

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2019-2022

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Marek Bartoš

**Možnosti prevence alkoholismu na pracovišti z hlediska
andragogických profesí**

Praha 2022

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jiří Víšek, Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED STUDIES

2019-2022

BACHELOR THESIS

Marek Bartoš

**Possibilities of alcoholism prevention in the workplace in
terms of andragogical professions**

Prague 2022

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Mgr. Jiří Víšek, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 7. března 2022

Marek Bartoš

Poděkování

Děkuji vedoucímu bakalářské práce za její odborné vedení.

Anotace

Předložená bakalářská práce se věnuje problematice prevence alkoholismu na pracovišti z hlediska andragogických profesí. V teoretické části práce je nejprve představena andragogika jako věda. Následně je osvětlena problematika alkoholismu a závislostí obecně. V poslední části teoretické práce jsou pak popsány druhy prevence a preventivních opatření, včetně intervence závislosti a způsobů léčby závislosti v České republice. Praktická část práce si pak klade za cíl prozkoumání vztahu andragogických pracovníků ke konzumaci alkoholu na pracovišti. Pro naplnění tohoto cíle je realizováno kvantitativní výzkumné šetření na výzkumném souboru 102 respondentů z řad andragogických pracovníků. Výzkum je realizován skrze dotazníkové šetření. Poté jsou získaná data zpracována a prezentována. Formulována jsou i doporučení pro zlepšení současné praxe.

Klíčová slova

Alkoholismus, andragogika, andragogické profese, pracoviště, prevence, závislost.

Annotation

The presented bachelor thesis deals with the issue of alcoholism prevention in the workplace in terms of andragogical professions. In the theoretical part of the thesis, andragogy is first introduced as a science. Subsequently, the issue of alcoholism and addiction in general is clarified. The last part of the theoretical work then describes the types of prevention and preventive measures, including addiction intervention and addiction treatment in the Czech Republic. The practical part of the work then aims to examine the relationship of andragogy workers to alcohol consumption in the workplace. To meet this goal, a quantitative research survey is conducted on a research group of 102 respondents from the ranks of andragogy workers. The research is carried out through a questionnaire survey. Then the obtained data are processed and presented. Recommendations for improving current practice are also formulated.

Keywords

Alcoholism, addiction, andragogy, andragogical professions, prevention, workplace.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 ANDRAGOGIKA	10
1.1 Předmět andragogiky	11
1.2 Andragogické profese	13
1.2.1 Andragogičtí pracovníci.....	14
2 ALKOHOLOVÁ ZÁVISLOST	19
2.1 Vznik závislosti.....	20
2.2 Příčiny závislosti.....	21
2.3 Stádia rozvoje alkoholismu.....	22
2.4 Základní pojmy spojené s alkoholismem.....	24
2.5 Alkohol na pracovišti	26
3 PREVENCE	27
3.1 Primární preventivní opatření	27
3.2 Sekundární preventivní opatření	29
3.3 Terciální preventivní opatření.....	30
3.4 Intervence.....	31
3.5 Léčba.....	32
3.5.1 Druhy léčby.....	32
PRAKTICKÁ ČÁST	34
4 METODOLOGIE A CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	34
4.1 výzkumný cíl a otázky	34
4.2 techniky a metody výzkumného šetření.....	35
4.3 Charakteristika výzkumného souboru a průběh sběru dat	35
4.4 Demografická charakteristika výzkumného souboru	36
4.5 PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	38
5 SHRUTÍ A DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	47
ZÁVĚR	50

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	52
SEZNAM ZKRATEK	56
SEZNAM GRAFŮ	57
SEZNAM PŘÍLOH.....	58

ÚVOD

Tématu alkoholu a alkoholismu obecně byla již věnována celá řada odborných i laických statí, které ji zkoumaly z nejrůznějších hledisek. V posledních letech, kdy lidé vlivem pandemie Covid-19 trávili více času izolovaní ve svých domácnostech, se tato oblast opět dostala do popředí zájmu médií i široké veřejnosti, kdy se všeobecně diskutuje o tom, že si lidé během pandemie navykli ve větší míře konzumovat alkohol v domácím prostředí. V současnosti, kdy se život vrací „do normálních kolejí“, a lidé se opětovně vrací na svá pracoviště, se zaměstnavatelé mohou potýkat s doposud opomíjenou problematikou, kterou je konzumace alkoholu na pracovišti, a bude tak potřeba hledat způsoby jeho prevence z hlediska andragogických profesí. Tato skutečnost byla pro autora této práce motivací k volbě daného tématu pro vypracování bakalářské práce.

Předložená bakalářská práce má za cíl prozkoumat problematiku prevence alkoholismu na pracovišti z hlediska andragogických profesí. Pro účely naplnění tohoto cíle je nejprve nutné položit teoretický základ práce, skrze studium odborných zdrojů, a představit jednotlivé pojmy, se kterými bude ve zbytku textu průběžně pracováno. Definici stěžejních pojmů se věnuje první, teoretická část práce, která se nejprve zaměří na jasnou definici andragogiky, andragogických profesí, následně pak alkoholismu, závislostem, stádiím rozvoje závislosti, a opomenuta nezůstane ani tematika alkoholismu na pracovišti. Závěr teoretické části práce se věnuje formám a způsobům prevence alkoholismu.

Druhá, praktická část práce implementuje získané informace do praxe, skrze výzkumnou činnost. Bylo realizováno kvantitativní výzkumné šetření a to dotazníkovou metodou. Výzkumným nástrojem je nestandardizovaný dotazník vlastního designu autora. Cílem empirické části práce je zmapování, jaká je u andragogických pracovníků situace ve vztahu k užívání alkoholu na pracovišti, a jaké existují možnosti prevence alkoholismu na pracovišti u těchto profesí, které lze implementovat v praxi. Získaná data jsou následně tříděna, zpracována a vyhodnocena. Výsledky empirické části práce jsou shrnuty a diskutovány a na jejich základě jsou formulována doporučení pro praxi.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANDRAGOGIKA

Andragogika je označována za vědu aplikovanou. Aplikované vědy se v praxi vyznačují tím, že získané poznatky je možné implementovat na praktická opatření v rámci společenských vztahů. Tato jsou postupně dále rozvíjena prostřednictvím daných a formulovaných společenských potřeb. Andragogika má rovněž induktivní funkci. Ta se vyznačuje tím, že se předpokládají již identifikované problémy, které je možno nalézt v každé společnosti. Mimo uvedené funkce je andragogika rovněž vědou normativního charakteru, jelikož je ovlivňována sociotechnickými přístupy dále formulujícími její cíle, techniky a metody k dosažení těchto cílů. Z uvedených cílů se postupně stávají normy. Andragogiku je možné charakterizovat jako vědu problémově a systematicky orientovanou, díky čemu lze v jejím rámci nahlížet na jednu problematiku z celé řady hledisek. (Pallán, Langer, 2008)

Slovo andragogika velmi úzce souvisí s pedagogikou. Pojem andragogika byl pravděpodobně poprvé použit německým učitelem Alexanderem Kappa žijícím v letech 1799 až 1869 v jeho díle *Platonova nauka o výchově jako pedagogika pro jednotlivce a stát*, kterou publikoval v roce 1833. Jedna z kapitol této knihy byla nazvána právě „Andragogika neboli vzdělávání v dospělém věku“, čímž položil základ andragogické terminologie. Sám Kappa charakterizoval podstatu andragogiky jako „*nauku o vzdělávání dospělých, která se liší od pedagogiky*“. (Pallán, Langer, 2008, s. 16)

Roku 1921 pak na Kappovy teze navázal německý pedagog Eugen Rosenstock-Huessy žijící v letech 1898 až 1973. Ten nepovažoval andragogiku za vědu, nýbrž pouhou metodu uplatňovanou ve všech typech vzdělávání dospělých. Avšak jeho názory nebyly odbornou veřejností akceptovány. (Veteška, 2016)

Pojetí andragogiky se liší v závislosti na teoretických směrech, které vycházejí z pedagogických a sociálních teorií. Rozdílné determinanty je možné sledovat i v závislosti na geopolitických a kulturních aspektech. Majorita pojetí však disponuje těmito shodnými znaky: (Pallán, Langer, 2008)

- Sociální a ekonomické změny podmiňují vznik a rozvoj vzdělávání dospělých
- Vzdělávání dospělých klade důraz na profesní role a potřebu připravit zodpovědné a kvalifikované pracovníky
- Potřeba zpracovat nové možnosti a způsoby trávení volného času dospělé populace s ohledem na smysluplné trávení volného času
- Rozvoj občanské, demokratické společnosti nebo naopak reakce na problematiku bránění v rozvoji lidem, kteří mají omezený přístup ke vzdělávání, jsou segregovaní apod.
- Potřeba reagovat na globalizaci a rozvoj moderních technologií

1.1 PŘEDMĚT ANDRAGOGIKY

Z hlediska sociálně-vědního andragogika nedisponuje svým vlastním objektem ani předmětem, jelikož jej má společný s ostatními společenskými vědami. Konkrétně se jedná o dospělého jedince, který se učí a dále vzdělává různými způsoby a s využitím rozličných prostředků. Předmět andragogiky není jednoznačně určen ani definován. Existuje však celá řada různých vymezení. Například autoři Pallán a Langer (2008) k vymezení předmětu andragogiky vycházejí z uvedených oblastí:

- Oblast č. 1: Celoživotní vzdělávání a učení dospělých: jeho hlavním předmětem je celoživotní vzdělávání a učení se dospělých komplexně. Další dělení kategorií může být organizované buď druhou osobou, nebo dospělým jedincem samostatně. Dále může být předem plánované, nebo náhodné, tj. incidentní. Incidentní učení probíhá v životě jako nedílná součást běžného života. (Pallán, Langer, 2008)
- Oblast č. 2: Jedinec se vyrovnává se sociálními institucemi: proces vytváření/přijímání pravidel, popř. vyrovnávání se s existující nebo vznikající institucí. (Pallán, Langer, 2008)
- Oblast č. 3: Mobilizace lidského kapitálu v prostředí sociální změny: zde se jedná o nejobecnější pojetí andragogiky, které je zcela typické pro postindustriální společnost, kdy dochází k neustálým změnám a tzv. lidský kapitál se na ně musí adaptovat. Současně se jedná o jeden z nejcitlivějších a nejzranitelnějších existujících determinantů společenského vývoje a existence. (Pallán, Langer, 2008)

- Oblast č. 4: Orientace jedince při problémech v rámci jeho životní dráhy: je individuálně zaměřena, pomocnou vědou je zde psychologie. (Pallán, Langer, 2008)
- Oblast č. 5: Změny syntetického statusu a jejich souvislosti individuální a sociologické neboli sociologizující a nenormativní pojetí andragogiky: jedná se o stav, kdy změna jedné složky syntetického statusu způsobuje změny ostatních složek. Z tohoto důvodu má integrální andragogika možnost takové změny sledovat v dalších dimenzích a nalézt cestu k minimalizaci negativních dopadů oněch změn na jedince. (Pallán, Langer, 2008)
- Oblast č. 6: Animace dospělého člověka: zde se jedná o nejširší pojetí andragogiky jako vědy, jelikož je částečně obsaženo i v ostatních vymezeních, jejichž základem je nekonečná humanizace lidského jedince, záměrné i nezáměrné povahy. Lidé jsou formováni prostřednictvím vlivů prostředí, v němž se pohybují. Proces animace se dělí do několika samostatných dílčích fází, kterými jsou akulturace, socializace, resocializace, profesionalizace a edukace. (Beneš, 2003)

Předmětem a zároveň i objektem andragogiky jsou všechny stránky lidského jedince, čímž se rozumí stránka biologická, stránka psychická, sociální i ekonomická. Andragogika tyto stránky člověka zkoumá v průběhu celé jeho životní dráhy, kterou je možno přiblížit na základě čtyř dimenzí definovaných níže:

- Dimenze č. 1: Čas: ve smyslu biografickém, tedy délka života, a čas ve smyslu sociálně-historickém, tedy vývoj z hlediska časových cyklů a společenských změn.
- Dimenze č. 2: Horizontální dimenze životní dráhy: znamená sociálně-historický prostor, v němž lidé žijí a pohybují se. Existuje zde spojení se syntetickým statusem.
- Dimenze č. 3: Vertikální dimenze životní dráhy: postup nebo sestup na společenském žebříčku.
- Dimenze č. 4: Význam a hodnocení životní dráhy: sebehodnocení jedince, a jeho hodnocení sociálním okolím. (Beneš, 2003)

1.2 ANDRAGOGICKÉ PROFESE

Andragogika se zabývá vzděláváním dospělých. Podstatou je záměrné utváření osobnosti dospělého jedince a jeho edukace. Nastavení edukačního procesu vychází zpravidla z toho, v jaké životní etapě se jedinec nachází, jaké má znalosti a zkušenosti a čeho chce dosáhnout. V andragogice se rozeznávají dva činitelé edukačního procesu. Jsou jimi vzdělavatel a vzdělávaný. Tato terminologie není nijak přísně stanovena a vyžadována, vzdělavatel se tak může nazývat i učitelem, školitelem, lektorem, instruktorem, tutorem, trenérem, moderátorem, facilitátorem, konzultantem, poradcem, supervizorem, metodikem, andragogem, vzdělávaný pak studujícím, účastníkem vzdělávání, apod. V rámci terminologie by bylo možné využívat i označení učitel a žák, to se ale v oblasti vzdělávání prakticky příliš nevyužívá. Označení žák má populace vžité spíše pro děti na základní škole, u dospělých může být vnímáno jako nerespektující.

Vzdělavatel je činitel podněcující, organizující a řídící osvojovací proces učících. Jako takový musí být nejen odborníkem ve svém oboru, ale měl by mít širší znalosti i v jiných oborech a do jisté míry i psychologické znalosti, mít schopnost vyučovat a efektivně své vlastní znalosti předávat ostatním. Role dospělého vzdělávaného se od role žáka liší v tom, že dospělý zastupuje ve svém edukačním procesu roli rovnocenného partnera namísto pouhého příjemce informací. Právě tímto postavením je do velké míry zvýšena efektivita edukačního procesu. Dospělí mají již určité studijní zkušenosti, určité pracovní zkušenosti a řadu životních zkušeností, které vytváří jejich realitu. (Langer, 2016, s. 14 – 16)

Vzdělávající by měl taktéž zvážit způsob výuky z hlediska organizace – pakliže vyučuje například na univerzitě třetího věku, musí zvážit zdravotní stav studujících (kvalitu zraku, sluchu). Nepřímým faktorem je i to, jakým způsobem nahlíží okolí studujícího na jeho počínání. Bohužel ne každý bude studující v jejich snaze podporovat.

