

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

## **Význam svépomocných skupin v prevenci relapsu**

bakalářská práce

Autor práce: Pavlína Drábková

Studijní program: Rehabilitace

Studijní obor: Prevence a rehabilitace sociální patologie

Vedoucí práce: doc. PhDr. Helena Zášková, CSc.

Datum odevzdání práce: 2. 5. 2013

# Abstrakt

## Význam svépomocných skupin v prevenci relapsu

Svépomocné skupiny představují součást celosvětového hnutí, zahrnující osoby, které mají problémy s návykovými látkami a chtějí je překonat. Bakalářská práce se zabývá svépomocnou skupinou Anonymních alkoholiků, a to v souvislosti s doléčováním závislosti po absolvované léčbě. Cílem práce je zjistit, jak svépomocná skupina zformovaná kvůli lidem závislých na návykových látkách může pomoci zabránit relapsu. Členové svépomocné skupiny Anonymních alkoholiků mají možnost využívat program 12 kroků. Tento program je souhrn řady duchovních zásad, a pokud se dodržuje jako způsob života, může pomoci zbavit se posedlosti pití. Snažila jsem se proto ve své práci zjistit, jak působí model 12 kroků, užívaných členy svépomocné skupiny při dodržování abstinence od drogy.

V teoretické části se pro ucelený obraz nejprve definuji závislost, model závislosti, léčbu závislosti a doléčovací programy v České republice. Tato témata mají pomoci pochopit a nastínit možnosti závislé osoby, která se snaží o abstinenci. Nato navazuji popisem relapsu závislosti, možnostmi prevence a poukazuji na rizikové situace, při kterých může dojít k porušení abstinence. V následné kapitole se již věnuji svépomocným skupinám, jejich historii, rozdělení, modelu 12 kroků a tradic, které svépomocné skupiny využívají. Internet je v dnešní době nezastupitelným zdrojem informací, proto popisuji internetové svépomocné skupiny, jejich výhody i nevýhody, i když v České republice žádné internetové stránky Anonymních alkoholiků nejsou k dispozici.

Pro praktickou část své bakalářské práce jsem použila kvantitativní výzkum, metodu dotazování, techniku dotazníku. Dotazník byl dobrovolný a anonymní, který mi vyplnilo 30 respondentů. Z výsledku vyplynulo, že svépomocná skupina poskytuje vzájemnou emocionální podporu, sdílení zkušeností, navázání nových úzkých kvalitních vztahů a učení řešení problémů. Členové svépomocné skupiny považují Anonymní alkoholiky jako vhodný doléčovací program, navštěvují setkání pravidelně,

na schůzky přicházejí s pozitivními emocemi a o svých problémech se naučili hovořit. V návštěvě svépomocné skupiny je podporuje rodina – partner/ka, děti, sourozenci, přátelé a kamarádi. Na členy svépomocné skupiny se jednotlivý členové mohou ve svém životě spolehnout a obracejí se na ně při problémech například při dodržování abstinence.

Dále jsem ve své práci zjišťovala, zda členové svépomocné skupiny znají a využívají program 12 kroků a zda jim tento model pomáhá v abstinenci. Z provedeného výzkumu vyplynulo, že více jak polovina abstinujících členů svépomocné skupiny se programem řídí. Bohužel však taktéž více jak polovina abstinujících i přes využívání model 12 kroků ve svém životě porušila abstinenci. Důvodem porušení abstinence byly nepříjemné psychické situace, finanční, partnerské nebo rodinné problémy a problémy v zaměstnání. Z této práce taktéž vyšlo najevo, jak důležitou roli v abstinenci hrají sociální vztahy. Podpora rodiny a dalších významných osob v životě závislé osoby.

Svépomocné skupiny v České republice nemají dlouhou tradici. Fungují jako vhodný doléčovací program. Mezi mé doporučení patří rozšířit svépomocné skupiny do více měst, aby jejich dosažitelnost byla optimální pro všechny závislé osoby. Pokud by byla založena i internetová svépomocná skupina v České republice, určitě by našla uplatnění i využití. Dále je vhodné zaměřit se více na doléčovací programy po absolvování léčby. Důležité je, co nejvíce informovat sociální okolí závislé osoby o komplikacích při abstinenci, jak vhodně tyto situace řešit. Poskytnout laickému okolí více informací o svépomocných skupinách a na jakých principech fungují. Smazat všechny mýty o jejich sezení. Po získaných výsledcích z bakalářské práce bych doporučila závislým osobám navštěvovat svépomocnou skupinu a další odbornou terapii. Kladla bych největší váhu na manželskou terapii.

# **Abstract**

## **The Importance of Self-Help Groups in Relapse Prevention**

Self-help groups are part of a global movement involving people who have problems with drugs and want to overcome them. This thesis deals with a self-help group Alcoholics Anonymous, in the context of after-treatment addiction after treatment. The aim is to determine how self-help group formed for people addicted to drugs may help prevent relapse. Members of self-help groups of Alcoholics Anonymous are free to use program 12 steps. This program is a collection of sacred principles, and if it observes a way of life, it can help get rid of the obsession with drinking. I tried because of his work to see how it works model 12 steps used members of self-help groups, in compliance with abstinence from drugs.

The theoretical part of a comprehensive picture first defines addiction model addiction, addiction treatment and aftercare programs in the Czech Republic. These topics are designed to help understand and forecast a dependent who is trying to abstinence. Then followed by a description of relapse addiction, prevention and points out the risk situation, which may lead to violation of abstinence. In subsequent chapters deal with self-help groups, their history, distribution, the 12 steps and traditions that make use of self-help groups. Internet is nowadays an indispensable source of information, therefore describes the Internet self-help groups, their advantages and disadvantages, although in the Czech Republic no website Alcoholics Anonymous available.

For the practical part of my thesis I used quantitative research method of interviewing, questionnaire technique. The questionnaire was voluntary and anonymous, which I completed 30 respondents. The results showed that the mutual self-help group provides emotional support, share experiences, make new close relationships and quality learning solutions to problems. Members of self-help groups such as Alcoholics Anonymous considered appropriate after-care program, attend meetings regularly, coming to the meetings with positive emotions and their problems have

learned to speak. In visiting the self-help group supports family - partner / wife, children, siblings, friends and comrades. The members of the self-help group members may rely on in your life and turn to them for problems such as the observance of abstinence.

Furthermore, in this work I examined whether members of self-help groups know and use the 12 steps and that this model helps them in abstinence. The conducted research showed that more than half of abstinent members of self-help groups with program control. Unfortunately, however, also more than half of the abstinence model in spite of using 12 steps in his life failed abstinence. The reason for violation of abstinence were uncomfortable psychological situation, financial, partner or family problems and problems at work. This work also revealed the important role played by social relations abstinence. Family support and other important people in their lives dependents.

Self-help groups in the Czech Republic have a long tradition. They act as a suitable aftercare program. Among my recommendation is to expand self-help groups to more cities to their availability was optimal for all dependents. If it was an internet based self-help group in the Czech Republic, he would have found its use and application. It is appropriate to focus more on aftercare programs after completion of treatment. Importantly, the most informed social environment dependents of complications during abstinence, how to properly deal with these situations. Provide lay around more information about self-help groups and on what principles work. Delete all the myths about their sessions. After the results obtained from the thesis I would recommend dependents attending self-help groups and other professional therapy. I would put the greatest weight on marital therapy.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne (datum)

.....

Pavλίna Drábková

## **Poděkování**

Mé poděkování patří vedoucímu práce, pí. doc. PhDr. Heleně Záškové, CSc. za ochotu a trpělivost při vedení práce. Děkuji členům svépomocných skupin, kteří byli ochotni vyplnit dotazník. Poděkování patří i rodině a přátelům za podporu.

## **OBSAH**

ÚVOD .....	10
1 SOUČASNÝ STAV .....	11
1.1 Závislost na návykových látkách .....	11
1.1.1 Model bio-psycho-existenciální/spirituální model závislosti .....	13
1.2 Léčba závislosti .....	14
1.3 Doléčování .....	16
1.4 Recidiva, relaps užívání návykových látek .....	17
1.4.1 Prevence relapsu .....	18
1.4.2 Vysoce rizikové situace relapsu .....	19
1.5 Historie svépomocných skupin .....	19
1.5.1 Svépomocné skupiny v České republice .....	20
1.5.2 Model 12 kroků .....	23
1.5.3 12 tradic AA .....	24
1.5.4 Internetové svépomocné skupiny .....	25
2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY .....	27
2.1 Cíl práce .....	27
2.2 Dílčí cíle práce .....	27
2.3 Hypotézy výzkumu .....	27
3 METODIKA .....	28
3.1 Použité metody sběru dat .....	28



3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	28
4 VÝSLEDKY .....	29
5 DISKUSE.....	50
6 ZÁVĚR .....	55
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....	57
8 KLÍČOVÁ SLOVA .....	60
9 PŘÍLOHY .....	61

## ÚVOD

Svépomocné skupiny představují součást celosvětového hnutí zahrnující osoby, které mají problémy s alkoholem nebo jinými návykovými látkami. Jejich pomoc je nabízena mimo formální péči osobám, které se snaží abstinovat nebo redukovat rizika spojená s užíváním návykových látek.

Nejznámější svépomocnou skupinu v České republice jsou Anonymní alkoholici, na které jsem se ve své bakalářské práci zaměřila. Cílem mé práce je zjistit, zda svépomocná skupina Anonymních alkoholiků může dočasně nebo dlouhodobě tvořit součást nedostatečné sítě sociálních vztahů závislých na alkoholu. Důležité pro tuto práci bylo zjistit, jakou sociální síť mají členové svépomocné skupiny, kolik lidí je podporuje v abstinenci a jaké osoby to jsou. Dále se chci zabývat subjektivním významem svépomocné skupiny v prevenci relapsu. Některé svépomocné skupiny využívají modelu 12 kroků. Ve svém výzkumu jsem se snažila zjistit, zda členové tento model znají, využívají a jak důležitý je pro jejich život v abstinenci.

Praktický přínos mé práce spočívá v rozšíření informací jak v laické, tak i odborné veřejnosti o svépomocných skupinách především v oblasti sociálních vztahů závislé osoby na alkoholu. Chci se zaměřit na vztahy, které vznikají mezi jednotlivými členy svépomocné skupiny nebo zda svépomocná skupina může nahradit blízké sociální vztahy.

Toto téma práce jsem si vybrala, protože mne zaujal předmět svépomocné skupiny, který jsem absolvovala během studia na Jihočeské univerzitě. Na svépomocných skupinách mě zaujal princip, na jakém fungují. Jednotlivé členy skupiny spojuje podobný životní příběh. Při setkání se mohou řešit různá téma, která jsou všem členům dobře známa. Členové zde získávají nejen nové informace, jak zvládat abstinenci, ale dostává se jim zde opory a pocitu sounáležitosti. Mohou zde získat nové přátele a kamarády a tím jsou vytrženy z izolace a samoty.

# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 Závislost na návykových látkách

*Syndrom závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost, než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více [19].*

Kalina uvádí, že hlavní charakteristikou syndromu závislosti je touha brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák. Diagnóza závislosti může být stanovena tehdy, jestliže během posledního roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku,
- b) problematická kontrola užívání látky, pokud se jedná o začátek, ukončení nebo množství látky,
- c) tělesný odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky typickou pro užívanou psychoaktivní látku nebo příbuznou látku se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky,
- d) průkaz tolerance, což znamená vyžadování vyšších dávek psychoaktivních látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami,
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení a zájmů, které má za následek užívání psychoaktivní látky a zvýšení množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku,
- f) pokračování v užívání přes zřejmý důkaz škodlivých následků [12].

Závislost je pro mozek důležitým přirozeným mechanismem, aby člověk žil opravdový jedinečný život v interakci s okolním světem a hodnotově se v něm i v sobě vyznal [23].

**Neurobiologický model závislosti** popisuje působení biologického agens (drogy) na biologický substrát (mozek) [14]. Droga je téměř vždy látkou psychotropně účinnou. Má tedy účinky na centrální nervovou soustavu. Po aplikaci vyvolává výraznou změnu vnímání anebo bdění. Psychoaktivní látky dobře a rychle pronikají hematoencefalickou

bariérou, vážou se většinou na specifické receptory nebo skupinu více různých receptorů podle příslušných chemických struktur drog. Specifické receptory v těle a vazebné látky (mediátory, neuromediátory) zprostředkovávají přenos neuronálního impulsu mezi neurony. Přenosy informací se odehrávají na tzv. synapsích mezi neurony a jsou součástí vnitřních regulačních systémů [12]. Osoba, po aplikaci psychoaktivní látky, se cítí volná, sebevědomá a bez zábran. Dostavuje se zlepšení nálady, zmírnění úzkosti, vnímání je pestřejší a bohatší [22]. V počáteční fázi závislosti jsou tyto pocity příjemné a žádané [12].

Kalina [12] uvádí, že opakovaná aplikace drogy má za následek vychýlení přirozené rovnováhy složitých systémů v centrální nervové soustavě. Homeostáza udržuje integritu organismu. Proto se při chronickém podávání drogy rozbíhají pochody, které vedou k znovunastolení ztracené rovnováhy. Postupně se tedy organismus přizpůsobuje cizorodé látce a vzniká nová patologická „homeostáza“. Pro jejíž udržení je nutné opětovné dodání drogy [12]. Mozek se v důsledku užívání drogy stává „rozmazleným“. Aplikuje nový dominantní model chování „teď hned a rychle“ [14]. Nedodání návykové látky má za následek vyvolání abstinčního syndromu, který je nepříjemný a někdy i nebezpečný. Dochází tedy k rozvoji závislosti na droze.

Závislost provází tzv. tolerancí. Pro navození účinku je nutné aplikovat stále vyšší dávku návykové látky, jelikož droga působí proti vytvořeným adaptačním mechanismům. Během odvykání se organismus musí drogy zbavit, odstranit vzniklé mechanismy. Proces může být dlouhodobý a není jisté, zda se může centrální nervová soustava navrátit do stejného „nastavení“, jako před závislostí [12].

Na vzniku drogové závislosti má podíl i tzv. mechanismus „pozitivního posilování“. Droga navozuje účinky, které člověk touží zopakovat. Tento systém zajišťuje potřeby pro přežití, reprodukci a pocity pohody [14]. Na tomto mechanismu se podílí kortikolimbický dopaminergní systém centrální nervové soustavy [12]. Na vzniku závislosti se podílejí i další mechanismy, jedná se o glutamatergní, serotonergní a neuropeptidový systémy zejména enkefalin, substance P, dynorfin, neurotensin, systémy stresové a nově andokanaboidní [14]. Ovlivňují se tedy kognitivní funkce a mění se psychika závislého [12].

Podstatným znakem závislosti je craving [14]. V 10. Mezinárodní klasifikace nemocí se o cravingu hovoří jako o „silné touze nebo pocitu puzení užívat látku“ [12]. Tato „touha“ souvisí s dysbalancí dopaminergního systému, ovšem není doposud známo, do jaké míry ovlivňuje závislost. Bažení se dostavuje jak při nadměrném, tak i nedostatečné dopaminergní stimulaci. Podstatou cravingu může být touha po odměňujících účincích drogy, touha uniknout nepříjemnému psychickému stavu, nebo se jedná o stav s dominujícím obsesivním charakterem [14].

Kalina [12] uvádí, že při cravingu se aktivují určité části mozku konkrétně dorsolaterální nebo nefrontální kortex, limbický systém, amygdala a mozeček. Mezi další objektivní příznaky bažení je oslabení paměti, vyšší salivace u závislých na alkoholu a snížení kožního galvanického odporu. Dochází i k zvýšení tepové frekvence systolického krevního tlaku. Prodlužuje se reakční čas, který má za následek zhoršený postřeh. Abnormální je záznam elektrické aktivity sítnice [12].

Z psychologického hlediska má bažení blízko k emocím a emoce craving často vyvolávají. Mezi nejčastější emoce patří hněv, úzkost, smutek, nuda a radost. Postupy, které se používají ke zvládnutí cravingu jsou vhodné i pro zvládnutí rizikových emocí [10].

