

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo

Manca Planinšek

Urejanje zasvojenosti z alkoholom v času Covid – 19

Diplomsko delo

Ljubljana, 2021

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo

Manca Planinšek

Urejanje zasvojenosti z alkoholom v času Covid – 19

Diplomsko delo

Mentorica: doc. dr. Liljana Rihter

Ljubljana, 2021

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici doc. dr. Liljani Rihter za ves njen čas, podporo in usmeritve pri pisanju tega diplomskega dela.

Predvsem pa se zahvaljujem svojim bližnjim, staršema, ki sta me podpirala skozi vsa štiri leta in mi omogočila, da sem brezskrbno opravljala študijske obveznosti, bratoma, fantu in prijateljem, ker so me poslušali, mi pomagali in predvsem verjeli vame.

PODATKI O DIPLOMSKEM DELU

Ime in priimek: Manca Planinšek

Mentorica: doc. dr. Liljana Rihter

Naslov diplomskega dela: Urejanje zasvojenosti z alkoholom v času Covid – 19

Kraj: Ljubljana

Leto: 2021

Št. strani: 70

Št. tabel: 0

Št. grafov: 14

Št. prilog: 3

Št. virov: 43

Ključne besede: zasvojenost, alkohol, urejanje, epidemija covida-19, društva

Povzetek:

V diplomskem delu sem raziskovala urejanje zasvojenosti z alkoholom v času epidemije covida-19. Zanimalo me je, kakšno je bilo zadovoljstvo uporabnikov društev, ki delujejo na področju zasvojenosti z alkoholom. Raziskovala sem zadovoljstvo z dostopnostjo pomoči med epidemijo, zadovoljstvo s potekom urejanja zasvojenosti med epidemijo, zadovoljstvo z on-line srečanji, kako so se pri uporabnikih spreminjale težave v povezavi z zasvojenostjo zaradi izolacije in kakšni so njihovi predlogi za izboljšanje. Raziskava je kvantitativna in deskriptivna. Vzorec je neslučajnostni in priložnostni. Ugotovila sem, da so bili uporabniki z dostopnostjo pomoči med epidemijo, s potekom urejanja zasvojenosti med epidemijo in z on-line srečanji v povprečju zadovoljni. Več kot polovici uporabnikov se stanje ni spremenilo, torej se ni niti poslabšalo niti izboljšalo. Pri večini anketirancev, ki so abstinirali več kot eno leto, se med epidemijo ni pojavil relapse oziroma recidiv. Uporabnikov, ki so abstinirali več kot eno leto in pri katerih se je zaradi izolacije pojavil relapse, je bilo le 1 %. Tisti, ki so bili bolj zadovoljni z dostopnostjo pomoči med epidemijo, so bili tudi bolj zadovoljni s potekom urejanja zasvojenosti med epidemijo, bili so bolj zadovoljni z on-line srečanji in stanje se jim je med epidemijo izboljšalo. Tretjina uporabnikov (30 %) je bila s preventivnimi ukrepi nezadovoljna oziroma zelo nezadovoljna. Med anketiranci, starejšimi od 60 let, je bil skoraj največji odstotek tistih, ki so bili s kakovostjo on-line srečanj zadovoljni ali zelo zadovoljni. Tisti, ki so bili bolj zadovoljni z on-line srečanji, so bili tudi bolj zadovoljni s potekom urejanja zasvojenosti med epidemijo. Uporabnikov, ki so bili nezadovoljni ali zelo nezadovoljni s kakovostjo on-line srečanj, je bilo le 18 %. V starostni skupini od 60 do 69 let se je 10 % uporabnikov stanje med epidemijo nekoliko poslabšalo, 5 % pa zelo poslabšalo (skupaj 15 %). V starostni skupini nad 70 let ni bilo nikogar, ki bi se mu stanje med epidemijo nekoliko ali zelo poslabšalo.

Title: Regulation of alcohol addiction during covid - 19

Key words: addiction, alcohol, regulation, epidemic covid – 19, associations

Abstract:

I researched the regulation of alcohol addiction during the Covid 19 epidemic. I was interested in the satisfaction of users of associations working in the field of alcohol addiction. I investigated satisfaction with the availability of help during the epidemic, satisfaction with the process of regulating addiction during the epidemic, satisfaction with online meetings, how problems related to addiction changed as a result of isolation, and users' suggestions for improvement. The research is quantitative and descriptive on the non-random and convenience sample. I found that on average users were satisfied with the availability of help during the epidemic, with the course of regulation of addiction during the epidemic and with the online meetings, more than half of the users condition has not changed, that is, neither worsened nor improved, the respondents who were abstinent for more than 1 year have not experienced relapse during the epidemic, those who were more satisfied with the availability of help during the epidemic were also more satisfied with the course of addiction regulation during the epidemic, those who were more satisfied with the availability of help during the epidemic were also more satisfied with online meetings, those who were more satisfied with the availability of help improved their situation during the epidemic, one third of the users (30%) were dissatisfied or very dissatisfied with the prevention activities, there were only 1% users who were abstinent for more than 1 year and relapsed due to isolation, those who were more satisfied with the regulation of addiction during the epidemic, their situation improved during the epidemic, respondents over 60 years old had almost the highest percentage of those, who were satisfied or very satisfied with the quality of online meetings, those who were more satisfied with online meetings were also more satisfied with the course of addiction regulation during the epidemic, there were only 18% users who were dissatisfied or very dissatisfied with the quality of online meetings and that in the age group 60 to under 70 years, 10% of users condition slightly deteriorated during the epidemic, and 5% strongly deteriorated (total 15%). In the age group 70 years and older, there was no one whose condition worsened slightly or very much during the epidemic.

PREDGOVOR

Epidemija covida-19 je v lanskem in letošnjem letu močno spremenila naša življenja. Z namenom zaježitve širjenja okužbe z novim koronavirusom je vlada sprejela veliko novih ukrepov, med njimi šolanje na daljavo, delo od doma in prepoved zbiranja v večjih skupinah, kar je vodilo v to, da so ljudje večino svojega časa preživljali doma. Poleg tega se je veliko dejavnosti društev prestavilo na splet, med njimi tudi urejanje zasvojenosti z alkoholom.

S temo zasvojenosti z alkoholom sem se srečala že v tretjem in četrtem letniku pri modulu Socialno delo v delovnem okolju. Takrat sem podrobneje spoznala zasvojenost z alkoholom v delovnem okolju in oblike pomoči, ki jih ponujamo v Sloveniji.

Pri nas deluje kar nekaj spodbudnih preventivnih programov, kljub temu pa na tem področju še vedno naredimo premalo. Srečanja, ki jih organizirajo društva, so do sedaj vedno potekala v živo, skoraj vsak dan v tednu. Na srečanjih si uporabniki pomagajo, svetujejo in razvijajo življenjsko pot brez alkohola. Vsa srečanja so se zaradi epidemije covida-19 preselila na splet ali telefon in zanimalo me je, kako je to vplivalo na urejanje oziroma potek zasvojenosti oseb, ki na njih sodelujejo. Poleg tega me je zanimalo tudi, če se je pri uporabnikih, ki so abstिनirali že dlje časa, pojavila ponovitev bolezni (oziroma relapse ali recidiv) zaradi izolacije ali drugih vzrokov v povezavi z epidemijo. To temo sem želela raziskati, ker še ni bila raziskana, hkrati pa je zelo aktualen problem. Predvidevam, da se je število oseb, ki imajo težave z zasvojenostjo, med epidemijo zaradi novonastalih situacij, kot so brezposelnost, delo od doma, izolacija itd., povečalo, in zato bo vedno več ljudi iskalo pomoč, kar sem zasledila tudi v medijih (Zavrtanik, 2020). Društva so poročala, da se je med epidemijo povečala predvsem stiska svojcev njihovih uporabnikov (Abstinent, 2021). Menim, da rezultati raziskave lahko koristijo vsem društvom, ki delajo z osebami, ki imajo težave z zasvojenostjo z alkoholom, predvsem, če se bodo on-line srečanja obdržala v prihodnosti ali če se bo še kdaj zgodila podobna situacija, kot je trenutna epidemija.

KAZALO VSEBINE

1. TEORETIČNI DEL.....	1
1.1 Zasvojenost z alkoholom	1
1.2 Abstinenca in recidiv (relapse)	3
1.3 Posledice zasvojenosti z alkoholom	4
1.4 Preventiva in zakonodaja	6
1.5 Urejanje zasvojenosti z alkoholom	7
1.6 Društva po Sloveniji in njihovo delovanje med epidemijo	10
1.7 Epidemija covid – 19 in vpliv na urejanje zasvojenosti z alkoholom	11
1.8 Vloga socialnega dela pri urejanju zasvojenosti z alkoholom.....	14
2. OPREDELITEV PROBLEMA	16
3. METODOLOGIJA	18
3.1. Vrsta raziskave	18
3.2. Spremenljivke.....	18
3.3. Merski instrument	21
3.4. Opredelitev enot raziskovanja – populacija in vzorec.....	22
3.5. Zbiranje podatkov	22
3.6. Obdelava podatkov	22
4. REZULTATI.....	24
4.1. Splošni podatki.....	24
4.2.Preverjanje hipotez.....	27
5. RAZPRAVA	34
6. SKLEPI	38
7. PREDLOGI	39
8. SEZNAM UPORABLJENE LITERATURE.....	40
9. PRILOGE	44

KAZALO GRAFOV

Graf 4.1.: Struktura anketiranih po spolu.....	23
Graf 4.2.: Struktura anketiranih po starosti	24
Graf 4.3.: Zadovoljstvo z dostopnostjo pomoči med epidemijo	25
Graf 4.4.: Zadovoljstvo s potekom urejanja zasvojenosti med epidemijo	25
Graf 4.5.: Zadovoljstvo z on - line srečanji.....	26
Graf 4.6.: Spreminjanje težav v povezavi z zasvojenostjo zaradi izolacije	26
Graf 4.7.: Ponovitev zasvojenosti	27
Graf 4.8.: Pearsonov koeficient korelacije za H1.....	28
Graf 4.9.: Pearsonov korelacijski koeficient za H2.....	29
Graf 4.10.: Pearsonov koeficient korelacije za H3.....	30
Graf 4.11.: Pearsonov korelacijski koeficient za H6.....	31
Graf 4.12.: Zadovoljstvo s kakovostjo on - line srečanj po starosti	31
Graf 4.13.: Pearsonov koeficient korelacije za H8.....	32
Graf 4.14.: Stanje zasvojenosti med epidemijo po starosti	33

1. TEORETIČNI DEL

1.1 Zasvojenost z alkoholom

Alkohol je v naši družbi dovoljena droga, večina ljudi ga uživa kontrolirano in brez posledic, nekateri pa ga uporabljajo izrazito tvegano. Pri njih se lahko razvijejo zdravstvene ali druge negativne posledice uživanja alkohola. Okoli 10 % ljudi, ki pijejo, razvije tak način uživanja alkohola, ki povzroči spremembe v možganskih strukturah in vedenju; takrat govorimo o škodljivi rabi alkohola in zasvojenosti z alkoholom. Zasvojenost pomeni, da nekdo brez nečesa ali nekoga ne more živeti. Bistvo zasvojenosti z alkoholom ni pitje alkoholnih pijač, temveč spremenjeno vedenje osebe, zasvojene z alkoholom. Problem škodljive rabe alkohola in zasvojenosti z njim je večplasten, saj prinaša posledice na delovnem mestu, vpliva na zdravje, na družinsko življenje in ima zato socialne posledice. Perko (2013, str. 28–31) pravi, da se zasvojenost z alkoholom razvija v dveh fazah, in sicer kot psihična (trajno ali občasno poželenje po alkoholu) in telesna zasvojenost (kemični procesi v telesu ne morejo nemoteno potekati brez alkohola).

Obstaja več poti v zasvojenost. Modele, s katerimi analiziramo vzroke za nastanek zasvojenosti, lahko delimo na somatsko-medicinske, psihološke in sociološke. Običajno gre za splet različnih dejavnikov, ki jih mora biti več, da se zasvojenost razvije. Trije glavni skupni dejavniki so alkohol (ima zmožnost povzročanja zasvojenosti), socialno okolje (družinske značilnosti, sociokulturni in socioekonomski vplivi) ter človek (psihične značilnosti, genetski dejavniki, življenjski dogodki) (Auer, 2002, str. 27).

V medicini se uporablja definicija, da je zasvojenost z alkoholom kronična, ponavljajoča se bolezen, za katero so značilne nevrobiološke spremembe v možganih. Zasvojenost se odraža v človekovi osebnosti, doživljanju, vedenju in odnosih z drugimi. Dolgotrajna zasvojenost povzroča resne zdravstvene, osebne in ekonomske spremembe v življenju uporabnika, navadno pa tudi v življenju njegovih bližnjih. Zasvojene osebe pogosto ne prepoznavajo ali zmanjšujejo resnost zdravstvenih zapletov, kot so ciroza jeter, srčna obolenja in številne druge spremljajoče bolezni ter pogoste poškodbe, poleg tega začnejo zanemarjati družino, postajajo nezanesljivi v službi in nevarni v prometu. Na razvoj bolezni najpogosteje vpliva več dejavnikov tveganja, med njimi učinki zaužitega alkohola, vplivi okolja, osebnost posameznika, socialni, pa tudi dedni dejavniki (Glaser in Glaser Kraševac, 1995, str. 124–141).

Po definiciji, ki jo uporabljajo predvsem psihiatri, so znaki zasvojenosti z alkoholom: pojav močne želje po alkoholu, izguba kontrole nad vnosom alkohola, alkohol je posameznikova

prioriteta, povečana toleranca do alkohola, pojav odtegnitvenega stanja ob prekinitvi vnosa alkohola, zasvojenost oseba ima za sabo več neuspešnih poskusov vzdržnosti od alkohola, vztrajanje pri uživanju alkohola kljub škodljivim posledicam (Psihiatrična bolnišnica Idrija, b. d.). Diagnozo zasvojenosti z alkoholom postavijo, če prepoznajo najmanj tri znake od prej opisanih, potrdijo pa jo lahko tudi podatki o tem, kako uporabnik socialno funkcionira oziroma če se pri njem hkrati pojavlja tudi neprilagojeno vedenje. Ob tem uporabljajo laboratorijske kazalnike prekomernega uživanja alkohola (med njimi so povišani jetrni encimi), v pomoč so tudi razni vprašalniki, ki so lahko dobro izhodišče za oceno škodljivega uživanja ali že prisotne zasvojenosti z alkoholom (Štucin, 2017).

Pojem alkoholizem uporabljamo za označevanje prekomernega uživanja alkohola oziroma odklonskega pitja in z njim povezanega vedenja posameznika, zasvojenost z alkoholom pa označuje duševne, vedenjske in socialne motnje posameznika, ki so posledica uživanja alkohola. Je psihosocialna motnja, prepoznamo pa jo po znakih, ki se najpogosteje pojavljajo v vseh definicijah (Ziherl, 1989):

- želja po alkoholu, ki jo je nemogoče premagati,
- oslabljen nadzor nad količino alkohola, ki ga zaužijemo,
- vztrajanje pri pitju kljub škodljivim posledicam,
- posvečanje pitju v večji meri kot drugim aktivnostim in obveznostim,
- povečana toleranca za alkohol in telesna zasvojenost z alkoholom.

Škodljiva raba alkohola je v Sloveniji velik javnozdravstveni problem, ki pa je tudi družbeni problem, saj posledice nosi tako posameznik kot tudi njegova družina, lokalna skupnost in celotna družba. Za Slovenijo je značilna zelo lahka dostopnost alkohola in tudi pri izrazito visoki porabi alkohola na prebivalca imamo družbeni odnos, ki je alkoholu kulturno naklonjen in spodbuja njegovo pitje (NIJZ, 2016).

Slovenijo prištevamo med tako imenovane mokre kulture (kulture, kjer je pitje splošno sprejeto), za katere je značilen pozitiven odnos do alkohola. Sem sodijo predvsem sredozemske dežele zaradi velike pridelave vina in potrošnje vin ter razširjenih specifičnih vzorcev družbenega in individualnega vedenja, ki je povezano z uživanjem alkoholnih pijač. Na eni strani ljudje gledajo na alkohol kot na splošno koristno substanco, na drugi strani pa so moralno sankcionirani tisti posamezniki, ki prestopijo neformalno postavljeno mejo družbeno

sprejemljivega vedenja zaradi uživanja alkohola (Keršmanc, Čebašek Travnik in Trdič, 2000, str. 45 -57).

Može (2002, str. 18) pravi, da v Sloveniji podpirajo uživanje alkoholnih pijač tudi razni prastari ljudski običaji, verovanja in zablude. Ti običaji, ki so povezani z uživanjem alkohola, so tako razširjeni, da si je težko zamisliti kakršnokoli družabno priložnost, kjer ne bi bilo tudi alkohola. Pravi tudi, da imamo kar nekaj starih nasvetov, ki pripisujejo alkoholu celo zdravilni učinek. Tako na primer priporočajo slabokrvnim rdeče vino za boljšo kri in zdravljenje prehlada z žganimi pijačami, za kar sem velikokrat slišala tudi sama.

Glaser in Glaser Kraševac (1995) pravita, da je alkohol tako vpet v našo kulturo, da je osebi, ki ne pije, včasih težko doseči, da jo v družbi sprejmejo. To je odraslemu človeku bistveno lažje kakor najstniku, ki ima izrazito potrebo po tem, da ga družba sprejme. Poleg tega večina ljudi vidi in doživlja pitje doma bolj kot tradicijo in ne kot potencialno resen problem.

1.2 Abstinenca in recidiv (relapse)

Abstinenca ne pomeni le, da oseba preneha piti, ampak tudi, da prenehajo posledice alkohola, ki jih je doživljala. S tem dobi nazaj kontrolo nad svojimi ravnanji, s čimer se posledično poveča raven samospoštovanja pri posamezniku. Abstinenca je tudi edini način urejanja zasvojenosti, saj drugega ni. Izboljšanje kakovosti življenja ob abstineni od vseh psihoaktivnih snovi je cilj vsakega urejanja zasvojenosti (Ziherl, 1989).

Abstinenca je lahko vzrok abstinenčnih simptomov in odtegnitvenih težav. Že nekaj ur po odtegnitvi alkohola lahko nastopi odtegnitveno stanje, ki se prvih 48 ur stopnjuje in potem načeloma zbledi. V tem stanju je značilna čezmerna vzdraženost vegetativnega živčnega sistema, kar se navzven kaže s potenjem, tresenjem, zvišanim krvnim tlakom, pospešenim srčnim utripom in slabostjo. Oseba lahko ima težave s koncentracijo, tesnobo, nespečnostjo in nemirnostjo (Može, 2002). Nezmožnost abstinence od alkohola je jasen znak zasvojenosti in to je tudi posledica telesne odvisnosti (Ziherl, 1989).

Abstinenca je torej cilj osebe, zasvojene z alkoholom, ki si želi urejanja te zasvojenosti, hkrati pa je tudi prvi pogoj, brez katerega to urejanje ni mogoče. Vsaka oseba, ki je zasvojena in si urejanja želi, se mora zavedati, da sama nosi odgovornost za vzdrževanje slednjega in svoje abstinence (Ziherl, 1989).

