

**Univerzita Karlova v Praze  
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví  
Studijní obor: Adiktologie



**Zdeňka Hlavatá**

Svépomoc jako součást pomoci při úzdavě závislých na alkoholu a dalších  
návykových látkách.

Self-help as a Part of Recovery for Alcohol Users and Other Addictive  
Substances.

**Bakalářská práce**

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Roman Gabrhelík Ph.D

**PRAHA 2011**

Identifikační záznam:

Zdeňka Hlavatá. Svépomoc jako součást pomoci při úzdavě závislých na alkoholu a dalších návykových látkách [ Self - help as a Part of Recovery for Alcohol Users and Other Addictive Substances]. Praha 2011, str. 45, 8 tabulek, 7 grafů, 3 přílohy. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze 1, 1. lékařská fakulta . Centrum adiktologie . Vedoucí závěrečné práce Mgr. Roman Gabrhelík PhD.

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze 8. srpna 2011

Zdeňka Hlavatá

## PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu práce Mgr. Romanu Gabrhelíkovi PhD. za vedení bakalářské práce a také za jeho podporu a cenné připomínky.

Dále také odborníkům i klientům, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření.

Také patří můj dík rodině za podporu a pomoc při studiu.

# **Svépomoc jako součást pomoci při úzdravě závislých na alkoholu a dalších návykových látkách**

## **Obsah:**

<b>1. Úvod.....</b>	<b>7</b>
<b>1.1. Cíle práce obecně.....</b>	<b>7</b>
<b>1.2. Výzkumné cíle .....</b>	<b>7</b>
<b>2. Teoretická část.....</b>	<b>9</b>
<b>2.1. Stručný přehled systému péče o uživatele návykových látek a jeho složky.....</b>	<b>9</b>
<b>2.2. Historie vzniku svépomocných skupin .....</b>	<b>10</b>
<b>2.3. Historie vzniku svépomocných skupin v naší zemi.....</b>	<b>11</b>
<b>2.3.1. Model 12 kroků, 12 tradic.....</b>	<b>13</b>
<b>2.3.2. Mechanismy příznivého působení AA.....</b>	<b>16</b>
<b>2.4. Charakteristika svépomoci, svépomocné programy, svépomocné skupiny a jejich znaky.....</b>	<b>17</b>
<b>2.4.1. Charakteristika svépomoci.....</b>	<b>17</b>
<b>2.4.2. Svépomocné programy.....</b>	<b>17</b>
<b>2.4.3. Svépomocné skupiny – znaky.....</b>	<b>18</b>
<b>2.4.4. Organizace vzniklé po vzoru Anonymních alkoholiků.....</b>	<b>19</b>
<b>2.4.5. Internetové možnosti a svépomoc u uživatelů návykových látek.....</b>	<b>20</b>
<b>2.4.6. Význam, využití a efektivita svépomocných systémů u závislých na alkoholu a dalších návykových látkách.....</b>	<b>21</b>
<b>2.4.7. Svépomocné organizace a AA z pohledu klientů a odborníků.....</b>	<b>24</b>

<b>3. Praktická část.....</b>	<b>26</b>
<b>3.1. Metoda výzkumu.....</b>	<b>26</b>
<b>3.2. Cíl výzkumu.....</b>	<b>26</b>
<b>3.3. Stanovené hypotézy.....</b>	<b>27</b>
<b>3.4. Vybrané léčebny jednotlivých regionů.....</b>	<b>27</b>
<b>3.5. Respondenti dotazníkové studie.....</b>	<b>28</b>
<b>3.6. Nástroje sběru dat.....</b>	<b>29</b>
<b>3.7. Zpracování.....</b>	<b>29</b>
<b>3.8. Výsledky.....</b>	<b>29</b>
<b>3.9. Diskuse, závěr.....</b>	<b>39</b>
<b>3.10. Použitá literatura.....</b>	<b>43</b>

#### **Přílohy**

**Příloha č. 1. Dotazník pro klienty**

**Příloha č. 2 Dotazník pro personál**

**Příloha č. 3 Souhlasy Etických komisí**

Abstrakt:

Bakalářská práce je zaměřena na význam svépomoci a její součást při úzdavě závislých na alkoholu a dalších návykových látkách. Svěpomoc je chápána jako snadno dostupný zdroj pomoci, podpory, předávání množství zkušeností, předávání informací a způsobů k obnově zdraví nebo alespoň upevnění zdravotního stavu. Teoretická část se zabývá vznikem a vývojem českého modelu svépomocných systémů, popisuje jejich využití a význam. Praktická - výzkumná část zpracovává získané údaje pomocí kvantitativního výzkumu – formou dotazníků s hlavním záměrem zhodnotit míru integrace a podpory svépomocných systémů do léčby závislých na alkoholu a dalších návykových látkách. Práce poskytuje informace o svépomoci jako důležité součásti pomoci při úzdavě závislých na alkoholu a dalších návykových látkách, nabídce, propojenosti a možnosti využití svépomocných skupin a systémů např. pod záštitou léčeben. Nabízí svěpomoc jako snadno dostupný zdroj pomoci, podpory, předávání množství zkušeností a způsobů k obnově zdraví nebo alespoň upevnění zdravotního stavu.

Klíčová slova: svépomocné organizace, svépomocné systémy, závislost, návykové látky, Anonymní Alkoholici, pomoc, úzdava

Abstract:

This thesis is focused on the function of self-help and it's part in recovery of users of alcohol and other substances . Self-help is introduced as a easy available source of help, support, experience, information and meaning of health-recovery or just a health fixation. The theoretical part covers the beginning and development of the Czech self-help models, describes its use and sense. The practical/investigational part handles the aquired data using quantitative research – questionnaires with the main purpose to evaluate the integration and support level of self-help systems into the recovery for alcohol users and users of other addictive substances. The thesis puts up information abot self-help as a part of recovery for alcohol users and users of other addictive substances, the offer, connection and possibility to utilize the self-help groups and systems e.g. under the auspices of medical institutions. The thesis offers self-help as a easy available help source, support, experience, information and meaning of health-recovery or just a health fixation.

Keywords: self-help organizations, self-help systems, dependence, addictive substances, AA, help, recovery

## **1. Úvod**

Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala téma „Svépomoc jako součást pomoci při úzdravě závislých na alkoholu a dalších návykových látkách“. Téma svépomoci je v uceleném modelu systému péče o uživatele návykových látek závislých z mého pohledu důležité a možná ne zcela nabízené, nebo využívané a proto se na něj i zaměřuji.

Teoretická část popisuje obecnou část - vznik a vývoj českého modelu svépomocných systémů a dále se zaměří na jejich význam (např. uvědomělé pomáhání druhému ve formě pomoci sobě samému), jejich využití, efektivitu přístupu.

V praktické části bude provedeno, popsáno a vyhodnoceno výzkumné šetření formou dotazníkové studie, která bude použita pro léčebny v regionu hlavního města Prahy, Ústeckého kraje, Středočeského kraje, Plzeňského kraje, Jihočeského kraje a Hradeckého kraje.

Celkově je práce zamýšlena jako pilotní studie, tedy studií, která na relativně malém vzorku osob a v omezeném časovém úseku ověřuje proveditelnost plánované studie ještě před její realizací (učebnice.euromise.cz).

### **1.1. Cíle práce**

Cílem pilotní práce je poskytnutí informací o svépomoci, která je z mého pohledu důležitou součástí úzdravy závislých na alkoholu a dalších návykových látkách, ať už jako snadno dostupný zdroj pomoci, podpory, předávání množství zkušeností a způsobů k obnově zdraví, či alespoň upevnění zdravotního problému. Každý si může zvolit podle toho, co jemu samotnému vyhovuje, co je mu blízké a sdružování lidí se stejným problémem již samotnému člověku může pomoci jen uvědoměním si, že stejný problém nemusí mít jen on sám, ale spoustu lidí okolo. Nabídnout svépomoc jako podpůrný článek, kdy má člověk možnost naslouchat druhým se stejným problémem, popovídat, podpořit sebe i druhé, nebýt s problémem sám, popřípadě i jako prevenci relapsu, prostředek k vytvoření nového životního stylu, socializace, možnosti kontaktu v kritických obdobích, výměny zkušeností a vzájemné pomoci v nelehkých životních situacích a jako významného faktoru, který může napomoci k úzdravě závislých na alkoholu či jiných návykových látkách.

### **1.2. Výzkumné cíle**

Pro praktickou část jsem zvolila kvantitativní metodu výzkumu – dotazníkovou studii, a to jednak pro personál léčeben v České republice a jednak pro samotné klienty ve dvou

pražských léčebnách. Mezi výzkumné cíle jsem zařadila získání informací o míře integrace a podpory svépomocných aktivit do léčby závislých na alkoholu a dalších návykových látkách, zmapování současné nabídky svépomocných organizací a aktivit v Čechách, dále informovanost klientů o svépomocných systémech a organizacích v jednotlivých regionech a faktory, podle kterých volí výběr svépomocných systémů a aktivit. Stejně tak jsem se zaměřila na personál jednotlivých léčeben, jaké mají názory a informace ohledně svépomoci u závislých, zda klienty informují o možnosti využívání svépomocných systémů a organizací jakou mají představu o využívání svépomoci, jejich názory na využití u mužů, žen, jednotlivých věkových kategorií a kteří uživatelé jednotlivých návykových látek svépomoci spíše využívají.



## 2. Teoretická část

V České republice je nastaven celkem pevný systém léčby závislostí, ale bohužel i tak se zdá, že je neustále některých služeb a zařízení stále nedostatek.

Jako jedna z vhodných alternativ pro klienty, kteří mají problém s alkoholem či jinou návykovou látkou, ať už klienti, kteří se nikde neléčili, či klienti, kteří nějakou léčbu absolvovali by mohly být vhodnou pomocí svépomocné organizace a svépomocné skupiny, které by mohly dobře vyplňovat různé nedostatky nebo mezery v léčebném systému, či některé jiné svépomocné aktivity. V České republice jsou nejvíce rozšířené svépomocné skupiny, které využívají modelu 12 kroků, jsou v každém větším městě, na internetu mají své webové stránky, kde jsou uvedeny kontakty na zástupce skupin, kteří dotyčného mohou informovat a nasměrovat v případě jeho zájmu. Podstatné pro tyto svépomocné skupiny je touha nebo přání přestat užívat návykové látky, společný problém mužů a žen, kteří se navzájem dělí o zkušenosti, síly a naděje, aby mohli řešit svůj problém a pomáhat i ostatním uzdravovat se.

### 2.1. Stručný přehled systému péče o uživatele návykových látek a jeho složky

Ještě před tím, než se začnu věnovat historii vzniku samotných svépomocných systémů, bych ráda ve stručnosti uvedla jednoduchý přehled základního typu služeb pro uživatele návykových látek, které jsou v ČR pro uživatele dostupné.

Prvním článkem systému péče jsou **terénní programy**, jejichž cílovou populaci tvoří klientela, která není v kontaktu s žádnými sociálními, zdravotními či výchovnými institucemi (Richterová-Těmínová 2008). Hlavními specifiky je jednak místo, kde je služba poskytována (ulice, veřejné prostory) a jednak přístup, kdy terénní pracovník sám aktivně vyhledává a oslovuje potenciální klienty. Tato služba a ještě nízkoprahová kontaktní centra se řadí spíše mezi specifické služby spíše pro problémové uživatele nelegálních drog, než-li alkoholu.

Mezi další se řadí **nízkoprahová kontaktní centra**, která poskytují včasnou intervenci, poradenství, krizovou intervenci, zdravotní a sociální poradenství, služby harm reduction (i anonymně) uživatelům návykových látek (Richterová Těmínová 2008), **detoxifikační jednotky** ke zvládnání odvykacích stavů a intoxikací návykovou látkou (Richterová Těmínová 2008), **substituční léčba**, jejíž podstatou je nahrazení ilegálně získávané návykové látky (Richterová Těmínová 2008), **ambulantní léčba**, kdy klient dochází v pravidelných intervalech do zařízení na předem nekontrahovanou službu (Richterová Těmínová 2008), **denní stacionář** je ambulantní zařízení s intenzivním strukturovaným programem (Richterová Těmínová 2008) a jak uvádí Kalina (2003, s.179) „ je typickým zařízením na poloviční cestě

mezi běžnou ambulantní péčí a péčí ústavní, mezi domovem a institucí“ využívající mnoha prvků z terapeutických komunit, kdy klienti docházejí do zařízení denně a večery a víkendy jsou v přirozeném prostředí.