Nešpor [20] uvádí následující situace, kdy je bažení nejsilnější: pokud je předmět dostupný, v počáteční abstinenci, negativních duševních stavech, u určitých typů návykových látek (kokain, pervitin).

### ***1.1.1 Model bio-psycho-existenciální/spirituální model závislosti***

Tento model ukazuje na příčiny vzniku závislosti. Nadměrné užívání alkoholu a drog vede k negativním biologickým, psychologickým, sociálním a spirituálním důsledkům.

**Biologická dimenze** ukazuje, že mozek je elektrochemický systém zpracovávající informace. Alkohol a jiné drogy vstupují do chemického prostředí mozku a navozují v něm hluboké změny, které doprovázejí významné pozitivní i negativní změny kognitivních funkcí, afektů a chování [27].

**Psychologická dimenze** navazuje na biologickou. Kvůli změnám v chemismu mozku a v mozkových procesech dochází k trvalému biologickému poškození. Důsledky užívání alkoholu nebo jiné drogy vedou k výrazné sebelítosti, přecitlivělosti, nedostatku sebevědomí, nízké frustrační toleranci a k různým obavám [27]. Nejčastější příčinou začátku užívání drog jsou pocity nudy, zvědavost, pocity méněcennosti, nízké sebevědomí a narušené hranice [14].

V **sociální dimenzi** se závislá osoba potýká s narůstajícími problémy v sociálních vztazích. Na začátku je zasažen okruh blízkých osobních vztahů. Rizikovými faktory jsou vyloučení ze skupiny, rasové odlišnosti, touha identifikovat se silnější skupinou [14]. Vztahy jsou narušovány depresemi, pocity beznaděje a bezmoci, strachem, zlostí, frustrací, zklamanými očekáváním, pocity viny, lítostí a stresem. Takto narušené vztahy vedou k dalšímu užívání drogy. Droga byla příčinou těchto problémů a nyní je užívána pro dosažení úlevy. K tomu se přidávají problémy pracovní, finanční a kriminální. V **dimenzi spirituální** má nadměrné užívání drogy za následek pocit odcizení, izolace, prázdnoty a ztráty smyslu a účelu života [27]. Rizikovými faktory v této oblasti je chybějící smysl života, chybějící duchovní autority, hodnoty a duchovní rituály [14].

## ***1.2 Léčba závislosti***

Léčba závislosti je nutná tehdy, pokud se u postiženého vyvine ze zneužívání psychoaktivní látky závislost a daná osoba není schopná se vlastními silami navrátit k běžnému životu. Léčba nevede k vyléčení chorobného stavu, ale je prvním krokem k životu, kde je nutné dodržovat trvale abstinenci. Podmínkou pro pozitivní výsledek je, aby závislý nastoupil do léčby dobrovolně [11].

**Ambulantní léčba** probíhá v ordinacích AT pro léčbu závislosti a dále v denních stacionářích [13]. Výhodou těchto zařízení je, že se nevyžaduje pracovní neschopnost. [18]. Cílová skupina je široká. Zařízení mohou využívat potřebné osoby bez omezení, jejich rodinní příslušníci a také osoby, kterým byla nařízena soudem protialkoholní nebo protoxikomanická léčba. Do léčebného programu je zahrnuta psychoterapie, farmakoterapie, informace, osvěta, socioterapie a další. Jedinec zde pracuje na změně

životního stylu. Kvalitu péče zlepšuje spolupráce ordinace se svépomocnou organizací (Anonymními alkoholiky, Pavučina, Klub apod.) [11].

Terapeutický tým obsahuje vedoucího lékaře, sekundárního lékaře, klinického psychologa, nejméně dvě zdravotní sestry, jednu sociální pracovníci a dle potřeby administrativního pracovníka [13].

**Stacionární léčba** má střednědobou délku léčby 3-6 měsíců [13]. Závislý je během léčby v kontaktu s domácím prostředím. Dochází do celodenního programu, který mu umožňuje zahájit abstinenci. V léčbě získává jedinec potřebné informace ke změně životního stylu s drogovou abstinencí. Tento způsob léčby je prospěšný, ale doposud vzácný. Předpokladem dobrých výsledků je léčebný program a kvalitní spolupráce pacienta. Velkým pozitivem je zapojení rodiny do spolupráce. Manželská a rodinná terapie v průběhu léčby i doléčování je klíčová [11].

Cílem léčebného programu je působit na různé složky klientovi osobnosti a různé úrovně psychiky s navozením změny v sebepojetí, chování a postojích. Denní péče se zaměřuje na prevenci relapsu, povzbuzuje klienta k odpovědnosti a nezávislosti [13].

**Ústavní léčba** znamená dlouhodobý pobyt na nemocničním lůžku. Nejkratší možná doba léčby je 4-6 týdnů. Tato doba je nutná k detoxifikaci, což je odstranění drogy z těla [11]. Délka ústavní léčby bývá někdy pevně stanovena, jindy se na nich tým a pacient dohodnou individuálně. V návrhu délky léčby je vhodné vzít v potaz stav při přijetí, životní situaci, délku předchozí abstinence a trvání recidivy, duševní i tělesnou kondici, schopnosti využívat možností ambulantního léčení [18]. Střednědobá léčba trvá 3-6 měsíců [13]. Cílovou skupinou jsou dlouhodobí problémoví uživatelé, kteří jsou alespoň částečně motivováni k léčbě a dále i osoby, kterým byla nařízena protialkoholní nebo protitoxikomanická léčba v ústavní formě.

Komplexní léčebný program zahrnuje detoxifikaci, na kterou navazuje psychoterapie včetně rehabilitačních a resocializačních technik a podpůrné farmakoterapie. Farmakoterapie se používá při detoxifikaci, v léčbě duálních diagnóz, somatických komplikací a u chronického stádia závislosti.

Nejčastěji používanou psychoterapií je integrativní a kognitivně-behaviorální s formami racionální, sugestivní, abreaktivní, psychoanalytické, interpersonálně

korektivní a další. Psychoterapie se praktikuje ve formě skupinové, hromadné i individuální [11].

### ***1.3 Doléčování***

Dalším aktivním krokem k udržení zdraví po skončení základní léčby je doléčování. Doléčování může mít formu ústavní a ambulantní léčby, případně i formu stacionáře. Závislost je nemoc, která člověka ohrožuje na životě, proto prostředky vynaložené do léčby zhodnotíme tím, že investujeme i do doléčování [11].

Hlavními složkami programu následné péče je psychoterapie, prevence relapsu, sociální práce, práce, chráněná pracovní nebo rekvalifikace, práce s rodinnými příslušníky a nabídka volnočasových aktivit [13].

V následné psychoterapii se setkáváme s různorodou škálou symptomatologií klientů. Řeší se traumatické zážitky z období užívání drog, které předcházely drogovému problému a nyní v podmínkách normálního života vycházejí na povrch v celém rozsahu. Objevují se nové problémy, které v průběhu léčby nebyly řešeny. V následné péči jde především o stabilizaci abstinence od primární drogy. Jedná se spíše o podpůrnou psychoterapii, která se zaměřuje na stabilizaci klientových emocí [14].

Při následné péči je důležitou složkou prevence relapsu. Cílem je vybavit závislého dovednostmi a vědomostmi, aby se zvýšila jeho sebekontrola a tím docházelo ke snižování pravděpodobnosti relapsu.

Sociální práce s klientem má nezastupitelnou roli. U klientů se řeší různorodá škála sociálně právních problémů, mezi které patří: dluhy u zdravotní pojišťovny, sociální dávky, trestní stíhání, trestní rejstřík. Následná pomoc musí být praktická, protože závislý není schopen na začátku abstinence zvládat a řešit tyto problémy samostatně.

Zaměstnání je ukazatelem integrace do normálního života. Je to jeden z hlavních úkolů pro závislého. Jednou z variant, jak pomoci klientovi opatřit zaměstnání je nabídka chráněné dílny. Mnohdy však postačí závislému opatřit nabídku volných pracovních míst nebo rekvalifikačních kursů [13].

Do následné péče spadá i lékařská oblast, která nesmí být opomíjena. I v lékařské



oblasti je důležité klienta stabilizovat. Mezi nejčastější problémy patří: hepatitida typu B a C, gynekologické a dentální problémy [14].

Rodina a známí se podílejí na abstinenci závislého. Proto je manželská terapie nezbytná pro obnovu vztahu i komunikace. V opačném případě dochází k relapsu a ke zhoršení situace [11].

Důležitou součástí následné péče je naučit se žít bez drog. Naplnit denní program volnočasovými aktivitami, které nebudou klientovi ubírat sil a nestanou se pro něj časem zdrojem stresu. I v této oblasti je důležité klientovi pomoci. Doporučená doba pro trvání následné péče je minimálně 6 měsíců, zpravidla se však protahuje na 1 rok [13].

#### ***1.4 Recidiva, relaps užívání návykových látek***

Kalina [13] popisuje relaps jako nejběžnější výsledek intervencí u závislého chování. Recidiva je definována jako návrat k nemoci, která již byla vyléčena, nebo u ní zmizely příznaky. Jakékoli užití, byť jednorázové je tedy obnovením onemocnění [13].

Pod pojmem relaps, je chápán, návrat k dřívější úrovni aktivity následující po pokusu s tuto aktivitu ukončit nebo redukovat. Selhání vrací závislého na začátek léčby. Relaps znamená devaluaci všeho, čeho doposud dosáhl. U závislého se objevuje moralistický přístup, který porušení abstinence bere jako selhání a zmaření dosavadního úsilí. Nemá žádnou možnost nápravy a také učení se z chybného kroku [13].

Nový termín laps („uklouznutí) definuje jako „jakékoliv samostatné porušení pravidel nebo souboru zásad, které si jedinec sám stanovil, a které se týkají četnosti nebo typu vybraného cílového chování“. Toto pojetí poskytuje prostor pro učení a možnost nápravy [14].

Na laps lze nahlížet jako na křižovatku se dvěma směry. Jedna cesta vede opět k původnímu závislému chování. Druhá směřuje k pozitivním změnám chování. Hlavním cílem prevence je zabránit lapsu aby se stal kompletním relapsem [13].

### ***1.4.1 Prevence relapsu***

Prevence relapsu je kognitivně-behaviorálním přístupem, který je zaměřen na zvyšování kontroly pomocí kombinovaného nácviku dovedností zvládnání, kognitivní restrukturalizace a intervencí zaměřených na stabilizaci životního stylu [13]. Závislý musí být vybaven sociální dovednostmi jako je schopnost čelit sociálnímu tlaku, zdravé sebeprosazení, empatie, komunikace, řešení problémů a předvídání následků svého jednání, schopnost vytvářet zdravou síť sociálních vztahů. Dalšími dovednostmi, kterými osoba musí být vybavena, patří do oblasti sebeovlivnění jako jsou sebmotivace, lepší sebeuvědomování a sebeovládání, schopnost vést přiměřený životní a zdravotní styl, zvládat rizikové duševní stavy jako craving, hněv, úzkost, deprese, a radost [28].

Mezi některé nefarmakologické způsoby zvládnání bažení, které Kalina [14] uvádí, patří vyhýbání se situacím, které bažení vyvolávaly, uvědomění si bažení hned na samém začátku, kdy je slabé. Spojit si minulé nepříjemné zážitky související s alkoholem nebo s drogami. Uvědomit si výhody abstinence. Mluvit o svých pocitech. Využívat relaxační techniky. Změnit prostředí za bezpečnější. Umět vhodně odvést pozornost (jídlo, četba, sprcha). Závislý by měl s rizikovými myšlenkami diskutovat anebo vyvolat opačné myšlenky. Pocity při bažení uvolněně a neosobně pozorovat [14].

Obecně lze říci, že závislá osoba musí ve svém životním stylu identifikovat stresory. Změnit nezdravé vzorce zvyků, tím že obnoví pozitivní aktivity a budou se jim věnovat. Naučí se vhodně a efektivně plánovat svůj čas. Cílem je dospět k umírněnému a vyrovnanému životnímu stylu [14].

Mezi kognitivně-behaviorální postupy patří metoda „Semafor“. Tuto metodu je vhodné použít v situacích, kdy by člověk mohl jednat v rozporu se svými zájmy. V takové situaci by si měl vybavit dopravní semafor a nechat na něm rozsvěcovat barvy. Červená znamená stop. Závislý by měl zastavit a uvažovat. Oranžová barva symbolizuje možnosti, které se v danou chvíli nabízejí. Zde je důležité zvážit krátkodobé i dlouhodobé následky a podle možností vybrat tu nejvýhodnější. Zelená značí, že vybranou možnost nutné uskutečnit a vyhodnotit výsledek. Existuje celá řada dalších jednoduchých technik, které je vhodné při carvingu využít.

Mezi vhodné techniky při léčení závislosti patří i relaxační metody. Vhodné jsou pro závislé, kteří jsou dlouhodobě ve stresu a stres je pro ně velký faktor, který ovlivňuje závislost. Relaxační techniky pomáhají zvládat psychosomatické a jiné problémy. Usnadňují i zvládat počáteční abstinenční období [28].

#### ***1.4.2 Vysoce rizikové situace relapsu***

K porušení abstinence může dojít, pokud se závislý vystaví situacím, které ohrožují sebekontrolu individua. Těchto situací je velká pestrá škála. Výzkumy a klinická praxe ukazují na následující momenty [13]:

1. **Negativní emoční stavy**, které se nalézají je až u 35% všech relapsů. Příčiny porušení abstinence jsou většinou intrapersonální. Mezi nejčastější příčiny patří frustrace, vztek, úzkost, deprese či nuda. Tyto negativní stavy jsou nejčastější skupinou vysoce rizikových situací, které směřují k relapsu.

2. **Interpersonální konflikty** jsou příčinou 16% všech relapsů. Zahrnuje sem negativní konfliktní vztahy s partnery, přáteli a členy rodiny, konfrontace v zaměstnání nebo v jiných sociálních situacích.

3. **Sociální tlak** se vyskytuje u 20% všech relapsů. Může jim být tlak přímý, kdy se abstinující setká přímo s „drogovým známým“, který mu nabídne drogu. Sociální tlak může být přímý, např. setkání s „drogovým známým“, který mu nabídne drogu. Nebo sociální tlak nepřímý, kdy se závislý vyskytuje v blízkosti osob nebo skupiny, které drogy užívají.

Mezi další vysoce rizikové situace spojené s relapsem, lze řadit negativní fyzické stavy (dlouhodobé bolesti), testování kontroly a carving (bažení) [13].

#### ***1.5 Historie svépomocných skupin***

Se vznikem organizace Anonymních alkoholiků se spojuje následující příběh. Švýcarský psychoterapeut C. G. Jung, předpokládal, že jednou z příčin závislosti je nenaplnění duchovních potřeb. Doporučil proto svým neúspěšně léčeným pacientům

účast na takzvaných Oxfordských kroužcích, kde vedli účastníci duchovně orientované diskuse. Tato rada se projevila jako úspěšná [19].

Zkušenost inspirovala Billa Wilsona, který byl považován za „nevléčitelného alkoholika“ a jeho příběh je barvitě popsán základní knize Anonymních alkoholiků (Alcoholics Anonymous) [19].

Obchodník Bill se během cest dostal do těžké krize. V této nelehké situaci ho napadlo zatelefonovat Bobovi Smithovi, který byl rovněž alkoholik a nabídnout mu pomoc. Ke svému překvapení zjistil, že ho touha po alkoholu přešla. Tento příběh se bezprostředně váže ke vzniku organizace Anonymních alkoholiků [19].

Hnutí Anonymních alkoholiků v České republice se začíná rozvíjet koncem 80. letech minulého století. V roce 1988 se v Praze uskutečnili první mezinárodní uzavřené mítinky. První otevřený mítink se uskutečnil v protialkoholní léčebně u Apolináře. Mítink vedli Anonymní alkoholici ze Santa Barbary. Předávali poselství a program Anonymních alkoholiků. Říkali své příběhy a odpovídali na otázky zúčastněných. Dne 14. prosince 1989 byla oficiálně založena česká skupina Anonymních alkoholiků s názvem „Serenity Group“. Od roku 1991 se začali rozvíjet skupiny Anonymních alkoholiků po celé České republice [4] V současné době v České republice funguje zhruba 47 skupin Anonymních alkoholiků ve 34 městech a dvě skupiny Anonymních narkomanů v Brně a Praze. Seznam míst a času schůzek je uveden na internetových stránkách anonymních alkoholiků [1]. Počet klientů bohužel v současné době nejsou zjistitelné [9].

