

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

SOUVISLOSTI PSYCHICKÉHO ONEMOCNĚNÍ V PRACOVNÍM PROCESU

CONTEXTS OF MENTAL ILLNESS
IN THE WORK PROCESS



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Mgr. Hana Hetlinger**

Vedoucí práce: **PhDr. Martin Seitl, Ph.D.**

Olomouc

2023

Děkuji vedoucímu bakalářské diplomové práce PhDr. Martinu Seitlovi, PhD. za podnětné připomínky, osobní přístup a ochotu vždy pomoci a za nasměrování mých rozvětvených myšlenek tím správným směrem. Děkuji všem účastníkům mého výzkumu za otevřenost a odvahu, s jakou do rozhovorů šli. A v neposlední řadě děkuji svým milovaným dcerám Helence a Theresce, že mi umožnily být lepším člověkem a také za to, že to se mnou po celou dobu studia vydržely.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Souvislosti psychického onemocnění v pracovním procesu“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 31. 3. 2023

Podpis



OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	OBSAH	3
	ÚVOD	5
	TEORETICKÁ ČÁST	6
1	Postavení lidí s psychickým onemocněním ve společnosti	7
1.1	Společensko-ekonomické aspekty duševního onemocnění.....	8
1.2	Stigmatizace	10
1.3	Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030.....	11
2	Duševní onemocnění	13
2.1	Etiologie duševního onemocnění	13
2.2	Klinické projevy a diagnostika vybraných duševních onemocnění	14
2.2.1	Bipolární afektivní porucha.....	15
2.2.2	Anxiózně fobická porucha NS	15
2.2.3	Generalizovaná úzkostná porucha.....	15
2.2.4	Středně těžká depresivní fáze	16
2.2.5	Úzkostná porucha NS.....	16
2.2.6	Nediferencovaná somatoformní porucha	17
2.2.7	Smíšená úzkostná a depresivní porucha	17
3	Práce	18
3.1	Psychosociální aspekty práce	19
3.2	Rizikové faktory práce při vzniku duševního onemocnění	21
3.3	Duševní zdraví a pracovní výkon	23
4	Pracovní podmínky	24
4.1	Zákonná úprava	24
4.2	Základní oblasti pracovních podmínek	24
5	Pracovní vztahy	26
5.1	Správně nastavené pracovní vztahy.....	26
5.2	Špatné pracovní vztahy.....	27
6	Výzkumy zaměřené na zaměstnávání osob s duševním onemocněním	28
6.1	Kvantitativní výzkumy	28
6.2	Kvalitativní výzkumy	29
	VÝZKUMNÁ ČÁST	31
7	Výzkumný problém	32
8	Typ výzkumu a použité metody	33
8.1	Výzkumná strategie	33
8.2	Metoda získávání a analýzy dat.....	34

8.2.1	Získávání dat	34
8.2.2	Analýza dat.....	35
9	Sběr dat a výzkumný soubor	36
9.1	Etické hledisko a ochrana soukromí.....	36
9.2	Výzkumný soubor	37
9.2.1	Způsob výběru souboru	37
9.2.2	Charakteristika výzkumného souboru	37
10	Výsledky výzkumu	39
10.1	Případové studie	39
10.2	Vynořující se témata.....	56
10.3	Hlavní výzkumné otázky – reflexe.....	70
11	Diskuze	74
11.1	Zjištěné výsledky.....	74
11.2	Limitace výzkumu	78
11.3	Aplikace výsledků do praxe a možnost dalších výzkumů.....	79
12	Závěr.....	80
13	Souhrn	83
LITERATURA.....		94
PŘÍLOHY.....		100

ÚVOD

Práce je významným článkem lidského života – může způsobovat duševní onemocnění, ale může také pomáhat k rychlejšímu návratu ke spokojenému životu.

Už 17 let pracuji v oblasti řízení lidských zdrojů a při své práci vnímám zvyšující se potřebu péče o duševní zdraví zaměstnanců, protože jen spokojený a motivovaný zaměstnanec může podávat adekvátní pracovní výkon, který od něj zaměstnavatel na konkrétní pozici očekává. Jakýkoli diskomfort snižuje jeho pracovní výkonnost, přímo tak ovlivňuje pracovní výkon a tím snižuje i pravděpodobnost splnění firemních cílů. Zájmem zaměstnavatele by tedy mělo být zajištění adekvátních prostředků a péče pro své zaměstnance.

Ač je téma duševního zdraví čím dál častěji citované a zdůrazňované, v České republice se tomuto tématu nevěnuje žádný z rozsáhlejších výzkumů a chybí publikace, které by se tomuto tématu věnovaly. Proto jsem se rozhodla tuto oblast prozkoumat a prostřednictvím kvalitativního výzkumu poukázat na oblasti, které byly podpůrné pro zaměstnance s psychickým onemocněním a které naopak byly zátěží ve zvládnutí jejich nemoci. Má práce může být prvním článkem skládky pro další kvantitativní i kvalitativní výzkumy a v aplikované praxi psychologie práce jedním ze zdrojů při tvorbě programů péče o duševní zdraví zaměstnanců v organizacích.

V této bakalářské diplomové práci jsem zachytila unikátní příběhy lidí s duševním onemocněním v produktivním věku, kteří onemocněli ještě před vstupem, anebo po nástupu do zaměstnání a pokusila jsem se vystopovat společné znaky jejich zkušeností a prožívání v souvislosti s pracovním procesem.

Dozvíte se etiologii vzniku jejich onemocnění a to, jak ke svému onemocnění přistupují v práci. Zda tuto skutečnost v práci tajili, zda se s ní někomu svěřili a pokud ano, jak na tuto informaci reagovali nejbližší i vzdálení spolupracovníci. Snažila jsem se najít odpověď na otázky, co jim při akutní fázi onemocnění pomáhalo, jaké těžkosti je provázely, zda museli kvůli své nemoci zaměstnání změnit a proč. Jakým způsobem reagoval jejich zaměstnavatel, jak svou pozici vnímali subjektivně sami respondenti a jakým způsobem ataka nemoci ovlivňovala jejich pracovní výkon/výkonnost – pokud tomu tak bylo.

TEORETICKÁ ČÁST

1 POSTAVENÍ LIDÍ S PSYCHICKÝM ONEMOCNĚNÍM VE SPOLEČNOSTI

Dopad duševního onemocnění na život lidí, kteří jím trpí, je komplexní. Ovlivňuje celý jejich život ve všech směrech. Vzhledem tématu své práce se budu věnovat dopadům duševního onemocnění pouze na oblast zaměstnání a práce, i když nelze opominout ani aspekty jiné, které jsou duševním onemocněním výrazně ovlivněny a pro které zde není místo.

Osoby s duševními problémy jsou na pracovištích stále nedostatečně zastoupeny, přestože zaměstnání může hrát důležitou roli při zotavování – nabízí smysluplnost, sociální začlenění a hodnotu (Walsh & Tickle, 2013). Existují však důkazy, že zaměstnavatelé se mohou zdráhat zaměstnávat osoby s duševními problémy v obavě, že nebudou schopni splnit očekávání dané pozice nebo že stresory na pracovišti mohou způsobit recidivu a zvýšenou pracovní zátěž pro ostatní (Goldberg et al., 2005), zejména pokud mají zaměstnanci dlouhodobé duševní problémy. Pokud zaměstnávají osoby s duševními problémy, zaměstnavatelé jim ne vždy poskytují odpovídající podporu a flexibilitu (Brohan et al., 2012). Ta je důležitá pro usnadnění začlenění, protože některé pracovní podmínky mohou být pro duševní zdraví a pohodu opravdu škodlivé (Burton et al., 2008).

U lidí, kteří trpí závažnými duševními poruchami, je větší pravděpodobnost, že se z důvodu ztráty zaměstnání a zvýšení výdajů na zdravotní péči dostanou do chudoby. Stigma a diskriminace mohou také narušit jejich struktury sociální podpory. Jsou zranitelní vůči sestupné spirále ztráty zdrojů a sociálního vyloučení, které mohou zhoršit stávající stavy duševního zdraví a zvýšit riziko užívání návykových látek, špatné výchovy nebo neúspěchu ve škole. To pak posiluje začarovaný kruh mezi chudobou a špatným duševním zdravím (World Health Organization, 2022).

Ztráta zaměstnání má vliv nejen na schopnost jednotlivců a domácností vydělávat si na živobytí, ale přispívá také k širším společenským nákladům v důsledku zvýšené nezaměstnanosti a potřeby sociálních dávek, ztráty produktivity, pracovních úrazů a snížení daňových příjmů. Výzkumníci odhadují, že jen kvůli depresím a úzkostem je

každoročně ztraceno 12 miliard produktivních pracovních dní, což představuje náklady ve výši téměř 1 bilionu USD. To zahrnuje dny ztracené kvůli absencím, presenteeismu (když lidé chodí do práce, ale nevykonávají ji dostatečně) a fluktuaci zaměstnanců (Chisholm et al., 2016).

1.1 Společensko-ekonomické aspekty duševního onemocnění

Duševní poruchy patří mezi pět hlavních nepřenositelných chorob (Patel et al., 2018). Úzkosti a deprese pak patří mezi nejvíce rozšířené duševní problémy – v roce 2017 trpělo 322 milionů lidí na světě depresí a nějakou formou úzkostných poruch zhruba 264 milionů osob (WHO, 2017, citováno v Duškov, 2019). Ve stejném roce byla publikována studie, podle které souhrnné náklady na deprese a úzkostné poruchy dosahují globálně za rok zhruba 1,15 bilionu amerických dolarů (Thornicroft et al., 2017, citováno v Duškov, 2019).

V globálním souhrnu byly socioekonomické náklady duševních chorob v roce 2010 odhadovány na 2,5 bilionu amerických dolarů a je predikováno, že v roce 2030 tyto náklady dosáhnou téměř trojnásobku, resp. 6 bilionů amerických dolarů. Za zdůraznění stojí rozlišení těchto socioekonomických nákladů. Tyto náklady pro společnost mohou být značné a často daleko převyšují náklady na zdravotní péči. Výzkumníci ze Světového ekonomického fóra spočítali, že široce definovaný soubor duševních poruch stál v roce 2010 světovou ekonomiku přibližně 2,5 bilionu USD, a to kombinací ztracené ekonomické produktivity (1,7 bilionu USD) a přímých nákladů na péči (0,8 bilionu USD). Předpokládá se, že do roku 2030 se tyto celkové náklady zvýší na 6 bilionů USD spolu se zvýšenými sociálními náklady. To je více než výzkumníci předpokládali pro náklady na rakoviny, cukrovky a chronických respiračních onemocnění dohromady (World Health Organization, 2022).

Ekonomické náklady související se špatným duševním zdravím jsou enormní. Dopadají jak na lidi s duševním onemocněním samotné (skrze vysokou míru nezaměstnanosti), tak na zaměstnavatele a stát. Zaměstnavatelé se potýkají se ztrátou produktivity zaměstnanců a vysokou mírou absencí a stát nese ekonomickou zátěž ve formě vysokých sociálních a zdravotních nákladů. Za rok 2010 byly v ČR tyto náklady vyčísleny na 6,12 mld. eur a souvisely nejen s poskytovanou zdravotní a sociální péčí, ale také s úslou produktivitou, neformální péčí a dalšími náklady (Ehler et al., 2013, citováno v Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2020).

S těmito daty souvisí i ztráta případného ekonomického růstu. Je odhadováno, že mezi lety 2011 a 2030 může dojít ke globální kumulativní ekonomické ztrátě v důsledku duševních nemocí až ve výši 16,3 bilionu amerických dolarů, což je nejvíce ze všech sledovaných diagnóz.

Jak bylo uvedeno výše, je třeba poukázat na to, že dvě třetiny těchto nákladů souvisí se ztrátou produktivity a příjmu jako takového (to vše v důsledku neléčených duševních problémů, v důsledku pozdní diagnostiky a léčby). V České republice disponujeme národními studii, která výše zmíněný fakt podporuje – duševní onemocnění se podílejí 20 % na celkovém počtu nově přiznaných invalidních důchodů, přičemž jsou nejrychleji rostoucí příčinou obecně pro udělení invalidního důchodu v ČR. Za zdůraznění stojí fakt, že zatímco podíl hlavní příčiny přiznaných invalidních důchodů, kterou jsou nemoci svalové, kosterní soustavy a pojivové tkáně, zůstává víceméně stejný (těsně pod 27 %), podíl třetí nejčastější příčiny (nemoci oběhové soustavy) během sledovaných deseti let klesl z téměř 15 % na 10 % - naopak důchody z důvodu duševního onemocnění se za sledované období zvýšily z 15 % na zmíněných 20 % (Janoušková, Winkler, & Kázmér, 2014, citováno v Duškov, 2019).

Duševní onemocnění se dále podílí v Evropě na celkových DALY (Disability Adjusted Life Years, tedy roky života vážené disabilitou, což je parametr, který vyjadřuje celkovou zátěž způsobenou onemocněním, vyjádřenou součtem počtu ztracených let života v důsledku narušeného zdraví, disability nebo předčasného úmrtí) (Winkler et al., 2013, citováno v Duškov, 2019) za veškerá onemocnění v rozmezí od 19,9 % v Rumunsku až po 35,6 % ve Švédsku. Pokud bychom nahlédli na detailnější procentuální rozložení diagnóz způsobujících DALY v rámci duševních nemocí v Evropě, zjistíme, že s jasnou nadvládou dominují deprese (podílejí se na celkových DALY 40,5 %), s velkým odstupem jsou dále zastoupeny úzkostné poruchy (14,6 %) a škodlivé užívání alkoholu a drog (v souhrnu 20,5 %). Deprese převládají na DALY i celosvětově, úzkostné poruchy jsou pak ve stejném parametru celosvětově na šesté příčce (WHO, 2015, citováno v Duškov, 2019).

Ekonomické důsledky duševních poruch jsou celkově obrovské. Ztráty produktivity a další nepřímé náklady pro společnost často vysoce převyšují náklady na zdravotní péči. Z ekonomického hlediska je schizofrenie pro společnost nejnákladnější duševní poruchou na osobu. Depresivní a úzkostné poruchy jsou v přepočtu na osobu mnohem méně nákladné, jsou však častější, a tak se významně podílejí na celkových národních nákladech. Péče o

duševní zdraví je investicí do lepšího života a pro všechny (World Health Organization, 2022).

1.2 Stigmatizace

Jednou z největších překážek poptávky po péči o duševní zdraví je stigma spojené s duševními poruchami. Na celém světě jsou lidé žijící s duševním onemocněním předmětem hluboce zakořeněné stigmatizace a diskriminace (World Health Organization, 2022).

Stigma je negativní přesvědčení a očekávání o člověku (i jeho rodině) spojená s jeho nemocí a její léčbou. Nejčastějším stigmatem je předsudek, že lidé s duševním onemocněním jsou ve společnosti nežádoucí, je třeba se jich bát a vyhýbat se jim. Stigmatizace a diskriminace duševně nemocných se pak děje jak na úrovni jednotlivce, tak i komunity kolem duševně nemocného, ale i celé společnosti (Probstová & Pěč, 2014). Beate Schulze z univerzity v Curychu prováděla se svými kolegy výzkum stigmatizace lidí se schizofrenií a jeho výsledky definovaly různé složky procesu stigmatizace. Lidé s duševním onemocněním jsou společností vnímáni jako nepředvídatelní, agresivní, nebezpeční, nerozumní, neinteligentní, bez sebeovládání a jsou pro respondenty děšiví. Velká část běžné populace by s nimi odmítla vstupovat do sociálních vztahů, jako je sdílení bytu s někým se schizofrenií, nedoporučili by ho jako pracovníka a nenechali by ho pečovat o své děti (Schulze et al., 2008).

Stigmatizace duševního onemocnění bylo popsáno jako nejvýznamnější překážka pro zotavení, sociální integraci a kvalitu života lidí s psychickým onemocněním (Schulze et al., 2008). Duševně nemocní, jejich blízcí, profesionálové – sociální pracovníci – jsou jak objekty, tak subjekty stigmatizace. Klienti často stigma internalizují a snaží se o neadaptivní vyrovnání se s tímto postojem – nejčastěji stažením se, izolací či agresivní konfrontací s okolím (Probstová & Pěč, 2014).

Stigmatizace psychiatrického pacienta stále hraje velkou roli v možnosti získat zaměstnání a většina psychiatrických pacientů se o získání „normálního“ zaměstnání ani nepokusí, i když víme, že adekvátní pracovní zařazení při přizpůsobení pracovních podmínek vede ke zlepšení jejich klinického stavu (Faltus & Janečková, 2008). Rozsah pracovního zneschopnění nemá přímou souvislost se závažností a druhem onemocnění, je

zde velká individuální variabilita. Lidé i se závažnou poruchou mohou dosáhnout dobré pracovní adaptace a naopak (Baštecká, 2009).

1.3 Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030

Národní akční plán pro duševní zdraví do roku 2030 je implementačním dokumentem strategických dokumentů – Strategie reformy psychiatrické péče 2013–2023 a Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030. Vychází z nadřazených strategických dokumentů a mezinárodních úmluv a respektuje sektorové či průřezové strategické dokumenty stejné úrovně (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020).

V tomto dokumentu je kladen důraz na komunitní péči, která je dosud nedostatečně rozvinutá a selhává zejména v oblasti prevence, rehabilitace a integrace lidí s duševním onemocněním do běžného života. Včetně bydlení a zaměstnání. Změnový proces národního akčního plánu pro duševní zdraví zahrnuje i služby v oblasti zaměstnávání uživatelů zdravotní péče ve všech jejích potřebných formách – co nejbližší otevřenému pracovnímu trhu. Opatření 2.1.4 zní:

Navrhnout a implementovat systémové změny pro aktivní snižování míry nezaměstnanosti osob s duševním onemocněním využitím nástrojů aktivní politiky zaměstnanosti. Zpracovat komplexní analýzu zapojení lidí s duševním onemocněním na trhu práce. Pokud to bude v souladu s výsledkem analýzy, pak legislativně a metodicky zakotvit metody IPS (Individual placement and support) a zpracovat metodické postupy, které sjednotí existující přístupy a procesy. Podpořit rozvoj sociálního podnikání při zachování pracovní příležitosti na chráněném pracovním trhu (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020, s. 34).

Důvodem pro zařazení tohoto opatření do akčního plánu je efektivní snížení nezaměstnanosti osob s duševním onemocněním, která v současné době přesahuje 75 %, a jejich uplatnění na otevřeném pracovním trhu (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020).

Jednou z částí plnění opatření je i komunikace se zaměstnavateli, vytipování pracovního místa, pracovní rehabilitace, zaškolování a zapracování u zaměstnavatele. Termínem splnění je leden 2024 (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020). V brzké době tedy bude úkolem zaměstnavatelů připravit podmínky pro integraci

zaměstnanců s duševním onemocněním, a vyvstává tak pro zaměstnavatele nelehký úkol komunikovat ostatním zaměstnancům důvody jejich integrace a pracovat na destigmatizaci osob s duševním onemocněním.

2 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ

Duševní zdraví je nedílnou součástí našeho celkového zdraví a pohody a patří mezi základní lidská práva. Dobré duševní zdraví znamená, že jsme schopni lépe navazovat vztahy, fungovat, zvládat a prosperovat. Duševní zdraví existuje ve složitém kontinuu a jeho prožitky sahají od optimálního stavu pohody až po vyčerpávající stavy velkého utrpení a emoční bolesti. Duševní zdraví není binární stav: nejsme buď duševně zdraví, nebo duševně nemocní (World Health Organization, 2022). Duševní zdraví se spíše pohybuje na komplexním kontinuu, kde se zkušenosti pohybují od optimálního stavu pohody až po vyčerpávající stavy velkého utrpení a emocionální bolesti. Duševní zdraví tedy není definováno přítomností či nepřítomností duševní poruchy (Patel et al., 2018). Duševní zdraví je stav duševní pohody, který lidem umožňuje zvládat životní stres, realizovat své schopnosti, dobře se učit a pracovat a přispívat ke své komunitě. Duševní zdraví je nedílnou součástí zdraví a pohody a je víc než jen nepřítomnost duševní poruchy (World Health Organization, 2022).

2.1 Etiologie duševního onemocnění

Před pandemií, v roce 2019, žilo na světě podle odhadů 970 milionů lidí s duševní poruchou, z toho 82 % v zemích s nízkou životní úrovní. Mezi lety 2000 a 2019 žilo s duševní poruchou odhadem o 25 % více lidí, ale vzhledem k tomu, že světová populace rostla přibližně stejným tempem, zůstala (bodová) prevalence duševních poruch stabilní, přibližně na úrovni 13 %. Každý osmý člověk žije s duševní poruchou a 71 % lidí s psychózou nevyužívá služeb v oblasti duševního zdraví (World Health Organization, 2022).

Ocisková a Praško (2015) uvádějí, že etiologie poruch osobnosti představuje komplexní kombinaci mezi temperamentem (tj. genetickými a dalšími biologickými faktory) a charakterem (tj. vývojovými a environmentálními faktory). I když stupeň toho, jak se které faktory uplatňují v etiologii, se bude u různých poruch osobností lišit, všechny tyto faktory jsou důležité. Jde tedy o multifaktoriální biologické determinanty (genetické

vlivy, perinatální poškození, záněty mozku apod.) a vlivy z okolního prostředí (rodinné, sociální a kulturní vlivy nebo traumatické životní události). Orel (2020) rozděluje původ duševních chorob na faktory vrozené, geneticky dané i vznikající v průběhu nitroděložního života či porodu, a faktory působící po narození – vliv prostředí, lidí, okolností a událostí, vlastních postojů a zkušeností a aktivit. Jednotlivé faktory se mohou mezi sebou kombinovat a mohou interagovat mezi sebou navzájem.

V každém okamžiku se může spojit různorodý soubor individuálních, rodinných, komunitních a strukturálních faktorů, které chrání nebo oslabují naše duševní zdraví a mění naši pozici v kontinuu duševního zdraví. Ačkoli je většina lidí pozoruhodně odolná, lidé, kteří jsou vystaveni nepříznivým okolnostem – včetně chudoby, násilí a sociální nerovnosti – jsou vystaveni vyššímu riziku, že se u nich projeví poruchy duševního zdraví. Rizika se mohou projevovat ve všech fázích života, ale ta, která se objevují během vývojově citlivých období, zejména v raném dětství, jsou obzvláště škodlivá. Ochranné faktory se podobně vyskytují po celý život a slouží k tomu, aby posilovaly odolnost. Patří mezi ně naše individuální sociální a emocionální dovednosti a vlastnosti, stejně jako pozitivní sociální interakce, kvalitní vzdělání, důstojná práce, bezpečné sousedství a soudržnost komunity a další (World Health Organization, 2022).

V průběhu dospělosti může být významným stresorem také pracovní život. Nezaměstnanost a zejména ztráta zaměstnání jsou známými rizikovými faktory pro pokusy o sebevraždu (Borges et al., 2010). A nepříznivé pracovní prostředí je spojeno s vyšším rizikem vzniku deprese, úzkosti a stresu souvisejícího s prací (Harvey et al., 2017).

2.2 Klinické projevy a diagnostika vybraných duševních onemocnění

Při diagnostice duševních chorob bychom neměli nikdy zapomínat na neopakovatelnou jedinečnost a individualitu každého člověka. I když se nevyhneme jakémusi škatulkování, diagnostika je nezbytná pro komunikaci jednotlivých odborníků. Diagnózy bychom ale vždy měli brát jako pomocné kategorie, nikoli jako nálepku označující osud pacienta (Orel, 2020).

V následujících podkapitolách se seznámíte s diagnostickými kritérii a příznaky duševních chorob respondentů výzkumu. Umožní vám lépe se zorientovat v potížích, které s sebou jejich duševní onemocnění přináší.

2.2.1 Bipolární afektivní porucha

Pokud se objeví v průběhu života pacienta jak depresivní, tak manická fáze (včetně hypománie), jde o bipolární průběh. Depresivní a manické fáze se střídají s různou měrou a v různém poměru. Deprese se zpravidla rozvíjí pozvolna (v řádu dnů až týdnů) a mánie se může rozvinout bez prodromální fáze, prudce a náhle i během několika hodin (Orel, 2020). Nálada a úroveň aktivity pacienta musí být významně narušena (WHO, 2020).

Častým z příznaků bipolární afektivní poruchy bývají myšlenky na sebevraždu. Většinou se objevují při depresivní fázi, mohou být však přítomné i ve fázi manické. Lidé, kteří touto poruchou trpí, mají často pocity bezvýchodnosti a jsou přesvědčeni, že jejich utrpení bude trvat věčně. Riziko spáchání sebevraždy je až 15krát vyšší než u zdravých osob a asi 50 % lidí s bipolární afektivní poruchou spáchá v průběhu života alespoň jeden sebevražedný pokus. Až 15 % pacientů sebevraždu dokoná (Látalová, 2010).

2.2.2 Anxiózně fobická porucha NS

Spontánní úzkost se může objevit bez zjevné příčiny, zatímco situační úzkost se váže k určitým okolnostem. Anticipační úzkost pak je spojena s očekáváním ohrožení nebo při myšlenkách na určitou situaci. Emoční stav doprovázejí výrazné tělesné projevy – stoupá dechová a tepová frekvence, produkce potu, mění se činnost trávicího traktu, častější močení, objevuje se třes, napětí ve svalích, mravenčení, zrudnutí nebo zblednutí, pocity na omdlení apod. (Orel, 2020).

Fobie je pak označení pro výrazný, neopodstatnělý, iracionální či nesmyslný strach omezující kvalitu života. Zasahuje do prožívání i chování, protože se pacient snaží určitým situacím nebo objektům vyhnout (WHO, 2020).

Pokud je fobický syndrom provázen úzkostí, pak se jedná o anxiózně fobický syndrom (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

2.2.3 Generalizovaná úzkostná porucha

Základním znakem je generalizovaná a přetrvávající úzkost, která není vztažena na žádné zvláštní zevní okolnosti, ani se nevyskytuje v závislosti na nich (je volně těkající). Hlavními příznaky jsou pocity nervozity, třes, svalové napětí, pocení, světloplachost, palpitace, závratě a tlak v epigastriu. Často bývá přítomný strach, že pacient sám, nebo jeho příbuzní, brzy onemocní nebo budou mít nehodu (WHO, 2020). Pro diagnostiku

generalizované úzkostné poruchy musí projevy úzkosti trvat nepřetržitě většinu dne po dobu několika týdnů, nejméně 6 měsíců (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Pocity úzkosti a strachu mohou přetrvávat delší dobu, nebo se objevují nárazovitě v epizodách. Doba trvání je rozdílná, od sekund a minut až po dny a měsíce. I intenzita úzkostí je různá – od mírného neklidu a nervozity až po stav paniky a paralyzujícího strachu. U úzkostných poruch je velmi vysoké riziko vzniku závislosti na nevhodně užívaných anxiolytik (Orel, 2020).

2.2.4 Středně těžká depresivní fáze

Člověk trpící depresí má zhoršenou náladu, sníženou energii a aktivitu. Je narušen smysl pro zábavu, osobní zájmy a schopnost koncentrace. I po minimální námaze se objevuje únava, je narušen spánek a zhoršena chuť k jídlu. Jsou přítomny pocity viny, beznaděje a zhoršena sebedůvěra. Zhoršená nálada se v časovém průběhu příliš nemění a nereaguje na okolní změny. Ranní probouzení je o několik hodin dříve než obvykle a deprese se horší nejvíce ráno. Pro hodnocení formy deprese je důležitý počet příznaků. Pro střední depresi musí být splněny minimálně 4 z vyjmenovaných kritérií (WHO, 2020).

