca v zadnjih 15 letih (6).

Med državami članicami EU so velik napredek na tem področju naredile Škotska, Irska, Islandija, Litva in Francija.

Ključni dosežek na področju cenovne dostopnosti alkohola je uvedba minimalne cene na enoto alkohola, kar je kot prva na svetu leta 2018 uvedla Škotska. Postavili so ceno najmanj 0,5 funta za enoto alkohola (8 g oz. 10 ml čistega alkohola). Minimalna cena velja tako v trgovinah kot barjih in restavracijah. Že v prvem letu po njeni uvedbi se je število smrti, povezanih z alkoholom, znižalo za 10 % (6, 7).

Tudi Irska je v 2018 sprejela nove ukrepe na področju alkohola (Public Health (Alcohol) Act, 2018), ki vključujejo uvedbo minimalne cene na enoto alkohola (minimalna cena na gram alkohola je 0,1 EUR), označevanje sestavin in energijske vrednosti alkoholnih pijač na embalaži alkoholnih pijač, vključno z zdravstvenimi opozorili in omejitve oglaševanja ter določene omejitve sponzoriranja (8).

Islandija izvaja program *Islandija brez drog*, katerega cilj je spreminjanje vedenja mladih v povezavi z alkoholom in spreminjanje življenjskega okolja otrok, da bi bili manj izpostavljeni drogam. Gre za celovit pristop, v katerega so vključeni država, lokalne skupnosti, šole in mladinski centri, starši in mladi sami. Eden od ukrepov, ki vključuje tudi sodelovanje staršev, so omejitve ur, do katerih lahko mladostniki ostajajo zunaj svojega doma. Mladostniki v starosti 13–16 let v času šole ne smejo biti zunaj po 22. uri, v času počitnic pa po 24. uri. Starši se povezujejo med sabo pri spoštovanju regulacij in so aktivno vključeni v izobraževanje svojih otrok. Predsednik Islandije je uvedel tudi preventivni dan, v okviru katerega spodbuja starše in otroke, da preživijo več časa skupaj. Aktivnosti se financirajo tudi s pomočjo 1 % od davkov na alkoholne pijače in 0,9 % od veleprodaje tobaka. Program je prispeval h krepitvi preventivnih dejavnikov in zmanjšanju dejavnikov tveganja. Znižal se je delež opitih v zadnjih 30 dneh. V obdobju 2007–2016 se je znižala poraba alkohola med študenti, starimi 16–20 let, z 62 na 38 %, delež tistih, ki se v tej starostni skupini še niso nikoli opili, pa je z 21 % v letu 2007 porasel na 46 % v letu 2016 (9).

Litva ima uveden sistem licenciranja za proizvodnjo in prodajo alkohola, prepoved doma izdelanih alkoholnih pijač ter prepoved prodaje opitim. Leta 2016 so uvedli tudi prepoved prodaje alkohola na bencinskih črpalkah in obvezna grafična sporočila na embalaži alkoholnih pijač o škodljivosti pitja alkohola med nosečnostjo. V 2017 so za 112 % povišali trošarino za pivo, za 92–111 % za vino in za 23 % za žgane pijače. S tem so prispevali k višanju cen alkoholnih pijač. Leta 2018 so starost za nakup oz. pitje alkoholnih pijač povišali z 18 na 20 let in uvedli prepoved oglaševanja. Uvedli so tudi prepoved prodaje alkoholnih pijač v trgovinah od ponedeljka do sobote do 10. ure in po 20. uri, ob nedeljah pa po 15. uri (10).

Francija ima uvedeno prepoved oglaševanja in sponzoriranja alkoholnih pijač, uvedli pa so tudi zdra-

vstvena opozorila na embalaži alkoholnih pijač (5). Francija je bila leta 2011 tudi prva vinorodna država, ki je uvedla 3,55 EUR trošarine na hektoliter mirnega vina in 8,78 EUR trošarine na hektoliter penečega vina. Do leta 2021 je Francija omenjeno trošarino še nekoliko povečala in sedaj znaša 3,91 EUR na hektoliter mirnega vina in 9,68 EUR na hektoliter penečega vina (11).

## Alkoholna politika v sloveniji

Po letu 2000 nam je v Sloveniji uspelo narediti nekaj pomembnih korakov v smeri učinkovite alkoholne politike. Sprejetih je bilo kar nekaj naprednih in učinkovitih ukrepov za zmanjševanje pitja alkohola (1).

Leta 2003 sprejeti Zakon o omejevanju porabe alkohola (Uradni list RS, št. 15/03 in 27/17 (v nadaljevanju ZOPA) je v Sloveniji pomembno prispeval k omejevanju dostopnosti do alkoholnih pijač, še posebej za mlade (12). Pomanjkljivost takrat sprejete ureditve je bilo predvsem urejanje oglaševanja in cenovne dostopnosti alkoholnih pijač. Na politični ravni je bilo odločeno, da se oglaševanje uredi z drugim zakonom, in sicer z Zakonom o zdravstveni ustreznosti živil in izdelkov ter snovi, ki prihajajo v stik z živili (Uradni list RS, št. 52/00, 42/02 in 47/04 – ZdZPZ). Ta je le delno omejil oglaševanje alkoholnih pijač. Popolna prepoved oglaševanja velja zgolj za alkoholne pijače z več kot 15 volumenskimi % alkohola, druge alkoholne pijače pa se pod določenimi pogoji lahko oglašujejo (13).

ZOPA (12) razen glede zahteve, da morajo imeti prodajalci alkoholnih pijač v prodaji vsaj dve različni vrsti brezalkoholnih pijač, ki sta cenovno enaki ali ugodnejši od najcenejše alkoholne pijače, na cenovno dostopnost alkohola nima vpliva. To se ureja v Zakonu o trošarinah (Uradni list RS, št. 47/16 in 92/21), ki se sprejema pod okriljem Ministrstva za finance (14). Ob delni omejitvi na področju dostopnosti (npr. prepoved prodaje in ponudbe mladoletnim in opitim, prepoved prodaje iz avtomatskih samopostrežnih naprav, prepoved prodaje v trgovinah med 21. in 7. uro, prepoved prodaje žganih pijač do 10. ure, prepoved prodaje in ponudbe v okviru vzgojne, izobraževalne in zdravstvene dejavnosti, med športnimi prireditvami in na delovnem mestu) (12) še nismo zagotovili vseh najučinkovitejših ukrepov za zmanjševanje cenovne dostopnosti in omejevanja oglaševanja alkoholnih pijač.

V letu 2015 je Zakon o avdiovizualnih medijskih storitvah (Uradni list RS, št. 87/11 in 84/15) prepovedal televizijsko prodajo alkoholnih pijač (15).

Zakonodaja na področju prometne varnosti v Sloveniji ne vključuje le restriktivnih ukrepov za preprečevanje vožnje pod vplivom alkohola, temveč tudi zdravstvene/preventivne. Uvedli smo zdravstveni pregled s svetovanjem, ki se ga lahko udeležijo vozniki motornih vozil, ki so vozili pod vplivom alkohola (od 0,5 do 0,8 g alkohola na kg krvi), in vozniki posebnih skupin (vozniki začetniki, poklicni vozniki itd.; do 0,5 g/kg alkohola). Zdravstveni pregled opravi izbrani osebni zdravnik, ki oceni tveganost in škodljivost pitja in svetuje glede spremembe. S potrdilom o opravljenem svetovanju se vozniku izbrišejo 4 kazenske točke, a le enkrat v dveh letih. Uvedli smo tudi obvezno udeležbo v enem od treh rehabilitacijskih programov, ki se ga mora udeležiti oseba, ki ji je izrečeno prenehanje veljavnosti vozniškega dovoljenja in je prejel kazenske točke zaradi vožnje pod vplivom alkohola. V program jo, v primeru odložitve izvršitve prenehanja veljavnosti vozniškega dovoljenja, napoti sodišče po opravljenem kontrolnem zdravstvenem pregledu. Sodišče pri določitvi ustreznega rehabilitacijskega programa izbira med tremi: krajšimi edukacijskimi delavnicami, daljšimi psihosocialnimi delavnicami in programi zdravljenja odvisnosti (16). Več o rehabilitacijskih programih je zapisano v poglavju 7.

Problem alkohola smo v Sloveniji naslovili tudi v okviru Resolucije o nacionalnem programu varnosti cestnega prometa za obdobje 2013–2022 (Uradni list RS, št. 39/13) (17). Različni organi in organizacije poskušamo odpraviti najpogostejše vzroke prometnih nesreč, kot so vožnja pod vplivom alkohola, neprilagojena hitrost, neuporaba varnostnega pasu in podobno.

Ministrstvo za zdravje vsako leto vodi obsežno kampanjo Slovenija piha 00, s katero ozavešča splošno javnost, voznike in še posebno mlade voznike o posledicah rabe alkohola in nesprejemljivosti vožnje pod vplivom alkohola (18).

V letu 2011 je Zakon o varnosti in zdravju pri delu (Uradni list RS, št. 43/11) uvedel prepoved prisotnosti na delovnem mestu pod vplivom alkohola (19).

K boljšemu povezovanju vseh ključnih akterjev so pripomogla tudi vlaganja države v spletni portal MOSA – Mobilizacija skupnosti za odgovornejši odnos do alkohola (20). MOSA je spletno srečevališče, ki na pregleden, dinamičen, jasen in vsem dostopen način informira o alkoholni problematiki ter spodbuja različne akterje, ki so neposredno ali posredno vpeti v oblikovanje programov in/ali politik za reševanje alkoholne problematike, k povezovanju in sodelovanju (20).

Izvajamo tudi redna strokovna srečanja na nacionalni in lokalni ravni in povečanje vlaganj v programe varovanja in krepitve zdravja, ki jih izvajajo nevladne organizacije v sodelovanju s stroko (1).

Ministrstvo za zdravje sofinancira različne aktivnosti in programe, ki jih izvajajo nevladne organizacije s ciljem preprečevanja tvegane in škodljive rabe alkohola (21, 22). Aktivnosti in programi so namenjeni različnim skupinam prebivalstva, s poudarkom na ranljivih skupinah. Z vključevanjem vrstniškega in drugih pristopov se še posebej osredotočajo na mlade. Programi vključujejo aktivnosti promocije zdravega življenjskega sloga, ozaveščanja o posledicah pitja alkohola, preprečevanja vožnje pod vplivom alkohola, pomoči osebam, ki škodljivo pijejo, in njihovim družinam, zagovorništva ter spremljanja izvajanja področne zakonodaje (npr. skrito nakupovanje)<sup>10</sup>. Od leta 2017 je Ministrstvo za zdravje znatno povečalo finančna sredstva za ta namen in s tem prispevalo k razvoju na tem področju.

V okviru Operativnega programa za izvajanje evropske kohezijske politike je Ministrstvu za zdravje uspelo zagotoviti okrog 6 milijonov EUR evropskih sredstev za projekt SOPA Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola ([www.sopa.si](http://www.sopa.si)) (23, 24, 25). S projektom SOPA, ki nam ga je od leta 2022 dalje uspelo umestiti na sistemsko raven, smo v Sloveniji prvič povezali zdravstvene in socialne institucije ter nevladne organizacije v mrežo, ki naslavlja problematiko alkohola tako na individualni ravni kot na ravni skupnosti. Program, ki ga vodi Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), ozavešča in usposablja stroko, politične odločevalce, predstavnike nevladnih organizacij, ki naslavlajo skupine ljudi z različnimi ranljivostmi, predstavnike medijev ter članov skupnosti o škodljivosti pitja alkohola ter virih in načinih podpore pri opuščanju čezmernega pitja alkohola odraslih oseb. SOPA vključuje medsektorsko interdisciplinarno povezovanje. Ključno povezovanje med zdravstvenim in socialnim sektorjem predstavlja sodelovanje zdravstvenih delavcev v zdravstvenih domovih, klinikah in socialnovarstvenih delavcev na centrih za socialno delo ter strokovnjakov na zavodih za zaposlovanje in v nevladnih organizacijah, ki naslavlajo skupine s posebnimi ranljivostmi. Pristop SOPA se je testno izvajal v 18 lokalnih okoljih, kjer so izbrani zdravstveni in socialni delavci ter predstavniki nevladnih organizacij in zavoda za zaposlovanje v medsebojnem sodelovanju izvajali aktivnosti t. i. kratkega ukrepa podpore ljudem, ki želijo opustiti tvegano in škodljivo pitje alkohola. V okviru projektnih aktivnosti je bilo do sedaj za nudenje podpore posameznikom in skupinam pri opuščanju čezmernega pitja alkohola usposobljenih skoraj 600 strokovnjakov, nagovorjenih več kot 50.000 članov skupnosti, več kot 4.000 jih je bilo vključenih v proces opuščanja čezmernega pitja alkohola, od katerih je skoraj 1.000 čezmerno pijte alkohola tudi uspešno opustilo. Ob tem je bilo vzpostavljenih 8 regijskih in 18 lokalnih interdisciplinarnih skupin akterjev SOPA, 15 predstavnikov medijev je bilo usposobljenih za javnozdravstveno ustrezno pisanje o alkoholu v medijih, izvedenih je bilo več medijskih kampanj po vsej Sloveniji ter vsako leto obeležen t. i. dan brez alkohola (24, 25).

<sup>10</sup> Gre za ukrep, ki ga omogoča 15. člen ZOPA, in sicer da pristojni inšpektor lahko pri opravljanju nadzora nad prepovedjo prodaje in ponudbe alkoholnih pijač mladoletnim, sodeluje z osebo, mlajšo od 18 let. Za sodelovanje mladoletne osebe pa je treba pridobiti predhodno pisno soglasje njenih staršev oziroma skrbnikov.

Preglednica 1: Izbrani učinkoviti ukrepi alkoholne politike (stolpec levo), ki so v Sloveniji sprejeti delno ali v celoti (stolpec desno)

Preprečevanje vožnje pod vplivom alkohola	
Postopno znižanje dovoljene vsebnosti alkohola v krvi za voznike do 0,0 g/l	DELNO – Najvišja dovoljena raven alkohola v krvi je 0,50 grama alkohola na kilogram krvi (ZPrCP). Nacionalni program varnosti cestnega prometa 2013–2022 poleg naključnega preverjanja vsebnosti alkohola v izdihanem zraku vključuje tudi aktivnosti ozaveščanja in preprečevanja vožnje pod vplivom alkohola.
0,0 g/l alkohola v krvi za mlade voznike, voznike javnega prevoza in voznike težkih tovornih vozil	DA (ZPrCP)
Naključno preverjanje vsebnosti alkohola v izdihanem zraku	DA – Vozniki imajo lahko največ do vključno 0,24 miligramov alkohola v litru izdihanega zraka pod pogojem, da tudi pri nižji koncentraciji alkohola ne kažejo znakov motenj v vedenju, katerih posledica je lahko nezanesljivo ravnanje v cestnem prometu. Poklicni vozniki, vozniki javnega prevoza, učitelji vožnje, vozniki začetniki, vozniki, ki prevažajo otroke, in nekateri drugi vozniki ne smejo imeti alkohola v organizmu (ZPrCP).
Postopno pridobivanje vozniškega dovoljenja	DA – Ob izgubi vozniškega dovoljenja zaradi vožnje pod vplivom alkohola je obvezna udeležba v rehabilitacijskih programih pred vnovičnim opravljanjem vozniškega izpita (ZVoz).
Omejevanje dostopnosti alkohola	
Določena spodnja starostna meja za prodajo in nakup alkoholnih pijač	DA – Prepovedana je prodaja in ponudba alkoholnih pijač mlajšim od 18 let (ZOPA).
Omejitev prodaje po urah in dnevih	DA – Prepovedana je prodaja alkoholnih pijač med 21. uro in 7. uro naslednjega dne v trgovinah; prepovedana je prodaja žganih pijač v gostinskih obratih od začetka dnevnega obratovalnega časa do 10. ure dopoldan (ZOPA). Prepovedana je televizijska prodaja alkohola (ZAvMS).
Prepoved dela pod vplivom alkohola	DA (ZVZD)
Zmanjšanje cenovne dostopnosti alkohola	
Obdavčitev – zvišanje minimalnih davčnih stopenj v skladu z inflacijo za vse alkoholne pijače, določitev minimalne cene alkohola, prepoved akcijskih in promocijskih cen	DELNO – Uvedeno imamo trošarino na pivo, vmesne pijače in etilni alkohol. Za vino in fermentirane pijače trošarina ni uvedena oz. znaša 0 EUR (ZTro-1). Trošarine se ne usklajujejo z inflacijo.

### Obnavljanje oseb s tveganim in škodljivim pitjem ter zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj zaradi pitja alkohola

Kratki ukrepi za osebe, ki tvegajo ali škodljivo pijejo, v primarnem zdravstvu in drugih okoljih	DELNO – Ukrepi se izvajajo v okviru Zakona o voznikih in v okviru Nacionalnega programa primarne preprečitve srčno-žilnih bolezni. Vsi zdravniki splošne/družinske medicine tveganega in škodljivega pitja alkohola ne odkrivajo, čeprav obstajajo klinične smernice za zgodnje odkrivanje in kratke ukrepe. Aktivnosti se krepijo preko projekta SOPA – Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola.
Zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj ter drugih bolezni zaradi pitja alkohola	DA – Stroške zdravljenja krije zdravstveno zavarovanje.

### Zmanjševanje škode v pivskem okolju

Povečevanje odgovornosti strežnega osebja	DELNO – Z globo se kaznujejo pravna oseba, odgovorna oseba pravne osebe, samostojni podjetnik, odgovorna oseba samostojnega podjetnika posameznika, ki samostojno opravlja dejavnost in odgovorna oseba posameznika, ki samostojno opravlja dejavnost, če streže osebi, ki kaže znake opitosti, ter kdor omogoči osebi, mlajši od 18 let, pitje alkoholne pijače na javnem mestu (ZOPA).
Izobraževanje strežnega osebja in menedžmenta za odgovorno strežbo ter zagotavljanje varnih okolij	DELNO – Razvite imamo posamezne programe, zakonsko področje ni urejeno.

### Omejevanje tržnega komuniciranja alkoholnih pijač

Popolna prepoved oglaševanja alkoholnih pijač	DELNO – Prepovedano je oglaševanje alkoholnih pijač, ki vsebujejo več kot 15 vol. % alkohola. Alkoholne pijače z manj kot 15 vol. % alkohola je med drugim prepovedano oglaševati na radiu in televiziji med 7.00 in 21.30, v kinematografih pa pred 22.00 (ZZUZIS-A). Prepovedano je oglaševanje na panojih, tablah, plakatih ali svetlobnih napisih, ki so od vrtcev in šol oddaljeni manj kot 300 metrov (ZZUZIS-A). Oglaševalsko sporočilo mora vsebovati informacijo o škodljivosti pitja alkohola.
---	--

Legenda: ZOPA – Zakon o omejevanju porabe alkohola, ZVoz – Zakon o voznikih, ZTro-1 – Zakon o trošarinah, ZPrCP – Zakon o pravilih cestnega prometa, ZZUZIS-A – Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstveni ustreznosti živil in izdelkov ter snovi, ki prihajajo v stik z živili, ZAvMS – Zakon o avdiovizualnih medijskih storitvah, ZVZD – Zakon o varnosti in zdravju pri delu. Preglednica je povzeta po publikaciji Alkoholna politika v Sloveniji (1).

V Sloveniji se višina trošarin za posamezne alkoholne pijače ni spremenila od leta 2014, prav tako je ohranjena ničelna stopnja trošarine za vino (14). Ob tem trošarinska subjekta, mali proizvajalec piva in mali proizvajalec žganih pijač, za določeno količino proizvedenih alkoholnih pijač plačujeta 50 % nižjo trošarino (za pivo do 20.000 hektolitrov na leto, za žganje do 150 litrov s 100 vol. % alkohola na leto). Uvedli smo tudi dovoljeno količino vina (do 600 litrov na leto) in piva (do 500 litrov na leto) za lastno rabo, ki ne zahtevata prijave in plačevanja trošarin (14).

Problem predstavlja tudi neregistrirana poraba alkohola, ki je v državnih statistikah ne beležimo. Ta lahko predstavlja desetino do tretjino celotne porabe alkohola (1).

ZOPA je leta 2017 po mnogih letih na javnih športnih prireditvah dovolil prodajo alkoholnih pijač, ki vsebujejo manj kot 15 vol. % alkohola (dovoljene pijače so pivo, vino ipd.) (12). Snovalci alkoholne politike so temu nasprotovali in opozarjali, da šport in alkohol nista združljiva. Prodaja in ponudba alkohola na športnih prireditvah prispevata k večji dostopnosti in večjemu tržnemu komuniciranju alkohola. Posledično to pomeni višjo porabo alkohola in več škodljivih posledic (1).

Tržno komuniciranje alkohola spodbuja mladostnike, da posežejo po alkoholnih pijačah v zgodnejših letih in v večjih količinah. Naraščajoča uporaba digitalnih medijev je ustvarila nove priložnosti za tržno komuniciranje različnih izdelkov, tudi alkohola (1). Slovenija nima zakonodaje, ki bi ustrezno omejila digitalno tržno komuniciranje alkohola. Iz zakonodaje sledi, da je to le delno regulirano v obliki omejevanja oglaševanja na televiziji (13, 15). Druge oblike tržnega komuniciranja alkohola so manj regulirane, posebej izvzete pa so sodobne oblike digitalnega tržnega komuniciranja, ne le alkoholnih izdelkov, temveč tudi kulture opijanja med mladimi, ki jo širi industrija zabave. Še posebno problematične oblike so tiste, kjer je zakrito, da gre za tržno sporočilo. Tak primer so blogi in vlogi, računi spletnih družbenih omrežij (npr. Facebook, Instagram), kjer uporabniki računov sporočajo svojim sledilcem o blagovnih znamkah in ne razkrijejo, da so za ta sporočila plačani (1).

## Zaključki

Slovenija potrebuje celovito politiko na področju zmanjševanja z alkoholom povezane škode, s katero bi povezali vse ključne deležnike v skupnih prizadevanjih za zmanjševanje z alkoholom povezane zdravstvene, socialne in ekonomske škode, saj sodimo med najbolj z alkoholom obremenjene države.

Potrebujemo strategijo oz. akcijski načrt, ki bosta temeljila na dokazano učinkovitih ukrepih, spodbujala sodelovanje države, stroke in civilne družbe in za izvajanje katerih bodo zagotovljeni potrebna infrastruktura, kadrovski in finančni viri ter sistem upravljanja in spremljanja napredka.

V zadnjih letih smo bili uspešni na področju preprečevanja vožnje pod vplivom alkohola. Z uspešnim medresorskim sodelovanjem, ozaveščanjem in vključevanjem nevladnih organizacij smo prispevali k temu, da se je zmanjšalo število prometnih nesreč, ki jih pod vplivom alkohola povzročijo mladi vozniki.

S primerom dobre prakse projekta SOPA, ki nam ga je uspelo umestiti tudi na sistemsko raven, smo pri preprečevanju tvegane in škodljive rabe alkohola uspešno povezali zdravstveni in socialni sektor ter nevladne organizacije v mrežo, ki naslavlja problematiko alkohola tako na individualni ravni kot na ravni skupnosti.

Z zagotovitvijo dodatnih sredstev smo omogočili večjo profesionalizacijo nevladnega sektorja.

V veljavi so tudi ukrepi, ki prej prispevajo k povečevanju kot zmanjševanju porabe alkoholnih pijač. Po vzoru nadzora nad tobakom bi morali tudi za prodajo alkoholnih pijač uvesti dovoljenja za prodajo, s katerimi bi lahko regulirali število prodajnih mest in bi jih kršiteljem, predvsem v primeru prodaje mladoletnim ali opitim, lahko tudi odvzeli.

Gre za področje, kjer smo, podobno kot pri tobaku, priča močnim lobijem, ne samo pri nas, ampak tudi sicer v EU in širše. Tržno komuniciranje, še posebno digitalno, čezmejna prodaja, pa tudi cenovni ukrepi so področja, ki zahtevajo mednarodni dogovor.

## Literatura

1. Roškar M et al. Alkoholna politika v Sloveniji: Priložnosti za zmanjševanje škode in stroškov ter neenakosti med prebivalci, 3. izdaja, 1. ponatis, Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2019.
2. World Health Organization. Global Strategy to reduce the harmful use of alcohol, Geneva: World Health Organization, 2010.
3. Zorko M, Hočevar T, Tančič Grum A, Kerstin Petrič V, Radoš Krnel S, Lovrečič M, Lovrečič B. Alkohol v Sloveniji. Trendi v načinu pitja, zdravstvene posledice škodljivega pitja, mnenja akterjev in predlogi ukrepov za učinkovitejšo alkoholno politiko. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014.
4. World Health Organization: The SAFER initiative, A world free from alcohol related harm. Pridobljeno 20. 12. 2021 s spletne strani: <https://www.who.int/initiatives/SAFER>.
5. World Health Organization, Alcohol consumption, harm and policy response fact sheets for 30 European countries, WHO Regional Office for Europe, 2018. Pridobljeno 20. 12. 2021 s spletne strani: [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/393107/achp-fs-eng.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/393107/achp-fs-eng.pdf).
6. World Health Organization, Regional Office for Europe: Reducing harm due to alcohol: success stories from 3 countries. Pridobljeno 20. 12. 2021 s spletne strani: <https://www.euro.who.int/en/countries/lithuania/news/news/2021/4/reducing-harm-due-to-alcohol-success-stories-from-3-countries>
7. Minimum unit pricing for alcohol in Scotland, Overview. Pridobljeno 20. 12. 2021 s spletne strani: <https://www.mygov.scot/minimum-unit-pricing>
8. Number 24 of 2018 Public Health (Alcohol) Act 2018. Pridobljeno 20. 12. 2021 s spletne strani: <https://data.oireachtas.ie/ie/oireachtas/act/2018/24/eng/enacted/a2418.pdf>
9. Rafn M. Jonsson: Prevention in Iceland – Success and Development, 20 March 2018. Pridobljeno 20. 12. 2021 s spletne strani: [https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/alcohol/docs/ev\\_20180320\\_co08\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/alcohol/docs/ev_20180320_co08_en.pdf)
10. dr. Audrone Astrauskiene, Ministry of Health of the Republic of Lithuania: Alcohol Control Policy in Lithuania. Pridobljeno 20. 12. 2021 s spletne strani: [https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/alcohol/docs/ev\\_20171107\\_co11b\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/alcohol/docs/ev_20171107_co11b_en.pdf)
11. European Commission, Excise Duty Tables, Part I- Alcoholic Beverages, European Commission, 2021. Pridobljeno 20. 12. 2021 s spletne strani: [https://ec.europa.eu/taxation\\_customs/system/files/2021-09/excise\\_duties-part\\_i\\_alcohol\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/taxation_customs/system/files/2021-09/excise_duties-part_i_alcohol_en.pdf)
12. Zakon o omejevanju porabe alkohola (Uradni list RS, št. 15/03 in 27/17). Pridobljeno 20. 12. 2021 s spletne strani: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO3130>
13. Zakon o zdravstveni ustreznosti živil in izdelkov ter snovi, ki prihajajo v stik z živili (Uradni list RS, št. 52/00, 42/02 in 47/04 – ZdZPZ). Pridobljeno 20. 12. 2021 s spletne strani: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO1381>
14. Zakon o trošarinah (Uradni list RS, št. 47/16 in 92/2). Pridobljeno 20. 12. 2021 s spletne strani: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO7128>
15. Zakon o avdiovizualnih medijskih storitvah (Uradni list RS, št. 87/11 in 84/15). Pridobljeno 20. 12. 2021 s spletne strani: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO6225>
16. Zakon o voznikih (Uradni list RS, št. 85/16, 67/17, 21/18 – ZNOrg, 43/19 in 139/20). Pridobljeno 20. 12. 2021 s spletne strani: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO7164>
17. Resolucija o nacionalnem programu varnosti cestnega prometa za obdobje od 2013 do 2022 (Uradni list RS, št. 39/13). Pridobljeno 20. 12. 2021 s spletne strani: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=RESO92>
18. Spletna stran Ministrstva za zdravje: področje alkohol. Pridobljeno 20. 12. 2021 s spletne strani: <https://www.gov.si/teme/alkohol/>
19. Zakon o varnosti in zdravju pri delu (Uradni list RS, št. 43/11). Pridobljeno 20. 12. 2021 s spletne strani: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO5537>
20. MOSA. Mobilizacija skupnosti za odgovornejši odnos do alkohola. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno 20. 12. 2021 s spletne strani: <http://www.infomosa.si/>
21. Ministrstvo za zdravje: Programi za krepitev zdravja. Pridobljeno 20. 12. 2021 s spletne strani: <https://www.gov.si/teme/programi-za-krepitev-zdravja/>
22. Javni razpis za sofinanciranje programov na področju varovanja in krepitev zdravja do leta 2022 (Uradni list RS, št. 43/19 in 44/19): Obvestilo o upravičenih sredstvih. Pridobljeno 20. 12. 2021 s spletne strani: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Preventiva-in-skrb-za-zdravje/Programi-za-krepitev-zdravja/OBVESTILO-O-UPRAVICENIH-SREDSTEV-JR-VAROVANJE-IN-KREPITEV-ZDRAVJA-do-2022.pdf>
23. SOPA. Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola [spletna stran]. Pridobljeno 20. 12. 2021 s spletne strani: <http://www.sopa.si/>
24. Hočevar T, Henigsman K, Štruc A, Založnik P. Utemeljitev pristopa SOPA – Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola Interdisciplinarni pristop zamejevanja tveganega in škodljivega pitja alkohola med odraslimi prebivalci Slovenije. Ljubljana: NIJZ, 2021 (v pripravi).
25. Hočevar T, Henigsman K, Štruc A. SOPA – Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2018





SKLOP 2

# PODPORA UPORABNIKU V ČASU SPREMINJANJA VEDENJA

2.1. MOTIVACIJSKI INTERVJU

Darja Boben Bardutzky

2.2. POGOVOR O PITJU ALKOHOLA

Marko Kolšek, Tadeja Hočevar

## 2.1. MOTIVACIJSKI INTERVJU

Darja Boben Bardutzky

### Uvod

Koncept motivacijskega intervjuja (MI) izvira iz izkušenj dela z ljudmi, ki so pili na problematičen način. 1983. leta ga je prvi opisal Willam Miller v reviji o vedenjski psihoterapiji, izhajajoč iz Rogersove na klienta usmerjene psihoterapije. Leta 1991 se mu je pridružil Stephen Rollnick in oblikovala sta natančnejši opis kliničnih postopkov MI. V nadaljevanju prikazujemo ključne vidike MI (1–8).

Glede na veliko aplikativnost MI na številnih področjih, ne le v zdravstvu, je lahko tisti, ki je v vlogi svetovalca, različnih poklicev (zdravnik, medicinska sestra, socialna delavka, učitelj, mentor ipd.) in zato so tudi v prispevku za svetovanja uporabljena različna imena (uporabnik, klient, pacient).

Avtorja sta MI najprej definirala kot direktiven, to je na posameznika osredotočen svetovalni stil, katerega namen je vzpodbuditi spremembo vedenja, tako da pomaga klientu raziskati in razrešiti njegovo ambivalentnost. Pozneje sta dejala, da gre za klinično svetovalno veščino, ki omogoči ljudem, da se zavedo svojih lastnih, zdravih motivov, potrebnih za odločitev o spremembi vedenja.

MI temelji na predpostavki, da odgovornost in sposobnost za spremembe obstajata v klientu samem. Svetovalčeva naloga je ustvariti okoliščine, ki bodo sprožile klientovo lastno motiviranost in pristanek za spremembe. MI želi spodbujati motivacijo za spremembe, ki bo vodila klienta k odločitvi in vztrajanju v naporih za spremembo vedenja.

Posebej sta poudarila, da so bistvena temeljna izhodišča (spirit) in načela MI, ki so podlaga vsem veščinam in tehnikam. Motive za spremembe izvabimo iz pacientovih lastnih notranjih potreb, vrednot in ciljev, zato je on tisti, ki govori o razlogih za spremembo.

Direktivnemu prepričevanju, siljenju in drugim tihim načinom zunanega nadzora se izognemo.

Terapevtski odnos ima značaj partnerstva in klientova svoboda izbiranja je poudarjena.

Do pogovora o spremembi vedenja pride vedno takrat, ko terapevt ali pacient (v okviru svetovanja) ugotovita, da je to pacientovo početje pomembno za njegovo zdravje. Morda gre za redno jemanje predpisanih zdravil, umivanje zob, drugačno dieta, rekreacijo ... ali prenehanje škodljivih vedenj, kot so kajenje, opijanje, drogiranje, pretirano delo, hitra prehrana ... ali vedenje na širšem zdravstvenem področju: povijanje nog, pitje tekočine, uporaba kondoma, uporaba slušnega aparata ipd. Kadar je pacient videti nemotiviran za spremembe ali upoštevanje nasvetov zdravstvenega osebja, hitro predvidevamo, da je nekaj narobe s pacientom in da se tukaj ne da nič narediti. Te predpostavke so običajno napačne, kajti nihče ni popolnoma nemotiviran! Res je prav nasprotno – in to je tudi izhodišče MI. Motivacija za spremembe je dejansko nekaj, na kar se da vplivati in je odvisna predvsem od odnosa terapevt–pacient. **Način, na katerega se pogovarjamo s pacienti o njihovem zdravju, lahko bistveno vpliva na njihovo osebno motiviranost za vedenjske spremembe.** Nihče namreč ni popolnoma nemotiviran! Vsi imamo potrebe, želje, cilje, aspiracije. Terapevt dejansko lahko ima dolgoročen vpliv na pacientovo zdravje!

Pomen motivacije je izjemno velik – nasploh v življenju, pri poklicih pomoči pa še posebej, saj gre za korenite, včasih usodne spremembe v življenju nekega človeka. Lahko je enostavno reči, pacient ni motiviran, pa smo opravili. Ampak ali res ni nič v naši moči? Ali mi lahko motiviramo druge ali ne? Kako naj bi se torej odzvali, ko ugotovimo, da je to, kar pacient potrebuje – sprememba vedenja in načina življenja?

Že/tudi sami sebe lahko vprašamo: *Ali sem motiviran\_a za učenje novih stvari, za sodelovanje v učni*

*delavnici, za branje priročnika? Ali lahko kaj pripomore k moji večji ali manjši motiviranosti? Bi bilo poleg neke začetne radovednosti pomembno tudi to, da se bo v sproščenem vzdušju dogajalo nekaj, kar bo zame koristno, nekaj, kar bo v takšni obliki, ki jo bom razumel\_a, da bom sposoben\_a slediti in ne bom imel\_a občutka nesposobnosti? Bi me bolj pritegnilo tudi, če bi bil\_a osebno vključen\_a, če bi koga zanimalo, kaj jaz mislim, in sicer na način, ki me ne bi ogrožal, in seveda, če bi mi bila prepuščana izbira, koliko in kako sodelujem?*

*Ali lahko enako sklepam za paciente, uporabnike? Če so prišli k meni, so verjetno vsaj nekoliko ali za nekaj motivirani, še preden so me zagledali. Ta njihov motiv moram šele odkriti – sicer pa bodo zanje verjetno veljale iste stvari: občutek, da bo koristno, da bo razumljivo, da bodo lahko izbirali, da bodo sprejeti kot pomembni posamezniki.*

### 1. Pripravljenost za spremembe

Transteoretični model pripravljenosti na spremembe, ki sta ga opisala avtorja Prochaska in De Clemente (8), je bil od začetka pomemben del MI. V zadnjem času sta avtorja MI nekoliko preoblikovala stopnje, na katerih se nahajajo oziroma po katerih se razlikujejo pacienti glede na pripravljenost za spreminjanje (1).

Motivacija in stopnje spreminjanja – Miller in Rollnick (Prochaska in De Clemente):

1. Staus quo (prekontemplacija oz. odsotnost razmišljanja o problemu)
2. Ambivalentnost ali razdvojenost (kontemplacija oz. razmišljanje o problemu)
3. Zaveza/obljuba (odločitev za spremembo)
4. Začetek spreminjanja (aktivne spremembe)
5. Novo stanje (vzdrževanje sprememb)

#### 1. Status quo ali neosveščenost o problemu

Na tej stopnji ljudje še ne razmišljajo o spremembah, probleme večinoma zanikajo. To je morda zato, ker še sploh niso nikoli kaj dosti razmišljali o svoji situaciji ali pa so že vse premislili in se odločili, da se ne bodo spremenili. Včasih se morda želijo spremeniti, a se ne počutijo sposobne uresničiti teh sprememb. Za ljudi na tej stopnji bo morda koristno, da pridobijo več informacij o lastni situaciji in sporočila o sprejemanju lastne odgovornosti bodisi za nadaljevanje dosedanjega načina življenja bodisi za spremembe.

#### 2. Razdvojenost ali razmišljanje o problemu.

Na tej stopnji ljudje razmišljajo o spremembah, a se še ne odločijo zanje. Vidijo svoje probleme in razmišljajo o možnostih in tveganjih, ki jih prinašajo spremembe dosedanjih vedenj. So negotovi glede tega, kaj naj storijo. Ugotavljajo dobre in ne tako dobre stvari v sedanjih situaciji in prav tako v morebitni spremembi. Na tej stopnji pravzaprav želijo oboje, spremembe in isto stanje, kar zna povzročati zmedenost in občutek pritiska med dvema možnostma. V pomoč jim bo nevtralna obravnava ambivalentnosti, občutek sprejetosti in razumevanja terapevta, povratno sporočilo o njihovem dejanskem stanju in pomoč pri osvetljevanju tega, kar želijo doseči.

Zavedati se moramo, da je razdvojenost (ambivalentnost) glede sprememb normalna, da spremembe običajno potekajo nelinearno, da pripravljenost ni nekaj statičnega, da ima lahko različne oblike in da je pozornost, usmerjena k pripravljenosti za spremembe, vitalnega pomena.

#### 3. Zaveza ali odločitev za spremembo je priprava.

Na tej stopnji načrtujejo spremembo vedenja. Dobijo občutek, da so razlogi za spremembe premagali razloge za ohranjanje stanja. Bolj ko se tehnica nagiba v smer sprememb, bolj so odločeni nekaj

narediti. Na tej stopnji ljudje premišlujejo, kako bi nekaj spremenili, načrtujejo, kako bi prekinili stara vedenja in začeli nova, bolj konstruktivna. Ob občutku sprejetosti potrebujejo vpogled v različne možnosti, ki jih imajo za doseg ciljev, konkretne nasvete in usmeritve.

#### 4. Začetek spreminjanja ali akcija.

Na tej stopnji dejansko začnejo spreminjati vedenje, poskušajo nove načine obnašanja. Pogosto povedo drugim, kaj se dogaja, in iščejo pri njih podporo. V pomoč jim je, če se naučijo samovrednotenja lastnega vedenja v luči doseganja dolgoročnih zadovoljstev s čim manj škode zase in za druge.

#### 5. Novo stanje ali vzdrževanje doseženega

Je stopnja trajnih sprememb, na kateri spreminjajo način življenja, da bi vzdrževali nova vedenja oziroma spremembe. Poleg usmerjanja v uravnoteženo zadovoljevanje psiholoških potreb jim pomagamo tudi prepoznavati nevarnosti recidiva, ki je lahko posledica različnih stanj in situacij.

Idealna pot je direktno iz ene stopnje v drugo, za mnoge pa ta proces vključuje več neuspehov, zdrsov, recidivov ali ponovitve v stanje pred začetkom spreminjanja. Dobro je, da ponovno vstopijo v ta motivacijski krog in preko 2. stopnje nadaljujejo s spremembami. Za strokovnjake oziroma terapevte je smiselno, da ocenijo, na kateri stopnji se posameznik nahaja, kajti nižje je, več motivacijskih strategij bo potrebnih za premik naprej. Višje je, koristnejši bodo poleg motivacijskih strategij še drugi pristopi.

## 2. Obravnava ambivalentnosti

Ljudje, ki razmišljajo o spremembi, so razdvojeni (ambivalentni). Bi se spremenili in se ne bi, danes bi se, jutri ne, mogoče bi se spremenili tako, mogoče drugače ... Pokažemo jim, da je njihova razdvojenost nekaj normalnega, sprejemljivega. Sporočamo jim, da se o njej lahko odkrito pogovarjajo.

Definicija ambivalentnosti po Websterjevem slovarju (5): *istočasna (in) nasprotujoča drža ali čustvo (kot privlačnost – odbojnost) do nekega objekta, osebe ali dejavnosti, neprestana fluktuacija (npr. z ene strani k njenemu nasprotju) in negotovost (npr. kateri pristop izbrati).*

Načini za razreševanje ambivalentnosti so: uporaba izvablajočih vprašanj in refleksij, iskanje in jačanje govornice spreminjanja, povzemanje in ozaveščanje kontrastov med vrednotami in vedenjem. Ambivalentnost osvetljuje klientove želje, upanja in strahove.

## 3. Zunanja in notranja motivacija

V praksi se še vedno pojavljata termina zunanja in notranja motivacija, pri čemer zunanja motivacija pomeni delovanje oziroma vplive okolja, notranja pa govori o notranjih motivih in potrebah. Uporaba teh terminov je odvisna od tega, katera teoretična struktura nam predstavlja temelj razumevanja motivacije. Če namreč sprejemamo pojem zunanja motivacija, potem posredno pristajamo na predpostavko, da je ljudi mogoče prisiliti, da bi počeli nekaj, česar ne želijo. V to pa teorije, ki govorijo o notranji motiviranosti človeka, ne verjamejo. Če bi res veljala zunanja prisila kot motivacija, bi bile stvari zelo enostavne – ljudi bi pač prisilili, da nehajo piti. A kot vemo, to nikjer ne uspeva, vsaj dolgoročno ne. Poleg tega porast oziroma splošno navdušenje nad motivacijskimi postopki kaže, da ni tako. Zakaj potem gre?

Ko npr. opisujem kot zunanjo motivacijo grožnjo z odvzemom vozniškega dovoljenja – ta lahko deluje ali pa ne. Človek se bo odločil za spremembo, če je med pitjem brez vozniškega dovoljenja in vozniškim dovoljenjem brez pitja izbral drugo. Če mu vozniški izpit (in vse kar prinaša) ne pomeni veliko, pitje pa še prinaša dobro počutje, ta grožnja ne bo predstavljala zunanje motivacije. Torej se v primeru delovanja zunanja motivacija spremeni v notranjo. Ali je strah lahko motivacija? Strah pred boleznijo, izgubo je lahko, če ga razumemo kot željo, potrebo po preživetju, zdravju, gibanju, funkcioniranju.

Izkazalo se je, da so najuspešnejši tisti, ki doživljajo zunanje pritiske in so notranje motivirani. Delo

terapevtov je pomoč pacientom pri ozaveščanju, in sicer tega, da zunanje pritiske prepoznajo kot možnosti, kot izbiro na poti k boljšemu zadovoljevanju potreb (preživetvenih in psiholoških). Ali z drugimi besedami, da jim prevedemo, kaj zunanji pritiski pomenijo za njihove notranje motive.

## Elementi MI

MI ni tehnika, s katero bi zmanipulirali ljudi, da bodo počeli nekaj, česar ne želijo. **MI je klinično svetovalna veščina, ki omogoči ljudem, da se zavedo svojih lastnih, zdravih motivov, potrebnih za odločitev o spremembi vedenja.**

Motivacijski intervju vsebuje veliko elementov, zaradi boljše preglednosti so najpomembnejši razvrščeni v skupine: temeljna izhodišča, načela, veščine, tehnike in govorica, ki napoveduje spremembe.

### Temeljna izhodišča MI

*»Ko sva začela poučevati MI, sva se osredotočala na tehnike, na to, kako naj bo MI izpeljan. Čez čas sva ugotovila, da nekaj manjka. Ko sva opazovala ljudi, kako prakticirajo MI, je bilo videti, kot da sva jih naučila le besed, ne pa melodije. Kaj sva spregledala? To je bil trenutek, ko sva začela pisati o temeljnih izhodiščih MI, razumskih in srčnih.« (6)*

Gre za temeljne predpostavke, iz katerih izhaja izvajanje MI. Če jih ne upoštevamo, postane MI le poskus manipuliranja ljudi z namenom, da bi počeli nekaj, česar ne želijo. Strokovnjak naj bi nemočnega klienta pripeljal do izbire, za katero je on sam prepričan, da je prava. Skratka, MI bi tako lahko postal samo še eden od načinov urejanja drugih, bitka, katere je cilj prelisičiti nasprotnika.

Katere so torej tiste temeljne predpostavke, ki naj bi nas vodile pri izvajanju MI?

Začne se s ključnimi, med seboj povezanimi elementi, ki so: empatija, sočutje, sprejemanje, partnerski odnos, upoštevanje avtonomije in izvabljanje. Pri vsakem govorimo o izkustveni in vedenjski komponenti. Tako lahko nekdo čuti pri sebi sočutje do drugih, a brez vedenja, s katerim bo to izrazil, drugi ne bodo imeli ničesar od tega.

Avtorja dodajata še, da to niso pogoji za začetek izvajanja MI. Če bi čakali, da bodo vsi, ki prakticirajo MI, globoko sočutni in sprejemajoči, bi to predolgo trajalo. Izkušnje so pokazale, da izvajanje MI samo po sebi uči ljudi teh vrlin.

### A) Empatija

Empatija je živ interes in napor, da bi razumeli notranje perspektive drugega, da bi videli svet skozi njegove oči. Ne mislimo na simpatijo, usmiljenje ali pajdašenje z osebo. Tudi ne mislimo na identifikacijo: »Doživel sem to in vem, kaj doživljate. Naj vam povem svojo zgodbo.« To je ali pa ni prisotno, empatija pa je sposobnost razumeti referenčni okvir drugega in prepričanje, da je to vredno početi. Rogers in njegovi učenci so dobro opisali terapevtsko večino empatije. Gre za to, da občutimo klientov notranji svet zasebnih pomenov, kot bi bili naši, ampak nikoli ne pozabimo, da gre za pomen kot da. Poskušamo se vživeti v svet drugega, stopiti v njegovo kožo, obenem se zavedamo, da to nismo mi. Izstopimo in delujemo s svojimi občutki in znanjem. Če bi ostali ves čas v koži drugega, bi lahko z njim ostali jokajoči, obupani in nemočni. Nasprotno od empatije je vsiljevanje lastnega pogleda, morda celo s predpostavko, da so pogledi, občutki drugega nepomembni ali zmotni, kot če zdravnik ne verjame, da ima nekdo hude bolečine, ker jih po vseh zdravilih, ki mu jih je predpisal, nikakor ne bi smel imeti. Empatični terapevt želi občutiti svet s pacientove perspektive – brez obsojanja in kritiziranja. Tako postanejo pacientove misli, občutki in vedenja dosti bolj smiselni.

*Primer: pacient z visokim krvnim tlakom ni redno jemal tablet in je bil zato v veliki nevarnosti, da doživi srčni infarkt. S perspektive zdravnika je bilo to videti popolnoma nesmiselno. Na vprašanja o svojem življenju je nekako brez navdušenja odgovoril, da je vse (družina, služba) dobro. Oživel je le pri razgo-*

*voru o hrani. Izkazalo se je, da so njegovi ostareli starši strašno pazili na hrano in tablete in bili ob tem zelo zaskrbljeni. On pa je rekel, da raje umre, kot da bi živel takšno pusto življenje, brez vseh užitek. Če pogledamo na zadevo s te perspektive, njegovo vedenje dobi smisel.*

### B) Sočutje

V tretji izdaji MI sta se avtorja odločila dodati temeljnim vrednotam MI še element sočutja. Biti sočuten pomeni aktivno promovirati dobrobit drugega, dati prednost potrebam drugega. Sočutje je zavezna zaveza zagovarjati dobrobit in najboljši interes drugih. Ta element predstavlja tudi motivacijo, zaradi katere se ljudje odločajo za poklice, ki pomagajo drugim.

Sočutje je bilo treba dodati, ker je možno prakticirati druga temeljna izhodišča, tudi če zasledujemo lastne interese. Npr. več prodajalec vzpostavi delovno partnerstvo s potencialnimi kupci, izvabi njihove cilje in vrednote ter se dobro zaveda, da se bo potrošnik sam odločil, kje bo nakupoval. Seveda tudi trgovska podjetja lahko delujejo tako v svoje kot v dobro tako kupcev, a dejstvo je, da se tudi psihološko znanje in tehnike lahko uporabijo za izkoriščanje, doseganje lastne prednosti in nezasluženega zaupanja in sodelovanja. Delati s sočutjem pomeni imeti srce na pravem mestu, tako da je zaupanje, ki ga dobimo, res zaslužno.

### C) Partnerski odnos

MI temelji na sodelujočem partnerstvu med pacientom in svetovalcem. Namesto glede na pozicijo moči, neenakega odnosa, v katerem strokovnjak usmerja pasivnega pacienta in mu dopoveduje, kaj naj dela, gre tu za aktivno, sodelujočo komunikacijo, ki oblikuje proces skupnega odločanja. To je bistvenega pomena za spremembe, ki lahko usodno vplivajo na pacientovo zdravje ali življenje, saj je brezpogojno le on tisti, ki jih bo izvajal.

Gre za aktivno sodelovanje med dvema strokovnjakoma. Ljudje so brez dvoma najboljši strokovnjaki sami zase. Pacient ima življenjsko znanje, ki je komplementarno svetovalčevemu. Aktivacija tega vedenja je ključna za spremembo. MI ni način, kako s trikomi prepričati ljudi v spremembo, ampak je način aktiviranja njihove lastne motivacije in virov za spremembo.

*Past, ki se ji moramo tu izogniti, je t. i. past, v katero se lahko ujame strokovnjak. Temelji na dejstvu, da ima strokovnjak znanje, da pozna odgovor na klientovo dilemo. Izogibanje tej pasti pomeni, da opustimo predpostavko, da mi poznamo prave odgovore, ki smo jih dolžni posredovati klientu. V resnici ni nujno, da smo mi tisti, ki imamo prave odgovore za osebne spremembe drugih. Ta past predstavlja plodna tla za vznik refleksa urejanja drugih (angl. righting reflex). Pripravljenost opustiti držo strokovnjaka je ključni element sodelovalnega odnosa.*

Partnerski način vključuje opazovanje lastnih aspiracij prav tako kot klientovih. Brez zavedanja o lastnih prioritetah nimamo popolne slike, zato je iskrenost glede teh aspiracij bistvena pri izvajanju MI, saj se lahko zgodi, da se svetovalčeve prioritete (za spremembe) razlikujejo od pacientovih. Ta vidik partnerstva govori o globokem spoštovanju drugih.

Zavedati se moramo, da je vzpostavljanje partnerskega odnosa lahko precej zahtevna naloga. Kajti ne gre le za prijazno poslušanje in nevsiljivo svetovanje, ampak za dejanski spust z višin strokovnjaka na enakovreden odnos dveh sogovornikov. Ni pomembno le, kako se pogovarjamo s pacientom, ampak tudi, kako o njem razmišljamo. Pozicija moči nam je dana s poklicnim statusom in nobene nevarnosti ni, da bomo izgubili avtoriteto, če v pogovoru sogovornika jemljemo kot enakovrednega partnerja, ko gre za njegovo življenje, zdravje.

### D) Sprejemanje

Na pojem partnerstva se navezuje tudi globoko sprejemanje vsega, kar pacient je. Sprejemanje osebe v tem smislu ne pomeni nujno, da odobravamo njena dejanja. Svetovalčevo osebno odobravanje (ali neodobravanje) je tu nepomembno. Takšno sprejemanje ima globoke korenine v delih Carla Roger-

sa in vsebuje pojem absolutne vrednosti, ki pomeni priznavanje neločljive vrednosti in potencialov vsakega človeškega bitja. To je temeljno zaupanje in prepričanje, da je druga oseba v osnovi vredna zaupanja. Spoštovanje pomeni skrb, da bo druga oseba rasla in se razvijala takšna, kot je. Spoštovanje izključuje kakršno koli manipuliranje, izkoriščanje.

Nasprotno temu je obsojanje ali postavljanje pogojev za doseg vrednosti: »Jaz bom odločil, kdo si zasluži spoštovanje in kdo ne.« Kadar se ljudje počutijo nesprejete, otrpnejo, njihova sposobnost spreminjanja je zmanjšana ali blokirana. In nasprotno, ko doživljajo sprejetost, so svobodni in se odločajo za spremembe. Sprejemanje vključuje tudi afirmacije, to pomeni, da iščemo, prepoznavamo posameznikove močne plati, uspehe, dobre odločitve in napore, ki jih vlagajo. To ni samo osebna izkušnja spoštovanja, ampak način bivanja in komuniciranja. Njegovo nasprotje je iskanje tega, kar je narobe z ljudmi z namenom identifikacije in popravljanja pomanjkljivosti. Pomeni, da ljudem pove- mo, kaj ni v redu in kako naj to popravijo.

### E) Avtonomija

Gre za spoštovanje avtonomije vsakega posameznika, njegove nepreklicne pravice in sposobnosti za lastno usmeritev, za izbiro. Rogers je poskušal pri svojem na klienta orientiranem pristopu ponuditi ljudem popolno svobodo biti in izbirati. Zaupanje v takšno prakso je bilo nedvomno povezano z njegovim pogledom na človeško naravo, ki je v bistvu pozitivna, razvijajoča, konstruktivna, realistična, zaupanja vredna. Prepričan je bil, da bodo ljudje, ki jim nudimo terapevtske pogoje, rasli in se razvijali v pozitivno smer.

Nasprotno od vzpodbujanja avtonomije je poskus pripraviti ljudi, da počnejo nekaj, jih prisiliti, nadzirati.

*Policist za pogojne kazni lahko reče »Ne smete zapustiti države!« ali pa terapevt odvisniku »Ne smete piti alkohola!« To seveda ni res. Kar mislita, je, da ima določeno vedenje neke negativne posledice, izbira pa seveda ostane posamezniku.*

In tu je še paradoks. Govoriti nekemu »Ne smeš!« in poskušati omejiti njegove izbire izzove psihološki odpor, željo po svobodi. Če pa posamezniku dovolimo svobodo izbire, se zmanjša njegova obrambna drža in olajša pot do spremembe. To vključuje tudi opuščanje ideje, da moramo ali da smo sposobni (ali pa oboje) pripraviti ljudi, da se spremenijo. V bistvu je to opuščanje moči, ki je nikoli nismo imeli.

MI zahteva tudi neke vrste odsotnost navezanosti na rezultate, kar ne pomeni odsotnost skrbnosti ali brezbriznost, pač pa spoznanje, da ljudje lahko izbirajo (in dejansko izbirajo) smeri svojega življenja. Prepoznavanje in spoštovanje te avtonomije je ključni element pri omogočanju spreminjanja!