### ***1.5.1 Svépomocné skupiny v České republice***

Svépomocné skupiny tvoří zvláštní druh skupinové práce. Mají silný terapeutický náboj [30]. Svépomocné skupiny jsou typické pro svoji pomoc a podporu lidí v náročných životních situacích. Sdružují klienty, kteří mají stejný problém, ať už se jedná o problém, zdravotní, sociální či subjektivní. Svépomocné skupiny, které jsou zaměřeny na drogovou oblast, pomáhají svým členům mimo formální léčbu a tím redukuje rizika spojená s jejich užíváním [9]. Taková forma pomoci je velmi rozšířena

v západních zemích. Představuje pozitivní sociální fenomén vedoucí k emancipaci člověka [30]. Tato forma pomoci je typická tím, že zde není terapeut nebo jiný řídicí členek léčebného procesu. Členové skupiny řeší své problémy na bázi skupinové psychoterapie. Přítomen je pouze moderátor, koordinátor nebo jiný vedoucí. Jeho úkolem je zajistit místo, čas a pravidelnost setkávání a mimo to se stará i o celou organizaci [24]. K oblibě organizace přispívá fakt, že skupina je anonymní, členové skupiny se zásadně oslovují pouze křestními jmény [21].

Svépomocné skupiny mají stabilní organizační strukturu a bohatě rozvětvenou síť skupin. Každá skupina má přibližně deset členů, kteří pravidelně navštěvují setkání. Účelem je výměna informací, porada, rozmluva. Vítání jsou všichni, kterých se problém týká, příkladem jsou rodinní příslušníci [9].

Hlavními principy svépomocné skupiny jsou oslabení izolace. Setkávání lidí se stejným osudem, kteří jsou ze stejných důvodů izolováni od okolního světa. Jejich stejné problémy je spojují a oslabuje se tím izolace. Lidé se zde cítí „být na jedné lodi“. Při jejich setkávání se vzájemně emocionálně podporují. Svoje problémy zvládají i tím, že „závislý pomáhá zvládat podobné problémy i někomu jinému. Tím, že člověk je vytržen z řešení vlastního problému a orientuje se na problémy druhých, posiluje sám svoje sebevědomí a chuť řešit vlastní problémy. Členové svépomocných skupin se na setkání učí novým strategiím zvládání každodenních problémů. Pomáhají vytvořit síť sociálních vztahů. Členové vytvářejí novou síť přátel, kteří si poskytují pomoc. Například závislý se učí naslouchat druhému. Uvědomuje si, co druhý říká. Vnímá jeho pocity a uvědomuje si, jak na něj projev působí. Členové zjišťují, že zažívají tytéž problémy a pocity, což jim pomáhá změnit osobní krizi. Komunita dává příležitost pro zpověď, katarzi a vzájemnou kritiku, čímž si členové zlepšují sebeobranu. Skupina poskytuje modelové role. Někteří členové jsou již vyléčeni a tím ukazují dalším, že se situace dá zvládnout. Svépomocné skupiny poskytují následnou péči, sociální oporu, poradenství a skupinovou psychoterapii [9].

## **Anonymní alkoholici**

Anonymní alkoholici jsou nejrozšířenějším hnutím svépomoci pro závislé na alkoholu. Lidé se zde dělí o své zkušenosti, sílu a naději. Cílem této skupiny je řešit své problémy a napomáhat i druhým a sobě k uzdravení ze závislosti [9]. Jediným požadavkem pro členství je touha přestat pít.(kontakt) Základní činností je setkávání členů a šíření poselství nevléčeným alkoholikům [5]. Anonymní alkoholici nepodporují žádnou víru, sektu, organizaci a zřízení. Pracují s principem dvanácti kroků a tradic, které v sobě obsahují všechny důležité složky života (fyzické, psychické a sociální) [9].

## **Anonymní narkomani**

Cílem anonymních narkomanů je naučit se žít bez drog. Je pro ženy a muže, pro které se užíváním drog stalo nezvladatelným problémem [9]. Pracují na stejných principech jako Anonymní alkoholici, taktéž využívají modelu 12 kroků [6]. Anonymní narkomani fungují v Brně a Praze [7]

## **Sdružen klus**

První KLUS – Klub Lidí Usilujících o Střízlivost byl založen v 50. letech u Apolináře doc. MuDr. Jaroslavem Skálou, CSc. Posláním sdružení je spojovat lidi závislé na alkoholu, drogách a hracích automatech. Tito lidé si vzájemně pomáhají se svojí nevléčitelnou závislostí.

## **Modrý kříž**

Modrý kříž v České republice o. s., je nevládní nezisková organizace, která pomáhá závislým lidem na alkoholu, návykových látkách a hráčských aktivitách. Pomoc poskytují i jejich rodinám a blízkým osobám. Poradny Modrého kříže najdeme ve městech Český Těšín, Frýdek-Místek, Karviná, Ostrava, Valašské Meziříčí a Vsetín. Činnost této organizace stojí na křesťanském poslání pomoci bližnímu [9].

## **A kluby**

Jde o obecně společnost poskytující pomoc a podporu osobám závislým na alkoholu, lécích a gamblerství. Podporu nabízí i jejich rodinám a blízkým. Cílem společnosti je poskytnout informace, sociální poradenství, terapeutický léčebný program a následnou péči a pomoc s hledáním zaměstnání. Služby jsou bezplatné a nacházejí se v Brně. Organizace je založena na principu respektu vůči klientům. [9].

### **1.5.2 Model 12 kroků**

Model dvanácti kroků je řada zásad duchovní povahy. Pokud se tyto kroky realizují jako nový model života, umožňují člověku potlačit touhu napít se. Závislý se může stát znovu šťastným a žít nový plnohodnotný život [2].

1. Přiznali jsme svoji bezmocnost vůči alkoholu. Naše životy začaly být neovladatelné [2]. První krok má být pro nás zasvěcením do zkušenosti s vlastní upřímností. Tím vychováváme a podporujeme své autentické vnitřní já.[15].
2. Dospěl jsem k víře, že síla větší než naše nás může vrátit duševnímu zdraví. [2]V druhém kroku otevíráme svá srdce a mysl a bádáme, jaké se před námi otevírají možnosti. Síla, která je větší než my, nám vrátí vnitřní klid [15].
3. Rozhodli jsme se předat svoji vůli a svůj život do péče Boha tak, jak ho chápeme [2]. V tomto kroku je nám předkládána možnost rozpoznat jakoukoli formu duchovního vedení a podpory, kterou si přejeme akceptovat [15].
4. Provedli jsme důkladné a nebojácné sebezpytování, inventuru sebe samých [2]. Tento krok nám pomáhá se zamyslet nad tím, proč jsme jedineční. Oslavujeme tím své kladné stránky. Činíme to také proto, abychom se podívali na svá chybná jednání a postoje [15].
5. Přiznal jsem Bohu, sami sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých chyb [2]. V pátém kroku se konfrontujeme s naší zranitelností. Vymaňujeme se ze své izolace a nahrazujeme ji sdílností. Tím se zbavujeme starých návyků [15].
6. Byli jsme zcela svolní s tím, aby Bůh odstranil všechny tyto naše charakterové vady. Tento krok nám připomíná, že naše problémy se vyřeší jen za předpokladu, že se opravdu změnit chceme.

7. Pokorně jsme ho požádali, aby naše nedostatky odstranil [2]. Čtvrtý krok nám připomíná, abychom nepřeceňovali své možnosti. Máme pokorně žádat naši vyšší sílu, aby nám pomohla se zbavit našich záporných vlastností, a tím nám pomohla stát se lepšími [15].
8. Sepsali jsme listinu lidí, kterým jsme ublížili a kterým to chceme nahradit [2]. V osmém kroku se pouštíme do nápravy našich osobních vztahů. Tímto krokem si vybudováváme bránu do lepšího světa, kde fungující vztahy jsou realitou [15].
9. Rozhodli jsme se provádět tyto nápravy ve všech případech, kdy to situace dovolí, s výjimkou těch situací, kdy by takové počínání druhým ublížilo.
10. Pokračovali jsme v provádění morální inventury, a když jsme pochybili, pohotově jsme to přiznali [2]. Tento krok nám připomíná, že uzdravení je životní cestou, nikoli jen událostí, která proběhla a je zapomenuta.[15].
11. Pomocí modlitby a meditace jsme zdokonalovali svůj vědomý styk s Bohem, jak jsme ho chápali, a modlili se pouze za to, aby se nám dostávalo poznání jeho vůle a síly ji uskutečnit.
12. Výsledkem těchto kroků bylo, že jsme se duchovně probudili, snažili jsme se předávat toto poselství ostatním alkoholikům a uplatňovat tyto principy ve všech svých záležitostech [2].

### **1.5.3 12 tradic AA**

Tradice Anonymních alkoholiků se týkají celého společenství. Jsou to prostředky, kterými si společenství udržuje svoji jednotu, rozvíjí se, žije a vychází s okolním světem [3].

1. Společné blaho Anonymních alkoholiků je na prvním místě, uzdravení jednotlivce závisí na jednotnosti společenství.
2. Jedinou autoritou je pro nás milující Bůh, který se projevuje v našem skupinovém svědomí. Naši vedoucí představitelé nám nevládnou, jsou pouze spolehliví služebníci Boha.



3. Jediná nezbytnost pro členství ve skupině je touha přestat pít.
4. Každá skupina je samostatná. Výjimkou jsou případy ovlivňující ostatní skupiny Anonymních alkoholiků nebo společenství jako celek.
5. Hlavním úkolem každé skupiny je předávat poselství alkoholikovi, který stále trpí.
6. Anonymní alkoholici nepodporují finančně žádné zařízení nebo podnik stojí mimo jejich skupinu z důvodu neodvádění pozornosti od účelu skupiny.
7. Skupiny Anonymních alkoholiků by měly být soběstačné a neměly by přijímat finanční příspěvky z vnějšku.
8. Anonymní alkoholici mají být neprofesionální. Ovšem v jejich služebních střediscích mohou pracovat potřební pracovníci.
9. Anonymní alkoholici mohou vytvářet služební rad a komise odpovědné, těm kterým slouží. Avšak Anonymní alkoholici jako takový nemají být organizováni.
10. Anonymní alkoholici se nezapojují do veřejných sporů, protože nemají názory na vnější otázky.
11. Vztahy s okolím světem jsou zakládány na přitažlivosti Programu nikoli na propagaci. Společenství si zachovává svoji anonymitu na úrovni tisku, rozhlasu a filmu.
12. Anonymita je duchovním základem tradic. Připomíná, že je důležité dávat přednost principům než osobám [3].

#### ***1.5.4 Internetové svépomocné skupiny***

Internet je v dnešní době nezastupitelným zdrojem informací. Lze na něm nalézt i internetovou skupinu Anonymních alkoholiků. Jejich stránky informují o základních principech hnutí a léčby. V České republice tato internetová stránka není. Ovšem na slovenských stránkách <http://www.triezvypriestor.net/> skupinu na pomoc alkoholikům nalezneme [16]. Komunikace na internetových stránkách probíhá dvěma způsoby: synchronizovaně a asynchronizovaně. Při synchronizované komunikaci probíhá rozhovor v reálném čase v chatovací místnosti. Asynchronizovaná komunikace se

uskutečňuje ve formě diskusních skupin, které jsou otevřeny jen po nějaký čas. Příkladem může být slovenská verze na stránkách <http://www.triezvypriestor.net/> kdy každý týden se rozebírá jedno téma, zaměřené na tradice či jednotlivé kroky Anonymních alkoholiků nebo nějaký životní příběh. Pokud chce člen skupiny vložit připomínku na jiné téma, příspěvek musí být označen písmeny MT. Komunikace na slovenských stránkách probíhá pomocí e-mailů. Zpráva dojde všem členům skupiny, kteří mají možnost na příspěvek reagovat [29].

Tento způsob komunikace sebou přináší mnohá pozitiva a negativa. Mezi výhody lze uvést: vysoký stupeň anonymity, skrytí sociodemografických charakteristik uživatele, časová i prostorová flexibilita, možnost objevení se ve skupině, až se osoba cítí pohodlně nebo až člen o své přítomnosti chce dát vědět, psaná forma umožňuje větší kontrolu nad projevem, myšlenkami a emocemi, díky psané formě je záznam skupin většinou trvalý a členové se k tématu mohou vracet. Nevýhodami elektronické komunikace jsou: ochuzení projevu o neverbální složku komunikace, chybějící vizuální kontakt, vytvoření internetového členství ve skupině trvá déle než v přímé komunikaci, užívání internetu může zapříčinit vytvoření nové závislosti na internetu, nevýhodou této komunikace může být podpora sociální izolace [16].

## **2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY**

### ***2.1 Cíl práce***

Cílem práce je zjistit, zda svépomocná skupina Anonymních alkoholiků může dočasně nebo dlouhodobě tvořit součást nedostatečné sítě sociálních vztahů závislých na alkoholu.

### ***2.2 Dílčí cíle práce***

C1: popsat subjektivní význam svépomocné skupiny Anonymních alkoholiků v prevenci relapsu, popsat přínos svépomocné skupiny pro její členy.

### ***2.3 Hypotézy výzkumu***

H1: svépomocná skupina Anonymních alkoholiků přináší svým členům pocit sounáležitosti a sociální opory.

H2: členové svépomocné skupiny Anonymních alkoholiků, kteří dodržují program 12 kroků, nemají relapsy.

### **3 METODIKA**

#### ***3.1 Použité metody sběru dat***

Ke sběru dat pro svoji bakalářskou práci jsem použila kvantitativní výzkum, metodu dotazování, techniku dotazníku. Dotazník (příloha 9.1) byl dobrovolný a anonymní, a protože v místě sběru těchto dat se nachází pouze jedna svépomocná skupina Anonymních alkoholiků, neuvádím místo sběru dat. Tato skupina mi přislíbila vyplnit dotazník pouze, pokud veškeré informace o skupině, budou použity pouze pro účely této bakalářské práce. Dotazníky jsem předala mluvčímu skupiny, kterého jsem nejprve oslovila pomocí e-mailu a na základě telefonátu jsme si domluvili místo předání dotazníků. Při předání dotazníků jsem mluvčímu skupiny předala důležité informace o vyplnění. Kladla jsem důraz na pečlivost při čtení a zodpovězení celého dotazníku. Ubezpečila jsem vedoucího skupiny na dobrovolnost a anonymitu dotazníků. Mluvčí skupiny mým jménem požádal členy skupiny o vyplnění vždy po ukončení skupiny. Dotazníky bylo možné vyplňovat od 1. 10. 2012 do 20. 12. 2012. Po uplynutí této doby mi bylo předáno 30 zcela vyplněných dotazníků. I přes to, že reprezentativní vzorek není příliš velký, ale návratnost byla 100 % a všechny dotazníky byly řádně vyplněny, tak se domnívám, že lze dojít k obecně platným závěrům.

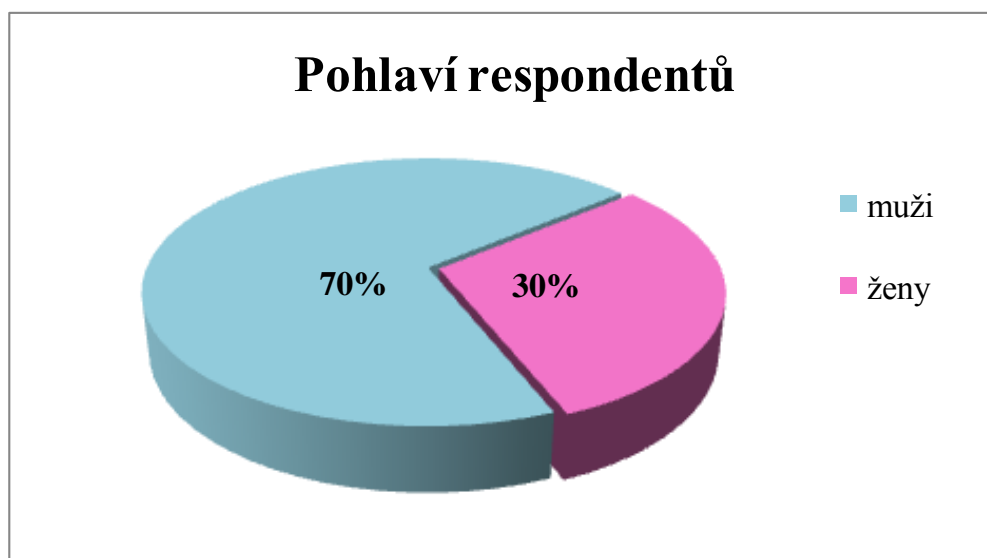
Dotazník obsahuje 32 otázek. U většiny otázek bylo možné označit více odpovědí. Pro přehlednost jsem získaná data znázornila v grafech a tabulkách.