Depresivní nálada musí trvat alespoň dva týdny. Klesá mentální výkon, řečový projev je snížen v kvalitě i kvantitě. Deprese se projeví ve výrazu tváře a sevřeném postavení těla. Mimika je snížená a gesta jsou nevýrazná a zpomalená. Častým průvodním znakem je pláč, ale může probíhat také zcela bez slz (Orel, 2020). Deprese může být s přítomností somatických příznaků, anebo se somatické příznaky vyskytnout nemusí (Lukáš et al., 2014).

2.2.5 Úzkostná porucha NS

Tato diagnostická kategorie se přiděluje v případě, že symptomy neodpovídají žádnému z jiných úzkostných poruch. Úzkostné poruchy se vyznačují prožíváním úzkosti – subjektivně nepříjemného pocitu vnitřní tenze, neklidu, ohrožení, obav, které nemají konkrétní objekt. Strach je bezejmenný (Orel, 2020). Pokud se objeví depresivní nebo obsedantní příznaky, nesmí převažovat a musejí být nepochybně sekundární nebo méně závažné (WHO, 2020). U úzkostných poruch nebývá tolik problémem stigmatizace okolím, jako spíše strach pacienta ze samotné úzkosti. Velmi často popírá psychickou stránku problému a snaží se pro své potíže najít somatické vysvětlení (Praško, 2005).

2.2.6 Nediferencovaná somatoformní porucha

Když jsou somatoformní obtíže mnohočetné, variabilní a přetrvávající, ale úplný a typický klinický obraz somatizační poruchy ještě není vytvořen, diagnostikuje se nediferencovaná somatoformní porucha. Hlavním symptomem somatizační poruchy jsou mnohočetné, recidivující a často se měnící tělesné symptomy, které trvají po dobu alespoň dvou let (WHO, 2020).

Společnými charakteristikami všech somatoformních poruch se považují organicky nedostatečně vysvětlené, nebo zcela nevysvětlené tělesné potíže. Pacienti odmítají psychologickou interpretaci jejich nemoci a často mívají histriónské chování (Honzák et al., 2005).

Fyzické potíže jsou subjektivně nepříjemné, obtěžují a narušují běžné fungování pacienta. Vedou k opakovanému vyhledávání a vyžadování lékařské péče (Orel, 2020).

2.2.7 Smíšená úzkostná a depresivní porucha

U této poruchy se kombinují příznaky deprese a úzkosti, ale ani jeden z příznaků není natolik vyjádřen, aby bylo možné přidělit samostatnou diagnózu depresivní poruchy či některé z úzkostných poruch (Lukáš et al., 2014). Jsou-li úzkostné nebo depresivní příznaky natolik závažné, aby mohlo být užito samostatné diagnózy, měly by být zaznamenány obě a neměla by být přidělena tato diagnóza (WHO, 2020). Smíšená úzkostně-depresivní porucha bývá lékaři podceňována. Velmi často má chronický průběh, vede k delší pracovní neschopnosti než samotná depresivní porucha, často vede k invaliditě a má vysoké procento suicidálních pokusů (Praško, 2005).

3 PRÁCE

Práce je účelná produkce předmětů a služeb, které mají hodnotu pro ostatní členy společnosti, jako pravidelné zajišťování statků a situací (*Brugger, 1976 in Joyce, 1988*), činnost sloužící uspokojování potřeb a obživě (*F. Dorsch, 1987 in Joyce, 1988*) a jako činnost, která je jedincem jako práce pojímána (*R. E. Hall, 1986 in Joyce, 1988*). Psychologie zdůrazňuje zejména plánovitost práce založenou na specifické lidské schopnosti oddálit uspokojení vlastních potřeb. I jako provádění pokynů či plnění úkolů je práce cílově zaměřenou činností (*Joyce, 1988*).

Abychom pochopili význam práce pro dospělého člověka, musíme rozumět práci jako životní samozřejmosti. Důležitým aspektem vývoje práce od starověku po dnešní stav je posun od práce jako základní obživy k moderním formám práce v organizacích, kde je význam práce abstraktnější a kde výsledky – peníze, moc, status – přesahují pouhou obživu (*Kozlowski, 2012*). Dalším účelem sledování vývoje práce je zdůraznění skutečnosti, že práce a organizace nejsou pevně dané „danosti“, ale spíše sociálně konstruované koncepty, které se mění a vyvíjejí v závislosti na vývoji kultury a společnosti (*Koppes Bryan et al., 2012*).

Práce je pro lidský život klíčová. Kromě mnoha materiálních výhod, které práce a organizace poskytují, je také důležitým zdrojem identity a psychické pohody. Práce strukturuje čas a činnost, poskytuje příležitosti k sociální interakci a je základem pro sebeidentifikaci a sebeúctu (*Jahoda, 1988, citováno v Kozlowski, 2012*). Kariérní přípravě a budování kariéry je věnováno mimořádné množství času a úsilí (*Tetrick & Peiró, 2012*). Jedním z profesních trendů jednadvacátého století je, že žijeme déle a pracujeme déle (*Hedge & Borman, 2012*). Práce je zkrátka důležitou součástí moderního života – natolik, že se přelévá do kvality a povahy našeho mimopracovního života (*Allen, 2012*). Práce může být důležitým zdrojem pohody – na druhou stranu ale může být práce zdrojem stresu, nehod a úrazů, které zdraví a pohodu poškozují (*Tetrick & Peiró, 2012*).

3.1 Psychosociální aspekty práce

Svět práce má zásadní význam pro sociální integraci a uznání. Smysluplná práce může do jisté míry kompenzovat pracovní stres, a tím také předcházet zdravotním rizikům. Práce samotná ale také může představovat riziko rozvoje duševního onemocnění – buď jako samotná příčina vzniku duševní choroby, ale také nepřímo, kdy pracovní podmínky neumožňují zaměstnanci včasnou a vhodnou reakci na jeho zdravotní potíže a ztěžují „zdravé chování“, zdravý životní styl (Alsdorf et al., 2017).

Psychosociální rizika spojená s prací (WHO, 2008):

- **charakter práce:** nedostatek rozmanitosti nebo krátké pracovní cykly, roztržitá nebo nesmyslná práce, nedostatečné využití dovedností, vysoká nejistota, neustálé setkávání s lidmi prostřednictvím práce,
- **pracovní zátěž, pracovní tempo:** pracovní přetížení nebo nedostatečné vyčerpání, strojové tempo, práce pod časovým tlakem, neustálé sledování pracovních lhůt,
- **rozvržení práce:** práce na směny, noční směny, nepružné rozvržení pracovní doby, nepředvídatelná pracovní doba, dlouhá nebo nesouvislá pracovní doba,
- **rozhodování o práci:** nízká účast na rozhodování, nedostatečná kontrola nad pracovní zátěží, tempem, směnným provozem atd.,
- **pracovní prostředí a vybavení:** nedostatečná dostupnost, použitelnost nebo údržba zařízení; špatné podmínky prostředí, jako je nedostatek prostoru, špatné osvětlení, nadměrný hluk,
- **firemní kultura:** špatná komunikace, nízká úroveň podpory řešení problémů a osobního rozvoje, nedostatečné vymezení nebo shoda na organizačních cílech,
- **mezilidské vztahy na pracovišti:** sociální nebo fyzická izolace, špatné vztahy s nadřízenými nebo spolupracovníky, mezilidské konflikty, nedostatek sociální podpory,
- **pracovní role:** nejednoznačnost rolí, konflikt rolí a odpovědnost za lidi,
- **kariéerní postup:** stagnace a nejistota v kariéře, nedostatečné nebo nadměrné povyšování, špatný plat, nejistota zaměstnání, nízká společenská hodnota práce,
- **sladění práce a soukromí:** kolidující požadavky v práci a doma, malá podpora doma, problémy s dvojí kariérou.

V programu PRIMA-EF patří mezi psychosociální rizika také násilí, šikana a obtěžování na pracovišti. Často se jedná o vícerozměrné jevy: např. stát se obětí šikany je psychosociální riziková situace způsobující psychickou újmu; na druhé straně je třeba šikanu na pracovišti považovat a diskutovat o ní jako o důsledcích špatného psychosociálního pracovního prostředí (WHO, 2008).

Práce je prostředkem kariérního snažení v honbě za úspěchem, mocí a materiální odměnou i prostředkem k uspokojování psychických potřeb. V současné společnosti bude kariérní dráha trvat zhruba 40 a více let. Do vzdělávací přípravy na základní a střední škole, profesní presocializace na vysoké škole i postgraduálního studia investujeme řádově 20 až 25 let. Do odchodu do důchodu stráví člověk téměř polovinu svého bdělého života přípravou a zapojením do pracovního, kariérního a organizačního života. Pokud nás práce a kariéra uspokojují, zvyšují náš pocit pohody a jsou hlavním zdrojem naplnění. Když je náš pracovní život problematický nebo když je v rozporu s jinými důležitými životními rolemi, stává se hlavním zdrojem napětí, stresu a psychických, a dokonce i fyzických dysfunkcí. Účinky práce tedy dalece přesahují hranice organizací, v nichž je práce zakotvena; práce má ve většině společností zásadní význam pro pocit naplnění a well-being dospělých (Kozłowski, 2012).

Wagnerová et al., 2011, s. 382 definují základní funkce práce pro člověka jako:

- *zabezpečení prostředků na stravu a bydlení,*
- *strukturování času, řád,*
- *pravidelná sociální interakce,*
- *zážitky tvořivosti, dovednosti, smyslu života,*
- *zdroj osobního statusu a identity a*
- *zdroj aktivity.*

Práce, kariéra a profesní úspěch jsou pro lidskou identitu stále důležitější – společenské uznání a sebeúcta jsou jimi zásadně určovány. Práce tedy hraje v životě lidí, i v jejich chorobopisu, ústřední roli. Zejména pro ty pacienty, kteří jsou zvyklí v pracovní oblasti dosahovat úspěchu a vysokých výsledků, je obtížné vypořádat se otevřeně s nemocemi. I když si uvědomují zdravotní zátěž způsobenou pracovními podmínkami a stresem, mnozí považují změnu jejich pracovního chování jako nereálnou a obávají se ztráty zaměstnání (Peters, 2011).

I nemoci, které mají svůj počátek v soukromém životě zaměstnance nebo jeho osobní životní historii, jsou ve svém průběhu (a při léčení) ovlivněny podmínkami v zaměstnání. V této souvislosti je důležité, aby byly v řízení lidských zdrojů zohledněny potřeby a schopnosti osob s určitým zdravotním omezením. To je důležité zejména v procesu reintegrace duševně nemocných osob do pracovního procesu. Zapojit se musí všichni aktéři pracovního prostředí, aby se zabránilo jejich stigmatizaci a tím i prodloužení doby uzdravení nebo riziku návratu nemoci (Alsdorf et al., 2017).

Zaměstnavatelé a vláda mají odpovědnost za vytváření více pracovních příležitostí pro lidi s duševním zdravím a podporovat a chránit duševní zdraví všech lidí v práci. Pro vládu to znamená zavádět podpůrnou legislativu a předpisy v oblasti lidských práv, práce a zdraví při práci (World Health Organization, 2022). Proto řada podniků zavádí strategie řízení zdraví při práci a nabízí svým zaměstnancům programy, které mají zabránit nemocem a vyhoření (Alsdorf et al., 2017).

3.2 Rizikové faktory práce při vzniku duševního onemocnění

Pokud se postupuje podle modelu profesní zátěže a stresu, nelze ze stresu vyvozovat přímé závěry o zdravotních důsledcích, protože je třeba rozlišovat stres stimulující (eustres) a stres poškozující (distres) a rozdíl mezi stresem a napětím se řídí osobnostními charakteristikami člověka, jeho zdroji a jeho zdravotním chováním (Alsdorf et al., 2017).

Oppolzer (2010) definuje rizikové faktory vzniku duševního onemocnění v oblasti:

- pracovní situace,
- pracovních podmínek,
- pracovního úkolu,
- organizace práce,
- pracovní doby,
- pracovního prostředí,
- sociálních vztahů v podniku a
- firemní politiky.

Výsledky průzkumů stresu v práci ukazují, že psychický stres je v popředí stresujících podmínek. To se týká především intenzity práce, délky pracovní doby, častých

změn a přílišné složitosti pracovních požadavků. Větší prostor pro rozhodování a transparentnost práce mají ambivalentní účinek, protože zvyšují nároky na osobní odpovědnost, ale také prostor pro suverenitu v práci, což lze považovat za zdroj zdraví (Joiko et al., 2010, citováno v Alsdorf et al., 2017). Psychický stres může být důsledkem nejen určitých pracovních podmínek, ale také subjektivní ztráty smyslu práce. Pokud zaměstnanci vidí, že jejich profesní identita je zpochybňována, protože jejich profesionalita je zatlačována do pozadí ekonomickými imperativy a byrokratizována ohlašovacími povinnostmi, formalizovanou komunikací a metodami hodnocení, může to vést ke značným konfliktům uznání a identity (Reindl, 2012, citováno v Oppolzer, 2010).

Mezi hlavní zdroje stresorů patří tzv. zhušťování práce, kdy firmy chtějí udržet svou produkci na stabilní úrovni (nebo ji i zvyšovat) v době propouštění nebo zkracování pracovní doby zaměstnanců. Tento trend vede k tomu, že stále méně lidí musí vykonávat stejné množství práce, aniž by se jim prodlužovala pracovní doba a zvyšovala mzda. Dalším zdrojem přetěžování zaměstnanců je neutuchající příval informací. Každý den jsme zaplavováni tzv. informačním smogem v podobě velkého množství neužitečných a nedůležitých údajů, textů a vzdělávacích materiálů. Navíc musíme podstupovat stále rostoucí byrokratickou zátěž, kdy jsme nuceni psát zprávy, které obvykle nikdo nečte, a vyplňovat různé dotazníky a formuláře, jejichž smysl a praktickou využitelnost mnohdy nechápeme (Hejzlar, 2010).

Zvýšená pracovní zátěž nemusí mít jen formu mentálního přetěžování. Může se jednat i o nadměrnou fyzickou zátěž v případě, že zaměstnanci nemají k dispozici potřebné nástroje a pomůcky. Příkladem jsou ošetřovatelky a zdravotní sestry, které si namáhají páteř při zvedání pacientů nebo při polohování a úpravě patientských lůžek. Pro předcházení vyhoření je potřebné, aby nadřízení průběžně monitorovali a v případě nutnosti upravovali pracovní zátěž svých podřízených (Hejzlar, 2010).

Lidé s vyšší pracovní zátěží by měli mít dostatečnou autonomii, která spočívá v tom, že mohou do značné míry rozhodovat o tempu své práce, o postupech, jakými budou svou práci provádět, a o podmínkách, ve kterých budou práci vykonávat. Potom se zvyšuje jejich pocit kontroly nad situací, tito lidé se méně stresují a snižuje se riziko jejich vyhoření. S vyšší autonomií jde ale ruku v ruce i zvýšená míra zodpovědnosti (Hejzlar, 2010).

3.3 Duševní zdraví a pracovní výkon

Pracovní výkonnost se posuzuje podle intenzity a kvality prováděných prací, pracovních schopností a pracovní způsobilosti a výsledky práce se posuzují podle množství a kvality (Zákon č. 262/2006 Sb., § 110, odst. 5).

Produktivita a úspěšnost organizace jako celku jsou v současnosti v centru celospolečenského zájmu (Wagnerová et al., 2011). Pracovní výkon zaměstnance je obecně chápán jako výsledek cíleně zaměřené činnosti, která probíhá v čase za určitých podmínek. Je dán úrovní motivace a rozsahem učení a úzce se váže na vlastnosti (osobní determinanty) zaměstnance a jeho osobní dispozice (Baštecká, 2009). Pracovní výkonnost je výsledkem měření nejen množství a kvality práce, ale i ochoty a přístupu k práci, pracovního chování, fluktuace, absence, docházky a dalších charakteristik (Faltus & Janečková, 2008). Kolísá a mění se v čase ať už v průběhu dne, týdne, měsíce, roku i života člověka, a je ovlivněna celou řadou vnitřních i vnějších podmínek (Baštecká, 2009).

Vztah mezi zdravím a pracovním výkonem je velmi úzký. Faktory jako přetížení, psychosociální stres, syndrom vyhoření, deprese a neurotické poruchy jsou třetí nejčastější příčinou absencí a fluktuace zaměstnanců na evropských pracovištích. V některých odvětvích mohou přispívat ke vzniku nemocí z povolání (Chylová, 2019).

4 PRACOVNÍ PODMÍNKY

Vznik duševní choroby ještě neznamená, že se musí člověk vzdát svého zaměstnání nebo jakékoli práce vůbec. Záleží na závažnosti samotného onemocnění, dosavadní pracovní zkušenosti, osobnostních rysech a pracovních podmínkách stávajícího zaměstnání. Opomenout nelze ani kvalitu rodinného zázemí a dostupnost služeb zaměřených na pracovní rehabilitaci (Faltus & Janečková, 2008).

4.1 Zákonná úprava

Zaměstnavatelé jsou ze zákona povinni vytvářet bezpečné a zdraví neohrožující pracovní prostředí i pracovní podmínky a zajišťovat rovné pracovní podmínky pro všechny zaměstnance. Některé z nich jsou přesně vymezené zákoníkem práce. Pracovní podmínky se posuzují podle obtížnosti pracovních režimů vyplývajících z rozvržení pracovní doby, podle škodlivosti nebo obtížnosti dané působením negativních vlivů pracovního prostředí a podle rizikovosti pracovního prostředí (Zákon č. 262/2006 Sb., § 102).

Některé skupiny zaměstnanců vyžadují vyšší ochranu, a proto jsou pro ně upraveny pracovní podmínky zvláštním ustanovením zákoníku práce. Zejména se jedná o (Zákon č. 262/2006 Sb., hlava IV):

- těhotné a kojící zaměstnankyně a zaměstnankyně do 9 měsíců po porodu,
- osamělé zaměstnance pečující o dítě do 15 let věku,
- osamělé zaměstnance dlouhodobě pečující o osobu závislou na pomoci jiné osoby a
- mladiství zaměstnanci.

4.2 Základní oblasti pracovních podmínek

V nejširším pojetí mezi pracovní podmínky zaměstnanců v organizaci patří ekonomické, technické a technologické podmínky, pracovní doba a pracovní režim,

pracovní prostředí, bezpečnost práce, sociální podmínky práce a péče o zaměstnance (Kocianová, 2010).

V užším pojetí je možné pracovní podmínky rozdělit na (Kocianová, 2010):

- **organizaci pracovní doby** (délka, rozvržení, přestávky v práci, doba odpočinku, práce přesčas, noční práce a pracovní pohotovost),
- **pracovní prostředí** (prostorové a fyzikální podmínky práce, sociálně-psychologické podmínky práce),
- **bezpečnost a ochranu zdraví při práci** a
- **povinnou péči o zaměstnance** (lékařské prohlídky, občerstvení...).

V současné době se mnoho zaměstnavatelů stará o zaměstnanecký well-being. Je to soubor opatření působících jako preventivní faktor negativních jevů, jakými jsou pracovní nespokojenost i odchody zaměstnanců. Umožňuje sladit životní potřeby zaměstnanců s prací s důrazem na fyzické a duševní zdraví a pohodu. Podstatným prvkem, přispívajícím k well-beingu zaměstnanců, je flexibilita – a to nejen v uspořádání pracovní doby, ale i místa výkonu práce a případných kombinací. O zájmu zaměstnavatele o pracovníky svědčí i zajištění bezpečného pracovního prostoru s adekvátním větráním a osvětlením – místa by měl být dostatek a pracoviště by nemělo působit stísněně. Také přístup ke zdravým potravinám je hodnocen pozitivně – prodejní automaty, koše s ovocem mohou být snadným řešením. Je známé, že pohyb napomáhá duševnímu zdraví, takže podpora cvičení (v jakékoli podobě) zvyšuje produktivitu, podporuje integraci, týmovou práci a zlepšuje pracovní prostředí. V neposlední řadě se doporučuje poskytnout pracovníkům emocionální a psychickou podporu – psychologické poradenství nebo psychoterapie (Homfray, 2022).

5 PRACOVNÍ VZTAHY

Pracovními vztahy jsou vztahy mezi zaměstnancem a jeho nadřízeným a zaměstnancem a spolupracovníky nebo podřízenými. Pracovní vztahy jsou dány sítí pravidel regulujících zaměstnávání lidí a způsob, jakým se lidé v práci chovají. Pravidla pracovních vztahů mohou být jednoznačně definována a tvořit ucelený soubor, nebo mohou být neúplná a jejich výklad může být ponechán na zaměstnancích (Armstrong, 2015).

Pracovní vztahy jsou nedílnou součástí každého uskupení lidí v organizaci. Mohou být dány formálně – v souvislosti s hierarchií a postavením zaměstnance v rámci organizační struktury, ale také neformálně. Dobře fungující pracovní vztahy jsou jedním z témat každého personálního oddělení firem a mnoho zaměstnavatelů organizuje řízené aktivity pro budování, udržování a rozvíjení vztahů v organizaci.

5.1 Správně nastavené pracovní vztahy

Podle Šnýdrové et al. (2021) by správně nastavené pracovní vztahy měly být pozitivní, umožňovat integraci jedince v rámci dané pracovní skupiny, uspokojovat potřebu sociální interakce zaměstnance, umožňovat otevřenou komunikaci a plynulý tok informací relevantních pro kvalitní výkon práce, vzbuzovat atmosféru důvěry, motivovat zaměstnance k rozvoji a pracovnímu výkonu a umožňovat jim jejich rozvoj, vytvářet pocit sounáležitosti jak s pracovní skupinou, tak i s organizací a jejími cíli, podporovat spokojenost zaměstnance v organizaci, jeho loajalitu a angažovanost a měly by umožňovat získání a dávání zpětné vazby.

Kvalita pracovních vztahů výrazně ovlivňuje dosahování cílů organizace i pracovních a životních cílů jednotlivých zaměstnanců. Korektní, harmonické, uspokojivé pracovní a mezilidské vztahy vytvářejí produktivní atmosféru, která má velmi pozitivní vliv na pracovní výkon. Příznivě se odrážejí ve spokojenosti pracovníků a přispívají ke sladování individuálních a firemních zájmů a cílů. Pracovní vztahy výrazně determinují efektivnost ostatních činností (Koubek, 2007).

5.2 Špatné pracovní vztahy

Nezdravé a neuspořádané pracovní vztahy vytvářejí ve firmě nepředvídatelné prostředí, ve kterém se špatně plánuje a obtížně se plní cíle. Častěji se vyskytují konflikty, stížnosti, porušování pracovní kázně, mezi pracovníky panuje nedůvěra, posiluje to nedůvěru ve vedení organizace a objevují se další negativní jevy (Koubek, 2007).

Špatné pracovní vztahy jsou jednou z častých příčin odchodu zaměstnance (Armstrong, 2005). Nejsou-li naplněny potřeby a očekávání pracovníků v oblasti pracovních vztahů, může být výsledkem nekonstruktivní chování – tajnůstkářství, sobectví, pochybnosti, odpor proti řádu, zaměstnancova pasivita, nedostatek motivace k zapojení v práci, vnitřní zmatek a únik z pracovní role, zaměstnanec může také trpět pocitem méněcennosti, izolace a nepřátelství vůči klíčovým zaměstnancům i vůči organizaci (Etebarian et al., 2013).

6 VÝZKUMY ZAMĚŘENÉ NA ZAMĚSTNÁVÁNÍ OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Ačkoli je téma duševního zdraví zvyrazňováno v médiích a je obecně v populaci vnímána jeho důležitost, výzkumů věnujících se tématu zaměstnávání osob s duševním onemocněním je velmi málo. I proto jsem se rozhodla věnovat ve své bakalářské diplomové práci právě této oblasti. V této části jsou tedy prezentována data pouze zahraničních výzkumů, kterých je nepoměrně více.

6.1 Kvantitativní výzkumy

Hilton et al. (2010) přináší zajímavé výsledky svého rozsáhlého výzkumu provedeného v Austrálii a na Novém Zélandu, ve kterém se zabývali vztahy mezi produktivitou zaměstnanců, jejich duševním zdravím. Na vzorku 60 556 zaměstnanců pracujících na plný úvazek zjistili, že celkem 9,6 % zaměstnanců má středně těžké psychické obtíže a dalších 4,5 % trpí závažnými duševními potížemi. Rostoucí úroveň psychických problémů souvisí s poklesem produktivity – o 6,4 % u méně závažných potíží, 9,4 % u středně těžkých potíží a o 20,9 % u závažných duševních potíží. Zaměření na duševní zdraví zaměstnanců přináší podstatné zvýšení produktivity zaměstnanců a pro zaměstnavatele by bylo rozumnou ekonomickou investicí.

Výzkum Gühne et al. (2021) potvrdil značné vyloučení osob trpících duševním onemocněním z pracovního procesu. Z celkového počtu 348 respondentů s duševním onemocněním v produktivním věku bylo pouze 27,9 % zaměstnáno na volném pracovním trhu a celá jedna čtvrtina je trvale nezaměstnaná. Zbylí účastníci výzkumu byli buď v invalidním důchodu, starali člena rodiny, nebo byli zaměstnáni brigádně. Co je však důležité, ze skupiny nezaměstnaných osob, mají dvě třetiny (59,8 %) silnou touhu pracovat a více než polovina respondentů preferuje zaměstnání na běžném trhu práce. Vysoký zájem o práci zvyšuje pravděpodobnost budoucího zaměstnání.

Výzkum mezi 500 britskými zaměstnavateli ukázal (Brouwers, 2020), že:

1. zaměstnavatelé a linioví manažeři zaujímají negativní postoje k lidem s duševním onemocněním nebo problémy s duševním zdravím, což snižuje šance na zaměstnání nebo podporu lidí s těmito zdravotními problémy,
2. zveřejnění i nezveřejnění duševního onemocnění nebo problémů s duševním zdravím může vést ke ztrátě zaměstnání
3. předpokládaná diskriminace, sebestigmatizace a efekt "proč se snažit" mohou vést k nedostatečné motivaci a úsilí udržet si nebo najít zaměstnání a mohou vyústit v nezaměstnanost a
4. stigma je překážkou pro vyhledání zdravotní péče, což může vést k neléčení a zhoršení zdravotního stavu a následně k nepříznivým pracovním výsledkům (např. např. pracovní neschopnost, ztráta zaměstnání).

U lidí s těžkými a běžnými duševními poruchami je 7krát, resp. 3krát vyšší pravděpodobnost, že budou nezaměstnaní než u lidí bez poruch. Vzhledem k tomu, že celosvětová celoživotní prevalence duševních poruch je 29 %, představuje vysoká míra nezaměstnanosti lidí s těmito zdravotními problémy důležitý a naléhavý problém nerovnosti veřejného zdraví, který je třeba řešit. Nedávno se například objevily zprávy, že lidé s utajovanými tělesnými chorobami, jako je cukrovka, HIV nebo rakovina v anamnéze, často čelí stejnému dilematu, zda své zdravotní problémy na pracovišti zveřejnit, či nikoli. Tato zjištění zdůrazňují, že problémem pro udržitelné zaměstnávání je často spíše postoj zúčastněných stran než nemoc pracovníka (Brouwers, 2020).