Každý studující vstupuje do edukačního / vzdělávacího procesu s nějakým očekáváním a cílem. Vzhledem k tomu, že se v případě účasti na edukačním kurzu, jedná o dobrovolné rozhodnutí, může ho studující kdykoliv opustit pokud není naplněno jeho očekávání z hlediska obsahu kurzu či z hlediska kvalit lektora.

1.2.1 ANDRAGOGIČTÍ PRACOVNÍCI

Trendem vzdělávání dospělých je v současné době jeho kvantitativní rozvoj, a to v různých ohledech. Navýšil se nejen počet vzdělávacích příležitostí, ale rovněž se navýšil počet uskutečněných akcí. V návaznosti na tyto skutečnosti vzrostl počet účastníků vzdělávání i se zvýšil počet subjektů poskytujících vzdělávání. Rovněž vzrostl počet vzdělávacích akcí, seminářů a vzhledem k současné situaci i počet online seminářů, školení, kurzů atp. Andragogičtí pracovníci díky tomu zaznamenali vývojový trend, jímž je proměna cílové skupiny, tj. příjemců vzdělávání. (Beneš, 2003)

Z historického hlediska začala být potřeba vzdělávání patrná po druhé světové válce, kdy byla pozorována negramotnost dospělé populace. Trend je zcela pochopitelný, jelikož ve válečné době není vzdělávání prioritou. Po poválečné obnově se ale vzdělávací příležitosti otevřely širokému spektru dospělých. Do značné míry se obohatila i nabídka, a to v návaznosti na rozvoj informačních a telekomunikačních technologií. (Beneš, 2014)

Andragogický pracovník působí v roli vzdělavatele dospělých neboli aktéra edukačního procesu dospělých. Podstata jeho činnosti tkví v podněcování a následném řízení a usměrňování vzdělávacího procesu. Vzdělavatel musí splňovat požadavky odbornosti, psychologické i didaktické erudice, mít osobností předpoklady a všeobecný přehled. Sám pak průběžně prochází následným vzděláváním, které hraje pro jeho profesi klíčovou roli. (Průcha, Veteška, 2014)

Vzdělavatele neboli poskytovatele vzdělávání lze charakterizovat jako činitele edukačního procesu dospělých. Na jeho roli lze nahlížet z různých úhlů pohledu, přičemž je nutné zvážit i oslabování jeho role, a to v souvislosti s iniciativou dospělých se sebevzdělávat. O sebevzdělávání je společně s rozmachem informačních technologií nebývalý zájem. Rovněž se rozšířila nabídka tzv. self-pace online kurzů, kdy účastník vzdělávání sám prochází předem připraveným kurzem bez vedení vzdělavatele. Ten v tomto případě vystupuje pouze jako tvůrce kurzu, nikoliv průvodce. (Průcha, Veteška, 2014)

V praxi se lze setkat s rozličnou terminologií. Vzhledem k nejednotnosti se používají termíny jako např. vzdělavatel, lektor, instruktor, poskytovatel vzdělávání, školitel,

přednášející, mentor, tutor, kouč, trenér apod. Nuance v terminologii jsou dány historickým vývojem, vazbou na cíl vzdělávání či vazbou na organizační formu vzdělávání.

Andragogičtí pracovníci mohou svou činnost vykonávat buď jako svou každodenní práci nebo naopak poskytovat vzdělávání sporadicky. Ke sporadickému vzdělávání zpravidla dochází v případě, kdy vzdělavatel sdílí svou odbornost s druhými. Avšak stále je dodržena hlavní úloha vzdělavatele, jíž je podněcování, řízení a usměrňování procesu vzdělávání. (Veteška, Tureckiová, 2008)

Pro plnění této role musí andragogický pracovník splňovat několik kritérií. Tato kritéria nejsou závazná, nýbrž mají normativní povahu. Patří mezi ně například odbornost v dané oblasti, osobností předpoklady, všeobecný přehled, didaktická a psychologická erudice. (Veteška, Tureckiová, 2008)

Andragog se podílí na celoživotním učení dospělých, které je v rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady EU č. 1720/2006/ES (15.11.2016) definované jako: *„veškeré všeobecné vzdělávání, odborné vzdělávání a odborná příprava, neformální vzdělávání a informální učení v průběhu života, jejichž výsledkem je zdokonalení znalostí, dovedností a schopností v osobní, občanské, sociální nebo se zaměstnáním související perspektivě.“* (Veteška, Tureckiová, 2008, s. 13)

Andragogičtí pracovníci jsou z podstaty své profese vystaveni psychické zátěži a z těchto důvodů by měli dbát na své duševní zdraví. Na duševní zdraví se nahlíží jednak z hlediska pracovníka jako individuality, jednak je třeba duševní zdraví vnímat v širším kontextu a to i jako podporu zdravých vztahů mimo pracovní prostředí, např. rodinných vztahů či podporovat další sociální vazby, zaměřením se na fyzické zdraví, environmentální problematiku, ale i důstojný aging (tj. důstojné stárnutí) či duchovní zdraví. Všechny tyto faktory tvoří ucelený obraz a ovlivňují, zda jedinec bude či nebude náchylný k požití alkoholu. Každá organizace by proto měla zvážit zaměření svého strategického řízení ve vztahu v péči o zaměstnance a včas plánovat, jakým způsobem budou podporovat zdraví zaměstnanců na pracovišti.

Cílem každého zaměstnavatele by mělo být dobré zdraví zaměstnanců, aby pak svou činností mohli poskytovat maximální přidanou hodnotu celé společnosti. Ke každému jedinci je nezbytné přistupovat individuálně a rozpoznat, co je pro něho správný zdravotní balanc, respektive, co je pro jednoho člověka únosné, může u druhého již znamenat zvrát směrem k alkoholismu. V obtížnějších případech může situace dospět do hraniční situace, kdy daný jedinec řeší své psychické problémy požíváním alkoholu přímo na pracovišti v průběhu celého dne, nikoliv například jednou sklenkou večer na uvolnění. Nejpodstatnějším faktorem je, jak se člověk sám cítí a co on sám považuje za svou individuální rovnováhu a stav úplné vnitřní pohody.

V prevenci alkoholu na pracovišti je pozornost silně zaměřena na podporu zdraví, která je vnímána jako kombinace úsilí ze strany zaměstnavatele, zaměstnanců, ale i společnosti s cílem podporovat a zlepšovat psychické i fyzické zdraví jedinců v pracovním procesu. Pro dosažení takového stavu je kladen důraz na organizaci práce, na organizaci pracovního prostředí, na zapojení zaměstnanců do formování pracovního prostředí (fyzického i v rámci mezilidských vztahů) a na další vzdělávání.

V dřívějších dobách byl koncept BOZP (bezpečnosti a ochrany zdraví při práci) vnímán odděleně od konceptu podpory zdraví pracovníků na pracovišti. Avšak v průběhu let se pozornost začala věnovat i konceptu duševní a fyzické pohody zaměstnanců. V praxi se projevilo, že propojení těchto tří konceptů slouží jako nejúčinnější prevence vzniku onemocnění (včetně závislosti na alkoholu) a podporuje bezpečnost a ochranu zdraví.

Jedním z nejlepších způsobů, jak zabránit alkoholismu na pracovišti je vytváření zdraví prospěšného prostředí. To má přínos nejen pro samotné zaměstnance, ale rovněž pro zaměstnavatele samotného. Dobrý zdravotní stav a psychická pohoda zaměstnanců zvyšují jejich odolnost, zlepšují vzájemné vztahy na pracovišti, zvyšují loajalitu zaměstnanců, zlepšují morálku a celkovou atmosféru. Tato pozitiva přímo i nepřímo zvyšují produktivitu a výkonnost zaměstnanců, stejně jako celkovou image společnosti a její hodnocení na trhu od třetích nezávislých stran. Dalšími přínosy je snížení nejen náchylnosti k alkoholismu, ale rovněž k rozvoji dalších souvisejících zdravotních problémů, snížení počtu sick days a dnů pracovní neschopnosti a v neposlední řadě se snižuje míra fluktuace a odchodů zaměstnanců ze zaměstnání.

Proces vzdělávání dospělých je velkou měrou ovlivněn vývojem trhu. Na andragogické pracovníky je tímto kladen určitý tlak, aby se dané situaci přizpůsobili. S rozvojem informačních a telekomunikačních technologií je kladen zvýšený důraz na jejich používání a celkově dochází k přesunu většiny vzdělávacích seminářů na online platformy. Andragogičtí pracovníci tímto musí rozšířit své vlastní znalosti o praktiky a způsoby efektivního poskytování online vzdělávání, které se liší od klasického vzdělávání v učebnách.

Aby pracovníci tzv. nepodlehli alkoholu je zaměstnavatel vystaven hned několika skutečnostem, které musí při prevenci zvážit a zohlednit. S vývojem doby jsou na pracovníky kladeny stále vyšší nároky týkající se zvyšování kvalifikace a to nejen ve vlastním oboru, ale rovněž mezioborově, což s sebou přináší nutnost vyšší psychické odolnosti a dobrých kognitivních schopností. Andragogičtí pracovníci mohou mít cestování jako jednu ze svých pracovních povinností. To s sebou přináší riziko udržení dobrého psychosociálního zdraví i mimo pracovní prostředí, jelikož se může jednat o několikadenní služební cesty, a to i do zahraničí. Pakliže pracovník tráví většinu své pracovní doby cestováním, může se to projevit negativně na jeho zdraví a jeho vztazích s jeho okolím a tím se stát spouštěčem alkoholismu.

Při organizaci online vzdělávacích webinářů jsou pracovníci vystaveni dalším stresorům mezi které patří potřeba pracovat s velkým množstvím dat a jejich různým typem, dále to vyžaduje dovednosti v oblasti ovládání audio a video konferencí a IT techniky obecně. To klade na pracovníky zvýšené požadavky z hlediska nároků na koncentraci a na jejich kognitivní schopnosti. Nepředvídatelné modifikace obsahu vzdělávacích seminářů či řešení problémů s reálným využíváním online vzdělávacích platforem klade o to větší důraz na odolnost a to nejen co se týče alkoholismu, ale i s tím souvisejících jevů, jakými jsou stres, vyhoření, deprese, apod. Odolnost vůči stresu by měla být vyšší i z hlediska schopnosti zvládat stres způsobený tlakem na rychlost a přesnost práce.

Digitální technologie nesou i další rizika, respektive ohrožují fyzický stav pracovníků. Zatěžují nejen zrak a sluch, ale rovněž mohou způsobovat a napomáhat rozvoji chronického únavového syndromu. Digitální technologie dále narušují mezilidskou interakci a to nejen v pracovní době s ostatními pracovníky, ale i mimo ni ve vztahu k

lidem v osobním životě. V digitální době může dále trpět psychosociální zdraví pracovníků a mohou být narušeny vztahy na pracovišti včetně pracovního klimatu.

Pro některé pracovníky může být stresující zvládnání kulturních a jazykových bariér, obzvláště, pokud poskytují své služby pro zahraničí. V některých případech to může hraničit až se šikanou, která může být řešena alkoholismem.

Alkoholismus, nad nímž nemá zaměstnavatel přímou kontrolu, se může odehrávat v prostředí home-office, který se stal při dnešní epidemiologické situaci standardem pro mnoho pracovníků a způsobem výkonu práce, k němuž přistoupilo mnoho zaměstnavatelů. Pracovník může čelit nadměrnému stresu ze strany naučení se ovládnání informačních a telekomunikačních technologií a z druhé strany může být pod velkým tlakem ze strany rodiny a příbuzných. V takovém případě má zaměstnavatel hodně omezené prostředky, jak se vůbec o problému s alkoholem dozvědět a jak s ním pracovníkovi pomoci bojovat. Zaměstnavatel může svou snahu nasměrovat na maximální podporu odpočinku a regenerace a tím duševního zdraví pracovníka. Zaměstnavatel může dále vytvořit strategický plán pro svou organizaci v oblasti podpory duševního a psychosociálního zdraví svých zaměstnanců specificky upravený pro potřeby home-office.

Při podpoře zdraví a pro prevenci vzniku alkoholismu nelze opomínat ani vlivy prostředí, tzv. environmentální vlivy, mezi něž patří vliv digitálních technologií, úroveň čistoty ovzduší jak uvnitř, tak vně budov, úroveň elektromagnetického smogu, kvalita osvětlení, ergonomie pracovního místa apod. Tyto všechny vlivy se podílí na psychické pohodě zaměstnance a tím na jeho výsledcích.

2 ALKOHOLOVÁ ZÁVISLOST

Závislost je onemocněním, které je charakteristické touhou po látce nebo činnosti, kterou jedinec užívá či vykonává navzdory negativním účinkům, které u něj tato činnost nebo látka vyvolává. U závislosti na alkoholu hovoříme o etylismu nebo alkoholismu. Závislost může mít svůj původ v pouhém experimentu, který postupem času přeroste v pravidelné užívání. V okamžik, kdy se z experimentu stává zvyk je extrémně obtížné navrátit se k normálnímu životu bez závislosti a zpravidla to vyžaduje odbornou pomoc. (Hajný, 2001; Pokorný, Telcová, Tomko, 2002)

Aktuální Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize (neboli MKN-10) označuje závislost za duševní poruchu a poruchu chování, vyvolanou psychoaktivními látkami. Jednotlivé poruchy jsou značeny kódy F10-F19, kdy F10 je označení pro poruchy vyvolané užíváním alkoholu. (Heller, Pecenovská, 1996)

Autor Nešpor (2018, s. 18), definuje ve svém díle závislost jako: „*Skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, které si ho kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (kterou mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák.*“

Rovněž dle Nešpora (2018) je diagnóza závislosti určena až po uplynutí určitého časového úseku a po opakování určitého vzorce jednání, kdy v průběhu jednoho roku dojde k alespoň třem z níže uvedených jevů:

- silná touha, puzení požití látky;
- potíže se sebeovládáním po užití látky;
- fyzické projevy odvykacího stavu: látka je užitá za účelem zmírnění příznaků odvykacího stavu, nebo příznaků vyvolaných předchozí konzumací drogy;
- zvýšená tolerance k účinnosti látky, kdy je vyžadována vyšší dávka k dosažení účinku dříve vyvolaného nižší dávkou;
- zanedbávání koníčků a zájmů, zvyšování času pro obstarávání, konzumaci nebo zotavení se po účincích látky;

- užívání látky navzdory průkazné škodlivosti jejího užívání (deprese, poškozené orgány, aj.).

Autorka Mahdalčíková (2014) dělí závislosti na dvě velké skupiny, jimiž jsou fyzická závislost a psychická závislost.

Pro fyzickou závislost je charakteristické nutkání jedince k užití látky a udržení odstupů mezi jednotlivými užitími za účelem prevence odvykacího stavu. Odvykací stav je náročný a nepříjemný, avšak odezní během několika dní. Je na úvaze jedince, zda pak látku opětovně užije či nikoliv.