Abstinenca lahko v nekaterih primerih dobi namesto občudovanja tudi naravo stigme. Družba pogosto ne sprejme človeka, ki z njimi noče nečesa popiti v prostem času ali ob praznovanju, ga ima za čudnega in ga lahko celo odklanja (Rus Makovec, 2014).

Ramovš (1999, str. 43) razlaga, da recidiv pomeni, da začne oseba, zasvojena z alkoholom, ponovno piti po vsaj delnem uvidu in uspehu pri socialnem urejanju njega in njegove družine.

Recidiv pomeni vrnitev v staro stanje oziroma da oseba, zasvojena z alkoholom, ponovno začne piti alkohol. Ko govorimo o zasvojenosti z alkoholom, pomeni recidiv ponovno pitje po daljši, z urejanjem vzpostavljeni abstinenci. Znano je, da je abstinenco veliko lažje vzpostaviti kot pa jo vzdrževati, zato gledamo na recidiv kot na sestavni del dolgotrajnega, doživljenjskega urejanja zasvojenosti in kot znak v terapevtskem procesu, da uporabnik nekaterih svojih težav še ni uspel razrešiti (Ramovš, 1983, str. 217).

Vzrokov za recidiv je več in navadno gre za kombinacijo več različnih dejavnikov. Najpogostejši vzroki so: negativna čustvena stanja – strah, depresija, bojazen, jeza (v 38 %), socialni pritiski (v 18 %), medosebni spori (v 18 %), želja in notranja potreba po pitju (v 11 %), pozitivna čustvena stanja – veselje (v 3 %), drugi vzroki (v 12 %). Preprečevanje recidiva je usmerjeno na ključna vprašanja v povezavi z recidivom in dolgotrajno rehabilitacijo, terapevtski pristop pa uporabnika pripravi na možnost, da se ponovitev zgodi, in ga spodbuja z znižanjem dejavnikov tveganja (Židanik, b. d.).

1.3 Posledice zasvojenosti z alkoholom

Zdravstvene posledice

Uživanje alkohola negativno učinkuje na skoraj vsa tkiva in organe v telesu. Najbolj so izpostavljena prebavila in z njimi povezani organi, na primer jetra in trebušna slinavka, draženje sluznice prebavnega trakta povzroča vnetja požiralnika, želodca in nastanek želodčne razjede. Kronično prekomerno uživanje alkohola je neposredno povezano z resnimi nevrološkimi in mentalnimi težavami (poškodba možganov, motnje spanja, izguba spomina itd.) ter povečanim tveganjem za epileptične napade. Visok krvni pritisk in holesterol sta nevarna dejavnika za bolezni srca in ožilja. Če so žile dalj časa izpostavljene visokemu krvnemu tlaku in holesterolu, se njihove stene postopoma spremenijo. Če počí žila v možganih, pride do možganske krvavitve; pravimo, da je oseba doživela eno od oblik možganske kapi. V zatrdelih žilah se pogosto tvorijo krvni strdki, ki žilo zamašijo. Če se to zgodi v srčnih žilah, ki oskrbujejo srčno mišico, nastane srčna kap. Če se to zgodi v žilah udov, prizadeti del uda odmre, ker nima dovolj kisika in hranil; pravimo, da je nastala gangrena. Zaradi oženja in zapore ledvičnih arterij

prenehajo delovati ledvice. Zaradi sprememb na žilah oči lahko oseba oslepi. Poleg kroničnih posledic popivanja lahko opijanje privede tudi do takojšnjih posledic – zastrupitve, prometne nezgode, nasilja v družini itd. (Može, 2002).

Socialne posledice

Posledice zasvojenosti z alkoholom v družinskem okolju so: zamenjava prednostnih nalog, spreminjanje vrednot, opuščanje odgovornosti, izkušnja prezgodnjih izgub, razvoj zasvojenega vedenja pri ostalih družinskih članih itd. (Židanik, b. d.).

Oseba, ki je zasvojena z alkoholom, se upira predlogom drugih družinskih članov, ki si želijo spremembe. Zasvojenost lahko postane trajna lastnost družine, še posebej, če je prisotna več generacij. Znotraj družine se pozornost usmerja proč od bistvenega problema – posameznikove zasvojenosti – in v ospredje stopajo neurejeni partnerski odnosi, kot npr. nezvestoba in nasilje, ali pa neubogljivost in drugi problemi otrok. Prav zato ima vključitev svojca v proces urejanja zasvojenosti velik pomen (Ramovš, 1981).

Posledice se lahko kažejo tudi na delovnem mestu. Na delovnem mestu je sicer več možnosti za izvajanje preventivnih strategij za zmanjšanje škode, ki jo naredi alkohol, saj je večina odraslih zaposlenih in večji del svojega časa preživijo v službi.

Delovno mesto pa je lahko tudi dejavnik tveganja za škodljivo uživanje alkohola. Številne študije so odkrile pomembno povezavo med stresom na delovnem mestu in povišanimi ravni uživanja alkohola ter povečano tveganje za težave s pitjem in zasvojenostjo z alkoholom. Rezultati so pokazali, da zasvojenost povečuje tveganje za brezposelnost in odsotnost delavcev. Ugotovljeno je bilo tudi, da pitje alkohola povečuje možnosti za zamujanje na delo, prezgodnje odhajanje, neprimerno vedenje, tatvine in druga kazniva dejanja, slabe sodelavske odnose ter nizko družbeno moralo, kar povzroči zmanjšanje produktivnosti. Kljub dokazom o negativnem vplivu alkohola na delovnem mestu je presenetljivo malo kakovostnih znanstvenih študij za informiranje politike in prakse (Anderson, b. d.).

Podatki, ki kažejo odsotnost z dela zaradi zasvojenosti z alkoholom, so pogosto netočni, saj ljudje prikrivajo vlogo alkohola kot vzroka za odsotnost z dela. Z odsotnostjo se povečajo motnje v delovnem procesu in vnašajo napetosti in nezadovoljstvo v delovno skupino. Študije po svetu kažejo, da je zaradi alkoholiziranosti in posledično manjše previdnosti med osebami, zasvojenimi z alkoholom, do trikrat več delovnih nesreč kakor med drugimi osebami. Pride lahko tudi do invalidnosti, ki je lahko primarna (posledica delovanja samega alkohola, ki

organizmu prizadene trajne okvare in bolezni) ali sekundarna (posledica delovnih ali prometnih nesreč zaradi vpliva alkohola) (Može, 2002).

1.4 Preventiva in zakonodaja

Preprečevanje ali preventiva zajema vse družbene, gospodarske, zakonske, medicinske in psihološke ukrepe, s katerimi skušamo doseči čim manjšo uporabo alkoholnih pijač, zmanjšati tveganje za nastanek zasvojenosti in zmanjšati posledice le-te. Preprečevanje zasvojenosti z alkoholom poteka na treh stopnjah: zmanjševanje pojavnosti zasvojenosti; zgodnje odkrivanje ljudi, ki so zasvojeni z alkoholom, in urejanje te zasvojenosti; zmanjševanje zapletov sindroma zasvojenosti z alkoholom (Židanik, b. d.).

Svetovna zdravstvena organizacija med najuspešnejše ukrepe alkoholne politike, ki zmanjšujejo škodo zaradi alkohola, uvršča davčne in cenovne ukrepe, omejevanje dostopa (licenciranje, prepoved prodaje mladostnikom, določitev minimalne starosti za nakup alkohola), skrb za varnost v cestnem prometu (omejitev oziroma ničelna koncentracija alkohola v krvi za vse voznike, redna naključna testiranja voznikov), zdravljenje stanj in posledic škodljive rabe alkohola (predvsem urejanje zasvojenosti z alkoholom) ter kratke svetovalne programe pri zgodaj prepoznanih primerih pitja. Take ukrepe javnost pri nas večinoma podpira, saj jih prepozna kot koristne za zaščito zdravja (NIJZ, 2016).

V Sloveniji imamo številne preventivne programe, ki jih organizirajo vladne in nevladne organizacije, na primer Nacionalni programski svet za zdravo življenje šolske mladine, Ministrstvo za šolstvo in šport, centri za socialno delo ter posamezne organizacije, ki tudi izdajajo zloženke z informacijami o zasvojenosti z alkoholom in njenih posledicah ter tako širijo poznavanje in zavedanje te problematike. V teh zloženkah so vedno tudi naslovi institucij in organizacij, na katere se lahko posamezniki obrnejo za nadaljnji posvet in pogovore. Izdelani so različni programi, ki so namenjeni posameznim ciljnim skupinam ljudi. Poleg omenjenih programov obstajajo še preventivni programi za ostarele, ženske, bivše zapornike in svoje ljudi, ki so zasvojeni z alkoholom. Vsebine teh programov so seveda prilagojene skupinam, ki jih nagovarjajo, s poudarkom na druženju, ozaveščanju in ponujanju prostočasnih dejavnosti brez rabe alkoholnih pijač (Kerstin Petrič, 2013).

Po letu 2000 nam je v Sloveniji uspelo narediti nekaj pomembnih korakov v smeri učinkovite alkoholne politike, saj je bilo sprejetih kar nekaj naprednih in učinkovitih ukrepov za zmanjševanje pitja alkohola. Leta 2003 je bil sprejet Zakon o omejevanju porabe alkoholnih pijač (ZOPA), ki je pomembno prispeval k omejevanju dostopnosti alkoholnih pijač, še posebej

mladim. Leta 2015 je Zakon o avdiovizualnih medijskih storitvah prepovedal televizijsko prodajo alkoholnih pijač, z uveljavitvijo sprememb prometne zakonodaje (Zakon o pravilih cestnega prometa, Zakon o voznikih) pa so zmanjšali število prometnih nezgod, v katerih je bil prisoten alkohol. Z uvedbo referenčnih ambulant družinske medicine so povečali kapacitete za preventivno obravnavo tistih, ki tvegano in škodljivo pijejo. Leta 2011 je Zakon o varnosti in zdravju pri delu uvedel prepoved dela pod vplivom alkohola. K boljšemu povezovanju vseh ključnih akterjev je pripomogel tudi spletni portal MOSA in programi varovanja in krepitev zdravja, ki jih izvajajo nevladne organizacije v sodelovanju s stroko (GOV.SI, 2020).

Zakonodaja, ki ureja področje alkohola (GOV.SI, 2020):

- Zakon o omejevanju porabe alkohola (ZOPA),
- Zakon o zdravstveni ustreznosti živil in izdelkov ter snovi, ki prihajajo v stik z živili (ZZUZIS),
- Resolucija o nacionalnem programu varnosti cestnega prometa za obdobje od 2013 do 2022 (ReNPVCP13-22),
- Zakon o voznikih (ZVoz-1),
- Zakon o pravilih cestnega prometa (ZPrCP),
- Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1),
- Zakon o avdiovizualnih medijskih storitvah (ZAvMS).

1.5 Urejanje zasvojenosti z alkoholom

Program urejanja zasvojenosti z alkoholom v Sloveniji obsega tri ravni (pri nekaterih uporabnikih so to stopnje). Prva se začne v ambulantah za zdravljenje zasvojenosti z alkoholom, kjer psihiater alkohololog izpelje diagnostični postopek, oceni motivacijo za urejanje in določi obliko urejanja zasvojenosti. Programe in obravnavo je mogoče začeti šele takrat, ko se oseba, zasvojena z alkoholom, sama odloči vzpostaviti abstinenco. Intenzivno urejanje zasvojenosti se lahko na začetku (predvsem pri hudih oblikah) izvaja v bolnišnični ali ambulantni obliki in poteka v majhni skupini ljudi, ki imajo podobne težave, povezane z zasvojenostjo, in so motivirani za njihovo razreševanje. Poleg skupinske terapije so uporabniki vključeni tudi v različne druge dejavnosti (šport, delovna terapija). Zasvojenost je bolezen, ki zahteva tudi raziskovanje in predelovanje ostalih duševnih stisk, s katerimi se uporabniki spoprijemajo, zato se urejanje lahko izvaja z ustrežno obliko psihoterapije, partnerske ali družinske terapije. Tretja možnost urejanja zasvojenosti z alkoholom je rehabilitacija, vključitev v klube in društva

zdravljenih uporabnikov ali anonimnih alkoholikov. Namen rehabilitacije je vzdrževanje motivacije za abstinenco in medsebojna pomoč članov kluba (Štucin, 2017).

V sodobnem času se je razvil drugačen pristop urejanja zasvojenosti, in sicer motivacijski pristop, ki se osredotoča na razumevanje in motiviranje posameznika, da spozna samega sebe in vzroke svoje zasvojenosti. Včasih je bilo zdravljenje usmerjeno v poskuse, da bi temeljito spremenili osebnost uporabnikov, danes pa si prizadeva uporabnike opremiti z veščinami, ki jim bodo pomagale pri vzdržnosti od alkohola. Auer (2002, str. 10–13) pravi, da mora uporabnik predvsem abstimirati. Pri polno razviti zasvojenosti pride do sprememb v presnovi in možganih, ki se jih da obvladati šele z abstinenco (Rus Makovec, 2014, str. 29), ostale življenjske probleme pa bo reševal kot vsi drugi, nekatere manj in nekatere bolj uspešno.

Cilj sodobnega psihoterapevtskega pristopa je »stopitev« in ne rušenje obramb (bolj kot bo terapevt uporabnika napadal, bolj se bo uporabnik upiral), saj uporabniki ne potrebujejo spoznanja, da so zasvojeni, ampak spoznanje o možnosti rešitve problema. K temu terapevti lahko pripomorejo z empatičnim razumevanjem stisk in problemov, sprejetostjo in podporo ljudem in s tem, da znajo videti tudi njihove pozitivne lastnosti, ter s spoštovanjem težke poti, ki jo imajo za seboj – ne glede na to, kaj so zaradi škodljive rabe alkohola storili drugim (predvsem svojim bližnjim) (Rus Makovec, 2014, str. 22).

Nekateri izvajalci programov urejanja zasvojenosti menijo, da je politika na področju urejanja zasvojenosti v Sloveniji še vedno usmerjena bolj zdravstveno oziroma medicinsko in ne toliko socialno (čutiti je poudarek na zdravju), da glavino dela opravlja nevladni sektor ter da naša politika ne vključuje uporabnikov drog, ker niso soustvarjalci programov, temveč le uporabniki storitev (Kvaternik, Grebenc in Rihter, 2008). Prav zaradi slednjega predvidevam, da so imeli nekateri uporabniki med epidemijo še toliko več težav, saj niso imeli besede in izbire pri spremembi poteka urejanja zasvojenosti; morda nekateri niso imeli dostopa do interneta ali pa ga niso znali/želeli uporabljati in so posledično izgubili možnost sodelovanja.

Na splošno je o zasvojenosti z alkoholom več napisanega v zvezi z moškimi, saj je, kot sem zasledila, delež moških, zasvojenih z alkoholom, še vedno večji od deleža žensk oziroma se ženske redkeje odločijo poiskati pomoč, saj se bojijo odziva družbe (pitje žensk je še vedno manj sprejemljivo kot pitje moških) (Ogrin, 1995).

Socializacijski vzorci, ki lahko pripeljejo ženske v zasvojenost z alkoholom, so naslednji: šibka samozavest onemogoča ženski, da bi iskala prostore, v katerih bi zadovoljila svoje potrebe, in jo spodbuja, da išče krivdo v svoji notranjosti; posameznica prepozna sebe v odnosih z

drugimi; ženska postavlja potrebe drugih ljudi pred svoje potrebe; prepoved izražanja jeze povzroča, da se ženske ne naučijo odkrito izraziti jeze, namesto tega pa se pogosto obrnejo vase in razvijejo občutek nesposobnosti, ki je povezan s strahom pred odkrito izraženim konfliktom (Ogrin, 1995).

Med zasvojenimi naj bi bilo okoli 20 % žensk, ker pa je o zasvojenosti z alkoholom pri ženskah še vedno veliko predsodkov, v veliki meri pijejo na skrivaj in škodljivo rabo alkohola skrbno prikrivajo. V alkoholu ženske pogosto iščejo olajšanje tesnobe in depresivnosti, takšna raba pa še pospeši razvoj zasvojenosti (Auer, 2002, str. 120–126).

Značilnosti zasvojenosti z alkoholom pri ženskah so (Može, 2002):

- pogosta kombinirana zasvojenost,
- pogostejše kot moški pijejo žgane pijače,
- pogostejše pijejo na skrivaj in same,
- pogostejše duševne komplikacije,
- zakoni, kjer pije žena, hitreje razpadejo, saj moške kažejo manjšo pripravljenost pomagati ženi,
- težje in kasneje se odločajo za zdravljenje.

Pri ženskah je najpomembnejša zgodnja motivacija za urejanje zasvojenosti zaradi hitro napredujočih psihoorganskih posledic. Le majhen delež jih odločno išče pomoč, večina drugih pa naleti na precejšnje prepreke zaradi večje socialne označenosti. Zaradi te označenosti pride do močnejših obrambnih mehanizmov in zanikanja, ki se ob najmanjšem občutku obsojanja še povečajo. Najobčutljivejše so ženske, ki imajo težave tudi s tesnobo ali depresijo, ker so občutljivejše na konfrontacijo. Pri urejanju zasvojenosti žensk je nekaj posebnosti, in sicer kažejo terapije boljše rezultate, če potekajo v ločenih skupinah (ločeno od moških). Večjo vlogo imajo tudi druge težave (depresija itd.), na katere je treba biti izredno pozoren in o katerih je treba imeti dovolj znanja. Raziskave kažejo, da na ženske bolj vplivajo družinski problemi kakor poklicni. Pomembno je tudi dejstvo, da si matere težko privoščijo dolgotrajnejše bolnišnično zdravljenje, velikokrat jih ovirajo tudi partnerji. Zaželeno je okrepjena socialna podpora, zato je potrebno sodelovanje v skupinah (Auer, 2002, str. 120–126).

1.6 Društva po Sloveniji in njihovo delovanje med epidemijo

Anonimni alkoholiki

Anonimni alkoholiki so skupnost oseb, ki imajo težave z zasvojenostjo z alkoholom. Na razpolago so skoraj povsod po Sloveniji in nimajo zahtev glede starosti ali izobrazbe, v člani se torej lahko vsakdo, ki potrebuje njihovo pomoč. Njihov program sestavlja dvanajst korakov, s katerimi uporabnik razvije kakovostnejše življenje brez uporabe alkohola (AA Društvo, 2013).

Med epidemijo srečanja anonimnih alkoholikov niso potekala v živo, skupine so se vsakodnevno srečevale prek aplikacij Zoom ali Skype.

DrogArt – program »Izberi sam«

V programu »Izberi sam« mlade o uporabi alkohola informirajo na terenu (v klubih, lokalih in drugih prizoriščih nočnega življenja). Ker jim je bil takšen pristop med epidemijo onemogočen, so dodatno okrepili svoj stik z mladimi prek družbenih omrežij, kjer jim ponujajo tudi informacije o zmanjševanju škode na področju alkohola. V času epidemije so ponujali psihosocialno pomoč in terapevtsko obravnavo po telefonu, videokonferencah ali elektronski pošti (DrogArt, b. d.b).