#### ***3.2 Charakteristika výzkumného souboru***

Výzkumný soubor tvořili členové svépomocné skupiny Anonymních alkoholiků. Výzkumu se zúčastnilo 21 mužů a 9 žen. Nejčastější zastoupenou skupinu u mužů byl věk od 51 let a více, u žen to byl věk od 31 let do 40 let.

## 4 VÝSLEDKY

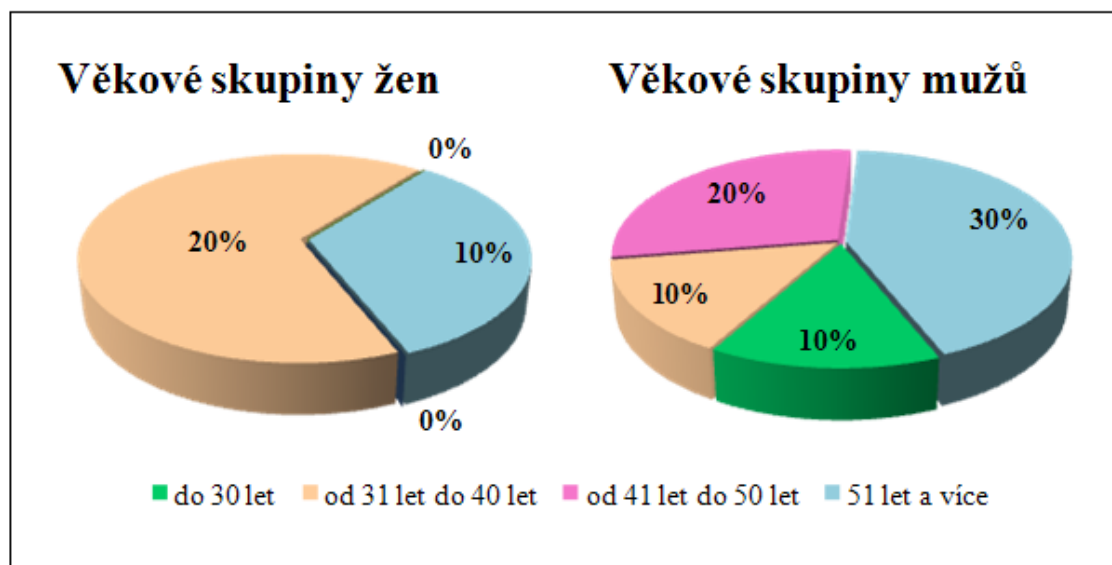
Graf 1: Zastoupení mužů a žen ve výzkumném souboru



Zdroj: Vlastní výzkum

Výzkumný soubor tvoří 30 osob, z toho 21 mužů a 9 žen.

Graf 2: Věkové skupiny výzkumného souboru



Zdroj: Vlastní výzkum

Výzkumný soubor je tvořen ze 70 % muži a 30 % ženami. Skupina žen, která tvoří 30 % je zastoupena dvěma věkovými skupinami a to z 20 % ženami ve věku od 31 let do 40 let a z 10 % ženami ve věku od 51 let a více.

70 % skupiny mužů je dále rozdělena do věkových skupin, kde nejpočetnější skupinu tvoří muži ve věku 51 let a více. Tato věková skupina tvoří 30 %. Dalších 20 % tvoří muži ve věku od 41 let do 50 let. Zbývající dvě skupiny po 10 % jsou muži ve věku do 30 let a od 31 let do 40 let.

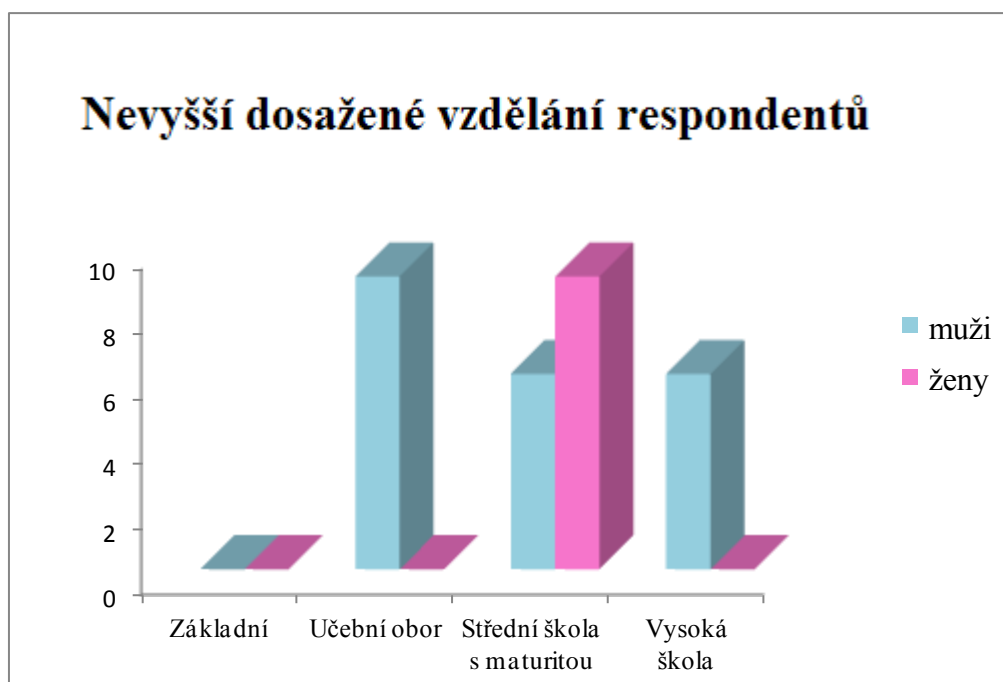
Po zpracování otázky číslo 3 v dotazníku určeného pro účely bakalářské práce jsem zpracovala následující tabulku a graf.

Tabulka 1: Počet mužů a žen a jejich nejvyšší dosažené vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	Muži	Ženy
Základní	0	0
Učební obor	9	0
Střední škola s maturitou	6	9
Vysoká škola	6	0

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Z dotazníku vyplynulo, že nejpočetnější skupinu tvoří vyučení muži, u žen je to skupina středoškolsky vzdělaných žen.

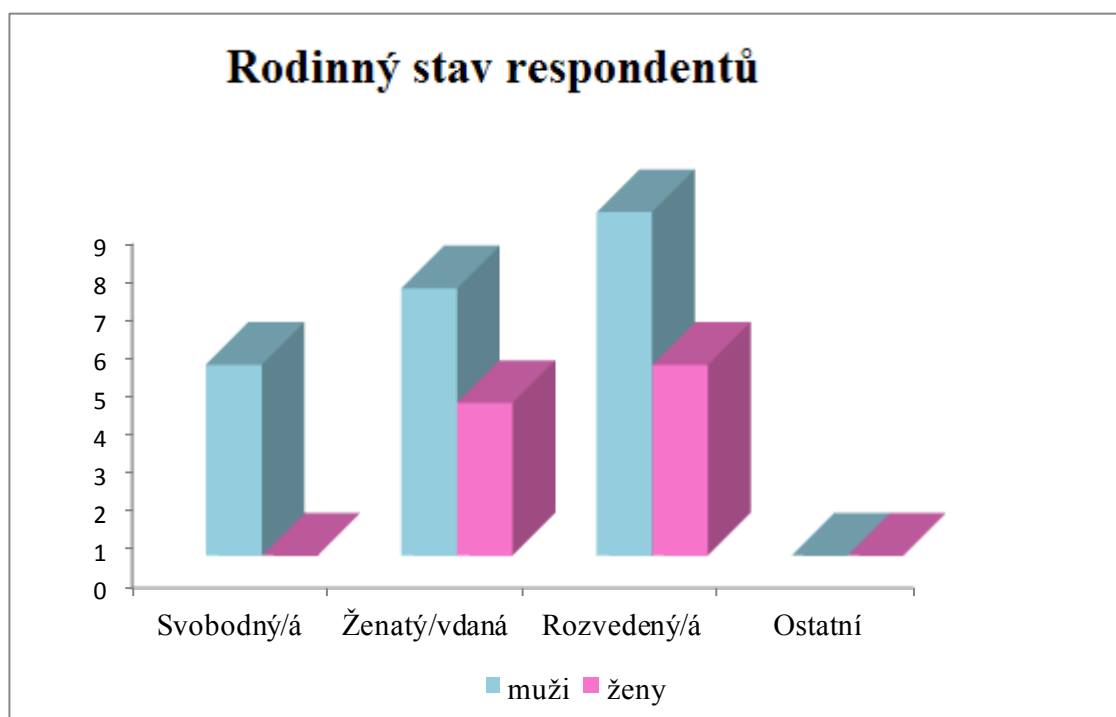
Po vyhodnocení otázky číslo 4 jsem zjistila, že nejpočetnější skupinu tvoří jak rozvedení muži, tak i rozvedené ženy. Další početnou skupinu tvoří ženatí a vdaní lidé a poslední zjištěnou skupinou byly svobodní muži.

Tabulka 2: Rodinný stav respondentů

Rodinný stav respondentů	Muži	Ženy
Svobodný/á	5	0
Ženatý/vdaná	7	4
Rozvedený/á	9	5
Ostatní	0	0

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 4: Rodinný stav respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Z otázky číslo 4 je vidět pracovní zařazení jednotlivých respondentů. Nejpočetnější skupinou jsou zaměstnaní muži a ženy. Nezaměstnaní a osoby pobírající důchod jsou podle informací z dotazníku jenom muži.

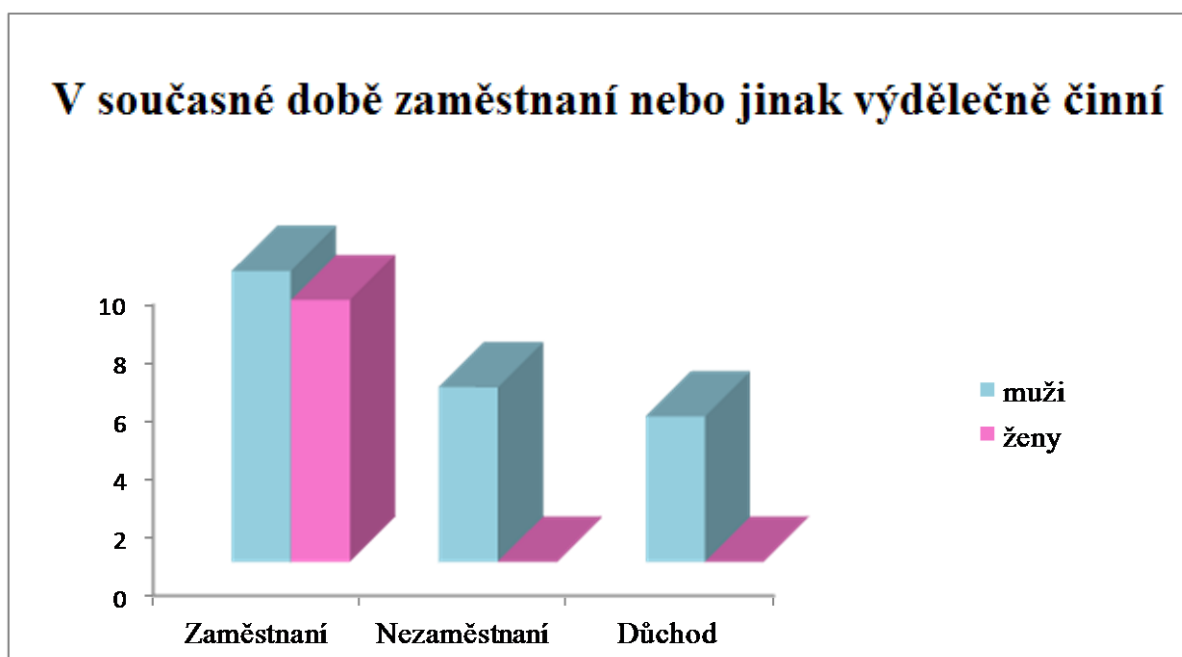


Tabulka 3: Zaměstnaní nebo jinak výdělečně činní respondenti

Pracovní zařazení	Muži	Ženy
Zaměstnaní	10	9
Nezaměstnaní	6	0
Důchod	5	0

Zdroj: Vlastní výzkum

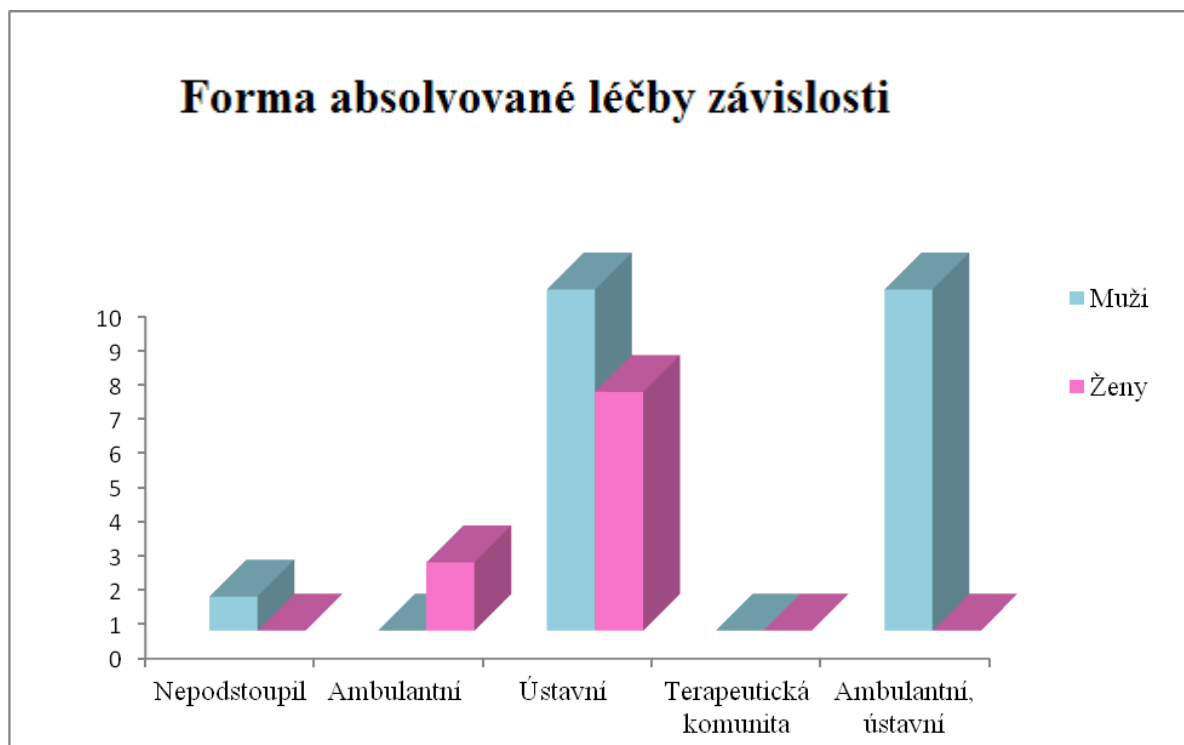
Graf 5: Zaměstnaní nebo jinak výdělečně činní respondenti



Zdroj: Vlastní výzkum

Z otázky číslo 5 z vlastního výzkumu jsem zjistila, že nejpočetnější skupinu respondentů představují zaměstnaní.