Mezi další části se řadí **střednědobá ústavní léčba** pod jejímž pojmem rozumíme rezidenční léčbu ve zdravotnických zařízeních, kde doba léčby trvá 3-6 měsíců (Richterová Těmínová 2008), **terapeutické komunity**, které jsou jak uvádí Kratochvíl ( 1979, str.199) „*zvláštní formou intenzivní skupinové psychoterapie, kde klienti, většinou různého věku, pohlaví a vzdělání, spolu určitou dobu žijí a kromě skupinových sezení sdílejí další pracovní program s pracovní a jinou různorodou činností, což umožňuje, aby do tohoto malého modelu společnosti promítali problémy ze svého vlastního života, zejména své vztahy k lidem*“, **doléčovací programy**, což jsou ambulantní zařízení, která se zaměřují na udržení změny chování a životním způsobu klienta, které získal během léčebného procesu či abstinence (Richterová Těmínová 2008).

Významnou a důležitou součástí jsou pak i další zařízení a služby, které jsou zaměřené na bydlení a zaměstnávání klientů, např. různé formy chráněného bydlení, chráněné dílny, které přispívají k integraci klientů do normálního života.

## **2.2. Historie vzniku svépomocných skupin**

První svépomocná organizace pro lidi, kteří mají problém s alkoholem a chtějí je překonat, vznikla v roce 1935 v USA a působí v mnoha zemích světa. Svépomocné skupiny se datují od vzniku organizace Anonymních alkoholiků tzv. „AA“.

Zárodkem vzniku Anonymních alkoholiků se stalo setkání dvou mužů: lékaře Roberta Smitha a obchodního agenta Wiliama Wilsona, kteří se svým pitím dostali až na dno a vyzkoušeli oba různé možnosti, jak přestat pít. Setkání těchto mužů trvalo déle než šest hodin. Od té chvíle doktor Bob abstinoval 15 let, s výjimkou 1 recidivy. Jeho přítel Bill abstinoval od té doby 37 let. „*Lékař později na tu první schůzku vzpomínal: „Bill byl první člověk, s nímž jsem si mohl vyprávět o alkoholismu jako s nikým jiným předtím. Věděl, o čem mluvím a věděli jsme to oba z vlastní zkušenosti*“ uvádí Bútora ( 1991, str. 70).

Toto setkání bylo zárodkem organizace Anonymních alkoholiků, která se od té doby nebývale rozrostla, zaujala významné místo v léčbě a doléčování alkoholismu a stala se předobrazem desítek podobných skupin ( Bútora 1991).

Jak uvádí Nešpor (2011, str. 104) „*Doba vzniku je důležitá z více důvodů. Anonymní alkoholici vznikli dlouho před tím, než se objevily první terapeutické komunity, i před tím, než se začala při léčbě návykových nemocí šířejí používat skupinová terapie. Bez nadsázky lze říci, že*

*Anonymní alkoholici předběhli svoji dobu, a tím lze také vysvětlit nepochopení ze strany odborné veřejnosti, jemuž byli zpočátku vystaveni. “*

Anonymní alkoholici AA je společenství mužů a žen, kteří spolu vzájemně sdílejí své zkušenosti, sílu a naději, že mohou vyřešit svůj společný problém a pomoci k uzdravení ostatním k uzdravení z alkoholismu. Jediným požadavkem členství je touha přestat pít. Členové AA neplatí žádné poplatky nebo členské příspěvky (AA, 1996)

AA je organizace soběstačná z vlastního přispění, díky vlastním dobrovolným příspěvkům. Není spojena s žádnou sektou, církví, politickou organizací nebo institucí, nepřeje si zaplést se do jakékoliv rozepře, ani nepodporuje žádné veřejné záležitosti ani proti žádným veřejným záležitostem nebojují. Prvotním a hlavním cílem je zůstat střízliví a pomáhat ostatním alkoholikům ke střízlivosti (AA, 1996).

Anonymní alkoholici je celosvětové svépomocné hnutí (nikoliv jediná organizace) zahrnující lidi, kteří mají problémy s alkoholem či jinými návykovými látkami nebo obecně se zdraví škodlivými návyky, a chtějí je překonat (Vobořil, Kalina 2003).

### **2.3. Historie vzniku svépomocných skupin v naší zemi**

Organizace Anonymní alkoholici působí krom USA, v okolních zemích a v zemích Evropské Unie i v České republice a určitě ovlivnila, nebo spíše inspirovala vznik různých socioterapeutických klubů.

Vzhledem k tehdejšímu totalitnímu režimu v naší zemi bylo skoro zapovězeno o užívání jakýchkoliv drog mluvit, či je nějak medializovat. Tehdejší Československo bylo pod tíhou tehdejších politiků v silném tlaku a témata o tom, že by u nás byly užívány drogy, byla v podstatě tabuizována.

Totalitní režim shledával požívání alkoholu jako něco „těžko akceptovatelného“. Po pádu komunistického režimu musely narychlo začít některé intervence. Do té doby byla svépomoc pro drogově závislé skoro nelegální a nahlížena jako aktivita proti komunistickému režimu (Gabrhelík, Miovský 2009).

V České republice má hlavní podíl na vzniku svépomocných skupin zakladatel české adiktologie a významná osobnost české psychoterapie doc. MUDr. Jaroslav Skála CSc., který „v roce 1948 založil oddělení pro léčbu závislostí (Apolinář), který vedl do r. 1982“ uvádí Popov (2008, str. 2).

První svépomocné organizace pro alkoholiky vznikaly podle Skály již v obrozenecké době v 19. století, kdy vznikaly tzv. spolky střízlivosti jako forma pomoci sedlákům, kteří nevěděli co počít s nabytou svobodou po zrušení nevolnictví a propíjeli své vlastní grunty (Nevšímal, 2004).

Právě Skála po účasti 1. poválečné konference o alkoholismu v Bruselu začal studovat novinky v odborné literatuře týkající se problematiky alkoholismu. Jak uvádí Popov (2008, str.4) Skála „...narazil na informace o společenství Anonymních alkoholiků, kteří od r. 1935 vyvíjeli činnost v USA“.

Klub lidí usilujících o střízlivost - KLUS- byl inspirován formou svépomoci a myšlenkami amerických Anonymních Alkoholiků, zejména usilováním o střízlivost a jeho založení tak předcházelo vlastnímu založení protialkoholního oddělení „ U Apolináře“ (Popov, 2008) Myšlenkou bylo sdružování pacientů a absolventů odvykací léčby.

5. února 1948, několik dní před nastolením totalitního režimu, založil Skála socioterapeutický klub pojmenovaný Klus (Klub léčených u Skály) pro pacienty a ty, kteří již dokončili léčbu, později byl přejmenován na Klub lidí usilujících o střízlivost (Gabrhelík, Miovský, 2009).

V České republice tak vznikl 1. socioterapeutický klub a podstatným rozdílem AA a KLUSU spočíval v začlenění klubu v léčebném zařízení i ve vedení klubu, na kterém se podíleli zpočátku terapeuti a později i samotní bývalí pacienti. Setkávání abstinujících pacientů na KLUSu probíhá dodnes, přibližně 1x měsíčně a navštěvovat jej mohou i pacienti, kteří jsou právě v léčbě.

KLUS však nemůže být považován za čistě svépomocný program, ale jak uvádí Gabrhelík a Miovský (2009) za „kvazisvépomocný“, který se vztahuje na proces vytváření skupiny a je silně ovlivněn tzv. expertním přiblížením a ve kterém je prvek svépomoci, i když použitý, vedlejší aktivitou“.

Kluby sdružující abstinující závislé vznikaly na různých místech republiky a postupně se vytvořila významná síť socioterapeutické pomoci (Heller, 1996).

Po apolinářském vzoru vznikaly další podobné kluby opět většinou při léčebných zařízeních (ať už ambulantních, nebo ústavních). Po listopadu 1989 se bohužel počet nových socioterapeutických klubů nezvýšil, ale naopak snížil (Nešpor 2011).

Dalším bodem, který zaujímá důležité místo rozvoje svépomoci v naší zemi je například svépomocná organizace pro ženy závislé na alkoholu nebo jiných drogách nazvaná Pavučina. Vzájemná pomoc v této organizaci se opírá o vyšší odpovědnost nejen za sebe, ale i za druhé, klade velký důraz na vytváření dvojic, nebo trojic žen se vzájemnou důvěrou možnostmi si pomoci. V průběhu roku 1988 se vytvořily dvě spolupracující skupiny pacientek v ambulantní

formě skupinové psychoterapie v Praze a v Bratislavě a spojením těchto dvou skupin a na hromadné opakovací kúře v rámci doléčovacího programu vzešla myšlenka na systematické rozvíjení spolupráce a založení ženské svépomocné organizace pro závislé, základními centry Pavučiny je Praha a Bratislava. V současné době tvoří členky Pavučiny síť, rozloženou po celé naší republice.

Členkou Pavučiny se může stát každá žena, která alespoň 12 měsíců abstinuje a je ochotna zveřejnit svou adresu, nebo telefonní číslo v adresáři Pavučiny, které má k dispozici každá členka a dále pacientky v apolinářské léčebně, aby si mohly vybrat kontakt na členku Pavučiny, která žije blízko ní a může jí pomoci překonávat adaptační potíže v období po léčbě, mezi další cíle pak patří pomoc členkám i komukoliv v krizové situaci, v době recidivy abúzu, nebo v kritických obdobích závislosti. Pro abstinující ženy je místem kontaktů a možností výměny svých zkušeností (Pecinová, 1996).

Organizace Pavučina tak přispívá k socializaci svých členek v prostředí, které k nim může mít odmítavý postoj. Obzvláště ženy závislé na alkoholu jsou v podstatné větší míře odmítány a jejich sociální dluh vůči rodině zdůrazňován.

Pavučina je registrována jako občanské hnutí, má své konto, z něhož se např. přispívá na náklady s doléčováním sociálně slabším pacientkám, vydává svůj časopis a své webové stránky.

Socioterapeutické kluby mohou poskytovat jejich účastníkům mnohé výhody. Primárním cílem je především pomoc udržet si střízlivost, dobře fungující klub může nahradit chybějící, nebo nedostatečnou síť sociálních vztahů (např. u lidí, kteří se v souvislosti s překonáváním závislosti rozešli s rodinou, nebo zůstali osamělí), socioterapeutické kluby při ambulantním, nebo léčebném zařízení mohou být samozřejmě i významným faktorem pro pacienty, kteří právě prochází léčbou a mohou tak i podpořit i jejich motivaci k léčbě. Význam klubů pod záštitou léčebny má i pro samotné pracovníky, kteří mají možnost se s abstinujícími setkávat, což může podpořit jejich sebedůvěru a motivaci k jejich práci.

Paleta klubové činnosti může být značně široká, nejedná se pouze o setkávání abstinujících závislých po programy, kterých se může zúčastnit s celou rodinou, nebo přáteli např. výlety, tábory, splutí řeky (Pecinová 1996).

### **2.3.1. Model 12 kroků, 12 tradic**

Nyní pro upřesnění a ujasnění uvedu v níže uvedeném odstavci formulaci textu 12 kroků a 12 tradic AA. Jak uvádí Nešpor (2006, str.66) „zakladatelé organizace AA byli lidé věřící“.

Obsahem většiny z 12 kroků AA jsou jisté spirituální principy, které nabádají alkoholika k hledání nového smyslu života, k pokoře, sebezpytování, odevzdání některých jeho problémů do rukou Boha, jak on sám Ho chápe (Pešek et al., 2005).

Hnutí AA začleňuje do své filosofie určité duchovní principy a pracuje s modelem svépomocných skupin (Vobořil, Kalina 2003).

To se projevilo i při formulaci následujícího textu. Bohem nebo „silou větší než naše“ se v dnešní době také často rozumí síla tradice, zkušenosti, které se při překonávání nashromáždily, duch pospolitosti, který při vzájemné pomoci vzniká apod. Anonymní alkoholici se rozhodně neváží k určitému náboženství, mezi nimi jsou i četní ateisté (Nešpor, 2011).

### **2.3.1. Program Anonymních alkoholiků**

Program Anonymních alkoholiků je založený na 12 krocích a 12 tradicích. Tyto terapeutické zásady jak uvádí Masár (2005, str.491) „*byly sepsány prvními členy AA na základě jejich osobní zkušenosti z abstinence*“.