6.2 Kvalitativní výzkumy

Kvalitativní výzkum autorů Nirmaly et al. z roku 2020 se zabýval překážkami a podpůrnými faktory zaměstnanosti osob s duševním onemocněním v Indii. Na souboru 15 respondentů zjistili, že ve zlepšení zaměstnanosti psychicky nemocných lidí jsou nejvýznamnějšími faktory: správná léčba, trvalé dodržování medikace, emocionální podpora ze strany rodinných příslušníků a kolegů. Naopak bariérou a překážkou zaměstnanosti jsou sociální důvody (stigmatizace), důvody na straně zaměstnavatele (obavy ze zaměstnávání osob s duševním onemocněním), mezilidské vztahy (nedostatek sociálních dovedností) a individuální faktory (samotné příznaky onemocnění, fyzické zdraví).

Do výzkumu Reema et al. (2020) v centru poskytujícím lůžkové i ambulantní služby pro osoby s duševními poruchami v jižní Indii bylo zařazeno 17 hospitalizovaných respondentů, z nichž bylo 7 zaměstnáno, 6 aktuálně nezaměstnaných a 4 nikdy neměli žádné zaměstnání. Zásadní bariérou zaměstnanosti je podle respondentů výzkumu stigmatizace duševního onemocnění, nedostatečná vládní podpora, hyperprotektivita rodiny, snížená motivace, nevhodné pracovní podmínky, nežádoucí účinky léků a diskriminace žen na základě pohlaví. Významným faktorem je pak individuální pocit únavy a snížená odolnost. Dalším zjištěním pak je, že pokud došlo k recidivě onemocnění, stalo se tak v důsledku stresu a nepodporujícího prostředí, anebo v důsledku nedodržování léčby. Způsobilost respondentů k zaměstnání tedy závisí na nízké závažnosti onemocnění, důsledném dodržování léčby, dobré premorbidní adaptaci a podpůrném pracovním prostředí.

VÝZKUMNÁ ČÁST

7 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Cílem práce je **prozkoumat zkušenosti lidí s psychickým onemocněním a popsat souvislosti psychického onemocnění v pracovním procesu** (prožívání, postoje a zkušenosti nemocného člověka, jeho interpretaci chování nadřízených, kolegů, podřízených, chování zaměstnavatele a dalších faktorů souvisejících s tématem).

Na základě stanoveného cíle byly formulovány tyto hlavní a dílčí výzkumné otázky:

Hlavní výzkumné otázky:

- Jakou zkušenost mají lidé s duševním onemocněním, kteří onemocněli před nástupem do zaměstnání?
- Jakou zkušenost mají lidé s duševním onemocněním, kteří onemocněli po nástupu do zaměstnání?

Dílčí výzkumné otázky:

- Jaká je role nadřízeného v prožívání nemocného jedince?
- Jaká je role kolegů v prožívání nemocného člověka?
- Jaké zdroje zátěže vnímal člověk s duševním onemocněním jako nejvýznamnější?
- Jaké aktivity/činnosti jsou podpůrné a pomáhající ve zvládnutí onemocnění?
- Jak prožíval člověk s duševním onemocněním dobu od vzniku duševního onemocnění do okamžiku zveřejnění v práci (pokud to zveřejnil)?
- Jaká je zkušenost člověka s duševním onemocněním se sdělením informace o své nemoci v zaměstnání (pokud někoho informoval)?
- Jakým osobám sdělil informaci o svém duševním onemocnění a v jakém to učinil pořadí (pokud tuto informaci sdělil)?
- Jak reagovaly informované osoby (pokud byly)?
- Jaký byl vývoj v chování organizace a jejích zástupců v čase po vzniku duševního onemocnění?
- Jak vypadala profesní dráha člověka s duševním onemocněním po vzniku onemocnění?

8 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

Jednou ze základních otázek, které musí na začátku svého výzkumu výzkumník rozhodnout, je základní metodologické zaměření svého výzkumu. To se odvíjí podle výzkumné otázky a cílů výzkumu. Pokud je cílem výzkumu obecné poznání, které platí pro všechny podobné jednotky, měl by pracovat kvantitativními postupy. Pokud je ale primárním cílem hlubší porozumění zkoumaného jevu bez ambicí obecného zobecnění pro nějakou populaci, dominujícím metodologickým přístupem může být výzkum kvalitativní (Výrost & Slaměník, 2008).

Kvalitativní výzkum se používá pro popis, analýzu a interpretaci vlastností zkoumaných fenoménů naší vnitřní i vnější reality, které nejsou kvantifikované, nebo kvantifikovatelné. Zkoumá člověka, skupinu či událost v celé své šíři a ve všech rozměrech. Klíčovými termíny kvalitativního výzkumu jsou jedinečnost a neopakovatelnost a zabývá se i fenomény, které mohou lidé vnímat velmi odlišně, v různých kvalitách i rovinách. Při kvalitativním výzkumu výzkumník respektuje proces fenoménu – to, že nějakým způsobem vznikl, rozvíjel se a zanikl. V psychologických vědách tedy využívá kvalitativní přístup princip jedinečnosti, neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci se pracuje s reflexivní povahou psychologického zkoumání (Mioviský, 2006).

8.1 Výzkumná strategie

Interpretativní fenomenologická analýza (IPA) vede k porozumění zkušenosti člověka na idiografické úrovni, se zaujetím pro to, jaký význam on sám přisuzuje své zkušenosti ve svých podmínkách. Je založena na třech zdrojích: fenomenologii, hermeneutice a idiografickém přístupu (Koutná Kostínková & Čermák, 2013). IPA tedy fenomenologicky prozkoumává zkušenost konkrétního člověka z jeho perspektivy a zároveň si uvědomuje, že v tomto porozumění hraje ústřední roli také výzkumníkova zkušenost a jeho pohled na svět, stejně jako interakce mezi ním a participantem (Smith, 2004 in Koutná Kostínková & Čermák, 2013).

První fází procesu kódování, je otevřené kódování. Označením jednotlivých významových jednotek, může následně dojít ke kategorizaci, tzn. označení třídy pojmů obsahujících podobné významové jednotky. Dále se zjišťuje, zda se významové jednotky překrývají s jinými kategoriemi, nebo k jinému jevu nenáleží a tvoří tak odlišitelný celek. Druhým krokem pak je axiální kódování, kdy údaje z otevřeného kódování jsou znovu uspořádány s přihlédnutím k podmiňujícím vlivům, kontextu, strategie jednání i interakcí a následků. Cílem je uspořádání pojmů a nacházení vazeb mezi kategoriemi a subkategoriemi.

Výsledky jsou prezentovány jak případovými studii popisujícími zkušenosti jednotlivých účastníků výzkumu a obsahujícími interpretaci výzkumníka. Dále pak v seznamu vynořujících se témat, která výzkumník na základě kódování a vlastní interpretace našel, a v reflexi, kde jsou obsažena další doplňující zjištění.

8.2 Metoda získávání a analýzy dat

8.2.1 Získávání dat

Pro získávání dat byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru. Polostrukturované interview bývá nejrozšířenější metodou získávání dat, protože dokáže řešit mnoho nevýhod nestrukturovaného a plně strukturovaného rozhovoru. Výzkumník má připraven okruh otázek, případně i jádro interview (minimum témat a otázek, na které má účastník výzkumu odpovědět) a některé pasáže jsou ponechány více na výzkumníkovi, například pořadí otázek, doplňující otázky umožňující jít více do hloubky daného tématu, následné inquiry apod. Některé pasáže pak mohou mít plně strukturovanou formu a jasně stanovené pořadí a znění otázek (Miovský, 2006).

Polostrukturované rozhovory probíhaly s účastníky výzkumu online prostřednictvím videohovorů v lednu až březnu 2023 a byly s jejich ústním souhlasem nahrávány na záznamovém programem jako videozáznam. Délka rozhovorů se pohybovala přibližně kolem 1 hodiny. Všichni účastníci výzkumu se zúčastnili dobrovolně a odpovídali se zájmem a otevřeně.

8.2.2 Analýza dat

Výsledná data byla vyhodnocována metodou IPA – interpretativní fenomenologická analýza, která umožňuje vyšší zapojení výzkumníka a jeho interpretace jednotlivých zkoumaných jevů.

Z pořízeného videozáznamu byl přepsán text do textového editoru včetně hovorových a nespisovných výrazů – jejich podoba byla zachována. Další zpracování probíhalo metodou „tužka – papír“, kdy při čtení a opakovaném čtení textů byly vyznačeny jednotlivé jevy, které byly následně organizovány a interpretovány. V první fázi bylo použito otevřené kódování. Miovský, 2006 definuje otevřené kódování jako označení jednotlivých významových jednotek, na základě kterého může následně dojít ke kategorizaci, tzn. označení třídy pojmů obsahujících podobné významové jednotky. Dále bylo zjišťováno, zda se významové jednotky překrývají s jinými kategoriemi, anebo k jinému jevu nenáleží a tvoří tak odlišitelný celek. Druhou fází pak bylo selektivní kódování, kdy po identifikaci centrální kategorie uvádíme tuto kategorii do vztahu s ostatními popsány kategoriemi. Vznikla tak vynořující se témata, která jsou propojena ve výčtu společných jevů napříč všemi případy.

9 SBĚR DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR

Použitá metoda samovýběru je založena na principu aktivního projevení zájmu respondenta zapojit se do výzkumné studie. Je tedy dobrovolná a záleží na volbě člověka, zda se rozhodne do výzkumu zapojit, nebo ne. Nevýhodou této metody je, že tito účastníci jsou více motivovaní a výsledky tak mohou být oproti běžné populaci zkreslené (Miovský, 2006). Výsledky výzkumů, jejichž výzkumný soubor byl založen na samovýběru, nejsou zobecnitelné, resp. jsou zobecnitelné pouze na populaci těch, kteří odpověděli a nelze je jakkoli vztahovat na ostatní populaci (Reichel, 2009).

9.1 Etické hledisko a ochrana soukromí

Účastníci byli o tématu a cíli práce informováni ve výzvě k účasti ve výzkumu a dále byli na začátku rozhovoru poučeni informovaným souhlasem o tom, že účast ve výzkumu je dobrovolná, veškerá data budou anonymizována a také o možných rizicích a o jejich právech svou účast na výzkumu kdykoli přerušit a svůj souhlas odvolat ve stanoveném čase i po absolvování rozhovoru. Dále byli informováni o skutečnosti, že z rozhovoru bude pořízen videozáznam, který bude uchován v paměti počítače pouze po dobu nezbytně nutnou k pořízení přepisu rozhovoru a poté bude trvale smazán.

Za účast ve výzkumu nebyl respondentům poskytován žádný honorář.

9.2 Výzkumný soubor

9.2.1 Způsob výběru souboru

Výzkumný soubor byl získán prostřednictvím samovýběru, kdy byla výzkumníkem zveřejněna nabídka možnosti účastnit se výzkumu na sociálních sítích a také byla rozeslána všem psychologům, psychoterapeutům a psychiatrům spolupracujícím s českou platformou pro online terapii, kde autorka práce pracuje. Na základě této výzvy se respondenti sami ozvali a projevíli zájem o zapojení do výzkumu.

9.2.2 Charakteristika výzkumného souboru

Respondenty byli muži i ženy z území celé České republiky. Všichni měli zkušenost s duševními obtížemi a byli v době vzniku nemoci zaměstnáni. Čtyři respondentky uvedly, že jim bylo diagnostikováno Vyhasnutí (vyhoření). Ačkoli syndrom vyhoření s sebou nese notnou psychickou zátěž, v rámci mezinárodní klasifikace nemocí je zařazen pod Z73 – Problémy spojené s obtížemi při vedení života, a není tudíž duševním onemocněním. Jejich rozhovory tedy nebyly v této práci použity a tyto účastnice byly z výzkumu vyřazeny.

Výsledný výzkumný soubor je tvořen 4 ženami a 3 muži mezi 29 a 66 lety, kteří zažili nebo zažívají duševní obtíže a jsou nebo byli v době onemocnění zaměstnáni. Pro přehlednost uvádím v následující tabulce popis výzkumného souboru včetně základních údajů o respondentech.

Tabulka 1: Popis výzkumného souboru

Jméno	Věk	Diagnóza	Pracovní pozice	Právní forma zaměstnavatele
Vivien	66	F31.7 Bipolární afektivní porucha, v současné době v remisi	Zdravotní sestra	Státní příspěvková organizace
Václav	41	F40.9 Anxiózně fobická porucha NS	Bezpečnostní metodik	Nezisková korporace – zahraniční subjekt
Sofie	40	F41.1 Generalizovaná úzkostná porucha	Psychoterapeut	Nestátní nezisková organizace
Aneta	39	F32.1 Středně těžká depresivní fáze	Sociální pracovník	Státní subjekt
Petr	45	F41.9 Úzkostná porucha NS	Obchodní ředitel	Akciová společnost
Marek	33	F45.1 Nediferencovaná somatoformní porucha	HR manager	Akciová společnost
Tereza	29	F41.2 Smíšená úzkostná a depresivní porucha	Operační manager	Společnost s ručením omezeným

Pozn.: Účastníci výzkumu po vyřazení 4 respondentů s diagnózou Z73.0 Vyhasnutí (vyhoření)

10 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Při analýze dat byly zkoumány jednotlivé případové studie zvláště a jim bude věnována první část této kapitoly. Druhá část pak zaznamená vynořující se společná témata zodpovídající dílčí výzkumné otázky. Třetí částí pak je reflexe zjištění vztahujících se k hlavním výzkumným otázkám.

10.1 Případové studie

Vivien, 66 let

Je momentálně v důchodu a stále se věnuje lektorské a publikační činnosti. První těžkou depresivní epizodu zažila v roce 1991, ve svých 40 letech. Už před tím se léčila na psychiatrii s depresí. Druhou těžkou depresivní epizodu se suicidiálními tendencemi pak měla v roce 2008, ve svých 51 letech. Tehdy jí i byla změněna klasifikace diagnózy na bipolární afektivní poruchu.

Své vyprávění začíná v době, kdy jí zemřel druhý manžel a ona zůstala se dvěma malými dětmi. Do této doby zasazuje **počátek svých duševních potíží**. Pracovala jako zdravotní sestra na jednotce intenzivní péče. Biologický otec dětí neplatil alimenty a ona měla dvě až tři zaměstnání, aby je užívala. „*Už tehdy jsem měla depresivní ladění, chodila jsem částečně k psychiatrovi, kterej mi dal Amitriptylin, abych to trošku zvládala s těma dětma doma sama, víš? Pro ty děcka, víš? Jejich biologickéj otec se o ně nestaral, neplatil peníze a jejich táta jim umřel, rozumíš?*“

Jako spouštěč první těžké depresivní epizody uvádí krizovou situaci, kdy v důsledku **špatných pracovních podmínek** – nedostatečného technického vybavení a nedostatečného personálního obsazení zemřel na jejím pracovišti pacient. Chtěla psychicky náročnou práci opustit, ale nechala se přesvědčit primářem, že ještě zůstane, že jim chybí personál a neměl by kdo zajistit péči o pacienty. Poté popisuje ještě jednu situaci, kdy si uvědomila, že chce fyzicky napadnout pacientku, která jí roztrhla oblečení. Tehdy šla sama na psychiatrii v nemocnici, kde pracovala, a byla poprvé **hospitalizována**. „*A ted', jsem*

mu, Hani, řekla tu hroznou větu, že to je na zabítí, že jsem selhala. A on na základě této věty mě umístil na hospitalizaci, na uzavřený oddělení, a já jsem se necejtila na to, tam být, na psychiatrii.“

Po tříměsíční léčbě, při níž byla použita i EKT – elektrokonvulzivní terapie, se vrátila do práce. „...jenže jsem se těch pacientů bála. Těch schizofreniků a těch psychicky labilních, těch co maj ty halucinace a psychózy, tak jsem se tam cejtla úplně hrozně a ta deprese se mi prohloubila. Úplně strašně se mi prohloubila. Takže mi potom dávali elektrický šoky, a tak jsem se z toho dostala.“ Popisuje, že v průběhu hospitalizace za ní chodila na návštěvu vrchní sestra i primárka. **Vztahy na pracovišti** hodnotí velmi pozitivně a svědčí pro to i to, že se po propuštění vrátila na stejné oddělení, jen na jinou pozici. Na otázku „Jak jste vnímala svoji práci a vztahy s kolegy?“ odpovídá „Velmi dobře, pozitivně. Tam můžeš napsat, že to první zaměstnání jsme byli úžasná parta. Doktoři nás brali jako spolu... spolupartnery.“

Po návratu do práce prováděla už jen vyšetření pacientů s demencí a docházela do soukromé chirurgické ambulance bývalého primáře chirurgie. Pro **změnu pracovního zařazení** se rozhodla sama. „Že jsem si vlastně uvědomila, že bych jim ublížila, těm pacientům, tak jsem si ubrala tu práci.“ Po deseti letech se přestěhovala už s třetím manželem a dětmi do hlavního města a pracovala jako sestra na geriatrické klinice a současně jako zdravotní sestra pro domácí péči. Zároveň začala přednášet pro lékaře práci s novými krycími materiály.

Při vyprávění o své práci na pozici sestry v domácí péči obšírně popisuje, v jak katastrofických podmínkách mnohdy ti pacienti, ke kterým chodila, žili. „Bylo mi ouzko z těch lidiček starejch, protože byli nemohoucí a v jakých podmínkách... Vana naplněná uhlím, voda na pavlači, paní v sedmém patře – nemohoucí, která nebyla třeba pět let venku. Nebo slepice tam třeba byly na stole taky někdy v domácnosti. A já, jak jsem takovej bojovník, tak jsem volala těm praktikům, že to takhle nejde, aby je navštívili aspoň.“ Velmi těžce to s nimi prožívala, bylo jí jich líto, a i nad rámec svých povinností se snažila pro ně zajistit lepší péči. V době, kdy tuto pozici zastávala, bylo **medicínské vybavení** sestry nesrovnatelně zastaralé oproti dnešnímu standardu. „Dneska maj jednorázovou stříkačku, v tom maj Clexane. To se muselo dřív počítat děleno čtyřma. Inzulín se počítal děleno čtyřma. Dneska sice nadávaj na papíry, že maj hodně papírování, ale zase nemaj... nedesinfikujou stříkačky, jehly, nepřipravujou dělení antibiotik, aby to bylo... Třeba penicilin se musel naředovat. Dneska to maj... Antibiotika jsou hned naředěný a hotový a

maj... Pícháš to intravenózně, nebo je to v tabletkách, že jo. Třeba cévky se vyvařovaly. Dneska jsou jednorázový. Dřív hadičky se drbaly rukama. Ten hnis, hlen, stříkalo ti to do obličeje... Jednorázový rukavice moc nebyly, všechno rukama. Nebo stříkačky kovový se musely čistit. Jehly se čistily od tý krve. Víš, jakej to byl humus?“

S třetím manželem se odstěhovali do menšího města, kde získali byt a Vivien nastoupila v místní nemocnici jako zdravotní sestra na chirurgii. Tehdejší **pracovní vztahy** hodnotí jako nepřijímající, kolegyně i lékaři ji vnímali jako zkrachovalou doktorku z Prahy a začátky měla velmi náročné. „*Tam mi dávali najevo, že jsem jenom ta sestra a voni jsou ti doktoři. Nepozdraví tě doktor, neotevře ti dveře, zabouchne ti před nosem, to jsem jako v životě nezažila.*“ Později se vztahy upravily „*...já jsem jim dokázala za těch pět let, co jsem tam dělala, že na to mám, že mě všichni potom obdivovali v tý mojí profesi...*“, ale i tak je Vivien hodnotí jako nejhorší, které kdy měla. Vedle pracovní pozice zdravotní sestry také přednášela a dělala lektorku ve vzdělávacím centru. Tato práce ji natolik naplňovala, že si dokonce zkrátila úvazek v nemocnici a jezdila přednášet po celé republice.

V té době ji v krátké době za sebou zasáhlo úmrtí její matky i jejího třetího manžela. Úmrtí matky proběhlo velmi dramaticky, kdy upadla do bezvědomí v důsledku cévní mozkové příhody a sama Vivien jí poskytovala první pomoc před příjezdem záchranné služby. Její úmrtí pak dává za vinu zdravotní sestře, která přijela s ambulancí a která jí na pokyn lékaře podala nevhodnou medikaci a pak ji dala pokyn, aby vstala a šla. A maminka upadla do bezvědomí podruhé a na plicní embolii zemřela. Krátce nato zemřel její manžel, který už byl delší dobu upoután na invalidním vozíku. I u jeho úmrtí Vivien byla přítomná a dávala mu nepřímou masáž srdce. Vyčítá si, že nebyla schopná odtáhnout jeho tělo na zem, na tvrdou podložku, a že kvůli tomu nebylo ožívování efektivní.

Po těchto **traumatických zkušenostech** Vivien upadla do těžké deprese a její dcera ji odvezla na psychiatrii podruhé. Vivien ale odmítla hospitalizaci, a tak se o ni starala dcera. Dostala medikaci a psychiatricka jí překlasifikovala diagnózu na bipolární afektivní poruchu, což ale Vivien odmítá. „*Oni mi potom stanovili, že nemám depresi, ale bipolární poruchu. A já si to necejtím, že mám bipolární poruchu. Já si totiž myslím, že mám... fakt jsem měla depresi, protože já jsem živá, hyperaktivní, a oni, jak jsem sklouzla do tý hyperaktivity, tak to je moje přirozenost, hyperaktivita, já jsem měla určitě jako dítě... by mi dali... jak se to řekne, to ADHD. Protože máma mi vždycky říkala, že jsem byla hrozně divoká. A ten, kdo mě zná, říká, že to jsem já. Takhle žiju. Že nemám žádný mánický stavy. Ale psychiatři říkaj, že mám mánický stavy. Já nemám. Já to necejtím.*“

Tehdy jí velmi **pomohla** dcera, která se starala o její denní program, aby ji aktivizovala, vnoučata a kamarádka, která za ní jezdila a chodila s ní na procházky. Na tuto dobu Vivien vzpomíná tak, že se chtěla zabít, že nechtěla žít a neviděla smysl, proč by měla v takovém stavu setrvávat živá.

Jako největší **pomoc** při svých psychických potížích po celou dobu svého života uvádí obdiv mužů, manžela a rodinu. V práci pak na prvním místě pacienty „*dokonce napsali básničku o mně a mám ji schovanou*“ a náplň práce „*Pomáhalo mi to, že jsem zachraňovala lidský životy.*“. Po hospitalizaci jí také pomohla změna pracovní pozice, kdy odešla z JIP do ambulance. S úsměvem zmiňuje, že jí také pomáhalo kouření, když mohla na chvíli odejít ven na cigaretu.

Naopak jako **nejvíce zatěžující** uvádí neschopnost pracovat při atace deprese. Cítila se v té chvíli „*strašně ponížene*“, protože musela odvolat všechny nasmlouvané přednášky. K nepříjemným vztahům na posledním pracovišti se vždy stavěla čelem a okamžitě je řešila, takže je mezi zdroje zátěže neřadí.

O jejích psychických potížích na pracovišti vždy **věděli** jen nadřízení, kolegyním o nich neříkala. Vždy se setkala s podporujícím a přijímajícím chováním nadřízených „*...na té geriatrii jsem byla hospitalizovaná ve stejné nemocnici, takže tam to věděla vrchní. Věděla to i paní profesorka a vlastně mě tam vzali zpátky a tu pozici jsem dál zastávala.*“ Po své hospitalizaci také dostala nabídku od bývalého primáře chirurgie, pod kterým dříve pracovala, aby k němu šla pracovat do soukromé ambulance. I on o její hospitalizaci věděl a nijak ji nestigmatizoval „*...nikdo mi nedal najevo, že bych byla psychiatrická.*“.

Svou **pracovní výkonnost** v době, kdy neměla žádné potíže, hodnotí jako nadprůměrnou. V okamžiku ataky deprese ale nebyla schopna práce vůbec.

Profesní dráha Vivien se tedy po celý její život odehrávala ve zdravotnictví. Po poslední atace deprese odešla Vivien do důchodu, má praxi v provázení umírajících a pomoci pozůstalým a nadále se věnuje přednáškové a publikační činnosti.

Změna v postupech zaměstnavatele i pracovních podmínek ve zdravotnictví je zřejmá. Vybavení a jednorázové pomůcky velmi ulehčily práci sester a na intenzivní péči chirurgie aktuálně slouží dvě sestry na čtyři pacienty.

Václav, 41 let

Bezpečnostní metodik, aktuálně na rodičovské dovolené a volné noze. Václav popisuje počátky svých psychických potíží v souvislosti se svým bývalým zaměstnáním, ze kterého odešel na rodičovskou dovolenou. Asi před třemi roky pracoval na vysoké pozici v oblasti bezpečnosti a na denní bázi řešil situace, kdy některý ze zaměstnanců nebo spolupracovníků byl v přímém ohrožení života. Jeho náplní práce byla jak metodika řešení takových situací, tak i konkrétní plány a organizace na záchranu života a zdraví spolupracovníků. Tím, jak už byl na vysoké pozici, viděl i do pozadí takových akcí a věděl, že někdy jsou rozhodnutí „politická“ a nejsou ani tak v zájmu těch samotných lidí, o které se jednalo, ale spíše v zájmu zaměstnavatele. Mnohdy se i jednalo opravdu o diplomatické tahy, protože se například pořádaly utajené přesuny spolupracovníků ze zemí ve válečném konfliktu a hrozila eskalace situace v případě, že by udělali diplomatický přešlap.

Jako **spouštěč** prvního ataku onemocnění uvádí situaci, kdy jeden ze spolupracovníků kvůli zdlouhavým diplomatickým a organizačním poradám a v důsledku toho nezajištění včasné pomoci, zemřel. „*A to mě vzalo asi samotný jako, ale i to, že já jsem byl zticha, jo. Že já jsem prostě byl příliš upozaděnej, nějak jsem se tam prostě neprosadil, a byl to takovej jeden moment, kterej jsem si jako hodně nes.*“ Druhým zásadním momentem pak byla schůzka s policií, kde se dojednávala nějaká opatření, kdy šlo o život a o děti zaměstnanců a on musel zastávat stanovisko organizace před tím, co cítil jako správné „*...protože ta organizace upřednostnila to, že já sedím v kanclu a nudím se, než abych šel do terénu...*“.

Své potíže popisuje jako různé tělesné symptomy, kdy „*...se mi u toho meetingu strašně zamotala hlava, najednou mi spadnul cukr a nemohl jsem mluvit prostě. Došel hlas. Takový jenom jako mžitky a jako obrovský napětí, který jsem nebyl schopný pojmenovat, ale věděl jsem, že tam prostě nemůžu zůstat sedět. Takže jsem prostě se bál jít na tu schůzku, na tu poradu, protože jsem se bál, že se mi tam zase začne točit hlava a že si s tím nebudu umět poradit.*“. Své stavy pak popisuje jako neschopnost účastnit se schůzek a hledání únikových strategií, kdy hledal místnost, kde by si mohl lehnout a kde by ho nikdo nenašel.