Nekaj v človekovi naravi se namreč upira prisili in ukazovanju. Paradoksalno – včasih prav pravica do nespreminjanja omogoči spreminjanje.

### F) Izvabljanje

Splošno mnenje je, da svetovalne službe (zdravstvo, socialna služba ...) zagotavljajo pacientom oz. klientom vse, kar potrebujejo (informacije, razlago, zdravila, veččine ...). MI pa, obratno, poskuša odkriti in izvabiti iz pacienta to, kar je že v njem, njegove motive in lastne vire za spreminjanje. Pacient mogoče ni motiviran točno za to, kar mi želimo od njega – ima pa zagotovo svoje osebne cilje, vrednote, aspiracije in sanje. Bistven del umetnosti MI je povezovanje nujnih sprememb vedenja s pacientovimi vrednotami, skrbmi, potrebami.

Navajeni smo predvsem na t. i. modele deficita, kar pomeni, da ugotavljamo, česa klientu primanjkuje in kaj je treba popraviti. Implicitno sporočilo je: »Imam to, kar potrebuješ in ti bom to dal,« bodisi da gre za znanje, uvid, diagnozo, modrost, realnost ali veččino. Ko enkrat odkrijemo manjkajočo sestavino, to, česar klientu primanjkuje, bomo vedeli, kaj naj namestimo. Ta pristop je smiseln pri popravljanju avtomobila ali zdravljenju poškodbe, obravnavi infekcij, običajno pa ne deluje dobro, ko se pogovarjamo o osebnem spreminjanju.

Temelji MI začenjajo iz zelo drugačne, na močne strani fokusirane predpostavke, da imajo ljudje že v sebi večino tega, kar potrebujejo – in naša naloga je to izvabiti na plano, priklicati. Implicitno sporočilo je: »Imaš, kar potrebuješ in skupaj bova to našla.« S te perspektive je še posebno pomembno se osredotočiti na klientove močne strani in vire namesto na pomanjkljivosti in jih razumeti. Predpostavka tukaj je, da imajo ljudje resnično modrost o sebi in dobre razloge, da počnejo, kar počnejo. Oni že imajo v sebi motivacijo in vire, ki jih lahko prikličemo. Eden od nepričakovanih rezultatov zgodnjih raziskav MI je bil pojav, da so ljudje napredovali sami brez profesionalne pomoči, potem ko so razrešili svojo ambivalentnost glede spremembe. Temeljno izhodišče MI je, da obstaja globok vodnjak modrosti in izkušenj v osebi, iz katerega lahko vleče svetovalca. Večina tega, kar potrebuje, je že tu, gre le zato, kako to izvleči, priklicati. Zato je v MI svetovalca zelo motiviran, da bi razumel klientove perspektive in njegovo modrost.

Ideja izvabljanja se prav tako prilega konceptu ambivalentnosti. Ljudje, ki so razdvojeni glede spreminjanja, imajo že v sebi dvoje argumentov – tiste, ki favorizirajo spreminjanje, in tiste, ki zagovarjajo status quo. To pomeni, da ima večina klientov v sebi tudi že glasove za spremembo, lastne pozitivne motive za spreminjanje. Ti bodo zelo verjetno prepričljivejši kot naši argumenti. Naša naloga torej je, da jih prikličemo in okrepiamo. Klient naj bo tisti, ki ubesedi razloge za spremembo – ne terapevt. On naj prepričuje terapevta, zakaj bi bilo dobro zmanjšati pitje, ne terapevt njega.

## Načela MI

Tudi načela MI so se skozi čas nekoliko spremenila. Na začetku sta avtorja govorila o izražanju empatije, usmerjanju pozornosti na neskladnost, obvladovanju odporov in podpiranju samoučinkovitosti. Zdaj pa je poudarek na izogibanju refleksu urejanja drugih, razumevanju klientove motivacije in poslušanju ter krepitvi klienta.

**A) Empatija** je opisana med temeljnimi izhodišči MI

### B) Pokaži neskladnost

Motivacija je lahko rezultat zavedanja neskladnosti med pacientovim aktualnim vedenjem in njegovimi vrednotami, npr. med željo biti dobra mama in se opijati. MI terapevt bo reflektiral ta neskladja, posebno bo pozoren na klientove argumente za spremembo in proti njej.

Motivacija za spremembe se pojavi, ko ljudje zaznajo neskladnost med tem, kje so, in tem, kje želijo biti. MI želi osredotočiti klientovo pozornost na to neskladnost z ozirom na pitje. V določenih primerih bo treba najprej pokazati to neskladnost, tako da povečamo klientovo zavedanje za posledice njegovega pitja. Takšna informacija, pravilno predstavljena, lahko izzove krizo, ki bo motivacija za spremembo. Povzročila bo, da bo posameznik morda prej pripravljen začeti odkrit pogovor o možnih spremembah, zato da bi zmanjšal zaznano neskladnost in ponovno pridobil emocionalno ravnovesje.

### C) Primerno se odzivaj na odpor

V MI je odpor do spreminjanja sprejet kot normalen in pričakovan del procesa spreminjanja. Je pomemben vir informacij o pacientovih izkušnjah – in ne ovira, ki jo moramo premagati. *Pri pitju alkohola in rabi drugih psihoaktivnih snovi (PAS) namreč pride do razvoja psiholoških obrambnih mehanizmov, ki vzniknejo z enim samim namenom, tj. ohranjanje statusa quo. Ta pa seveda, kadar gre za uživanje PAS, vodi v uničenje. Možgani se na vso moč trudijo, da bi zadržali ljubljeno drogo in skrili resničnost pred uživalcem. Bolj se človek počuti ogroženega, bolj se krepijo obrambne strategije in večji je njegov odpor.*

O odporu govorimo, kadar gre za dva človeka z različnima pogledoma, kadar je pacient v kontemplacijski fazi, terapevt pa v fazi aktivnega spreminjanja, kadar ima terapevt občutek, da je nemočen, kadar se pacient ne strinja s terapevtom ... Kadar se pojavijo odpori, je to znak, da stvari na nek način ne delujejo. Odpor prepoznamo po prepiranju, nestrinjanju, ignoriranju (pacient ne posluša, gleda stran ...), pasiv-

nosti, odklonilnem vedenju (zanikanje, minimaliziranje ...), dramtiziranju. Obrambna drža pacienta se zmanjša, kadar terapevt dosledno upošteva temeljna izhodišča in načela MI, prakticira reflektivno poslušanje oziroma uporablja refleksije (več o tem v nadaljevanju). Nikakor pa se ne prepira s pacientom, ne vsiljuje diagnostičnih etiket, ne govori mu, kaj mora narediti, ne poskuša zlomiti odpora z direktno konfrontacijo, ne namiguje na njegovo nemoč oziroma nesposobnost.

Ambivalentnost osvetljuje klientove želje, upanja in strahove. Klienti se morda zavedajo prednosti spreminjanja, obenem pa imajo zadržke, ki lahko vključujejo tudi strah pred neuspehom, zahtevami in odgovornostjo, za katere predpostavljajo, da se bodo pojavili s spreminjanjem. V MI se terapevt trudi razumeti obe strani razdvojenosti s pacientove perspektive. Ko se pojavijo argumenti proti spreminjanju, jih terapevt pričaka z empatijo in sprejemanjem.

Obrambe (odpor) predstavljajo aktiven proces, ki se sproži, kadar nekoga zasujemo z razlogi za spreminjanje. Pokazalo se je, da vedenja terapevtov, ki vključujejo prepričevanje klienta, da ima problem, utemeljevanje dobrih strani spremembe, poučevanje klienta, kako naj se spremeni, in opozarjanje na posledice, ki bodo sledile, če se klient ne spremeni – krepijo obrambe in odpor. Vprašanja, ki so učinkovitejša, ker izvablajo motive, so:

- Čemu (zakaj? zaradi česa?) bi si želeli, da se stvari spremenijo?
- Kaj bi vam ta sprememba pomenila? Kaj bi z njo pridobili zase?
- Kateri trije razlogi so tisti, zaradi katerih bi to naredili?
- Na lestvici od 1 do 10 – kako pomembno je za vas, da bi to naredili?
- Kaj si predstavljate, da bi morda naredili, če bi želeli uspeti?

### D) Upri se refleksu urejanja drugih

Ljudje, ki delujejo na področju pomoči drugim, imajo običajno močno željo urejati stvari, pozdraviti, prepričati škodo in promovirati zdravo življenje. Ko vidijo nekoga, ki gre po napačni poti, bi kar stekli k njemu, ga ustavili in mu pokazali boljše. To je močna motivacija, ki privlači ljudi v dejavnosti, kjer služijo, pomagajo drugim. Impulz popravljanja drugih počasi postane avtomatski, skoraj kot refleks. Žal ima ta namen lahko večkrat paradoksalen učinek. Vzroki ne tičijo v tem, da je z ljudmi nekaj narobe, da so neposlušni, leni ali obupno v zanikanju – bolj gre za to, da smo vsi nagnjeni k temu, da se upiramo prepričevanju, še posebno, če smo razdvojeni. Tisti, ki pijejo tvegano ali škodljivo, običajno dobro vedo, da pijejo preveč in da ima pitje že posledice. Obenem pa v pitju uživajo in o sebi ne razmišljajo radi kot o nekom, ki ima probleme. Zato raje vidijo svoje pitje kot dokaj razumno. Če pride do odkritega pogovora s klientom, vidimo, da ima vsak tak pivec dvojne občutke glede svojega pitja. In kaj se zgodi, ko svetovalca zavzame dobro stran pacientovega notranjega utemeljevanja in poskuša prav naravnati pacienta? Ko rečemo: »Mislim, da vi preveč pijete in bi morali zmanjšati ali prenehati s pitjem!« bo to povzročilo, da bo pacient začel z utemeljevanjem druge strani svoje ambivalentnosti: »Mislim, da ni tako hudo, gre mi kar dobro.« Nato smo v skušnjavi, da bi začeli še odločneje utemeljevati svoje in mu dokazovati, da ima težave in da se mora spremeniti. Pacientov odgovor lahko predvidimo. Tu je pomembna še ena značilnost človeške narave: težimo k temu, da bi verjeli, kar smo se slišali reči. Bolj bodo pacienti verbalizirali argumente proti spremembi, bolj bodo drugi prepričani, da je trenutno stanje (nespreminjanja) boljše zanje. Če se pogovarjamo z njimi na način, da morajo braniti status quo in utemeljevati razloge proti spremembi, se bo verjetnost spremembe prej zmanjšala kot pa povečala. Skratka, če utemeljujete pacientu razloge za spremembo, on pa se upira in utemeljuje nespremembo, ste na napačni poti. Pacient je tisti, ki naj ubesedi argumente za spremembo. MI je izvabljanje razlogov za spremembo iz pacienta – to pomeni izogibanje tistemu, kar je morda videti pravilno – to je refleksu urejanja drugih. Pacienti so razdvojeni. Oni želijo, mislijo, da bi mogoče lahko, vidijo dobre razloge, vedo, da bi morali ..., potem pa izrečejo ampak. Tu je točka, ko se njihovo

razmišljanje ustavi, če jim ne pomagamo razreševati ambivalentosti. K sreči lahko naredimo marsikaj, med drugim to, da upoštevamo naslednje načelo.

### E) Razumi pacientovo motivacijo

Izključno njegovi razlogi za spremembe bodo namreč tisti, ki bodo sprožili spremembe vedenja – ne terapevtovi! Zato svetovalca zanimajo pacientove skrbi, vrednote in motivi ... To morda deluje kot dolgoročen proces, a ni nujno tako. Če imamo omejen čas, potem je zagotovo bolje, da vprašamo pacienta, zakaj bi se želel spremeniti in kako bi to morebiti izvedel, kot pa da mu rečemo, da bi se moral spremeniti. Ob tej priliki se je mogoče dobro spomniti, da govorimo o univerzalnih temeljnih potrebah – po preživetju, zdravju, varnosti, uveljavljanju, spoštovanju, sprejetosti, pripadnosti, svobodi izbiranja in razvedrilu. Potrebe so univerzalne, naše predstave in pričakovanja o tem, kaj jih bo zadovoljilo, pa so zelo različni, individualni. Da odkrijemo vse to, je treba klienta poslušati s popolno pozornostjo, zanimanjem, ne da bi vnašali lastne predstave. Ko je motiv jasen, paciente postopoma usmerjamo k ozaveščanju razkoraka med tem, kaj si želijo zase, in tem, kako njihovo sedanje vedenje vpliva na to.

### F) Poslušaj pacienta

MI vključuje najmanj toliko poslušanja kot informiranja. Morda je normalno pričakovanje, da ima strokovnjak odgovore na vprašanja in jih bo posredoval pacientu – a ko gre za spreminjanje vedenja, odgovori ležijo v pacientu in da jih najdemo, je treba precej poslušati. Dobro poslušanje je kompleksna klinična veščina. Je veliko več kot postavljanje vprašanj in tiho čakanje na odgovor. Vključuje optimistično držo, empatično zanimanje, poskrbeti moramo, da smo pravilno razumeli, kar smo slišali, znati moramo preveriti hipoteze.

Običajne reakcije ljudi, kadar jih kdo posluša, so: počutijo se razumljene, sprejete, spoštovane, vključene, sposobne spreminjanja, želijo povedati več, vseh jim je svetovalce, so odprti, imajo občutek varnosti, večje moči, upanja, počutijo se prijetno, so zainteresirani, želijo se še vrniti, sodelujejo.

Pri neverbalnem poslušanju gre za popolno, nedeljeno, stoodstotno pozornost. Tudi če smo prepričani, da zmoremo početi več stvari obenem, tega ne počnemo, ker s tem pokažemo nezanimanje in nespoštovanje. Nikakor ne razmišljamo o drugih zadevah, ne premetavamo papirjev, ne gledamo na uro, ne pretiravamo z zapisovanjem pogovora, ne ukvarjamo se z različnimi elektronskimi aktivnostmi ... Tudi če lahko počnemo dve stvari hkrati, ne delajmo tega, če je ena od njih poslušanje! Dober poslušalec vzdržuje očesni kontakt s sogovornikom. Gledamo v oči, če ne gledamo, moramo biti vedno odzivni, kadar sogovornik želi vzpostaviti očesni kontakt. Zanj to ni toliko pomembno. Ko ljudje pripovedujejo, obračajo oči v skladu s kanalom procesiranja (vizualno, avditivno, kinestetično). Obstajajo tudi kulturne razlike. V normalni konverzaciji ljudje običajno zrcalimo emocionalno izražanje drug drugemu. Tako bo ubesedena žalost govorca običajno reflektirana neverbalno z izrazom obraza (dobrega poslušalca) in podobno bo z izrazi veselja, strahu ali presenečenja. Zrcaliti klientove emocije kaže na to, da človeka slišimo, razumemo, da smo vključeni. Izjema pri tem zrcaljenju v svetovalnem pogovoru je seveda jeza, na katero je priporočljivo odgovoriti z mirnostjo in izrazi skrbi.

### G) Opolnomoči pacienta in vzpodbujaj njegovo samoučinkovitost

Posameznika krepimo, tako da vzpodbujamo samoučinkovitost. To pomeni, da pomagamo klientom raziskovati, kako lahko sami spremenijo stvari na bolje. Njegove ideje in viri so ključnega pomena. V bistvu klienti postanejo naši svetovalci pri tem, ko jim pomagamo, da dosežejo spremembe, ki bodo izboljšale njihovo življenje. Pomembno je, da krepimo njihovo upanje, da so te spremembe možne in da bodo učinkovite za njihovo (zdravstveno) stanje. Klient potrebuje varno in zaupljivo ozračje, da se bo zmožal soočiti s svojim neučinkovitim vedenjem (oz. tistim, ki ni v skladu z njegovimi vrednotami), svetovalčev odnos, ki bo spodbuden, optimističen, pa bo krepil njegov občutek, da se je zmožen spremeniti. To pomeni, da iščemo, prepoznavamo posameznikove močne plati, uspehe, dobre odločitve in napore, ki jih vlaga.

Upoštevanje temeljnih izhodišč in načel MI prihrani čas.

*Psihiater, ki zamuja na seminar o MI, se opraviči, češ, da je pozen, ker je imel 20 pacientov v dopoldanski ambulanti. Vodja seminarja ga pozdravi in vpraša: »Ali lahko prakticirate MI pri tako velikem številu pacientov?« »Mislite, da bi se sploh lahko ukvarjal z 20 pacienti, če ne bi uporabljal MI?« odgovori psihiater.*

### Veščine MI

Sem spadajo veščine, ki jih najdemo tudi pri drugih terapevtskih pristopih. Gre za orodja, ki pomagajo zgraditi odnos, raziskati skrbi, posredovati empatijo. To so odprta vprašanja, afirmacije, reflektivno poslušanje oz. refleksije, povzemanje in informiranje.

#### A) Odprta vprašanja

Odprta vprašanja so okostje MI, ko gre za pridobivanje informacij. Vzpostavijo neobsojajoče vzdušje, v katerem klient lahko raziskuje lastna problematična področja. Na ta vprašanja naj bi klient odgovoril z več kot le »da« ali »ne« ali »trikrat tedensko«. Torej bomo namesto »Kako pogosto in koliko pijete?« vprašali: »Kakšne so vaše pivske navade?« Če ljudje ne bodo razumeli vprašanja, jim bomo pojasnili: »Ko se odločite za pitje, v kakšnih okoliščinah se to zgodi?« Izogibamo se retoričnim vprašanjem in smo pozorni, da je razmerje med refleksijami in vprašanji dve proti ena – v korist refleksij. Nikakor pa naj ne bodo več kot tri vprašanja zapored. Lahko se namreč zgodi, da se ujamemo v past, ki se imenuje »vprašanje – odgovor«, deluje pa kot zasliševanje. Uporabljamo lahko tudi stavke, kot so: »Povejte mi več o tem ...« ali »Opišite mi ...«

V MI uporabljamo še posebna ključna vprašanja, ki pridejo na vrsto takoj za tem, ko smo naredili povzetek. Skupni imenovalce teh vprašanj je »Kaj je vaš naslednji korak?« Nekaj primerov: »Kaj nameravate narediti sedaj?« »Torej, kako boste nadaljevali?« »Kaj načrtujete za danes zvečer?« »Kako razmišljate, da si boste organizirali naslednji teden?« Pacientov odgovor bo določil, kaj se bo dogajalo v prihodnosti.

#### B) Afirmacije

Pri MI se trudimo pomagati klientu, da dobi občutek lastne moči in učinkovitosti. Želimo okrepiti njegov občutek, ki ga izraža beseda: »Zmorem!« Dejstvo je, da ima večina ljudi, ki se znajdejo pri strokovnjaku, za seboj že enega ali več neuspešnih poskusov samospreminjanja. Zaradi tega so pogosto demoralizirani in del terapevtove vloge je tudi vzbujanje upanja in vere v njihovo sposobnost spreminjanja. Afirmacije so način preusmerjanja pacientov k lastnim virom moči.

So izjave, ki sporočajo, da sprejemamo pacienta in vidimo njegove močne plati. Čeprav je reflektivno poslušanje (RP) lahko zelo afirmativno, so afirmacije nekaj več. Gre za strateško oblikovane izjave, ki povežejo klienta z njegovimi viri moči, medtem ko se sooča s svojim problematičnim vedenjem. Običajno so v obliki jasnih in pristnih besed, ki sporočajo razumevanje in sprejemanje. Npr. nekemu, ki se vedno znova vrača na zdravljenje odvisnosti, bi lahko rekli: »Očitno ste zelo odločni, da boste nekaj spremenili v svojem življenju, ker vztrajate in ste se vrnili.« Pacient se na afirmacije lahko odzove negativno, če začuti, da gre za ocenjevanje ali pokroviteljstvo. Zato je priporočljivo, da se pri dajanju afirmacij osredotočamo na njegova specifična vedenja, odločitve, cilje. Izogibamo se besedi jaz, opisujemo neproblematična področja in izpuščamo vrednotenje ter težavne teme. O afirmacijah razmišljamo kot odkrivanju pacientovih zanimivih kvalitete in kompetentnosti. Afirmacije niso komplimenti, ker komplimenti običajno vključujejo neko vrednotenje in se velikokrat začnejo z »Jaz, jaz mislim, da vi dobro skrbite za otroke.« Mi pa se učimo t. i. vi-stavke. »Vi ste ..., vi čutite ..., vi verjamete ...« Afirmacija sporoča pacientom, da jih sprejemamo takšne, kot so. Če zaznajo pomanjkanje iskrenosti, to lahko prizadene naš odnos z njimi. Tudi odklonilno ali obrambno vedenje se lahko preokvirira v afirmacijo: »Najbrž bi radi razrešili veliko stvari, da ste prišli danes sem, kljub temu da imate do tega velik odpor.«

### C) Reflektivno poslušanje (RP)

RP je primarna večšina, na kateri je zgrajen MI. Je mehanizem, preko katerega terapevt izraža zanimanje, empatijo in sprejemanje pacienta. Omogoča hkratno izražanje sprejemanja pacienta in subtilno izzivanje njegovih stališč. Lahko vzpodbuja nadaljnje odkrivanje ali pa se umakne od problematičnih izjav. Z RP ustvarjamo tisti pravi trenutek, ki bo pacienta usmeril na pot spreminjanja.

RP je videti zavajajoče enostavno in lahko, dejansko pa je potrebno precej vaje in dela, da je izvedba prava. Zato je smiselno posvetiti obvladovanju te večšine več časa, kot bi se nam zdelo na prvi pogled. Kajti brez obvladovanja RP ni pravega MI.

Kaj ni RP? Thomas Gordon (1) je opisal in razporedil ta vedenja v 12 področij, ki jih je imenoval cestne ovire. Menil je, da ustavljajo klientovo napredovanje na poti k spremembam.

Te ovire so: usmerjanje, ukazovanje (usmeritev je dana z močjo avtoritete, ki je lahko aktualna ali navidezna), opozarjanje, grožnje (podobno kot usmerjanje, a vsebuje namig na posledice, če se ne bo sledilo usmeritvi. Ta namig je lahko grožnja ali predpostavka slabega rezultata), dajanje nasvetov, predlogov, rešitev (terapevt uporablja strokovnost in izkušnje za priporočanje smeri delovanja), prepričevanje z logiko, prepiranje, predavanje (terapevt predpostavlja, da klient ni adekvatno razumel problema in da potrebuje pri tem pomoč), moraliziranje, pridiganje, predavanje o klientovih dolžnostih (implicitno sporočilo je, da oseba potrebuje navodila o moralnosti), obsojanje, kritiziranje, nasprotovanje, očitiranje (implicitno sporočilo je, da je nekaj narobe s klientom ali s tem, kar je rekel. Sem spada tudi navadno nestrinjanje), strinjanje, hvaljenje, odobravanje (to sporočilo vsebuje pokroviteljsko odobravanje tega, kar je klient rekel. Ustavi komunikacijo in lahko pokaže neenakost med govorcem in poslušalcem). Sramotenje, norčevanje, zmerjanje (to neodobravanje je lahko odkrito ali skrito. Tipičen primer je usmerjanje v popraviljanje problematičnega vedenja), interpretiranje, analiziranje je precej splošno početje, ki je za svetovalce zelo privlačno – iskati prave probleme ali skriti pomen in dajati interpretacijo). Namen opogumljanja, simpatiziranja, tolažbe je, da bi se oseba počutila bolje. A kot odobravanje je tudi to ovira, ki prepreči spontani tok komunikacije. Izpraševanje, preverjanje (vprašanja lahko zmotno zamenjamo za dobro poslušanje) ima skrit namen – če bo dovolj vprašanj, bo vprašani našel rešitve. Kažejo interes spraševalca, ne pripovedovalca. Izmikanje, humor, menjava teme spremenijo komunikacijo in lahko sporočajo, da kar govori klient, ni pomembno in ni vredno pozornosti.

Torej, če to ni RP, kaj pa je? Za začetek – to je način razmišljanja, ki vključuje zanimanje za to, kar želi oseba povedati, in spoštovanje njene modrosti. Začnemo s te, dokaj očitne pozicije, da vsak pacient ve o sebi veliko več, kot bomo mi kdaj koli vedeli. Seveda mi lahko vidimo njihove slepe pege, toda z druge strani oni vedo daleč več o dejavnikih, ki so vplivali na njihov osebnostni razvoj, življenjske izbire, vedenja, drže in prepričanja kot mi. Če želimo to izvedeti, nam morajo o tem pripovedovati in mi moramo poslušati. A tudi če nam povedo in mi poslušamo, to še ne pomeni, da razumemo njihovo izkušnjo. In to pelje do ključnega elementa RP – **preverjanja hipotez**. To, kar mislite, da je oseba mislila, morda ni bilo to, kar je dejansko mislila. RP vključuje podajanje izjav, ne postavljanje vprašanj. Vprašanja so sicer pomembna, a povzročijo, da se pacient ustavi pred določeno vsebino, medtem ko refleksija običajno vzpodbuja napredek.

Besede so lahko popolnoma iste, le način podajanja (in učinek!) je drugačen. Npr.: Izgovorite ta dva stavka glasno: »Niste prepričani, če želite biti tukaj?« in »Niste prepričani, če želite biti tukaj.« Ali ste opazili razliko? Ta drugi stavek lahko začutite kot drzno domnevo, a to je to, kar prinaša RP. Poslušalec ugiba, da bi potrdil ali zavrnil pomen tega, kar je govorec rekel. Če ni zelo zgrešena, ta izjava vodi k razjasnitvi (s strani govorca) in nadaljnjem raziskovanju. Ustvarja premike in tiste prave trenutke v konverzaciji. Nasprotno temu pa vprašanje prekine klientov tok pripovedovanja. Ko uporabljajo RP, je ljudem v pomoč uporaba standardnih fraz: »Torej, vi čutite ..., Sliši se kot da vi ..., Zanima vas ..., Vi ...«

Pazljivi moramo biti, da teh fraz ne uporabljamo rutinsko. Najsplošnejši dogovor o refleksijah je, da ločimo enostavne in kompleksne.

Enostavne refleksije so zelo blizu temu, kar je rekel klient. Terapevt gre le malo preko tega, kar je bilo rečeno, a njegova izjava izraža pozornost in zanimanje. Uporablja iste ali zelo podobne besede kot klient. Če klient npr. reče: »Ne vem, če naj verjamem tej terapiji,« bo svetovalac rekel: »Ne veste.« To je enostavna refleksija. Njihov namen je torej, da stabilizirajo klienta in ohranjajo komunikacijo živo.

Kompleksne refleksije lahko sežejo daleč preko tega, kar je rekel pacient. Zajamejo večji pomen in pogosto naredijo pravo kognitivno preokvirjanje informacije. Lahko vključujejo afekt, toda morajo vsebovati dodatno globino ali premik smeri. Kompleksna refleksija pripomore k pacientovemu razumevanju samega sebe, tako da postavi elemente v nasprotje na način, na katerega klient verjetno še nikoli ni pomislil. To omogoči napredek. Govorimo o ponavljanju, parafraziranju, pretiravanju (amplificiranju), dvostranski in afektivni refleksiji. Parafraziranje seže preko klientovih besed in pokaže informacijo v novi luči. Amplificiranje je neke vrste pretiravanje o tem, kar je rekel klient, s tem se poveča pritisk na klientovo nepremakljivo stališče oziroma pozicijo. Dvostranska refleksija reflektira obe strani klientove ambivalentnosti. Lahko vključuje nekaj, kar je bilo izrečeno pred kratkim ali pa v prejšnjih seansah. Vsebuje lahko fraze, kot so: »Na eni strani čutite ..., na drugi pa ...« Afektivna refleksija se nanaša na emocije v klientovi izjavi – bodisi izražene ali implicitne. Metafore se razumejo kot kompleksnejše oblike refleksij, saj običajno naredijo premik precej preko tega, kar je izrekel klient, a vseeno zadržijo bistvo.

Primer: »Zadnje čase sem precej potr, skoraj depresiven. Poskušam si pomagati na različne načine, a nič ne pomaga tako dobro, kot če nekaj spijem.«

1. Enostavna refleksija: »Počutite se precej slabo.«
2. Pretiravanje: »Pitje je edini način.«
3. Dvostranska refleksija: »Ob pitju se za kratek čas počutite bolje, delno pa se zavedate, da to ni dolgoročno rešitev.«
4. Afektivna refleksija: »Malo že obupujete pri iskanju prave rešitve.« (3)

Primer: »Vem, da bi bilo dobro, če bi včasih ravnal drugače. In če bi žena malo manj sitnarila, bi bila situacija precej drugačna in se te stvari ne bi dogajale.«

1. Enostavna refleksija: »Radi bi, da bi bila situacija pri vas drugačna.«
2. Pretiravanje: »Za vse to, kar se zgodi, je odgovorna vaša žena.«
3. Dvostranska refleksija: »Vaša žena imajo svojo vlogo pri tem, kar se je zgodilo, obenem pa se zavedate, da bi tudi vi lahko naredili nekatere stvari drugače.«
4. Afektivna refleksija: »Prizadeti ste zaradi te situacije.« (3)

### D) Povzemanje

Del naše pomoči klientom je, da jim asistiramo v procesu urejanja njihovih izkušenj. To pomeni, da refleksije niso enostavno ponavljanje klientovih izjav, pač pa morajo povečati njihovo razumevanje s tem, ko izražajo elemente, ki so bili manj jasno artikulirani ali celo zamolčani, a implicitno del sporočila. Miller in Rollnick opisujeta povzemanje kot posebno aplikacijo RP. Tisti, ki povzema, se odloča, kaj bo vključil in kaj izključil in kako bo vse to predstavil. Gre za povezavo jedrnatosti in selektivnosti. Ne smemo pozabiti na ambivalentnost in govorico spreminjanja, kar pomeni, da naš fokus ne bodo samo argumenti za spremembo, ampak tudi povabilo k protiargumentaciji pri ambivalentnih klientih.

Primer: »Pogovarjali sva se o različnih stvareh. Povedali ste mi, da že nekaj časa ob večerih spijete kakšno steklenico piva, da se umirite in lažje zaspate. Včasih se zgodi, da je teh steklenic več in to vas je začelo skrbeti. Živite sami in vaše pitje nikogar ne moti. Poznate pa ljudi, ki jim je pitje alkohola uničilo življenje, zato bi se radi pogovorili o tem, kaj narediti, da bi se dobro počutili tudi brez tiste steklenice piva zvečer. Bi bilo to približno vse? Sem kaj izpustila?«

## E) Informiranje

Informiranje se v zdravstvu uporablja v zelo različnih situacijah: ko razlagamo, kaj se je zgodilo, kaj se bo (morda) zgodilo, ko razjasnujemo, kaj nekaj pomeni, ko posredujemo slabe novice, ko seznanjamo ali primerjamo z normalnimi rezultati (vrednostmi), ko želimo pridobiti privolitev za nekaj, ko dajemo nasvete.

Dajanje informacij pacientom je lahko tudi težavno. Včasih mogoče še niso pripravljeni slišati tega, kar jim moramo povedati, se ne strinjajo z nami, kako pomembno je nekaj, prihajajo iz različnih družbenih okolij, različnih jezikovnih področij ipd. Na dejstvo, da pacientov interes ali njegova sposobnost dožemanja nista dobra, kažejo njegova zbežanost, pasivnost, močna čustva, motnje razpoloženja in nezbranost.

*Zbežanost ali zmedenost* – vi razlagate, pacient pa kot da je zmeden, zbežan. Ste morda prehitri, je pretežko za pacientovo kognitivno funkcioniranje, morda gre za njegov odnos do vas, za besede, ki jih uporabljate – ali je kaj drugega?

*Pasivnost* – videti je kar dobro, dokler ne opazite, da je njegov pogled rahlo odsoten, drži pasivna, vdano čaka, da boste končali s »predavanjem«. Včasih morate namreč veliko govoriti (npr. pri zakonskih predpisih), morda tudi sami malo izgubite stik, ste negotovi ali pa se vam mudi, se dolgočasite. V takšni situaciji se hitro zgodi, da ne opazite, da ste »izgubili pacienta«, da se je »odklopil«.

*Močna čustva* – informiranje je lažje, kadar je vse mirno in imate čas za razmislek in normalno delo. Toda pacienti so lahko kdaj jezni, prestrašeni ali v tesnobnem pričakovanju. Tudi vi ste morda zaskrbljeni, utrujeni, preobremenjeni ali razdraženi. Takšna čustva seveda lahko ovirajo razumevanje.

*Motnje razpoloženja, nezbranost* – pacienti, ki so depresivni, morda ne slišijo in ne razumejo jasno, kaj jim govorite. Drugi so morda nezbrani zaradi kakšnih nedavnih dogodkov ali skrbi ali pa imajo težave s koncentracijo. Enako morda vi. Učinki alkohola, drog, starost, zdravila – vse to lahko poslabša pacientovo sposobnost za razumevanje in spomin.

Uspešna komunikacija ne zajema le posredovanja strokovnih tem, ampak tudi različnih medosebnih veščin. Odnos, tudi če traja le nekaj minut, leži v srcu informiranja.

Nekaj napotkov za izboljšanje izmenjave informacij:

- Upočasnite potek in napredek bo hitrejši. Bolj ko se vam mudi, manj verjetno je, da boste sposobni razumeti in se odzvati na izzive, ki jih postavlja pacient.
- Govorite osebi – pomemben je človek, ne posredovanje informacij. Ta princip se lahko hitro spregleda v naglici današnje vsakodnevne prakse. Dobronamerni napor, »da bi šli skozi ves postopek« ali »pripravili paciente do tega, da bi razumeli ...« pogosto spremenijo pacienta v pasivnega prejemnika informacij.
- Imejte v misli širše pacientove prioritete. Skrb zdravstvenega delavca je v območju njegovega strokovnega področja, pacientovi interesi pa so veliko širši. Veliko bo pomenilo, če se samo vprašate, kako ta informacija, ki jo posredujete pacientu, vpliva na njegovo življenje, okolje, kako lahko vpliva na njegovo prihodnost.
- Pomembno je pozitivno sporočilo. Nekateri zdravniki skrbi, da bo pozitivno sporočilo zameglilo resna dejstva in ne bo iskreno. Dejansko pa je prav nasprotno – če vključimo resnično pozitivno sporočilo, se bo povečala pacientova sposobnost sprejemanja težkih dejstev.

Ali zaznate razliko v spodnjih dveh izjavah:

»Če boste nadaljevali s kajenjem, se bo dihanje samo še poslabšalo.«

in

»Če prenehate kaditi, boste morda kmalu opazili, da lažje dihate.«

Razmislite o količini informacij – ljudje imamo različne želje po informacijah. Torej ni samo naša odločitev, koliko in kakšne informacije posredovati pacientu. Pozanimati se je treba o pacientovih željah.

V MI uporabljamo naslednji način informiranja.

Vprašaj, kaj že ve.

Preveri, ali smeš podeliti z njim več informacij. Ali želi slišati ...? Ali ga zanima ...?

Deli informacije na nepristranski način.

Vprašaj, kaj sogovornik meni o vsem tem (slišanjem).

Primer: Zdravljenje pacientke s HIV-om.

*Medicinska sestra:* »Kako se počutite ob jemanju zdravil?« (izvabljanje, odprto vprašanje)

*Pacientka:* »Jemljem jih tako, kot ste mi naročili.«

*MS:* »Marsikomu je težko jemati zdravila ob točno določenem času.« (delimo informacijo, kako je z drugimi) »Kako bi bilo za vas najprimerneje? Kako vi to naredite?« (izvabljanje, odprto vprašanje)

*P:* »Trudim se, da bi jemala tako, kot ste rekli. Je pa težko, ker je mama vedno tu nekje v bližini. Ona namreč ne ve vsega.«

*MS:* »Mora biti kar težko, da to ostane vaša skrivnost in da vzamete zdravila ob točnem času.« (poslušanje)

*P:* »Ja, je težko. Zaenkrat ji še ne morem povedati. Ali je zelo narobe, če ne vzamem tablet pravočasno?«

*MS:* »Ja, to zna biti problem. Da zdravila dobro učinkujejo, jih je treba jemati redno in ob pravem času.« (informira, potem ko je dobila dovoljenje s pacientovim vprašanjem) »Se vam zdi to smiselno?« (izvabljanje)

*P:* »Pravite, da bi morala jemati zdravila ves čas, tudi če se dobro počutim?«

*MS:* »Točno tako. Pomembno je, da jih jemljete tudi, ko se začnete počutiti bolje. (informira) Kako bi to bilo najlažje za vas?« (izvabljanje, odprto vprašanje)

*P:* »Problem je moja mama, ki je ves čas v bližini. Če ji povem, da imam HIV, me bo mogoče vrgla iz hiše ali pa mi bo poskušala vzeti otroka.«

*MS:* »Niste ji še pripravljene povedati tega.« (RP, refleksija odpora)

*P:* »Ne, ne še. Mogoče kasneje, zdaj se ne počutim dovolj močno.«

*MS:* »Zanima me, kako bi v tej situaciji lahko redno jemali zdravila, tako kot je nujno.« (izvabljanje govornice spreminjanja)

*P:* »Mislim, da bi lahko šla v tem času v svojo sobo in za seboj zaprla vrata.« (govornica spreminjanja)

*MS:* »To je ena možnost. Vas zanima, kaj naredijo druge mame?« (vpraša za dovoljenje o posredovanju informacije, kako to počnejo drugi) (2)



Posredovanje informacij in usmerjanje pacienta naj bo prijazno, razumljivo in naj vključuje pozornost. Odzivanje naj ustreza tako pacientovemu kot lastnemu razpoloženju in potrebam. Informacije naj služijo pacientovemu boljšemu obvladovanju situacije in življenja.

### Govor, ki nakazuje spremembe

Gre za prepoznavanje, krepitev in izvabljanje govorice spreminjanja (GS).

V svojih prvih delih sta Miller in Rollnick imenovala klientove argumente v prid spreminjanju samomotivacijske izjave. Sčasoma se je pokazalo, da je boljše poimenovanje govorica spreminjanja (angl. change talk) ali še natančneje govorica, ki napoveduje spreminjanje. Gre za izjave klienta, ki kažejo na to, da je oseba usmerjena k pozitivnim spremembam svojega problematičnega vedenja. To so besede, ki jih želimo slišati, ki jih poskušamo izvabiti in nato osvetliti klientu, ker je očitno, da napovedujejo spreminjanje vedenja. Koncept govorice spreminjanja se še vedno razvija. Trenutno gre za štiri elemente v izjavah, ki nam povedo, ali gre dejansko za to obliko govora. Ti elementi so vidni, ko klient ubesedi, da 1) se je sposoben spremeniti, da 2) se želi spremeniti, 3) zakaj se želi spremeniti, 4) kaj mu bo sprememba prinesla.

Te izjave so povezane s specifičnim vedenjem ali sklopom vedenj (npr. izboljšanje zdravja, družbeno sprejemljivejše vedenje, izogibanje rabi PAS, varnejše spolno življenje, zmanjšanje fizičnega nasilja, interes za urejanje zobovja ...).

Govorica spreminjanja običajno pride iz ust klienta – ni pa nujno. Če namreč svetovalec reflektira nekaj, kar sliši kot možno govorico spreminjanja, in če klient to potrди kot ustrezno, se to jemlje kot govorica spreminjanja. Taki so tile terapevtovi stavki: »Torej ne veste točno, zakaj to počnete (abstinirate), ste pa prepričani, da to želite (abstinirati),« ali »Radi bi se spet počutili kot takrat, pa ne veste, kako to doseči.«

Govorica spreminjanja je običajno izražena v sedanjiku. To pomeni, da klient govori o stvareh, ki so zanj pomembne sedaj. Če svetovalec reflektira izvirni stavek: »Zaradi tega ste imeli probleme in jih mogoče še imate,« in klient odgovori: »Tako je,« bi to bil govor spreminjanja.

## 5. Tehnike MI

Gre za dogovor o temi pogovora, raziskovanje tipičnega dne, preverjanje pomembnosti in zmožnosti, raziskovanje vrednot, pogled naprej, dve možni prihodnosti, analiza ZA in PROTI (dolgoročno in kratkoročno), model FRAMES, ključno vprašanje, raziskovanje možnosti, načrtovanje in spremljanje oziroma preprečevanje zdrsa.

### A) Strinjanje s temo pogovora

Če gre za več zadev, se dogovorimo za fokus pogovora, pazimo, da tega ne naredimo prehitro (past!), pozorni smo, da ne pozabimo osnovne zadeve, zaradi katere je klient prišel oz. o kateri želi govoriti, lahko imamo tudi delovni list ali narišemo več krogcev področij in potem izberemo temo.

### B) Raziskovanje tipičnega dne

Ko opisuje svoj tipični dan, pacient lažje začne govoriti in se navadi pripovedovati. Ko opisuje svoj tipični dan, konec tedna ali teden, bolje razumemo določene vidike (področja) njegovega življenja. Ob tem naj ima občutek, da je slišan. Prepoznamo govorico sprememb in jo reflektiramo, lahko že vpletamo problem, zaradi katerega je prišel (npr.: »Rada bi čim boljše razumela, kakšno vlogo ima alkohol/trema/strah/tašča ... v vašem življenju, prosim, opišite mi en svoj dan.«). Uporabljamo odprta vprašanja: »Mi poveste kaj več o tem. Kako pa začnete dan? In kaj delate popoldan? Je ob koncih tedna drugače?« Na koncu povzamemo vse bistveno.

Pozor: NE skačemo v besedo! »Zakaj pa ne greste na sprehod?« Ne ocenjujemo! »Kaj bi lahko naredili namesto tega?« Pomembna je tudi neverbalna komunikacija. Ne zavijamo z očmi.

### C) Raziskovanje pomembnosti in zmožnosti

Pri odločitvi za spremembo vedenja preverimo tudi, kako pomembno se to zdi klientu in kako zmožnega (sposobnega) se čuti, da bo to izpeljal. Možne so vse kombinacije. Lahko je zanj zelo pomembno, da nekaj spremeni v življenju, a se ne čuti niti malo sposobnega ali pa obratno – čuti se sposobnega, a to zanj sploh ni pomembno. Dobra napoved je, če je zanj sprememba pomembna in se čuti zmožnega, najslabše pa, če mu ni niti pomembna niti se ne čuti zmožnega. Da mu pomagamo ozavestiti to dvoje oziroma da najde motivacijo za dvig pomembnosti in da ga krepimo glede sposobnosti, uporabljamo določeno strategijo.

Pri preverjanju **zmožnosti** okrepimo klientova optimizem in samozavest, da je sprememba možna, spodbujamo avtonomijo in sposobnosti za lastne odločitve in pomagamo raziskovati njegove vire moči.

Tako lahko na lestvici od 0 do 10 pokaže, kako zmožnega se čuti za spremembo. Nato vprašamo, kako to, da je izbral x in ne 0 ali 1 (ponudimo vrednost nižjo od njegove). Kaj je tisto, kar ga je napeljalo na to oceno? Kakšni so razlogi? Na koncu povzamemo.

*Splošni primer uporabe:*

»V kolikšni meri se na lestvici od 0 do 10 počutite zmožni izpeljati to spremembo (ali vztrajati pri spremembi)?«

»Rekli ste xy (npr 2). Zakaj xy (2) in ne nižja številka, npr 0 ali 1? Zaradi česa se v določeni meri počutite zmožni izvesti to spremembo?«

»Kaj pa bi se moralo zgoditi/kaj bi vam pomagalo zvišati vašo zmožnost za 1 ali 2 številki višje?«

Spodbudite jih k razmišljanju o tem, zakaj so zmožni, potem lahko delite tudi ideje drugih ljudi, ki so bili na istem.

*Povzemite razloge za zmožnost.*

Pri preverjanju **pomembnosti** nas zanimajo pacientovi lastni motivi, zato izvabljam govor spremembe in mu omogočamo, da sliši samega sebe ubesediti željo in razloge za sprememb oz. dvigamo stopnjo pripravljenosti za spremembe. Izogibamo se dajanju predlogov, ne sprašujemo, zakaj to ni pomembnejše, ker s tem izzovemo odpor, niti ne hvalimo, če je pomembnost visoka. Če rečejo 0, to pomeni, da se ne želijo spremeniti in tudi to je sprejemljivo. Na lestvici od 0 do 10 naj ocenijo, kako pomembna je zanje ta sprememba? Nato jih vprašamo, zakaj so pomembnost ocenili z x (npr. 3) in ne z 0 ali 1 (ponudimo nižjo vrednost od izrečene) in vprašamo, kaj je tisto, zaradi česar je sprememba zanje pomembna? Iščeemo razloge, nato povzamemo.

*Splošni primer uporabe:*

»Se lahko dotakneva nekaterih razlogov za spremembo?«

»Če ocenite na lestvici od 0 do 10, na kateri je 0 popolnoma nepomembno in 10 zelo pomembno, kako pomembno je za vas, da začnete/prenehate/zmanjšate/povečate ...?«

»Rekli ste xy (npr. 2). Zakaj xy (2) in ne nižja številka? Zakaj je za vas pomembno, da spremenite ...?«

### D) Raziskovanje vrednot

Osredotočanje na vrednote lahko motivira klienta, da se bo odločil za spreminjanje. Usmerjanje po-

zornosti na razliko med idealnimi (želenimi) življenjskimi in aktualnimi razmerami lahko vzpodbudi težnjo po uravnoteženju vsakdanjega vedenja, tako da bi bilo skladnejše z globljimi prepričanji. Posameznik, ki bo bolj ozaveščen o samem sebi in lastnih vrednotah, se bo močneje zavedal, da s problematičnim vedenjem sicer zadovoljuje kratkoročne potrebe, a to ne vodi k izpolnitvi višjih vrednot ali dolgoročnemu zadovoljstvu. Ko se posvetimo idealom, lahko to zmanjša klientove obrambe in poveča željo po spremembi, saj se ne ukvarja s problematičnim slabim načinom življenja, ampak se obrača k življenju, ki bi lahko bilo dolgoročno zadovoljnejše, srečnejše.

Ambivalentnost glede različnih možnosti lahko delno vidimo tudi kot rezultat konflikta vrednot. Včasih se razreši tako, da se klient odloči, da bodo dolgoročneje vrednote (npr.: zaposlitev, družino, prijateljstvo, finančno preskrbljenost) prevladale nad kratkoročnejšimi (npr.: zabavo, sprostitev, vznemirjenjem). Včasih je potrebna le ugotovitev, da načini zadovoljevanja kratkoročnih vrednot preprečujejo zadovoljevanje dolgoročnih in da obstajajo druge poti za doseganje istega (sprostitve, zabave ...). Ko skupaj s klientom iščemo pozitivno motivacijo, odpremo vrata za premislek o drugačnih načinih zadovoljevanja kratkoročnih zadovoljstev, ki ne bodo preprečevali izpolnitve dolgoročnih ciljev.

Za obravnavo vrednot so primerne tudi karte z napisi vrednot, ki jih klient razporeja skladno s svojimi prioritetami. Vse to pa predstavlja izhodišče terapevtskega pogovora o pomenu določenih vrednot, povezavi vedenja in vrednot, ovirah za doseganje vrednot in možnostih spreminjanja.

#### E) Pogled v prihodnost

Gre za strategijo, ki pomaga pacientu s pomočjo vizije odkriti njegove motive za spremembo. Predlagamo mu, naj pogleda naprej za 6 mesecev (2 leti, 5 let ...) in si predstavlja, da se je njegovo življenje izboljšalo, da mu gre dobro. Naj poskusi odgovoriti na vprašanja: Kaj bo drugače? Kaj boste počeli? Kako boste preživljali svoj teden? S kom boste preživljali svoj čas? Nato povzamemo odgovore in postavimo tranzicijsko vprašanje: »Kaj mislite, da naj bi storili za tak napredek?«

#### F) Dve možni prihodnosti

Izhajamo iz trenutnega stanja in povabimo klienta, naj razmišlja o dveh možnostih. Prva je ta, da se nič ne spremeni v prihodnosti (čez 6 mesecev, 2 leti ...), druga pa, da do spremembe pride. Vprašamo, kaj pomeni zanj, če se nič ne spremeni, in kaj bi lahko pomenilo, če do spremembe pride. Večji kot je razkorak med dvema različnima možnima prihodnostma, pomembneje se bo osebi zdelo napraviti spremembo.

*Primer: »Zamislite si, da bi se odločili, da trenutno ni pravi čas, da bi naredili spremembo. Čez nekaj mesecev/let se spet srečava in ste ostali na istem kot ste sedaj ... Kaj mislite, kaj bi to za vas pomenilo?«*

*Zdaj pa si zamislite, da ste se odločili, da boste nekaj spremenili. Nato se srečava čez nekaj mesecev/let in vi vzdržujete novo stanje, uspelo vam je. Kaj bi to za vas pomenilo? Kaj je najboljše pri tem?«*

*Povzamemo in vprašamo: »Torej, kaj menite, da boste storili?«*

#### G) »Za« in »proti«

Ena od aktivnosti za pomoč pri odločanju je tudi tehnika, imenovana ZA in PROTI. Miller in Rollnick sta ugotovila, da je to lahko problematično, ker ne izvabi pravih motivov. Zato jo priporočata le za točno usmerjene situacije pri ljudeh na začetni stopnji pripravljenosti. Namesto tega svetujeta, naj bo svetovalec direkten in naj selektivno izvablja in krepi govorico sprememb. V MI ljudje razrešujejo ambivalenco, tako da sami sebe prepričajo v spremembo.

#### H) Svetovanje po modelu »FRAMES«

je bila na začetku vzpona MI tehnika za krepitev motivacije za vključitev v obravnavo tistih ljudi, ki imajo probleme, povezane s pitjem alkohola. Zdaj se je to spremenilo oz. razširilo v osredotočanje

na motivacijo za spremembe. (1) Šlo je za jedrnat povzetek, ki ga zajema znana kratica motivacijskih postopkov FRAMES: F – feedback (povratno sporočilo), R – responsibility (odgovornost), A – advice (nasvet), M – menu of options (možnosti), E – empathy (empatija), S – self-efficacy (samoučinkovitost, sposobnost). To pomeni, da klientu ponudimo **povratno sporočilo** o njegovem vedenju, razmišljanju, nasvet glede njegove nadaljnje obravnave, dopustimo še druge **možnosti**, vse to ob izrazih **empatije**, prepuščanju **odgovornosti** in prepričanju v njegove **sposobnosti**.

#### I) Ključno vprašanje

Kako naprej? Kaj nameravate storiti? Kakšen je naslednji korak?

Če klient odgovori: »Mislim, da se bom spremenil,« mu pomagamo razviti načrt. Če reče: »Mislim, da se ne bom spreminjal,« brez ocenjevanja sprejmemo tudi to možnost, lahko pa ga vprašamo, če bi se želel še kdaj srečati z nami. Če reče: »Ne vem ...,« ga vprašamo, če bi želeli še malo premisliti o tem. Če nas vpraša: »Kaj pa vi mislite, da bi moral/-a storiti?« mu povemo, da se namesto njega ne moremo odločiti, ker je to odvisno od tega, kaj sam želi zase. Lahko z njim podelimo, kaj pomaga drugim ljudem.

#### J) Raziskovanje možnosti

Lahko rečemo: »Se strinjate, da zdaj pogledava, kakšne so možnosti? Katere možnosti vidite?« Pogledamo možnosti kot razprostrte karte in vprašamo, katera se jim trenutno zdi najbolj izvedljiva, možna, najbližja ... »Če bi se odločili za spremembo, kaj bi bil vaš naslednji korak? Kateri bi bili tisti najenostavnejši koraki, ki bi izboljšal trenutno situacijo? Kako bi to dosegli? Po kako dolgem obdobju, menite, da bi zaznali spremembe? Kdo vam lahko pomaga pri tej spremembi? Kako bi svetovali nekemu, ki je v taki situaciji kot zdaj vi? Kaj bi še lahko bilo v pomoč? Smem podeliti, kaj navadno pomaga drugim ljudem v podobni situaciji? Kaj menite o tem?«

#### K) Načrt

Načrt naj bo dovolj velik, da bo viden, in dovolj majhen, da bo uspel. Uporabljamo vprašanja, kot so: »Kako se boste lotili? Kaj boste naredili najprej? Na kaj se morate najbolj osredotočiti, da bo načrt uspel (2–3 stvari)? Kdaj nameravate začeti? Kdo vam lahko pomaga pri spremembi? Kako vam lahko pomagam jaz?« Načrt lahko napišemo, fotokopiramo, ga damo osebi.

#### L) Preprečevanje zdrsa (recidiva, ponovitve ...)

Vprašamo: »Kaj bi vam lahko prekrižalo načrte?« Nekateri ljudje pri poskusih, da uvedejo spremembe, naletijo na nekatere težave. »S katerimi, menite, da se boste srečali vi? Lahko pomislite na kakšno situacijo, ki bi lahko bila za vas skušnjava, ki bi vas vrnila nazaj na stara pota?«

Ko pregledamo situacije visokega tveganja, nadaljujemo z iskanjem preventivnega vedenja. »In kaj bi lahko storili v taki situaciji? In kako bi lahko zmanjšali tveganje, da se to zgodi? Kako bi ravnali, če bi zaznali, da spet ponavljate stare vzorce? In če bi se to zgodilo, kaj bi bilo smiselno narediti po tem, morda naslednji dan, da se zopet vrnete na pot k cilju?«

## Dodatek

### 1. Nekaj možnih pasti

- Vzorec pogovora »vprašanje – odgovor« povečuje pasivnost, zapira dostop do globljih nivojev izkušnje in ne spodbuja klientov, da bi raziskali globlje vzroke, odnos pa postane hierarhičen.
- Vzorec pogovora »konfrontacija – zanikanje« zapelje svetovalca in klienta v prepirljivo zanko, v kateri klient pričaka vsak svetovalčev argument s protiargumentom za status quo.
- V past »strokovnosti« se ujame svetovalec takrat, ko ponuja klientu usmeritve, ne da bi prej raziskal njegove želje, cilje, načrte.
- V past »etiketiranje« pade svetovalec pri poskusih, da bi prepričal klienta, da ima problem (ali diagnozo).
- »Prezgodnje fokusiranje« poveča odpore in privede do posvečanja nepomembnim in sekundarnim problemom.

### 2. Dva primera

#### 1. Primer »Boli me želodec.«

52-letna poročena ženska je bila sprejeta v bolnišnico zaradi abdominalne bolečine in bruhanja krvi. Zdravnik ugotovi povišane vrednosti GGT in posumi, da gre morda za prekomerno pitje alkohola. To je njegovo drugo srečanje s pacientko. Če bi jo direktno konfrontiral s pitjem, bi se pacientka verjetno počutila izzvano, napadeno in bi se branila. Preventiva ponovnega sprejema v bolnišnico in promocija zdravja sta sicer pomembna cilja, a kako se tega lotiti?