„12 TRADIC Anonymních alkoholiků obsahuje podle AA ty nejlepší odpovědi na naléhavé otázky jako „Jak mohou AA nejlépe pracovat?“ a „Jak mohou AA zůstat jednotní a díky tomu přežít“, jaké jsme získali vlastní zkušeností (AA, 1996).

#### **Dvanáct kroků:**

1. Přiznali jsme si svoji bezmocnost vůči alkoholu – naše životy začaly být neovladatelné.
2. Dospěli jsme k víře, že síla větší než naše obnoví naše duševní zdraví.
3. Rozhodli jsme se předat svoji vůli a svůj život do péče Boha tak, jak ho sami chápeme.
4. Provedli jsme důkladnou a nebojácnou inventuru sami sebe.
5. Přiznali jsme Bohu, sami sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých chyb.
6. Byli jsme zcela svolní s tím, aby Bůh odstranil všechny tyto naše charakterové vady.
7. Pokorně jsme ho požádali, aby naše nedostatky odstranil.
8. Sepsali jsme listinu lidí, kterým jsme ublížili a kterým to chceme nahradit.
9. Rozhodli jsme se provést tyto nápravy ve všech případech, kdy situace dovolí, s výjimkou, kdy toto počínání by toto počínání jim, nebo jiným uškodilo.

10. Pokračovali jsme v provádění morální inventury, a když jsme udělali chybu, pohotově jsme ji přiznali
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 a v důsledku toho jsme projevíli snahu předávat toto poselství ostatním alkoholikům a uplatňovat tyto principy ve všech svých záležitostech.

### **Dvanáct tradic:**

1. Naše společné blaho by mělo být na prvním místě, osobní uzdravení závisí na jednotě AA.
2. Pro účel naší skupiny existuje pouze jedna konečná autorita – milující Bůh, tak jak se sám vyjadřuje v našem skupinovém svědomí. Naši vedoucí jsou pouze spolehliví služebníci, kteří však nevládnou.
3. Jediným požadavkem pro členství v AA je touha přestat pít.
4. Každá skupina by měla být autonomní s výjimkou případů, které ovlivňují ostatní skupiny, nebo AA.
5. Každá skupina má pouze jediný primární účel – přinášet své poselství alkoholikovi, který stále trpí.
6. Skupina AA by nikdy neměla podporovat, financovat ani propůjčovat jméno AA jakémukoliv příbuznému zařízení, nebo vnějšímu podnikání, aby nás problémy peněz, majetku a prestiže neodchýlily od našeho primárního účelu.
7. Každá skupina AA by měla být plně soběstačná a odmítat vnější příspěvky.
8. AA by se nikdy neměli stát profesionálními, i když naše servisní centra mohou zaměstnávat specialisty.
9. AA jako takové by nikdy nemělo být organizováno, ale my můžeme vytvořit servisní výbory nebo komise, přímo zodpovědné těm, kterým slouží.
10. AA nemají názory na vnější otázky, proto by jméno AA nikdy nemělo být vtaženo do veřejného sporu.
11. Naše zásady veřejných vztahů jsou založeny spíše na přitažlivosti než na propagaci, my vždy potřebujeme udržovat osobní anonymitu na úrovni tisku, rozhlasu a filmu.
12. Anonymita je spirituálním základem všech našich tradic, vždy nám připomínající, abychom kladli principy před osobnosti.

### 2.3.2. Mechanismy příznivého působení AA

Účastníci AA si mezi sebou sdělují své zkušenosti, rozebírají osobní život, radí se jak zvládat deprese, úzkosti, vztek, problémy, osamělost.

Přehled některých mechanismů, kterými lze částečně vysvětlit příznivé působení AA popisuje Nešpor (2002).

Patří sem především:

- změna a posílení sítě sociálních vztahů – důležité pro ty účastníky, kteří mají rizikové známé, některým osamělým závislým lidem poskytuje organizace zdroj pro seznámení s novými lidmi, zdroj podpory, než si vytvoří nové mezilidské vztahy
- učení se užitečným psychologickým a sociálním dovednostem – účastníci mají možnost naučit se dovednostem zvládnání, především sem patří dovednosti týkající se překonání cravingu (bažení), životního stylu, emočních stavů a interpersonálních problémů
- soustavné posilování motivace – klient, který začíná abstinovat zde nachází pozitivní modely, které může napodobovat, naproti tomu i ti, kdo abstingují déle jsou pozitivně motivováni respektem, které jejich abstinence vyvolává
- urychlení procesu přijetí problému – usnadňuje překonání popírání problému s alkoholem
- oslabení pocitu stigmatizace - klient zjišťuje, že problémy nemá sám, ale i mnoho jiných
- nižší míra stresu - používání adaptivních způsobů zvládnání stresu, vyhledání včasné pomoci a podpory u rodiny, nebo přátel

Uvedený přehled není jistě zcela úplný, ale je z něj patrné, že Anonymní Alkoholici jsou kompatibilní s řadou léčebných modalit a kombinace s jinými léčebnými postupy by mohla být pro klienty účinná.



## **2.4. Charakteristika svépomoci, svépomocné programy, svépomocné skupiny a její znaky**

V následujících odstavcích se pokusím o charakteristiku svépomoci, svépomocných programů a svépomocných skupin

### **2.4.1 Charakteristika svépomoci**

Myšlenka svépomoci je vlastně jen uvědomění si naprosto spontánní reakce nejen člověka, ale i zvířete. V případě pocitu ohrožení se člověk spontánně sdružuje a nebezpečí ve skupině snadněji snáší. Uvědomělé pomáhání druhému ve formě pomoci sobě samému je již výsledkem uvědomělé činnosti. V současné době je u nás vytvořen prostor ke sdružování lidí, které ohrožuje společné nebezpečí. Konečně tak vzniká prostor pro vlastní aktivitu a především zodpovědnost lidí. I u závislostí k tomuto posunu dochází a zde je to velice důležité, neboť droga u člověka maže právě aktivitu a zodpovědnost (Pecinovská 1996).

Určitě nikde na světě nenabízí svépomoc „záračný recept“, ale může ukázat alternativní nabídku a návod ke zlepšení osobního zdraví s nabídkou zdravého životního stylu, popřípadě i zlepšení celospolečenského zdraví.

Kalina (2003, str. 84) například uvádí smysl a význam svépomoci v oblasti drogového užívání a závislostí takto: *„V nejširším slova smyslu se termín „svépomocné aktivity“ nebo „svépomocné programy“ týká podpory, kterou může uživatel drog získat mimo formální péči, když se pokouší buď abstinovat od drog, nebo redukovat rizika spojená s jejich užíváním, v užším slova smyslu se tento termín a tato metoda používá pro velmi konkrétní programy jako je hnutí Anonymních Alkoholiků, nebo Anonymních Narkomanů“.*

Různé techniky a intervence svépomocného charakteru používá celá řada zařízení od terénních programů až po lůžková zařízení. V terapeutických komunitách je běžné, že celá řada denních programů jsou v „režii“ samotných klientů (Vobořil, Kalina 2003), stejně tak i v lůžkových zařízeních léčby závislostí.

### **2.4.2 Svépomocné programy**

*„Termín „ svépomocné programy“ označuje celou řadu různých druhů aktivit. Ve vyspělých zemích je to jeden z nejběžnějších způsobů intervence u osob, které se ocitnou v nejrůznějších psychologicky těžkých životních situacích“* uvádí Vobořil a Kalina (2003, str. 84). Jako příklad se dají uvést například těžká nemoc, úmrtí blízkého, sexuální či jiné zneužívání, duševní nemoci a podobně. V řadě zemí je běžná nabídka svépomocných skupin lidí se stejným problémem. Stejný problém může lidi sbližovat a pomáhat jim ve zvládnutí onoho

problému. Ve skupinách mají možnost se svěřit, mají možnost být „vyslechnuti“, je zde možnost výměny zkušeností a neméně podporující součástí je podle mě i zjištění, jak se lidé se stejným problémem vypořádávají, zvládají, jak se s „tím“ dá žít, vždyť někdy právě problémy lidi sblíží i především proto, že na ně nejsou „sami“.

V oboru užívání drog a problémů závislostí je tento způsob intervence považován za jeden z nejúčinnějších nástrojů a zahrnuje opět velmi široký rámec nejrůznějších druhů a způsobů aktivit (Vobořil, Kalina 2003).

Například Vymětal (2000, str. 438) uvádí: *„do oblasti svépomocných aktivit patří i skupiny, kluby, programy organizované příbuznými duševně nemocných pro sebe navzájem. V prostředí vzájemnosti, důvěry a podpory mohou rodinní příslušníci sdílet těžkosti spojené s faktem duševní nemoci v rodině, zkušenosti ze zvládání nejrůznějších situací“*.

### **2.4.3 Svěpomocné skupiny – znaky**

Lidé ve svépomocné skupině často pomáhají druhým i proto, že očekávají, že ostatní pomohou jim. Pomoc jinému má často charakter „reciprocity na pokračování“ ("serial reciprocity"), což znamená, že získaná pomoc se časem vrací, a to některému jinému členu skupiny, který jí právě potřebuje např. nově příchozímu (Bútora 1991).

*„Při uskutečňování role „pomáhajícího“ se dotyčný zároveň učí jednání, které se považuje za žádoucí, které skupina oceňuje. Nadto přesvědčováním jiných člověk vlastně přesvědčuje sám sebe, nejlepší způsob, jak se něco naučit, je učit to někoho jiného“* uvádí Bútora (1991, str. 41).

Richardsonová a Goodman (in Bútora 1991, str. 32) popisují svépomocné skupiny jako skupiny lidí pociťujících nějaký společný problém, kteří se sdružili, aby s ním něco udělali. Svěpomocné skupiny jsou založeny na předpokladu, že postižená osoba může nejlépe pomoci osobě, která prošla, anebo prochází v současnosti podobnou situací (Lipson 1984 in Bútora 1991, str. 32).

Pro odlišení svépomocných skupin od jiných zájmových skupin se někdy zdůrazňuje stav bezmoci, který je pro tyto skupiny často výchozím bodem, svou činností chtějí svépomocné skupiny tento stav překonat (Bútora 1991).

Teoretické charakteristiky skupin zformulovala Killieová (1976) do 7 následujících bodů:

1. Společná zkušenost členů kdo péči poskytuje, trpí stejným neduhem, jako její příjemce.

2. Vzájemná pomoc a podpora – skupina se pravidelně setkává, členové projevují o sebe zájem, poskytují si navzájem pomoc a podporu.
3. Uplatňování tzv. „principu pomáhajícího – na pomoci druhému vlastně nejvíc získá ten, kdo pomoc poskytuje, protože ho to posiluje a podporuje v žádoucím jednání.
4. Uplatňování teorie „přidružování se“ (*k novému chování*) prostřednictvím „odlišování se“ (*od původního chování*), posilováním nového vnímání toho, co se považuje za normální, se člen skupiny vzdaluje a postupně vzdává své předchozí negativní identity.
5. Kolektivní vůle, energie a víra – každá osoba si své pocity a postoje ověřuje u ostatních členů skupiny.
6. Význam informací - zvýšené faktografické, věcné, racionální pochopení problematiky, poskytování potřebných informací a instrukcí umožňuje se lépe vyrovnat s problémem.
7. Konstruktivní jednání ve vztahu ke sdíleným cílům. Skupiny jsou orientovány na jednání – jejich členové se učí prostřednictvím činností a podobně se tak mění i prostřednictvím jednání.

Po vzoru Anonymních alkoholiků vznikly organizace pracujících na podobných principech, např. Anonymní narkomané ( Narcotics Anonymous, NA) a Anonymní hazardní hráči ( Gamblers Anonymos, GA) –[www.drogy.info.cz](http://www.drogy.info.cz).

#### **2.4.4. Organizace vzniklé po vzoru Anonymních alkoholiků**

Po vzoru Anonymních alkoholiků vznikla v americkém Lexingtonu organizace „Narcotics Anonymous (Anonymní narkomané). Činnost Anonymních narkomanů a Anonymních alkoholiků se překrývá. Pokud v určitém městě nepracují Anonymní narkomané, navštěvují lidé závislí na drogách organizaci Anonymních alkoholiků (Nešpor, 2000).

