

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo

Lara Zorn

Zasvojenost z alkoholom stanovalcev domov za stare ljudi

Diplomsko delo

Ljubljana 2016

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo

Lara Zorn

Zasvojenost z alkoholom stanovalcev domov za stare ljudi

Diplomsko delo

Mentor: Izr. prof. dr. Vito Flaker
Somentorica: Izr. prof. dr. Jana Mali

Ljubljana 2016

PODATKI O DIPLOMSKI NALOGI

Ime in priimek: Lara Zorn

Naslov diplomske naloge: Zasvojenost z alkoholom stanovalcev domov za stare ljudi

Kraj: Ljubljana

Leto: 2016

Število strani: 113

Število tabel: 3

Število prilog: 1

Število virov: 81

Mentor: Izr. prof. dr. Vito Flaker

Somentorica: Izr. prof. dr. Jana Mali

Deskriptorji: zasvojenost in odvisnost, kakovostna starost, potrebe v starosti, prekomerno uživanje alkohola v domovih za stare ljudi, tipi in vzorci pitja v starosti.

Povzetek: Diplomska naloga je razdeljena na teoretični uvod in raziskovalni del. V teoretičnem delu sem predstavila tri glavne teme – opis tretjega življenjskega obdobja, domovi za stare ljudi v Sloveniji in zasvojenost z alkoholom med starimi ljudmi.

Raziskovalni del je analiza intervjujev, ki sem jih opravila v treh domovih za stare ljudi na Notranjskem. V vsakem domu sem intervju izvedla s socialno delavko, direktorico, glavno medicinsko sestro in s stanovalcem, ki je prekomerno užival alkohol ali pa je s prekomernim pivcem stanoval.

Današnja zahodna družba doživlja staranje kot nekaj neprijetnega, celo sramotnega, za njeno modrost, vrednost in izkušnje ni prostora, s tem pa so stari ljudje odrinjeni na rob družbenega dogajanja.

Čeprav je še marsikateri star človek dovolj zdrav za kakovostno, ustvarjalno in samostojno življenje, ni zanemarljiv delež tistih, ki so že povsem odvisni od pomoči bližnjih zaradi posledic bolezni. Nekateri se lahko v primeru hujših težav zanesejo na svoje bližnje, drugim pa ni več mogoče zagotoviti dovolj kakovostnega življenja v domačem okolju in so se zato prisiljeni odločiti za življenje v domovih za stare ljudi. V preteklosti so imele funkcijo današnjih domov ustanove (gradovi, samostani...), ki so zaradi svojih značilnosti v ljudeh sprožale tesnobo, tako se je strah pred življenjem v instituciji globoko ukoreninil v zavest ljudi in je še danes močan. Čeprav poleg domov za stare ljudi obstajajo še drugi programi za celostno oskrbo starih ljudi (npr. oskrbne družine, dnevno varstvo, hišne skupnosti), je za Slovenijo značilna izrazito institucionalna usmeritev. Veliko starih ljudi se upira odhodu v dom, saj je privajanje na nove ljudi, nova pravila in nov življenjski slog za starega človeka izredno težaven proces. Vendar pa mora človek starost sprejeti kot posebno obdobje življenja, tudi z vsemi omejitvami in težavami, da lahko v tem obdobju življenja najde smisel. Če tega ne stori, doživlja starost kot bivanjsko praznoto. Izogne se ji le, če se omamlja.

Tako so tudi v domovih ljudje, ki se zaradi težkih izkušenj v življenju (izguba partnerja, prijateljev, upokojitev) zatekajo v alkohol.

Z nalogo sem raziskovala več področij, s katerimi sem hotela obrazložiti namen diplomske naloge, t. j. pojavnost prekomernega uživanja alkohola med starimi ljudmi, ki živijo v domovih za stare. Ugotovila sem, da je v vsakem domu, ki so sodelovali v raziskavi, nekaj stanovalcev, ki prekomerno uživajo alkohol. Vsi so s pitjem začeli v mladosti ali srednjih letih in nadaljevali s pivsko kariero tudi v starosti. Pitje alkohola jim pomeni možnost za druženje, beg iz stisk, daje pa jim tudi občutek avtonomije, saj gre za spontane, njihove lastne dejavnosti, ki jih institucionalni red ne predvideva. Zdravstveno stanje pivcev je po mnenju večine sogovornic in sogovornikov dobro. Zaradi opitosti stanovalcev sicer pogosteje pride do padcev, vendar pa se ni še nihče huje poškodoval. Kadar med pivci zaradi opitosti pride do preprirov, skušajo zaposleni težave uravnavati večinoma konstruktivno in stanovalce umiriti, uporabijo pa tudi disciplinske postopke. V domovih pivcem alkohola ne prepovedujejo, zato pa izvajajo več ukrepov, ki zmanjšujejo nastanek morebitne škode zaradi pitja. Nihče od pivcev ni izrazil želje za zdravljenje, za to nimajo motivacije niti podporne mreže.

Thesis title: Alcohol Addiction among Residents of Old Age Homes

Descriptors: addiction and dependency, quality old age, needs in old age, excessive alcohol consumption in old age homes, types and patterns of drinking in old age.

Abstract: The thesis is divided into a theoretical introduction and research work. In the theoretical part, I introduce three main topics – an outline of the third age, old age homes in Slovenia and alcohol addiction among older people.

The research part provides an analysis of the empirical material I have gathered with the implementation of open interviews. I conducted the interviews at three old age homes in the Inner Carniola region – with social workers, directors, principal nurses and in each of the homes, with one resident who had consumed alcohol excessively or had lived with such a resident.

Today's Western society is experiencing aging as something embarrassing, even shameful, such that there is no space for its wisdom, value and experience. Old age is a taboo and so the old people are marginalised to the edge of society.

Although there are many old people who are well enough to live a quality, creative and independent life, there is a non – negligible share of those who are already completely dependent on the help of their entourage because of the consequences of various diseases. Some people can rely on their loved ones in the event of serious problems, while others are no longer sufficient to ensure quality of life in the home environment and are therefore forced to decide to stay in old age homes. In the past, the function of present care homes was delegated to institutions (castles, monasteries ...), which triggered anxiety in people by virtue of their characteristics. The fear of institutions remains deeply embedded in the consciousness of people and still prevails.

Despite the existence of other possibilities for the comprehensive care in old age (e.g. family residence, day-care and group homes) besides old age homes, Slovenian orientation is distinctly institutional. Many people resist moving to a care home, since getting used to new people, new rules and a new lifestyle for an old person can be an extremely difficult process. However, everyone has to accept old age as a stage of life, with all the limitations and difficulties, so they can find a meaning and purpose in this phase of their life. If this does not happen, people will experience old age as an existential emptiness. One way of avoiding this void is in indulging in various forms of inebriation. However, some had gone through difficult experiences in life (loss of a partner, friends or retirement), and ultimately found refuge in alcohol.

I researched few areas of excessive alcohol consumption among old people who stay in care homes. In my research, in each care home, there were a few residents who consumed excessive amounts of alcohol but they had all started drinking in their youth or middle age and continued drinking into their old age. To the residents of care homes, drinking alcohol means the ability to socialize, an escape from hardship, but it also gives them a sense of autonomy, because these activities (drinking) are spontaneous and "their own", and unpredictable by institutional policy. The health of drinkers, according to a majority of interviewees, is well. Inebriated residents experience more falls, but so far no one has been badly injured. When inebriated residents get into quarrels, the employees try to solve the

problems constructively, mostly by calming down the residents, but sometimes they also use disciplinary proceedings. In old people's homes, alcohol is not prohibited but the employees perform several measurements to reduce the occurrence of any damage caused by drinking. While none of the drinkers has expressed the wish to be treated, they have neither motivation nor support network.

PREDGOVOR

V četrtem letniku Fakultete za socialno delo smo morali pri predmetu Socialno delo s starimi napisati esej o starih ljudeh. Izbrala sem si temo o življenju starih ljudi v domovih. Pred pisanjem eseja sem se s temami o starosti, starih ljudeh in domovih za stare srečevala bolj od daleč. Ena babica je umrla, ko sem bila stara devet let, druga pa je živela do 83. leta. Do slednje babice smo vsi vnuki, še celo njeni otroci, gojili odnos kot do nekakšnega poglavarja družine (to je pravzaprav tudi bila), tudi vikali smo jo. Do obeh čutim izredno spoštovanje, a vedno je bilo le to; nekega prijateljskega odnosa nisem čutila do njiju, kar pa sem si včasih želela. Tako s starimi ljudmi nisem imela prav veliko izkušenj, niti v vsakdanjem življenju jih nisem veliko srečevala, o tem nisem brala. Prva bolj »konkretna« izkušnja je bila srečanje z neko gospo v Centru starejših občanov v Cerknici, kjer sem opravljala prostovoljno delo. Zaradi nje sem bolj spoznala domsko življenje, odnos zaposlenih do stanovalcev in življenje starih ljudi.

Še eno področje, ki me izredno zanima in je pomemben del mojega življenja, pa je zasvojenost¹ z alkoholom in drogami. O alkoholizmu je napisanega veliko, vendar malo o zasvojenosti z alkoholom med starimi ljudmi, čeprav je ravno sedanja upokojska generacija veliko prispevala k temu, da je Evropa postala vodilna na svetu v proizvodnji alkoholnih pijač. Raziskovanje pitja alkoholnih pijač in njegovih posledic pri starih ljudeh pa se je povečalo šele v zadnjih desetih letih (Ramovš 2016: 31). Raziskovanje o tem je pomembno, saj število starih ljudi narašča, s tem pa naraščajo tudi posledice njihovega prekomernega pitja.

Tako sem se ob prebiranju literature o teh dveh temah odločila, da bom za diplomsko nalogo opravila kvalitativno raziskavo o starih ljudeh in prekomernem uživanju alkohola stanovalcev domov za stare ljudi na Notranjskem. V teoretičnem delu sem opisala kaj je kakovostna starost, potrebe in socialne mreže v starosti, opisala sem domove za stare ljudi in kaj je zasvojenost z alkoholom, razvoj in posledice prekomernega uživanja alkohola pri starih ljudeh. Teoretičnemu delu sledi opredelitev problema, metodologija in nato rezultati, kjer sem

¹ V svoji nalogi sem se odločila za uporabo besede *zasvojenost* kot strokovni pojem za bolezensko odvisnost od omamnih snovi, vedenja ali doživljanja. Kot pravi Ramovš (2007: 47), beseda *odvisnost* govori o temeljni človekovi sistemski povezanosti z biološkim in socialnim okoljem in ima predvsem pozitiven pomen. Besedo odvisnost navajam le v primerih povzemanja drugih avtorjev, ki uporabljajo ta izraz.

raziskovalna področja opisala z vidika direktoric, socialnih delavk, glavnih medicinskih sester in stanovalcev.

Diplomsko delo obravnava pojavnost prekomernega uživanja alkohola stanovalcev, ki živijo v domovih za stare ljudi. V empiričnem delu sem raziskala več področij, ki to pojavnost pojasnjujejo – značilnosti uživanja alkohola v domovih, pomen in vloga alkohola v svetu starega človeka, slog pitja, socialna mreža, zdravstveno in finančno stanje, življenje v domu, spoprijemanje zaposlenih s težavami, ki nastajajo zaradi prekomernega uživanja alkohola, ukrepi za zmanjševanje škode in možnosti zdravljenja pri starih prekomernih pivcih.

Najprej bi se zahvalila vsem sogovornicam in sogovornikom Centra starejših občanov Cerknica, Doma upokojencev Postojna in Doma starejših občanov Ilirska Bistrica.

Hvala tudi mentorju izr. prof. dr. Vitu Flakerju in somentorici izr. prof. dr. Jani Mali za usmerjanje in potrpežljivost pri pisanju naloge.

Posebna zahvala gre tudi moji mami Bernardi Zorn za lektoriranje diplomske naloge, predvsem pa za vso spodbudo in podporo, ne le ob pisanju diplomske naloge, temveč v vseh letih študija in tudi sicer v življenju.

Hvala vsem drugim mojim, ki so mi kakorkoli pomagali pri pisanju in me bodrili ob nastajanju diplomske naloge.

KAZALO VSEBINE

1.	TEORETIČNI UVOD	1
1.1.	ORIS TRETJEGA ŽIVLJENJSKEGA OBDOBJA	1
1.1.1.	Kakovost življenja in kakovostna starost	2
1.1.2.	Potrebe v starosti	4
1.1.3.	Socialne mreže v starosti	10
1.2.	DOMOVI ZA STARE LJUDI.....	14
1.2.1.	Kakovost življenja v domovih za stare ljudi	18
1.2.2.	Vloga socialnega delavca v domovih za stare ljudi.....	22
1.3.	ZASVOJENOST Z ALKOHOLOM	27
1.3.1.	Kaj je zasvojenost?	28
1.3.2.	Kaj je alkoholizem?.....	31
1.3.3.	Opredelitev pitja alkohola	32
1.3.4.	Bolezenske posledice alkoholizma.....	36
1.3.5.	Alkoholizem pri starih ljudeh.....	39
1.3.6.	Tipi in vzorci pitja v starosti.....	40
1.3.7.	Razvoj zasvojenosti pri starih ljudeh.....	44
1.3.8.	Posledice prekomernega uživanja alkohola med starimi ljudmi	45
1.3.9.	Druge zasvojenosti v starosti.....	47
1.3.10.	Zmanjševanje škode posledic prekomernega uživanja alkohola in možnosti zdravljenja zasvojenosti z alkoholom starih ljudi	49
2.	PROBLEM	53
3.	METODOLOGIJA.....	55
3.1.	VRSTA RAZISKAVE	55
3.2.	VIR PODATKOV IN MERSKI INSTRUMENT	55
3.3.	SPREMENLJIVKE	55
3.4.	POPULACIJA IN VZOREC	57
3.5.	ZBIRANJE PODATKOV	60

3.6.	ANALIZA PODATKOV	61
3.7.	DOMOVI, KI SO SODELOVALI V RAZISKAVI.....	64
3.7.1.	Center starejših občanov Cerknica	64
3.7.2.	Dom upokojencev Postojna.....	65
3.7.3.	Dom starejših občanov Ilirska Bistrica.....	65
4.	REZULTATI.....	66
4.1.	ZNAČILNOSTI PREKOMERNEGA UŽIVANJA ALKOHOLA	66
4.2.	POMEN IN VLOGA ALKOHOLA V SVETU STARIH LJUDI	71
4.3.	SLOG PITJA	72
4.4.	SOCIALNA MREŽA	74
4.5.	ZDRAVSTVENO STANJE	76
4.6.	FINANČNO STANJE.....	79
4.7.	ŽIVLJENJE V DOMU	80
4.8.	SPOPRIJEMANJE S TEŽAVAMI	82
4.9.	ZMANJŠEVANJE ŠKODE IN ZDRAVLJENJE.....	83
5.	RAZPRAVA	87
6.	SKLEPI	98
7.	PREDLOGI.....	102
8.	UPORABLJENA LITERATURA.....	104
9.	PRILOGA.....	112
9.1.	UREJANJE IZJAV PO KODAH IN KATEGORIJAH	112

KAZALO TABEL

Tabela 1: Priporočene merice alkohola za manj tvegano pitje (Kolšek 2012: 102).....	33
Tabela 2: Primer vsebinskega kodiranja.....	62
Tabela 3: Primer ureditve izjav po kodah in združevanja v kategorije	63

1. TEORETIČNI UVOD

1.1. ORIS TRETJEGA ŽIVLJENJSKEGA OBDOBJA

Za uvod navajam balijsko legendo, ki jo v predgovoru svoje knjige *Visoka umetnost staranja* po Henriju Nouwenu opisuje tudi Anselm Grün (2010: 7):

»Pripovedujejo, da je v odročni hribovski vasici nekoč imelo neko ljudstvo navado žrtvovati starce in jih potem pojesti. Prišel je dan, ko ni bilo nobenega starca več, in izročilo se je izgubilo. Tedaj so hoteli zgraditi veliko hišo za zborovanja svojega sveta, a ko so gledali debla, posekana v ta namen, ni nihče vedel, kaj je spodaj in kaj je zgoraj: če bi namreč bruna postavili narobe, bi to povzročilo vrsto nesreč. Mlad mož je dejal, da bi najbrž lahko našel rešitev, če obljubijo, da ne bodo več jedli starcev. Obljubili so. Pripeljal je svojega deda, ki ga je skrival; starec je povedal skupnosti, kako razlikovati zgornji konec od spodnjega.«

Ta legenda je aktualnejša kot kdaj koli prej. Tudi nam namreč preti nevarnost, da bomo svoje starce »požrli« in jih žrtvovali (*ibid.*). Vendar pa v današnjem času o starosti in staranju neradi poslušamo. Današnji zahodni ljudje doživljamo staranje kot nekaj neprijetnega, skoraj nedostojnega ali celo sramotnega (Ramovš 2003: 21). A kot nam kaže legenda iz Balijske, starih ljudi ne smemo izključevati iz družbe mlajših in jih obravnavati kot da so breme za naslednje rodove, saj bi nam tako manjkali stari modreci, ki po fragmentih našega bivanja še vedo, kaj je zgoraj in kaj spodaj. Tudi danes potrebujemo stare ljudi, ki nam znajo povedati, kako lahko povežemo drobce svojega življenja in kako lahko zgradimo trdno hišo za našo skupnost (Grün 2010: 8).

»Stari ljudje imajo še veliko življenjske energije, ki jo mora vsaka družba vgraditi v svoje delovanje, če želi skladno in humano delovati. Zlasti pa imajo stari ljudje veliko življenjskih izkušenj, ki so kot zgodovinski spomin nujne za normalen družbeni razvoj. Če hoče družba napredovati, mora imeti systemske modele za sožitje starih z mladim in srednjim rodovom, da prek njih stari spontano vnašajo zgodovinsko izkušnjo in zgodovinski spomin v življenje sodobnosti« (Ramovš *et al.* 1992: 32).

Teme, kot so staranje, stari ljudje, domovi za stare in vse, kar je povezano z zadnjim obdobjem človekovega življenja, pri ljudeh vzbujajo negativne občutke, najpogosteje odpor, odklanjanje in nezainteresiranost (Mali 2007: 6). A stari ljudje postajajo, tako pri nas kot drugje, vse bolj pomembna demografska skupina, saj se letno povečuje za dva odstotka, prav tako pa se povečuje število stoletnikov. Slovenija ima zelo velik odstotek starih ljudi, skoraj petina prebivalcev je starejša od 65 let, utegne pa se zgoditi, da bo čez trideset let ljudi starih več kot 80 let že kar 22 do 30 odstotkov (Jurdana 2011: 11, 14).

Človeku se ob misli na starost vsiljuje cela vrsta dvomov, vendar pa se je treba zavedati, da je opredelitev do lastnega načina življenja in vedenja odločilna prvina kakovosti življenja v starosti. Kakor za vsak cilj, ki ga želimo doseči, se je treba tudi za tega potruditi. Resnično se postara samo tisti, ki se (zavestno ali podzavestno) odpove obetom za prihodnost in življenjskim načrtom (Birsa 1992: 17).

1.1.1. Kakovost življenja in kakovostna starost

Kakovost življenja je dimenzija, za katero obstaja veliko opredelitev in s katero so se že stoletja ukvarjale številne kulture. Opisovale so jo z različnimi pojmi kot so npr. kultura življenja, sreča, dobro počutje, nesmrtnost, harmonija (Čuček Trifkovič *et al.* 2010: 149). Kakovost življenja je tudi kompleksen dejavnik, ki temelji predvsem na posameznikovem subjektivnem doživljanju (*op. cit.*: 147), zato jo je težko definirati enoznačno, za vse ljudi enako, saj vsakomur pomeni nekaj drugega.

Tako so se razvile številne definicije o kakovosti življenja, tudi ta, ki jo je sprejela Svetovna zdravstvena organizacija (WHO 1993) in pravi, da je kakovost življenja individualno zaznavanje sebe v življenju v povezavi s kulturnimi in drugimi vrednotami okolice. Obsega šest obsežnih dimenzij – telesno zdravje, duševno zdravje, socialne odnose, stopnjo neodvisnosti, duhovne vrednote in vplive okolja (Grant, Dean 2003: 7).

»Skupina znanih strokovnjakov (Stiglitz, Sen, Fitoussi) je v svojem poročilu kot ključne razsežnosti blaginje in kakovosti življenja podala: materialne razmere (dohodek, potrošnja in bogastvo), zdravje, izobraževanje, osebne aktivnosti in delo, upravljanje, družbene vezi,

okolje in varnost (ekonomska, osebna). Kot merilo blaginje pa je pomembno upoštevati tudi občutje ljudi, njihovo dožemanje sveta, okolice, v kateri živijo, in družbenega razvoja« (Križman 2012: 3).

Podobno piše tudi Svetlik (1996: 5) – kakovost življenja ni odvisna le od sredstev, ki jih imajo ljudje na voljo in se ne more meriti le z zadovoljevanjem materialnih potreb; čeprav je pravzaprav resnično ravno to. Bolj kot je država razvita, bogatejša, bolj so v ospredju višje človeške potrebe. Tako je na primer tam, kjer ljudem primanjkuje kruha in pitne vode, indikator kakovosti življenja ravno to. »Ko pa postajajo državljani premožnejši, dobi prednost osebna in premoženjska varnost. Če pa je tudi tej zadoščeno, se poraja potreba po večji svobodi, samouresničevanju in samoregulaciji« (Rus, Toš 2005: 21).

Vseeno pa je pomembno, da se kakovost življenja meri tudi z nematerialnimi potrebami, kot so znanje, zdravje, zaposlitev, potrebe po varnosti, pripadnosti in samouresničevanju (Svetlik 1996: 5).

Flaker *et al.* (2008: 12) navajajo Shina in Johnsona (1978), ki trdita, da kvaliteto življenja določa potreba po posedovanju nujnih virov za zadovoljevanje individualnih potreb, želja in hotenj, sodelovanje pri dejavnostih, ki omogočajo osebni razvoj in samouresničevanje in uspešno primerjanje posameznika z drugimi. Flaker *et al.* (*op. cit.*: 14) navajajo tudi Martino Trbanc (1996), ki vzpostavlja neposredno povezavo med obsegom vpliva nad viri, s katerimi posamezniki zadovoljujejo svoje potrebe na večih področjih, in konceptom kakovosti življenja – slab nadzor ali odsotnost nadzora nad viri povzroči slabšo kakovost življenja oziroma kdor ima nadzor nad viri, ima dostop do integrativnih mehanizmov in si tako z njihovo pomočjo zagotovi višjo kakovost življenja.

Tudi v starosti koeficienti in kriteriji dobre kakovosti življenja sovpadajo z indikatorji za druge starostne skupine. Kakovost življenja je ravno tako definirana z ekonomskimi, socialnimi, biološkimi in individualnimi faktorji (Lah 2007: 18).

Številne raziskave, ki jih navaja Lah (*op. cit.*: 19) (Bowling *et al.* 2003, Bond 2004) so pokazale, da ima star človek kakovostno življenje takrat, ko ima dobre medosebne odnose,

pomoč in podporo družine, prijateljev in sosedov, da živi v domu in soseski, ki mu daje občutek varnosti, zadovoljstva in ima dostop do ustanov, kot so trgovine, javni prevoz, da ima razne hobije, ki jih lahko izvaja samostojno, da vzdržuje socialne aktivnosti in ohranja vloge v skupnosti. Prav tako pa je za kakovost življenja starega človeka pomembno, da ima pozitiven odnos do življenja, ima dobro mentalno in fizično zdravje, funkcionalno sposobnost, dovolj denarja za zadovoljitev osnovnih potreb in da ohrani svojo neodvisnost in nadzor nad svojim življenjem.

Ramovš (2003: 49) pa navaja še dve temeljni izhodišči, ki sta za oblikovanje kakovostne starosti skupni vsem ljudem. Najprej je pomembna *samopomoč* – vsi moramo za svojo kakovostno starost poskrbeti sami; že v srednjih letih se moramo pripravljati nanjo, starost moramo sprejeti kot obdobje življenja, ki je drugačno od mladosti in srednjih let, toda nič manj smiselno. Odločno moramo skrbeti za krepitev in vzdrževanje vseh svojih zmožnosti in za zadovoljevanje vseh človeških potreb. Drugo temeljno izhodišče pa je *medčloveška solidarnost*. Nihče si ne more zagotoviti kakovostne starosti sam, brez drugih ljudi, pa naj bo še tako bogat, zdrav, mladosten in sposoben, in tudi ni nikogar, ki ne bi mogel drugim pomagati k bolj kakovostni starosti, pa naj je še tako reven, bolan, neboljen in ostarel.

1.1.2. Potrebe v starosti

V vsakdanjem poljudnem znanju obstaja veliko predstav in razumevanj o tem, kaj so človekove potrebe. Flaker *et al.* (2008: 9) navajajo Doyala in Gougha (1992), ki pravita, da teorije o potrebah izpostavljajo vprašanja o fizičnih in družbenih pogojih, ki ljudem omogočajo življenje in preživetje, opirajo pa se tudi na vprašanja človekovih pravic in pravičnosti, dolžnosti in moralne recipročnosti.

V življenju imamo številne potrebe in navadno se jih zavedamo, ko jih ne moremo zadovoljiti ali pa jih lahko zadovoljimo le delno. Kakovost človeškega življenja se meri po tem, v kolikšni meri in v kakšni medsebojni skladnosti ima zadovoljene vse potrebe – nekdo ima lahko nekatere potrebe popolnoma zadovoljene, a če ob tem zanemarja druge pomembne potrebe, pride do življenjskih motenj (Ramovš 2000: 321).

Pečjak (2007: 155) navaja Maslowa (1970), ki v svojem hierarhičnem modelu potreb razlikuje več skupin. Najbolj temeljne so fiziološke, sledijo potrebe po varnosti, nato potrebe po socialni pripadnosti, potem pridejo na vrsto potrebe po spoštovanju in samospoštovanju, na vrhu lestvice pa so potrebe po samoaktualizaciji, kamor spada izpopolnjevanje samega sebe, avtonomnost, ustvarjalnost, uresničitev svojih zmožnosti in potencialov. Človek skuša najprej zadovoljiti temeljne potrebe; potrebe, ki so na zgornjem delu lestvice, pa posameznik zadovolji pozneje v življenju, v zrelih srednjih letih in mlajši starosti (*ibid.*).

Tudi Ramovš (2001: 63) piše, da je v starosti sicer najprej pomembno uravnoteženo zadovoljevanje osnovne potrebe po materialni preskrbljenosti in po ohranjanju telesne, duševne in delovne svežine, vendar pa je osrednjega pomena raven zadovoljitve treh temeljnih potreb. To so potrebe po osebnem medčloveškem odnosu, potrebe po predajanju življenjskih izkušenj in spoznanj mladi in srednji generaciji ter potrebe po doživljanju smisla v starosti (Ramovš 2003: 129). V pozni starosti pa sta zelo pomembni še potreba po negi in oskrbi v onemoglosti pa tudi potreba po nesmrtnosti (Ramovš 2011: 63).

Potreba po materialni preskrbljenosti

Vse življenje imajo prednost temeljne telesne in materialne potrebe po hrani, obleki, toplem stanovanju, čistoči, razvedrilu, krepitvi in ohranjanju zdravja, zdravljenju bolezni, potovanjih, po kar največji samostojnosti v gibanju in potreba po delu, ustvarjanju, aktivnosti (Ramovš 2003: 93). Zadovoljevanje teh potreb je odvisno zlasti od človekove materialne preskrbljenosti, ki se danes kaže predvsem v mesečnem ali letnem denarnem dohodku, s katerim človek razpolaga. V tretjem življenjskem obdobju je to starostno in invalidsko pokojninsko zavarovanje, osebno premoženje ali prihranki posameznika (*op. cit.*: 93–94), za kar je lahko poskrbel že sam med aktivnim življenjem, v nasprotnem primeru pa je družina oz. družba tista, ki mora staremu človeku zagotoviti ekonomsko varnost (SLONEP).

V starosti je človek večinoma še povsem sposoben za delo, nekateri še v pozni starosti skrbijo zase kot večni mladeniči, zato je pri razpravljanju o materialni preskrbljenosti v starosti treba poudariti, da ima vsako smiselno delo svojo vrednost, pa naj človek dobi zanj plačilo ali ne (Ramovš 2003: 94). Ob *ne-delu* se namreč pojavi občutek nekoristnosti in dejanska nekoristnost (ždenje), pride tudi do izključenosti iz družbe; delo pa nam zagotavlja osnovni

državlanski status, ureja ritem življenja, daje možnost identifikacije, možnost za razvijanje ustvarjalnosti. Koristna dela, kot so izmenjava uslug in dela, koristna dela v združenjih in socialnih mrežah, koristna dela za lastno blagostanje ter navsezadnje gospodinjsko delo, nadomestijo praznino zaradi nezaposlenosti (Flaker *et al.* 2008: 178–179, 388).

Potreba po ohranjanju telesne, duševne in delovne svežine

Tej potrebi moramo vse življenje posvečati veliko pozornosti, še posebno v starosti. A pogosto se dogaja, da se ljudje, ki v srednjih letih opravljajo svoj poklic sede, odvadajo rednega in zadostnega telesnega gibanja, po upokojitvi pa se mnogi gibljejo še manj (Ramovš 2003: 96). Človek se telesno zanemarja in pri tem duševno otopeva, čedalje manj je aktiven, zato pa postaja čedalje bolj socialno osamljen; odljudnost ga dela še bolj pasivnega in duševno opešanega, to pa povzroča še hujše telesno zanemarjenje – nastane začaran krog prehitrega, nepotrebne doživljajskega staranja in slabenja (*ibid.*).

Pa vendar je ravno biti dejaven, delovati in delati pogoj človeškega življenja. Dejavnost je fiziološka nuja eksistence, ki poganja človekov organizem, z njo oziroma z izdelki, ki so njen produkt, sebi in drugim dokazujemo, da obstajamo. Ti izdelki so hkrati tudi elementi, na katerih gradimo lastno podobo. Prav tako pa z dejavnostjo ustvarjamo svet okoli sebe in se združujemo z drugimi (Flaker *et al.* 2008: 143).

Delo tudi zavira prehitro staranje, zato se morajo stari ljudje ukvarjati s kakršnimkoli delom, dokler je le mogoče. Poleg vsakdanjega praktičnega dela v domačem okolju sodi sem tudi organizacija klubov za stare ljudi, kjer imajo urejeno zaposlitveno terapijo in se posvečajo raznim hobijem, ki so jim v razvedrilo in zabavo (Accetto 1968: 34).

Potreba po osebnem medčloveškem odnosu

»Potreba po stikih in druženju je ena temeljnih človekovih potreb. Človek je družabno bitje, stiki z drugimi so fiziološka nuja, še toliko bolj pa nuja civilizacije. Brez drugega ne moremo obstajati (Flaker *et al.* 2008: 258).« V stikih, ki jih imamo in jih vzpostavljamo skozi vse življenje, nastopajo različni ljudje; nekateri so nam bolj pomembni, drugi manj, nekateri zelo. Z nekaterimi ustvarimo globoke in trajne vezi, spet z drugimi bolj bežne, vsakdanje. Stiki nas

ne glede na vrsto in intenzivnost na nek način zaznamujejo, govorijo o tem, kaj smo, govorijo o naši identiteti in lastni vrednosti (*ibid.*).

Tudi v starosti je najbolj pereča nematerialna socialna potreba ravno potreba po tesni medčloveški povezanosti z nekim »svojim« človekom. To je nekdo, ki nas jemlje resno kot človeka, nas sprejema takšne, kakršni smo, nam prisluhne, nas ima rad. Staremu človeku je za temeljni osebni odnos dovolj eden, ki ga čuti kot svojega in je gotov v trdnost in trajnost odnosa z njim (Ramovš 2003: 99, 103).

A v starosti se človek srečuje z največ izgubami – izgubo partnerja, prijatelja, tudi službe nima več, drugih socialnih obveznosti ima malo, poleg tega pa stari ljudje za mlade praviloma niso več zanimivi, postavljeni so v obrobno vlogo (Pečjak 1998: 149). Tako lahko osamljen star človek začne tudi vso svojo bogato življenjsko preteklost doživljati kot nekaj praznega in nevrednega (Ramovš 2003: 104).

Če star človek torej nima zadovoljene potrebe po osebnem medčloveškem odnosu z nekom, je osamljen, pa naj je okrog njega še toliko ljudi (Ramovš: 2000: 323). Osamljenost v starosti je enako huda kakor telesna podhranjenost; je ena najbolj razširjenih in najhujših stisk današnjih starih ljudi (*ibid.*).

Potreba po predajanju življenjskih izkušenj in spoznanj mladi in srednji generaciji

»Človekove življenjske izkušnje so njegovo največje in najbolj osebno bogastvo. So temelj, ki daje vrednost vsemu drugemu premoženju, zato le malokaj toliko pripomore, da doživlja svoje življenje kot nekaj vrednega, kakor to, da zlasti mlajši od njega, njegove življenjske izkušnje jemljejo resno« (Ramovš 2003: 105).

Za stare ljudi je torej še posebej pomemben reden stik z mlajšima generacijama. Na ta način si širijo obzorje in pogled na sedanji svet, hkrati pa se počutijo koristni, saj prenašajo svoje izkušnje in modrost na mlajše generacije (SLONEP).

Pomembno pa je tudi, da staremu človeku v družini omogočimo prostor za pripovedovanje o svojem življenju, o ljudeh iz svoje preteklosti in o svetu, v katerem je živel. S tem v družino

prinese pomembno dimenzijo, ko skupno sedanost poveže s preteklostjo, da jo lahko nato vzamemo s seboj v prihodnost, in tako na poseben in edinstven način ostane udeležen v družini (Čaćinovič Vogrinčič 2000: 287).

Če pa hoče človek v tretjem življenjskem obdobju uspešno predajati svoja življenjska spoznanja in izkušnje mlajšim generacijam, se mora tudi sam nenehno učiti, saj bodo le s sprejemanjem novih spoznanj in izkušenj tudi njegova spoznanja zanimiva za mlajše (Ramovš 2003: 109). Vseživljenjsko učenje v starosti obsega *intelektualno izobraževanje*, ki zajema usvajanje novih potrebnih informacij in znanj s prebiranjem knjig, poslušanjem radia, gledanjem televizije, v pogovorih z ljudmi, z udeležbo na kulturnih prireditvah ipd., in pa *socialno učenje*, ki pomeni spreminjanje svojega vedenjskega in sožitnega sloga, ki se dogaja vedno v živem medčloveškem odnosu in komunikaciji v paru ter v skupini in na temelju osebnih izkušenj vseh sodelujočih (*ibid.*).

Potreba po doživljanju smisla v starosti

V starosti se začne človek ozirati v svojo preteklost, spominja se dogodkov, lista družinske albume, pregleduje možnosti, ki jih je imel in jih je ali ni izkoristil, ocenjuje uspehe in neuspehe (Pečjak 1998: 154). Če je živel zavestno in je posodo svojega življenja napolnil do roba, se lahko dobro stara, če pa v mladosti ni živel resnično, tudi v starosti ni sposoben resničnega življenja – ostalo je namreč preveč nedoživetega (Grün 2010: 14).

Frankl (1994: 64–65) navaja tri načine, kako lahko človek najde smisel v življenju. Prvi je v tem, kaj svetu *daje* s svojimi stvaritvami; drugi je v tem, kaj od življenja *jemlje* s srečanji in izkušnjami; tretji pa je v *stališču, ki ga zavzame* do težavnega položaja v primeru, da se mora soočiti z usodo, ki je ne more spremeniti. Človek lahko torej najde smisel v življenju, če ustvari delo ali opravlja dejanje ali izkuša dobroto, resnico in lepoto, izkuša naravo in kulturo, in ne nazadnje, če nekoga ljubi. Toda najplemenitejše vrednotenje smisla je pridržano za tiste ljudi, ki so prikrajšani za priložnost, da bi našli smisel v dejanju, v delu ali v ljubezni, in se kljub temu s svojim odnosom do težavnega položaja vzdignejo nadenj in prerastejo sami sebe; postavijo se za stališče, ki omogoča, da se njihov težavni položaj spremeni v dosežek in zmagoslavje (*ibid.*).