Psychická závislost: bývá mnohdy zlehčována. Obvyklým a častým tvrzením je, že díky pevné vůli lze závislost ukončit. Psychická závislost je však příčinou opětovného užívání konkrétní látky, a je velmi zrádná. Opak je však pravdou, jelikož pevná vůle jedince mizí se vznikem závislosti. Chování jedince je pak zaměřeno primárně na zisk a konzumaci látky, a jiné aktivity jsou upozadovány. Obvykle se jedná o dlouhodobý stav, kdy je zapotřebí soustředěné a vytrvalé práce na osobnosti jedince.

2.1 VZNIK ZÁVISLOSTI

Vznik závislosti je ovlivněn řadou faktorů. Mimo ty biochemické a genetické se jedná zejména o:

- osobnost člověka;
- dostupnost alkoholu;
- prostředí a okolí jedince; a
- přítomnost podnětů-spouštěčů (Heller, Pecinová, 1996).

Vyšší riziko vzniku závislosti na alkoholu je u jedinců trpících psychickými či duševními onemocněními, u labilních jedinců, nebo lidí s nízkým sebevědomím. Dále je riziko vyšší u osob s anamnézou poškození mozku při porodu nebo jedinců, kteří prodělali nebo prodělávají dlouhodobé bolestivé onemocnění. O rizikových jedincích se hovoří i v případě lidí se snadným přístupem k alkoholu, u osob odtržených od rodiny, osob pocházejících z neúplných rodin, jedinců žijících v chudobě, jedinců sexuálně zneužívaných a/nebo u nezaměstnaných. (Pokorný, Telcová, Tomko, 2002)

Takoví lidé mnohdy nemohou nalézt jiný uspokojivý způsob řešení problémů, než je konzumace alkoholu. Toto východisko opakují a vyhovuje jim. (Heller, Pecinovská, 1996) Autoři Kolibáš, Novotný (1996) a Mahdalíčková (2014) popisují primární a sekundární typy závislosti.

Do primárního typu závislosti spadají mladí lidé ohrožení vyšším rizikem užívání drog, než je tomu u starší generace. Mladí lidé užívají návykové látky pro jejich příjemný účinek.

Sekundárním typ závislosti označuje užívání drogy jako „léku“ zmírňujícího psychické napětí, spánkové poruchy, úzkosti nebo bolesti. Tímto typem závislosti jsou ohroženi zejména jedinci středního a vyššího věku. Závislost je zde stavem, kdy jedinec látku musí užít, a stává se středobodem jeho života.

Léčba závislosti je velmi komplikovaná, a v průběhu let se její průběh značně proměnil. Moderní současná léčba závislostí obsahuje medikaci i psychoterapie individuálně přizpůsobené na míru každému jedinci a jeho potřebám. Jedním z nejtypičtějších znaků léčby je její dlouhodobý charakter. (Lesch a kol., 2011) Podrobněji se problematice léčby alkoholových závislostí bude předložená práce věnovat v samostatné kapitole níže.

2.2 PŘÍČINY ZÁVISLOSTI

Závislostní chování řadíme ve vztahu ke společnosti k deviantním a patologickým projevům. Způsoby jednání člověka ovlivňují různé společenské faktory. Nelze však opomenout individuální osobnost každého jedince. Každý jedinec má pro nadměrné užívání alkoholu své jedinečné důvody a vždy je potřeba vnímat závislost v kontextu životního stylu, jež vedou. Biopsychosociální faktory představují důsledek sociálně patologického jednání. Vznik příčin sociálně patologických jevů je označován za multifaktoriální, má tedy několik příčin V oblasti teorie původu vzniku sociálních deviací a patologie vznikly tři základní přístupy, kterými jsou:

- Teorie předpokládající existenci určitých typů lidí, kteří se nechovají v souladu se společenskými normami, a jejich jednání stojí mimo ně
- Teorie situační, kdy určité situace mají moc navodit vznik a rozvoj sociální deviace

- Teorie konjunktivní, kombinující oba výše uvedené přístupy, avšak zohledňující fakt, že v určitých situacích se konkrétní typ lidí bude chovat odlišným způsobem. (Fischer, Škoda, 2014)

Deviantně patologické jednání není spolehlivě zjiřitelné. Přesné množství jednotek výskytu tohoto chování je skryt, a není možné jej přesně definovat. Jedná se o jevy, u kterých ani není možná komparace z kvalitativního rozdílu konkrétních sociokulturních prostředí. Nelze je tedy ani spolehlivým způsobem měřit nebo komparovat. (Fischer, Škoda, 2014)

Platnost norem i pravidel by měla být univerzální, tedy platná pro všechny bez rozdílu. Projevy patologického chování jsou identifikovatelné napříč všemi skupinami společnosti a populace. (Fischer a kol., 2014)

2.3 STÁDIA ROZVOJE ALKOHOLISMU

a) Počáteční stadium (iniciální)

Jedinec se v míře pití alkoholu neodlišuje od svého okolí. Alkohol konzumuje pro jeho psychotropní účinky, díky kterým se cítí lépe a šťastnější. V případě, že se objeví těžší životní situace, je pro jedince snadným řešením požití alkoholu, aby těžkosti překonal. Tento způsob v uvozovkách řešení problému skrze alkohol se jedinci osvědčuje a pije čím dál častěji a ve větší míře, jelikož své problémy (kterých je postupně mnohem více), neumí řešit jiným způsobem. (Heller, Pecinovská, 2011)

b) Varovné stadium (prodromální)

Aby jedinec dosáhl onoho příjemného pocitu, který mu ulevuje od problémů běžného života, potřebuje stále vyšší dávky alkoholu. Časem se dostane až k hladině, projevující se zřetelnou opilostí, kterou označuje za „občasné nedopatření“. Jedinec záměrně vyhledává příležitosti k tomu, aby se mohl napít, pije rychleji než ostatní v kolektivu, čímž může být nápadný, a proto své pití mnohdy skrývá, stydí se za něj, a začíná pít ještě dříve než ostatní apod. I ta nejmenší zmínka o alkoholu jej rozrušuje, své pití tají, i přesto ale hlídá, aby u něj nedošlo k otravě alkoholem. (Heller, Pecinovská, 2011)

Ve druhém stádiu alkoholismu lze vzniklou situaci kontrolovaným způsobem řešit a touto cestou vyřešit i dřívější problémy. Fáze se označuje za tzv. předchorobí, kdy se ještě o diagnostikovanou chorobu nejedná. Patří sem první a druhé stádium. (Heller, Pecinovská, 2011)

c) Rozhodné stadium (kruciální)

Jedinec působí na okolí střízlivým dojmem, avšak po vypití malého množství alkoholu je velmi opilý, k čemuž nejčastěji dochází ve velmi nevhodných situacích, jako jsou firemní večírky, posezení s přáteli nebo rodinné oslavy apod. (Heller, Pecinovská, 2011)

V rámci třetího stadia dochází k jevu nazvanému „změna kontroly v pití“. Pro základní metabolické děje je alkohol již nedílnou součástí, a změnily se rovněž i reakce organismu na určité dávky alkoholu. U dávky, která by původně jen podráždila chuťové receptory, je již reakce organismu jiná. Jedinec pije, dokud se neopije. V této fázi je možným řešením abstinence, kdy však pacient o tomto způsobu řešení jeho situace neví a vědět ani nechce, jelikož se stále subjektivně domnívá, že nemá s pitím problém. (Heller, Pecinovská, 2011)

V případě že se jedinec neopije, má za to, že je vše zcela pod kontrolou, a snaží se pít tak, aby nedosáhl stavu opilosti, což však může vést ke konfliktním situacím. Jedinec se za své pití omlouvá, vysvětluje důvody, proč pije, buduje si tzv. racionalizační systém. Dochází k ukrývání alkoholu před okolím na různá místa, jedinec si vymýšlí stále nové výmluvy, kvůli kterým se potřebuje napít, a které se mohou stát pro okolí určitým signálem. Alkohol a jeho pití se stává středobodem světa pacienta, který v této fázi postupně ztrácí zájem jak o své povinnosti, tak i veškeré své koníčky. (Heller, Pecinovská, 2011)

Osobnostní struktura se mění. Dříve spolehliví, pravdomluvní lidé, kteří si vždy plnili své povinnosti najednou vlivem alkoholu začínají lhát, podvádět a neplnit své sliby. Nejsou schopni si přiznat, že je jejich situace vážná. Značka ani kvalita alkoholu již nejsou podstatné, důležitá je pouze dostupnost v dostatečném množství. U jedince převažuje pocit, kdy si říká: *„přece nejsem takový slaboch, abych nedokázal pít s mírou“*. (Heller, Pecinovská, 2011, s.17)

Hlavním cílem v tomto stádiu není nenapít se, ale neopít se.

d) Konečné stadium (terminální)

Pro toto stádium je stěžejní charakteristikou stav po vystřízlivění. Jedinec své špatné fyzické i psychické pocity zahání dalším alkoholem, jedná se zde o tzv. ranní doušky. V případě, že v ranních douškách jedinec dále pokračuje, nedochází k vystřízlivění. Jedinec již pije cokoliv, co obsahuje alkohol, resp. ethanol, ať už je to Alpa nebo Okena. Nyní již stačí velmi malé množství k tomu, aby byl navozen stav opilosti. Začínají se objevovat závažné fyzické potíže, jako je poškození jater, nervové soustavy, slinivky břišní, až organismus nakonec čerpá z posledních rezerv. Alkohol potřebuje k přežití, nic a nikdo jiný jej nezajímá. Život bez alkoholu není možný, avšak to samé platí i s alkoholem. V tomto stádiu již jedinec vyhledává pomoc, nejčastěji však až po prvním pokusu o sebevraždu. Třetí a čtvrté stadium je již označováno za stadium chronické závislosti na alkoholu. (Heller, Pecinová, 2011)

2.4 ZÁKLADNÍ POJMY SPOJENÉ S ALKOHOLISMEM

Úzus: užívání alkoholu ve společensky přijatelné míře s ohledem na věk, množství a zdravotní stav. Hovoří se zde o jeho konzumaci například ve formě doplňku jídla nebo jako pochutinu. (Heller, Pecinová a kol. 1996; Skála, 1987)

Misúzus: spojen se zneužíváním léků a jejich vzájemnou nevhodnou aplikací s alkoholem. (Nožina, 1997)

Abúzus: škodlivé užívání či nadužívání alkoholu poškozující tělesné i duševní zdraví jedince. (Heller, Pecinová, 1996)

Akutní intoxikace: přechodný stav vedoucí k poruchám vědomí, vnímání, emotivity či chování, avšak bez dalších vážných trvalých následků. (Heller, Pecinová, 1996)

Craving: neboli česky „bažení“ je „*touhu pociťovat účinky psychoaktivní látky, s níž měl jedinec dříve zkušenosti*“ nebo také dle Mezinárodní klasifikace nemocí „*jde o silnou touhu nebo pocit puzení látku užít*“. (Nešpor, 2006, s. 154) Bažení je nejčastěji pociťováno na počátku abstinence, je-li látka dostupná, při delší abstinenci nebo v případě

negativních duševních stavů, jako deprese nebo úzkosti. Bažení je nejintenzivnější prvních 10 až 20 minut, trvá však maximálně 30 minut. Fyzicky se projevuje zrychleným dýcháním, zrychleným tepem, sliněním, zhoršenou se soustředěností, oslabenou pamětí a neschopností predikovat možné následky požití. (Pešek, 2018)

„Alkoholismus je běžně chápán jako nadměrná či pravidelná konzumace alkoholických nápojů spojená s nebezpečím návykového chování“ (Jilčík a kol., 1999, s. 33) Dle Kaliny a kol. (2015) je alkohol *„látka, která je lidstvu známa od starověku, stejně tak problémy s jejím nadužíváním. Patří společně s nikotinem mezi legální drogy“*. (Kalina a kol., 2015, s. 51)

Alkohol je považován za psychotropní látku působící na nervovou soustavu. Jedná se o nejrychlejší způsob k navození dobrého pocitu nebo zahnání stresu, který člověk pociťuje. Alkohol je svou povahou podobný do jisté míry hypnotikům, tedy látkám navozujícím příjemnou náladu a potřebu spánku. Alkohol má na každého jedince odlišný účinek, v závislosti na jeho vypitém množství, psychické pohodě, nebo fyzickém stavu jedince. V případě, že se v krvi konzumenta objeví množství 0,5 ‰ alkoholu, dochází k omezení jeho úzkosti, zklidnění a dodání sebedůvěry. Při množství 1,5 ‰ je konzument komunikativnější, silnější a cítí potřebu se seznamovat. Při 2-3 ‰ konzument přestává vnímat, mění se mu nálady a může být agresivní. V případě, že má konzument v krvi více než 3 ‰ upadá do stavu bezvědomí, a nad 4 ‰ dochází ke smrti vlivem selhání srdce a zástavy dechu. (Machová a kol., 2015)

Česká republika se ve spotřebě alkoholu na osobu na celosvětovém žebříčku umístila na druhém místě. Lidé v české republice konzumují alkohol rádi, kdy u mužů dominuje pití piva a tvrdého alkoholu, zatímco u žen je nejoblíbenější pití vína. Alkohol je lehce dostupný, a ani mladiství nemají problém si jej obstarat. (Nielsen, 2014)

U mladistvých i dospělých je alkoholová závislost rozšířeným fenoménem, kdy někteří jedinci jsou schopni míru konzumace kontrolovat, a jiní nikoliv. (Lessa a kol., 2009)

2.5 ALKOHOL NA PRACOVIŠTI

Andragogičtí pracovníci jsou z podstaty své profese vystaveni psychické zátěži a z těchto důvodů by měli dbát na své duševní zdraví. Cílem každého zaměstnavatele by mělo být dobré zdraví zaměstnanců, aby pak svou činností mohli poskytovat maximální přidanou hodnotu celé společnosti. Ke každému jedinci je nezbytné přistupovat individuálně a rozpoznat, co je pro něho správný zdravotní balanc, respektive, co je pro jednoho člověka únosné, může u druhého již znamenat zvrát směrem k alkoholismu. V obtížnějších případech může situace dospět do hraniční situace, kdy daný jedinec řeší své psychické problémy požíváním alkoholu přímo na pracovišti v průběhu celého dne, nikoliv například jednou sklenkou večer na uvolnění. Nejpodstatnějším faktorem je, jak se člověk sám cítí a co on sám považuje za svou individuální rovnováhu a stav úplné vnitřní pohody.