Zavod Samarijan – Vrtnica

Uporabnikom ponujajo delovne aktivnosti, individualne razgovore, pripravo individualnega načrta in skupinsko delo. Ponujajo jim podporo za prehod v samostojno življenje in povezanost z izvajalci programa in drugimi uporabniki. Poudarjajo krepitev moči uporabnika in pomoč pri reševanju psihosocialnih stisk. Bistvo njihovega programa je doseči, da uporabniki prepoznajo svojo zasvojenost z alkoholom in se zavedajo lastne odgovornosti glede prihodnjega življenja. S tem je povezana zavestna odločitev, da ne bodo več pili, ampak zaživelii trezno, zdravo, kakovostno življenje (Zavod Samarijan, b. d.).

Zveza KZA

Zveza KZA združuje trinajst društev zdravljenih alkoholikov in si prizadeva ozaveščati javnost o zdravem načinu življenja brez škodljive rabe alkohola ter izvaja različne preventivne dejavnosti. Nastala je z namenom, da pomaga posameznim včlanjenim društvom pri njihovih naporih za nadaljnjo rehabilitacijo vseh članov in jim ponuja strokovno in organizacijsko pomoč. Srečanja z uporabniki se med epidemijo zaradi ukrepov niso izvajala v živo, člani so svoje mentorje lahko kontaktirali po spletu (Skype, Zoom) ali telefonu (Zveza KZA, b. d.).

Žarek upanja

Društvo ponuja programe celostne psihosocialne obravnave zasvojenih z alkoholom z namenom vztrajanja v abstinenci, rehabilitacije in njihove ponovne vključitve v socialno okolje. Ponujajo torej pomoč vsem posameznikom, ki so se znašli v stiski zaradi različnih oblik zasvojenosti, in njihovim svojcem. Izvajanje njihovih programov in dejavnosti poteka po telefonu, elektronski pošti, videoklicih in videokonferencah. Pri svojem delu med epidemijo zaznavajo bolj poglobljene stiske uporabnikov, ki niso povezane le s pitjem alkohola, temveč se intenzivneje dotikajo področja duševnega zdravja posameznikov (Žarek upanja, b. d.).

Abstinent

Društvo za urejanje življenja Abstinent je nevladna organizacija. Prednost in s tem tudi posebnost delovanja društva je v tem, da izhaja iz področja socialnega dela. Socialne posledice tveganega in škodljivega pitja alkohola so bolj obširne in tragične kot zdravstvene posledice, zato se pri zdravljenju posameznikov tega ne sme zapostaviti. Primarni program za doseganje ciljev je program Svetovalnica, izvajajo pa tudi program Treznost je življenje. Njihove dejavnosti obsegajo individualna svetovanja, skupine, delavnice, druženje, informiranje, sodelovanje z drugimi nevladnimi organizacijami, ministrstvi, centri za socialno delo, šolami, vrtci itd. Srečanja so med epidemijo izvajali na spletu, prek aplikacije Zoom (Abstinent, b. d.).

1.7 Epidemija covida-19 in vpliv na urejanje zasvojenosti z alkoholom

V Vuhanu na Kitajskem so decembra 2019 zaznali več primerov pljučnic. Pri bolnikih so potrdili okužbo z novim koronavirusom in ga poimenovali SARS-CoV-2, bolezen, ki jo virus povzroča, pa covid-19. Bolezen se kaže s slabim počutjem, utrujenostjo, nahodom, vročino, kašljem in pri težjih oblikah z občutkom pomanjkanja zraka. V Sloveniji smo prvo okužbo z novim koronavirusom potrdili 4. marca 2020. Epidemiološko situacijo so spremljali z okrepljenim testiranjem, glede na število okuženih pa so sprejemali in prilagajali ukrepe za zajezitev širjenja novega koronavirusa med nami. Zaradi hitrega in eksponentnega širjenja nalezljive bolezni covid-19 med populacijo je Vlada Republike Slovenije razglasila epidemijo na celotnem območju Republike Slovenije (GOV.SI, 2021). Okužbe z novim koronavirusom od ostalih povzročiteljev akutnih okužb dihal, vključno s pljučnicami, ne moremo ločiti zgolj na osnovi poteka bolezni in bolnikovih težav. Za potrditev ali izključitev okužbe z novim koronavirusom je potrebno mikrobiološko testiranje, ki se izvaja z brisom nosno-žrelnega prostora (NIJZ, 2020).

Zaradi prisotnosti novega koronavirusa smo morali vsi pri opravljanju vsakodnevnih opravil in izvajanju dejavnosti še posebej paziti, da se ne bi okužili ali nevede okužili ljudi okrog sebe. Pomembno je bilo, da smo dosledno upoštevali preventivne ukrepe (nosili masko, skrbeli za higieno rok in kašlja, upoštevali varno medosebno razdaljo), v primeru slabega počutja oziroma bolezni pa ostali doma in se po telefonu posvetovali z osebnim zdravnikom (GOV.SI, 2020).

Ukrepi so prinesli kar nekaj sprememb v našem življenju. Sistem urejanja delovnih razmerij je delodajalcem na primer omogočil, da imajo v okoliščinah, ko se izvajajo ukrepi zaradi preprečitve širjenja koronavirusne bolezni (upoštevanje karantene, samoizolacija in drugi posebni ukrepi), možnost začasne odreditve opravljanja drugega dela ali dela na drugem kraju, na primer na domu. Ta ukrep je močno posegel v življenje ljudi, ki so sedaj veliko svojega časa preživeli doma, s svojimi otroki, ki so se večinoma šolali od doma. Marsikdo je v času epidemije celo izgubil zaposlitev in vsi ti razlogi bi lahko bili povod za spreminjanje (poslabšanje ali izboljšanje) stanja oseb, zasvojenih z alkoholom. Zaradi težkih psihičnih in drugih situacij je marsikdo od njih v času epidemije potreboval dodatno podporo, več pogovorov, ne samo na temo alkohola, ampak tudi na temo duševnega zdravja (Žarek upanja, 2020).

Z zaostrovanjem in podaljševanjem ukrepov za omejevanje širjenja covida-19, ki so močno posegli v vsakdanja življenja, sta se med prebivalstvom povečevala tudi strah in utesnjenost, številni ljudje so v stiski začeli iskati uteho v alkoholu. Z omejevanjem javnega življenja, gibanja in zapiranjem velikega dela storitev so se torej življenja prebivalcev v veliki meri preselila domov. To je močno vplivalo tudi na družine oseb, zasvojenih z alkoholom, saj je bilo druženje omejeno na člane ožje družine oziroma gospodinjstva, gibanje pa omejeno, kar pomeni, da se ljudje niso mogli umakniti (Zavratnik, 2020).

Lestvica vzorcev pitja se razteza od abstinence na eni do zasvojenosti z alkoholom na drugi strani. Vmes je manj tvegano, tvegano in bolj tvegano pitje. Med epidemijo je temeljni problem, da se ljudje pomikajo po lestvici od tvegane pitja proti zasvojenosti. Po podatkih NIJZ je bilo v letu 2019 med prebivalci, starimi od 25 do 64 let, 43 % takšnih, ki pijejo visoko tvegano (NIJZ, 2019).

Med epidemijo je vsak dan prihajalo do novih informacij in pogostih sprememb ukrepov, kar je privedlo do tega, da so bili uporabniki negotovi in nezaupljivi do informacij, kar jih je še dodatno utesnjevalo. Društva so opozarjala, da digitalne rešitve ne morejo nadomestiti osebnega stika, da so ljudje sporočali, da potrebujejo stik in želijo priti na srečanja v živo. Na

ta način bi bolj občutili in se zavedali tega, da je socialnemu delavcu mar zanje in da jim hoče pomagati. Zoom je lahko bil samo začasna rešitev (Zavratnik, 2020).

V društvu Abstincent so opozarjali, da se nanje sicer praviloma obračajo svojci in ne osebe, ki imajo težave s čezmernim pitjem alkohola, ki pa so v letošnjem letu imeli veliko stisk. Poudarili so, da so letos v društvu zaznali skokovit porast ljudi, ki potrebujejo pomoč. Lahko bi rekli, da so se v zvezi z zasvojenostjo z alkoholom med epidemijo povečali dejavniki tveganja, manj pa je bilo varovalnih dejavnikov (Abstincent, 2021).

Razglasitev epidemije covida-19 je v ljudeh vzbudila precej neprijetnih in tesnobnih občutkov zaradi socialne izolacije in negotove prihodnosti. V prvem valu epidemije je združenje DrogArt izvedlo spletno raziskavo (DrogArt, b. d.a), ki je pokazala, da se je zaradi slabšega psihičnega stanja ljudi povečala uporaba alkohola, kar je potrdila tudi raziskava Evropskega centra za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (NIJZ, 2020). V drugem valu epidemije so se ekonomski in socialni vplivi na duševno stanje še poglobili, kar je razvidno predvsem pri ranljivejših skupinah prebivalstva, med katerimi so tudi uporabniki alkohola. Alkohol povzroča psihično in fizično zasvojenost ter vrsto drugih posledic, med drugim oslabilen imunski sistem, kar povečuje dovzetnost za okužbo s koronavirusom.

Tudi ostala društva so med epidemijo zaznavala bolj poglobljene stike z uporabniki, ki niso bili povezani le z uporabo alkohola, temveč so se intenzivneje dotikali področja duševnega zdravja uporabnikov. Poudarili so, da so uporabnikom na voljo enako, kot bi jim bili, če epidemije ne bi bilo, ker pa se ljudje spoprijemajo s stiskami, je prišlo do intenzivnejše potrebe po osebnem srečanju. Ugotovili so, da tudi tisti uporabniki, ki so imeli prej več težav s komunikacijo, zdaj intenzivneje komunicirajo, kar kaže na to, da je stik s strokovnim delavcem predvsem nujen sedaj, med epidemijo, saj ima varovalni vpliv v smislu, da se stiske ne poglobljajo (Žarek upanja, 2020).

Epidemija in ukrepi za zaježitev širjenja koronavirusa so torej grobo posegli v vsakdanje življenje številnih posameznikov, tudi uporabnikov društev, ki se ukvarjajo z urejanjem zasvojenosti. Tudi v društvu Abstincent že od prvega vala epidemije opažajo velik porast stisk, povezanih s prekomernim pitjem alkohola, zato so posameznikom ves čas na voljo tudi za individualna svetovanja, ki potekajo v prostorih društva (Abstincent, 2021).

Alkohol je na različne načine vplival na epidemijo covida-19, saj je tudi alkoholna industrija izkoriščala krizo na področju javnega zdravja. Številnim vladam po svetu žal ni uspelo izkoristiti in pravočasno uveljaviti učinkovitih ukrepov alkoholne politike. Situacija epidemije

je še bolj poudarila zdravstvene, ekonomske in družbene posledice, ki jih prinaša alkohol, kar na več področjih izčrpa obstoječe skupnosti in bremeni zdravstveni sistem: povečuje tveganje za okužbo s koronavirusom in povečuje tveganje za zaplete, oslabi delovanje imunskega sistema, vpliva na vrsto organov, s čimer se poveča tveganje za resnejše zaplete pri virusni okužbi, njena resnost in trajanje okrevanja, ter vpliva na možne dolgoročne posledice (NIJZ, 2020). Večina vlad se ne zaveda te realnosti.

Alkoholna industrija si je v covidski krizi močno prizadevala, da bi vplivala na alkoholno politiko na področju prodaje alkohola. Oglaševanje alkohola kot orodja za lažje spopadanje s to krizo je povečalo škodo, ki nastaja zaradi pitja alkohola. Treba bi bilo ohraniti in izboljšati že obstoječe ukrepe alkoholne politike v državi, omejiti razpoložljivost in cenovno dostopnost alkohola, oblikovati učinkovita sporočila na področju javnega zdravja o alkoholu in covidu-19 ter povečati dostop do storitev na področju duševnega zdravja in urejanja zasvojenosti, vključno s spletnimi storitvami (SOPA, 2021).

1.8 Vloga socialnega dela pri urejanju zasvojenosti z alkoholom

Sredi 20. stoletja je medicina opredelila zasvojenost z alkoholom kot bolezen. S tem se je začelo zdravstveno preučevanje in zdravljenje ene od najbolj razširjenih bolezni in hkrati socialno urejanje enega od najhujših virov medčloveških motenj. Pri tem je medicina sproti ugotavljala, da mora poleg telesne in duševne stiske upoštevati predvsem socialno. Za medicino so pristopile k preučevanju in urejanju zasvojenosti z alkoholom tudi druge stroke: kriminologija, socialno delo, sociologija, psihologija, pedagogika, andragogika itd., vsaka s svojega specifičnega vidika, kajti zasvojenost z alkoholom je celostni življenjski pojav, ki ga je mogoče obvladovati le interdisciplinarno. (Rugelj, 1981).

Po ocenah strokovnjakov naj bi bilo v Sloveniji zasvojenih z alkoholom od 170.000 do 200.000 ljudi. Če upoštevamo, da zasvojenost ene osebe vpliva tudi na člane ožje družine in da povprečna slovenska družina šteje štiri člane, pomeni, da pri nas zaradi tega trpi od 680.000 do 800.000 ljudi. Ker je zasvojenost z alkoholom povezana s številnimi škodljivimi posledicami na odnosnem in socialnem področju (materialne stiske ljudi, stanovanjska problematika, brezdomstvo, neurejeni družinski in partnerski odnosi, nasilje v družinah, zanemarjanje in ogrožanje otrok, težave otrok v odraščanju, izguba zaposlitve, slaba socialna mreža družine itd.), potrebujejo uporabniki od strokovnih delavcev na centrih za socialno delo pomoč, usmerjeno v odpravljanje teh posledic, podporo in sodelovanje za spremembo in učenje novih vedenjskih vzorcev, dobrih medsebojnih odnosov ter prevzemanja odgovornosti za svoje

življenje. V socialnem delu govorimo o procesu urejanja družinskega sistema za rešitve, ki rušijo neustrezne in gradijo nove, boljše, učinkovitejše (Lepoša Žalec, 2013).

Socialno delo je mlada stroka, zato se do nedavnega še ni moglo posebej posvetiti raziskovanju socialnih vidikov zasvojenosti z alkoholom in v večjem obsegu razviti metodologije za socialno urejanje zasvojenosti uporabnikov in njihovega okolja. Za svoje delo je velik del znanja sprejelo od socialne medicine. Sedaj že prihaja do samostojnega socialnega raziskovanja zasvojenosti tudi v socialnem delu. Raziskovanje socialnih delavcev in njihovo strokovno delo obetata pomemben napredek in korist tako za interdisciplinarno stroko kakor za stroko socialnega dela samo (Ramovš, 2002).

Zasvojenost z alkoholom je po navadi skrit vzrok za socialne težave, ki ga lahko prepozna le za to usposobljen strokovni delavec. Če pri obravnavi neke druge problematike tega skritega vzroka ne prepozna, ostaja reševanje vidnih posledic neuspešno. Tudi pozitiven izid drugih postopkov se lahko hitro izniči, če se pri tem nismo lotili zasvojenosti, saj prihaja do ponovitev, dolgoročnih posledic in vedno novih stisk uporabnikov (Lepoša Žalec, 2013).

Delo z osebami, zasvojenimi z alkoholom (ali drugimi drogami), na žalost še vedno sodi med »manj iskana« dela, tako v socialnem delu kot drugod. Velikokrat to področje na centrih za socialno delo prevzemajo tisti, ki se na novo zaposlujejo, ali pa ostaja tistim, ki nimajo druge izbire. Kladnik (2004) pravi, da je bil prvi problem, na katerega je naletel pri delu na tem področju, prešibko znanje za resno delo s tako kompleksno problematiko, kot jo prinaša zasvojenost z alkoholom. To pomanjkljivost bi lahko pripisali tudi temu, da se med študijem premalo posvetimo načinu dela z zasvojenimi uporabniki, zato se morajo oziroma bi se morali strokovni delavci še dodatno izobraževati s študijem ustrezne literature, ob mentorskem delu z izkušenimi terapevti v društvih, s praktičnim usposabljanjem, formalnimi oblikami izobraževanja in samostojnim praktičnim delom.

Za reševanje stisk in učinkovito pomoč uporabnikom je izrednega pomena, da dobi uporabnik prave informacije, jasna sporočila, kompetentnega strokovnjaka, ki bo skupaj z njim naredil načrt dela in dogovore za razreševanje nastalih stisk in težav. Socialni delavec je zato pomembna oseba za uporabnika, za njegove dobre izide, če zna vprašati, raziskati uporabnikov zemljevid, ga spodbujati k spremembam, navdušiti, podpreti, opozoriti na posledice, povedati za dobre rešitve, prenesti izkušnje in ga povezati z ljudmi, ki so se rešili (Lepoša Žalec, 2013).

2. OPREDELITEV PROBLEMA

Epidemija covida-19 je v lanskem in letošnjem letu močno spremenila naša življenja. Z namenom zaježitve širjenja okužbe je vlada sprejela veliko novih ukrepov, med njimi šolanje na daljavo, delo od doma in prepoved zbiranja v večjih skupinah, kar je vodilo v to, da so ljudje večino svojega časa preživljali doma. Poleg tega se je veliko dejavnosti društev prestavilo na splet, med njimi tudi urejanje zasvojenosti z alkoholom.

Pri nas deluje kar nekaj spodbudnih preventivnih programov. Srečanja, ki jih organizirajo društva, so do sedaj vedno potekala v živo, skoraj vsak dan v tednu. Na srečanjih si uporabniki pomagajo, svetujejo in razvijajo življenjsko pot brez alkohola. Do sedaj je bilo narejenih že kar nekaj raziskav na temo zasvojenosti z alkoholom v Sloveniji, ki so bile opravljene tudi v diplomskih nalogah (npr. Ivanuša, 2000; Ogris, 2008; Petek, 2018 itd.), nihče pa še ni raziskal, kako je z urejanjem zasvojenosti uporabnikov v društvih med epidemijo covida-19. Prispevek svoje raziskave vidim predvsem v tem, da bom ponovno opredelila izzive pri urejanju zasvojenosti, s katerimi se osebe, zasvojene z alkoholom, spopadajo v društvih danes, vendar bodo ti izzivi in spopadanje z njimi predstavljeni z vidika epidemije covida-19, ki je prinesla še dodatne spremembe (srečanja so bila prestavljena na splet, uporabniki se spopadajo z izolacijo, delom od doma). To je spoprijemanje z izzivi še dodatno otežilo. Želim tudi, da se poudari tisto, za kar uporabniki menijo, da bi jim lahko dodatno pomagalo ali olajšalo urejanje njihove zasvojenosti, predvsem v času epidemije covida-19.

Vsa srečanja so se zaradi epidemije covida-19 preselila na splet ali telefon in zanimalo me je, kako je to vplivalo na urejanje oziroma potek zasvojenosti oseb, ki na njih sodelujejo. Poleg tega me je zanimalo tudi, če se je pri uporabnikih, ki so abstinirali že dlje časa, pojavila ponovitev bolezni oziroma relapse zaradi izolacije ali drugih vzrokov v povezavi z epidemijo. Predvidevam, da se je število oseb, ki trpijo za zasvojenostjo, med epidemijo zaradi novonastalih situacij, kot so brezposelnost, delo do doma, izolacija itd., tudi povečalo. Vedno več ljudi bo zato iskalo pomoč, kar sem zasledila tudi v medijih (Zavrtanik, 2020), društva pa so poročala, da se je med epidemijo povečala predvsem stiska svojcev njihovih uporabnikov (Abstinent, 2021). Menim, da bo moja raziskava prispevala veliko, saj je ta tema še neraziskana, torej bo koristila vsem društvom, ki bodo vključena v raziskavo, in uporabnikom, predvsem če se bo še kdaj v prihodnosti ponovila podobna situacija, kot je ta epidemija, ali če se bodo podobna on-line srečanja ohranila po njej.