Graf 6: Forma absolvované léčby závislosti

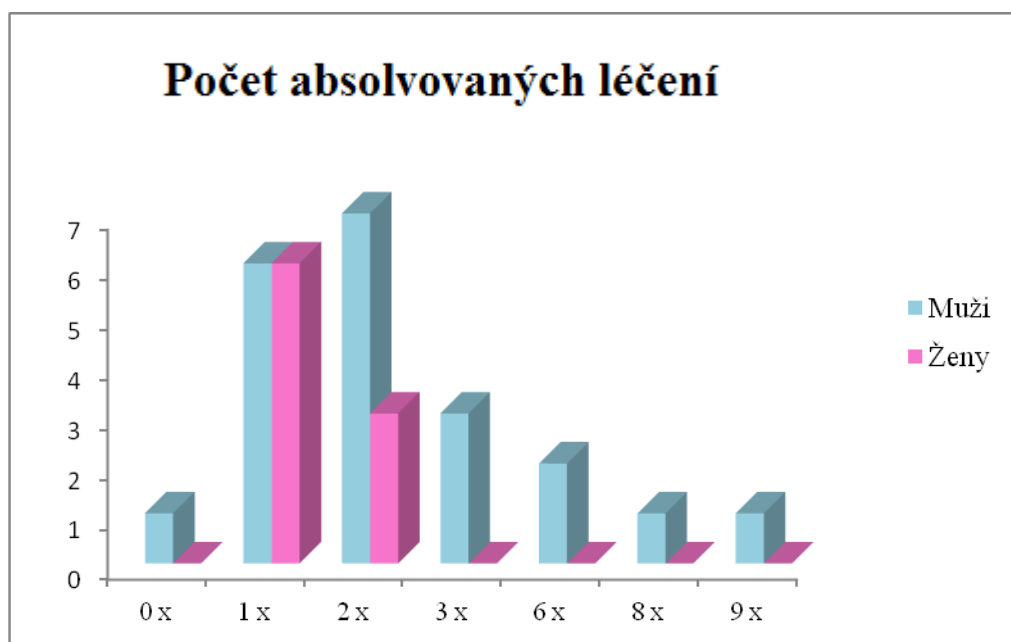


Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku číslo 10 z dotazníku vlastní konstrukce respondenti odpověděli následovně: 10 mužů a 7 žen podstoupilo ústavní léčbu, 2 ženy mají zkušenost s ambulantní léčbou, 10 mužů postoupilo jak ústavní, tak i ambulantní léčbu, 1 respondent muž nepodstoupil žádnou léčbu závislosti.

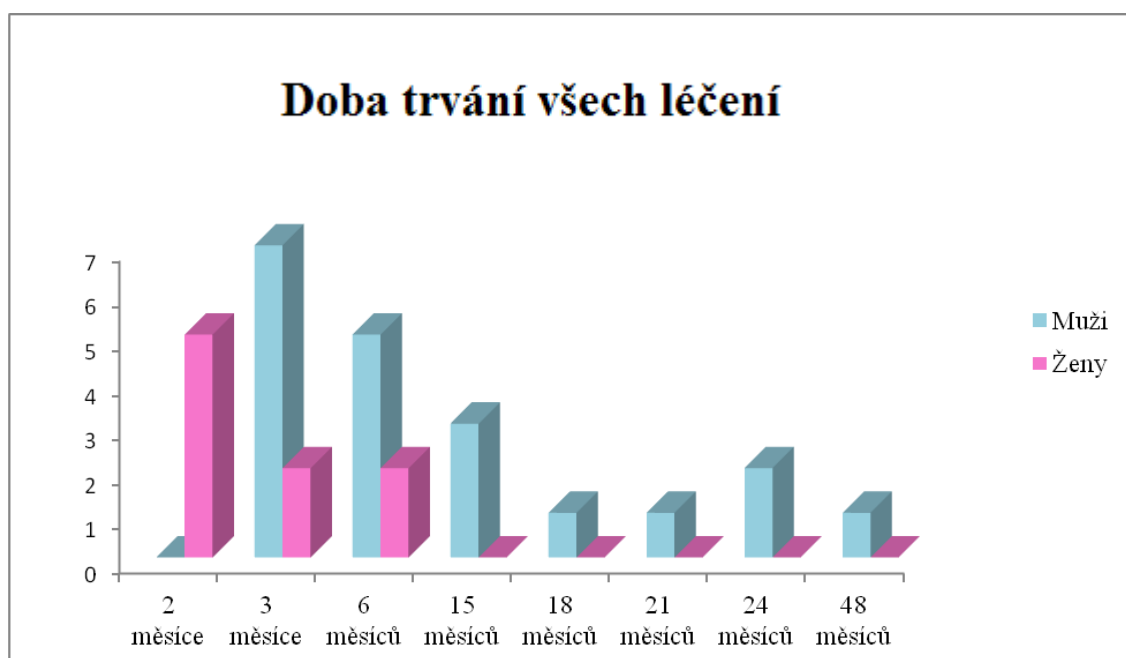
Graf číslo 7 popisuje počet absolvovaných léčení. Skupinka 6 mužů a 6 žen podstoupilo léčbu 1 krát. Dvakrát léčbu závislosti podstoupilo 7 mužů a 3 ženy, 3 krát se léčili 3 muži, 6 krát 2 muži, 8 a 9 krát po 1 muži.

Graf 7: Počet absolvovaných léčení



Zdroj: Vlastní výzkum

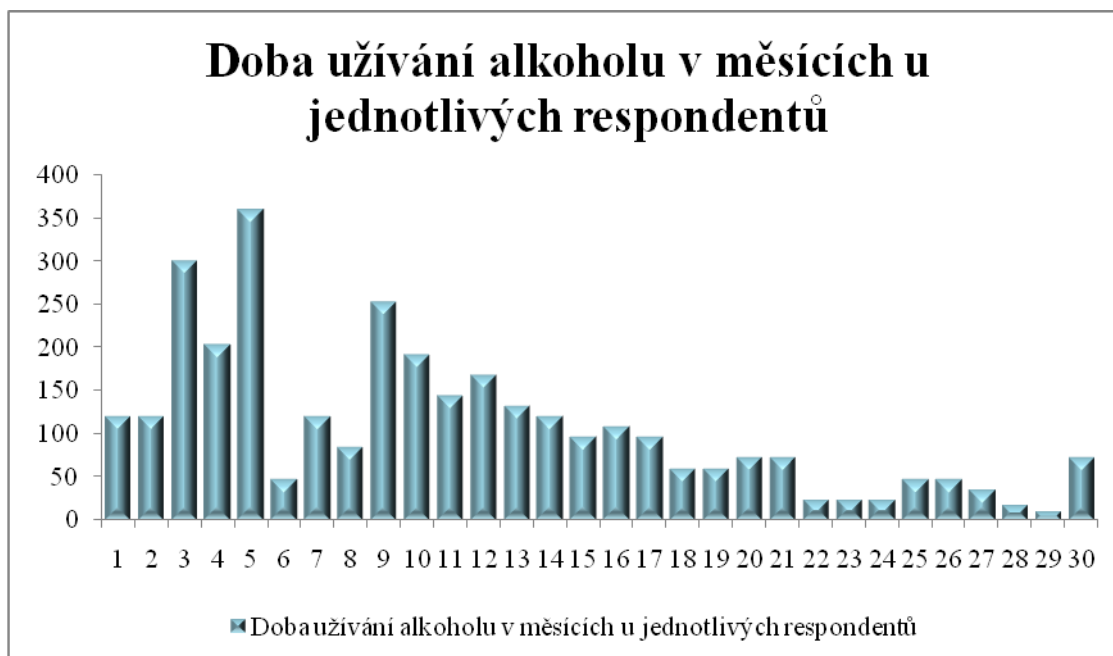
Graf 8: Doba trvání všech léčení



Zdroj: Vlastní výzkum

Z vyhodnocení otázky číslo 12 z dotazníku vyplynulo že, 7 mužů se léčilo ze všech závislostí 3 měsíce, 5 mužů se léčilo 6 měsíců, 3 muži 15 měsíců, 1 muž po 18, 21 a 48 měsíců, 2 muži se léčili 24 měsíců. U žen jsem zjistila následující data: 2 ženy se léčily 3 měsíce, 5 žen po 2 měsíce, 2 ženy po 6 měsících.

Graf 9: Doba užívání alkoholu všech respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Z otázky číslo 6, 7, 8 a 9 z dotazníku vyplynulo, že z 30 respondentů ať již abstinujících nebo stále užívajících alkohol: v rozmezí 10 až 15 let bralo drogu 7 respondentů, 7 respondentů po dobu 2 až 5 let. Další významnou skupinou jsou osoby, které alkohol užívá/užívalo 5 až 7 let.

Dále jsem se rozhodla provést statistický výzkum na základě dat doby užívání alkoholu (proměnná 'alkohol') a doby trvání léčení (proměnná 'léčení'). Pomocí programu Gretl jsem získala základní popisnou statistiku.

Popisné statistiky, za použití pozorování 1 – 30 pro proměnnou 'alkohol' (30 platných pozorování).

**Střední hodnota** 107,73

Střední hodnota (aritmetický průměr) obecně známá míra, představující součet všech zjištěných hodnot dělených jejich počtem [26].

**Medián** 90,000

Medián rozděluje soubor seřazený podle hodnoty znaku, která byla u každého znaku zjištěna, na dvě poloviny. Jinak řečeno polovina hodnot výběru je menší nebo rovna mediánu a polovina hodnot je větší nebo rovna mediánu. Pokud prostřední hodnota není určena jednoznačně (například pro sudý rozsah výběru) je za medián brán průměr dvou prostředních hodnot [26].

**Minimum** 10,000

**Maximum** 360,00

**Směrodatná odchylka** 84,616

Směrodatná odchylka  $s$  je definována jako odmocnina z rozptylu. Rozptyl je definován jako součet kvadratických odchylek od průměru, děleným rozsahem výběru zmenšeným o 1 [26].

**Variační koeficient** 0,78542

Variační koeficient  $c$  slouží k měření relativní variability. Je definován jako podíl směrodatné odchylky a průměru [26].

**Šikmost** 1,3399

Charakteristiky šikmosti udávají, jsou-li hodnoty kolem zvoleného středu rozloženy souměrně nebo je-li rozdělení hodnot zešikmeno na jednu stranu [26].

**Stand. špičatost** 1,4430

Charakteristiky špičatosti udávají, jaký průběh má rozdělení hodnot kolem zvoleného středu (rozdělení). Čím je rozdělení špičatější, tím víc jsou hodnoty soustředěny kolem daného středu rozdělení. Na druhé straně, rozdělení s nízkou špičatostí často obsahuje hodnoty velmi vzdálené od středu rozdělení [26].

Popisné statistiky, za použití pozorování 1 – 30 pro proměnnou 'lezeni' (30 platných pozorování).

<b>Střední hodnota</b>	8,6333
<b>Medián</b>	4,5000
<b>Minimum</b>	0,00000
<b>Maximum</b>	48,000
<b>Směrodatná odchylka</b>	10,193
<b>Variační koeficient</b>	1,1806
<b>Šikmost</b>	2,2492
<b>Stand. špičatost</b>	5,5058

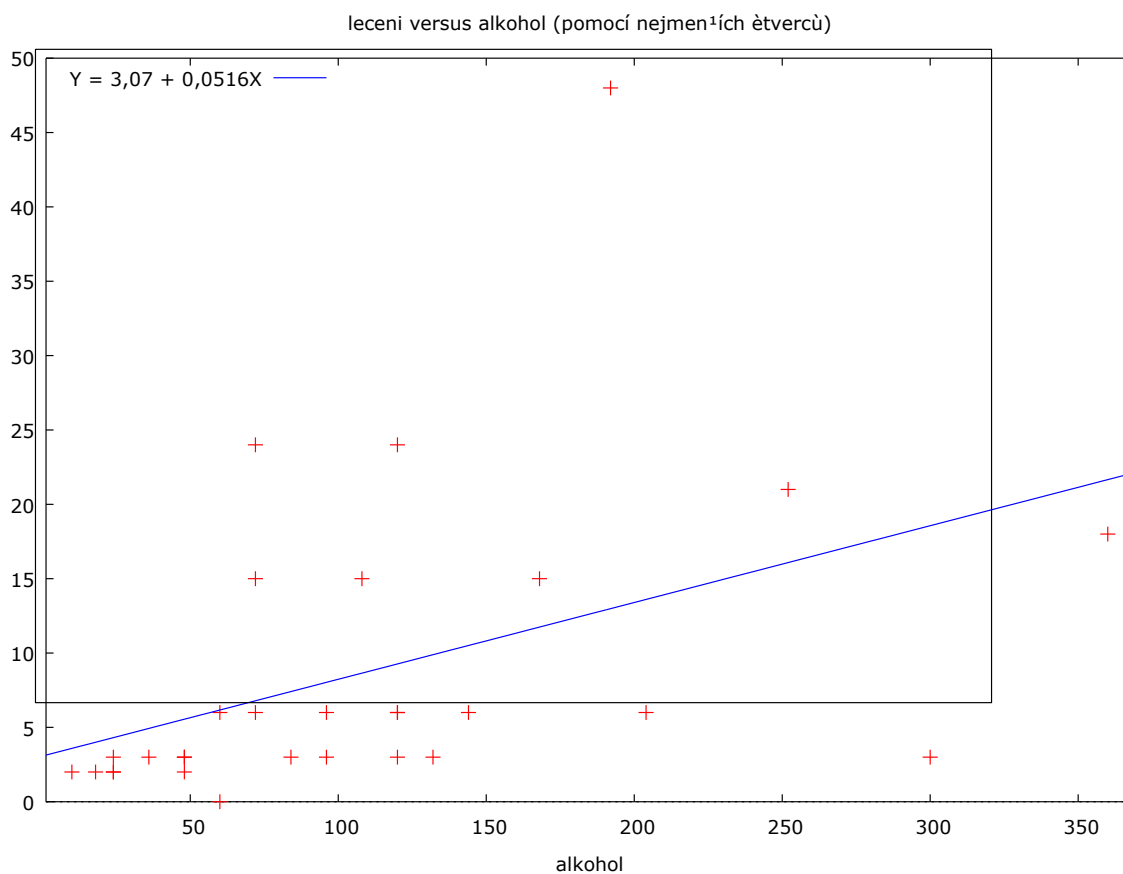
Dále provedu jednoduchou lineární regresi, kterou se pokusím ověřit hypotézu H1 a tím zamítnout hypotézu H0.

H0: proměnné X a Y jsou lineárně závislé

H1: proměnné X a Y nejsou lineárně závislé

Jednoduchá lineární regrese popisuje vztah dvou kvantitativních proměnných X a Y definováním přímky, která nejlépe vystihuje průběh jejich závislosti. V bodovém diagramu si ji lze představit jako přímku, která je nejbližší všem bodům.

Graf 10: Počet měsíců užívání alkoholu ve vztahu k době léčení.



Zdroj: Vlastní výzkum

Zpracovala: Ing. Ludmila Drábková

- X se nazývá nezávislá (vysvětlující) proměnná. V tomto případě se jedná o počet měsíců užívání alkoholu.
- Y se nazývá závislá (vysvětlovaná) proměnná. V tomto případě se jedná o počet měsíců léčení.