Jak uvádí Nešpor (2011, str. 105) „ *program 12 kroků se uplatňuje při léčbě asi stovky problémů a chorob. To má i jisté praktické výhody, např. závislí na nealkoholových drogách nebo patologičtí hráči se mohou podle potřeby účastnit i setkání Anonymních alkoholiků* “.

Je to výhodné a důležité obzvláště v malých městech, kde často jiná svépomocná organizace není a člověk v krizi ji může využít ke zvládnutí obtížné situace. Proto je i důležité, aby pacienti v léčbách, či doléčovacích programech byli informováni o možnostech využití

svépomocných organizací ve svém městě, či okolí, aby měli informace o možnostech, kam se mohou obracet.

Jako příklad uvádí Nešpor (2011, str. 104,105) i některé organizace, které vznikly po vzoru Anonymních alkoholiků:

- Al-Anon ( pro manželky, nebo partnerky závislých na alkoholu)
- Alateen ( pro dospívající děti z rodin, kde se vyskytuje závislost na alkoholu)
- Parents Anonymous ( Anonymní rodiče, organizace pro rodiče, jejichž děti jsou závislé na alkoholu nebo drogách)
- Narcotics Anonymous ( Anonymní narkomané)
- Smokers Anonymous ( Anonymní kuřáci)
- Gamblers Anonymous ( Anonymní hazardní hráči)
- Overeaters Anonymous ( Anonymní přejídači)
- Workaholics Anonymous ( Anonymní workaholici pro „závislé“ na práci)

Tento výčet není zdaleka úplný, údajně se problém 12 roků uplatňuje při léčbě asi stovky problémů a chorob.

#### **2.4.5 Internetové možnosti a svépomoc u uživatelů návykových látek**

V dnešní době je pro člověka internet snadno a rychle dostupným zdrojem informací z různých oborů a oblastí. Dají se zde i dohledat i informace týkající se užívání návykových látek, včetně nabídky pomoci a přehledu možností léčby a nabídky léčení pro jednotlivé uživatele a regiony. Své webové stránky má například hnutí Anonymních Alkoholiků, Anonymních narkomanů či Dospělé děti alkoholiků, kde je možné dohledat spoustu informací nejen pro samotné uživatele, ale i rodinu, přátele a blízké okolí, kteří mají zájem o danou problematiku.

V České republice není zatím přístupná žádná online svépomocná skupina Anonymních alkoholiků. Uživatelé však mohou tuto službu využít na slovenských webových stránkách [www.triezvypriestor](http://www.triezvypriestor) , pro jazykově vybavenější je možné se stát členy zahraničních online svépomocných skupin (Holcnerová, 2007).

#### **2.4.6. Význam, využití a efektivita svépomocných systémů u závislých na alkoholu a dalších návykových látkách**

Každý z nás se může někdy dostat do těžké nečekané životní situace, kdy se s ní snaží nějak vypořádat, každý volí jiný přístup a řešení. Ne každý má odvalu se svěřovat, nebo si vyhledávat odbornou pomoc a může se pak u dotyčného dostavit pocit osamění, lítosti, že je na všechno sám a pocit „už nevím jak dál“. I proto by asi měla být větší informovanost a propagace svépomocných systémů.

V oblasti závislostí může mít podíl svépomoci u každého jednotlivce jinou příčinu i význam. Určitě bych řadila svépomoc jako důležité místo v případě prevence relapsu, včasný záchyt pro případ, když se člověk dostane do problému, svépomoc jako suplování pomocného systému v místech, kde odborná pomoc neexistuje, může to být i varianta pro jedince, kteří mají problém s institucemi

V České republice je určitá nabídka svépomocných systémů pro uživatele návykových látek a to například skupinová setkávání založené na principu 12 kroků a tradic, socioterapeutické kluby, internetové systémy či například nabídka různých svépomocných příruček.

Kromě některých mechanismů terapeutického účinku doporučení, která využívají AA, o kterých jsem se ve své práci zmiňovala, jsou pro využití svépomocných systémů důležité samozřejmě zásady, které využívají AA a které se dají využívat v rámci svépomoci např. u závislých, kteří volí tuto formu například v rámci doléčování, či ti, kteří mají problém s institucemi anebo ti, kteří na ni byli navedeni v rámci léčby a jejich způsob a vliv je pozitivně oslovil.

Kognitivní analýzu některých terapeutických doporučení, která využívají AA a která mohou být a určitě i jsou přínosem pro různou nabídku svépomocných systémů uvádí Pešek et al. (2006) a ráda bych uvedla alespoň některé zásady, které mohou být pro uživatele návykových látek, ale především alkoholu přínosem a typem a „návodem“ pro pomoc vedoucí k úzdavě závislých na alkoholu a dalších návykových látkách:

- Abstinovat právě dnes – doporučení totožné s 24 hodinovým programem – vychází z klinické zkušenosti, která říká, že představa abstinovat navždy je před vstupem do léčby, nebo na jejím počátku pro řadu klientů nesnesitelná i když na ní řada terapeutů mylně trvá (Vobořil, Kalina 2003). Pro abstinujícího alkoholika je emocionálně úlevnější a výhodnější myslet na to, aby bez alkoholu zvládl jen stávající den, postupně si uvědomovat své zvládání krátkých cílů, odměňovat se za ně, řešit hlavně v počátku konkrétní den, dopředu se nestresovat negativními myšlenkami „co bude zítra“

- I tohle přejde – zásada připomíná dle Peška (2006), že každá emocionální rozlada má svůj konec, ostatně jako všechno a mnoho potíží se nakonec vyřeší uspokojivěji a lépe, než to na první pohled vypadá a než si dotyčný v daný okamžik myslí. V souvislosti např. s bažením je důležité si vybavit metodu, která konkrétně jemu pomáhá pro zvládnutí bažení.
- Nejdůležitější nejdříve – doporučení říká, že ze všeho nejdříve je třeba zachovávat abstinenci a tím si vytvářet i předpoklady pro řešení problémů v různých oblastech života a pro dosahování dalších životních cílů (Nešpor, 1999).
- Přenech to Bohu – zásada má chránit abstinujícího před tím, aby se zabýval věcmi, které se nedají změnit a tím pádem i předcházet tomu, že se bude dostávat do rizikových duševních situací
- Snadno to jde – zásada vybízí k nepřepínání se, ke zdravému způsobu života; vždyť právě nezdravý, přešponovaný životní styl vede k přetěžování různými činnostmi, následně ke stresu, který bývá častým spouštěčem pro napití alkoholu a následně uvolněním. Cílem této zásady je naučit se pomocí vlastní sebereflexe a zpětných vazeb od druhých míru zátěže, jakou je schopen unést a racionálně a strukturovaně plánovat den, týden, měsíc (Pešek, 2006), učit se asertivním dovednostem, např. různým způsobům odmítání požadavků od druhých, relaxačním technikám apod.
- Abstinovat se dá, napodobuj, až uspěješ – jedná se o spojení dvou zásad a to, že abstinence je uskutečnitelná i když někomu mohou doporučované postupy připadat nesrozumitelné, vyplatí se je mechanicky dodržovat a napodobovat; vnitřně přijaty mohou být až později (Nešpor 1999).
- Buď pozitivní – zásada, která nabádá a podporuje k tomu, aby se člověk snažil dívat na věci i z druhé, pozitivní strany věci; mnoho studií prokázalo, že lidé, kteří chtějí a umějí hledat něco dobrého na něčem zlém, to také nalézají a jsou ve svém životě spokojenější, co se týče abstinence od alkoholu, lze říci, že abstinující alkoholik je pozitivně naladěný tehdy, když dostatečně silně věří, že abstinovat je možné, když abstinovat chce, když ho abstinovat baví a má radost z výhod, které mu abstinence přináší (Pešek 2006).
- Sedm/sedm – zásada mluví o tom, že pokud je člověk v krizi, nebo začíná abstinovat, měl by navštěvovat mítink AA každý den, tedy sedm dní v týdnu.

Stejně jako výše uvedené zásady jsou pro oblast svépomoci významné obecně účinné faktory, které na klienta kladně působí.

Patří sem :

- Členství ve skupině - které klientovi dává pocit sounáležitosti, „že někam patří“
- Emoční podpora - vzájemné naslouchání, empatie a dodávání si naděje
- Pomáhání druhým - klient, který se sám cítí zpočátku nepotřebným, začíná pociťovat, že může být potřebným a užitečným pro druhé
- Sebereflexe, sebe projevení a odreagování – pro klienta může mít úlevný účinek např. ve smyslu uvolnění emocionální tenze spojené s negativními zážitky, myšlenkami nebo představami v souvislosti s minulým, současným, nebo budoucím životem
- Zpětná vazba – klienti dostávají od druhých informaci, jak na ně působí jejich chování; taková informace může být významným zdrojem řady informací o nás, které nám nejsou přímo dostupné (Kratochvíl, 2001).
- Náhled – pochopení dříve neuvědomovaných souvislostí ve vlastní psychice a vztazích ve spojitosti s maladaptivním myšlením a chováním (Kratochvíl, 2001).
- Získávání nových informací a sociálních dovedností
- Recidiva – je součástí onemocnění, podstatná je podpora klientů, aby např. nepřestávali docházet na mítinky AA, aby ji pro sebe co nejlépe zpracovali a stala se pro ně užitečným zdrojem informací např. v oblasti spouštěčů, vhodných metod pro zvládnutí spouštěče a tím i budování a přehodnocování motivačních faktorů pro abstinenci

Ve své porevoluční knize „Překročit svůj stín“ se M. Bútora (1991) po období komunistického režimu zabývá tématem svépomoci a svépomocných systémů jako nabídkou nového obzoru v péči o zdraví. Uvádí proces uzdravování u alkoholiků jako proces, který pacient určitým způsobem zpracovává, emocionálně prožívá a na který behaviorálně reaguje. Ze zahraničních autorů se otázkami a průběhem uzdravování z alkoholismu zabývali např. Strachan, Johnson, z našich odborníků stručně popsal „ etapy doléčování“ Turček , na jehož doléčovací koncepci navázal I. Novotný; vývojem v abstinenci a procesem úzdravy se nověji zabývali také Birkásová s Hellerem, Frouzová s Mráčkovou, Votýpková s Tylem, Nešpor a kol. a jiní (M. Bútora, 1991).

K uzdravení vedou nejednoduché a klikaté cesty, které vlastně otevírají a nabízí příležitosti k sebepoznání a životní změně, která zpočátku nebývá chápána jako pozitivní. Určitě stojí obrovské úsilí nejen samotné klienty, ale i jejich rodiny, potažmo i jejich blízké známé.

Jako výrazný prostředek pomoci při úzdravě závislostí jsou z mého pohledu svépomocné skupiny či kluby, kde klienti dostanou podporu a povzbuzení a učí se, jak zacházet se svými pocity, konflikty eventuelně jak konfliktům předcházet, nacházejí nové kontakty s lidmi se stejným problémem a tedy i porozuměním.

#### **2.4.7. Svépomocné organizace a AA z pohledu klientů a odborníků**

Ve své práci považuji za důležité zmínit alespoň některé základní informace, jak jsou svépomocné organizace vnímány z pohledu samotných klientů a odborníků pracujících v léčebných zařízeních.

V předchozí kapitole se zmiňuji o významu, využití a efektivitě svépomocných systémů a aktivit u klienta a tyto kapitoly spolu určitě úzce souvisí a navzájem se prolínají.

Například Nešpor (2011) popisuje své setkání organizace Anonymních Alkoholiků v USA, které díky velkému počtu lidí působí domácky a laskavě. Dále uvádí Nešpor (2011), že *„podobnou zkušenost uvádějí i naši pacienti, kteří chodí na setkání Anonymních alkoholiků v Praze“*

Z pohledu Kratochvíla (2001) jsem již výše uváděla důležitost např. „zpětné vazby“ která má své široké zastoupení a důležitost samozřejmě nejen u samotných svépomocných systémů.

Podle Kaliny (2003) se používají v celé řadě zařízení řady různých technik a intervencí svépomocného charakteru. Kalina (2003, str. 85) uvádí např. *„je třeba upozornit na podstatný moment zapojení klientů do procesu léčby“*, jsou vytvářena místa tzv. ex-userů ( donedávna používán pojem „ laický terapeut“).