Vyhledal **odbornou pomoc**, dostal Neurool a antidepresivum RIMA a pak už jen čekal, kdy to zabere. Před schůzkou si vždy vzal Neurool, aby tam zvládl jít, a začal

docházet na psychoterapii. Vnímal, že to musí nějak řešit, že není možné takto dál pokračovat. V té době se mu také narodily děti a čím dál víc vnímal, že ten reálný život je mimo práci a že v práci je „zastavovanej“. Zároveň se v něm prala zodpovědnost za příjem do rodinného rozpočtu, o který by odchodem z práce přišli „...nějakou dobu jsem se vlastně ještě utěšoval téma penězma a tím luxusem, ale já jsem nikdy nebyl takovej, že bych tomu propad, jo“. Vzal si dva měsíce volno, věnoval se dětem, udělal si kurz Montessori a zjistil, že to jeho potíže neřeší, že z toho chce odejít pryč.

V práci o svých potížích nikomu **neřekl**. Svým potížím nerozuměl a zprvu je považoval pouze za tělesné. I kdyby jim ale rozuměl, svým kolegům nebo nadřízeným by se nesvěřil „jako myslím si, že ti lidi mi ani nemají jak pomoci“. Uvádí, že si ostatní jeho potíží všimnout nemohli, mohli maximálně tak vnímat jeho nesoulad s managementem. Nikdo, kdo by mu v tu chvíli v práci svou přítomností pomáhal, nebyl.

Vztahy na pracovišti popisuje jako rezervované, dané z povahy jeho práce. „*Já jsem tam byl jako ve vysoký pozici, ale oni ke mně měli taky obavy, co jsem zač. Neměl jsem nikoho na své úrovni. Lidi ke mně neměli důvěrnej vztah. Oni se podle mě báli, jestli můžou bej otevřeni. Organizace byla plná takovejch pletich, nebyli si jistí, co já řeknu šéfovi.*“ Ke svému nadřízenému cítil zpočátku nekritický obdiv, byl pro něj autoritou a člověkem, ke kterému se hodně upínal. Později ale zjistil, že v mnoha případech nadřízený vystupuje navenek jinak, než se potom opravdu chová.

Václav vnímal svou práci jako velmi prestižní, takový vrchol, kterého je možné dosáhnout. Jeho rodiče jsou oba lékaři a tento názor byl výrazně sycen i z jejich strany. Když se pak Václav rozhodl odejít, popisuje to jako dvojitou revoltu „...já jsem se ve svých 38 letech potřeboval jakoby vzbouřit a odpoutat, separovat od rodičů“.

Jako **pomáhající** ve zvládnání duševních obtíží hodnotí lidskost. Když viděl, že se kolegové nedrží jen psaných pravidel, ale jsou ochotni se podívat na řešené situace lidsky „*Když byli odvážní a něco řekli, i když viděli, že tím jdou do rizika. Že je tam lidskost, která mě zklidňovala.*“. Také uspořádání **pracovních prostor** hodnotí jako pomáhající. Měl velkou kancelář se svým nadřízeným, kde bylo tolerováno, že mají v prosklené výplni zataženou roletu, aby nebylo vidět dovnitř, i když firemní zvyklosti byly otevřené dveře. V době, kdy mu nebylo dobře, se mohl do kanceláře zavřít „*Takže když tam nebyl můj šéf, já jsem si lehal na zem u nás a... a... no, ale jinak mně asi vyhovovalo bejt sám.*“. V kanceláři i jedl oběd, aby se vyhnul nepříjemným diplomatickým hrám při vybírání

místa, kam a ke komu si v jídelně sedne. Jako nejvíce pomáhající hodnotí vlastní práci – možnost pracovat. „*Možnost se realizovat.*“

Naopak jako situace přinášející **zátěž** uvádí zákulisní hry a diplomatické taktiky „*To byla ta velká věc, kterou ten můj šéf skvěle uměl, že vlastně věděl, který věci se nesměj říct, a přestože všichni věděj, jak to je, ale ta odpověď prostě musí znít takhle.*“. V organizaci bylo i mnoho nepsaných pravidel, co se týká zasedacího pořádku, které mu nedělaly dobře „*...všechny ty pozlátka, takový to, co vlastně není reálný – kdo sedí kde u stolu. Porada vedení, někdo sedí u stolu, někdo sedí na židličkách u zdi. Kdo sedí blíž nejvyššímu šéfovi.*“. Vždy, když „*křivý, nelidský*“ momenty upřednostnily mechanismus, nebo systém, nad lidským přístupem. Jako nejvýznamnější zátěž ale hodnotí nemožnost být autentický a rozhodovat o věcech. Pak i práci na projektech, které velmi často nebyly realizované, takže ta práce byla úplně zbytečná. Do třetice přidává i porady, které nic nepřinášely, protože to nemělo smysl a dané projekty se zastavovaly.

Svou **pracovní výkonnost** Václav hodnotí jako nadprůměrnou. Paradoxně by se mu v době jeho psychických potíží zvyšovala, protože v náplni práce spatřoval smysl a bylo to něco, do čeho se uchyloval, aby odklonil nepříjemné pocity. Tím, že mu nebylo umožněno pracovat a jeho projekty byly zastavovány kvůli politickým nebo diplomatickým rozhodnutím, velmi trpěl.

Václav si vzal v práci dva měsíce volno, vyhledal odbornou pomoc, začal brát antidepresiva a akutní stavy řešil anxiolytiky. Dobu, než antidepresiva začala působit, popisuje jako plnou nepříjemných stavů, kdy se bál toho, že je blázen, bylo mu špatně „*jako když vás praštěj do hlavy*“ a řešil existenční otázky, co bude dělat dál „*nejradši bych jezdil buď Uberem, nebo úklid někde*“. Věděl, že už v bezpečnosti pracovat nechce, nechce se ani setkávat s lidmi, na invalidní důchod nárok nemá. „*Začal jsem jako běhat a zjistil jsem, že můžu běhat a že mě ty nohy unesou, a že nohy jsou to jediný, na co se můžu spolehnout.*“ Díky psychoterapii a nástupu účinku antidepresiv se „*zdravě nasral na všechny a prožil jsem takový naštvání na ty rodiče, naštvání na tu práci a vím, že v ty první dny ta úleva přišla v tom, že jsem si jako prostě dovolil bejt prostě naštvanej.*“. Poté z práce odešel na rodičovskou dovolenou. Další **profesní dráha** se odvíjela od situace v covidové pandemii. Václav pracoval na jednorázových projektech v rámci ostrahy a bezpečnosti, a protože byly na dálku, získal zpět své profesní sebevědomí. Do stejné práce se už ale vrátit nechce. V současné době je na rodičovské dovolené a externě spolupracuje na jednorázových projektech.

Změna v postupech zaměstnavatele po jeho odchodu se netýkala zkušenosti s jeho duševními potížemi, ale jeho fyzického odchodu z práce. Na jeho místo byl přijat asistent a činnost oddělení „*zslábla na takový minimum*“. Krizové projekty i cesty byly zrušeny.

Sofie, 40 let

Sofie je v invalidním důchodu a má svou soukromou psychoterapeutickou praxi. Na zkrácený úvazek dojíždí jako terapeut do centra pro rodinnou a individuální terapii pro děti. Trpí generalizovanou úzkostnou poruchou a aktuálně je bez medikace, užívá potravinové doplňky pro úpravu spánkového režimu a dochází na psychoterapii. Před 13 lety jí byly transplantovány ledviny a slinivka a před dvěma roky prošla léčbou rakoviny.

Úzkostmi trpěla už dříve bez souvislosti se zaměstnáním, **počátek** datuje zhruba šest let zpátky a k jejich výraznému prohloubení došlo v době, kdy zjistila, že má rakovinu. Zprvu své úzkosti popisuje jako „*bezpříčinný úzkosti, který byly jako ranní nevolnosti, vlastně až trošku jako velká vztahovačnost s tím související, vytváření různých jako domněnkových konstruktů úzkostných*“. Zvýraznily se v zaměstnání, vzrůstajícím tlakem souvisejícím s jejím povýšením a zároveň rostoucí odpovědností bez dostatečných kompetencí a možnosti rozhodovat. Už dlouho před onemocněním rakovinou cítila, že něco není v pořádku, ale neposlouchala své tělo a říká, že je „*kovářova kobyla*“. Svým klientům zdůrazňuje nutnost poslouchat své tělo, a sama na ně nedbala.

Svou **pracovní dráhu** po vysoké škole započala jako referent na finančním úřadě, kde pracovala asi rok, ale nebyla v práci spokojená „*...ono prostě ocitnout se v kurníku, bylo jako náročný, jo. Třicet ženskejch na jednom patře, spoustu hádek, nešvarů, křivostí, a navíc teda ten obsah té práce nebyl úplně záživnej*“. Poté byla dlouhodobě nemocná kvůli transplantaci orgánů a nastoupila do sociálních služeb – neziskové organizace, kde byla 13 let. Začala jako asistentka a postupem času přešla přes pozici sociálního pracovníka až na pozici ředitelky jedné z oblastí, které se nezisková organizace věnovala. Po léčbě rakoviny a návratu z dlouhodobé pracovní neschopnosti pracovala ve stejné organizaci na oddělení lidských zdrojů a zároveň zpracovávala metodiky kvality sociálních služeb organizace. Asi po třech měsících byla pověřena vedením nově vzniklého centra, které „*bylo v polorozpadu*“, a to ji hodně vyčerpalo, protože jí nebyla žádná z předchozích agend „*...takže jsem se dostávala do velkého tlaku jako že nemám hotovo, že nestíhám...*“. I když zažádala o zkrácení pracovního úvazku, protože byla velmi unavená, z agendy jí ubylo pouze vedení centra a cítila se jako v začarovaném kruhu a úzkosti se jí

prohlubovaly. V okamžiku, kdy v práci oznámila, že chce skončit, vyslechla si „...*spoustu jako nehezkejších věcí o zradách a tak...*“. Nyní je v invalidním důchodu a má vlastní terapeutickou praxi. Zároveň jeden den v týdnu dojíždí do rodinného centra a dělá terapie dětí a rodin, aby byla v kontaktu s ostatními therapy.

Vztahy s kolegy v neziskové organizaci, kam své největší psychické potíže zasazuje, hodnotí jako nadstandardní. Kolegové byli velmi podpůrní, lidští, vzájemně se drželi a pomáhali si i mimo pracovní dobu. O svých potížích **řekla** nejbližším kolegyním a setkala se velkou podporou, zájmem a přijetím. Svým podřízením nic neřekla „*Dolů jsem to neříkala, to si myslím, že tam nepatřilo.*“. Protože už byla rozhodnutá odejít, nechtěla o svých potížích řediteli říkat. Uvádí ale, že pokud by chtěla zůstat, s nadřízeným by to řešila „*Možná, kdyby ty hodnocení v průběhu jakoby byly, že by tam člověk řekl, ale jako mezi obědem a meetingem si člověk nechce sdělovat takový věci, že jo. Potřebuje k tomu nějaké důstojné místo proto, aby mohl jakoby se otevřít.*“.

Jako **pomáhající** ve zvládnutí potíží uvádí možnost home-office „*Já úplně přítelem home-office nikdy nebyla, dokud jsem nezačala být úzkostná.*“, chyběl jí ale kontakt s lidmi. Mezi podpůrné skutečnosti řadí na prvním místě tým lidí, který táhne za jeden provaz. Mezi lidmi, kteří jí byli největší oporou, řadí jednu ze svých kolegyň. Ta ale odešla z práce půl roku před tím, než se rozhodla odejít Sofie a bylo to tam bez ní smutné. Zmiňuje i formální a neformální prostor v práci – setkávání s kolegy u oběda, nebo na poradách, kde byl „*...kreativní tvůrčí prostor pro to, pojďme se těch témat nějak ujmout a něco s nima dělat...*“. Z **organizačního uspořádání** pracovních prostor jako pomáhající hodnotí skutečnost, že měla kancelář téměř sama pro sebe. A že ta kancelář byla malá, útulná, s fungujícím topením a dala se zavřít. Zažila i open-space kancelář, kde byla společně s dalšími 15 lidmi, ale toto uspořádání jí nevyhovovalo pro hlučnost a neustálý ruch. Také byla vhodně umístěná, protože Sofie je kuřák „*pro mě bylo důležité, kam můžu chodit ven relativně rychle kouřit, abych se moc nezdržovala*“.

Mezi **zátěžové faktory** zařazuje nulovou nebo „dvojnou“ zpětnou vazbu od nadřízeného ke své práci a chybějící péči o zaměstnance. Na supervizi měli nárok pouze pracovníci v přímé péči, jinak nikdo. Také nejasnou zodpovědnost a pozici „*filtru na obě dvě strany*“, kdy z pozice středního managementu musela uvádět do chodu organizační rozhodnutí, která ne vždy byla rozhodnuta napoprvé a často se měnila. Jako nejvíce zatěžující vnímala odpovědnost bez dostatečné kompetence „*Jestliže jsem zodpovědná za*

to, že finance jsou nějak správně řízený, a přitom nemůžu rozhodnout ani o dodavateli papírů, tak se dějou věci se zpožděním a nejsou úplně efektivní.“.

Celou organizaci označuje jako nezdravou – **organizaci práce** i její atmosféru. I když celý tým hodnotí po lidské stránce skvěle, společné fungování popisuje takto: *„To znamená, že člověk někdy tahal ne za dva konce provazu, ale za tři. Na jedné straně byl pan ředitel, na druhé straně my a na třetí straně nějaký jako cíl, kterého chceme dosáhnout.“.*

Svou **pracovní výkonnost** hodnotí v době, kdy měla nejvýraznější úzkosti, jako výrazně nižší *„...já jsem vždycky říkala, že koukám na práci jako husa do flašky. Že věc, která by mi běžně trvala dvacet minut mi najednou trvá dvě hodiny, velký zpomalení...ten výkon klesal obrovským způsobem...“.*

Změna v postupech organizace po Sofiině odchodu žádná nenastala. *„Myslím, že to je organizace, která úplně ne vždycky bere v potaz danou odbornost člověka, a myslím si, že se tam ne úplně dobře zachází právě s odpovědností, s kompetencemi, odpovědnostma a delegováním. Myslím, že se v organizaci nic nezměnilo...“.*

Aneta, 39 let

Aneta v současné době pracuje jako sociální pracovník a věnuje se doprovázení pěstounských rodin. Byla jí diagnostikována středně těžká deprese, kvůli které odešla z předchozí práce, strávila rok na neschopence a dalších několik měsíců na úřadu práce. Nyní se cítí zdravá, medikaci už vysadila.

Psychické potíže se **začaly projevovat** před sedmi lety, kdy pracovala na OSPODu (Orgán sociálně-právní ochrany dětí) *„Já jsem se cítila hrozně vyčerpaně a přepracovaně, protože jsem prostě pracovala třeba 14-15 hodin třeba. A bylo toho moc a nemohla jsem spát.“.* V rámci OSPODu měla v té době víc funkcí – kurátor pro děti a mládež a manažer prevence kriminality a v době propuknutí nemoci pracovala na OSPODu 9 let *„...a hrozně jsem to žrala. Teda, měla jsem to jako hrozně ráda...“.* Už dříve trpěla hodně často na angíny a byla hodně nemocná. Na začátek deprese vzpomíná, že to bylo *„jako když se protrhnou stavidla“*, přišla poslední kapka a už nemohla dál.

Chodila na psychoterapii už před propuknutím deprese, myslela si, že se vše dá zvládnout pomocí psychoterapie. Teď už ale po své zkušenosti ví, že *„někdy je jako dobrý prostě nějaký jako lék mít“.* V době, kdy **vyhledala** psychiatricku, už nemohla mluvit a

jen brečela. Ta jí předepsala medikaci a začala brát antidepresiva, léky na spaní a na základě jejího doporučení odjela do lázní. Celkem byla rok v pracovní neschopnosti a pak ještě tři měsíce na úřadu práce, aby si odpočinula.

Vztahy s kolegy na pracovišti hodnotí jako hezké. Měli se rádi, ale vzájemně si s agendou nepomáhali. O svých psychických potížích v práci **řekla** jen jedné kolegyni, se kterou chodila na oběd. A vzpomíná si na poslední supervizi, kde téma svých duševních potíží probírala, že ji překvapila i reakce ostatních kolegů, kteří byli velmi podpůrní. Jinak si myslí, že si jejich problémů nevšimli, jen kolegyně z druhé kanceláře jí těsně před jejím odchodem na neschopenku řekly „...že jsem byla takový sluničko, který zhaslo...“. Svou přímou nadřízenou popisuje jako „*studenej čumák*“ a zlého člověka bez empatie. I když spolu dříve pracovaly jako kolegyně a sdílely spolu náročnost přetížení, mnohokrát jí říkala, že množství práce, kterou má, není možné zvládnout. Reagovala tak, že jí úkoly, které odmítla převzít, napsala na papírek a nalepila na stůl s vzkazem, že to má udělat. Byla v práci služebně nejstarší, a tak zajišťovala všechny složité případy, na které si ostatní kolegyně netroufily. Vedoucí jí navíc zadávala i své úkoly, do kterých se jí nechtělo. O svých potížích pak napsala do výpovědi a popsala tam vše o své přetíženosti a neprofesionálním chování vedoucí.

Pracovní prostředí se změnilo kvůli stěhování. Původně měla krásnou prostornou půdní kancelář s trámy, kde se cítila velmi dobře, ale musela se se svou nadřízenou přestěhovat do společné malé kanceláře. Stoly musely mít s vedoucí velmi blízko proti sobě, a protože charakterizuje svou vedoucí jako zlého člověka, popisuje i atmosféru na pracovišti jako místnost plnou koncentrované zloby „...*seděly jsme prostě hrozně jako na blízko a byl to menší prostor, úplně jiný jakoby prostory a bylo to tam jakoby koncentrovaný*...“.

V její **náplni práce** bylo obrovské množství práce bez možnosti udělat chybu. Jezdila na soudy, jednala s právníky, s dětmi z problematických rodin, s jejich rodiči, kteří byli velmi často agresivní. Jednání byla emotivní a „...*my jsme to museli nějak ukočírovat a vlastně znát a nesměli jsme jako udělat chybu. Tam se vůbec netolerovala jako chyba*...“. Zpočátku se jí líbilo, že „...*ta práce byla hodně dynamická, že toho bylo jako hodně a že se to jakoby střídalo*“, jeden den byla v kanceláři, druhý u soudu, třetí na ministerstvu. Při jednání se setkávala s mnoha lidmi a byla neustále v pohybu. Jak aktivit přibývalo, musela být čím dál organizovanější. „...*měla jsem to rozdělený na minuty. Na minuty ten život*...“.

Do **podpůrných** věcí zahrnuje odborníky zvenku organizace: supervizora, psychiatricku a psychoterapeutku. Dál i kamarádky, bývalého přítele a sama sebe. Že věřila, že to dobře dopadne, „že se to dá“. Kdyby měla vybrat jen jednu věc, která jí pomohla duševní potíže zvládnout, zvolí odchod z této konkrétní práce.

Věci, které jí naopak **přítěžovaly**, bylo množství práce a nátlak, že nesmí polevit a nesmí udělat chybu. Pak také přítomnost vedoucí v malé kanceláři. Nejvýznamnější zátěží však byl tlak. „...že se to prostě všechno musí jako udělat a že to musím stihnout a že nesmím jako...polevit“.

Poslední tři týdny před začátkem pracovní neschopnosti si kolegyně povšimly, že jí není dobře a tehdy mohla vnímat pokles **pracovní výkonnosti**. Polevit ale nemohla. „...tam se fakt jelo na to tady máš práci, musíš támhle jet, je soud, tak tam jedeš ty... Jakože tam se nedalo říct ,ty jo, ale já se na to jako necejtím, já tam nedojezu, třeba‘. ...myslím, že mi i jako říkali ,to jako musíš‘.“

Během roční pracovní neschopnosti se přestěhovala a rozvedla. Anetina další **pracovní dráha** pak směřovala do finančnictví – po krátkou dobu zprostředkovávala pojištění, stavební spoření apod. „jako že jsem se nějak musela uživit“. Pak nastoupila na OSPOD v místě nového bydliště, kde podle svých slov relaxovala. Vzpomíná na hezký pracovní vztah s tajemníkem na tamějším pracovišti, který jí umožnil zorganizovat spoustu věcí podle sebe a často se jí věnoval a povídal si s ní. Krátce nastoupila i do státní správy, kde ale neměla co dělat a stávalo se, že hodně dívala z okna a v práci i cvičila. Odtamtud odešla ještě ve zkušební době a nastoupila k současnému zaměstnavateli, kamarádce z vysoké školy, která založila doprovodnou organizaci pro pěstounské rodiny „pracujeme s pěstounskejma rodinama a děláme pro ně vzdělávací pobyty, takový to doprovázení, že je občas navštívíte doma“. V této práci má volnost, pracuje hodně z domu a návštěvy u klientů si domlouvá sama. „A jednou v tejdnu se scházíme s holkama v kanceláři.“

Změna v postupech organizace po odchodu Anety byla výrazná. Na její místo přijali tři lidi. A dozvěděla se, že zrušili mnoho aktivit, které nebyly přímo spojené se sociálně-právní ochranou dětí „A teď, co jsem se po těch osmi letech dozvěděla, že oni takový ty věci, který my jsme tam vybudovali a byly prostě hezký, byly prostě jiný, než ta sociálně právní ochrana dětí – že jsme měli nějaký den prevence kriminality a měli jsme na sebe navázaný, já nevím, hasiče a takový... tak oni to už nedělají.“

Petr, 45 let

Petr pracuje jako kouč a lektor na volné noze a z pracovní pozice, kde **začaly** jeho psychické potíže, už před několika lety odešel. Poprvé se mu úzkosti projevíly před osmi lety, kdy si myslel, že jde o somatické potíže. Tehdy pracoval jako obchodní ředitel větší firmy. V této firmě byl deset let a postupně se vypracoval až na ředitelskou pozici. Na této pozici pak byl před projevením potíží tři roky. Počáteční projevy úzkostí popisuje jako „...*bušení srdce, pocit jako když se něčeho jako lekneš a zatají se ti trošku jako dech. Pocítíš to jako hrudi až jakože na žaludku a... ale nemáš se čeho bát, nic k tomu nevede, cítíš se dobře, vše je třeba v pořádku, není se čeho leknout*“. Při vzniku potíží absolvoval vyšetření u obvodního lékaře a na kardiologii, kde ho ujistili, že srdce má v pořádku a kardioložka mu chtěla předepsat „*něco na uklidnění a na snížení tepové frekvence*“. Medikaci nechtěl „*mám nějak prostě v hlavě, jakože farmaka nejsou dobrý*“ a ptal se, zda by se to nedalo řešit i jinou cestou. Sám tehdy zmínil psychoterapii. Po první terapii úzkosti odezněly, ale není si jistý, že to bylo účinkem terapie. Na další terapii už nešel. Postupem času zjistil, že úzkosti přijdou a pak odezní samy od sebe. Bere je jen jako varovný signál „*že mi říkají, jako to, že se ti děje něco, co vůbec nedokážeš kontrolovat*“. Další významnější ataka přišla až o sedm let později. Od té doby se čas od času objeví, trvají několik dnů až týdnů, a pak zmizí.

Vztahy na pracovišti hodnotí jako formální a své kolegy informoval o svých potížích pouze, když šel na nějaké vyšetření a v práci chyběl. Když zjistil, že se jedná o úzkosti, nikoho neinformoval. Diagnóze nevěří a stále má „*nad tím otazník, jestli je to fakt ono*“. Uvádí ale, že kdyby uvěřil, že se jedná o duševní onemocnění, tak by o tom s nikým nechtěl mluvit.

Jako **pomáhající** hodnotí skutečnost, že „*jsem se vydal na cestu řešení a mám pocit, že dělám nějaké kroky, který mě tou situací provází*“. Že se ujistil, že je po fyzické stránce v pořádku, začal číst odbornou literaturu a na základě ní si identifikoval, že stres, kdy konstruktivně něco řeší mu nevadí, ale **spouštěčem** bývá stres, kdy se cítí bezmocný. Kdy „*...si toho na sebe naberu tolik, že to všechno sice utáhnu, ale pak, když to odezní, tak přijde tohle...*“. Nejvýraznějším **zátěžovým faktorem** je pro Petra skutečnost, že nedokáže projevy úzkosti ovládat.

Svou **pracovní výkonnost** při atace úzkosti hodnotí tak, že „*nějak to jako dávám navenek*“, ale stojí musí vydat hodně energie. „*...vnímám to a registruji a vlastně když tam*

stojím před těmi jako klienty, tak se to objeví a já s tím jako musím ještě vedle toho, že musím vnímat klienty a látku, kterou jim předávám, a trénuju je, tak ještě vedle toho potlačuju tohleto...“.

Od výskytu potíží pak ještě ve firmě byl další tři roky na pozici ředitele firmy, a jeho další poté **začal podnikat** a aktuálně se pět let věnuje koučinku a lektorování.

Marek, 33 let

Markovy potíže **začaly** tři roky po škole, v době, kdy pracoval na pozici HR specialisty. Jako nejvýznamnější období, kdy jeho psychosomatické potíže zesílily, pak popisuje dobu, kdy pracoval na pozici HR manažera a měl větší zodpovědnost. Tuto pozici už opustil a nyní pracuje na zkrácený úvazek jako Process manager a somatickými problémy trpí stále, i když v menší míře.

Počáteční symptomy svého onemocnění popisuje jako opakující se různé zaživací potíže, migrény, bolesti zad a další nemoci a nejvýrazněji ho trápí reflux a kašel. Po sérii různých vyšetření přišel na to, že jeho potíže má „*jakoby v souvislosti se zaměstnáním*“ a byla mu diagnostikována nediferencovaná somatoformní porucha.

Jako HR manager měl na starosti implementaci IT systému vzdělávání, který neznal a měl vést lidi, kteří ten systém vytvářeli a tvořili k němu tréninkové materiály. Svě kolegy popisuje jako workoholiky „*pracovali strašný počet hodin*“. Šéfovat jim nebylo jednoduché, protože neměl tu znalost, ale „*jako šéfoval jsem a bylo to fajn*“. O svých potížích v práci nikomu neřekl. Kolegové si mohli jen povšimnout, že se neúčastnil některých schůzek, protože byl na vyšetření, ale nikdy na to nikdo nereagoval. Ani nadřízený nekomentoval jeho e-mail, ve kterém psal, že se schůzky nezúčastní. Žádná reakce ale nepřišla, „*takže jsem nevěděl, jestli v pohodě, jestli tam teda nemusím chodit, nebo ne, a tak jsem tam nešel a nikdo nic neřekl*“. Nepotřeboval, aby o jeho problému něco věděli, nepotřeboval, aby něco udělali a neví, s čím by mu mohli pomoci. Proto jim o svých potížích **neřekl**.