Zdravnik je pravkar končal s pregledom in nadaljuje ...

Zdravnik: »Doživeli ste kar hud šok, a upam, da ste si do sedaj že malo oddahnili.« (začne z odprto empatično izjavo)

Pacientka: »Da, hvala. Doma res nimam dosti časa za počitek – divjam okrog z avtom 'gremo, gremo...!', kot da sem na neki nujni odpravi, skrbim za otroke, hodim v službo, kuham ..., ni da ni ...«

Z: »Veliko zadržitev in vse vam uspe narediti.« (reflektivno poslušanje)

P: »Zanimivo, da ste to rekli, ker je povsem točno. Doma mi pravijo supermama, v službi sem vedno jaz tista, ki napravi red, ko je največja zmešnjava in se je nihče ne upa lotiti. Sploh takrat, ko smo vsi v stresu zaradi tesnih rokov.«

Z: »Pravzaprav bi vas rad malo povprašal o vašem načinu življenja. Zanima me, ali je morda kakšna povezava s tem, kar se dogaja z vašim želodcem. Se lahko malo pogovoriva o tem?« (vpelje temo življenjskega sloga na splošno, išče dovoljenje za pogovor o tej temi)

P: »Mislim, da je to vse v redu. Superženska se je pač znašla v težavah. Na kaj ste mislili?« (prvi mali znak govornice spreminjanja)

Z: »Ne vem točno. Prehrana, alkohol, preveč obveznosti ... Kaj vem. Vi lahko najbolje ocenite vse to. Videti je pa, da imate precej hitro življenje.« (nežno informiranje, pušča avtonomijo in se vrača k njeni zgodbi o življenjskem slogu)

P: »Ne vem, če je hitro prava beseda.«

Z: »Kot da bi uživali, da ste ves čas na preHITEVALNEMU PASU.« (poslušanje, ugibanje)

P: »Rada imam, če so stvari opravljene, dokončane. Zdi se mi, kot da gre za neko brenčanje, hitenje od ene stvari k drugi.«

Z: »Ali sploh kdaj zapeljete na počasnejši vozni pas?« (vprašanje, ki usmerja, uporaba metafore – vozni pas)

P: »Teško je, veste. To ni šala – res imam ogromno dela, v bistvu se sploh ne utegnem sprostiti.« (postaja nekoliko bolj čustvena)

Z: »Kaj naredite zase?« (usmerjajoče, odprto vprašanje, želi razumeti, kje se morda vklopi alkohol)

P: »Zvečer, ko so otroci v postelji, včasih pogledam kakšen film in si zraven odprem steklenico vina. To je moj čas. Pravzaprav je to moj edini prosti čas.« (sama začne temo pitja v okviru vsakodnevnih rutine)

Z: »To vam pomaga, da se hitenje malo ustavi in da se vsaj zvečer sprostite.« (refleksija)

P: »In včasih grem ob koncu tedna ven s prijatelji, na kozarček.«

Z: »Pitje je način, ki vas sprošča. Povejte mi, kaj veste o tem, kako alkohol vpliva na želodec?« (Refleksija, izmenjava informacij, z vprašanjem, kaj ve)

P: »Vem, da lahko poveča apetit – kot npr. aperitiv. Ali mislite, da je to vzrok mojih težav? Mi zato to govorite?« (rahla obramba)

Z: »Ja, mogoče je to del vsega, kar se dogaja. V vaših izvidih sem videl, da je ena vrednost povišana in sicer test, ki kaže na funkcijo jeter. Velikokrat je povišan zaradi alkohola.« (informira)

P: »Krasno! Edina stvar, ki si jo privoščim zase in vi bi mi še to vzeli!« (obramba)

Z: »Nič ne zaključujem. Izbira, kaj narediti, je povsem vaša. Ne morem se odločiti namesto vas.« (izogone se prezgodnjemu osredotočanju na problem, poudari izbiro, avtonomijo)

P: »Jaz si želim le normalno življenje. Rada bi, da me neha boleti želodec in da grem domov.«

Z: »Zadnje čase ste imeli presneto naporno življenje. Jaz si želim isto za vas – življenje, s katerim boste zadovoljni in vas ne bo pripeljalo nazaj k nam.« (poslušanje, opogumljanje)

P: »Kaj je zdaj s tistim izvidom, ki ste ga prej omenili? Ste me kar malo prestrašili.« (vprašanje, ki daje dovoljenje za nadaljnje informiranje)

Z: »To je vrednost, ki je pogosto povišana, kadar človek pije več, kot lahko njegovo telo obvlada. Vi ste vitki, kar pomeni, da bo že malo alkohola imelo velik učinek. Poleg tega ženske ne razgrajujejo alkohola v jetrih tako dobro kot moški.« (dajanje pomembnih informacij)

P: »Mi hočete reči, naj zmanjšam pitje?«

Z: »To je vaša odločitev, kaže/videti je, da je to to, kar vam govori vaše telo. Tudi stresno življenje vpliva na želodec in če je zraven vsega še alkohol – lahko pride do resnih problemov.« (poudari izbiro, avtonomijo, informira)

P: »Kaj se zgodi?« (vprašanje, ki daje dovoljenje za informiranje)

Z: »Alkohol že sam draži sluznico požiralnika in želodca. Poznate pekoč občutek, če spijete kakšno močno žgano pijačo?« (informiranje)

P: »Ja, seveda.«

Z: »Ta pekoč občutek, je učinek alkohola. Obenem se izloča še želodčna kislina – to je tisto, kar poveča apetit – in to vse prispeva k težavam želodca oslabelega zaradi stresa. Vse skupaj se lahko konča z rano na želodcu. Kaj pravite na to?« (Informira in vabi k osebni interpretaciji)

P: »Ne želim si rane na želodcu. Ali mislite, da jo že imam?« (govorica, ki nakazuje razloge za spremembe)

Z: »Možno. Potrebni je še nekaj preiskav, ki to natančno pokažejo. Če se bo pokazalo, da je rana, kaj mislite potem narediti?« (Odprto vprašanje)

P: »Verjetno mi boste predpisali kakšna zdravila. Predpostavljam pa, da bo treba malo zmanjšati pitje, tudi če še nimam rane.« (govorica spreminjanja, ki nakazuje potrebo po spremembi)

Z: »Kako težko bo to za vas?« (usmerjajoče vprašanje)

P: »Ne preveč. Najti bi si morala drugačen način sprostitve.« (govorica spreminjanja, ki nakazuje sposobnost)

Z: »Vi lahko zmanjšate pitje, če se tako odločite. Lahko tudi prenehate piti.« (refleksija usmerjajoče vprašanje)

P: »Nisem čisto prepričana.«

Z: »Torej – zakaj bi zmanjšali pitje ali celo prenehali piti?« (usmerjajoče vprašanje)

P: »Zaradi zdravja! Zgleda, da si lahko naredim luknjo v želodcu in še jetra so že načeta. Mislim, da bi bil čas!« (govorica spreminjanja)

Z: »Ja, tudi meni se zdi tako. Kaj boste naredili?« (išče pristanek, obljubo)

P: »Lahko odstranim ves alkohol iz stanovanja, da ne bo skušnjave. Ja, to bom naredila!« (govorica spreminjanja s prvimi zametki obljube)

## 2. primer: »Negativno zdravniško mnenje«

Pacient prihaja potem, ko na sistematskem pregledu zaradi slabih jetrnih izvidov ni dobil pozitivnega mnenja o delazmožnosti. Prihaja na pregled k psihiatru. Podobno bi lahko tekkel pogovor z zdravnikom v splošni ambulanti, potem, ko se pacient vrne z negativnim izvidom iz ambulante medicine dela.

Pacient: »Dober dan, ste vi dr. AB?«

Zdravnica: »Dober dan. Ja, prav ste prišli. Kar sedite.«

P: »Tu imate potrdilo za napotnico.«

Z: »Hvala lepa. Prosim, povejte, kako to, da ste prišli k meni?« (odprto vprašanje)

P: »Poslali so me. Saj piše na napotnici.«

Z: »Ja, nekaj malega res piše. A zanima me, kaj vi pravite.« (vzpostavlja partnerski odnos, upošteva avtonomijo)

P: »Jaz nisem noben alkoholik. Res sem prej kdaj malo preveč popil, zdaj pa skoraj nič. Če bi bil tak alkoholik, ne bi hodil v službo 20 let in ne bi zgradil hiše.« (obramba)

Z: »To ste morali biti res delavni in prav je, da ste ponosni na svoje dosežke. Kaj pravzaprav delate v službi?« (afirmacija, ki kaže na sprejemanje in zanimanje za širše področje)

P: »Vzdrževalec sem v večjem podjetju. Praktično znam vse popraviti in nikoli mi ni bilo težko odzvati se klicu, če so me potrebovali, tudi izven mojega rednega delovnega časa.«

Z: »Precej naporno in odgovorno delo. Ali vas zato pošiljajo na redne preglede?« (refleksija in navezava na pridobivanje informacij)

P: »Ne vem, tako imamo urejeno v podjetju. Mislim, da sem veliko naredil za to podjetje.«

Z: »Najbrž bo res tako, kajti sicer bi jim bilo vseeno za vas in za vaše zdravje. Tako pa vas pošiljajo na preglede in sedaj so vas poslali še sem.« (afirmacija)

P: »Ampak jaz ne potrebujem nobenega zdravljenja, piti lahko neham, kadar hočem.« (obramba)

Z: »Po eni strani ne vidite nobenega razloga za kakšno obravnavo, po drugi pa bi se vam zdelo smiselno prenehati s pitjem.« (dvostranska refleksija, ki nagovarja ambivalentnost)

P: »Ja, nekako tako. Če bo treba, bom pač nehal.« (nakazana govorica spreminjanja)

Z: »Ali ste že kdaj poskušali manj piti, bolj zmerno?«

P: »Ah, ko spijem enega, potem večkrat ne znam nehati. Bolje, da nekaj časa nič ne pijem.«

Z: »Torej že imate to izkušnjo, da je lažje nič kot malo.« (refleksija s preverjanjem hipoteze)

P: »Ja, ker lani nisem pil tri mesece, pa je bilo vse zelo v redu. Dobro sem se počutil, nobenih problemov ni bilo.«

Z: »Zakaj pa ste se odločili, da prenehate s pitjem?« (pridobivanje informacij)

P: »Neke težave z želodcem sem imel, dobil sem zdravila, ob katerih nisem smel piti, pa sem se kar odločil.«

Z: »Če se odločite, tudi vztrajate.« (refleksija)

P: »Ja, seveda.«

Z: »Tudi jaz mislim, da je najpomembnejša odločitev. Ko se človek odloči, potem gre vse lažje. Najtežje je tisto nihanje bi–ne bi. Kaj pa sedaj razmišljate?« (reflektiranje govorice spreminjanja, sporočanje sprejemanja ambivalentnosti, povezovalno vprašanje, ki upošteva avtonomijo pacienta in je znak partnerskega odnosa)

P: »Da bi bilo dobro, če bi se spet tako odločil.«

Z: »Kaj bi pridobili, če bi se odločili za prenehanje ali zmanjšanje pitja alkohola?« (izvabljanje motiva za spremembo oziroma govorice spreminjanja)

P: »Prepričan sem, da bi to bilo dobro za moje zdravje.« (govorica spreminjanja)

Z: »Vas skrbijo izvidi? Bi želeli več informacij v tej smeri?« (zanimanje za pacientove skrbi in preverjanje zaželenosti informiranja)

P: »Ja, seveda. Sicer ne vem točno, koliko so jetra prizadeta, a ni mi vseeno.« (pokaže se skrb in daje privoljenje za informiranje)

Z: »Poglejte, normalna vrednost najboljčutljivejšega jetrnega testa gama GT je 0,9 – vaša vrednost je 3,5. To še ni razpad jeter, vendar je znak, da se z jetri nekaj dogaja, in sicer ne preveč dobro. Rdečih krvničk, zelo pomembnih celic, ki prenašajo kisik po telesu, naj bi bilo 4,2 milijone, vi jih imate 3,9 – poleg tega je volumen ene celic povečan – namesto 94 je 101. To pomeni, da jih imate premalo in da so nekako napihnjene, manjvredne. V takih primerih govorimo o slabokrvnosti, ki se pojavi pri pitju alkohola.« (informiranje)

P: »Pa se to popravi?«

Z: »Ja, preprosto, z abstinenco. To pomeni, če ne pijete več alkoholnih pijač, se te vrednosti kmalu izboljšajo. Se vam zdi verjetno, da je to zaradi alkohola?« (pozitivno naravnano informiranje in zanimanje za mnenje v smislu partnerskega odnosa)

P: »Ne vem, kaj pa kakšna dieta? Veste, nisem preveč zdravo jedel. V službi so tista mastna prehrana pa sendviči.«

Z: »Izkušnje kažejo, da je to najlažje videti, če se odločite, da nekaj časa ne pijete, recimo kakšen mesec, potem ponovimo preiskave, pa boste videli. Kaj pravite?« (upoštevanje avtonomije, izbire)

P: »Prav. Bova ponovila teste, pa boste videli, da jaz to zmorem.«

Z: »Naj povzamem najin pogovor. Če sem prav razumela, ste bili kar malo prizadeti, ko niste dobili pozitivnega zdravniškega mnenja, zamerili ste tudi delodajalcu, da vas je sploh poslal na pregled. Obenem pa lahko verjamete, da vas ceni in želi, da ste zdravi in sposobni za delo. Laboratorijski izvidi

vas malo skrbijo, zato razmišljate, da nekaj spremenili glede pitja alkohola. Enkrat ste že abstinirali tri mesece, kar pomeni, da zmorete tisto, za kar se odločite. Je to vse. Bi še kaj dodali?» (povzemanje)

P: »Ne, to je vse bistveno.«

Z: »O čem zdaj razmišljate?» (povezovalno vprašanje)

P: »Poskušam se spomniti, kako je bilo takrat, ko sem prenehal s pitjem.« (govorica spreminjanja)

Z: »Zanima me še nekaj. Ali ob prenehanju pričakujete kakšne težave? Vam lahko kako pomagam?» (empatična podpora, puščanje avtonomije)

P: »Kaj mislite?»

Z: »Bi bilo možno, da se vam bodo tresle roke ali da boste slabo spali? Ste imeli mogoče kdaj epileptične napade?» (vprašanje, ki je usmerjeno v načrtovanje)

P: »Ne, napadov nisem imel nikoli. Vem, da se drugi ali tretji dan pojavi kriza, a me ni strah, da ne bi zdržal. Tudi kakšnih tablet ne bi jemal.« (zaveza)

Z: »Ali bi se vam zdelo smiselno, da mi pridete povedat, kako je šlo?» (predlog spremljanja)

P: »Ja, pridem. Kdaj predlagate?» (zaveza)

Z: »Recimo čez en teden.« (potrditev pacientove zaveze in aktualnega načrta)

P: »Prav.«

Z: »Kaj pa vaši domači menijo o tem, da bi vi prenehali s pitjem?» (izvabljanje motiva)

P: »Všeč bi jim bilo.«

Z: »Potem vas imajo radi in jih skrbi za vas.« (afirmacija)

P: »Najbrž res.«

Z: »S kom živite?» (odprto vprašanje, pridobivanje informacij)

P: »Z ženo in otroki, pa še ženini starši so zraven.«

Z: »Ali bi lahko naslednjič prišla žena z vami?» (vprašanje usmerjeno v iskanje opornih točk pri načrtovanju spremembe)

P: »Ji bom rekel.«

Z: »Dobro. Se vidimo čez teden dni ob 9. uri. Srečno!«

P: »Nasvidenje!«

To je izsek pogovora, ki je običajno sicer daljši in se razlikuje tudi v tem, kaj je v tistem trenutku pomembno za pacienta (zdravje, delovno mesto, družina ...) oziroma do katere stopnje motiviranosti za spremembe je prišel. Več je raziskovanja okoliščin, v katerih pacient živi, kaj trenutno počne. Vsebuje pa tudi ta pogovor elemente vzpostavljanja dobrega odnosa, iskanja pacientovih močnih platí, pozitivnih točk, brez vsiljevanja mnenja in diagnostičnih etiket, prepuščanje odločitev in s tem odgovornosti za nadaljnji razvoj dogodkov.

Nadaljnji pogovori tečejo glede na to, ali je pacientu uspelo ustaviti pitje ali ne. V prvem primeru nadaljujemo s krepitvijo motivacije za vzdrževanje abstinence, v drugem skupaj z njim iščemo načine, kako bi mu pri ustavitvi pomagali, velikokrat z usmeritvijo v program zdravljenja.

MI deluje, deluje v relativno majhnih odmerkih, učinek je relativno velik in se večja z negativnostjo (učinkovitejši je pri jeznih, na videz nemotiviranih ljudeh), deluje, ker znižuje odpor, več je samomotivacijskih izjav, večji je učinek. Terapevti, ki prakticirajo MI, dosegajo večjo uspešnosti (ne glede na izenačenost treningov). Izkazalo se je namreč, da je pomembna sposobnost izražati empatijo. Pri tem gre za osebnostno lastnost, za katero so značilni pozitivna naravnost, zaupanje v človeško naravo, spoštovanje drugih, sposobnost krepiti samospoštovanje drugih, sprejemanje drugega (in sebe) in sposobnost imeti rad druge, ko je edini interes njihova dobrobit in rast.

## Literatura

1. Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing, third edition. London: The Guilford Press, 2013.
2. Rollnick S, Miller W, Butler ChC. Motivational Interviewing in Health Care (Helping people change behavior). London: The Guilford Press, 2008.
3. Rosengren DB. Building motivational Interviewing Skills (Practitioner Workbook). London: The Guilford Press, 2009
4. Miller WR. Rediscovering Fire: Small Interventions, Large Effects; Psychology of Addictive Behaviors, 2000.
5. Miller WR. Toward a Theory of Motivational Interviewing. Reprinted with permission from Motivational Interviewing Newsletter: Updates, Education and Training. Minuet, 1999.
6. Rollnick S, Miller WR: What is MI? Reprinted with permission from Rollnick S, Miller WR. What is motivational interviewing? Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 1995;23, 325 –334.
7. DiClemente CC et al. Motivation for Change and Alcoholism Treatment, Alcohol Research&Health Vol.23, No.2, 1999.
8. Miller WR, Zweben A, DiClemente CC, Rychtarik RG. Motivational enhancement therapy manual. Rockville, Maryland: National Institute of Health, 1995.

## 2.2. POGOVOR O PITJU ALKOHOLA

Marko Kolšek, Tadeja Hočevar

### Uvod

Vsakdo lahko v okviru svojega dela tako ali drugače prispeva k prizadevanjem za zmanjšanje škode, ki jo povzroča pitje alkohola. Če ne gre za poklice, ki so specializirani prav za nudenje podpore ob težavah zaradi alkohola, je ta prispevek k zamejevanju alkoholne problematike možen predvsem preko kratkega pogovora, vpletenega v siceršnje delo. Bolj ko je odnos z uporabnikom/pacientom poglobljen, dolgotrajen, več je možnosti za bolj poglobljen in celovit pogovor in obratno.

Osnovni namen pogovora o tveganem in škodljivem pitju je zmanjšanje (možnosti) škode zaradi pitja alkohola.

Cilj pogovora je vsaj splošno informiranje in ozaveščanje posameznika (in skupnosti) o tveganjih, povezanih s pitjem alkohola, če je možno, pa tudi nadaljnje delovanje oz. obravnava pitja alkohola, kjer so cilji:

- zgodnje odkrivanje tveganega in škodljivega pitja alkohola,
- ustrezno ukrepanje ob ugotovljenem tveganem in škodljivem pitju ali zasvojenosti z alkoholom,
- spremljanje posameznika, ki pije tvegano ali škodljivo (ali je zasvojen z alkoholom), če zmanjša ali opusti pitje alkohola in tudi če ne spremeni svojih pivskih navad,
- vzpostavljanje povezave med različnimi deležniki v obravnavi tveganega in škodljivega pitja ali zasvojenosti z alkoholom.

Ciljne skupine so vsi posamezniki in člani skupnosti, ki imajo ali bi lahko imeli težave zaradi pitja alkohola, in njihovi svojci oz. osebe, ki čutijo negativne posledice pitja alkohola drugega.

V okviru projekta SOPA – Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola smo opredelili vrste ukrepov, ki jih lahko izvedemo v obliki pogovora s sogovornikom, uporabnikom/pacientom.

V nadaljevanju so predstavljeni izbrani vidiki pogovora o alkoholu, kot so aktualni v pristopu SOPA.

### Pogovor o pitju alkohola

#### Potrebna specifična znanja za obravnavo

Potrebna specifična znanja za strokovno ustrezen pogovor o pitju alkohola so različna in jih v grobem lahko razdelimo v dve splošni kategoriji:

1) Znanja o alkoholni problematiki v ožjem smislu: znanja o učinkih alkohola, podatki o razširjenosti problematike v skupnosti in učinkovitih ukrepih za zamejevanje (poglavja 1.1, 1.2 in 1.4 – Zvezek I). Ta v glavnem zadostujejo za širjenje ustreznih informacij in ozaveščanje posameznikov ter ožje in širše skupnosti o škodljivosti pitja alkoholnih pijač in virih pomoči.

2) Znanja o ustreznem pristopu pri naslavljanju alkoholne problematike preko pogovora (poglavje 1.3 in 2.1 ter pričujoče poglavje). Ta znanja so potrebna, kadar želimo s pogovorom o alkoholu pri uporabniku/pacientu vzpodbuditi razmišljanje o njegovem odnosu do pitja alkohola oziroma učinkovito podpreti njegovo odločitev za bolj zdrav življenjski slog.

Ob tem je pomembno slediti priporočilom stroke glede obravnave pitja alkohola na svojem področju

in poznati tudi delo drugih deležnikov, ki delujejo na področju zamejevanja alkoholne problematike (sklop 3 – Zvezek I, sklopa 4 in 5 – Zvezek II in sklopa 6 in 7 – Zvezek III).

Ob vedno novih spoznanjih o škodljivosti pitja alkoholnih pijač in učinkovitosti utrjevanja potrebnih veščin za vodenje tovrstnih pogovorov je za učinkovito delovanje priporočljivo, da si o tej problematiki preberemo dodatno literaturo oziroma pridobimo še nekaj dodatnih znanj in veščin, ki jih potem krepimo z obdobjimi izobraževanji in vsakodnevno uporabo v svoji praksi v okviru rednega dela z ljudmi.

### Potek pogovora

Če je možno, naj pogovor o pitju alkohola vključuje presejanje oz. ugotavljanje, na kakšen način uporabnik/pacient pije alkohol, svetovanje oz. spodbujanje razmisleka o pitju alkohola in nudenje podpore za krepitev pripravljenosti za in izvedbo spremembe vedenja ter spremljanje uporabnikovega/pacientovega napredka.

V pristopu SOPA smo glede na možnosti posameznih poklicev oz. področij delovanja oblikovali tri različice t. i. kratkega ukrepa (1):

**Kratki ukrep 1 (KU1)**, ki se nanaša na obravnavo pitja alkohola uporabnika/pacienta v zdravstvenem oziroma socialnovarstvenem okolju ter glede na potrebe in možnosti vključevanja poglobljenega pogovora o pitju alkohola v siceršnje delo z uporabnikom/pacientom pomeni večkratne strukturirane pogovore in vključuje vse tri korake obravnave: presejanje, svetovanje in spremljanje. Vsakokratni pogovor o pitju alkohola lahko traja do pribl. 15 minut. Primer tega je prikazan v prilogi 2.

**Kratki ukrep 2 (KU2)**, ki se nanaša na obravnavo pitja alkohola uporabnika/pacienta v zdravstvenem okolju, kjer zaradi narave dela običajno ni veliko priložnosti za večkratne pogovore o tej temi, največkrat pomeni kratek, 3–5-minutni pogovor ob enkratnem srečanju, ki vključuje presejanje in podajanje kratkega nasveta o škodljivosti pitja alkohola in prednostih opustitve (čežmernega) ter morebiti potrebno usmerjanje na nadaljnje vire pomoči, in le če je to mogoče v okviru siceršnjih kontrolnih obiskov, dodatni pogovor oziroma pogovore ob spremljanju pacientovega napredka.

Kadar je priložnost za naslavljanje pitja alkohola prav tako omejena, a imamo na voljo več časa ter lahko kratek nasvet poglobimo in uporabnika/pacienta podpremo pri določanju ciljev in izbiri metod za spremembo vedenja, izvedemo strukturirani kratki posvet. Zanj potrebujemo nekaj minut do največ 10 minut.

**Kratki ukrep 3 (KU3)**, ki zajema predvsem informiranje o škodljivosti pitja alkohola, prednostih opustitve in virih pomoči, se lahko izvaja v pogovoru na individualni ravni ali z ozaveščanjem posameznih skupin kot takih oz. enosmerno na ravni skupnosti. Običajno je izrečeno v eni ali nekaj povedih. Ta ukrep pride v poštev takrat, ko ni priložnosti za bolj poglobljen pogovor.

Kateri ukrep bo strokovnjak pri svojem delu v dani situaciji z uporabnikom/pacientom izbral, je odvisno od narave dela (možna povezanost pitja alkohola kot dejavnika tveganja pri vzroku obiska uporabnika/pacienta), priložnosti (zlasti časovni vidik in potek siceršnje obravnave oz. srečanja z uporabnikom/pacientom) in kompetentnosti strokovnjaka za izvedbo ukrepa (znanje o alkoholni problematiki in veščine njenega učinkovitega naslavljanja).

Prednost izbranih kratkih ukrepov je v njihovi strukturi, ki olajša usmerjenost v obravnavo po določeni poti. Po drugi strani je ravno ta določena struktura slaba stran, še posebno če se je strokovnjak drži preveč togo in v pogovoru ne zazna, da je potreben drugačen pristop oz. če napačno oceni sogovornikovo pripravljenost za lastno aktivnost. Zato je pomembno, da je strokovnjak pri obravnavi uporabnikovega/pacientovega pitja alkohola ves čas pozoren na to, v kateri fazi pripravljenosti za

spremembo je uporabnik/pacient (glej stopnje spreminjanja vedenja – Transteoretični model spreminjanja vedenja v nadaljevanju tega poglavja), in da pogovor izvaja motivacijsko (poglavje 2.1).

V nadaljevanju sledi prikaz izbranih vidikov pogovora, ki vključuje vse tri korake: presejanje, svetovanje in spremljanje.

## Presejanje (odkrivanje, prepoznavanje)

Za kakršno koli ukrepanje v zvezi s pitjem alkohola na individualni ravni uporabnika/pacienta je treba najprej ugotoviti, za kakšen način pitja gre ter koliko o problematiki pitja alkohola že ve. Narava dela posameznih poklicev določa, kdaj in ob katerih priložnostih (vstopne točke) oziroma v kateri fazi siceršnje obravnave pacienta/uporabnika je najprimernjše naslavljanje pitja alkohola, kar je opisano v poglavjih 4 in 5 za vsak poklic posebej.

## Pogovor o pitju alkohola (2–4)

Pogovor naj bo nevsiljiv, naj bo v okviru obravnave osnovnega problema, zaradi katerega se srečamo. Izolirana vprašanja samo o pitju alkohola lahko pri človeku vzbudijo začudenje ali kaj drugega. Možnih je več različnih vprašanj ali pristopov, številni so lahko dobri – odvisno od osebnosti strokovnjaka in človeka, ki ga obravnava.

Do podatka o pitju najlažje pridemo v pogovoru o življenjskih navadah, v katerega lahko vključimo vprašanja posebnega vprašalnika za oceno pitja AUDIT-C oz. AUDIT-10 (priloga 1) (5, 6). S tem ko poizvedovanje o pitju alkohola združimo s pogovorom o drugih stvareh, povezanih s posameznikovimi življenjskimi razmerami in navadami, zmanjšamo njegovo morebitno začudenje, zakaj ravno njega sprašujemo o pitju.

Kadar vprašanja o pitju alkohola sicer niso del anamneze, je včasih smiselno najprej vprašati za dovoljenje: »Ali lahko še nekaj minut nameniva pogovoru, kako bi lahko ohranili čim boljše zdravje v prihodnje?« Ali pa: »Ali vas lahko vprašam še nekaj o pitju alkohola?«

Primer, kako lahko vprašamo o pitju alkohola:

»Večina ljudi kdaj kaj popije. Ali kdaj popijete kakšno alkoholno pijačo – pivo, vino ali žganje?« Če je odgovor pritrdilen, skušamo ugotoviti količino, pogostnost in način pitja alkohola. S tem ugotovimo, ali presega meje manj tvegane pitja. Z nadaljnjim pogovorom ugotovimo, ali gre za tvegano pitje ali ima že težave zaradi pitja in gre za škodljivo pitje ali celo alkoholizem. Vprašamo lahko:

»Koliko približno popijete v enem tednu (mesecu, dnevu) piva (vina, žganja)?«

»Ali kdaj popijete tudi kaj več?«

»Ali se kdaj tudi opijete – napijete?«

Pri ugotavljanju pivskega statusa je neredko težava v tem, da nam človek prikriva resnico, saj ima pitje alkohola poseben pomen – je nekakšna čustveno-moralna kategorija. Tisti, ki nimajo težav zaradi alkohola (večinoma tudi tisti, ki pijejo tvegano), ponavadi dajo točne podatke. Če pa sogovornik sluti, da bi se njegovo pitje lahko zdelo preveliko, ali če sam meni, da pije nekoliko več, kot je zanj primerno, bo pogosto povedal ustrezno manjšo ali sprejemljivejšo količino. Takšnemu prikrivanju se strokovnjak dostikrat lahko izogne, tako da je v pogovoru empatičen, nevsiljiv, brez moralnih sodb.

Če nam človek reče, da sploh ne pije alkohola, je očitno abstinent. Včasih pa v resnici hoče prikriti svoje pitje – ponavadi to rečejo ljudje, ki vedo, da pijejo preveč ali so celo že zasvojeni z alkoholom. Zato je v primeru zanikanja pitja alkohola dobro vprašati: »Od kdaj pa ne pijete alkoholnih pijač?« in

pa »Ali imate kakšen poseben razlog, da ne pijete alkohola?« Iz odgovora bo zlahka razbrati, ali gre za pravega abstinenta ali gre za pitje, za katerega človek ne želi, da bi zanj vedeli drugi. Če ni razumnih in razumljivih razlogov in če se nam zazdi, da bi šlo lahko za prikrivanje, ne kažemo dvoma in se ne pregovarjamo, prav tako ni smiselno prepričevanje ali dokazovanje, da očitno podatek o abstinenanju ni resničen. Lahko pa rečemo, da je to nekoliko nenavadno glede na to, da je v Sloveniji zelo malo ljudi, ki ne pijejo alkohola. Lahko pa kljub vsemu ponudimo informativno zloženko, vprašamo, ali pozna spletno stran [www.sopa.si](http://www.sopa.si) (7) in [www.nalijem.si](http://www.nalijem.si) (8). Pogovor z občutkom in razumevanjem uporabnika/pacienta ter morebitna razlaga o vplivu pitja alkohola na zdravje (če ga to zanima) bo pogosto premagal posameznikov odpor do iskrenosti o pivskih navadah.

Ljudje, ki pijejo na manj tvegani način, svoje pitje opišejo realno. Prav tako večina ljudi, ki pije na tvegani način, realno opiše svoje pitje. Številni ljudje, ki pijejo na tvegani način, se tega sploh ne zavedajo, saj ne poznajo meje manj tvegane pitja. Poleg tega v svoji okolici poznajo veliko ljudi, ki pijejo več kot oni in tako se jim njihovo lastno pitje zdi normalno, nič posebnega. Tudi nekateri ljudje, ki občasno pijejo na škodljiv način, tega ne prikrivajo, saj se mnogim ljudem v naši kulturi ne zdi nič posebnega ali problematičnega, če se človek včasih napije, pa čeprav ima po tem kakšne težave, npr. pivskega mačka, glavobol, prepir doma ali kaj podobnega. Mnogi čezmerni pivci pa opis svojega pitja alkohola prilagodijo situaciji in sogovornikom. Npr. pacient ob pregledu pri specialistu medicine dela, prometa in športa ponavadi prikriva svoje pitje, če presega meje manj tvegane pitja. Ljudje, ki so zasvojeni z alkoholom, pa pri vseh strokovnjakih praviloma opišejo manjšo količino ali manj pogosto pitje od resničnega ali pitje sploh zanikajo.

V vsakem primeru naj strokovnjak ob pogovoru o pitju alkohola izraža empatijo, pogovor naj poteka brez prepričevanja, brez prisile ali konfrontacij in brez moralnih sodb. Strokovnjak naj na kratko razloži, kakšno je sodobno strokovno stališče do pitja alkohola in kakšne so meje manj tvegane pitja (9), ob tem pa upošteva, da ima človek pred njim lahko drugačno mnenje. Človeku lahko tudi ponudi zloženko s splošnimi informacijami o alkoholu, v kateri so med drugim opisane tudi meje manj tvegane pitja (9), oziroma druga kratka informativna gradiva in/ali mu predlaga, naj obiše spletno stran [www.sopa.si](http://www.sopa.si) (7) oz. [www.nalijem.si](http://www.nalijem.si) (8).

Včasih pa je težava pri spraševanju o pitju alkohola na strokovnjakovi strani, predvsem kadar tudi sam pije na tvegani ali celo škodljiv način. V takem primeru se strokovnjak težje pogovarja s človekom o alkoholu, pa tudi rezultate pogovora težje ustrezno ovrednoti in ukrepa. Zato je zelo primerno, da vsak strokovnjak najprej sam pri sebi razjasni svoj odnos do pitja alkohola in ga skuša uskladiti s sodobnimi strokovnimi pogledi in spoznanji. Če ugotovi, da ima morda sam težave zaradi pitja, je priporočljivo, da se o tem pogumno pogovori s kolegom, ki mu zaupa, s svojo družino, svojim osebnim zdravnikom ali pa kar s strokovnjakom alkoholologom, saj je mnoge težave dosti lažje preseči ob ustrezni podpori.

Posebna možnost pridobivanja podatkov o pitju alkohola je *heteroanamneza* – podatki, ki jih pridobimo od tretjih oseb, pri čemer je pomembno, od koga jih dobimo in s kakšnim motivom so bili dani: npr. od partnerja, sorodnika, prijatelja, sodelavca, nadrejenega, včasih pride informacija od drugega strokovnjaka, iz šole, centra za socialno delo ali iz posameznikove soseske. Tak podatek moramo najprej ovrednotiti in presoditi njegovo verodostojnost oziroma zanesljivost. Ponavadi so takšni podatki o pitju od drugih zanesljivi – bliže, ko je informator našemu pacientu/uporabniku, zanesljivejši je podatek (partner se praktično nikoli ne zmoti); ugotoviti je treba le, če ni zlonameren ali podan zaradi preračunljivosti. Za takšno neresnično prikazovanje čezmernega partnerjevega pitja bi lahko prišlo ob razvezi zakonske zveze, ko bi sogovornik želel prikazati partnerja v slabši luči npr. zaradi odločitve, komu bodo dodeljeni otroci po razvezi. Po drugi strani je pa res, da je prav alkohol pogost razlog za razvezo. Podatke lahko dobimo tudi s sodelovanjem z drugimi službami in so seveda praviloma zanesljivi – lahko so podcenjeni, redko pa podatki govorijo o večjem problemu, kot je pitje v resnici. Uporabniku/pacientu tega, kar smo izvedeli, ponavadi ne povemo takoj kar neposredno, saj lahko z nepremišljenim prenašanjem takšnih informacij po nepotrebnem povzročimo dodatna nesoglasja.

ja ali zamere in lahko zmanjšamo človekovo pripravljenost za sodelovanje ter možnost sodelovanja družine ali okolja pri morebitnih aktivnostih za zmanjšanje pitja alkohola. Slej ko prej pa ob primerni priložnosti na primeren način človeka seznanimo s podatkom, ki smo ga dobili o njegovem pitju, in se natančneje pogovorimo, kako je z njegovim pitjem, kako on o tem razmišlja.

## Vprašalniki za ugotavljanje načina pitja alkohola

Podatke o pitju alkohola, s katerimi lahko ugotovimo, za kakšno vrsto pitja gre, pridobimo s pomočjo *standardiziranih vprašalnikov*. Največ se uporablja mednarodni vprašalnik AUDIT (10 vprašanj) (5) ali pa njegova skrajšana različica AUDIT-C (3 vprašanja), ki smo jo v Sloveniji nekoliko prilagodili (6) (obe različici vprašalnika sta v prilogi 1). Včasih so uporabljali vprašalnik CAGE (10), ki pa ni primeren za ugotavljanje tveganega ali škodljivega pitja, ampak je bil pripomoček samo za ugotavljanje zasvojenosti z alkoholom in je njegova uporaba precej omejena in manj zanesljiva.

Upoštevati je treba, da nekateri ljudje radi izpolnjujejo vprašalnike, drugi jih pa ne marajo. Nekateri imajo težave z branjem ali z razumevanjem prebranega, zato je smiselno, da se vprašanja iz vprašalnika smiselno vključijo v pogovor o življenjskih navadah.

Celotni AUDIT z 10 vprašanji (5) se zdi predolg za vsakdanjo uporabo, čeprav je primeren za odkrivanje tveganega in škodljivega pitja pa tudi zasvojenosti z alkoholom. Za vsakdanjo prakso je pomembno najti ljudi, ki pijejo preko meje manj tveganega pitja, za kar skrajšana inačica AUDIT-C (6) povsem zadostuje – to so prva 3 vprašanja celotnega vprašalnika. Pri sumu na tvegano in škodljivo pitje ali zasvojenost pa lahko kratkemu vprašalniku AUDIT-C dodamo še drugih 7 vprašanj celotnega vprašalnika AUDIT-10.

Tako kot pogovor imajo tudi vprašalniki svoje omejitve. Tudi zanje velja, da je njihova zanesljivost povezana z iskrenostjo odgovorov. Mnoge raziskave kažejo, da ljudje, ki pijejo škodljivo ali so celo zasvojeni z alkoholom, to neredko prikrivajo in lahko dobimo lažno negativne rezultate. Prav gotovo pa pozitiven test spodbudi strokovnjaka, da je pozornejši in si vzame nekaj časa za podrobnejši pogovor.

Vprašalnik lahko izpolnjuje vsakdo sam: v papirni obliki ali pa kar na spletni strani [www.sopa.si](http://www.sopa.si) (7) oz. [www.nalijem.si](http://www.nalijem.si) (8), ki poleg številnih drugih podatkov o alkoholu vsebujeta tudi vprašalnik za samo-oceno pitja. Druga možnost je, da strokovnjak bere vprašanja in odgovore, sogovornik pa izbere tisti odgovor, ki najbolj ustreza njegovim pivskim navadam. Najboljši način je pa že prej opisani pogovor, v katerega vpletemo tudi vprašanja o pivskih navadah in tako dobimo odgovore na tri vprašanja kratkega vprašalnika AUDIT-C.

Če ima človek že očitne težave zaradi pitja alkohola, ponavadi ni treba uporabljati vprašalnika, ni pa narobe, če se uporabi – sedanji rezultat bo morda primeren za primerjavo čez določen čas, če bo ponovno izpolnil istega. Na ta način lahko nekako bolj objektivno spremljamo morebitno spremembo pitja, če se spremeni vsota točk pri odgovorih. Tudi v pristopu SOPA je uporabljen za spremljanje in oceno, ali je naš sogovornik zmanjšal pitje na mejo manj tveganega.

Težave zaradi pitja alkohola se lahko kažejo na zdravju, odnosih, socialnem področju in še kje. Posamezni nespecifični znak še ne pomeni, da gre za težave zaradi pitja, vendar je treba pomisliti tudi na to možnost. Pozorni smo pri slabi higieni, telesni zanemarjenosti, nekaterih zdravstvenih težavah (rdečici ali/in zabuhlosti obraza), pogostejših poškodbah, nervozi, nespečnosti, težavah v družini ali na delovnem mestu, motnjah v odnosih v družini, nasilju ali zlorabah v družini, samomorilnih težnjah, motnjah spomina, morda včasih tudi ponavljajočih finančnih težavah, odtegnitvenih znakih (tresenju, razdražljivosti), uporabi drugih psihotropnih snovi ipd (9). Vse naštetu lahko kaže, da je v ozadju pitje alkohola, vendar so za vse to lahko razlogi kje drugje, ne v alkoholu.

Poudariti je treba, da ne obstaja medicinska preiskava, ki bi zanesljivo odkrila škodljivo pitje, niti za

zasvojenost je ni. Nekateri laboratorijski kazalci (zvišani vrednosti  $\gamma$ -GT ali/in MCV, razmerje AST/ALT, CDT) lahko kažejo na okvaro zaradi pitja alkohola, niso pa povsem zanesljivi za odkrivanje škodljivega pitja ali zasvojenosti. Primerni so za spremljanje pivskih navad, če so v začetku obravnave spremljeni zaradi alkohola. Za odkrivanje tveganega pitja pa je pogovor (ali pa vprašalnik) edini uporabni način, saj definicija tveganega pitja pove, da gre za zdravega človeka, ki nima nobenih težav zaradi pitja, ampak gre samo za povečano tveganje za pojav takih težav.

## Ocena pitja

V pogovoru o pitju alkohola dobimo podatke o vrsti popitih alkoholnih pijač, količini, pogostnosti, okoliščinah in načinih pitja. Iz teh podatkov ocenimo, ali posameznik presega mejo manj tveganega pitja, kar je osnova za odločitev o potrebnosti morebitnih ukrepov.

Ob tem ne smemo pozabiti, da med tvegano pitje poleg števila enot alkohola v enem tednu in števila enot, popitih ob eni priložnosti, prištevamo vsako pitje ob aktivni udeležbi v prometu, delu na višini ali s stroji, v primeru nekaterih bolezni ali jemanja nekaterih zdravil, v nosečnosti in v času dojenja in ob drugih priložnostih, v katerih se pričakuje treznost.

Pri slovenskem vprašalniku AUDIT-C (6) ima vsak ponujeni odgovor določeno število točk, vsota teh točk pri izbranih odgovorih pomeni rezultat testa. *Če moški zbere 6 točk ali več, ženska pa 5 točk ali več, to pomeni, da verjetno presega mejo manj tveganega pitja.* Upoštevati je treba, da pozitivni rezultat pri presejalnih testnih vprašanjih še ne pomeni zanesljive potrditve tveganega ali škodljivega pitja. Za to je potreben še kratek pogovor, da se razjasni, ali gre res za tvegano ali škodljivo pitje ali celo za zasvojenost z alkoholom ali pa je posameznikovo pitje v mejah manj tveganega pitja, ki ne zahteva ukrepanja. Za razjasnitev, ali gre za tvegano ali škodljivo pitje, lahko dodatno ponudimo tudi drugih 7 vprašanj celotnega vprašalnika AUDIT. V tem primeru vrednotimo dobljeno število točk na vseh 10 vprašanj: *13 točk ali več pomeni verjetno škodljivo pitje, 19 točk ali več pa verjetno zasvojenost z alkoholom.*

Takšna ocena pitja ali diagnoza je potrebna zaradi načrtovanja ukrepov. Včasih je potrebnih nekaj pogovorov, da resnično razumemo posameznikovo situacijo in da lahko sestavimo končno oceno glede pitja. Že samo pridobivanje podatkov in tudi vrednotenje rezultatov se lahko nekoliko prekrivata z ukrepi, zato je pomembno, da ne delamo prehitrih zaključkov. Pomembno je, da ves čas uporabljamo predvsem tehniko aktivnega poslušanja in k uporabniku/pacientu usmerjen empatičen pristop. Tako zmanjšamo sogovornikov odpor zaradi govorjenja o pitju alkohola, ki je za mnoge ljudi (včasih tudi strokovnjake) posebna čustveno-moralna kategorija.

Če strokovnjak podvomi v pridobljene podatke, ni smiselno prepričevati konkretnega posameznika o tem; smiselno je le nenasilno izraziti dvom; npr. *»Meni se zdi to nenavadno. Občutek sem imel, da popijete več (ali da pijete pogosteje).«* Kadar pa je strokovnjak prepričan, da sogovornik pije škodljivo ali da je zasvojen z alkoholom, mu to odkrito empatično zaskrbljenostjo pove, a se o tem ne pregovarja z njim, ga ne prepričuje, niti ne dokazuje svojega prav, če človek trdi nasprotno. En stavek je dovolj, da sogovornik ve, da strokovnjak pozna pravi vzrok njegovih težav, kar mu bo lahko spodbuda, da bo o svojem pitju vsaj razmišljal in bo morda kdaj kasneje pripravljen iskreno spregovoriti o tem. Sogovornika lahko vprašamo: *»Kaj menite o tem, da imava o vašem pitju alkohola tako različno mnenje?«* ali pa: *»Kako si razlagate, da vaše pitje alkohola vidiva tako različno?«* Včasih je smiselno kljub vsemu svetovati, naj se o svojem pitju posvetuje še z drugim strokovnjakom, ki se ukvarja z ljudmi s težavami zaradi pitja (npr. s svojim zdravnikom, medicinsko sestro, alkoholologom).



## Svetovanje

Motivacijski pogovor oz. svetovanje za spremembo vedenja, povezanega z zdravjem, temelji na elementih kognitivno-vedenjskih pristopov, motivacijskega intervjuja ter modela Prochaska in DiClemente (11). Za vsakdanjo rabo sta ga razvila Rollnick in Miller s sodelavci (12, 13) v poznih 80. letih prejšnjega stoletja, pozneje pa sta to metodo dopolnjevala sama avtorja in tudi drugi (14, 15).

Svetovanje je lahko izvedeno v enem pogovoru, pogosteje pa poteka v več pogovorih. Pri svetovanju mora biti aktiven tudi klient, strokovnjak pa je empatičen, sočuten, razumevajoč, spodbujajoč, usmerjen v človeka in odnos, aktivno posluša, uporablja nebesedne in besedne veščine sporazumevanja in ves čas upošteva, v kateri fazi spreminjanja vedenja je uporabnik/pacient.

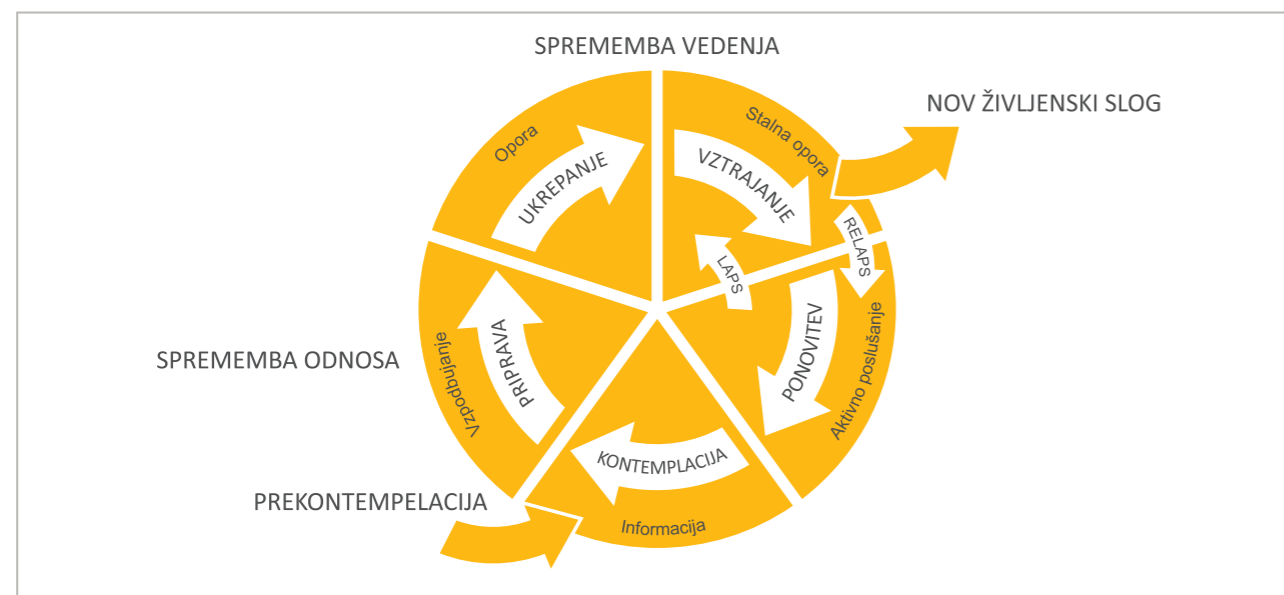
## Transteoretični model – stopenjski model spreminjanja – motivacijski krog (11, 16)

Že dolgo je bilo znano, da je veliko težav, ki jih imajo ljudje, povezanih z njihovim vedenjem. Rezultati svetovanj tem ljudem za spremembo vedenja pa so bili relativno slabi, čeprav so ljudje poznali tveganja. Prochaska in DiClemente sta v zgodnjih 80. letih prejšnjega stoletja razvila model, ki omogoča boljše razumevanje, kaj se dogaja v mislih človeka z nekim vedenjem, ki bi ga bilo smiselno spremeniti, da bi si s tem zmanjšal tveganje za morebitne posledice tega škodljivega vedenja – v našem primeru pitja alkohola. Ugotovila sta, da pogosto ni mogoče doseči spremembe kar čez noč, ampak gre za bolj ali manj dolgotrajen proces, ki na koncu lahko privede do spremembe. Ta proces spreminjanja vedenja sta opisala s krogom šestih stopenj pri spreminjanju vedenja (slika 1).

Posebna uporabnost modela je v tem, da prikazuje (11, 16):

- možnost umestitve sogovornika v ustrezno stopnjo procesa spreminjanja vedenja in
- ustrezno vlogo strokovnjaka glede na stopnjo, v kateri se uporabnik/pacient nahaja.

Ustrezna uporaba modela vključuje znanja ter uporabo strategij in veščin motivacijskega svetovanja (poglavje 2.1 – Zvezek I).



Slika 1: Proces spreminjanja vedenja življenjskega sloga – stanje uporabnika/pacienta in vloga strokovnjaka (prirejeno pri Prochaska, DiClemente (11) (16)).

Stopnje spreminjanja vedenja so:

**prekontemplacija** – obdobje, ko človek ne razmišlja o spremembi ali se sploh ne zaveda, da bi bila neka sprememba potrebna;

**kontemplacija** – obdobje, ko človek razmišlja, da bi bilo dobro enkrat spremeniti neko vedenje, a je glede tega ambivalenten – razdvojen, negotov;

**pripravljalno obdobje** – človek razmišlja, kako bi to spremembo izvedel, ker je nekako že odločen zanj, še vedno pa je ambivalenten, negotov;

**akcija – ukrepanje** – človek se je odločil za spremembo in začel s spremenjenim vedenjem, ki lahko neugodno vpliva nanj;

**vzdrževanje** – obdobje, ko človek vztraja v novem, spremenjenem vedenju; če ga vzdržuje dovolj dolgo, izstopi iz kroga, ponotranji to spremenjeno vedenje, ki postane njegovo običajno vedenje;

**zdrs ter recidiv ali relaps** – povrnitev v prejšnje vedenje, ker novo, spremenjeno vedenje ni bilo dovolj utrjeno ali so prevladali drugi motivi, ki niso spodbujali novega vedenja. Pri zdrs gre za enkratni ali kratko trajajoči dogodek in nadaljevanje z novim vedenjem, recidiv ali relaps pa pomeni povrnitev in nadaljevanje starega vedenjskega vzorca.

Glede na to, na kateri stopnji spreminjanja vedenja se nahaja uporabnik/pacient, strokovnjak opravlja različne vloge (11, 16).

STANJE UPORABNIKA/PACIENTA	VLOGA SVETOVALCA
<b>PREKONTEMPLACIJA</b>	
Ne razmišlja o spremembi.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pomoč pri ustvarjanju zavedanja na razumski in čustveni ravni.</li> <li>• Ovrednotenje stopnje (ne)pripravljenosti za spremembo s pomočjo ugotavljanja pomembnosti in zmožnosti za morebitno spremembo.</li> <li>• Spodbujanje samoraziskovanja (in ne konkretne akcije).</li> </ul> <p>→ Cilj je spremljati uporabnika/pacienta od stanja: »Ne vidim smisla v tem, da bi manj pil.« »Morda bi lahko manj pil.«</p>
<b>KONTEMPLACIJA</b>	
Zaveda se tveganja ali težave, a ima še nejasen namen spremeniti vedenje in razmišlja o prednostih in slabostih spremembe.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podpora pri izbiri ustrezne pozitivne spremembe.</li> <li>• Ponovno ovrednotenje stopnje (ne)pripravljenosti na spremembo (pomembnost in zmožnost).</li> <li>• Aktivno poslušanje.</li> <li>• Povečevanje pomembnosti in morda krepitev zmožnosti.</li> <li>• Spodbujanje samovrednotenja za (ne)spremembo.</li> </ul> <p>→ Cilj je spremljati uporabnika/pacienta od stanja: »Morda bi lahko manj pil.« v »Dobro bi bilo, da bi manj pil. Zares moram nekaj narediti glede tega.«</p>

STANJE UPORABNIKA/PACIENTA	VLOGA SVETOVALCA
<b>PRIPRAVA</b>	
<p>Priljublja se na spremembo.</p> <p>Ima trden namen za spremembo v bližnji prihodnosti, narejen ima načrt oz. ga pripravljata in občasno so prvi koraki in manjše spremembe že narejeni.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pomoč pri izbiri cilja in izdelavi načrta.</li> <li>• Podpiranje zaznave pozitivnih posledic spremembe in zmanjševanje zaznave negativnih.</li> <li>• Podpora za krepitev zaupanja uporabnika/pacienta v lastne sposobnosti, ko je pomembnost za spremembo visoka.</li> </ul> <p>→ Cilj je spremljati uporabnika/pacienta od stanja: »Zares moram kaj narediti,« v »V naslednjem mesecu bom popil največ eno alkoholno pijačo na dan.«</p>
<b>UKREPANJE</b>	
<p>Izvaja spremembo.</p> <p>Spremembo je naredil pred kratkim, izvaja jo skladno z načrtom in opazna je sprememba vedenja.</p> <p>Novo vedenje je še nestabilno – veliko je nihanj in tveganj, da bi lahko prišlo do vrnitve neželenega vedenja.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podpiranje pri izvajanju spremembe.</li> <li>• Poudarjanje dolgoročnih prednosti sprememb.</li> <li>• Podpiranje samozaupanja.</li> <li>• Osredotočanje na konkretne spodbude.</li> <li>• Razmislek in priprava na možne tvegane situacije.</li> </ul> <p>→ Cilj je spremljati uporabnika/pacienta od stanja: »Teško je, ne vem, če bom zmogel,« v »Zadovoljen sem, dobro mi gre.«</p>
<b>VZTRAJANJE</b>	
<p>Vztrajanje pri novem vedenju.</p> <p>Novo navado zmore ohraniti, dolgoročno stabilnost novega vedenja doživlja kot izziv.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podpiranje pri vzdrževanju sprememb.</li> <li>• Pogovor o možnostih obrambe.</li> <li>• Poudarjanje prednosti vzdrževanja in slabosti vračanja.</li> <li>• Podpiranje samozaupanja.</li> </ul> <p>→ Cilj je spremljati uporabnika/pacienta od stanja: »Ko se uprem skušnjavi, sem ponosen« v »O pitju sploh več ne razmišljam.« Če pride do tega, lahko govorimo o novem življenjskem slogu.</p>

STANJE UPORABNIKA/PACIENTA	VLOGA SVETOVALCA
<b>PONOVI TEV NEŽELENEGA VEDENJA</b>	
<p>Zdrs – enkratno ali kratkotrajno je ponovil staro vedenje in nadaljuje z novim</p> <p>ali</p> <p>relaps – ponavlja stari vedenjski vzorec</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pomoč pri ugotavljanju in ovrednotenju morebitnih sprožilcev ponovitve.</li> <li>• Ponovno ugotavljanje stopnje motivacije za spremembo in ovire za vzdrževanje.</li> <li>• Pomoč pri načrtovanju močnejših obrambnih strategij.</li> <li>• Podpiranje samozaupanja.</li> </ul> <p>→ Cilj je spremljati uporabnika/pacienta od stanja: »Nikoli mi ne bo uspelo, vse je zaman,« v »Vidim, kaj je šlo narobe in zakaj, zmorem in bom.«</p>
<b>NOV ŽIVLJENJSKI SLOG</b>	
<p>Dolgoročno vzdržuje vedenje.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Čestitke uporabniku/pacientu.</li> </ul> <p>Analiza primera dobre prakse, ki se kot zgodba upanja lahko uporabi tudi v svetovalnem pogovoru za spremembo vedenja drugega uporabnika/pacienta.</p>

Preglednica 1: Transteoretični model spreminjanja vedenja: vloga strokovnjaka. Prilagojeno po (11) in (16).