»Predpogoj za osebno iskanje smisla v starosti je torej, da človek sprejme starost s prepričanjem, da je prav tako smiselno obdobje življenja, kakor so bila mladostna in srednja leta, da jo sprejme kot posebno obdobje življenja, ki ima svoje posebne možnosti in naloge, prav tako pa svoje posebne omejitve in težave« (Ramovš 2003: 111).

Potreba po negi v starostni onemoglosti

»Prevladujoči vrednoti današnjega časa sta avtonomija in neodvisnost, zato si star človek zelo težko prizna, da je nemočen, nebogljen, onemogel, opešan, to stališče ga spremlja tudi, če je bolan ali poškodovan. Zato pada v skrajnosti in se ali dela junaka ter odklanja pomoč ali pa se sesuje v depresivno samopomilovanje in pretirano nemoč. Zelo težko sprejema pomoč na stvaren in osebni način, če pa jo že mora, težko ohranja svojo samozavest. Pa vendar je nujno, če hočemo, da negovanje onemoglega človeka v resnici omogoči maksimalno kakovost življenja in medčloveškega sožitja – tako staremu človeku, ki je nege deležen, kakor tistim, ki jo izvajajo, da je izpolnjen en pogoj, in sicer: *sprejemanje človeške onemoglosti*. Onemogli star človek mora sprejeti svojo onemoglost, svojci in negovalci pa njegovo. Onemoglost ni smisel starosti, je pa njeno sprejemanje pogoj za doživljanje brezpogojnega smisla življenja« (Ramovš 2003: 114).

Potreba po nesmrtnosti

»Človek je edino bitje, ki se zaveda samega sebe, svojega življenja in s tem tudi svoje smrti. V njemu je tudi prvinska potreba po nesmrtnosti, ki pa s staranjem postane čedalje bolj živa. Mnogi današnji ljudje zadovoljujejo potrebo po nesmrtnosti s svojim prizadevanjem, da ne mislijo na smrt ali da omalovažujejo pomen in težo človekovega konca življenja. Takšno početje ima z antropološkega vidika znake omamne motnje v zadovoljevanju človeških naravnih potreb. Skrajna oblika nadomestnega zadovoljevanja naravnih potreb, vključno s potrebo po nesmrtnosti, so omamne zasvojenosti, na primer alkoholizem starih ljudi. Človek ne zaznava večine svojih pristnih naravnih potreb, kolikor pa jih, jih ne zadovoljuje na smiselni način« (Ramovš 2003: 120).

Pa vendar obstajajo tudi zdravi načini, kako lahko ljudje zadovoljujejo potrebo po nesmrtnosti (Frankl 1994: 127):

- *Skrb, da bi se človeka po smrti spominjali.* Izražajo jo spomeniki na pokopališčih in urejenost grobov. Tudi najbolj zapuščeni stari ljudje si srčno želijo, da bi jim kdo po smrti prižgal svečko in se jih spomnil.
- *Prizadevanje, da bi ostala za človekom njegova dela:* tako večja izjemna kot manjša vsakdanja, v obliki kulturne stvaritve ali hiše za potomce, predvsem pa v delu za otroke, da bi odrasli in prišli do poštenega samostojnega življenja.
- *Vera v življenje po smrti.* Najdemo jo od najstarejših časov naprej; ima številne oblike, splošna pa je vera v duhove prednikov in njihovo skrivnostno povezanost z živimi (Ramovš 2003: 121). Pečjak (1998: 155) navaja Levina (1994), ki je ugotovil, da so stari ljudje, ki verjamejo v posmrtno življenje, boljšega zdravja. Vera daje človeku namreč duhovno sidro z občutkom varnosti, kakršnega ne more najti nikjer drugje.

Vredno si je zapomniti tudi, da smrt ne more uničiti ničesar, kar smo naredili ali uresničili uspešno, posrečeno in prijazno. Tega ne more pokvariti, spremeniti niti izbrisati, ne more odvzeti smisla našemu življenju (Lukas 2002: 32).

Prehod v tretje življenjsko obdobje je za večino ljudi eden od najbolj stresnih in bolečih mejnikov v življenju, povezanih s številnimi spremembami in novostmi. Pa vendarle, starost ni konec življenja, je le drugačno obdobje, ki je prav tako lahko lepo in smiselno, predvsem takrat, ko ima star človek zagotovljene pogoje in možnosti, ki mu omogočajo način življenja, ki ga izbere sam, po lastnih kriterijih (SLONEP).

1.1.3. Socialne mreže v starosti

»Staranje vpliva na socialne mreže; vpliva na izbiro ljudi, s katerimi se družimo in tudi na način, kako to počnemo. Kar pa je še bolj pomembno, tudi socialne mreže vplivajo na staranje. To pa pomeni, da ne moremo razumeti socialnih vidikov staranja, če ne poznamo obsega socialnih vezi, njihovih potencialov, kvalitet in učinkov« (Dragoš 2000: 293).

Z vidika staranja in starosti presojava socialne mreže v skupnosti po tem, koliko prispevajo k sodobnemu povezovanju generacij in krepitvi solidarnosti med njimi, k pripravi na zdravo, dejavno in dostojanstveno starost, oziroma življenje v tretjem življenjskem obdobju po

upokojitvi in koliko zmorejo na sodoben način oskrbovati onemogle, bolne in invalidne ljudi v njihovih skupnostih (Ramovš 2010).

Socialne mreže pozitivno vplivajo na kakovost življenja starih ljudi – so pomemben dejavnik zdravja, dobrega počutja in zadovoljstva z življenjem, stari ljudje z močnimi socialnimi mrežami se učinkoviteje spopadajo s stresnimi dejavniki (Hvalič Touzery 2014: 3). Socialne mreže so tudi varovalni dejavnik pred depresijo, blažijo upad funkcionalnih sposobnosti,boljšajo kognitivne funkcije, krepijo družbeno solidarnost in igrajo pomembno vlogo pri vzdrževanju aktivnega staranja (*ibid.*).

Učinek mrežnih interakcij pa je odvisen od večih okoliščin. Najbolj bistvene so predvsem tri: dohodek oz. materialno stanje, fizična kondicija starega človeka in njegov spol (Dragoš 2000: 304–305):

- Tisti z nižjimi dohodki so praviloma bolj izpostavljeni zdravstvenim tveganjem, saj imajo slabši dostop do zdravstvenih storitev, so pogosteje žrtev kriminalnih napadov (ker živijo v revnejših soseskah z višjo stopnjo kriminala) in imajo manj ustrezno prehrano. Zato je verjetno, da materialno slabše preskrbljeni bolj potrebujejo storitve socialnih mrež in so bolj prizadeti, če ostanejo brez njih, kot pa to velja za premožnejše.
- Podobno lahko sklepamo tudi o fizični kondiciji. Kdor je zdrav, torej, da ne trpi zaradi funkcionalnih omejitev in posledic kroničnih bolezni, je lahko povsem avtonomen v vsakodnevni aktivnosti in je tako manj odvisen od socialnih mrež.
- Socialne mreže imajo močnejši učinek na ženske, ker se znajo z mrežnimi potenciali uspešneje soočiti in jih bolj učinkovito izkoristiti od moških (t. j. se bolje »znajdejo« v socialnih mrežah – lažje jih poiščejo oz. vzpostavijo, ko jih potrebujejo, uspešneje jih aktivirajo, vzdržujejo). Oziroma so moški, ker so manj socialno spretni od žensk, tudi bolj ranljivi, če ostanejo brez mrežne podpore. Iz tega vidika imajo socialne mreže torej večji učinek na moške kot na ženske, saj je razlika med zdravstvenimi

posledicami tistih, ki so močnejše ali šibkeje vključeni v mreže, večja med moškimi kot med ženskami.

Za omrežja starih ljudi velja, da se v starosti zmanjšujejo. Vendar pa Hlebec *et al.* (2012: 116) navajajo raziskovalce (Campbell in Lee 1992, Cornwell in dr. 2008, Giest in Wierzbicki 1999), ki opozarjajo, da imajo stari ljudje relativno več stikov v soseski in tudi intenzivnejše stike s sosedi, kot velja za mlajše starostne skupine. Tako lahko torej stabilne, povezane lokalne skupnosti delujejo kot vir socialnega kapitala in kot pomemben del omrežij starih ljudi, saj povečujejo njihovo kakovost življenja in zmanjšujejo osamljenost.

Za stabilne skupnosti so navadno značilna lokalnointegrirana omrežja in družinsko orientirana omrežja. So izrednega pomena za stare ljudi, ker zmanjšujejo občutek osamljenosti in potrebe po formalnih storitvah. Lokalnointegrirana omrežja so navadno povezana z dolgotrajnim bivanjem in z aktivno udeležbo starih ljudi v neki skupnosti (npr. v lokalnih prostovoljnih aktivnostih, cerkvi...), v njih pa so stari ljudje navadno močno povezani z družino, prijatelji in sosedi (*ibid.*).

Ne smemo pa tudi pozabiti na pomembno vlogo samih starih ljudi v teh omrežjih, saj niso samo prejemniki, ampak so tudi ponudniki opore. Hlebec *et al.* (2012: 117) navajajo Mašo Filipovič Hrast (2007), ki ugotavlja, da stari ljudje celo nekoliko pogosteje dajejo kot prejemajo pomoč s strani sosedov (gre za nereprezentativne podatke). Pomembno se je torej zavedati, da so stari ljudje pogosto tisti, ki vzdržujejo sosesko kot ohranjeno skupnost, in dajejo pomoč v skupnosti v različnih oblikah (*ibid.*).

Človekova včlenjenost v socialne mreže pa je le ena plat, druga je njegovo osebno intimno življenje v samem sebi. Človek potrebuje za svoj razvoj tako družbo drugih ljudi kot samoto; kdor ni samostojen in sposoben samote, tudi v družbi ni ustvarjalen in tvoren. Seveda velja tudi obratno – človek, ki v skupnosti pomeni zelo veliko, mora kdaj oditi na samotni kraj, da sem tam odpočije in v sebi zbere svoje misli (Ramovš 2003: 181).

»V starosti je človek še posebej občutljiv za njemu primerno ravnotežje med tem, da je neodvisen in samostojen, in tem, da je sprejet pri svojcih, drugih ljudeh v svoji skupnosti in

ustanovah. To ravnotežje se hitro zamaje, če star človek zboli, se poškoduje ali se mora preseliti iz svojega okolja« (*op. cit.*: 182). Ker pa je človek po svojem bistvu družabno bitje, so medčloveške povezave zanj nekaj temeljnega in nujno potrebnega za preživetje (*op. cit.*: 189).

1.2. DOMOVI ZA STARE LJUDI

»Sodobni ljudje smo nenehno povezani z različnimi institucijami, saj smo od rojstva pa do smrti vpeti v delovanje ustanov. V času aktivnega življenja in delovanja se morda tega sicer ne zavedamo, o tem ne razmišljamo, a v starosti življenje postane vse bolj vpeto v delovanje različnih ustanov (npr. bolnišnice, domovi za stare...). Kako močno so domovi za stare prisotni v našem življenju, pa se zavemo šele, ko naši najbližji, znanci ali prijatelji odidejo v dom« (Filipovič Hrast *et al.* 2014: 127).

Filipovič Hrast *et al.* (*ibid.*) navajajo Jano Mali (2013), ki predstavlja rezultate raziskovanja na področju dolgotrajne oskrbe. »Rezultati kažejo, da se ljudje z izkušnjo institucionalizacije želijo vrniti domov, tisti, ki so doma, pa ne želijo prestopiti praga institucije. Človek, ki je doma, namreč ni prikrajšan za življenje in sobivanje z ljudmi, ki mu veliko pomenijo, ni prikrajšan za svobodno odločanje o načinu življenja, za vpliv in moč odločanja o sebi. Prav tako ni prisiljen sprejemati strogih pravil, ki jih določajo zaposleni v instituciji, in ni oropan tega, čemur rečemo »običajno življenje« (*ibid.*)«.

Vendar pa potrebe po odhajanju starih ljudi v ustanove za organizirano oskrbo hitro naraščajo tako pri nas kakor drugod po svetu. Vzrokov za to je veliko: glavna sta rastoče število starih ljudi in prepad med generacijami – odrasli otroci in ostareli starši so si odtujeni, pa tudi stanovanjske razmere so nemogoče za trigeneracijsko sožitje, vsakdanji urnik srednje generacije je natrpan, vse več pa je tudi samskih in osamelih starih ljudi. Tako morajo nekateri stari ljudje v ustanovo iz objektivne nuje, nekateri pa zato, ker današnja družba odklanja starost, človekovo nebogljenost in umiranje (Ramovš 2003: 311).

V Sloveniji so se v zadnjih desetletjih razvile storitve in programi za stare ljudi, ki potrebujejo pomoč pri vsakodnevnih dejavnostih in opravilih. Takšne oblike pomoči, imenovane tudi formalne oblike pomoči, obstajajo v treh sektorjih socialnega varstva:

- v javnem sektorju, kjer pomoč izvajajo centri za socialno delo, domovi za stare ljudi, centri za pomoč na domu, ponudniki drugih javnih storitev v bivalnem okolju – stanovanjske oblike (npr. oskrbovana stanovanja),
- v zasebnem sektorju, kjer prevladuje ponudba institucionalnega varstva in servisov pomoči na domu,
- v nevladnih in prostovoljskih organizacijah (npr. v društvih upokojencev, skupinah starih ljudi za samopomoč) (Hlebec, Mali 2013: 29).

Čeprav obstajajo še druge oblike pomoči starim ljudem, je za Slovenijo značilna izrazito institucionalna usmeritev. Zаметke domskega varstva za stare ljudi najdemo že v 13. stoletju, ko je nemški viteški red ustanovil zavod za neozdravljive bolnike v Ljubljani. V 14. in 15. stoletju so v Evropi in pri nas nastajali špitali (Mali 2008: 9), namenjeni ljudem, ki niso bili povezani s skupnostjo, ki so bili gostje in tujci. Med njimi so bili romarji, potepuhi, sirote, pa tudi dolgotrajnejši stalni reveži – kronično bolni, ostareli in zapuščeni, skratka vsi tisti ljudje, za katere ni mogel ali hotel nihče poskrbeti, ki niso pripadali ne zemlji ne rodbini (Flaker 1998: 61). V 16. stoletju so bile ustanovljene zaprte ustanove za razne depriviligirane družbene skupine kot odgovor meščanske družbe na probleme hitro naraščajoče industrializacije, ki je onemogočala tradicionalne oblike pomoči v skupnosti. V našem okolju jih zasledimo v 19. stoletju, nekatere tudi prej. Te ustanove so zaznamovale institucionalno varstvo starih ljudi v današnjem času in jih lahko prištevamo v skupino predhodnikov današnjih domov za stare, saj so v spominu številnih starih ljudi sinonim za današnje domove. To so poleg špitalov še ubožnice in hiralnice (Mali 2008: 11).

Razvoj domov pa lahko, glede na različne strokovne in politične usmeritve po letu 1964², razdelimo v tri obdobja: socialnogerontološki model (1965–1990), bolnišnični model (1991–2000) in socialni model (od leta 2000 dalje) (*ibid.*).

Filipovič Hrast *et al.* (2014: 129) navajajo Jano Mali (2008), ki pravi, da se je v socialnogerontološkem modelu v domovih najprej uveljavila medicinska usmerjenost, saj so

² Leta 1964 so v Sloveniji sprejeta socialnogerontološka načela, ki določajo tri tipe oskrbe starih ljudi: oskrba v domačem okolju, v domovih za stare in v medicinskih ustanovah (Filipovič Hrast *et al.* 2014).

se v tistem obdobju v domovih zaposlovali predvsem zdravstveni delavci. »Šele v osemdesetih letih prejšnjega stoletja so v domovih dobili svoje mesto tudi socialni delavci. Poudarjali so pomen medsebojnih odnosov, izpostavljali so individualne specifičnosti stanovalcev nasproti kolektivnim in zagovarjali neodvisnost stanovalcev. Vendar pa zaradi slabe zastopanosti niso mogli povsem uveljaviti svojega pristopa, tako je vse do leta 2000 v domovih prevladovala medicinska usmerjenost. Naloge zaposlenih so bile strogo deljene, delo so opravljali rutinsko, odnosi med zaposlenimi in stanovalci pa so postali formalizirani, ceremonialni in so odražali nekooperativnost. Po letu 2000 pa so se značilnosti in zahteve stanovalcev tako spremenile, da zasledimo premik domov k socialni usmerjenosti. V ospredju je individualizirana oskrba, prilagojena potrebam stanovalcev in temelji na enakopravnem sodelovanju zdravstvenih in socialnih kadrov. Odpirajo se možnosti za bolj odprto prožno delo s stanovalci, razvoj storitev, ki so prilagojene uporabnikom in začetek procesov dezinstucionalizacije« (*ibid.*).

Danes so domovi za stare ljudi vse kaj drugega, kot so bili včasih. Prizvok davnega naziva hiralnica je treba preslišati, saj nikakor ne ustreza pogojem v današnjih domovih (Birska 1992: 32). Današnji domovi za stare ljudi so resda lepi, večinoma so bili na novo zgrajeni ali temeljito obnovljeni. V njih so prehrana, čistoča, ogrevanje, zdravstveno varstvo in nega, delovna terapija, fizioterapija in druge materialne storitve na visoki, nadpovprečni evropski ravni (Ramovš 2003: 313). Pa vendar je v njih življenje velikega števila ljudi omejeno na en sam prostor. Zaradi preglednosti institucije, njene organiziranosti, predvsem pa doktrine in načina dela so domovi razdeljeni na oddelke, ki nosijo medicinska imena (negovalni oddelek, oddelek za nego, za dementne, varovani oddelek) in po katerih zaposleni stanovalce tudi imenujejo (npr. stanovalec iz dementnega oddelka). Na posameznem oddelku je tudi veliko število stanovalcev, ponekod do 35 ali več, to pa je npr. za stanovalce z demenco preveliko, saj je prostor za tako število stanovalcev premajhen, nefunkcionalen in utesnjujoč (Mali 2009: 99). Tako se številni ljudje srečujejo kot tujci, ki si morajo deliti skupne prostore, dejavnosti, osebje, čas. Njihovo vsakdanje življenje (delo, igra, počitek) se odvija na enem mestu in pod isto avtoriteto, razporejeno po dnevnih rutinah in usklajeno s predpisanimi cilji ustanove. Prostorsko so sicer maksimalno povezani (imajo skupno jedilnico, skupni prostor za popoldanski počitek...), vendar pa imajo omogočeno le minimalno stopnjo zasebnosti in samostojnosti (Mali 2006: 21).

Domovom lahko rečemo tudi totalne³ ustanove, saj delujejo kot nadomestilo človekovih potreb. V skupinski nastanitvi se položaj posameznika izkaže kot enolično in formalno utapljanje v zakonitosti domskega reda (Kambič 1998: 32). Skupinska oblika nastanitve ohranja povprečništvu v zadovoljevanju tistega dela človekovih potreb, za katerega je namenjena, v njej ni prostora za širino zasebnosti (*ibid.*).

»Na splošno imajo vse institucije po definiciji nekaj temeljnih skupnih značilnosti, kot so popolna zadovoljitev osnovnih eksistenčnih potreb, predpisan dnevni ritem, racionalizacija dela, skupinske aktivnosti, prevladovanje javnega prostora nad zasebnim. Te značilnosti jim dajejo skupno (kolektivno) identiteto« (Mali 2006: 19).

»Pravila in hišni redi v domovih so restriktivni zaradi nenavadnih zahtev, ki določajo red v sobi, v kateri stanovalec živi, kjer naj bi torej stanovalci imeli omogočeno največjo stopnjo svobodnega in neodvisnega življenja. V številnih domovih morajo biti sobe oštevilčene in opremljene s pohištvo, ki je last doma, stanovalci lahko dodajajo najnujnejše predmete, vendar le s predhodnim dogovorom z vodstvom doma. Osebe doma ima tudi pravico skrbeti za čistočo v sobi stanovalca, to opravlja po posebnem dnevnem urniku dela. Prav tako stanovalci v svojih sobah ne smejo uporabljati kuhalnikov, pečic, likalnikov in plina, ne smejo prati perila, ni jim dovoljeno shranjevati živil. Osebe v domu vsaj dvakrat letno pregleda sobe stanovalcev, pohištvo in osebno garderobo, in pri tem odstranijo neuporabne stvari. Seveda je definicija neuporabnosti za stanovalca drugačna od osebja« (Mali 2009: 103).

Star človek v instituciji izgubi avtonomijo. To pa je za stare ljudi še toliko bolj zaskrbljujoče, saj jim stigmatiziran položaj v družbi že tako ne omogoča dovolj avtonomnega ravnanja, institucija pa jim v zadnjem življenjskem obdobju vzame še tega (*op. cit.*: 104).

³ Besedo ustanova pri vsakdanji rabi navadno dojemamo kot nek kraj (stavbo, sobo, območje), kjer redno poteka neka dejavnost. Vse ustanove pa zajemajo čas in zanimanje svojih članov, zaradi česar jih Goffman (1968) imenuje totalne, saj totalno zajemajo človekovo življenje (delo, zabavo, rekreacijo...) (Flaker 1998: 18).

V zvezi z življenjem v totalni ustanovi Flaker (1998: 30) navaja Goffmana (1968), ki vpelje koncept sekundarnih prilagoditev. Sekundarne prilagoditve sicer niso posebnost totalnih ustanov (ampak splošna značilnost organizirane družbe), vendar pa so v totalnih ustanovah toliko bolj očitne in za varovance pomembne. »Te prilagoditve varovancem omogočajo zadovoljiti nedovoljena zadovoljstva. Primarne prilagoditve pomenijo, da varovanec dela tisto, kar od njega uradno pričakujejo, da prispeva k organizaciji pod zahtevanimi pogoji, se spremeni v sodelavca, postane »normalen«, vgrajen član. Sekundarne prilagoditve pa so način, kako uporabiti sredstva, ki so na voljo, na način, ki ga uradna definicija ne predvideva. Z njimi si varovanec dokaže, da je še vedno svoj »človek« in so zanj sredstvo samoprepoznavanja samodeterminacije. S tem se varovanec oddalji od uradne definicije situacije in lahko dojame sebe kot tistega, ki odstopa, se izogne predpostavkam organizacije, kaj naj dela in kaj naj bi bil« (*ibid.*).

Kljub vsemu so domovi že več let vodilna sila razvoja oskrbe za stare ljudi, vključno z oskrbo starih v skupnosti. Zagotavljajo tako institucionalno varstvo – v najožjem pomenu besede (namestitvev in oskrbo v instituciji), prav tako pa pomoč starim ljudem, ki živijo v domačem okolju, v skupnosti (centri za dnevno varstvo se najintenzivneje razvijajo ravno v okviru domov za stare ljudi, podobno pa velja za pomoč na domu, socialne servise, oskrbovana stanovanja, začasno oskrbo). Domovi za stare ljudi tako igrajo ključno vlogo pri oskrbi za stare ljudi, ki je tudi specifična za Slovenijo, vendar pa je iz strani strokovnjakov in medijev premalo poudarjena, celo zanemarjena. Prav tako pa bi bilo neustrezno uvrščati domove zgolj v okvir institucionalnega varstva, saj so domovi za stare ljudi postali centri za celostno oskrbo, kjer sta zdravstvena in socialna stroka soustvarili skupen model dopolnjevanja in sodelovanja (Mali 2012: 59).

1.2.1. Kakovost življenja v domovih za stare ljudi

Nekateri strokovnjaki pravijo, da ima človek v življenju dva doma: dom svojega otroštva in dom, v katerem si ustvari družino, v starosti pa se lahko zgodi, da si mora poiskati še tretjega – dom za stare ljudi (Belič 1997: 127).

»Za mnoge stare ljudi je odločitev za življenje v domu edini izhod iz življenjske zagate in jim je nujen za preživetje. Vendar pa je odhod iz domačega okolja v dom za stare ljudi vedno težka odločitev, polna skrajnih stisk. V starosti človek ni več prožen za spremembe, vse njegove življenjske navade ga vežejo na dom. Samo doma se znajde, ve, kje je kaj, vsaka stvar je povezana s kakim njegovim življenjskim spominom. Tako je zanj odhod iz domačega okolja bivanjska zagata, ki ga ubija: socialno v osamitev, duševno v pobitost, duhovno v praznino in brezsmiselnost, z vsem tem pa je povezano tudi telesno obolevanje. Nekateri se »morajo sprijazniti« s selitvijo v dom zaradi svoje invalidnosti, bolezni ali podobnega vzroka, sicer pa se večina starih ljudi upira oditi v dom, saj to ni navadna selitev, temveč je dokončni odhod iz aktivnega življenja« (Ramovš *et al.* 1992: 51). Je življenjska odločitev, verjetno tudi zadnja tako zahtevna v življenju (Belič 1997: 130).

Tako sta kakovost življenja stanovalca v domu in njegovo zadovoljstvo z nastanitvijo odvisna od številnih dejavnikov; pomembno je njegovo psihofizično počutje, življenjski slog, pričakovanja, ki jih je imel do institucije pred prihodom, pa od tega, če se je za odhod v dom odločil sam ali pod pritiskom svojcev, zaradi slabega zdravstvenega zdravja, nesporazumov s svojci ipd. (Milošević Arnold 2005: 54).

Milošević Arnold (*ibid.*) navaja Allardta (1993), ki je za oceno kakovosti življenja postavil temeljne kazalce, na katerih temelji obstoj in razvoj človeka. Ti kazalci so:

- imeti – gre za materialne in neosebne dobrine,
- ljubiti – socialne potrebe,
- biti – potreba po osebnem razvoju.

Milošević Arnold (2005: 55–58) pa skuša oceniti, v kolikšni meri so v domu za stare ljudi sploh lahko zadovoljene te potrebe:

1. Potreba »Imeti«

Sem sodijo predvsem gmotni viri, primerno bivalno okolje, zdravje.

Gmotni viri: stanovalci v največji meri prejemajo pokojnino in druge redne dohodke, iz katerih krijejo stroške oskrbnine. Nekaterim za kritje teh stroškov prispevajo svojci, kar

jih gotovo potiska v odvisni položaj in jim daje občutek nesamostojnosti. Stanovalci dobivajo tudi skromne žepnine za osebne potrebe, vendar verjetno ne morejo pokriti vseh drobnih, a nujnih izdatkov. Veliko stanovalcev doma mora svoje osebne potrebe skrčiti na minimum.

Primerno bivalno okolje: dom kot institucija naj bi stanovalcem zagotavljal vse tisto, kar človeku navadno pomeni dom – varno zatočišče, kraj, kjer je lahko takšen, kot v resnici je, občutek pripadnosti, dobro počutje, stalnost, zasebnost in prostor, kateremu pripada. Vse te značilnosti institucija težko zagotavlja, vendar so tesno povezane s kakovostjo življenja stanovalca v domu in z njegovim občutkom (ne)zadovoljstva s trenutnimi življenjskimi okoliščinami.

Zdravje je za veliko večino stanovalcev domov ključni dejavnik, ki privede do prihoda v dom. Velja pa, da se pri stanovalcih, ki se uspejo prilagoditi na spremenjeni način življenja, zdravstveno stanje pogosto izboljša zaradi dobre oskrbe, redne zdrave prehrane, diete ipd.

2. Potreba »Ljubiti«

Sem sodijo stiki posameznega stanovalca z njegovimi svojci in s celotno socialno mrežo v prejšnjem življenjskem okolju in tudi to, v kolikšni meri so ti stiki še »živi«.

»Vloga sorodnikov, prijateljev in znancev je nepogrešljiva pri zagotavljanju kakovosti življenja v instituciji. Zato je tudi pomembno, da institucija povabi predstavnike stanovalčeve socialne mreže k sodelovanju, jih vključuje v oskrbo oziroma jih prepoznava kot pomemben del oskrbe« (Filipovič Hrast *et al.* 2014: 131).

Gre tudi za značilnosti odnosov z delavci v domu in z drugimi stanovalci, pa tudi za to, kakšne možnosti ima uporabnik za stike s »širšim« zunanjim svetom. Zaprtost, ki je ena izmed značilnosti institucije, stanovalcem v prejšnji meri omejuje stike z zunanjim svetom. Tu pa je zlasti pomembna čustvena bližina z drugimi ljudmi in občutek, da človek komu pripada. Za to pa v domovih ni prav veliko priložnosti, ker institucionalno okolje zahteva od delavcev rutinska opravila, ki morajo biti opravljena ob določenem času. In tudi res je, da je njihovo delo, posebno pri negibnih in nevzdržnih bolnikih naporno,

pogosto odvrtno, toda nič slabše ni, če ga vsaj tu in tam opravljajo z nasmeškom, kakor pa če so nenehno slabe volje (Birsa 1992: 33). Seveda pa tudi ne moremo pričakovati, da bo osebje v domu navezalo pristne odnose s stanovalci, saj jih tudi ne morejo, stanovalcev je preprosto preveč. Obenem pa si kakovostnega življenja posameznika brez pristnih osebnih stikov z drugimi ljudmi nikakor ne moremo predstavljati.

3. Potreba »Biti«

Ta potreba označuje vključenost v družbo, skladno sožitje z naravo, možnost osebnega razvoja, možnost sodelovanja pri odločanju in vseh tistih dejavnostih, ki so pomembne za življenje konkretnega človeka, možnosti za ustvarjalno preživljanje prostega časa in politična dejavnost.

Vključenost v družbo: tu gre za ohranjanje stikov s primarno socialno mrežo pa tudi za kakovostne stike z delavci domov in s sostanovalci, pri tem pa je zelo pogosto potrebno sodelovanje strokovnih delavcev doma, da spodbujajo tako svojce, da se čim bolj vključujejo v življenje doma, kot tudi stanovalce, da se družijo, si medsebojno pomagajo in tudi drugače navezujejo osebne stike.

Sožitje z naravo je pri stanovalcih domov na splošno precej okrnjeno, zato je naloga delavcev doma, da načrtno organizirajo krajše izlete v naravo in spodbujajo stanovalce kot tudi svojce za sprehode.

Možnosti osebnega razvoja in za ustvarjalno preživljanje prostega časa so v domovih na splošno dane s številnimi aktivnostmi, ki so stanovalcem na voljo in nekateri med njimi tako tudi razumejo.

Sodelovanje pri odločanju stanovalcev doma je le simbolično. Sicer večina domov organizira redne sestanke s stanovalci na oddelkih, kjer naj bi imeli možnost izraziti svoje zadovoljstvo in tudi nezadovoljstvo. Vendar pa je to, koliko si zares upajo kritizirati tisto, s čimer niso zadovoljni, odvisno od splošne klime v domu in tudi od posameznika, koliko si upa »tvegati«. Prav to, da si ljudje v domovih pogosto ne upajo povedati, kaj zares mislijo, kaže na njihov občutek odvisnosti od delavcev in na vzdušje, v katerem ni

zadostne povezanosti med svetovi, ki se srečujejo v domu (stanovalci, svojci, zaposleni), in je tako daleč od pojma »dom«.

1.2.2. Vloga socialnega delavca v domovih za stare ljudi

Socialni delavci so se v času oblikovanja stroke izogibali delu s starimi ljudmi. Posebne storitve, ki so bile prilagojene potrebam starih ljudi, so se razvile šele v drugi polovici prejšnjega stoletja (Milošević Arnold 2000: 254).

»Vendar pa so v naših domovih za stare ljudi socialni delavci prisotni že od samega nastanka socialnega dela kot poklica. Socialni delavci so bili med najpomembnejšimi ustvarjalci razvoja domskega varstva, prav tako pa tudi izven institucionalnih oblik storitev za stare ljudi pri nas. Bistvo vloge socialnega delavca je skrb za vse tisto, kar lahko v najžlahtnejšem pomenu razumemo kot »socialno«. Pomaga ljudem pri reševanju njihovih problemov, dela s sistemi, da bi ljudem zagotovil potrebne vire in storitve, povezuje ljudi z ustreznimi sistemi in tako podpira njihovo funkcioniranje. Gre torej za zagotavljanje vsega, kar stanovalec kot posameznik potrebuje za kakovostno življenje v domu« (Milošević Arnold 2003: 31).

Flaker (2012: 56) navaja naslednje naloge socialnih delavcev v instituciji:

Socialni delavec prispeva v katerikoli ustanovi natanko tisto, česar ustanova nima – vzpostavlja stik z izvornim, domačim okoljem. Gre k uporabniku domov in spoznava, kako živi. Je strokovnjak za stike s svojci, bližnjimi. Skrbi pa tudi za odpust iz ustanove, da bo človek imel kje biti, kaj delati. Obenem pa je tudi prevajalec med jezikom ustanove in vsakdanjim jezikom ljudi.

Socialni delavci opravljajo tudi papirno, birokratsko delo, so pomočniki ljudem pri urejanju njihovih socialnih pravic. Ta del socialnega dela je sestavljen iz procesiranja prošenj, hkrati pa je njegova naloga, da zagotovi vez med realnim življenjem uporabnika in virtualnim svetom pravic in pravil.

Naloga socialnih delavcev je tudi, da blažijo življenje varovancem – so jim na voljo za pogovor, razumeli naj bi njihove težave, pripravljene naj bi jih bili poslušati, saj to znajo, skrb

za red in disciplino v ustanovi jim ni osnovna naloga. Ustvarjajo prostor sporazumevanja, komunikacije, kjer ima uporabnik možnost, da se izrazi in da njegova sporočila posredujejo drugim.

Naloga socialnih delavcev in delavk v ustanovi pa je tudi povezovanje različnih strokovnjakov in sodelovanje z drugimi ustanovami.

Mali (2008: 83) pa opisuje značilnosti socialnega dela v domu, in sicer na dveh ravneh. Najbolj prepoznavna je vloga socialnega dela v *različnih časovnih terminih*, v katerih ima star človek opraviti z institucijo, pomembne pa so tudi naloge socialnega dela v domovih po *različnih področjih*.

1.2.2.1. Socialno delo v domovih za stare ljudi po fazah

Pred prihodom stanovalca v dom

Socialno delo je pred sprejemom uporabnika v dom razdeljeno na več funkcij, med katerimi so nepogrešljive naslednje:

- *Sodelovanje z bodočim stanovalcem.* Pomembno je vzpostavljanje stika z bodočim stanovalcem in njegovimi svojci, saj je prav prvi stik temelj poznejšega delovnega odnosa (*op. cit.:* 84): »S tem skuša novemu stanovalcu doma osebno izkazati spoštovanje in upoštevanje njegovega človeškega dostojanstva« (Ramovš *et al.* 1992: 77).
- *»Sodelovanje z drugimi strokovnjaki.* Socialni delavec ima največ informacij, podatkov o prosilcih, o njihovih življenjskih razmerah, zato ima ključno vlogo v sodelovanju z drugimi strokovnjaki, ki sodelujejo v procesu sprejemanja uporabnikov v dom in s strokovnjaki, ki so zaposleni v drugih institucijah in imajo stik z bodočim stanovalcem. Od njih zbira informacije, da si lahko ustvari čim bolj natančno sliko življenjskega sveta uporabnika« (Mali 2008: 84).

- *Sodelovanje s svojci.* Naloga socialnega delavca je, da ugotovi resnične razloge za odhod starega človeka v dom, predvsem pa ali je to res njegova odločitev. Družinski člani velikokrat ne upoštevajo mnenja starega človeka, temveč stremijo le za lastnimi interesi in odhod v dom kot rešitev iz stiske vidijo samo oni, star človek sam pa ne. Zato lahko socialni delavec le v skupnem dogovarjanju s starim človekom in z vsemi družinskimi člani ugotavlja resnično pripravljenost starega človeka za odhod v dom (*op. cit.:* 85).
- *Informiranje.* Socialni delavec že pred prihodom v dom bodočega uporabnika ustanove seznanj s čim več informacijami (način življenja v domu, hišni red, dejavnosti v domu...), ki jih potrebuje za čim boljše prilagajanje na novo življenjsko okolje (*ibid.*).