Vztahy s kolegy hodnotí jako dobré, kolegové mu pomáhali s automatizací jeho práce, aby reportinky, které musel vykazovat, nemusel dělat ručně. „*Tak to pro mě jako bylo podpůrné a ještě, že mi to ubralo stres, že už jsem nemusel pálit hromadu času nad dalšíma úkonama prostě.*“ Svého nadřízeného popisuje jako člověka, který zapříčinil jeho zdravotní problémy. V ničem mu nepomohl, a i když nikde nebylo definováno, jak má

vypadat výsledek jeho práce, jen kritizoval. Se svými podřízenými vycházel dobře „*to mě tam drželo v té práci*“ a vztahy s podřízenými „*byla taková kompenzace toho vztahu s manažerem*“. Jako hlavní pomocnou osobu uvádí kolegu, se kterým je stále v kontaktu i po ukončení pracovního poměru.

Pracoval hodně z domu, protože sice měli **kanceláře**, ale časově pro něj bylo nevýhodné do kanceláře dojíždět. „*Já jsem neměl čas na čtyřicet minut přejezdu z mého bydliště na firmu... aj i jsem měl dny, kdy jsem vstával třeba v pět ráno, abych v pět třicet už začal pracovat.*“

Co se týká **organizace práce**, reflektuje jako negativní faktor skutečnost, že většina lidí pracovala na dálku z domu, protože jeho tým byl sestaven převážně z cizinců. Svou práci si nemohl organizovat, náplň práce se sestávala z naléhavých úkolů, které bylo třeba okamžitě řešit, a nedalo se předpokládat, kdy a jaké úkoly přijdou. „*Prostě hasím požáry každý den... vždycky pak byl nějaký nový požár, kterému jsem se musel věnovat, takže jsem byl permanentně v situaci, kdy jsem pak to nestíhal.*“

Hlavním **zdrojem zátěže** byl jeho šéf, „...*člověk, který se ke mně nechová dobře a já vlastně potlačuju svůj hněv...*“ a definuje své nastavení tak, že „...*překračoval sám sebe a zaprodal svoji osobní integritu*“. Zmiňuje i že nebyly vymezeny zodpovědnosti jednotlivých lidí a tím pádem nebylo stanoveny, za co jsou zaměstnanci hodnoceni.

Mezi **pomáhající faktory** by řadil i možnost celého týmu pracovat z jedné kanceláře, setkávat se fyzicky a mít prostor komunikovat i mezi meetingy. Jako druhou věc uvádí pomoc kolegů, kteří mu poradili a pomohli s věcmi, které neznal a se kterými neměl zkušenosti.

Že by byl jeho **pracovní výkon** ovlivněn jeho potížemi si neuvědomuje. Neví, jestli byl výkonný méně, nebo více.

Po **odchodu** z pozice HR managera nastoupil jako Process manager do nadnárodní firmy a nyní zvažuje další pracovní nabídku. Nedávno se sešel s bývalým kolegou a podle něj se žádná **změna v postupech organizace** po jeho odchodu neudála.

Tereza, 29 let

Tereza pracuje na volné noze jako firemní psycholog, poradce pro duševní zdraví a psychoterapeut. Aktuálně přejíždí mezi svou rodnou zemí a Holandskem, kde žije její manžel, a kde pracuje na projektech mentálního zdraví ve firmě, ve které si prošla

nejtěžšími psychickými potížemi. Před třemi roky tam žila a pracovala na pozici operační manažer. Prošla stavem úplného kolapsu, kdy ji při cestě domů v letadle museli oživovat. Při návštěvě psychiatra jí byla diagnostikována smíšená úzkostná a depresivní porucha.

Pozice operačního manažera byla její prvním zaměstnáním po škole. **Počátky** svých potíží datuje do doby asi půl roku po nástupu do zaměstnání. Spouštěč žádný nezaznamenala, spíš se plíživě její potíže zesilovaly, až zkolabovala. Popisuje sebe jako perfekcionista, který má potíže se ztrátou kontroly, a při vedení lidí neustále narážela na fakt, že lidé nepracují tak, jak si představuje. Trvalé boje s lidmi, i se sebou, jí spustily úzkosti. Přidal se k tomu stesk po rodině a jejímu stavu nepomáhal fakt, že měla pracovní dobu prakticky non-stop. Firma se zabývala organizováním plaveb a vždy se vyskytl nějaký problém, který musela řešit a neměla žádný volný čas. Její potíže se časem zhoršovaly, přestala být schopná ráno fungovat, velmi dlouho jí trvalo, než se vypravila do práce. Zpočátku jí pomáhalo si večer otevřít láhev vína, ale čím horší její úzkosti byly, tím horší stavy druhý den po alkoholu měla, takže pak přestala pít úplně. V práci se nevydržela soustředit, nebyla schopná pracovat a zažívala i stavy derealizace.

Když na Vánoce letěla domů navštívit rodinu, „...v letadle jsem dostala úplný *break-down* a oživovali mě...“. Poté začala navštěvovat lékaře, absolvovala spousty vyšetření, ale žádné nepřineslo vysvětlení jejího stavu. Praktický lékař jí tehdy řekl „...to asi jste *vystresovaná* z práce, tak si dejte *trošku pauzu*...“, takže si myslela, že je to stresem z práce. Chtěla navštívit psychologa, ale „*samozřejmě jako všude čekací lhůta milion roků*“ a pak už se jí ani nechtělo vstávat z postele a stále čekala na termín sezení. Poté, když jí bylo už velmi špatně a termín měla za tři dny, upínala se k tomu. Jenže jí zavolali, že ten termín ruší a náhradní jí dali za měsíc. To jí úplně zlomilo. Celkem to trvalo rok. Jednoho dne šla ke svému skútru, který ale už nedokázala nastartovat a odjet do práce. Manžel ji odnesl domů, její stav konzultovali se známou **psychiatrickou**, a ta doporučila okamžitý přesun domů a medikaci.

Manžel ji sbalil, odvezl na letiště a odletěli domů na vyšetření na psychiatrii. Její stav byl na hospitalizaci, ale rodina se o ni postarala a zvládla to bez ní. Tři měsíce se o ni starali rodiče, nebyla schopná se vrátit do jejich bytu, kde zažila „*ten hrozný stav*“. Pak ale díky medikaci a intenzivní psychoterapii sebrala odvalu a do Holandska se vrátila.

Firma jí umožnila návrat na zkrácený úvazek a na jinou pozici a po půl roce už pracovala na celý úvazek. Po 8 měsících ale odešla i z této pozice a vrátila se natrvalo do

Čech, kde začala pracovat jako psycholog v léčebně se závislími. Nyní je na volné noze, pracuje jako firemní psycholog a psychoterapeut a do holandské firmy jezdí každý měsíc a pracuje na projektech pro duševní zdraví.

Vztahy na pracovišti hodnotí jako výborné a jako něco, co ji v té práci drželo a proč tam pracuje i dnes. S nadřízenými si byli velmi blízcí a stále jsou. O svých potížích otevřeně **mluvila**, byli v kanceláři čtyři, a i kolegové si jejích potíží všimli. Jenže Tereza svým potížím nerozuměla, nevěděla, co způsobuje „...člověk, když sám neví, co s ním je, tak jak to potom má říci těm druhým. Můžete jim říct, že se cítíte špatně, ale já jsem vlastně nevěděla, jestli je to něco fyzického, anebo co se vlastně se mnou děje.“. I tak se k ní nadřízení stavěli podpůrně, ujišťovali ji, že může zůstat doma, když se necítí dobře, říkali jí, ať si odpočine.

Odjela na dovolenou, kterou popisuje jako nejhorší dovolenou v životě. „*Tam mi bylo úplně hrozně, tam se mi ta psychika vlastně... když měla konečně tu možnost se uvolnit, tak se mi uvolnila a samozřejmě, že až moc. A vlastně celou tu dovolenou jsem vlastně buď proležela, zle mi bylo, nerozuměla jsem, co se děje, myslela jsem, že jsem něco špatného snědla, nebo že mám nějakou otravu z něčeho.*“ Po jejím kolapsu jí umožnili vrátit se zpět, změnit jí pozici a zkrátit úvazek. „*Snažili se jako nějakým způsobem respektovat, že mi není dobře.*“

Organizaci práce hodnotí jako velmi špatně nastavenou „*moje pozice obnášela práci možná čtyř lidí*“. Množství práce, zodpovědnost a nutnost být v dosahu 24 hodin denně 7 dní v týdnu způsobily, že přestala vnímat nějaké hranice rolí, kdy končí Tereza jako operační manažer a začíná jako Tereza, která si žije svůj vlastní život a chce dělat i jiné věci. Její muž to reflektoval slovy „*ty už jsi zvedala telefon tvojí mámě stejně jak jsi ho zvedala nějakým zákazníkům*“.

Pracovní prostředí zmiňuje také mezi zátěžovými prvky. Jako firma začínali ve společné kanceláři ještě s jinou firmou, která se věnovala mezinárodním přepravám. Takže se často stávalo, že pracovali i v noci a nikdy si po sobě neuklidili nepořádek a zbytky jídla. Tereza musela ráno, když přišla do práce, celou kancelář uklidit, aby byla schopná si tam sednout a začít pracovat. „*Nechali tam ten bordel, potom tam člověk ráno přijde, je mu zle, když přijde, a ještě tam má uklízet bordel po někom jiném.*“ Druhým jejím pracovištěm byl sklad pro lodě, kde byl různý materiál, pomůcky, nápoje apod. I tam bylo prakticky nemožné udržet jakýkoli pořádek, pracovníci z lodí nedávali věci na svá místa,

nechávali tam zbytky jídla i odpadky. Tereza za sklad zodpovídala a učít lidi udržovat pořádek pro ni bylo velmi nepříjemné.

Mezi hlavní **zdroje zátěže** řadí nepřiměřené množství činností a zodpovědnosti v pracovní náplni, dostupnost 24/7, tlak na zvládnutí všech aktivit a nepořádek na pracovišti. Jako nejvýznamnější zátěžový faktor označuje práci non-stop bez jasného ohraničení pracovní doby.

Jako **pomocné** zmiňuje chování kolegů, kteří od ní přebrali činnosti, na které neměla sílu. V době, kdy trpěla úzkostmi s depresivními stavy, jí také pomáhalo odejít z práce a být doma, být dál od toho stresu. Což ale nebylo dost dobře možné, protože si ji úkoly vždy našly – přes telefon. Pak také kontakt s rodinou a kamarády, který měla omezený kvůli vzdálenosti. Později už nebyla schopná jakékoli konverzace „já jsem byla už tak vypnutá, že jsem nebyla schopná si s nikým povídat“, ale pomáhalo jí dívat se na seriály a filmy v rodném jazyce.

Později, když byl její stav stabilizován, jí **pomáhalo** čtení knih s psychologickou tematikou a poslouchání podcastů. Vědomí a pocit, že v tom není sama a že i jiní lidé zažívají úzkosti, deprese, vyhoření a jiné stavy „ten pocit, že v tom člověk není sám a že on vlastně není úplně ten divný a hrozný a mimo“. Nyní jí nejvíc pomáhá kontakt s rodinou, společné chvíle se psem a sport. Jako nejvýznamnější osobu, která jí byla oporou a pomohla jí nejvíce, označuje psychologa. Na terapii chodila rok a půl a díky ní se naučila nastavovat si hranice a zbavila se výrazných úzkostí.

Změna v postupech organizace byla výrazná. Na její místo přijali tři lidi a přestěhovali se do samostatné větší kanceláře, kterou mají jen pro sebe. V organizaci zavedli programy pro podporu duševního zdraví, o které se Tereza stará, a duševní zdraví se stalo součástí firemní kultury.

10.2 Vynořující se témata

Na základě provedené analýzy bylo definováno několik vynořujících se témat. Celkem bylo označeno 698 kódů, které byly následně spojeny do nadřazených kategorií. Nalezená témata pomohla zodpovědět dílčí výzkumné otázky:

- Jaká je role nadřízeného v prožívání nemocného jedince?
- Jaká je role kolegů v prožívání nemocného člověka?
- Jaké zdroje zátěže vnímal člověk s duševním onemocněním jako nejvýznamnější?

- Jaké aktivity/činnosti jsou podpůrné a pomáhající ve zvládnání onemocnění?
- Jak prožíval člověk s duševním onemocněním dobu od vzniku duševního onemocnění do okamžiku zveřejnění v práci (pokud to zveřejnil)?
- Jaká je zkušenost člověka s duševním onemocněním se sdělením informace o své nemoci v zaměstnání (pokud někoho informoval)?
- Jakým osobám sdělil informaci o svém duševním onemocnění a v jakém to učinil pořadí (pokud tuto informaci sdělil)?
- Jak reagovaly informované osoby (pokud byly)?
- Jaký byl vývoj v chování organizace a jejích zástupců v čase po vzniku duševního onemocnění?
- Jak vypadala profesní dráha člověka s duševním onemocněním po vzniku onemocnění?

Nalezená vynořující se témata:

1. Pracovní prostředí
2. Organizace práce
3. Vztahy na pracovišti
4. Pomáhající faktory
5. Zátěžové faktory
6. Pracovní výkonnost
7. Vyhledání odborné pomoci
8. Reakce osob informovaných o duševním onemocnění
9. Změna v postupech zaměstnavatele
10. Změna pracovní dráhy

Prvním tématem je **pracovní prostředí**. Tři respondenti jmenují pracovní prostředí mezi zátěžovými faktory a dva mezi těmi pomáhajícími. Vivien jako zdravotní sestra v domácí péči těžce nesla, v jakých podmínkách její pacienti žili „*Bylo mi ouzko z těch lidiček starejch, protože byli nemohoucí a v jakých podmínkách...*“. Také medicínské vybavení sestry nesrovnatelně zastaralé oproti dnešnímu standardu „*Třeba cévky se vyvařovaly. Dneska jsou jednorázový. Dřív hadičky se drbaly rukama. Ten hnis, hlen, stříkalo ti to do obličeje... Jednorázový rukavice moc nebyly, všechno rukama. Nebo stříkačky kovový se musely čistit. Jehly se čistily od tý krve. Víš, jakej to byl humus?*“

Anetino pracovní prostředí se změnilo kvůli stěhování z krásné prostorné půdní kanceláře s trámy do malé kanceláře, kterou sdílela se svou vedoucí, se kterou neměla nejlepší vztahy a popisuje ji jako zlého člověka. Atmosféru v kanceláři definuje jako místnost plnou koncentrované zloby „*seděly jsme prostě hrozně jako na blízko a byl to menší prostor, úplně jiný jakoby prostory a bylo to tam jakoby koncentrovaný*“.

Tereza zmiňuje pracovní prostředí mezi nejvýznamnějšími zátěžovými prvky. Sdíleli kancelář s ještě jinou firmou a často se stávalo, že po sobě neuklidili nepořádek a zbytky jídla „*nechali tam ten bordel, potom tam člověk ráno přijde, je mu zle, když přijde, a ještě tam má uklízet bordel po někom jiném*“. Druhým jejím pracovištěm byl sklad pro lodě, za který zodpovídala, a kde byl také prakticky neustále nepořádek.

Sofie je jedinou respondentkou, která hodnotí uspořádání pracovních prostor jako pomáhající. Měla malou, útulnou kancelář s fungujícím topením téměř sama pro sebe. Výhodou bylo, že se dala zavřít a byla blízko místa určeného pro kouření „*pro mě bylo důležitý, kam můžu chodit ven relativně rychle kouřit, abych se moc nezdržovala*“.

Tabulka 2: Pracovní prostředí

Pracovní prostředí	Počet kódů
Uzavíratelná kancelář jako pozitivum	8
Nehygienické pracoviště	4
Open space jako negativum	4
Negativní atmosféra na pracovišti	3

Druhým společným tématem je **organizace práce**. S pracovním přetížením má zkušenost šest respondentů ze sedmi. Stres v důsledku špatné organizace práce byl uváděn jako nejčastější spouštěč psychických obtíží. Všichni respondenti, kteří uváděli souvislost svých duševních potíží se stresem v zaměstnání, svá místa opustili.

Vivien zažila situaci, kdy v důsledku nedostatečného technického vybavení a personálního obsazení zemřel na jejím pracovišti pacient a v důsledku toho navštívila psychiatra „*A teď, jsem mu, Hani, řekla tu hroznou větu, že to je na zabití, že jsem selhala.*“.

Sofie označuje jako nezdravou celou organizaci, ve které pracovala, i její atmosféru. I když celý tým hodnotí po lidské stránce skvěle, společné fungování popisuje takto: „*To znamená, že člověk někdy tahal ne za dva konce provazu, ale za tři. Na jedné straně byl pan ředitel, na druhé straně my a na třetí straně nějaký jako cíl, kterého chceme dosáhnout.*“

Aneta zastávala zároveň dvě pracovní pozice a pracovala i výrazně nad rámec zákonem povolených přesčasových hodin. „*Já jsem se cítila hrozně vyčerpaně a přepracovaně, protože jsem prostě pracovala třeba 14-15 hodin třeba. A bylo toho moc a nemohla jsem spát.*“ Zpočátku se jí sice rozmanitost práce líbila „*ta práce byla hodně dynamická, že toho bylo jako hodně a že se to jakoby střídalo*“, ale brzy přestávala jednotlivé aktivity stíhat a musela svou práci velmi organizovat „*měla jsem to rozdělený na minuty. Na minuty ten život.*“

Marek popisuje zvyklosti v jejich firmě a workoholismus svých kolegů „*pracovali strašný počet hodin*“. Jeho práci mu komplikovala skutečnost, že tým byl mezinárodní a většina lidí pracovala na dálku z domu. Svou práci si nemohl organizovat „*Prostě hasím požáry každý den... vždycky pak byl nějaký nový požár, kterému jsem se musel věnovat, takže jsem byl permanentně v situaci, kdy jsem pak to nestíhal.*“

Tereza musela být z povahy své práce a nulového zástupu k dispozici 24 denně. Pracovala prakticky neustále „*moje pozice obnášela práci možná čtyř lidí*“ a výsledkem bylo, že přestala vnímat oddělené hranice, kdy je její osobní život a kdy pracuje. Její muž to reflektoval slovy „*ty už jsi zvedala telefon tvojí mámě stejně jak jsi ho zvedala nějakým zákazníkům*“.

Tabulka 3: Organizace práce

Organizace práce	Počet kódů
Pracovní přetížení	17
Práce přesčas	5
Home-office	4
Nejednoznačnost cílů	3
Zastávání více pracovních rolí najednou	3

Třetím společným tématem jsou **vztahy na pracovišti**. Pokud respondenti hodnotili vztahy na pracovišti jako pozitivní, uváděli pracovní vztahy jako jeden z podpůrných faktorů ve zvládnání své nemoci a neměli potíže svěřit se svým kolegům se svými duševními potížemi. Čtyři respondenti hodnotí vztahy s kolegy pozitivně, dva respondenti hodnotí vztahy jako neutrální nebo formální a tři respondenti měli zkušenost se špatnými vztahy s nadřízenými. Jeden z nich uvedl špatný vztah s vedoucím jako hlavní zátěžový faktor.

Tereza hodnotí vztahy na pracovišti nejpozitivněji ze všech respondentů. Vztah s nadřízenými definuje jako velmi blízký. I to jí pomohlo o svých potížích otevřeně mluvit a setkala se s podpůrným chováním úvazek „*snažili se jako nějakým způsobem respektovat, že mi není dobře*“ a umožnili jí dostatečný čas na vyléčení svých potíží i návrat do práce na jinou pozici a zkrácený

Aneta říká, že se s kolegy měli rádi, ale o svých psychických potížích v práci řekla jedné kolegyni, se kterou chodila na oběd, a když řešila při supervizi téma svých duševních potíží, překvapila jí reakce kolegů, kteří byli velmi podpůrní. Svou přímou nadřízenou popisuje jako zlého člověka, bez empatie – zkrátka „*studenej čumák*“. Když dala výpověď, stěžovala si v ní i na neprofesionální chování své vedoucí.

Když byla Vivien hospitalizována na psychiatrii, chodily k ní na návštěvu její vrchní sestra i primářka jejího oddělení. Vztahy s kolegy na pracovišti hodnotí velmi pozitivně „*to první zaměstnání jsme byli úžasná parta*“. Jako zdravotní sestra byla v úzkém kontaktu s lékaři, kteří sestry brali jako „*spolupartnery*“. Později se ale na jiném pracovišti setkala i s povýšenými postoji lékařů k sestram. „*Tam mi dávali najevo, že jsem jenom ta sestra a oni jsou ti doktoři. Nepozdraví tě doktor, neotevře ti dveře, zabouchne ti před nosem, to jsem jako v životě nezažila.*“ I když s kolegyněmi měla vztahy dobré, hodnotí atmosféru na pracovišti jako nejhorší, které kdy měla.

Marek hodnotí vztahy s kolegy jako dobré, kolegové mu pomáhali s automatizací jeho práce „*tak to pro mě jako bylo podpůrné a ještě, že mi to ubralo stres*“. Svého nadřízeného popisuje jako člověka, který zapříčinil jeho zdravotní problémy. V ničem mu nepomohl, a i když nikde nebylo definováno, jak má vypadat výsledek jeho práce, jen kritizoval. Se svými podřízenými vycházel dobře „*to mě tam drželo v té práci*“ a vztahy s podřízenými „*byla taková kompenzace toho vztahu s manažerem*“.

Václav vztahy na pracovišti popisuje jako rezervované, dané povahou jeho práce a oblastí, ve které se pohyboval. „*Lidi ke mně neměli důvěrněj vztah. Oni se podle mě báli, jestli můžou bej otevření. Organizace byla plná takovejch pletich, nebyli si jistí, co já řeknu šéfovi.*“ Ke svému nadřízenému cítil zpočátku nekritický obdiv, byl pro něj autoritou a člověkem, ke kterému se hodně upínal. Později ale zjistil, že v mnoha případech nadřízený vystupuje navenek jinak, než se potom opravdu chová.

Tabulka 4: Vztahy na pracovišti

Vztahy na pracovišti	Počet kódů
Podpůrní kolegové	9
Podpůrní nadřízení	4
Špatné vztahy s nadřízeným	3
Dobré vztahy s podřízenými	2
Neutrální vztahy s kolegy	1

Čtvrtým společným tématem byla oblast **pomáhajících faktorů** – věci, činností a aktivit, které pomáhaly respondentům ve zvládnání jejich duševních potíží. Nejdůležitější pro účastníky výzkumu byla podpora lidí kolem sebe. Ať už kolegů, nadřízených, rodiny, kamarádů, ale i odborníků – psychiatrů, psychoterapeutů, supervizorů. Dalšími pomáhajícími faktory byla možnost přizpůsobení si pracovní doby, nebo místa výkonu práce a náplň práce jako taková. Dva respondenti uvedli, že jim pomohla změna pracovního místa a dvěma pomohla medikace. Rovněž dva účastníci výzkumu zmiňují jako pozitivum práci na svém seberozvoji. Další výčet podpůrných faktorů je individuální: obdiv a uznání schopností, dobrá zpětná vazba od klientů, smysl práce, kouření, vlastní revolta, lidskost, sport, pravidelná zpětná vazba, porady, volnost, cesta konkrétního řešení situace, respekt, sledování filmů a seriálů v rodném jazyce a nastavení hranic.

Vivien jako největší pomoc při svých psychických potížích po celou dobu svého života uvádí obdiv mužů, svého manžela a rodinu. Významným podpůrným faktorem byla náplň práce zdravotní sestry „*pomáhalo mi to, že jsem zachraňovala lidský životy*“, pacienti „*dokonce napsali básničku o mně*“ a po návratu z hospitalizace pomohla ve zvládnutí duševní nemoci změna pracovní pozice, kdy odešla ze stresového prostředí JIP

do ambulance. V průběhu běžného pracovního dne jí pomáhaly krátké přestávky v práci na cigaretu.

Václav na prvním místě jako nejvíce pomáhající hodnotí svou náplň práce na prestižní pracovní pozici „*možnost se realizovat*“. V období akutních potíží měl potřebu se na pracovišti zavřít a být sám, což mu umožňovala uzavíratelná kancelář s roletou ve dveřích „*takže když tam nebyl můj šéf, já jsem si lehal na zem u nás a... a... no, ale jinak mně asi vyhovovalo být sám*“. V kanceláři trávil i obědové pauzy, aby se vyhnul souzení kolegů, s kým sedí v jídelně. Jako podpůrné hodnotí i odvážné chování kolegů při řešení krizových situací. „*Když byli odvážní a něco řekli, i když viděli, že tím jdou do rizika. Že je tam lidskost, která mě zklidňovala.*“

Sofie na prvním místě uvádí jako podpůrný faktor tým lidí, který táhne za jeden provaz. Pozitivní pro ni byla i možnost volby místa výkonu práce „*já úplně přítelem home-officu nikdy nebyla, dokud jsem nezačala být úzkostná*“. Zmiňuje i formální a neformální prostor v práci – setkávání s kolegy u oběda, nebo na poradách „*kreativní tvůrčí prostor pro to, pojďme se těch témat nějak ujmout a něco s nima dělat*“.

Aneta podpůrných faktorů zahrnuje odborníky: supervizora, psychiatricku a psychoterapeutku. Dále i kamarádky, bývalého přítele a sama sebe. Že věřila, že to dobře dopadne, „*že se to dá*“. Kdyby měla vybrat jen jednu věc, která jí pomohla duševní potíže zvládnout, zvolí změnu pracovního místa.

Petr jako pomáhající hodnotí skutečnost, že se „*vydal na cestu řešení a mám pocit, že dělám nějaké kroky, který mě tou situací provází*“. Pracoval také na svém seberozvoji a studoval odbornou literaturu.

Tereza jako pomocné zmiňuje chování kolegů, kteří od ní přebrali činnosti, na které neměla sílu. V době, kdy trpěla úzkostmi s depresivními stavy, jí také pomáhalo odejít z práce a být doma, být dál od toho stresu. Pak jí pomáhal kontakt s rodinou a kamarády sledování seriálů v rodném jazyce. Po stabilizaci jejího psychického stavu jí pomáhalo čtení knih s psychologickou tematikou a poslouchání podcastů „*ten pocit, že v tom člověk není sám a že on vlastně není úplně ten divný a hrozný a mimo*“. Nejvýznamnější podpůrnou osobu byl psycholog.

Tabulka 5: Pomáhající faktory

Pomáhající faktory	Počet kódů
Kolegové	9
Změna pracovního místa	7
Úprava pracovní doby	5
Home-office	4
Odborníci v oblasti duševního zdraví	4
Náplň práce	4
Kamarádi	2
Rodina	2
Seberozvoj	2

Pátým společným tématem jsou **zátěžové faktory**, které ztěžovaly účastníkům výzkumu zvládnání onemocnění. Nejčastějším zdrojem zátěže bylo pracovní přetížení a stres, které zaznamenalo šest respondentů ze sedmi, nedostatečné kompetence se vynořily u pěti respondentů a tři účastníci definovali jako zátěžový faktor vztahy s nadřízeným. Dvě respondentky popisovaly nehygienické pracovní prostředí a výčet zátěžových faktorů doplnila chybějící zpětná vazba, nemožnost pracovat v atace nemoci, zastavování práce, zbytečně odváděná práce, politické a diplomatické zákulisní hry, nulová tolerance chyb, neschopnost ovládnutí symptomů úzkosti, špatné pracovní vybavení, traumatickou zkušenost, upřednostňování zájmů organizace nad zájmy lidí, práci na dálku, porady, které nic nepřinášely, polymorbidita, nejednoznačná vazba od nadřízeného, chybějící supervize, nesladění cílů organizace s cíli pracovního týmu a potřebami klientů, neinformovanost o symptomech onemocnění, nemožnost projevit emoce a stesk po domově. Tento výčet je opravdu dlouhý a ukazuje na jedinečnost v prožívání každého jedince.