Raziskovalna vprašanja in hipoteze

Raziskovalna vprašanja:

1. Kakšno je zadovoljstvo z dostopnostjo pomoči med epidemijo?
 - Kakšno je zadovoljstvo z dostopnostjo prostih mest v društvih?
 - Kakšno je zadovoljstvo z odzivnostjo društev?
 - Kakšno je zadovoljstvo s preventivnimi ukrepi, opozorili glede nevarnosti alkohola med epidemijo?
2. Kakšno je zadovoljstvo s potekom urejanja zasvojenosti med epidemijo?
 - Kakšno je zadovoljstvo z dostopnostjo vodje/terapevta?
 - Kakšno je zadovoljstvo z dostopnostjo ostalih uporabnikov (v smislu podpore)?
3. Kakšno je zadovoljstvo z on-line srečanj?
 - Kakšno je zadovoljstvo s kakovostjo srečanj?
 - Kakšno je zadovoljstvo s številom srečanj?
4. Kako so se spreminjale težave v povezavi z zasvojenostjo zaradi izolacije?
 - Ali se je stanje zasvojenosti poslabšalo ali izboljšalo?
 - Ali se je zaradi izolacije pojavil relapse (ponovitev bolezni) pri uporabnikih, ki so abstinirali že dlje časa?
5. Kakšni so predlogi uporabnikov za izboljšanje?

Hipoteze:

H1: Tisti, ki so bolj zadovoljni z dostopnostjo pomoči med epidemijo, so tudi bolj zadovoljni s potekom urejanja zasvojenosti med epidemijo.

H2: Tisti, ki so bolj zadovoljni z dostopnostjo pomoči med epidemijo, so tudi bolj zadovoljni z on-line srečanj.

H3: Tistim, ki so bolj zadovoljni z dostopnostjo pomoči med epidemijo, se je stanje med epidemijo izboljšalo.

H4: 70 % uporabnikov je nezadovoljnih ali zelo nezadovoljnih s preventivnimi ukrepi.

H5: Pri 20 % uporabnikov, ki so abstinirali več kot eno leto, se je zaradi izolacije pojavil relapse.

H6: Tistim, ki so bolj zadovoljni s potekom urejanja zasvojenosti med epidemijo, se je stanje med epidemijo izboljšalo.

H7: Starejši od 60 let so bili manj zadovoljni s kakovostjo on-line srečanj kot mlajši.

H8: Tisti, ki so bolj zadovoljni z on-line srečanj, so tudi bolj zadovoljni s potekom urejanja zasvojenosti med epidemijo.

H9: 70 % uporabnikov je nezadovoljnih ali zelo nezadovoljnih s kakovostjo on-line srečanj.

H10: Pri starejših od 60 let se je stanje zaradi epidemije poslabšalo.

3. METODOLOGIJA

3.1. Vrsta raziskave

Moja raziskava je deskriptivna ali opisna in kvantitativna. Kvantitativna zato, ker sem pri zbiranju podatkov zbirala večinoma številčne podatke z vprašalnikom, ki sem ga poslala po elektronski pošti vsem društvom, ki delujejo na področju zasvojenosti z alkoholom v Sloveniji. Zbirala sem številčne podatke o tem, kako je epidemija covida-19 (in posledična karantena) povezana z zadovoljstvom uporabnikov s potekom urejanja zasvojenosti. Raziskavo sem opredelila kot deskriptivno zato, ker sem opisovala, kakšno je zadovoljstvo uporabnikov med epidemijo covida-19, predvsem zaradi premika srečanj na splet. Podatke sem analizirala kvantitativno; zbirala sem številčne podatke in jih obdelala v programu Microsoft Office Excel (Mesec, 2009).

3.2. Spremenljivke

- Starost

Indikator: označen razred starosti.

Vrednosti: merjene na ordinalni lestvici.

Do pod 20 let

Od 20 do pod 30 let

Od 30 do pod 40 let

Od 40 do pod 50 let

Od 50 do pod 60 let

Od 60 do pod 70 let

Nad 70 let

- Spol

Indikator: odgovor glede spola.

Vrednosti: merjene na nominalni lestvici.

Moški

Ženska

Nebinarni

Drugo

- Zadovoljstvo z dostopnostjo pomoči med epidemijo

Merjeno z naslednjimi indikatorji, ki bodo sešteti v indeks:

Zadovoljstvo z dostopnostjo prostih mest v društvih:

Indikator: subjektivna ocena na lestvici zadovoljstva.

Vrednosti: merjene na ordinalni lestvici.

- 1 – zelo nezadovoljen
- 2 – nezadovoljen
- 3 – niti zadovoljen niti nezadovoljen
- 4 – zadovoljen
- 5 – zelo zadovoljen

Zadovoljstvo z odzivnostjo društev:

Indikator: subjektivna ocena na lestvici zadovoljstva.

Vrednosti: merjene na ordinalni lestvici.

- 1 – zelo nezadovoljen
- 2 – nezadovoljen
- 3 – niti zadovoljen niti nezadovoljen
- 4 – zadovoljen
- 5 – zelo zadovoljen

Zadovoljstvo s preventivnimi ukrepi, opozorili glede nevarnosti alkohola med epidemijo:

Indikator: subjektivna ocena na lestvici zadovoljstva.

Vrednosti: merjene na ordinalni lestvici.

- 1 – zelo nezadovoljen
- 2 – nezadovoljen
- 3 – niti zadovoljen niti nezadovoljen
- 4 – zadovoljen
- 5 – zelo zadovoljen

- Zadovoljstvo s potekom zdravljenja med epidemijo

Merjeno z naslednjimi indikatorji, ki bodo sešteti v indeks:

Zadovoljstvo z dostopnostjo vodje/terapevta:

Indikator: subjektivna ocena na lestvici zadovoljstva.

Vrednosti: merjene na ordinalni lestvici.

- 1 – zelo nezadovoljen
- 2 – nezadovoljen
- 3 – niti zadovoljen niti nezadovoljen
- 4 – zadovoljen
- 5 – zelo zadovoljen

Zadovoljstvo z dostopnostjo ostalih uporabnikov (v smislu podpore):

Indikator: subjektivna ocena na lestvici zadovoljstva.

Vrednosti: merjene na ordinalni lestvici.

- 1 – zelo nezadovoljen
- 2 – nezadovoljen
- 3 – niti zadovoljen niti nezadovoljen
- 4 – zadovoljen
- 5 – zelo zadovoljen

- Zadovoljstvo z on-line srečanj

Merjeno z naslednjimi indikatorji, ki bodo sešteti v indeks:

Zadovoljstvo s kakovostjo srečanj:

Indikator: subjektivna ocena na lestvici zadovoljstva.

Vrednosti: merjene na ordinalni lestvici.

- 1 – zelo nezadovoljen
- 2 – nezadovoljen
- 3 – niti zadovoljen niti nezadovoljen
- 4 – zadovoljen
- 5 – zelo zadovoljen

Zadovoljstvo s številom srečanj:

Indikator: subjektivna ocena na lestvici zadovoljstva.

Vrednosti: merjene na ordinalni lestvici.

- 1 – zelo nezadovoljen

- 2 – nezadovoljen
- 3 – niti zadovoljen niti nezadovoljen
- 4 – zadovoljen
- 5 – zelo zadovoljen

- Potek zasvojenosti (izboljšanje/poslabšanje) zaradi izolacije (neodvisno od delovanja društev)

Merjeno z naslednjimi indikatorji, ki bodo sešteti v indeks:

Ali se je stanje zasvojenosti poslabšalo ali izboljšalo:

Indikator: odgovor na vprašanje, ali se je stanje zasvojenosti poslabšalo ali izboljšalo.

Vrednosti: merjene na ordinalni lestvici.

- 1 – zelo se je poslabšalo
- 2 – nekoliko se je poslabšalo
- 3 – niti se ni poslabšalo niti se ni izboljšalo
- 4 – nekoliko se je izboljšalo
- 5 – zelo se je izboljšalo

Ali se je zaradi izolacije pojavil relapse:

Indikator: odgovor na vprašanje, ali se je pojavil relapse.

Vrednost: merjena na nominalni lestvici.

Da

Ne

- Predlogi

Zanimali so me tudi predlogi uporabnikov, kaj bi bilo po njihovem mnenju treba spremeniti za izboljšanje stanja. Indikator je odgovor na vprašanje odprtega tipa, kakšni so njihovi predlogi. Vprašanje je postavljeno na koncu ankete.

3.3. Merski instrument

Za merjenje sem uporabila merski instrument anketni vprašalnik, ki sem ga za potrebe svoje raziskave sestavila sama na spletni strani Ika Arnes, ki je namenjena sestavljanju anketnih

vprašalnikov. Sestavljen je iz sedmih kategorij vprašanj, prvih šest sklopov vprašanj je zaprtega tipa, sedmi pa odprtega tipa.

3.4. Opredelitev enot raziskovanja – populacija in vzorec

Populacija, ki sem jo vključila v raziskavo, so polnoletne osebe, ki imajo težave z zasvojenostjo z alkoholom, ki so bile že pred epidemijo vključene v vsaj en program urejanja zasvojenosti vsaj eno leto in so z vključitvijo nadaljevale tudi v času epidemije. Vzorec je neslučajnostni in priložnostni, ker sem uporabnike izbirala glede na to, kako so mi bili dostopni.

Stvarna opredelitev: polnoletne osebe, zasvojene z alkoholom, ki so bile že pred epidemijo vključene vsaj v en program urejanja zasvojenosti vsaj eno leto in so z vključitvijo nadaljevale tudi v času epidemije.

Krajevna opredelitev: po Sloveniji.

Časovna opredelitev: v mesecu marcu in aprilu 2021.

3.5. Zbiranje podatkov

Metoda zbiranja podatkov v moji raziskavi je bilo spraševanje, in sicer anketiranje. Uporabila sem spletni vprašalnik, ki sem ga sama sestavila. Povezavo do vprašalnika sem v marcu 2021 po elektronski pošti poslala vsem društvom v Sloveniji, ki delujejo na področju urejanja zasvojenosti z alkoholom, in jih prosila, da povezavo posredujejo svojim uporabnikom. Zaradi slabšega odziva sem z društvu kontaktirala še v aprilu 2021. Dobila sem 73 izpolnjenih vprašalnikov.

3.6. Obdelava podatkov

Način obdelave podatkov je bil kvantitativen, saj sem uporabila številčne podatke. Podatke, ki sem jih pridobila iz vprašalnikov, sem razvrstila glede na stopnjo zadovoljstva (od 1 do 5) in nato iz razvrščenih oziroma grupiranih podatkov s programom Microsoft Office Excel izdelala tabele, s katerimi sem predstavila rezultate, izračunala odstotke in s Pearsonovim koeficientom korelacije izračunala povezave med spremenljivkami. Na podlagi izbranih podatkov sem lahko preverila svoje hipoteze.

»Pearsonov koeficient korelacije nam odgovori na dve vprašanji, in sicer: a) ali linearna povezanost med spremenljivkama sploh obstaja in b) kako močna je linearna povezanost med

spremenljivkama. Kadar preverjamo obstoj linearne povezanosti, govorimo o dveh vrstah povezanosti. Pozitivna povezanost obstaja takrat, kadar so vrednosti prve (x) in druge (y) spremenljivke visoke oz. nizke. Tedaj je koeficient pozitiven in blizu 1. Za določanje moči povezanosti spremenljivk uporabljamo spodnjo lestvico vrednosti koeficienta, in sicer:

0,00 – ni povezanosti

0,01–0,19 – neznatna povezanost

0,20–0,39 – nizka/šibka povezanost

0,40–0,69 – srednja/zmerna povezanost

0,70–0,89 – visoka/močna povezanost

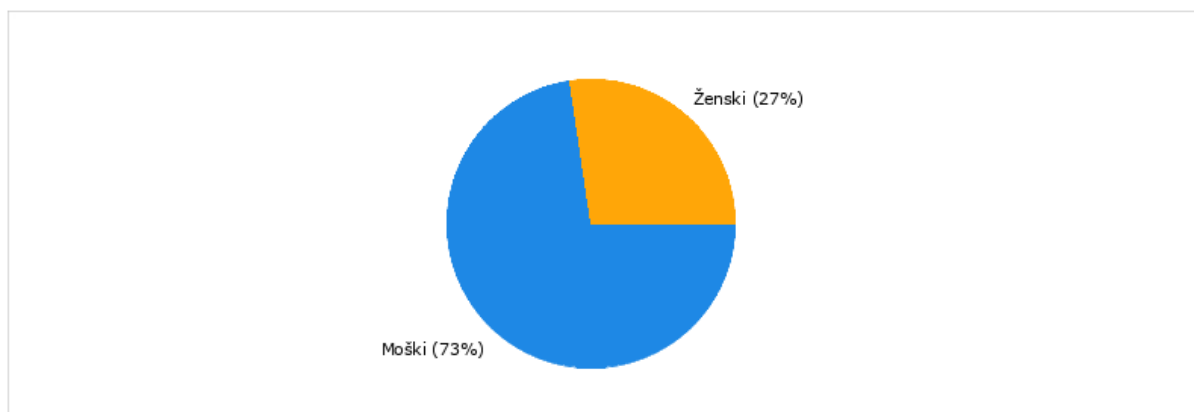
0,90–0,99 – zelo visoka/zelo močna povezanost

1,00 – popolna (funkcijska) povezanost« (Statistik, b. d.).

Vse sem računala s programom Microsoft Office Excel, v katerem sem uporabila formulo PEARSON za izračun korelacije.

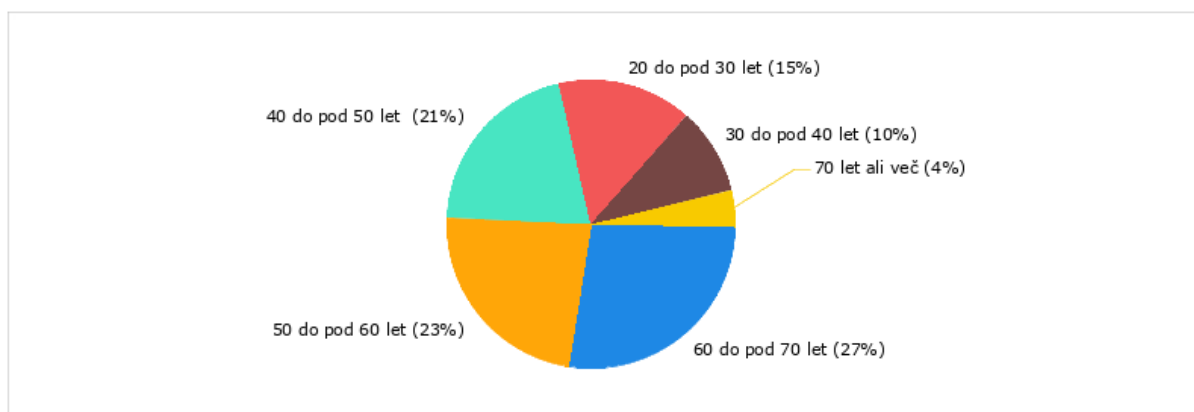
4. REZULTATI

4.1. Splošni podatki



Graf 4.1.: Struktura anketiranih po spolu

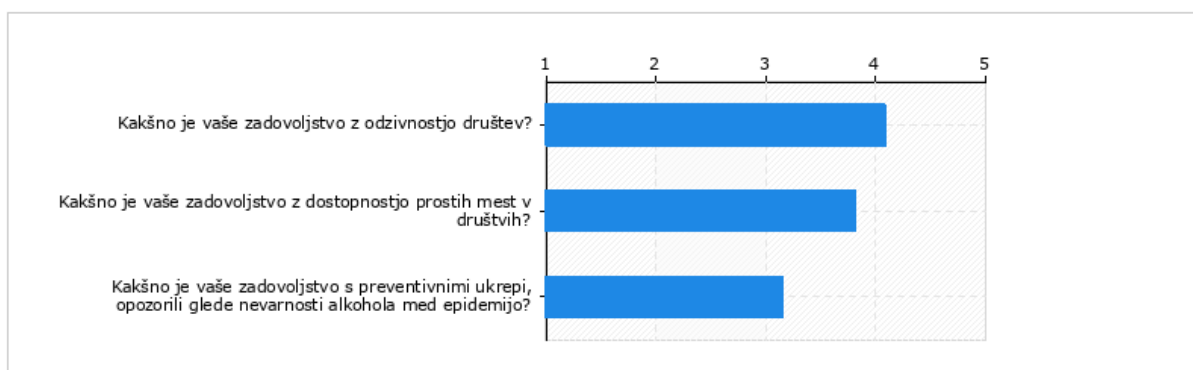
Anketo je izpolnilo 73 uporabnikov, od tega 73 % moškega spola (anketo je izpolnilo 53 moških) in 27 % ženskega spola (anketo je izpolnilo 20 žensk).



Graf 4.1.: Struktura anketiranih po starosti

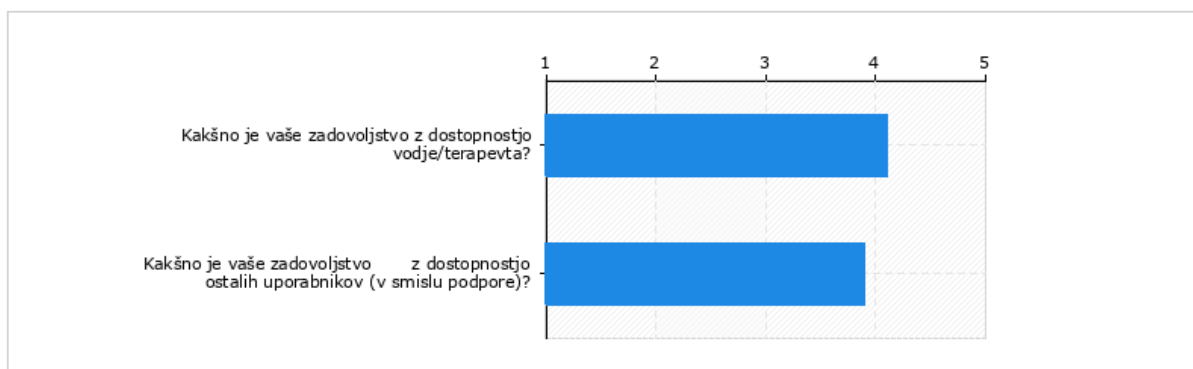
Največ anketirancev spada v starostno skupino od 60 do pod 70 let (27 %), nekoliko manj jih spada v starostne skupine od 50 do pod 60 let (23 %), od 40 do pod 50 let (21 %), od 20 do pod 30 let (15 %), od 30 do pod 40 let (10 %), najmanj pa jih spada v starostno skupino 70 let ali več (4 %).