Tako na strani svetovalca kot uporabnika/pacienta je pomembno zavedanje, da veliko ljudi v življenju (večkrat) prehaja iz ene stopnje v drugo in nazaj in da ponovitev neželenega vedenja ni redka.

Na prehajanja med stopnjami sem in tja lahko vpliva cela vrsta dejavnikov – notranjih (npr. želja po boljšem zdravju) in zunanjih (npr. nasvet zdravnika).

#### **PRIMERI dejavnikov, ki vplivajo na prehajanje med stopnjami motivacijskega kroga**

##### **Notranji dejavniki:**

- Naš sogovornik ima glavobol po pivskih večerih (spodbuda za spremembo).
- Naš sogovornik se je ob zmanjšanju pitja slabše počutil, bil je nervozen, težje je zbrano razmišljal (spodbuda za opustitev akcije in povratek na prejšnje vedenje).

##### **Zunanji dejavniki:**

- Ženo našega sogovornika moti njegovo pitje alkohola (spodbuda za spremembo).
- Prijatelji našega sogovornika, s katerimi se redno dobiva na partiji taroka, tudi radi kaj popijejo (spodbuda proti spremembi)
- Strokovnjak prepričuje našega sogovornika v spremembo in ga ne pusti do besede – ne posluša njegovih pomislekov (spodbuda proti spremembi).

Strokovnjak mora pogovor prilagoditi posamezniku in stopnji na opisanem modelu motivacije za spremembo. Z ustreznim pogovorom mu pomaga, da hitreje preide iz obdobja prekontemplacije ali

kontemplacije do akcije pa tudi obratno: z neustreznim pogovorom lahko pri njem krepi odpor do zmanjšanja pitja. Pomembno je, da izhaja iz temeljnih izhodišč (naravnosti), načel in procesov motivacijskega pogovora ter da uporablja ključne veščine motivacijskega pogovora, opisane v poglavju 2.1 tega priročnika. V pogovoru mora ustvariti takšno vzdušje, da sogovornik nima občutka, da ga nekdo sili v nekaj, za kar se sam še ni resno odločil. Potruditi se mora, da pravilno razume, kaj sogovornik pove. Izogibati se je treba predpostavke: »Saj vem, kaj misli, kaj je želel povedati.« Razumevanje lahko preveri, tako da občasno kratko povzame povedano do tedaj in/ali da s svojimi besedami ponovi, kar je povedal sogovornik. V pogovoru uporablja odprta vprašanja, ki se začnejo z vprašalnici: kdaj, kako, kje, na kakšen način ipd. Tako pridobi veliko več pomembnih podatkov kot pa z vprašanji, ki se začnejo z vprašalnicami »ali ...«, saj na to sogovornik lahko odgovori samo z »da« ali »ne«. Eno od nepisanih pravil motivacijskega pogovora je, naj uporabnik/pacient govori več kot strokovnjak.

## K uporabniku/pacientu usmerjen pristop

Za tak pristop je potrebna empatija, da strokovnjak razume, sprejema in upošteva posameznikovo doživljanje življenja, tvegane vedenja, spozna in upošteva njegova stališča in prepričanja, njegove občutke, skrbi, bojzani, pomisleke, dvome, pričakovanja in vpliv vedenja ali bolezni na njegovo življenje – različne vidike njegovega življenja: somatske, čustveno-doživljaljske, življenjske pogoje, socialno mrežo, način življenja, zmožnosti za vsakdanja življenjska in delovna opravila ter vpliv na njegovo družino, delovno okolje, prijatelje in okolico – t. i. model SWEN po Voljču (17).

## Direktivno vodenje pogovora

To ne pomeni avtoritativnost, ampak gre za usmerjanje pogovora v želeno smer. Strokovnjak daje pogovoru smer in strukturo, sogovornik pa večji del vsebine. Ob tem strokovnjak aktivno posluša, je odziven, empatičen in sočuten. Človeka ne prekinja, ampak spodbuja k dodatnim opisom, iz njega izvablja mnenja, stališča, želje, ideje, da si lažje ustvari sliko njegovega stanja in hkrati vodi pogovor, tako da sogovorniku pušča svobodno odločanje in mu omogoča sprejemanje odgovornosti za njegove odločitve in življenje.

## Usklajevanje

Usklajevanje pomeni, da so sogovornikova stališča in prepričanja enakovredna stališčem strokovnjaka. To ne pomeni, da se mora strokovnjak s sogovornikovimi stališči strinjati, ampak da jih sprejme in upošteva. Ob tem pa morajo biti njegova strokovna stališča povsem jasno razvidna, vendar jih ne vsiljuje sogovorniku. Sama stališča ne morejo biti predmet pogajanja oz. usklajevanja – npr. meja manj tvegane pitja alkohola za odraslega zdravega moškega je do 14 enot alkohola na teden – to ne more biti predmet pogajanja oz. usklajevanja. Lahko se v pogovoru dogovorita, da bo uporabnik/pacient upošteval mejo 21 enot alkohola na teden, če ne more ali noče sprejeti strokovno sprejete meje. Strokovnjak mora seveda ob tem človeku povedati, da takšen njun dogovor pomeni večje tveganje za morebitno škodo zaradi pitja, kot če bi se dogovorila za upoštevanje meje manj tvegane pitja. Prepričevati ne sme, saj to rodi sogovornikov odpor. Pri usklajevanju ne gre za to, kdo bo zmagal, ampak kako dober dogovor bosta sprejela, kakšen je njun skupni cilj. Razjasnita, kakšno vlogo ima vsak od njiju pri tem dogovoru.

## Ustrezno vzdušje v pogovoru

Aktivno poslušanje, empatičen pogovor in dogovarjanje dajejo poudarek procesu, ne le vsebini pogovora. Ni pomembno samo, **kaj** oz. o čem se pogovarjamo, ampak je vsaj tako pomembno (če ne celo nekoliko bolj), **kako** se pogovarjamo. Ustrezno vzdušje v pogovoru zagotavlja, da sta na koncu pogovora zadovoljna oba – uporabnik/pacient in strokovnjak. To daje priložnost, da se bosta v nasled-

njem obdobju še lahko pogovarjala in iskala poti za izboljšanje in/ali vzdrževanje zdravja. V takšnem vzdušju se človek lahko svobodno pogovarja in razmišlja o morebitni spremembi vedenja brez prisile, prepričevanja, vsiljenih ali prezgodnjih odločitev. Strokovnjak mora ob tem sproti prilagajati svoj slog sporazumevanja posameznemu sogovorniku, kar utrjuje njun odnos.

Sam princip svetovanja oziroma motivacijskega pogovora je natančneje opisan v poglavju 2.1 tega priročnika. Pomembno je, da strokovnjak ne precenjuje sogovornikove pripravljenosti za spremembo, zato je smiselno, da svojo oceno preveri pri njem. Tako mu pomaga, da se odloči za akcijo takrat, ko je resnično pripravljen, saj to zagotavlja bistveno več možnosti za dolgoročen uspeh kot pa kratkotrajni neuspeli poskusi, ki dolgoročno samo zmanjšujejo samozaupanje posameznika in neugodno vplivajo na njegovo podobo o sebi. Zato je pogosto potrebnih več motivacijskih pogovorov, da se človek morda odloči za spremembo. V okviru tega pristopa predvidevamo do 5 takšnih pogovorov, ki naj trajajo 5–15 minut. Natančneje so opisani v prilogi 2. Takšni pogovori naj si sledijo v razmakih nekaj dni do 2 ali največ 3 tednov.

## Predlogi za ukrepanje glede na posameznikov odnos do pitja alkohola

### Ukrepi pri abstinentih

Pri ljudeh, ki dolga leta ne pijejo alkohola oziroma nikoli niso pili alkohola (primarni abstinenti), niso potrebni ukrepi v zvezi s pitjem alkohola. Pozorni smo lahko le na morebiten vpliv podatkov o možnih ugodnih učinkih majhnih količin alkohola na srce, ki jih lahko občasno zasledijo v medijih ali na svetovnem spletu, saj ni smiselno, da bi nekdo, ki abstiniira, zaradi tega začel piti alkohol.

Strokovnjak naj abstinenta vpraša, kakšen je vzrok, da ne pije alkohola in od kdaj nič ne pije. Če je sedanjí abstinent prenehal piti zaradi težav, ki mu jih je povzročilo pitje alkohola, je strokovnjakova dolgoročna podpora tej odločitvi zelo pomembna.

Ni redko, da uporabniki/pacienti, ki pijejo škodljivo ali so zasvojeni, najprej rečejo, da sploh ne pijejo. Če jih strokovnjak vpraša za vzrok abstiniranja, pa ponavadi povedo, da »kdaj pa kdaj že kaj popijejo«, češ kdo pa ne. Kot je bilo že prej omenjeno, se strokovnjak ob tem ne pregovarja, sogovornika ne prepričuje in mu ne dokazuje svojega, lahko pa mu ponudi zloženko s splošnimi informacijami o pitju alkohola (9) oz. druga informativna gradiva (npr. prilogi 3 in 4) ali ga povabi na spletno stran [www.sopa.si](http://www.sopa.si) (7) oz. [www.nalijem.si](http://www.nalijem.si) (8).

### Ukrepi pri ljudeh, ki pijejo manj tvegano

Posebni ukrepi tudi pri njih niso potrebni, če je podatek resničen in če ne sodijo v skupino ljudi, ki jim sicer priporočamo abstinenco. Vprašanje o pitju alkohola ponovimo čez leto ali dve, saj se pivske navade z leti lahko spreminjajo. Prav je, da posamezniku povemo, da je njegovo pitje v mejah manjšega tveganja in verjetno ne bo imel večjih težav zaradi pitja alkohola, če ne bo presegel te meje. Tako ga spodbudimo, da ne bo povečal pitja alkohola.

### Ukrepi pri ljudeh, ki pijejo tvegano

Za ljudi, ki pijejo tvegano, je izdelanih nekaj učinkovitih pristopov, ki so opisani v prejšnjem poglavju o motivacijskem pogovoru (poglavje 2.1 – Zvezek I). Najprej je seveda človeku treba povedati, kaj smo ugotovili s pogovorom ali vprašalnikom. Npr.: »Kot kažejo vaši odgovori, je videti, da vaše pitje alkohola presega mejo manj tvegane pitja in bi lahko sčasoma privedlo do težav. Kaj menite o tem?« Zatem v skladu z njegovim odgovorom nadaljujemo pogovor po načelih motivacijskega pogovora.

Pri številnih takih pivcih zadostuje že preprost nasvet s pojasnilom, da njegov način pitja povečuje

tveganje za različne škodljive učinke alkohola in da bi bilo bolje piti alkohol v mejah manj tveganega pitja ali celo abstinerati ter da za ohranjanje zdravja človek ne potrebuje alkohola oz. da obstajajo alkoholu zdrave alternative. Če sogovornik ne pozna meje manj tveganega pitja, mu jo strokovnjak predstavi v eni ali dveh povedih; lahko mu tudi pokaže skico o količini alkohola v posameznih alkoholnih pijačah (poglavje 1.2 – Zvezek I); lahko mu ponudi zloženko z informacijami o alkoholu (9) oz. druga informativna gradiva in/ali mu predlaga, naj obiše spletno stran [www.sopa.si](http://www.sopa.si) (7) oz. [www.nalijem.si](http://www.nalijem.si) (8). Ob tem strokovnjak sogovornika ne sme prepričevati niti moralizirati. Redkokdaj je uspešno, če ga strokovnjak skuša prestrašiti; dosti bolje je, če mu pove, da je zaskrbljen zaradi njegovega načina pitja; lahko mu tudi pokaže skico, ki kaže možne škodljive posledice pitja alkohola na različne telesne organe in širše. Za takšno svetovanje strokovnjak porabi približno 5 minut.

Dostikrat sam nasvet ni učinkovit. Takrat glede na okoliščine in sogovornikovo pripravljenost strokovnjak izvede strukturirani kratki posvet ali pa motivacijski pogovor oziroma nekaj takšnih pogovorov, če se sogovornik z njimi strinja. V teh pogovorih strokovnjak ne vsiljuje svojega mnenja, ne sme dajati občutka, da ima sogovornika za problematičnega pivca ali celo »alkoholika«. Strokovnjak naj izhaja iz temeljnih izhodišč in načel motivacijskega pogovora, uporablja naj osnovne veščine in strategije motivacijskega pogovora, sogovornika naj **aktivno posluša**, uporablja odprta vprašanja, sogovornika spodbuja k izražanju občutij, doživljanja, prepričanij, morebitnih pomislekov, bojazni; s povzemanjem povedanega preverja, ali je prav razumel njegove besede. Strokovnjak se izogiba prehitrim zaključkom in prehitremu ukrepanju. V takšnem pogovoru (enem ali več) skuša ugotoviti, na kateri stopnji pripravljenosti za spremembo je trenutno sogovornik po motivacijskem krogu po Prochaski in DiClementeju (11). Ugotovi tudi, kako pomembno se sogovorniku zdi, da bi zmanjšal pitje alkohola in koliko je njegovo samozaupanje, da bi mu uspelo piti manj, če bi se odločil za to. Skuša mu pomagati, da postopoma napreduje na višjo stopnjo pripravljenosti – preko prekontemplacijske (ko sploh še ne razmišlja o spremembi), kontemplacijske stopnje (ko o spremembi že razmišlja) in načrtovanja aktivnosti do končne akcije. Ne sme hiteti in ga prezgodaj nagovarjati k spremembi, če nanjo ni pripravljen (če pomembnost in zmožnost za spremembo nista visoki), saj lahko to še poveča njegov odpor.

- Včasih je dnevno zapisovanje količine popitega alkohola (t. i. pivski dnevnik) dobro pomagalo za ozaveščanje in za spodbujanje k zmanjšanju pitja, kar lahko strokovnjak podkrepi z ustrezno zloženko. V dnevnik pitja se sproti beleži število popitih kozarcev, vrsto alkoholne pijače in kraj pitja oz. okoliščine.
- Če se sogovorniku zdi nepomembno, da bi spreminjal svoje pивske navade, ni primerno na dolgo razpravljati o tem ali ga prepričevati o nasprotnem, ampak je dovolj, da mu strokovnjak predlaga, naj o tem razmisli, morda mu izroči tudi zloženko z informacijami o problematiki pitja alkohola (9) oz. druga informativna gradiva (npr. prilogi 3 in 4), predlaga obisk spletne strani [www.sopa.si](http://www.sopa.si) (7) oz. [www.nalijem.si](http://www.nalijem.si) (8) ter predlaga, da bi se o tem pogovorila čez teden ali dva. Če pa se sogovornik že zaveda, da je njegovo pitje tvegano in se mu zdi zelo pomembno, da bi ga zmanjšal, je smiseln pogovor z različnimi strategijami motivacijskega pogovora o načinih, kako bi to lahko izvedel, da bo uspel (tj. o zmožnosti za spremembo). V pomoč je lahko brošura za samopomoč za zmanjšanje pitja alkohola (18).

Cilj teh pogovorov je človeka ozavestiti (kar ne pomeni prepričevati), da se bodo lahko pojavile težave, če bo nadaljeval s tveganim pitjem, in mu pomagati spremeniti tvegano način pitja. Vsak mora najprej sam pri sebi dozoreti za spremembo, strokovnjak pa lahko ta proces spodbuja in ga nekoliko pospeši. Dostikrat je smiseln dogovor za postopno zmanjševanje pitja, saj ni realno pričakovati, da se bodo ljudje, ki nimajo težav zaradi alkohola, kar naenkrat spremenili. K spremembi in ozaveščanju posameznika lahko prispeva tudi njegova družina, če so sami ozaveščeni in če se je pivec pripravljen z njimi o tem pogovarjati.

V vsakem primeru je smiseln dogovor za kontrolo, če še ni bilo dogovora za zmanjšanje ali opustitev pitja, pa seveda tudi, če se je že odločil za spremembo pivskih navad. Kontrola naj bo predvidena v

obdobju, ki mu ustreza in je strokovno upravičena (npr. čez 2 ali 3 tedne); naj bo tudi dokaj natančno opredeljena – po možnosti z datumom in uro, ne le na splošno, enkrat čez mesec ali dva.

Za projekt SOPA je bilo potrebno povabiti na kontrolo po 3 mesecih in po 6 mesecih po zadnjem pogovoru na temo pitja alkohola; kontrola je lahko tudi pogovor po telefonu, če sogovornik ne želi priti k nam, lahko pa to kontrolo zaradi projekta SOPA združimo z obiskom uporabnika/pacienta pri nas zaradi drugega razloga (1).

### Ukrepi pri ljudeh, ki že imajo težave ali okvare zaradi pitja (škodljivo pitje)

Dolgoročni cilj za te osebe je enak kot za prejšnjo skupino s tveganim načinom pitja: sprememba pivskih navad, tj. zmanjšanje pitja s postavitvijo meje za manj tvegano pitje ali abstinenca. Ob tem se moramo zavedati, da je škodljivo – problematično pitje kronične narave in ni realno pričakovati, da bo človek po prvem pogovoru o alkoholu prenehal piti, tako kot ne moremo pričakovati, da bo vsak na novo ugotovljeni bolnik s sladkorno boleznijo ob odhodu iz ambulate takoj povsem sprejel dieto. Tudi pristopi so podobni, vendar se mora strokovnjak še bolj potruditi, da ne vsiljuje svojega mnenja, da sogovornika ne prepričuje in mu z načinom pogovarjanja zagotovi, da ga nima za alkoholika in da je na njegovi strani. Upoštevati mora izhodišča, načela in procese motivacijskega pogovora, biti mora previden, da ne izzove odpora in sogovornika ne potiska v obrambni položaj. To je posebno pomembno pri tistih posameznikih, ki so še ambivalentni pri svoji pripravljenosti za spremembo pivskih navad. Sogovornik naj dobi občutek, da mu želimo pomagati in da nam ni vseeno zanj, vendar ga ne silimo v spremembo, za katero se še ni odločil.

Običajno je potrebnih nekaj pogovorov za pot od zavedanja problema (kontemplacije) do trajne spremembe pivskih navad ali opustitve alkohola, zato ne smemo biti nečakani in pričakovati hitrih sprememb. Pri večini je potrebna v prejšnjem poglavju opisana tehnika svetovanja za spremembo vedenja – motivacijskega pogovora v nekaj pogovorih po 5–15 minut. K temu seveda prištevamo tudi uporabnikovo/pacientovo soodločanje. Včasih je učinkovito, če se dogovorimo za večtedensko abstinenco (npr. 3 mesece), da sam ugotovi, kako se zmanjšajo težave, katerih potencialni povzročitelj je alkohol. Tudi v primeru škodljivega pitja je sogovorniku smiselno ponuditi zloženko z informacijami o problematiki pitja alkohola (9) oz. druga informativna gradiva (npr. prilogi 3 in 4) in brošuro za zmanjšanje pitja alkohola (18) pa tudi predlagati obisk spletne strani [www.sopa.si](http://www.sopa.si) (7) oz. [www.nalijem.si](http://www.nalijem.si) (8).

- Pomembno je, da se manj tvegano pitje zdi sogovorniku čez čas uresničljivo (ponavadi po nekaj pogovorih). Včasih lahko človeku, ki pije škodljivo, pomagamo tudi tako, da si najprej postavi vmesne cilje. Tako bo kasneje, spodbujen z lastnim uspehom, lažje tudi dolgoročno še bolj omejil pitje.
- Tudi pri teh osebah je redno vodenje dnevnika popitega alkohola dobrodošlo pomagalo, da lažje ugotovijo, kdaj, kje in s kom pijejo več kot ponavadi. Tako lahko za nevarne situacije skupaj s strokovnjakom v smislu motivacijskega pogovora (in/ali svojci) vnaprej poiščejo načine, kako se jim izogniti ali reagirati nanje. Poiščejo lahko različne zanimive dejavnosti zase, s katerimi nadomestijo prejšnje pivske dejavnosti. Seveda je tudi pri teh pivcih pogosto primerna ustrezna zloženka, ki jo odnesejo domov (9, 18).
- Če je tak pivec že prej sam skušal spremeniti pivske navade, a mu ni uspelo, je smiselno najti ovire, ki so onemogočile spremembo, in poiskati druge, učinkovitejše metode za vedenje v teh situacijah ali načine, kako se jim izogniti. V pomoč je lahko prijatelj ali sodelavec, ki tudi razmišlja o zmanjšanju pitja, saj bosta skupaj lažje uspela. Včasih je za zmanjšanje popite količine alkohola dovolj že izbiranje pijač z manjšo vsebnostjo alkohola (»lahko« ali brezalkoholno pivo namesto navadnega) ali/in izbiranje manjših meric (npr. malo pivo namesto velikega; kozarec vina za en deciliter, ne za dva), lahko tudi pitje brizganca (»špricerja«) namesto čistega vina ali pa npr. izmenjaje pitje kozarca vode ali mineralne vode in kozarca alkoholne pijače. Teh različnih možnosti strokovnjak sogovorni-

ku ne ponuja v obliki nasvetov, kaj bi bilo najbolje zanj, ampak jo predstavi kot eno od možnosti, ki so jo uporabili nekateri drugi ljudje.

→ Tudi družinski člani, predvsem partner (ali pa čustveno pomembni drugi) lahko sodelujejo in pomembno pripomorejo pri spreminjanju pivskih navad, če se le strinja, da jih vključimo v proces. V tem primeru je potreben ustrezen pogovor skupaj z njimi, da uskladimo stališča, pričakovanja in morebitne spremembe pivskih navad vseh družinskih članov, kadar je to potrebno tudi pri njih.

Ob vsem tem se moramo zavedati, da je pri mnogih ljudeh, ki pijejo škodljivo, njihovo vedenje že spremenjeno in imajo lahko zaradi tega težave doma (pa tudi na delovnem mestu ali drugje). Pri škodljivem pitju še niso izpolnjena vsa merila za zasvojenost, vendar je nemogoče natančno opredeliti, kateri dan se iz škodljivega pitja razvije zasvojenost. Zaradi težav doma, ki jih izzovejo spremembe medosebnih odnosov med člani družine (pogojene s pitjem alkohola in drugimi dejavniki), neredko ni dovolj samo sprememba pivskih navad, ampak je treba ustrezno skupinsko zdravljenje za izboljšanje odnosov v družini. *Zato nekateri ljudje, ki pijejo na škodljiv način, potrebujejo podobno ali enako zdravljenje kot ljudje, ki so zasvojeni z alkoholom.*

### Ukrepi pri ljudeh, zasvojenih z alkoholom

Pri teh uporabnikih/pacientih je končni cilj ukrepov abstinenca, saj zasvojeni z alkoholom lahko le izjemoma kontrolirajo pitje daljši čas.

Če strokovnjak ugotovi, da je uporabnik/pacient zasvojen z alkoholom, bo sam brez sodelovanja uporabnikovega/pacientovega partnerja ali/in družine (morda tudi delodajalca) težje ukrepal uspešno, razen če uporabnik/pacient sam išče pomoč prav zaradi zdravljenja alkoholizma. V tem zadnjem primeru mu strokovnjak pojasni, kakšne vrste zdravljenja so možne pri nas:

- ambulantna skupina v sklopu psihiatrične službe,
- ambulantni socialno-andragoški model (19–21),
- hospitalni način s terapevtsko skupino na psihiatričnem oddelku,
- različne skupine samopomoči (npr. anonimni alkoholiki – AA (22),
- terapevtske skupine (npr. Klub zdravljenih alkoholikov – KZA, Žarek upanja, Abstinent) (23–27).

V pogovoru strokovnjak podpre uporabnikovo/pacientovo odločitev in ga napoti skupaj s partnerjem ali drugim svojcem na ustrezeni naslov. Dobro je, da ima strokovnjak spisek naslovov s telefonskimi številkami, kjer poteka zdravljenje alkoholizma, da jih lahko ponudi uporabniku/pacientu in njegovim svojcem.

Če uporabnik/pacient ne razmišlja o zdravljenju in so njegove trenutne težave povezane s pitjem alkohola, mu mora strokovnjak to povedati nedvoumno, a nevsiljivo in neobtožujoče. Zasvojeni uporabnik/pacient bo ponavadi to možnost zanikal, saj so za alkoholikovo vedenje značilne različne obrambe, s katerimi skuša prepričati okolico, da nima težav s pitjem alkohola, ali pa svoje pitje racionalizira. Neredko zagotavlja, da lahko opusti alkohol, kadarkoli hoče – to so ponavadi alkoholikove manipulacije, s katerimi skuša ohranjati status quo.

Strokovnjak se ne sme pustiti premotiti z obljubami o takojšnjem prenehanju pitja niti se ne sme spustiti v igro prepričevanja ali dokazovanja, kdo ima prav. Dobro je, da izrazi svojo zaskrbljenost za uporabnikovo/pacientovo zdravje in mu na primeren način omeni zdravljenje zasvojenosti kot uspešno možnost, ki je mnogim pomagala rešiti podobne težave. V pogovoru strokovnjak tudi pri teh osebah uporablja metodo motivacijskega pogovora. Ponavadi ne sme pričakovati hitrih resnih odločitev za zdravljenje. Zato tudi ne sme osebe siliti v zdravljenje, je prepričevati ali zastraševati. Za

odločitev o zdravljenju mora alkoholik dozoreti, kar včasih traja tudi več let, posebno če ni ustreznega ukrepanja alkoholikove družine in morda tudi nadrejenih v službi. Pomembno je, da vzpostavimo in vzdržujemo tak odnos, da nam uporabnik/pacient zaupa in se je pripravljen še naprej pogovarjati z nami. Nekateri uporabniki/pacienti (redkejši) se odločijo za enkratni obisk skupine AA, da vidijo, kako poteka delo v teh skupinah, nekaterim pomaga (tudi redkeje), da preberejo kakšno poljudno knjigo o alkoholizmu, ki jih imamo precej tudi v slovenskem jeziku (knjige dr. Ruglja, dr. Ramovša, dr. Perka, dr. Zihlerla, dr. Maje Rus Makovec ipd.) in/ali obisk spletne strani za pomoč ljudem s težavami z alkoholom (AA, Žarek upanja, Abstinent ipd.). Obisk skupine AA, branje knjig ali obisk spletnih strani lahko nekaterim pacientom pomaga, da se kljub svojemu odporu, ki je zelo pogosto povezan z občutkom sramu zaradi pitja, čez nekaj časa odločijo za zdravljenje.

Velik uspeh pogovora je že, če uspe pridobiti uporabnika/pacienta za skupen pogovor s partnerjem (v to ga ne sme prepričevati ali siliti), ki lahko največ prispeva k odločitvi alkoholika za zdravljenje ali je pogosto ključni dejavnik pri tej odločitvi. Razumevanje družinske dinamike pri uporabnikih/pacientih, zasvojenih s psihotropnimi snovmi, je ključno za razumevanje celovitosti problematike alkoholizma in pomoč tako uporabniku/pacientu kot družinskim članom, kar pa presega namen tega priročnika (objavljenih je cela vrsta strokovnih knjig in priročnikov o alkoholizmu in njegovem zdravljenju).

### Kako ravnati s svojci ljudi, ki pijejo škodljivo ali so zasvojeni z alkoholom?

Neredko je pripoved, vprašanje ali pritožba svojca ali prijatelja za strokovnjaka prva informacija o problematičnem pitju nekega uporabnika/pacienta, saj so prve težave zaradi pitja ponavadi prikrite.

Alkoholikov partner, ki pride k strokovnjaku zaradi alkoholizma v družini, ima lahko različna pričakovanja. Tudi v tem primeru je pomembna tehnika aktivnega in empatičnega poslušanja na podlagi motivacijskega pogovora, da strokovnjak razume, kaj se v družini dogaja, kako posamezni alkoholikovi svojci doživljajo življenje v svoji družini, kaj razmišljajo, kako se odzivajo. Strokovnjak pomaga partnerju ugotoviti stopnjo problematičnosti pitja. Smiselno je, da svojcu ali prijatelju predlaga, naj do naslednjega obiska prebere kakšno poljudno knjižico o alkoholizmu (knjige dr. Ruglja, dr. Ramovša, dr. Perka, Zihlerla, dr. Maje Rus Makovec ipd.), da bo spoznal škodljivosti pitja in značilnosti zasvojenosti z alkoholom; tako se bosta naslednjič tudi lažje pogovorila. Svojce alkoholika je smiselno seznaniti s skupinami za samopomoč svojcem Al-Anon; vse informacije lahko dobijo na njihovi spletni strani [www.al-anon.si](http://www.al-anon.si). Strokovnjak sam lahko na kratko razloži osnovne podatke o problemih, povezanih s pitjem: npr. škodljivo pitje neredko sčasoma napreduje v zasvojenost; alkoholizem se skoraj vedno z leti slabša; sam od sebe ne gre na zdravljenje skoraj noben alkoholik; kadar je alkoholik pijan, ni dobro siliti vanj, saj v takšnem stanju neredko postane agresiven; alkoholiku nima smisla groziti ali ga prositi, naj preneha piti, saj je uporabnik/pacient in potrebuje zdravljenje.

Konkretnih rešitev se ne daje oz. ne predlaga (razen ob nevarnosti za življenje, ko je pridruženo nasilje), lahko pa strokovnjak predstavi ukrepanja nekaterih drugih ljudi in običajne posledice posameznih odločitev:

- dogovor z osebo, ki ima težave zaradi alkohola, za skupni pogovor pri osebem zdravniku,
- pogovor širše družine ali skupine prijateljev z osebo, ki ima težave zaradi alkohola, v katerem družina ali prijatelji skupaj izrazijo zaskrbljenost, predlagajo odločno in konstruktivno ukrepanje – zdravljenje – in mu ponudijo pomoč, vendar brez oz. s čim manj očitanja ali napadanja,
- sprejetje in sprijaznjenje z usodo,
- priprava na razvezo ali odhod in upanje, da bo šel alkoholik zato na zdravljenje (zdravljenje kot pogoj za vrnitev domov),

- brezpogojni odhod,
- nadaljevanje po starem (to običajno pomeni nadaljevanje različnih bolj ali manj burnih dogajanj doma – medsebojne igre soodvisnosti (po Bernu) (28) z izmenjujočimi se prošnjami, grožnjami, jokom, obljubami, nasiljem ipd.).

## Spremljanje

Ali in kako organizirati spremljanje posameznika po izvedenem svetovanju, je odvisno od poklica posameznega strokovnjaka in organizacije njegovega dela tako za tiste, ki so zmanjšali pitje alkohola, kot za tiste, ki niso spremenili svojih pivskih navad (priporočila glede spremljanja uporabnikovega/pacientovega napredka so za posamezno področje dela opredeljena v poglavjih v sklopu 4).

Spremljanje uporabnika/pacienta je pomemben del obravnave posameznika, ki je zmanjšal ali opustil pitje alkohola. Vsaka sprememba v vedenju ali sprememba navad zahteva velik napor. Prejšnjega vedenja ali navad človek ne pozabi hitro in se vsaj v mislih pogosto vrača k njim. Prijetnejši kot so spomini nanje, vabljivejše se zdi vračanje k prejšnjemu vedenju ali navadam. Zaradi tega je ustrezna podpora pri vztrajanju v novem vedenju ali navadah dobrodošla. Pri pivskih navadah je to še posebej pomembno, saj naša mokra kultura na mnogo različnih načinov spodbuja k pitju alkohola in otežuje vztrajanje v zmanjšanju pitja (poglavje 1.3 – Zvezek I). Čeprav ima posameznik lahko ustrezno spodbudo in oporo v domačem okolju, je vsaka dodatna podpora dobrodošla. Zato naj vsak strokovnjak ponudi svojo nadaljnjo podporo po končanem svetovanju za spremembo pivskih navad. V začetku naj bodo spremljanje oziroma kontrole pogostejše – vsakih nekaj tednov, kasneje pa na nekaj mesecev. Za projekt SOPA je bila potrebna kontrola po 3 in 6 mesecih (1).

Spremljanje je smiselno tudi pri ljudeh, ki se ob svetovanju ne odločijo za spremembo pivskih navad. Nekateri ljudje potrebujejo bistveno več časa za morebitno odločitev za spremembo. Vsak človek se v življenju tako ali drugače spreminja, saj se spreminjajo življenjske okoliščine, človek si pridobiva nove izkušnje, s čimer se spreminjajo znanje in stališča. Zato je dobro tudi ljudi, ki pijejo na tvegano ali škodljiv način, vsaj enkrat letno (lahko pa tudi pogosteje – odvisno od okoliščin) na ustrezen način ob ustrezni situaciji vprašati, kako je z njihovim pitjem alkohola. V projektu SOPA smo tudi od teh uporabnikov/pacientov po 3 in po 6 mesecih skušali pridobiti podatke o njihovem pitju alkohola (1).

## Povezovanje z drugimi viri pomoči

Zgoraj opisane oblike kratkih ukrepov vključujejo medsebojno sodelovanje strokovnjakov, ki so v okviru svojega poklicnega (pa tudi ljubiteljskega) dela v stiku z ljudmi, s katerimi med drugim lahko govorijo tudi o pitju alkohola. Sodelovanje se odvija v obliki medsebojne izmenjave informacij na ustrezen način ter v skladu s pravili posameznega poklica in upoštevanjem varovanja podatkov.

Spremljanje uporabnika/pacienta je pomemben del obravnave posameznika, ki je zmanjšal ali opustil pitje alkohola. Vsaka sprememba v vedenju ali sprememba navad zahteva velik napor. Prejšnjega vedenja ali navad človek ne pozabi hitro in se vsaj v mislih pogosto vrača k njim. Prijetnejši kot so spomini nanje, vabljivejše se zdi vračanje k prejšnjemu vedenju ali navadam. Zaradi tega je ustrezna podpora pri vztrajanju v novem vedenju ali navadah dobrodošla. Pri pivskih navadah je to še posebej pomembno, saj naša mokra kultura na mnogo različnih načinov spodbuja k pitju alkohola in otežuje vztrajanje v zmanjšanju pitja (poglavje 1.3 – Zvezek I). Čeprav ima posameznik lahko ustrezno spodbudo in oporo v domačem okolju, je vsaka dodatna podpora dobrodošla. Zato naj vsak strokovnjak ponudi svojo nadaljnjo podporo po končanem svetovanju za spremembo pivskih navad. V začetku naj bodo spremljanje oziroma kontrole pogostejše – vsakih nekaj tednov, kasneje pa na nekaj mesecev. Za projekt SOPA je bila potrebna kontrola po 3 in 6 mesecih (1).

Spremljanje je smiselno tudi pri ljudeh, ki se ob svetovanju ne odločijo za spremembo pivskih navad.

Nekateri ljudje potrebujejo bistveno več časa za morebitno odločitev za spremembo. Vsak človek se v življenju tako ali drugače spreminja, saj se spreminjajo življenjske okoliščine, človek si pridobiva nove izkušnje, s čimer se spreminjajo znanje in stališča. Zato je dobro tudi ljudi, ki pijejo na tvegano ali škodljiv način, vsaj enkrat letno (lahko pa tudi pogosteje – odvisno od okoliščin) na ustrezen način ob ustrezni situaciji vprašati, kako je z njihovim pitjem alkohola. V projektu SOPA smo tudi od teh uporabnikov/pacientov po 3 in po 6 mesecih skušali pridobiti podatke o njihovem pitju alkohola (1).

## Povezovanje z drugimi viri pomoči

Zgoraj opisane oblike kratkih ukrepov vključujejo medsebojno sodelovanje strokovnjakov, ki so v okviru svojega poklicnega (pa tudi ljubiteljskega) dela v stiku z ljudmi, s katerimi med drugim lahko govorijo tudi o pitju alkohola. Sodelovanje se odvija v obliki medsebojne izmenjave informacij na ustrezen način ter v skladu s pravili posameznega poklica in upoštevanjem varovanja podatkov.

Prav tako pa se povezovanje izraža tudi z dajanjem ustreznih informacij o drugih virih pomoči ter tudi usmerjanjem k strokovnjakom v drugih službah. To velja ob tvegano ali škodljivem pitju in tudi v primeru zasvojenosti z alkoholom. Zato morajo biti strokovnjaki (zdravniki, medicinske sestre, socialni delavci, psihologi, svetovalci idr.) pa tudi prostovoljni delavci v različnih organizacijah in društvih seznanjeni, katere različne vrste pomoči imamo v Sloveniji in lokalnih okoljih.

## Odnos strokovnjaka do svetovanja in razumevanje lastne vloge v pogovoru o pitju alkohola

Spreminjanje vedenja, navad in razvad, ki so povezane z zdravjem, je zapleten proces, ki sega globoko v človekovo duševnost.

Zavedanje strokovnjaka, da sta odločitev za zmanjšanje ali opustitev pitja alkohola in vztrajanje pri tem na strani uporabnika/pacienta ter dober, zaupen, strpen, empatičen odnos med strokovnjakom in sogovornikom olajša pogovor obema. Človek nima stalnega občutka, da ga strokovnjak sili v neke spremembe, ampak da ga razume v njegovi negotovosti, mu je v oporo pri premagovanju notranjega in zunanega odpora ter mu pomaga pri prevzemanju odgovornosti za svoje zdravje. Strokovnjaku pa tak odnos omogoča, da nima slabega občutka, če se sogovornik ne odloči za spremembo kljub njegovemu trudu in skrbi za njegovo zdravje. Omogoča mu, da prevzema le svoj del odgovornosti – to je, da kot strokovnjak išče najboljše poti, kako pomagati drugemu, da si pomaga sam.

## Zaključek

Ustrezno svetovanje za zmanjšanje pitja alkohola se je v številnih raziskavah pokazalo za dolgoročno učinkovito (3, 30). Zato naj vsak strokovnjak (pa tudi laik v okviru ljubiteljskih dejavnosti), ki dela z ljudmi, pozna in zna:

- na ustrezen način vprašati o pitju alkohola;
- oceniti, kakšno pitje alkohola je to;
- ustrezno svetovati (enega od kratkih ukrepov);
- spremljati morebitno spremembo pivskih navad;
- sodelovati z drugimi strokovnjaki.

Glede na razširjenost tvegane in škodljivega pitja v Sloveniji bi bilo smiselno v okviru dela v pogovoru z uporabnikom/pacientom vključiti tudi govor o pitju alkohola, seveda na ustrezen način in ob pravem trenutku, saj bomo le tako lahko dosegli rezultate, ki bodo v dobro posameznikom, njihovim družinam in celotni družbi.

## Ključni poudarki

Vsakdo lahko v okviru svojega dela na tak ali drugačen način prispeva k prizadevanjem za zmanjšanje škode, ki jo povzroča pitje alkohola.

Če ne gre za poklice, ki so specializirani prav za nudenje podpore v primeru težav zaradi alkohola, je ta prispevek k zamejevanju alkoholne problematike možen predvsem s kratkim pogovorom, vpletenim v siceršnje delo.

Ciljne skupine so vsi posamezniki in člani skupnosti, ki imajo ali bi lahko imeli težave zaradi pitja alkohola, in njihovi svojci oz. osebe, ki čutijo negativne posledice pitja alkohola drugega.

Ovisno od potreb in priložnosti lahko pri svojem vsakdanjem delu z ljudmi v potek obravnave vključimo t. i. kratki ukrep 1 (KU1), kratki ukrep 2 (KU2) ali kratki ukrep 3 (KU3).

V pogovoru o alkoholu ne glede na izbrani ukrep podpore pri opuščanju čezmernega pitja alkohola je treba imeti ves čas v mislih, v kateri fazi pripravljenosti na spremembo vedenja je uporabnik/pacient, in delovati motivacijsko – ne zasliševalno in obsojajoče, ampak skrbno in sprejemajoče.

Ves čas se zavedamo, da je odgovornost za opustitev čezmernega pitja alkohola na strani uporabnika/pacienta, sami pa si lahko prizadevamo ustrezno ozaveščati o alkoholni problematiki in podpreti uporabnika/pacienta vedno, kadar je to aktualno.

## Literatura

1. Hočevar T., Henigsman K., Štruc A. in Založnik P. Utemeljitev pristopa SOPA – Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola Izbrani ukrepi zamejevanja pitja alkohola med odraslimi prebivalci Slovenije. Ljubljana: NIJZ, 2022 (v pripravi).
2. Kolšek M. Svetovanje. V: Švab I (Ed.), Rotar-Pavlič D (Ed.). Družinska medicina : učbenik. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, 2012: 191-7.
3. Anderson P (Ed.), Gual A (Ed.), Kolšek M. (Ed. in prevajalec). Klinične smernice za zgodnje odkrivanje tvegane in škodljivega pitja in kratki ukrepi: alkohol in osnovno zdravstvo: evropski projekt za obravnavo alkoholne problematike v osnovnem zdravstvu (PHEPA). Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, 2006.
4. Kolšek M. O pitju alkohola : priročnik za zdravnike družinske medicine. 2. dopolnjena izd. Ljubljana: Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, 2011.
5. Babor TF, Higgins-Biddle J, Saunders J, Monteiro MG. AUDIT – the alcohol use disorders identification test. WHO 2001.
6. Kolšek M, Poplas Susič T, Kersnik J. Slovenian adaptation of the original AUDIT-C questionnaire. *Subst use misuse* 2013;48(8): 581-9.
7. SOPA Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola – [www.sopa.si](http://www.sopa.si). [spletna stran]. Pridobljeno 11. 1. 2022 s spletne strani: <https://www.sopa.si>.
8. Kolšek M. Sporočilo v steklenici – [www.nalijem.si](http://www.nalijem.si) [spletna stran]. Pridobljeno 11. 1. 2022 s spletne strani: <https://www.nalijem.si>.
9. Kolšek M, Jenko R. Sporočilo v steklenici: klikni in se preizkusi na [www.nalijem.si](http://www.nalijem.si). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije: Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino: Zavod za razvoj družinske medicine, 2012.
10. Mayfield D. McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism instrument. *Amer J Psychiatry* 1974;131: 1121-3.

11. Prochaska JO, DiClemente CC. Toward a comprehensive model of change. V: Miller WR, Heather N (Eds). *Treating Addictive Disorders: processes of change*. Boston, MA: Springer, 1986: 3-27.
12. Rollnick S, Miller WR. What is motivational interviewing? *Behav Cogn Psychother* 1995;23: 305-14.
13. Rollnick S, Mason P, Butler C. *Health behaviour change*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1999.
14. Miller WR, Muñoz RF. *Controlling your drinking. Tools to make moderation work for you*. New York: Guilford Press, 2013.
15. Anstiss T. *Motivational interviewing based health coaching. A desktop guide*. Lossie Drive Iver (UK): The Academy for Health Coaching, 2014.
16. Mesarič J, Novak Mlakar D, Hočevar T, Čuš B. *Priročnik za opuščanja kajenja*. Ljubljana: IVZ.
17. Voljč B. *Model celostnega pristopa k zdravstvenemu problemu v splošni medicini*. Doktorska disertacija. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze Edvarda Kardelja, 1989.
18. Kolšek M. *Ali vem, pri čem sem s svojim ---? : [za ljudi, ki pijejo tvegano ali škodljivo]*. 2. izd. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2011.
19. Perko V in Perko A. *Poletje je dalo na glavo klobuk*. Ljubljana: Trubar, 2006.
20. Ramovš J. *Boj za življenje družine*. Celje: Mohorjeva družba, 1983.
21. Rugej J. *Pot samouresničevanja*. Ljubljana: Slovensko društvo terapevtov za alkoholizem, druge odvisnosti in pomoč ljudem v stiski, 2000.
22. Anonimni alkoholiki Slovenije. Pridobljeno 11. 1. 2022 s spletne strani: <http://www.aa-drustvo.si/>.
23. Hudolin V. *Klubovi liječenih alkoholičara*. Zagreb: Jumena, 1982.
24. KZA Tabor - Stara Ljubljana. *Učili smo se živeti drugače*. Ljubljana: KZA Tabor - Stara Ljubljana, 1997.
25. Žarek upanja [spletna stran]. Pridobljeno 11. 1. 2022 s spletne strani: [www.zarekupanja.net/](http://www.zarekupanja.net/).
26. Društvo Abstinent [spletna stran]. Pridobljeno 11. 1. 2022 s spletne strani: <https://abstinent.si/>
27. MOSA: Mobilizacija skupnosti za odgovornejši odnos do alkohola [spletna stran]. Pridobljeno 11. 1. 2022 s spletne strani: [www.infomosa.si/](http://www.infomosa.si/).
28. Berne E. *Katero igro igraš*. Slovenj Gradec: Društvo odstiranja, 2020.
29. Cuijpers P, Riper H & Lemmens L . The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis. *Addiction* 2004;99: 839-45.



SKLOP 3

## INTERDISCIPLINARNI PRISTOP K OBRAVNAVI TVEGANEGA IN ŠKODLJIVEGA PITJA ALKOHOLA

3.1. SOPA PRISTOP OBRAVNAVE TVEGANEGA  
IN ŠKODLJIVEGA PITJA ALKOHOLA

Tadeja Hočevar, Karmen Henigsman,  
Ana Štruc, Pika Založnik



## 3.1. SOPA PRISTOP OBRAVNAVE TVEGANEGA IN ŠKODLJIVEGA PITJA ALKOHOLA

Tadeja Hočevar, Karmen Henigsmann, Ana Štruc, Pika Založnik

### Uvod

Slovenija je v prizadevanjih za zamejitev alkoholne problematike glede na merila alkoholne politike relativno napredna in ima sistemsko sprejetih več ključnih dokazano učinkovitih ukrepov. Obstaja pa še vrsta ukrepov, ki jih je strokovno in politično še treba ustrezno nasloviti (poglavje 1.4 – Zvezek I). Med ukrepi, ki so dokazano učinkoviti, je izvajanje **t. i. kratkega ukrepa** odkrivanja čezmernega pitja alkohola in nudenja podpore pri opuščanju za odrasle na primarni zdravstveni ravni. Ta ukrep so do leta 2022 z le najosnovnejšo usposobljenostjo za izvajanje sistemsko lahko izvajali zdravniki, specialisti družinske medicine.

Do leta 2015 je Nacionalni inštitut za javno zdravje oz. njegov predhodnik, Inštitut za varovanje zdravja, v okviru več manjših projektov oblikoval širitev kratkega ukrepa na druge izbrane poklice na primarni zdravstveni ravni (diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik v ambulanti družinske medicine in v patronažnem varstvu) in na strokovnjake na centrih za socialno delo (1).

Leta 2015 smo zasnovali pristop SOPA, s katerim smo ukrep prenovili in razširili na več izbranih poklicev pomoči (strokovnjaki v zdravstvenovzgojnih centrih oz. centrih za krepitev zdravja in specialisti medicine dela, prometa in športa). Opredelili smo še dve krajši različici ukrepa ter spremljajoče ukrepe ter (ozaveščevalne) aktivnosti interdisciplinarnega povezovanja in reševanja alkoholne problematike, vključno z opredelitvijo konkretnih vsebinskih in izvedbenih korakov pristopa SOPA. Opredelili smo vlogo in konkretne naloge zdravstvenega in socialnega sektorja, stroke, vladnih institucij in nevladnih organizacij, medijev oz. različnih deležnikov alkoholne politike na lokalni, regionalni in nacionalni ravni pri zamejevanju alkoholne problematike v okviru pristopa SOPA<sup>11</sup> (1).

V nadaljevanju smo v projektu SOPA podrobneje opredelili posamezne module (poglobljenega) usposabljanja za izvedbo ukrepov in aktivnosti, izvedli usposabljanja za izvajanje posameznih SOPA ukrepov ter izbrane ukrepe in aktivnosti pilotno izvedli na terenu in jih evalvirali ter podali predlog za uvedbo na sistemski ravni (1).

**Pristop SOPA – Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola** je od oktobra 2016 do januarja 2022 deloval kot nacionalni projekt, ki se je pilotno izvajal v 18 lokalnih okoljih po Sloveniji, medijsko pa po vsej državi. Sofinancirala sta ga Ministrstvo za zdravje (20 %) in Evropski strukturni sklad (80 %).

Razvojno-aplikativni projekt SOPA je medsektorski interdisciplinarni pristop izvajanja aktivnosti za zamejevanje čezmernega pitja alkohola odraslih prebivalcev Slovenije uspešno uresničeval s povezovanjem stroke, nevladnih organizacij, političnih odločevalcev, medijev in članov skupnosti (1).

V okviru projektnih aktivnosti je bilo za ozaveščanje o alkoholni problematiki izobraženih skoraj 600 strokovnjakov in predstavnikov aktualnih področij, pri tem je bilo več kot 400 strokovnjakov usposobljenih za nudenje podpore posameznikom in skupinam pri opuščanju čezmernega pitja alkohola.

11 Poleg navedenih akterjev smo v pristopu SOPA posebej opredelili tudi vlogo in aktivnosti izobraževalnega sektorja in odraslih članov skupnosti pri vzpostavljanju in krepitevi kritičnega odnosa otrok in mladostnikov glede pitja alkoholnih pijač prek šolskega sistema. V okviru projekta SOPA je bil zaradi kompleksnosti potrebnega medsektorskega povezovanja ta vidik omejen na ozaveščevalne aktivnosti članov širše skupnosti.

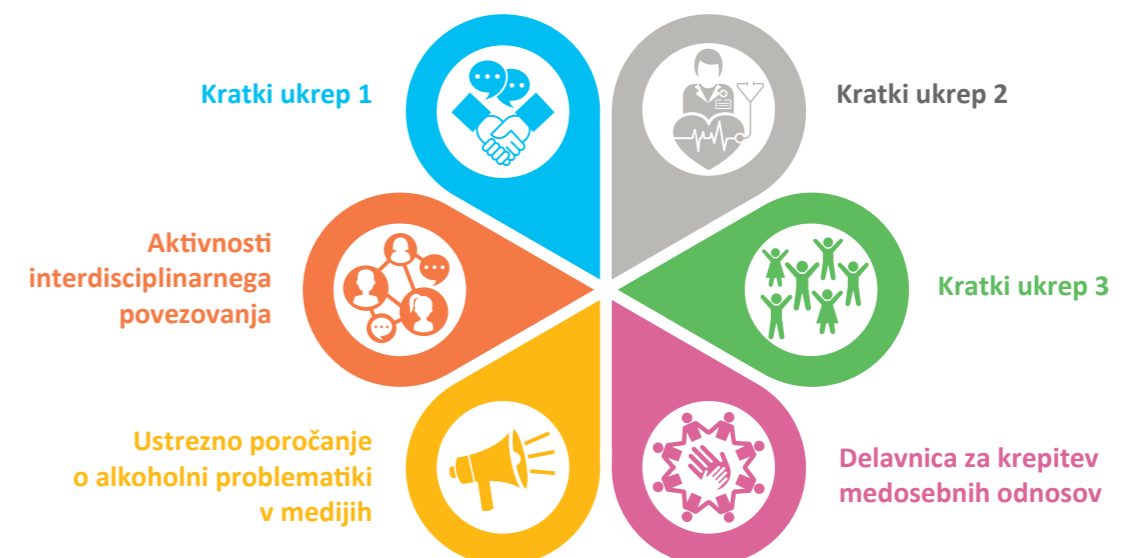
Nagovorjenih je bilo vsaj 50.000 članov skupnosti, prek 4.000 jih je bilo vključenih v proces opuščanja čezmernega pitja alkohola, skoraj 1.000 od teh pa je čezmerno pije alkohola tudi uspešno opustilo. Ob tem je bilo vzpostavljenih 8 regijskih in 18 lokalnih interdisciplinarnih skupin akterjev SOPA, pripravili smo priporočila za pisanje o alkoholu v medijih, 15 predstavnikov medijev je bilo usposobljenih za javnozdravstveno ustrezno pisanje o alkoholu v medijih, izvedenih je bilo 11 medijskih kampanj po vsej Sloveniji ter letno obeležen t. i. dan brez alkohola. Na podlagi evalvacije in z ustrezno politično voljo je pristop delno že implementiran na sistemsko raven.

### Pristop sopa v okviru projekta sopa

#### Cilji projekta SOPA

V pristopu SOPA smo zmanjševanje neenakosti v zdravju z vidika zamejevanja alkoholne problematike v času projekta SOPA uresničevali preko naslednjih ciljev (1–3).