Tereza mezi hlavní zdroje zátěže řadí nepřiměřené množství činností a zodpovědnosti v pracovní náplni, nonstop dostupnost bez ohraničení pracovní doby, tlak na zvládnutí všech aktivit a nepořádek na pracovišti. Aneta vyjmenovává na prvním místě tlak „že se to prostě všechno musí jako udělat a že to musím stihnout a že nesmím jako...polevit“ a jako druhý zátěžový faktor přítomnost zlé vedoucí v malé kanceláři.

Pro Petra je nejnáročnější, že nedokáže ovládat projevy úzkosti. Zátěžovou situací je distres z množství práce „*si toho na sebe naberu tolik, že to všechno sice utáhnu, ale pak, když to odezní, tak přijde tohle*“..

Marek definuje jako hlavní zdroj zátěže svého nadřízeného „...*člověk, který se ke mně nechová dobře a já vlastně potlačuju svůj hněv*...“ a říká, že „*překračoval sám sebe a zaprodal svoji osobní integritu*“. Zmiňuje i nejasnou zodpovědnost a v důsledku toho neférové hodnocení.

Sofii přitěžovaly časté změny cílů ze strany vedoucích a nulová péče o zaměstnance v kancelářích. Také nejasná zodpovědnost a pozice „*filtru na obě dvě strany*“ mezi vyšším managementem a podřízenými zaměstnanci, kde se necítila dobře. Jako nejvíce zatěžující vnímala odpovědnost bez dostatečné kompetence. „*Jestliže jsem zodpovědná za to, že finance jsou nějak správně řízený a přitom nemůžu rozhodnout ani o dodavateli papírů, tak se dějou věci se zpožděním a nejsou úplně efektivní*.“ Chyběl jí prostor pro zpětnou vazbu a plánovaný čas se svým nadřízeným. „*Možná, kdyby ty hodnocení v průběhu jakoby byly, že by tam člověk řekl, ale jako mezi obědem a meetingem si člověk nechce sdělovat takový věci, že jo. Potřebuje k tomu nějaký důstojnej prostor proto, aby mohl jakoby se otevřít*.“

Vivien jako nejvíce zatěžující uvádí neschopnost pracovat při atace deprese. Cítila se „*strašně ponížene*“, když musela odvolat nasmlouvané přednášky. K nepříjemným vztahům na posledním pracovišti se vždy stavěla čelem a okamžitě je řešila, takže je mezi zdroje zátěže neřadí.

Pro Václava bylo největší zátěží nemožnost realizovat se v práci, být autentický a rozhodovat o věcech, kdy jeho práce byla mnohdy zastavena z důvodu politických nebo diplomatických rozhodnutí. Různé zákulisní hry byly pro něj také významným zátěžovým faktorem „...*všechny ty pozlátka, takový to, co vlastně není reálný – kdo sedí kde u stolu. Porada vedení, někdo sedí u stolu, někdo sedí na židličkách u zdi. Kdo sedí blíž nejvyššímu šéfovi*.“. A diplomatické taktiky „*který věci se nesměj říct a přestože všichni věděj, jak to je, ale ta odpověď prostě musí znít takhle*“. Vždy, když „*křivý, nelidský*“ momenty upřednostnily mechanismus, nebo systém, nad lidským přístupem.

Tabulka 6: Zátěžové faktory

Zátěžové faktory	Počet kódů
Pracovní přetížení a stres	17
Nedostatečné kompetence	5
Vztahy s nadřízeným	5
Nehygienické pracoviště	4
Chybějící zpětná vazba	2

Šestým společným tématem je **pracovní výkonnost**. Dva respondenti zaznamenali pokles pracovní výkonnosti, dva si myslí, že pracovní výkonnost nebyla ovlivněna jejich onemocněním a jeden respondent neví. Dvě respondentky nebyly schopné při atace nemoci pracovat vůbec.

Sofie svou pracovní výkonnost v době, kdy měla nejvýraznější úzkosti, hodnotí jako výrazně nižší „já jsem vždycky říkala, že koukám na práci jako husa do flašky. Že věc, která by mi běžně trvala dvacet minut mi najednou trvá dvě hodiny, velký zpomalení...ten výkon klesal obrovským způsobem“.

Aneta uvádí, že poklesu její pracovní výkonnosti si všimly i kolegyně. Velmi zátěžové pro ni bylo to, že nemohla polevit a odpočinout si „...tam se fakt jelo na to tady máš práci, musíš támhle jet, je soud, tak tam jedeš ty... Jakože tam se nedalo říct ,ty jo, ale já se na to jako necejtím, já tam nedojedu, třeba‘. ...myslím, že mi i jako říkali ,to jako musíš‘.“

Petr si myslí, že jeho pracovní výkonnost je stejná, stojí ho to ale mnohem více sil, než když úzkosti nemá „vnímám to a registruji a vlastně když tam stojím před těmi jako klienty, tak se to objeví a já s tím jako musím ještě vedle toho, že musím vnímat klienty a látku, kterou jim předávám, a trénuju je, tak ještě vedle toho potlačuju tohleto“.

Tabulka 7: Pracovní výkonnost

Pracovní výkonnost	Počet kódů
Pokles pracovní výkonnosti	2
Žádná změna	2
Absolutní ztráta výkonnosti	2

Sedmým společným tématem je **vyhledání odborné pomoci** z oblasti psychologie nebo psychiatrie. Všichni respondenti vyhledali určitý stupeň odborné pomoci – od supervize po psychiatra. Jedna účastnice výzkumu byla hospitalizována v psychiatrické léčebně. Šest respondentů vyhledalo psychiatra, čtyři psychoterapeuta, jeden psychologa a dvě respondentky chodí na supervize.

Vivien navštěvovala psychiatra už před nástupem do nemocnice. *„Už tehdy jsem měla depresivní ladění, chodila jsem částečně k psychiatrovi, kterej mi dal Amitriptylin, abych to trošku zvládala s téma dětma doma sama, víš?“* Po traumatickém zážitku při úmrtí pacienta byla hospitalizována na psychiatrickém oddělení nemocnice, kde pracovala *„a on na základě této věty mě umístil na hospitalizaci, na uzavřený oddělení“*. Další akutní návštěva psychiatra přišla po traumatických událostech úmrtí matky a manžela. Tehdy jí byla změněna diagnóza *„oni mi potom stanovili, že nemám depresi, ale bipolární poruchu“*.

Václav vyhledal odbornou pomoc psychiatra a začal docházet na psychoterapii. Díky psychoterapii a nástupu účinku antidepresiv se *„zdravě nasral na všechny a prožil jsem takový naštvání na ty rodiče, naštvání na tu práci a vím, že v ty první dny ta úleva přišla v tom, že jsem si jako prostě dovolil bejt prostě naštvanej“*.

Aneta chodila na psychoterapii už před propuknutím deprese a myslela si, že se vždy vše dá zvládnout pomocí psychoterapie. Teď už ale po své zkušenosti ví, že *„někdy je jako dobrý prostě nějakej jako lék mít“*. V době, kdy vyhledala psychiatricku, už nemohla mluvit a jen brečela.

Tereza se setkala s překážkami při hledání odborné pomoci psychologa *„samozřejmě jako všude čekací lhůta milion roků“* a potom se její stav natolik zhoršil, že ji manžel transportoval zpět do ČR, kde navštívila psychiatricku a dostala medikaci.

Tabulka 8: Vyhledání odborné pomoci

Vyhledání odborné pomoci	Počet kódů
Psychiatr	6
Psychoterapeut	4
Supervizor	2
Hospitalizace	2
Psycholog	1

Osmým společným tématem je **reakce osob informovaných o duševním onemocnění** v práci. Čtyři respondenti o svém duševním onemocnění informovali alespoň jednoho zaměstnance ze stejné organizace, kde pracovali. Tři respondenti o svých potížích nikomu v práci neřekli.

Vivien o své nemoci informovala pouze nadřízené a setkala se s jejich podporou. Dokonce ji na psychiatrickém oddělení navštěvovaly „*na té geriatrii jsem byla hospitalizovaná ve stejné nemocnici, takže tam to věděla vrchní. Věděla to i paní profesorka a vlastně mě tam vzali zpátky a tu pozici jsem dál zastávala.*“. Po své hospitalizaci také dostala nabídku od bývalého primáře chirurgie, pod kterým dříve pracovala, aby k němu šla pracovat do soukromé ambulance „*nikdo mi nedal najevo, že bych byla psychiatrická*“.

Sofie o svých potížích řekla nejbližším kolegyním a setkala se velkou podporou, zájmem a přijetím. Nadřízeným oznámila důvody odchodu ze zaměstnání až při podání výpovědi a vyslechla si „*spoustu jako nehezkejch věcí o zradách a tak*“. Podřízené neinformovala „*dolů jsem to neříkala, to si myslím, že tam nepatřilo*“.

Václav v práci o svých potížích nikomu neřekl. Svým potížím nerozuměl a zprvu je považoval pouze za tělesné, ale i kdyby si byl vědom psychického původu onemocnění, svým kolegům nebo nadřízeným by se nesvěřil „*jako myslím si, že ti lidi mi ani nemají jak pomoci*“. I Marek jako důvod nesdělení informace o svém zdravotním stavu uvedl, že nepotřeboval, aby ostatní zaměstnanci o jeho problému něco věděli, nepotřeboval, aby něco udělali a neví, s čím by mu mohli pomoci.

Tabulka 9: Reakce osob informovaných o duševním onemocnění

Reakce osob informovaných o duševním onemocnění	Počet kódů
Podpůrné chování	7
Negativní reakce	2
Žádná reakce	1

Devátým společným tématem je **změna v postupech zaměstnavatele**. Pět zaměstnavatelů zareagovalo ať už na samotné duševní onemocnění zaměstnance, nebo na odchod pracovníka z pracovní pozice úpravou pracovních podmínek, navýšením personálu, zavedením programů duševního zdraví, vylepšením pracovního prostředí nebo omezením aktivit. Dva zaměstnavatelé nezareagovali nijak.

Václavův zaměstnavatel po jeho odchodu z práce na jeho místo přijal asistenta a činnost oddělení „zeslábla na takový minimum“. Krizové projekty i služební cesty byly zrušeny.

Změna v postupech organizace Sofiina zaměstnavatele po jejím odchodu žádná nenastala. „Myslím, že to je organizace, která úplně ne vždycky bere v potaz danou odbornost člověka, a myslím si, že se tam ne úplně dobře zachází právě s odpovědností, s kompetencemi, odpovědnostma a delegováním. Myslím, že se v organizaci nic nezměnilo...“.

Změna v postupech organizace po odchodu Anety byla výrazná. Na její místo přijali tři lidi a zrušili aktivity, které se přímo netýkaly sociálně-právní ochrany dětí. „A teď, co jsem se po těch osmi letech dozvěděla, že oni takový ty věci, který my jsme tam vybudovali a byly prostě hezký, byly prostě jiný, než ta sociálně právní ochrana dětí – že jsme měli nějaký den prevence kriminality a měli jsme na sebe navázaný, já nevím, hasiče a takový... tak oni to už nedělají.“

Tabulka 10: Změna v postupech zaměstnavatele

Změna v postupech zaměstnavatele	Počet kódů
Navýšení personálu	2
Zrušení aktivit	2
Zlepšení pracovních podmínek	2
Zavedení programů duševního zdraví	1
Žádná reakce	1

Desátým společným tématem je **změna pracovní dráhy**. Šest ze sedmi respondentů po setkání s duševním onemocněním změnilo svou pracovní pozici. Sedmá respondentka, která se vrátila na stejnou pozici, z ní nakonec po kratší době také odešla. Čtyři účastníci výzkumu se po atace nemoci vrátili ke stejnému zaměstnavateli, ale za jiných pracovních podmínek, na jinou pozici nebo jiné pracoviště. Tři respondenti od zaměstnavatele odešli do jiného zaměstnání, nebo začali podnikat.

Vivien přešla ze stresového prostředí JIP do ambulance. Pro změnu pracovního zařazení se rozhodla sama. *„že jsem si vlastně uvědomila, že bych jim ublížila, těm pacientům, tak jsem si ubrala tu práci“*. Profesionální dráha Vivien se tedy po celý její život odehrávala ve zdravotnictví. Po poslední atace deprese odešla Vivien do důchodu, má praxi v provázení umírajících a pomoci pozůstalým a nadále se věnuje přednáškové a publikační činnosti.

Aneta po odchodu z OSPODu pracovala jako finanční poradce *„jako že jsem se nějak musela uživit“* a pak krátce nastoupila i do státní správy. Pak se vrátila na OSPOD, ale na jiné pracoviště a odtamtud odešla k současnému zaměstnavateli, kamarádce z vysoké školy, která založila doprovodnou organizaci pro pěstounské rodiny *„pracujeme s pěstounskými rodinami a děláme pro ně vzdělávací pobyty, takový to doprovázení, že je občas navštívíte doma“*. V této práci má volnost, pracuje hodně z domu a návštěvy u klientů si domlouvá sama. *„A jednou v tejdnu se scházíme s holkama v kanceláři.“*

Tabulka 11: Změna pracovní dráhy

Změna pracovní dráhy	Počet kódů
Odchod z pracovní pozice	9
Změna pracovní pozice	2
Podnikání	2
Důchod (invalidní i starobní)	1
Změna pracoviště	1
Setrvání na stejné pozici	1

10.3 Hlavní výzkumné otázky – reflexe

Předchozí kapitola byla věnována vynořujícím se tématům a přinesla odpovědi na dílčí výzkumné otázky. V této kapitole přináším shrnutí poznatků k zodpovězení hlavních výzkumných otázek. Ze sedmi respondentů tři onemocněli před nástupem do zaměstnání a čtyři uvádějí začátek duševního onemocnění až po nástupu do práce.

Jakou zkušenost mají lidé s duševním onemocněním, kteří onemocněli před nástupem do zaměstnání?

Celkem tři účastníci výzkumu onemocněli už před nástupem do zaměstnání. Vivien se léčila s depresemi, Sofie s úzkostmi a Marek nediferencovanou somatoformní poruchou. Obě ženy hodnotí vztahy s kolegy i nadřízenými velmi pozitivně, Vivien říká „*to první zaměstnání jsme byli úžasná parta*“ a Sofie je hodnotí dokonce jako nadstandardní. Vivien o své nemoci řekla nadřízeným, Sofie svým kolegům. S jejich zkušenostmi kontrastuje příběh Marka, který hodnotí vztahy s kolegy a podřízenými pozitivně, ale vztah s nadřízeným uvedl jako hlavní zátěžový faktor „*člověk, který se ke mně nechová dobře a já vlastně potlačuju svůj hněv*“.

Marek také z práce odešel, kdežto Vivien i Sofie v práci zůstaly, i když na jiné pozici. Vivien po návratu do práce prováděla už jen vyšetření pacientů s demencí a docházela do soukromé chirurgické ambulance bývalého primáře chirurgie. Pro změnu pracovního zařazení se rozhodla sama. „*Že jsem si vlastně uvědomila, že bych jim ublížila, těm pacientům, tak jsem si ubrala tu práci.*“ Sofie po návratu z dlouhodobé pracovní neschopnosti pracovala ve stejné organizaci na oddělení lidských zdrojů a zároveň

zpracovávala metodiky kvality sociálních služeb organizace. Poté byla pověřena vedením nově vzniklého centra, které „bylo v polorozpadu“, a to ji hodně vyčerpalo, protože jí nebyla žádná z předchozích agend „takže jsem se dostávala do velkého tlaku jako že nemám hotovo, že nestíhám.“ Zažádala o zkrácení pracovního úvazku, ale z agendy jí ubylo pouze vedení centra. Nakonec v práci – stejně jako Marek – skončila.

Co se týká náplně práce, Vivien i Sofie jejich práce naplňovala a bavila. Péče o pacienty byla pro Vivien posláním „pomáhalo mi to, že jsem zachraňovala lidský životy“. Marek byl pověřen činností, kterou neznal a měl vést lidi, kteří byli odborníky na danou oblast. Výkon práce hodnotí jako obtížný, protože neměl potřebné znalosti, ale „jako šéfoval jsem a bylo to fajn“.

Pracovní podmínky hodnotí všichni tři negativně. Vivien po traumatické události, kdy v důsledku nedostatečného personálního obsazení pracoviště zemřel pacient, měla první silnou ataku deprese a byla dokonce hospitalizována na psychiatrii. Sofie uvádí silné pracovní přetížení v důsledku kumulace několika funkcí a špatné organizace práce. „To znamená, že člověk někdy tahal ne za dva konce provazu, ale za tři. Na jedné straně byl pan ředitel, na druhé straně my a na třetí straně nějaký jako cíl, kterého chceme dosáhnout.“ I Marek si stěžuje na pracovní přetížení a nemožnost organizování vlastních pracovních aktivit. „Prostě hasím požáry každý den... vždycky pak byl nějaký nový požár, kterému jsem se musel věnovat, takže jsem byl permanentně v situaci, kdy jsem pak to nestíhal.“

Jako pomocné a podpůrné aktivity zařazují všichni tři respondenti vztahy s kolegy. Vivien jako nejvýznamnější podpůrný faktor definuje pacienty, Sofie tím lidí, který táhne za jeden provaz a Marek pomoc kolegů.

Nikdo z nich se nesetkal s negativním nebo odsuzujícím chováním. Marek o svých potížích nikomu neřekl a Vivien se Sofií byly ze strany lidí, kteří o jejich nemoci věděli, výrazně podporovány.

Jakou zkušenost mají lidé s duševním onemocněním, kteří onemocněli po nástupu do zaměstnání?

Všichni čtyři respondenti, kteří onemocněli až po nástupu do zaměstnání, uvádějí mezi spouštěči jejich duševního onemocnění souvislosti s jejich zaměstnáním. Václav zažil první úzkosti po řešení krizové situace, při které zemřel jeden ze spolupracovníků kvůli průtahům ve vyjednávání. „A to mě vzalo asi samotný jako, ale i to, že já jsem byl zticha,

jo. *Že já jsem prostě byl příliš upozaděnej, nějak jsem se tam prostě neprosadil*“. Aneta v důsledku kumulace funkcí byla velmi přetížena „*protože jsem prostě pracovala třeba 14-15 hodin třeba*“. Přetíženost jako jeden z hlavních spouštěčů nemoci uvádí i Tereza „*moje pozice obnášela práci možná čtyř lidí*“ a nutnost být v dosahu 24 hodin denně 7 dní v týdnu způsobily, že přestala vnímat nějaké hranice svých osobních a profesních rolí. A třetím respondentem, který definuje přetíženost jako jeden ze spouštěčů potíží, je Petr „*si toho na sebe naberu tolik, že to všechno sice utáhnu, ale pak, když to odezní, tak přijde tohle*“.

Petr a Václav hodnotí vztahy na pracovišti jako formální nebo neutrální a o svých potížích v práci nikomu neřekli. Oba hodnotí, že si jejich potíží kolegové všimnout nemohli. Petr nevěděl, že jsou jeho potíže psychického původu a své kolegy informoval pouze o své nepřítomnosti v práci kvůli vyšetření u praktického lékaře nebo na kardiologii. Václav se nikomu ze svých kolegů nesvěřil „*jako myslím si, že ti lidi mi ani nemají jak pomoci*“. Aneta hodnotí vztahy s kolegy jako hezké, ale vztah s nadřízenou je jedním ze zátěžových faktorů a označuje ji za „*studenej čumák*“. Tereza o vztazích s kolegy i nadřízenými mluví v superlativech a jsou jedním z důvodů, proč v práci mohla zůstat i po svém onemocnění.

Náplň práce a svou pozici vnímal Václav jako velmi prestižní – takový vrchol, kterého ve svém oboru mohl dosáhnout. Do práce se uchyloval i v době ataky nemoci, protože mu přinášela úlevu a viděl v ní smysl. Petr zmiňuje náplň práce pouze v aktuální profesi kouče, pro kterou se sám rozhodl a která ho baví. Aneta říká, že práce na OSPODu byla její vysněná „*a hrozně jsem to žrala. Teda, měla jsem to jako hrozně ráda...*“. Díky kumulaci funkcí ale objem práce narostl natolik, že pracovala výrazně přesčas nad rámec zákonem povolené doby a „*bylo toho moc a nemohla jsem spát*“. Terezu náplň práce postupně zatěžovala natolik, že zkolabovala „*v letadle jsem dostala úplný break-down a oživovali mě*“.

Dva respondenti zůstali, Petr ještě později povýšil z obchodního ředitele na ředitele firmy, ale nakonec po několika letech odešel a nyní se žije jako kouč a lektor na volné noze. Tereza se po atace nemoci vrátila na jinou pozici se zkráceným úvazkem, ale po pár měsících zjistila, že tato pozice neodpovídá jejím představám a odešla na volnou nohu a pracuje jako firemní psycholog, psychoterapeut a poradce pro duševní zdraví. Ke svému původnímu zaměstnavateli stále jezdí a externě pro něj zpracovává programy pro duševní zdraví. Václav ze své pozice odešel na rodičovskou dovolenou a pracuje jako živnostník

v oblasti bezpečnosti. Jedinou respondentkou, která aktuálně není OSVČ, je Aneta, která také od zaměstnavatele odešla a pracuje v doprovodné organizaci pěstounů.

11 DISKUZE

Cílem této práce bylo popsat souvislosti psychického onemocnění v pracovním procesu – prožívání, postoje a zkušenosti nemocného člověka, jeho interpretaci chování nadřízených, kolegů, podřízených, chování zaměstnavatele a dalších faktorů souvisejících s daným tématem. Hlavní výsledky výzkumu byly prezentovány v předchozí kapitole a v kapitole diskuze se otevírá prostor pro jejich širší interpretaci. Pozornost bude věnována i limitům výzkumu a možnostem jeho rozšíření.

11.1 Zjištěné výsledky

V souladu se stanoveným cílem práce a ve vztahu k hlavním výzkumným otázkám bylo nalezeno deset vynořujících se témat, které přinášejí společné aspekty zkušenosti účastníků výzkumu. Významným společným tématem je **organizace práce**. Téměř všichni respondenti se setkali s přetížením a stres v důsledku špatné organizace práce byl uváděn jako nejčastější spouštěč psychických obtíží. Všichni respondenti, kteří uváděli souvislost svého onemocnění se stresem v zaměstnání, dříve či později svá pracovní místa opustili. Možnost přizpůsobení pracovního času a místa výkonu práce potřebám zaměstnance byl uváděn jako výrazný podpůrný prvek. Hezjlar (2010) říká, že mezi hlavní zdroje stresorů patří tzv. zhušťování práce, kdy firmy chtějí udržet svou produkci na stabilní úrovni (nebo ji i zvyšovat) v době propouštění nebo zkracování pracovní doby zaměstnanců. Tento trend vede k tomu, že stále méně lidí musí vykonávat stejné množství práce, aniž by se jim prodlužovala pracovní doba a zvyšovala mzda.

Dalším významným společným tématem jsou **vztahy na pracovišti**. Pozitivní pracovní vztahy jsou podpůrným faktorem ve zvládnutí onemocnění a rozhodujícím prvkem při sdělování informací o duševním onemocnění. Respondenti s dobrými vztahy na pracovišti neměli potíže se svěřit svým kolegům se svým duševním onemocněním. Respondenti, kteří hodnotili vztahy jako formální nebo negativní, o svých potížích nikomu v práci neřekli. Podle Šnýdrové et al. (2021) správně nastavené pracovní vztahy jsou pozitivní, umožňují integraci jedince v rámci dané pracovní skupiny, uspokojují jeho

potřebu sociální interakce, umožňují otevřenou komunikaci a plynulý tok informací relevantních pro kvalitní výkon práce, vzbuzují atmosféru důvěry, motivují zaměstnance k rozvoji a pracovnímu výkonu a umožňují jim jejich rozvoj, vytvářejí pocit sounáležitosti jak s pracovní skupinou, tak i s organizací a jejími cíli, podporují spokojenost zaměstnance v organizaci, jeho loajalitu a angažovanost a měly by umožňovat získání a dávání zpětné vazby.

I **pracovní prostředí** je důležitým ukazatelem prožívání jedince s duševními obtížemi. Nevhodné pracovní prostředí prožívání nemoci zhoršuje, anebo se dokonce stává i jedním ze spouštěčů duševního onemocnění. Nepříznivé pracovní prostředí je spojeno s vyšším rizikem vzniku deprese, úzkosti a stresu souvisejícího s prací (Harvey et al., 2017). V případě, že pracovní prostředí umožňovalo uspokojit potřeby respondentů, hodnotili ho jako podpůrné. Většina pozitivních faktorů byla spojená s možností pracovat z domu, anebo mít vlastní uzavíratelnou kancelář.

Zajímavým společným tématem byla **pracovní výkonnost**. Oproti literatuře, kde se uvádí, že výkonnost zaměstnanců s duševním onemocněním, bývá oproti zdravé populaci až o 20,9 % nižší (Hilton et al., 2010), dva respondenti si myslí, že jejich výkonnost nebyla duševní nemocí ovlivněna. Jeden z respondentů dokonce uvedl, že jeho pracovní výkonnost byla v atace nemoci vyšší, protože ve své práci viděl smysl a přinášela mu úlevu. Dva respondenti pokles výkonnosti zaznamenali výrazný a dvě respondentky při atace nemoci nemohly pracovat vůbec.

Reakce osob informovaných o duševním onemocnění: v rámci tohoto společného tématu se naprostá většina účastníků výzkumu, která o svých duševních potížích někoho v organizaci informovala, setkala s podpůrným a pomáhajícím chováním. Všichni také hodnotí vztahy s danou skupinou spolupracovníků jako pozitivní. Nikdo se neseťkal s nepřijímajícím chováním nebo se stigmatizací v důsledku duševního onemocnění. Kolegové většinou pomáhali s převzetím části činností, aby se respondentům ulevilo, nadřízení většinou podporovali respondenty v jejich léčbě a umožnili jim návrat do zaměstnání tak, že jim umožnili přestup na jinou pracovní pozici, nebo upravili pracovní podmínky tak, aby mohli respondenti svou práci zvládnout. Toto téma přineslo jednoznačnou diferenciaci účastníků výzkumu do dvou skupin, a to podle pohlaví – všechny ženy uvedly, že o svém duševním onemocnění alespoň jednomu pracovníkovi z organizace řekly a všichni muži si informace o svých duševních potížích nechali pro sebe.

Důležitou součástí léčby duševního onemocnění je **vyhledání odborné pomoci**. Nirmala et al. (2020) ve svém výzkumu zjistili, že ve zlepšení zaměstnanosti psychicky nemocných lidí jsou mezi nejvýznamnějšími faktory mimo jiné i správná léčba a trvalé dodržování medikace. Všichni respondenti vyhledali určitý stupeň odborné pomoci – od supervize po psychiatra. Jedna účastnice výzkumu byla hospitalizována v psychiatrické léčebně. Šest respondentů vyhledalo psychiatra, čtyři psychoterapeuta, jeden psychologa a dvě respondentky chodí na supervize. Většina respondentů má s odborníky z oblasti duševního zdraví pozitivní zkušenost a hodnotí jejich péči jako podpůrnou a nápomocnou ve zvládnání nemoci. Jedna respondentka uvádí, že její negativní zkušeností bylo zrušení dlouho plánovaného termínu sezení u psychologa pouze 24 hodin předem, což jí v jejím stavu výrazně přitížilo. Jeden respondent si myslí, že mu návštěva psychoterapeuta nepomohla a dalšího odborníka už nevyhledal. Tři respondentky uvádějí, že bez medikace by vůbec nebylo možné jejich stav zvládnout.