Zadovoljstvo z različnimi vidiki delovanja društev



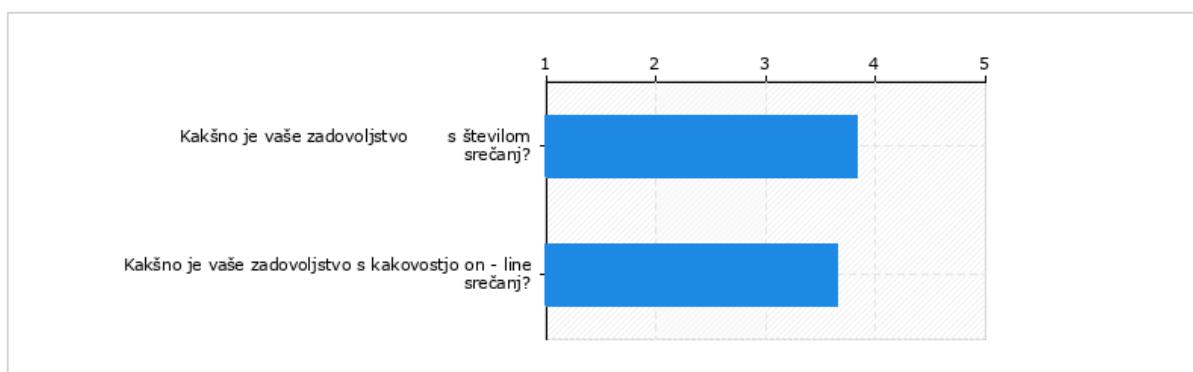
Graf 4.2.: Zadovoljstvo z dostopnostjo pomoči med epidemijo

Najbolje ocenjen element v sklopu ocenjevanja zadovoljstva z dostopnostjo pomoči med epidemijo je element zadovoljstva z odzivnostjo društev, ocenjen s povprečno vrednostjo 4,1. Sledi mu element zadovoljstva z dostopnostjo prostih mest v društvih, ki je ocenjen s povprečno vrednostjo 3,8, najnižje ocenjen pa je element zadovoljstva s preventivnimi ukrepi in opozorili glede nevarnosti alkohola med epidemijo s povprečno vrednostjo 3,2. Vsi elementi so ocenjeni s povprečno oceno nad 3, kar pomeni, da anketiranci z dostopnostjo pomoči med epidemijo v povprečju niso bili nezadovoljni ali zelo nezadovoljni.



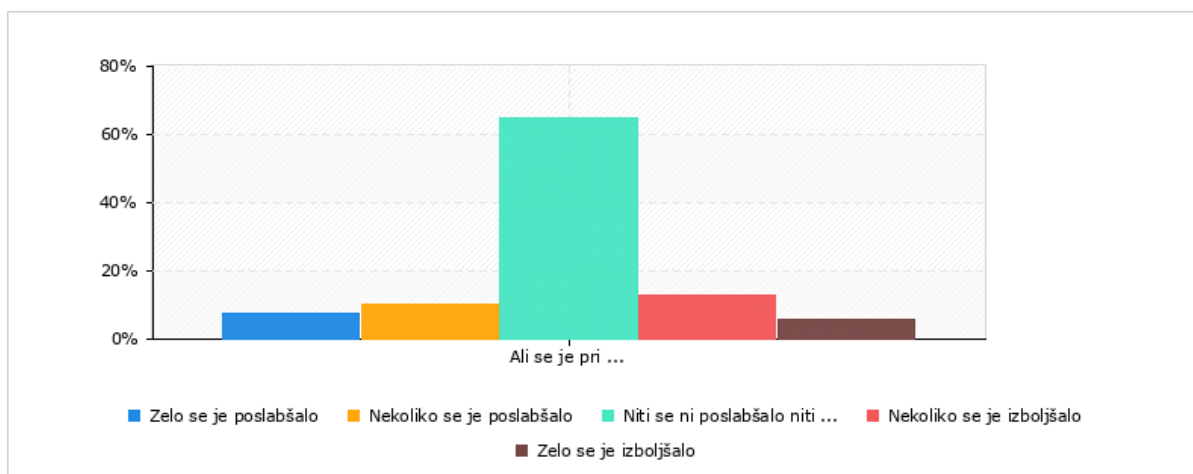
Graf 4.3.: Zadovoljstvo s potekom urejanja zasvojenosti med epidemijo

V sklopu ocenjevanja zadovoljstva s potekom urejanja zasvojenosti med epidemijo je element zadovoljstva z dostopnostjo vodje/terapevta ocenjen s povprečno vrednostjo 4,1 in element zadovoljstva z dostopnostjo ostalih uporabnikov (v smislu podpore) s povprečno vrednostjo 3,9. Oba elementa sta bila torej ocenjena z dobro povprečno vrednostjo.



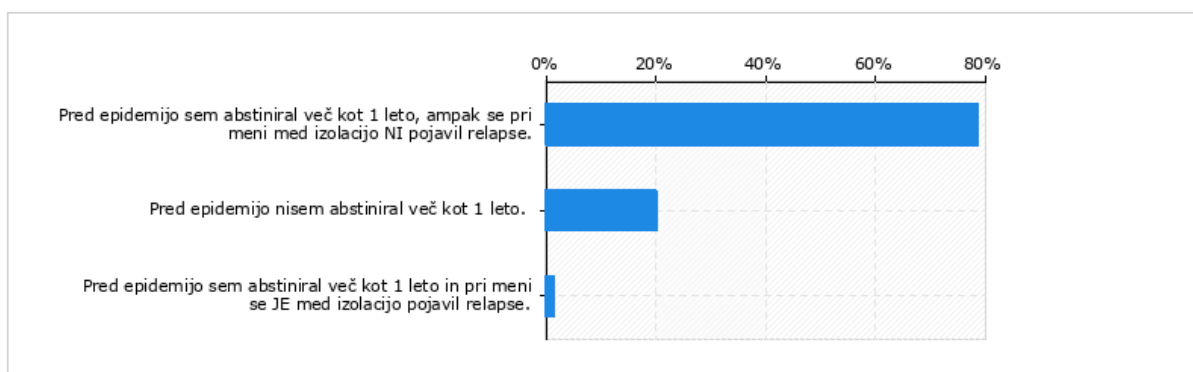
Graf 4.4.: Zadovoljstvo z on-line srečanji

V sklopu ocenjevanja zadovoljstva z on-line srečanji je element zadovoljstva s številom srečanj ocenjen s povprečno vrednostjo 3,8, element zadovoljstva s kakovostjo on-line srečanj pa s povprečno vrednostjo 3,7. To pomeni, da sta tudi v tem sklopu oba elementa ocenjena z dobro povprečno vrednostjo.



Graf 4.5.: Spreminjanje težav v povezavi z zasvojenostjo zaradi izolacije

Pri več kot polovici anketirancev (65 %) se stanje težav v povezavi z zasvojenostjo med epidemijo ni spremenilo, torej se ni niti poslabšalo niti izboljšalo. Pri 13 % anketirancev se je stanje nekoliko izboljšalo in pri 6 % se je stanje zelo izboljšalo. Pri 10 % anketirancev se je stanje nekoliko poslabšalo in pri 7 % se je stanje zelo poslabšalo.



Graf 4.6.: Ponovitev zasvojenosti

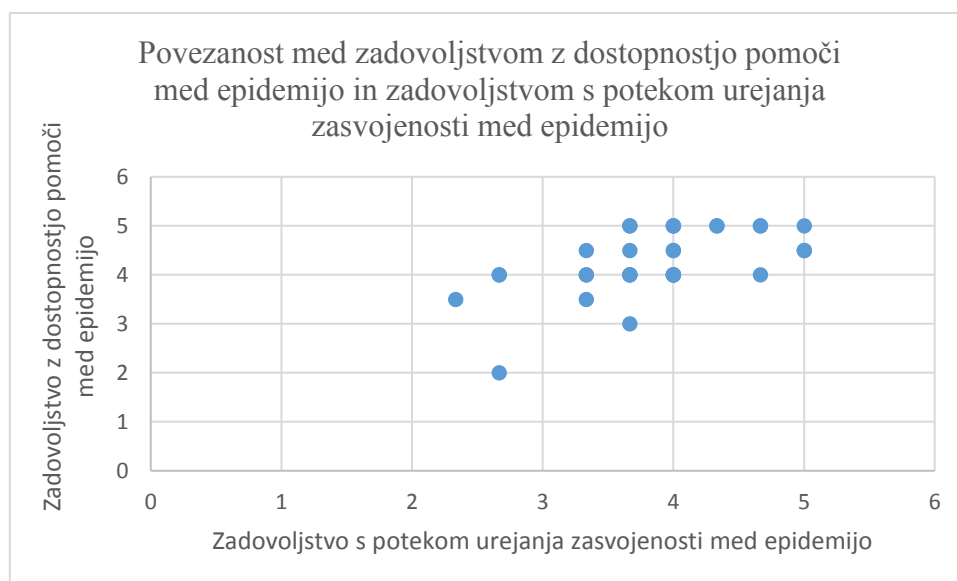
Večina anketirancev (79 %) navaja, da so pred epidemijo abstinirali več kot eno leto in se pri njih med izolacijo ni pojavil relapse, le pri 1 % se je relapse pojavil. 20 % anketirancev pred epidemijo ni abstiniralo več kot eno leto.

4.2. Preverjanje hipotez

H1: Tisti, ki so bolj zadovoljni z dostopnostjo pomoči med epidemijo, so tudi bolj zadovoljni s potekom urejanja zasvojenosti med epidemijo.

Pri obeh sklopih vprašanj sem za vsakega posameznika seštela indikatorje v indekse in izračunala povprečje teh indeksov. Nato sem s povprečji indeksov sklopov zadovoljstvo z dostopnostjo pomoči med epidemijo in zadovoljstvo s potekom urejanja zasvojenosti med epidemijo izračunala Pearsonov koeficient korelacije.

Vrednost koeficienta korelacije je 0,646293, kar pomeni srednjo/zmerno povezanost med spremenljivkama, zato prvo hipotezo potrdim.



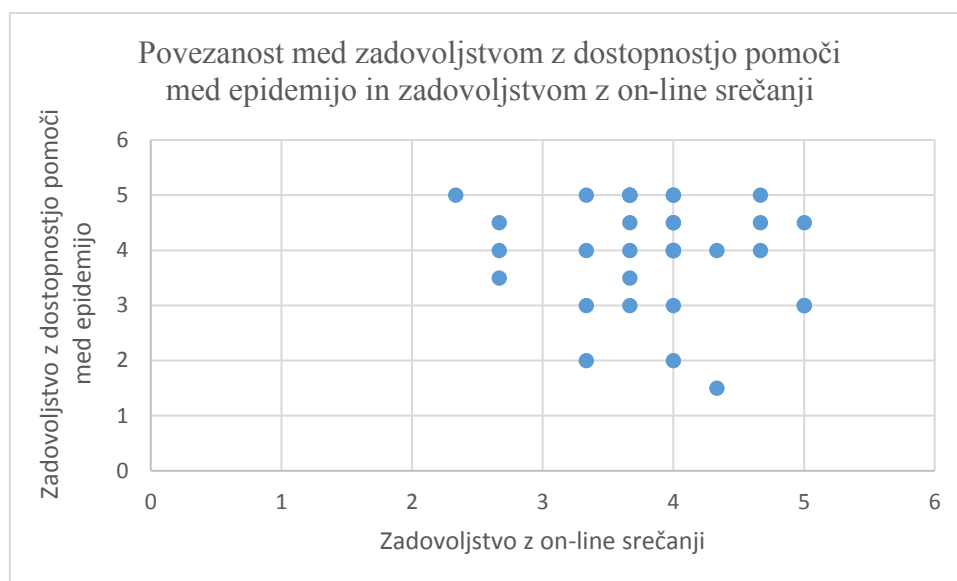
Graf 4.7.: Pearsonov koeficient korelacije za H1¹

H2: Tisti, ki so bolj zadovoljni z dostopnostjo pomoči med epidemijo, so tudi bolj zadovoljni z on-line srečanji.

Pri obeh sklopih vprašanj sem za vsakega posameznika seštela indikatorje v indekse in izračunala povprečje teh indeksov. Nato sem s povprečji indeksov sklopov zadovoljstvo z dostopnostjo pomoči med epidemijo in zadovoljstvo z on-line srečanji izračunala Pearsonov koeficient korelacije.

Vrednost koeficienta korelacije je 0,348295, kar pomeni nizko/šibko povezanost med spremenljivkama. Čeprav je povezanost med tema sklopoma šibka, drugo hipotezo potrdim.

¹ Pri eni točki v grafu je več podatkov, zato je točk manj kakor dejanskih podatkov. To velja tudi za ostale grafe, na katerih je prikazan Pearsonov koeficient korelacije.

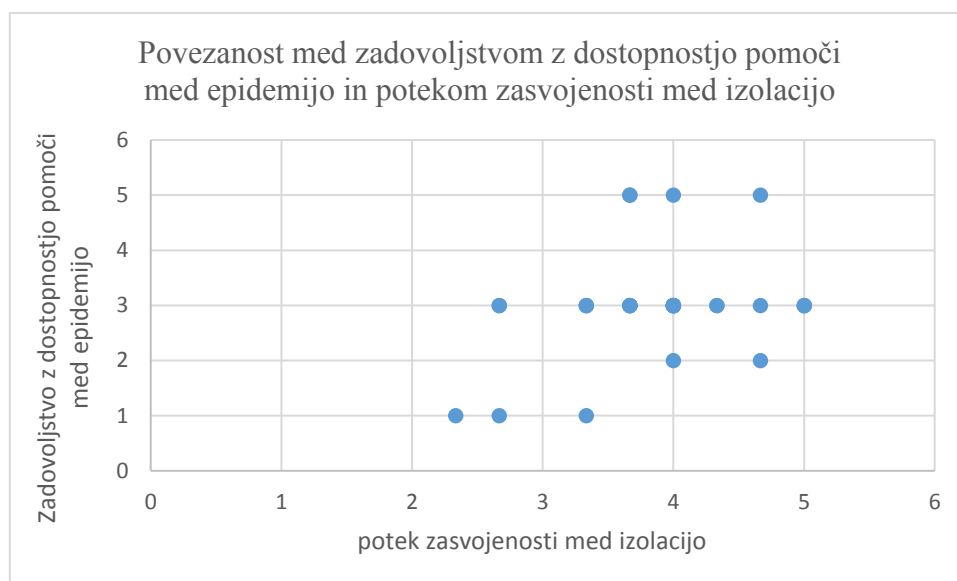


Graf 4.8.: Pearsonov koeficient korelacije za H2

H3: Tistim, ki so bolj zadovoljni z dostopnostjo pomoči med epidemijo, se je stanje med epidemijo izboljšalo.

Pri prvem sklopu vprašanj sem za vsakega posameznika seštela indikatorje v indekse in izračunala povprečje teh indeksov. Nato sem s povprečji indeksov sklopa zadovoljstvo z dostopnostjo pomoči med epidemijo in ocenami vprašanja o poteku zasvojenosti (izboljšanje/poslabšanje) med izolacijo izračunala Pearsonov koeficient korelacije.

Vrednost koeficienta korelacije je 0,419889, kar pomeni srednjo/zmerno povezanost med spremenljivkama, zato tretjo hipotezo potrdim.



Graf 4.9.: Pearsonov koeficient korelacije za H3

H4: 70 % uporabnikov je nezadovoljnih ali zelo nezadovoljnih s preventivnimi ukrepi.

Uporabnikov, ki so bili nezadovoljni s preventivnimi ukrepi, je bilo 23 %, tistih, ki so bili zelo nezadovoljni, pa 7 %. Skupno je bilo torej 30 % uporabnikov nezadovoljnih ali zelo nezadovoljnih s preventivnimi ukrepi. Četrto hipotezo zato ovržem.

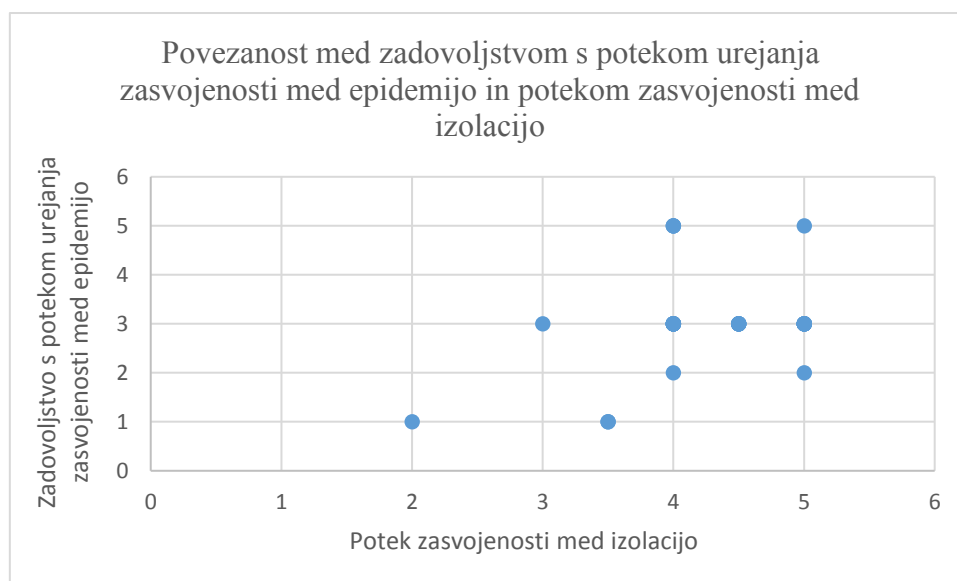
H5: Pri 20 % uporabnikov, ki so abstinirali več kot eno leto, se je zaradi izolacije pojavil relapse.

Uporabnikov, ki so abstinirali več kot eno leto in se je pri njih zaradi izolacije pojavil relapse, je bilo le 1 %, zato peto hipotezo ovržem.

H6: Tistim, ki so bolj zadovoljni s potekom urejanja zasvojenosti med epidemijo, se je stanje med epidemijo izboljšalo.

Pri prvem sklopu vprašanj sem za vsakega posameznika seštel indikatorje v indekse in izračunala povprečje teh indeksov. Nato sem s povprečji indeksov sklopa zadovoljstvo s potekom urejanja zasvojenosti med epidemijo in ocenami pri vprašanju o poteku zasvojenosti (izboljšanje/poslabšanje) med izolacijo izračunala Pearsonov koeficient korelacije.