- 1. Izgradnja in krepitev kapacitet.** Gre za ozaveščanje in usposabljanje stroke, političnih odločevalcev, predstavnikov nevladnih organizacij, ki naslavljajo skupine ljudi z različnimi ranljivostmi, predstavnikov medijev ter članov skupnosti o škodljivosti pitja alkohola ter virih in načinih podpore pri opuščanju čezmernega pitja alkohola pri odraslih osebah.
- 2. Medsektorski interdisciplinarni pristop.** Ključno povezovanje med zdravstvenim in socialnim sektorjem predstavlja sodelovanje zdravstvenih delavcev v zdravstvenih domovih in na klinikah, socialnovarstvenih delavcev na centrih za socialno delo ter strokovnjakov na uradih za delo (ZRSZ) in v nevladnih organizacijah, ki naslavljajo skupine s posebnimi ranljivostmi.
- 3. Pilotiranje** izbranih aktivnosti pristopa v 18 lokalnih okoljih po Sloveniji. Pristop smo v projektu testno izvajali v 18 t. i. lokalnih okoljih, kjer so izbrani zdravstveni in socialni delavci ter predstavniki nevladnih organizacij in Zavoda RS za zaposlovanje v medsebojnem sodelovanju izvajali različice t. i. kratkega ukrepa podpore ljudem, ki so želeli opustiti tvegano in škodljivo pitje alkohola.
- 4. Predlog** za vzpostavitev pristopa na sistemski ravni. Na podlagi evalvacije pilotne izvedbe pristopa smo pripravili predlog za implementacijo ukrepov v program integrirane preventive kroničnih ne-nalezljivih bolezni.
- 5. Detabuizacija in destigmatizacija** z alkoholom povezanih težav v slovenski družbi. To smo uresničevali preko navedenih ciljev, še posebej pa z aktivnostmi izgradnje in krepitev strokovnih kapacitet ter ozaveščanja medijev in splošne javnosti.



Slika 1: Osrednji ukrepi pristopa SOPA.

V okviru pristopa SOPA posebej za to usposobljeni zdravstveni delavci na primarni ravni in socialni delavci na centrih za socialno delo izvajajo t. i. **kratko svetovanje (kratki ukrep 1 oz. KU1)**, s katerim prek večkratnih individualnih srečanj podprejo paciente oz. uporabnike pri opuščanju tveganega in škodljivega pitja alkohola. V projektu smo opredelili izobraževalni modul in izvedli usposabljanje za izvajalce ter ukrep pilotno izvajali in evalvirali. Z letom 2022 je ukrep delno sistemsko implementiran.

Ob tem je pomembno izvajanje t. i. **kratkega nasveta (kratki ukrep 2 oz. KU2)**. Gre za krajšo, enkratno različico individualnega pogovora za podporo pri opustitvi tveganega in škodljivega pitja alkohola. Izvajajo jo zdravstveni delavci, ki delujejo na področjih specialnosti, kjer je ob primarnem razlogu obiska pacienta alkoholna problematika posebej aktualna. V projektu smo opredelili izobraževalni modul, izvedli usposabljanje za izvajalce in to procesno evalvirali.

Poleg tega se izvaja t. i. **kratki ukrep 3 (KU3)** oziroma **motivacijsko informiranje in ozaveščanje** o alkoholni problematiki in virih pomoči za skupine ljudi, ki so lahko posebej ranljivi (npr. brezposelni, slepi ali slabovidni, gluhi ali naglušni, s slabšim duševnim zdravjem itd.) in imajo hkrati okoliščine posebnih priložnosti (področje športa in kulture), predvsem preko integriranja ozaveščevalnih vsebin v siceršnje aktivnosti nevladnih organizacij s področij izbranih ranljivosti in uradov za delo. Za večino izbranih področij smo v projektu opredelili izobraževalni modul in izvedli usposabljanje za izvajalce ter ukrep pilotno izvajali in evalvirali. Za nekatera področja smo pripravili posebna ozaveščevalna gradiva.

Dodatno se izvaja **delavnica za krepitev medosebnih odnosov (delavnica Zdravi odnosi)** v zdravstvenovzgojnih centrih oz. centrih za krepitev zdravja, kjer se udeleženci seznanjajo z osnovami učinkovitih načinov skrbi za lastno blagostanje, asertivnega komuniciranja in reševanja problemov (1, 4). V projektu smo delavnico razvili, opredelili izobraževalni modul in izvedli usposabljanje za izvajalce ter ukrep pilotno izvajali in evalvirali. Z letom 2022 je ukrep sistemsko implementiran.

Posebej pomemben ukrep pristopa je komuniciranje z mediji, ki poleg medijskega komuniciranja projektnih aktivnosti in obeleževanja t. i. dneva brez alkohola vključuje tudi sodelovanje s predstavniki medijev za **ustrezno poročanje o alkoholni problematiki v medijih** (1, 5). V okviru projekta smo zasnovali komunikacijsko strategijo pristopa SOPA, opredelili teme in način obeležitve Dneva brez alkohola ter obeležitev vsako leto izvedli, izvajali smo ozaveščevalne medijske kampanje, izvedli smo posvetovalne fokusne skupine s predstavniki medijev o ustreznem poročanju o alkoholu v medijih, pripravili in predstavnikom medijev diseminirali priporočila za poročanje o alkoholu v medijih in izvedli analizo poročanja o alkoholu v medijih.

Ob tem se izvajajo spremljajoče **aktivnosti interdisciplinarnega povezovanja** (npr. srečanja lokalnih, regijskih in nacionalne mreže deležnikov SOPA), ki zaokrožujejo sodelovanje deležnikov navedenih ukrepov, drugih deležnikov v skupnostih (npr. predstavnikov samopomočnih in terapevtskih skupin za pomoč ljudem s težavami zaradi pitja alkohola) in nosilcev oblasti na različnih nivojih, za večjo učinkovitost pristopa. V okviru projekta smo redno izvajali srečanja lokalnih, regijskih in nacionalne mreže akterjev, srečanja interdisciplinarnega Razvojnega tima oz. poznejšega Nacionalnega strokovnega odbora ter srečanja interdisciplinarnega Usmerjevalnega odbora na Ministrstvu za zdravje.

→ V nadaljevanju so predstavljeni osrednji ukrepi pristopa SOPA, kot so bili izvajani v okviru projekta SOPA, s pilotnimi aktivnostmi usposabljanja strokovnjakov za izvedbo ukrepov in predstavitev pilota z rezultati.

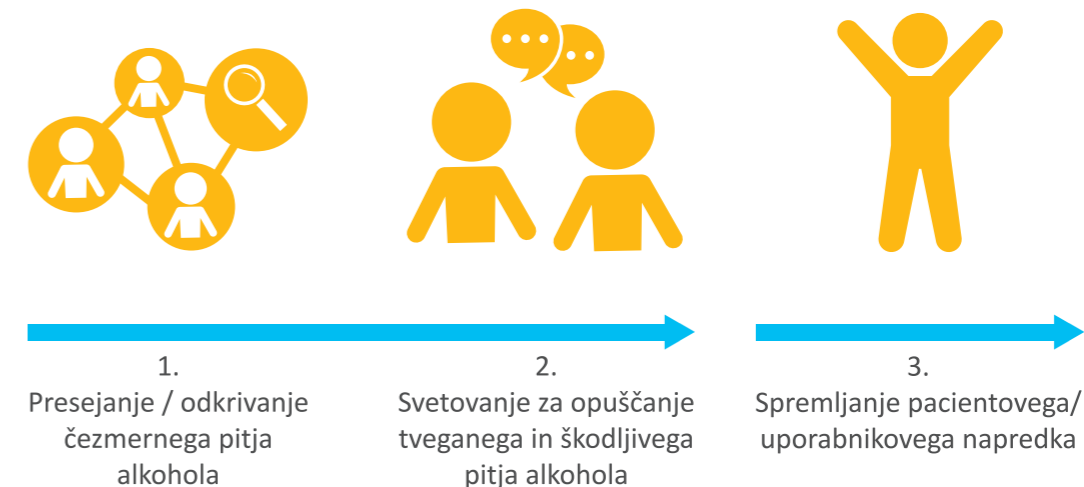
## Kratki ukrep 1

### Namen in cilji kratkega ukrepa 1 s področji izvajanja

Kratki ukrep 1 (KU1) se nanaša na kratko svetovanje za opuščanje čezmernega pitja alkohola. Ključno sporočilo pri tem je **Pitje alkohola je zdravju škodljivo, zato priporočamo čim manj ali nič alkohola oz. izbiro zdravih alternativ. Pri tem vam lahko nudimo podporo** (1).

Izvajalec ukrepa svetovanje smiselno umesti v siceršnjo obravnavo pacienta/uporabnika in se v aktualnem primeru – kadar pacient/uporabnik pije čezmerno oz. tvega škodljive posledice pitja alkohola ali pa so te že prisotne – na več kratkih srečanjih sistematično posveti nudenju podpore pacientu/uporabniku pri opuščanju (čezmernega) pitja alkohola (1).

Ukrep ima tri korake oz. cilje (1): 1) presejanje oz. odkrivanje čezmernega pitja alkohola, 2) svetovanje za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola (oziroma usmeritev v nadaljnje vire pomoči v nekaterih primerih škodljivega pitja in v primeru sindroma odvisnosti do alkohola) ter 3) spremljanje pacientovega/uporabnikovega napredka. Ti koraki se predvidoma izvedejo v 2 fazah: 1. odkrivanje s svetovanjem, izvedeno v okviru petih srečanj po pribl. 15 minut (5-krat 15 minut), izvedenih v razmakih na 7–14 dni, ter 2. spremljanje v okviru dveh srečanj, prav tako po pribl. 15 minut (2-krat 15 minut), izvedeno v razmakih na 3 mesce po zaključenem svetovanju.<sup>12</sup> Korake kratkega ukrepa 1, izvedenega po principu motivacijskega intervjuja (poglavje 2.2 – Zvezek I), lahko prikažemo, kot je zapisano v nadaljevanju (slika 2).



Slika 2: Koraki in fazi kratkega ukrepa 1 (KU1) (1).

Ukrep se sistematično izvaja pri vseh odraslih pacientih/udeležencih ne glede na starost. Za udeležbo na svetovanju ni potrebna napotnica osebnega zdravnika oz. usmeritev s strani drugega (1).

Izbrani poklici pomoči, ki pri svojem vsakdanjem delu lahko vključujejo tudi izvajanje kratkega ukrepa 1, so naslednji (preglednica 1) (1).

<sup>12</sup> Razmaki srečanj za spremljanje napredka so lahko daljši, priporočeno je, da se odnos pacienta/uporabnika spremlja dlje skozi čas, tudi po enem letu oziroma na pet let.

Preglednica 1: Področje delovanja oz. strokovni profil, ki izvaja kratki ukrep 1 – kratko svetovanje (1)

PODROČJE DELOVANJA OZ. STROKOVNI PROFIL, KI IZVAJA KRATKI UKREP 1 – KRATKO SVETOVANJE
Diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik v ambulanti družinske medicine <sup>3</sup>
Diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik oz. psiholog v zdravstvenovzgojnem centru oz. centru za krepitev zdravlja
Diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik v patronažnem varstvu
Zdravnik, specialist medicine dela, prometa, športa
Strokovni delavec na centru za socialno delo

Utemeljitev in podrobneje opisani koraki naslavljanja alkoholne problematike so po področjih predstavljeni v sklopu poglavij o KU1 obravnavah (poglavja 4.1 do 4.6 – Zvezek II).

### Usposabljanje za izvajanje kratkega ukrepa 1

V okviru projekta smo za vsako od vključenih področij pripravili usposabljanje za izvedbo ukrepa (1). Usposabljanje je zajemalo skupno 35 ur teoretičnega izobraževanja in praktičnega usposabljanja pred začetkom izvajanja ukrepa ter dvourni mesečna posvetovalna srečanja v času pilotnega izvajanja ukrepa. Usposabljanje je bilo izvedeno v sodelovanju med NIJZ in zunanjimi strokovnjaki. Program usposabljanja pred začetkom izvajanja je zajemal informacije o pristopu SOPA, vsebine s področja alkoholne problematike širše in specifično na izbranem področju delovanja ter o vodenju motivacijskega pogovora. Predstavitev vstopnih točk obravnave alkoholne problematike na področju je za poklice v zdravstvu predstavil zdravnik družinske medicine, za obravnavo na centru za socialno delo pa socialni delavec, oba z izkušnjami v praksi. Za uporabo vsebin motivacijskega intervjuja sta teoretično in praktično udeležence usposabljala strokovnjak NIJZ in zunanji sodelavec iz prakse. Termini teoretičnega izobraževanja in praktičnega usposabljanja pred začetkom izvajanja pilota so se zvrstili med pomladjo in jesenjo 2018. Nadaljnje usposabljanje, posvetovalna srečanja za izvajalce v času izvajanja pilota, je z občasnim sodelovanjem z zunanjim strokovnjakom iz prakse izvajal strokovnjak NIJZ (1).

Vključeni udeleženci usposabljanja za izvajanje ukrepa so bili dogovorjeni oz. določeni s strani vodstev v projekt SOPA vključenih zdravstvenih domov oz. enot centrov za socialno delo, **ki so se kot konzorciji zdravstveni dom - center za socialno delo** v posameznem lokalnem okolju predhodno prijavili na razpis NIJZ. Skupno je sodelovalo 18 konzorcijev, usposabljanj za izvedbo KU1 se je udeležilo preko 300 strokovnjakov (preglednica 2) (1).

13 Ukrep se v svoji osnovni različici (v okviru Nacionalnega programa preventive srčno-žilnih bolezni odraslih od 30. leta starosti dalje oz. po presoji zdravnika ne glede na starost pacienta in na podlagi kratkega osnovnega izobraževanja zdravnikov in diplomiranih medicinskih sester) že sicer sistemsko izvaja v ambulanti družinske medicine. Pristop SOPA poleg širitve ukrepa na druga področja ukrep in usposabljanje za izvedbo ukrepa razširja tudi v sami ambulanti družinske medicine: na podlagi skrb vzbujujočih podatkov o bremenu alkohola med vsemi starostnimi skupinami, še posebno med mladimi odraslimi (poglavje 1.1 – Zvezek I), so po pristopu SOPA ciljna skupina sistematično in ne glede na starost vsi odrasli pacienti, vse korake ukrepa lahko izvede tako zdravnik kot tudi diplomirana medicinska sestra (prej samo zdravnik). Oba pridobita specialna znanja v okviru poglobljenega (praktičnega) usposabljanja (prej samo kratkega teoretičnega izobraževanja) o alkoholni problematiki in učinkovitem vodenju pogovora o pitju alkohola.

Preglednica 2: Udeleženci usposabljanja iz KU1 po profilu (1)

PROFIL	ŠT. UDELEŽENCEV
zdravnik družinske medicine	71
zdravnik MDPŠ	20
DMS v referenčni ambulanti	58
DMS patronaža	68
CKZ	28
CSD	60
<b>SKUPAJ</b>	<b>305</b>

Velika večina udeležencev je bila z vsebinami in načinom izvedbe usposabljanja zelo zadovoljna, usvojili so nova znanja, še posebno o načinu vodenja pogovora, niso pa bili zadovoljni z načinom vzpostavitve sodelovanja ter zavezanostjo prisostvovati usposabljanjem in izvajati ukrep, saj je delodajalec njihovo sodelovanje določil brez predhodnega dogovora z njimi (1).

### Pilotno izvajanje kratkega ukrepa 1 in rezultati

Izvajanje KU1 na terenu je pilotno **potekalo v 18 lokalnih okoljih po Sloveniji** (slika 3) in je z vmesnim dvakratnim podaljšanjem pilota zaradi epidemije potekalo od oktobra 2018 do konca novembra 2020. Cilj na ravni projekta je bil, da se pri 540 obravnavanih pacientih po odkritju tveganega in škodljivega pitja alkohola izvede kratko svetovanje ter da ti pacienti opustijo (čezmerno) pitje alkohola in tako vedenje vzdržujejo še 6 mesecev po izvedenem svetovanju, kar se šteje kot uspešna obravnava pacienta. Za izvedbo pilota smo prejeli odobritev Komisije za medicinsko etiko. (1)



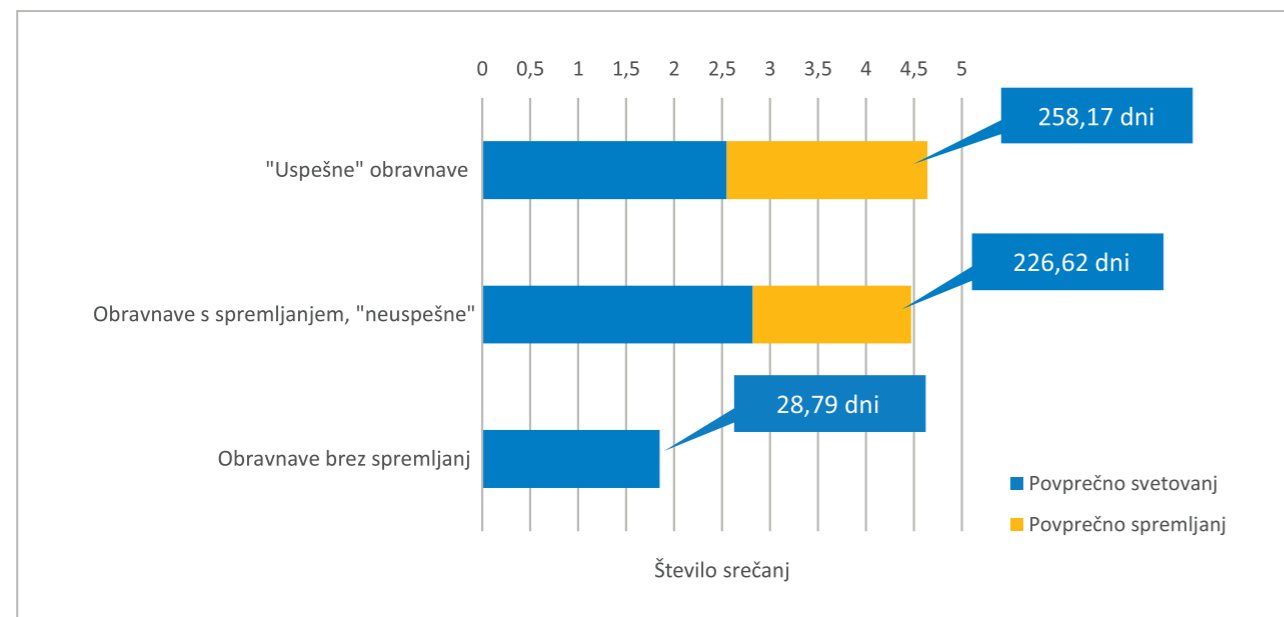
Slika 3: Lokalna okolja, v katerih se je izvajal pilot SOPA (1–3).

Kot je razvidno iz preglednice 3, je bil projektni **cilj uspešno presežen** (175 %) in so izvajalci za dosego tega rezultata obravnavali pribl. pol manj pacientov in jih pol manj tudi nagovorili glede pitja alkohola, kot je bilo na podlagi predhodnih tujih raziskav sprva ocenjeno kot pričakovano potrebno. Je pa treba pri tem upoštevati, da številki predstavljata le poročane osebe oz. da izvajalci iz različnih razlogov niso poročali o vseh nagovorjenih in obravnavanih osebah (1). Cilj glede števila izvedenih uspešnih obravnav je bil dosežen v vseh lokalnih okoljih – konzorcijih zdravstveni dom - center za socialno delo (1).

Preglednica 3: Doseganje projektnega kazalnika glede KU1 (1)

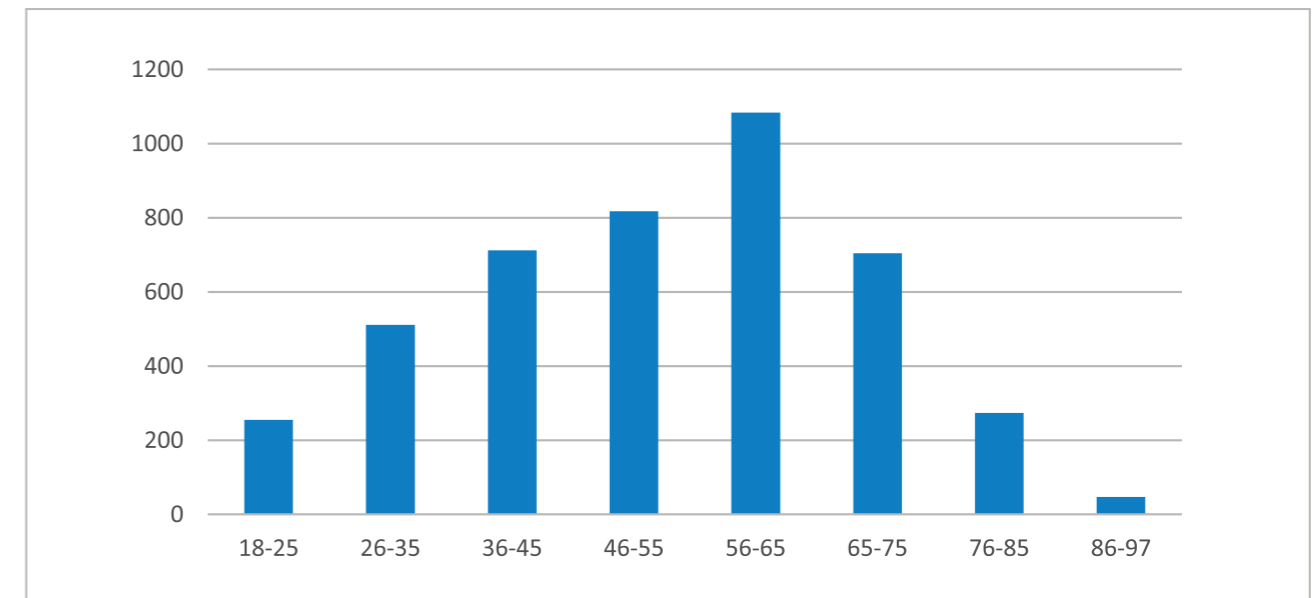
KU1	KAZALNIK – CILJ PILOTA	REZULTAT PILOTA
Nagovorjenih	60.000	32.355
Obravnavanih	9.000	4.407
Uspešno obravnavanih	540	943 (175 %)

Kot je razvidno s slike 4, se je del obravnav zaključil po enem ali nekaj srečanjih, pri obravnavah s spremljanjem pa je faza svetovanja z začetnim odkrivanjem tveganega in škodljivega pitja alkohola v povprečju **trajala** med 2 in 3 srečanja, skupaj s spremljanjem pribl. 7,5 oz. 8,5 mescev (slika 4) (1). Posamezno srečanje, tako svetovalno kot srečanje za spremljanje napredka, je največkrat trajalo 15 minut, pogosto tudi 10 ali 20, redkeje 5 ali 30 (1).



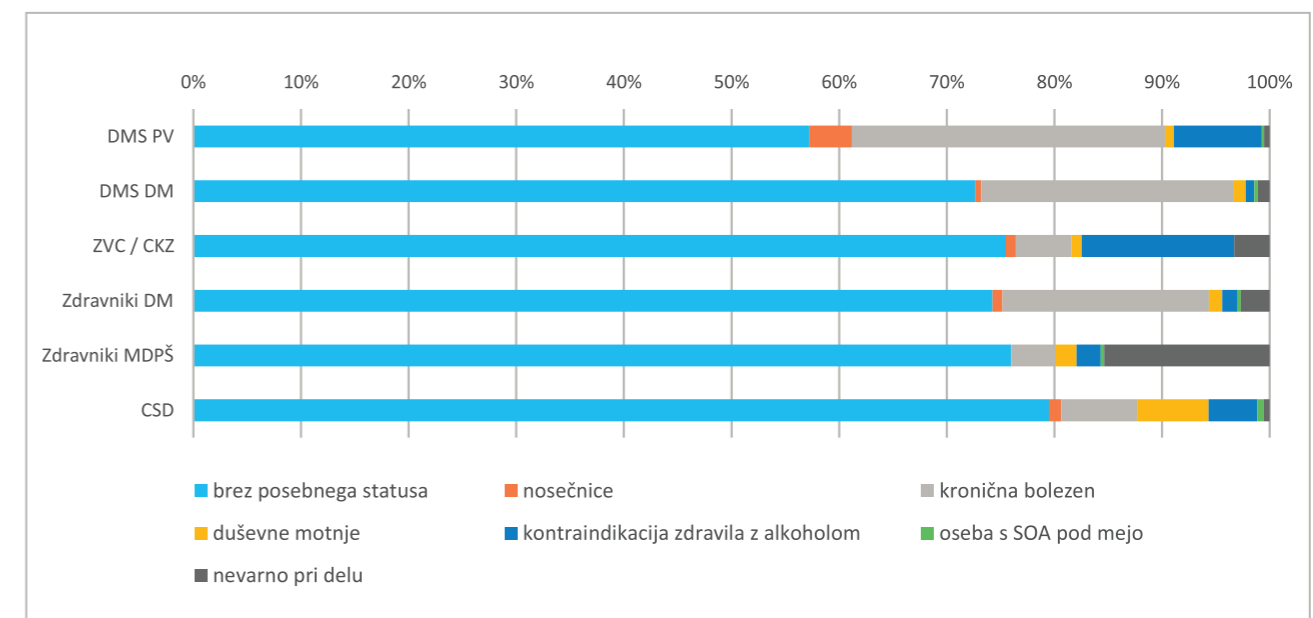
Slika 4: Povprečno trajanje obravnave (1).

Obravnavani so bili v večji meri **moški** (pribl. 75 %) (1). Kot je razvidno s slike 5, so v obravnavi sodelovali udeleženci, stari od 18 do 97 let. Povprečna starost obravnavanega je bila 52 let (1). Največ obravnavanih je imelo zaključeno poklicno, srednjo ali osnovno šolo (1).



Slika 5: Starostna struktura obravnavanih oseb (1).

Največ obravnavanih ni imelo **posebnega statusa**, nekateri so imeli kronično bolezen. V obravnavi pri specialistu medicine dela, prometa in športa je bil pričakovano najvišji delež posameznikov, pri katerih je bilo pitje alkohola kontraindicirano zaradi nevarnosti pri delu, izvajalke ukrepa v patronažnem varstvu pa so imele pričakovano največji delež obravnavanih nosečnic in bolnikov s kronično boleznijo (slika 6) (1).



Slika 6: Struktura posebnih statusov po profilih v deležih (1).

Izvajalci KU1 so se redno udeleževali srečanj lokalnih, regionalnih in nacionalnih mrež akterjev alkoholne politike oz. pristopa SOPA (več v nadaljevanju pri podnaslovu **Interdisciplinarno sodelovanje, mreženje med izvajalci ukrepov**).

V času od razglasitve epidemije do zaključka pilota sta se zaradi zaustavitve izvajanja večine preventivnih aktivnosti v zdravstvenih domovih in na centrih za socialno delo skoraj povsem prenehala odkrivanje tveganega in škodljivega pitja alkohola in svetovanje pacientom/uporabnikom glede pitja alkohola, spremljanje pacientov/uporabnikov, ki so bili že v obravnavi, pa je znatno upadlo (1).

→ Kratki ukrep 1 je z letom 2022 v obliki dveh delavnic (*Individualno svetovanje za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola – temeljni del* in *Individualno svetovanje za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola – vzdrževalni del*) sistemsko implementiran v izvajanje programa Skupaj za zdravje, ki se izvaja v ZVC/CKZ po vsej Sloveniji (poglavje 4.3 – Zvezek II). Ob zagotavljanju izvajanja KU1 v ZVC/CKZ so nadaljnji potrebni koraki sistemska implementacija ukrepa na ostalih področjih pristopa SOPA: družinska medicina, patronažno varstvo, medicina dela, prometa in športa ter socialno varstvo.

## Ukrep delavnica Zdravi odnosi

### Namen in cilji ukrepa

V pristopu SOPA smo kot spremljevalni pa hkrati temeljni ukrep razvili in vključili delavnico s področja medosebnih odnosov – *Izbrane veščine za krepitev medosebnih odnosov* (kratko Zdravi odnosi), saj odnosi lahko predstavljajo dejavnik tveganja za težave zaradi alkohola in težave zaradi alkohola lahko predstavljajo dejavnik tveganja za slab(š)e odnose. Odnosi imajo pomemben vpliv na dobro počutje in zdravje, tako širše kot tudi konkretno na razvoj sindroma odvisnosti od alkohola ter potek in izid zdravljenja (6–14).

Cilj delavnice je, da udeleženci pozornost namenijo opazovanju svojih medosebnih odnosov in svojemu delovanju v njih ter usvojiti izbranih osnovnih odnosnih veščin, ki lahko prispevajo h kakovosti odnosov oz. večjemu zadovoljstvu z odnosi. Izvajalci delavnic z udeleženci na 4 dvournih tedenskih srečanjih raziskujejo socialno mrežo, veščine za krepitev blagostanja, asertivno komunikacijo in spretnosti reševanja problemov (1, 4).

Delavnica poteka v ZVC/CKZ, za udeležbo ni potrebna napotnica zdravnika oz. usmeritev drugega.

### Usposabljanje za pilotno izvajanje delavnic

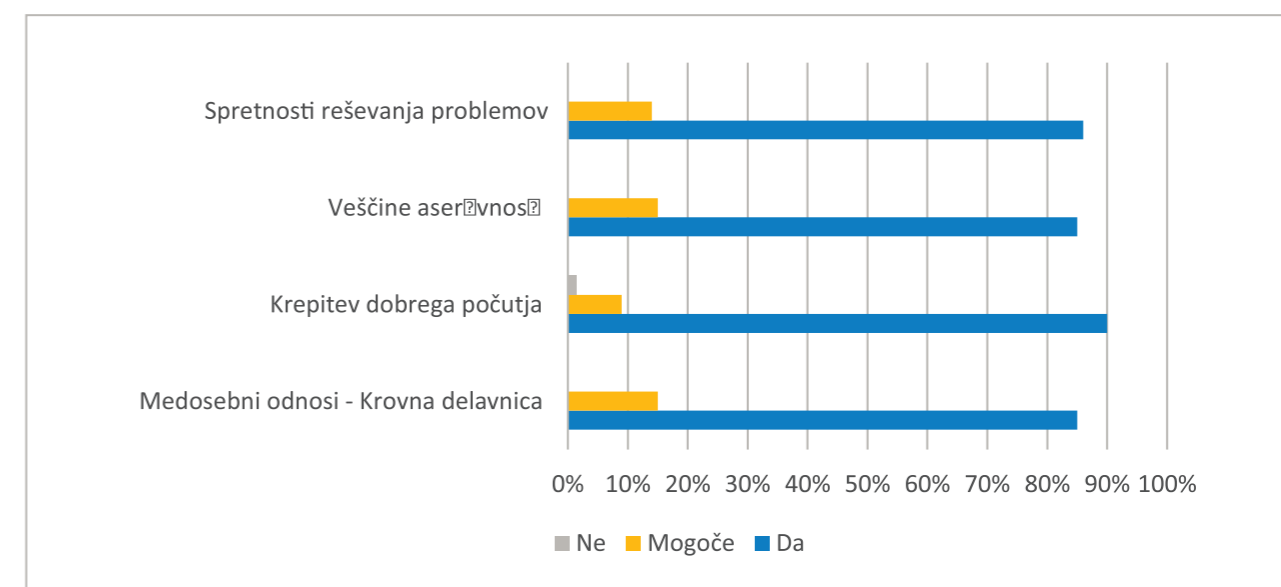
Izvajalci delavnic Zdravi odnosi so bili psihologi/-inje in diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki v zdravstvenovzgojnih centrih/centrih za krepitev zdravja (ZVC/CKZ) in so bili za izvedbo delavnic posebej usposobljeni z udeležbo na petdnevem modulu. Vsaki od štirih delavniških tem (medosebni odnosi splošneje, krepitev blagostanja, veščine asertivnosti, spretnosti reševanja problemov) je bil namenjen po en dan usposabljanja, zadnji dan je bil namenjen ključnim vsebinskim poudarkom in formalnim vidikom izvajanja delavnice. Vsaka tema je bila predstavljena na enak način: teoretičnim izhodiščem in predstavitvi poteka srečanja je sledila izvedba srečanja z udeleženci usposabljanja z diskusijo. Udeleženci usposabljanja so prejeli priročnik za izvedbo delavnice z učnim načrtom, teoretičnimi izhodišči in primerom izvedbe delavnice ter informativna plakati in letaki za člane skupnosti. V času izvajanja delavnic so imeli izvajalci nadalje na voljo možnost mesečnega individualnega posveta in dvanajstih skupinskih posvetovalnih srečanj z mentoricami, avtoricami delavnice (1, 4).

### Pilotno izvajanje delavnic in rezultati

Delavnica se je pilotno izvajala v 18 projektnih konzorcijskih ZVC/CKZ po Sloveniji (slika 3) v času od novembra 2019 do aprila 2021. Projektni cilj je bil, da vsak izvajalec izvede 12 srečanj delavnice in vsako srečanje vsaj enkrat, a se to zaradi zaustavitve izvajanja tovrstne preventive v času epidemije ni realiziralo v celoti in je bilo od skupno načrtovanih 216 izvedenih 173 srečanj.

Izvajalci delavnice so bili v veliki meri zelo zadovoljni z izvedenim usposabljanjem in priročnikom ter so v veliki meri menili, da so vsebine delavnice uporabne tako za udeležence kot zanje osebno, prav tako so poročali o posebni vrednosti posvetovalnih srečanj, kjer so lahko konstruktivno raziskali dileme in izzive glede izvajanja delavnice, se počutili slišane in se razbremenili pritiska ter se dodatno motivirali k izvajanju delavnice (1).

Udeleženci delavnice so bili tako moški kot ženske, bili so različnih starosti, največ udeležencev je bilo starih med 25 in 34 let. Vsem se je delavnica zdela koristna, izvedeli so veliko novega, pridobili uporabna znanja in veščine za vsakdan. Izrazili so, da bi si želeli več takih priložnosti in vaj tudi v prihodnje. Izpostavili so dobro, sproščeno in vzpodbudno vzdušje v skupini ter izrazili zadovoljstvo s strokovnostjo izvajalca delavnice. Posamezno srečanje delavnice bi v veliki meri priporočili tudi drugim (slika 7) (1).



Slika 7: Delež udeležencev delavnice, ki bi posamezna srečanja priporočili drugim (1).

→ Delavnica Zdravi odnosi je od leta 2022 sistemsko vključena v program Skupaj za zdravje in se izvaja v ZVC/CKZ po vsej Sloveniji.

## Kratki ukrep 2

### Namen in cilji kratkega ukrepa 2, s področji izvajanja

Kratki ukrep 2 (KU2) je krajša različica kratkega ukrepa 1 (KU1). Gre za v siceršnjo obravnavo pacienta smiselno umeščeno izvajanje kratkega nasveta, ki se ga lahko izvede v 3–5 minutah. Cilj je ob vsaj enkratni priložnosti raziskati pacientove pivske navade in mu po potrebi motivacijsko svetovati opustitev tveganega in škodljivega pitja alkohola z morebitno usmeritvijo k nadaljnjim virom pomoči. Ukrep lahko izvajajo zdravstveni delavci na osmih zdravstvenih področjih (preglednica 4).

Preglednica 4: Področje delovanja oz. strokovni profil, ki izvaja kratki ukrep 2 – kratki nasvet

PODROČJE DELOVANJA OZ. STROKOVNI PROFIL, KI IZVAJA KRATKI UKREP 2 – KRATKI NASVET
Zdravnik, specialist ginekologije in porodništva, in drugi zdravstveni delavci na področju
Zdravnik, specialist kardiolog, in drugi zdravstveni delavci na področju
Zdravnik, specialist gastroenterolog, in drugi zdravstveni delavci na področju
Zdravnik, specialist onkolog, in drugi zdravstveni delavci na področju
Zdravnik, specialist otorinolaringolog, in drugi zdravstveni delavci na področju
Zdravnik, specialist urgentne medicine, in drugi zdravstveni delavci na področju
Zdravstveni delavci na področju transfuzijske medicine
Zobozdravnik

Korake kratkega ukrepa 2, izvedenega po principu motivacijskega intervjuja (poglavje 1.2 – Zvezek I in poglavje 2.1 – Zvezek I), lahko strnemo v naslednje (slika 8).

#### KRATKI UKREP 2 – KU2

- V pogovor o skrbi za zdravje vključim tudi **vprašanja glede pitja alkohola**.
- Ob zaznanem (čezmernem) pitju alkohola predstavim:  
**Znanstvena spoznanja** o negativnih posledicah pitja alkohola na zdravje in **Zdrave možnosti** skrbi zase;

izpostavim:

→ **čim manj, tem bolje, najbolje nič.**

- **Izrazim skrb** za pacientovo zdravje in vprašam po želji o spremembi.
- **Spodbudim k spremembi** in po potrebi usmerim na vire pomoči.
- Po možnosti **spremljam** napredek.

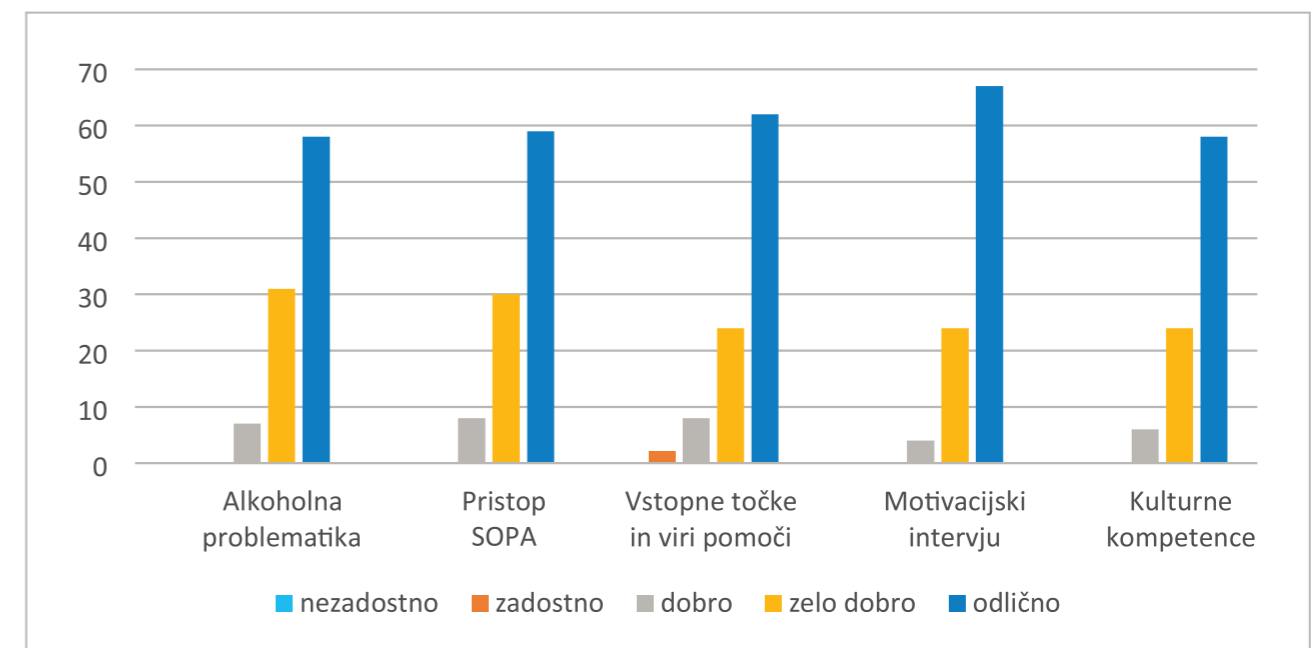
Slika 8: Koraki kratkega ukrepa 2 (1).

### Usposabljanje za izvajanje kratkega ukrepa 2

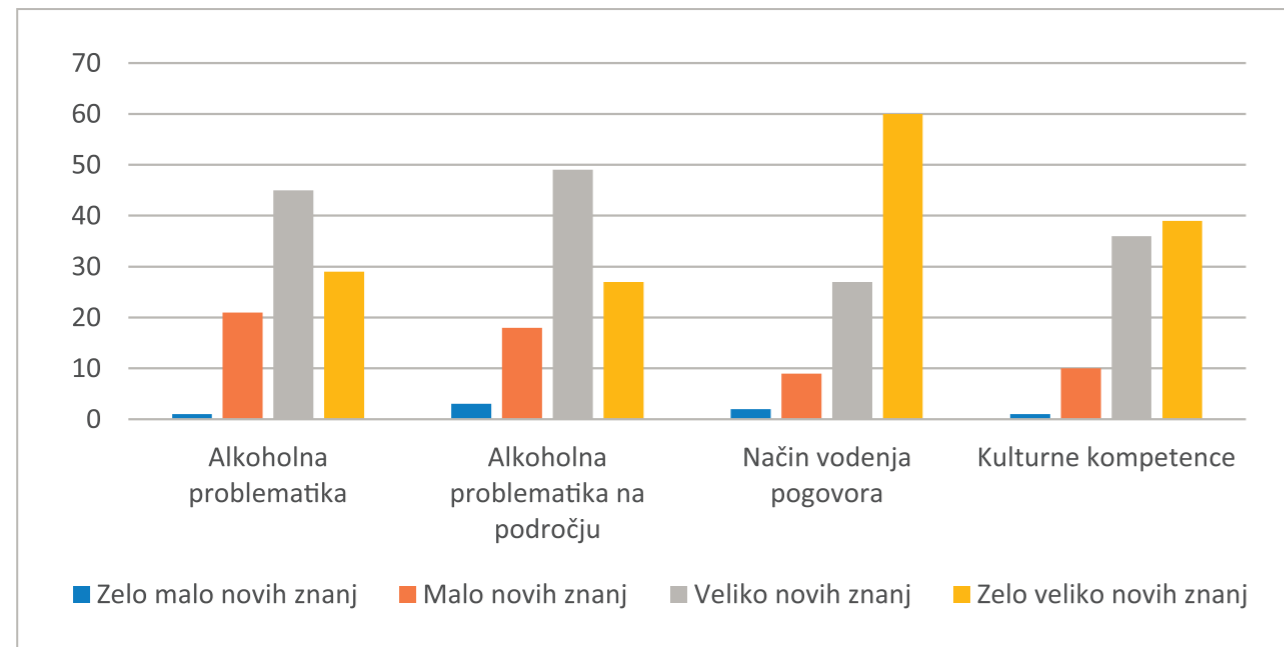
Za vsako vključeno področje smo pripravili enodnevno usposabljanje za izvedbo ukrepa (1). NIJZ ga je izvedel v sodelovanju z zunanjimi strokovnjaki. Program je zajemal informacije o pristopu SOPA, vsebine s področja alkoholne problematike širše in specifično na izbranem področju ter o vodenju motivacijskega pogovora in kulturnih kompetencah. Vstopne točke v obravnavo alkoholne problematike na področju je predstavil strokovnjak iz prakse. Termini enodnevnih usposabljanj po področjih so se zvrstili od oktobra 2019 do oktobra 2020 (1). Utemeljitev in koraki naslavljanja alkoholne problematike so po področjih predstavljeni v poglavjih 5.1 do 5.8 – Zvezek II.

### Pilotno izvajanje kratkega ukrepa 2 in rezultati

Kratki ukrep 2 kot tak se pilotno ni izvajal, to je prihodnja aktivnost, pilotno je bilo zastavljeno usposabljanje izvajalcev. Na usposabljanje iz kratkega ukrepa 2 so bili strokovnjaki po področjih vabljeni preko adrem pristojnih institucij in adrem tima SOPA ter objav v področnih glasilih oz. revijah in adreme Zdravniške zbornice Slovenije. Skupno se je usposabljanj za izvedbo KU2 udeležilo 138 strokovnjakov, število udeležencev je bilo najmanjše na usposabljanju za področje kardiologije (sedem) in največje na področju transfuzijske medicine (dvaintrideset). Kot prikazuje slika 9, so bili vsi udeleženci usposabljanja z različnimi vidiki predstavljenega zadovoljni, saj so usvojili nova znanja, še posebno o načinu vodenja pogovora (poglavji 2.1 in 2.2 – Zvezek I) (1).



Slika 9: Zadovoljstvo z vsebinskimi sklopi usposabljanja (1).



Slika 10: Ocene pridobljenega novega znanja (1).

→ Naslednji korak, vezan na kratki ukrep 2 je pilotiranje pristopa na izbranih področjih in nato zagotovitev sistemske implementacije aktivnosti.

### Kratki ukrep 3

#### Namen in cilji kratkega ukrepa 3, s področji izvajanja:

Poleg kratkega svetovanja (KU1) oz. kratkega nasveta (KU2), ki se izvajata na individualni ravni, je pri reševanju alkoholne problematike v pristopu SOPA ključno **motivacijsko ozaveščanje** prebivalcev Slovenije v lokalni skupnosti in širše. Pri tem je posebno pozornost treba nameniti tudi tistim, ki so prepoznani kot dodatno ranljivi z vidika pitja alkohola. Slednje je tudi osrednji namen izvajanja kratkega ukrepa 3 (KU3), ki je v projektu SOPA temeljil na širjenju vsebine o alkoholni problematiki, zdravih alternativah pitju alkoholnih pijač in virih pomoči, ki so na voljo tistim, ki želijo zmanjšati ali opustiti pitje alkohola (1).

Za učinkovito ozaveščanje je pomembna vzpostavitev raznolikih aktivnosti in mreže organizacij, ki pri svojem delu naslavljajo dodatno ranljive skupine z vidika pitja, kot so npr. gibalno ovirani, brezposelni, senzorno ovirani, socialno ogroženi ipd., ali pa organizacije, ki omogočajo zajem tistih posameznikov, ki se že odločajo za nekatere zdrave izbire oz. alternative, npr. športnikov, kulturnikov.

Izvajanje kratkega ukrepa 3 temelji na vpeljevanju aktivnosti ozaveščanja v delo, ki že poteka v nekaterih lokalnih društvih ali uradih za delo. To navadno zajema aktivnosti in dogodke, ki jih sicer organizirajo, ali pa način individualnega dela z uporabniki, torej tistimi, ki neposredno prihajajo v stik z društvu oz. uradi za delo Zavoda Republike Slovenije za zaposlovanje (v nadaljevanju ZRSZ). Zaželeno je tudi vpeljevanje novih aktivnosti ali sodelovanje pri skupnih aktivnostih z drugimi društvu ali ustanovami (občine, zdravstveni domovi, centri za socialno delo, uradi za delo ipd.), ki delujejo v lokalnem ali regionalnem okolju (1, 3).

#### Usposabljanje za izvajanje kratkega ukrepa 3

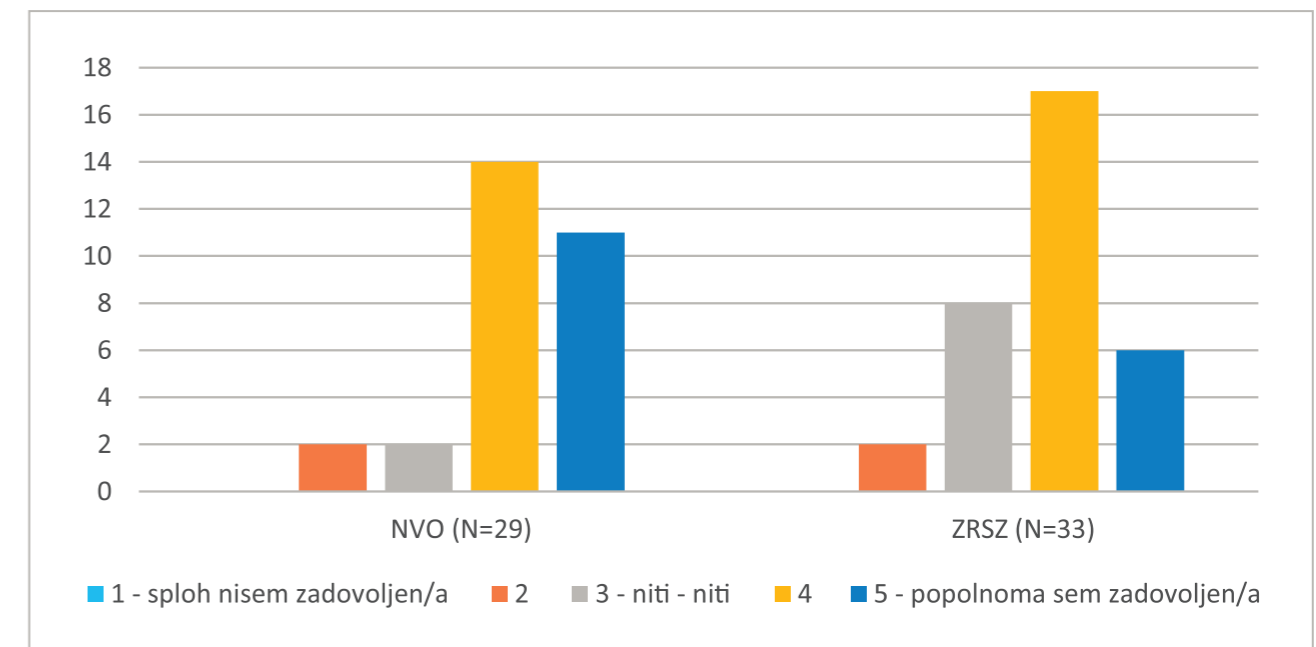
Za izvajanje kratkega ukrepa 3 je ključna senzibilizacija izvajalcev v društvih in na uradih za delo za alkoholno problematiko, predvsem z opremljanjem z novimi znanji in veščinami s področja.

Usposabljanje za izvajanje kratkega ukrepa 3 je bilo zasnovano kot celodnevno in je zajemalo raznolike učne vsebine. Tako izvajalci ZRSZ kot tudi izvajalci NVO so na usposabljanju prejeli vsebine s področja alkoholne problematike (poznavanje škodljivih posledic, prepoznavanje vzorcev pitja alkohola) in pristopa SOPA (izvajanje kratkega ukrepa 1 in viri pomoči, pomen lokalnih in regionalnih mrež ipd.), kulturnih kompetenc in mokre kulture ter s področja izvajanja in iskanja načinov, kako v prakso vpeljati kratki ukrep 3. Ker je za ZRSZ značilno pretežno individualno delo, je bil del usposabljanja namenjen tudi osnovam motivacijskega intervjuja, izvajalci iz NVO pa so se nekoliko bolj poglobljeno lotili raziskovanja različnih možnih načinov vpeljave kratkega ukrepa v aktivnosti društva (1).

Prav tako je usposabljanje predstavljalo ključni kanal za predstavitev že obstoječih informativnih gradiv SOPA, ki so izvajalcem omogočale orodje za dodatno informiranje uporabnikov, strank, članov ipd.

V projektu SOPA je bilo iz navedenih vsebin usposobljenih 63 izvajalcev iz ZRSZ in 82 izvajalcev iz različnih krovnih nevladnih organizacij (1).

Udeleženci usposabljanj so bili z izvedenimi usposabljanji iz kratkega ukrepa 3 v veliki meri zadovoljni (slika 11) (1).



Slika 11: Prikaz ocen zadovoljstva z usposabljanji (1).

#### Pilotno izvajanje kratkega ukrepa 3 in rezultati

Kratki ukrep 3 je v projektu SOPA pilotno zaživel v 18 lokalnih okoljih po Sloveniji. Usposobljeni izvajalci iz NVO in ZRSZ so z različnimi aktivnostmi motivacijsko informirali uporabnike, stranke, člane društev in širšo javnost. Podpore pri tem so prejeli s strani člana tima SOPA – območne odgovorne osebe s pristojne območne enote NIJZ, ki je nudila vsebinsko in koordinativno podporo (1).

Projekt SOPA je pri izvajanju kratkega ukrepa 3 vključeval različna področja dela, ki jih pokrivajo različne krovne NVO in ZRSZ. Njihovi strokovnjaki in predstavniki so v 18 lokalnih okoljih motivacijsko ozaveščali o virih pomoči, alkoholni problematiki in spodbujali k zdravim izbaram (1). Ti akterji so bili naslednji (preglednica 5).

Preglednica 5: Sodelujoči v projektu SOPA in področja dela (1)

PODROČJE	NVO OZ. ZAVOD RS ZA ZAPOSLOVANJE
Gibalna oviranost	Zveza paraplegikov Slovenije
Duševno zdravje	ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje, Ozara
Šport	Športna unija Slovenije
Splošnokoristne dejavnosti v verski skupnosti, dobrodelnost	Slovenska Karitas
Družina in socialno varstvo	Zveza prijateljev mladine Slovenije
Zdravje srca in ožilja, dobrodelnost	Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije
Brezposelnost in storitve za trg dela	Zveza Republike Slovenije za zaposlovanje

Poleg omenjenih področij in organizacij so se v projektu naslavljal tudi ranljive skupine z vidika senzorne oviranosti (gluhi in naglušni, slepi in slabovidni) z ustrezno prilagoditvijo vsebine in informativnih gradiv ter uradne spletne strani projekta SOPA za lažji dostop do pomembnih informacij (1).

ZRSZ in NVO so k izvajanju aktivnosti pristopili znotraj okvirov že obstoječih dogodkov in načinov dela, v nekaterih primerih pa so se priključevali k aktivnostim drugih NVO ali NIJZ ali pa so zasnovali nove dogodke oz. načine dela, ki so vključevali vsebine pristopa SOPA. Pilotno izvajanje je potekalo od septembra 2018 do marca 2021 (1).

#### AKTIVNOSTI ZRSZ IN NVO

- **Dogodki na lokalni ravni:** kulturni dogodki, informativni dnevi, športne prireditve, delavnice in usposabljanj ipd. so bile priložnosti za vključevanje tematike o alkoholni problematiki in drugih vsebin SOPA ter deljenje vseh ključnih gradiv SOPA.
- **Aktivno sodelovanje ob obeležitvah Dneva brez alkohola:** skupna regijska aktivnosti, v kateri so se povezovali različni NVO, ZRSZ in NIJZ ter z raznolikimi aktivnostmi prispevali k tej posebni obeležitvi dneva brez alkohola, s promocijo zdravih izbir in alternativ pitju alkohola.
- **Razdeljevanje informativnih gradiv SOPA:** je potekalo ob rednih stikih z uporabniki v ZRSZ ali s člani v društvih ter ob vseh večjih dogodkih, ki so potekali v organizaciji sodelujočih NVO in ZRSZ.
- **Aktivna udeležba na srečanjih lokalnih mrež SOPA:** izmenjevanje izkušenj glede alkoholne problematike z vsemi sodelujočimi lokalnimi deležniki v SOPA (zdravstveni delavci, socialni delavci, ostale NVO ali ZRSZ).
- **Udeležba in sodelovanje na regijskih mrežah SOPA:** aktivno iskanje načinov skupnega naslavljanja alkoholne problematike v regiji v sodelovanju z ostalimi pomembnimi deležniki SOPA.

#### DODATNA AKTIVNOST NVO

- **Medijske in druge vrste objav** na temo alkoholne problematike, virov pomoči in drugih aktualnih vsebin SOPA.