Oblastí, která mě jakožto HR managera velmi zajímala, bylo téma **změn v postupech zaměstnavatele** po zkušenosti se zaměstnáváním osoby s duševním onemocněním. Jen jeden zaměstnavatel reagoval přímo na tuto zkušenost, a kromě úpravy pracovního prostředí a organizace práce zavedl programy pro duševní zdraví a téma psychohygieny se stalo běžnou součástí firemní kultury. Ostatní zaměstnavatelé reagovali pouze na odchod pracovníka z daného pracovního místa, kdy dva z nich přijali na původně jedno pracovní místo tři nové zaměstnance. Náplň práce se tak rozmělnila mezi adekvátní počet osob, které nyní nejsou přetížené, ale svou práci ve stanovené pracovní době stíhají. Dva zaměstnavatelé reagovali zrušením aktivit, které byly z pohledu cílů organizace nadbytečné, čímž se snížilo množství práce nového pracovníka na dané pozici. Dva zaměstnavatelé nečinili žádnou změnu.

Společným tématem všech respondentů byla **změna pracovní dráhy** po výskytu duševního onemocnění. U lidí, kteří trpí závažnými duševními poruchami, je větší pravděpodobnost, že se z důvodu ztráty zaměstnání a zvýšení výdajů na zdravotní péči dostanou do chudoby (WHO, 2022). Ať už se respondenti vrátili na své původní pracovní místo, nebo ne, všichni dříve či později ze svého pracovního místa odešli. Čtyři respondenti se po stabilizaci svého stavu vrátili ke stejnému zaměstnavateli, ale za jiných pracovních podmínek, na jiná pracovní místa nebo jiné pracoviště. Tři respondenti odešli od zaměstnavatele úplně a začali podnikat, nebo odešli do jiného zaměstnání. Všichni

respondenti zůstali v pracovním procesu aktivní, dokonce i dvě respondentky v důchodu, což svědčí o jejich vysoké motivaci k práci.

Velkou a nejobsáhlejší kapitolou bylo společné téma **zátěžových faktorů**. V průběhu dospělosti může být významným stresorem také pracovní život (Borges et al., 2010). Pracovní přetížení a stres respondenti uváděli jako nejčastější zdroj zátěže. Dokonce šest ze sedmi. Dále pak se opakovalo téma nedostatečných kompetencí – u pěti respondentů a tři účastníci pak uvedli jako zátěžový faktor vztahy s nadřízeným. Dvě respondentky popisovaly nehygienické pracovní prostředí a výčet zátěžových faktorů doplnila chybějící zpětná vazby, nemožnost pracovat v atace nemoci, zastavování práce, zbytečně odváděná práce, politické a diplomatické zákulisní hry, nulová tolerance chyb, neschopnost ovládnutí symptomů úzkosti, špatné pracovní vybavení, traumatickou zkušenost, upřednostňování zájmů organizace nad zájmy lidí, práci na dálku, porady, které nic nepřinášely, polymorbidita, nejednoznačná vazba od nadřízeného, chybějící supervize, nesladění cílů organizace s cíli pracovního týmu a potřebami klientů, neinformovanost o symptomech onemocnění, nemožnost projevit emoce a stesk po domově. Tento výčet je opravdu dlouhý a ukazuje na jedinečnost v prožívání každého jedince.

Na závěr této kapitoly jsem nechala společné téma pomáhající faktory. Ty mohou být vodítkem i pro další část práce, a protože mám ráda šťastné konce, chtěla ji uzavřít něčím pozitivním. Obsahem tohoto tématu jsou věci, činnosti, oblasti a aktivity, které respondentům pomáhaly ve zvládnutí jejich duševních potíží. Nejčastěji byly zmiňovány vztahy a podpora a pomoc lidí z okolí. Významná byla podpora kolegů, nadřízených, rodiny, kamarádů, ale i odborníků – psychiatrů, psychoterapeutů a supervizorů. Respondentům také pomáhala úprava pracovní doby podle jejich možností, nebo možnost změnit místo výkonu práce na prostor, kde se cítili lépe. Tři respondenti chválili pracovní prostředí, které jim umožnilo splnit své aktuální potřeby. Dva respondenti uvedli, že jim pomohla změna pracovního místa a dva uvedli jako nezbytný faktor zlepšení jejich stavu medikací psychofarmaky. Dva účastníci výzkumu zmiňují jako pomocnou aktivitu práci na svém vlastním seberozvoji. Další výčet podpůrných faktorů je stejně individuální jako u faktorů zátěžových v předchozím společném tématu: obdiv a uznání schopností, dobrá zpětná vazba od klientů, smysl práce, kouření, vlastní revolta, lidskost, sport, pravidelná zpětná vazba, porady, volnost, cesta konkrétního řešení situace, respekt, sledování filmů a seriálů v rodném jazyce a nastavení hranic.

V souladu s hlavními výzkumnými cíli musím konstatovat, že se neprokázalo mé očekávání, že prožívání respondentů, kteří onemocněli před nástupem do zaměstnání, a těch, kteří onemocněli až po nástupu do zaměstnání, bude odlišné. Doba vzniku duševního onemocnění neměla vliv na prožívání vztahů na pracovišti, ani na fakt, zda o svých potížích v práci někoho informovali, nebo ne, ani na to, zda po atace nemoci z práce odešli, nebo zůstali a ani vyjmenované zátěžové a podpůrné faktory ve zvládnutí onemocnění. Jediným výrazným rozdílem v chování duševně nemocných respondentů byla skutečnost, zda o své nemoci někoho v práci informovali, nebo ne. Všechny ženy o svém stavu někomu v práci řekly a všichni muži si nechali informace o svých potížích pro sebe.

11.2 Limitace výzkumu

Limitací výzkumu je samotný výzkumný soubor. Protože výzkumný soubor byl získán metodou samovýběru, lze očekávat, že se o svou zkušenost budou chtít podělit pouze respondenti, kteří jsou se svým onemocněním vyrovnáni a kteří chtějí předat svou zkušenost ostatním lidem s duševním onemocněním. Až na dvě respondentky, z nichž jedna byla hospitalizována na psychiatrii a druhá byla v důsledku svého onemocnění v roční pracovní neschopnosti, jsou ostatní diagnózy považovány za méně závažné a společností nejsou tolik stigmatizované. Zejména úzkostné poruchy jsou vnímány ve společnosti jako běžné.

Výsledky výzkumů, jejichž výzkumný soubor byl založen na samovýběru, nejsou zobecnitelné, resp. jsou zobecnitelné pouze na populaci těch, kteří odpověděli a nelze je jakkoli vztahovat na ostatní populaci (Reichel, 2009).

Výsledky jsou ovlivněny individuálním kontextem každého respondenta, délkou pracovního života, náročností pracovního místa, typem zaměstnavatele, jejich rodinným zázemím i osobnostními charakteristikami. Je také nutné počítat se subjektivitou jednotlivých výpovědí. Odpovědi mohou být zkreslené subjektivním pohledem a zkreslenou paměťovou stopou. Výsledky výzkumu tedy mohou sloužit jako podklad pro další kvantitativní výzkumy na dané téma, které by pomohly aplikovat poznatky na širší populaci.

11.3 Aplikace výsledků do praxe a možnost dalších výzkumů

Z hlediska své profese předpokládám, že by bylo vhodné provést kvantitativní výzkum, který by zmapoval podpůrné a zátěžové faktory ve zvládnání duševního onemocnění. Na základě nich by se po dalších nezbytných kvalitativních výzkumech mohla stanovit jednoznačná doporučení pro zaměstnavatele, kteří řeší inkluzi osob s duševním onemocněním a tvoří programy zaměstnávání psychicky nemocných lidí.

V této bakalářské diplomové práci byla věnována značná pozornost tématům souvisejícím se zaměstnáváním. Pro další výzkumy by jako vhodná oblast zkoumání mohl být pohled zaměstnavatelů na zaměstnávání osob s duševními potížemi. Takový výzkum by mohl rozšířit kontext zaměstnanosti psychicky nemocných lidí a mohl by přinést nová témata využitelná pro pracovníky v centrech duševního zdraví a dalších organizací věnujících se vzdělávání a přípravě duševně nemocných lidí na návrat na pracovní trh.

12 ZÁVĚR

Cílem práce bylo **prozkoumat zkušenosti lidí s psychickým onemocněním a popsat souvislosti psychického onemocnění v pracovním procesu**: prožívání, postoje a zkušenosti nemocného člověka, jeho interpretaci chování nadřízených, kolegů, podřízených, chování zaměstnavatele a dalších faktorů souvisejících s tématem. V souladu s tímto cílem a hlavními výzkumnými otázkami byla nalezena tato vynořující se témata:

- **Pracovní prostředí.** Tři respondenti jmenují pracovní prostředí mezi zátěžovými faktory a dva mezi těmi pomáhajícími. Nejčastěji opakovaným podpurným faktorem ve zvládnání onemocnění je uzavíratelná kancelář. Pracovní prostředí jako zdroj zátěže je uváděno z důvodu hlučnosti, neestetiky, nebo negativní atmosféře.
- **Organizace práce.** S pracovním přetížením má zkušenost šest respondentů ze sedmi. Stres v důsledku špatné organizace práce byl uváděn jako nejčastější spouštěč psychických obtíží. Častým důvodem bylo neúměrné množství pracovních povinností, kumulace pracovních funkcí a práce přesčas. Všichni respondenti, kteří uváděli souvislost svých duševních potíží se stresem v zaměstnání, svá místa opustili.
- **Vztahy na pracovišti.** Pokud respondenti hodnotili vztahy na pracovišti jako pozitivní, uváděli pracovní vztahy jako jeden z podpurných faktorů ve zvládnání své nemoci a neměli potíže svěřit se svým kolegům se svými duševními potížemi. Čtyři respondenti hodnotí vztahy s kolegy pozitivně, dva respondenti hodnotí vztahy jako neutrální nebo formální a tři respondenti měli zkušenost se špatnými vztahy s nadřízenými. Jeden z nich uvedl špatný vztah s vedoucím jako hlavní zátěžový faktor.
- **Pomáhající faktory.** Nejdůležitějším podpurným faktorem byla podpora lidí – kolegů, nadřízených, rodiny, kamarádů, ale i odborníků – psychiatrů, psychoterapeutů, supervizorů. Dalšími pomáhajícími faktory byla možnost přizpůsobení si pracovní doby, místa výkonu práce a náplň práce jako taková.

Dvěma respondentům pomohla medikace a dalším dvěma práce na svém sebezvoji. Další výčet podpůrných faktorů je individuální: obdiv a uznání schopností, dobrá zpětná vazba od klientů, smysl práce, kouření, vlastní revolta, lidskost, sport, pravidelná zpětná vazba, porady, volnost, cesta konkrétního řešení situace, respekt, sledování filmů a seriálů v rodném jazyce a nastavení hranic.

- **Zátěžové faktory.** Nejčastějším zdrojem zátěže bylo pracovní přetížení a stres, které zaznamenalo šest respondentů ze sedmi, nedostatečné kompetence se vynořily u pěti respondentů a tři účastníci definovali jako zátěžový faktor vztahy s nadřízeným. Dvě respondentky popisovaly nehygienické pracovní prostředí a výčet zátěžových faktorů doplnila chybějící zpětná vazba, nemožnost pracovat v atace nemoci, zastavování práce, zbytečně odváděná práce, politické a diplomatické zákulisní hry, nulová tolerance chyb, neschopnost ovládnutí symptomů úzkosti, špatné pracovní vybavení, traumatickou zkušenost, upřednostňování zájmů organizace nad zájmy lidí, práci na dálku, porady, které nic nepřinášely, polymorbidita, nejednoznačná vazba od nadřízeného, chybějící supervize, nesladění cílů organizace s cíli pracovního týmu a potřebami klientů, neinformovanost o symptomech onemocnění, nemožnost projevit emoce a stesk po domově.
- **Pracovní výkonnost.** Dva respondenti zaznamenali pokles pracovní výkonnosti, dva si myslí, že pracovní výkonnost nebyla ovlivněna jejich onemocněním a jeden respondent neví. Dvě respondentky nebyly schopné při atace nemoci pracovat vůbec.
- **Reakce osob informovaných o duševním onemocnění v práci.** Čtyři respondentky – ženy o svém duševním onemocnění informovali alespoň jednoho zaměstnance ze stejné organizace, kde pracovaly. Tři respondenti – muži o svých potížích nikomu v práci neřekli. Všichni respondenti se setkali s podpůrným chováním osob, se kterými měli dobrý vztah. Od osob, se kterými měli vztah negativní, se ve dvou případech dočkali nepřijímající reakce a v jednom případě reakce nebyla reakce žádná.
- **Změna v postupech zaměstnavatele.** Pět zaměstnavatelů zareagovalo ať už na samotné duševní onemocnění zaměstnance, nebo na odchod pracovníka z pracovní pozice úpravou pracovních podmínek, navýšením personálu,

zavedením programů duševního zdraví, vylepšením pracovního prostředí nebo omezením aktivit. Dva zaměstnavatelé nezareagovali nijak.

- **Změna pracovní dráhy.** Šest ze sedmi respondentů po setkání s duševním onemocněním změnilo svou pracovní pozici. Sedmá respondentka, která se vrátila na stejnou pozici, z ní nakonec po kratší době také odešla. Čtyři účastníci výzkumu se po atace nemoci vrátili ke stejnému zaměstnavateli, ale za jiných pracovních podmínek, na jinou pozici nebo jiné pracoviště. Tři respondenti od zaměstnavatele odešli do jiného zaměstnání, nebo začali podnikat. Všichni zůstali aktivní na trhu práce.

13 SOUHRN

Cílem této bakalářské diplomové práce bylo **prozkoumat zkušenosti lidí s psychickým onemocněním a popsat souvislosti psychického onemocnění v pracovním procesu**: prožívání, postoje a zkušenosti nemocného člověka, jeho interpretaci chování nadřízených, kolegů, podřízených, chování zaměstnavatele a dalších faktorů souvisejících s tématem.

První kapitola je věnována postavení osob s duševním onemocněním ve společnosti. Dopad duševního onemocnění na život lidí, kteří jím trpí, je komplexní. Osoby s duševními problémy jsou na pracovištích stále nedostatečně zastoupeny, přestože zaměstnání může hrát důležitou roli při zotavování – nabízí smysluplnost, sociální začlenění a hodnotu (Walsh & Tickle, 2013). Existují však důkazy, že zaměstnavatelé se mohou zdráhat zaměstnávat osoby s duševními problémy v obavě, že nebudou schopni splnit očekávání dané pozice nebo že stresory na pracovišti mohou způsobit recidivu a zvýšenou pracovní zátěž pro ostatní (Goldberg et al., 2005).

U lidí, kteří trpí závažnými duševními poruchami, je větší pravděpodobnost, že se z důvodu ztráty zaměstnání a zvýšení výdajů na zdravotní péči dostanou do chudoby. Stigma a diskriminace mohou také narušit jejich struktury sociální podpory (World Health Organization, 2022).

Duševní poruchy patří mezi pět hlavních nepřenosných chorob (Patel et al., 2018). Úzkosti a deprese pak patří mezi nejvíce rozšířené duševní problémy – v roce 2017 trpělo 322 milionů lidí na světě depresí a nějakou formou úzkostných poruch zhruba 264 milionů osob (WHO, 2017, citováno v Duškov, 2019). Ve stejném roce byla publikována studie, podle které souhrnné náklady na depresi a úzkostné poruchy dosahují globálně za rok zhruba 1,15 bilionu amerických dolarů (Thornicroft et al., 2017, citováno v Duškov, 2019).

Ekonomické náklady související se špatným duševním zdravím jsou enormní. Dopadají jak na lidi s duševním onemocněním samotné (skrze vysokou míru nezaměstnanosti), tak na zaměstnavatele a stát. Zaměstnavatelé se potýkají se ztrátou produktivity zaměstnanců a vysokou mírou absencí a stát nese ekonomickou zátěž ve

formě vysokých sociálních a zdravotních nákladů. Za rok 2010 byly v ČR tyto náklady vyčísleny na 6,12 mld. eur a souvisely nejen s poskytovanou zdravotní a sociální péčí, ale také s úslou produktivitou, neformální péčí a dalšími náklady (Ehler et al., 2013, citováno v Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2020).

Ekonomické důsledky duševních poruch jsou celkově obrovské. Ztráty produktivity a další nepřímé náklady pro společnost často vysoce převyšují náklady na zdravotní péči. Z ekonomického hlediska je schizofrenie pro společnost nejnákladnější duševní poruchou na osobu. Depresivní a úzkostné poruchy jsou v přepočtu na osobu mnohem méně nákladné, jsou však častější, a tak se významně podílejí na celkových národních nákladech. Péče o duševní zdraví je investicí do lepšího života a pro všechny (World Health Organization, 2022).

Stigmatizace psychiatrického pacienta stále hraje velkou roli v možnosti získat zaměstnání a většina psychiatrických pacientů se o získání „normálního“ zaměstnání ani nepokusí, i když víme, že adekvátní pracovní zařazení při přizpůsobení pracovních podmínek vede ke zlepšení jejich klinického stavu (Faltus & Janečková, 2008). Rozsah pracovního zneschopnění nemá přímou souvislost se závažností a druhem onemocnění, je zde velká individuální variabilita. Lidé i se závažnou poruchou mohou dosáhnout dobré pracovní adaptace a naopak (Baštecká, 2009).

Národní akční plán pro duševní zdraví do roku 2030 klade důraz na komunitní péči, která je dosud nedostatečně rozvinutá a selhává zejména v oblasti prevence, rehabilitace a integrace lidí s duševním onemocněním do běžného života. Včetně bydlení a zaměstnání. Změnový proces národního akčního plánu pro duševní zdraví zahrnuje i služby v oblasti zaměstnávání uživatelů zdravotní péče ve všech jejích potřebných formách – co nejbližší otevřenému pracovnímu trhu. Jednou z částí plnění opatření je i komunikace se zaměstnavateli, vytipování pracovního místa, pracovní rehabilitace, zaškolování a zapracování u zaměstnavatele. Termínem splnění je leden 2024 (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020). V brzké době tedy bude úkolem zaměstnavatelů připravit podmínky pro integraci zaměstnanců s duševním onemocněním, a vyvstává tak pro zaměstnavatele nelehký úkol komunikovat ostatním zaměstnancům důvody jejich integrace a pracovat na destigmatizaci osob s duševním onemocněním.

Druhá kapitola je věnována etiologii duševního onemocnění a klinickým projevům vybraných duševních nemocí, se kterými se dále v práci čtenář setká. Důraz je kladen na

nezbytnost užití diagnóz jako pomocné kategorie pro komunikaci odborníků, nikoli jako nálepku označující osud pacienta (Orel, 2020).

Ocisková a Praško (2015) uvádějí, že etiologie poruch osobnosti představuje komplexní kombinaci mezi temperamentem (tj. genetickými a dalšími biologickými faktory) a charakterem (tj. vývojovými a environmentálními faktory). I když stupeň toho, jak se které faktory uplatňují v etiologii, se bude u různých poruch osobností lišit, všechny tyto faktory jsou důležité. Jde tedy o multifaktoriální biologické determinanty (genetické vlivy, perinatální poškození, záněty mozku apod.) a vlivy z okolního prostředí (rodinné, sociální a kulturní vlivy nebo traumatické životní události). Orel (2020) rozděluje původ duševních chorob na faktory vrozené, geneticky dané i vznikající v průběhu nitroděložního života či porodu, a faktory působící po narození – vliv prostředí, lidí, okolností a událostí, vlastních postojů a zkušeností a aktivit. Jednotlivé faktory se mohou mezi sebou kombinovat a mohou interagovat mezi sebou navzájem.

V průběhu dospělosti může být významným stresorem také pracovní život. Nezaměstnanost a zejména ztráta zaměstnání jsou známými rizikovými faktory pro pokusy o sebevraždu (Borges et al., 2010). A nepříznivé pracovní prostředí je spojeno s vyšším rizikem vzniku deprese, úzkosti a stresu souvisejícího s prací (Harvey et al., 2017).

Klinické projevy a diagnostika bipolární afektivní poruchy, anxiózně fobické poruchy nespecifikované, generalizované úzkostné poruchy, středně těžké depresivní fáze, úzkostné poruchy nespecifikované, nediferencované somatoformní poruchy a smíšené úzkostné a depresivní poruchy přináší pohled na potíže, se kterými se respondenti výzkumu ve svém životě potýkají. Popis vychází z mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10.

Třetí kapitola je věnována práci jako takové. Práce je účelná produkce předmětů a služeb, které mají hodnotu pro ostatní členy společnosti, jako pravidelné zajišťování statků a situací (Brugger, 1976 in Joyce, 1988), činnost sloužící uspokojování potřeb a obživě (F. Dorsch, 1987 in Joyce, 1988) a jako činnost, která je jedincem jako práce pojímána (R. E. Hall, 1986 in Joyce, 1988). Psychologie zdůrazňuje zejména plánovitost práce založenou na specifické lidské schopnosti oddálit uspokojení vlastních potřeb. I jako provádění pokynů či plnění úkolů je práce cílově zaměřenou činností (Joyce, 1988).

Práce je zkrátka důležitou součástí moderního života – natolik, že se přelévá do kvality a povahy našeho mimopracovního života (Allen, 2012). Práce může být důležitým zdrojem pohody – na druhou stranu ale může být práce zdrojem stresu, nehod a úrazů, které zdraví a pohodu poškozují (Tetrick & Peiró, 2012).

Práce je pro lidský život klíčová. Kromě mnoha materiálních výhod, které práce a organizace poskytují, je také důležitým zdrojem identity a psychické pohody. Práce strukturuje čas a činnost, poskytuje příležitosti k sociální interakci a je základem pro sebeidentifikaci a sebeúctu (Jahoda, 1988, citováno v Kozlowski, 2012). Kariérní přípravě a budování kariéry je věnováno mimořádné množství času a úsilí (Tetrick & Peiró, 2012). Jedním z profesních trendů jednadvacátého století je, že žijeme déle a pracujeme déle (Hedge & Borman, 2012).

Zvláštní důraz je kladen na psychosociální aspekty práce, rizikové faktory práce při vzniku duševního onemocnění a vztahu duševního zdraví k pracovní výkonnosti.

Svět práce má zásadní význam pro sociální integraci a uznání. Smysluplná práce může do jisté míry kompenzovat pracovní stres, a tím také předcházet zdravotním rizikům. Práce samotná ale také může představovat riziko rozvoje duševního onemocnění – buď jako samotná příčina vzniku duševní choroby, ale také nepřímo, kdy pracovní podmínky neumožňují zaměstnanci včasnou a vhodnou reakci na jeho zdravotní potíže a ztěžují „zdravé chování“, zdravý životní styl (Alsdorf et al., 2017).

Psychosociální rizika spojená s prací (WHO, 2008):

- charakter práce,
- pracovní zátěž, pracovní tempo,
- rozvržení práce,
- rozhodování o práci,
- pracovní prostředí a vybavení,
- firemní kultura,
- mezilidské vztahy na pracovišti,
- pracovní role,
- kariérní postup,
- sladění práce a soukromí.

Práce, kariéra a profesní úspěch jsou pro lidskou identitu stále důležitější – společenské uznání a sebeúcta jsou jimi zásadně určovány. Práce tedy hraje v životě lidí, i

v jejich chorobopisu, ústřední roli. Zejména pro ty pacienty, kteří jsou zvyklí v pracovní oblasti dosahovat úspěchu a vysokých výsledků, je obtížné vypořádat se otevřeně s nemocemi. I když si uvědomují zdravotní zátěž způsobenou pracovními podmínkami a stresem, mnozí považují změnu jejich pracovního chování jako nereálnou a obávají se ztráty zaměstnání (Peters, 2011).

Zaměstnavatelé a vláda mají odpovědnost za vytváření více pracovních příležitostí pro lidi s duševním zdravím a podporovat a chránit duševní zdraví všech lidí v práci. Pro vládu to znamená zavádět podpůrnou legislativu a předpisy v oblasti lidských práv, práce a zdraví při práci (World Health Organization, 2022). Proto řada podniků zavádí strategie řízení zdraví při práci a nabízí svým zaměstnancům programy, které mají zabránit nemocem a vyhoření (Alsdorf et al., 2017).

Pokud se postupuje podle modelu profesní zátěže a stresu, nelze ze stresu vyvozovat přímé závěry o zdravotních důsledcích, protože je třeba rozlišovat stres stimulující (eustres) a stres poškozující (distres) a rozdíl mezi stresem a napětím se řídí osobnostními charakteristikami člověka, jeho zdroji a jeho zdravotním chováním (Alsdorf et al., 2017).

Oppolzer (2010) definuje rizikové faktory vzniku duševního onemocnění v oblasti:

- pracovní situace,
- pracovních podmínek,
- pracovního úkolu,
- organizace práce,
- pracovní doby,
- pracovního prostředí,
- sociálních vztahů v podniku a
- firemní politiky.

Mezi hlavní zdroje stresorů patří tzv. zhušťování práce, kdy firmy chtějí udržet svou produkci na stabilní úrovni (nebo ji i zvyšovat) v době propouštění nebo zkracování pracovní doby zaměstnanců. Tento trend vede k tomu, že stále méně lidí musí vykonávat stejné množství práce, aniž by se jim prodlužovala pracovní doba a zvyšovala mzda. Dalším zdrojem přetěžování zaměstnanců je neutuchající příval informací. Každý den jsme zaplavováni tzv. informačním smogem v podobě velkého množství neužitečných a nedůležitých údajů, textů a vzdělávacích materiálů. Navíc musíme podstupovat stále

rostoucí byrokratickou zátěž, kdy jsme nuceni psát zprávy, které obvykle nikdo nečte, a vyplňovat různé dotazníky a formuláře, jejichž smysl a praktickou využitelnost mnohdy nechápeme (Hejzlar, 2010).

Zvýšená pracovní zátěž nemusí mít jen formu mentálního přetěžování. Může se jednat i o nadměrnou fyzickou zátěž v případě, že zaměstnanci nemají k dispozici potřebné nástroje a pomůcky. Příkladem jsou ošetřovatelky a zdravotní sestry, které si namáhají páteř při zvedání pacientů nebo při polohování a úpravě patientských lůžek. Pro předcházení vyhoření je potřebné, aby nadřízení průběžně monitorovali a v případě nutnosti upravovali pracovní zátěž svých podřízených (Hejzlar, 2010).

Produktivita a úspěšnost organizace jako celku jsou v současnosti v centru celospolečenského zájmu (Wagnerová et al., 2011). Pracovní výkon zaměstnance je obecně chápán jako výsledek cíleně zaměřené činnosti, která probíhá v čase za určitých podmínek. Je dán úrovní motivace a rozsahem učení a úzce se váže na vlastnosti (osobní determinanty) zaměstnance a jeho osobní dispozice (Baštecká, 2009). Pracovní výkonnost je výsledkem měření nejen množství a kvality práce, ale i ochoty a přístupu k práci, pracovního chování, fluktuace, absence, docházky a dalších charakteristik (Faltus & Janečková, 2008). Kolísá a mění se v čase ať už v průběhu dne, týdne, měsíce, roku i života člověka, a je ovlivněna celou řadou vnitřních i vnějších podmínek (Baštecká, 2009).