Z výše zmíněného je patrné, že je nezbytné věnovat pozornost duševnímu zdraví zaměstnanců. Na zdraví lze nahlížet z mnoha úhlů pohledu a je nutno přijmout holistický přístup. Nicméně asi nejznámější definicí zdraví je definice Světové zdravotnické organizace, známé pod zkratkou WHO, ve znění: „*Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nikoli jen nepřítomnost nemoci nebo vady.*“ I tato definice v sobě zahrnuje zaměření se na fyzické, psychické a sociální aspekty. (Světová zdravotnická organizace, online)

Problematika požívání alkoholu na pracovišti je primárně upravena v zákoně č. 262/2006 Sb., zákoník práce a dále v zákoně č. 65/2017 Sb., zákon o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek. Danou problematikou se zabývá i například zákon č. 251/2005 Sb., zákon o inspekci práce, který specificky řeší přestupky na úseku bezpečnosti práce (tj. dodržování zákazu alkoholu) či správní delikty právnických osob na úseku bezpečnosti práce. (Bezpecnostprace.info, 2019, online)

3 PREVENCE

Dle autora Krause znamená prevence ve své nejobecnější a zjednodušené rovině takové činy, které napomáhají předcházet nežádoucím jevům a problémům a rizikovému chování. Jinými slovy jde o předcházení drogovým závislostem. (Kraus, 2010, s. 99) Preventivní opatření jsou členěna do tří úrovní, a to na prevenci primární, sekundární a terciální. Každá úroveň je odlišná, má svá specifika, a je určena odlišnému okruhu uživatelů.

Autoři Kukla a kol., (2016) uvádějí, že se prevence v obecné rovině dotýká všech oblastí lidské činnosti, jelikož jsou všechny vzájemně propojeny. Konkrétně pak hovoří o sociální oblasti, právu, zdravotnictví, životním prostředí apod. Prevence je podle autora souhrnem činností, jejichž cílem je snížení nebo zastavení již existující choroby. Cílem prevence je podle něj zabránění šíření, a pokud je to možné, zachycení nemoci již v jejím zárodku. (Kukla a kol., 2016)

Jak již bylo uvedeno výše, preventivní aktivity se člení do tří úrovní, na primární, sekundární a terciální. (Kalina et al., 2015) V rámci praktické realizace základních preventivních opatření, která se řadí k primární prevenci, jsou realizovány aktivity probíhající ve školách, které spadají do hlavního vzdělávacího proudu. Taková všeobecná prevence je určena žákům bez výraznějších problémů, ale i žákům, u kterých se již objevily první náznaky rizikového chování, nebo jedince trpící emoční poruchou, problémy v chování apod. (Vojtová in Pipeková, 2006)

Nyní budou jednotlivé úrovně preventivních opatření drogové závislosti definovány detailněji.

3.1 PRIMÁRNÍ PREVENTIVNÍ OPATŘENÍ

Cílem primární prevence a jejích opatření je implementace nástrojů k předcházení vzniku závislosti. Jedná se o opatření určená širokému spektru publika. Jedná se nejčastěji o akce preventivní povahy pro školy, o semináře a besedy věnované závislostem, setkání s lidmi, kteří si závislostí prošli, a podobně. Dá se však říci, že primární prevence je určena všem věkovým skupinám, které doposud návykové látky neužívají, a jejím cílem je vzdělání

celé společnosti v dané oblasti, za účelem předcházení vzniku rizikového jednání a chování, resp. závislosti. (Radimecký, Janíková, Daněčková, 2007)

Dle Nešpora (2011) spočívá cíl primární prevence v předcházení, nebo alespoň co největšího oddálení prvotního užití návykové látky. U oddálení se tak děje s tím předpokladem, že v pozdějším věku je jedinec odolnější vůči vlivům vnějšího okolí, a není tolik náchylný například vůči tlaku vrstevnické skupiny a podobně. Přecházení užití v sobě obsahuje i snahy oddálit či pozastavit případné experimenty s návykovými látkami.

Primární drogová prevence existuje dvojího typu, a to specifická a nespecifická. Podle autora Kaliny et. al. (2015) se specifická primární prevence dělí dále ještě na indikovanou, selektivní a všeobecnou prevenci.

První typ, primární prevence neboli prevence nespecifická-všeobecná, je definována aktivitami přímo nesouvisejícími s rizikovým chováním, nebo užíváním návykové látky. Jejím jádrem je důraz na efektivní využívání volného času jedince, popř. skupiny jedinců, s akcentem na zájmovou, sportovní nebo jinou volnočasovou aktivitu podporující zdravý životní styl a růst lidské osobnosti žádoucím směrem. (Černý in Miovský, Skácelová, Zapletalová, Novák, 2010) U tohoto typu prevence je pole působnosti velmi obecné, a z tohoto důvodu není její efektivitu možné nijak měřit. (Kalina et al., 2015)

Rovněž dle autora Kukly a kol., (2016) se primární prevence dělí na specifickou a nespecifickou. Již z názvu se dá vyvozovat, že specifický typ prevence je zaměřen na konkrétní faktory, jako jsou rizika nebo znevýhodnění vyskytující se u konkrétní skupiny jedinců.

Dle jiných autorů je specifická primární prevence vázána na konkrétní formy rizikového chování, a v rámci svého programu má jasně vytyčenou konkrétní cílovou skupinu, na kterou se zaměřuje svými aktivitami. Co se týče její praktické realizace, platí zde pravidlo časové i místní ohraničenosti. Použité nástroje a intenzita jejich použití je zde rovněž velmi podstatným faktorem. Primární prevence specifického charakteru má celkem tři úrovně, ve kterých přímo úměrně se zvyšující se intenzitou programu narůstá i míra

využívání postupů a technik ze speciální pedagogiky. (Černý in Miovský, Skácelová, Zapletalová, Novák, 2010)

K tématu selektivní primární prevence pak hovoří i kolektiv autorů okolo Gallà (2005). Selektivní primární prevenci popisuje jako aktivity soustředěné na konkrétní jedince, u nichž bylo identifikováno vyšší ohrožení rizikovými faktory, za které lze považovat nepříznivou rodinnou anamnézu, nebezpečné místo bydliště, nebo jiné faktory psychologického rázu.

Indikovaná primární prevence je pak více soustředěná na individualitu konkrétního člověka, který je v ohrožení, a to kvůli jeho expozici široké škále rizikových faktorů, popřípadě se u něj již první příznaky rizikového chování objevily. Cílem tohoto typu primární prevence je snížení nebo úplná eliminace užívání návykové látky jedincem, popř. minimalizace následků užívání. (Černý in Miovský, Skácelová, Zapletalová, Novák, 2010)

3.2 SEKUNDÁRNÍ PREVENTIVNÍ OPATŘENÍ

K prevenci sekundární je přistupováno v případech, kdy již k rozvoji závislosti na návykové látce došlo. (Nešpor, 2011) Sekundární preventivní opatření se tedy zaměřují na jedince či skupiny, u nichž již k příležitostnému, rekreačnímu nebo experimentálnímu užívání návykové látky dochází. (Radimecký, Janíková, Daněčková, 2007)

Světová zdravotnická organizace definuje sekundární prevenci jako aktivity, jejichž cílem je předejít rozvoji a přetrvání závislosti u jedinců, kteří jsou již užíváním návykové látky zasaženi. (Kudrle in Kalina et al., 2003)

Ve srovnání s primární prevencí všeobecně zaměřenou plošně, je sekundární prevence cílená na konkrétní rizikové skupiny. Jádrem sekundární prevence spočívá ve snahách o včasné zachycení závislosti a zamezení jejímu prohlubování. Odborníci zde pracují s jedinci užívajícími návykové látky. Kukla a kol., (2016) závislost označuje za onemocnění, které je nutno včas podchytit terapií či léčbou. Sekundární prevence je realizována zejména ve zdravotnické a sociální oblasti.

I další autoři definují cíle sekundární prevence obdobně, tedy jako preventivní aktivity usilující o snížení anebo úplné zastavení užívání návykové látky, a zastavení poptávky po ní. (Radimecký, Janíková, Daněčková, 2007)

Hranice mezi primární a sekundární prevencí se prolínají a vzájemně na sebe navazují. (Bém, Kalina in Kalina et al., 2003)

3.3 TERCIÁLNÍ PREVENTIVNÍ OPATŘENÍ

Dle Kukly a kol., (2016) se terciální prevence zaměřuje na konkrétní skupiny obyvatelstva, se kterými dále pracuje za účelem jejich úspěšného znovu začlenění do běžného života.

Cílovou skupinu terciální prevence představují aktivní uživatelé návykové látky. (Kalina et al., 2015) Hlavním úkolem terciální prevence je minimalizovat již vzniklé škody způsobené užíváním návykové látky, a zamezit jejich rozšiřování. (Nešpor, 2011) Tento typ aktivit je označován jako přístup harm reduction, tedy přístup zaměřen na „zmírňování zranění či poškození“. V rámci tohoto přístupu je pracováno s jedinci-uživateli návykové látky, kteří se však rozhodli se svou závislostí pracovat, a postupně se jí zcela zbavit. Součástí harm reduction přístupu tvoří i upřímné seznámení klienta s riziky, která se s dalším užíváním pojí, v určitých případech i jeho navedení na bezpečnější způsoby užívání. (Kalina et al., 2015)

Mezi nástroje terciální prevence je zahrnuto i tzv. streetworkové působení, kdy školení sociální pracovníci docházejí přímo za klienty do jejich přirozeného prostředí, a aktivně je sami vyhledávají a pracují s nimi. Velmi důležitá je zde vzájemná důvěra mezi sociálním pracovníkem a závislým člověkem. Velmi často se jedná o práci s jedinci, kteří sami nejsou schopni nebo ochotni jakoukoliv pomoc vyhledat. (Kraus, 2014) Tento typ sociální práce se však týká zejména drogově závislých jedinců. Do této práce věnující se primárně závislosti na alkoholu byl její popis zařazen proto, aby byl čtenáři poskytnut ucelený obraz o problematice prevence a preventivních opatření na všech třech úrovních.

3.4 INTERVENCE

Realizovat intervenci v souvislosti se závislostí na návykové látce lze několika způsoby, s ohledem na specifčnost konkrétního problému. V každé situaci je v případě závislosti nutné zvolit vhodný intervenční postup, jako je například psychoterapeutické sezení, další vzdělávání nebo nové volnočasové aktivity a důraz na jejich pravidelné dodržování. (Matoušek, Matoušková, 2011)

Autor Kalina (2003) označuje intervenci závislosti jako tzv. léčebné kontinuum, které se sestává ze tří částí, a to z poradenství, léčby a následné péče.

Poradenství a pomoc je dle Fischera a Škody (2014) vhodné poskytovat skrze specializované organizace, jako jsou střediska pro drogově závislé, kontaktní centra nebo linky důvěry. Na psychiatrických pracovištích pak probíhají léčebné terapie. Samotný léčebný proces může mít několik podob, jako je například skupinová terapie, sociální terapie, individuální poradenství nebo podávání substitučních látek klientům apod.

Jednu z možností intervence závislosti na návykové látce je psychoterapeutický přístup, který může mít podobu psychoterapeutických sezení individuálních nebo skupinových, popřípadě komunitních. V rámci psychoterapie je nejčastěji využíváno nejrůznějších relaxačních technik, pohybových technik, arteterapie, terapie hudbou apod. Během psychoterapie je možné léčbu orientovat různými směry. Je možné využít dynamické individuální psychoterapie, behaviorální psychoterapie, terapii realitou, skupinové terapie nebo systematické přístupy. Terapeutické komunity se pak zakládají tak, aby jejich fungování bylo v souladu s principy skupinové terapie, i celé organizace, která je zaštiťuje. (Matoušek, Matoušková, 2011)

Podá-li se klientovi úspěšně absolvovat léčbu závislosti, je mu zpravidla doporučeno využít některé z nabídky doléčovacích služeb. Doléčovací služba může mít podobu pravidelných schůzek s terapeutem, jež klienta doprovází v jeho postupném znovu začleňování do běžné společnosti. (Heller, Pecinovská, 2011)

3.5 LÉČBA

Léčba závislosti může být realizována v několika formách. Může se jednat o léčbu individuální, u které mohou být do jisté míry součinní i ostatní rodinní příslušníci. V případě, že klient nemá zájem o ústavní ani ambulantní léčbu, má možnost podstoupit dobrovolnou léčbu bez dohledu zdravotnického personálu, kterou zaštituje sdružení Anonymních alkoholiků. (Malá, 2010)

V případě, že jedinec pod vlivem alkoholu spáchal trestný čin, a jeho pobyt na svobodě není bezpečný má místně příslušný soud možnost mu udělit Ochranné léčení dle Trestního zákoníku, zákon č. 40/2009 Sb., § 99. Ochranná léčba může být i součástí jiného trestu. (Trestní zákoník, §99)

3.5.1 DRUHY LÉČBY

V případě závislostí je mimo výše uvedené typy léčby nejčastěji využíváno léčby ústavní nebo ambulantní.

a) Ústavní léčba

Dle autora Hůlka „*hlavní výhodou ústavní terapie je vytržení pacienta z prostředí, ve kterém se dostal do problémů se závislostí*“. (Hůlek a kol., 2018, s. 372)

V rámci ústavní léčby nemá pacient možnost styku s vnějším okolím. Zpočátku není povolen ani telefonický nebo jiný elektronický kontakt, aby byla eliminována možnost toho, že si pacient alkohol, nebo jinou návykovou látku obstará tak, že mu ji někdo přinese přímo do léčebny. Léčba zpravidla trvá 3 kalendářní měsíce. Je zde stanoven pevný denní řád, a pacienti mají povinnost jej striktně dodržovat. Uplatňovány jsou principy sebekontroly, odměn a trestů a již výše zmiňovaného řádu. (Hůlek a kol., 2018)

V průběhu dne klienti absolvují celou řadu aktivit a nejrůznějších terapií, jako jsou skupinové a individuální psychoterapie, pracovní terapie nebo psychodrama či arteterapie. Po ukončení léčby by měl být pacient schopen maximálně odolávat nástrahám, které na něj vně léčebny čekají. (Hůlek a kol., 2018) Vhodné je zde využití doléčovacích služeb, o kterých bylo hovořeno výše.

b) Ambulantní léčba

Je dlouhodobého charakteru. Může se jednat o individuální či skupinové terapie. (Hůlek, 2018) Autor Tomáš a kol., (2014) popisují ambulantní léčbu jako součást komplexního systému, který má jedinec možnost využít ve spojitosti s alkoholismem. Ambulantní léčba klientovi poskytuje poradenskou, diagnostickou i farmakoterapeutickou pomoc, včetně individuální psychoterapie.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE A CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

V rámci této kapitoly jsou předloženy cíle výzkumu a metodologie, která byla použita v rámci této bakalářské práce.