Dále Kalina (2008, str. 291) uvádí význam programu 12 kroků pro terapeutické komunity. *„Úzké propojení terapeutických komunit pro závislé lze pokládat za relativně nový rys a výsledek reformního úsilí; v minulosti existovaly rozpory a členové a absolventi terapeutických komunit měli obtíže s adaptací a akceptováním v programech tohoto hnutí“*

Z pohledu profesionálů Gabrhelík a Miovský (2009) uvádí *„ kromě pár výjimek, ani většina profesionálů na závislosti, ani pacienti, ani členové KLU Su, se nebojí dvanácti – bodové myšlenky, která byla úspěšně rozšířena a vyvinuta v západním světě ve dvacátém století“*.

V této části práce ještě pro informaci uvedu několik významných faktorů z pohledu klientů při výzkumu českých klubů, které uvádí Bútora (1991) z výzkumu českých klubů 1984 – 1986 a



ze záznamů o schůzkách bratislavského A – klubu 1981 -1987 a které jsou zcela nepochybně významné a neměnné z hlediska významu pro klienty i v současném roce.

- Klub mi dává pocit jistoty
- Učím se zde správně reagovat na různé životní situace
- Klub mi sloužil jako „vyjasňovatel vlastní abstinence“
- Čas od času sem přicházím zkontrolovat svůj psychický stav
- V klubu jsem si uvědomil, že můžu v životě dělat jen to, nač stačím
- S klubem jsem si utvořil radikálně odlišný životní styl

Jak uvádí Bútora (1991, str. 196)...“ *nalezení osobní cesty k uzdravení je nejhlubším smyslem vzájemné svépomoci poskytované v klubech*“

## **Praktická část**

### **3.1. Metoda výzkumu**

Pro realizaci výzkumného šetření své bakalářské práce jsem použila dotazníkovou studii – kvantitativní metodu výzkumu, která se skládala ze 2 částí. Pro sběr dat jsem vytvořila dva krátké anonymní dotazníky sestavené z uzavřených položek. Jeden dotazník jsem připravila pro odborníky pracující v léčebnách s problematikou závislostí a druhý jsem připravila pro samotné klienty. Pro výzkumné šetření jsem vybrala a vyhodnotila dotazníky pro personál léčeben zabývajících se problematikou závislostí v regionech Ústeckého kraje, Středočeského kraje, Plzeňského kraje, Jihočeského kraje a Hradeckého kraje a ve 2 léčebnách regionu hlavního města Prahy.

Pro výzkumné šetření u klientů jsem zvolila tytéž 2 léčebny v regionu hlavního města Prahy. Dotazníky jsou k nahlédnutí v příloze bakalářské práce.

Nástroje sběru dat, zpracování, jednotlivé tabulky a grafy a výsledky o proběhlém dotazníkovém šetření jsou uvedeny v další a níže uvedené části bakalářské práce.

### **3.2. Cíl výzkumu**

Cílem dotazníkového šetření bylo zjistit míru integrace a podpory svépomocných aktivit do léčby závislých a alkoholu a dalších návykových látkách.

Oba dotazníky byly zaměřeny na zjištění míry integrace a podpory svépomocných aktivit do léčby závislých na alkoholu a dalších návykových látkách.

Dotazník pro odborný personál léčeben byl zaměřen, zda jsou klientům jejich zařízení poskytovány informace o svépomocných organizacích, programech, jejich významu, zda zařízení poskytuje nějaké nabídky a podporuje klienty k využívání těchto programů, eventuálně spolupracuje s nějakou svépomocnou organizací, dále na jejich pohled a náhled na svépomoc v oblasti závislostí.

Dotazník pro klienty byl zaměřen na zjištění míry informovanosti klientů o nabídce svépomocných organizací a aktivit, zda a jakým způsobem jsou informováni v rámci léčebného zařízení, kde se nejčastěji dozvídají o nabídkách, zda je pro ně nabídka dostačující, zda mají se svépomocí již zkušenosti, zda jsou pro ně programy dostupné a jaké důvody je vedou, nebo by je vedly k využití svépomocných programů a aktivit.

### **3.3. Stanovené hypotézy**

Pro cíl práce jsem předem stanovila hypotézy, které jsem se na základě výzkumného šetření pokusila potvrdit.

H1 – Při stejné míře informovanosti o svépomocných systémech využívají muži svépomocné systémy ve stejné míře jako ženy.

H2 – Při stejné informovanosti o svépomocných systémech využívají svépomocné systémy více klienti starší 45 let ve srovnání s klienty mladších 45 let.

H3 – Klienti si zvolí mezi anonymními skupinami nebo skupinami pod záštitou léčebného zařízení podle své potřeby.

H4 – Náklonnost pracovníků léčeben ke svépomocným skupinám je nízká, v odhadovaném poměru 1:5 (nakloněno: nenakloněno).

Ke sběru dat jsem použila dotazníkové šetření. Odpovědi na jednotlivé dotazy jsem vyhodnotila a zpracovala do jednotlivých tabulek a grafů. Tabulky a grafy týkající se předem stanovených hypotéz uvádím níže. Zpracované a vyhodnocené dotazníky přinesly potvrzení, nebo vyvrácení stanovených hypotéz.

### **3.4. Vybrané léčebny jednotlivých regionů**

Pro svojí výzkumnou část jsem zvolila celkem 7 pracovišť, které se zabývají léčbou závislosti na alkoholu a jiných návykových látkách.

Pro region Ústeckého kraje, Středočeského kraje, Plzeňského kraje, Jihočeského kraje a Hradeckého kraje jsem zvolila 1 léčebnu, pro region hlavního města Prahy jsem zvolila 2 léčebny, ve kterých jsem dotazníkové šetření provedla nejen u pracovníků léčeben, ale i u klientů léčeben.

Jednotlivé regiony zastupovaly následující léčebny:

- Ústecký kraj - PL Horní Beřkovice
- Středočeský kraj – PL Kosmonosy
- Hradecký kraj – Nechanice – Léčebna návykových nemocí
- Plzeňský kraj – PL Dobřany
- Jihočeský kraj – PL Červený Dvůr
- Hlavní město Praha – PL Bohnice a OLZ Apolinář

### 3.5. Respondenti dotazníkové studie

Skupinu respondentů tvořili klienti a odborníci pracující v jednotlivých léčebnách ČR.

Před samotným dotazníkovým šetřením jsem zajistila souhlas jednotlivých léčeben k dotazníkovému šetření odborníků pracujících v léčebnách a pro dotazníkové šetření s klienty jsem zajistila příslušné souhlasy Etických komisí. Souhlasy Etických komisí jsou k dispozici v příloze číslo 3 této práce. Souhlasy jednotlivých léčeben jsou k dispozici u zpracovatele práce.

Pro respondenty - pracovníky jednotlivých léčeben jsem zvolila do každé léčebny počet 30 dotazníků, tedy celkem 210 dotazníků. Respondenti byli vybráni formou absolutního výběru. Jednalo se o odborníky pracující se závislými v jednotlivých léčebnách, kteří byli v danou chvíli k dispozici. Z celkového počtu 210 dotazníků se vrátilo 145 dotazníků, návratnost dotazníků byla celkem 69%.

Pro zajímavost uvedu důležitá data, která vyplynula z dotazníkového šetření s pracovníky léčeben.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 57 odborníků pracujících v oboru méně než 5 let (39,3%), dále pak 37 odborníků pracujících v oboru v rozmezí 5 - 10 let (25,5 %) a 51 odborníků pracujících v oboru 10 let a více ( 35,1 %).

Celkem se zúčastnilo 43 respondentů s vysokoškolským vzděláním (29,6%), 73 respondentů se středoškolským vzděláním (50,3 %), 24 s vyšším odborným vzděláním (16,5 %) a 5 respondentů s jiným odborným vzděláním (5%). Nejvyšší zastoupení měli nelékařští zdravotničtí pracovníci (62 %), dále pak VŠ nelékaři ( 12,4 %), VŠ lékaři (10,3 %) sociální pracovníci 6,2 % a ostatní 9,1 %.

Pro respondenty - klienty jednotlivých léčebných zařízení jsem opět zvolila počet 30 dotazníků, pro Oddělení léčby závislostí v Apolináři jsem ještě navíc dotazníkové šetření prováděla na lůžkovém oddělení muži, lůžkovém oddělení ženy a v ambulantním programu.

Výběr respondentů byl absolutní, dotazníky vyplňovali všichni přítomní klienti v danou dobu na LOM, LOŽ a skupině ambulantního programu. Dotazníky byly vyplněny celkovým počtem 96 respondentů – klientů. Z celkového množství 120 dotazníků, bylo vyplněno 96 dotazníků účast respondentů – klientů byla 80%

### **3.6. Nástroje sběru dat**

Pro svoji formu kvantitativního výzkumu jsem zvolila explorační výzkumnou metodu k získávání informací prostřednictvím subjektivních výpovědí zkoumaných osob – respondentů, a to formou dotazníků.

Pro dotazníkové šetření jsem nejprve vypracovala dva dotazníky. Jeden dotazník pro klienty a jeden pro odborníky léčeben. Oba dotazníky obsahovaly celkem 18 uzavřených otázek, s nabídkovou škálou odpovědí. V úvodu dotazníků byla informace o skutečnosti, že je vyplnění dotazníku zcela anonymní, dobrovolné a neexistuje ani správná, ani špatná odpověď. Také zde byly zmíněny stručné definice základních pojmů svépomoci a svépomocných systémů. Při konstrukci dotazníků jsem se zaměřila na stručnost, věcnost a jasnost, aby respondenty příliš neunavoval, formulaci položek jsem volila tak, aby jim respondenti rozuměli a v souvislosti s uzavřenými otázkami jsem dbala, abych vyčerpala všechny alternativy možných odpovědí.

Před vyplňováním dotazníků jsem se snažila respondenty motivovat a vysvětlit jim cíle k čemu a jak budou využity získané informace. Zdůrazňovala jsem anonymitu dotazníků.

### **3.7. Zpracování**

Po obdržení vyplnění dotazníků od respondentů jsem dotazníky rozdělila dle jednotlivých léčeben a kategorií - klienti a personál.

Jednotlivá data jsem rozdělila do tabulek, data jsem hodnotila dle jednotlivých 18 dotazů u obou typů respondentů. Přitom jsem tato data zpracovávala do tabulek MS Excel, následně jsem zpracovala vyhodnocená data do jednotlivých tabulek a grafů v MC Excel. Tabulky jsem do své práce zkopírovala do MC Word ve formě obrázků.

Pro vyhodnocování výsledků uvádím tabulky a grafy především ty, které se týkají daných hypotéz a jejich potvrzení, nebo vyvrácení.

Dále jsem vyhodnotila vrácené dotazníky respondentů procentuelně, jejichž výsledky uvádím v níže uvedené kapitole.

### **3.8. Výsledky**

Pro zřehlednění účasti a návratnosti dotazníkového šetření uvádím následující tabulky a grafy s návratností dotazníků jednotlivých respondentů. Z tabulky č.1 a grafu č.1 je patrna účast respondentů personálu jednotlivých léčeben.

Nejvyšší 100% účast vyplnění dotazníků mělo Oddělení léčby závislostí - Apolinář, 86 % účast PL Dobřany, 82% účast PL Bohnice a Červený Dvůr, 59% účast PL Nechanice, 43 %

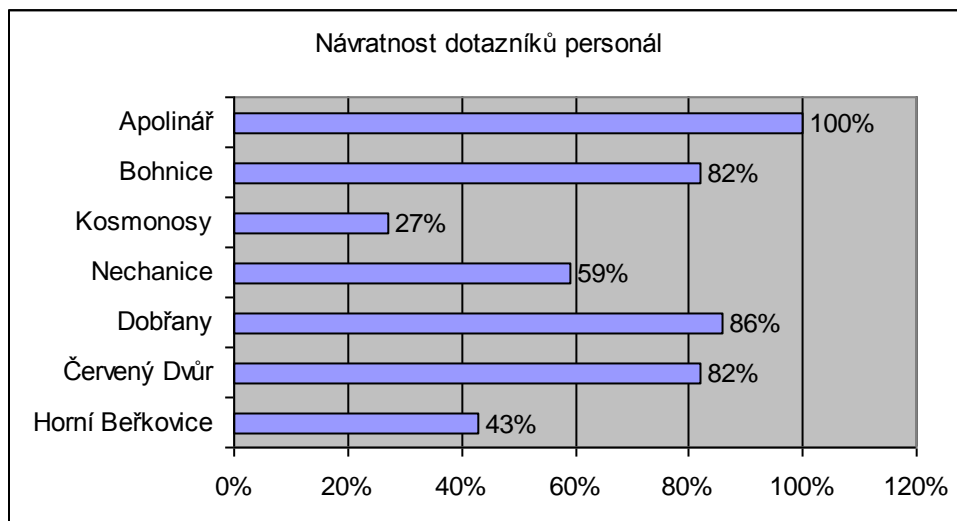
účasť Horní Beřkovic a nejnižší účast 27% PL Kosmonosy. Nízká návratnost z PL Kosmonosy je uvedena v diskusi práce, vzhledem k zahlcenosti personálu výzkumných studií navyšujícím se množstvím žadatelů o spolupráci při výzkumném šetření.