V času nastanitve stanovalca v domu

V tej fazi je pomembno zagotoviti optimalne pogoje, da bi se vsak stanovalec čim prej in čim bolj vživel v domske razmere in za spodbujanje ter ohranitev stikov z njegovim primarnim okoljem (Milošević Arnold 2003: 34). Milošević Arnold (*ibid.*) navaja Clougha (1999), ki pravi, da »socialni delavec sodeluje v vseh dejavnostih doma, ima neposredne izkušnje o vsem dogajanju v domu kot celoti. Vidi, sliši in tudi občuti življenje v njem, dobro pozna vedenje in počutje vseh stanovalcev.«

»Posamezna opravila socialnega delavca v tej fazi pa so vzpostavitev delovnega odnosa s stanovalcem in njegovimi svojci, podpora stanovalcu v procesu prilagajanja na življenje v domu (npr. pri vzpostavljanju nove socialne mreže v domu in ohranjanju stare v domačem okolju), podpora svojcem in njihovo angažiranje za sodelovanje pri dejavnostih doma (oblike izobraževanja, delavnice, skupine za samopomoč za premagovanje občutkov krivde), informiranje in svetovanje posameznim stanovalcem in njihovim svojcem, posredovanje v konfliktnih situacijah med stanovalci in med stanovalci in delavci, razvijanje prostovoljnega dela, organizacija in vodenje skupin za samopomoč, sodelovanje pri organizaciji interesnih dejavnosti in prireditvev (npr. praznovanje rojstnih dni stanovalcev ipd.)« (*op. cit.:* 35).

Ob odhodu stanovalca iz doma

»Stanovalec lahko zapusti dom zaradi večih razlogov, socialni delavec pa mu pri tem pomaga in uredi vse potrebno v zvezi s prenehanjem nastanitve v domu. Naloge socialnega delavca so priprava odpusta stanovalca v domače okolje, v drugo institucijo ali v novo okolje, obravnava predloga za premestitev stanovalca v drugo institucijo in urejanje prenehanja nastanitve stanovalca zaradi smrti (obveščanje svojcev o smrti stanovalca, organizacija slovesa od pokojnika)« (Mali 2008: 87).

Zagotavljanje dobre klime v domu

»Socialni delavci usmerjajo veliko energije v delo s stanovalci in njihovimi svojci. Pomembno področje socialnega dela v domu pa je tudi zagotavljanje dobrih odnosov med vsemi sistemi oz. »svetovi«, ki se v domu prepletajo, medsebojno srečujejo in povezujejo – stanovalci, svojci in delavci v domu. Pri tem je pomembno, da se ustvarijo pogoji za takšen dialog, ki bo vsakomur omogočal izraziti svoja pričakovanja, želje, potrebe, morebitno nezadovoljstvo in se ne bo treba bati negativnih posledic« (Milošević Arnold 2003: 36).

Spremljanje institucionalnega življenja stanovalcev

Vse zgoraj opisane naloge socialnega delavca v domu kažejo dve značilnosti. »Prva značilnost je pomembnost in odgovornost teh nalog. Socialni delavec popelje stanovalca v novo življenjsko okolje in nov način življenja, to pa napravi skupaj z njim, na njemu primeren način. Gre za udejanjanje temeljnega poslanstva socialnega dela, ki se nanaša na skupno ustvarjanje rešitev, ne glede na institucionalno okolje, v katero je socialno delo umeščeno. Prav umeščenost socialnega dela v institucijo, v dom za stare ljudi, pa pokaže drugo značilnost, to je neskladnost vloge socialnega dela z zahtevami in cilji institucije. Dom za stare ljudi je institucija, ki že v osnovi ni naklonjena posamezniku, saj je njen cilj skrbeti za množico starih ljudi, v njih ni prostora za posameznikove individualne potrebe, želje in interese. Prav te pa odkriva socialni delavec, ker je usmerjen v posameznika in njegovo prilagajanje na institucionalni način življenja« (Mali 2008: 89).

1.2.2.2. Področja in vloge socialnega dela v domu

Področja in vloge socialnega dela v domu se med seboj prepletajo in jih je dejansko težko razlikovati. Povezujejo se tudi s časovno dimenzijo nastanitve stanovalca v domu (vloge socialnega delavca po fazah). Delitev socialnega dela v domu na različna področja in vloge je zgolj konceptualne narave, saj je socialni delavec v praksi lahko v medsebojnem odnosu s stanovalci in delavci hkrati v različnih vlogah, istočasno pa deluje še na različnih področjih (*ibid.*).

Socialno delo s stanovalci in njihovimi svojci

Pred prihodom starega človeka v dom je dobro zbrati čim več podatkov o celotnem socialnem kapitalu posameznika, da je prehod v novo institucionalno okolje za vse člane socialnega sistema čim manj boleče. Tako je socialni delavec v domu z bodočimi stanovalci in njihovimi svojci povezan že pred sprejemom starostnika v dom, to pa mu pomaga, da ob prihodu starega človeka v dom in spremembi življenjskega okolja zazna njegove občutke in ustrezno reagira.

Za stanovalce so svojci vez z zunanjim svetom in pomoč pri ohranjanju socialnih stikov, ki jih je stanovalec zgradil v domačem okolju, vendar se svojci te funkcije pogosto ne zavedajo. Tako je naloga socialnega delavca, da nanjo opozori in skupaj z njimi išče možnosti za njeno izvajanje (*op. cit.: 90, 92*).

Sodelovanje socialnega delavca v domskem timu

Nathason in Tirrito (1998), ki ju navaja Mali (*op. cit.: 95*), opozarjata, da je dom za stare izrazito medicinska ustanova. Za socialnega delavca je zato ključno interdisciplinarno znanje, ki mu omogoča sodelovanje z različnimi strokovnjaki – od zdravnikov, psihiatrov, medicinskih sester do delavnih terapevtov in fizioterapevtov, sam pa s svojim specifičnim znanjem o stanovalcu prispeva k celovitemu razumevanju stanovalčeve situacije in oblikovanju njegovega življenja v instituciji.

Socialni delavec kot mediator

Poglavitna vloga socialnega delavca je, da opozarja osebje v domu, da je pozorno na spremembe v doživljanju in vedenju stanovalca. Osebje namreč z rutinsko opravljenim vsakodnevnim delom nezavedno ravna s starostniki kot s predmeti, pogosto se pogovarja z

njimi kot z majhnim otrokom, jih ošteva, pokroviteljsko ogovarja. Stanovalec se ob tem počuti povsem nebogljjen in odvisen od drugih ljudi, kar pa vodi v izgubo kontrole nad lastnim življenjem in končno tudi osebne identitete. Socialni delavec opozori osebje in svojce na spremembe, jih vodi pri iskanju vzrokov v lastnem ravnanju, pomembno pa je tudi, da definirajo nove pristope in načine ravnanja s posameznikom, ki jih osebje vključi v dnevni red delovnika. Socialni delavec svoje znanje o posameznem stanovalcu (o njegovi preteklosti, navadah, potrebah, željah) prenese na drugo osebje, ki prihaja v neposreden stik s stanovalcem, saj lahko le tako vsi skupaj ustvarijo primeren odnos do stanovalca, ki bo zadovoljiv za njega in za potrebe institucije (*op. cit.: 97*).

Socialni delavec v vlogi zagovornika

Socialni delavec v domu ima to prednost pred drugim osebjem, da je sposoben prepoznati pravila, ukrepe, pristope in politiko institucije, ki ni v skladu s pravicami stanovalcev; njegovo poslanstvo je v zagotavljanju in uresničevanju pravic stanovalcev (*op. cit.: 98*).

»Zagovorniška vloga socialnega delavca se kaže tudi v opozarjanju na napačne pristope v skrbi za stanovalce, zlasti za tiste, ki potrebujejo veliko pomoči zdravstvenega osebja.

Neposredno ne posega v delo zdravstvene službe, vendar pa je pozoren na vsako spremembo v vedenju stanovalcev, ki je lahko posledica neprimerne ravnanja z njimi, neprimerne terapije ali opustitve rehabilitacijske terapije« (*op. cit.: 101*).

Če kdo, so socialni delavci v domovih za stare ljudi po strokovno – etični plati osebno odgovorni, da strukturne pomanjkljivosti ustanov kar najbolj omilijo in preprečijo. Pogoj za uspešno socialno delo v domu pa je tudi spoštovanje do starega človeka ter smisel za prisrčen humor in vedrino (Ramovš *et al.* 1992: 78, 80).

1.3. ZASVOJENOST Z ALKOHOLOM

Zadovoljevanje naravnih potreb je pogoj za normalen človeški razvoj in samouresničitev.

Poleg naravnih potreb, ki so prirojene, pa si človek lahko privzgoji tudi umetne potrebe.

Najpogosteje se to zgodi z učenjem ali vadbo po metodi pogojevanja, ko človek neko obliko vedenja ali ravnanja spremeni v rutino, navado. Poleg psihične poti pogojnega utirjanja pa je možno s poseganjem v presnovne mehanizme tudi biološko nekoliko »spremeniti« organske

potrebe; že stari Grki so rekli, da se človek postopoma privadi tudi na strup – takšna je, na primer potreba po uživanju alkohola (Ramovš 2003: 90).

O odkritju alkohola govori arabska legenda, po kateri je nekoč živel alkimist, ki si je želel odkriti tak življenjski napoj, ki bo tistemu, ki ga bo popil, zagotovil večno mladost in veselje (Može 2007: 11). »Ostanke sadja, ki mu ga je prinašala žena, je metal v posodo v kotu svoje delavnice in ko je čez nekaj časa opazil, da se od njih širi omamen vonj, je odpadke zavrel in dobil tekočino prijetnega okusa. Ko jo je zaužil, je dobil občutek, da mu je dala novih moči, zdelo se mu je, da se želje uresničujejo kar same od sebe, volja po življenju je rasla, počutil se je pomlajenega. Presenečen in vesel je vzkliknil: »*Al-kohl*«, kar pomeni dobro, dragoceno. Svoje odkrije je nemudoma razodel drugim ljudem, prepričan, da je dal človeštvu srečo in bogastvo. A po več letih je ugotovil, da se je prevaral. Učinek čarobne tekočine je bil varljiv in nevaren. Uničil je njega in milijone drugih ljudi. Hudo je trpel, ko je gledal neskončno število žrtev svojega odkritja, ki so jeznih pogledov in s škripajočimi zobmi iztegovale roke, da bi ga zgrabile. Obupan se je vrgel skozi okno« (*ibid.*).

Izraz alkohol uporabljamo v vsakdanji rabi za etilni alkohol (etanol), ki je brezbarvna, lahko hlapljiva in vnetljiva tekočina, prijetnega vonja in pekočega okusa (*op. cit.*: 12).

Alkohol ima veliko učinkov, ki jih uživalci prepoznajo kot (kratkoročno) pozitivne. To so občutek sproščenosti, boljše razpoloženje, večje telesne moči, občutek toplote, večja spolna privlačnost in podobno. Alkohol deluje tudi kot anestetično in kot (samo)zdravilo za lajšanje vznemirjenosti, tesnobe in strahu. Čeprav so kratkoročni učinki lahko tudi negativni (znaki zastrupitve, zaspanost, depresivnost), jih večina uživalcev minimalizira in si tako odpira pot v zlorabo in odvisnost (Čebašek Travnik 1999: 141).

1.3.1. Kaj je zasvojenost?

Najprej naj opredelim izraza »zasvojenost« in »odvisnost«. V literaturi lahko zasledimo oba termina, vendar ju avtorji opredeljujejo različno ali ju uporabljajo tudi kot sopomenki.

Tako npr. Flaker (2002: 16) pravi, da zasvojenost in odvisnost lahko nastopita kot povsem zamenljiva izraza, vendar se je treba pri tem precizno izražati, da se izognemo nejasnostim. Zasvojenost pomeni uzrto artikulirano odvisnost, ki jo spremlja hlepenje⁴ po omamnem sredstvu in jasno prepoznavanje abstinenčne krize, kar pa je pri odvisnosti težje prepoznavno.

Zakonca Ramovš (2007: 71–74) pa navajata, da je odvisnost predvsem nekaj dobrega, kar človeku omogoča, da živi in se razvija. Je pravzaprav drug izraz za zadovoljevanje človekovih potreb, za njegovo srečo, ko zadovolji vse svoje temeljne potrebe, ali nesrečo, če jih ne more zadovoljiti. In kadar človekove potrebe obolijo, povzročijo njegovo životarjenje ali celo propadanje, nastanejo bolne odvisnosti. To pa se zgodi na dva načina – s prevelikim zadovoljevanjem ali zanemarjanjem katerekoli človeške potrebe in z uvedbo umetne škodljive potrebe po omamni snovi, škodljivem vedenju ali doživljanju. Kdor uporablja besedo odvisnost, navadno misli na bolne odvisnosti in zato je prav, da dosledno uporablja izraz *bolezenska odvisnost*. Vendar pa je izraz *zasvojenost* jezikovno bolj prikladen in primeren, saj z eno besedo pove vse, kar povesta obe skupaj (bolezenska odvisnost).

Kaj je torej zasvojenost? Flaker (2002: 21) navaja Lindesmitha (1969), ki je skušal splošno definirati zasvojenost kot telesno odvisnost. Vendar je ugotovil, da je to preohlapen in nezadosten pogoj za opredelitev fenomena zasvojenosti. Taka definicija namreč izključuje tiste, ki so zasvojeni, pa v tistem trenutku niso v stanju telesne odvisnosti (npr. zasvojenec v zaporu, ki lahko šele po izpustitvi spet nadaljuje z omamljanjem), in vključuje tiste, ki so telesno odvisni, pa po omamni snovi ne hlepijo (npr. bolniki, ki jih zdravijo z morfijem).

Ramovševa (2007: 56) zasvojenost opredeljujeta kot umetno škodljivo potrebo po omamni snovi, omamnem doživljanju ali vedenju.

To pa pomeni, da je zasvojenost:

⁴ Hlepenje je posebna oblika potrebe, ki nastane samo pri zasvojenosti. Pomeni, da doživljamo željo po tem, s čimer smo se navajeni omamljati, kot resnično potrebo. Zasvojenec resnično čuti, kot da bo umrl, če ne bo takoj dobil tistega, kar potrebuje (Rozman 2013: 80).

1. »*Potreba*, ki se razvije postopoma, bolj ali manj naglo s privajanjem na določeno psihoaktivno snov (alkohol, nikotin, mamila), obliko vedenja (igre na srečo) ali doživljanje resničnosti (sovražnost do nekoga). Ko je zasvojenost vzpostavljena, deluje pri človeku kot relativna nuja in mu jemlje svobodo doživljanja in ravnanja; podobna je torej naravnim telesnim, duševnim, socialnim in drugim človekovim potrebam – lahko je celo močnejša od njih« (Ramovš 1999: 60).
2. »*Umetna* potreba po nečem, kar človeku po naravi ni potrebno, ampak je zanj tujek, na katerega se mora človekov organizem, duševnost in druge razsežnosti nasilno prilagoditi, pri čemer se pokvarijo naravni obrambni mehanizmi tako, da delujejo proti razvojnim potrebam človeka« (*ibid.*).
3. »*Škodljiva* potreba, ki biološko zastruplja organizem, da oboleva, patološko spreminja duševno delovanje in vedenje, krni svobodo in odgovornost, kvari medčloveške odnose in razmerja, zavira človekov razvoj in omamlja njegovo smiselno orientacijo v življenju« (*ibid.*).

Rozman (2013: 26) opisuje zasvojenost kot kompleksno bolezen, pri kateri nastanejo motnje na večih ravneh. Zdravniki govorijo o okvari možganov in drugih organov, psihologi o motnjah v mišljenju, psihoterapevti navadno govorijo o nadzoru vedenja in se le včasih poglobijo do vzrokov, socialni delavci in družinski terapevti govorijo o motnjah v delovanju družinskega sistema, sociologi pa razpravljajo o kulturi zasvojenosti. Prav imajo vsi. Zasvojenost doseže vse ravni.

Najnovejšo definicijo zasvojenosti pa je sprejelo Ameriško združenje medicine zasvojenosti (»American society of addiction medicine« – ASAM) v letu 2011. Po tej definiciji je za zasvojenost značilna nezmožnost stalne abstinence, težave pri obvladovanju vedenja, močna želja oziroma hrepenenje, nefunkcionalni čustveni odzivi in zmanjšano prepoznavanje pomembnih težav, povezanih z vedenjem in medosebnimi odnosi (Kolšek 2012: 103).

Za zasvojenost je značilno, da je treba odmere snovi povečevati ali vedenje stopnjevati na vedno pogostejše, nevarnejše in bolj tvegano, da dosežemo prvotno ugodni učinek (Rozman

2013: 30). Učinek alkohola ali druge omamne snovi na možgane se torej zmanjšuje, človeku se večja toleranca, zato za enako omamljenost potrebuje čedalje več omamne snovi (Ramovš J., Ramovš K. 2007: 29). Ker pa se prag doživljanja ugodja dvigne, potrebujejo možgani za »normalno« počutje »dozo svoje droge«. Ko je nekaj časa ne dobijo, pride do t. i. odtegnitvene reakcije, človek se počuti izrazito neprijetno. Poleg tega, da obsedeno razmišlja in fantazira o naslednjem odmerku, čuti utrujenost, napetost, glavobol, drhtenje, razdražljivost, slabost, potenje itd. (Rozman 2013: 257). Flaker (2002: 22) navaja Lindesmitha (1969), ki pravzaprav sklepa, da človek postane zasvojen, ko doživi abstinenčne (odtegnitvene) težave in jih konceptualno prepozna ter se tako nauči hlepeti po omamni snovi.

Ko je človek zasvojen, razume, da mu neko vedenje škoduje in mu to povzroča škodljive posledice v družini, službi, ugledu, vendar se zaradi spremenjenega čutenja, razmišljanja in presojanja ne more ustaviti. Zasvojenost povzroči hudo okvaro v sposobnosti odločanja, to pa se izraža v težavah z opažanjem, učenjem, nadzorovanjem impulzov, kompulzivnim vedenjem in presojo (Rozman 2013: 31).

Če povzamem gornje definicije in opise, je zasvojenost torej umetna škodljiva potreba, ki se razvije postopoma s privajanjem na določeno psihoaktivno snov, obliko vedenja ali doživljanja. Ob tem se pojavi hlepenje, ki je za zasvojenost specifično in ga človek doživlja kot eno od naravnih potreb. Veča se mu toleranca, kar pomeni, da potrebuje za prvotno ugodni učinek vse več omamne snovi, ob pomanjkanju ali abstinenci pa pride do abstinenčne/odtegnitvene reakcije. Zasvojenec se sicer zaveda svojega nezdravega početja, vendar z njim ne more prenehati. Tako se zaradi omamljanja pojavijo težave na telesnem, duševnem, medosebnem in širše družbenem področju.

1.3.2. Kaj je alkoholizem?

»Izvedenci svetovne zdravstvene organizacije (SZO) so leta 1951 predložili opredelitev, da je alkoholik nekdo, ki prekomerno uživa alkoholne pijače, postopoma postaja odvisna od alkohola, pri tem pa je že prišlo do jasnih duševnih motenj ali pa do sprememb, ki šele napovedujejo okvare telesnega in/ali duševnega zdravja, motnje v odnosu do drugih ljudi ter neugodne posledice za njeno socialno in ekonomsko blagostanje« (Može 2007: 23).

Pozneje so strokovnjaki SZO opustili stari izraz »alkoholizem«. Zamenjali so ga z izrazoma »sindrom odvisnosti od alkohola« (SOA) in »težave, povezane s pitjem alkohola«. Tako so leta 1975 izdelali in objavili novo definicijo, ki pravi, da je bolnik s SOA človek, ki je bodisi od alkohola odvisen bodisi ima kakršnekoli težave zaradi pitja alkoholnih pijač (*op. cit.*: 24).

Ramovševa (2007: 68) navajata Hudolina (1991), ki je alkoholizem opredelil bolj iz socialnega vidika in poudarjal, da je to patološki življenjski slog, ki je povezan s pitjem alkoholnih pijač. Navajata tudi Ruglja (1983), ki pa je alkoholizem kratko operativno definirala kot pitje alkoholnih pijač, ki povzroča težave v ekoloških skupinah pivca.

Človek je v celoti socialno bitje, ki je prav vsak trenutek telesno, duševno in razvojno vezan na sožitje z drugimi ljudmi, in sicer zavestno, še bolj pa nezavedno. Alkoholne zasvojenosti se prizadeti človek in njegova okolica deloma zavedajo, večinoma pa gre za nezavedno dogajanje zaradi specifično obolelih individualnih, odnosnih, družbenih in drugih obrambnih mehanizmov. Zato lahko alkoholizem s socialnodelovnega in psihosocialnega vidika opredelimo kot zgrešen sožitni slog, ki je povezan s pitjem alkoholnih pijač (*ibid.*).

1.3.3. Opredelitev pitja alkohola

»Poraba alkohola je lahko opisana v gramih zaužitega alkohola ali v smislu standardnih meric, ki v Evropi praviloma vsebujejo 10g⁵ etilnega alkohola. To je količina alkohola, ki je v 1 dl vina, v 2,5 dl piva, v 2,5 dl mošta in v 0,3 dl žganja« (Kolšek *et al.* 2006: 16).

»Glede na količino popitega alkohola, na način pitja in na posledice zaradi pitja razlikujemo abstinenco, manj tvegano pitje, tvegano pitje, škodljivo pitje, alkoholizem ali sindrom zasvojenosti z alkoholom« (Kolšek 2012: 102).

Abstinenca pomeni, da človek nikoli ob nobeni priložnosti ne pije alkoholnih pijač (*ibid.*).

Abstinenca pa je posebej pomembna za mladoletne ljudi obeh spolov (tveganje za nastanek odvisnosti je tem manjše, čim poznejši je začetek uživanja alkohola), nosečnice in ženske, ki

⁵ V Veliki Britaniji je enota alkohola 8g, v ZDA pa 14g (Kolšek 2012: 102).

načrtujejo nosečnost, doječe matere, paciente, ki jemljejo zdravila, ki imajo interakcije z alkoholom, odvisne od alkohola ali drugih psihoaktivnih snovi (tudi po zdravljenju), paciente, ki ne smejo piti alkohola zaradi zdravstvenih razlogov (npr. zaradi stanja po poškodbah glave, epilepsije, duševnih motenj ali bolezni, bolezni jeter, trebušne slinavke, sladkorne bolezni) (Travnik Čebašek 1999: 140).

Manj tvegano pitje je pitje, ki verjetno ne bo privedlo do okvar zdravja, čeprav bo trajalo veliko let. Meja je odvisna od spola, starosti, situacij in zdravstvenega stanja posameznika (Kolšek 2012: 102).

Tabela 1: Priporočene merice alkohola za manj tvegano pitje (Kolšek 2012: 102)

MOŠKI	ŽENSKE in VSI STAREJŠI ⁶ OD 65 LET
Do 14 enot na teden (npr. do 2 dl vina na dan ali 1 steklenica piva). Ne več kot 5 enot ob eni pivski priložnosti (npr. silvestrovanje, rojstni dan...).En ali dva dneva v tednu povsem brez alkohola.	Do 7 enot na teden (npr. do 1 dl vina na dan). Ne več kot 3 enote ob eni pivski priložnosti (npr. silvestrovanje, rojstni dan...).En ali dva dneva v tednu povsem brez alkohola.

Tvegano pitje so tisti načini in količine pitja alkohola, ki bodo verjetno sčasoma privedli do težav (telesnih, duševnih, duhovnih, socialnih in/ali težav v medosebnih odnosih), vendar te težave še niso prisotne. To je pitje, ki presega meje manj tveganega pitja ali pitja ob posebnih priložnostih, ko se pričakuje popolna abstinenca (npr. delo na višini, delo s stroji, udeleženci v prometu) (*ibid.*).

Škodljivo pitje je pitje, ko že lahko ugotovimo posledice oz. kakršnekoli težave zaradi pitja alkohola, vendar še ni izražen sindrom zasvojenosti z alkoholom (*op. cit.*: 103). »Lahko gre za spremembe ali težave s telesnim ali duševnim zdravjem, težave v družini, na delovnem mestu, s policijo ipd. Težave so lahko manj izražene, tako da so komaj prepoznavne, lahko pa so

⁶ V Italiji in še v nekaterih državah EU že upoštevajo fiziološke spremembe staranja in so tako priporočene merice za stare ljudi prepolovljene (Ramovš 2013: 34).

opazne že na prvi pogled; lahko se razvijajo počasi (npr. ciroza jeter) ali nastanejo v trenutku (npr. padec z lestve zaradi vpliva popitega alkohola)« (*ibid.*).

Za potrditev diagnoze škodljive rabe alkohola potrebujemo enega izmed naslednjih kriterijev: ponavljajoče pitje onemogoča uspešno opravljanje nalog na delovnem mestu, v šoli ali doma (od neopravičenih izostankov do slabo opravljenega dela), posameznik pije v okoliščinah, ki so nevarne za zdravje (npr. vožnja avtomobila v vinjenem stanju), ponavljajoče se pravne posledice (npr. kaljenje nočnega miru), ponavljajoče se pitje kljub težavam v medosebnih odnosih, ki jih povzroča ali pogloblja ravno pitje alkoholnih pijač (Židanik, Čebašek–Travnik 2003: 13).

Sindrom zasvojenosti z alkoholom oz. alkoholizem je bolezen, ki jo opredelimo s pomočjo šestih meril. Za zasvojenost gre, če so bili v preteklem letu izraženi vsaj trije od naslednjih znakov: močna želja po pitju alkohola, težave pri obvladovanju pitja alkohola, vztrajanje v pitju kljub škodljivim posledicam, večje posvečanje pitju alkohola kot drugim aktivnostim in obveznostim, zvečana toleranca do alkohola ter telesne motnje ob prenehanju pitja – abstinenčna kriza (Kolšek 2012: 103).

Može (2007: 21) podobno razdeljuje pivce alkoholnih pijač v naslednje skupine:

- *zmerni potrošniki alkoholnih pijač* (podoben opis kot pri Kolšku manj tvegano pitje alkohola),
- *utirjeni pivci* (opisuje način pitja kot Kolšek tvegano in škodljivo uživanje alkohola),
- *ljudje, odvisni od alkohola (alkoholiki)* in še
- *zdravljeni alkoholiki*; to so tisti, ki so zaključili katerokoli od obstoječih in verificiranih oblik zdravljenja; pri tem je treba paziti, da zaradi nevednosti ne govorimo o »ozdravljenih« alkoholikih – pri odvisnosti namreč ozdravitev, kot dokončna rešitev, ni možna.

Tudi Ramovš (1986: 57) opisuje in razdeljuje ljudi, glede na njihov odnos do alkohola, v štiri skupine: abstinenti, zmerni pivci, alkoholiki in neozdravljivi alkoholiki. Abstinate in alkoholike ne opisuje dosti drugače kot jih navajam zgoraj po Kolšku (2012: 102), le da je med tema dvema skupinama le »ena stopnja« – zmerni pivci. Za njih velja, da alkoholne

pijače sicer pijejo, toda od njih niso odvisni, nikakršna sila jih še ne vleče, da bi pili. Za neozdravljive alkoholike pa pravi, da jih ni mogoče več urediti in ozdraviti. »Dolgoletno pitje jih je preveč uničilo. Po navadi ima tak alkoholik hude okvare organizma, zlasti preveč uničen živčni sistem in duševnost. Prav tako je zaradi alkohola njegov značaj že tako zveržen, da so do temelja razbiti vsi njegovi odnosi z najbližjimi. V njem torej ni več osnove in gradiva, da bi lahko obnovili visoko stavbo zdrave osebnosti, v okolici pa ne svojca, ki bi se hotel lotiti z njim tega dela« (*ibid.*).

Zgoraj navedeni avtorji pivce alkohola klasificirajo podobno. Opredeljujejo abstinenco od alkohola, kjer je navedeno, da posameznik ne pije alkohola ob nobeni priložnosti. Lahko je prostovoljna (nekdo se odloči da zaradi lastnega počutja alkohola ne bo užival) ali pa je »prisiljena« (ne sme mešati zdravil in alkohola, nosečnost ipd.). Zatem uvrščajo skupino t. i. zmernih pivcev, ki imajo kontrolo nad tem, kdaj in koliko alkohola spijejo. Značilno je, da alkohol večinoma pijejo ob posebnih priložnostih, pa tudi takrat ni nujno, da »se ga bodo napili«. Ljudje v tej skupini vsakodnevno alkohola navadno ne pijejo, čeprav ni nujno. Za škodljivo ali tvegano pitje alkohola je značilno, da človek preceni svoje zmožnosti in pod vplivom alkohola sede za volan. Nekdo med malico popije alkoholno pijačo in lahko povzroči nesrečo na delovnem mestu. Ima občutek, da njegov dan ni čisto »ta pravi dan«, če po službi ne zaide v najbližjo gostilno in spije vsaj tri alkoholne pijače, kljub temu, da ta dejanja že načenjajo odnos z njegovimi najbližjimi. V zadnjo skupino pa avtorji večinoma klasificirajo alkoholika, kjer je človek popolnoma pod vplivom alkohola. Alkohol mu pušča dolgotrajne posledice, posebej na živčnem sistemu in duševnosti. Alkohol vodi celotno njegovo življenje, kar poimenujemo kot nevzdržna želja po alkoholu. Poveča se mu toleranca do alkohola in tudi večja je posvečenost alkoholu kot katerikoli obveznosti. To pusti posledice tudi v odnosih do sočloveka, največkrat v družini in na delovnem mestu. Kljub temu, da se lahko sooči z izgubo delovnega mesta, ločitvijo, z odpovejo jeter, je želja po alkoholu premočna in nadaljuje s pitjem alkohola.

Ob teh opisih pomislim na vprašanje, ki ga tudi Flaker v knjigi *Živeti s heroinom I* (2002: 24) izpostavi pri tipologiji uživanja drog (uživalce razvrsti v naslednje kategorije: neuživalci, priložnostni uživalci in eksperimentatorji, redni uživalci, odvisni uživalci, zasvojeni uživalci, džankiji), in sicer, ali se lahko zasvojeni uživalec še kdaj vrne na stopnjo priložnostnega

uživalca. Oziroma, če postavim enako vprašanje za pivec – ali lahko alkoholik še kdaj postane samo zmerni pivec? Stereotip »enkrat džanki (pijanec), vedno džanki (pijanec)« je zelo močan dejavnik. Na takem »vodilu« temelji tudi ideologija Anonimnih alkoholikov (in podobnih skupin), ki je sicer lahko dejavno in učinkovito pri nadzoru abstinence, ni pa nujno uporabno v vseh primerih. Tudi nekatere fiziološko usmerjene teorije podpirajo tak pogled in učijo, da gre za nepovratne spremembe v presnavljanju in pomanjkanje endorfinov (*op. cit.:* 25). Vendar Flaker (*ibid.*) pravi, da nekateri empirični podatki podpirajo nasprotno hipotezo – zasvojenost in džankizacija nista nepovratna procesa. Tudi eden od sogovornikov iz moje raziskave je zdravljen alkoholik, pa danes kljub temu občasno pri kosilu spiže kozarec vina – alkohol je sprejel kot dodatek k hrani (glej stran 72).

1.3.4. Bolezenske posledice alkoholizma

Zasvojenost z alkoholom pusti škodljive posledice na vseh področjih človekovega življenja, tako nastanejo telesna (organska) obolenja, duševne (psihične) motnje in obolenja, značajsko–osebnostne motnje in socialne motnje (Ramovš 1986: 88).

Večina *telesnih bolezni* in okvar nastopi vidneje šele po dolgotrajnejšem uživanju alkoholnih pijač. Nekatere pa so, seveda, popolnoma očitne že pri enkratni pijanosti, npr. postopno omamljanje duševnosti. Alkohol posamezne duševne dejavnosti izključuje drugo za drugo, dokler ni centralni živčni sistem popolnoma omrtven. Omamlja ga v obratni smeri, kot je nastajal: najprej začne izključevati »najvišje« duševne dejavnosti – tiste, ki so razvojno najmlajše, značilne samo za človeka. S postopnim višanjem alkohola v krvi se omamljajo in izključujejo tudi starejše oziroma »nižje« duševne dejavnosti, ki so skupne človeku in drugim živim bitjem. Tudi po dolgotrajnem uživanju alkoholnih pijač najbolj in najpogosteje oboli živčni sistem. Vnetje živcev v rokah in nogah (tresenje) je znana značilnost pri alkoholikih. Skoraj pri vsakem alkoholiku pa bolj ali manj napreduje propadanje možganske skorje: celice odmirajo in s tem krni sedež človekovih zavestnih dejanj, kar pripelje lahko celo do popolne beavosti. Pogosto pa obolijo tudi drugi organi – želodec in prebavila, trebušna slinavka, srce in ožilje, jetra, ledvice, spolne žleze, koža, z alkoholizmom so pogosto povezane pljučne bolezni (*op. cit.:* 53, 88).

Duševne motnje nastopijo pri vsakem alkoholizmu. A tudi posamezna pijanost je lahko tako huda, da kaže težke duševne motnje: zamračenost, zmedenost, prividi in prisluhi, nanašalne in zasledovalne blodnje (Ramovš 1986: 90).

Zasvojenci se slepijo in zlorablajo fantazijo in druge psihološke obrambne mehanizme do take mere, da imajo čedalje bolj zmešan sistem za presojanje in izgubijo stik s tem, kaj je res (Rozman 2013: 40).

Najpogostejša akutna duševna komplikacija alkoholizma je *alkoholni bledež (delirium tremens)*. Delirij izbruhne nenadoma in je v večini primerov vezan na določene sprožilne dejavnike, npr. nenadna nenadzorovana abstinenca, poškodbe, vročinska obolenja, hud pivski eksces. Včasih ga že več dni napovedujejo razne značilne spremembe (Može 2007: 61). To so nemir, tesnoba, razdražljivost, strah, vrtoglavica, nespečnost in hude sanje. Nato izbruhne: zavest je skaljena, orientacija zmedena, človek se počuti zelo slabo, trese se po vsem telesu, ne spi, ne je, zelo se znoji, delovanje srca oslabi (Ramovš 1986: 90). Značilni so predvsem prividi (številne drobne živali v gibanju, niti, pajčevina itn.) in razne zaznavne motnje (postelja se dviga, hiša se trese itn.). Značilen je tudi poklicno – zaposlitveni nemir: bolnik posnema gibe, ki jih v poklicu pogosto uporablja (Rugelj 2008: 169). Alkoholni bledež traja nekaj dni in se konča z globokim snom (Ramovš 1986: 90), iz katerega se bolnik prebudi zbistren in se dogajanja v času bledeža delno ali povsem ne spominja (Može 2007: 63).

Še druge duševne motnje, ki jih povzročata zasvojenost z alkoholom pa so: alkoholna halucinoza, psihoza Korsakova, alkoholna ljubosumnostna blodnjavost, alkoholna božjast (epilepsija), alkoholna demenca (Ramovš 1986: 90–91, Rugelj 2008: 170–174).

Alkoholik je od alkohola zasvojen, zato ima dve poglavitni skrbi: kako si priskrbeti dovolj alkoholnih pijač in kako pred svojimi »sovražniki« (družino, predstojniki) upravičiti alkoholiziranost. Ker mu okolje na razne načine preprečuje pitje alkoholnih pijač, se je prisiljen na razne načine izmikati (Rugelj 2008: 177). Njegovo vedenje postaja vedno bolj egoistično, težko se vživlja v druge in le redko zmore prisluhniti željam najbližjih (Može 2007: 45). Njegov *značaj in osebnost* se maličita: čedalje bolj izgublja stik s svetom, vse ga

zanima čedalje manj, le alkohol čedalje bolj, zaostaja za vrstniki, postaja izrazit sebičnež, izgublja čut za odgovornost. »Laže tako, da verjame sam sebi«, kar je njemu lahko v začetku porajajoče se alkoholne odvisnosti koristno, saj z lažmi pride do alkohola in skriva neugodna dejanja, storjena v pijanosti. Vendar pa se laganje postopoma ukorenini, alkoholik laže kar iz navade, brez dejanske potrebe in koristi. Alkoholiku tudi otopevajo čustva. Alkoholizem človeka zlagoma tako čustveno otopi, da v sebi ne zaznava niti veselja niti žalosti, v njem nastane mrtva praznina (Ramovš 1986: 94).

Socialne posledice se najprej pokažejo v ožji družini, v odnosih, za katere je značilna ljubezen in navezanost. Zasvojeni niso sposobni poštene zveste navezanosti na druge ljudi, ker je pri njih na prvem mestu njihova zasvojenost (Rozman 2013: 41).