4.1 VÝZKUMNÝ CÍL A OTÁZKY

Hlavním cílem praktické části práce je prozkoumání vztahu andragogických pracovníků ke konzumaci alkoholu na pracovišti.

Dílčí cíle:

Dílčí cíle pak byly stanoveny následovně:

1. Zjistit, jak často andragogičtí pracovníci konzumují alkoholické nápoje.
2. Zjistit, zda andragogičtí pracovníci konzumují alkoholické nápoje s cílem vyrovnat se se stresem ze zaměstnání.
3. Zjistit, zda někdy andragogičtí pracovníci byli pod vlivem alkoholu v pracovní době na pracovišti.

Výzkumné otázky:

VO1: Jak často andragogičtí pracovníci konzumují alkoholické nápoje?

VO2: Konzumují andragogičtí pracovníci alkoholické nápoje s cílem vyrovnat se se stresem ze zaměstnání?

VO3: Byli někdy andragogičtí pracovníci pod vlivem alkoholu v pracovní době na pracovišti?

4.2 TECHNIKY A METODY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Empirická část bakalářské práce byla vypracována za použití kvantitativních výzkumných metod. Použitou technikou byl anonymní elektronický nestandardizovaný dotazník vlastního designu autora.

Kvantitativním výzkumem rozumíme metodu sběru dat zaměřenou na získávání číselných údajů, jako jsou informace o četnosti, rozsahu, frekvenci výskytu, množství a podobně. Pro tento typ výzkumu je užíváno větších skupin respondentů, jelikož je potřeba získat data všeobecně platná, které je možné aplikovat dále například na celou společnost. V porovnání s kvalitativním výzkumem zde není dbáno na jev a jeho jedinečnost. (Gavora, 2010)

Dotazník představuje nejpoblárnější metodu kvantitativního výzkumu. Je určen k oslovení co největší skupiny respondentů za účelem získání co nejvíce dat v co nejkratším čase. Osoby vyplňující dotazník jsou nazýváni respondenty. (Průcha a kol., 1998)

Dotazník použitý v rámci této bakalářské práce obsahuje celkem 17 otázek, a je rozdělen na dvě části. První část dotazníku zjišťuje demografické údaje, zatímco ve druhé části jsou položky zaměřeny na získávání informací z oblasti vztahu andragogických pracovníků ke konzumaci alkoholu. V úvodu dotazníku jsou rovněž uvedeny veškeré informace potřebné k jeho vyplnění. Časová dotace pro vyplnění dotazníku je 5-10 minut, aby nebyla účast na výzkumu pro respondenty příliš časově náročná a zatěžující.

V závěru dotazníku je respondentům poděkováno za jejich účast na výzkumném šetření. Celý dotazník byl zcela anonymní, a respondenti byli předem informováni o tom, že získaná data budou použita výhradně pro výzkumné účely této bakalářské práce. Vzor dotazníku je možno nalézt v příloze č. 1 této práce.

4.3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU A PRŮBĚH SBĚRU DAT

V průběhu sestavování výzkumného vzorku byl využit tzv. pravděpodobnostní výběr, kdy došlo k selekci základního souboru k oslovení, ale dále již nebyl kladen důraz na to, které osoby budou přesně osloveny. Respondenti museli odpovídat dvěma kritériím, kterými

bylo působení na andragogické pozici alespoň jeden rok, a druhým kritériem pak byla dobrovolná účast na výzkumném šetření.

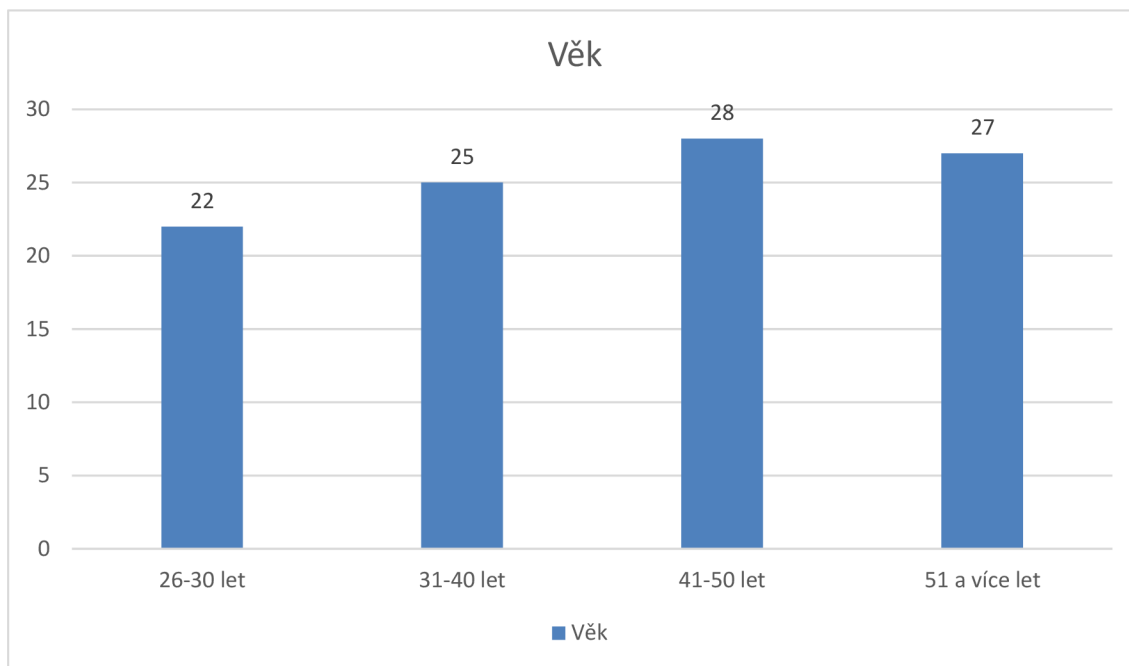
Pro získání potřebného množství respondentů byly selektovány organizace zaměstnávající andragogy, a to konkrétně vzdělávací instituce státní i soukromé sféry v Olomouckém a Jihomoravském kraji, zaměřené na vzdělávání dospělých jedinců. Použit byl seznam škol a školských zařízení státní i nestátní sféry zaměřených na vzdělávání dospělých, který byl vyhledán na internetu. Celkem bylo osloveno 42 zařízení, z nichž 4 svou účast na šetření odmítly. Osloven byl vždy ředitel zařízení, prostřednictvím kterého bylo následně komunikováno s jeho podřízenými. Zbývajících 38 institucí s účastí souhlasilo, a podařilo se tedy celkem oslovit 121 respondentů odpovídajících stanoveným kritériím. Návratnost dotazníků byla 88 %, kdy se ze 121 odeslaných dotazníků vrátilo vyplněných 106. Z navracených dotazníků bylo nutné 4 % vyřadit, jelikož nebyly vyplněny úplně, nebo řádně. Celkem se tedy podařilo získat 102 vyplněných dotazníků.

Sběr dat probíhal v termínu od 8. 1. 2022 do 18. 1. 2022. Elektronická forma komunikace s respondenty byla zvolena i z důvodů pandemie Covid-19.

4.4 DEMOGRAFICKÁ CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

V rámci této podkapitoly budou graficky prezentována data získaná o výzkumném souboru z první části dotazníku. Konkrétně se bude jednat o data o pohlaví, věku a délce praxe respondentů.

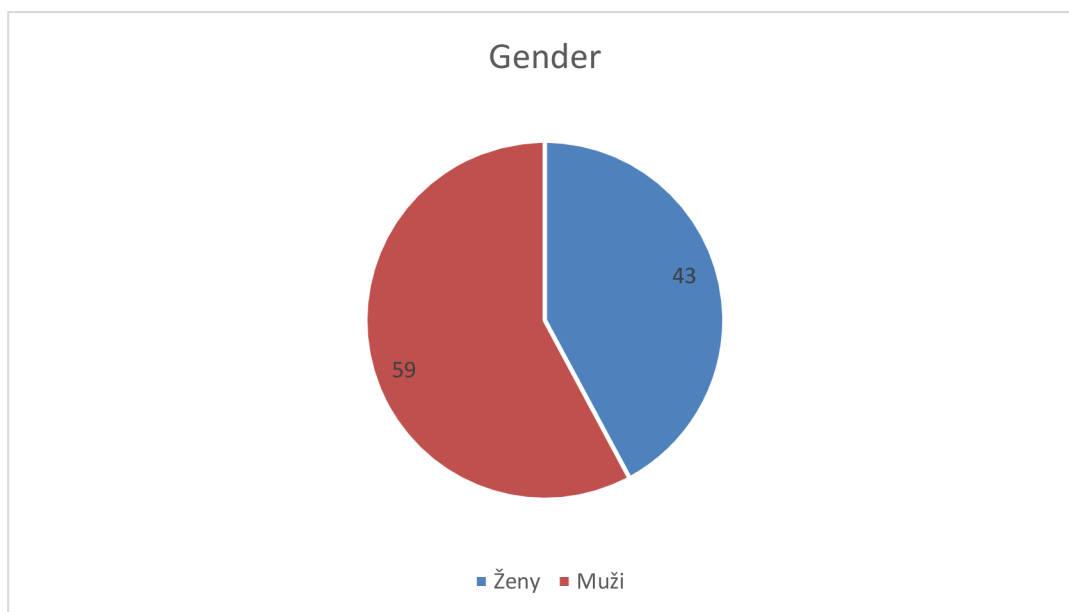
Věková struktura výzkumného souboru je zanesena do grafu č.1:



Graf 1 Věková struktura výzkumného souboru

Věková struktura respondentů byla následující: 22 % patřilo do věkové skupiny 26-30 let, 24,5 % patřilo do skupiny 31-40 let, 27 % bylo ve skupině 41-50 let a 26,5 % bylo starší 51 let. Jednotlivé věkové skupiny byly tedy ve vzorku zastoupeny rovnoměrně.

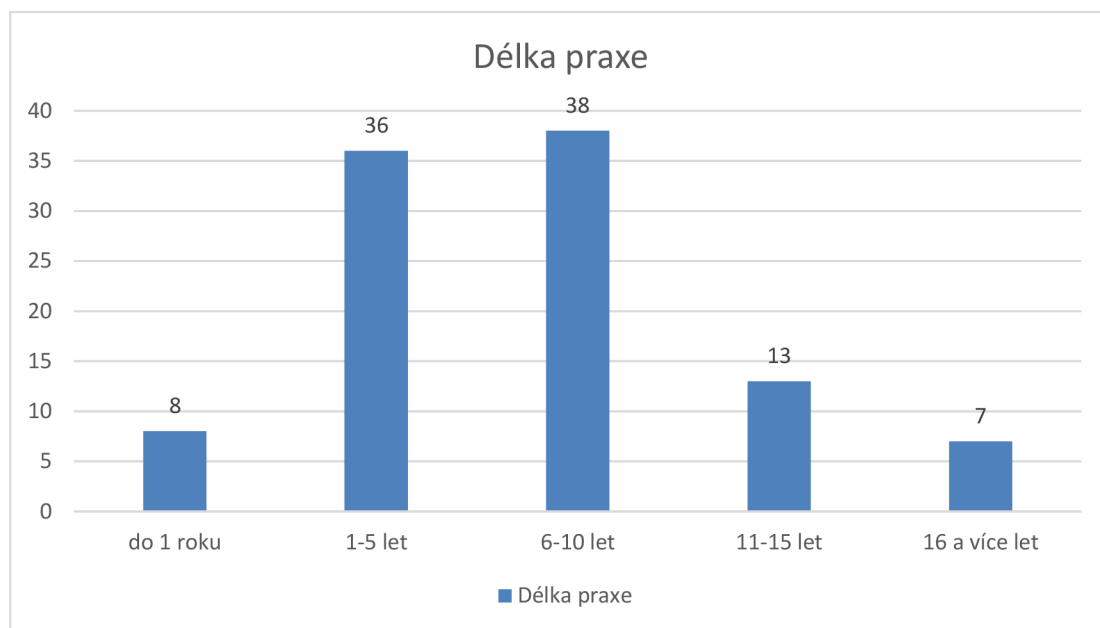
Genderové složení výzkumného souboru je zaneseno v grafu č. 2.



Graf 2 Gender

Z genderového hlediska bylo mezi respondenty výzkumného souboru celkem 58 % mužů a 42 % žen. Poměr mezi jednotlivými pohlavími byl velmi vyrovnaný.

Poslední otázkou demografického charakteru byla délka praxe na andragogické pozici. Získaná data jsou zanesena do grafu č.3.



Graf 3 Délka praxe

Z dotazníku bylo zjištěno, že 35 % výzkumného souboru disponuje praxí na andragogické pozici 1-5 let, a 37 % praxí v intervalu 6-10 let. Nejméně respondentů, a to 7 % mělo praxi delší než 16 let.

4.5 PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

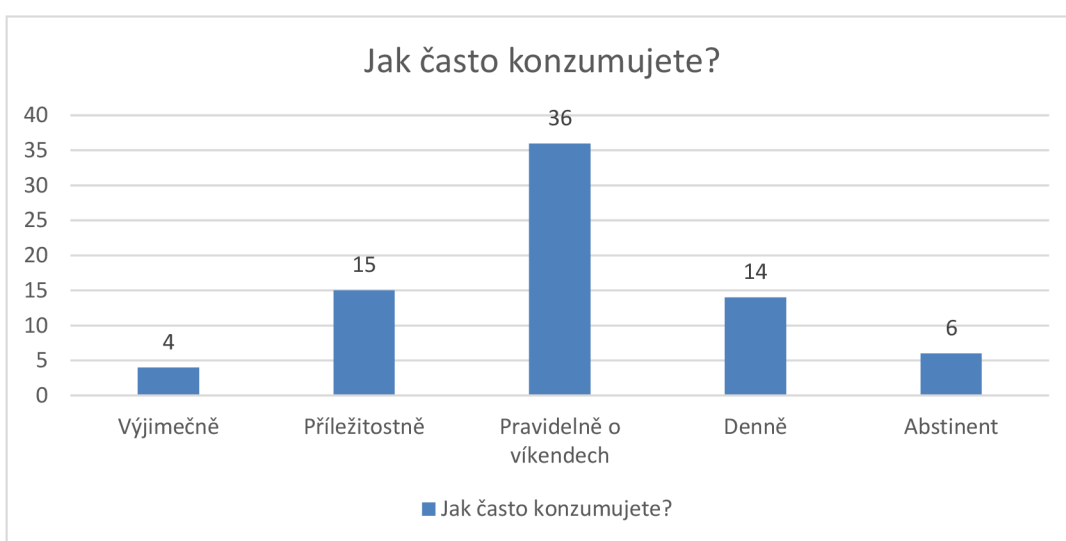
Druhá část dotazníku byla zaměřena na problematiku alkoholismu na pracovišti z hlediska andragogických profesí.