Zjištěná lineární funkční forma (přímka) má následující tvar.

$$\hat{Y}_i = 3,07069 + 0,0516 X_i$$

Tabulka 4: Model OLS, za použití pozorování 1-30

	Koeficient	Směrodatná odchylka	T-podíl	P-hodnota	
Constanta	3,070690	2,799580	1,096800	0,282060	
Alkohol	0,051634	0,020568	2,510400	0,018110	**

Zdroj: Vlastní práce

Tabulka 5 : Model OLS

Střední hodnota závisle proměnné	8,633333	Sm. chyba regrese	9,372072
Součet čtverců reziduí	2459,401	Adjustovaný koeficient determinace	0,154575
Koeficient determinace	0,183728	P-hodnota (F)	0,018111
F (1,28)	6,302287	Akaikovo kritérium	221,3306
Logaritmus věrohodnosti	-108,665	Hannan-Quinnovo kritérium	222,2271
Schwarzovo kritérium	224,133	Sm. odchylka závisle proměnné	10,19291

Zdroj: Vlastní práce

Test normality reziduí:

Nulová hypotéza: chyby jsou normálně rozdělené

Testovací statistika:  $\chi^2$ -kvadrát (2) = 20,2581

s p-hodnotou = 3,99036e-005

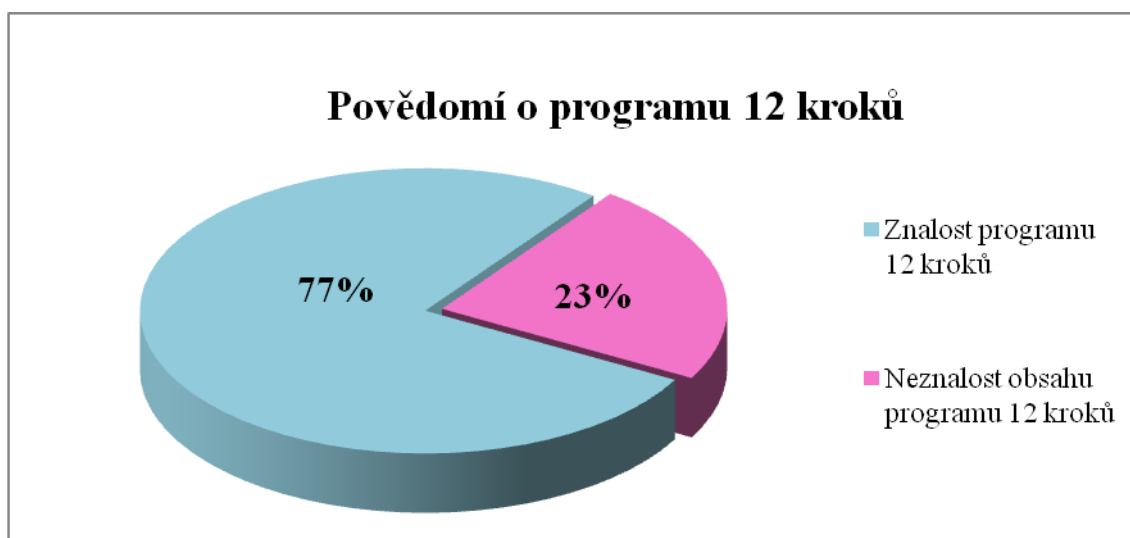
P - hodnota, která udává (v procentech 100%) maximální možnou hladinu významnosti, za které by nulová hypotéza (v tomto případě  $\beta_1 = 3,07069$ ) byla přijata. Počet hvězdiček jen znázorňuje, jaká by hladina významnosti měla být, aby nulová hypotéza byla přijata. (\*\*\*) - menší než 1%, \*\* - 1% až 5%, \* - 5% až 10%). P- hodnota pro  $\beta_1 = 3,07069$  je příliš vysoká a hladina významnosti je vyšší než 10%. Nulová hypotéza se zamítá. Proměnné X a Y nejsou lineárně závislé.



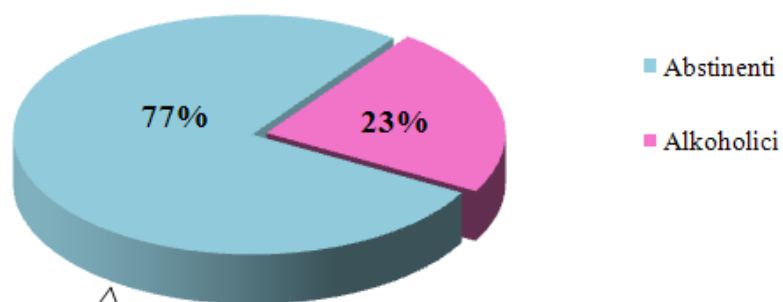
Tedy z tohoto modelu jde jednoznačně říci, že doba léčení není odvislá od doby užívání alkoholu.

Další zpracovanou otázkou je otázka číslo 21, pomocí níž jsem zjišťovala, zda členové svépomocné skupiny znají program 12 kroků. Z dotazníku vyplynulo, že 77 % dotázaných program zná. Zbýlých 23 % program 12 kroků nezná. (Graf: 11). Z dotazníku vyplynulo, že 67 % všech členů svépomocné skupiny se programem 12 kroků řídí.

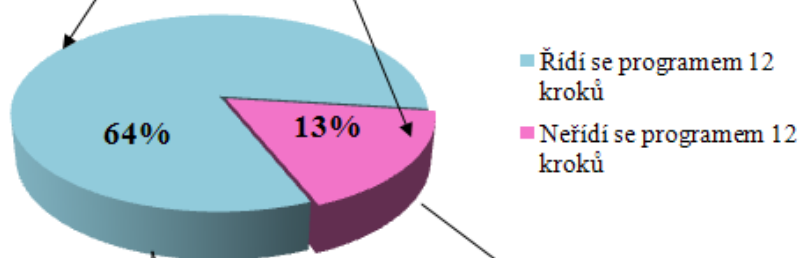
Graf 11: Povědomí členů svépomocné skupiny o programu 12 kroků



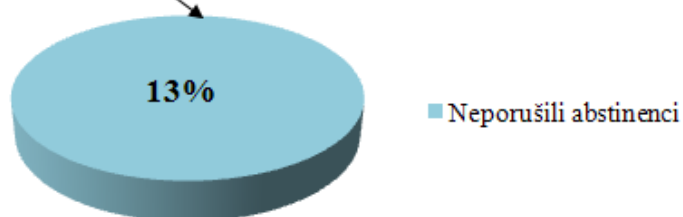
Zdroj: Vlastní výzkum



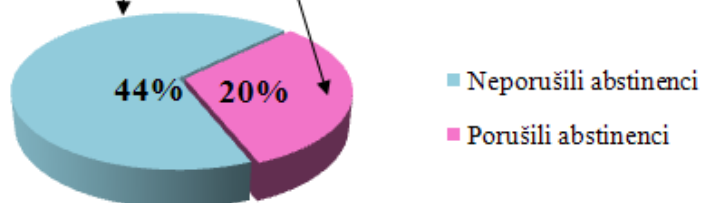
Graf 12: Členové svépomocné skupiny  
Zdroj: Vlastní výzkum



Graf 13: Dodržování programu 12 kroků  
Zdroj: Vlastní výzkum



Graf 15: Abstinence, relaps  
Zdroj: Vlastní výzkum



Graf 14: Abstinence, relaps  
Zdroj: Vlastní výzkum

Při vyhodnocování otázky číslo 24 jsem musela zohlednit skupinku, která navštěvuje skupinu, ale ještě neabstínuje. Při vyhodnocování této otázky tedy počítám z 23 členou skupinou abstinentů (Graf: 12).

Graf číslo 13 znázorňuje, zda členové svépomocné skupiny programem 12 kroků řídí nebo ne. Z dotazníku vyplynulo, že 64 % abstinujících se programem řídí, 13 % abstinujících členů program nevyužívá. Programem se tedy řídí 19 osob a 4 osoby program nevyužívají.

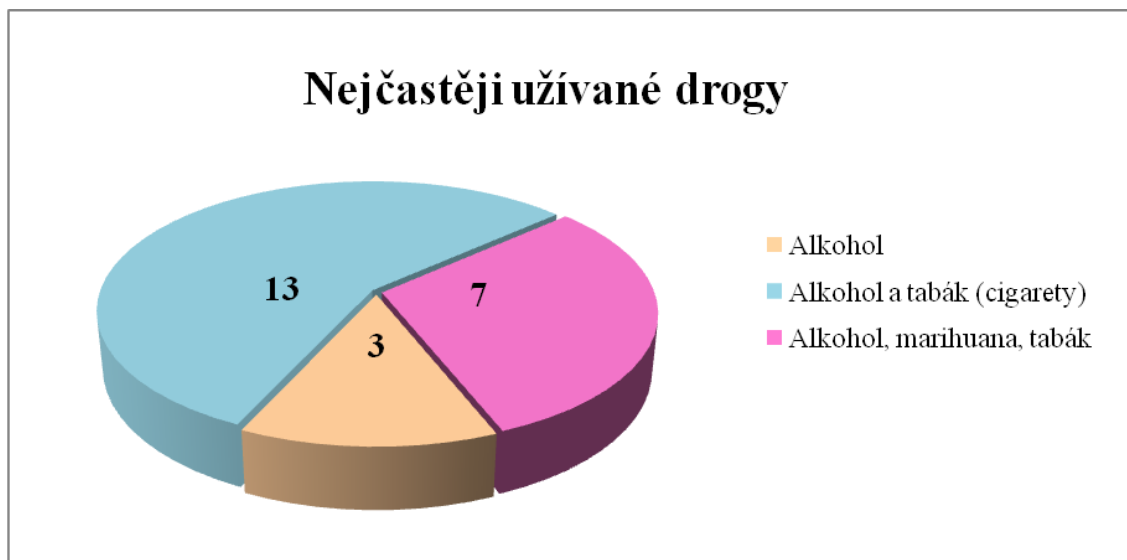
Graf číslo 14 znázorňuje, že z abstinujících 19 osob, kteří se řídí programem 12 kroků, u 13 z nich došlo k relapsu. Zbýlých 6 osob využívajících program nadále abstinuje.

Graf číslo 15 ukazuje, že 4 osoby, které se programem neřídí, svoji abstinenci neporušily. V otázce číslo 25 jsem zjistila příčiny relapsu u členů skupiny, kteří se programem 12 kroků řídí. Nečastěji uváděným důvodem byla touha uniknout z nepříjemné psychické situace a před finančními problémy. Dalšími důvody byly problémy partnerské, rodinné, problémy v zaměstnání a problémy způsobené odvykacím syndromem.

Z otázky číslo 26 jsem zjistila, jaké jsou nejčastější způsoby „zahánění“ touhy po droze. Respondenti odpovídali následovně: uvědomění si negativních důsledků porušení abstinence, odvedením pozornosti (četba, psaní deníku), uvědomění si minulých nepříjemných zážitků souvisejících s drogou, uvědomění si výhod abstinence, relaxační techniky, použití léků předepsaných lékařem, odevzdání finančních prostředků jiné osobě a telefonát členu Anonymních alkoholiků.

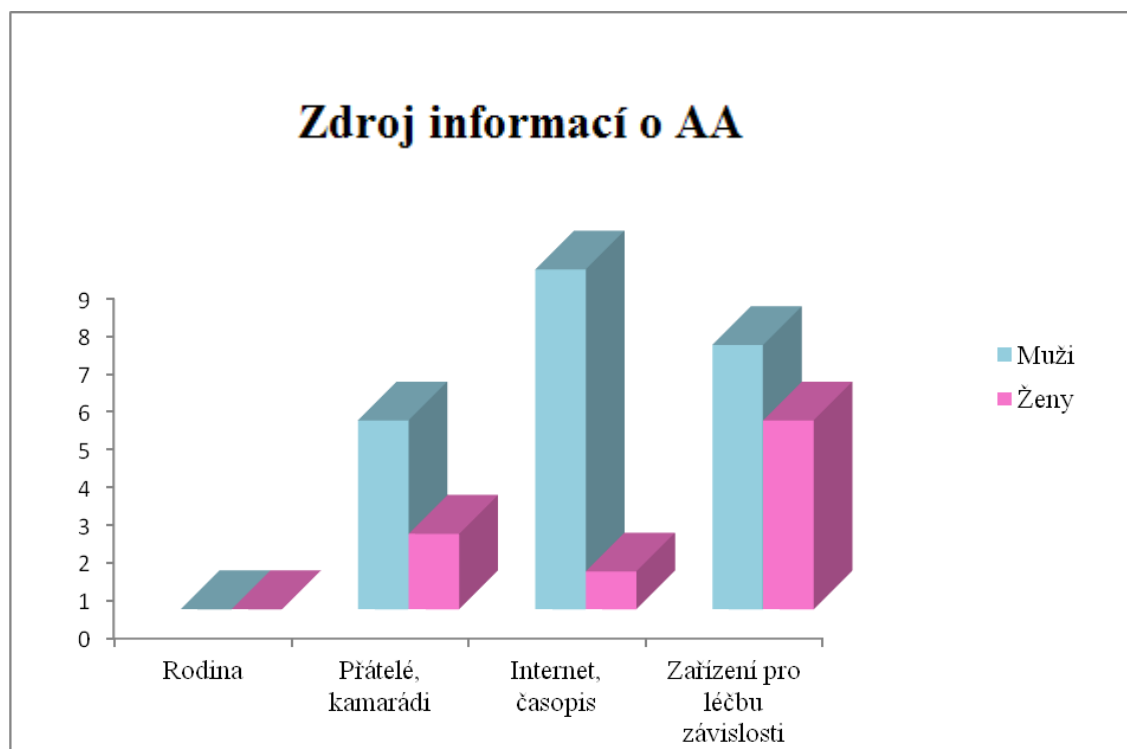
Zpracováním otázky číslo z dotazníku 8 jsem zjistila, že spolu s alkoholem 13 respondentů užívalo tabák. 7 osob s alkoholem a tabákem užívalo i marihuanu. 3 respondenti užívali pouze alkohol.

Graf 16: Nejčastěji užívané drogy již abstinujících



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 17: Zdroj informací o svépomocné skupině Anonymních alkoholiků



Zdroj: Vlastní výzkum

Z dotazníku jsem zjistila, že zdrojem prvotních informací o svépomocné skupině bylo zařízení pro léčbu závislosti. Dalším velkým zdrojem informací jsou internet, časopis, přátelé a kamarádi.

Tabulka 6: Podpora osob v návštěvě AA

<b>Druh odpovědi</b>	<b>Četnost odpovědi</b>
Manžel/ka, partner/ka	19
Rodiče	3
Sourozenci	10
Děti	9
Širší rodina	4
Přátelé	9
Kamarádi	7
Kolegové z práce	0
Žádné	0

Zdroj: Vlastní výzkum

Z otázky číslo 16 z dotazníku, na kterou respondenti mohli zakroužkovat více odpovědí, vyplynulo, že 19 členů Anonymních alkoholiků podporuje v návštěvě setkání Anonymních alkoholiků manžel/ka nebo partner/ka. 10 respondentů podporují sourozenci, další početnou skupinou jsou děti členů Anonymních alkoholiků a přátelé: 9 dotázaných. Dále bylo zjištěno, že 7 respondentů podporují kamarádi a 4 respondenty širší rodina.

Na otázku číslo 17 „Kolik osob Vás (přibližně) podporuje v abstinenci (včetně skupiny Anonymních alkoholiků)?“, byly nejčastější odpovědi: 30 osob, 25 osob, 20 osob, 10 - 15 osob.

Z otázky číslo 19 „Z jakých důvodů navštěvujete svépomocnou skupinu Anonymních alkoholiků?“ Dotázaní odpovídali: učení se řešení problémů, sdílení zkušeností, vzájemná podpora, naslouchání členů skupiny, mám zde přátele a kamarády, vhodný doléčovací program, pomoc ostatním členům, mi pomáhá v abstinenci.

Tabulka 7: Respondentův okruh „spolehlivých“ osob

Označení odpovědi	Druh odpovědi	Četnost odpovědi
E	Sám na sebe	3
AD	Rodina, členové AA	16
BD	Přátelé, kamarádi, členové AA,	8
DE	Členové AA, sám na sebe	3

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku číslo 18 z dotazníku „Na které osoby se nyní můžete ve svém životě spolehnout (např. při řešení problémů)?“, jsem získala následující kombinaci odpovědí: 3 respondenti odpověděli, že se mohou spolehnout pouze sami na sebe, 16 osob odpovědělo, že se může spolehnout na svoji rodinu a členy svépomocné skupiny, 8 osob zodpovědělo, že se mohou spolehnout na své přátele, kamarády a členy svépomocné skupiny, 3 osoby zodpověděli, že se mohou spolehnout jen sami na sebe a členy svépomocné skupiny.

Tabulka 8: Přínos programu 12 kroků pro členy Anonymních alkoholiků

Druh odpovědi	Četnost odpovědi
Dodržení abstinence	12
Nalezení rovnováhy v životě	15
Duchovní opora	7
Napravení vztahů	5
Uznání svých chyb a slabostí	9
Nalezení přátel	14
Nemám recidivu	9

Zdroj: Vlastní výzkum

Z dotazníku z otázky číslo 23 „Jak konkrétně Vám pomáhá program 12 kroků?“ Z vlastního výzkumu nejvíce respondenti kroužkovali následující možnosti: nalezení rovnováhy v životě, nalezení přátel, dodržení abstinence, uznání svých chyb a slabostí a nemám recidivu.