#### DODATNA AKTIVNOST ZRSZ

- **Organizacija in promocija delavnic Zdrav življenjski slog** za brezposelne osebe, ki so jih izvajali strokovnjaki NIJZ. Osveščali so o pomembnosti zdravega življenjskega sloga z vidika zdrave prehrane, zmerne telesne dejavnosti, skrbi za duševno zdravje in izogibanja tveganim vedenjem (npr. pitju alkohola). Vsi udeleženci so pridobili tudi pomembne informacije o delavnicah in svetovanjih, ki so jim na voljo v lokalnem zdravstveno vzgojnem centru oz. centru za krepitev zdravja

Slika 12: Aktivnosti NVO in ZRSZ (1).

### Rezultati pilota (1)

Šest vključenih krovnih NVO je v času izvajanja pilota sodelovalo **pri 251 dogodkih na lokalni ravni**. Vanje so bili vključeni razdeljevanje gradiva SOPA, predstavitev alkoholne problematike ali druge aktualne tematike projekta SOPA. Od tega je 23 dogodkov soustvarjalo več društev hkrati, občasno tudi v sodelovanju z izvajalci ZRSZ v lokalnem okolju. NVO in ZRSZ so sodelovali tudi pri izvedbah javnih obeležitev dneva brez alkohola. Teh **se jih je zvrstilo 16** (1).

Dogodkov v lokalni skupnosti se je po **ocenah društev udeležilo preko 13.000 ljudi**. Imeli so priložnost prejeti informacije o alkoholni problematiki in virih pomoči, ki so njim in njihovim bližnjim na voljo ob težavah zaradi tveganega ali škodljivega pitja alkohola. Ti dogodki so bili tudi glavni kanal za razdeljevanje gradiv. Poleg tega so nekatera društva delila gradiva tudi ob individualnih razgovorih z uporabniki ali razdeljevanju paketov hrane, božičnih daril ipd. Skupno so društva razdelila skoraj **20.000 različnih gradiv SOPA** (1).



Ključen je bil tudi **doprinos društev z vidika medijskih objav**. Te so glas o alkoholni problematiki in projektu SOPA širile tudi med naslovnike, ki se dogodkov niso udeleževali. Med sodelovanjem je šest nevladnih organizacij v ta namen **ustvarilo 93 medijskih objav**, od tega **75 spletnih, 12 tiskanih in 6 radijskih prispevkov** (1).

18 sodelujočih uradov za delo (ZRSZ) je v času pilotnih aktivnosti sodelovalo pri izvedbi 53 dogodkov, s katerimi so naslovili več kot 850 oseb, in **13 večjih dogodkih**, med drugim tudi na obeležitvah DBA.

Preko dogodkov in individualnih obravnav posameznikov v okviru rednega dela so razdelili skoraj **10.000 različnih gradiv SOPA**. Razdeljevanje gradiv je bilo oteženo v času epidemije COVID-19. V teh primerih so nekateri svetovalci svoje stranke usmerili na spletne različice gradiv. Dostop do različnih informacij o alkoholni problematiki in virih pomoči je bil torej kljub vsemu omogočen (1).

S pomočjo sodelovanja vseh uradov za delo je bilo izvedenih **20 delavnic na temo zdravega življenjskega sloga**. Tako je **255 brezposelnih** oseb prejelo pomembne informacije, ki lahko pripomorejo h krepitvi zdravja vsakega posameznika. Udeleženci so bili z omenjenimi delavnicami zelo zadovoljni (1).

Posebno pozornost smo v času projekta namenili tudi ozaveščanju o (specifični) ranljivosti glede pitja alkohola med pripadniki spolnih in seksualnih manjšin (15).

## Interdisciplinarno sodelovanje, mreženje med izvajalci ukrepov

Pristop SOPA temelji na interdisciplinarnem povezovanju pri zamejevanju alkoholne problematike. Prepletanje izkušenj in idej predstavnikov različnih področij dela je ključno za sledenje cilju zmanjševanja problematike, ki predstavlja težave za posameznika, njegovo družino, bližnjo okolico, družbo in državo. Posledice pitja alkohola niso nikoli samo telesne, temveč so tudi psihosocialne narave. Ravno zaradi tega je pri naslavljanju tovrstnih problemov sodelovanje zdravstvenega in socialnega sektorja, nevladnih organizacij, medijev in pomembnih odločevalcev tisto, kar lahko pomembno doprinese k spremembam v lokalnem, regijskem ali nacionalnem prostoru.

V okviru projekta je KU1 in KU3 na terenu, v 18 lokalnih okoljih, izvajalo približno 400 izvajalcev iz zdravstvenih domov, centrov za socialno delo, uradov za delo in lokalnih društev z različnih področij (3). Povezovanje teh izvajalcev je bilo ključnega pomena za:

- vzpostavitev sodelovanja med različnimi lokalnimi deležniki,
- prenos vseh relevantnih informacij, povezanih z aktualnim dogajanjem na področju alkoholne problematike in projektom SOPA na splošno;
- deljenje in izmenjavo mnenj in izkušenj izvajalcev na terenu;
- iskanje možnosti sodelovanja pri konkretnih skupnih aktivnostih v smeri zamejevanja alkoholne problematike;
- krepitev in vzdrževanje skupnega cilja, torej zmanjšanja negativnih posledic zaradi pitja alkohola v regiji oz. lokalnem okolju (1).

Projekt SOPA je različne predstavnike področij in strokovnjakov vključeval na lokalni, regionalni in nacionalni ravni.

V osmih od devetih regij<sup>14</sup>, ki so bile oblikovane na ravni območnih enot NIJZ-ja, je bilo koordinirano sodelovanje pomembnih deležnikov iz 18 lokalnih okoljih, ki jih je opredeljeval konzorcij vključenega

zdravstvenega doma in centra za socialno delo. V vsakem lokalnem okolju so bili kot pomembni deležniki za naslavljanje alkoholne problematike prepoznani (1):

- zdravstveni delavci (zdravniki/-ce, diplomirani zdravstveniki/medicinske sestre), ki delujejo v lokalnem zdravstvenem domu,
- strokovni delavci iz lokalnega centra za socialno delo,
- predstavniki občine,
- predstavniki, ki delujejo v lokalnem uradu za delo (ZRSZ),
- lokalna društva, ki delujejo na področju ranljivih skupin (NVO),
- predstavniki policije,
- mediji in
- predstavniki ustaljenih pristopov (skupine samopomoči in terapevtske skupine v primeru težav zaradi alkohola oz. sindroma odvisnosti od alkohola, psihiatri alkohologi) (poglavja 7.1–7.5 – Zvezek III).

Namen delovanja mrež na različnih nivojih (lokalnem, regionalnem, nacionalnem) je bil zagotoviti večjo vključenost vseh deležnikov SOPA in hkrati učinkovito prenesti informacije o izvajanju ukrepov na terenu, po principu od spodaj navzgor (od lokalne preko regijske do nacionalne ravni) in obratno (od nacionalne preko regijske vse do lokalne ravni). Tovrstni pristop je omogočal, da so se informacije kljub velikemu številu vključenih deležnikov, učinkovito prenašale med vsemi ravnmi. Mreže so tako omogočale prostor, da mnenja deli prav vsak pomemben deležnik lokalne skupnosti, hkrati pa se je zagotovil tudi prenos informacij z nacionalne ravni (vodenje projekta in Ministrstvo za zdravje) do vsakega pomembnega deležnika v lokalni skupnosti (izvajalci ukrepov). Tovrstni način prejema informacij s terena je doprinesel tudi k sprotnim prilagoditvam izvajanja pristopa oz. projekta SOPA (1).

V projektu se je tako oblikovalo 8 regijskih mrež, 18 lokalnih mrež in ena skupna nacionalna mreža.



Slika 13: Prikaz prenosa informacij med različnimi ravnmi mrež.

Vsa srečanja so potekala v obdobju od novembra 2018 do marca 2021. V tem času so se izvedli:

- po 6 srečanj lokalnih mrež v vsakem izmed 18 lokalnih okolij SOPA (skupno 108),
- po 6 srečanj regijskih mrež v vsaki izmed 8 regij NIJZ (skupno 48),
- 3 srečanja nacionalne mreže.

<sup>14</sup> Akterji iz novomeške regije se v projekt niso vključili.

## Namen srečanj lokalne mreže

Srečanja lokalne mreže so bila namenjena predvsem povezovanju med izvajalci kratkega ukrepa 1, hkrati pa tudi spoznavanju delovanja drugih inštitucij in strokovnjakov oz. predstavnikov organizacij v lokalnem okolju, ki prav tako že delujejo na področju alkoholne problematike (AA, Al-Anon, KZA, alkoholologij) ali pa so bili v tematiko vpeti zaradi vključitve v projekt SOPA (ZRSZ in NVO). Slednje je spodbujalo k več sodelovanja na lokalni ravni. Prav tako so mreže lokalnih srečanj omogočile prostor za predstavljanje informacij in mnenj o vseh aktualnih temah na področju alkoholne politike in alkoholne problematike na splošno in konkretnije v samem lokalnem okolju. Teme so bile npr. medijske objave o alkoholni problematiki in pristopu SOPA, aktualni dogodki na lokalni ravni kratkega ukrepa 3, predstavitev programa To sem jaz, predstavitev gradiva SOPA, prilagojenega za lahko branje ipd. (1).

## Namen srečanj regijske mreže

Namen teh srečanj je bil prav tako povezovati strokovnjake in predstavnike različnih področij dela, da bi zamejevali alkoholno problematiko v regiji. Zasedba na tovrstnih srečanjih je bila, z vidika nalog, ki jih deležniki opravljajo v SOPA, bolj raznolika kot na lokalnih srečanjih (lokalnih mrež so se pretežno udeleževali izvajalci kratkega ukrepa 1). Poleg predstavitev delovanja različnih strokovnjakov in predstavnikov področij ter seznanjanja z aktualnimi temami s področja so bili **cilji srečanj tudi razmišljanje, načrtovanje in izvedba skupnih akcij v smeri zamejevanja alkoholne problematike** (npr. obeležitev dneva brez alkohola). V ospredju je bilo iskanje možnosti za vključitev deležnikov v trenutno in prihodnje aktualno dogajanje v regiji. Regijska srečanja so prav tako omogočala aktivnejše povezovanje med izvajalci kratkega ukrepa 1 (svetovanje) in izvajalci kratkega ukrepa 3 (informiranje) (1).

## Namen srečanj nacionalne mreže

Srečanja nacionalne mreže so potekala predvsem z namenom izmenjave informacij med regijami oz. izvajalci pristopa SOPA in nacionalno ravni, ki jo je predstavljalo vodstvo projekta na NIJZ in Ministrstvu za zdravje. To je omogočalo dobro pretočnost informacij in pregled nad dogajanjem na terenu, kar je služilo tudi sprotne prilagajanju, hkrati pa podajanju usmeritev za še učinkovitejše delovanje v smeri zamejevanja alkoholne problematike v regijah (1).

## Ključni poudarki

Na podlagi pregleda delovanja in evalvacije mrež na posameznih nivojih, kot so lokalni, regijski in nacionalni, lahko ugotovimo, da so imele mreže pomembno dodano vrednost predvsem pri (1):

- nudenju prostora za **izmenjavo informacij o delovanju** posameznih inštitucij, društev, strokovnjakov oz. področij dela;
- nudenju prostora za **sodelovanje in načrtovanje skupnih aktivnosti**, kar je pripomoglo tudi k izvedbi konkretnih javnih dogodkov, pomembnih z vidika podajanja javnozdravstvenih vsebin lokalni skupnosti, še posebno z vidika osveščanja o alkoholni problematiki in zdravih izbiri (npr. obeležitev DBA, skupni dogodki društev in urada za delo);
- vzpostavitvi interdisciplinarnih mrež, ki **združujejo strokovnjake**, ki lahko na različne načine doprinejo k zamejevanju tveganega in škodljivega pitja alkohola;
- grajenju **medsebojnega zaupanja in občutka zavezanosti** k skupnemu javnozdravstvenemu cilju – zmanjšati pitje alkohola med prebivalci lokalne skupnosti;
- **pridobivanju aktualnih, preverjenih vsebin** s področja alkoholne problematike;
- **izmenjavi informacij med izvajalci ukrepov in NIJZ-jem**, ki je projekt razvijal in vodil, zaradi česar so bile možne **sprotne prilagoditve**, da bi izboljšali izvajanje pristopa SOPA (1).

## Medijske aktivnosti in širjenje sporočil SOPA

### Vloga medijev in pomen njihovega vključevanja

Za ustrezno širjenje javnozdravstvenih vsebin je ključno sodelovanje z mediji, ki pri svojem delu naslavlajo širšo populacijo. V projektu SOPA so bili prepoznani kot pomemben akter s treh različnih vidikov (1).

#### 1. Mediji kot sokreatorji socialnih norm in pomembni akterji v skupnosti

Mediji z vsakodnevnim poročanjem posredno in neposredno vplivajo na oblikovanje socialnih norm v družbi. Poročajo o sprejemljivem in nesprejemljivem vedenju, posledicah škodljivega vedenja, pozitivnih učinkih ustrežnejšega vedenja. Vsa ta sporočila pridejo v ospredje tudi pri naslavljanju pitja alkohola, s čimer so prav tako pomemben deležnik, ki lahko doprinese k zmanjšanju škodljivih posledic zaradi pitja alkohola. S tega vidika so mediji pomemben del skupnosti, lokalnih in regijskih mrež ter širše.

#### 2. Mediji kot pomembni obveščevalci o aktualnem v okviru izvajanja pristopa SOPA in kot sporočevalci verodostojnih javnozdravstvenih vsebin

Mediji so bili ključni tudi z vidika poročanja o verodostojnih dejstvih glede pitja alkohola, o pristopu SOPA in dogodkih, ki so se navezovali na zamejevanje alkoholne problematike ter možnih zdravih izbirah. Bili so glavni kanal za medijske kampanje, ki so širšo javnost naslovile glede pomembnih vidikov, s ciljem zmanjšati pitje alkohola.

#### 3. Mediji kot podpora pri pripravi Priporočil za odgovorno poročanje o alkoholu

Na podlagi stanja glede poročanja o pitju alkohola slovenskih medijev smo v okviru projekta SOPA zastavili pripravo *Priporočil za javnozdravstveno ustrezno poročanje o alkoholnih pijačah v množičnih medijih* (5). Priporočila so namenjena predstavitvi vodil pri pripravi medijskih prispevkov, ki se navezujejo na poročanje o alkoholnih pijačah, da bi zamejili prispevke, ki bi pitje alkohola spodbujali. Za ustrezno opredelitev priporočil je bil ključen posvet s predstavniki medijev (novinarji in uredniki), ki je potekal v obliki fokusnih skupin. Vključevanje medijev je bilo tako pomembno tudi z raziskovalnega vidika (5).

### Širjenje pomembnih sporočil v okviru pristopa SOPA

S širjenjem različnih sporočil o SOPA smo širšo javnost osveščali o različnih tematikah, ki se navezujejo na pitje alkohola. V letih od 2016 do 2021 smo komunicirali različna sporočila, kot so (1):

- Osnovne informacije o projektu SOPA.
- Statistike o pitju alkohola in posledicah v Sloveniji.
- Negativne posledice pitja alkohola in tveganih vedenjih.
- Možni viri pomoči v primeru zmanjšanja ali opustitve pitja alkohola.
- Spodbujanje zdravih alternativ.
- Pitje alkohola v času epidemije COVID-19 in duševne stiske.
- Rezultati projekta SOPA (lokalno in nacionalno).

Širjenje sporočil je potekalo na reaktiven (približno 20–30 %) in proaktiven način (70–80 %) tako na lokalni kot nacionalni ravni. Pri tem smo uporabljali različne medije, kot so TV, tisk, splet in radio. Ključna sporočila so bila odsev tako aktualnega dogajanja v pristopu SOPA (npr. dogodki dan brez alkohola) kot tudi aktualnega dogajanja v Sloveniji na splošno (npr. posebna sporočila v času epidemije) (1).

Za namen širjenja sporočil so se odvijale različne aktivnosti z vključevanjem medijev (1).

#### • Samostojna nacionalna tiskovna konferenca SOPA o pristopu in projektu SOPA

Izvedena je bila junija 2018, pred začetkom izvajanja pilotnih aktivnosti SOPA. Namenjena je bila predvsem predstavitvi in promociji pristopa SOPA, ozaveščanju o virih pomoči, ciljih pristopa in predstavitvi spletne strani pristopa z vsemi potrebnimi informacijami.

#### • Skupna srečanja projekta SOPA in mediji

Skupna srečanja so bila namenjena vsem sodelujočim pri projektu SOPA, tako izvajalcem kratkih ukrepov kot vsem vključenim izobraževalcem, političnim odločevalcem in drugim, ki so na druge načine doprinesli k delovanju projekta. Potekala so v obliki strokovnih konferenc, katerih vsebine so bile, poleg aktualnega na projektu, tudi strokovno specifične in so zajemale različne tematike. Med trajanjem projekta so se tako zvrstila 4 skupna srečanja z naslednjimi osrednjimi tematikami:

- predstavitev pilotnih aktivnosti kratkega ukrepa 1 v projektu SOPA;
- interdisciplinarnost projekta SOPA in predstavitev vseh sodelujočih področij dela;
- vmesni rezultati projekta SOPA in pitje alkohola v navezavi na otroke in mladostnike (poglavje 1.2 – Zvezek I) in bremenu bolezni (poglavje 1.2 – Zvezek I) ter dodatek o otrocih iz družin s težavami zaradi alkohola (glej dodatek 2 – Zvezek I);
- rezultati projekta SOPA pred iztekom in pitje alkohola med starejšimi (glej dodatek 1 – Zvezek I)

Na vsa skupna srečanja so bili vabljeni tudi mediji, ki so nato sporočila o projektu in tematikah širili naprej.

#### • Predstavitev izvajalcev kratkih ukrepov v lokalnih in nacionalnih medijih

V začetku izvajanja pilotnih aktivnosti SOPA so medijske aktivnosti potekale predvsem na nacionalni ravni. Sčasoma so jih v lokalnih medijih začeli predstavljati tudi regijski strokovnjaki NIJZ in izvajalci kratkih ukrepov, ki so bili sami del lokalne skupnosti. Ključna sporočila so se navezovala na lokalne specifikke glede alkoholne problematike, vire pomoči, ki so na voljo v lokalnem okolju, in predstavitev načina dela na področju alkoholne problematike v okolju.

#### • Medijske objave sodelujočih NVO

Dodatni doprinos na področju širjenja informacij so predstavljale medijske objave sodelujočih NVO. Te so glas o pomembnih sporočilih širile tako preko svojih medijskih kanalov (glasil, spletnih strani ipd.) kot tudi z udeleževanjem v medijskih prispevkih lokalnih medijev (več o tem v zgornjem podpoglavju o izvajanju KU3).

#### • Sodelovanje v akciji 40 dni brez alkohola

V letu 2018 se je SOPA projekt priključil akciji 40 dni brez alkohola (<https://brezalkohola.si/>), s čimer smo vzpostavili pomembno sodelovanje s 13 organizacijami pri zamejevanju alkoholne problematike. Udeležba na tiskovni konferenci ob začetku vsakoletne akcije je bila namenjena izkazovanju podpore in deljenju skupnih sporočil akcije in projekta SOPA za zmanjševanje alkoholne problematike v Sloveniji.

#### • Medijsko podprte obeležitve dneva brez alkohola

Časovno vezano na akcijo 40 dni brez alkohola smo v letih 2019, 2020 in 2021 obeležili dan brez alkohola (DBA). Obeležitev je temeljila na aktivnem povezovanju NIJZ in izvajalcev kratkega ukrepa 3, ponekod tudi izvajalcev kratkega ukrepa 1 in drugih pomembnih deležnikov (občin, policije). Obeležitve so potekale regijsko v obliki javnih dogodkov, na katerih so se z različnimi aktivnostmi vključevali predvsem sodelujoči iz NVO in ZRSZ. Aktivnosti so temeljile na spodbujanju zdravih izbir in ozaveščanju o škodljivosti pitja alkohola ter virih pomoči, ki so na voljo v regiji. Obeležitev DBA je v letu 2021 zaradi epidemiološke situacije izjemoma potekala le v obliki radijskih aktivnosti v vsaki od regij SOPA. Na posameznem radiu smo ozaveščanju o alkoholni problematiki namenili več dni, in sicer

z oddajami, v katerih sta bila v siceršnji spored vključena tudi kviz o pitju alkoholnih pijač in pogovor s strokovnjakom SOPA z NIJZ. Tudi na splošno so bili mediji tisti, ki so o obeležitvah DBA obveščali pred dogodki in po njih in tako širili njihovo sporočilnost širše po Sloveniji.

#### • Medijske kampanje

Medijske kampanje so bile ključne za proaktivno širjenje sporočil, ki se navezujejo na pitje alkohola, problematiko, vire pomoči in spodbujanje k zdravim izbaram. Prebivalcem Slovenije so se približale preko reklamnih videospotov na televiziji, radiu, spletnih straneh, z grafičnimi podobami na plakatih ter zadki avtobusov. V času od jeseni 2019 do konca leta 2021 **je bilo izvedenih 11 medijskih kampanj**, ki so bile večinoma zasnovane samostojno ali pa kot podpora drugim že omenjenim aktivnostim. Namenjene so bile promociji aktivnosti pristopa SOPA ob začetku in zaključku projekta, podpori pri akciji 40 dni brez alkohola in obeležitvi dneva brez alkohola, ozaveščanju o učinkih alkohola v času epidemije in virih pomoči ter promociji sporočila čim manj tem bolje, najbolje pa je nič alkohola, v kateri so kot ambasadorji zdravega življenjskega sloga sodelovale znane osebnosti.

V trajanju projekta SOPA so nastale številne medijske objave in aktivnosti, ki so nosile pomembna sporočila o javnozdravstveni problematiki pitja alkohola, možnih zdravih izbira in virih pomoči, ki jih je nudil pristop SOPA. S tem se je vsebine in prepoznavnost pristopa SOPA približala tako lokalni skupnosti kot prebivalstvu Slovenije širše.

#### • Spletna stran in gradiva SOPA

Širina medijskega udejstvovanja, tako reaktivnega kot proaktivnega, se kaže v **več kot 150 medijskih objavah**, ki so navedene na spletni strani projekta SOPA ([www.sopa.si](http://www.sopa.si)).

Spletna stran projekta je služila kot pomemben kanal za posredovanje ključnih informacij o:

- projektu oz. pristopu SOPA,
- škodljivosti pitja alkohola,
- alkoholni problematiki v Sloveniji,
- pomembnih aktualnih vsebinah na področju alkoholne problematike in pristopa SOPA (npr. pitje alkohola in COVID-19, prva pomoč v primeru tveganega in škodljivega pitja alkohola, medijske kampanje SOPA ipd.),
- virih pomoči v primeru čezmernega pitja alkohola ali duševnih stisk,
- gradivih projekta SOPA,
- priporočilih za medije,
- medijskih objavah,
- povezavah na sorodno aktualne spletne strani.

Spletna stran je bila **prilagojena tudi za senzorno ovirane posameznike**. Za ta namen se je nekaj gradiv prilagodilo v avdio- ali/in videozapise. Dodana je bila tudi možnost spremembe videza spletne strani, prilagojenega za slabovidne osebe.

Aktivnosti sodelujočih v času projekta **so dosledno vključevale tudi aktivno razdeljevanje gradiv SOPA** (zloženke, brošure, knjižice) in promocijskega materiala. Nekatera gradiva so bila **prilagojena tudi v obliko za lahko branje**, s čimer so se približala tudi senzorno oviranim.

#### • Spletni svetovalec glede pitja alkohola

V sklepnem delu projekta smo premostitveno po zaključku pilota in spremljevalno različico ob implementaciji kratkega ukrepa na sistemski ravni razvili in uporabnikom ponudili t. i. **spletnega svetovalca** – elektronsko različico (računalniško vodenega) anonimnega kratkega svetovalnega pogovora o pitju alkohola, ki smo jo prav tako objavili na spletni strani SOPA (<https://www.sopa.si/trenutki-za-se/>). Tudi ta aktivnost prispeva k ozaveščanju o alkoholni problematiki.

## Zaključek s ključnimi poudarki

Osnovni namen pristopa SOPA je **zmanjševati neenakosti v zdravju z vidika alkoholne problematike**, glavni cilji projekta pri tem so bili izgradnja in krepitev kapacitet, medsektorsko interdisciplinarno povezovanje, pilotiranje pristopa ter priprava predloga za vzpostavitev pristopa na sistemski ravni. Prek tega so cilji in namen pristopa SOPA **odkivanje alkoholne problematike, nudenje podpore oz. ustreznih virov pomoči ter detabuizacija in destigmatizacija z alkoholom povezanih težav pri članih skupnosti** (1).

Osnovno sporočilo pristopa SOPA članom skupnosti je: **»Pitje alkohola je zdravju škodljivo, zato priporočamo čim manj ali nič alkohola in izbiro zdravih alternativ. Pri tem vam lahko nudimo podporo.«** (1)

Pristop SOPA zajema **šest osrednjih ukrepov**. Kratko svetovanje ali kratki ukrep 1 (KU1), kratki nasvet ali kratki ukrep 2 (KU2), splošno ozaveščanje skupnosti z osredotočenostjo na izbrane ranljivosti in/ali priložnosti za preventivne aktivnosti oz. kratki ukrep 3 (KU3), opremljanje članov skupnosti z veščini za krepitev medosebnih odnosov (delavnica Zdravi odnosi), ozaveščanje predstavnikov medijev in sodelovanje z njimi ter interdisciplinarno mreženje med akterji alkoholne politike (1).

**Cilji projekta SOPA so bili v celoti doseženi, kazalnik projekta tudi uspešno presežen (175 % zastavljenega cilja).** V okviru projektnih aktivnosti je bilo za ozaveščanje o alkoholni problematiki izobraženih skoraj 600 strokovnjakov in predstavnikov aktualnih področij, pri tem je bilo več kot 400 strokovnjakov usposobljenih za nudenje podpore posameznikom in skupinam pri opuščanju čezmernega pitja alkohola. Nagovorjenih je bilo vsaj 50.000 članov skupnosti, prek 4.000 jih je bilo vključenih v proces opuščanja čezmernega pitja alkohola, skoraj 1.000 od teh pa je čezmerno pije alkohola tudi uspešno opustilo (1).

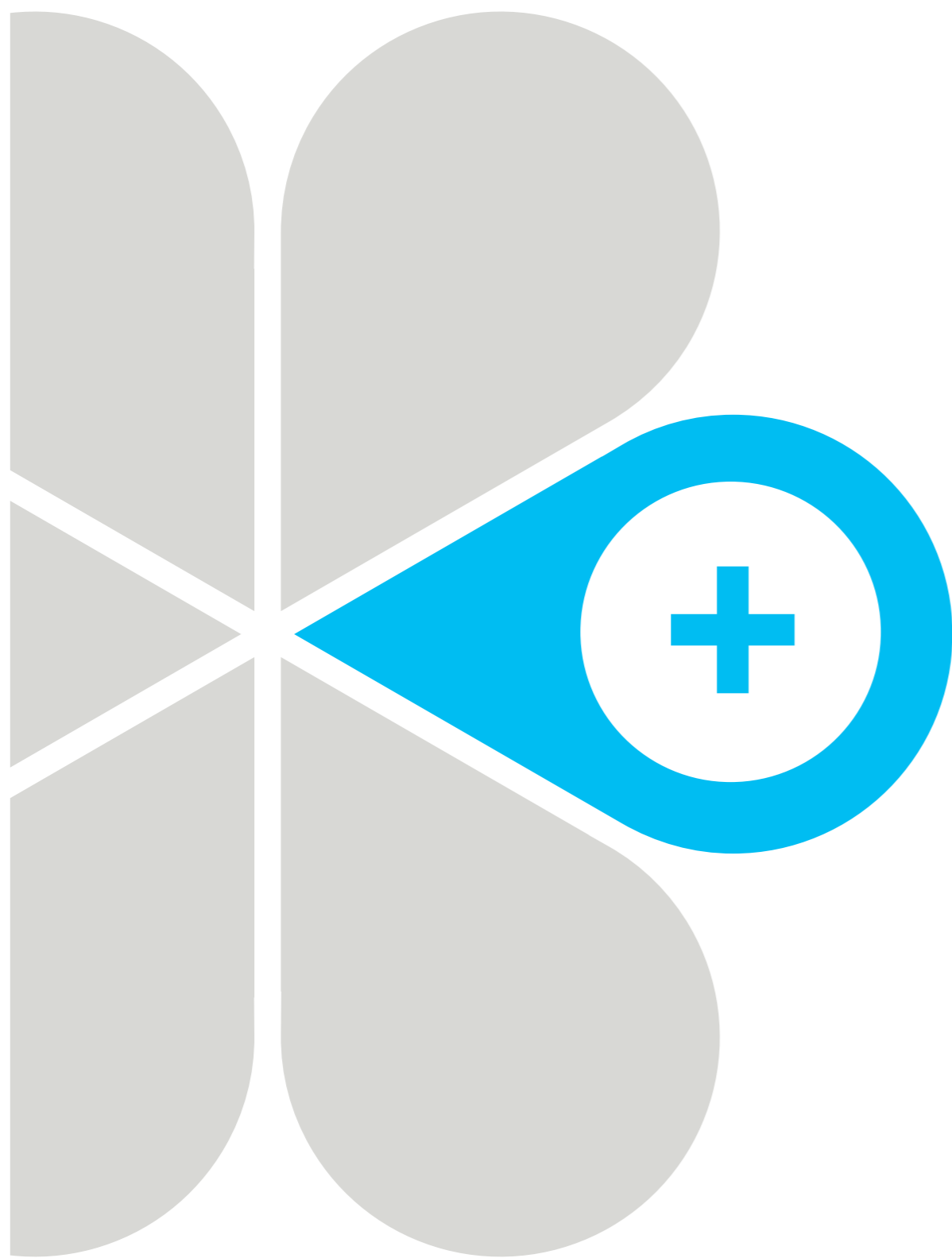
V okviru projekta je bilo vzpostavljenih 8 regijskih in 18 lokalnih interdisciplinarnih skupin akterjev SOPA, oblikovali smo priporočila za pisanje o alkoholu v medijih, 15 predstavnikov medijev je bilo usposobljenih za javnozdravstveno ustrezno pisanje o alkoholu v medijih, izvedenih je bilo 11 medijskih kampanj po vsej Sloveniji ter letno obeležen t. i. dan brez alkohola. Razvili smo e-obliko kratkega svetovalnega pogovora o pitju alkohola in ga objavili na spletni strani SOPA (1).

Pristop SOPA se je v okviru evropskega projekta uspešno izvajal med leti 2016 in 2022, **od leta 2022 pa je izvajanje delno sistemsko implementirano** kot aktivnosti programa Skupaj za zdravje v zdravstvenovzgojnih centrih oz. centrih za krepitev zdravja po vsej Sloveniji, in sicer kratki ukrep 1 kot individualno svetovanje za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola ter delavnica Zdravi odnosi.

Predstavljeni primer dobre prakse že prispeva pomemben kamenček v mozaiku prizadevanj alkoholne politike za zamejevanje alkoholne problematike v Sloveniji. **Za dolgoročno uspešnost tovrstnih ukrepov in zmanjšanje neenakosti v zdravju z vidika alkoholne problematike so potrebna nenehna skupna prizadevanja**, katerih učinkovitost se lahko zagotovi le s sistemsko implementacijo pristopa SOPA v celoti in izvajanja čim večjega števila drugih dokazano učinkovitih ukrepov.

## Literatura

1. Hočevar T., Henigsman K., Štruc A. in Založnik P. Utemeljitev pristopa SOPA – Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola Izbrani ukrepi zamejevanja pitja alkohola med odraslimi prebivalci Slovenije. Ljubljana: NIJZ, 2022 (v pripravi).
2. Hočevar T, Henigsman K, Založnik P. Kratko svetovanje za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola v skupnostnem pristopu SOPA - projekt SOPA skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola, 23-33 v Zdravčevi dnevi (12 ; 2019 ; Moravske Toplice) Kako se lotiti obravnave odvisnosti v ambulanti družinske medicine : zbornik predavanj. Ljubljana : Zavod za razvoj družinske medicine, 2019.
3. Hočevar T, Henigsman K, Štruc A. SOPA – Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2018.
4. Hočevar T, Henigsman K, Hvalec Š. Izbrane veščine za krepitev medosebnih odnosov : priročnik. Ljubljana : Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2020
5. Hočevar T, Založnik P, Henigsman K, Roškar M. Poročanje o alkoholu v medijih: priporočila za javnozdravstveno ustrezno poročanje o alkoholnih pijačah v množičnih medijih. Ljubljana : Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2020.
6. Ames SC in Roitzsch JC. The impact of minor stressful life events and social support on cravings: A study of inpatients receiving treatment for substance dependence. Addictive behaviors, 2000;25(4):539-547.
7. Ellis EB, Bernichon T, Yu P, Roberts T in Herrell JM. Effect of social support on substance abuse relapse in a residential treatment setting for women. Evaluation and program planning, 2004;27(2):213-221.
8. Gordon AJ in Zrull M. Social networks and recovery: One year after inpatient treatment. Journal of substance abuse treatment, 1991;8(3):143-152.
9. McCrady BS To have but one true friend: Implications for practice of research on alcohol use disorders and social network. Psychology of addictive behaviors, 2004;18(2):113-121.
10. McCrady BS, Hayaki J, Epstein EE in Hirsch LS. Testing hypothesized predictors of change in conjoint behavioral alcoholism treatment for men. Alcoholism, clinical and experimental research, 2002;26(4):463-470.
11. Strug DL in Hyman MM. Social networks of alcoholics. Journal of studies on alcohol, 1981;42(9):855-884.
12. Tracy SW, Kelly JF in Moos RH. The influence of partner status, relationship quality and relationship stability on outcomes following intensive substance-use disorder treatment. Journal of studies on alcohol, 2005;66(4):497-505.
13. Tay L, Tan K, Diener E in Gonzalez E. Social Relations, Health Behaviors, and Health Outcomes: A Survey and Synthesis. Applied Psychology: Health and Well-Being, 2012;5(1):28-78.
14. Jackson-Dwyer, D.. Interpersonal relationships. New York: Routledge, 2014.
15. Hočevar T, Vareško N, Henigsman K. Razširjenost pitja alkoholnih pijač med osebami LGBT+ skupin. Javno zdravje 2022; 2: 1-13. Pridobljeno 30. 5. 2022 s spletne strani [https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/hocevar\\_t\\_et\\_al\\_jz\\_2022\\_2.pdf](https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/hocevar_t_et_al_jz_2022_2.pdf).



## DODATEK

### 1. Prof. JOŽE RAMOVŠ O STAROSTNIKIH IN ALKOHOLU

Jože Ramovš, Nina Vareško, Tadeja Hočevar

### 2. ODRAŠČANJE V DRUŽINI Z ALKOHOLIZMOM ALI »KAM SO ŠLA OTROŠKA LETA?«

Karmen Henigsmann

# 1. PROF. JOŽE RAMOVŠ

## O STAROSTNIKI IN ALKOHOLU

Jože Ramovš, Nina Vareško, Tadeja Hočevar

Februarja 2021 smo na projektu SOPA izvedli 4. skupno srečanje SOPA, na katerem smo posebno pozornost namenili **alkoholu pri starejših**, saj so starejši starostna skupina, ki se v Sloveniji veča in je zato osredotočenost nanje zelo aktualna. Med govorniki in strokovnjaki, ki raziskujejo omenjeno tematiko, je bil tudi **prof. dr. Jože Ramovš, predstojnik Inštituta Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje**. Že več kot 40 let, tudi še sedaj v pokoju, se aktivno ukvarja s problemom zasvojenosti z alkoholom. Vrsto let pa je strokovno aktiven oz. se posveča tudi področjem, kot so sožitje med ljudmi, staranje, antropohigiena oz. higiena celotnega človeka – kar pomeni sistematično strokovno prizadevanje za vsakdanje, vsakomur mogoče preprečevanje tegob v vseh človeških razsežnostih ter za izboljševanje kakovosti življenja in sožitja (1).

V nadaljevanju predstavljamo pogovor, v katerem je prof. Ramovš vsebine takratne predstavitve še dodatno osvetlil.

### Prof. Ramovš, kakšen je vaš pogled na odnos Slovencev oz. slovenske kulture do alkohola?

Zame so pomembni objektivni podatki o človeških stiskah in škodi zaradi pitja alkoholnih pijač. Vsakdo, ki ga stanje zanima, ve, da ti podatki kažejo, da smo glede tega med slabšimi na svetu. Ker pa me izrecno sprašujete po mojem pogledu na to stanje, bom povedal tudi, kako to stanje doživljam: kot eno največjih in najtežjih nalog, da se slovenska kultura in slovenska država v 21. stoletju razvijata tako, da bomo konkurenčni v boju za preživetje ter srečni v samem sebi in drug z drugim.

V svoji predstavitvi ste govorili o alkoholu in starejših. Starost ste predstavili kot specifično življenjsko obdobje v življenju posameznika in poudarili, da so si generacije med seboj zelo različne in se vam ukinjanje generacijskih razlik in trditev, da »smo vsi ena generacija«, ne zdi v redu.

### Lahko poveste kaj več o tem?

Poudaril sem, da ima življenjski tek od spočetja do smrti glavino skupnega – predvsem enako človeško dostojanstvo in vrednost življenja vsakega človeka. Ker pa je moje predavanje govorilo o možnostih za preprečevanje alkoholnega (in vsega drugega) omamljanja v tretjem življenjskem obdobju po upokojitvi, sem ob temeljnem dejstvu enakovrednosti vseh življenjskih obdobjih pripomnil, da so mladost, srednja leta in starost v nekaterih stvareh tudi zelo različne. Učinkovito preprečevanje omamljanja gradi prav na konkretnih varovalnih dejavnikih, ki so specifična motivacija in specifična zmožnost človeka po upokojitvi; enako seveda velja tudi za preventivo pri mladih in srednjeletnikih. Posplošene fraze, kakršna je, da »smo vsi ena generacija«, so morda dobre za tržno ali politično reklamo, ne pa kakovostno osebno zorenje in zdrav razvoj skupnosti.

Poudarili ste nekaj današnjih specifik staranja:

- dolgoživost oz. daljša življenjska doba posameznika;
- demografsko staranje, kar pomeni vedno večji delež starejših v družbi;
- staranje delavno aktivnih ljudi – kmalu naj bi bilo skoraj polovica zaposlenih starih več kot 50 let.

Zaradi vseh naštetih specifik je za dostojanstveno in posledično zadovoljno staranje ljudi po vašem mnenju potreben human, finančno in kadrovsko vzdržan sistem dolgotrajne oskrbe.

### Kako konkretno naj bi bil tak sistem videti? Imate kakšen primer dobre prakse?

Dolgoživost posameznika, večji delež starih ljudi v družbi kakor kdaj koli v preteklosti, čedalje višja povprečna starost zaposlenih v Sloveniji in Evropi ter podobni demografski podatki sami po sebi niso ne grožnja ne zagotovilo za razvoj skupnosti – so zelo zahteven izziv za socialno ustvarjalnost pri odzivu nanje. Prvi uspešni odziv nanje so bili sodobni sistemi integrirane lokalne dolgotrajne oskrbe, ki so jih sprožili zakoni o dolgotrajni oskrbi po letu 1995 po evropskih državah. Slovenska politika se je odločila, da sprejme ta zakon v letu 2021. Četrtoletna zamuda za drugimi nam nudi prednost, da gradimo na vseh njihovih dobrih izkušnjah. Dobrih praks je po Evropi obilo, Bielefeldski model v Nemčiji je na primer v četrto stoletja dosegel za tistih pol milijona prebivalcev mesta in okolice toliko, da so to za ves svet lepe sanje in motivacija za njihovo uresničitev – če so zmogli oni, zmoremo tudi mi.

**Poudarili ste, kako pomembna je t. i. temeljna enakost, to je absolutna enakost človekovega dostojanstva vsakega posameznika v vseh življenjskih obdobjih. Absolutno enakost ste dodatno razdelili na objektivno in subjektivno ter pri subjektivni absolutni enakosti poudarili posameznikovo doživljanje samega sebe kot starega človeka v kontekstu doživljanja smiselnosti življenja. Doživljanje smiselnosti življenja v obdobju starosti je po vašem mnenju temeljni varovalni dejavnik, ko govorimo o alkoholni problematiki starejših.**

### Kaj konkretno opažate glede alkohola pri starostnikih v Sloveniji?

V starosti je človekovo življenje zelo drugačno, kakor je bilo v mladosti in srednjih letih, vendar je pa enako vredno, enako smiselno. To stališče je že samo dobra zaščita pred zlorabo alkohola in vsakim drugim omamljanjem po upokojitvi. Poleg tega pa iskanje in uresničevanje smisla v zadnji tretjini življenja – vključno s smislom pešanja moči – avtomatično poraja vedro doživljanje sebe, drugih in razmer, to pa lepo komuniciranje in sodelovanje z vsemi. Vse to so varovalni dejavniki, ki so daleč močnejši, kakor so dejanske nevarnosti za alkoholno in drugo omamljanje.

**Kot stvari, ki lahko pri starostnikih povečujejo ranljivost za težave z alkoholom (dejavniki tveganja), ste našli: staromrznštvo, strah in osamljenost ter bivanjsko praznoto.**

### Lahko dodatno osvetlite, kaj je staromrznštvo in za kaj gre pri tem ter kaj je bivanjska praznota?

Staromrznštvo (tujka ageism) je odpor do starosti. Najprej subjektivni odpor samega starega človeka, ki ne sprejema svoje starostne identitete – svojo energijo uporablja za zanikanje svoje starosti, namesto da bi jo iskal in uresničeval stvarne možnosti za svoj razvoj v zadnji tretjini življenja. Ko je v neki skupnosti veliko ljudi nezavedno zapredenih v subjektivno staromrznštvo, dobiva moč tudi družbeno staromrznštvo – družba izriva stare ljudi na rob kot manjvredni odpadni material. Pri tem pa vse generacije izgubljajo zaupanje, da je človeško življenje smiselno. To je bivanjska luknja, skozi katero človeku odteka energija njegovega zdravja in blaginje v nič – oziroma v občutek nesrečnosti, nezadovoljstva in sitnobo.

**Na drugi strani pa ste našli tudi stvari, ki starostnike varujejo pred težavami z alkoholom (varovalni dejavniki). Omenili ste: osebno in sožitno zorenje v smislu človeškega uresničenja tudi v obdobju starosti skupaj z doživljanjem smisla in sožitjem. Pa veselje, ponos in hvaležnost v obdobju starosti ter nekaj, kar ste imenovali »življenjski pridelek v kašči«.**

### Kaj konkretno ste imeli v mislih? Je morda kakšen primer, s katerim ste se srečali tudi pri svojem delu?

Osnovno vprašanje, do katerega je treba zavzeti osebno stališče in nanj odgovoriti na osnovi dejstev, se glasi: ali se človek razvija samo v mladosti in srednjih letih ali se tudi v starosti? Nesporno je, da v tretjem življenjskem obdobju človeku pešajo vse telesne in mnoge duševne zmožnosti ter se manjša njegova družbena vloga. Njegova svoboda in orientacija v smiselnem odločanju, odgovornost, zrelost v stališču do svojih izkušenj, do drugih ljudi in razmer pa se pri nekaterih v starosti krepi. Ti so tudi v

medčloveškem sožitju prijetnejši in zadovoljnejši kakor v prejšnjih življenjskih obdobjih. Med mojimi učitelji sta Trstenjak in Frankl primera človeškega razvoja k tej starostni modrosti.

**Na vašem Inštitutu Antona Trstenjaka se aktivno ukvarjate s področjem alkoholne problematike pri starejših. Na strani inštituta lahko med drugimi zasledimo program PPA za 3: OPOJNOST ZRELIH LET BREZ ALKOHOLA in pa program STARAJMO SE TREZNO.**

**Komu sta programa namenjena? Kako potekata v praksi?**

Oba programa sta preventivna, ne terapevtska – torej namenjena zdravemu staranju brez alkoholne in drugih omam. STARAJMO SE TREZNO je osvajanje veščin za zdravo staranje po metodi temeljitega skupinskega socialnega učenja skozi vse leto v majhni skupini, medtem ko je PPA za 3 širši, bolj skupnostni in manj poglobljen informativni program o zdravem staranju brez alkoholne in drugih omam.

**Kaj bi vi svetovali starostniku, ki že tvegano in škodljivo pije alkohol?**

Psihosocialno svetovanje takemu človeku je individualno – njemu osebno, v njegovi konkretni situaciji, v njegovem trenutnem duševnem stanju in socialnem okolju. Če ima socialno mrežo kolikor toliko trdno, jo je pri tej pomoči treba pritegniti v sodelovanje, če je nima, je glavni izziv, kako mu pomagati do nje, da ne bo osameli bolnik. Bacon je pred skoraj 400 leti dobro zadel, ko je zapisal, da so ljudje, ki nimajo prijateljev, ljudožerci lastnih src. Kako naj star človek svoje srce in svojo pamet zdravi sam?!

**Kaj pa bi svetovali starostniku, ki do vaših programov in podobnih virov pomoči nima dostopa?**

Noben preventivni in noben terapevtski program ni edina pot do določenega cilja – do zdravega in treznega staranja je tisoč in ena pot. Ko delamo z ljudmi po naših preventivnih programih ali ko s kolegicami in kolegi izpopolnjujemo naše preventivne programe, mi še nikoli ni prišlo na misel vprašanje, ki ste mi ga postavili. Zato je vse, kar vam znam odgovoriti, da je za sto ljudi možnih sto poti v razvoj in prav tako sto poti v propadanje.

**Kaj konkretno pa bi svetovali ljudem, ki fizično ne morejo dostopati do zgoraj omenjenih programov (npr. zaradi invalidnosti)?**

Pandemija COVID-19 je povzročila, da marsikateri program ali dejavnost tako rekoč nikomur ni fizično dostopna – to se je zgodilo tudi našim programom za kakovostno in zdravo staranje v medgeneracijskih skupinah. Vsaka težava in stiska imata dva izhoda. Njuna koncentrirana energija lahko človeka in skupnost poškoduje. Ista energija pa je tudi priložnost za razvojni korak – odskočna deska za novo kakovost življenja in sožitja. Izolacija ob epidemiji je povečala osamljenost (ki je tudi hud dejavnik tveganja za omamljanje), prav tako pa je čudovito okrepila obvladovanje komuniciranja na daljavo s sodobno informacijsko-komunikacijsko tehnologijo. To doživljamo tudi pri naših programih za kakovostno staranje – med drugim smo v tem času pripravili priročnik Povezani na blizu in daleč, ki ga je stotine članov skupin uporabljalo za povezanost na daljavo po telefonu, video programih, za srečevanje v naravi ob hoji in podobno. To ni direkten odgovor na vaše življenjsko pomembno vprašanje o dostopnosti programov za invalide. Pač pa ta naša dobra izkušnja spodbuja k stališču, da je temeljna etična naloga strok, ki delamo z ljudmi in za ljudi, razvijati učinkovita orodja, ki bodo dostopna ljudem pri njihovem prizadevanju za zdravo in trezno življenje v njihovem konkretnem stanju.

**Pri preprečevanju omamljanja starejših z alkoholom je po vašem mnenju zelo pomembno poznavanje prej omenjenih dejavnikov tveganja in varovalnih dejavnikov. Na tem mestu se lahko navežemo tudi na preventivno dejavnost, to je dejavnost izogibanja nekemu dogodku s pravilnim in pravočasnim ukrepanjem. Vaše mnenje je, da mora biti preventiva posredna.**

**Kaj točno to pomeni?**

Direktno preprečevanje pitja starejšemu človeku ima dve obliki. Eni mu dopovedujejo, da ne sme piti, da mu to škodi, da ... – to je moraliziranje, ki ne preprečuje omamljanja in zasvojenosti. Drugi mu pitje preprečujejo nasilno: fizično, psihično, ekonomsko ...; to prepreči pijanost, ne pomaga pa mu pri starostnem zorenju, zato stopi na mesto pijanosti z alkoholom katera od številnih drugih duševnih, telesnih ali socialnih oblik omamljanja. Posredna preventiva pa je to, da pomagamo starajočemu se človeku osvajati veščine za celostno človeško zorenje in dejavno sožitje v njihovih socialnih mrežah. Če stroka razvija dobra orodja za to, ji pri preventivi omamljanja in zasvojenosti ni treba veliko govoriti o alkoholu.

**Omenili ste, da je za uspešnost preventive potrebno tudi, da je ta vtkana v celotno življenje (odnosi, hrana, gibanje idr.) posameznika in da preventiva ni dogodek, ampak dogajanje, ki naj bi, če želimo, da je uspešno, potekalo vse življenje.**

**Kako lahko k temu pripomore država oz. sistem?**

Dogodek ali projekt ima trenutno lahko močan učinek na doživljanje in vedenje ljudi. Ko je končan, pa gre v pozabo, pozornost in energija gresta v nov projekt ali dogodek. Alkoholno omamljanje preprečujejo samo zdrava in trdna osebna stališča in navade – to dvoje pa se oblikuje v človekovih možganih s konstantno vadbo. Torej z dogajanjem ali programom – življenjskim, to je stvarnim programom in ne birokratsko papirnatim; življenjskim, to je vztrajnim delom skozi vse življenje in ne do zaključnega poročila o preventivnem projektu. Zgolj projektna in zbirokratizirana preventiva je usodna pomanjkljivost današnjega slovenskega in evropskega preprečevanja škodljivega pitja med mladimi, zaposlenimi in starimi ljudmi.

**Kako pa lahko vsak posameznik – starostnik pa tudi tisti, ki bo to šele postal, poskrbi za svojo zadovoljno, smiselno, zdravo starost?**

Vsakdo v svoji konkretni situaciji na način, ki ustreza njegovim razmeram – menim, da na vaše vprašanje ni splošnega odgovora. Splošno pa so trije pogoji, da se človek zadovoljno, smiselno in zdravo stara:

- 1. Da se zavestno odloči – zavzame osebno stališče, da bo temu posvetil potrebno pozornost.
- 2. Da najde za uresničevanje te svoje odločitve primerne programe, življenjski slog in družbo, ki si prizadeva doseči isti cilj.
- 3. Da izbrane dejavnosti redno izvaja sam in skupaj z drugimi – ti postanejo med seboj prijateljska socialna mreža, ki preprečuje osamljenost in množico z njo povezane patologije v starosti.

**Kako lahko starostniku za zdravo in kakovostno staranje naproti pridejo njegovi bližnji?**

Zlasti tako, da pride tudi star človek njim naproti. Upokojenci imamo ves svoj čas, da z njim svobodno razpolagamo, srednja generacija pa se stresno duši v službi in mladi v šolanju. Če del svojega upokojenskega časa namenimo učenju lepe pogovorne kulture po kakem uspešnem sodobnem programu, bomo doživeli, da začnemo govoriti skupni jezik, ne da bi nam mlajši morali priti naproti.

**Na področju staranja, kakovostnega staranja, starejših in alkohola, preventive na tem področju ipd. zagotovo obstaja veliko uporabne in kvalitetne literature.**

**Katero bi nam še posebej priporočili? Tako nam kot starostniku, kot svojcu starostnika, kot zainteresiranem posamezniku, kot strokovnjaku?**

Za tiste, ki poklicno delamo pri preprečevanju omamljanja z alkoholom, je osnovna poklicna in etična dolžnost, da sledimo sodobnim spoznanjem. Če to delamo in imamo osnovno mero socialne ustvarjalnosti, nam je jasno, da je naša naloga ustvarjati in voditi življenjske programe za zdravo

*življenje, lepše sožitje in boljše sodelovanje, ne pa delati iz ljudi študente alkoholologije. Zelo pa bi vsakemu priporočil redno branje leposlovja in drugo smiselno branje. Osebna in skupinska biblioedukacija je zelo učinkovita preventivna metoda.*

***Že prej smo omenili, da ste tudi sami avtor mnogih del. Menda pripravljate oz. je tik pred izidom nova monografija.***

***Lahko o tem poveste kaj več? Ali v tej monografiji kakšno poglavje namenjate tudi starostnikom in alkoholu?***

*Z ženo Ksenijo od študentskih let – torej že precej desetletij – delava tudi na področju zasvojenosti in omamljanja: največ konkretno z ljudmi v praksi (preventivni, prej tudi terapevtski), precej sva raziskovala, delava pedagoško. Spoznanja bi rada strnila v monografijo Preprečevanje omamljanja in zasvojenosti. Dobro tri četrt je že. Seveda je v njej tudi poglavje o posebnostih preprečevanja omamljanja v mladosti, srednjih letih in starosti.*

***Na koncu pa se dotaknimo še ene teme. Starostnike se v Sloveniji vse pogosteje omenja tudi v kontekstu revščine, socialne izključenosti in brezdomstva.***

***Kakšen je vaš pogled na to situacijo? Zakaj mislite, da je tako, in kaj bi bilo možno storiti, da bi bilo drugače? Ima alkoholna problematika pri omenjenih situacijah kakšno posebno vlogo?***

*Materialna revščina in velika materialna blaginja sta rizični situaciji za alkoholno in druga omamljanja. Brezdomstvo kot skrajna oblika materialne revščine pa je pogosto posledica zasvojenosti, druge kronične omame ali psihosocialne bolezni – tega sem se najprej naučil v praksi, ko sem prvi dve leti svoje službe delal z brezdomci v ljubljanski Cukrarni (o tem imam najlepše spomine). Preprečevanje revščine starih ljudi je obenem tudi preprečevanje omamljanja in preprečevanje omamljanja je obenem tudi preprečevanje revščine.*

***Sami ste izjemno dejavni in produktivni. Napisali ste mnogo knjig, člankov, svoje znanje in bogate strokovne izkušnje delite tudi na radiu, televiziji ... Polni življenja ste bili tudi na srečanju SOPA, ki ga omenjamo v tem prispevku. Zanima nas, kako vi poskrbite za svoje zdravje oz. svoje dobro počutje, od kod vam vsa ta energija in pozitivna naravnost?***

*Kot invalid (že skoraj pol stoletja živim s pol pljuči) skrbim za svoje zdravje, saj rad živim; posebej mi koristita hoja in telovadba. Tudi berem rad in veliko, pa družina in osebna družba me držijo pokonci ... Mlad ne bom umrl, hvala Bogu, statistika povprečne moške starosti pa me opozarja, da so tudi zadnje minute odločilne za to, da tekmo okronajo z zmago.*

***Dr. Jože Ramovš, najlepša hvala za vaš čas in energijo.***

## Literatura:

1. Ramovš J. Logoteoretske osnove antropohigijene, letnik 35, številka 1, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, 1996.