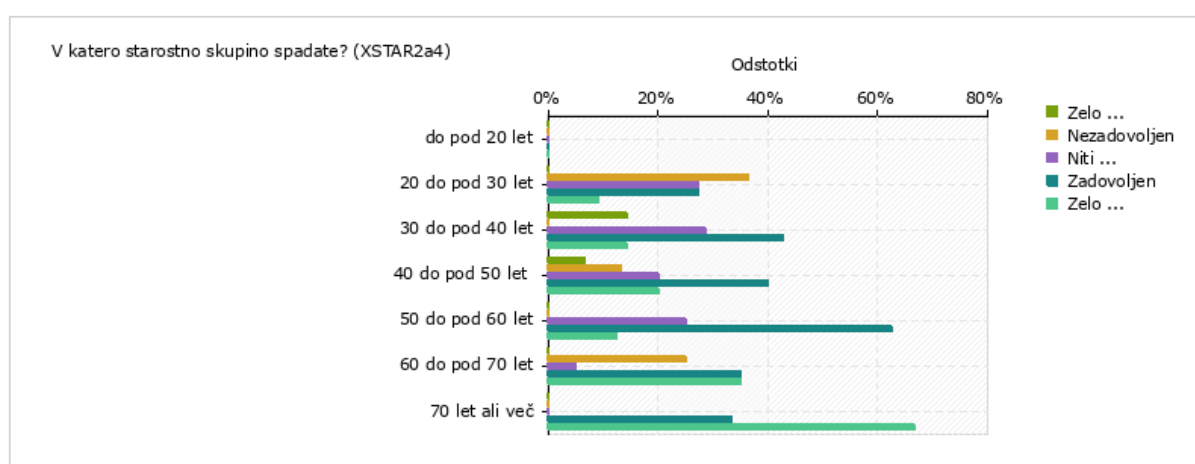
Vrednost koeficienta korelacije je 0,351017, kar pomeni nizko/šibko povezanost med spremenljivkama. Čeprav je povezanost med sklopoma šibka, šesto hipotezo potrdim.



Graf 4.10.: Pearsonov koeficient korelacije za H6

H7: Starejši od 60 let so bili manj zadovoljni s kakovostjo on-line srečanj kot mlajši.

V starostni skupini od 60 do pod 70 let je bilo le pet oseb, ki so bile nezadovoljne s kakovostjo on-line srečanj, to je 25 % tistih, ki so spadali v to starostno skupino. V starostni skupini nad 70 let ni bilo nikogar, ki bi bil nezadovoljen ali zelo nezadovoljen s kakovostjo on-line srečanj. Med anketiranci, starejšimi od 60 let, je bil skoraj največji odstotek tistih, ki so bili s kakovostjo on-line srečanj zadovoljni ali zelo zadovoljni, zato sedmo hipotezo ovržem.

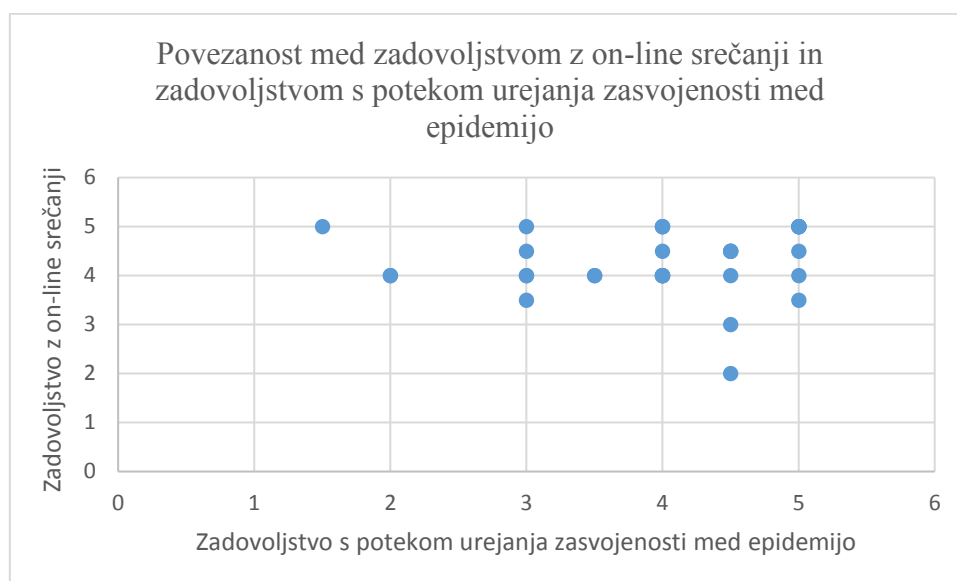


Graf 4.11.: Zadovoljstvo s kakovostjo on-line srečanj po starosti

H8: Tisti, ki so bolj zadovoljni z on-line srečanji, so tudi bolj zadovoljni s potekom urejanja zasvojenosti med epidemijo.

Pri obeh sklopih vprašanj sem za vsakega posameznika seštela indikatorje v indekse in izračunala povprečje teh indeksov. Nato sem s povprečji indeksov sklopov zadovoljstvo z on-line srečanji in zadovoljstvo s potekom urejanja zasvojenosti med epidemijo izračunala Pearsonov koeficient korelacije.

Vrednost koeficienta korelacije je 0,52597, kar pomeni srednjo/zmerno povezanost med spremenljivkama, zato osmo hipotezo potrdim.



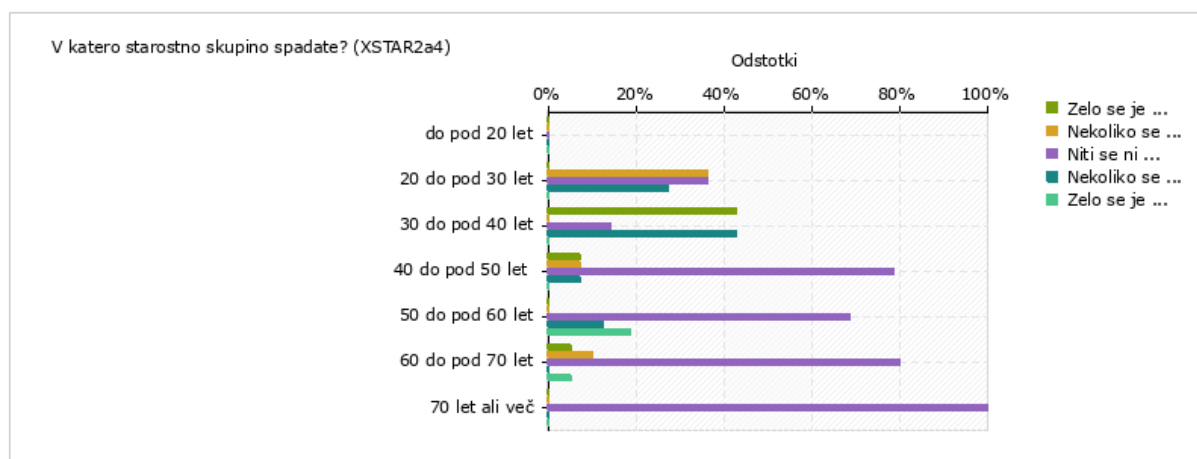
Graf 4.12.: Pearsonov koeficient korelacije za H8

H9: 70 % uporabnikov je nezadovoljnih ali zelo nezadovoljnih s kakovostjo on-line srečanj.

Uporabnikov, ki so bili nezadovoljni s kakovostjo on-line srečanj, je bilo 15 %, zelo nezadovoljnih pa 3 %, skupno 18 %, zato deveto hipotezo ovržem.

H10: Pri starejših od 60 let se je stanje zaradi epidemije poslabšalo.

V starostni skupini od 60 do pod 70 let se je 10 % uporabnikov stanje med epidemijo nekoliko poslabšalo, 5 % pa zelo poslabšalo (skupaj 15 %). V starostni skupini nad 70 let ni bilo nikogar, ki bi se mu stanje med epidemijo nekoliko ali zelo poslabšalo, zato tudi to hipotezo ovržem.



Graf 4.13.: Stanje zasvojenosti med epidemijo po starosti

5. RAZPRAVA

V moji raziskavi je sodelovalo 73 uporabnikov, od tega je bilo 53 moških (73 %) in 20 žensk (27 %). Največ anketirancev je spadalo v starostno skupino od 60 do pod 70 let, najmanj pa v starostno skupino nad 70 let.

Po prebiranju člankov na temo zasvojenosti z alkoholom in vpliva epidemije (Abstinent, 2021; Gabrovec, 2021; Zavratnik, 2020; Žarek upanja, 2020) sem pričakovala, da bodo uporabniki društev s potekom urejanja zasvojenosti pretežno nezadovoljni, vendar so rezultati pokazali prav nasprotno, in sicer so uporabniki vse sklope vprašanj precej dobro ocenili.

Najbolje ocenjen element v sklopu zadovoljstvo z dostopnostjo pomoči med epidemijo je element zadovoljstva z odzivnostjo društev, ocenjen s povprečno vrednostjo 4,1, sledi mu element zadovoljstva z dostopnostjo prostih mest v društvih, ocenjen s povprečno vrednostjo 3,8, najnižje ocenjen pa je element zadovoljstva s preventivnimi ukrepi in opozorili glede nevarnosti alkohola med epidemijo, ocenjen s povprečno vrednostjo 3,2. Vsi elementi so ocenjeni s povprečno vrednostjo nad 3, kar pomeni, da anketiranci z dostopnostjo pomoči med epidemijo v povprečju niso bili nezadovoljni ali zelo nezadovoljni, kar je v nasprotju z mojimi prvotnimi pričakovanji. Pokazalo se je, da so bila društva dobro organizirana in so v večji meri zagotovila dostop do pomoči vsem svojim uporabnikom, bila so odzivna in imela na voljo dovolj prostih mest. Najslabše ocenjen je element zadovoljstva s preventivnimi ukrepi in opozorili glede nevarnosti alkohola med epidemijo, torej bi na tem področju lahko naredili nekaj več, morda v proces ozaveščanja vključili tudi uporabnike.

V sklopu zadovoljstvo s potekom urejanja zasvojenosti med epidemijo je bil element zadovoljstva z dostopnostjo vodje/terapevta ocenjen s povprečno vrednostjo 4,1 in element zadovoljstva z dostopnostjo ostalih uporabnikov (v smislu podpore) s povprečno vrednostjo 3,9. Oba elementa sta bila torej ocenjena z zelo dobro povprečno vrednostjo, kar pomeni, da so se v društvih zelo dobro organizirali in bili na voljo svojim uporabnikom, tako da so jim omogočili zadovoljiv dostop do podpore tako terapevtov kot ostalih uporabnikov.

Tudi v sklopu zadovoljstvo z on-line srečanji sta bila oba elementa dobro ocenjena, element zadovoljstva s številom srečanj s povprečno vrednostjo 3,8 in element zadovoljstva s kakovostjo on-line srečanj z vrednostjo 3,7. To pomeni, da so bila srečanja dovolj pogosta in hkrati tudi dovolj kakovostna.

Pri več kot polovici anketirancev (65 %) se stanje njihove zasvojenosti med epidemijo ni spremenilo, torej se ni niti poslabšalo niti izboljšalo. Pri 13 % anketirancev se je stanje nekoliko

izboljšalo in pri 6 % se je stanje zelo izboljšalo. Pri 10 % anketirancev se je stanje nekoliko poslabšalo in pri 7 % se je stanje zelo poslabšalo (skupaj 17 %). Če upoštevam ocene zadovoljstva pri vseh ostalih sklopih vprašanj, lahko predvidevam, da se 83 % anketirancev stanje ni poslabšalo oziroma se je nekaterim celo izboljšalo, prav zaradi dobre organiziranosti in pripravljenosti društev, da so uporabniki prejeli podporo, ko so jo potrebovali, predvsem v tem težkem obdobju. Mogoče je seveda, da je na rezultate vplival tudi osip in so v raziskavi sodelovali pretežno tisti uporabniki, ki so bili zadovoljni, ne pa tudi tisti, ki so morda v tem času imeli več težav in bi na vprašanja odgovarjali drugače.

Večina anketirancev (79 %) navaja, da so pred epidemijo abstinirali več kot eno leto in se pri njih med izolacijo ni pojavil recidiv, za kar menim, da je zelo dober rezultat in, kot sem že omenila, odraža dobro podporo mentorjev v društvih.

Več kot polovico svojih hipotez sem v raziskavi ovrgla, saj so bili rezultati v nasprotju z mojimi pričakovanji. Potrdila sem hipotezo, da so tisti, ki so bolj zadovoljni z dostopnostjo pomoči med epidemijo, tudi bolj zadovoljni s potekom urejanja zasvojenosti med epidemijo, saj sta spremenljivki zmerno povezani. Potrdila sem tudi hipotezo, da so tisti, ki so bolj zadovoljni z dostopnostjo pomoči med epidemijo, tudi bolj zadovoljni z on-line srečanji, čeprav je bila povezanost med tema spremenljivkama dokaj šibka.

Ker je bila povezanost med spremenljivkama zmerna, sem potrdila tudi hipotezo, da se je tistim, ki so bolj zadovoljni z dostopnostjo pomoči, stanje med epidemijo izboljšalo, kar pomeni, da je dovolj prostih mest v društvih ter dostopnost mentorjev in ostalih uporabnikov v smislu podpore vplivalo na to, da se večini uporabnikov stanje ni poslabšalo.

Prva hipoteza, ki sem jo ovrgla, je bila hipoteza, da je 70 % uporabnikov nezadovoljnih ali zelo nezadovoljnih s preventivnimi ukrepi. Uporabnikov, ki so bili nezadovoljni s preventivnimi ukrepi, je bilo 23 %, tistih, ki so bili zelo nezadovoljni, pa 7 %. Skupno je bilo torej 30 % uporabnikov nezadovoljnih ali zelo nezadovoljnih s preventivnimi ukrepi, kar je približno tretjina vseh anketirancev, zato bodo na tem področju društva morala uvesti še kakšno spremembo, ki bo bolj pozitivno vplivala na obstoječe in potencialne nove uporabnike.

Zaradi sprememb, ki so bile med epidemijo uvedene na vseh področjih našega življenja, med njimi tudi na področju urejanja zasvojenosti, kjer so se vsa srečanja v živo ukinila, sem predvidevala, da se je vsaj pri 20 % uporabnikov, ki so abstinirali več kot eno leto, zaradi izolacije pojavil relapse, vendar sem to hipotezo ovrgla, saj je bilo takšnih uporabnikov le 1 %.

Menim, da je to eden najpomembnejših indikatorjev uspešne organizacije vseh društev in njihovih mentorjev.

Potrdila sem hipotezo, da se je tistim, ki so bolj zadovoljni s potekom urejanja zasvojenosti med epidemijo, stanje med epidemijo izboljšalo, čeprav je bila povezanost med spremenljivkama šibka.

Pred raziskavo sem predvidevala, da bodo starejši od 60 let manj zadovoljni s kakovostjo on-line srečanj kot mlajši, predvsem zaradi tega, ker mlajši v povprečju več delajo z računalniki in so pri tem bolj suvereni. Menila sem tudi, da bi bilo slabše zadovoljstvo starejših lahko povezano s slabšim dostopom do interneta, vendar so rezultati pokazali, da je bilo v skupini anketirancev, starejših od 60 let, skoraj največ tistih, ki so bili s kakovostjo on-line srečanj zadovoljni ali zelo zadovoljni, zato sem to hipotezo ovrgla. Če to povežem tudi s predlogi, ki so jih anketiranci podali, vidim, da so društva veliko delovala tudi prek telefonskih pogovorov, zato so tisti, ki niso najbolj računalniško pismeni ali niso imeli internetne povezave, lahko dobili podporo tudi na drug način. Ne glede na to menim, da bi morali v prihodnje, če bi se situacija epidemije ponovila, zagotoviti internetni dostop vsem uporabnikom, saj je pri urejanju zasvojenosti pomembno tudi skupinsko delo.

Ker sta bili spremenljivki zmerno povezani, sem potrdila tudi hipotezo, da so tisti, ki so bolj zadovoljni z on-line srečanji, tudi bolj zadovoljni s potekom urejanja zasvojenosti med epidemijo.

Zaradi pomembnosti delovanja skupin v društvih v živo sem predvidevala, da bo vsaj 70 % uporabnikov nezadovoljnih ali zelo nezadovoljnih s kakovostjo on-line srečanj. Izkazalo pa se je, da je bilo uporabnikov, ki so bili nezadovoljni s kakovostjo on-line srečanj, le 15 %, zelo nezadovoljnih pa 3 % (skupaj 18 %), zato sem to hipotezo ovrgla. Iz tega sklepam, da so bila srečanja zelo kakovostno in dovolj pogosto organizirana in so uporabniki dobili primerljivo podporo s tisto, ki bi jo dobili v živo, oziroma je bila le-ta zadovoljiva. Ne glede na to pa je bilo v anketi tudi nekaj predlogov, da se srečanja začnejo ponovno organizirati v živo ob predhodnem testiranju in v večjih prostorih ter manjših skupinah po tri ali štiri.

Predvidevala sem, da se je pri vsaj 50 % starejših od 60 let stanje zaradi epidemije poslabšalo, ker sem predvidevala tudi, da bodo manj zadovoljni z on-line srečanji in dostopnostjo pomoči, zato ne bodo dobili dovolj podpore. Izkazalo pa se je, da je bilo v starostni skupini od 60 do pod 70 let 10 % uporabnikov, ki se jim je stanje med epidemijo nekoliko poslabšalo, 5 % pa zelo poslabšalo (skupaj 15 %), medtem ko v starostni skupini nad 70 let ni bilo nikogar, ki bi

se mu stanje med epidemijo nekoliko ali zelo poslabšalo, zato sem tudi to hipotezo ovrgla. Iz tega razberem, da so uporabniki vseh starostnih skupin dobili zadovoljivo podporo, ne glede na to, ali je bilo to z on-line srečanji ali telefonskimi pogovori in prek ostalih družbenih omrežij.

Kot sem že omenila, sem za namen raziskovanja uporabila spletno anketo, ki so jo uporabniki društev prostovoljno izpolnili. Zaradi tega je mogoče, da je na moje rezultate, ki so bili precej dobri, vplival tudi osip in so v raziskavi sodelovali pretežno tisti uporabniki, ki so bili zadovoljni, ne pa tudi tisti, ki so morda v tem času imeli več težav in bi na ta vprašanja odgovarjali drugače.

6. SKLEPI

- Uporabniki so bili v povprečju zadovoljni z dostopnostjo pomoči, s potekom urejanja zasvojenosti in z on-line srečanji med epidemijo.
- Več kot polovici uporabnikov se stanje ni spremenilo, torej se ni niti poslabšalo niti izboljšalo.
- Pri večini anketirancev, ki so abstinirali več kot eno leto, se med epidemijo ni pojavil relapse oziroma recidiv.
- Tisti, ki so bolj zadovoljni z dostopnostjo pomoči med epidemijo, so tudi bolj zadovoljni s potekom urejanja zasvojenosti med epidemijo.
- Tisti, ki so bolj zadovoljni z dostopnostjo pomoči med epidemijo, so tudi bolj zadovoljni z on-line srečanji.
- Tistim, ki so bolj zadovoljni z dostopnostjo pomoči med epidemijo, se je stanje med epidemijo izboljšalo.
- Tretjina uporabnikov (30 %) je bila s preventivnimi ukrepi nezadovoljna oziroma zelo nezadovoljna.
- Uporabnikov, ki so abstinirali več kot eno leto in se je pri njih zaradi izolacije pojavil relapse, je bilo le 1 %.
- Tistim, ki so bolj zadovoljni s potekom urejanja zasvojenosti med epidemijo, se je stanje med epidemijo izboljšalo.
- Med anketiranci, starejšimi od 60 let, je bilo skoraj največ tistih, ki so bili s kakovostjo on-line srečanj zadovoljni ali zelo zadovoljni.
- Tisti, ki so bolj zadovoljni z on-line srečanji, so tudi bolj zadovoljni s potekom urejanja zasvojenosti med epidemijo.
- Uporabnikov, ki so bili nezadovoljni ali zelo nezadovoljni s kakovostjo on-line srečanj, je bilo le 18 %.
- V starostni skupini od 60 do pod 70 let se je 10 % uporabnikov stanje med epidemijo nekoliko poslabšalo, 5 % pa zelo poslabšalo (skupaj 15 %). V starostni skupini nad 70 let ni bilo nikogar, ki bi se mu stanje med epidemijo nekoliko ali zelo poslabšalo.