První položka dotazníku se ptala: „Konzumujete někdy alkohol?“. Získaná data byla zpracována do následujícího grafu, kdy bylo zjištěno, že 96 % respondentů alkohol konzumuje, naproti tomu pouhá 4 % nikoliv.



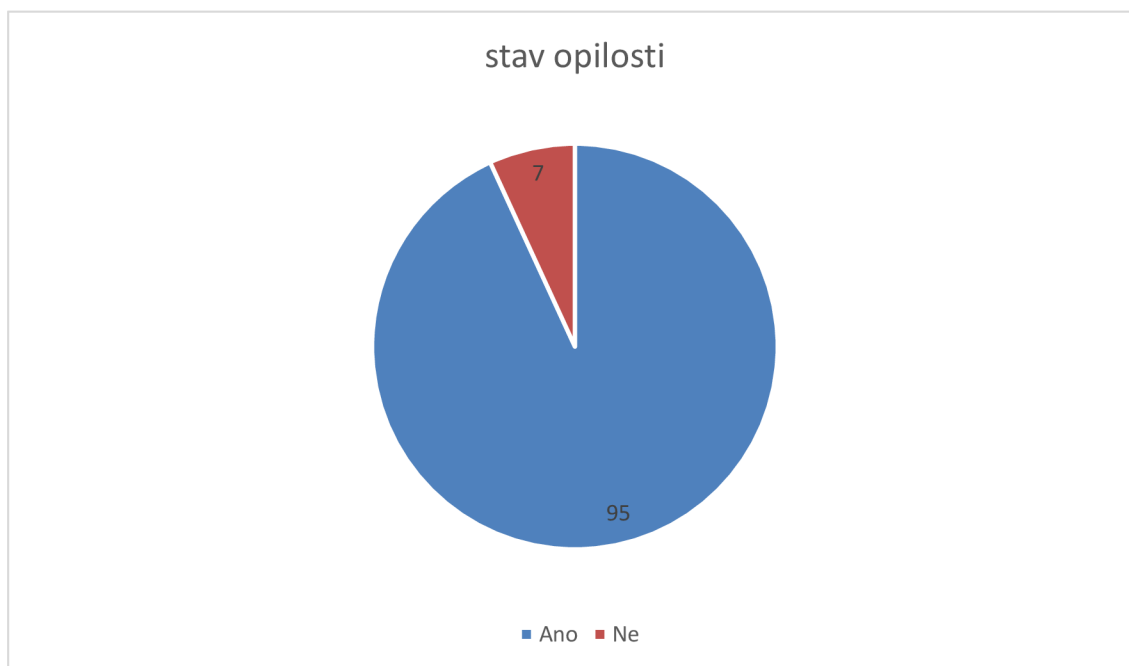
Graf 4 Konzumace alkoholu

Dále se dotazník ptal: „*Svou konzumaci alkoholu byste označil/a za výjimečnou, příležitostnou, pravidelnou víkendovou, nebo každodenní?*“ Získaná data zde byla opět zanesena do grafu. U této položky bylo zjištěno, že majorita, tj. 35 % respondentů konzumuje pravidelně o víkendech, 6 % z výzkumného souboru jsou naopak abstinenti tvořící naprostou minoritu, spolu se 4 % výjimečných pijáků pouze při zvláštních příležitostech. Alarmující se však jeví výsledek u položky denního pijáctví, kdy tuto možnost zvolilo celkem 14 % respondentů výzkumného souboru.



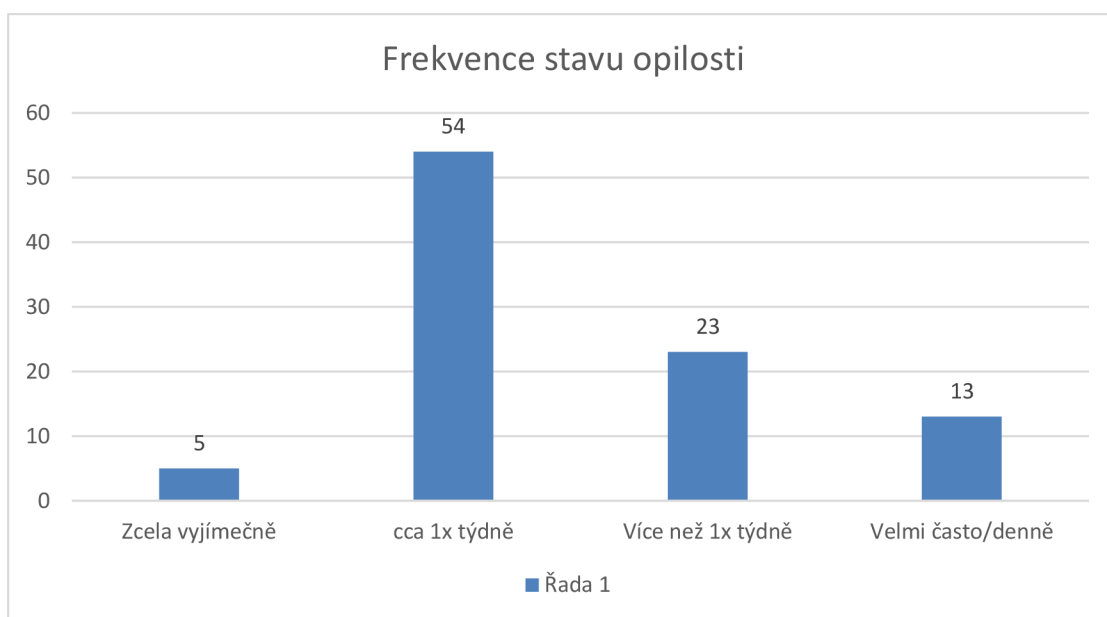
Graf 5 Jak často konzumujete alkohol?

Další otázka se zaměřila na to, zda respondenti dosahují stavu opilosti, a jak často. Data jsou opět zanesena do grafů.



Graf 6 Dosažení stavu opilosti

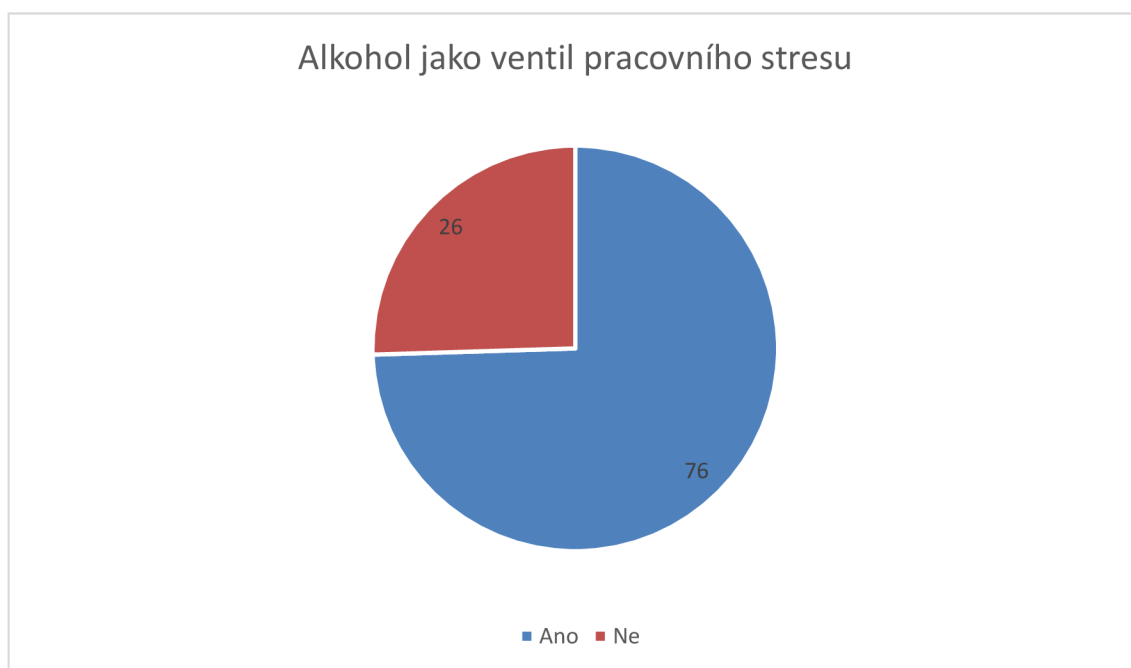
Z grafu č.6 je patrné, že naprostá většina respondentů výzkumného souboru, tj. 93 % již někdy dosáhla stavu opilosti. Tito respondenti byli dále dotazováni na frekvenci výskytu tohoto stavu. Bylo zjištěno následující.



Graf 7 Frekvence opilosti

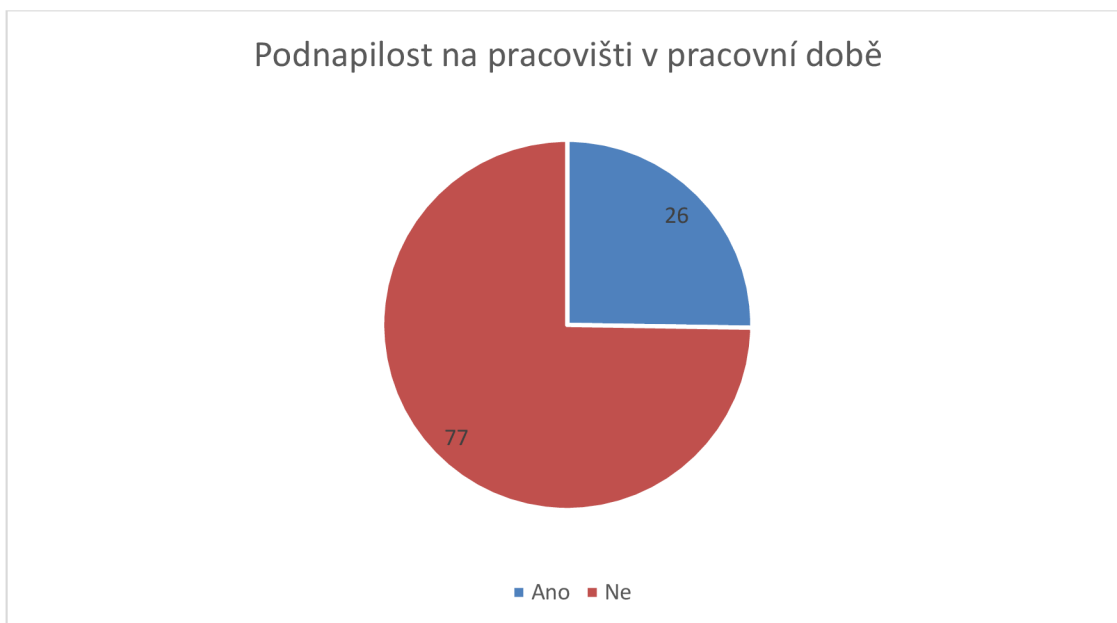
Respondenti výzkumného souboru, kteří již dosáhli stavu opilosti, nejčastěji volili možnost, že se tento stav u nich opakuje cca 1x týdně. Tuto možnost uvedlo celkem 54 respondentů představujících 57 % z těch, kteří u předchozí položky zvolili možnost „ano“. Celkově z výzkumného souboru tito jedinci tvoří 53 %. Více než 1x týdně stavu opilosti dosahuje 23 % výzkumného souboru a velmi často, nebo dokonce denně se opíjí 13 % výzkumného souboru. Z výsledků této položky dotazníku jasně vyplývá, že alkohol je u andragogických pracovníků problematikou, kterou nelze opomíjet, a je nutné ji řešit.

Dále snahou bylo zjistit, zda je pro respondenty pití alkoholu určitým ventilem pro zpracování stresu plynoucího ze zaměstnání. U této položky bylo zjištěno, že 75 % respondentů výzkumného souboru považuje alkohol za určitý způsob úlevy například po těžkém pracovním dni, a alkohol jim pomáhá se vyrovnat se stresem plynoucím z jejich pracovního života.



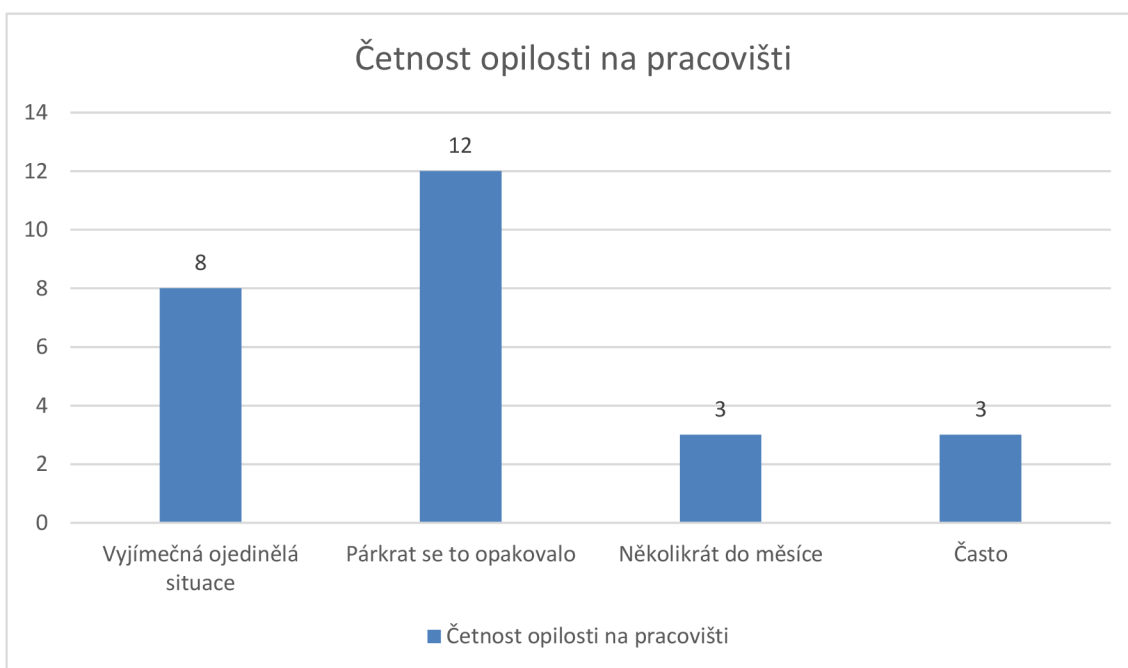
Graf 8 Alkohol jako ventil pracovního stresu

Dále se dotazník ptal: „*Stalo se Vám někdy, že jste byl/a pod vlivem alkoholu (byť i zbytkového) na pracovišti v pracovní době?*“ U této položky byla zjištěna skutečnost, že celkem 25 % respondentů výzkumného souboru bylo v pracovní době na pracovišti pod vlivem alkoholu. Zde je samozřejmě nutno brát v úvahu i situace, kdy je zaměstnanec například na výjezdním zasedání, školení, pracovní cestě apod., nicméně to není omluvou pro fakt, že se jedná o výkon jeho zaměstnání pod vlivem alkoholu.