Tabulka 9: Vztahy členů Anonymních alkoholiků

<b>Druh odpovědi</b>	<b>Četnost odpovědi</b>
Kamarádský	3
Přátelský	20
Rodinný	17
Neutrální	0

Zdroj: Vlastní výzkum

Z dotazníku jsem získala na následující data na otázku číslo 20 „ Jaký je Váš vztah se členy skupiny Anonymních alkoholiků? “: 16 respondentů zodpovědělo, že má se členy Anonymních alkoholiků přátelský vztah, 11 osob rodinný vztah a 3 členové kamarádský vztah.

Tabulka 10: Pocity související s příchodem na setkání AA

<b>Druh odpovědi</b>	<b>Četnost odpovědi</b>
Úzkost	3
Nejistota	7
Izolace	2
Opuštění	3
Vyrovnanost	7
Klid	11
Pohoda	18
Radost	16
Očekávání	17
Rozladění	4

Zdroj: Vlastní výzkum

Podle otázky číslo 27 z dotazníku vlastní konstrukce, na kterou bylo možno odpovědět více variantami, jsem zjistila následující data. U členů svépomocné skupiny, kteří přicházejí na setkání Anonymních alkoholiků, převládají pocity pohody, klidu, radosti, očekávání, vyrovnanosti a nejistoty.

Tabulka 11: Pocity spojené s odchodem ze setkání Anonymních alkoholiků

<b>Druh odpovědi</b>	<b>Četnost odpovědi</b>
Uvolnění	21
Porozumění	26
Vyrovnanost	19
Informovanost	12
Rozladění	6
Vyčerpanost	3
Naštvanost	0
Zoufalství	0

Zdroj: Vlastní výzkum

Z otázky 30 z dotazníku vyplynulo, že nejvíce členů skupiny Anonymních alkoholiků odchází ze skupiny: uvolnění, s pocity porozumění, vyrovnanosti, informovanosti. Někteří i rozladění a vyčerpaní.

Tabulka 12: Procentuální vyjádření ovlivnění současného života respondentů skupinou Anonymních alkoholiků

<b>Vliv skupiny v %</b>	<b>Četnost odpovědi</b>
100	3
90	7
80 - 90	4
80	7
70 - 80	3
30	6

Zdroj: Vlastní výzkum

Z tabulky číslo 10 vyplývá, že 7 respondentům ovlivňuje svépomocná skupina život až z 90 % , 7 osobám z 80 % , 6 z 30 % , 4 z 80 – 90 % , 3 z 100 % a 3 z 70 – 80 %.

Na otevřenou otázku číslo 28 z dotazníku „Jak často hovoříte na setkání Anonymních alkoholiků?“ jsem získala následující výsledky: na každém setkání, 2 krát za setkání, dost často, výjimečně, skoro na každém setkání.

Na otevřenou otázku číslo 31 „Uved'te běžnou náplň Vašeho dne?“ nejvíce



respondenti odpovídali: práce, sport, studium, práce na počítači, televize, práce v domácnosti, věnování se rodině, chov zvířat.

Tabulka 13: Spokojenost s dostupností schůzek Anonymních alkoholiků

<b>Spokojenost s dostupností skupiny</b>	<b>Četnost odpovědí</b>
Vše mi vyhovuje	19
Nevyhovuje místo	11
Nevyhovuje čas	0
Nevyhovuje četnost schůzek	0

Zdroj: Vlastní výzkum

Z otázky 32 vyplynulo, že 19 respondentům vyhovuje místo, čas i četnost schůzek svépomocné skupiny. 11 respondentům nevyhovuje místo setkání, z důvodu velké vzdálenosti od místa bydliště.

## 5 DISKUSE

Cílem mé práce bylo zjistit, zda svépomocná skupina Anonymních alkoholiků může dočasně nebo dlouhodobě tvořit součást nedostatečné sítě sociálních vztahů závislých na alkoholu. Dílčím cílem bylo zjistit, jaký má svépomocná skupina subjektivní význam pro své členy v prevenci relapsu.

V diskuzi se chci zabývat porovnáním zjištěných informací s údaji o této problematice obsažené v literatuře, kterou jsem použila v teoretické části bakalářské práce. Autory, kteří pojednávají o drogové problematice, svépomocných skupinách, léčbě závislosti a relapsu, jsou např. Nešpor [18,19,20,21], Kalina [12,13,14] a Rogers [27].

Informace byly získány metodou dotazování, konkrétně technikou anonymního dotazníku (příloha 9.1). Dotazník byl vyplněn členy svépomocné skupiny Anonymních alkoholiků. První otázky z dotazníku se týkali základních údajů. Vzorek respondentů tvořilo 21 mužů a 9 žen. Skupina mužů je tvořena z 30% muži ve věku 51let a více, z 20% muži od 41 let do 50 let. Zbývající skupiny mužů shodně po 10% tvoří muži ve věku do 30 let a od 31 let do 40 let. Skupinu žen tvoří z 30% ženy ve věku od 31 let do 40 let a z 10% ženy ve věku od 51 let a více.

Z dotazníku vyplynulo, že nejvyšší dosažené vzdělání u 9 mužů byl učební obor, u 6 středoškolské vzdělání s maturitou a 6 mužů má vysokoškolské vzdělání. Všechny ženy měly shodně středoškolské vzdělání s maturitou. Současný rodinný vztah respondentů tvořilo 5 svobodných mužů, 7 ženatých a 9 rozvedených. 5 žen bylo rozvedených a 4 vdané.

Heller a Pecinová [11] uvádějí, že léčba nevede k vyléčení chorobného stavu, ale je prvním krokem k životu, kde je nutné dodržovat trvale abstinenci. Další oblast se tedy týkala drogové závislosti, její léčby a získání prvotních informací o svépomocných skupinách a jejich účelu. Z dotazníku vyplynulo, že více jak polovina z dotázaných respondentů užívá nebo užívala alkohol spolu s tabákem. Alkohol respondenti užívali v rozmezí 5 – 15 let. 17 dotázaných respondentů podstoupilo ústavní léčbu závislosti a dalším 10 podstoupilo jak ústavní tak i ambulantní léčbu. 2 respondenti podstoupili pouze ambulantní léčbu závislosti. Jeden respondent doposud léčbu nepodstoupil. Délka

absolvované léčby závislosti byla různorodá – muži se léčili v rozmezí od 3 až 48 měsíců, ženy pak v rozmezí od 3 – 6 měsíců. Taktéž četnost léčení byla odlišná, pohybovala se v rozmezí 1 léčení až 9 absolvovaných léčbách. Tato odpověď mě znepokojila, středně dlouhá léčba závislosti na alkoholu a absolvovaná pouze u některých respondentů jedenkrát nebo dvakrát, podle mě není dostačující. O to více bych apelovala na doléčovací programy. Velmi pozitivním zjištěním byl fakt, první informace o svépomocné skupině se závislý dozvěděli v zařízení, kde se léčili ze závislosti. Je nesmírně důležité, že odborníci na léčbu závislostí o svépomocných skupinách vědí a odkazují závislé na jejich pomoc.

Z jednotlivých otázek z dotazníku, které byly zaměřeny na vztahy mezi členy skupiny, důvody návštěv svépomocné skupiny, sociální síť jednotlivých členů vyplynulo, že respondenti staví svépomocnou skupinu na stejnou úroveň jako rodinu nebo přátelský vztah např. při řešení problémů. Na základě otázek číslo 4, 16, 17, 18 jsem si potvrdila, že osoby, které staví svépomocnou skupinu na stejné místo jako rodinu, jsou převážně ženatí a vdaní lidé, které podporuje v návštěvě svépomocné skupiny rodina a nejvíce manželé a manželky a jejich děti. Respondenti, kteří se mohou spolehnout jen na členy skupiny a sami na sebe, jsou ve většině případů rozvedení muži, kteří však vedle sebe mají spoustu přátel, nebo spíše jen známých, na které se však nemohou dostatečně spolehnout. Osoby, které se mohou spolehnout jen na členy skupiny a přátele, jsou převážně rozvedení či svobodní lidé, kteří mají podporu ve svých rodičích a sourozencích. Osoby, které se spoléhají jen sami na sebe, tvoří svobodní anebo rozvedení muži, kteří mají spoustu známých, které ovšem za své přátele 100 % nepovažují a tak spoléhají jen na sebe. Z těchto odpovědí se domnívám, že rodina a pevné přátelské vztahy se výrazně podílejí na abstinenci a účasti na setkání Anonymních alkoholiků. Pokud členové nemají oporu ve své rodině a přátelích výrazně se tento fakt podepíše na jejich abstinenci. Do budoucna bych se u rozvedených nebo svobodných respondentů, kteří nemají pevné vztahy kolem sebe, obávala následného relapsu nebo zhoršení jejich současné situace.

Čablová [9] uvádí, že hlavními principy svépomocné skupiny je oslabení izolace, utváření nových a kladných sociálních vztahů, emocionální podpora. Svépomocné

skupiny poskytují následnou péči, sociální oporu, poradenství a skupinovou psychoterapii. Tato fakta jsem získala na základě otázek číslo 19, 20, 27, 30. Nejčastějšími důvody, proč závislí navštěvují svépomocnou skupinu, jsou: vzájemná emocionální podpora, sdílení zkušeností a učení se řešení problémů, nalezení a udržení přátel a kamarádů, skupina je pro ně vhodný doléčovací program. Závislý ve skupině si mezi sebou vytvářejí velmi úzký přátelský vztah, nacházejí zde kamarády a skupinu berou za svoji rodinu. Členové Anonymních alkoholiků, kteří skupinu navštěvují, přicházejí do skupiny, klidní, v pohodě, těší se a jsou plní očekávání. Ze skupiny nejčastěji odcházejí s pocitem porozumění, uvolnění, vyrovnanosti a informovanosti. Z výsledků práce se potvrzuje, vhodnost svépomocné skupiny jako doléčovacího programu.

Z dotazníkových otázek číslo 29, 32, 14, 28 vyplynulo, že svépomocná skupina anonymních alkoholiků svým členům mění dosavadní životní styl. Členství v této skupině ovlivňuje život lidí ve většině případů z 80 % - 100 %. Tito lidé už na alkoholu nejsou závislí, do skupiny docházejí pravidelně 2 x týdně, o svém problému aktivně hovoří, dá se říct, že jsou to mluvčí a tahouni skupiny, svůj problém si uvědomují, dokáží o něm hovořit a svému problému přizpůsobili svůj životní styl. Lidé, kteří uvádějí, že svépomocná skupina ovlivňuje jejich život z 30 %, jsou stále závislí na alkoholu, skupinu navštěvují 1 x týdně, jsou to spíše posluchači, o svém problému zatím nedokáží před ostatními mluvit. Tito členové svépomocné skupiny jsou ještě z převážné většiny znevýhodněni místem bydliště, které je ve vzdálenosti 30 – 50 km od sídla skupiny. Většina těchto závislých je navíc ještě nezaměstnaná a náklady spojené s dopravou pro ně mohou být jednou z překážek návštěvy této skupiny vícekrát jak jednou týdně. Zde je jasně vidět, že pravidelné návštěvy a ztotožnění se s programem a cílem svépomocné skupiny lidem mění život. Pomáhá jim s bojem proti závislosti. Určitě je důležité, aby se svépomocné skupiny rozšířily do více měst, aby dosažitelnost pro všechny závislé byla přijatelná.

Členové svépomocné skupiny Anonymních alkoholiků mají k dispozici program 12 kroků, kterým se mohou řídit a tento program by jim měl pomoci v abstinenci a jako prevence relapsu. V otázce číslo 21 jsem zjišťovala, jestli vůbec členové skupiny tento

program 12 kroků znají. 77% dotázaných uvedlo, že tento program znají, i když by asi hned a postupně, tak jak tyto kroky za sebou jdou, neodřikli. Zbývajících 23 % má povědomí o existenci tohoto programu, ale co přesně obsahuje, neví. S dodržováním tohoto programu se setkáváme pouze v 67 %. Program má sloužit pouze jako doporučení pro změnu životního stylu. Lidem tento program pomáhá, jak uvedli v dotaznících, především najít přátele jak ve skupině svépomocných alkoholiků, tak umožní těmto lidem začlenit se do nové společnosti například tím, že se začnou zajímat o nové aktivity. Dále jim program pomáhá nalézt životní rovnováhu, dodržovat abstinenci, dotázaní si dokáží díky programu 12 kroků přiznat své chyby a slabosti a pomáhá jim i proti recidivě. I při dodržování programu může dojít k selhání jedince, porušení abstinence a tedy relapsu. Při vyhodnocování otázky číslo 24 jsem musela zohlednit skupinku, která navštěvuje skupinu, ale ještě neabstinuje. Při vyhodnocování této otázky jsem počítala s 23. člennou skupinou abstinentů. Tuto skupinu jsem si dále rozdělila na ty, kteří se program řídí, a ty zbylé. Programem se řídí 19 osob a čtyři osoby program nevyužívají. Z 19 osob, které se programem řídí, přesto u 13 lidí došlo k relapsu. Zbylých 6 osob nadále abstinuje. Čtyři osoby, které se programem neřídí, svoji abstinenci neporušili. Přesto je velmi důležité zdůraznit, že i přes porušení abstinence, členové svépomocné skupiny dále chodí na setkání Anonymních alkoholiků. Zde se jim dostane od ostatních členů emocionální podpory a jejich celková situace se nezhoršuje. Z porušení abstinence se mohou ostatní členové poučit, získat nové informace a nepochybně se nebudou ostýchat, pokud se dostanou do obdobné situace, přijít na sezení a požádat o pomoc.

Dále jsem se v otázce číslo 25 zabývala příčinami relapsu. Nečastěji uváděným důvodem byla touha uniknout z nepříjemné psychické situace a před finančními problémy. Dalšími důvody byly problémy partnerské, rodinné, problémy v zaměstnání a problémy způsobené odvykacím syndromem. Nelze tedy jednoznačně říci, že program 12 kroků u skupiny Anonymních alkoholiků vede k abstinenci. I při dodržování tohoto programu se setkáváme se selháním jednotlivců a dochází k relapsu. Kalina [13] uvádí, že z 16 % dochází k relapsu z důvodu interpersonálních, a z 35% z negativních emočních vztahů, to se v praktické části bakalářské práce potvrdilo.

Z otázky 26 jsem zjistila, že členové svépomocné skupiny zahánějí touhu po droze následujícími způsoby: uvědomění si negativních důsledků porušení abstinence, odvedením pozornosti (četba, psaní deníku), uvědomění si minulých nepříjemných zážitků souvisejících s drogou, uvědomění si výhod abstinence, relaxační techniky, použití léků předepsaných lékařem, odevzdání finančních prostředků jiné osobě a zatelefonují členu Anonymních alkoholiků. Tyto způsoby nefarmakologického zvládní bažení uvádí ve své knize i Kalina [14]. Heller a Pecinovská [11] uvádí, že závislost je nemoc, která člověka ohrožuje na životě, proto prostředky vynaložené do léčby zhodnotíme tím, že investujeme i do doléčování. Proto bych dále doporučovala více se zaměřit na doléčovací programy a spolu s návštěvami Anonymních alkoholiků bych členům doporučila zvolit i další profesionální terapii.

Kalina [14] tvrdí, že náplň denního programu volnočasovými aktivitami je v prevenci relapsu nesmírně důležitá. Tyto aktivity nemají abstinujícím ubírat sílu a nemají se stát stresorem. Z dotazníků vyplynulo, že většina respondentů tráví čas v zaměstnání, pečováním o domácnost, staráním se o domácí mazlíčky, sportem, prací s počítačem a sledováním televize. Z odpovědí se domnívám, že jejich čas není rovnoměrně a vyváženě rozložen. Očekávala bych lepší rozvržení a organizaci dne, kde by pracovní aktivity byly vyváženy relaxací, péčí o rodinu, domácnosti i vlastní osobu. V budoucnu bych se obávala, že u těchto jedinců může dojít k opětovnému relapsu.