7. PREDLOGI

Zadovoljstvo uporabnikov, sodelujočih v moji raziskavi, s preventivnimi ukrepi in opozorili glede nevarnosti alkohola med epidemijo je bilo dokaj nizko, zato predlagam, da se v ozaveščanje o preventivnih ukrepih in opozorilih vključi tudi uporabnike. Ti so strokovnjaki iz svojih izkušenj in najboljše vedo, kaj jim trenutno pomaga oziroma bi jim pomagalo v dani situaciji, če še ne bi bili vključeni v urejanje zasvojenosti, s tem pa bi tudi kakovostneje opozarjali potencialne bodoče uporabnike.

V predlogih anketirancev sem opazila, da so društva veliko delovala tudi prek telefonskih pogovorov, zato da so lahko tisti, ki niso najbolj računalniško pisмени ali niso imeli internetne povezave, dobili podporo tudi na drug način. Ne glede na to menim, da bi morali v prihodnje, če bi se situacija epidemije ponovila, zagotoviti internetni dostop vsem uporabnikom, saj je pri urejanju pomembno tudi skupinsko delo.

Pomembno se mi zdi poudariti tudi velik pomen urejanja zasvojenosti v živo. Tu bi se navezala na nekaj predlogov, ki so jih podali uporabniki sami, in jih povezala s svojim predlogom, da se ob ponovitvi situacije epidemije covida-19 uvede srečanja v živo ob predhodnem testiranju v večjih prostorih in manjših skupinah s tremi do štirimi uporabniki v kombinaciji z on-line srečanji. Torej, da se uporabniki tedensko menjavajo tako, da je vsak teden v živo prisotna polovica skupine, druga polovica pa srečanje spremlja on-line in tako tudi sodeluje.

Zaradi dobrih rezultatov moje raziskave, ki so pokazali veliko mero zadovoljstva z urejanjem zasvojenosti z alkoholom med epidemijo covida-19, predlagam, da se v času, ko ukrepi še veljajo, nadaljuje takšno izvajanje podpore, kot se je do sedaj, saj se je pokazalo za primerno in zadovoljivo.

Moj zadnji predlog je povezan z delovanjem centrov za socialno delo. Predlagam umestitev novega področja dela z zasvojenimi z alkoholom in njihovimi družinami, na tem področju pa tudi obvezno izobraževanje strokovnih delavcev, izboljšanje izvajanja socialnovarstvenih storitev.

8. SEZNAM UPORABLJENE LITERATURE

- AA Društvo. (2013). *Kaj je AA?*. Pridobljeno 22.4.2021 s <http://www.aa-slovenia.si/kaj-so-anonimni-alkoholiki/>
- Abstinent. (2021). *Vpliv pandemije na življenjski slog in slabo počutje – Ne ostajajte sami s svojo stisko*. Pridobljeno 23.4.2021 s <https://abstinent.si/vpliv-pandemije-na-zivljenjski-slog-in-slabo-pocutje-ne-ostajajte-sami-s-svojo-stisko/>
- Abstinent. (b.d.). *O društvu*. Pridobljeno 22.4.2021 s <https://abstinent.si/o-drustvu/>
- Auer, V. (2002). *Pretrmast, da bi pil*. Ljutomer: samozaložba.
- Anderson, P. (b.d.) *Alcohol and the workplace*. Pridobljeno 22.5.2021 s http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/191367/8-Alcohol-and-the-workplace.pdf
- DrogArt. (b.d.a) *Alkohol te lahko potegne še globlje*. Pridobljeno 23.4.2021 s <https://www.izberisam.org/predstavljeno/alkohol-te-lahko-potegne-se-globlje-2/>
- DrogArt. (b.d.b). *O programu*. Pridobljeno 22.4.2021 s <https://www.izberisam.org/o-programu/>
- Gabrovec, A. (2021). *Po koncu epidemije covida-19 nas čaka epidemija alkoholizma*. Pridobljeno 22.4.2021 s <https://www.slovenec.org/2021/04/24/po-koncu-epidemije-covida-19-nas-caka-epidemija-alkoholizma/>
- Glaser, E., & Glaser Kraševac, M. (1995). Alkohol z učinkom, škodljivim za uporabnike, iz medicinskega, socialno medicinskega in sociološkega vidika. V I., Rogl (ur.), *Odvisnost - družbeni problem včeraj, danes, jutri: Zbornik razprav* (str. 124-141). Maribor: Obzorja
- GOV.SI. (2020). *Alkohol*. Pridobljeno 22.5.2021 s <https://www.gov.si teme/alkohol/>
- GOV.SI. (2021). Pridobljeno 23. 4. 2021 s <https://www.gov.si teme/koronavirus-sars-cov-2/>
- Ivanuša, P. (2000). *Alkoholizem v občini Ormož in načrtovanje novih odgovorov na probleme, ki so vezani na zasvojenost od alkohola* (Diplomsko delo). Fakulteta za socialno delo, Ljubljana

- Kerstin Petrič, V. (2013). *Zakaj Slovenija potrebuje celovito alkoholno politiko?* V Zavod 112 (ur.). *Ekonomski in socialni vidiki zasvojenosti z alkoholom*. Pridobljeno 22.5.2021 s <https://brezalkohola.si/wp-content/uploads/2013/12/Brosura-Ekonomski-in-socialni-vidiki-alkoholom-2013.pdf>
- Keršmanc, M., Čebašek Travnik, Z. & Trdič, J. (2000). *Pivsko vedenje odraslih prebivalcev Slovenije leta 1999: rezultati raziskave*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja
- Kladnik, T. (2004). Urejanje alkoholizma v okviru centra za socialno delo. *Socialno delo*, 43(5-6), 323-325. Pridobljeno 3.5.2020 s https://www.revija-socialnodelo.si/mma/Urejanje_URN_NBN_SI_DOC-EELJLHEV.pdf/2019020610503333/
- Kvaternik, I., Grebenc, V. & Rihter, L. (2008). *Droge med politiko in vsakdanjim življenjem*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo
- Lepoša Žalec, B. (2013). *Prepoznava in obravnava problematike prekomernega pitja alkohola na centru za socialno delo*. V Zavod 112 (ur.). *Ekonomski in socialni vidiki zasvojenosti z alkoholom*. Pridobljeno 22.5.2021 s <https://brezalkohola.si/wp-content/uploads/2013/12/Brosura-Ekonomski-in-socialni-vidiki-alkoholom-2013.pdf>
- Mesec, B. (2009). Metodologija raziskovanja v socialnem delu 1: Načrtovanje raziskave z osnovami informatike (študijsko gradivo za interno uporabo). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Može, A. (2002). *Odvsnost od alkohola: razvoj in zdravljenje*. Maribor: Založba Bogataj.
- NIJZ. (2016). *Z manj tveganim pitjem alkohola bi lahko ohranili vsaj dve življenji na dan*. Pridobljeno 27.5.2021 s <https://www.nijz.si/sl/z-manj-tveganim-pitjem-alkohola-bi-lahko-ohranili-vsaj-dve-zivljenji-na-dan>
- NIJZ. (2019). *3 determinante zdravja – dejavniki tveganja*. Pridobljeno 26.5.2021 s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/publikacije/letopisi/2019/3.4_alkohol_2019.pdf
- NIJZ. (2020). *Uporaba drog v času pandemijo COVID – 19*. Pridobljeno 23.4.2021 s <https://www.nijz.si/sl/podatki/uporaba-drog-v-casu-pandemije-covid-19>

- Ogrin, U. (1995). Ženske in alkoholizem. *Socialno delo*. 34(5) Pridobljeno 20.4.2021 s https://www.revija-socialnodelo.si/mma/enske_URN_NBN_SI_DOC-5QY3ID8H.pdf/2019061010534131/?fbclid=IwAR0RKZoeKS1Zp-mf36r_huZ2T0wsPUPP69nCa6s6YzMFm5M05ZLU_spP7C0
- Ogris, J. (2008). *Dejavniki socialne prisile in alkoholizem pri posamezniku*. (Diplomsko delo). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo
- Perko, A. (2013). *Pijan od življenja – premagati alkohol in spet zaživeti*. Ljubljana: Mladinska knjiga
- Petek, L. (2018). *Dejavniki podpore pri postavitvi in vzdrževanju abstinence članov društva Lipa*. (Diplomsko delo). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo
- Psihiatrična bolnišnica Idrija. (b.d.). *Odvisnost od alkohola*. Pridobljeno 20.4.2021 s <https://www.pb-idrija.si/zdravljenje-in-pomoc/katere-bolezni-zdravimo/odvisnost-od-alkohola>
- Ramovš, J. (1981). *Alkoholno omamljen 1.: Ječa alkoholizma v družini in pot iz nje*. Celje: Mohorjeva družba.
- Ramovš, J. (1983). *Boj za življenje družine*. Celje: Mohorjeva družba
- Ramovš, J. (1999). *Slovar socialno alkoholološkega izrazja*. Ljubljana: Inštitut Andreja Trstenjaka
- Ramovš, J. (2002). Samoorganizacija socialnega dela na področju zasvojenosti : ob desetletnici socialnega foruma za zasvojenosti in ogame. *Socialno delo*. 41 (3-4). Pridobljeno 24.4.2021 s <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-RX00K801/2bec0ba8-73d4-40b5-9ebf-d9a315671c43/PDF>
- Rugelj, J. (1981). *Alkoholizem in združeno delo*. Ljubljana: Center za samoupravno normativno dejavnost
- Rus Makovec, M. (2014). *Zgodbe upanja: primeri celostnega zdravljenja odvisnosti*. Ljubljana: eBesede
- SOPA. (2021). *Alkohol dodatno pogloblja krizo epidemije COVID-19*. Pridobljeno 26.5.2021 s <https://www.sopa.si/alkohol-dodatno-pogloblja-krizo-epidemije-covid-19/>

- Statistik, (b.d.). *Kaj je pearsonov koeficient?* Pridobljeno 22.4.2021 s <https://www.statistik.si/pearsonov-koeficient/>
- Štucin, K. (2017). *Nisem odvisen od alkohola.* Pridobljeno 25.4.2021 s <https://www.abczdravja.si/psihologija/nisem-odvisen-od-alkohola/>
- Zavod Samarijan. (b.d.). *Program.* Pridobljeno 22.4.2021 s <https://www.zavodsamarijan.si/vrtnica/program/>
- Zavrtanik, M. (2020). *Tihe žrtve epidemije: "V skrbi za zdravje pozabljamo, da je tudi alkoholizem bolezen"* Ljubljana - MMC RTV SLO 24.11. Pridobljeno 2.2.2021 s <https://www.rtvsl.si/zdravje/novi-koronavirus/tihe-zrtve-epidemije-v-skrbi-za-zdravje-pozabljamo-da-je-tudi-alkoholizem-bolezen/542700>
- Ziherl, S. (1989). *Kako se upremo alkoholu.* Ljubljana: Mladinska knjiga
- Zveza KZA. (b.d.). *Namen zveze.* Pridobljeno 22.4.2021 s <https://www.zveza-kza-slovenije.si/o-zvezi/o-zvezi/>
- Žarek upanja. (2020). *Izvajanje naših programov v času epidemije covid – 19.* Pridobljeno 23.4.2021 s <https://www.zarekupanja.net/izvajanje-nasih-programov-v-casu-epidemije-covid---19>
- Žarek upanja. (b.d.). *O društvu.* Pridobljeno 22.4.2021 s <https://www.zarekupanja.net/o-nas>
- Židanik, M. (b.d.). *Sindrom odvisnosti od alkohola.* Pridobljeno 22.5.2021 s <http://www2.zd-mb.si/pred/nasveti/sindrom.htm#KAZALOPRILOGE>

9. PRILOGE

a) Vprašalnik

Pozdravljeni, sem Manca Planinšek, študentka zaključnega letnika Fakultete za socialno delo in za svoje diplomsko delo raziskujem urejanje zasvojenosti od alkohola v času epidemije covid - 19. Najlepša hvala, ker si boste vzeli nekaj minut časa in mi tako pomagali v raziskavi.

XSPOL - Spol:

- ☐ Moški
- ☐ Ženski
- ☐ Nebinarni
- ☐ Drugo:

XSTAR2a4 - V katero starostno skupino spadate?

- ☐ do pod 20 let
- ☐ 20 do pod 30 let
- ☐ 30 do pod 40 let
- ☐ 40 do pod 50 let
- ☐ 50 do pod 60 let
- ☐ 60 do pod 70 let
- ☐ 70 let ali več

Q1 - Zadovoljstvo z dostopnostjo pomoči med epidemijo

Zelo nezadovoljen	Nezadovoljen	Niti nezadovoljen niti zadovoljen	Zadovoljen	Zelo zadovoljen
----------------------	--------------	---	------------	--------------------

Kakšno je vaše zadovoljstvo z dostopnostjo prostih mest v društvih?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Kakšno je vaše zadovoljstvo z odzivnostjo društev?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Kakšno je vaše zadovoljstvo s preventivnimi ukrepi, opozorili glede nevarnosti alkohola med epidemijo?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Q2 - Zadovoljstvo s potekom urejanja zasvojenosti med epidemijo

	Zelo nezadovoljen	Nezadovoljen	Niti nezadovoljen niti zadovoljen	Zadovoljen	Zelo zadovoljen
Kakšno je vaše zadovoljstvo z dostopnostjo vodje/terapevta?	☐	☐	☐	☐	☐

Kakšno je vaše zadovoljstvo z dostopnostjo ostalih uporabnikov (v smislu podpore)?	☐	☐	☐	☐	☐
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Q3 - Zadovoljstvo z on - line srečanji

	Zelo nezadovoljen	Nezadovoljen	Niti nezadovoljen niti zadovoljen	Zadovoljen	Zelo zadovoljen
Kakšno je vaše zadovoljstvo s kakovostjo on - line srečanj?	☐	☐	☐	☐	☐
Kakšno je vaše zadovoljstvo s številom srečanj?	☐	☐	☐	☐	☐

Q4 - Spreminjanje težav v povezavi z zasvojenostjo zaradi izolacije

	Zelo se je poslabšalo	Nekoliko se je poslabšalo	Niti se ni poslabšalo niti se ni izboljšalo	Nekoliko se je izboljšalo	Zelo se je izboljšalo
Ali se je pri vas med izolacijo stanje zasvojenosti poslabšalo ali izboljšalo?	☐	☐	☐	☐	☐

Q5 - Ali ste pred epidemijo abstinirali že več kot 1 leto a se je med izolacijo pri vas pojavil "relapse" (ponovitev bolezni)?

- ☐ Pred epidemijo sem abstiniral več kot 1 leto in pri meni se JE med izolacijo pojavil relapse.
- ☐ Pred epidemijo sem abstiniral več kot 1 leto, ampak se pri meni med izolacijo NI pojavil relapse.
- ☐ Pred epidemijo nisem abstiniral več kot 1 leto.

Q6 - 1. Kakšni so vaši predlogi za izboljšanje delovanja društev v času epidemije?

b) Računanje Pearsonovega koeficienta korelacije med spremenljivkami

»Pearsonov koeficient korelacije nam odgovori na dve vprašanji, in sicer: a) ali linearna povezanost med spremenljivkama sploh obstaja in b) Kako močna je linearna povezanost med spremenljivkama.

Kadar preverjamo obstoj linearne povezanosti, govorimo o dveh vrstah povezanosti. Pozitivna povezanost obstaja takrat, kadar so vrednosti prve (x) in druge (y) spremenljivke visoke oz. nizke. Tedaj je koeficient pozitiven in blizu 1. Za določanje moči povezanosti spremenljivk uporabljamo spodnjo lestvico vrednosti koeficienta, in sicer:

0,00 - ni povezanosti

0,01-0,19 - neznatna povezanost

0,20-0,39 - nizka/šibka povezanost

0,40-0,69 - srednja/zmerna povezanost

0,70-0,89 - visoka/močna povezanost

0,90-0,99 - zelo visoka/zelo močna povezanost

1,00 - popolna (funkcijska) povezanost « (Statistik, b.d.)