## 2. ODRAŠČANJE V DRUŽINI Z ALKOHOLIZMOM ALI »KAM SO ŠLA OTROŠKA LETA?«

Karmen Henigsmann

Otroci alkoholikov ... so med nami. Zelo verjetno zelo blizu vas. Mogoče je to vaša sosedka, ki je vedno pripravljena pomagati ali vaš perfekcionistično naravnani sodelavec, ki mora imeti vse pod nadzorom, samski prijatelj, ki že 10 let ni bil v zvezi, sramežljiv otrok iz bloka, ki le ob spodbudi odzdravi, ali pa tisti otrok v razredu, ki prevzema vse pomembne razredne vloge.

Zasvojenost z alkoholom (v nadaljevanju SOA) je bolezen, ki zahteva pozornost vseh članov družine, kar pomeni, da vsi člani družine občutijo tudi posledice, ki so povezane z zasvojenostjo (1).

Prisotnost zasvojenosti v družini vpliva na razvoj posebne družinske dinamike in komunikacije, ki ohranjata patologijo družinskega sistema (2, 3). Pri tem so pogosto za brezskrbno otroštvo prikrajšani otroci, ki se morajo spopadati s posebnimi okoliščinami, v katerih odraščajo (4).

**Posledice se ne pojavljajo le v družinah, kjer gre za diagnosticirano zasvojenost. Pogosto ta ni uradno prepoznana, če se posameznik ne odloči za zdravljenje. Lahko gre za dolgotrajno škodljivo pitje, ki ima prav tako lahko negativne posledice za družinsko dinamiko.**

### Posebne okoliščine odraščanja v družini z alkoholizmom

Posebne okoliščine so odraz zasvojenosti starša, ki zaradi bolezni postane neobčutljiv za potrebe drugih članov družine. Pogosto se zgodi, da začne zanemarjati svojo starševsko in partnersko vlogo (1). V tovrstnih družinah je pogosto prisotno tudi nasilje, fizično ali/in psihično (5, 6). Pogostejše nasilje je tudi posledica tega, da pitje alkohola zmanjša zmožnost inhibicije agresivnih impulzov (7). Tudi v manjši raziskavi v Sloveniji je bilo ugotovljeno, da je v družinah s SOA nasilje prisotno kar v dveh od treh primerov (8).

Če je za optimalno družino značilna dosledna komunikacija, ki je jasna in neposredna, je v družinah s SOA ta bistveno drugačna. Komunikacija je pomanjkljiva, nejasna in nedosledna. Pogoste so tudi žaljivke, zmerljivke, obsojanje in prerekanje, česar je deležen tudi otrok (9, 10). Nejasna komunikacija vpliva tudi na rigidnost pravil, ki jih oblikuje vsaka družina znotraj svojega sistema. Ta rigidnost pravil pa onemogoča učinkovito prilagajanje različnim spremembam, s katerimi se družina sooči (11).

V družini s SOA se navadno oblikujeta dve temeljni pravili, ki pomagata ohranjati družinsko skrivnost v izogib stigmati, ki v družbi še vedno bdi nad zasvojenostjo.

Ti pravili sta »*ne govori*« in »*ne zaupaj*« (12).

Pravili se odražata v tem, da otrok svojih stisk ne deli z nikomer, ker ima občutek, da s tem izda družino ali pa da deljenje zanj ni varno. V odraslost lahko ponese misel, da deliti svoje občutke, stališča in mnenja na splošno ni varno ali pa se jih je treba sramovati (12). Vzgoja v takšnih družinah je pogosto nedosledna, kaotična, kar pomeni, da se npr. enkrat na vedenje otroka odzovejo s kaznijo, drugič se na isto vedenje sploh ne odzovejo ali pa se otroku celo smeji. Otrok tako težje loči, kaj je prav in kaj ne (1).

Zaradi dogajanja v družini otroci pogosto doživljajo občutke sramu, krivde, jeze in osamljenosti, česar ne upajo deliti z drugimi (4, 12). Občutja se naučijo potlačiti ali pa ignorirati, k čemur pogosto doprinese tudi mehanizem zanikanja, saj samo na ta način »učinkovito« zmanjšajo osebno stisko in bolečino (12).

Vzdušje v teh družinah je pogosto kaotično in nepredvidljivo (13). Otroci in drugi družinski člani ves čas oprezajo za tem, ali bo starš prišel domov opit, ali bo prišlo do prepira, mogoče celo do pretepa. Zaradi tega so izpostavljeni tudi konstantnemu stresu (14). Pogosto doživijo travmo, kar ima pri nekaterih vpliv na razvoj postravmatskega stresnega sindroma (15).

Otroci so pogosto prikrajšani za občutek varnosti in stabilno okolje, znotraj katerega bi se lahko razvijala ustrezen občutek varnosti v odnosih in pripadnosti, pomembna tudi za razvoj zdrave samopodobe (16). Pomanjkanje je tudi na ravni pozitivne izkušnje primarnega odnosa s starši, ki jo otroci ponotranjijo, ter vpliva na njegove odnose izven družine in v nadaljnjem življenju (17). Starša sta zaradi osebne stiske namreč pogosto nedostopna za svojega otroka (18). Nasprotno, ti otroci so pogosto prisiljeni prevzeti vlogo odraslega in sami poskrbeti za potrebe starša tudi na račun svojih potreb (4). Zaradi tega se lahko oblikujejo različne vloge, ki jih otroci prevzemajo v družini.

### Vloge otrok v družini z alkoholizmom

Perko v svojem delu »Otroci alkoholikov in tiranov« opredeli vloge, ki jih otroci najpogosteje prevzamejo v družinah s SOA (1). Tako navaja naslednje.

**Družinski heroj** bo podpiral vso družino, bil sočuten do starša, ki pije, in ga spodbujal k temu, da bo bolje. Nase bo prevzemal družinske odgovornosti in prevzel vse pomembne naloge, jih opravil z odliko. V odnosih se bo žrtvoval tudi pozneje v življenju.

**Žrtveno jagnje**, grešni kozel ali upornik, ki se bo pogosto prepiral, se upiral, bil impulziven. Na nek način njegovo vedenje odraža upor do družinske situacije in hkrati odslikava kaotičnost družinske dinamike. Skozi agresijo in impulzivnost želi izraziti dogajanje v družini.

**Tešitelj ali čustveni otrok**, ki lahko v nekaterih pogledih spominja tudi na družinskega heroja. Je tisti, ki bo sočustvoval z vsemi člani družine, bil podporen in skrbel za dobro počutje vseh. Bo pomembna čustvena opora. Ti otroci navadno v odraslem življenju postavljajo potrebe drugih pred svoje in v odnosih skrbijo predvsem za druge.

**Družinska maskota** bo tisti, ki skrbi za smeh v družini. Neskladje v družini želi uravnovesiti s humorjem in komiko in s tem razbremeniti napeto situacijo, ki bi lahko vodila v konflikt, žalost, jezo. Ti otroci so pogosto na preži glede tega, kje obstaja potencialen problem ali sprožilec za konflikt, da lahko še pravočasno ukrepa. Za humorjem pa se pogosto skrivata strah in anksioznost. V času odraščanja lahko ti otroci pogosto zapadejo tudi v različne oblike zasvojenosti.

**Izgubljeni otrok** je tisti otrok, ki bo miren, skoraj neopazen, tih in zadržan. Je zelo prilagodljiv in neodločen. Pogosto se čuti nevrednega in neljubljenega. Inhibiranost čustev in izražanja lahko vodi tudi v motnje hranjenja, negativno samopodobo, različne oblike zasvojenosti. Ta vloga predstavlja večje tveganje za težave v duševnem zdravju.

**Najmlajši otrok** je tisti otrok, ki bo deloval bolj razvajeno. Prejema veliko pozornosti in ljubezni in oboje tudi zahteva. V družini ima posebno mesto, saj se mu nudi nenehno zadovoljitev potreb. Tudi v odraslosti se najdejo v odnosih, kjer drugi brezpogojno zadovoljujejo njegove potrebe.

Na podlagi različnih vlog lahko opazimo, da gre pri otrocih iz družin s SOA za heterogeno skupino, kar pomeni, da je izid njihovih posebnih okoliščin odraščanja nepredvidljiv. Si pa vsi delijo izkušnjo, da morajo svoje vedenje prilagoditi, da lahko družina preživi s patologijo in da lahko v njej psihološko preživijo tudi sami.

Te vloge imajo vpliv tudi na to, v kakšne odnose in na kakšen način bodo vstopali pozneje v življenju (1).

## Posledice odraščanja v družini z alkoholizmom

Kot je heterogena skupina otrok iz družin z alkoholizmom, so heterogene tudi posledice odraščanja v tovrstnih družinah. Te lahko segajo od pretirane inhibiranosti otroka in težav ponotranjenja do popolnega uporništva in težav pozunanjenja (19).

Z leti postajajo posledice vse bolj kompleksne in specifične. Nekateri otroci odrastejo v izjemno odgovorne mladostnike, odrasle, ki prevzemajo mnoge vloge, skrbijo za druge, so uspešni, stremijo k nadzoru nad vsem dogajanjem, v perfekcioniste. Nekateri se tudi sami ujamejo v past zasvojenosti z odnosi, prepovedanimi drogami, alkoholom. Nekateri zapadejo v depresivna in anksiozna stanja. **Izidi so lahko torej mnogoteri in raznoliki.**

Posledice se odražajo tudi v odnosih, ki jih ti otroci v svojem mladostništvu in pozneje v odraslosti oblikujejo z ljudmi izven družine. Še posebej se lahko pokažejo posledice v navezavi na partnerske odnose. Pri tem ne moremo mimo izkušnje odnosov, ki jo ti otroci prejmejo v primarni družini. V teh odnosih so vajeni biti ves čas na preži pred nevarnostjo, pogosto se zaradi zanemarjanja ali zaničevanja oblikuje tudi slaba samopodoba (16). Slednje vodi v podobne občutke tudi v odraslosti. Nodar v svojem delu navaja, da je Kritsberg prvi uporabil izraz **sindrom odraslega otroka alkoholika** in ga opredelil v relaciji do odnosov na način, da ti posamezniki v odraslosti pogosto doživljajo strah pred zavrnitvijo, strah pred intimnostjo, pred spremembami in napakami. Spremlja jih kronični šok, občutek negotovosti in pogosto slabše razvite strategije spoprijemanja (13). Strah pred odnosi je še toliko večji pri tistih, ki izhajajo iz družin, v katerih je bilo prisotno tudi nasilje (20). Podobno je bilo ugotovljeno v manjši raziskavi v Sloveniji, ki navaja, da se odrasli otroci iz družin s SOA nižje samovrednotijo, hkrati pa doživljajo tako strah pred odnosom kot tudi strah pred zapustitvijo pogosteje kot posamezniki, ki ne prihajajo iz družin s SOA. Ugotavlja tudi, da poročajo o nižjem zadovoljstvu z odnosi oz. o večji depresivnosti v partnerskem odnosu. Če je bilo prisotno tudi nasilje, je poročanja o depresivnih in anksioznih občutjih več kot pri posameznikih, kjer v družini to ni bilo prisotno (8).

Odnosi za takega posameznika predstavljajo nevarnost, ker so nevarnost predstavljali tudi odnosi v njegovi primarni družini. Tak posameznik bo tudi ves čas osredotočen na potrditve svojih negativnih domnev, tako o odnosu kot negativnemu vrednotenju samega sebe, zaradi česar je tudi pogosto nezupljiv (17, 20, 21).

Te domneve in občutke bi lahko orisali s primeri misli, ki se porajajo takemu posamezniku, *npr.: nisem dovolj dober/-a, nihče me ne more imeti rad/-a, preveč sem zanj/-o, ne morem ji/mu zaupati, izdal/-a me bo, izgubil ga/jo bom*. Vse to vpliva tudi na slabšo kakovost odnosa, saj mora partner ves čas nuditi potrditve, se zagovarjati, paziti, da ne bo kaj dojeta narobe, kar lahko vpliva tudi na to, da odnos teh pritiskov ne vzdrži in partner odide, s čimer se uresniči tako strah pred zavrnitvijo kot strah pred izgubo, hkrati pa se z vsako tovrstno izkušnjo strahova še potrdita in vse prej omenjene negativne predstave še bolj potencirajo. Da bi bilo lahko drugače, je pomembno medsebojno razumevanje, razumevanje preteklih izkušenj obeh, poznavanje ran, s katerimi prihajata v odnos, in medsebojno sočutje do njih. Pomembno je, da ti odnosi ponudijo možnost popravilne izkušnje, torej drugačnega odziva, kot ga je posameznik vajen iz svoje družine, s čimer se zmanjša tudi teža izkušnje iz primarne družine (22).

Nekateri posamezniki se zaradi izkušenj iz družine pogosto tudi sami podajajo v bolj zlorablajoče oblike odnosov, imajo veliko potrebo po skrbi in žrtvovanju za druge, prav tako imajo veliko potrebo po nadzoru nad dogajanjem okrog njih (česar v otroštvu niso mogli imeti), pogosto iščejo potrditve pri drugih osebah. Neredko pa se dogaja tudi, da so do sebe strogi, samokritični, perfekcionistični, pogosto pa doživljajo krivdo za stvari, ki so se jim dogajale (10, 23).

## Ali je zasvojenost z alkoholom dedna?

Pogosto lahko zasledimo navedbe, da je zasvojenost z alkoholom dedna. Ob tem je treba poudariti, da ne obstaja 'alkoholni gen', ki bi ga otroci kar prevzeli od staršev.

Obstaja možnost, da se na otroke prenese genetska predispozicija za zasvojenost. K verjetnosti za razvoj zasvojenosti doprinese 50 %, vse drugo je pod vplivom okolja, dejavnikov tveganja in varovalnih dejavnikov (24, 25). To pomeni, da otroci iz družin z alkoholizmom nikakor niso obsojeni na enako usodo kakor njihov zasvojeni starši, saj ni nujno, da imajo to genetsko predispozicijo za zasvojenost, in je dejstvo, da – ne glede na prisotnost predispozicije – na razvoj zasvojenosti znatno vpliva okolje. Obstaja veliko dejavnikov, ki pri otrocih iz družin z alkoholizmom lahko preprečijo razvoj zasvojenosti, in tem je treba posvetiti posebno pozornost.

## Varovalni dejavniki

### Kako lahko zmanjšamo negativne posledice alkoholizma v družini?

Kljub mnogim možnim posledicam alkoholizma starša in kaotičnega vzdušja v taki družini pa lahko na izide bistveno vplivajo različni varovalni dejavniki, ki lahko zmanjšajo negativne posledice za otroka v odraslosti. Varovalni dejavniki so lahko:

- starš, ki ne pije, uspe kljub stresnemu okolju skrbeti za potrebe otroka in vzdrževati ravnotežje družine (14);
- ločitev staršev (9);
- vzpostavljanje rutine znotraj družine, kar zmanjšuje kaotičnost in nepredvidljivost v družini (9);
- dober odnos in podpora med sorojenci (24);
- izkušnja kakovostnega odnosa z odraslo osebo izven primarne družine (učitelj/-ica, svetovalni/-a delavec/-ka, stari starši, teta, stric, sosed/-a ipd.) oz. ustreza socialna podpora (22);
- otrok razvije učinkovite strategije spoprijemanja s stresnimi situacijami;
- otrok se zaupa drugim osebam ali pa se odloči za podporne skupine, ki mu nudijo spoznanje, da ni sam (18);
- drugi pozitivni dogodki ali osebe v otrokovem življenju (22).

**Ob prisotnosti in prepletu mnogih varovalnih dejavnikov so izidi lahko pozitivni in otrok odraste v odpornega posameznika, ki je opremljen s pomembnimi strategijami za soočanje s stresorji v življenju, kar ga kdaj ločuje od ostalih vrstnikov. Lahko postane sočutna oseba, ki je posebej občutljiva za stiske drugih, in pozna načine, kako jim pomagati. Lahko je oseba, pri kateri izkušnja posebnih okoliščin predstavlja tisto prednost, ki pripomore k temu, da bolj ceni trenutke miru, stabilnosti in hitreje dosega notranje zadovoljstvo s stvarmi, ki jih nekateri mogoče kdaj jemljejo kot samoumevne.**

Park in Schepp navajata, da imajo **odporni posamezniki**, ki izhajajo iz tovrstnih družin, sposobnost iz **različnih izkušenj** potegniti le pozitivno, kar jim omogoča psihološko preživetje in ustrezen razvoj kljub destruktivnem okolju (26). Navadno so to tisti posamezniki, ki so že zgodaj v otroštvu socialno kompetentni in zreli, kar ima lahko tudi pozitiven izid (27).

Kljub temu je v Sloveniji tovrstni obravnavi otrok iz družin s SOA namenjenih le nekaj programov, pa še ti so pogosto centralizirani v osrednjeslovenski regiji.

Vsesplošna podpora otrokom, ki poteka v različnih regijah, je nudena s strani društev Al-Anon. Namenjena je svojcem, skupine Al-teen pa so namenjene mladostnikom.

Prav tako podporo nudijo nekatera društva, kot je npr. Društvo abstinent, s svojim programom Hop čez jarek, ki je namenjen ravno skupinskemu delu z otroki iz družin s SOA.

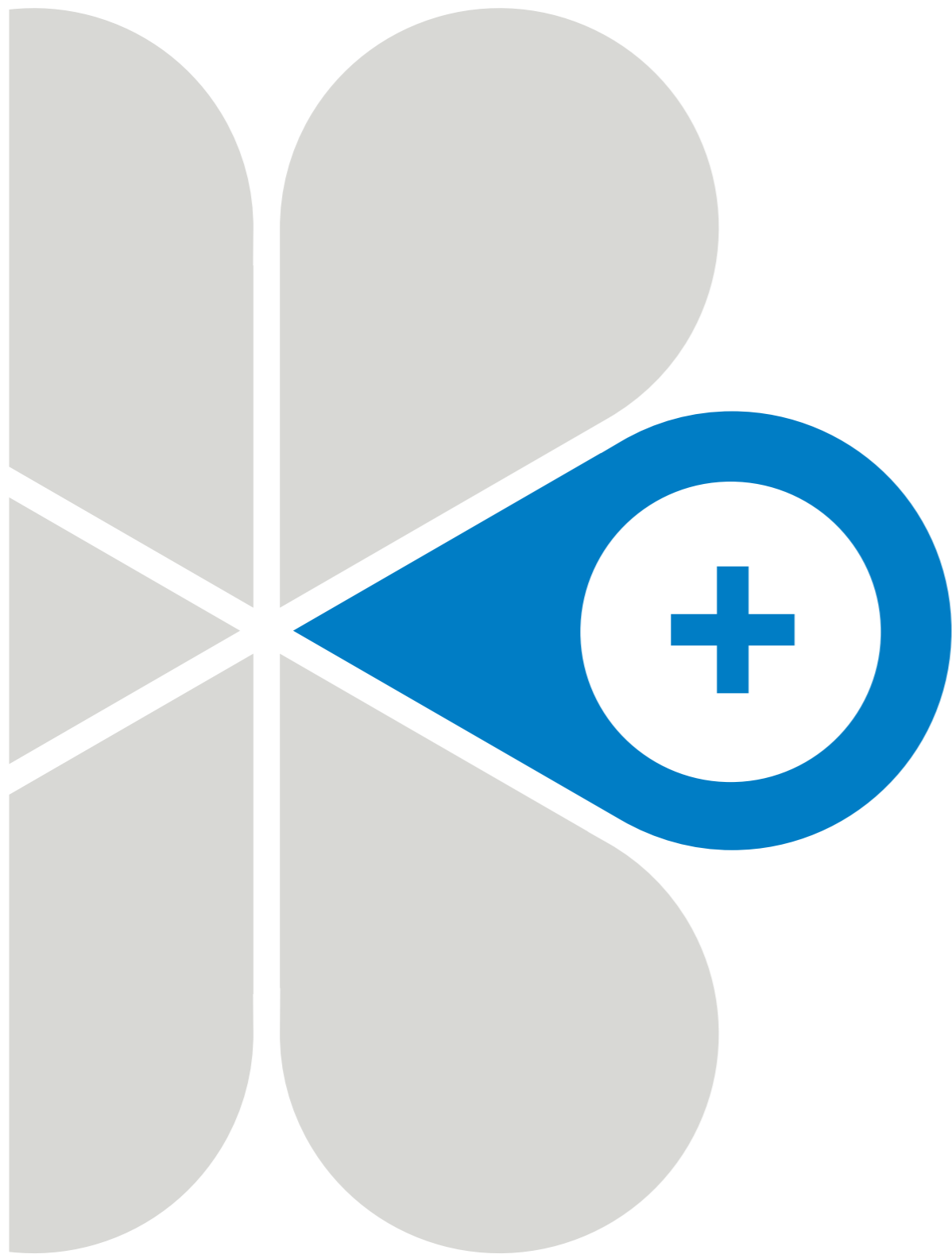
Pomembne informacije za otroke iz družin s SOA so dostopne tudi na spletni strani slovenskega društva za pomoč otrokom alkoholikov, NACOA.

Otrokom in mladostnikom v stiski sta na voljo tudi:

- spletna svetovalnica To sem jaz in
- Telefon za otroke in mladostnike – TOM telefon, ki je dosegljiv na brezplačni telefonski številki 116 111.

## Literatura

- Perko A. Otroci alkoholikov in tiranov. Šmarje-Sap: Buča; Kamnik: Zavod Mitikas, 2011.
- Poljšak Škraban O. Pojmovanja "normalnosti" procesov v družini; funkcionalnost in kompetentnost družinskega sistema, *Socialna pedagogika*, 2007;11(2):189—212.
- Beaver R in Hampson RB. The Beavers Systems Model of Family Functioning.. *Journal of Family Therapy*, 2000;22:128—143.
- Pasternak A in Schier K. The role reversal in the families of Adult Children of Alcoholics. *Psychiatry and Psychotherapy*, 2012;3:51—57.
- Kordič B. Etiologija, dinamika in posledice nasilja v družini. *Socialna pedagogika*, 11(4), 2007:429—452.
- Selič P, Pesjak K, Kopčavar-Guček N in Kersnik J. Dejavniki, ki povečujejo možnost nasilja v družini in iskanje pomoči pri zdravniku družinske medicine, pilotna študija o nasilju v družini. *Zdravniški vestnik*, 2008;77: 505—510.
- Zuckerman M. *Psychobiology of Personality*. New York: Cambridge University Press, 2005.
- Henigsmann K. Partnerski odnosi v družinah z alkoholizmom (magistrsko delo). Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo, 2015.
- Johnson P in Stone R. Parental Alcoholism and Family Functioning: Effects on Differentiation Levels of Young Adults. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 2009;27(1):3—18.
- Jarmas AL in Kazak AE. Young Adult Children of Alcoholic Fathers: Depressive Experiences, Coping Styles and Family Systems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1992;60(2):244—251.
- Satir V. *Družina in naš čas*. Ljubljana: Cankarjeva založba 1995.
- Black C. Effects of family alcoholism. V: S. Saitoh, P. Steinglass in M.A. Schuckit (ur.), *Alcoholism and the Family* (str. 272—281). New York: Brunner/Mazel, 1992.
- Nodar M. Chaotic Environments and Adult Children of Alcoholics. *The professional Counselor*, 2012;2(1), 43—47.
- Hussong AM, Bauer DJ, Huang W, Chassin L, Sher KJ in Zucker RA. Characterizing the Life Stressors of Children of Alcoholic Parents, *Journal of Family Psychology*, 2008;22(6), 819—832.
- Harter SL in Vanecek RJ. Cognitive assumptions and long-term distress in survivors of childhood abuse, parental alcoholism, and dysfunctional family environments. *Cognitive Therapy & Research*, 2000;24(4), 445—472.
- Firestone RW, Firestone LA in Catlett J. *Sex and Love in intimate relationships*. Washington: American Psychological Association, 2005.
- Cugmas Z. *Bodi z menoj mami*. Ljubljana: Produktivnost, Center za psihodiagnostična sredstva, 1998.
- Haverfield MC in Theiss JA. A theme analysis of experiences reported by adult children of alcoholics in online support forums. *Journal of Family Studies*, 2014;20(2), 166—184.
- Sher KJ. Psychological Characteristics of Children of Alcoholics. *Alcohol Health and Research World*, Vol. 21(3), 1997:247—254.
- Kerig PK. In Search of Protective Processes for Children Exposed to Interparental Violence. *Journal of Emotional Abuse*, Vol. 3(3/4), 2003:149—181.
- Hazan C in Shaver PR. Romantic love conceptualized as an attachment process, *Journal of personality and social psychology*, 1987;52, 511—524
- Larson JH in Thayne TR. Marital Attitudes and Personal Readiness for Marriage of Young Adult Children of Alcoholics. *Alcoholism Treatment Quarterly*, vol.16(4), 1998:59—73.
- Hall CW, Bolen LM in Webster RE. Adjustment Issues With Adult Children of Alcoholics. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 50(5), 1994:786—792.
- Edenber HJ, Foroud T. Genetics and alcoholism. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, 2013;10(8), 487-494.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Genetics of alcohol use disorder [spletna stran na internetu]. Pridobjeno 20. 12. 2021 s spletne strani <https://www.niaaa.nih.gov/alcohols-effects-health/alcohol-use-disorder/genetics-alcohol-use-disorder>.
- Park S in Schepp KG. A Systematic review of research on children of alcoholics: Their inherent resilience and vulnerability. *Journal of Child & Family Studies*, 2015;24(5) 1222 – 1231.
- Walker JP in Lee RE. Uncovering strengths of children of alcoholic parents. *Contemporary Family Therapy*, 1998;20, 521—538.



## PRILOGE

1. Pripomoček za odkrivanje čezmernega pitja alkohola: AUDIT-C in AUDIT-10
2. Kratko svetovanje za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola:  
primer 5-krat 15 minut
3. Sliki škodljivih posledic pitja alkohola
4. Slika enote in meje manj tveganega pitja alkohola
5. Slika transteoretični model spreminjanja vedenja

## PRILOGE

### 1. Pripomoček za odkrivanje čezmernega pitja alkohola: AUDIT-C in AUDIT-10

#### AUDIT-C

**1. Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih pili pijače, ki vsebujejo alkohol (pivo, vino, žgane pijače, likerje, koktajle, mošt, tolkovec, medico ...)?**

- (0) nikoli
- (1) enkrat na mesec ali manj
- (2) 2- do 4-krat na mesec
- (3) 2- do 3-krat na teden
- (4) 4- ali večkrat na teden

**2. Koliko meric pijače, ki vsebuje alkohol, ste v zadnjih 12 mesecih ponavadi popili takrat, kadar ste pili? (Ena merica je 1 dcl vina ali 2,5 dcl piva ali tolkovca ali 0,3 dcl, 'eno šilce' žgane pijače.)**

- (0) od nič do 1 merice
- (1) 2 merici
- (2) 3 ali 4 merice
- (3) 5 ali 6 meric
- (4) 7 ali več meric

**3. Kako pogosto se je v zadnjih 12 mesecih zgodilo, da ste popili (moški) 6 meric ali več oz (ženske) 4 merice ali več ob eni priložnosti?**

- (0) nikoli
- (1) manj kot enkrat na mesec
- (2) 1- do 3-krat na mesec
- (3) 1- do 3-krat na teden
- (4) vsak dan ali skoraj vsak dan

**Ocena: Seštevek števil pred izbranimi odgovori izraža vrednost skrajšanega testa AUDIT. Vrednost 6 ali več točk za moške oziroma 5 ali več točk za ženske kaže, da oseba pije tvegano, škodljivo ali je zasvojen z alkoholom.**

#### AUDIT-10

**1. Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih pili pijače, ki vsebujejo alkohol (pivo, vino, žgane pijače, likerje, koktajle, mošt, tolkovec, medico ...)?**

- (0) nikoli
- (1) enkrat na mesec ali manj
- (2) 2- do 4-krat na mesec
- (3) 2- do 3-krat na teden
- (4) 4- ali večkrat na teden

**2. Koliko meric pijače, ki vsebuje alkohol, ste v zadnjih 12 mesecih ponavadi popili takrat, kadar ste pili? (Ena merica je 1 dcl vina ali 2,5 dcl piva ali tolkovca ali 0,3 dcl, 'eno šilce' žgane pijače.)**

- (0) od nič do 1 merice
- (1) 2 merici
- (2) 3 ali 4 merice
- (3) 5 ali 6 meric
- (4) 7 ali več meric

**3. Kako pogosto se je v zadnjih 12 mesecih zgodilo, da ste popili (moški) 6 meric ali več oz. (ženske) 4 merice ali več ob eni priložnosti?**

- (0) nikoli
- (1) manj kot enkrat na mesec
- (2) 1- do 3-krat na mesec
- (3) 1- do 3-krat na teden
- (4) vsak dan ali skoraj vsak dan

**4. Kako pogosto se vam je v preteklem letu zgodilo, da potem, ko ste enkrat začeli piti, niste mogli prenehati s pitjem?**

- (0) nikoli
- (1) manj kot enkrat na mesec
- (2) nekajkrat na mesec
- (3) nekajkrat na teden
- (4) vsak dan ali skoraj vsak dan

**5. Kako pogosto se vam je v preteklem letu zgodilo, da zaradi pitja niste mogli opraviti tistega, kar se je od vas pričakovalo?**

- (0) nikoli
- (1) manj kot enkrat na mesec
- (2) nekajkrat na mesec
- (3) nekajkrat na teden
- (4) vsak dan ali skoraj vsak dan

**6. Kako pogosto se vam je v preteklem letu zgodilo, da ste potrebovali alkoholno pijačo že zjutraj, da bi si z njo opomogli po prekomernem pitju prejšnjega dne?**

- (0) nikoli
- (1) manj kot enkrat na mesec
- (2) nekajkrat na mesec
- (3) nekajkrat na teden
- (4) vsak dan ali skoraj vsak dan

**7. Kako pogosto se vam je v preteklem letu zgodilo, da vas je po pitju pekla vest ali pa ste imeli občutke krivde zaradi pitja?**

- (0) nikoli
- (1) manj kot enkrat na mesec
- (2) nekajkrat na mesec
- (3) nekajkrat na teden
- (4) vsak dan ali skoraj vsak dan

**8. Kako pogosto v preteklem letu se niste mogli spomniti, kaj se je zgodilo prejšnji večer, ker ste takrat preveč pili?**

- (0) nikoli
- (1) manj kot enkrat na mesec
- (2) nekajkrat na mesec
- (3) nekajkrat na teden
- (4) vsak dan ali skoraj vsak dan

**9. Ali je bil zaradi vašega pitja kdo poškodovan (vi sami ali kdo drug)?**

- (0) Ne
- (2) Da, vendar ne v preteklem letu
- (4) Da, v preteklem letu

**10. Ali je kak vaš sorodnik, prijatelj, zdravnik ali drugi zdravstveni delavec že pokazal zaskrbljenost zaradi vašega pitja ali vam morda predlagal, da bi pili manj?**

- (0) Ne
- (2) Da, vendar ne v preteklem letu
- (4) Da, v preteklem letu

Ocena AUDIT-10: Seštevek števil pred izbranimi odgovori izraža vrednost testa AUDIT. Vrednost 6 in več točk za moške oziroma 5 in več točk za ženske odkriva osebo, pri kateri obstaja zvečano tveganje za nastanek socialni in zdravstvenih težav zaradi pitja alkohola. Vrednosti testa 13 točk ali več pri moških in ženskah kažejo na zvečano verjetnost za škodljivo pitje alkohola ali celo zasvojenost.

MOŠKI	KAZALNIK – CILJ PILOTA	ŽENSKE
0–5	Manj tvegano pitje	0–4
6–12	Tvegano pitje	5–12
13–19	Škodljivo pitje	13–19
20 in več	Zasvojenost z alkoholom	20 in več

## 2. Kratko svetovanje za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola: primer 5-krat 15 minut

Marko Kolšek, Zdenka Čebašek Travnik, Erika Povšnar

### PRED POGOVOROM O PITJU ALKOHOLA JE DOBRO POZNATI NASLEDNJE PODATKE O SOGOVORNIKU:

- že znana tveganja, težave ali bolezni, povezane s pitjem alkoholnih pijač;
- stanja ali bolezni, ki zahtevajo abstinenco;
- podatki o pitju alkohola, ki jih pridobimo, ko ob obisku oz. obravnavi zaradi drugih zadev vprašamo tudi o pitju;
- želja sogovornika glede spremembe pivskih navad;
- posredno pridobljeni podatki od drugih oseb ali služb;
- na čigavo pobudo je prišel (lastno, bližnje osebe, zdravnika, patronažne sestre, CSD ipd.);
- ali gre za osebo, ki išče informacije zaradi pitja drugih ljudi (svojci, prijatelji, sodelavci ipd.).

### TEMA PRVEGA POGOVORA

- Vzpostavitev sodelovalnega vzdušja
- Pivske navade
- Količine popitega alkohola
- Priložnosti, ob katerih uživa alkohol
- Morebitne težave, povezane s pitjem alkohola
- Ugotavljanje posameznikovih stališč in prepričanj

#### OSNOVA: AKTIVNO POSLUŠANJE Z EMPATIJO

Če je sogovornik v vlogi svojca, prijatelja ... in išče pomoč in/ali informacije v zvezi s pitjem alkohola za drugo osebo, pogovor prilagodimo konkretni situaciji, ga usmerimo v branje ustrezne literature in morebiten obisk skupin za samopomoč in/ali drugega strokovnjaka.

### 1. POGOVOR – 5-KRAT 10–15 MINUT

Po uvodni vzpostavitvi stika in zaupanja:

- pojasniti razlog za ta pogovor, npr.:
  - » ... oglasili ste se, ker vas je napotil vaš ...«
  - » ... oglasili ste se, ker smo vas povabili na zadnjem srečanju ...«
  - » ... kaj vas je 'pripeljalo' k meni ...«
  - ...
- dobiti pristanek za pogovor o pitju alkohola, npr.:
  - » ... ste se pripravljene pogovoriti o načinu pitja alkohola, ki je lahko tvegano in lahko sčasoma privede do težav ...«
  - » ... ste se pripravljene pogovoriti o razlogu prihoda (težavi), ki ste ga navedli ...«
  - ...

### 1. POGOVOR (ČE ŠE NIMAMO SOGOVORNIKOVEGA PODATKA O PITJU ALKOHOLA)

»Kaj menite o pitju alkohola (splošno – 'klepet' – starostne omejitve, kako pri delu, v športu, v prometu, politiki in alkoholu ipd.)?«

»Ali kdaj pijete alkoholne pijače, kot so vino, pivo, jabolčnik, žgane pijače?«

- Če je **odgovor NE** – posebna pozornost! →

Od kdaj 'ne'

Razlogi za 'ne'

Koliko časa predvideva 'ne'

- Če ni razumnih in razumljivih razlogov – ne kažemo dvoma in se ne pregovarjamo, lahko kljub vsemu ponudimo zloženko.

- Predlagamo morebitni ponovni razgovor čez 1–4 tedne

- Če je **odgovor DA** →

Sledi pogovor (brez vrednostnih ocen) o:

- pivskih navadah,
- popitih količinah,
- priložnostih,
- morebitnih težavah, povezanih s pitjem,
- sogovornikovih stališčih in prepričanjih v zvezi s pitjem.

## 1. POGOVOR

## • Primeri vprašanj:

»Ob katerih priložnostih pijete alkoholne pijače (ob obroku hrane, praznovanju, s prijatelji – v družbi, za žejo, po športnih aktivnostih ...)?»

»Katera alkoholna pijača vam je najbolj všeč?»

»Katere ne marate?»

»Od česa je odvisna izbira?»

»Ob kakšnih čustvenih, razpoloženskih stanjih pijete alkoholne pijače (žalost, veselje, jeza, razočaranja, pritiski – v službi, doma ...)?»

• Za oceno pitja je najboljši pogovor, v katerem ustrezno uporabimo vprašanja iz vprašalnika AUDIT-C, lahko pa ponudimo vprašalnik – npr.:

»Tukaj imam vprašalnik, ki nam pomaga oceniti možno tveganje za zdravje zaradi alkohola. Priporočajo nam, da ga izpolnimo za vsakega pacienta – uporabnika; mi lahko pomagata pri tem?» (Če je treba, razložimo merice alkoholnih pijač.)

(MOŽNOSTI izpolnjevanja vprašalnika:

- izpolnimo sami – na podlagi zastavljenih vprašanj iz vprašalnika AUDIT med pogovorom,
- izpolni sogovornik sam,
- izpolnimo skupaj z njim.

• Glede na odgovore v pogovoru ali na rezultat testa lahko rečemo:

»Če je vaše pitje takšno, kot ste povedali/napisali, gre verjetno za \_\_\_\_\_ (manj tvegano ali pa tvegano) pitje.«

• Če gre za tvegano pitje, predlagamo:

»Za natančnejšo oceno vas prosim, da odgovorite še na nekaj vprašanj.«

**Ponudite drugih 7 vprašanj iz vprašalnika AUDIT.**



## 1. POGOVOR

## • Vrednotenje vprašalnika AUDIT-C

Manj tvegano pitje	Ženske: 1–4 točke
Tvegano pitje	Moški: 1–5 točk Ženske: 5 ali več točk Moški: 6 ali več točk

## • Vrednotenje vprašalnika AUDIT-10

Tvegano pitje	Moški: 1–5 točk Ženske: 5 ali več točk Moški: 6 ali več točk
Škodljivo pitje	Ženske in moški: 13–19 točk
Zasvojenost	Ženske in moški: 20 ali več točk

## • Predstavimo rezultat testa:

»Če je vaše pitje takšno, kot ste povedali/napisali, gre pri vas najverjetneje za ..... pitje.«

»Zanima me še, kaj vi menite o svojem pitju alkohola.«

»Ob tem me še zanima, ali mogoče veste, s katerimi spremembami v telesu je lahko povezano pitje?»

»Katere bolezni so posledica prekomernega pitja?»

»Kaj pa duševno stanje, ali alkohol lahko vpliva nanj?»

»Kje se še lahko kaže vpliv pitja alkohola?»

(medosebni odnosi, promet, služba, socialno-ekonomsko stanje ...)

**(Sprašujemo radovedno, empatično, kot razgovor, ne kot na izpitu!)**

»Ali mogoče veste, s katerimi spremembami v telesu je povezano tvegano oz. škodljivo pitje?»

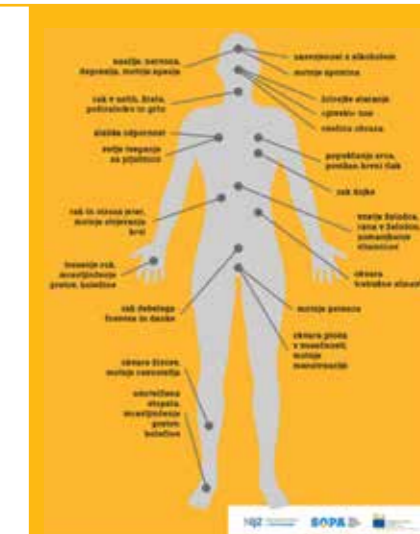
»Katere bolezni so posledica prekomernega pitja?»

»Kaj pa duševno stanje, ali alkohol lahko vpliva nanj?»

»Kje se še lahko kaže vpliv pitja alkohola?»

Uporabi oz. glej shemo posledic pitja alkohola v Prilogi 3 →

Vir: Prilagojeno po: Babor T. F. et al. AUDIT. Geneve: WHO, 2001 in Global Status report on alcohol and health. Geneve: WHO, 2014





## 1. POGOVOR

Rezultat testa pokaže '**manj tvegano pitje**' (če je v resnici pri sogovorniku najverjetneje).

- Povemo, da je sogovornikovo pitje alkohola v mejah manj tveganega pitja.
- Seznanimo ga z mejami manj tveganega pitja za sogovornikov spol (če jih še ne pozna!).
- Predlagamo, da tudi naprej upošteva te meje, nič pa ne bi bilo narobe, če alkohola tudi ne bi pil.
- Če ga bo kdaj zanimalo kaj v zvezi z alkoholom, se lahko kadarkoli oglasi pri vas.

## MANJ TVEGANO PITJE

MOŠKI:

- do 14 enot na teden (tj. npr. do 2 dcl vina ALI ena steklenica piva na dan;
- ne več kot 5 enot ob eni pivski priložnosti;
- en ali dva dneva v tednu povsem brez alkohola.

ŽENSKE:

- do 7 enot na teden (tj. npr. do 1 dcl vina ALI pol steklenice piva na dan);
- ne več kot 3 enote ob eni pivski priložnosti;
- en ali dva dneva v tednu povsem brez alkohola.

## Kako si 'zagotoviti' naslednjih 15 minut?

Rezultat testa pokaže '**manj tvegano pitje**' (če pri sogovorniku objektivno ni najbolj verjetno):

»Danes sva opravila prvi del najinih pogovorov. Bi bili pripravljeni nadaljevati?« (Kontrola v obdobju 1–4 tednov, ne kasneje.)

- Sogovornika seznaniti z mejo manj tveganega pitja (če je ne pozna).

»O čem bi se radi pogovorili naslednjič?«

»Za domov vam lahko dam zloženko z nekaj podatki o alkoholu. Na njej sta tudi naslova spletnih strani [www.sopa.si](http://www.sopa.si) in [www.nalijem.si](http://www.nalijem.si), kjer je še več tovrstnih podatkov, pa tudi anonimni vprašalnik za samooceno pitja alkohola.«

»Predlagam vam tudi, da do naslednjič sproti beležite pitje alkoholnih pijač. V pomoč vam bo kartonček, na katerega boste lahko beležili količine popitega alkohola – najboljše v mericah.«

**Če sogovornik ne kaže pripravljenosti za naslednje srečanje – ga brez prepričevanja povabimo, da lahko pride kdaj kasneje.**

## 1. POGOVOR

## Kako si 'zagotoviti' naslednjih 15 minut?

Rezultat pogovora ali testa pokaže '**tvegano ali škodljivo pitje**'.

- Sogovornika seznaniti z mejami manj tveganega pitja (če jih ne pozna) in vprašati, kaj meni o njih.

»Danes sva opravila prvi del najinih pogovorov. Bi bili pripravljeni nadaljevati prihodnjič?« (Kontrola v obdobju 1–2 tednov.)

»O čem bi se radi pogovorili naslednjič?«

»Mene vaše pitje alkohola nekoliko skrbi. Predlagam, da bi naslednjič govorila, ali bi bilo smiselno zmanjšati pitje alkohola.«

»Za domov vam lahko dam zloženko z nekaj podatki o alkoholu. Na njej sta tudi naslova spletnih strani [www.sopa.si](http://www.sopa.si) in [www.nalijem.si](http://www.nalijem.si), kjer je še več tovrstnih podatkov.«

»Predlagam vam tudi, da do naslednjič sproti beležite pitje alkoholnih pijač. V pomoč vam bo kartonček, na katerega boste lahko beležili količine popitega alkohola – najboljše v mericah.«

**Če pacient ne kaže resne pripravljenosti za naslednje srečanje, je smiselno nekoliko podaljšati prvi pogovor ter oceniti pomembnost in zmožnost morebitnega zmanjšanja pitja in izvesti kratko svetovanje. Če gre za sum na zasvojenost, je primerno predlagati zdravljenje oz. obisk osebnega zdravnika, alkoholologa, skupine za samopomoč ipd.**

## PIVSKI KOLEDARČEK

## ZAPIS O POPITIH ALKOHOLNIH PIJAČAH

Datum in čas	Vrsta alkohola	Število enot	Kje ste pili?	S kom ste pili?	Kako ste bili razpoloženi?	Kako pomembna je bila za vas ta pijača? 1 (ni) – 5 (zelo)

## 2. POGOVOR – 5-KRAT 15 MINUT

Če je na **prvem pogovoru** povedal, da **NE pije alkohola**.

»Kako ste preživeli dneve od najinega prejšnjega srečanja?«

»O čem ste razmišljali po najinem prejšnjem pogovoru?«

»O čem bi želeli govoriti danes?«

**Zaključimo:** »Če se boste glede pitja alkohola želeli pogovarjati še kdaj drugič, me kar vprašajte o tem.«

## TEME DRUGEGA POGOVORA (ČE PITJE PRESEGA MEJE MANJ TVEGANEGA PITJA)

- Ocena stanja in faze v krogu spreminjanja, v katerem se posameznik nahaja.
- Ugotoviti, kako pomembno se zdi posamezniku spremeniti pitje alkohola.
- Ugotoviti, v kolikšni meri si zaupa (se čuti zmožnega), da bi mu uspelo spremeniti pitje alkohola.
- Krepiti pomembnost spremembe, če še ni visoka.
- Krepiti samozaupanje – zmožnost za spremembo, če je pomembnost visoka.

**OSNOVA: AKTIVNO POSLUŠANJE Z EMPATIJO, motivacijski pogovor (poglavje 2.1)**

Če je sogovornik v vlogi svojca, prijatelja ... in pride drugič po pomoč in/ali informacije v zvezi s pitjem alkohola za drugo osebo, prilagodimo pogovor: o čem je razmišljal po najinem prvem pogovoru, kaj je spoznal v prebrani ustrezni literaturi in ugotovimo pomembnost in zmožnost za morebitno ustrezno ukrepanje oziroma iskanje ustrezne pomoči v skupini za samopomoč in/ali pri drugem strokovnjaku.

Če smo na **prvem pogovoru** ugotovili tvegano ali škodljivo pitje oz. zasvojenost:

- kako je preživel dneve od najinega prvega srečanja;
- ponovno ovrednotenje stanja (skupaj s sogovornikom – pacientom),

**bomo nadaljevali glede na odgovor:**

1. ČE NI BILO SPREMEMBE PITJA,
2. ČE JE SAM ŽE ZMANJŠAL PITJE ali
3. ČE GRE ZA SUM NA ZASVOJENOST (oz. lahko tudi škodljivo pitje).

## 2. POGOVOR

»Kako ste preživeli dneve od najinega prvega srečanja?«

»O čem ste razmišljali po najinem prejšnjem pogovoru?«

**»Poglejva, kaj sva ugotovila na najinem prejšnjem srečanju:«**

»Vaša prepričanja v zvezi s pitjem alkoholnih pijač so bila ...«

»V pogovoru sva ugotovila oz. vprašalniki so pokazali ...«

»Ste utegnili beležiti popite količine alkohola? Se jih spomnite?«

»Kako vam je šlo preračunavanje v merice, enote alkohola?«

»Imate morda zapis pri sebi? Ga skupaj pogledava?«

## 2. POGOVOR

- Kako je preživel minule dneve od prvega pogovora?
- Ponovno ovrednotenje stanja (skupaj s sogovornikom – pacientom)

**1. ČE NI BILO SPREMEMBE PITJA – uporabimo različne strategije motivacijskega pogovora, npr.**

- ugotoviti stopnjo pomembnosti morebitne spremembe pitja (»P«) od 0 do 10;
- ugotoviti stopnjo zmožnosti oz. samozaupanja v uspeh morebitne spremembe (»Z«) – od 0 do 10.
- Ocena stopnje pripravljenosti in faze na krožnem modelu spreminjanja vedenja (Prochaska – DiClemente)
- P in Z približno enaki (4 – 7) → krepitev P;
- ena bistveno višja kot druga → pogovor o nižji;
- P in Z z visokima vrednostima → AKCIJA;
- P in Z z nizkima vrednostima → verjetno še ni pravi čas za podrobnejši pogovor o morebitni spremembi;
- ponudimo dodatne informacije, pisanje dnevnika.
- Pred akcijo morata biti tako POMEMBOST kot zaupanje v uspeh VISOKA.
- Kontrola na določen dan čez 1–4 tedne.

## 2. POGOVOR

## Možna dodatna vprašanja – 1

»Ste morda od prejšnjega srečanja razmišljali o zmanjšanju pitja alkoholnih pijač?«

»Ste morda poskusili zmanjšati pitje?«

»V kolikšni meri vam je uspelo?«

»Kaj bi se moralo zgoditi, da bi začeli razmišljati o spremembi pitja?«

- Če je številka ocene pomembnosti (P) med 4 in 7:

»Zakaj ste izbrali to številko, zakaj ne manj? Kaj bi se moralo zgoditi, da bi izbrali višjo številko?«

- Lahko nam odgovori:

- pojav bolezenskih znakov, poslabšanje zdravstvenega stanja ipd.,
- pripombe od družinskih članov, prijateljev, drugih pomembnih ljudi ipd.,
- ukrepi v delovnem okolju ipd.,
- odvzem voznškega dovoljenja,
- finančno-ekonomsko stanje,
- ugled idr.

## Možna dodatna vprašanja – 2

»Ali razmišljate o spremembi?«

»Kaj bi bilo drugače, če bi omejili pitje alkoholnih pijač?«

»Ali lahko ocenite, katere stvari bi šle na bolje in katere na slabše?«

»V kolikšni meri bi lahko zmanjšali pitje, ne da bi se pri tem počutili nelagodno?«

»Kaj bi naredili z alkoholnimi pijačami, ki jih imate doma, če bi zmanjšali pitje?«

- Če je pomembnost že visoka, zmožnost pa nižja:

»Kdo bi vas pri tem spodbujal, vam pomagal (družina, prijatelji, skupina ...)?«

»Bi vas kdo pri tem oviral? Vam nagajal (pivski prijatelji, sodelavci ...)?«

»Kako bi ocenjevali svoj uspeh? Kaj bi vam ta pomenil?«

»Bi vam bilo v pomoč pisanje dnevnika; o tej možnosti sva že govorila v prvem srečanju (ali pa: ... da še naprej pišete dnevnik)?«

»Ste že kdaj pred tem omejili ali prenehali s pitjem alkohola? Vam je uspelo? Na kakšen način? Za koliko časa?«

## 2. POGOVOR

- Kako je preživel dneve od najinega prejšnjega srečanja?
- Ponovno ovrednotenje stanja (skupaj s sogovornikom – pacientom)

## 2. ČE JE SAM ŽE ZMANJŠAL PITJE

- Pohvaliti in spodbuditi vztrajanje

- Pogovoriti se o morebitnih težavah ob zmanjševanju

»Na kakšen način vam je uspelo? Čemu pripisujete ta uspeh? Za koliko časa?«

»Boste zmogli sami ali bi vam bila dobrodošla pomoč?«

- Kontrola na določen dan čez 1–2 tedna

## 2. POGOVOR

- Kako je preživel dneve od najinega prejšnjega srečanja?
- Ponovno ovrednotenje stanja (skupaj s sogovornikom – pacientom)

## 3. ČE GRE ZA SUM NA ZASVOJENOST (pa tudi pri nekaterih, ki pijejo škodljivo) – uporaba načel, veščin in tehnik motivacijskega pogovora (poglavje 2.1)

- Povedati ugotovitev in način reševanja na ustrezen način – »Potrebno bo ustrezno zdravljenje (alkoholog, Anonimni alkoholiki, klub zdravljenih alkoholikov, druge oblike skupin ipd.)«
- Pogovor, usmerjen k bolniku ...
- Ocena pomembnosti in zmožnosti za morebitno zdravljenje
- Preveriti možnost sodelovanja partnerja, druge bližnje osebe, družine ?
- Laboratorijske preiskave ?
- Morda predlog abstinence do naslednjega pogovora?! – pojasnimo, kaj je abstinence; poudarimo, da abstinence ni pogoj za naslednji pogovor.
- Kontrola na določen dan čez 1–2 tedna , po možnosti skupaj s partnerjem, drugo bližnjo osebo, družinskim članom.

## Zaključek pogovora:

- Kaj smo ugotovili?
- Ključno vprašanje.
- Bi bil pripravljen še beležiti pitje alkohola (pivski dnevnik) (če še ni beležil pitja, ali bi se odločil in pisal pivski dnevnik)?
- Bi bil pripravljen priti še dvakrat ali trikrat?
- O čem želi govoriti prihodnjič?

Zapišemo si pomembne točke pogovora.

## 3. POGOVOR – 5-KRAT 15 MINUT

- Kako je preživel dneve od najinega zadnjega srečanja?
  - Ponovno ovrednotenje stanja (skupaj s sogovornikom – pacientom)
1. ČE NI BILO SPREMEMBE PITJA (*faza razmišljanja, priprava*): analiza pivskega dnevnika, motivacijski pogovor – P in Z ...
  2. ČE JE ŽE ZMANJŠAL PITJE (*faza akcije*): pogovor o uspehu, težavah v zvezi s tem, morda postavitev novih – prilagojenih ciljev, preprečevanje relapsa
  3. ČE GRE ZA ZASVOJENOST (*oz. pri nekaterih lahko tudi, če gre za škodljivo pitje*): motivacijski pogovor za vključitev v ustrezno obravnavo, sodelovanje družine, morda abstinenca

## 3. POGOVOR

- »Kako ste preživali dneve od najinega zadnjega pogovora?«  
 »O čem ste razmišljali po najinem prejšnjem pogovoru?«
- Ponovno ovrednotenje stanja (skupaj s sogovornikom – pacientom)
- »Poglejva, kaj sva se pogovarjala in ugotovila ob najinem prejšnjem srečanju.«

## 1. ČE NI BILO SPREMEMBE PITJA

- Skupaj pregledamo zapise v pivskem dnevniku, skupaj ocenimo počutje in doživljanje.
- Vprašamo, ali se je v preteklem obdobju zgodilo karkoli, kar bi bilo vredno omeniti.
- Uporabimo veščine in tehnike motivacijskega pogovora, skušamo krepiti pomembnost ali analizirati in krepiti zmožnost oz. samozaupanje v uspeh morebitnega zmanjševanja pitja, kot kažejo primeri.

Če je pomembnost visoka in se pripravlja na akcijo:

- Iskanje in izbor učinkovitih načinov omejevanja pitja
- Načrt za premagovanje ovir – kako bi dosegel rezultate
- Uspešnost do sedaj uporabljenih, preizkušenih načinov za doseganje spremembe pri sebi
- Lastno zadovoljstvo ob morebitni spremembi
- Pomoč drugih pomembnih oseb, še koga?
- S čim povezuje uspeh oziroma morebitni neuspeh

Pred akcijo morata biti POMEMBNOST in ZMOŽNOST VISOKI.