»Tako alkoholizem ni bolezen le enega človeka, ampak vse družine, oziroma vseh, ki živijo z alkoholikom. Vsaka sprememba pri enem članu odmeva na vseh drugih in spremeni celoto. Nobeden ne more napredovati ali uspevati, da bi tega ne občutili vsi, in če katerikoli oboli ali odpove, se pozna na vseh« (Ramovš 1986: 109). V družini, obremenjeni z odvisnostjo od alkohola, prihaja kot posledica vse pogostejših prepиров z najbližjimi svojci do ohlajanja pozitivnih čustvenih odnosov. Nekoč pozoren in dostojen mož in oče postane čez noč grob, nasilen in prostaški. Vse to se lahko stopnjuje do grobih fizičnih obračunavanj z ženo, otroki, lastnimi starši, odvisen človek pa povzroči tudi veliko škode pri vzgoji otrok (Može 2007: 50). Otroci, ki se čustveno razvijajo ob staršu, ki ni sposoben zdrave navezanosti nanje, so lahko trajno prizadeti. Tudi sami se ne bodo mogli dovolj razviti, da bi mogli vzdržati tveganje zapuščanja, zato se bodo raje navezali na snov oziroma izkušnjo (Rozman 2013: 41).

Tudi v delovni skupini značilne osebnostne deformacije, kot so nezanesljivost, površnost, prepirljivost, lažnivost, pomembno vplivajo na človekov položaj. Zaradi stalne ali občasne vinjenosti in zaradi slabega počutja, posebno ko preživlja mačka, slabše dela. Pa tudi trezen je navadno pri delu manj učinkovit, ker je telesno izčrpan in bolan.

Zaradi čedalje bolj motečega vedenja, ki ne ostaja več skrito za domačimi zidovi, se človekov položaj v družbi nasploh vse bolj slabša. Zaradi neiskrenosti in dvoličnosti mu sicer neposredno le malokdo kaj reče. V njegovi prisotnosti so tiho in se mu prilagajajo, sicer pa se

ga izogibajo in ga na skrivaj opravljajo. S svojim vedenjem povzročajo zgražanje in odpor, zato je pogosto v družbi nezaželen (Može 2007: 53, 55).

Alkoholizem pusti na človeku več, med seboj različnih, posledic. Pokažejo se tako telesne kot duševne motnje, opazimo tudi očitne spremembe pri socialnih odnosih in pri samemu značaju človeka. Najbolj značilno tresenje rok lahko hitro začne vplivati na opravljanje dela na delovnem mestu, saj človek dela ne zmore več učinkovito opravljati. Laži, ki jih začne govoriti, da bi lažje prišel do alkohola ali da opraviči svoja dejanja, ki jih je storil pod vplivom omame, načenjajo odnose tako doma, kot v službi. Sorodniki in sodelavci začenjajo izgubljati zaupanje vanj. Ko preživlja krizo, ko vidi pred seboj le alkohol, ki mu v tistem trenutku predstavlja center sveta, lahko postane tudi nasilen in povzroči poškodbo bližnjemu. Njegova socialna mreža se kmalu zoži le na pivske prijatelje, lahko pa se popolnoma osami. Ker v alkoholiziranem stanju ni delovno uspešen, lahko izgubi službo, s čimer izgubi vir dohodka. Oseba ni zmožna empatije, ne razume čustev ljudi okoli sebe in na njih gleda kot na zlobneže, ki mu ne pustijo, da občasno spije »kakšen kozarček«.

1.3.5. Alkoholizem pri starih ljudeh

Dolgo je veljalo, da ljudje po šestdesetem letu starosti ne pijejo alkoholnih pijač v takih količinah, da bi jim škodovale. Več je vzrokov za zmotno prepričanje:

1. V Sloveniji smo prepričani, da je pitje alkoholnih pijač nekaj normalnega. Prepričani smo, da smo po kozarcu vina močnejši, bolj razpoloženi, manj nas zebe; alkohol je zdrav za prebavo in delovanje srca.
2. Stari ljudje imajo več težav s telesnim zdravjem in duševnimi motnjami. Ko obiskujejo zdravnika, se zdravijo zaradi povišanega krvnega tlaka, srca, sladkorne bolezni, bolezni prebavil, depresije, slabih živcev, veliko je tudi rakastih bolezni. Po navadi so to kronične bolezni. Dobijo zdravila. Pri nas je v navadi, da se kakšen dan pred tem, preden se gre k zdravniku, ne pije. Zdravnik obravnava težave, ki jih bolnik ponuja. Bolnik seveda zamolči, da pije alkohol. Če ga zdravnik vpraša, pa pravi, da pije »normalno«.

3. Stari ljudje imajo drugačne socialne težave kot mlajši, če preveč pijejo. Ne hodijo več redno v službo, zato jih nihče ne opozarja zaradi pitja. Službe ne morejo izgubiti. Zakonski partnerji jih prenašajo in se v starih letih ne ločujejo od zakoncev, ker je pri nas pač takšna morala. Tudi otroci so prepričani, da se starim odvisnikom od alkohola ne da več pomagati.
4. Če človek kljub prehudemu pitju dočaka starost, je takšno pitje samo nadaljevanje zlorabe alkohola iz mladosti, srednjih let. Danes opazamo, da tretjina ljudi po 60. letu, ki čezmerno pije, začne popivati šele po upokojitvi.
5. Pri starih bolnih ljudeh nam lahko sum za čezmerno pitje zakrijejo spremljajoče bolezni. Pogosta je depresija, živčne težave, blodnjavosti in upad spoznavnih sposobnosti, ki nakazujejo demenco. Ko stari ljudje jemljejo zdravila zaradi telesnih ali živčnih težav in ob tem pijejo, nastane medsebojno delovanje, klinična slika ni več tipična ali se zaplete zaradi motene detoksikacije telesa (Razboršek 2000: 55).

Diagnosticiranje ali prepoznavanje zlorabe alkohola v starosti je težavno, saj se mnogi simptomi zlorabe alkohola lahko pojavijo na enak način kot pri kakšnih drugih prikritih in nespecifičnih boleznih ali stanjih, kot so prebavne težave, nespečnost ali napačno diagnosticirane demence ali depresije (Ramovš 2016: 35).

Dejstvo pa je, da problem odvisnosti pri starih ljudeh narašča. Raziskave iz tujine sicer kažejo, da je uživanje alkohola in drugih psihoaktivnih snovi pri starih ljudeh manjše in odstotek abstinentov večji kot pri mlajši populaciji. A slovenske študije (iz leta 1999 in leta 2001) so pokazale, da je ravno pri ljudeh, ki so starejši od 60 let, odstotek čezmernih pivcev največji (Boben–Bardutzky 2004: 47).

1.3.6. Tipi in vzorci pitja v starosti

Težave z alkoholom, ki se pojavljajo pri starih ljudeh, delimo v dve skupini.

- *Dolgotrajni alkoholizem (long term drinking)*: v tej skupini so ljudje, ki so s prekomernim pitjem začeli že (relativno) zgodaj v svojem življenju in z njim nadaljevali z ali brez obdobja abstiniranja (Fox, Wilson 2011: 60). Drugi raziskovalci (Institute of Alcohol Studies, 2012) to skupino pivcev poimenujejo tudi *trdoživi pivci*. To so stari kronični alkoholiki, pri katerih se je v zgodnejšem ali srednjem obdobju življenja razvila zasvojenost. V večini primerov so pitju botrovali vzroki, kot so izguba staršev, težko telesno delo, pomanjkanje hrane, finančne stiske in velika dostopnost alkohola v okolju. Življenjska doba trdoživih pivcev je v povprečju krajša za od 10 do 15 let (Ramovš 2016: 35).

V tej skupini so v glavnem razvezanci, delomrzneži, postopači, skratka, primarno neprilagodljivi ljudje brez družine. V socialnem pogledu so navadno mrtvi, v njih ni več notranje moči za rehabilitacijo. V to skupino sodi podskupina alkoholikov, ki še imajo svoje družine. Ker so zelo moteči zaradi pogostih pijanosti, alkoholične spremenjenosti in demence, pa težavni in nebogljeni zaradi telesnega hiranja, so jih doma odpisali in bi se jih radi znebili. V takih družinah vlada nepopisen brezup (Rugelj 2008: 271).

Pri tej skupini pivcev je pogosta tudi komorbidnost⁷, še posebno pa težke motnje razpoloženja (depresivnost, bipolarna motnja) in miselne motnje (Blow 1998).

- *Pozni začetek (late onset)*: ljudje iz te skupine so s prekomernim pitjem začeli bolj pozno v svojem življenju (Fox, Wilson 2011: 60), pogosto kot odziv na travmatične življenjske dogodke, kot so smrt bližnjega, osamljenost, bolečina, nespečnost, upokojitev, poslabšanje socialnoekonomskega stanja ipd. Raziskovalci Inštituta za raziskovanje alkohola (2012), ki jih navaja Ramovš (2016: 35), jih imenujejo tudi *reakcijski pivci*.

Pri zmernem pivcu se to navadno pokaže kot postopno ali nenadno povečanje uživanja alkohola, prekomerno pa lahko začne alkohol uživati tudi nepivec, če je prišel v stik z

⁷ O komorbidnosti govorimo, ko pri človeku ugotovimo sočasno prisotnost odvisnosti od alkohola in drugo psihiatrično motnjo. Stanje je znano tudi kot dvojna diagnoza (Može 2007: 66).

alkoholom ravno v teh težkih obdobjih. Pri teh pivcih je bolj verjetno, da bodo prej poiskali pomoč (in tudi drugi jim jo bodo priporočili) kot dolgoletni pivci (Fox, Wilson 2011: 60), obstaja pa večja možnost, da njihovo pitje ostane dolgo časa neopazno, saj njihova psihološka in socialna patologija, družinske vezi, redno delo v preteklosti, nepovezanost s kriminalom nasprotujejo tipični sliki alkoholizma. Pozni pivci so pogosto preveč zdravi in preveč »normalni«, da bi zbudili sum za prekomerno pitje (Blow 1998).

V obeh skupinah alkoholikov pa se lahko oblikujejo različni tipi in vzorci pitja:

Neprekinjeno prekomerno pitje (Continual heavy drinking):

Izraz se uporablja za vsakodnevno pitje, z nekaj ali sploh z nič dnevi abstiniranja. Nanaša se na pitje alkohola v nekem določenem delu dneva kot tudi na pitje skozi ves dan. Ljudje, ki vsak dan prekomerno uživajo alkohol, so se redko sposobni zavedati svojih čustev, razmišljati o razlogih za pitje ali se učinkovito spoprijemati z življenjskimi dogodki. Pivci iz te skupine bi potrebovali detoksikacijo, izkusili pa bi tudi zelo hude in celo nevarne odtegnitvene znake, če bi nenadoma prenehali s pitjem ali bi to poskusili brez zdravstvene pomoči (Fox, Wilson 2011.: 62).

Občasno prekomerno pitje (Binge drinking):

Pivci, ki občasno prekomerno pijejo, so kompulzivni pivci. Alkoholne pijače pijejo občasno v količinah, ki jim lahko povzročajo hude zdravstvene in druge težave (Ramovš 2016: 35), z vmesnimi obdobji abstiniranja ali redkeje z obdobji zmerne pitja. Poznamo dva tipa takega pitja (Fox, Wilson 2011: 63):

- *Kaotično občasno pitje* – pitje je prekomerno, a nenapovedano, razpršeno. Lahko se pojavi v okviru sicer urejenega življenja ali kot izraz neurejenosti v splošno kaotičnem življenjskem vzorcu. Delo z ljudmi, ki sodijo v to skupino pivcev, je verjetno najbolj zahtevno, ker se pitje pojavi nepredvidljivo, težko je določiti sprožilce pitja ali pa so različni in jih je veliko.

- *Občasno pitje, ki se pojavi po nekem vzorcu ali ga sprožijo specifični dogodki* – pogostost pitja je lahko različna, vendar je s temi pivci lažje delati, saj je po navadi mogoče predvideti verjetnost pitja.

Skrivno pitje (Secret drinking):

Za skrivno pitje gre, ko pivec skuša zavestno skriti pitje pred drugimi. Ta način je treba razlikovati od t. i. »nezadostnega poročanja« (*under reporting*) zaužitega alkohola. »Skrivne pive« je pogosto sram in strah, da bodo drugi odkrili njihovo pitje in so nepripravljeni priznati potrebo po pitju. Pitje lahko začnejo skrivati zaradi splošnega neodobravanja, zaradi neke vrste upora, ali ker pivec s skrivanjem doživlja vznemirjenje in to vznemirjenje postane spodbuda za skrivanje. Nekaterim pivcem skrivanje predstavlja večji problem kot pitje sâmo, včasih se res izkaže, da gre za majhne količine alkohola, ki ga skrivajo (*op. cit.: 66*).

Ritualno pitje (Ritualized drinking):

Ta oblika pitja se pojavi, ko je uživanje alkohola skozi daljše obdobje združeno s precej utrjenimi in ponavljajočimi se oblikami vedenja. Zato alkohol in vedenja, ki jih spremlja, postanejo del jasno opredeljene in medsebojno vzdrževane navade. Velik del naše identitete izhaja iz preprostih navad v našem življenju. To postane še bolj verjetno v starosti. Veliko upokojencev si, na primer, ustvari določene navade, da si strukturirajo svoj čas, ustvarijo si običaje, rituale, ki dobijo osebni pomen. Neko stvar lahko ponavljajo vsak dan ob istem času ali ob določenih dnevih, in ob tem doživljajo občutek ugodja, udobja in varnosti. Kadar je prisoten še alkohol, lahko ti rituali še okrepijo navado pitja. Pogosto postanejo običaji in uživanje alkohola enako pomembni, tako da ob odsotnosti enega ali drugega človek občuti pomanjkanje. To lahko privede do točke, ko se slej ko prej vsi rituali nanašajo na pitje alkohola (*op. cit.: 68*).

Asociativno pitje (Associative drinking):

Ta izraz opisuje pitje, ki se začne, kadar človek nezavedno z vonjanjem, okušanjem, podobami ali specifičnimi mislimi poveže alkohol z določeno situacijo, dogodkom ali okoliščino (*op. cit.: 70*).

Samozdravljenje s pitjem (Drinking for self-medication):

Nekateri pivci skušajo s pitjem alkohola doseči terapevtski učinek ali ga uživati kot nadomestilo za predpisana zdravila. To je še posebno nevarno pri starih ljudeh, ki imajo razna obolenja in za katera je treba pravilno jemati predpisana zdravila. Alkohol uživajo za lajšanje bolečin, za lajšanje tesnobe ali za lažje spanje, za povečanje energije, samozavesti ali poguma, za izboljšanje počutja in kot pomirjevalo – za zmanjšanje šoka ali panike. Vseeno pa ljudje, ki se poslužujejo alkohola kot »zdravila«, poročajo, da so pozitivni učinki alkohola kratkotrajni in da večkrat le pripomore k njihovim težavam (*op. cit.: 72*).

Pri starih ljudeh torej ločimo dolgotrajni alkoholizem in pozni začetek. Ob dolgotrajnem alkoholizmu so ljudje začeli piti zgodaj, ko so ostali brez službe, brez prijateljev in družine. V to skupino sodijo tudi pivci, ki imajo družino, a v njej ne funkcionirajo, zato se jih svojci želijo znebiti. Nekateri pa so začeli piti pozno, navadno ob žalovanju, ob upokojitvi ali bolezni. Takrat govorimo o poznem začetku. Pitje zmernega pivca se lahko postopoma veča ali pa se poveča nenadno. Pivci v tej skupini so bolj zdravi, tudi pitje je dolgo časa neopazno. V obeh oblikah alkoholizma pa se pojavlja neprekinjeno prekomerno pitje, občasno prekomerno pitje, skrivno, ritualno, asociativno pitje in samozdravljenje s pitjem.

1.3.7. Razvoj zasvojenosti pri starih ljudeh

Z leti se naše telo spreminja. Navzven so opazne gube, obrazne linije, dodatna telesna teža, koža ni več tako prožna kot je bila. Telo zgublja mišično maso, večja se maščobno tkivo in tudi alkohol se počasneje presnavlja (Timms 2012), zato v telesu ostane dlje časa. V telesu je manj vode, ki bi razredčila alkohol, zmanjša se pretok krvi skozi jetra, zmanjša se učinkovitost jetrnih encimov in funkcija jeter posledično slabi (Ramovš 2016: 35). Tako je v krvi, kljub enaki količini popitega alkohola, večji delež alkohola kot pri mlajšemu človeku (NIHSeniorHealth).

Čebašek–Travnik (2004: 48) navaja naslednje življenjske spremembe kot sprožilne dejavnike za zasvojenost z alkoholom pri starem človeku:

- *čustvene in socialne težave* (izgube, žalovanje, občutek nepripadnosti, družinski konflikti, občutek nekoristnosti, zmanjšano samospoštovanje, dolgčas, izguba telesne privlačnosti...),
- *zdravstvene težave* (slabo telesno počutje, kronične bolečine, telesne okvare, nespečnost, motnje vida in sluha, omejena gibljivost, kognitivne spremembe...),
- *praktične težave* (onemogočena nega samega sebe, zmanjšana sposobnost za obvladovanje težav, zmanjšana ekonomska varnost ali revščina, sprememba bivališča, domska oskrba...).

Toleranca do alkohola se v starosti torej močno zniža, star človek postane bistveno bolj občutljiv na učinke alkohola, ti pa so zanj tudi bolj škodljivi kot za mladega človeka. Krivec za to so fiziološke spremembe, ki nastopijo s starostjo. Nastopijo pa tudi pomembne spremembe v življenju, ki so lahko sprožilne za zasvojenost z alkoholom v starosti (slabo telesno počutje in razna obolenja, poslabšan ekonomski status, izgube prijateljev, partnerja, sprememba bivališča, odhod v dom).

1.3.8. Posledice prekomernega uživanja alkohola med starimi ljudmi

V literaturi je lahko najti dejstva o povezanosti čezmernega uživanja alkohola in tveganj za bolezni srca in ožilja, povišan krvni tlak in kapi (Suhonen 2011: 94). »Tvegano pitje alkohola vodi do nesreč, prepoznano pa je tudi kot eden izmed treh najpomembnejših dejavnikov tveganja za padce, ki znatno pripomorejo k obolevnosti in umrljivosti v starosti. Poleg tega lahko zloraba alkohola vodi v nespečnost, zveča tveganje za inkontinenco, osteoporozo, poslabša simptome Parkinsonove bolezni, vodi pa tudi do bolezni prebavil« (Lipar 2011: 61). Čezmerno uživanje alkohola pa lahko vpliva tudi na težave, povezane z zanemarjanjem samega sebe (slaba prehrana, slaba higiena, podhladitev ipd.) (Suhonen 2011: 94). Pri starih prekomernih pivcih je prisotno tudi povečano tveganje za razvoj resnih jetrnih bolezni (ciroza, hepatitis, zamaščenost) in raka (rak jeter, rak na požiralniku, grlu in črevesju) (Lipar 2011: 61). Suhonen (2011: 94) navaja Blowa *et al.* (1992), ki pravijo, da so številne raziskave pokazale, da so dvojne diagnoze med starimi ljudmi pogostejše kot med mladimi. Depresivnim starim alkoholikom bolj grozi samomor, dolgotrajna zloraba alkohola pa napoveduje hujšo in bolj kronično obliko depresije v pozni življenjski dobi. Obstajajo tudi

dokazi o povečani pogostosti skoraj vseh oblik demence kot tudi Alzheimerjeve demence med starimi uporabniki alkohola (*ibid.*). Poleg naštetih zdravstvenih težav pa je pri starejših od 65 let povečano tudi tveganje za neželene reakcije med zdravili in alkoholom, saj ima kar 8 od 10 starih ljudi predpisana zdravila (Lipar 2011: 61).

Posledice čezmernega pitja pri starih ljudeh pa niso samo telesne, temveč tudi psihične in socialne. Stari ljudje imajo na splošno manjšo socialno mrežo in so bolj osamljeni, pri starih pivcih se to dogaja še pogosteje in s še bolj tragičnimi posledicami kakor pri mlajših. Njihova socialna mreža je šibka ali enostranska. Večina starih pivcev je zaradi svoje trdoživosti prestala že marsikaj, med drugim tudi izgube pivskih prijateljev, kar je razumljivo, saj alkoholiki umirajo v povprečju od deset do petnajst let prej kakor njihovi zdravi vrstniki. S sorodniki imajo šibke vezi, vseeno pa sorodniki pogosto poskrbijo zanje (Ramovš 2013: 36).

Med literaturo o učinkih alkohola lahko najdemo tudi vire, ki govorijo o ugodnih posledicah uživanja alkohola. Seveda vsi govorijo o prvotno pozitivnih učinkih majhnih količin alkohola, zaradi katerih pa se ljudje nanj lahko močno navežejo, saj trenutno zmanjša napetost, tesnobo in strah, okrepi občutek povezanosti, poguma in vsemogočnosti, človek ob pitju pozabi tudi neprijetne dogodke in si lajša fizične bolečine (Gantar Štular 2009).

Zmerne količine piva naj bi varovale človeka pred boleznimi srca in ožilja, krepile kosti, izboljševale razpoloženje, upočasnjevale staranje in razvoj sladkorne bolezni. Vsekakor pa pitje piva v prekomernih količinah izniči vse njegove koristi in zdravju predvsem škoduje (J. B. 2009).

Iz moje raziskave lahko prav tako navedem nekaj pozitivnih učinkov alkohola. Ne gre za pozitivne učinke samega zaužitja alkohola, temveč za občutke, doživljanja pivcev ob pitju. Pitje alkohola jim pravzaprav pomeni razlog, da se zberejo, se družijo in se pogovarjajo, so duhoviti, živahni, veseli, so odprti, dobrovoljni, skrbijo drug za drugega (glej stran: 69, 70).

1.3.9. Druge zasvojenosti v starosti

Zloraba snovi se pogosto povezuje z mladimi, vendar pri tovrstnih težavah ni starostnih omejitev. Poleg zasvojenosti z alkoholom se pri starih ljudeh pojavljajo tudi druge zasvojenosti – zasvojenost z nesubstancami, zasvojenost s prepovedanimi drogami, zasvojenost z zdravili, kajenje. Raziskav o zasvojenostih med starimi ljudmi ni veliko, zato je težje oceniti natančen obseg in posledice takih zlorab, vendar pa so napovedi za prihodnja leta zaskrbljujoče (Gossop 2008).

1. Zasvojenost z nesubstancami

O zasvojenosti z igrami na srečo, nakupovanjem in z internetom pri starih ljudeh je na voljo malo podatkov, najpogostejša je zasvojenost z igrami na srečo (Pihlar 2010: 67). »Vendar je tudi ta oblika zasvojenosti enako škodljiva in nevarna kot vsaka druga zasvojenost, le da posledice na telesni ravni niso tako očitne. Pa tudi to morda velja samo na začetku. Sodelavec Nacionalnega inštituta za psihoterapijo Peter Topić pravi, da so avtorji pri raziskovanju zdravstvenih posledic pri odvisnih od iger na srečo ugotovili težave, kot so visok krvni tlak, rana na želodcu, glavoboli, bolečine v hrbtenici, črevesne težave in resne težave s srcem. Obenem jim peša spomin, njihova zbranost je slabša, težje se učijo. Čustveno so osiromašeni, kar nekateri opisujejo z izrazom "duhovno mrtev", saj niti ne zaznajo, kar se dogaja v okolju, k čemur prispeva svoj delež tudi izolacija« (Gerdina 2009).

2. Zasvojenost s prepovedanimi drogami

»Čeprav je uporaba prepovedanih drog manj pogosta pri starejših odraslih kot pri mlajših, se razširjenost tega pojava povečuje. Po ocenah, narejenih v ZDA, se lahko število starejših od petdeset let, ki potrebujejo zdravljenje zaradi uporabe prepovedanih drog, med letoma 2001 in 2020 poveča celo za 300 odstotkov. Tudi programi zdravljenja z metadonom in drugimi nadomestnimi zdravili so vse bolj uspešni pri vključevanju in ohranjanju bolnikov v zdravljenju, poleg tega zmanjšujejo tudi število smrti zaradi prevelikih odmerkov; posledično se bo število starejših bolnikov postopoma povečalo« (Gossop 2008).

3. Zasvojenost z zdravili

»Stari ljudje so pogosti in redni uporabniki zdravil na recept in zdravil v prosti prodaji. Približno eno tretjino vseh zdravil na recept, med katerimi so pogosto benzodiazepini in opioidni analgetiki, uporabljajo ljudje, starejši od 65 let. V starosti psihoaktivna zdravila pogosteje predpisujejo ženskam kot moškim in tudi pogosteje so v starosti ženske bolj izpostavljene tveganju zlorabe zdravil na recept kot druge starostne skupine. Zloraba zdravil na recept med starimi ljudmi je lahko tudi nenamerno povzročena zaradi zdravljenja. Do tega lahko pride, ker se uporaba zdravil in odziv na zdravljenje ne spremljata redno ali ker je predpisanih več vrst zdravil, ki imajo neželene učinke zaradi medsebojnega delovanja. Kadar se zdravila na recept uporabljajo daljše obdobje ali v neustreznih odmerkih, se razvijeta celo toleranca in fizična odvisnost, pri prekinitvi uporabe zdravil pa se lahko pojavijo abstinenčni simptomi« (*ibid.*).

Namerna zloraba zdravil na recept ali zdravil v prosti prodaji zajema zavestno uporabo višjih odmerkov, kot so bili predpisani, podaljševanje obdobja uporabe zdravil, kopičenje zalog zdravil, uživanje zdravil brez potrebe, uživanje na drugačen način od predpisanega, na primer vdihavanje prahu zdrobljene tablete namesto zaužitja, uporabo zdravil sočasno z alkoholom (Oražem Grm 2012).

Še posebno lahko postane nevarno za starega človeka sočasno uživanje zdravil in alkohola. Uživanje alkohola zdravniki že na splošno odsvetujejo, kadar jemljemo zdravila, ne glede na starostno skupino, stari ljudje pa so še bolj občutljivi, saj se njihov organizem drugače odziva na alkohol in zdravila kot pri mlajših ljudeh.

Uživanje alkohola v kombinaciji z nekaterimi zdravili lahko pri starem človeku povzroči težave že pri zmernem ali zgolj občasnem pitju (*ibid.*).

Nevarno je uživati alkohol skupaj z zdravili za spanje, proti bolečinam, za tesnobo ali depresijo (Pihlar 2011: 68), saj povzročijo čezmeren pomirjevalni učinek in s tem povečano tveganje nesreč in poškodb (Oražem Grm 2012).

4. Kajenje

Kajenje je velik dejavnik tveganja za nastanek vsaj 6 od 14 najbolj pogostih vzrokov za smrt pri ljudeh, starejših od 60 let (npr. srčne bolezni, cerebrovaskularna bolezen, kronična obstruktivna pljučna bolezen, pljučnica, gripa, pljučni rak, kolorektalni rak), pri še vsaj treh drugih obolenjih pa stanje poslabša. Prav tako pa kajenje lahko povzroči zmanjšano delovanje zdravil. Kadilci npr. po navadi potrebujejo večji odmerek benzodiazepinov za dosego enakega učinka kot nekadilci. Kajenje je pri starih prekomernih pivcih veliko bolj razširjeno kot pri splošni populaciji starih ljudi in je tudi najbolj pogosta zloraba snovi med starimi ljudmi (Blow 1998).

1.3.10. Zmanjševanje škode posledic prekomernega uživanja alkohola in možnosti zdravljenja zasvojenosti z alkoholom starih ljudi

Programi zmanjševanja škode na področju uživanja alkohola so največkrat združeni s programi preventive in zdravljenja. To so na primer nadzor oglaševanja alkoholnih pijač, omejevanje in nadzor dostopnosti alkoholnih pijač, nadzor v prometu, omejevanje dostopnosti alkohola z davki in višjimi cenami, izobraževanje ljudi o škodljivi rabi alkohola, pa tudi omogočanje dostopa do zdravljenja alkoholizma in bolezenskih stanj, povezanih z zlorabo alkohola (Tomašević, Kastelic 2015: 405).

Načrtovanje in izvajanje preventive prekomernega pitja starih ljudi sta nujni in tudi zahtevni nalogi. Nujni sta zaradi posledic, ki jih čezmerno pitje povzroča na zdravstveni, ekonomski, socialni in osebni ravni. Zahtevni pa sta zato, ker še ni prave politične in strokovne volje, da bi razvijali preventivo za »družbeno najmanj produktivno« generacijo, in ker še niso razvita orodja za učinkovito preventivo (Ramovš 2016: 36).

Ramovš (*ibid.*) prikazuje tri klasične vrste preventive na področju alkoholizma (po Ramovš J. 2001), ki pa so dopolnjene za potrebe pitja starih ljudi:

- *Primarno preprečevanje* je usmerjeno na celotno populacijo starih ljudi, njegov namen pa je ustvariti takšne razmere, da ljudje v stari dobi življenja pijejo čim manj tvegano. To pomeni, da so ljudje že v srednjem obdobju svojega življenja deležni javne

spodbude, da zavestno krepijo varovalne dejavnike nad dejavniki tveganja prekomernega pitja. Izvajalci so politika, gospodarstvo, ekonomija, zakonodaja in vzgoja v sodelovanju z alkoholološko stroko.

- *Sekundarno preprečevanje* je usmerjeno v skupine starega prebivalstva, ki so še posebej ogrožene zaradi alkoholizma; to so skupine z dolgotrajnim uživanjem alkohola. Izvajalci sekundarne preventive sta predvsem sociala in zdravstvo v sodelovanju z drugimi strokami.
- *Terciarno preprečevanje* skuša pri starih ljudeh, ki so oboleli z alkoholizmom, zmanjšati osebno ali družbeno škodo ali preprečiti poslabšanje stanja. Področje se v precejšnji meri pokriva s pojmom socialne (zdravstvene in druge) oskrbe alkoholikov z nerešljivo problematiko in pa s pomočjo svojcem pri njihovi oskrbi in lastnem varovanju zdravja. Na področju terciarne preventive je najbolj značilno delovanje civilnih humanitarnih in dobrodelnih združenj, deloma pa tudi delovanje javne zdravstvene in socialne službe.

Glede na resnost težav z alkoholom pa se lahko star človek odloči tudi za eno ali več možnosti zdravljenja:

- *Detoksikacija* vključuje jemanje zdravil za zmanjšanje abstinenčnih simptomov, nato pa se po nekaj dneh ali tednih jemanje zdravil zmanjša in nato preneha. Za starega človeka je najbolje, da to stori v bolnišnici (Timms 2012).

Zunaj bolnišnična detoksikacija je še posebno neprimerna za starega človeka, ki je občutljiv, živi sam in ima malo družinskih članov, ki bi ga podpirali, ali pa ima več zdravstvenih težav in za to predpisana zdravila (Dar 2006: 178).

Na drugi strani pa je za starega človeka prehod v bolnišnico še bolj naporen in tvegan. Morda bi lahko tak nadzor nadomestila patronažna služba ali oskrba na domu.

- *Podporne skupine*. Veliko ljudem so skupine za samopomoč, kot so npr. Anonimni Alkoholiki, najboljša rešitev za premagovanje težav s pitjem alkohola. Vendar pa ne

ustrezajo vsem. Te skupine delujejo tako, da mora človek, ki se udeleži skupine, popolnoma prenehati s pitjem alkohola, veliko starih ljudi pa bi morda rado samo zmanjšalo pitje (Timms 2012).

- *Kratke intervencije* so večdimenzionalni načini spoprijemanja z alkoholom pri starih ljudeh. Cilj kratkih intervencij je ustvariti osebno motivacijo, ne glede na to, kako velike so težave z alkoholizmom. Odločilno je spreminjanje osebnega vedênja. Značilnosti kratke intervencije so ocena, določitev ciljev, spreminjanje vedenjskih vzorcev in uporaba gradiv za samopomoč. Največ pozornosti pri kratki intervenciji je namenjene izobraževanju uporabnikov, da bi našli motive in vzroke za čezmerno pitje (Suhonen 2011: 95).
- *Konfrontacijske intervencije* so namenjene prenehanju zanikanja in upiranju priznanja. Zdravljenje temelji na konfrontaciji, ki človeka »zlomi«. Ta model lahko nekatere uporabnike označi tako, da občutijo sram in stigmo. Konfrontacijski pristopi so uporabnejši pri starih ljudeh, ki pripadajo isti starostni skupini. Doživeli so namreč podoben zgodovinski, socialni in kulturni kontekst in dogodke. Pri tem pristopu stari ljudje po navadi potrebujejo čas za senzibilne terapevtske pogovore (*ibid.*).
- *Kognitivno vedenjski pristop* temelji na postopnem spreminjanju vedenjskih vzorcev. Osnovna cilja tega pristopa sta oblikovanje in krepitev moči, poudarja pa tudi misli, prepričanja, čustva, ki stare ljudi privedejo k zlorabi alkohola (*op. cit.: 96*).
- *Vzdrževanje abstinence z zdravili*. Nekatera zdravila se uporablja za vzdrževanje abstinence od alkohola, npr. disulfiram, naltrekson, akamprosot, vendar se jih največkrat predpisuje mlajšim ljudem, saj ni dovolj znanega, kakšen in kako varen učinek imajo na starega človeka (Timms 2012).

Pri pogovoru s starim človekom, ki ima težave s prekomernim uživanjem alkohola, sta potrebna empatija in aktivno poslušanje svojcev (in/ali osebja v domovih za stare ljudi). Večkrat mu je treba nakazati možnosti rešitev, priznati je treba uspehe v njegovem dosedanjem življenju, ugotoviti je treba, kako bi ga motivirali, da bi užival manj alkohola ali

se zdravil. Ker je lahko zmožnost starega človeka za pogovor manjša (nezaupanje, občutki krivde in sramu ipd.), se moramo v pogovoru izogibati konfrontaciji (Pihlar 2009: 84).

Rugelj (2008: 273) navaja Ramovša *et al.* (1992), ki pravijo, da lahko zdravljeni alkoholiki v procesu rehabilitacije alkoholizma hitreje napredujejo, če se vključujejo tudi v program tvornega nadaljevanja kreativnega življenja starih, ki ga v Sloveniji dejavno vodi in razvija tandem Tone Kladnik in Branka Knific.

Če pa se star zasvojenec nikakor ne more odločiti za zdravljenje, moramo njegovo odločitev sprejeti in skušati doseči, da bo obvladoval svoje življenje. To pa je mogoče doseči s podaljševanjem obdobj, v katerih ne uživa alkohola, ali z zmanjšanjem uživanja alkohola (Pihlar 2009: 83), in z vključevanjem v aktivnosti, da zapolni svoj vsakdan in prekine dnevno rutino pitja alkohola (Timms 2012).

Za nekaj časa takemu človeku ne omenjajmo zdravljenja, ostanimo mu blizu in ga podpirajmo. Morda bo ideja o zdravljenju vzknila, ko bomo najmanj pričakovali.

2. PROBLEM

Ramovš (2003: 103) pravi, da sta za kakovostno starost nekaj najbolj nujno potrebnega osebni medčloveški odnos in komunikacija. Star človek potrebuje tesen medčloveški odnos in reden stik z nekom, ki ga doživlja kot svojega. Če tega nima, se počuti osamljenega. Še posebno težko je to za človeka, ki mora starost preživljati v domu za stare ljudi. Odhod v dom staremu človeku predstavlja enega od najhujših stresov v življenju. Kakšen stres je to, pove dejstvo, da se kar tri četrtine ljudi upira odhodu v dom; pri tem moramo upoštevati, da se jih 15% s tem sprizajni zato, ker so invalidi (Pečjak 1998: 13). Nekateri se morda ne želijo preseliti v dom, ker imajo v mislih grozljive podobe ustanov (gradovi, samostani), ki so v preteklosti imele funkcijo današnjih domov za stare, t. i. hiralnice in so v ljudeh vzbujale občutke strahu in tesnobe. Drugim pa je pri taki odločitvi težko, ker vedo, da se bodo morali prilagoditi novemu načinu življenja, novim načelom, novim ljudem. Prilagajanje v visoki starosti, sprejem novih pravil in ustvarjanje novih navad pa je izredno težaven proces, pogosto neizvedljiv (Ramovš *et al.* 1992: 52). Upira se jim tudi misel, da bodo izgubili neodvisnost in možnost pri odločanju o svojem življenju. In ravno zaradi osamljenosti, nezmožnosti odločanja in odvisnosti od drugih, se (star) človek ali vda v usodo ali pa se zateče k omamam. Alkohol človeku daje občutek zadovoljstva, samozavesti, težave kar izginejo, ničesar ni, česar ne bi mogel storiti (Ziherl 1989: 48).