Vse sem računala s pomočjo programa Excel, v katerem sem uporabila formulo PEARSON za izračun korelacije

Q1a	Q1b	Q1c	
Kakšno je vaše zadovoljstvo z dostopnostjo prostih mest v društvih?	Kakšno je vaše zadovoljstvo z odzivnostjo društev?	Kakšno je vaše zadovoljstvo s preventivnimi ukrepi, opozorili glede nevarnosti alkohola med epidemijo?	povprečje indeksov
3	5	3	3,66666667
5	5	5	5
4	4	4	4
4	5	4	4,33333333
4	4	4	4
4	5	2	3,66666667
4	4	4	4
3	3	4	3,33333333
3	4	4	3,66666667
3	3	2	2,66666667
5	5	4	4,66666667
4	5	2	3,66666667
2	3	1	2
4	3	2	3
1	2	1	1,33333333
3	3	4	3,33333333
4	4	2	3,33333333
1	4	3	2,66666667
3	3	2	2,66666667
4	4	2	3,33333333
5	5	4	4,66666667
4	4	3	3,66666667
5	5	5	5
4	3	3	3,33333333
5	5	3	4,33333333
4	4	3	3,66666667
4	4	2	3,33333333
5	5	3	4,33333333
5	5	2	4
4	4	4	4
4	4	4	4
3	2	1	2
3	3	3	3
3	3	3	3

1	5	4	3,33333333
4	4	2	3,33333333
4	4	4	4
5	5	4	4,66666667
5	5	5	5
5	4	3	4
4	4	3	3,66666667
4	4	2	3,33333333
3	4	4	3,66666667
1	5	2	2,66666667
4	5	3	4
5	5	3	4,33333333
5	5	3	4,33333333
4	4	2	3,33333333
5	5	5	5
3	3	2	2,66666667
3	4	3	3,33333333
4	3	1	2,66666667
3	3	4	3,33333333
4	4	4	4
3	5	3	3,66666667
5	5	4	4,66666667
3	3	1	2,33333333
4	4	4	4
4	4	4	4
5	5	5	5
5	5	4	4,66666667
4	5	2	3,66666667
4	4	3	3,66666667
4	3	4	3,66666667
4	3	4	3,66666667
4	5	3	4
4	4	4	4
4	4	4	4
4	4	4	4
4	4	4	4

Q2a	Q2b	
Kakšno je vaše zadovoljstvo z dostopnostjo vodje/terapevta?	Kakšno je vaše zadovoljstvo z dostopnostjo ostalih uporabnikov (v smislu podpore)?	Povprečje indeksov
4	2	3
5	5	5
4	4	4
5	5	5
5	4	4,5
5	4	4,5
4	4	4
4	3	3,5
4	4	4
4	4	4
5	5	5
4	3	3,5
2	2	2
3	3	3
3	3	3
3	3	3
2	3	2,5
5	4	4,5
1	1	1
4	3	3,5
4	5	4,5
4	4	4
5	5	5
5	5	5
4	4	4
4	4	4
4	4	4
5	5	5
3	3	3
5	5	5
4	2	3
2	2	2

3	3	3
3	3	3
3	3	3
5	4	4,5
4	4	4
5	5	5
5	4	4,5
5	5	5
5	5	5
5	4	4,5
4	4	4
4	4	4
5	5	5
5	5	5
5	5	5
4	4	4
4	5	4,5
4	4	4
4	4	4
3	1	2
4	3	3,5
4	4	4
5	5	5
5	5	5
4	3	3,5
5	4	4,5
5	5	5
5	5	5
4	4	4
3	3	3
4	5	4,5
4	4	4
4	4	4
5	4	4,5
4	4	4
4	4	4
4	4	4
5	5	5

Q3a	Q3b	
Kakšno je vaše zadovoljstvo s kakovostjo on - line srečanj?	Kakšno je vaše zadovoljstvo s številom srečanj?	povprečje indeksov
1	2	1,5
5	5	5
4	4	4
4	3	3,5
4	4	4
4	4	4
4	4	4
4	4	4
4	5	4,5
4	4	4
5	5	5
3	4	3,5
2	2	2
3	2	2,5
1	4	2,5
2	3	2,5
2	3	2,5
3	3	3
2	2	2
2	4	3
4	4	4
4	4	4
4	5	4,5
5	5	5
4	4	4
4	4	4
3	4	3,5
5	5	5
4	5	4,5
4	5	4,5
2	4	3
2	2	2
4	4	4
3	3	3
3	3	3
5	2	3,5

2	2	2
4	4	4
3	3	3
5	5	5
5	5	5
5	5	5
5	5	5
4	4	4
4	4	4
4	4	4
2	1	1,5
2	2	2
4	5	4,5
3	4	3,5
4	4	4
5	4	4,5
3	3	3
3	3	3
5	5	5
5	5	5
5	5	5
4	5	4,5
5	5	5
3	3	3
5	4	4,5
5	4	4,5
4	4	4
3	3	3
3	4	3,5
4	5	4,5
4	4	4
4	4	4
4	4	4
4	4	4
4	4	4

Q4a
Ali se je pri vas med izolacijo stanje zasvojenosti poslabšalo

ali izboljšalo?
3
3
3
3
3
3
3
3
4
4
3
4
1
2
1
3
2
1
3
2
3
4
3
4
4
4
3
4
3
4
3
3
2
2
3
3
2
2
3
3

3
3
3
3
3
3
3
3
3
3
3
1
1
3
3
5
1
3
3
3
3
3
3
3
5
5
3
3
3
5
3

zadovoljstvo z dostopno stjo pomoči med epidemijo	Zadovoljstvo s potekom urejanja	zadovoljstvo z dostopno stjo pomoči med epidemijo	Zadovoljstvo z online srečanji	Zadovoljstvo z online srečanji	Zadovoljstvo s potekom urejanja	Zadovoljstvo s potekom urejanja	Spreminjanje stanja	zadovoljstvo z dostopno stjo pomoči med epidemijo
3,666667	3	3,666667	1,5	1,5	3	3	3	3,666667
5	5	5	5	5	5	5	3	5
4	4	4	4	4	4	4	3	4
4,333333	5	4,333333	3,5	3,5	5	5	3	4,333333
4	4,5	4	4	4	4,5	4,5	3	4
3,666667	4,5	3,666667	4	4	4,5	4,5	3	3,666667
4	4	4	4	4	4	4	3	4

3,333333	3,5	3,333333	4	4	3,5	3,5	3	3,333333
3,666667	4	3,666667	4,5	4,5	4	4	4	3,666667
2,666667	4	2,666667	4	4	4	4	4	2,666667
4,666667	5	4,666667	5	5	5	5	3	4,666667
3,666667	3,5	3,666667	3,5	3,5	3,5	3,5	4	3,666667
2	2	2	2	2	2	2	1	2
3	3	3	2,5	2,5	3	3	2	3
1,333333	3	1,333333	2,5	2,5	3	3	1	1,333333
3,333333	3	3,333333	2,5	2,5	3	3	3	3,333333
3,333333	2,5	3,333333	2,5	2,5	2,5	2,5	2	3,333333
2,666667	4,5	2,666667	3	3	4,5	4,5	1	2,666667
2,666667	1	2,666667	2	2	1	1	3	2,666667
3,333333	3,5	3,333333	3	3	3,5	3,5	2	3,333333
4,666667	4,5	4,666667	4	4	4,5	4,5	3	4,666667
3,666667	4	3,666667	4	4	4	4	4	3,666667
5	5	5	4,5	4,5	5	5	3	5
3,333333	5	3,333333	5	5	5	5	4	3,333333
4,333333	4	4,333333	4	4	4	4	4	4,333333
3,666667	4	3,666667	4	4	4	4	4	3,666667
3,333333	4	3,333333	3,5	3,5	4	4	3	3,333333
4,333333	5	4,333333	5	5	5	5	4	4,333333
4	3	4	4,5	4,5	3	3	3	4
4	5	4	4,5	4,5	5	5	4	4
4	3	4	3	3	3	3	3	4
2	2	2	2	2	2	2	3	2
3	3	3	4	4	3	3	2	3
3	3	3	3	3	3	3	2	3
3,333333	3	3,333333	3	3	3	3	3	3,333333
3,333333	4,5	3,333333	3,5	3,5	4,5	4,5	3	3,333333
4	4	4	2	2	4	4	2	4
4,666667	5	4,666667	4	4	5	5	2	4,666667
5	4,5	5	3	3	4,5	4,5	3	5
4	5	4	5	5	5	5	3	4
3,666667	5	3,666667	5	5	5	5	3	3,666667
3,333333	4,5	3,333333	5	5	4,5	4,5	3	3,333333
3,666667	4	3,666667	5	5	4	4	3	3,666667
2,666667	4	2,666667	4	4	4	4	3	2,666667
4	5	4	4	4	5	5	3	4
4,333333	5	4,333333	4	4	5	5	3	4,333333
4,333333	5	4,333333	1,5	1,5	5	5	3	4,333333
3,333333	4	3,333333	2	2	4	4	3	3,333333
5	4,5	5	4,5	4,5	4,5	4,5	3	5
2,666667	4	2,666667	3,5	3,5	4	4	3	2,666667
3,333333	4	3,333333	4	4	4	4	3	3,333333
2,666667	2	2,666667	4,5	4,5	2	2	1	2,666667

3,333333	3,5	3,333333	3	3	3,5	3,5	1	3,333333
4	4	4	3	3	4	4	3	4
3,666667	5	3,666667	5	5	5	5	3	3,666667
4,666667	5	4,666667	5	5	5	5	5	4,666667
2,333333	3,5	2,333333	5	5	3,5	3,5	1	2,333333
4	4,5	4	4,5	4,5	4,5	4,5	3	4
4	5	4	5	5	5	5	3	4
5	5	5	3	3	5	5	3	5
4,666667	4	4,666667	4,5	4,5	4	4	3	4,666667
3,666667	3	3,666667	4,5	4,5	3	3	3	3,666667
3,666667	4,5	3,666667	4	4	4,5	4,5	3	3,666667
3,666667	4	3,666667	3	3	4	4	5	3,666667
3,666667	4	3,666667	3,5	3,5	4	4	5	3,666667
4	4,5	4	4,5	4,5	4,5	4,5	3	4
4	4	4	4	4	4	4	3	4
4	4	4	4	4	4	4	3	4
4	4	4	4	4	4	4	5	4
4	5	4	4	4	5	5	3	4
0,646293		0,348295		0,52597		0,351017 07		0,419888 95

Kvalitativna analiza predlogov

1. PRIPISOVANJE POJMOV

- /več dela ena na ena/(1) - VEČ INDIVIDUALNEGA DELA
- /nimam ideje. naši člani nimajo možnosti on-line in koristimo telefon/(2) - KORIŠČENJE TELEFONA
- (delovanje preko skupine ,kot pocnemo mi,je zame najuspesno,ker preko skupine sem se jaz resil brez zdravljenja pred 6 letim odvisnosti od alkohola in nikotina .prejsna leta mi to ni uspelo samemu.sedaj pa z lahkoto apstiniram in veckrat vodim skupino aa vojniki. lp vojc upam ,da sem vam malo pomagal/ (3) - USPEŠNO UREJANJE ZASVOJENOSTI V SKUPINI
- /redna obvezna srečanja/ (4) - REDNA SREČANJA
- /več sodelovanja z ustanovami kjer so srečanja aa.razen z nijz in župnišči ni stikov./ (5) - VEČ SODELOVANJA Z OSTALIMI USTANOVAMI
- /nimam predlogov./ (6) - NI PREDLOGOV
- /nimam predlogov./ (7) - NI PREDLOGOV
- /nimam predlogov./ (8) - NI PREDLOGOV
- /nimam predlogov./ (9) - NI PREDLOGOV
- /dostopnost starejših do internetnih povezav - možnost pomoči/ (10) - VPOZSTAVITEV INTERNETNE POVEZAVE STAREJŠIM
- /srečanje ob neg. testih/ (11) - SREČANJE V ŽIVO OB PREDHODNEM TESTIRANJU
- /čim več spodbudnih besed na vseh področjih od telefona do socialnih omrežji./ (12) - PODPORA PREKO TELEFONSKIH POGOVOROV IN OSTALIH SOCIALNIH OMREŽJI

- /v bistvu je vse v redu in nimam predlogov/ (13) - NI PREDLOGOV
- /za večjo oglaševanje/ (14) - VEČ OGLAŠEVANJA
- /več individualnega dela, če ne gre drugače tudi on-line/ (15) - VEČ INDIVIDUALNEGA DELA
- /boljše sodelovanje po internetu/ (16) - BOLJŠE ON-LINE SODELOVANJE
- /zoom kontakti skupine/ (17) - ZOOM
- /imeti dovolj velike- ustrezne prostore za neposredna srečanja manjših skupin (3 ali 4) in pogovor, lahko tudi vsakdanje teme./ (18) - SREČANJE V ŽIVO V DOVOLJ VELIKIH PROSTORIH, MANJŠIH SKUPINAH
- /tako kot je bilo je bilo vredno / (19) - NI PREDLOGOV
- /da vztrajajo vsi naprej in ne podležejo strahom lažem/ (20) - SPODBUJANJE
- /več dela preko telefona/ (21) - VEČ TELEFONSKIH POGOVOROV
- /redno srečevanje (vsaj) po e-pošti/ (22) - REDNA SREČANJA
- /redno srečevanje po e-pošti/ (23) - REDNA SREČANJA
- /nimam/ (24) - NI PREDLOGOV
- /nimam/ (25) - NI PREDLOGOV
- /da ukinejo vlado in njihove odloke/ (26) - UKINITEV VLADE
- /ne vem/ (27) - NI PREDLOGOV
- /nimam predlogov/ (28) - NI PREDLOGOV
- /nimam predlogov/ (29) - NI PREDLOGOV
- /nimam predlogov/ (30) - NI PREDLOGOV
- /bolj osebni pristopi k reševanju problemov/ (31) - BOLJ OSEBNI PRISTOP
- /zum/ (32) - zoom
- /kot je je ok/ (33) - NI PREDLOGOV
- /manjše skupine/ (34) - MANJŠE SKUPINE
- /nimam predloga/ (35) - NI PREDLOGOV
- /več telefonskih pogovorov in več on line srečanj, vključno s terapevtom/ (36) - VEČ TELEFONSKIH POGOVOROV

2. ODPRTO KODIRANJE

št. Stavka	stavek	pojem	kategorija	tema
1	več dela ena na ena	več individualnega dela	individualno delo	Kakšni so vaši predlogi za izboljšanje delovanja društev v času epidemije?
2	nimam ideje. naši člani nimajo možnosti on-line in koristimo telefon	koriščenje telefona	telefonski pogovori	Kakšni so vaši predlogi za izboljšanje delovanja društev v času epidemije?

3	delovanje preko skupine ,kot pocnemo mi,je zame najuspesno,ker preko skupine sem se jaz resil brez zdravljenja pred 6 letim odvisnosti od alkohola in nikotina .prejsna leta mi to ni uspelo samemu.sedaj pa z lahkoto apstiniram in veckrat vodim skupino aa vojniki. lp voje upam ,da sem vam malo pomagal	uspesno urejanje zasvojenosti v skupini	skupinsko delo	Kakšni so vaši predlogi za izboljšanje delovanja društev v času epidemije?
4	redna obvezna srečanja	redna srečanja	redna srečanja	Kakšni so vaši predlogi za izboljšanje delovanja društev v času epidemije?
5	več sodelovanja z ustanovami kjer so srečanja aa.razen z nizz in župnišči ni stikov.	več sodelovanja z ostalimi ustanovami	več sodelovanja z ostalimi ustanovami	Kakšni so vaši predlogi za izboljšanje delovanja društev v času epidemije?
6	nimam predlogov.	ni predlogov	ni predlogov	Kakšni so vaši predlogi za izboljšanje delovanja društev v času epidemije?
7	nimam predlogov.	ni predlogov	ni predlogov	Kakšni so vaši predlogi za izboljšanje delovanja društev v času epidemije?
8	nimam predlogov.	ni predlogov	ni predlogov	Kakšni so vaši predlogi za izboljšanje delovanja društev v času epidemije?
9	nimam predlogov.	ni predlogov	ni predlogov	Kakšni so vaši predlogi za izboljšanje delovanja društev v času epidemije?
10	dostopnost starejših do internetnih povezav - možnost pomoči	vpozstavitev internetne povezave starejšim	internetna povezava	Kakšni so vaši predlogi za izboljšanje delovanja društev v času epidemije?
11	srečanje ob neg. testih	Srečanje v živo ob predhodnem testiranju	Srečanje v živo	Kakšni so vaši predlogi za izboljšanje delovanja društev v času epidemije?
12	čim več spodbudnih besed na vseh področjih od telefona do socialnih omrežji.	podpora preko telefonskih pogovorov in ostalih socialnih omrežji	telefonski pogovori	Kakšni so vaši predlogi za izboljšanje delovanja društev v času epidemije?
13	v bistvu je vse v redu in nimam predlogov	ni predlogov	ni predlogov	Kakšni so vaši predlogi za izboljšanje delovanja društev v času epidemije?
14	za večjo oglaševanje	več oglaševanja	več oglaševanja	Kakšni so vaši predlogi za izboljšanje delovanja društev v času epidemije?

15	več individualnega dela, če ne gre drugače tudi on-line	več individualnega dela	individualno delo	Kakšni so vaši predlogi za izboljšanje delovanja društev v času epidemije?
16	boljše sodelovanje po internetu	boljše on-line sodelovanje	on-line delo	Kakšni so vaši predlogi za izboljšanje delovanja društev v času epidemije?
17	zoom kontakti skupine	zoom	on-line delo	Kakšni so vaši predlogi za izboljšanje delovanja društev v času epidemije?
18	imeti dovolj velike- ustrezne prostore za neposredna srečanja manjših skupin (3 ali 4) in pogovor, lahko tudi vsakdanje teme.	Srečanje v živo v dovolj velikih prostorih, manjših skupinah	srečanja v živo	Kakšni so vaši predlogi za izboljšanje delovanja društev v času epidemije?
19	tako kot je bilo je bilo vredno	ni predlogov	ni predlogov	Kakšni so vaši predlogi za izboljšanje delovanja društev v času epidemije?
20	da vztrajajo vsi naprej in ne podležejo strahom lažem	spodbujanje	spodbujanje	Kakšni so vaši predlogi za izboljšanje delovanja društev v času epidemije?
21	več dela preko telefona	več telefonskih pogovorov	telefonski pogovori	Kakšni so vaši predlogi za izboljšanje delovanja društev v času epidemije?
22	redno srečevanje (vsaj) po e-pošti	redna srečanja	redna srečanja	Kakšni so vaši predlogi za izboljšanje delovanja društev v času epidemije?
23	redno srečevanje po e-pošti	redna srečanja	redna srečanja	Kakšni so vaši predlogi za izboljšanje delovanja društev v času epidemije?
24	nimam	ni predlogov	ni predlogov	Kakšni so vaši predlogi za izboljšanje delovanja društev v času epidemije?
25	nimam	ni predlogov	ni predlogov	Kakšni so vaši predlogi za izboljšanje delovanja društev v času epidemije?
26	da ukinejo vlado in njihove odloke	ukinitev vlade	ukinitev vlade	Kakšni so vaši predlogi za izboljšanje delovanja društev v času epidemije?
27	ne vem	ni predlogov	ni predlogov	Kakšni so vaši predlogi za izboljšanje delovanja društev v času epidemije?
28	nimam predlogov	ni predlogov	ni predlogov	Kakšni so vaši predlogi za izboljšanje delovanja društev v času epidemije?

29	nimam predlogov	ni predlogov	ni predlogov	Kakšni so vaši predlogi za izboljšanje delovanja društev v času epidemije?
30	nimam predlogov	ni predlogov	ni predlogov	Kakšni so vaši predlogi za izboljšanje delovanja društev v času epidemije?
31	bolj osebni pristopi k reševanju problemov	bolj osebni pristop	osebni pristop	Kakšni so vaši predlogi za izboljšanje delovanja društev v času epidemije?
32	zum	zoom	on-line delo	Kakšni so vaši predlogi za izboljšanje delovanja društev v času epidemije?
33	kot je je ok	ni predlogov	ni predlogov	Kakšni so vaši predlogi za izboljšanje delovanja društev v času epidemije?
34	manjše skupine	manjše skupine	manjše skupine	Kakšni so vaši predlogi za izboljšanje delovanja društev v času epidemije?
35	nimam predloga	ni predlogov	ni predlogov	Kakšni so vaši predlogi za izboljšanje delovanja društev v času epidemije?
36	več telefonskih pogovorov in več on line srečanj, vključno s terapevtom	več telefonskih pogovorov	telefonski pogovori	Kakšni so vaši predlogi za izboljšanje delovanja društev v času epidemije?

3. OSNO KODIRANJE

- individualno delo
 - več individualnega dela (1)
 - več individualnega dela (15)
- telefonski pogovori
 - koriščenje telefona (2)
 - podpora preko telefonskih pogovorov in ostalih socialnih omrežji (12)
 - več telefonskih pogovorov (21)(36)
- skupinsko delo
 - uspešno urejanje zasvojenosti v skupini (3)
- redna srečanja
 - redna srečanja (4)(22)(23)
- več sodelovanja z ostalimi ustanovami
 - več sodelovanja z ostalimi ustanovami (5)
- ni predlogov
 - ni predlogov (13)(19)(24)(25)(27)(28)(29)(30)(33)(35)
- internetna povezava
 - vzpostavitev internetne povezave starejšim (10)
- Srečanje v živo
 - Srečanje v živo ob predhodnem testiranju (11)
 - Srečanje v živo v dovolj velikih prostorih, manjših skupinah (18)

- več oglaševanja
 - več oglaševanja (14)
- on-line delo
 - boljše on-line sodelovanje (16)
 - zoom (17)(32)
- spodbujanje
 - spodbujanje (20)
- ukinitve vlade
 - ukinitve vlade (26)
- osebni pristop
 - bolj osebni pristop (31)
- manjše skupine
 - manjše skupine (34)