Celkově do všech léčeben bylo rozesláno 210 dotazníků, vrátilo se 145 dotazníků, celková účast respondentů pracujících v léčebnách byla tedy 69%. Celková účast v tabulce již není uvedena.

**Tabulka č. 1 Návratnost dotazníků personálu**

Dotazníky personál	Horní Beřkovic	Červený Dvůr	Dobřany	Nechanice	Kosmonosy	Bohnice	Apolinář
Návratnost	13 43%	25 82%	26 86%	18 59%	8 27%	25 82%	30 100%

**Graf č.1 Návratnost dotazníků personál**



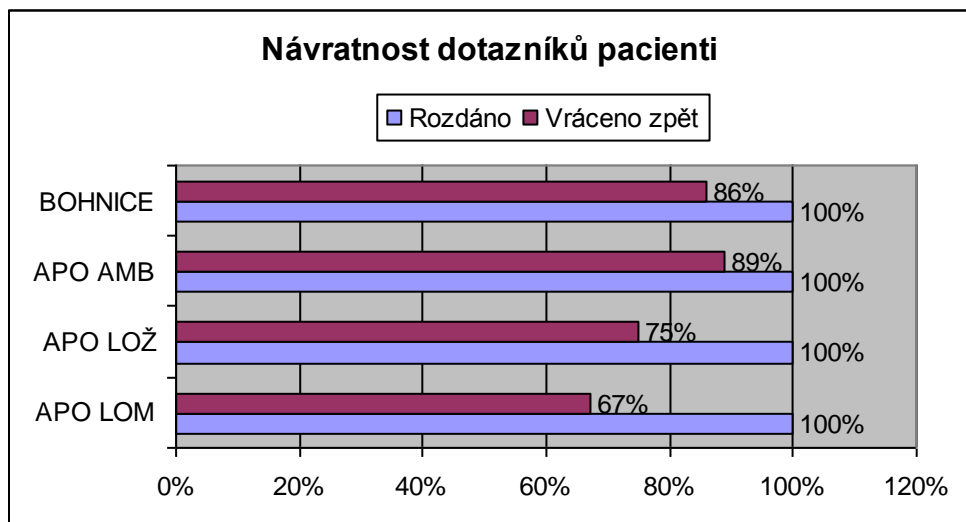
Z následující tabulky č.2 a grafu č.2 je patrna účast respondentů pacientů dvou léčeben uvedena v % z celkového počtu 120 zaslaných dotazníků Na OLZ Apolinář jsem se zaměřila na 2 lůžková oddělení a 1 ambulantní část. PL Bohnice v porovnání s OLZ Apolinář mělo 86 % účast, na jednotlivých částech OLZ byla na LOM 67% účast respondentů, na LOŽ 75% účast respondentů a na ambulantní části 89% účast respondentů. Z celkového počtu 120 dotazníků odmítlo účast 24 respondentů, zpracovávala jsem tedy 96 dotazníků. Účast respondentů pacientů byla celkově v obou léčebnách 80%.

( celková účast v tabulce již neuváděna).

**Tabulka č.2 Návratnost dotazníků pacienti**

Návratnost dotazníků pacienti	APO LOM	APO LOŽ	APO AMB	BOHNICE
Rozdáno	30	30	30	30
Vráceno zpět	67%	75%	89%	86%

**Graf č. 2 Návratnost dotazníků pacienti**



## VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ:

**HYPOTÉZA 1** – Při stejné míře informovanosti o svépomocných systémech využívají muži svépomocné systémy ve stejné míře jako ženy 1:1

Vyhodnocení dotazníků zaměřené na tuto hypotézu znázorňuje tabulka č.3 a graf č. 3, které znázorňují vyhodnocené dotazníky s dotazy zaměřenými na zkušenosti pacientů se svépomocnými systémy a programy.

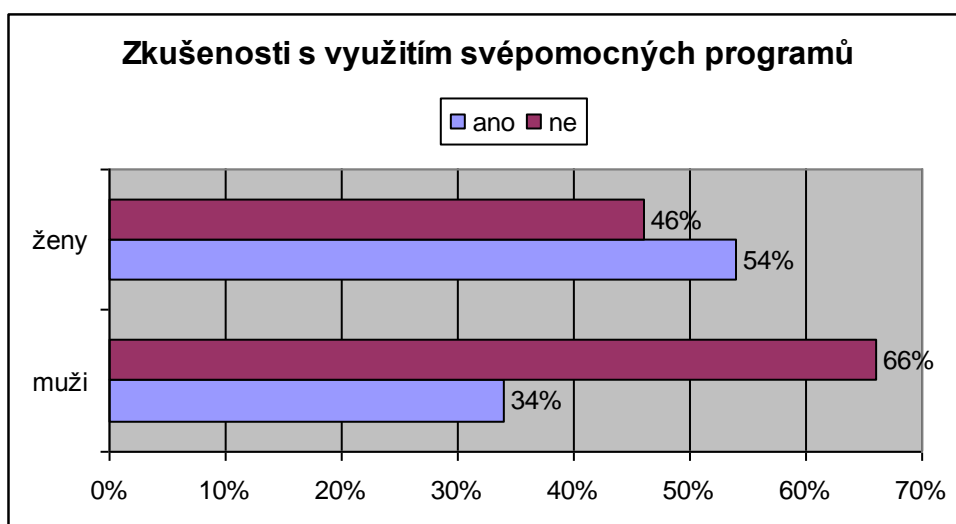
O informace týkající se svépomocných systémů a programů se zajímá 30 % mužů. 70 % mužů nemá o informace o svépomocných programech zájem.

54 % žen se zajímá o informace týkající se svépomocných programů, 46 % žen informace o tomto druhu pomoci nezajímají.

**Tabulka č.3 Zkušenosti pacientů s využitím svépomocných systémů**

Zkušenosti s využitím svépomocných programů	MUŽI	MUŽI	ŽENY	ŽENY
Ano	16	34%	27	54%
Ne	31	66%	22	46%

**Graf č. 3 Zkušenosti pacientů s využitím svépomocných systémů**



Muži využívají svépomocných systémů méně ( 34 %) než ženy (54 %). Tato skutečnost se projevila v praktickém využití svépomocných programů. Pouze 34 % mužů během léčby závislosti využilo nabídky svépomocného programu. Ženy svépomocné systémy využily v 54 %. A to i přes skutečnost, že léčebny tyto aktivity nabízejí. Informace jsou poskytovány pravidelně v rámci léčebného programu v 95 %. Nepravidelně v 5 % léčeben.

**Tato hypotéza byla dotazníkovým šetřením vyvrácena.**



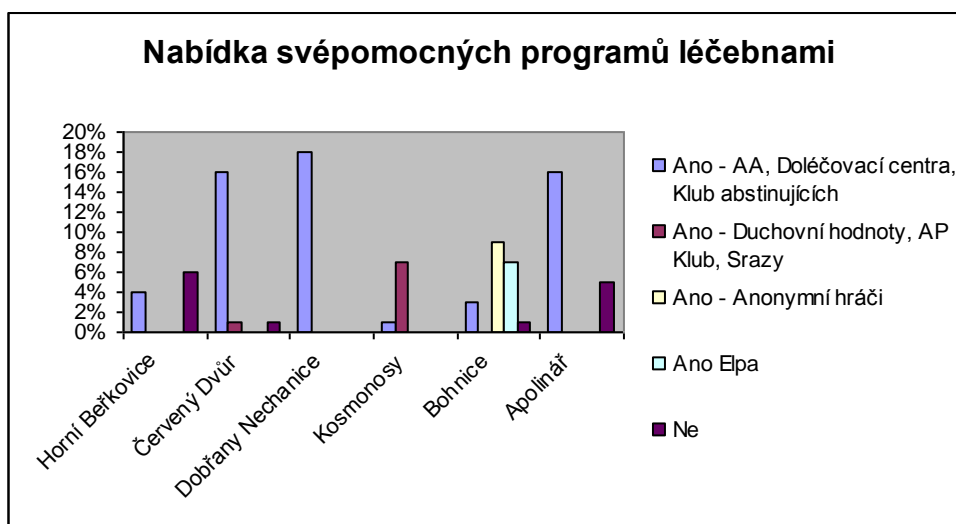
Pro názornost uvádím i údaje, které se týkají zpracovaného dotazu, jak se pacienti dozvídají o svépomocných systémech. Nejčastěji informace dostávají od pracovníků léčebny (44 %), z internetu (21%), od jiných pacientů v léčebně (20 %). Dále pak od kamarádů a známých (8 %), od lékaře nebo prostřednictvím telefonní linky a také filmu nebo televize (2 %), kdy byli pacienti inspirováni filmem Jarka Nohavici „Rok ďábla“. 1% pacientů informovali rodinní příslušníci (př. matka zdravotní sestra).

Pro přehled ještě uvádím následující tabulku č. 4 a graf č.4 s nabídkou svépomocných programů a aktivit, jak je vnímají jednotliví pracovníci v dotazovaných léčebnách. Z výsledků je patrné, že se pracovníci ve znalostech nabídky svépomocných aktivit rozcházejí.

**Tabulka č. 4 Nabídka svépomocných programů a aktivit v léčebnách**

Poskytuje vaše zařízení nějakou nabídku svépomocných programů a aktivit	Horní Beřkovice		Červený Dvůr		Dobřany		Nechanice		Kosmonosy		Bohnice		Apolinář	
Ano - AA, Doléčovací centra, Klub abstinujících, KLUS	5	4%	23	16%	26	18%	1	1%	8	5%	5	3%	25	16%
Ano - Duchovní hodnoty, AP Klub, Srazy abstinujících a RP	0	0%	1	1%	0	0%	12	7%	0	0%	0	0%	0	0%
Ano - Anonymní hráči	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	14	9%	0	0%
Ano - ELPA	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	11	7%	0	0%
Ne	8	6%	1	1%	0	0%	5	0%	0	0%	1	1%	5	5%

**Graf č.4 Nabídka svépomocných programů léčebnami**



**HYPOTÉZA 2** – Při stejné míře informovanosti o svépomocných systémech využívají existující svépomocné systémy více klienti starší 45 let ve srovnání s pacienty mladšími 45 let.

Vyhodnocení dotazníků nepotvrdilo udanou věkovou kategorii udanou v této hypotéze, kterou jsem odhadla na základě vlastních zkušeností, během svého působení v adiktologické praxi, vzhledem k nevhodně uvedeným věkovým kategoriím v dotaznících.

Z celkového počtu 96 respondentů udalo využití svépomocných systémů 37 klientů (38,5 %) ve věku od 18 do 40 let, a 59 klientů (61,4 %) ve věku nad 40 let výše.

Vyhodnocení dotazníků z pohledu odborníků zaměřené na tuto hypotézu znázorňuje tabulka č.5 využití svépomocných systémů podle věkové kategorie a graf č. 5 využití svépomocných systémů podle věkové kategorie.