»Sicer pa je pitje alkoholnih pijač pri starih ljudeh pogosto skrit problem. Veliko starih ljudi ne želi razkriti svojih navad uživanja alkohola, ker jih je sram. Mnogi živijo sami, umaknjeni iz družbe, zato je pri njih tvegano pitje težje odkriti. Obstaja pa tudi možnost, da se stari ljudje, ko pripovedujejo o količini popitega alkohola, poslužujejo t. i. »nezadostnega poročanja«, kjer je prikazana količina popitega alkohola manjša kot je v resnici. Tudi zdravstveni delavci in delavci drugih strok zelo neradi sprašujejo starih ljudi o količini popitega alkohola, ker se ob tem počutijo neprijetno ali zato, ker imajo stereotipna prepričanja, da je popivanje značilno predvsem za mlajše generacije. Težave z alkoholom pa se pogosto kažejo skozi mnoge nespecifične poti, kot so nesreče, depresija, težave s spanjem, stanja zmedenosti, zanemarjanja samega sebe. Vsa opisana stanja pa že sama po sebi pripisujemo staranju.

Zloraba alkohola povzroča resne težave, česar se prizadeti pogosto ne zavedajo. Prekomerno pitje alkohola vpliva na manjšo sposobnost opravljanja vsakdanjih opravil, poveča nevarnost za poškodbe, padce, bolezni« (Lipar 2011: 60).

Tematika me je pritegnila, saj združuje dve področji, ki me zelo zanimata: zasvojenosti in stari ljudje. Pri predmetu Socialno delo s starimi ljudmi sem pisala esej o stanovalcih v domovih za stare ljudi. Ob ponovnem prebiranju tega eseja pa sem razmišljala še o stanovalcih, ki prekomerno uživajo alkohol ali so z njim zasvojeni. Je sploh kaj takih ljudi v domovih, imajo sorodnike in stike z njimi, so morda začeli posegati po alkoholu ob vselitvi v dom ali je to težava še iz prejšnjega dela življenja, kako jih sprejemajo zaposleni in drugi stanovalci doma? Vsa ta in še druga vprašanja so tako vzbudila moje zanimanje, zato sem sklenila raziskati tematiko in poiskati odgovore v domovih za stare ljudi na Notranjskem.

Namen diplomskega dela je torej raziskati pojavnost prekomernega uživanja alkohola med starimi ljudmi, ki živijo v domovih za stare ljudi na Notranjskem.

Cilj raziskave pa je odgovoriti na naslednja raziskovalna vprašanja:

Kakšne so značilnosti prekomernega uživanja alkohola med stanovalci domov za stare ljudi?

Kakšen pomen in vlogo ima alkohol v življenjskem svetu starega človeka?

Kakšen je slog pitja starega človeka, ki prekomerno uživa alkohol?

Kakšna je socialna mreža, zdravstveno in finančno stanje starega človeka, ki prekomerno uživa alkohol?

Kako poteka življenje pivcev v domu, kako upoštevajo hišni red, kakšni so njihovi hobiji, kako jih drugi stanovalci sprejemajo?

Kako se zaposleni domov spoprijemajo s težavami, ki so povezane s prekomernim uživanjem alkohola (npr. povzročanje hrupa, prepiri, delirij, abstinenčna kriza)?

Kakšni so ukrepi zaposlenih in tudi ukrepi stanovalcev za zmanjševanje škode posledic prekomernega uživanja alkohola?

3. METODOLOGIJA

3.1. VRSTA RAZISKAVE

Raziskava je empirična, in sicer kvalitativna, saj osnovno izkustveno gradivo, zbrano v raziskovalnem procesu, sestavljajo besedni opisi in pripovedi, brez uporabe merskih postopkov, ki dajo števila, in brez operacij nad števili (Mesec 2007: 11). Raziskava je tudi eksplorativna in komparativna, saj sem se lotila dokaj neraziskanega problema, rezultate iz vseh treh domov za stare ljudi pa sem primerjala med seboj.

3.2. VIR PODATKOV IN MERSKI INSTRUMENT

Analizirala sem intervjuje, ki sem jih izvedla v domovih za stare ljudi v treh pomembnejših mestih na Notranjskem, in sicer v:

- Domu starejših občanov Ilirska Bistrica,
- Centru starejših občanov Cerknica,
- Domu upokojencev Postojna.

Podatke, ki sem jih uporabila v raziskavi, sem zbrala s pomočjo nestandardiziranih intervjujev. Merski instrument je tako bil vodilo za intervju – vnaprej pripravljen spisek osnovnih tem pogovora (Mesec 1997: 112). Kljub temu sem si za lažje vodenje pri posamezni temi pripravila še nekaj vprašanj⁸, ki pa niso bila za vsakega vprašanca enaka ali v enakem zaporedju.

3.3. SPREMENLJIVKE

Ker je moja raziskava kvalitativna, spremenljivk nisem določila vnaprej, temveč sem podatke razvrstila na več osrednjih tem:

⁸ Nekaj jih povzemam iz vira Košir, J. (2008), *Prekomerno uživanje alkoholnih pijač v treh domovih za stare*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomsko delo).

- *značilnosti uživanja alkohola v domovih za stare* (število, spol in starost stanovalcev, ki prekomerno uživajo alkohol, kako pogosto prihaja do prekomernega uživanja alkohola stanovalcev, kako stanovalci pridejo do alkohola – gredo sami ponj, imajo v domu bife, jim ga prinesejo obiskovalci, odnosi med zaposlenimi in stanovalci, ki prekomerno uživajo alkohol ter med stanovalci pivci in nepivci, ali je kdo od stanovalcev začel prekomerno uživati alkohol po nastanitvi v dom),
- *pomen in vloga alkohola v življenjskem svetu starega človeka* (kakšno vlogo ima alkohol v življenju starega človeka, kakšen pomen mu pripisuje),
- *slog pitja starega človeka* (ob kakšnih priložnostih posega po alkoholu, se je kdaj zdravil zaradi prekomernega uživanja alkohola, koliko let že prekomerno uživa alkohol, kakšen je njegov način pitja danes – ob katerih delih dneva pije, pije sam ali v skupini drugih pivcev),
- *socialna mreža človeka, ki prekomerno uživa alkohol* (ima tak stanovalec prijatelje v domu, so to pivci ali nepivci, imajo prijatelje zunaj doma, imajo družino in ali ohranja stike z njimi),
- *zdravstveno stanje starega človeka, ki prekomerno uživa alkohol* (predvsem me zanima njegovo zdravstveno stanje v primerjavi z nepivcem, ali ima predpisana kakšna zdravila – se zaveda stranskih učinkov zdravil, pozna učinek kombinacije istočasnega uživanja zdravil in alkohola, kako sicer skrbi za svoje zdravje, prehrano, higieno),
- *finančno stanje stanovalcev, ki prekomerno uživajo alkohol* (zanima me, ali imajo svoje dohodke, kako z njimi razporejajo, še kaj dodatno kje zaslužijo),
- *življenje v domu starih ljudi, ki prekomerno uživajo alkohol* (kako poteka vsakdan ljudi, ki prekomerno uživajo alkohol, upoštevajo hišni red, se udeležujejo raznih delavnic, ki potekajo v domu, imajo kakšen hobi, kako jih sprejemajo drugi stanovalci doma, kako se ob njih počutijo),

- *spoprijemanje zaposlenih s težavami*, ki nastajajo zaradi prekomernega uživanja alkohola stanovalcev doma (kako se zaposleni spoprijemajo z nemiro, prepiri, morda pretepi, ki jih povzročajo stanovalci, kadar so opiti, kaj zaposleni storijo, ko pride do kršitve hišnega reda stanovalcev, ki prekomerno uživajo alkohol),
- *ukrepi za zmanjševanje škode* posledic prekomernega uživanja alkohola in *možnosti zdravljenja* (ali v domu potekajo skupine za samopomoč za ljudi, ki prekomerno uživajo alkohol, kaj vse izvajajo, da pivci vseeno ne posegajo po alkoholu prepogosto, jim ga kako omejujejo, se z njimi pogovarjajo o tem, jih spodbujajo k zdravljenju; ali majo supervizije in intervizije, si zaposleni želijo dodatnih izobraževanj v zvezi z delom z ljudmi, ki imajo težave z zasvojenostmi).

3.4. POPULACIJA IN VZOREC

Populacija moje raziskave so stanovalci domov za stare ljudi na Notranjskem, ki prekomerno uživajo alkohol, in zaposleni v domovih. Za vzorec sem iz vsakega doma izvedla intervju z direktorico, socialno delavko in vodjo zdravstveno negovalnega osebja ter z enim stanovalcem, ki je prekomerno užival alkohol ali pa je s prekomernim pivcem stanoval. Tako sem dobila 12 intervjujev.

Izbran vzorec je dokaj raznolik in uravnotežen, kar je v raziskavo prineslo nekoliko širši pogled, vendar pa rezultatov, ki sem jih dobila iz intervjujev ne morem posploševati na celotno populacijo stanovalcev domov, ki prekomerno uživajo alkohol.

Vse intervjuvance sem označila s črkami. Direktorice, socialne delavke in glavne medicinske sestre sem označila s črkami od A do I, s črkami J, K in L pa sem označila stanovalce.

- Direktorica A

V domu je zaposlena šest let. Je zelo odločna, prijazna in samozavestna. Sprejela me je odprtih rok. V pogovoru z njo sem se počutila sproščeno in z veseljem mi je odgovorila na vsako vprašanje – odkrito in brez olepšav.

- *Direktorica B*

V domu je zaposlena sedmo leto. Pred pogovorom je delovala hladno in strogo, a se je izkazalo, da je zelo prijetna. V pogovoru je bila nekoliko zadržana in na nekatera vprašanja ni hotela odgovoriti povsem odkrito. Imela sem občutek, da je stvari predstavljala v lepši luči kot so v resnici.

- *Direktorica C*

V domu je zaposlena že triindvajset let. Deset let je bila zaposlena kot socialna delavka. Med pogovorom je bila izredno prijazna in vse čas nasmejana. Do zaposlenih in do stanovalcev je zelo spoštljiva. Pogovarjala se je vljudno, nekoliko tiše, a kljub temu odločno in zavzeto.

- *Socialna delavka D*

V domu je zaposlena dve leti. Že na prvi pogled sem opazila njeno energijo, navdušenje, zanimanje in zagnanost za delo. Najin pogovor je tekel lahkotno.

- *Socialna delavka E*

V domu je zaposlena šest let. Pred pogovorom je bila nemirna. Veliko je govorila in se nekajkrat oddaljila od bistva, vendar je pozneje pogovor stekel povsem sproščeno. Ugotovila sem, da je dobrosrčen človek, ki se zavzema za stanovalce in se dobro razume z drugimi sodelavkami in sodelavci.

- *Socialna delavka F*

V domu je zaposlena osem let. Takoj sem opazila, da je »človek na mestu«, da dobro pozna svoje delo in ga zelo dobro tudi opravlja. Njeni odgovori so bili jasni in iskreni.

- *Glavna medicinska sestra G*

V domu je zaposlena šest let. Svoje delo rada opravlja, stanovalce dobro pozna, jih ceni in spoštuje. O pivcih doma je pripovedovala z rahlim nasmeškom, kot da so zanjo nekoliko posebni. Med pogovorom je bila jasna, neposredna, njeni odgovori so bili odkriti.

- *Glavna medicinska sestra H*

V domu je zaposlena več kot osem let. Ponosna je na svoje delo, tudi ona ga opravlja z veseljem. Med pogovorom je bila nekoliko zaprta vase, pa vendar prijetna in dobre volje.

- *Glavna medicinska sestra I*

V domu je zaposlena osemnajst let. Stanovalce doma res dobro pozna, saj mi je o njih pripovedovala zelo podrobno in natančno. Iz njenega pripovedovanja sem razbrala zavzetost, navdušenje in strast do dela, zanimanje in skrb za stanovalce. Ni samo medicinska sestra, ki bi stanovalce le telesno oskrbovala, je hkrati zelo socialna in dobrosrčna.

- *Stanovalec J*

Sogovornik je zdravljen alkoholik. Ves čas pogovora je bil dobre volje, z veseljem mi je odgovoril na vsako vprašanje. O nobeni temi mu ni bilo težko govoriti. Občutek sem imela, da bi se lahko z njim pogovarjala več ur.

Rodil se je leta 1941 v kmečki družini, kjer je odraščal s štirimi sestrami. Imeli so nekaj živine, od tega so tudi živeli. Doma so kuhali »šnopc«, vendar ga on takrat ni niti poskusil. Po končani osnovni šoli je šel v vojsko, nato pa se je zaposlil v Ljubljani kot voznik tovornjaka. Vozil je odpadno železo, največ iz ladjedelnice v Reki, delal je samo podnevi, nočnih izmen ni imel, zato delo ni bilo ravno naporno. Ima dve hčerki, bil je tudi poročen, a sta se z ženo ločila. Glavni razlog za ločitev je bil alkohol, »*saj ko je človek vinjen, postane čisto drugačen, tudi agresiven, letijo grde besede*« in tako sta se drug od drugega oddaljila. Alkohol je začel piti nekaj let pred tridesetim letom, vendar ne veliko, sčasoma pa čedalje več. Rekel je, da največ prinese družba, »*najprej kozarec sem pa tja, potem pa pride to že vsakodnevno*«. S svojo družčino je hodil ob večerih v sosednjo vas v neko gostilno, kjer so balinali, vsak je plačal »*eno rundo in tako se je nadaljevalo*«. Takrat ga je alkohol vlekel na dno, ni mogel več brez njega, »*prav telo je potrebovalo alkohol*«. Ko je bilo pomanjkanje, so se mu tresle roke. V njegovi pivski družčini so zaradi uživanja žganih pijač umrli že trije, vsi mlajši od njega; sam je vedno pil le vino.

- *Stanovalec K*

Stanovalec K je po mnenju socialne delavke prekomeren pivec, vendar o sebi ni hotel veliko povedati. Na vprašanja, ki so se nanašala ne njegovo pitje, je odgovoril kratko, bil je zelo zadržan.

Star je 80 let. Odraščal je na deželi, veliko so se selili, vendar je povsod živel na podeželju. Ima tri mlajše sestre. Po poklicu je bil elektro varilec. Kdaj je prvič prišel v stik z alkoholom, se ni spomnil, spomnil pa se je, da so doma kuhali sadjevec in ga tudi pili. Drugače pa se je po službi redno dobival s prijatelji in so šli pit. Med službo ni nikoli pil. Pili so tudi na raznih veselicah, ob rojstnih dnevih, ko je dobil plačo in ob drugih priložnostih. Povedal je, da tudi zdaj pijejo ob rojstnih dnevih, vendar v manjših količinah, ker imajo manj denarja. V trgovino ne more iti sam, gre v domu v bife in spije »dvakrat po dva deci«. Alkohola redno ne uživa, samo »kako osminko« pri kosilu, »redno pa absolutno ne«. Zaradi opitosti ni nikoli imel hujših težav, le včasih je imel naslednji dan »mačka«.

- *Stanovalec L*

Sogovornik L je bil med intervjujem prijeten, sproščen, pripovedoval je zavzeto. Opazila sem, da ga je tematika moje raziskave zelo pritegnila. Ima sostanovalca, ki prekomerno uživa alkohol. O njem je povedal, da je samski, svoje družine ni nikoli imel, ni bil poročen. Živel je na kmetiji. Bili so revni, izobrazba ni bila pomembna. Doma so kuhali sadjevec. Delovne dobe nima, bil je samo občasni delavec, »če je bila volja, je kaj delal, če ne pa nič«. Odslužil pa je vojaški rok. Težave z alkoholom je imel že pred prihodom v dom.

3.5. ZBIRANJE PODATKOV

Najprej sem direktoricam domov pisala elektronsko pošto, v kateri sem se predstavila, predstavila namen diplomske naloge in jih prosila za sodelovanje. Vsako sem prosila, naj za sodelovanje vpraša še socialno delavko, glavno medicinsko sestro in enega stanovalca. Nato sem se preko elektronske pošte in po telefonu dogovorila za točne datume izvedb intervjujev. Pogovori so potekali v pisarnah zaposlenih, s stanovalci pa sem se pogovarjala v njihovih sobah ali v domskem bifeju. Intervjuje sem z dovoljenjem intervjuvancev snemala na

diktafon, da sem lahko pogovore pozneje natančno zapisala. Intervjuje sem izvedla avgusta in septembra 2012 ter marca 2014.

Podatke sem torej zbrala s pomočjo odprtega tipa vprašalnika. Prednost takega spraševanja je, da vprašanj in njihovega vrstnega reda nisem vnaprej določila, tako sem lahko vprašanja vsakemu sogovorniku sproti prilagodila in jih glede na smer pogovora tudi sproti postavljala, vseeno pa sem z vsemi obdelala vse teme, ki so me zanimale. Pri zaprtem tipu spraševanja bi morda dobila preveč toge in suhoparne odgovore. Pri odprtem spraševanju predstavlja prednost osebni stik, vendar je hkrati lahko tudi slabost. Na eni strani je dobro, da imamo s sogovornikom pogovor »iz oči v oči«, ker lahko ob tem opazujemo njegovo neverbalno komunikacijo, vidimo ali je vprašanje razumel, se je ob njem počutil neprijetno ipd. Na drugi strani pa je lahko za sogovornika ravno direktno spraševanje preveč osebno, saj se nam težko odpre in odgovore olepšuje. Tak občutek sem dobila pri enem od sogovornikov, stanovalcu doma, ki naj bi bil po mnenju socialne delavke prekomeren pivec. O sebi ni hotel veliko povedati, takoj se je zagovarjal, da alkohola ne pije redno. Slabost takega zbiranja podatkov je lahko tudi ta, da so mi sogovornike–stanovalce izbrale direktorice oziroma socialne delavke domov. Morda so (namerno ali pa nehote) izbrale »idealnega« sogovornika, da ne bi dobila občutka, da je alkoholizem pri njihovih stanovalcih razširjen.

3.6. ANALIZA PODATKOV

Podatke v raziskavi sem obdelala s pomočjo kvalitativne analize, kjer »zapise razčlenimo in določimo enote kodiranja, jim nato pripišemo izraze za pojme, ki jim po naši sodbi ustrezajo; nato analiziramo značilnosti teh pojmov, izberemo najbolj relevantne pojme, jih definiramo, iščemo ali konstruiramo odnose med njimi in na koncu formuliramo pravilnosti, obrazce in teoretične razlage in pojasnitve. Vsak korak pri analizi in interpretaciji gradiva dokumentiramo s formalnimi zapisi in sezname« (Mesec 1997: 16).

Pred obdelavo podatkov sem vse posnete intervjuje dobesedno pretipkala in jih označila s kraticami SD za socialno delavko, D za direktorico, MS za glavno medicinsko sestro in S za stanovalca.

a) Izbor relevantnih delov besedila in določitev enot kodiranja

Iz celotno zapisanega besedila sem izločila dele pogovora, ki so se mi zdeli pomembni in jih izpisala. Iz izpisanih delov sem potem s podčrtovanjem še enkrat izločila izjave, ki so se nanašale na zastavljene teme.

b) Kodiranje izjav

Za vsakega sogovornika sem najprej oblikovala tabelo, kamor sem vpisala podčrtane dele besedila oziroma izjave, jih oštevilčila, potem pa sem vsaki izjavi pripisala vsebinsko odgovarjajoče pojme.

Tabela 2: Primer vsebinskega kodiranja

OZNAKA	IZJAVA	POJEM	KATEGORIJA
SD 1	Je okrog deset takih, ki prekomerno uživajo alkohol.	Število pivcev	Značilnosti prekom. uživanja
SD 2	So mlajši od 65 let.	Starost pivcev	Značilnosti prekom. uživanja
SD 3	Največ je moških, so tudi ženske vmes.	Spol pivcev	Značilnosti prekom. uživanja
SD 4	Ima vsak predpisano terapijo, za pritisk ali kaj podobnega.	Predpisana zdravila	Zdravstveno stanje
SD 5	Niso kaj dosti osveščeni, razen s temi antibiotiki, to pa kar vejo, da ne smejo piti alkohola.	(Ne)zavedanje posledic kombinacije alkohola z zdravili	Zdravstveno stanje
SD 6	Imajo v vsaki sobi hladilnik in si gredo lahko sami iskat.	Dostopnost do alkohola	Značilnosti prekom. uživanja
SD 7	Nepokretni prosijo svojce.	Dostopnost do alkohola	Značilnosti prekom. uživanja
SD 8	Pokretni grejo rajši kar tukaj do bližnje trgovine in si za štiri evre kupijo liter vina.	Dostopnost do alkohola	Značilnosti prekom. uživanja
SD 9	Tukaj imamo nekaj takih, ki dobivajo denarno socialno pomoč.	Denarna socialna podpora	Finančno stanje
SD 10	So bili zaradi teh težav sem nameščeni, potem nadaljujejo s svojo navado kolikor se da.	Nadaljevanje s pitjem po prihodu v dom	Značilnosti prekom. uživanja

c) Urejanje izjav po kodah in združevanje v kategorije

Posamezne izjave, ki so sovpadale glede na vsebinske sklope, sem združila v kategorije in jih razvrstila glede na že prej določene teme in nato podteme. Tako sem uredila vse intervjuje za vsako skupino sogovornic/kov posebej (posebej za socialne delavke, direktorice, glavne medicinske sestre in stanovalce).

Tabela 3: Primer ureditve izjav po kodah in združevanja v kategorije

ZNAČILNOSTI UŽIVANJA/UŽIVALCEV ALKOHOLA	
A. Število pivcev	
SD 1	Je okrog deset takih, ki prekomerno uživajo alkohol.
SD 108	Recimo kakih pet takih, rednih, nekaj je takih, ki so občasni, ni to vsakodnevno.
SD 109	Drugače pa sta prav res tako... Dva...
SD 201	Mogoče dva, ki imata resne težave.
SD 202	Smo imeli še enega več, ampak je ravno pretekli teden umrl.
B. Osebnostne lastnosti pivcev	
SD 28	So bolj dobrovoljni, nočejo nič slabega, vsakega ogovarjajo, obiskovalce, vsakega pozdravljajo, sploh kakšne punce.
SD 29	Ob kakšnih praznovanjih hočejo plesat, ni, da bi se hoteli tepsti, so bolj veseli.
SD 167	Niso tako, da bi bili zaprti vase, pa se zadrževali v sobi, so kar precej odprti.
SD 296	Zna biti res prijeten, tudi drugim rad pomaga.
C. Dostopnost do alkohola	
SD 6	Imajo v vsaki sobi hladilnik in si gredo lahko sami iskat.
SD 7	Nepokretni prosijo svojce (<i>da jim prinesejo alkohol</i>).
SD 8	Pokretni grejo rajši kar tukaj do bližnje trgovine in si za štiri evre kupijo liter vina.
SD 12	Prej nismo nudili alkohola v bifeju, potem pa so si izborili, da se nudi vino in pivo.
SD 110	Eden ima nahrbtnik in hodi vsak dan tukaj v trgovino in mu tudi ostali naročajo, da jim prinese in jim ga priskrbi.
SD 111	Ker pri teh stanovalcih so svojci kar previdni in jim alkohola ne nosijo.
SD 112	Se sami med sabo organizirajo, da pridejo do alkohola.
SD 221	Kar nekaj poti je, kako pridejo do alkohola, najprej v bifeju, drugače pa dajo komu za cigarete, ta jim gre pa tukaj v bližnjo trgovino.
SD 226	Eden od stanovalcev gre tudi v mesto in se tam pošteno napije; vsi ga poznajo, vsak mu kaj plača.
SD 230	So izrazili željo, da bi stanovalci pri kosilu dobili malo vina in to se od letošnjega februarja tudi izvaja.

D. Pitje alkohola pred prihodom v dom	
SD 33	Ti, ki so sedaj pri nas, pijejo že od prej.
SD 34	Da bi pri nas kdo začel s pitjem, mislim, da ga ni.
SD 101	Imam nekaj takih stanovalcev, za katere je to nekakšen življenjski slog oz. način življenja že od prej, ko so še živeli doma.
SD 102	Tudi ko pridejo v dom, še naprej uživajo alkohol.
SD 214	Mislim, da je ta težava obstajala že prej.
SD 215	Kot poznam njihovo socialno plat od prej, iz njihovega prejšnjega bivanja, je bilo to res že od prej kar pošteno prisotno.

3.7. DOMOVI, KI SO SODELOVALI V RAZISKAVI

3.7.1. Center starejših občanov Cerknica

Center je uradno začel delovati poleti 2005. Ima koncesijo in je poslovna enota družbe DEOS, ki ima sedež v Ljubljani.

V domu imajo 59 dvoposteljnih in 32 enoposteljnih sob, skupno je v domu nastanjenih 150 ljudi. Vse sobe imajo lastne kopalnice, priključke za kabelsko televizijo in telefon, opremljene so s hladilniki in pohištvom, ki je prilagojeno za nego in oskrbo starih in manj gibljivih ljudi. Skoraj vsaka soba ima tudi balkon (Deos 2013).

Dom ima dva oddelka – oddelek A in oddelek B. Oddelku A vključuje tri nadstropja s 43 posteljami. V njem stanujejo gibljivi stanovalci in tisti, ki še zmorejo skrbeti za svoje osnovne potrebe. Oddelek B obsega pet nadstropij. Namenjen je ljudem z lažjo in hujšo obliko demence in ljudem, ki potrebujejo stalno nego in oskrbo (*ibid.*).

V domu deluje frizerski salon, v okviru katerega izvajajo tudi pedikerske storitve, in bife z dodatno ponudbo za stanovalce in druge obiskovalce. V kapeli, ki je namenjena verskim obredom, se tedensko izvaja sveta maša, prav tako pa imajo urejeno tudi knjižnico (*ibid.*).

3.7.2. Dom upokojencev Postojna

Dom upokojencev Postojna je javni zavod, ki je začel delovati v začetku leta 1977 za današnji dve občini – Postojno in Pivko (Du–po).

V domu je 86 enoposteljnih in 37 dvoposteljnih sob, skupno je v domu nastanjenih 160 ljudi. Na stanovanjskem oddelku je 100 ljudi, na negovalnem pa 60. V domu je redno zaposlenih 75 ljudi (*ibid.*).

V domu delujejo tudi posamezne skupine, ki stanovalcem omogočajo kratkočasno preživljanje prostega časa. To so ustvarjalne delavnice, pevski zbor, organiziranje kulturnih prireditev in srečanj s svojci in prijatelji stanovalcev, obujanje starih šeg in običajev, izleti in pikniki (*ibid.*).

3.7.3. Dom starejših občanov Ilirska Bistrica

Dom starejših občanov Ilirska Bistrica stoji nad samim mestom, nekoliko odmaknjen od mestne gneče, a dovolj blizu centru mesta, trgovinam, cerkvam, zdravstvenemu domu in avtobusni postaji (Dso–ilb).

Dom je začel delovati v oktobru leta 1991. S prizidkoma, ki so ju odprli leta 1997 in 2001 z eno in dvoposteljnimi garsonjerami, stanovalcem zagotavljajo višji življenjski standard (*ibid.*).

Dom starejših občanov je kombiniran socialnovarstveni zavod, ki v svojo popolno oskrbo sprejme 231 stanovalcev, dnevni center pa sprejme 15 ljudi.

V domu je zaposlenih 115 delavcev, ki so organizirani v upravi, v zdravstveno negovalni, prehrambni in tehnični enoti (*ibid.*).

Da bi se stanovalci prijetno počutili in bolje znašli, so v domu oblikovali prostorsko manjše in vsebinsko zaokrožene celote, kjer delo opravljajo stalni timi (*ibid.*).

4. REZULTATI

4.1. ZNAČILNOSTI PREKOMERNEGA UŽIVANJA ALKOHOLA

Stanovalci doma, ki prekomerno uživajo alkohol, so večinoma moški, v enem od domov je tudi nekaj žensk. Socialne delavke so ocenile, da so stari med 65 in 82 let, direktorici B, C in glavni medicinski sestri G, H so povedale, da so stari med 60 in 84 let, direktorica A in glavna medicinska sestra I pa sta rekli, da gre predvsem za mlajše ljudi, stare od 50 let naprej. So samski, ločeni ali ovdovali, večinoma so brez otrok.

Po naravi so precej odprti, veseli ljudje, dobrovoljni, duhoviti, nočejo nič slabega, vsakega obiskovalca v domu pozdravijo, ogovorijo, še posebno, če so to dekleta. Eden od teh stanovalcev zna biti zelo prijeten, rad pomaga drugim, spet drugi se raje drži zase in je veliko v svoji sobi. Glavna medicinska sestra I je dejala, da so to dobri ljudje, *»nežne dušice, razen na psihiatričnem oddelku, tam je lahko čisto drugače«*.

Vse direktorice, socialne delavke in glavne medicinske sestre so povedale, da so alkohol uživali že pred nastanitvijo v dom, da je to njihov način življenja, ki ga nadaljujejo tudi v domu, kolikor se da. V nekaterih primerih so bile težave s prekomernim uživanjem alkohola tudi povod za sprejem v dom, saj so doma imeli neurejene razmere, neurejeno prehrano, bili so zanemarjeni in brez obleke. Glavna medicinska sestra G je bila mnenja, da človek v starosti verjetno ne odkrije razloga za začetek pitja, obstajajo že prej.

Ti stanovalci si alkohol priskrbijo sami, največkrat si ga kupijo v trgovini, prinesejo pa ga tudi za druge. Prav tako si alkohol lahko kupijo v domskem bifeju, vendar si ga redni pivci raje kupijo v trgovini, ker je ceneje. Alkohol – kozarec vina dobijo tudi občasno pri kosilu. Eden od stanovalcev gre večkrat v mesto v gostilno, tam ga vsi poznajo in skoraj vsak mu plača kako pijačo. Vse intervjuvanke so izpostavile, da pivci za alkohol prosjačijo stanovalce, obiskovalce, svojce, dogajalo pa se je tudi, da so stanovalci drugim kradli steklenice vina. Po mnenju socialnih delavk svojci tem stanovalcem alkohola ne nosijo, le v enem od domov ga nosijo nepokretnim stanovalcem. Direktorice in glavne medicinske sestre so rekle, da tudi

svojci nekritično nosijo tem stanovalcem alkohol, eni celo na skrivaj in si ga potem stanovalci skrijejo.

Socialne delavke so dejale, da zaradi opitosti teh stanovalcev prihaja do raznih konfliktov, prihaja do padcev in poškodb. Eden od stanovalcev, ki je na invalidskem vozičku, se je v mestu že prevrnil, drugi si je zlomil gleženj. Bolj so tudi »korajžni«, glasni, motijo druge stanovalce in obiskovalce. Eden od stanovalcev je celo zelo moteč, zelo je glasen in kriči, večkrat je umazan in pobruhan. Bolj so nestrpni do osebja, ne upoštevajo njihovih navodil, so razdražljivi, ne upoštevajo hišnega reda. V opitosti bolj izražajo spolne želje, osebje mora večkrat preslišati kakšno kletvico; veliko je torej verbalnega nasilja. Do fizičnega nasilja še ni prišlo, le v enem od domov, ko je stanovalec v opitem stanju napadel zaposlene in tudi drugega stanovalca.

Direktorici B in C sta rekli, da stanovalci v opitem stanju niso agresivni, niso nadležni, nikomur ne škodijo, se vedejo zelo prijateljsko, posebno do njiju skušajo biti uglajeni, kavalirski, če je kaj narobe, se opravičijo. Do negovalk so občasno manj tolerantni, bolj so glasni, s svojim veseljačenjem motijo dnevni ritem drugih stanovalcev, posebno ob praznikih, saj več segajo po alkoholu. Direktorica A je povedala, da je njihov stanovalec v opitem stanju že udaril osebje. Drugje do pretefov ali udarcev še ni prišlo. So pa opiti stanovalci dosti bolj izpostavljeni padcem, to pa za zaposlene pomeni še več oskrbe in dela z njimi. Eden od stanovalcev večkrat pade, zunaj kje obsedi, vendar ga to ne ustavi. Ima srečo, da se huje ne poškoduje in si ničesar ne zlomi. V drugem domu je stanovalec, ki je na invalidskem vozičku in se je v mestu z njim prevrnil, da so ga morali s helikopterjem odpeljati v bolnišnico, neki drugi stanovalec pa v opitosti v mestu usmerja promet.

Tudi glavne medicinske sestre so podobno opisale posledice opitosti stanovalcev. Glavna medicinska sestra G je rekla, da so stanovalci v opitem stanju večkrat besedno nasilni – kričijo, preklinjajo, zmerjajo zaposlene in druge stanovalce. Eden od teh stanovalcev pa je že udaril sostanovalca in je fizično nasilen tudi do zaposlenih in obiskovalcev. Neka stanovalka je v opitosti razmetala sobo, skozi okno metala stvari, enkrat je tudi padla in ko so ji hoteli pomagati, je kričala in brčala. Kadar pride do prepira med opitimi stanovalci in vmes posežeta

glavna sestra ali direktorica, se kar hitro umaknejo, ju bolj ubogajo kot na primer negovalko, ki jo vidijo vsak dan.

Glavna medicinska sestra H je dejala, da do verbalnega nasilja med opitimi stanovanjci gotovo pride, verjetno kdaj tudi vsaj do poskusa, da bi kdo koga udaril. Ko gredo v jedilnico, se prepirajo z osebjem v kuhinji, so nezadovoljni s prehrano. Kadar se zberejo, so glasni, med seboj se prepirajo, to pa je za druge stanovalce moteče in se nad njimi pritožujejo.

Glavna medicinska sestra I je rekla, da so njihovi stanovanjci glasni in ropotajo, kadar so opiti, vendar ne delajo hudih ekscesov, niso konfliktni, mogoče kdaj verbalno, ampak niso zelo žaljivi. Do kakšnih hudih pretefov še ni prišlo, se pa je že zgodilo, da se je opiti poškodoval ali da je ta poškodoval nekega stanovalca. Večkrat pride do ponesnaženosti, do padcev, obtolčenin glave, odrgnin kolen, prišlo je tudi že do zloma kolka. Dostikrat dobijo klice iz okolice, da je njihov stanovalec padel in da morajo ponj (to se dogaja, kadar so zunaj). Če pa v svoji sobi padejo iz postelje, ni večjih posledic. Nihče pa se ni katastrofalno poškodoval. Eden od stanovalcev je imel invalidski voziček na električni pogon in ko je spil preveč alkohola, ga ni mogel več upravljati in se je večkrat zvrnil na klancu pred domom. Neki drugi stanovalec, *»ki je mogoče malo manj razvit«*, je v treznem stanju zelo dobrodušen, tudi na oddelku pomaga pospravljati posodo. Ko pa pije, *»dobi nek eliksir moči in je ta posoda joj, je več razbitega kot pomitega, zgodi se, da gre tudi ves voziček krožnikov po tleh«*. V opitosti dobi tudi čustveno moč, *»takrat bi se on objemal, stiskal, solze tečejo, stisne pa tako, da smo vsi v modricah, ampak je to iz same ljubezni, ni nič agresivnosti«*. Eden od teh stanovalcev je pred kratkim umrl, v končni fazi ravno zaradi prekomernega pitja, saj *»se je povsem izsesal«*. Še pri nekem stanovalcu, ki je bil *»tipičen vaški pivec«*, dostikrat je padel v mestu zaradi opitosti, pa se je pojavila demenca in se skoraj čez noč ni več spomnil, da bi potreboval alkohol, potem ni nikoli več pil.