Graf 9 Podnapilost na pracovišti v pracovní době

Dále bylo nutno zjistit, kolikrát k podobné situaci došlo. Zde bylo zjištěná data rovněž zanesena do grafu. Opět se potvrzuje fakt, že alkoholismus na pracovišti je i u andragogických pracovníků vážným tématem, který je nutné okamžitě řešit.



Graf 10 Frekvence stavu opilosti na pracovišti

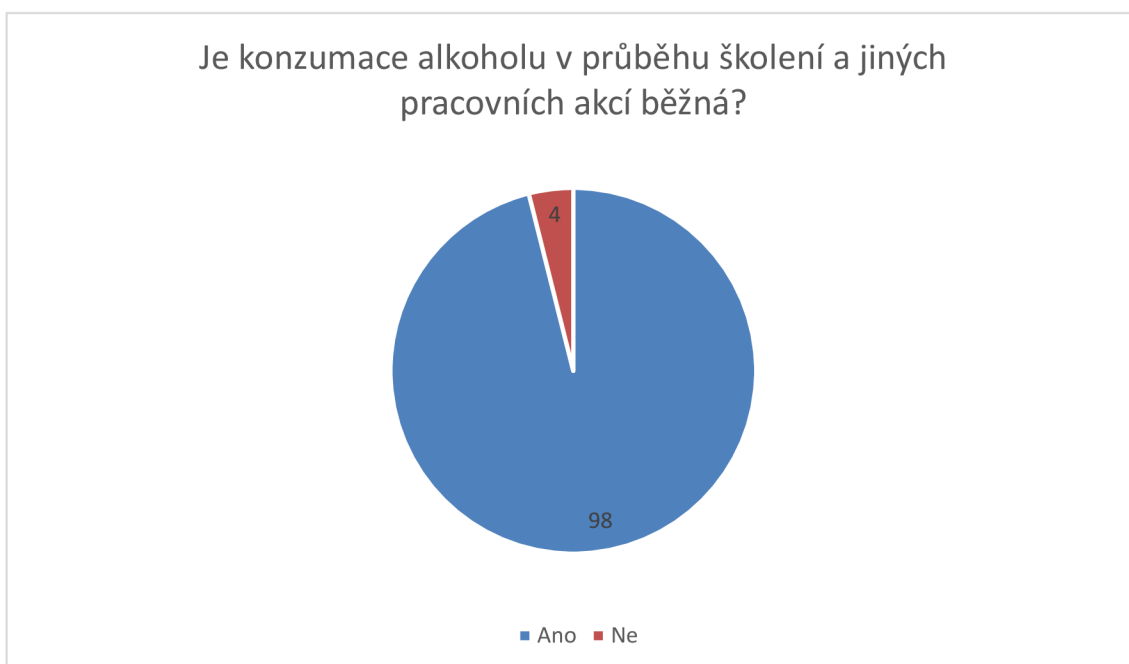
Následovala otázka: „*Stalo se někdy, že byl pod vlivem alkoholu na pracovišti v pracovní době některý z Vašich kolegů?*“



Graf 11 Kolega pod vlivem alkoholu na pracovišti v pracovní době

U této položky bylo zjištěno, že 93 % respondentů se setkala se situací, kdy se v zaměstnání v pracovní době na pracovišti setkali s kolegou, který byl pod vlivem alkoholu v pracovní době.

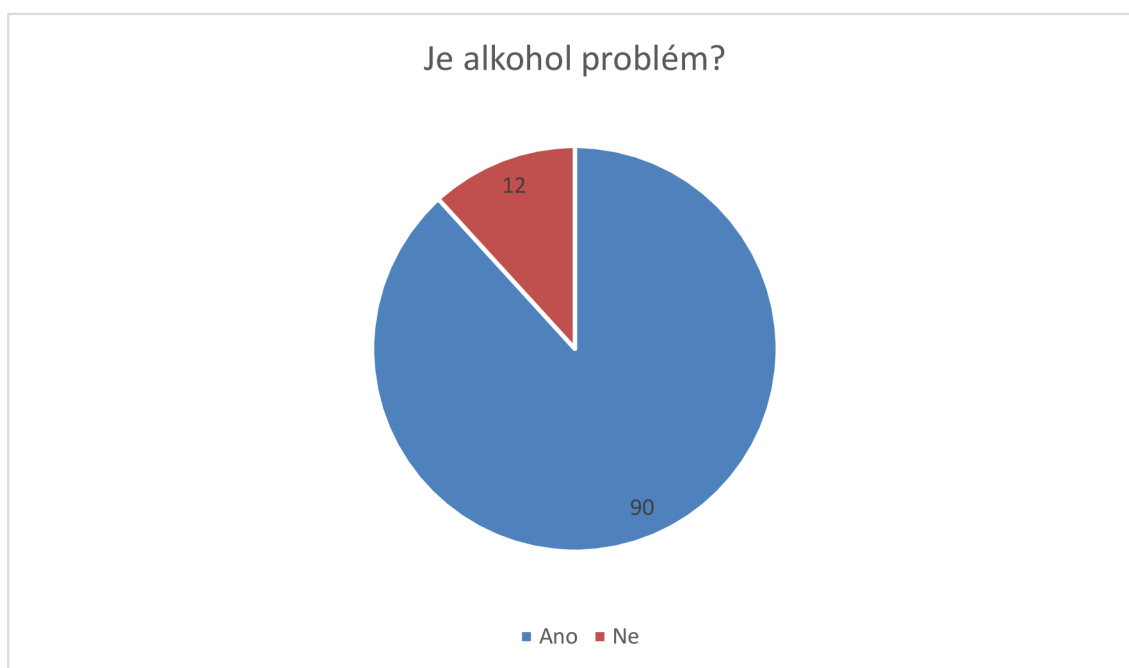
Dále bylo zjišťováno, zda je u andragogických profesí konzumace alkoholu v průběhu pracovních cest, školení, jednání apod. běžná. Získaná data jsou zpracována graficky.



Graf 12 Běžnost konzumace alkoholu na pracovních akcích

U této položky bylo zjištěno, že konzumaci alkoholu na pracovních akcích, jako jsou školení, výjezdni zasedání, a jiné pracovní akce označuje za běžnou celkem 96 % respondentů výzkumného souboru.

Dále byla položena otázka, zda respondenti někdy zvažovali fakt, že by pro ně mohl alkohol představovat problém, nebo byste mohli být dokonce závislí. S ohledem na výsledky předchozích položek jsou data u této položky velmi překvapivá, jelikož celkem 88 % respondentů uvedlo, že tímto způsobem o alkoholu neuvažovalo. Na základě poznatků z teoretické části této práce lze uvést, že se jedná o situaci, kde je implementace preventivních opatření více než vhodná.



Graf 13 Mohl by pro mě alkohol představovat problém?

Další položka dotazníku se respondentů ptala: „Kontroluje Váš zaměstnavatel nějakým způsobem přítomnost alkoholu na pracovišti?“ Z vyhodnocení bylo zjištěno, že 54 % respondentů uvedlo, že jsou kontroly na pracovišti předem hlášené a pravidelné, 30 % respondentů pak uvedlo, že u nich žádné kontroly neprobíhají, a pouze 16 % respondentů uvedlo, že jejich zaměstnavatel provádí náhodné kontroly přítomnosti alkoholu na pracovišti.



Graf 14 Kontroly na pracovišti

Následovala otázka týkající se toho, zda jsou respondenti seznámeni s tím, jak a kde je možné v případě, že by oni nebo někdo v jejich okolí měl problém s alkoholem, vyhledat pomoc. Zde bylo zjištěno, že 39 % respondentů vůbec neví, kde by v takové situaci měli hledat pomoc, a jak. Osvěta a její rozvoj je v této oblasti tedy zcela jistě na místě.



Graf 15 Víte, kde v případě problémů s alkoholem hledat pomoc?

Poslední položka dotazníku pak zkoumala, zda by respondenti v případě potřeby tuto pomoc opravdu využili. Zde bylo zjištěno, že majorita oslovených respondentů by

odbornou pomoc pravděpodobně stejně nevyužila. Celkem se jednalo o 75 % respondentů, kteří zvolili možnost „ne“.



Graf 16 Využití odborné pomoci

5 SHRNUTÍ A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Hlavním cílem praktické části práce bylo prozkoumání vztahu andragogických pracovníků ke konzumaci alkoholu na pracovišti. Pro tyto účely byly stanoveny následující dílčí cíle práce, ke kterým bylo zjištěno:

DVC1 a VO1: Zjistit, jak často andragogičtí pracovníci konzumují alkoholické nápoje. V rámci tohoto dílčího cíle bylo zjištěno, že 35 % respondentů konzumuje pravidelně o víkendech, 6 % z výzkumného souboru jsou naopak abstinenti tvořící naprostou minoritu, spolu se 4 % výjimečných pijáků pouze při zvláštních příležitostech. Alarmující se však jeví výsledek u položky denního pijáctví, kdy tuto možnost zvolilo celkem 14 % respondentů výzkumného souboru.

DVC2 a VO2: Zjistit, zda andragogičtí pracovníci konzumují alkoholické nápoje, s cílem vyrovnat se se stresem ze zaměstnání. Zde bylo zjištěno, že celkem 75 % respondentů výzkumného souboru považuje alkohol za určitý způsob úlevy například po těžkém pracovním dni, a alkohol jim pomáhá se vyrovnat se stresem plynoucím z jejich pracovního života. Tito respondenti tedy konzumují alkohol s cílem vyrovnat se se stresem ze zaměstnání.

DVC3 a VO3: Zjistit, zda někdy andragogičtí pracovníci byli pod vlivem alkoholu v pracovní době na pracovišti. V rámci tohoto dílčího výzkumného cíle bylo zjištěno, že celkem 25 % respondentů výzkumného souboru bylo v pracovní době na pracovišti pod vlivem alkoholu. Zde je samozřejmě nutno brát v úvahu i situace, kdy je zaměstnanec například na výjezdním zasedání, školení, pracovní cestě apod., nicméně to není omluvou pro fakt, že se jedná o výkon jeho zaměstnání pod vlivem alkoholu, kde až 96 % respondentů uvádí, že je konzumace alkoholu v průběhu pracovní doby běžným jevem. K tomuto dílčímu cíli bylo dále zjištěno, že 93 % respondentů se setkalo se situací, kdy se v zaměstnání v pracovní době na pracovišti setkali s kolegou, který byl pod vlivem alkoholu v pracovní době.

Z provedeného dotazníkového šetření bylo rovněž zjištěno, že míra kontroly přítomnosti alkoholu na pracovišti je velmi nízká, a majorita výzkumného souboru neoperuje s myšlenkou, že by pro ně mohl alkohol představovat jakákoliv problém. Dále

považujeme za nutné zdůraznit, že 61 % respondentů je sice informováno o tom, jak a kde lze vyhledat odbornou pomoc, ale v praxi by ji 75 % z respondentů nevyhledalo.

V rámci výsledků praktické části práce se tedy jeví jako vhodná implementace určitých preventivních prvků, které by mohly pomoci k zamezení rozvoje závislosti na alkoholu u některých respondentů výzkumného souboru.

Konkrétně se zde jako nejvhodnější jeví implementace určitých prvků specifické primární prevence, selektivní primární prevence a některých prvků sekundární prevence závislosti na alkoholu. Jak bylo uvedeno v teoretické části práce, *„specifická primární prevence vázána na konkrétní formy rizikového chování, a v rámci svého programu má jasně vytyčenou konkrétní cílovou skupinu, na kterou se zaměřuje svými aktivitami. Co se týče její praktické realizace, platí zde pravidlo časové i místní ohraničenosti. Použité nástroje a intenzita jejich použití je zde rovněž velmi podstatným faktorem.“* (Černý in Miovský, Skácelová, Zapletalová, Novák, 2010) Dále *„selektivní primární prevence obsahuje aktivity soustředěné na konkrétní jedince, u nichž bylo identifikováno vyšší ohrožení rizikovými faktory.“* Gallà (2005)

Jako konkrétní opatření, který by mohla být implementována do praxe s cílem eliminovat rozvoj závislosti na alkoholu u andragogických pracovníků lze navrhnout následující:

1. Zavedení předem neohlášených dechových kontrol na pracovišti ze strany zaměstnavatele, pomocí přístrojů měřících přítomnost alkoholu v dechu, jako je například certifikovaný profesionální detektor alkoholu - Standart - AT 6820. Jedná se o zařízení s velmi jednoduchým ovládáním, jeho cena se pohybuje okolo 21 000 Kč. Vzhledem k tomu, že se jedná o profesionální zařízení, je jeho spolehlivost na velmi vysoké úrovni. V případě, že by zaměstnavatel u zaměstnance v pracovní době na pracovišti naměřil alkohol, je nutné poté postupovat v souladu s platnou legislativou uvedenou v teoretické části této práce.
2. Dalším opatřením, které by bylo vhodné aplikovat, je rozšíření osvěty z oblasti závislostního chování, kdy by ze strany zaměstnavatele mohlo být zorganizováno sezení s osobou, která si prošla závislostí na alkoholu. Bylo by nutné zde selektovat jedince, který v minulosti vykonával vyšší funkci, nebo působil na

vysokém postu, a alkohol mu jeho život velmi zkomplikoval/zničil. Zaměstnanci by tak měli možnost vidět a slyšet, kam až může alkohol člověka přivést, a to nejen po pracovní stránce, jelikož alkohol ovlivňuje všechny stránky lidského života.

3. Dalším preventivním prvkem, který by bylo vhodné aplikovat, je nulová tolerance ke konzumaci alkoholu v průběhu pracovní doby na firemních akcích-netýkalo by se večerního osobního volna.
4. Posledním navrhovaným preventivním opatřením by byla možnost využít individuálního terapeutického sezení s odborníkem, a to v rámci psychohygieny jedince a odbourání pracovního stresu. Určitá forma pracovního coachingu by tak zaměstnanec mohla přivést na jiné způsoby ventilace pracovního stresu než je konzumace alkoholu. Terapeut by rovněž v rámci sezení byl schopen detekovat, zda má konkrétní jedinec problémy s alkoholem většího rozsahu, a mohl by mu doporučit další postup.

Vypracováním této bakalářské práce se podařilo zmapovat problematiku prevence alkoholismu na pracovišti z hlediska andragogických profesí, čímž byl naplněn hlavní cíl práce, který byl na počátku stanoven. Budou-li uvedená opatření opravdu implementována do praxe, a pomohou tak někomu vyrovnat se, nebo zabránit rozvoji závislosti na alkoholu, splní tak práce i svůj vyšší cíl.