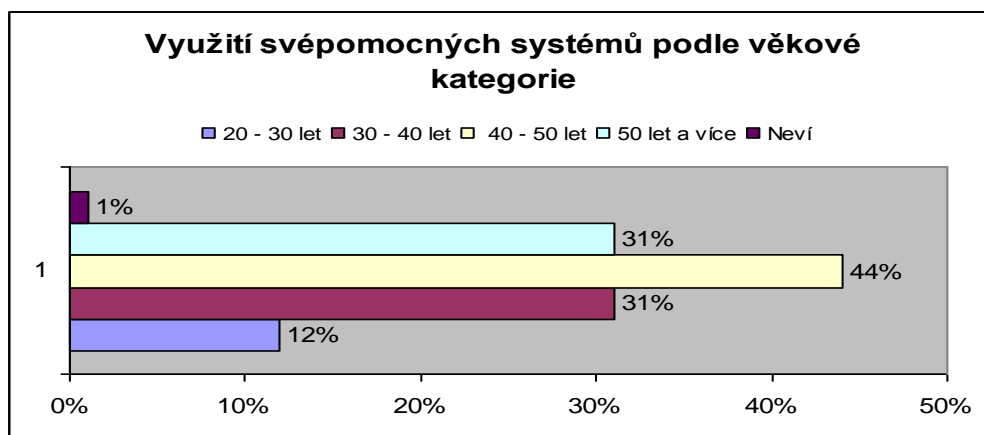
Z dotazníkového šetření z pohledu odborníků vyplynulo, že ve 44 % využívají svépomocných systémů klienti ve věkové kategorii 40 – 50 let, v 31 % klienti ve věkové kategorii 30 – 40 let, v 31 % nad 50 let a více, ve 12 % ve věkové kategorii 20 – 30 let a 1% neudalo.

**Tato hypotéza byla dotazníkovým šetřením vyvrácena.**

**Tabulka č. 5 Využití svépomocných systémů podle věkové kategorie**

Která věková kategorie z vašeho pohledu využívá více nabídky svépomocných systémů	Respondenti	
20 - 30 let	17	12%
30 - 40 let	45	31%
40 - 50 let	65	44%
50 let a více	17	31%
Neví	1	1%

**Graf č. 5 Využití svépomocných systémů podle věkové kategorie**



V souvislosti s dotazníkovým šetřením jsem se zabývala i otázkou pro jaké závislosti se klienti v uvedených léčebnách léčí a uvádím je pro zajímavost v tabulce č.6 (uvedené závislosti klientů).

Při vyplňování dotazníků jsem klienty informovala o důležitosti tento dotaz správně vyplnit. Přesto mě překvapilo především nízké procento (7%) uvedené závislosti na alkoholu a jiných návykových látkách a nejsem zcela přesvědčena o objektivitě správně uvedených odpovědí.

Dále ještě z dotazníkového šetření vyplynulo, že svépomocné systémy využilo 67% klientů závislých na alkoholu, 1% klientů závislých na jiných návykových látkách (opiáty, marihuana, pervitin, LSD, těkavé látky, toluen, léky, kokain) a 32% na alkoholu a jiných návykových látkách.

**Tabulka č. 6 Uvedené závislosti klientů**

<b>Závislost, pro kterou se léčím</b>		
Na alkoholu	77	69%
Opiáty (Heroin, Kodein, Subutex)	2	2%
Marihuana, Hašiš	7	6%
Pervitin, amfetamin	6	4%
LSD, extáze, jiné halucinogeny	2	2%
Těkavé látky (toluen)	1	1%
Léky	1	1%
Kokain	2	2%
Hazardní hra, gambling	7	6%
Závislost na alkoholu + jiných návykových látkách	9	7%

**HYPOTÉZA 3** – *Klienti si zvolí mezi anonymními skupinami nebo skupinami pod záštitou léčebného zařízení podle své potřeby*

Vyhodnocení dotazníků zaměřené na tuto hypotézu znázorňuje tabulka č. 7 uvádí celkové procentuální zpracování a graf č. 6 uvádí volbu klientů svépomocných skupin podle své potřeby v jednotlivých léčebnách.

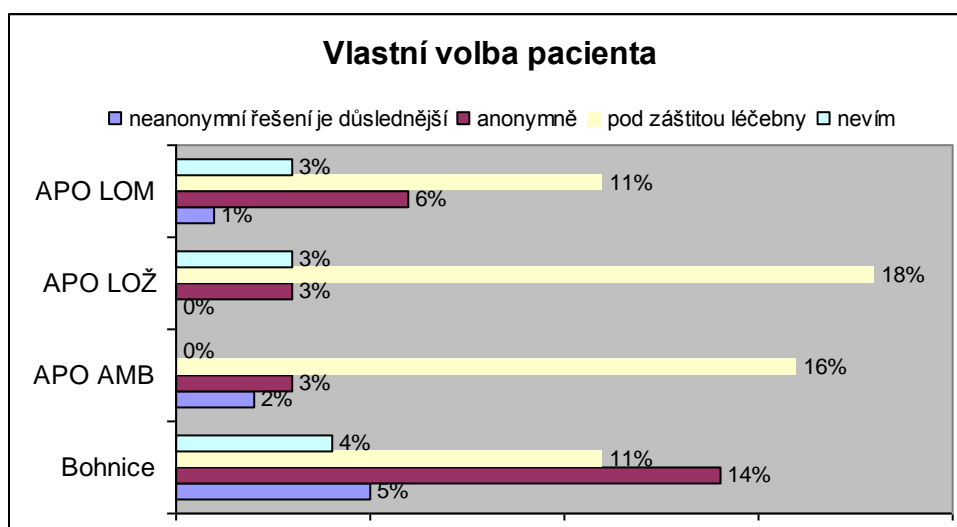
Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 56% pacientů dává přednost skupinám pod záštitou léčebny, 26% upřednostňuje anonymní skupiny. 10% pacientů neví, zda by si zvolilo skupinu anonymní nebo pod záštitou léčebny. 8% pacientů zastává názor, že neanonymní řešení je důslednější pro léčbu závislosti.

Dále z dotazníkového šetření vyplynulo, že rozhodujícím faktorem při volbě svépomocného programu je snadná územní dosažitelnost – okolí bydliště, udalo (67%) pacientů.

**Tabulka č.7 Volba klientů svépomocných skupin dle vlastní potřeby**

Možnost členství ve svépomocné skupině		
Pod záštitou léčebny	56	56%
Anonymně	23	26%
Nevím	9	10%
Neanonymní řešení je důslednější	8	8%

**Graf č. 6 Volba klientů svépomocných skupin dle vlastní potřeby**



Motivy, které pacienty vedou k využití svépomocných programů, jsou: anonymita (21%) pocit sounáležitosti s ostatními se stejným problémem (42%), možnost dalšího zlepšení léčby závislosti (30%). 1% pacientů motivuje možnost ubytování, lepší dopravní spojení, zvědavost, aktivity v přírodě, další informace, které získám, kdybych nemohl využít pomoc lékaře, pomoc jiným.

Naopak faktory, které vyplynuly z dotazníkového šetření, jež vedou klienty k tomu, aby svépomocné programy nevyužily jsou nedůvěra 12%, neznalost 19%, nedostatek informací 23%, nedostupnost 16%, neví - neuvažoval o tom 16%, časové 2%, navštívila několik skupin, nezaujaly 2%, nebyl pro návštěvu důvod 3%, nechce, nepotřebuje 5%, odkazování na Boha a vyšší moc 1%, podceňování závislosti 1%.

Dále z dotazníkového šetření vyplynulo, že rozhodujícím faktorem při volbě svépomocného programu je snadná územní dosažitelnost – okolí bydliště, udalo (67%) pacientů

Klienti – pacienti mají možnost zvolit si skupiny svépomocných programů podle své vlastní potřeby.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 56% pacientů dává přednost skupinám pod záštitou léčebny, 26% upřednostňuje anonymní skupiny. 10% pacientů neví, zda by si zvolilo skupinu

anonymní nebo pod záštitou léčebny. 8% pacientů zastává názor, že neanonymní řešení je důslednější pro léčbu závislosti.

**Tato hypotéza byla dotazníkovým šetřením potvrzena.**

**HYPOTÉZA 4** – *Náklonnost pracovníků léčeben ke svépomocným skupinám je nízká, v odhadovaném poměru 1:5 (nakloněno : nenakloněno)*

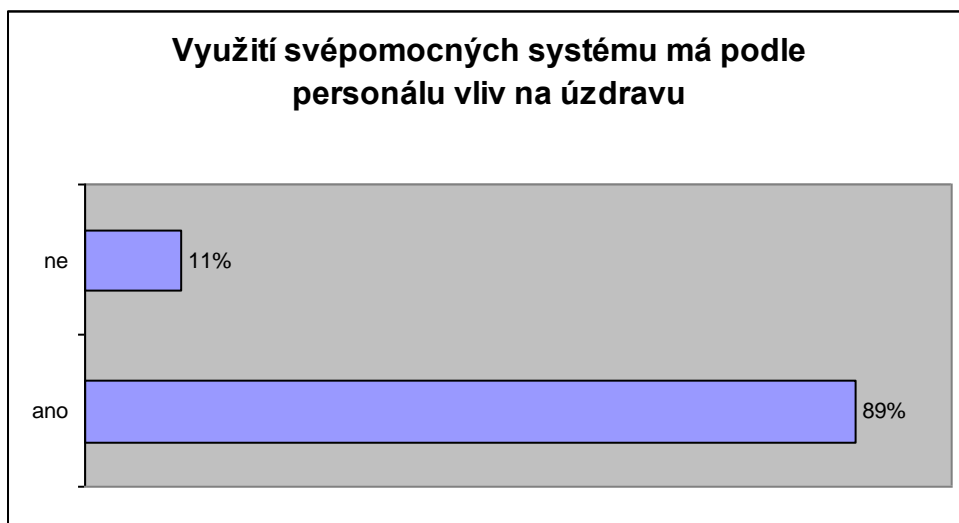
Z dotazníkového šetření vyplynula informace, že pracovníci uvedených léčeben jsou využívání svépomocných programů v rámci léčby závislosti nakloněni pozitivně. Otázku v dotazníku a škálu dvou nabízených odpovědí uvádí a znázorňuje tabulka č. 8 a graf č. 7 pohled personálu na úzdravu s využitím svépomocných systémů.

89% personálu všech léčeben spatřuje pozitivní význam svépomocných programů pro úzdravu závislých klientů, 11% pozitivní význam neuvádí.

**Tabulka č. 8 Pohled personálu na úzdravu s využitím svépomocných systémů**

<b>Myslíte si, že pacienti se závislostí, kteří využívají svépomocných systémů, mají větší šanci na úzdravu</b>		
Ano	128	89%
Ne	17	11%

**Graf č. 7 Pohled personálu na úzdravu s využitím svépomocných systémů**



Další zjištěné skutečnosti vyhodnocených dotazníků:

Jednotlivé léčebny (60%) spolupracují se svépomocnými organizacemi ve městě či kraji.

Podle dotazovaných pracovníků jednotlivá zařízení v 88% podporují klienty ve využívání svépomocných programů a aktivit. Výhradně z vlastní iniciativy nabídky svépomocných programů využívá 54% všech klientů. Dále bylo dotazníkovým šetřením personálu léčeben vyhodnoceno, že z jejich pohledu svépomocné systémy využívají klienti (73%), svépomocné systémy nevyužívají (3%), není ze strany klientů zájem (14%), chybí dostatečná nabídka (10%). Jednotlivé léčebny (60%) spolupracují se svépomocnými organizacemi ve městě či kraji.

**Tato hypotéza byla dotazníkovým šetřením vyvrácena.**

### 3.9. Diskuse, Závěr

Hlavním cílem bakalářské práce bylo poskytnout informace o svépomoci, která je z mého pohledu důležitou součástí úzdravy závislých na alkoholu a jiných návykových látkách a to z více důvodů. Mezi významné faktory lze určitě zařadit svépomoc a svépomocné systémy jako snadno dostupný zdroj pomoci, podpory, velký význam kladu na pocit sounáležitosti, předávání zkušeností a způsobů – návodů z vlastních zkušeností klientů k obnově zdraví, či alespoň upevnění zdravotního stavu. Významnou roli hraje nepochybně i fakt, že každý si může zvolit možnost, která konkrétně jemu vyhovuje, co je mu blízké a především i ten fakt, že na problém není sám a také že není sám, kdo podobné problémy má.

V této části práce bych ráda zreflektovala obě části práce, a to jak teoretickou, tak i praktickou část.

Při psaní teoretické části mě velmi překvapilo z mého pohledu nízké množství dostupných zdrojů, především odborné literatury, která se zabývá touto tematikou. Zaujala mě kniha M. Bútory z roku 1991 „Překročit svůj stín“, která velmi pěkně popisuje kluby abstinujících a svépomocné skupiny. Malý dostatek literatury před rokem 1989 je určitě důvodem tehdejšího totalitního režimu. Další autory uvádím v části „použitá literatura“, jen jsem považovala za důležité zmínit malé množství literatury, které v této oblasti může být jedním z nedostatků jak pro odborníky, tak i pro laickou veřejnost a samotné klienty.