Intervjuvanke so tudi določile, kaj za njih pomeni prekomerno uživanje alkohola. Socialne delavke so povedale, da ne gre za prekomerno pitje, če *»se ga nekdo pošteno napije«*, se potem umakne v svojo sobo in je miren. Velik problem nastane, če postane moteče za druge stanovalce in ko človek ne more več obvladovati svojega vedenja, ravnanja. Tudi direktorice so rekle, da gre za prekomerno pitje takrat, ko človek toliko pije, da mu to ovira normalno

življenje in delo, da ima tudi okolica težave zaradi tega, ko se človek nima več pod nadzorom in *»njegovo vedenje sproža revolt pri drugih ljudeh«*. Glavne medicinske sestre pa so dejale, da gre za prekomerno pitje, ko človek potrebuje alkohol vsak dan, v različnih količinah, da brez njega že pride do delirija, ko se pojavijo določeni simptomi, ki so težje obvladljivi za okolico in *»ko gre človekovo vedenje čez tiste meje, ko dobi dodatno moč in bi se tudi kar v vrata zaletel, pa ne zaradi agresivnosti same«*.

Sogovornik J je v domu opazil nekaj stanovalcev, ki prekomerno pijejo alkohol, natančneje pozna dva stanovalca, ki živita v istem nadstropju kot on, *»v spodnjem nadstropju nisem toliko na tekočem«*. Oba sta bila poročena, enemu je žena umrla, drugi pa je bil večkrat poročen. Eden od njiju je zelo zgovoren, drugi niti ne, nasilna nista. Zgovornejši je tudi zelo družaben. Ko se zbirajo z drugimi v svojem kotu, on kar govori in govori, drugi pa se bolj drži v sobi. Oba stanovalca sta še pokretna in gresta sama v trgovino po alkohol, enemu morda kdaj kaj prinesejo tudi svojci. Zaradi opitosti pogosto padeta, *»malo sta potolčena«*. Eden od njiju si je zlomil rebra, sicer pa poškodbe niso nikoli tako hude, da bi morala v bolnišnico.

Sogovornik K je dejal, da v domu občasno opazi kakšnega stanovalca, ki prekomerno uživa alkohol. Eden od njih je bil za en teden tudi njegov sostanovalec, a je pred kratkim umrl. Star je bil 70 let, alkohol je redno užival. Opisal ga je ga kot sebičneža, kot nevljudnega in neprijaznega človeka, če ga je prosil za cigaret, *»je bil cel hudič, bi si raje dal še drugo nogo odrezati, kot da bi ga dal«*. Bil je tudi tih, nedružaben, držal se je zase. Alkohol si je priskrbel sam. Imel je zelo dober voziček in se je lahko odpeljal v trgovino, a se je zaradi opitosti večkrat prevrnil.

Stanovalec L je rekel je, da je v domu *»petnajst takih, zavzetih za pitje, enih več zmernih, enih manj«*. Med njimi je tudi ena stanovalka. Njegov sostanovalec je *»v tem smislu precej težak«*. Raje bi se ubil, kot da bi moral prenehati s pitjem. Zelo je prijazen, še posebno do otrok, ima dobro srce. Pravzaprav so vsi pivci zelo dobrodušni, nočejo nič slabega. Vendar so brez alkohola zaprti vase, ko pa kaj spijejo, so odprti, veseli, tudi kakšne zamere pozabijo. Ta sostanovalec je zelo zgovoren, nihče drug ne pride do besede. Po tem se ga tudi prepozna, da je že opit. Da mu svojci prinesejo kaj za popiti, je kar obvezno, v domski bife ne hodi. *»Včasih se spravi na koga šibkejšega in ga sprovcira, da mu še tisto malo, kar ima,*

odstopi«. Kadar malo spi, je nasmejan, ko pa spi več, postane siten, agresiven, boji se, da mu bo alkohola kmalu zmanjkalo. Včasih bi rad kdaj izzval prepir in hotel »*kaj pokazati*«, bolj zaradi drugih, da jim pokaže svojo moč. Občasno medicinski sestri reče kakšno neprimerno besedo, drugi dan pa se zave, da je bil nesramen in se potem »*lepega naredi*«. Je precej razdražljiv človek, vsaka malenkost ga moti. Ponoči se pogovarja sam s seboj, debatira, kritizira, težko ga je poslušati. Dvakrat je bil tako pijan, da je padel s postelje. Sogovorniku se je zdelo, da je to storil namerno. Enkrat se je namenil skozi okno na streho, da bi skočil z nje. Včasih se ponoči kam skrije, za vrata ali v omaro in s tem naredi pri sestrah »*cel halo*«. Sogovornik je še povedal, da je enkrat poklical sestre, da bi sostanovalcu pomagale na stranišče. To pa je sostanovalca tako razjezilo, da je vrgel »*tiste svoje palice*« stran in šel na stranišče brez njih.

Sogovornikovo mnenje je bilo, da ni razlike med pijano žensko ali moškim, »*ravno tako je lahko agresivna, blebetava, se jezi*«.

Značilnosti prekomernega uživanja alkohola so v vseh treh domovih precej podobne. Najbolj se razlikujejo v številčnosti prekomernih pivcev. V enem od domov jih je po navedbah sogovornikov približno pet, ki občasno pijejo prekomerno, sicer pa sta redna prekomerna pivca dva. V drugem domu jih je med osem in petnajst, v tretjem so redni pivci trije, če pa imajo možnost piti, »*jih je takoj več, tudi do dvajset*«. Alkoholizem se pojavlja tako med mlajšimi stanovalci – starimi od 50 let naprej, kot tudi med najstarejšimi, ki so stari med 82 in 84 let. Pivci so navadno moški, v enem od domov pa so med njimi tudi ženske. Vsem domovom je skupno, da nihče od teh stanovalcev ni začel prekomerno uživati alkohola šele po sprejemu v dom.

V vseh treh domovih so ti stanovalci zelo iznajdljivi, da pridejo do alkohola. V dveh domovih je še posebej značilna »dostava alkohola«, ko se navadno en stanovalec odpravi v mesto v trgovino in kupi alkohol zase ter za druge. Lahko pa se odpravi v nabavo samo za druge in v zameno dobi npr. škatlico cigaret. V enem od domov so dostavljavci iz psihiatričnega oddelka, ker so mlajši in okretnejši. Mreža dostavljavcev je dobro organizirana, saj je zaposleni nikoli popolnoma ne odkrijejo. V drugem domu pa je značilno tudi prekupčevanje, menjava sadja, jogurtov za »*šnopček*«. V dveh domovih imajo tudi bife, kjer strežejo pivo in vino, žganih pijač ne strežejo. V enem od teh dveh domov alkohola najprej v bifeju niso

stregli, a so si stanovalci to željo izborili. V domovih alkohol strežejo tudi ob kosilu, v dveh samo občasno, ob kakšnih posebnih jedeh, v enem domu pa vsako nedeljo in ob posebnih praznikih.

Tudi posledice opitosti stanovalcev so v vseh treh domovih bolj ali manj enake. Pogostejši so padci, poškodbe, kršitve hišnega reda, stanovalci so v opitem stanju predvsem besedno nasilni, v enem od domov pa je nek stanovalec tudi fizično nasilen do sostanovalca in osebja.

4.2. POMEN IN VLOGA ALKOHOLA V SVETU STARIH LJUDI

Direktorice, socialne delavke in glavne medicinske sestre so o pomenu alkohola povedale podobno. Stanovalcem, ki prekomerno uživajo alkohol, pitje alkohola pomeni neko navado iz časa, ko so še stanovali doma. Pomeni jim tudi beg iz stisk, ki so jih doživljali, morda tolažbo zaradi neurejenih odnosov s svojci, odsotnost staršev. Pitje je njihov ritual, način življenja, tako živijo in se verjetno tudi dobro počutijo. Kljub temu jim pitje alkohola ne pomeni »zadnje faze« življenja in da bi pili, ker bi bili zelo osamljeni, črnogledi ali da bi v tem utapljali žalost. Pitje jim pomeni druženje in »da kakšno rečejo«, tudi sredstvo za izkazovanje moči, kadar so opiti so »ta glavni«.

»Nekateri so iz generacije, ko je bilo glede alkohola drugače, bolj delavski, kmečki živelj« in so bili navajeni, da so ob delu kaj spili. Opravljali so dela, v katerih je pitje alkohola skoraj obvezni del poklica – gozdarji, zidarji, in so tako imeli alkohol kot okrepčilo, moč. Izhajajo iz okolja, kjer je bilo značilno kuhanje žganja, treba ga je bilo tudi piti, sicer so jih zaničevali, *»češ, kakšen dec pa si«*. Socialna delavka D in vse medicinske sestre so bile mnenja, da je osamljenost vseeno pogost vzrok za popivanje. Stanovalcem iz psihiatričnega oddelka pa alkohol pomeni pomiritev, z alkoholom želijo preglasiti misli, ki jih begajo in glasove, ki jih slišijo.

Vse sogovornice so rekle, da so ti stanovalci zelo nekritični do pitja alkohola, ne priznajo, da preveč pijejo. Pravijo, da oni nimajo težave s pitjem, ampak zaposleni v domu. Po njihovem

mnenju si se vse to izmišljujejo zaposleni. Med njimi je le eden intelektualno »zelo visok«, ki prizna in se zaveda, da pije prekomerno.

Nekateri stanovalci se svojega pitja na nek način sramujejo, raje prosjačijo za cigarete kot za alkohol.

Stanovalcu J alkohol danes pomeni le dodatek k hrani. Kozarec vina spi je le, kadar ga postrežejo pri kosilu. Predstavlja si, da je tudi vino pri jedi samo hrana. Danes ne čuti več potrebe kot jo je včasih, ko je moral vsak dan nekaj spiti. *»Sedaj spijem, če ravno je, če pa ni, pa je tudi prav.«*

Sogovornik L je rekel, da njegov sostanovalec živi med alkoholom in smrtjo. *»Nima nobene volje, niti se ne da nanj vplivati, da bi se popravil ali pa vsaj zmanjšal količino. Brez alkohola ne vidi smisla v življenju.«*

V vseh treh domovih sem dobila zelo podobne, celo enake odgovore. Pivcem alkohol pomeni tolažbo, razlog za druženje, dnevni obred in tudi način, kako reševati težave. Prav tako jim uživanje alkohola pomeni navado iz obdobja življenja, ko so bili še doma. To navado pa so vključili tudi v življenje v domu. Na nek način jim usmerja potek življenja v domu – skrb za nakup alkohola, razporejanje uživanja skozi ves dan, druženje ob pitju..., vendar pa jim najbrž prav to hkrati pomeni, da so lahko vsaj malo »samosvoji«, da počnejo nekaj, kar odstopa od pravil doma.

4.3. SLOG PITJA

Tudi o slogu pitja stanovalcev so vse socialne delavke, direktorice in glavne medicinske sestre navedle precej podobnosti. Pivci se navadno zberejo za čas pitja ali pa se umaknejo v svojo sobo. Največkrat se zbere ista družba pivcev. Radi se družijo, *»samo da imajo pri sebi tisto dozo.«* Večinoma nimajo navade, da bi hodili po mestu in se zadrževali v lokalih. Popivanja nekateri ne skrivajo, drugi pa ga, kolikor je mogoče. Pitje alkohola skrivajo predvsem ženske, okolica njihovega pitja dolgo časa ne opazi.

Stanovalci–intervjuvanci so povedali, da se nekateri pivci zbirajo skupaj, spet drugi so raje sami v svojih sobah. Enako so dejali za ženske, da znajo svoje pitje alkohola dobro skrivati in da je to pri njih težje odkriti.

Stanovalac J je zase rekel, da je vedno pil v družbi, kadar so balinali. Med delom ni nikoli pil. Začel je piti tudi doma, vendar tega ni nikoli skrival.

Stanovalac K je rekel, da v domu *»tako ni kakšnega, da bi skupaj pili, včasih je bil kdo, pa so vsi že pomrli«*. O pokojnem sostanovalcu je povedal, da je ves čas *»visel«* v domskem bifeju, že takoj, ko se je odprl, je bil tam; spil je malo vina in nato zadremal na vozičku. Vedno pa je imel *»tisto flašo s seboj in je pil kadarkoli, tudi ponoči sem slišal glu, glu, glu, glu«*.

Sogovornik L je za svojega sostanovalca pojasnil, da začne piti takoj zjutraj. Že med prebujanjem išče pijačo, zjutraj mora takoj nekaj spiti, *»da se sploh zažene in da je sploh kaj od njega«*. Ni enega dopoldneva, da bi spil samo malo. *»Potem tukaj v domu išče svojo kompanijo, da skupaj pijejo, da pokažejo svojo moč, svoje znanje«*. Sicer pa raje pije sam na skrivaj. Stanovalka, o kateri je govoril, da tudi rada kaj popije, pa bolj čaka na priložnost, da pride do pijače.

V dveh domovih je za pivce značilno, da se med popivanjem družijo, v enem od domov pa je bilo tako le pred leti, ko je bilo pivcev več. Danes imajo v tem domu več individualnih pivcev, raje se držijo zase. V vsakem domu je za večino pivcev značilno, da naenkrat popijejo manjše količine alkohola, vendar popivajo skozi ves dan.

V enem od domov ima stanovalac, ki hodi v nabavo alkohola za druge, ves čas pri sebi steklenico viskija in ga že zjutraj malo popije. Nato si pripravi nahrbtnik in se odpravi v trgovino. Pitje si razporedi skozi ves dan. Drugi pivci se zberejo po zajtrku in če imajo kaj pijače, potem pijejo že takrat, sicer pa počakajo na *»stanovalca z nahrbtnikom«*, da pride iz trgovine. Po kosilu se spet zberejo trije ali štirje in popoldne preživijo v svojem kotu, kjer popivajo, da ves čas čutijo omotičnost. Le eden od pivcev, ki je še bolj vitalen, raje hodi ven in popiva v gostilnah, v domu navadno ne pije.

V drugem domu si eden od pivcev takoj zjutraj kupi steklenico vina. Potem pa v domskem bifeju prosi za kozarec, da si počasi toči vino iz steklenice. Drugi vino skriva v sobi, si ga preliva v manjšo steklenico in počasi pije. Eden od pivcev pa ima navado, da v domskem bifeju najprej obsedi ob steklenici piva. Nato se sprehodi do trgovine, kjer si kupi »*kaj cenejšega*«, se vrne v dom in spet poseda pred bifejem. Izstopa še stanovalec, ki gre na pivo po zajtrku, pred in po kosilu, nato pa še pred večerjo. Te štiri steklenice piva kupi v domskem bifeju vsak dan, jih tam tudi spiše, nekaj časa opazuje okolico, potem pa gre nazaj v sobo. V tretjem domu pa imajo bolj »*kampanjskega pivca*«, ki ima obdobja, ko začne piti že zjutraj in nadaljuje s pitjem čez ves dan. Le v tem domu si eden od pivcev ne razporedi pitja skozi ves dan, ampak se že zjutraj odpravi v mesto in tam »*naredi svojo dozo*«. Če je bila »doza« dovolj močna, se enostavno odpravi spat, sicer pa se popoldne še enkrat odpravi v mesto.

Opazimo lahko torej, da gre predvsem za »dolivanje« kot pa »nalivanje« z alkoholom.

4.4. SOCIALNA MREŽA

O socialni mreži pivcev so skoraj vse socialne delavke, direktorice in glavne medicinske sestre povedale enako. Pivci zunaj doma nimajo široke socialne mreže, bolj ali manj so v družbi pivcev v domu. Nekaj stikov imajo z drugimi stanovalci doma in z zaposlenimi. Le eden od stanovalcev si je našel družbo v zunanjem okolju. Nekateri pivci imajo otroke, vendar so odnosi med njimi bolj slabi, z njimi so sprti ali pa imajo tudi njihovi otroci težave z alkoholom. Njihovi obiski so v primerjavi z obiski drugih stanovalcev redkejši.

Nekateri imajo občasne stike z drugimi sorodniki in nečaki, eden od teh stanovalcev ima sestro, s katero imata redke stike preko pisem, nekateri imajo skrbnike.

»*Svojci so jih dali v dom in si mislijo – mi smo nekako rešeni tega*«, večinoma so se jim odrekli in so dolgotrajno odsotni, »*že davno, davno so jih odpisali*«. Svojci so tudi naveličani prosjačenja za alkohol, pomembno jim je le, da imajo »*njihovi*« v domu pospravljeno in »*imajo lahko oni mir*«. Nekateri vseeno kdaj pridejo, vendar bolj redko in samo toliko, da »*operejo svoje občutke krivde do njih, da opravijo svojo dolžnost*«. Na psihiatričnem oddelku pa so tudi psihične bolezni, ki prinesejo toliko sprememb v življenju, da so navadno ti stanovalci, ki pijejo, ločeni, socialno ogroženi.

Direktorica C je dejala, da je imel stanovalec, ki je pred kratkim umrl zaradi posledic alkoholizma, brata, s katerim je imel redne stike. Tudi drugi, ki imajo družino, se trudijo in vzdržujejo stike, »saj skoraj vsak prinese kakšen evro«. Glavna medicinska sestra H je rekla, da ima eden od pivcev sina, ki ga obišče na štirinajst dni, večkrat ga tudi pokliče. Nekateri pa svojcev nimajo. Tako je direktorica C izpostavila, da torej ne gre za zavestno opuščanje sorodstvenih vezi.

Intervjuvani stanovalci so podobno opisali socialne mreže pivcev.

Stanovalec J je rekel, da ga ena od hčerk redno obiskuje, druga pa nima časa.

Eden od pivcev, ki ju stanovalec J opisuje, ima malo obiskov, pridejo poredko. Drugi pivec pa jih ima kar precej, saj ima veliko prijateljev. Povedal je še, da je Makedonec in da so Makedonci veliko bolj družabni kot Slovenci.

Stanovalec K ima v domu nekaj kolegov in »kdaj kakšno rečejo«. Ima še vse tri sestre, vendar samo ena od njih pride na obisk enkrat na leto, takrat pride tudi njen sin.

Stanovalec L je za svojega sostanovalca dejal, da ima tako kot vsi več ali manj normalne obiske svojcev, »vendar ne več kot toliko«. K njemu pridejo prijatelji, ki jih je imel že pred prihodom v dom, »imajo lep pogovor«.

Glede socialnih mrež pivcev so sogovorniki in sogovornice v vseh treh domovih povedale podobno. V primerjavi z drugimi stanovalci so vezi med pivci in njihovimi sorodniki šibke. Če obiski že pridejo, so kratki, »pridejo in grejo, saj je največkrat tudi tako, da če prideš, moraš kaj tudi prineesti«. V dveh domovih so stanovalci družabni, niso osamljeni. Najdejo si družbo takih, ki tudi radi kaj popijejo in se ob njih opogumijo, se razumejo, živijo v sožitju, pijejo skupaj, drug drugemu posojajo denar. Med pivci pa je tudi eden, ki je bolj samotarski tip, ne družni se z drugimi, stike ima samo z »dostavljavcem alkohola«. V tretjem domu pa pivci nimajo prijateljskega kroga niti v domu. Občasno se sicer zberejo tisti, ki skupaj pijejo, nimajo pa toliko prijateljev kot so jih imeli doma. Od začetka so ti domači prijatelji še hodili na obisk, sčasoma pa so se tudi oni porazgubili in oddaljili. Ta prijateljstva niso dolgotrajna, tako se ti stanovalci pogosto »držijo zase«.

Lahko rečem, da ima pitje dva, a nasprotna učinka. Na eni strani krepi druženje in družabno življenje, na drugi pa ustvarja skorajda »podzemlje« pivcev, ki se morajo držati po strani.

Tudi na individualni ravni je podobno – lažje je biti sam in opit, a je lažje tudi stopiti z nekom v stik in z njim nazdraviti.

4.5. ZDRAVSTVENO STANJE

O zdravstvenem stanju pivcev sta socialni delavki D in E povedali, da zaradi uživanja alkohola nimajo *»kakšnih zdravstvenih posebnosti«*. Ena od njiju je bila mnenja, da tudi poškodbe zaradi opitosti stanovalcev niso nič bolj pogoste, druga pa, da so zaradi opitosti pri enem od stanovalcev padci sicer pogostejši, vendar brez hujših posledic ali poškodb. Socialna delavka F je rekla, da pri enem od stanovalcev do poškodb ne prihaja, medtem ko je drugi popolnoma nestabilen, se odrgne, ves je popraskan, nazadnje si je tudi poškodoval gleženj. Pivec, ki je pred kratkim umrl, pa je bil zaradi posledic uživanja alkohola že povsem nerazsoden. Vsi pivci so še bolj ali manj pokretni, nekateri za transfer uporabljajo invalidski voziček.

Podobno sta dejali tudi direktorici B in C. Ena od njiju je dejala, da *»ni nekih bolezni, ki bi bile prisotne izključno na račun dolgoletnega pitja«*, druga pa, da je zdravstveno stanje pivcev celo boljše v primerjavi z drugimi stanovalci, ki večinoma pridejo iz bolnišnice skorajda nepokretni. Direktorica A je povedala, da so pivci obnemogli, čeprav so mlajši, z njimi se ne da delati. Povsem so brez volje, *»vegetirajo, životarijo, nič ni več osmišljenega življenja«*. Njihovo zdravstveno stanje je zelo slabo, *»oslabelost zaradi prekomernega uživanja alkohola«*, pride tudi do kakšnega zloma.

Glavne medicinske sestre so o zdravstvenem stanju pivcev povedale več podrobnosti. Pivci imajo kronična obolenja srca in ožilja, ena od stanovalk je doživela kap, druga je umrla zaradi raka na požiralniku, ker je dolgo let uživala žgane pijače. *»Življenjska doba pivcev je krajša, ker organi enostavno ne zdržijo leta in leta zastrupljanja z alkoholom.«* Prav tako so povedale, da so padci pri pivcih pogosti, vendar si ničesar ne zlomijo, *»znajo bolj mehko pasti«*. Glavna medicinska sestra I je rekla, da so pivci celo povsem zdravi in brez kakšne *»hude«* terapije z zdravili.

Večina pivcev ima predpisana zdravila. Vse intervjuvanke so dejale, da se pivci zavedajo negativnih učinkov kombinacije jemanja zdravil in alkohola. Zaposleni jih tudi opozarjajo na to, vendar *»ko nastopi tista sla po alkoholu, jih nič ne ustavi.«* Včasih zdravil rajši ne vzamejo, da lahko sežejo po alkoholu, kdaj pa tudi *»kombinirajo malo enega, malo drugega«*. Eden od pivcev ima želodčno razjedo, ima večkrat predpisano protibolečinsko terapijo, vendar zraven dodaja še *»terapijo z alkoholom«*.

O prehrani pivcev je večina sogovornic povedala, da obrokov ne spuščajo, vendar jih je treba pri tem precej spodbujati. Če kdo zaradi opitosti ne more priti v jedilnico, mu obrok pripeljejo v sobo. Socialna delavka F in glavna medicinska sestra I sta rekli, da pivci hrano zavračajo. Če spijejo preveč alkohola, ne čutijo potrebe po hrani oziroma je potreba po njej zelo majhna. Predvsem spustijo kosilo in večerjo. Pri alkoholikih je pogost pojav podhranjenosti.

Vse socialne delavke, direktorice in glavne medicinske sestre so o higieni pivcev povedale enako. Vsi potrebujejo več usmeritev in spodbude, da se preoblečejo in uredijo, kljub temu pa posrbijo zase, kolikor le zmorejo, so primerno oblečeni in čisti. Tisti, ki pri higieni potrebujejo pomoč, se ne upirajo. Socialna delavka D je rekla, da *»rajši še kaj primejo, kot da bi se upirali«*. Če so opiti, se upirajo le kopianju, sicer pa se mu upirajo tudi nepivci. Kadar nastopijo obdobja vrhunca pitja, potrebujejo ti stanovalci pri higieni popolno pomoč negovalk. Pogosto nego odklanjajo. Takrat negovalke počakajo, da *»promili vsaj malo padejo«*, nato pa jih umijejo in preoblečejo. Najhuje je, kadar jih najdejo umazane ležati ob postelji. Večkrat pride tudi do ponesnaženosti, kaj pobruhajo, padejo, so blatni in krvavi.

Tudi stanovalci–sogovorniki so o zdravju pivcev dejali podobno. Sogovornik J rekel, da ima eden od pivcev, ki ju je opisal, sladkorno bolezen, jemlje zdravila, vendar alkohol vseeno pije. Za drugega je dejal, da je njegovo zdravje *»nekaj neverjetnega«*, da zdravil verjetno nima predpisanih. Menil je tudi, da za higieno skrbita in negovalke ubogata, *»če jih ne bi, bi bila zanemarjena, tako pa sta vedno čista«*. O prehrani je povedal, ko je *»alkohola preveč, život peša, ne gre več, ne moreš več prav jesti, hrana ti ne tekne, ko pa ne ješ prav, si slaboten«*.

Sogovornik K je za svojega pokojnega sostanovalca dejal, da je zaradi posledic alkohola *»nazadnje blebetal tja v en dan, ni več vedel, kaj je govoril, samo še preklinjal je, se je čisto*

izgubil, ni več vedel zase. Potem je še težko dihal, potem so ga pa odpeljali in...». Tudi on je imel predpisana zdravila, vendar ga ni nikoli spraševal, za kaj jih ima, vsekakor se ni oziral na kombinacijo alkohola in zdravil. Pri higieni se ni upiral, *»ga niti ni brigalo«*, negovalke so ga umile, ko je zaspal. Jedel pa je zelo malo, *»kot eno piščice, ni imel apetita«*.

Sogovornik L je rekel, da zna njegov sostanovalec skrivati svoje zdravstvene težave. Noče dobiti zdravil, da *»lahko pride do svoje doze«*. Zaveda se, da ne sme kombinirati zdravil in alkohola, *»rajši bo zdravila vrgel stran, kot da ne bi smel piti alkohola«*. Tako tudi ni možnosti, da bi vzel preveč zdravil. Obroke hrane spušča, pa *»potem v sobi kdaj kaj po svoje pojé«*. Nikoli ga še ni videl, da bi se umil ali slekel, ko gre spat.

V vseh treh domovih gre pri pivcih za kronični alkoholizem. Vsi imajo predpisana zdravila, ki jim jih pripravijo medicinske sestre po naročilu zdravnika. Največ pivcev vzame zdravila samostojno, nekateri pri jemanju potrebujejo le nekaj nadzora, drugim pa morajo medicinske sestre dati zdravila na žlico. V enem od domov so imeli pivci obdobje, ko so *»lekadole zobali kot bonbone«*. Čeprav pivci kljub jemanju zdravil pijejo tudi alkohol, v nobenem domu zaradi tega ni prišlo do zapletov. V enem od domov se pri ženskah pogosteje kaže zasvojenost z zdravili, ki jih jemljejo zaradi notranjih nemirov. Vendar pa zaradi morebitnega neprimernega jemanja zdravil v nobenem domu niso imeli težav. V domovih je nevarnost zaužitja prevelikih količin zdravil manjša kot pri tistih, ki stanujejo doma. Doma si namreč sosedi in prijatelji z zdravili med seboj *»pomagajo«*. Imajo zdravila za lažje spanje, proti napetosti, *»in si to hitro izmenjujejo«*.

Če pri pivcih kdaj pride do abstinenčnih simptomov, delirija, medicinske sestre hitro ugotovijo, za kaj gre, saj stanovalce zelo dobro poznajo.

Glede prehranjevanja in higiene je v vseh treh domovih enako. Potreba pivcev po hrani je manjša, navadno gredo na zajtrk, ostale obroke spustijo ali pa pojedjo zelo malo; na red in čistočo jih je treba pogosteje opozarjati.

4.6. FINANČNO STANJE

O finančnem stanju so vse direktorice, socialne delavke in glavne medicinske sestre povedale enako. Vsi stanovalci prejemaajo pokojnino, ki pa je pri večini nizka. Nimajo dovolj sredstev za preživljanje in kritje celotnih stroškov, zato imajo iz strani občine urejeno doplačilo. Prejemajo tudi žepnino, ki večinoma znaša najmanj 53,04€. Del teh sredstev je namenjenih še za dodatno zdravstveno zavarovanje, tako jim ostane približno 23€. Žepnino prejemajo enkrat mesečno v enkratnem znesku. Denar razporejajo sami, včasih pa se s socialno delavko ali blagajničarko dogovorijo, da jim denar razdelijo po obrokih, vsak dan nekaj. Sicer ta žepnina »skopni« že v nekaj dneh, porabijo jo za alkohol in cigarete. Kljub temu pa finančno niso toliko sposobni, da bi si vsak dan privoščili liter vina ali popivali v gostilnah. Tudi zdravil brez recepta ne kupujejo, saj so draga, denar raje porabijo za alkohol. Ko jim denarja zmanjka, prosijo obiskovalce za »kakšen evro«.

Sogovornik K je dejal, da je imel njegov pokojni sostanovalec veliko denarja, saj je zaradi dela v Franciji prejemal visoko pokojnino.

Sogovornik L pa je dejal, da njegov sostanovalec nima denarja, »mu kdo kaj prinese ali pa že od kje dobi denar, vendar gre vsak cent za alkohol«.

Glede finančnega stanja pivcev je v vseh treh domovih enako. Vsi prejemajo žepnino, od katere jim po odbitem znesku za zdravstveno zavarovanje ne ostane veliko. Hitro jo porabijo za alkohol in cigarete. V enem od domov se ti stanovalci zelo trudijo, da kaj naredijo okrog hiše. Nekateri pomagajo v pralnici, urejanju okolice, drugi odnašajo smeti in za to dobijo nekaj denarja. Potrebovali bi še več denarja, ker to, kar dobijo, še za cigarete ni dovolj. »O pijači sicer ne govorijo, vendar, če hočeš vsak dan imeti za škatlico cigaret in liter vina, je to kar nekaj denarja, ki pa ga oni nimajo«. Se pa dobro znajdejo, da ga dobijo – obiskovalcem doma prinesejo rožico in ob tem vprašajo za nekaj denarja.

Čeprav stanovalci prejemajo žepnino, za denar opravljajo dela v domu ali prosijo obiskovalce, denarja pravzaprav nimajo veliko. Malo denarja pa skupaj z drugimi vidiki življenja v domu (nadzor, dnevni red, hišni red) prispeva k manj dramatičnim načinom pitja.

4.7. ŽIVLJENJE V DOMU

Tako socialne delavke kot direktorice in glavne medicinske sestre so rekle, da se pivci v domu počutijo zelo dobro. Nekateri tudi po dvajsetih letih življenja v domu ne želijo zamenjati okolja. Socialna delavka D je povedala, da je nekaj takih, ki bi bili lahko še doma, vendar jim je v domu boljše, saj imajo *»vse oprano, zlikano, skuhano, doma ne bi prišli skozi mesec z denarno socialno pomočjo«*. V domu se počutijo varne. Direktorica A je dejala, da je bila namestitev v dom za nekatere pivce zadnja možnost za ureditev *»solidnega«* življenja. V domu so na boljšem tudi zato, ker lahko zaposleni v domu njihovo pitje vsaj malo nadzorujejo. Glavna medicinska sestra I je bila mnenja, *»da je pivcem glede na predhodno življenje, da so prišli iz nekega ogroženega okolja v varno sredino, pravzaprav zelo fajn«*. Direktorica B je dejala, da je za pivce kakovost življenja v domu dobra, *»če imajo še vedno možnost, da lahko pijejo«*.

Stanovalec J je povedal, da je v domu tri leta in pol. Udeležuje se aktivnosti v domu. Stanovalca, ki prekomerno pijeta, tam še ni videl, zato sklepa, da se jih ne udeležujeta. Nad pivci se nekateri stanovalci pritožujejo, *»drugi pa jih nimajo niti za mar, skoraj kot da jih ni«*. On se z njimi pogovarja enako kot z drugimi stanovalci, vendar njihovega pitja ne omenja. Če bi moral v sobi stanovati s pivcem, bi ga to motilo, saj ve, da bi bil pivec nemiren, siten, on pa ima rad mir, red in pri spanju tišino. Alkoholik pa ima drugačen ritem, *»ves zbrkljan, bi ponoči rogovilil«*, ko bi on hotel spati, ne bi se držal urnika. *»Ko alkohol stopi v glavo, zmeša možgane in človek dela po svoje«*.

Stanovalec K je dejal, da stanuje v domu že 23 let. Dolgoročno ne bi mogel stanovati z nekom, ki prekomerno uživa alkohol. V domu ga moti, da jih premeščajo *»sem in tja«*, sicer pa mu je življenje v domu *»v redu in tudi osebe mu je fajn«*. V prostem času rešuje križanke, tudi bere veliko. Ko je še lahko hodil, se je udeleževal delavnic, zdaj pa ne več.

Stanovalec L je dejal, da so pivci bolni, smilijo se mu in mu je hudo, ko jih vidi *»take«*, skuša jih razumeti. Tudi ko vidi sostanovalca, da nemočen poležava na postelji, samo vzdihuje in nima nobenega veselja, mu postane hudo.

Vsi trije domovi so odprtega tipa, kar pomeni, da stanovalci nimajo omejitev glede izhodov. Domovi se navadno zaprejo do 22. ure, vendar stanovalci lahko pridejo pozneje, zaposleni si želijo le, da to sporočijo. Sporočiti morajo tudi, če bodo odsotni več dni. Urnik v domu je za vse stanovalce enak: vstajanje, osebna higiena, obroki – zajtrk, kosilo, večerja. V vseh treh domovih potekajo razne delavnice, skupine za samopomoč, tombola, telovadba, delovna terapije, a se jih pivci ne udeležujejo, nimajo interesa. Včasih pridejo na tombolo, ker je ena od nagrad izbor pijače v domskem bifeju. Radi pa pridejo na razne prireditve, nastope zborov, prednovoletne zabave, srečanja svojcev in stanovalcev. V enem izmed domov pomagajo urejati okolico, pomagajo v pralnici, delavnic se udeležijo le, če je slabo vreme, vendar se jih kmalu naveličajo. Vendar pa so v domu tudi stanovalci, ki alkohola ne pijejo, pa se delavnic ravno tako ne udeležujejo.

Drugi stanovalci doma pivce različno sprejemajo. V dveh domovih jih sprejemajo z razumevanjem, *»da jih je življenje tako pripeljalo«*, pustijo jih pri miru in *»vsak gre svojo pot«*. Nad njimi se kdaj pritožujejo le, če so zaradi popivanja preglasni. Imajo tudi primere, da pivce in nepivce stanujeta v isti sobi, pa to za nepivca ni moteče. V enem izmed domov pa je toleranca do pivcev zelo nizka, na nek način se jih drugi bojijo, *»integrirano bivanje alkoholikov z normalno starajočimi ljudmi ni v redu, ker imajo popolnoma druge življenjske norme«*. Razlog, da stanovalci različno sprejemajo pivce, je vrednostni sistem vsakega stanovalca, njegov osebni pogled na pitje alkohola pa tudi osebnost posameznika. Zaposleni v domovih pivce sprejemajo takšne, kot so, jih ne obsojajo, ne etiketirajo, z njimi se ukvarjajo, nihče ni prepuščen samemu sebi.

V enem od domov imajo večji problem s kajenjem cigaret. Po zakonu se sme kaditi le v kadilnici, vendar se najdeta dva, trije, ki v sobi odprejo okno in tam kadijo. S tem onesnažujejo okolje, cigaretni dim moti druge stanovalce. Zaposleni so v skrbeh, da ne bi kdo od stanovalcev zaspal s cigareto v roki in s tem povzročil požar. Cigareti so dragi, stanovalci tudi *»žicajo«* zanje. Enkrat so zaposleni organizirali predavanje o prenehanju kajenja, a ni bilo posebnega zanimanja.

4.8. SPOPRIJEMANJE S TEŽAVAMI

Vse direktorice, socialne delavke in glavne medicinske sestre so o spoprijemanju s težavami, ki nastanejo zaradi posledic opitosti stanovalcev, povedale enako. Vse se s pivci zelo veliko pogovarjajo, v vsaki situaciji skušajo na lep način poskrbeti zanje. Predvsem opozarjajo »dostavljavce«, da s prinašanjem alkohola huje kršijo hišni red. Opozarjajo tudi svojce, ki prinašajo alkohol. Opozorila za nekaj časa zaležejo.

V primeru preprirov med stanovalci jih skušajo zaposleni najprej umiriti in odpeljati v njihove sobe. Nato jih povabijo na pogovor, napišejo zapisnik in jih spodbujajo, da tudi sami kaj naredijo, da se preprirom izognejo. Soočajo jih z njihovim vedenjem in poudarjajo, da je vedenje tisto, ki je nesprejemljivo. Tudi negovalke in medicinske sestre se dobro znajdejo v takih situacijah, saj stanovalce že dobro poznajo in vedo, kako reagirati. Bolj so previdne, drugače jih nagovarjajo ali se umaknejo. Kljub temu pa je že prišlo do nasilja nad osebjem. Težave rešujejo tudi tako, da pivce največkrat namestijo v enoposteljne sobe.