ZÁVĚR

Předložená práce čtenáři poskytuje ucelený obrázek o zkoumané problematice alkoholismu na pracovišti z pohledu andragogických pracovníků, s akcentem na implementaci konkrétních preventivních opatření v praxi.

Andragogičtí pracovníci jsou vystaveni psychické zátěži a měli by dbát na své duševní zdraví. Každá organizace by proto měla zvážit zaměření svého strategického řízení ve vztahu v péči o zaměstnance a včas plánovat, jakým způsobem budou podporovat zdraví zaměstnanců na pracovišti. V prevenci alkoholu na pracovišti je pozornost silně zaměřena na podporu zdraví, která je vnímána jako kombinace úsilí ze strany zaměstnavatele, zaměstnanců, ale i společnosti s cílem podporovat a zlepšovat psychické i fyzické zdraví jedinců v pracovním procesu. Pro dosažení takového stavu je kladen důraz na organizaci práce, na organizaci pracovního prostředí, na zapojení zaměstnanců do formování pracovního prostředí (fyzického i v rámci mezilidských vztahů) a na další vzdělávání.

Jedním z nejlepších způsobů, jak zabránit alkoholismu na pracovišti je vytváření zdraví prospěšného prostředí. To má přínos nejen pro samotné zaměstnance, ale rovněž pro zaměstnavatele samotného. Dobrý zdravotní stav a psychická pohoda zaměstnanců zvyšují jejich odolnost, zlepšují vzájemné vztahy na pracovišti, zvyšují loajalitu zaměstnanců, zlepšují morálku a celkovou atmosféru. Tato pozitiva přímo i nepřímo zvyšují produktivitu a výkonnost zaměstnanců, stejně jako celkovou image společnosti a její hodnocení na trhu od třetích nezávislých stran.

Aby pracovníci tzv. nepodlehli alkoholu je zaměstnavatel vystaven hned několika skutečnostem, které musí při prevenci zvážit a zohlednit. S vývojem doby jsou na pracovníky kladeny stále vyšší nároky týkající se zvyšování kvalifikace, a to nejen ve vlastním oboru, ale rovněž mezioborově, což s sebou přináší nutnost vyšší psychické odolnosti a dobrých kognitivních schopností. Andragogičtí pracovníci mohou mít cestování jako jednu ze svých pracovních povinností. To s sebou přináší riziko udržení dobrého psychosociálního zdraví i mimo pracovní prostředí, jelikož se může jednat o několikadenní služební cesty, a to i do zahraničí. Pakliže pracovník tráví většinu své pracovní doby cestováním, může se to projevit negativně na jeho zdraví a jeho vztazích s jeho okolím a to se může stát spouštěčem alkoholismu.

Při podpoře zdraví a pro prevenci vzniku alkoholismu nelze opomínat ani vlivy prostředí, tzv. environmentální vlivy, mezi něž patří vliv digitálních technologií, úroveň čistoty ovzduší jak uvnitř, tak vně budov, úroveň elektromagnetického smogu, kvalita osvětlení, ergonomie pracovního místa apod. Tyto všechny vlivy se podílí na psychické pohodě zaměstnance a tím na jeho výsledcích.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

BENEŠ, M., Andragogika. 2. aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada. 2014. S. 176. ISBN 978-80-247-4824-5.

BENEŠ, M., Andragogika. Praha: Eurolex Bohemia, 2003. S. 216. ISBN 80-86432-23-8

ČERNÝ, M. Základní úrovně provádění primární prevence. In: MIOVSKÝ, M. a kol. Primární prevence rizikového chování ve školství. Praha: Sdružení SCAN, 2010. s. 42. ISBN 978-80-87258-47-7.

FISCHER, S., ŠKODA, J., 2014. Sociální patologie: Závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. 232 s. ISBN 978-80-247-5046-0.

GALLÀ, M., AERTSEN, P., DAATLAND, Ch., DESWERT, J., FENK, R., FISCHER, U. Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí. Příručka o efektivní školní drogové prevenci. Praha: Úřad vlády ČR, 2005.

GAVORA, P. Úvod do pedagogického výzkumu. Brno: Paido, 2010. 207 s. ISBN 80-85931-79-6.

HAJNÝ, Martin. O rodičích, dětech a drogách. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. Pro rodiče. ISBN 80-247-0135-9.

HELLER, J., PECINOVSKÁ, O., a kol., 2011. Pavučina závislosti: Alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby. Togga. 220 s. ISBN 978-80-87258-0.

HELLER, Jiří a Olga PECINOVSKÁ. Závislost známá neznámá. 1. vyd. Praha: Grada, 1996. ISBN 80-7169-277-8.

HŮLEK, P., URBÁNEK, P., a kol., 2018. Hepatologie. 3. vydání. Praha: Grada Publishing. 768 s. ISBN 978-80-247-2939-8.

JILČÍK, T., PLŠKOVÁ, A., ZAPLETAL, L., 1999. Sociologie II – Úvod do problematiky sociálně patologických jevů. 3. vydání. Brno: Institut mezioborových studií Brno. 63 s. Bez ISBN

KALINA, K. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K., a kol., 2015. Klinická adiktologie. Praha: Grada Publishing. 646 s. ISBN 978-80-247-9792-2.

KALINA, K., a kol., 2015. Klinická adiktologie. Praha: Grada Publishing. 646 s. ISBN 978-80-247-9792-2.

KOLIBÁŠ, Eduard a Vladimír NOVOTNÝ. 1.vyd. Alkoholizmus a drogové závislosti. Bratislava: Univerzita Komenského, 1996. ISBN 80-223-1078-6.

KRAUS, B. *Základy sociální pedagogiky*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0643-9.

KRAUS, B., HRONCOVÁ, J., 2010. Sociální patologie. Gaudeamus. 326 s. ISBN 978-80-7435-080-1.

KUKLA, L., a kol. 2016. Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí. Praha: Grada Publishing. 456 s. ISBN 978-80-271-9224-3.

LANGER, Tomáš. *Moderní lektor: Průvodce úspěšného vzdělavatele dospělých*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0093.

LESCH, O., WALTER, O., a kol., 2009. Alcohol and Tobacco. Springer – Verlag Wien. 354 s. ISBN 978-3-7091-0145-2.

MAHDALÍČKOVÁ, Jana. Víme o drogách všechno?. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2014. ISBN 978-80-7478-589-4.

MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D., a kol., 2015. Výchova ke zdraví. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. 312 s. ISBN 978-80-271-0994-4.

MALÁ, E., 2010. Psychiatrie – brož.: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese. Praha: Grada Publishing. 144 s. ISBN 978-80-7178-700-0.

MATOUŠEK, O., MATOUŠKOVÁ, A. Mládež a delikvence: možné příčiny, struktura, programy prevence kriminality mládeže. 3. vyd. Praha: Portál, 2011. 336 s. ISBN 978-80-7367-825-8.

NEŠPOR, K., 2011. Návykové chování a závislost. 4. vydání. Praha: Portál. 176 s. ISBN 978-80-262-0189-2.

NEŠPOR, Karel. Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. 5. vyd. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1357-4.

NEŠPOR, Karel. Zůstat střízlivý: praktické návody pro ty, kteří mají problém s alkoholem, a jejich blízké. 1. vyd. Brno: Host, 2006. ISBN 80-7294-206-9.

NIELSEN, V., a kol., 2014. Rizikové a antisociální chování v adolescenci. Praha: Grada Publishing. 159 s. ISBN 978-80-247-9308-5.

NOŽINA, Miroslav. Svět drog v Čechách. 1.vyd.. Praha: KLP-Koniasch Latin Press, 1997. ISBN 80-85917-36-X.

PALÁN, Zdeněk a Tomáš LANGER. *Základy andragogiky*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008. ISBN 978-80-86723-58-7.

PEŠEK, Roman. Jak se zbavit závislosti na alkoholu: příručka pro ty, kdo mají problém s alkoholem: pohledem kognitivně behaviorální terapie. 1. vyd. Praha: Pasparta, 2018. ISBN 978-80-88290-02-5.

PIPEKOVÁ, Jarmila, ed. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.

POKORNÝ, Vratislav, Jana TELCOVÁ a Anton TOMKO. Patologické závislosti. 2. vyd. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002. ISBN 80-86568-02-4.

PRŮCHA, J., MAREŠ, J., WALTEROVÁ, E. *Pedagogický slovník*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-252-1.

PRŮCHA, Jan a Jaroslav VETEŠKA. *Andragogický slovník*. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4748-4.

RADIMECKÝ, J.; JANÍKOVÁ, B.; DANĚČKOVÁ, T. *Prevence a adiktologie pro odborníky pracující v ústavní výchově a preventivně výchovné péči: učební podklady ke kurzu*. Prague: *Klinika adiktologie*, 2007, 1.

SKÁLA, Jaroslav. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1987.

TOMÁŠ, P., MARKOVÁ, E., a kol., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.

VETEŠKA, J., *Přehled andragogiky. Úvod do studia vzdělávání a učení se dospělých*. 1. vyd. Portál: Praha 2016. 320 S. ISBN 978-80-262-1026-9.

VETEŠKA, Jaroslav a Michaela TURECKIOVÁ. *Kompetence ve vzdělávání*. Praha: Grada, 2008. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1770-8.

Seznam použitých zahraničních zdrojů

LESSA, N., 2009. *Living with alcoholism and drug addiction: teen's guide*. 2. vydání. Inflobase Publishing. 159 s. ISBN 978-6-8160-7326-9.

Seznam použitých internetových zdrojů

INFORMAČNÍ PORTÁL O BEZPEČNOSTI PRÁCE [online]. Praha: bezpečnostniportal.info, 2020 [cit. 2022-02-28]. Dostupné z: <https://www.bezpecnostprace.info/>

SEZNAM ZKRATEK

ČR - Česká republika

SEZNAM GRAFŮ

Seznam grafů

Graf 1 Věková struktura výzkumného souboru	37
Graf 2 Gender	37
Graf 3 Délka praxe	38
Graf 4 Konzumace alkoholu	39
Graf 5 Jak často konzumujete alkohol?	39
Graf 6 Dosažení stavu opilosti	40
Graf 7 Frekvence opilosti	40
Graf 8 Alkohol jako ventil pracovního stresu	41
Graf 9 Podnapilost na pracovišti v pracovní době	42
Graf 10 Frekvence stavu opilosti na pracovišti	42
Graf 11 Kolega pod vlivem alkoholu na pracovišti v pracovní době	43
Graf 12 Běžnost konzumace alkoholu na pracovních akcích	43
Graf 13 Mohl by pro mě alkohol představovat problém?	44
Graf 14 Kontroly na pracovišti	45
Graf 15 Víte, kde v případě problémů s alkoholem hledat pomoc?	45
Graf 16 Využití odborné pomoci	46

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Dotazník	I
-----------------------------------	----------

Příloha A - Dotazník

Dobrý den,

Jmenuji se.....a v současnosti vypracovávám svou bakalářskou práci na téma „*Možnosti prevence alkoholismu na pracovišti z hlediska andragogických profesí*“. Výhradně pro výzkumné účely Vás prosím o vyplnění dotazníku, a jeho zpětné odeslání na mou emailovou adresu v co nejbližším možném termínu. Šetření je zcela anonymní, získaná data budou použita pouze v mé bakalářské práci.

Demografická část:

Jste:

- a) Muž
- b) Žena

Patříte do věkové kategorie:

- a) 26-31 let
- b) 30-40 let
- c) 41-50 let
- d) 51 a více

Délka Vaší praxe na andragogické pozici je:

- a) Méně než 1 rok
- b) 1-5 let
- c) 6-10 let
- d) 11-15 let
- e) 15 a více

Část II

Konzumujete někdy alkohol?

- a) Ano
- b) Ne

Svou konzumaci alkoholu byste označil/a za :

- a) Výjimečnou (svatby, mimořádné události)
- b) Příležitostnou (setkání s přáteli, rodinnou, oslavy, dýchánky..)
- c) Pravidelnou víkendovou (konzumujete každý víkend)
- d) Každodenní (nějaký alkohol konzumujete denně, večer, po práci apod.)
- e) Jsem abstinent

Stalo se vám někdy, že jste v dospělém věku dosáhl/a stavu opilosti?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a ano, uveďte prosím, jak často k tomuto stavu dochází?

- a) zcela výjimečně
- b) Cca 1x týdně
- c) Stává se mi to častěji než 1 týdně
- d) Stává se mi to velmi často, v mírné nebo větší opilosti chodím spát denně

Pomáhá Vám alkohol zpracovat stres plynoucí z Vašeho zaměstnání?

- a) Ano
- b) Ne

Stalo se Vám někdy, že jste byl/a pod vlivem alkoholu (byť i zbytkového) na pracovišti v pracovní době?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a kladně, uveďte prosím, kolikrát se tak stalo:

- a) Byla to zcela výjimečná a ojedinělá situace
- b) Párkrát se mi to již stalo
- c) Děje se mi to párkrát do měsíce
- d) Děje se mi to často

Stalo se někdy, že byl pod vlivem alkoholu na pracovišti v pracovní době některý z Vašich kolegů?

- a) Ano
- b) Ne

Je konzumace alkoholu v průběhu pracovních cest, školení, jednání apod. běžná?

- a) Ano
- b) Ne

Jaká by byla reakce Vašeho zaměstnavatele na to, kdyby zjistil, že vykonáváte své zaměstnání pod vlivem alkoholu?

- a) Okamžitá výpověď
- b) Napomenutí
- c) Zaměstnavatel to toleruje
- d) Nevím
- e) Jiné.....

Zvažoval/a jste někdy fakt, že by pro Vás mohl alkohol představovat problém, nebo byste mohl/a být dokonce závislý/a?

- a) Ano
- b) Ne

Kontroluje Váš zaměstnavatel nějakým způsobem přítomnost alkoholu na pracovišti?

- a) Ano, namátkové kontroly
- b) Ano, pravidelné, předem hlášené kontroly
- c) Ne nekontroluje

Víte, kde a jak vyhledat v případě problémů s alkoholem pomoc?

- a) Ano
- b) Ne

Využil/a byste v případě potřeby tuto pomoc?

a) Ano

b) Ne

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Marek Bartoš

Obor: Bc. VD

Forma studia: kombinované studium

Název práce: Možnosti prevence alkoholismu na pracovišti z hlediska andragogických profesí

Rok: 2022

Počet stran textu bez příloh: 39

Celkový počet stran příloh: 4

Počet titulů českých použitých zdrojů: 39

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 1

Počet internetových zdrojů: 1

Vedoucí práce: Mgr. Jiří Víšek, Ph.D.