V souvislosti se vznikem svépomocných organizací a skupin je naše země ve srovnání např. s USA díky vládě totalitního režimu pozadu. Dle Jaroslava Skály vznikaly první svépomocné organizace již v obrozenecké době 19. století a právě díky Skálovi byl v ČR založen první klub lidí usilující o střízlivost, který má z hlediska kvazisvépomocných systémů již tradici a ve kterém se i nadále pokračuje.

Při psaní teoretické části mě také zaujalo především množství svépomocných organizací v ČR pro osoby a jejich blízké v oblasti péče o duševní zdraví při různých diagnózách onemocnění a různých životních situacích, které jsou celkem snadno vyhledatelné na internetových stránkách, což je určitě důležité pro ty, kteří mají problémy, závažná onemocnění a například žijí osamocně. Sdružení s lidmi podobných problémů, nemocí a péče a jejich přátel a rodinných příslušníků je důležitou složkou v péči o duševní zdraví, je to podle mě pomoc a podpora, která může pozitivně ovlivnit nemocné, lidi s handicapem a jejich rodinné příslušníky k jinému, novému, ale přeci jen ke smysluplnému životu, kdy má každý možnost si ujasnit své životní hodnoty a získat jiný pohled na život a v tom je potřeba umět podat pomocnou ruku, podporovat a motivovat.

Internetové možnosti jsou snadno dostupným zdrojem informací z různých oblastí a mají své využití u uživatelů návykových látek, kteří jako např. AA, AN či Dospělé děti alkoholiků mají své webové stránky, ale v ČR není zatím žádná online svépomocná skupina, která by určitě našla své využití zejména pro uživatele, kteří se bojí svěřit s problémem, bojují sami se sebou, chtějí zachovávat anonymitu apod. Zatím lze těchto služeb využít na slovenských webových stránkách, nebo lze využít zahraničních online svépomocných skupin, ale to připadá v úvahu pro osoby, které jsou vybaveni větší jazykovou dovedností.

Ve své práci se snažím zdůraznit význam, využití a efektivitu svépomoci a svépomocných systémů u závislých na alkoholu a dalších návykových látkách, musím však zkonstatovat, že z mého pohledu při úplném počátku práce jsem byla přesvědčena, že nejen informovanost klientů o svépomocných systémech a jejich nabídka pod záštitami léčeben i mimo ně, ale i náklonnost odborníků pracujících v oboru závislostí a jejich vliv na uzdravu není tak nízká a zanedbatelná, jak jsem původně předpokládala. Podrobněji se k těmto faktům vrátím ještě u jednotlivých hypotéz.

Jak jsem se již v samotném úvodu práce zmiňovala, práce a především její praktická část byla zamýšlena jako pilotní studie, která na relativně malém vzorku osob 145 odborníků a 96 klientů a která v omezeném časovém úseku ověřuje proveditelnost další plánované studie ještě před její realizací.

Při praktické části jsem zjistila, že otázka č. 2 pro klienty byla špatně nastavená, uvedené věkové kategorie se neshodovaly s nastavenou hypotézou č. 2, dále otázka č. 17., „proč byste nikdy nevyužil (a) svépomocného programu“ nebyla některým klientům zcela jasná a také škála nabízených odpovědí nebyla zcela jasná. Pro další výzkumnou studii bych sama doporučovala tyto otázky pro samotné klienty jasněji specifikovat.

Při zpracování dotazníků jsem si nemohla nevšimnout různých technik zaznamenávání odpovědí (např. kroužkování, fajfkování, silně vyryté, sotva znatelné zaškrtnutí apod.), které také vypovídají určitá sdělení o respondentovi, ale to už by bylo k jinému námětu výzkumné práce.

Také považuji za nutné zmínit fakt, že ochota a vstřícnost ke spolupráci jak ze strany odborníků, tak i ze strany klientů mě velmi pozitivně překvapily. Obzvlášť bych ocenila vstřícnost kolegů z léčeben, protože dle komunikace s nimi jsem zjistila a mohu to potvrdit i ze své zkušenosti z praxe v souvislosti s nároky na zvyšování a prohlubování vzdělávání nelékařských, lékařských i ostatních zdravotnických pracovníků jsou léčebny a jejich odborný personál oslovování a vybízení ke spolupráci a to velmi často formou dotazníkových šetření



jsou jimi někdy zahlceni. Vzhledem k tomuto faktu došlo i v mém případě k nižší 27% návratnosti dotazníků od odborného personálu z PL Kosmonosy.

Celková účast respondentů – personálu byla 72,1% a respondentů klientů 96,3% a z mého pohledu bylo tedy možné v této práci potvrdit, nebo vyvrátit stanovené hypotézy. Z pohledu předem stanovených hypotéz díky této studii byly 1 hypotéza potvrzena a 3 hypotézy vyvráceny.

Na závěr práce pokládám za podstatné uvést pro přehled výsledky jednotlivých hypotéz, které jsem stanovila na základě mého osobního pohledu a zkušeností z praxe.

### **H1 – Při stejné míře informovanosti o svépomocných systémech využívají muži svépomocné systémy ve stejné míře jako ženy 1:1**

Při zpracovávání dotazníků jsem dospěla k výsledku, který uvádí, že muži využívají svépomocných programů méně 34 %, n = 16, než ženy (54%, n= 27) i přes skutečnost, že jsou informace poskytovány v 95 % v rámci léčebného programu a v 44 % dostávají informace od pracovníků léčeben.

Tato hypotéza byla vyvrácena.

### **H2- Při stejné míře informovanosti o svépomocných systémech využívají existující svépomocné systémy více klienti starší 45 let ve srovnání s klienty mladších 45 let.**

Vyhodnocení dotazníků nepotvrdilo udanou věkovou kategorii udanou v této hypotéze, kterou jsem odhadla na základě vlastních zkušeností, během svého působení v adiktologické praxi, vzhledem k nevhodně uvedeným věkovým kategoriím v dotaznících.

Z celkového počtu 96 respondentů udalo využití svépomocných systémů 37 klientů (38,5 %) ve věku od 18 do 40 let, a 59 klientů (61,4 %) ve věku nad 40 let výše.

Tato hypotéza byla vyvrácena.

### **H3 – Klienti si zvolí mezi anonymními skupinami a skupinami pod záštitou léčebného zařízení podle své potřeby**

Výsledek prokázal, že 56 % klientů dává přednost skupinám pod záštitou léčebny, pouze 26 % upřednostňuje anonymní prostředí, 10 % klientů bylo nerozhodných v nabídce volby a 8 % klientů zastává názor, že neanonymní řešení je důslednější pro léčbu závislostí. Rozhodujícím faktorem u 67 % klientů byla snadná územní dosažitelnost.

Tato hypotéza byla potvrzena.

**H4- Náklonnost pracovníků léčeben ke svépomocným skupinám je nízká v odhadovaném poměru 1:5**

Výsledek prokázal informaci, že 89 % personálu vybraných zařízení spatřuje pozitivní význam svépomocných programů, 11 % pozitivní změnu neuvedlo.

Tento výsledek mě pozitivně překvapil a pevně věřím, že i díky tomuto zjištění bude možno se v budoucnu podílet na propagaci a nabídce svépomocných systémů

Tato hypotéza byla vyvrácena.

### 3.10. Použitá literatura:

Anonymní alkoholici (1996). Příběh o tom, jak se tisíce mužů a žen vyléčilo z alkoholismu, 2. české vydání, úvod, str. 197- 199, český překlad ALCOHOLICS ANONYMOUS WORLD SERVICES, INC. NEW YORK 1996

M. Bútora (1991). Překročit svůj stín (kluby abstinujících a jiné svépomocné skupiny v péči o zdraví) str. 41,70,71,150, AVICENUM zdravotnické nakladatelství, Praha

Gabrhelík, R., & Miovský, M. (2009). History of Self-Help and 'Quasi-Self-Help' Groups in the Czech Republic: Development and Current Situation in the Institutional Context of Drug Services. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 4(3), 137-158.

Kalina K. (2003). Denní stacionáře , In: Kalina K., et al. Drogy a drogové závislosti 2 Mezioborový přístup, str. 179, Úřad vlády České republiky 2003, dotisk 1. vydání

Kalina K. (2008). Terapeutická komunita Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí, str.291, Vydává Grada Publishing a.s.

Kratochvíl S (1979). Terapeutická komunita a její aplikace In: K. Kalina a kolektiv Základy klinické adiktologie , str.199 vydání 1., Praha: Grada Publishing

Lipson (1984). Richardsonová, Goodman (1983). Terminologie svépomoci v oblasti zdraví IN: M.Bútora Překročit svůj stín ( kluby abstinujících a jiné svépomocné skupiny v péči o zdraví), str. 32, AVICENUM zdravotnické nakladatelství, Praha

Masár O. (2005). adiktologie Odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislosti. Člen International Society of Addiction Journal Editors (ISAJE) In: Racionální analýza významných faktorů terapeutické účinnosti svépomocného společenství Anonymních alkoholiků, prosinec/december 2005, str. 491, Vydává: Sdružení SCAN

Nešpor K., Müllerová M. (2000). Jak přestat brát (drogy) Svépomocná příručka. Třetí rozšířené vydání, str.80 Vydává: Sportpropag, a.s. Praha

Nešpor K. (2006). Zůstat střízlivý – praktické návody pro lidi, kteří mají problém s alkoholem a jejich blízké, str. 66 In: „Lidé, kteří mají problém s alkoholem si navzájem pomáhají“ vydání 1., Nakladatelství: Host

Nešpor K. (2011). Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby, str. 104, 105, 109, vydání 4. aktualizované – Praha: Portál, s r.o.

Nevšímal P., G.Leon., Kooyman M. (2004). Terapeutická komunita pro drogově závislé I. Vznik a vývoj In: Původ a vývoj terapeutické komunity pro drogově závislé, str. 185, Středočeský kraj/ Magdaléna O.P.S.

Pecinovská O. (1996). Závislosti a svépomocné aktivity, In: Jiří Heller, Olga Pecinovská a kolektiv Závislost známá neznámá, str. 108, 109, 111 1. vydání Praha 1996, Grada Publishing

Pešek R., Kotrbová K, Masár O, Vurm V. (2006). Kognitivní analýza významných činitelů terapeutické účinnosti organizace Anonymních Alkoholiků. In: OŠETŘOVATELSTVÍ, Kontakt 1, str. 44 – 52, ISSN 1212-4117

Popov, P. (2008). Zaostřeno na drogy . 1/2008 ( roční šestý) str. 2, 4. Vydává Úřad vlády ČR Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

Richterová – Těmínová M. (2008). Systém péče a jeho složky. In: K. Kalina a kolektiv Základy klinické adiktologie , str. 369 – 382, vydání 1., Praha: Grada Publishing

Vobořil J., Kalina K. (2003). Svépomocné programy. In: Kalina K., et al. Drogy a drogové závislosti 2 Mezioborový přístup, str. 84, 85 Úřad vlády České republiky 2003, dotisk 1. vydání

J.Vymětal a kolektiv (2000). SPECIÁLNÍ PSYCHOTERAPIE (Úzkost a strach) str. 438. Psychoanalytické nakladatelství. Osmý svazek, edice J. Kocourek – Praha

## **Internetové zdroje:**

ANONYMNÍ ALKOHOLICI ( ALCOHOLICS ANONYMOUS, AA), Internetová stránka

[http://txt.www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/a/anonymni\\_alkoholici\\_alcoholics\\_anonymous\\_aa](http://txt.www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/a/anonymni_alkoholici_alcoholics_anonymous_aa)

[ 15.6. 2011].

Holcnerová.P. (2009). Svépomocné internetové skupiny pro uživatele alkoholu K dispozici

na <http://www.addictologie.cz/cz/articles/detail/72/1590/Svepomocne-internetove-stranky-pro-uzivatele-alkoholu> [ 19.6.2011]

Nešpor K.(2002). Organizace Anonymní Alkoholici představuje efektivní pomoc závislým.

K dispozici na : <http://www.drnespor.eu/addictcz.html> [19.6.2011]

Pilotní studie.Kdispozici na INTRANET.EuroMISE.cz.

<http://ucebnice.euromise.cz/index.php?conn=0&section=epidem&node=node13>

[14.5.2001 ]