Medicinske sestre se v primeru abstinenčnih simptomov ali delirija stanovalcev posvetujejo z zdravnikom.

Prav tako so sogovorniki J, K in L dejali, da bi se v primeru prepira s pivcem skušali umakniti, se preprirom izogniti in »z lepo besedo kaj doseči«. S pivcem se ne bi prepirali, ostali bi tiho in ga prenašali. *»Bi pa to sam uredil, se ne bi obračal na zaposlene«.*

V primeru preprirov, izgrediv ali celo fizičnega nasilja v vseh treh domovih ukrepajo enako. Zaposleni delujejo kot tim. Sodelujejo socialne delavke, direktorice, medicinske sestre, negovalke, zdravniki, *»pa ne samo v domu, temveč tudi širše, npr. s socialno službo«.* Preprirom najprej rešujejo s pogovorom. Če pogosteje prihaja do preprirov ali celo do fizičnega nasilja, pokličejo policijo. Včasih kakšnega stanovalca policija odpelje na streznitev. V primeru hudih kršitev hišnega reda se najprej sestane komisija za sprejem, premestitev in odpust, ki za kršitve sprejme ukrepe. Stanovalca pa morajo pred izvršbo ukrepa opozoriti. Najprej ga lahko premeščajo iz oddelka na oddelek, iz sobe v sobo. Eden izmed ukrepov pa je tudi odpust iz doma. Če bi stanovalca hoteli odpustiti, bi mu morali najprej poiskati drugo ustrezno namestitev, s katero bi se moral strinjati tudi stanovalec. V enem izmed domov so ta ukrep morali izvesti, saj sta bila dva stanovalca nasilna, ostali ukrepi pa so bili neuspešni.

4.9. ZMANJŠEVANJE ŠKODE IN ZDRAVLJENJE

Socialne delavke so povedale, da alkohola pivcem ne morejo prepovedati, lahko pa izvajajo ukrepe, ki zmanjšujejo dostop do alkohola. Tako npr. alkohol strežejo samo ob posebnih priložnostih – ob praznikih, praznovanjih, ali pa ob določenih jedeh. Sicer pa vsakodnevno alkohola ni na jedilniku. V enem od domov niti nimajo bifeja, v drugih dveh pa ne strežejo žganih pijač. Tudi receptorke v bifeju opazujejo, nadzorujejo, koliko je kdo že spil in mu v primeru opitosti alkohola ne postrežejo.

Vse tri socialne delavke so dejale, da želje po zdravljenju ni nihče izrazil. Za pivce bi bilo zdravljenje težko, saj je to njihov slog življenja. Prav tako pa nimajo zunanjih pritiskov, npr. s strani žene, otrok, ali da bi jim grozila izguba službe, nimajo potrebe, motiva, nimajo uvida. *»Vsak mora najprej priti do uvida in začeti sprejemati proces spreminjanja, šele takrat smo lahko socialni delavci v pomoč«*. Eden od pivcev je sicer izrazil željo, da bi se zdravil. Socialna delavka F se je že dogovorila za sestanek z zdravnico v Idriji, vendar se za zdravljenje ni odločil, saj ni imel pravega uvida. Socialna delavka D je rekla, da so pivci neozdravljivi alkoholiki in da *»starega človeka ne moreš zdraviti«*.

O zdravljenju so direktorice povedale podobno kot socialne delavke. V domu alkohol omejujejo, v bifeju ne točijo žganih pijač in tudi receptorke opitim stanovalcem ne strežejo alkohola. Za prekomerne pivce so dejale, da so zaradi zlorabljanja alkohola prišli v tako stanje, da si sami ne morejo pomagati, so v zadnji fazi, zato tudi ni možnosti za zdravljenje. Kot glavno oviro, zaradi katere nimajo prekomerni pivci možnosti za zdravljenje pa so navedle, da nimajo podpornih ljudi. Njihovi svojci za to nimajo interesa. Razmišljajo, naj ima njihov oče, stric *»še tisto veselje, saj ne vedo, koliko časa bo še živel«*. Poleg tega svojci živijo daleč od doma, v katerem je nastanjen stanovalec, zato zanje ti problemi niso več tako vidni. Tudi če so zaposleni koga nagovorili, da bi se šel zdraviti, je vzel nasvet za šalo, *»češ, saj se hecate«*.

Tudi glavne medicinske sestre so rekle, da pivcem omejujejo uživanje alkohola, kolikor je to mogoče. Pogosto se dogaja, *»da tisti liter vina, ki ga prinesejo svojci, stanovalec izprazni v pol ure«*. V tem primeru zaposleni svojcem naročijo, naj alkohol raje prinesejo njim, da ga potem oni stanovalcu *»delijo po malem«*. Pri ženskah je drugače, ker se znajo bolj nadzirati.

»Počasi si dolivajo, da še svojci ne opazijo«. Na nepokretnem oddelku je poraba alkohola zelo majhna, ker stanovalci sami ne morejo priti do alkohola. Popijejo ga le toliko, kolikor jim ga servirajo negovalke. Za marsikoga je tudi tisti kozarček vina ob nedeljskem kosilu vse, kar popije. Med stanovalci, ki prekomerno uživajo alkohol, ni nobenega, ki bi se hotel zdraviti. »Če je celo življenje pil, tudi sedaj ne bo nehal«. Nimajo drugega zanimanja kot samo željo po pijači. Ti stanovalci so mnenja, »da so na čakanju in zakaj se ne bi te dni, ko so na čakanju, imeli fajn«.

Medicinske sestre in negovalke moti, da stanovalci v času »velikega pitja« odklanjajo hrano, higieno in pitje brezalkoholnih pijač. Zaradi tega se počutijo manj sposobne na svojem področju dela.

Če bi se vseeno kdo odločil za zdravljenje, bi se direktorice in socialne delavke najprej obrnile na svojce in skušale z njimi doseči sodelovanje. Nato bi ga napotile k zdravniku, ki prihaja v dom. S stanovalcem bi se pogovorile in mu priskrbele telefonsko številko društva anonimnih alkoholikov.

Direktorica A je dejala, da bi morali tudi zdravstveno osebje izobraziti, »kaj je to odvisnost, kaj je zloraba alkohola, saj je v njihovih glavah čista bolnišnična zapora – do tukaj znajo, alkohola ni in konec«. Tudi direktorica B je rekla, da negovalno osebje v domu »ni v stanju« in nima časa biti pivcu v oporo pri zdravljenju. Ne počuti se dovolj usposobljeno za delo s temi stanovalci, saj njihova prvenstvena naloga ni delo z alkoholiziranimi ljudmi. Prav tako je direktorica C dejala, da se medicinsko in negovalno osebje strokovno ne ukvarja s pivci v smislu, da bi razreševali problem alkoholizma. »Razumejo pa, kaj je to odvisnost in jo sprejemajo«.

Glavna medicinska sestra I je dejala, da bi morda potrebovali supervizijo. Ugotovili bi, kaj lahko člani ekipe zdravstveno negovalne službe naredijo, da bodo pivce spoštovali kot ljudi in jih ne bodo obsojali zaradi njihovega pitja.

V vseh treh domovih imajo skupine za samopomoč, vendar ne posebej za alkoholike, udeleži se jih lahko vsakdo. V nobenem domu pivci nimajo želje po zdravljenju, saj v tem ne vidijo

smisla, manjka pa jim tudi podporna mreža. V enem izmed domov so imeli v začetku delovanja nekaj izobraževanj na temo alkoholizma, saj je osebje menilo, da alkoholiki ne sodijo v dom. Z leti so sprejeli doktrino, da alkohola ne bodo mogli odtegniti nekemu, ki je pil vse življenje.

Sogovornika J in L sta o zdravljenju povedala sledeče. Stanovalec J se je šel zdraviti, ko je *»dobil nekakšen napad«*, v prsnem košu so se mu pojavile bolečine. Zdravnik ga je takoj napotil na zdravljenje v Idrijo. Tam so vsak dan imeli predavanja, kjer je vsak povedal razloge za pitje. *»Sprva smo še lagali in nismo hoteli povedati po pravici, a nas je zdravnica, zelo sposobna ženska, postopoma pripeljala do tega, da smo vse povedali«*. V skupini jih je bilo približno šestdeset udeležencev različne starosti, od teh kar štirideset žensk. Na zdravljenje je kot podporna oseba hodila njegova mama, saj sta se z ženo pred tem že ločila. Po zdravljenju se je počutil *»tako zdravega, dobrega razpoloženja«*, videl je, da je življenje veliko lepše brez alkohola. Deset mesecev po zdravljenju je abstiniral, priznal pa je, da se je pozneje še nekajkrat napil. Danes alkohol pije samo pri kosilu, to je kozarec vina na teden. Dejal je, da mora biti človek ves čas zaposlen, saj mu brez dela postane dolgčas in *»potem zganja neumnosti«*. Za stanovalca, ki prekomerno pijeta, pa je rekel, *»da bi se dalo tudi za njiju izpeljati zdravljenje, vendar nimata želje«*. Menil je, da bi bilo *»dobro imeti kakšno skupino za te ljudi, razne pogovore, razjasnitve, da alkohol škodi srcu, ožilju, celemu telesu, samo kaj, ko se taki nočejo vključiti v skupino«*.

Stanovalec L je dejal, da bi svojemu sostanovalcu tudi sam kdaj priskrbel pijačo, *»če ne bi bilo potem prehudo«*, ampak je preveč še tisto, kar dobi. Tudi zaposleni mu alkohola ne dajo, kadar vidijo, da je spil že preveč. Sam mu je skušal kdaj svetovati glede prekomernega uživanja alkohola, a ni prišel do besede, ki bi sostanovalcu odgovarjala, *»če ni po njegovo, je konec«*. *»Tak človek si ne da nič svetovati, z vsako besedo te nazaj potolče, ne sprejema nikakršnega nasveta, je samo njegov prav«*. Nihče ga ne more prisilno odpeljati na zdravljenje, če tega noče. Za zdravljenje bi se moral odločiti sam, *»tako ga pa še svojci ne morejo odtrgati«* od pitja. Predlagal je, da bi pivce vključili v *»posebne zavode«*, kjer bi bili ljudje s podobnimi težavami. Zdaj se namreč počutijo zapuščene, *»ker se nihče ne ujema z njimi«*. V skupini pa morda ne bi imeli občutka, da so sami. Menil je še, da bi bilo dobro, da bi pivce dvakrat na teden v domu zbrali, *»da jim malo odprejo oči«*. Zanje bi imeli

predavanja, kjer bi dobili kakšno nalogo, ki bi jo morali opraviti do naslednjega sestanka. Tudi on bi jih »obremenil s kakšnim delom«, organiziral bi jim delavnice, da bi porabili čas, čutili skrb in obveznost.

5. RAZPRAVA

Stanovalci domov, ki prekomerno uživajo alkohol so moški, v enem od domov pa je med prekomernimi pivci tudi nekaj žensk.

O številu prekomernih pivcev sem dobila različne odgovore. Najmanj so jih našteli socialne delavke, direktorice, ena glavna medicinska sestra in dva intervjuvana stanovalca. Bilo naj bi jih od dveh, treh pa do osem, deset. Drugi so jih našteli več, od deset do petnajst, ali celo do dvajset. Ocene so najbrž tako različne, ker vsak drugače pojmuje, kaj je prekomerno uživanje alkohola. Razumljivo je tudi, da jih medicinske sestre opazijo več, saj imajo več stikov s stanovalci, seznanjene so z njihovim zdravstvenim stanjem in tako tudi prej opazijo, če je spremenjeno zdravstveno stanje stanovalca posledica kakšne bolezni ali prekomernega uživanja alkohola.

V večini so stanovalci, ki prekomerno uživajo alkohol, ločeni ali ovdoveli, nekateri pa niso bili nikoli poročeni, le redko kdo ima otroke.

Pri stanovalcih domov, ki prekomerno uživajo alkohol, opazimo t. i. *dolgotrajni alkoholizem*, saj so alkohol uživali že prej doma, pred prihodom v dom, to je njihov način življenja že iz njihove preteklosti in ga nadaljujejo tudi v domu. Nihče od njih ni začel prekomerno uživati alkohola šele po sprejemu v dom. Ena od sester je navedla, da v starosti človek verjetno ne bo našel razloga za začetek pitja. To sicer ne drži. Rugelj (2008: 271) navaja veliko razlogov za poseganje po alkoholu v starosti: vdovstvo, upokojitev, bolezen, invalidnost, življenjski polom, osamelost itn. Vendar pa v pripovedih mojih sogovornic in sogovornikov vseh teh razlogov nisem zasledila. Nekatere sogovornice so izpostavile le osamljenost kot pogost vzrok za poseganje po alkoholu. Verjetno obstaja še kakšen razlog, pa jih morda sogovornice in sogovorniki niso opazili ali pa o njih pivcev niso nikoli spraševali.

V nekaterih primerih je bila težava s prekomernim uživanjem alkohola povod za sprejem v dom, ker so imeli pivci doma zaradi alkoholizma neurejene razmere.

Pri večini teh stanovalcev gre tudi za *neprekinjeno prekomerno pitje*, saj vsakodnevno posegajo po alkoholu, le redko ali pa nikoli ne abstiniirajo. Nekaj stanovalcev ima le občasna obdobja prekomerna in nekontroliranega pitja alkohola z vmesnimi obdobji abstiniranja, gre torej za *občasno prekomerno pitje*. Pri ženskah pa gre za *skrivno pitje*, saj skušajo pitje namerno skriti pred drugimi.

Pri opisu osebnosti pivcev sem dobila kar podobne odgovore; da so po naravi precej odprti ljudje, veseli, dobrovoljni, duhoviti, nočejo nič slabega, vsakega obiskovalca v domu pozdravijo, jih ogovarjajo. Veseli in odprti so predvsem takrat, ko spijejo nekaj alkohola. Nekateri pa so raje sami v svojih sobah, so bolj razdražljivi, nevljudni in tihi.

Da pridejo do alkohola, se poslužujejo večih možnosti in so pri tem zelo iznajdljivi. Veliko jih lahko še hodi, tako da se sami odpravijo v trgovino, alkohol pa prinesejo še tistim, ki sami v trgovino ne morejo. Včasih si tudi izmenjujejo hrano za alkohol. Nekateri tudi prosjačijo – stanovalce, svojce, gredo v trgovino in tam prosijo za alkohol, izsiljujejo za pultom v domskem baru. V enem od domov imajo tudi t. i. dostavljavce alkohola. Do alkohola pridejo tudi v mestu v gostilni. Nekateri svojci prinašajo alkohol, drugi ne, nekateri celo na skrivaj. V dveh domovih imajo tudi bar, kjer strežejo alkohol. Vseeno redni pivci ne kupujejo alkohola v domu, je bolj aktualna dostava iz mesta ali nakup v trgovini, saj sta to cenejši izbiri. V domovih postrežejo alkohol (kozarec vina) ob nedeljskih ali posebnih kosilih in ob raznih praznovanjih, prireditvah, ki pa se jih ti stanovalci prav zaradi tega redno udeležujejo. Nekateri vina ne pijejo, vendar ga vseeno vzamejo in ga dajo tistim, ki ga radi pijejo.

Zaradi opitosti stanovalcev prihaja do konfliktov, tako med njimi kot z drugimi stanovalci in tudi z osebjem. Kadar so opiti, so bolj »korajžni«, glasni, tudi kakšen cigaret prižgejo v domu, čeprav je kajenje v domu prepovedano, s tem pa motijo druge stanovalce in tudi obiskovalce. Posebno moteči so ob praznikih, saj takrat več segajo po alkoholu. Do direktoric skušajo biti zelo prijateljski, uglajeni, če je kaj narobe, se opravičijo. Bolj so nestrpni do negovalnega osebja, njihovih navodil ne upoštevajo. Pogosto prihaja do besednega nasilja – kričanja, zmerjanja, kdaj tudi vsaj do poskusa, da bi kdo koga udaril. Le v enem izmed domov pa je pijan stanovalec že napadel drugega stanovalca in zaposlene. Kadar so opiti, so tudi bolj čustveni. Nekdo bi se rad objemal, veliko joka, spet drugi je ves nasmejan, ko mu pa

zmanjkuje pijače, postane siten in nasilen. Nekateri so prepirljivi, pred drugimi se »šopirijo«. Alkoholik se mnogokrat kaže kot zelo čustveno razgiban – je ljubezniv, se dobrika, šali in dvori, strastno objema, žaluje nad seboj, z vso ihto objublja sebi in okolici, da bo začel znova, jezi se in se strastno razburja. Vendar pa to niso čustva, kot pravi Ramovš (1986: 98), ki bi jih sprožila ustrezna zunanja spodbuda ali notranji gon, so le videz čustev, »čustvena telovadba«, ki je v resnici le del alkoholne obrambe.

Kadar so stanovalci opiti so bolj izpostavljeni padcem, poškodbam, večkrat pride do ponesnaženosti, to pa za zaposlene pomeni še več oskrbe in dela z njimi. Le en stanovalec si kljub pogostim padcem ničesar ne zlomi. Pogosto so tudi razdražljivi, ne upoštevajo hišnega reda, v jedilnici se prepirajo s kuhinjskim osebjem.

Vse sogovornice imajo podobno mnenje, kaj je prekomerno pitje alkohola. Za prekomerno pitje gre, ko človek sebe in svojega ravnanja, vedenja nima več pod nadzorom, ko mu pitje ovira »normalno« življenje in delo, ko zaradi njegovega pitja trpijo tudi ljudje v njegovem okolju in ko ob pomanjkanju alkohola pride do delirija. Ti opisi precej sovpadajo s teoretičnimi opredelitvami alkoholologije škodljivega uživanja alkohola in sindroma zasvojenosti z alkoholom: človek nadaljuje s pitjem alkohola kljub težavam v medosebnih odnosih, ki jih povzroča ali pogloblja ravno pitje alkoholnih pijač, ima močno željo po alkoholu, ima težave pri obvladovanju pitja alkohola, bolj se posveča pitju alkohola kot drugim aktivnostim, pojavijo se telesne težave ob prenehanju pitja – abstinenčna kriza (Židanik, Čebašek–Travnik 2003: 13, Kolšek 2012: 103).



Glede pomena in vloge alkohola v življenju stanovalcev domov sem ugotovila, da je pitje alkohola navada še iz časa, ko so živeli doma, je njihov ritual in način življenja. Večina tudi prihaja iz okolja, kjer so kuhali žganje in »seveda so ga morali tudi piti«. Prav tako so bili vajeni piti ob delu, saj so opravljali poklice (gozdarji, zidarji, kmetje), kjer je alkohol veljal kot krepčilo. Pravzaprav pa so bile slabe prehranske razmere vzrok, da so alkohol uporabljali kot dodatek k hrani; pijani človek je potem resnično mislil, da je močnejši in da dela bolje in lažje. Od tukaj izhaja prepričanje, da alkohol daje moč in so ga zaradi tega redno uživali ob

težkih telesnih delih (Hudolin 1969: 33). Pitje alkohola jim pomeni tudi beg iz stisk, tolažba zaradi neurejenih odnosov s svojci, pri pivcih navadno odkrijejo šibko domače življenje, odsotnost staršev. Pitje alkohola jim pomeni tudi druženje in sredstvo za izkazovanje moči. Stanovalcem iz psihiatričnega oddelka alkohol pomeni sredstvo za pomirjanje misli, glasov, ki jih slišijo in jih begajo. Pitje alkohola pa vpliva tudi na življenje v domu – na druge stanovalce in na zaposlene. Pivci namreč kdaj motijo ritem drugih stanovalcev, nepivci se jim morajo velikokrat prilagajati, se znati izogniti morebitnim preprirom in jih tolerirati. Zaposlenim pa predstavljajo dodatno skrb in posebno pozornost, saj morajo negovalke nemalokrat pustiti svoje delo in poskrbeti za pijanega stanovalca. Obenem pa lahko opazimo, da gre tudi za t. i. sekundarne prilagoditve pivcev v domu. Njihov način življenja je drugačen od drugih stanovalcev, ni v skladu s pravili v domu, je odstopajoč in je »samo njihov«. To jim daje občutek avtonomije, saj lahko zadovoljujejo nedovoljena zadovoljstva, dokazujejo si, da so »svoji ljudje« in se dojemajo kot tiste, ki odstopajo od predpostavk domov, kaj naj delajo in kaj naj bi bili.

Pivci so do pitja zelo nekritični. Mnenja so, da težave s prekomernim pitjem nimajo, da imajo težavo zaposleni v domu. Če star človek že več let »uspešno« zlorablja alkohol, morda ne more sam prepoznati vseh negativnih posledic čezmernega pitja, lahko pa tudi dojema svoje težave bolj kot posledico staranja in manj kot kombinacijo uživanja alkohola in vsakodnevnih življenjskih razmer (Suhonen 2011: 93). Le eden od teh stanovalcev prizna, da pije prekomerno. Nekateri pa se pitja sramujejo, saj raje prosjačijo za cigarete.



Glavna ugotovitev o slogu pitja stanovalcev je, da gre pri njihovem pitju predvsem za »dolivanje« alkohola. Skoraj vsi si pitje razporedijo skozi ves dan. Pijejo počasi, manjše količine. Pri starih ljudeh, zasvojenih z alkoholom, v večini primerov velja, da toleranca do alkohola pada. Zaradi zmanjšane količine vode v telesu, slabšega pretoka krvi skozi jetra in drugih telesnih sprememb, se alkohol počasneje presnavlja, to pa pomeni, da se opijanijo z manjšo količino alkohola kot pred leti, ko so bili mlajši (Ramovš 2016: 34, 35).

Pivci se navadno družijo za čas pitja ali pa pijejo sami v svojih sobah. Sami pijejo, ker (v domu) nimajo prijateljev, nimajo dovolj denarja, da bi alkohol delili z drugimi ali pa se pitja sramujejo in raje pijejo sami. Na samem pijejo predvsem ženske, kar tudi dobro skrivajo. Okolica, svojci dolgo ne opazijo, da ima ženska težave s prekomernim uživanjem alkohola. Kot pravi Rugelj (2008: 249) so razmere pri nas take, da okolje ostreje obsoja alkoholizem pri ženskah kot pri moških in je tako samotno pitje za zavesami na oknih za družbo še vedno najbolj sprejemljivo.

Slog pitja je torej bolj ali manj umirjen, saj pivci popivajo v nekem utečenem, počasnem tempu skozi ves dan, največkrat sami. Deloma pa je slog tudi družaben, a tako, da ustvarja manjše skupine sopivcev.



Socialne mreže pivcev so po navedbah sogovornic in sogovornikov šibkejšje od mrež drugih stanovalcev. Prijateljev zunaj doma navadno nimajo, le eden od pivcev si je zunaj doma našel družbo. Radi pa se družijo med seboj, predvsem za čas pitja. V enem od domov pa pivci nimajo prijateljskega kroga niti v domu. S prijatelji iz domačega okolja so z leti izgubili stike ali pa so prijatelji umrli, tako se ti stanovalci bolj ali manj »držijo zase«. Tudi vezi s svojci niso trdne, odnosi med njimi so skrhani in odtujeni. V večini primerov so jim svojci poiskali namestitev v domu kot izhod v sili, s tem pa so se le »znebili nadležneža« in se tako oddaljili od njihove težave s pitjem alkohola (Kladnik 2004: 151). Nekateri se vseeno trudijo vzdrževati odnose s sorodniki (brati, sestrami, nečaki), saj tako od njih dobijo vsaj nekaj denarja.

Požarnik (1981: 45) pravi, da si nekateri stari ljudje pravzaprav želijo nekaj socialne izolacije – manj stikov z drugimi ljudmi, da si želijo živeti v miru, odmaknjeno, so bolj obrnjeni v svojo notranjost in zato nimajo radi preveč stikov z ljudmi in obveznosti. To jim daje občutek svobode in olajšanja, ker se jim ni treba več toliko ozirati na razne norme, pričakovanja in druge ljudi. Vsaj za enega stanovalca velja ravno to, saj je bolj samotarski tip, nerad se družuje z drugimi, stike ima samo s stanovalcem, ki mu »dostavlja« alkohol. Nekateri pivci pa svojcev ali drugih »svojih« ljudi nimajo, tako da ne gre za namerno opuščanje socialnih vezi.



Glede zdravstvenega stanja pivcev sem dobila različna mnenja. Večina direktoric in socialnih delavk je rekla, da so pivci pravzaprav dobrega zdravja in da bolezni, ki bi bile prisotne izključno zaradi dolgoletnega pitja, ni. Tudi poškodbe naj ne bi bile pogostejše zaradi opitosti stanovalcev. Do padcev pride, vendar se ni še nihče huje poškodoval. Nasprotno so povedale medicinske sestre. Pivci imajo obolenja srca in ožilja, ena od stanovalk je doživela kap, druga je umrla zaradi raka na požiralniku. Kronični alkoholiki imajo sedemkrat več možnosti, da umrejo prezgodnje smrti (zastropitev, padci, prometne nesreče) kot neuporabniki alkohola (GimnazijaVič).

Da si intervjuvanke niso bile enotne glede zdravstvenega stanja pivcev, je razumljivo. Socialne delavke so usmerjene v kakovost življenja stanovalcev, ki se kaže tudi v tem, da so stanovalci zmožni odločati o tem, kaj je za njih dobro, medtem ko so medicinske sestre in negovalke v prvi vrsti usmerjene v preprečevanje tveganj in ohranjanje fiziološkega življenja stanovalcev.

Ena od direktoric je celo poudarila, da je zdravstveno stanje pivcev boljše v primerjavi z drugimi stanovalci, ki večinoma pridejo iz bolnišnice skorajda nepokretni. Verjetno to vsaj deloma drži. Manj gibljivi stanovalci so večinoma časa priklenjeni na posteljo, ne morejo se gibati na svežem zraku, straniščne potrebe morajo opraviti v plenico, najbrž se tudi težje prehranjujejo in tako ne zaužijejo zadostne količine hrane. Pivci iz moje raziskave pa so bolj ali manj gibljivi, nekateri za premikanje uporabljajo invalidski voziček. Tako se lahko prosto gibljejo, so aktivni, sami lahko skrbijo zase.

Vsi stanovalci imajo predpisana zdravila, vendar se ne ozirajo na učinke kombinacije alkohola in zdravil. Raje zdravil ne vzamejo kot da ne bi smeli piti alkohola ali pa namerno kombinirajo »*malo enega in malo drugega*«. Nekatera zdravila lahko v povezavi z alkoholom povzročajo neželene stranske učinke. Na primer zdravila, ki delujejo na centralni živčni sistem, lahko že pri manjši količini popitega alkohola povzročijo močnejši učinek na telo, alkohol v povezavi z antidepresivi pa lahko depresijo celo poslabša (Ramovš 2016: 35).

Kljub temu v nobenem domu ni prišlo do zapletov zaradi neustreznega jemanja zdravil.

Večina sogovornic in sogovornikov je povedala, da pivci redno hodijo na obroke hrane, jih ne spuščajo, nekateri pa, da v opitosti hrano zavračajo, ker nimajo potrebe po njej. Na zajtrk še redno hodijo, ostale obroke, predvsem večerjo, pa spustijo. Po mnenju ene od glavnih medicinske sestre je za pivce značilna podhranjenost. Alkoholik kalorične potrebe organizma vsaj delno krije z alkoholom, v njem pa ni ne vitaminov ne beljakovin. Navadno ima alkoholik tudi poškodovane in okvarjene prebavne organe, zato ne izkoristi še tisto malo hrane, ki jo zaužije (Rugelj 2008: 163).

Glede higiene pivcev sem ugotovila, da imajo manjšo potrebo po higieni, nimajo higienskih norm. Potrebujemo več usmeritev in opozoril. Negi se upirajo v hudi opitosti. Najhuje je v obdobjih, ko veliko pijejo, saj pogosteje pride do ponesnaženosti, bruhanja, padejo in so blatni, krvavi. Kljub temu pa nihče ne daje videza zanemarjenega človeka, saj vseeno skrbijo za urejen videz kolikor morejo.



Stanovalci/pivci, o katerih so poročale sogovornice in sogovorniki, prejemajo pokojnino, vendar ne zadošča za kritje celotnih stroškov nastanitve v domu, zato imajo s strani občine urejeno doplačilo. Mesečno prejemajo tudi žepnino, od katere jim po odbitem znesku za zdravstveno zavarovanje ostane komaj 23 evrov. Ta denar hitro porabijo za alkohol in cigarete. Denarja jim tako ves čas primanjkuje, zato se nekateri trudijo, da ga še kako drugače zaslužijo – pomagajo v pralnici v domu, odnašajo smeti, urejajo okolico doma... Za denar pa tudi prosijo obiskovalce.

Na prvi pogled se zdi precej problematično, da pivci ves denar zapravijo za pijačo in cigarete. Pa vendar jim ostane zelo malo denarja, saj ga pravzaprav vsega oddajo za oskrbo in si pijače niti ne morejo privoščiti v izobilju. To pa je lahko tudi razlog za bolj umirjen slog pitja ali celo abstinenco.



Po navedbah sogovornic se pivci v domovih zelo dobro počutijo. Nekateri tudi po dvajsetih letih življenja v domu ne želijo zamenjati okolja. V domovih se počutijo varne. Marsikdo je v dom prišel iz razmer, ki so bile na meji vzdržnosti, v domu pa jim je zagotovljena prehrana, čista oblačila, prenočišče, medicinska oskrba.

V domovih potekajo razne delavnice, skupine za samopomoč, telovadba, vendar se jih pivci večinoma ne udeležujejo, ker nimajo interesa. Radi pa se udeležijo raznih prireditev, prednovoletnih zabav, nastopov zborov... Nekateri pomagajo pri urejanju okolice doma, odnašajo smeti, vendar pa hobijev ali drugih interesov, s katerimi bi zapolnili prosti čas, nimajo. Morda so bili pivci že prej v življenju bolj praktično usmerjeni, so svoje napake kompenzirali s trdim delom (gozdarji, zidarji, kmetje...) in tako delajo še danes. Verjetno pa jim opravljanje dela na svoj način, v svojem ritmu, daje občutek, da so bolj samosvoji. Na drugi strani pa so v domovih tudi stanovalci, ki alkohola ne uživajo, pa se tudi oni delavnic ne udeležujejo. Tako ne morem trditi, da je nezainteresiranost pivcev za aktivnosti v domu posledica alkoholizma.

Stanovalci doma pivce različno sprejemajo. Nekateri jih sprejemajo kot vse druge stanovalce ali pa se za njih niti ne zmenijo, drugi pa jih ne tolerirajo in se jih celo bojijo. Razlog za različno sprejemanje pivcev je verjetno v drugačnem pogledu na pitje alkohola vsakega stanovalca. Lahko imajo predsodke in stereotipne predstave o pivcih, morda so s pivci imeli slabe izkušnje, nesoglasja ali pa si zgolj želijo miru, česar jim nemiren pivec ravno ne omogoča, zato pitja alkohola ne tolerirajo. Seveda pa je odvisno tudi od osebnosti vsakega posameznika, kako sprejema nekoga, ki pije. Nekdo, ki je dobrasrčen in ima veliko empatije, občutka za sočloveka, bo lažje razumel stisko alkoholika in ga znal sprejeti.



Zaposleni se reševanja težav zaradi posledic opitosti stanovalcev lotijo na podoben način. Alkohola ne prepovedujejo, pivce tolerirajo, vendar jih opozarjajo, naj bo zaradi njihovega pitja čim manj neugodnih posledic za vse. Kadar se zaradi opitosti stanovalci pripravajo in

razgrajajo, jih skušajo zaposleni najprej umiriti in jih odvesti v njihove sobe. Ko se streznijo, se z njimi pogovorijo. Neposredna obravnava »prekrška« bi bila povod za večjo dramo in še večji prekršek. Tako pa gre za zmanjševanje škode, ki bi jo lahko povzročilo nadaljnje prepiranje in obtoževanje. Najbolj pragmatično je, da gre človek spat in da mir. V primeru fizičnega nasilja pokličejo policijo. Pišejo tudi zapisnike, sodelujejo s pristojnim CSD, z zdravnico, psihiatrom, imajo mediacije, timske sestanke, obravnave, koordinatorko za primere nasilja. Za hujše primere kršitev hišnega reda skličejo komisijo za sprejem, premestitev in odpust stanovalcev. Veliko se pogovarjajo tudi s svojci, če prinašajo preveč alkohola. Prav tako v domu, kjer imajo t. i. dostavljavce alkohola opozarjajo, da je to hujša kršitev domskega reda. Z vsemi temi postopki skušajo zaposleni na različne načine reševati nastale težave, prepire, nesoglasja, in vedno izbrati tistega, ki je v dani situaciji najprimernejši za razrešitev problema.

Medicinsko negovalno osebje se v primerih delirija ali abstinence krize pivcev posvetujejo s splošnim zdravnikom ali psihiatrom.

V enem od domov so razmišljali, da bi zgradili bivalno enoto v povezavi z domom za te stanovalce, da bi imeli urejeno prehrano, higieno in nekaj socialnega nadzora. Morda je na prvi pogled vsaj iz medicinskega pogleda ideja dobra, saj bi lahko pivcem namenili več pozornosti pri prehrani in higieni. Tudi za druge stanovalce ne bi bili moteči. Vendar pa bi jih s preselitvijo v posebno enoto le še bolj izolirali, osamili in jih javno označili za alkoholike. Hkrati bi tudi stopnjevali subkulturo pitja in antagonizem med osebjem in stanovalci glede prekrškov, povezanih s pitjem alkohola.



V domovih alkohola ne morejo prepovedati, saj bi imeli več težav, če bi od pivcev zahtevali abstinenco. S tem se tudi sama strinjam, saj bi tako od njih zahtevali nekaj nemogočega. Človek mora sam priti do uvida, do spoznanja, da mu alkohol povzroča težave, sicer le jezno abstinira, postane »trezni alkoholik«. Ves je živčen, nestrpen, prepirljiv, »nekaj mu manjka«, ve samo, da ne sme piti, že zdavnaj pa je pozabil, kako naj ureja svoje vsakdanje življenjske probleme (Rugelj 2008: 373). Zato pa izvajajo več ukrepov, ki zmanjšujejo nastanek

morebitne škode zaradi pitja. Eden od ukrepov je, da v domu omejujejo dostop do alkohola. V domskem bifeju ne strežejo žganih pijač, receptorke v bifeju opitim stanovalcem alkohola ne strežejo, v enem od domov pa bifeja sploh nimajo. Pri kosilu postrežejo vino le ob posebnih jedeh ali ob nedeljskem kosilu in ob raznih praznovanjih. Drugi ukrep je tudi, da zaposleni opozarjajo svojce, ki nosijo alkohol, naj ga raje prinesejo negovalnemu osebju, da jim ga oni raje dajo po kozarčkih in s tem preprečijo, da bi stanovalec naenkrat popil večjo količino alkohola (preprečijo »nalivanje«). Eden izmed ukrepov pa je tudi, da pivce nameščajo v enoposteljne sobe, stanovalce, ki so se v preteklosti uspešno zdravili, pa namenoma odstranjujejo iz družčine pivcev.

Bolj pomembno je torej krepiti kakovost življenja pivcev, saj je potem tudi pitje manjši problem. Oziroma bolje je, da človek pije in s pitjem nima težav, kakor pa da je »trezni alkoholik«.