## 6 ZÁVĚR

Práce se zabývala svépomocnou skupina Anonymních alkoholiků a jejich vlivem na své členy v prevenci relapsu. Součástí práce byl i popis modelů a léčby závislosti a také i doléčovacími programy, které mají velký vliv na abstinenci a její porušení.

Hlavním cílem práce, bylo zjistit, zda svépomocná skupina Anonymních alkoholiků může dočasně nebo dlouhodobě tvořit součást nedostatečné sítě sociálních vztahů závislých na alkoholu. Dílčím cílem mé práce bylo popsat subjektivní význam svépomocné skupiny Anonymních alkoholiků v prevenci relapsu a popsat přínos svépomocné skupiny pro její členy.

Pro praktickou část své práce jsem zvolila kvantitativní výzkum, metodu dotazníku. Vzorek respondentů tvořilo 30 členů Anonymních alkoholiků. Z výsledku vyplynulo, že svépomocná skupina poskytuje vzájemnou emocionální podporu a sdílení zkušeností. Členové se ve skupině učí řešit problémy, vytvářejí si zde úzké přátelské někteří i rodinné vztahy. Lze říci, že svépomocná skupina tvoří součást sociální sítě závislých na alkoholu. Členové berou skupinu jako vhodný doléčovací program, navštěvují setkání pravidelně, na schůzky přicházejí s pozitivními emocemi a o svých problémech hovoří.

Dále jsem ve své práci zjišťovala, zda členové svépomocné skupiny využívají program 12 kroků a zda jim tento model pomáhá v abstinenci. Výsledkem bylo, že z 30 osob se programem řídí 19 členů z nich však 13 osob mělo relaps. Důvodem porušení abstinence byly nepříjemné psychické situace, finanční, partnerské, rodinné problémy a problémy v zaměstnání.

Tato práce měla otestovat následující 2 hypotézy:

Hypotéza 1: svépomocná skupina Anonymních alkoholiků přináší svým členům pocit sounáležitosti a sociální opory. Hypotéza 1 se potvrdila na základě otázky číslo 19 z dotazníku určeného pro bakalářskou práci.

Hypotéza 2: členové svépomocné skupiny Anonymních alkoholiků, kteří dodržují program 12 kroků, nemají relapsy. Hypotéza 2 se nepotvrdila, vyplynulo to z otázek 22 a 24 z dotazníku.

Výsledky bakalářské práce by mohly být použity pro rozšíření povědomí o svépomocných skupinách v laické veřejnosti. Odborníci z práce mohou čerpat nové poznatky a nadále odkazovat na svépomocné skupiny jako na vhodný doléčovací program v léčbě závislosti. Taktéž je možné bakalářskou práci využít pro účely výuky.



## 7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- [1] ANONYMNÍ ALKOHOLICI. *Adresář skupin*. [online]. 2011 [cit. 2013-1-29]. Dostupné z:  
<<http://www.anonymnialkoholici.cz/setkani/adresar-skupin.html>>
- [2] ANONYMNÍ ALKOHOLICI. *Dvanáct kroků AA* [online]. 2011 [cit. 2013-1-29]. Dostupné z:  
<<http://www.anonymnialkoholici.cz/o-nas/dvanact-kroku.html>>.
- [3] ANONYMNÍ ALKOHOLICI. *Dvanáct tradic AA* [online]. 2011 [cit. 2013-1-30]. Dostupné z:  
<<http://www.anonymnialkoholici.cz/o-nas/dvanact-tradic.html>>.
- [4] ANONYMNÍ ALKOHOLICI. *Historie Anonymních Alkoholiků (AA) v České republice* [online]. 2011 [cit. 2013-1-29]. Dostupné z:  
<<http://www.anonymnialkoholici.cz/o-nas/historie-cr.html>>.
- [5] ANONYMNÍ ALKOHOLICI. *Informace pro veřejnost* [online]. 2011 [cit. 2013-1-29]. Dostupné z:  
<<http://www.anonymnialkoholici.cz/o-nas/pro-verejnost.html>>.
- [6] ANONYMNÍ NARKOMANI. *12 kroků* [online]. 9. 10. 2011 [cit. 2013-2-3]. Dostupné z: <<http://anonymni-narkomani.webnode.cz/a12-kroku/>>.
- [7] ANONYMNÍ NARKOMANI. *Kontakt* [online]. 9. 10. 2011 [cit. 2013-2-3]. Dostupné z: <<http://anonymni-narkomani.webnode.cz/kontakt/>>.
- [8] COHEN, ROBERT M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002, 190 s. ISBN 80-7178-497-4.
- [9] ČABLOVÁ, L. Svépomocné skupiny. *Adiktologie*. 2012, roč. 12, č 2, 161-163 s. ISNB 1213-3841.

- [10] FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 218 s. ISBN 978-80-247-2781-3.
- [11] HELLER, J., PECINOVSKÁ, O. *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnost efektivní léčby*. 1. vyd. Praha: Togga, 2011. 215 s. ISBN 978-80-87258-62-0.
- [12] KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003, 319 s. ISBN 80-86734-05-6.
- [13] KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-6.
- [14] KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 388 s. ISBN 978-80-247-1411-0.
- [15] KATHLEEN, S. *12 kroků: metoda odvykání závislosti*. Praha: Pragma, 1997. 157 s. ISBN 80-7349-011-0.
- [16] KLINIKA ADIKTOLOGIE. *Léčba a následná péče: svépomocné internetové stránky pro uživatele alkoholu* [online]. 2011 [cit. 2013-2-3]. Dostupné z: <<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/1590/>>.
- [17] KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portal, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
- [18] NEŠPOR, K. *Zůstat střízlivý: praktické návody pro ty, kteří mají problém a alkoholem, a jejich blízké*. 1. vyd. Brno: Host, 2006. 236 s. ISBN 80-7294-206-9.
- [19] NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 3. vyd. Praha: Portál, 2007. 170 s. ISBN 978-80-7367-267-6.

- [20] NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Bažení (carving): společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládnání* [online]. [cit. 2013-2-15]. Dostupné z: <<http://drnespor.eu/knizkycz.html>>.
- [21] NEŠPOR, K., MÜLLEROVÁ, M. *Jak přestat brát (drogy): svépomocná příručka* [online]. [cit. 2013-3-16]. Dostupné z: <<http://drnespor.eu/knizkycz.html>>.
- [22] ONDRIAŠOVÁ, M. *Psychiatria: učebnica pre fakulty ošetrovateľstva*. 1. vyd. Osveta: Martin, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-199-9.
- [23] OREL, M. a kol. *Psychopatologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 263 s. ISBN 978-80-247-3737-9.
- [24] PEŠEK, R., KOTRBOVÁ, K., MASÁR, O. Racionální analýza významných faktorů terapeutické účinnosti svépomocného společenství Anonymních alkoholiků. *Adiktologie*. 2005, roč. 5, č. 4, s. 488-501. ISSN 1213-3841.
- [25] PROFOUS, J. *Průvodce alkoholovou závislostí: především pro ženy pijících partnerů*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011. 108 s. ISBN 978-80-7262-820-9.
- [26] REICHEL, J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. vyd. Praha: Grada. 2009. 184 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
- [27] ROTGERS, F. a kol. *Léčba drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 260 s. ISBN 80-7169-836-9.
- [28] SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 317 s. ISBN 80-7367-154-9.
- [29] TRIEZVY PRIESTOR. *O triezvom prostore* [online]. 2011 [cit. 2013-2-5]. Dostupné z: <<http://www.triezvypriestor.net/O-triezvom-priestore.htm>>.
- [30] VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. 3. vyd. Praha: Grada, 2010. 287 s. ISBN 978-80-247-2667-0.

## **8 KLÍČOVÁ SLOVA**

Program 12 kroků

Svépomocná skupina

Relaps

## **9 PŘÍLOHY**

Příloha 1: Dotazník

## Příloha 1: Dotazník k bakalářské práci

Dobrý den,

jmenuji se Pavlína Drábková a studuji na Jihočeské univerzitě. Provádím výzkum pro svoji bakalářskou práci - Význam svépomocných skupin v prevenci relapsu. V tomto dotazníku se zaměřuji na přínos svépomocné skupiny pro její členy. Uvědomuji si, že některé otázky mohou být osobní a důvěrné. Ujišťuji Vás, že dotazník je **ANONYMNÍ** a získaná data budou sloužit pouze pro moji bakalářskou práci, a proto prosím o vyplnění celého dotazníku **PRAVDIVĚ**.

Zatrhněte (nebo jakkoli označte) jednu nebo více možností, která nejvíce odpovídá Vaší skutečnosti. Některé otázky je nutné doplnit slovy. Žádnou položku nevynechejte.

Děkuji za spolupráci

**1) Uveďte prosím, vaše pohlaví**

- A) Žena
- B) Muž

**2) Váš věk v letech: .....**

**3) Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:**

- A) Základní
- B) Učební obor
- C) Střední škola
- D) Vysoká škola

**4) Váš stav:**

- A) Svobodný/á
- B) Ženatý/vdaná
- C) Rozvedený/á
- D) Ostatní

**5) Jste v současné době zaměstnaný nebo jinak výdělečně činný:**

- A) Ano
- B) Ne
- C) Důchod (např. invalidní, starobní)

**6) Jaké drogy nyní užíváte:**

- A) Nyní neužívám (jdi na otázku 8)
- B) Alkohol
- C) Heroin
- D) Marihuanu
- E) Léky
- F) Kokain
- G) Pervitin
- H) Tabák - cigarety
- I) Halucinogeny – extáze, houbičky
- J) Rozpouštědla
- K) Ostatní, uveďte.....

**7) Jak dlouho tyto návykové látky užíváte.....**

**8) Jaké drogy jste užíval/a:**

- A) Alkohol
- B) Heroin
- C) Marihuana
- D) Léky
- E) Kokain
- F) Pervitin
- G) Tabák – cigarety
- H) Halucinogeny – extáze, houbičky
- I) Rozpouštědla
- J) Ostatní, uveďte.....

**9) Jak dlouho jste tyto návykové látky užíval/a.....**

**10) Jakou léčbu závislosti jste podstoupil/a:**

- A) Ne, nepodstoupil/a
- B) Ano:
  - I. Ambulantní léčbu (denní stacionáře, AT ordinace)
  - II. Ústavní léčba (nemocniční oddělení)
  - III. Terapeutická komunita

**11) Kolikrát jste se léčil/a (ambulantní léčba, ústavní léčba, terapeutická komunita): .....**

**12) Uveďte, dobu a drogu, ze které jste se léčil/a (všechna léčení) např. (pervitin 6 měsíců + alkohol 3 měsíce):**

.....

**13) Jste členem svépomocné skupiny Anonymních alkoholiků:**

- A) Ano
- B) Ne

**14) Jak často navštěvujete svépomocnou skupinu Anonymních alkoholiků:.....**

**15) Jak jste se o svépomocné skupině Anonymních alkoholiků dozvěděl/a:**

- A) Rodina
- B) Přátelé, kamarádi
- C) Internet, časopisy
- D) Zařízení pro léčbu závislosti

**16) Jaké osoby Vás, v návštěvě svépomocné skupiny Anonymních alkoholiků podporují:**

- A) Manželka, partner
- B) Rodiče
- C) Sourozenci
- D) Děti
- E) Širší rodina
- F) Přátelé
- G) Kamarádi
- H) Kolegové z práce
- I) Žádné

**17) Kolik osob Vás (přibližně) podporuje v abstinenci (včetně skupiny Anonymních alkoholiků):.....**

**18) Na které osoby se nyní můžete ve svém životě spolehnout (např. při řešení problémů):**

- A) Rodina
- B) Přátelé, kamarádi
- C) Kolegové z práce
- D) Členové svépomocné skupiny Anonymních alkoholiků
- E) Mohu se spolehnout jen sám na sebe

**19) Z jakých důvodů navštěvujete svépomocnou skupinu Anonymních alkoholiků:**

- A) Zbavení se pocitu izolace
- B) Emocionální podpora
- C) Pomoc ostatním členům, mi pomáhá v abstinenci
- D) Učení se řešení problémů
- E) Sdílení zkušeností
- F) Vzájemná podpora
- G) Druzí mi naslouchají



- H) Mám zde přátele, kamarády
- I) Vhodný doléčovací program
- J) Potřeba změny svého života

**20) Jaký je Váš vztah se členy skupiny Anonymních alkoholiků:**

- A) Kamarádský
- B) Přátelský
- C) Rodinný
- D) Neutrální
- E) Ostatní, uveďte.....

**21) Dokážete vyjmenovat/znáte (i když ne zcela přesné znění a pořadí) 12 kroků Anonymních alkoholiků:**

- A) Ano
- B) Ne

**22) Dodržujete program 12 kroků Anonymních alkoholiků:**

- A) Ano
- B) Ne (jdi na otázku č. 25)

**23) Jak konkrétně Vám pomáhá program 12 kroků:**

- A) Dodržuji abstinenci
- B) Nalezení rovnováhy v životě
- C) Duchovní opora
- D) Napravení vztahů
- E) Uznání svých chyb a slabostí
- F) Nalezení přátel
- G) Nemám relaps/recidivu (návrat k užívání drogy)

**24) Porušil/a jste v době, kdy jste navštěvovali setkání Anonymních alkoholiků abstinenci:**

- A) Ano
- B) Ne (jdi na otázku č. 27)

**25) Z jakých důvodů jste porušil/a abstinenci:**

- A) Setkání se s lidmi, které jsem znal, v době kdy jsem užíval drogu
- B) Setkání se s místem, které mám spojené s užíváním drogy
- C) Vzpomínky, na stavy, které droga přinášela
- D) Partnerské, rodinné problémy
- E) Problémy finanční
- F) Problémy v zaměstnání
- G) Touha uniknout z nepříjemné psychické situace (stres, úzkost, hněv)
- H) Problémy způsobené odvykacím syndromem
- I) Ostatní uveďte .....

**26) Jakými způsoby „zaháníte“ touhu po droze:**

- A) Uvědomím si negativní důsledky porušení abstinence
- B) Odvedu pozornost (četbou, hudbou, píšu deník nebo dopis, vařím, dám si sprchu,...)
- C) Uvědomím si minulé nepříjemné zážitky související s drogou
- D) Uvědomím si výhody abstinence
- E) Tělesné cvičení, sport, tělesná práce
- F) Spánek nebo odpočinek
- G) Hovořím s jinými o pocitech
- H) Relaxační techniky (jóga)
- I) Využívám talismanů, symbolů připomínající abstinenci
- J) Použiji léky předepsané lékařem
- K) Někomu odevzdám peníze
- L) Sám někomu nabídnu pomoc
- M) Zatelefonuji nebo se sejdou se členem Anonymních alkoholiků
- N) Ostatní uveďte .....

**27) S jakými pocity (nejčastěji) přicházíte na setkání Anonymních alkoholiků:**

- A) Úzkost
- B) Nejistota
- C) Izolace
- D) Opuštění
- E) Vyrovnanost
- F) Klid
- G) Pohoda
- H) Radost
- I) Očekávání
- J) Ostatní, uveďte .....

**28) Uveďte, jak často hovoříte na setkání Anonymních alkoholiků:.....**

**29) Do jaké míry (v procentech – maximum 100%) ovlivňuje Váš současný život členství ve skupině Anonymních alkoholiků:.....**

**30) S jakými pocity (nejčastěji) odcházíte ze setkání Anonymních alkoholiků:**

- A) Uvolnění
- B) Porozumění
- C) Vyrovnanost
- D) Informovanost
- E) Rozladění
- F) Vyčerpanost
- G) Naštvaný
- H) Zoufalství
- I) Ostatní, uveďte.....

**31) Uved'te, běžnou náplň vašeho dne:**

.....  
.....

**32) Uved'te a zdůvodněte, zda Vám vyhovují místa, časy a pravidelnost schůzek  
Anonymních alkoholiků:**

- A) Ano, vše mi vyhovuje
- B) Ne, nevhovuje mi místo, protože

.....  
.....

- C) Ne, nevhovuje mi čas schůzek, protože

.....  
.....

- D) Ne, nevhovuje mi četnost schůzek, protože

.....  
.....

**Děkuji za vyplnění!**