## 3. POGOVOR

- »Kako ste preživali dneve od najinega zadnjega pogovora?«  
 »O čem ste razmišljali po najinem prejšnjem pogovoru?«
- Ponovno ovrednotenje stanja (skupaj s sogovornikom – pacientom)
2. ČE JE SAM ŽE ZMANJŠAL PITJE
    - Pohvaliti in spodbuditi vztrajanje, vprašati, kaj mu je pri tem pomagalo.
    - Oceniti omejitve pitja.
    - Pogovoriti se o morebitnih težavah ob zmanjševanju ali vzdrževanju zmanjšane pitja.
    - Možne kritične situacije, priložnosti.
    - Pogovor o morebitnih novih, prilagojenih ciljih.
    - Lastno zadovoljstvo.
    - Priznanje s strani drugih pomembnih oseb (kdo je opazil spremembo).
    - Kaj mu pomaga pri vztrajanju – s čim povezuje uspeh.
- Kontrola na določen dan čez 1–4 tedne

## 3. POGOVOR

- »Kako ste preživali dneve od najinega zadnjega pogovora?«  
 »O čem ste razmišljali po najinem prejšnjem pogovoru?«
- Ponovno ovrednotenje stanja (skupaj z bolnikom), zakaj prihaja, kaj pomenijo najini pogovori
3. ČE GRE ZA SUM NA ZASVOJENOST (tudi pri nekaterih, če gre za škodljivo pitje)
    - Ocena morebitne abstinence od zadnjega obiska.
    - Analiza počutja in doživljanja, pivskega dnevnika.
    - Morebitne spremembe doma in v službi.
    - Možnost sodelovanja partnerja, družine.
    - Katere korake v smeri zdravljenja je naredil (obiskal alkohologa, psihiatra, obiskal center za duševno zdravje odraslih, osebnega zdravnika, skupino zunaj zdravstva (npr. AA, KZA ipd.), CSD, delovno organizacijo ipd.
    - Je svojo odločitev za abstinenco zaupal komu zunaj družine?
    - Morda predlog abstinence do kontrole?
- Kontrola na določen dan čez 1–4 tedne

## 3. POGOVOR

**Zaključek pogovora:**

- Kaj smo ugotovili?
- Ključno vprašanje.
- Ali bi bili pripravljene še beležiti pitje alkohola (pivski dnevnik)? – če ni pisal pivskega dnevnika: Kaj bi vas motilo, če bi se odločil sproti zapisovati podatke o popiti pijači?
- Ste še pripravljene prihajati?
- Ali bi se še s kom lahko pogovarjali o tej temi?
- O čem želite govoriti prihodnjič?

Zapišemo si pomembne točke pogovora.

## 4. POGOVOR – 5-KRAT 15 MINUT

»Kako ste preživeli dneve od najinega zadnjega pogovora?«

»O čem ste razmišljali po najinem prejšnjem pogovoru?«

- Ponovno ovrednotenje stanja (skupaj s sogovornikom – pacientom)

»Poglejva, kaj sva se pogovarjala in ugotovila ob najinem prejšnjem srečanju.«

1. ČE NI BILO SPREMEMBE PITJA
2. ČE JE SAM ŽE ZMANJŠAL PITJE
3. ČE GRE ZA ZASVOJENOST (oz. pri nekaterih lahko tudi, če gre za škodljivo pitje)

## 1. ČE NI BILO SPREMEMBE PITJA – motivacijski pogovor

- Skupaj analiziramo zapise v pivskem dnevniku skupaj z analizo počutja in doživljanja, razmišljanja ali spodbudimo, da se čim več podrobnosti spomni.
- Preverimo, ali sta pomembnosti in zmožnost morebitnega zmanjšanja pitja enaka kot prejšnjič
- Za krepitev P in Z uporabimo dodatne tehnike:

»Vam je težko prihajati na pogovore?«

»Kaj vam je kljub temu všeč?«

»Kaj se vam je zdelo zanimivo?«

»O čem bi se pogovarjali z večjim veseljem?«

»Ali ste o najinih pogovorih komu pripovedovali?«

»Ali koga zanima, o čem sva se pogovarjala?«

Kontrola na določen dan čez 1–4 tedne

## 2. ČE JE SAM ŽE ZMANJŠAL PITJE

- Pohvaliti in spodbuditi vztrajanje.
- Spremljanje sprememb, doživljanja, počutja, pivski dnevnik.
- Pogovoriti se o morebitnih težavah ob zmanjšanju pitja.
- Odzivi partnerja, družine, prijateljev, sodelavcev, znancev idr.
- Laboratorij, če so bile prej vrednosti patološke.

»Kako ocenjujete svojo spremembo? «

»Kaj vam je dobrega prinesla?«

»Kaj vam pomeni (prihranek pri denarju, boljše počutje, dobre izvide, boljše razumevanje v družini ipd.)?«

»Želite s temi spremembami nadaljevati?«

Kontrola na določen dan čez 1–4 tedne

## 4. POGOVOR

ČE GRE ZA SUM NA ZASVOJENOST (oz. lahko tudi pri nekaterih, ki pijejo škodljivo)

- Analiza morebitne abstinence od zadnjega obiska.
- Analiza počutja in doživljanja.
- Morebitne spremembe v razmišljanju.
- Morebitne spremembe doma in v službi.
- Pogovor skupaj s partnerjem, družino?
- Kaj ga ovira, da se ne more odločiti za zdravljenje!?
- Sodelovanje z izvajalci oziroma ponudniki programov zdravljenja (alkoholog, center za duševno zdravje odraslih, skupina izven zdravstva (AA, KZA ipd.), CSD, delovna organizacija ipd.

Zaključek pogovora:

- Kaj smo ugotovili?
- Ključno vprašanje.
- Ste pripravljeni priti še enkrat?
- Bi želeli, da pride še kdo z vami?
- O čem bi se želeli pogovoriti na zadnjem srečanju?

Zapišemo si pomembne točke pogovora.

## 5. POGOVOR – 5-KRAT 15 MINUT

»Kako ste preživeli dneve od najinega zadnjega pogovora?«

»O čem ste razmišljali, se je kaj novega dogajalo?«

- Ponovno ovrednotenje stanja (skupaj s sogovornikom – pacientom)
- Načrt za prihodnje obdobje.
- Kontrola čez ...

**(Če pride skupaj s partnerjem, drugo bližnjo osebo, tudi to osebo vključimo v pogovor, poizvemo, kako ona gleda na pitje in svetujemo skupni obisk strokovnjaka, če sami nismo večji partnerskega svetovanja.)**

## 1. ČE NI BILO SPREMEMBE PITJA

»Kako ocenjujete najine pogovore?«

»Kaj bi želeli drugače?«

»Kateri so razlogi, zaradi katerih bi naredili drugače?«

»Kako ste se počutili?«

»Komu bi priporočali, da pride na podobne pogovore?«

»Ali bi bili pripravljeni take pogovore ponoviti?«

»V katerem primeru?«

»Kako naprej?«

## ČE JE SAM ŽE ZMANJŠAL PITJE

»Kaj vam je najbolj in kaj najmanj uspelo?«

»Kaj ste pridobili s temi spremembami?«

»Kaj so vam srečanja dobrega prinesla?«

»Katere spremembe bi predlagali?«

»Kaj ste pogrešali?«

»Česa je bilo preveč?«

»Kako boste vzdrževali dosežene spremembe? – skupina, občasni pogovori pri zdravniku, DMS, v RA, literatura ipd.«

»Kašni so vaši nadaljnji načrti?«

»Kaj boste storili v primeru ponovitve težav?«

»Kaj bi še potrebovali (informacije ...)?«

»Bi se še o čem želeli pogovoriti?«

## 5. POGOVOR

## 3. ČE GRE ZA SUM NA ZASVOJENOST (oz. lahko tudi pri nekaterih, ki pijejo škodljivo)

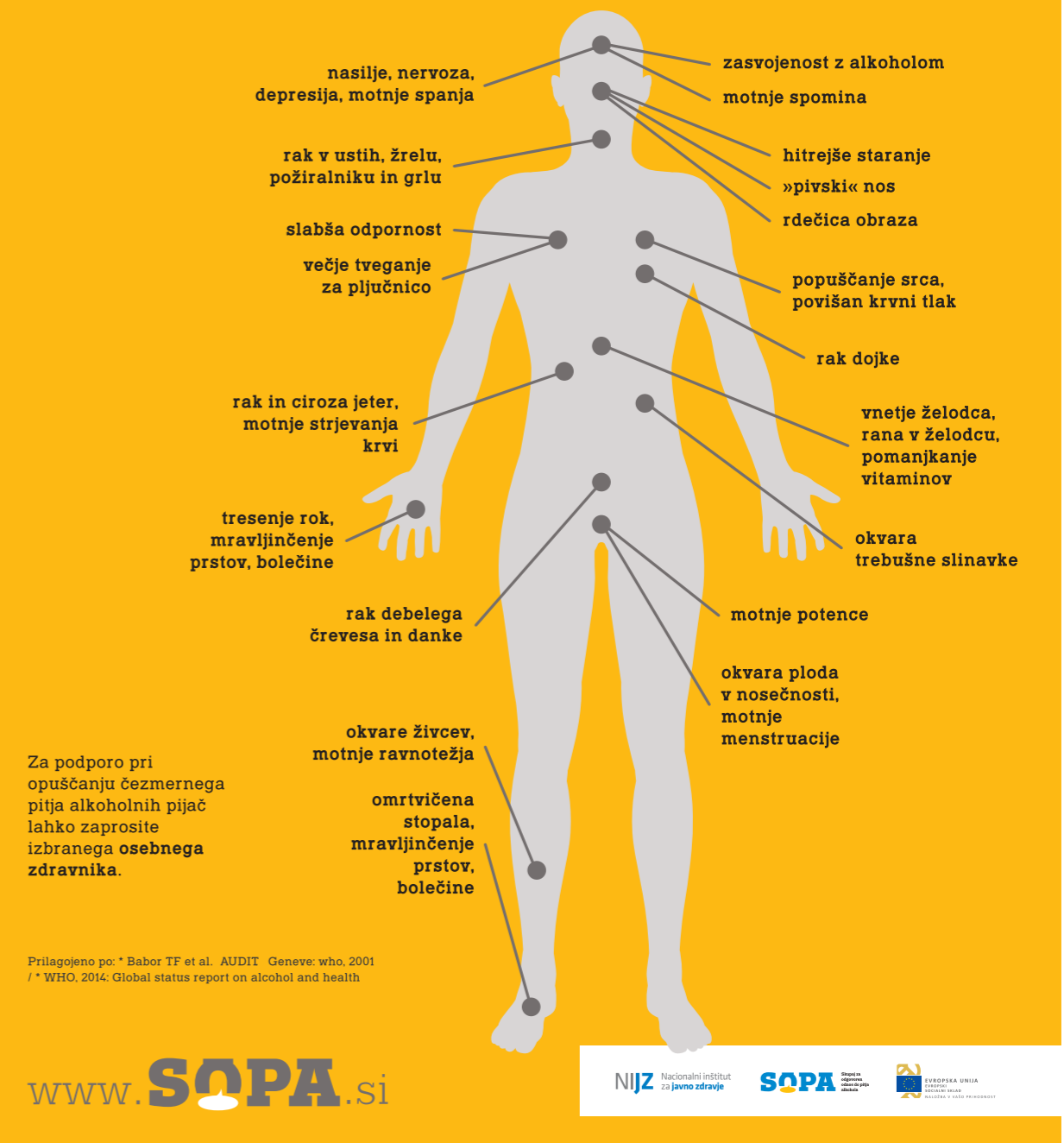
- Analiza morebitne abstinence od zadnjega obiska in opredelitev razlogov za uspeh ali neuspeh.
- Analiza počutja in doživljanja.
- Morebitne spremembe v razmišljanju.
- Morebitne spremembe doma in v službi.
- Pogovor skupaj s partnerjem, družino?
- Kaj ga ovira, da se ne more odločiti za zdravljenje?
- Sodelovanje z drugimi strokovnjaki oziroma ponudniki programov za zdravljenje.
- Ovire za odločitev?!

KAKO NAPREJ?

## 3. Sliki škodljivih posledic pitja alkohola

## Škodljive posledice čezmernega pitja alkoholnih pijač na telo

Kaj pa duševno zdravje, težave v družini, prometne nesreče, ...?



Vir:

1. Global status report on alcohol and health. Geneve: WHO, 2014.
2. Hočevar T, Lepoša Š, Henigsman K, Pristolič T. Škodljive posledice čezmernega pitja alkoholnih pijač na posameznika in njegovo okolico [plakat]. Ljubljana: NIJZ, 2019.

## Škodljive posledice čezmernega pitja alkohola na posameznika in njegovo okolico



Za podporo pri opuščanju čezmernega pitja alkoholnih pijač se lahko obrnete na izbranega osebnega zdravnika, Zdravstvenovzgojne centre oz. Centre za krepitev zdravja, Centre za socialno delo ter druge vire pomoči. Več informacij najdete na

WWW.SOPA.si

Prilagojeno po: Zakonodaja s področja socialnega varstva in metode socialnega dela; poudarek na Pravilniku o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (UL, RS št. 45/10, 4.6.2010) v smislu prve socialne pomoči, osebne pomoči, pomoči družini za dom skozi vsebine svetovanja, koordiniranja, podpore in oskrbe.

NIJZ Nacionalni inštitut za javno zdravje

SOPA

EVROPSKA UNIJA  
EVROPSKI SKLAD  
EVROPSKI SOCIALNI SKLAD  
EVROPSKI FOND ZA REGIONALNI RAZVOJ

Vir:

1. Prilagojeno po: Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev. Ljubljana: Uradni list št. 45/10, 2010; in
2. Hočevar T, Lepoša Š, Henigsman K, Pristolič T. Škodljive posledice čezmernega pitja alkoholnih pijač na posameznika in njegovo okolico [plakat]. Ljubljana: NIJZ, 2019.

## 4. Slika enote in meje manj tveganega pitja alkohola

### Meje manj tveganega pitja alkohola - ne več kot:

Velja za: zdrave odrasle osebe

Ne velja za: otroke in mladostnike, nosečnice in doječe matere, poklicne voznike, bolne...



**NE več kot** 2 merici / dan  
**NE več kot** 14 meric / teden\*

Ob eni priložnosti ne več kot 5 meric



**NE več kot** 1 merica / dan  
**NE več kot** 7 meric / teden\*

Ob eni priložnosti ne več kot 3 merice



Standardna merica alkoholne pijače

\*Ob vseh navedenih količinah naj bi bili vsaj en dan v tednu povsem brez alkohola.

Vsako leto umre 650 oseb. 43 % prebivalcev pije čez meje.

WWW.SOPA.si

NIJZ Nacionalni inštitut za javno zdravje

SOPA

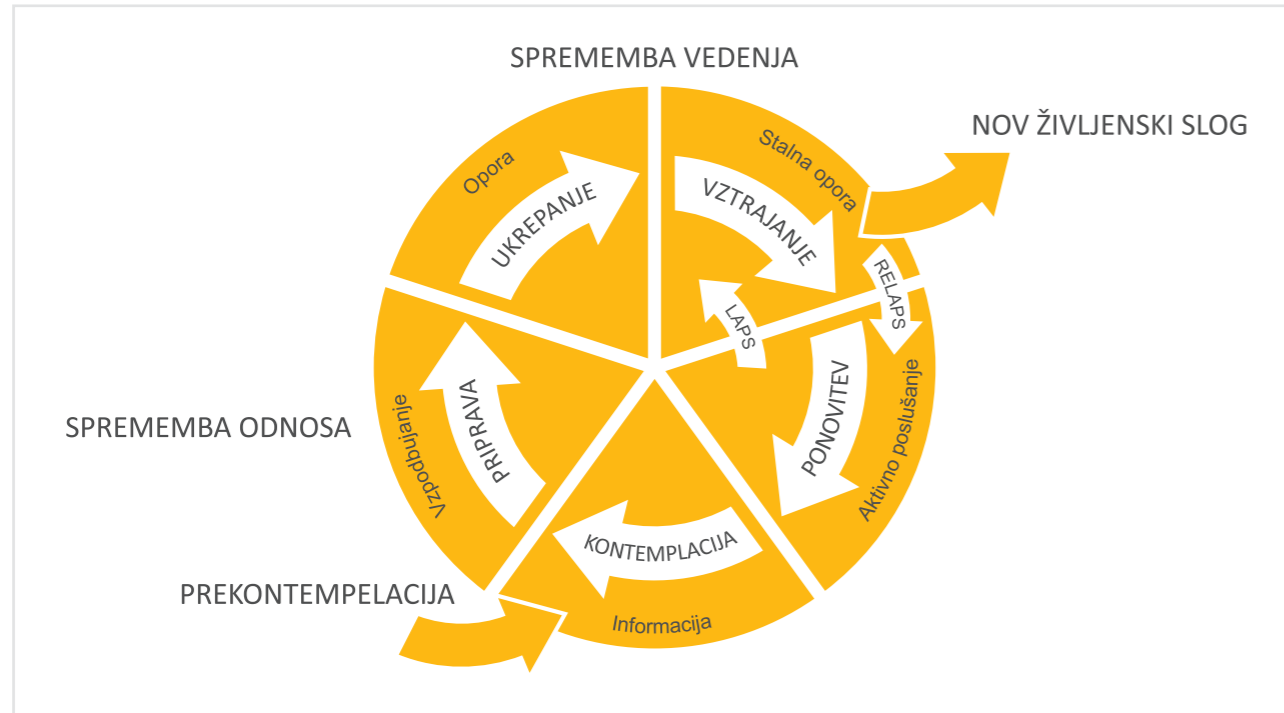
EVROPSKA UNIJA  
EVROPSKI SKLAD  
EVROPSKI SOCIALNI SKLAD  
EVROPSKI FOND ZA REGIONALNI RAZVOJ

Vir:

1. Prilagojeno po: Kolšek M. O pitju alkohola : priročnik za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Zdravstveni dom Ljubljana, 2004.
2. Hočevar T, Henigsman K, Štruc A. Merice in posledice pitja alkohola na telo [letak]. Ljubljana: NIJZ, 2018.

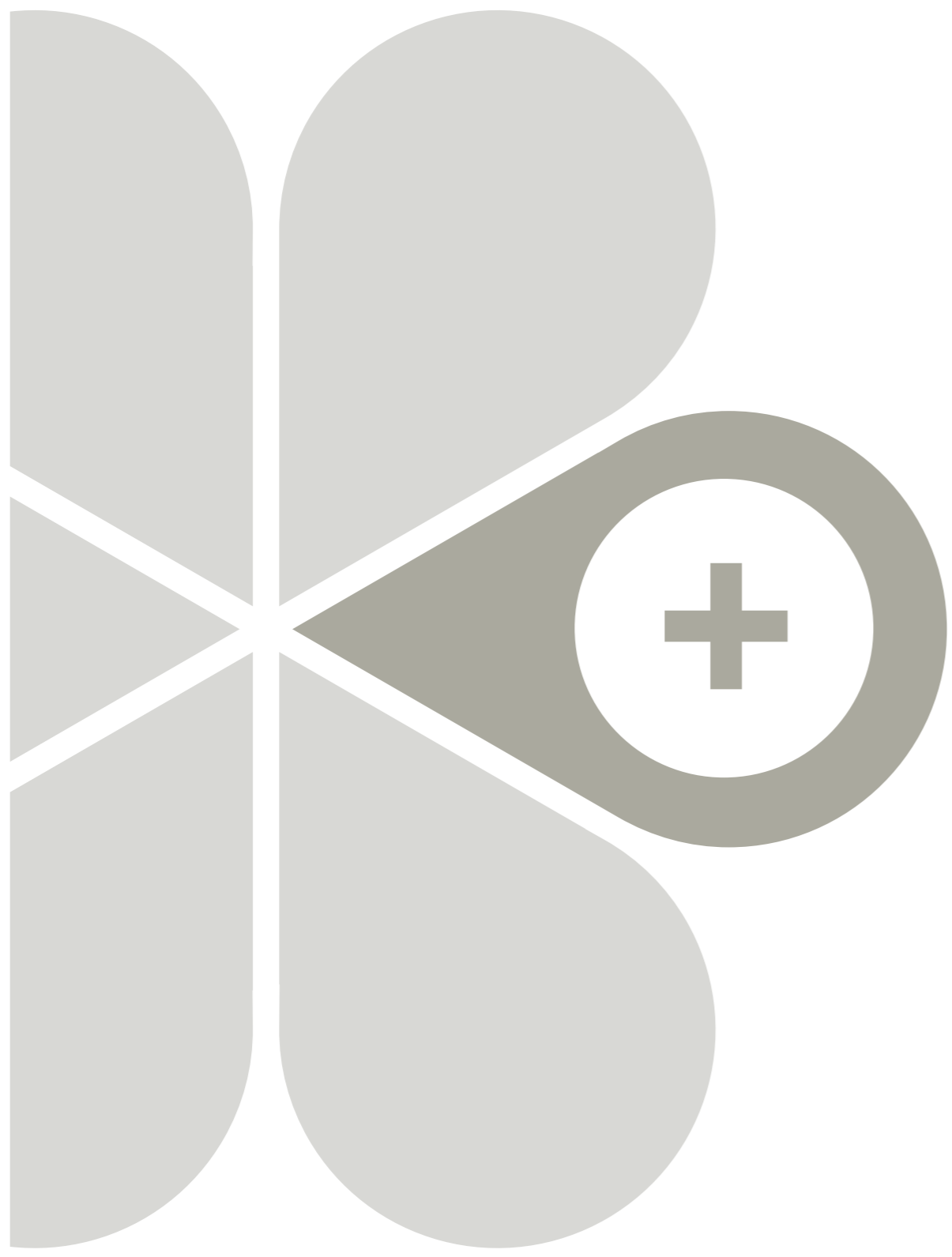


## 5. Slika transteoretični model spreminjanja vedenja



Vir:

1. Prirejeno po: Prochaska JO, DiClemente CC. Toward a comprehensive model of change. V: Miller WR, Heather N (Eds). Treating Addictive Disorders: processes of change. Boston, MA: Springer, 1986: 3-27.
2. Mesarič J, Novak Mlakar D, Hočevar T, Čuš B. Priročnik za opuščanja kajenja. Ljubljana: IVZ.



# SODELUJOČI

Kratke predstavitve

# SODELUJOČI

## Uredniki

mag. **Tadeja Hočevar**, univ. dipl. kom.

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), Idejna zasnova pristopa in vodenje projekta SOPA

Deluje na področju javnozdravstvenih raziskav in razvoja programov preventive. Pri svojem delu se osredotoča na vidike medosebne komunikacije in podpore pri spreminjanju življenjskega sloga, zanima jo osvetljevanje ranljivosti in krepitev blagostanja skupnosti. Zavezana je prenašanju znanja strokovni in splošni javnosti. Leta 2015 je v okviru vizije alkoholne politike v Sloveniji zasnovala pristop SOPA – Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola, ki je po zaključenem razvoju in pilotnem projektu z letom 2022 delno sistemsko implementiran. Je komunikologinja metodološke smeri in magistrica psihologije razvojne smeri.

prof. dr. **Marko Kolšek**, dr. med. specialist družinske medicine

Medicinska Fakulteta Univerze v Ljubljani (MF) in ZD Litija

Že več kot 40 let deluje na področju problematike pitja alkohola. Je avtor in vodja projekta Sporočilo v steklenici – [www.nalijem.si](http://www.nalijem.si), član mednarodne skupine raziskovalcev, strokovnjakov na področju alkoholne problematike INEBRIA.

**Karmen Henigsman**, mag. psih.

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ)

Deluje na področju alkoholne problematike. Sodelovala je pri razvoju in izvedbi večine vsebin pristopa SOPA. Posveča se tudi delu z otroki in mladostniki, ki prihajajo iz družin, kjer je prisoten sindrom odvisnosti od alkohola.

dr. **Maja Roškar**, univ. dipl. psih., viš. pred.,

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ)

Raziskovalka, ki raziskuje problematiko alkohola v Sloveniji. Zanimajo jo tudi učinkoviti pristopi preprečevanja pitja alkohola, predvsem med mladimi. Svoje izsledke redno objavlja v znanstveni in strokovni literaturi, znanje pa prenaša na mlajše.

prim. **Darja Boben Bardutzky**, dr. med., specialistka psihiatrije,

Zdravstveni dom Trbovlje

Zaposlena v Zdravstvenem domu Trbovlje, pred tem več kot 30 let vodja oddelka za zdravljenje bolezni odvisnosti v Psihiatrični bolnišnici Vojnik.

## Recenzija

dr. **Mirjana Radovanovič**, dr. med., specialistka psihiatrije

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana (UPK), Predstojnica Enote za zdravljenje odvisnosti od alkohola

Kot Humphreyeva štipendistka je končala izobraževanje iz psihiatrične epidemiologije na Bloomberg School of Public Health Johns Hopkins University v ZDA, izpopolnjevanje iz psihiatrične epidemiologije s poudarkom na boleznih odvisnosti je nadaljevala na postdoktoskem študiju na Michigan State University v ZDA pri prof. dr. James C. Anthony-ju, kjer je na tamkajšnjem College of Human Medicine tudi učila in vodila predmet Information Management: Applications of Epidemiology and Biostatistics. Na MF UL je najprej pridobila naziv magistricе znanosti z delom Stališča do zdravja in raba psihotropnih snovi pri slovenskih srednješolcih in nato zagovarjala znanstveni doktorat z naslovom Značilnosti neodvisniškega vedenja po zdravljenju odvisnosti od alkohola na osnovi izbranih napovednih in razlagalnih modelov. V študijah matične ustanove je vključena v projekte kot strokovni sodelavec, metodolog in statistik. Je avtorica in soavtorica večdeset znanstvenih in poljudnih člankov; redno se aktivno udeležuje domačih in mednarodnih strokovnih srečanj.

## Predgovora

mag. **Vesta Kerstin Petrič**, dr. med., Ministrstvo za zdravje, Generalna direktorica Direktorata za javno zdravje

Od leta 2020 vodi Direktorat za javno zdravje na Ministrstvu za zdravje. To funkcijo je prevzela po uspešnem šestnajstletnem vodenju Sektorja za krepitev zdravja ter obvladovanje kroničnih nenalezljivih bolezni in stanj na Direktoratu za javno zdravje. Od leta 1998 do 2004 je bila vodja Urada za odnose s Svetovno zdravstveno organizacijo pri Ministrstvu za zdravje. Za obdobje od 2021-2024 je kot predstavnica Slovenije izvoljena v Izvršni odbor Svetovne zdravstvene organizacije.

**Radivoje Pribakovič Brinovec**, dr. med., specialist javnega zdravja

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), Predstojnik Centra za upravljanje programov preventive in krepitev zdravja (CUPPKZ)

Je predstojnik Centra za upravljanje programov preventive in krepitev zdravja na NIJZ, v katerem so se v preteklih letih vodili pomembni javnozdravstveni projekti in programi, kot so Model skupnostnega pristopa za krepitev zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih - MoST, Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola - SOPA, Skupaj za zdravje in drugi. Poleg predstojništva vodi tudi Program MIRA - Nacionalni program duševnega zdravja.

## Avtorji

**Sanja Belec**, univ. dipl. sociologinja,

Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje (ZRSZ)

Pri ZRSZ koordinira področje vseživljenjske karijerne orientacije, ki vključuje storitve osnovnega, poglobljenega, zdravstveno zaposlitvenega in rehabilitacijskega svetovanja, kariernih središč ter vodenja evidenc. V sklopu razvoja storitev za iskalce zaposlitve sodeluje z drugimi institucijami pri pripravi sistemskih rešitev za zagotavljanje usklajenih in neprekinjenih storitev različnih sektorjev, predvsem sociale in zdravstva, za integracijo dolgotrajno brezposelnih na trg dela.

prim. prof. dr. **Bilban Marjan**, dr. med., spec. medicine dela, prometa in športa,  
Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Katedra za javno zdravje in Zavod za varstvo pri delu d.o.o. (ZVD)

Je redni profesor na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani, Katedra za javno zdravje, nosilec predmeta Medicina dela in Medicina športa in na Zavodu za varstvo pri delu d.o.o. (ZVD), kot predstojnik Centra za medicino dela. Vrsto let se poglobljeno ukvarja z ocenjevanjem delazmožnosti s poudarkom na vseh oblikah prometa, še posebno ob prisotnosti psihoaktivnih substanc, prav tako na izgradnji doktrine tovrstnega ocenjevanja, izdelavi kliničnih poti ter sodeluje pri nastajanju pravilnikov in zakonodaje s tega področja.

**Nataša Blažko**, univ. dipl. sociologinja,

Ministrstvo za zdravje (MZ)

15 let zaposlena na Ministrstvu za zdravje v Direktoratu za javno zdravje, kjer se vsebinsko ukvarja s področjem nadzora nad tobakom in alkoholno politiko. Pri svojem delu sodeluje z različnimi resorji, strokovnimi institucijami in nevladnimi organizacijami, institucijami Evropske unije in Svetovne zdravstvene organizacije.

prim. **Darja Boben Bardutzky**, dr. med. spec. psihiatrije,

Zdravstveni dom Trbovlje

Zaposlena v Zdravstvenem domu Trbovlje, pred tem več kot 30 let vodja oddelka za zdravljenje bolezni odvisnosti v Psihiatrični bolnišnici Vojnik.

**Ksenija Bratuš Albreht**, mag. socialnega dela,

Šentprima- Zavod za izobraževanje in rehabilitacijo

Zaposlena je kot vodja tima zaposlitvene rehabilitacije, ima dolgoletne delovne izkušnje na področju duševnega zdravja, psihoterapije, ter na področju svetovalnega dela z mladostniki in otroci s posebnimi potrebami.

Dr. **Zdenka Čebašek-Travnik**, dr. med., specialistka psihiatrije, sistemska družinska terapevtka

Dolgoletna vodja Enote za zdravljenje odvisnih od alkohola na Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana, predstavnica Slovenije v European Alcohol Action Plan, raziskovalka na področju epidemiologije rabe alkohola in uspešnosti zdravljenja odvisnosti od alkohola. Prostovoljna strokovna sodelavka v Društvu Žarek upanja in Zvezi skupin odvisnikov Slovenije. Avtorica in soavtorica več strokovnih publikacij. Vodja interdisciplinarne delovne skupine Alkohol in duševno zdravje v projektu MIRA (Nijz).

**Suzana Đorđević**, univ. dipl. soc. del.,

Zavod Republike Slovenije za transfuzijsko medicino (ZTM)

Je vodja Odseka za krvodajalstvo, skrbi za usklajen in nemoten potek krvodajalskih akcij na terenu in v transfuzijskih ustanovah. Usklajuje krvodajalske akcije na letni ravni glede na predvidene potrebe zdravstva po krvi ter zagotavljanje ustreznih in enakomernih zalog krvi (tako po količini in krvni skupini). Aktivno sodeluje pri predstavitev krvodajalstva v srednjih šolah, delovnih organizacijah in ostalih zainteresiranih skupin.

doc. dr. **Aleš Grošelj**, dr. med., specialist otorinolaringolog

Univerzitetni klinični center Ljubljana (UKC LJ), Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo

Zaposlen je na Kliniki za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo v UKC Ljubljana ter Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani, kjer svoje znanje in izkušnje predaja mlajšim kolegom. Je avtor številnih prispevkov v domačih in mednarodnih strokovnih ter poljudnih revijah. Redno predava tudi na mednarodnih strokovnih srečanjih.

**Karmen Henigsman**, mag. psihologije,

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ)

Deluje na področju alkoholne problematike. Sodelovala je pri razvoju in izvedbi večine vsebin pristopa SOPA. Posveča se tudi delu z otroki in mladostniki, ki prihajajo iz družin, kjer je prisoten sindrom odvisnosti od alkohola.

mag. **Tadeja Hočevar**, univ. dipl. kom.

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), Idejna zasnova pristopa in vodenje projekta SOPA

Deluje na področju javnozdravstvenih raziskav in razvoja programov preventive. Pri svojem delu se osredotoča na vidike medosebne komunikacije in podpore pri spreminjanju življenjskega sloga, zanima jo osvetljevanje ranljivosti in krepitev blagostanja skupnosti. Zavezana je prenašanju znanja strokovni in splošni javnosti. Leta 2015 je v okviru vizije alkoholne politike v Sloveniji zasnovala pristop SOPA – Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola, ki je po zaključenem razvoju in pilotnem projektu z letom 2022 delno sistemsko implementiran. Je komunikologinja metodološke smeri in magistrica psihologije razvojne smeri.

**Martina Horvat**, dipl. m. s., specialistka patronažne zdravstvene nege

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), Center za upravljanje programov preventive in promocijo zdravja

Po več kot dveh desetletjih dela na terenu v patronažni službi ZD Murska Sobota, od leta 2015, kot koordinatorica področja patronažnega varstva na NIJZ, skrbi za razvoj, nadgradnjo, spremljanje in evalvacijo vsebin preventivnih obravnav v patronažnem varstvu. Sodelovala je pri pripravi Resolucije o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016-2025 »Skupaj za družbo zdravja« ter številnih dokumentov, znanstvenih in strokovnih člankov s področja patronažnega varstva.

mag. **Marjetka Hovnik Keršmanc**, dr. med., spec. socialne medicine in javnega zdravja,

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), Območna enota Kranj

Več kot 25 let dela na področju epidemiološkega spremljanja rabe alkohola in pivskega vedenja v Sloveniji, od leta 2013 dalje pa aktivno tudi na ozaveščanju o nezdružljivosti pitja alkohola in nosečnosti ter je avtorica strokovnih in laičnih prispevkov in zdravstveno vzgojnih gradiv na to tematiko.

doc. dr. **Rado Janša**, dr. med, spec. internist in gastroenterolog,

Univerzitetni klinični center Ljubljana (UKC LJ), Klinični oddelek za gastroenterologijo

Jedolgoletnistrokovnjakspodročjagastroenterologije, zlasti splošnega gastroenterologija in malabsorpcijskih sindromov, še posebej pa s področja raka jeter. Je član domačih združenj ter mednarodnega INSERM onkološkega združenja v Parizu. Je nacionalni koordinator za gastroenterologijo v Sloveniji in učitelj na Medicinski in Zdravstveni fakulteti.

doc. dr. **Helena Jeriček Klanšček**, mag. soc. ped.

Nacionalni inštitut za javno zdravje

Je nacionalna koordinatorica mednarodne raziskave Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (HBSC). Ukvarja se s področjem raziskovanja zdravja otrok in mladostnikov, duševnega zdravja in promocijo duševnega zdravja. Vodila je več različnih projektov in je (so)avtorica številnih publikacij s področja zdravja otrok in mladostnikov in duševnega zdravja.

**Meta K.**, članica,

Al-Anon

Kot soustanoviteljica skupnosti Družinskih skupin Al-Anon že tri desetletja opravlja številne naloge v zvezi s prenašanjem in razumevanjem izvornega dvanajstkoračnega programa, ki jih poleg osebnih izkušenj kot mentorica predaja družinskim članom in prijateljem alkoholikov, da bi našli pomoč in podporo pri obvladovanju posledic alkoholizma. Vzpostavlja načine za povezovanje slovenskega Društva Al-Anon z evropsko in svetovno skupnostjo.

mag. **Kerstin Vesna Petrič**, dr. med, generalna direktorica

Direktorat za javno zdravje, Ministrstvo za zdravje (MZ)

Od leta 2020 vodi Direktorat za javno zdravje na Ministrstvu za zdravje. To funkcijo je prevzela po uspešnem šestnajstletnem vodenju Sektorja za krepitev zdravja ter obvladovanje kroničnih nenalezljivih bolezni in stanj na Direktoratu za javno zdravje. Od leta 1998 do 2004 je bila vodja Urada za odnose s Svetovno zdravstveno organizacijo pri Ministrstvu za zdravje. Za obdobje od 2021-2024 je kot predstavnica Slovenije izvoljena v Izvršni odbor Svetovne zdravstvene organizacije.

**Ciril Klajnšček**, univ. dipl. sociolog,

Rdeči križ Slovenije (RK)

Več kot 30 let deluje na različnih akcijskih in razvojnih projektih preventive in promocije zdravja. Je soavtor prve Slovenske strategije o promociji zdravja. V RKS dela kot samostojni strokovni sodelavec za področje varovanja in krepitve zdravja, vodi program Aktivno in zdravo staranje in je avtor več didaktičnih gradiv s področja psihosocialne podpore. Mednarodno deluje kot član Health and Aging Advisory Group in je soavtor Strategije MFRK Zdravo staranje 2020-2030.

**Marko Kokalj**, dr. med. specialist onkologije,

Onkološki inštitut Ljubljana

Zaposlen je v sektorju radiološke terapije na Onkološkem inštitutu Ljubljana. Je član raziskovalne skupine Onkološkega inštituta Ljubljana in avtor številnih člankov v strokovnih revijah.

prim.izr. prof. dr. **Marko Kolšek**, dr. med. spec. družinske medicine,

Katedra za družinsko medicino, Medicinska Fakulteta Univerze v Ljubljani (MF) in Zdravstveni dom Litija

Že več kot 40 let deluje na področju problematike pitja alkohola. Je avtor in vodja projekta Sporočilo v steklenici – [www.nalijem.si](http://www.nalijem.si), član mednarodne skupine raziskovalcev, strokovnjakov na področju alkoholne problematike INEBRIA.

**Nataša Kordiš**, tolmačka za slovenski znakovni jezik, dipl. oblikovalka vizualnih komunikacij,

Zavod za gluhe in naglušne Ljubljana (ZGNL)

Deluje na področju dela z gluhi in naglušni že več kot 30 let. Je tolmačka z izkušnjami spremljanja oseb v procesih zdravljenja od odvisnosti. Je gledališki tolmač. Ustvarila je tri slikanice prilagojene gluhi, ki jih je opremila s kretnjami in. Kot sekretarka je delovala v Društvu gluhih in naglušnih Ljubljana, ki pokriva celo osrednjo Slovenijo. Dela na Zavodu za gluhe in naglušne, kjer tolmači in poučuje.

**Aleš Korošec**, univ. dipl. mikrobiolog,

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ)

Na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje se ukvarja z interdisciplinarnimi analitičnimi in raziskovalnimi vidiki na preseku javnega zdravja, epidemiologije, uradne, anketne in medicinske statistike, informatike ter IT-ja.

mag. **Andreja Krajnc**, viš. med. ses., univ. dipl. org.,

Patronažno varstvo Sladki Vrh

Vso poklicno pot deluje na področju patronažnega varstva, je predavateljica, mentorica, avtorica strokovnih člankov o tej temi in svoje dela v neposredni praksi patronažnega varstva na terenu kot diplomirana medicinska sestra v patronažni zdravstveni negi. Je članica številnih strokovnih skupin in kot predstavnik patronažnega varstva sodeluje v različnih projektih na državni ravni. Je predsednica Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti pri Zbornici-Zvezi. V projektu SOPA je bila zunanja strokovna sodelavka odgovorna za pripravo KU1 za področje patronažnega varstva.

**Breda Krašna**, dipl. upr.org.,

Zveza prijateljev mladine Slovenije (ZPMS)

Že vse življenje je kot prostovoljka vpeta v pomoč ljudem v stiski, od leta 2014 je generalna sekretarka Zveze prijateljev mladine Slovenije, ene najbolj prepoznavnih humanitarnih organizacij pri nas. Ključna prizadevanja usmerja v zagotavljanje dostojnega življenja vsem ljudem, uresničevanje otrokovih pravic in krepitev delovanja nevladnega sektorja.

**Breda Lepoša Žalec**, univ. dipl. soc. del.,

Društvo za urejeno življenje - Abstinent.

Večino kariere je bila aktivna strokovna delavka na Centru za socialno delo Ljubljana Vič Rudnik in ves ta čas aktivno delala na problematiki alkoholizma pri uporabnikih CSD. Je soavtorica biltena Kaljenje - Storitve prva socialna pomoč na CSD, trenutno zaposlena na Društvu za urejeno življenje - ABSTINENT kot Vodja programa Skupaj za zmanjšanje škodljivega pitja alkohola in skrb za urejanje družin. Deluje kot izvajalka individualnih svetovanj in vodi terapevtske skupine za urejanje.

**Štefan Lepoša**, univ. dipl. soc. del.,

Društvo za urejeno življenje – Abstinenc, Predsednik društva

30 let je bil direktor Centra za socialno delo Ljubljana Vič Rudnik. Po upokojitvi je že šesto leto predsednik Društva za urejeno življenje - ABSTINENT. Je soavtor biltena Kaljenje - Storitev prva socialna pomoč na CSD, ves čas delovne kariere pa je bil tesno vpet v problematiko alkoholizma v slovenskem prostoru. Je član Nacionalnega strokovnega odbora projekta SOPA, član interdisciplinarne delovne skupine za alkohol in duševno zdravje projekta MIRA ter dobitnik nagrade za življenjsko delo na področju socialnega varstva.

dr. **Luka Lipar**, dr. med., spec. kardiologije in vaskularne medicine,

Univerzitetni klinični center Ljubljana (UKC LJ)

Je specialist kardiologije in vaskularne medicine, zaposlen je v UKC Ljubljana kot interventni kardiolog in zdravnik specialist v koronarni intenzivni enoti. Je dolgoletni član Upravnega odbora Združenja kardiologov Slovenije.

mag. **Vesna Marinko**, dipl. oec.,

Ministrstvo za zdravje (MZ)

Je vodja sektorja za krepitev zdravja in preprečevanje odvisnosti na Ministrstvu za zdravje.

dr. **Mateja Markl**, univ. dipl. psih.,

Javna agencija RS za varnost prometa (AVP)

Je doktorica psihologije, zaposlena na Javni agenciji Republike Slovenije za varnost prometa. Je strokovnjakinja s področja prometne varnosti, psihologije in problematike alkohola, saj na teh področjih strokovno deluje že preko 20 let. V okviru svojih aktivnosti se ukvarja z učinkovitimi pristopi vplivanja ter oblikovanjem uspešnih programov prometne vzgoje, preventivnih aktivnosti ter spremembe vedenja. Je vodja eden izmed najuspešnejših preventivnih programov Pasavček glede varne vožnje otrok v prometu. Je tudi pobudnica in soustvarjalka zakonskih določb ter strokovnjakinja za izvajanje rehabilitacijskih programov za voznike, ki so vozili pod vplivom alkohola in drugih drog.

**Mojca Markovič**, univ. dipl. inž. grad.,

Športna unija Slovenije (ŠUS)

Je nekdanja košarkarska reprezentantka Slovenije, ki se je po zaključku igralske kariere usmerila v trenersko delo z mladimi. Zaposlena je na Športni uniji Slovenije, kjer vodi mednarodne projekte Active Ageing Festival, Move Transfer II, Physical Literacy For Life, European Fitness Monitoring System, Villages on the Move, PARIPRE, SIMCAS, CHANGE in BE NEW. Vzpostavila je nacionalne programe Aktivno staranje, Gibalna pismenost, Junaki plaže, Športne počitnice za socialno ogrožene otroke, Vadba za zdrav hrbet in Telesna vadba na daljavo. Poleg tega skrbi za program gospodarjenja z nepremičninami Športne unije Slovenije ter pripravo vlog na javne razpise in črpanje sredstev na nacionalni in evropski ravni.

**Nataša Medved**, dipl. m. s. s specialnimi znanji, mag. ZN,

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ)

V svoji dolgoletni karieri je sodelovala na različnih strokovnih področjih med katerimi je tudi aktivno sodelovala v projektu Vzpostavitev interdisciplinarnega celostnega pristopa odkrivanja in podpore pri opuščanju tvegane in škodljivega pitja alkohola (2011 – 2014). Kot zaposlena na NIJZ je poleg drugih nalog koordinator modula Izvajanje integrirane preventive za kronično nenalezljive bolezni za diplomirane medicinske sestre v ambulantah družinske medicine znotraj katerega poteka izobraževanje Svetovanje za opuščanje tvegane pitja alkohola, je članica IO medicinskih sester in tehnikov v ambulanti družinske medicine Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije ter članica skupine za podporo ambulant družinske medicine na Ministrstvu za zdravje (2015 – 2021).

**Janez Ivan Novak**, član

Anonimni alkoholiki

Vrsto let sodeluje pri delovanju Anonimnih alkoholikov Slovenije in pomoči osebam, ki trpijo zaradi pitja alkohola.

dr. **Vlasta Novak Zabukovec**, univ. dipl. psih.

Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta in Univerza na Primorskem, FAMNIT

Je redna profesorica, ki se je vrsto let ukvarjala s prometno vzgojo in preventivo. Sodelovala je v programih Pasavček, SARTRE, CAST in ROSE. Aktivno je v okviru Agencije za varnost prometa sodelovala pri pripravi rehabilitacijskih programov za voznike, ki so vozili pod vplivom alkohola.

**Maja Papič**, univ. dipl. literarna komparativistka in sociologinja kulture,

Beletrina, zavod za založniško dejavnost

18 let je bila aktivna na področju ljubiteljske kulturne dejavnosti, najprej kot prostovoljka v kulturno-umetniškem društvu, nato kot organizatorica in promotorka kulturnega programa na Zvezi kulturnih društev Ljubljana, zadnjih nekaj let pa kot vodja programske službe na Javnem skladu RS za kulturne dejavnosti (JSKD). Med drugim je bila sekretarka na Zvezi kulturnih društev Slovenije, nacionalna koordinatorica za kulturno-umetnostno vzgojo na JSKD ter članica upravnega odbora Amatea - Evropske zveze za aktivno participacijo v kulturi. Od leta 2021 je zaposlena na področju založništva.

mag. **Erika Povšnar**, viš. med. sest., univ. dipl. ped.

OZG OE ZD Kranj in Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin (FZAB)

Osrednji del njene poklicne zdravstvene in andragoške dejavnosti je v centru za krepitev zdravja usmerjen v promocijo zdravja in preventivo. Na področju primarne preventive (vključno čezmerne pitja in zasvojenosti z alkoholom) je v gorenjske zdravstvene domove v program Šole za bodoče starše uspešno implementirala delavnico »Komunikacija med partnerjema«, ki je v delno modificirani obliki vključena tudi v nacionalni programa Priprava na porod in starševstvo (NIJZ). Sodeluje v rehabilitacijskih programih za voznike (vožnja pod vplivom alkohola). Na področju terciarne preventive več kot 40 let opravlja delo strokovne sodelavke v skupini za zdravljenje odvisnosti in klubih zdravljenih alkoholikov.

dr. **Gregor Prosen**, dr.med, spec. UM,

FEDEM OE NMP, Univerzitetni klinični center Maribor (UKC MB)

Je predstojnik Urgentnega centra UKC MB, strokovnjak za uporabo ultrazvoka v urgentni medicini in asistent na Katedri za urgentno medicino na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru. Je avtor številnih strokovnih članokov in predavatelj na mnogih strokovnih srečanjih.

**Ana Radivo**, univ. dipl. kult. in antr.,

Športna unija Slovenije (ŠUS)

Kot sekretar za programske zadeve na Športni uniji Slovenije skrbi za pripravo in izvajanje nacionalnih programov, katerih cilj je gibanje in šport približati različnim generacijam. V sklopu programa ŠUS akademija vodi organizacijo in izvedbo izobraževanj, delavnic in seminarjev, ki so namenjeni strokovnemu kadru na področju športa, vzgoje in izobraževanja ter izvajalcem programov v športno rekreativnih društvih. Je članica organizacijskega in strokovnega sveta Kongresa športa za vse, sodeluje pa tudi pri izvedbi ostalih dogodkov zveze na področju športa za vse.

dr. **Jože Ramovš**, antropolog in socialni delavec, specializaciji iz logoterapije in partnerske komunikacije

Upokojenec, aktiven na Inštitutu Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje

Od leta 1974 dela na področju alkoholizma terapevtsko, preventivno in raziskovalno. Avtor alkohololoških knjig: Alkoholno omamljen, Boj za življenje družine, Socialni delavec in alkoholizem in Slovar alkoholološkega izrazja; v soavtorstvu z ženo mag. Ksenijo Ramovš: monografija Pitje mladih in Starajmo se trezno - priročnik v skupinah za zdravo staranje; v pripravi imata obsežno delo Preprečevanje omamljanja in zasvojenosti.

**Sava Rant Hafner**, dr. med. specialistka ginekologije in porodništva,

Rodna d.o.o.

Zaposlena je v zasebni ginekološki ambulanti, je specialistka ginekologije in porodništva, licencirana specialistka za nuhalno svetlino, terapevtka medicinske hipnoterapije in specializantka integrativne psihoterapije.

dr. **Maja Roškar**, univ. dipl. psih., viš. pred.,

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ)

Raziskovalka, ki raziskuje problematiko alkohola v Sloveniji. Zanimajo jo tudi učinkoviti pristopi preprečevanja pitja alkohola, predvsem med mladimi. Svoje izsledke redno objavlja v znanstveni in strokovni literaturi, znanje pa prenaša na mlajše.

izr. prof. dr. **Maja Rus Makovec**, dr. med., spec., svet.,

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana (UPK Ljubljana) in Medicinska fakulteta UL (MF UL)

Dolgoletno je vodila in usmerjala strokovno in organizacijsko področje odvisnosti od alkohola, drugih dovoljenih psihotropnih snovi in komorbidnih stanj v okviru UPKL. Aktualno še naprej vodi topogledno izobraževanje v okviru MF UL in v okviru specializacije iz psihiatrije, je urednica in soavtorica učbenika in priročnika s področja odvisnosti od alkohola. Je dolgoletna nosilka štiriletnega podiplomskega izobraževanja iz systemske družinske terapije v okviru MF UL.

**Nataša Sorko**, univ. dipl. socialna pedagoginja., sist.- druž. psihoterapevtka,

Društvo Žarek upanja

Je strokovni vodja programov celostne psihosocialne obravnave družin s težavami zaradi pitja alkohola in je avtorica in soavtorica strokovnih in znanstvenih članov ter predavanj s področja svoje strokovnega dela tako v Sloveniji kot tujini.

**Ana Štruc**, mag. inž. med. kom.; dipl. psih. (UN),

Nacionalni inštitut za javno zdravje

V projektu SOPA je vodila področje komuniciranja ter ključno sodelovala pri pripravi strategije komuniciranja in izvedbi medijskega načrta. Delo je zajemalo aktivnosti z mediji, organizacijo dogodkov, pomoč pri pripravi gradiv, urejanje spletne strani ter vodenje medijskih kampanj. Zanima jo promocija vsebin s področja zdravstva.

**Špela Šušteršič**, univ. dipl. soc. del.,

Zveza paraplegikov Slovenije (ZPS)

Že 13 let spremlja in nudi pomoč gibalno oviranim osebam. Skozi posebne socialne programa informira in usmerja nadaljnji razvoj posameznika v svojem domačem okolju.

prim. dr. **Diana Terlevič Dabić**, dr. dent. med.,

DIDENT, zobozdravstvena dejavnost d.o.o.

Je zobozdravnica zasebnica s koncesijo, dolgo let aktivna pri delu Zdravniške zbornice, Stomatološke sekcije in ustanoviteljica Združenja žensk v zobozdravstvu Slovenije. V stroki vodi pomembne projekte in strokovna srečanja v zvezi s promocijo ustnega zdravja in preventive v zobozdravstveni dejavnosti, kot so »Ustno zdravje za zdravo življenje«, »Poskrbite za zdrav nasmeh«, »Skrb za ustno zdravje matere in malčka«, »Čas je za nasmeh«, »Poklicne bolezni zobozdravnikov in kako preventivno delovati« ter kot avtorica vodi in organizira najbolj odmeven nacionalni projekt preventive in zgodnje diagnostike raka ustne votline »Zobozdravnik vidi bolje, zato lahko reši življenje«. Že vrsto let deluje kot glavna in neposredna mentorica pripravnikom dentalne medicine.

**Peter Tomažič**, dipl. ekon. (UN);

Slovenska karitas

Že več kot 20 let deluje na področju medijev, komunikacije in spremljanja socialnih programov mreže Karitas. Je dober poznavalec delovanja humanitarnih organizacij in področja pomoči zasvojenim. V letih 2008-2012 je predsedoval Svetu Zavoda Pelikan – Karitas, ki izvaja socialno varstvene programe na področju zasvojenosti. V letih 2008-2017 je bil član Sveta FIHO ter član Humanitarne komisije za razdeljevanje sredstev FIHO. Je avtor in 15 let projektni vodja preventivne akcije 40 dni brez alkohola. Trenutno deluje kot generalni tajnik Slovenske karitas .

**Nina Vareško**, univ. dipl. psih.

Nacionalni inštitut za javno zdravje

Kot soizvajalka projekta SOPA je bila zadolžena za koordiniranje aktivnosti in strokovno podporo izvajalcem projekta SOPA v podravski regiji. V kontekstu alkoholne problematike je dodatno pozornost namenila izbranim specifično ranljivim skupinam - LGBT+ osebam in starejšim. Trenutno dela na področju prepovedanih drog in spoznava področje ne-kemičnih zasvojenosti.

**Luka Vitez**, dr. med., specializant kardiologije in vaskularne medicine,

Klinični oddelek za kardiologijo, Univerzitetni klinični center Ljubljana (UKC LJ),

Je vodja sekcije mladih kardiologov Združenja kardiologov Slovenije, usmerjen v področje invazivne kardiologije in strukturnih bolezni srca. Od leta 2016 je direktor Zavoda Medicinski trenerji, ki se zavzema za krepitev kompetenc in odnosov zdravstvenih delavcev s pomočjo učenja mehkih veščin.

**Urška Vrhovec**, univ. dipl. soc. del.,

Dom upokojencev Sevnica, DUO Impoljca

Po raznovrstnem strokovnem delu na centru za socialno delo se je kot strokovna sodelavka pridružila projektu SOPA, kjer je sodelovala pri razvoju in implementaciji projekta predvsem na področju socialnega varstva. Dela kot socialna delavka v socialnovarstvenem zavodu.

**Marjana Vrhovski**, dipl. m. s. s specialnimi znanji

Zasebna ambulanta družinske medicine AMIGDALA d. o. o.

Je diplomirana medicinska sestra s specialnimi znanji na področjih elektroencefalografije in dela diplomirane medicinske sestre v ambulanti družinske medicine. Zaposlena je v zasebni ambulanti družinske medicine AMIGDALA d. o. o.. Predhodno je bila zaposlena na Oddelku za nevrološke bolezni v UKC Maribor. Je predavateljica in avtorica strokovnih člankov na temo epilepsije in ohranjanja zdravega načina življenja.

dr. **Pika Založnik**, univ. dipl. kom., univ. dipl. kom., MPhil Cultures of Arts, Science and Technology, Kraljevina Nizozemska

Nacionalni inštitut za javno zdravje

V projektu SOPA je bila zadolžena za evalvacijo, metodologijo raziskav ter vodenje razvoja informacijskega sistema za beleženje obravnav in skrb za kvaliteto podatkov v njem. V okviru projekta in po njem se posveča raziskovanju reprezentacij pitja alkohola v medijih.

mag. **Tina Zupanič**, univ. dipl. sociologinja,

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ)

Trenutno se ukvarja predvsem z anketno metodologijo raziskav (Nacionalna raziskava Z zdravjem povezan vedenjski slog, Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju) in drugimi vidiki statistike, kot so klasifikacije, administrativni viri podatkov s področja zdravja, kazalniki kakovosti itd. Je soavtorica več člankov in monografij.





**NIJZ** Nacionalni inštitut  
za javno zdravje

Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, SI - 1000 Ljubljana  
[www-nijz.si](http://www-nijz.si) | [www.sopa.si](http://www.sopa.si)