Ti stanovalci so po navedbah sogovornic neozdravljivi alkoholiki. Nimajo želje po zdravljenju, nimajo uvida, ne vidijo smisla v zdravljenju. Vendar pa to velja za večino pivcev na sploh – večina se jih noče zdraviti. Tudi če so zaposleni komu predlagali zdravljenje, so to vzeli kot šalo ali pa so samo obljubljali. V starosti je to še bolj problematično – če je nekdo celo življenje živel z »dolivanjem«, zakaj bi bil na koncu življenja trezen? Takega mnenja so tudi pivci v domovih iz moje raziskave. Pravijo, da so na »čakanju« in zakaj se ne bi imeli ta čas dobro. Nekateri pa pridejo v dom ravno zaradi tega razloga – zunaj ne morejo preživeti. Tisti, ki so se odpovedali pijači, so si tudi sicer uredili življenje. Ampak, kot pravi Ramovš (2001: 27), je diagnoza »neozdravljive in nepopravljive alkoholične motnje« relativna; velja le situacijsko zdaj in tukaj, medtem ko se v drugi situaciji neredko z vključitvijo v zdravljenje in v primeren način socialnega urejanja izkaže, da je alkoholizem tega človeka ozdravljiv in socialne težave rešljive. Vendar pa ti stanovalci tudi nimajo zunanjih pritiskov, npr. s strani žene, otrok, šefa, nimajo potrebe, motiva. Prav tako pa jim veliko oviro za uspešno zdravljenje predstavlja dejstvo, da nimajo podpornih ljudi. Njihovim svojcem ni v interesu, mnenja so, naj njihovemu očetu, stricu ostane »tisto veselje«. Prav tako so zaposleni mnenja, da nekdo, ki je vse življenje užival alkohol, tudi v starosti ne bo prenehal s pitjem.

V vseh treh domovih imajo skupine za samopomoč, vendar ne posebne za samopomoč alkoholikom, ker alkoholizem vseeno ni toliko razvit, da bi bila potreba po njej. Mislim, da je to samo mnenje zaposlenih. Če bi res ustanovili skupino za samopomoč alkoholikom, bi verjetno mnogim koristila že zato, ker bi jim bila blizu, drug drugemu bi bili v oporo, morda bi dosegli vsaj to, da bi bolj obvladali svoje pitje.

Negovalno in zdravstveno osebje se ne počuti dovolj usposobljeno za delo z alkoholiziranimi ljudmi, saj to ni njihova prvenstvena naloga, vseeno pa razumejo, kaj je zasvojenost in jo sprejemajo. Ena od direktoric je izpostavila, da bi bilo treba zdravstveno osebje izobraziti o zasvojenosti in zlorabi alkohola. Za domsko osebje bi bilo pomembno spoznanje, da neozdravljivi pivci potrebujejo alkohol prav tako nujno kot rakavi bolniki v zadnji fazi potrebujejo pomirjevala. Ljudje, ki so jim zakonitosti na področju zasvojenosti tuje, pogosto še manj razumejo neozdravljivi alkoholizem. Do takih stanovalcev so agresivni in se nanje jezijo (Kladnik 2004: 152) »Delo z neozdravljivimi alkoholiki postavlja osebje domov in delavce centrov za socialno delo pred resno preizkušnjo njihovih človeških in strokovnih sposobnosti, saj se srečujejo z nekom, ki je v bistveno slabšem položaju kakor npr. bolniki z rakom. Ti imajo namreč ob sebi podporno socialno mrežo sorodnikov, prijateljev, znancev, prijateljev, sosedov, medtem ko je neozdravljivi alkoholik praktično socialno mrtev« (*ibid.*).

Stanovalca J in L sta predlagala, da bi v domu imeli skupino za pivce, kjer bi se nekajkrat tedensko sestajali, da bi jim razjasnili, kako je alkohol škodljiv, da bi pivci spoznali tudi druge ljudi s takimi težavami in ne bi imeli občutka, da so sami. Do naslednjega sestanka bi morali opraviti neko nalogo ali delo, da bi izkoristili čas in čutili skrb.

6. SKLEPI

- V domovih je nekaj stanovalcev, ki prekomerno uživajo alkohol. O številčnosti pivcev si intervjuvanci niso enotni, številke segajo od dva do dvajset. Vseh stanovalcev v domovih je od 150 do 231, tako da je pivcev v vsakem domu relativno malo. Morda jih ni veliko, ker prej umrejo, ker jih v dom ne sprejmejo ali ker nočejo v dom.
- Pivci, o katerih so poročali sogovorniki in sogovornice, so večinoma moški, v enem od domov je tudi nekaj žensk. So samski, ločeni ali ovdoveli, samo nekateri imajo otroke.
- Gre za dva tipa osebnosti pivcev. Nekateri so dobrosrčni, duhoviti, odprti ljudje, spet drugi so nevljudni, razdražljivi in se raje »držijo zase«.
- Pri vseh pivcih gre za *dolgotrajni alkoholizem*. Nihče ni namreč začel s prekomernim pitjem šele v starosti, ampak so prekomerno pili že v mladosti. Tudi ob delu so bili vajeni piti, saj so opravljali dela, kjer je alkohol veljal kot krepčilo.
- Do alkohola pridejo na več načinov in so pri tem zelo iznajdljivi. Najbolj je razširjena t. i. »dostava alkohola«. Navadno se en stanovalec odpravi v trgovino po alkohol in ga prinese še drugim. Značilno je tudi »prekupčevanje« – izmenjava prigrizkov za alkohol. Prav tako si alkohol lahko kupijo v domskem bifeju, vendar to ni pogosta izbira, saj je alkohol v bifeju dražji. Poslužujejo pa se tudi prosjačenja stanovalcev in obiskovalcev. Nekaterim vino prinašajo svojci. Kozarec vina dobijo tudi ob posebnih kosilih in praznikih.
- Zaradi opitosti stanovalcev pogosteje pride do padcev in poškodb, občasno tudi do kakšnega zloma, vendar se nihče huje ne poškoduje. Kadar so opiti, so bolj pogumni, glasni in motijo druge stanovalce. Večkrat pride tudi do ponesnaženosti, bruhajo, so blatni, krvavi, to pa za zaposlene pomeni še dodatno obremenitev in skrb.

- Pitje alkohola tem stanovalcem pomeni navado še iz časa, ko so stanovali doma. Pomeni jim tudi beg iz stisk, tolažbo zaradi neurejenih odnosov s svojci. Prav tako pa jim pitje pomeni razlog za druženje in pogovor. Hkrati pa jim pitje daje občutek avtonomije, saj s tem kršijo pravila doma, niso vgrajen člen institucije, ampak so vsaj malo samosvoji, počnejo nekaj, kar je samo »njihovo«.
- Slog pitja je pri vseh pivcih precej podoben. Pri skoraj vseh gre za »dolivanje«, saj začnejo s pitjem že zjutraj in si pitje po malem razporedijo skozi ves dan. Nekateri se družijo za čas pitja, drugi pa se raje umaknejo in pijejo sami v svojih sobah. Dva stanovalca včasih popivata v gostilnah, eden od pivcev pa ima pivsko družbo v zunanjem okolju, tako v domu nikoli ne popiva. Slog pitja je torej bolj umirjen, a ne povsem. Je tudi družaben, a tako, da ustvarja otočke somišljenikov oziroma sopivcev.
- Pivci so večinoma brez svojcev ali pa so stiki z njimi zelo slabi. Svojci so se jih z »oddajo v dom« na nek način znebili. Če jih že obiščejo, to storijo hitro, obisk je kratek. Nekateri se vseeno trudijo ohranjati stike s svojci, saj tako, po besedah ene od direktoric, dobijo vsaj nekaj denarja ali vino. Nekateri imajo v domu družbo pivcev, drugi pa se »držijo zase« in imajo stike le z »dostavljavci alkohola«. Za nekatere je popivanje način, kako »ublažijo« manjšo socialno navzočnost in družabnost – lažje prenašajo samoto, nekaterim pa omogoča nekaj več stikov.
- Večina sogovornic je mnenja, da zdravstveno stanje pivcev ni nič slabše od drugih stanovalcev; bolezni niso zgolj posledica dolgoletnega pitja.
- Vsi pivci imajo predpisana zdravila, ki jim jih pripravijo medicinske sestre. Zavedajo se, da ob jemanju zdravil naj ne bi pili alkohola, vendar se večinoma na to ne ozirajo. Včasih zdravil raje ne vzamejo. V nobenem od domov še ni prišlo do zapletov zaradi morebitnega nepravilnega jemanja zdravil in sočasnega uživanja alkohola, tako je morda skrb zaposlenih tukaj pretirana.
- Pivci imajo manjšo potrebo po hrani. Redno hodijo predvsem na zajtrk, ostale obroke navadno spustijo ali pa pojedjo zelo malo. Tudi pri higieni potrebujejo več spodbude,

da se uredijo, vendar vseeno skrbijo, da so čisti. Tisti, ki pri higieni potrebujejo pomoč negovalk, se negi ne upirajo ali pa se upirajo samo takrat, ko so močno opiti. Upirajo pa se kopianju, ker ga tudi sicer ne marajo.

- Vsi stanovalci/pivci prejemajo pokojnino, ki pa je bolj nizka, zato imajo iz strani občine urejeno doplačilo za kritje vseh stroškov v domu. Prejemajo žepnino, od katere je odbito dodatno zdravstveno zavarovanje, tako jim na mesec ostane le 23€. Nekateri so dogovorjeni s socialnimi delavkami, da jim ta znesek razdelijo in jim ga dajejo po manjših obrokih. Denar hitro porabijo za alkohol in cigarete. Nekaj denarja dobijo s hišnimi opravili v domu in tudi z beračenjem. Denarja imajo kljub vsemu zelo malo in si pravzaprav alkohola ne morejo privoščiti v izobilju, to pa prispeva k bolj umirjenemu slogu pitja ali celo abstinenci.
- Pivci nimajo hobijev ali drugih aktivnosti, s katerimi bi si zapolnili prosti čas. Na delavnice v domu ne hodijo, nimajo interesa. Udeležujejo pa se raznih prireditev, praznovanj, srečanj stanovalcev in svojcev. Delavnic se ne udeležujejo tudi nekateri stanovalci, ki alkohola ne uživajo, zato ne morem sklepati, da je nezanimanje pivcev posledica alkoholizma.
- Večina drugih stanovalcev pivce sprejemajo z razumevanjem, se nad njimi ne pritožujejo, pustijo jih pri miru, nekateri pa se jih bojijo ali jih (morda zaradi osebnih preteklih izkušenj) ne sprejemajo.
- Pivci se v domu počutijo varne. Tudi po dvajsetih letih življenja v domu ne želijo iti drugam. Za marsikoga je bila namestitev v dom tudi zadnja možnost, da si uredi življenje, saj je doma živel v razmerah, ki so bile na meji vzdržnosti.
- V primerih, ko med pivci zaradi opitosti pride do preprirov, besednega ali celo fizičnega nasilja, zaposleni uporabljajo večinoma zelo pragmatičen in realističen pristop. Težave skušajo uravnati večinoma konstruktivno in stanovalce umiriti, uporabijo pa tudi disciplinske postopke – pokličejo policijo, skličejo komisijo za sprejem, premestitev in odpust.

- V domovih pitja alkohola pivcem ne prepovedujejo, izvajajo pa ukrepe, ki zmanjšujejo škodo, ki lahko nastane zaradi prekomernega pitja. V domu omejujejo dostop do alkohola, zaposleni opozarjajo svojce, ki nosijo alkohol, naj ga raje prinesejo negovalnemu osebju, pивce nameščajo v enoposteljne sobe, stanovalce, ki so se v preteklosti uspešno zdravili, pa namenoma odstranjujejo iz družčine pivcev.
- Pivci želje po zdravljenju nimajo, tudi nimajo motivacije in pravega uvida, čeprav je tako pri večini pivcev na sploh. Vendar pa pivci v domovih iz moje raziskave nimajo niti zunanje motivacije, predvsem pa za zdravljenje nimajo podporne mreže.

Zaključujem z ugotovitvijo, da je pojavnost prekomernega uživanja alkohola med stanovalci domov za stare ljudi relativno majhna. To lahko sicer trdim samo za domove, ki so sodelovali v moji raziskavi, saj vzorec ni reprezentativen. V vsakem od treh domov je stanovalcev, ki prekomerno uživajo alkohol, le nekaj. Tudi zdravstveno stanje pivcev je, po mnenju večine sogovornikov, dobro, čeprav gre pri vseh za dolgotrajni alkoholizem. Prav tako se zaposleni konstruktivno soočajo s težavami, ki nastanejo zaradi popivanja stanovalcev, pa tudi drugi stanovalci pивce večinoma sprejemajo in jih razumejo. Zaposleni v domovih alkohola pivcem ne prepovedujejo, izvajajo pa ukrepe, ki zmanjšujejo škodo, ki lahko nastane zaradi prekomernega pitja.

7. PREDLOGI

- Treba bi bilo izvesti več raziskav o zasvojenosti z alkoholom med starimi ljudmi, saj so spoznanja o tem področju pomembna za načrtovanje preventivnih in kurativnih programov za stare ljudi.
- Na Fakulteti za socialno delo moramo študentje v okviru predmeta Zasvojenosti izvesti intervju z zdravljenim alkoholikom in tako iz »prve roke« spoznamo predvsem, kako je potekalo njegovo zdravljenje in kako si je nato uredil življenje. Ta spoznanja so seveda koristna, vendar mislim, da nam manjkajo znanja, kako delati, ravnati s človekom, ki je še vedno zasvojen. Morda bi morali študentje opraviti pogovor tudi z zasvojenim človekom, skupaj z njim narediti individualni načrt, načrt krepitve moči...
- Na fakultetah zdravstvenega področja bi bilo treba tekom študija obravnavati, ne samo medicinski, ampak tudi socialni vidik alkoholizma. Tako bi se negovalno osebje v domovih počutilo bolj usposobljeno za delo z alkoholiziranimi stanovalci.
- Skupine za samopomoč v domovih bi lahko večkrat obravnavale teme, povezane s pitjem, nanje pa bi lahko pivce povabili kot eksperte iz izkušenj.
- Socialne delavke bi morale vprašati pivce, kaj jih zanima, kaj bi si želeli početi v prostem času in tako skupaj z njimi odkriti dejavnosti in interese, kjer bi si lahko širili socialno mrežo.
- V domovih bi morali povečati žepnine, da bi stanovalcem zagotovili večjo materialno in socialno varnost.
- Na Danskem starši organizirajo zabave, kjer mladostniki pijejo alkohol, vendar so starši prisotni, da poskrbijo za varnost. Podobno bi lahko v domovih organizirali

zabave, kjer bi imeli stanovalci na razpolago več pijače, vendar bi bili zaposleni ves čas prisotni in bi poskrbeli za »kontrolirano opijanje«.

- Kar nekaj stanovalcev/pivcev iz moje raziskave je moralo priti živeti v dom, ker doma niso imeli urejenih niti osnovnih pogojev za »normalno« življenje – niso imeli urejene prehrane, bili so brez čistih oblačil ipd. Država, občine bi morale organizirati še več služb, ki bi opravljale oskrbo in pomoč na domu, da bi se izognili namestitvi starega človeka v dom.

8. UPORABLJENA LITERATURA

Accetto, B. (1968), *Staranje, starost in starostno varstvo*. Ljubljana: Republiški odbor Rdečega križa Slovenije.

Belič, M. (1997), Dom za starejše občane kot tretji dom. V: Hojnik–Zupanc, I. (ur.), *Dodajmo življenje letom: nekaj spoznanj in nasvetov, kako se smiselno pripravljati na starost in jo tako tudi živeti*. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije.

Birsa, M. (1992), *Življenje po šestem križu*. Murska Sobota: Pomurska založba (dopolnjena, prenovljena izdaja avtorjevega dela Srečanje z Abrahamom).

Blow, C. F. (ur.) (1998), *Substance Abuse Among Older Adults. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series*. Rockville: U. S. Department of Health and Human Service.

Boben–Bardutzky, D. (2004), Posebne skupine ljudi, ki so odvisne od alkohola. V: Čebašek–Travnik, Z., Rus Makovec, M. (ur.), *Osnove zdravljenja odvisnosti od alkohola: medicina odvisnosti, osnovni učbenik*. Ljubljana: Psihiatrična klinika.

Čaćinovič Vogrinčič, G. (2000), *Družina in star človek*. *Socialno delo*, 39, 4/5: 287–292.

Čebašek–Travnik, Z. (1999), Zloraba in odvisnost od psihoaktivnih snovi. V: Tomori, M., Zihlerl, S. (ur.), *Psihijatrija*. Ljubljana: Litterapicta: Medicinska fakulteta.

Čuček Trifkovič, K., Kobolt, A., Kores Plesničar, B. (2010), *Zadovoljstvo z življenjem pri osebah, odvisnih od alkohola*. *Obzor Zdrav N*, 44, 3: 147–154.

Dar, K. (2006), *Alcohol use disorders in elderly people: fact or fiction?* *Advances in Psychiatric Treatment*, 12: 173–181.

Deos (2013), *Center starejših občanov Cerknica*. Dostopno na: <http://www.deos.si/cerknica-center.html> (17. maj 2015).

Dragoš, S. (2000), *Socialne mreže in starost*. *Socialno delo*, 39, 4–5: 293–314.

Dso-ilb, *Dom starejših občanov Ilirska Bistrica*. Dostopno na: <http://dso-ilb.si/> (17. junij 2015).

Du-po, *Dom upokojencev Postojna*. Dostopno na: <http://www.du-po.si/> (17. junij 2015).

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Gossop, M. (2008), *Zloraba snovi med starejšimi odraslimi: prezrta težava*. Dostopno na <http://www.emcdda.europa.eu/news/2008> (5. maj 2015).

Filipovič Hrast, M., Hlebec, V., Knežević Hočevar, D., Černič Istenič, M., Kavčič, M., Jelenc Krašovec, S., Kump, S., Mali, J. (2014), *Oskrba starejših v skupnosti: dejavnosti, akterji in predstave*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Flaker, V. (1998), *Odpiranje norosti: vzpon in padec totalnih ustanov*. Ljubljana: Založba /*cf.

Flaker, V. (2002), *Živeti s heroinom I*. Ljubljana: Založba /*cf.

Flaker, V. (2012), *Prostor in socialno delo*. *Teorija in praksa*, 49, 1: 53–70.

Flaker, V., Mali J., Kodele, T., Grebenc, V., Škerjanc, J., Urek, M. (2008), *Dolgotrajna oskrba: očrt potreb in odgovorov nanje*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Fox, M., Wilson, L. (2011), *Counselling older people with alcohol problems*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Frankl, V. E. (1994), *Volja do smisla: osnove in raba logoterapije* / [prevedel Jože Stabej]. Celje: Mohorjeva družba.

Gimnazija Vič (2012), *Alkohol*. Dostopno na:
<http://projekti.gimvic.org/2012/2a/droge1/alkohol.html> (22. avgust 2016).

Grant, M. M., Dean, G. E. (2003), Evolution of Quality of Life in Oncology and Oncology Nursing. V: King, C. R., Hinds, P. S. (ur.), *Quality of Life: from nursing and patient perspectives*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Barlet Publishers (2. izdaja).

Grün, A. (2010), *Visoka umetnost staranja*. Celje: Društvo Mohorjeva družba: Celjska Mohorjeva družba.

Hlebec, V., Filipovič Hrast, M., Kump, S., Jelenc–Krašovec, S., Pahor, M., Domanjko, B. (2012), *Medgeneracijska solidarnost v Sloveniji*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Hlebec, V., Mali, J. (2013), *Tipologija razvoja institucionalne oskrbe starejših ljudi v Sloveniji*. *Socialno delo*, 52, 1: 29–95.

Hojnik–Zupanc, I. (1999), *Samostojnost starega človeka v družbeno–prostorskem kontekstu*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Hvalič Touzery, S. (2014), *Tradicionalne socialne mreže najstarejših ljudi v Sloveniji*. *Kakovostna starost: časopis za socialno gerontologijo in gerontagogiko*, 17, 1: 3–15.

Inštitut Antona Trstenjaka, Ramovš, J. (2010), *Slovar: socialna mreža*. Dostopno na:
<http://www.inst-antontrstenjaka.si/gerontologija/slovar/1433.html> (26. maj 2015).

Jurdana, M. (2011), *Staranje*. V: Jurdana, M., Poklar Vatovec, T., Peršolja Černe, M. (ur.), *Razsežnosti kakovostnega staranja*. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno–raziskovalno središče, Univerzitetna založba Annales.

Kladnik, T. (2004), *Medgeneracijska solidarnost kot dvosmeren proces*. Socialno delo, 43, 2–3: 151–156.

Kolšek, M. (2012), Pitje alkohola. V: Švab, I., Rotar–Pavlič, D. (2012), *Družinska medicina*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine (učbenik).

Kolšek, M. (ur.), (2006), *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.

Košir, J. (2008), *Prekomerno uživanje alkoholnih pijač v treh domovih za stare*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomsko delo).

Križman, I. (2012), Uvodna beseda. V: Vrabič Kek, B., *Kakovost življenja*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije.

Lah, I. (2007), *Kakovost življenja starostnikov v Evropi*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede (magistrsko delo).

Lipar, T. (2011), *Zloraba alkohola pri starejših*. *Kakovostna starost: časopis za socialno gerontologijo in gerontagogiko*, 14, 4: 60–62.

Lukas, E. (2002), *Vse se uglasi in izpolni: vprašanja o smislu, ki si jih postavljamo na starost*. Celje: Mohorjeva družba.

Mali, J. (2006), *Koncept totalne ustanove in domovi za stare*. Socialno delo, 45, 1–2: 17–27.

Mali, J. (2007), *Vloga in pomen socialnega dela v razvoju institucionalnega varstva starih ljudi v Sloveniji*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (doktorska disertacija).

Mali, J. (2008), *Od hiralnic do domov za stare ljudi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Mali, J. (2009), Spremembe v institucionalnem varstvu starejših. V: Hlebec, V. (ur.), *Starejši ljudje v družbi sprememb*. Dialogi: humanistična in družboslovna zbirka, 10. Maribor: Aristej.

Mali, J. (2012), *Deinstitutionalisation as a Challenge for the Development of Community-based Care for Older People*. = *Dezinstytucionalizacija kot izziv za razvoj skupnostne oskrbe starih ljudi*. Dialogue in praxis, 1 (14), 1/2 (22–23): 57–69.

Mesec, B. (1997), *Metodologija raziskovanja v socialnem delu II*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za socialno delo (študijsko gradivo za interno uporabo).

Mesec, B. (1998), *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

Mesec, B. (2007), *Metodologija raziskovanja v socialnem delu II*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo (študijsko gradivo, 2. izdaja).

Milošević Arnold, V. (2000), *Profesionalne naloge socialnih delavcev pri delu s starimi ljudmi*. Socialno delo, 39, 4–5: 253–262.

Milošević Arnold, V. (2003), *Socialno delo s starimi ljudmi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (izbrani članki in referati).

Milošević Arnold, V. (2005), Kakovost bivanja v domovih za stare ljudi. V: Muršec, M. (ur.), *Ali smo pripravljeni na starost jutrišnjega dne? / 1. večdisciplinarno psihogeriatrično srečanje*. Maribor: Splošna bolnišnica (zbornik referatov).

Moški, J., B. (2016), *Zakaj je zmerno pitje piva zdravo?* Dostopno na: <http://moski.hudo.com/moje-zdravje/zakaj-je-zmerno-pitje-piva-zdravo/> (27. marec 2016).

Može, A. (2007), *Odvisnost od alkohola: razvoj in zdravljenje*. Idrija: Bogataj.

Našalekarna, Gantar Štular, H. (2009), *Alkohol je psihoaktivna snov, ki lahko povzroča odvisnost*. Dostopno na: <http://www.nasa-lekarna.si/clanki/clanek/premagaj-tekoco-omamo/> (22. junij 2016).

NIHSeniorHealth (2015), *Alcohol Use and Older Adults: Alcohol And Aging*. Dostopno na: <http://nihseniorhealth.gov/alcoholuse/alcoholandaging/01.html> (2. maj 2015).

Patient – Trusted medical information and support, Timms, P. (2012), *Alcohol and Older People*. Dostopno na: <http://www.patient.co.uk/health/alcohol-and-older-people> (2. maj 2015).

Pečjak, V. (1998), *Psihologija tretjega življenjskega obdobja*. Bled: samozaložba, Ljubljana: Znanstveni inštitut filozofske fakultete Univerze.

Pečjak, V. (2007), *Psihologija staranja*. Bled: samozaložba.

Pihlar, T. (2009), *Nemška brošura o zasvojenosti v starosti*. *Kakovostna starost: časopis za socialno gerontologijo in gerontagogiko*, 12, 3: 82–84.

Pihlar, T. (2010), *Zasvojenosti pri starih ljudeh*. *Kakovostna starost: časopis za socialno gerontologijo in gerontagogiko*, 13, 4: 67–68.

Pihlar, T. (2011), *Zasvojenosti v starosti*. *Kakovostna starost: časopis za socialno gerontologijo in gerontagogiko*, 14, 1: 67–69.

Požarnik, H. (1981), *Umetnost staranja*. Ljubljana: Cankarjeva založba.

Ramovš, J. (1986), *Alkoholno omamljen: ječa alkoholizma v družini in pot iz nje*. Celje: Mohorjeva družba (2. dopolnjena izdaja).

Ramovš, J. (1999), *Slovar socialno alkohološkega izrazja*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka (druga, popravljena in dopolnjena izdaja).

Ramovš, J. (2000), *Medgeneracijska povezanost, samopomoč in kakovostna starost*. Socialno delo, 39, 4–5: 315–329.

Ramovš, J. (2003), *Kakovostna starost*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka in SAZU.

Ramovš, J. (2011), *Potrebe v starosti*. *Kakovostna starost: časopis za socialno gerontologijo in gerontagogiko*, 14, 2: 60–64.

Ramovš, J., Kladnik, T., Knific, B. (1992), *Skupine starih za samopomoč: metodični priročnik*. Ljubljana: Inštitut za socialno medicino in socialno varstvo.

Ramovš, J., Ramovš, K. (2007), *Pitje mladih: raziskava o pitju alkohola med mladimi v luči antropoloških spoznanj o omamah in zasvojenostih*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.

Ramovš, K. (2016), *Zmerno in čezmerno pitje starih ljudi*. *Kakovostna starost: časopis za socialno gerontologijo in gerontagogiko*, 19, 1: 29–59.

Razboršek, V. (2000), *Alkohol in starejši ljudje*. *Kakovostna starost: časopis za socialno gerontologijo in gerontagogiko*, 3, 1–4: 54–58.

Rozman, S. (2013), *Umirjenost: kako prepoznati zasvojenost, jo razumeti in poiskati pot iz nje*. Ljubljana: Modrijan (1. izdaja).

Rugelj, J. (2008), *Pot samouresničevanja: zdravljenje in urejanje zasvojenцев in drugih ljudi v stiski: priročnik za zdravo in ustvarjalno življenje*. Ljubljana: Umco (Zbirka preobrazba).

Rus, V., Toš, N. (2005), *Vrednote Slovencev in Evropejcev*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, IDV, CJMMK.

SLONEP, *Potrebe starejših*. Dostopno na: <http://www.slonep.net/vodic/oskrbovana-stanovanja/potrebe-starejsih> (6. junij 2016).

Smolić–Krković, N. (1974), *Gerontologija: priručnik za socialne radnike*. Zagreb: Savez društva socijalnih radnika Socijalistične republike Hrvatske.

Suhonen, H. (2011), *Alkoholizem v starosti: izziv za socialno delo*. *Socialno delo*, 50, 2: 91–101.

Svetlik, I. (1996), Predgovor. V: Svetlik, I. (ur.), *Kakovost življenja v Sloveniji*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede (Knjižna zbirka Teorija in praksa).

Tomašević, A., Kastelic, A. (2015), *Programi zmanjševanja škode pri osebah, ki uporabljajo psihoaktivne snovi*. *Medicinski razgledi*, 54, 3: 399–412.

Viva, portal za boljše življenje, Gerdina, T. (2009), *Zasvojenost z igrami na srečo*. Dostopno na: <http://www.viva.si/Zasvojenost/3665/Zasvojenost-z-igrami-na-sre%C4%8Do> (5. maj 2015).

Zdravje, vaš vodnik za zdravo življenje, Oražem Grm, B. (2012), *Zasvojenost z zdravili: zlorabljen pomoč na recept*. Dostopno na <http://www.zdravje.si/zasvojenost-z-zdravili> (5. maj 2015).

Ziherl, S. (1989), *Kako se upremo alkoholu: priročnik za izkušene in začetnike*. Ljubljana: Mladinska knjiga.

Židanik, M., Čebašek–Travnik, Z. (2003), *Sindrom odvisnosti od alkohola: priročnik za strokovnjake, ki se ukvarjajo z osebami z odvisnostjo, in vse druge bralce, ki jih zanimajo posledice škodljivega uživanja alkohola*. Maribor: Dispanzer za zdravljenje alkoholizma in drugih odvisnosti, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca.

9. PRILOGA

9.1. UREJANJE IZJAV PO KODAH IN KATEGORIJAH

Zaradi preobsežnosti gradiva prilagam samo en primer urejanja izjav po kodah in združevanja po kategorijah (odgovori socialnih delavk). Ostalo gradivo je dostopno v mojem osebnem arhivu.

ZNAČILNOSTI UŽIVANJA/UŽIVALCEV ALKOHOLA	
A. Število pivcev	
SD 1	Je okrog deset takih, ki prekomerno uživajo alkohol.
SD 108	Recimo kaki pet takih, rednih, nekaj je takih, ki so občasni, ni to vsakodnevno.
SD 109	Drugače pa sta prav res tako... Dva...
SD 201	Mogoče dva, ki imata resne težave.
SD 202	Smo imeli še enega več, ampak je ravno pretekli teden umrl.
B. Starost pivcev	
SD 2	So mlajši od 65 let.
SD 114	To so v bistvu vsi bolj mlajši, tja pod 70 let, edino eden od njih ima 82 let.
SD 205	En gospod ima okrog 65 let, drugi pa okrog 70.
C. Spol pivcev	
SD 3	Največ je moških, so tudi ženske vmes.
SD 115	Ženske ni nobene, samo moški.
SD 204	Trenutno so samo moški.
D. Zakonski stan pivcev	
SD 17	Večinoma je kar samskih, se niso nikoli poročili, pa brez otrok so.
SD 160	Gre za samske ljudi, ali pa so razvezani.
E. Osebnostne lastnosti pivcev	
SD 28	So bolj dobrovoljni, nočejo nič slabega, vsakega ogovarjajo, obiskovalce, vsakega pozdravljajo, sploh kakšne punce.
SD 29	Ob kakšnih praznovanjih hočejo plesat, ni da bi se hoteli tepsti, so bolj veseli.
SD 167	Niso tako, da bi bili zaprti vase, pa se zadrževali v sobi, so kar precej odprti.
SD 296	Zna biti res prijeten, tudi drugim rad pomaga.
F. Dostopnost do alkohola	
SD 6	Imajo v vsaki sobi hladilnik in si gredo lahko sami iskat.
SD 7	Nepokretni prosijo svojce (<i>da jim prinesejo alkohol</i>).

SD 8	Pokretni grejo rajši kar tukaj do bližnje trgovine in si za štiri evre kupijo liter vina.
SD 12	Prej nismo nudili alkohola v bifeju, potem pa so si izborili, da se nudi vino in pivo.
SD 110	Eden ima nahrbtnik in hodi vsak dan tukaj v trgovino in mu tudi ostali naročajo, da jim prinese in jim ga priskrbi.
SD 111	Ker pri teh stanovalcih so svojci kar previdni in jim alkohola ne nosijo.
SD 112	Se sami med sabo organizirajo, da pridejo do alkohola.
SD 221	Kar nekaj poti je, kako pridejo do alkohola, najprej v bifeju, drugače pa dajo komu za cigarete, ta jim gre pa tukaj v bližnjo trgovino.
SD 226	Eden od stanovalcev gre tudi v mesto in se tam pošteno napije; vsi ga poznajo, vsak mu kaj plača.
SD 230	So izrazili željo, da bi stanovalci pri kosilu dobili malo vina in to se od letošnjega februarja tudi izvaja.
G. Pitje alkohola pred prihodom v dom	
SD 33	Ti, ki so sedaj pri nas, pijejo že od prej.
SD 34	Da bi pri nas kdo začel s pitjem, mislim, da ga ni.
SD 101	Imam nekaj takih stanovalcev, za katere je to nekakšen življenjski slog oz. način življenja že od prej, ko so še živeli doma.
SD 102	Tudi ko pridejo v dom, še naprej uživajo alkohol.
SD 214	Mislim, da je ta težava obstajala že prej.
SD 215	Kot poznam njihovo socialno plat od prej, iz njihovega prejšnjega bivanja, je bilo to res že od prej kar pošteno prisotno.
H. Nadaljevanje s pitjem po prihodu v dom	
SD 10	So bili zaradi teh težav sem nameščeni, potem nadaljujejo s svojo navado, kolikor se da.
SD 148	To so vsi že prej, preden so prišli k nam, doma uživali alkohol in so navado s sabo prinesli.
I. Nasilno, moteče vedenje	
SD 13	Razgrajajo, so preglasni, motijo ostale stanovalce, tudi obiskovalce.
SD 16	Je veliko (<i>verbalnega</i>) nasilja, smo bile krive in jaz in računovodkinja, da smo mu denar vzele.
SD 31	Me je kdo obtožil, mene pa računovodkinjo, da smo krive, da nima več denarja.
SD 56	Je v vinjenem stanju napadel zaposlene, pa tudi stanovalca.
SD 106	Pride občasno potem do kakšnih konfliktov, kar je sigurno posledica prisotnosti alkohola, manjša strpnost, manjša toleranca.
SD 107	Se pa to kaže, kadar je prišlo do tega, tudi v odnosu do osebja, na primer, če jih osebje opomni ali opozori na določene stvari, je slabša toleranca in so potem bolj korajžni.
SD 128	Pa recimo ti konflikti, ki pridejo med stanovalci, ali stanovalcev do osebja, nestrpnost, razdražljivost, pa tudi neupoštevanje hišnega reda.
SD 129	Največkrat je na verbalni ravni, do kakšnih preteпов, udarcev ni prišlo.
SD 130	Mogoče je bilo to kdaj prej, vendar v zadnjem času ni tega, prav fizičnega nasilja, jih ne opažamo.
SD 178	Se pa res redko zgodi, da gredo stvari preko mej, da so preglasni.

SD 186	Ja, jim (<i>negovalnemu osebju</i>) predstavljajo problem, če je prišlo do kakih incidentov.
SD 236	So pa bolj izražene te spolne želje in so verbalno bolj nastrojani na naše osebje.
SD 238	Pri drugem gospodu, pri katerem gre za manjšo duševno nerazvitost, je pa tako, da zna biti zelo moteč.
SD 245	Kako se pa mi kdaj počutimo, ko ga vidimo vsega takega, umazanega od bruhanja, pokakanega, to pa »ni važno«.
SD 266	Kolikor je verbalno, kakšna beseda, fizičnega nasilja pa ni.
SD 287	Eden od stanovalcev je predvsem individualist, nismo imeli nekih težav, kar se pa tiče drugega stanovalca pa ja.
SD 288	Ker v vinjenem stanju kriči in tako, sicer daleč od tega, da bi kakšnega stanovalca udaril.
J. Prekomerno pitje	
SD 124	Ko človek še obvladuje svoje vedenje, svoje ravnanje..., zame je ta meja pomembna, ko pač zaradi alkohola tega ni več sposoben, je pa to sigurno škodljivo, ne samo za njega, ampak tudi za njegovo okolico.
K. Posledice opitosti	
SD 125	Prihaja do raznih konfliktov, recimo, da se ni upoštevalo navodil osebja, prihaja do raznih padcev, poškodb.
SD 142	Razen tisti starejši gospod, ki hodi ven, gre večkrat čez to mejo in že ko pride, mu je treba pomagati priti noter, ga je potrebno spraviti do sobe, ga usesti.
SD 187	Pred kakšnimi prazniki in vikendi, ko je v domu samo nujno negovalno osebje, in če so se potem one morale s tem ukvarjati, se je to gotovo poznalo tudi pri njihovem delu.
SD 248	Gospod je imel pred kratkim zlom gležnja, in ravno v času pijanosti se mu je to pripetilo.
SD 282	Gospod je imel električni voziček, se je nekje v mestu prevrnil, smo mogli poklicati helikopter.
L. Sprejemanje pivcev s strni stanovalcev	
SD 175	Moram reči, da so kar tolerantni, da bi bile kakšne pogoste pripombe, se ne dogaja.
SD 176	Če tile pivci sedijo celo popoldne skupaj, pa da so malo bolj živahni, bolj glasni, potem pridejo (<i>drugi stanovalci</i>) povedat, da je to za njih moteče.
SD 179	Tudi je en tak primer (<i>da sta v sobi skupaj pivec in nepivec</i>), vendar ni za tistega, ki ne pije, to prav nič moteče.