Vztah mezi zdravím a pracovním výkonem je velmi úzký. Faktory jako přetížení, psychosociální stres, syndrom vyhoření, deprese a neurotické poruchy jsou třetí nejčastější příčinou absencí a fluktuace zaměstnanců na evropských pracovištích. V některých odvětvích mohou přispívat ke vzniku nemocí z povolání (Chylová, 2019).

Ve čtvrté kapitole se čtenář dozví zákonnou úpravu pracovních podmínek a jejich základní oblasti. V nejširším pojetí mezi pracovní podmínky zaměstnanců v organizaci patří ekonomické, technické a technologické podmínky, pracovní doba a pracovní režim, pracovní prostředí, bezpečnost práce, sociální podmínky práce a péče o zaměstnance (Kocianová, 2010).

V užším pojetí je možné pracovní podmínky rozdělit na (Kocianová, 2010):

- organizaci pracovní doby (délka, rozvržení, přestávky v práci, doba odpočinku, práce přesčas, noční práce a pracovní pohotovost),
- pracovní prostředí (prostorové a fyzikální podmínky práce, sociálně-psychologické podmínky práce),

- bezpečnost a ochrana zdraví při práci a
- povinnou péči o zaměstnance (lékařské prohlídky, občerstvení...).

V současné době se mnoho zaměstnavatelů stará o zaměstnanecký well-being a vytváří soubory opatření působící jako preventivní faktor pracovní nespokojenosti a fluktuace zaměstnanců. Umožňuje sladit životní potřeby zaměstnanců s prací s důrazem na fyzické a duševní zdraví a pohodu. Podstatným prvkem, přispívajícím k well-beingu zaměstnanců, je flexibilita – a to nejen v uspořádání pracovní doby, ale i místa výkonu práce a případných kombinací. O zájmu zaměstnavatele o pracovníky svědčí i zajištění bezpečného pracovního prostoru s adekvátním větráním a osvětlení – místa by měl být dostatek a pracoviště by nemělo působit stísněně. Také přístup ke zdravým potravinám je hodnocen pozitivně – prodejní automaty, koše s ovocem mohou být snadným řešením. Je známo, že pohyb napomáhá duševnímu zdraví, takže podpora cvičení (v jakékoli podobě) zvyšuje produktivitu, podporuje integraci, týmovou práci a zlepšuje pracovní prostředí. V neposlední řadě se doporučuje poskytnout pracovníkům emocionální a psychickou podporu – psychologické poradenství nebo psychoterapie (Homfray, 2022).

Pracovní vztahy jsou obsahem páté kapitoly. Pracovní vztahy jsou nedílnou součástí každého uskupení lidí v organizaci. Mohou být dány formálně – v souvislosti s hierarchií a postavením zaměstnance v rámci organizační struktury, ale také neformálně. Dobře fungující pracovní vztahy jsou jedním z témat každého personálního oddělení firem a mnoho zaměstnavatelů organizuje řízené aktivity pro budování, udržování a rozvíjení vztahů v organizaci.

Kvalita pracovních vztahů výrazně ovlivňuje dosahování cílů organizace i pracovních a životních cílů jednotlivých zaměstnanců. Korektní, harmonické, uspokojivé pracovní a mezilidské vztahy vytvářejí produktivní atmosféru, která má velmi pozitivní vliv na pracovní výkon. Příznivě se odrážejí ve spokojenosti pracovníků a přispívají ke sladování individuálních a firemních zájmů a cílů (Koubek, 2007). Špatné pracovní vztahy jsou jednou z častých příčin odchodu zaměstnance (Armstrong, 2005). Nejsou-li naplněny potřeby a očekávání pracovníků v oblasti pracovních vztahů, může být výsledkem nekonstruktivní chování – tajnůstkářství, sobectví, pochybnosti, odpor proti řádu, zaměstnancova pasivita, nedostatek motivace k zapojení v práci, vnitřní zmatek a únik z pracovní role, zaměstnanec může také trpět pocitem méněcennosti, izolace a nepřátelství vůči klíčovým zaměstnancům i vůči organizaci (Etebarian et al., 2013).

Šestá kapitola uzavírající teoretickou část přináší shrnutí kvantitativních a kvalitativních zahraničních výzkumů. V České republice neexistují žádné rozsáhlejší výzkumy zabývající se prožíváním osob s duševním onemocněním v souvislosti s pracovním procesem. Výsledky výzkumů svědčí o vysoké nezaměstnanosti osob s duševním onemocněním (Gühne et al., 2021; Reema et al., 2020) a předsudcích zaměstnavatelů o zaměstnávání duševně nemocných lidí (Brouwers, 2020). Investice do programů duševního zdraví je pro zaměstnavatele i společnost rozumnou ekonomickou investicí.

Preventivním faktorem zaměstnanosti osob s duševním onemocněním je správně nastavená léčba, dodržování medikace, emocionální podpora rodiny a kolegů. Bariérou zaměstnanosti duševně nemocných osob pak je stigmatizace, obavy zaměstnavatelů ze zaměstnávání osob s duševním onemocněním, nedostatek sociálních dovedností nemocných lidí a individuální faktory, jakými jsou závažnost duševní choroby a celkové fyzické zdraví (Nirmala et al., 2020).

Jako hlavní výzkumná strategie byl zvolen kvalitativní přístup, který zkoumá člověka, skupinu či událost v celé své šíři a ve všech rozměrech (Miovský, 2006). Získaná data byla zpracována pomocí interpretativní fenomenologické analýzy IPA, která umožňuje větší interakci výzkumníka a účastníka výzkumu (Smith, 2004 in Koutná Kostínková & Čermák, 2013). Pro získání dat byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru.

Výzkumný soubor tvořen 4 ženami a 3 muži mezi 29 a 66 lety, kteří zažili nebo zažívají duševní obtíže a jsou nebo byli v době onemocnění zaměstnání a respondenti byli získáni metodou samovýběru.

Výsledky byly prezentovány třemi způsoby: případovými studii popisujícími individuální zkušenost každého respondenta v interpretaci výzkumníka, prezentace vynořujících se témat, která jsou společnými aspekty zkušeností respondentů a třetí část výsledků se věnuje reflexi zjištění s ohledem na hlavní výzkumné otázky.

V souladu s tímto cílem a hlavními výzkumnými otázkami byla nalezena tato vynořující se témata:

- **Pracovní prostředí.** Tři respondenti jmenují pracovní prostředí mezi zátěžovými faktory a dva mezi těmi pomáhajícími. Nejčastěji opakovaným podpůrným faktorem ve zvládnání onemocnění je uzavíratelná kancelář. Pracovní prostředí

jako zdroj zátěže je uváděno z důvodu hlučnosti, neestetiky, nebo negativní atmosféře.

- **Organizace práce.** S pracovním přetížením má zkušenost šest respondentů ze sedmi. Stres v důsledku špatné organizace práce byl uváděn jako nejčastější spouštěč psychických obtíží. Častým důvodem bylo neúměrné množství pracovních povinností, kumulace pracovních funkcí a práce přesčas. Všichni respondenti, kteří uváděli souvislost svých duševních potíží se stresem v zaměstnání, svá místa opustili.
- **Vztahy na pracovišti.** Pokud respondenti hodnotili vztahy na pracovišti jako pozitivní, uváděli pracovní vztahy jako jeden z podpůrných faktorů ve zvládnutí své nemoci a neměli potíže svěřit se svým kolegům se svými duševními potížemi. Čtyři respondenti hodnotí vztahy s kolegy pozitivně, dva respondenti hodnotí vztahy jako neutrální nebo formální a tři respondenti měli zkušenost se špatnými vztahy s nadřízenými. Jeden z nich uvedl špatný vztah s vedoucím jako hlavní zátěžový faktor.
- **Pomáhající faktory.** Nejdůležitějším podpůrným faktorem byla podpora lidí – kolegů, nadřízených, rodiny, kamarádů, ale i odborníků – psychiatrů, psychoterapeutů, supervizorů. Dalšími pomáhajícími faktory byla možnost přizpůsobení si pracovní doby, místa výkonu práce a náplň práce jako taková. Dvěma respondentům pomohla medikace a dalším dvěma práce na svém seberozvoji. Další výčet podpůrných faktorů je individuální: obdiv a uznání schopností, dobrá zpětná vazba od klientů, smysl práce, kouření, vlastní revolta, lidskost, sport, pravidelná zpětná vazba, porady, volnost, cesta konkrétního řešení situace, respekt, sledování filmů a seriálů v rodném jazyce a nastavení hranic.
- **Zátěžové faktory.** Nejčastějším zdrojem zátěže bylo pracovní přetížení a stres, které zaznamenalo šest respondentů ze sedmi, nedostatečné kompetence se vynořily u pěti respondentů a tři účastníci definovali jako zátěžový faktor vztahy s nadřízeným. Dvě respondentky popisovaly nehygienické pracovní prostředí a výčet zátěžových faktorů doplnila chybějící zpětná vazba, nemožnost pracovat v atace nemoci, zastavování práce, zbytečně odváděná práce, politické a diplomatické zákulisní hry, nulová tolerance chyb, neschopnost ovládnutí symptomů úzkosti, špatné pracovní vybavení, traumatickou zkušenost, upřednostňování zájmů organizace nad zájmy lidí, práci na dálku, porady, které

nic nepřinášely, polymorbidita, nejednoznačná vazba od nadřízeného, chybějící supervize, nesladění cílů organizace s cíli pracovního týmu a potřebami klientů, neinformovanost o symptomech onemocnění, nemožnost projevit emoce a stesk po domově.

- **Pracovní výkonnost.** Dva respondenti zaznamenali pokles pracovní výkonnosti, dva si myslí, že pracovní výkonnost nebyla ovlivněna jejich onemocněním a jeden respondent neví. Dvě respondentky nebyly schopné při atace nemoci pracovat vůbec.
- **Reakce osob informovaných o duševním onemocnění v práci.** Čtyři respondentky – ženy o svém duševním onemocnění informovali alespoň jednoho zaměstnance ze stejné organizace, kde pracovaly. Tři respondenti – muži o svých potížích nikomu v práci neřekli. Všichni respondenti se setkali s podpůrným chováním osob, se kterými měli dobrý vztah. Od osob, se kterými měli vztah negativní, se ve dvou případech dočkali nepřijímající reakce a v jednom případě reakce nebyla reakce žádná.
- **Změna v postupech zaměstnavatele.** Pět zaměstnavatelů zareagovalo ať už na samotné duševní onemocnění zaměstnance, nebo na odchod pracovníka z pracovní pozice úpravou pracovních podmínek, navýšením personálu, zavedením programů duševního zdraví, vylepšením pracovního prostředí nebo omezením aktivit. Dva zaměstnavatelé nezareagovali nijak.
- **Změna pracovní dráhy.** Šest ze sedmi respondentů po setkání s duševním onemocněním změnilo svou pracovní pozici. Sedmá respondentka, která se vrátila na stejnou pozici, z ní nakonec po kratší době také odešla. Čtyři účastníci výzkumu se po atace nemoci vrátili ke stejnému zaměstnavateli, ale za jiných pracovních podmínek, na jinou pozici nebo jiné pracoviště. Tři respondenti od zaměstnavatele odešli do jiného zaměstnání, nebo začali podnikat. Všichni zůstali aktivní na trhu práce.

Limitací výzkumu je samotný výzkumný soubor. Protože výzkumný soubor byl získán metodou samovýběru, lze očekávat, že se o svou zkušenost budou chtít podělit pouze respondenti, kteří jsou se svým onemocněním vyrovnáni a kteří chtějí předat svou zkušenost ostatním lidem s duševním onemocněním. Až na dvě respondentky, z nichž jedna byla hospitalizována na psychiatrii a druhá byla v důsledku svého onemocnění v roční pracovní neschopnosti, jsou ostatní diagnózy považovány za méně závažné a

společností nejsou tolik stigmatizované. Zejména úzkostné poruchy jsou vnímány ve společnosti jako běžné.

Výzkum byl proveden na malém výzkumném souboru, který nelze širěji interpretovat na celkovou populaci. Výsledky jsou ovlivněny individuálním kontextem každého respondenta, délkou pracovního života, náročností pracovního místa, typem zaměstnavatele, jejich rodinným zázemím i osobnostními charakteristikami. Je také nutné počítat se subjektivitou jednotlivých výpovědí. Odpovědi mohou být zkreslené subjektivním pohledem a zkreslenou paměťovou stopou. Výsledky výzkumu tedy mohou sloužit jako podklad pro další kvantitativní výzkumy na dané téma, které by pomohly aplikovat poznatky na širší populaci.

Z hlediska své profese předpokládám, že by bylo vhodné provést kvantitativní výzkum, který by zmapoval podpůrné a zátěžové faktory ve zvládnutí duševního onemocnění. Na základě nich by se po dalších nezbytných kvalitativních výzkumech mohla stanovit jednoznačná doporučení pro zaměstnavatele, kteří řeší inkluzi osob s duševním onemocněním a tvoří programy zaměstnávání psychicky nemocných lidí.

Pro další výzkumy by jako vhodná oblast zkoumání mohl být pohled zaměstnavatelů na zaměstnávání osob s duševními potížemi. Takový výzkum by mohl rozšířit kontext zaměstnanosti psychicky nemocných lidí a mohl by přinést nová témata využitelná pro pracovníky v centrech duševního zdraví a dalších organizací věnujících se vzdělávání a přípravě duševně nemocných lidí na návrat na pracovní trh.

LITERATURA

- Allen, T. D. (2012). The work and family interface. In S. W. J. Kozlowski (Ed.), *The Oxford Handbook of Organizational Psychology, Volume 1* (s. 1163–1198). Oxford University Press.
- Alsdorf, N., Engelbach, U., Flick, S., Haubl, R. & Voswinkel, S. (2017). *Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt: Analysen und Ansätze zur therapeutischen und betrieblichen Bewältigung* [Duševní onemocnění ve světě práce: Analýzy a způsoby zacházení s duševním onemocněním a jeho zvládnání na pracovišti]. Transcript.
- Armstrong, M. (2005). *Řízení lidských zdrojů: Moderní pojetí a postupy* (10. vydání). Grada.
- Armstrong, M., & Taylor, S. (2015). *Řízení lidských zdrojů: Moderní pojetí a postupy* (13. vydání). Grada.
- Baštecká, B. (Ed.). (2009). *Psychologická encyklopedie: Aplikovaná psychologie*. Portál.
- Borges, G., Nock, M. K., Haro Abad, J. M., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., Andrade, L. H., Angermeyer, M. C., Beautrais, A., Bromet, E., Bruffaerts, R., De Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Hu, Ch., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., Lee, S., Levinson, D., Medina-Mora, M. E., Ormel, J., Posada-Villa, J., ... Kessler, R. C. (2010). Twelve-month prevalence of an risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *J Clin Psychiatry, 71*(12), 1617–1628.
<https://doi.org/10.4088/JCP.08m04967blu>
- Brohan, E., Henderson, C., Wheat, K., Malcolm, E., Clement, S., Barley, E. A., Slade, M., & Thornicroft, G. (2012). Systematic review of beliefs, behaviours and influencing factors associated with disclosure of a mental health problem in the workplace. *BMC Psychiatry, 12*(1), 11–11.
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-11>
- Brouwers, E. P. M. (2020). Social stigma is an underestimated contributing factor to unemployment in people with mental illness or mental health issues: position paper and future directions. *BMC Psychol, 8*(36).
<https://doi.org/10.1186/s40359-020-00399-0>

- Burton, W. N., Schultz, A. B., Chen, C., & Edington, D. W. (2008). The association of worker productivity and mental health: A review of the literature. *International Journal of Workplace Health Management*, 1(2), 78–94.
<https://doi.org/10.1108/17538350810893883>
- Dušek, K. & Večeřová-Procházková, A. (2015). Diagnostika a terapie duševních poruch (2. vydání). Grada.
- Duškov, I. (2019). Socioekonomický kontext duševních onemocnění a reforma psychiatrické péče v ČR jako veřejná strategie. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 115(1), 32-38.
- Etebarian, A., Darban, M. Z., & Damirchi, Q. V. (2013). Work Life Cycle on Erikson's Psychosocial Growth Cycle. *Advances in Environmental Biology*, 7(9), 2348–2356.
- Faltus, F., & Janečková, E. (2008). Vliv duševních chorob na pracovní výkonnost. *Česká a slovenská psychiatrie*, 6(104), 313-319.
- Goldberg, S., Killeen, M., & O'Day, B. (2005). The disclosure conundrum: How people with psychiatric disabilities navigate employment. *Psychology, Public Policy, and Law*, 11(3), 463–500.
- Gühne, U., Pabst, A., Löbner, M., Breilmann, J., Hasan, A., Falkai, P., Kilian, R., Allgöwer, A., Ajayi, K., Baumgärtner, J., Brieger, P., Frasc, K., Heres, S., Jäger, M., Küthmann, A., Putzhammer, A., Schneeweiß, B., Schwarz, M., Becker, T., Kösters, M. & Riedel-Heller, S. (2021). Employment status and desire for work in severe mental illness: results from an observational, cross-sectional study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56, 1657–1667.
- Harvey, S. B., Modini, M., Joyce, S., Milligan-Saville, J. S., Tan, L., Mykletun, A., Bryant, R. A., Christensen, H., & Mitchell, P. B. (2017). Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occup Environ Med*, 74(4), 301–310.
<https://doi.org/10.1136/oemed-2016-104015>
- Hedge, J. W. & Borman, C. B. (2012). Work and Aging. In S. W. J. Kozlowski (Ed.), *The Oxford Handbook of Organizational Psychology*, Volume 1 (s. 1243). Oxford University Press.

- Hejzlar, P. (2009). Sociální rehabilitace duševně nemocných v současných podmínkách. *Psychiatrie pro praxi*, 10(5), 226–230.
- Hilton, M. F., Scuffham, P. A., Vecchio, N. & Whiteford, H. A. (2010). Using the interaction of mental health symptoms and treatment status to estimate lost employee productivity. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(2), 151–161.
<https://doi.org/10.3109/00048670903393605>
- Homfray, Š., Čmolíková Cozlová, K., & Skalková, J. (2022). Nástroje sladění osobního a pracovního života z pohledu zaměstnance i zaměstnavatele. Grada.
- Honzák, R., Chromý, K., Líbalová, Z., Nouza, M., & Večeřová, A. (2005). Somatizace a funkční poruchy. Grada.
- Chisholm, C., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., & Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet*, 3(5), 415–424.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30024-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30024-4)
- Chylová, M. (2019). Psychosocial Factors in Work Environment and Employee Mental Health. In *17th International Conference on Work and Organizational Psychology – Past, Present, and Challenges to the Future* [sborník odborných příspěvků] (s. 176–186). Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Filozofická fakulta.
- Kocianová, R. (2010). Personální činnosti a metody personální práce. Grada.
- Koppes Bryan, L. L., & Vinchur, A. J. (2012). A history of industrial and organizational psychology. In S. W. J. Kozlowski (Ed.), *The Oxford Handbook of Organizational Psychology, Volume 1* (s. 22–75). Oxford University Press.
- Koubek, J. (2007). Personální práce v malých a středních firmách (3. vydání). Grada.
- Koutná Kostínková, J. & Čermák, I. (2013). Interpretativní fenomenologická analýza. In T. Řiháček, I. Čermák, & R. Hytych (Eds), *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy* (s. 9–43). MUNI Press.
- Kozlowski, S. W. J. (Ed.). (2012). *The Oxford Handbook of Organizational Psychology, Volume 1*. Oxford University Press.
- Látalová, K. (2010). Bipolární afektivní porucha. Grada.

- Lukáš, K., Žák, A., Albrecht, J., Argalácsová, S., Bagaliy, A., Balážiová, E., Barvířová, P., Bušek, P., Bydžovský, J., Čapková, R., Donoval, R., Donovalová, V., Dušejovská, M., Dvořák, K., Faitlová, H., Fanta, M., Haber, J., Hainer, R., Hrabák, P., ... Zikán, M. (2015). *Chorobné znaky a příznaky: Diferenciální diagnostika*. Grada.
- Ministerstvo zdravotní ČR. (2020). Příloha č. 2: Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030 (aktualizace ze dne 25. června 2021). Získáno 12. února 2022 z https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18368/40091/02_Priloha%202_Analytick%C3%A1%20%C4%8D%C3%A1st.pdf
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.
- Nirmala, B. P., Roy, T., Naik, V. & Srikanth, P. (2020). Employability of people with mental illness and substance use problems: Field realities. *Family Med Prim Care*, 9(7): 3405–3410.
https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_212_20
- Ocisková, M. & Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Grada.
- Oppolzer, A. (2010). Psychische Belastungsrisiken aus Sicht der Arbeitswissenschaft und Ansätze für die Prävention [Rizika duševního stresu z pohledu psychologie práce a metody prevence]. In B. Badura, H. Schröder, J. Klose, & K. Macco (Eds.). *Fehlzeiten-Report 2009*. (s. 13–21). Springer.
- Orel, M. (2020). *Psychopatologie: Nauka o nemocech duše* (3. vydání). Grada
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Chisholm, D., Collins, P. Y., Cooper, J. L., Eaton, J., Herrman, H., Herzallah, M. M., Huang, Y., Jordans, M. J. D., Kleinamn, A., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Niaz, U., Omigbodun, O., ...Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*, 392(10157), 1553–1598.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)
- Peters, K. (2011). Indirekte Steuerung und interessierte Selbstgefährdung. Eine 180-Grad-Wende bei der betrieblichen Gesundheitsförderung [Nepřímá kontrola a ohrožení vlastního zájmu. Obrat o 180 stupňů v podpoře zdraví na pracovišti]. In N. Kratzer, W. Dunkel, K. Becker, & S. Hinrichs (Eds.), *Arbeit und Gessundheit im Konflikt. Analysen und Ansätze für ein partizipatives Gessundheitsmanagment* [Práce a

- zdraví v konfliktu. Analýzy a přístupy k participativnímu řízení zdraví] (s. 105-122). Berlin.
- Praško, J. (2005). Úzkostné poruchy: Klasifikace, diagnostika a léčba. Portál.
- Probstová, V. & Pěč, O. (2014). Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly. Portál.
- Reema, S., Abirame, S., & Jacob, K. S. (2020). A Qualitative Study Exploring the Lived Experience of Unemployment Among People with Severe Mental Illness. *Indian Psychol Med.*, 42(5), 435–444.
<https://doi.org/10.1177/0253717620938244>
- Reichel, J. (2009). Kapitoly metodologie sociálních výzkumů. Grada.
- Schulze, B., Arboleda-Flórez, J., Pescosolido, B. A., Sartorius, N., Baumann, A. E., Gaebel, W. López-Ibor, J. Jr., Cuenca, O., López-Ibor, M. I., Schulze, H., Stuart, H., Ücok, Warner, R., Yang, L. H., Link, B. G., Phelan, J. C., Stuart, H., Koller, M., & Milev, R. (2008). Evaluating programmatic needs concerning the stigma of mental illness. In J. Arboleda-Flórez & N. Sartorius (Eds.), *Understanding the Stigma of Mental Illness: Theory and Interventions* (s. 85-87). John Wiley & Sons.
- Šnýdrová, I., Depoo, L., Urbancová, H., Šnýdrová, M., & Ježková Petruš, G. (2021). Motivace pracovního jednání. Vysoká škola ekonomie a managementu.
- Tetrick, L. E. & Peiró, J. M. (2012). Occupational Safety and Health. In S. W. J. Kozlowski (Ed.), *The Oxford Handbook of Organizational Psychology, Volume 1* (s. 1219). Oxford University Press.
- Výrost, J. & Slaměník, I. (2008). Sociální psychologie (2. vydání). Grada.
- Wagnerová, I., Hoskovcová-Horáková, S., Šírová-Bidlová, E., Kmoníčková, J., & Baarová, E. (2011). Psychologie práce a organizace: nové poznatky. Grada.
- Walsh, F., & Tickle, A. (2013). Working towards recovery: The role of employment in recovery from serious mental health problems: A qualitative meta-synthesis. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 17(2), 35–49.
- World Health Organization. (2008). PRIMA-EF: guidance on the European framework for psychosocial risk management: a resource for employer and worker representatives.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43966>

World Health Organization. (2020). International statistical classification of diseases and related health problems (10. vydání). <https://mkn10.uzis.cz/>

World Health Organization. (2022). World mental health report: Transforming mental health for all. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce. Česká republika.

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Poučený souhlas
2. Abstrakt v českém jazyce
3. Abstrakt v anglickém jazyce
4. Okruh otázek k polostrukturovanému rozhovoru
5. Seznam použitých zkratk
6. Seznam tabulek

Příloha č. 1: Poučený souhlas

Dobrý den, děkuji za účast při rozhovoru, který bude sloužit jako podklad pro mou bakalářskou diplomovou práci. Má práce má název „Souvislosti psychického onemocnění v pracovním procesu“ a zajímám se o individuální prožívání člověka s duševními obtížemi v souvislosti s jeho zaměstnáním. Mám připravený okruh otázek, které vám budu klást, a bude mě zajímat váš pohled, jak jste se v dané situaci cítil/a, jak reagovali kolegové, nadřízení, co vám pomáhalo, a naopak co bylo přitěžující a jak jste vše v danou chvíli prožíval/a. Cílem mé práce je najít společné body, které v daný moment lidem pomáhaly, a naopak, které jejich prožívání zhoršovaly. Rozhovor by měl trvat zhruba hodinu. Během něj se pravděpodobně dotkneme témat, která mohou být považována za citlivá (např. vaše duševní onemocnění). Svým souhlasem také potvrzujete, že tento fakt berete na vědomí. Veškeré informace, které by mohly vést k vaší identifikaci, budou anonymizované. Pokud chcete, můžete si zvolit fiktivní jméno, pod kterými budou úryvky vašich citací v mé práci uvedeny.

Na začátku se vás zeptám i na vybrané demografické údaje, které mi pomůžou získat detailnější informace o vás a vaší pracovní situaci. Zpracovávány budou tyto údaje: vaše pohlaví, věk, místo bydliště, stratifikace zaměstnavatele podle číselníku 2755 Českého statistického úřadu a vaše pracovní pozice.

Vaše účast na výzkumu je dobrovolná a máte plné právo kdykoli svůj souhlas odmítnout a rozhovor ukončit, nebo na kteroukoli z otázek neodpovídat. Toto můžete učinit nyní, v průběhu rozhovoru i kdykoli v budoucnosti, a to až do 21. 3. 2023. Po tomto datu budou provedeny závěrečné analýzy, které zpětné odstranění dat znemožní. Odvolání souhlasu můžete zaslat na e-mail xxx@upol.cz, nebo sdělit telefonicky na čísle +420 xxx.

Tento rozhovor je nahráván a nejpozději do 21. 3. 2023 proběhne přepis rozhovoru a videozáznam bude z paměti počítače trvale vymazán. Vaše údaje budou při přepisu rozhovoru anonymizovány a dále bude používáno jen vaše fiktivní jméno a veškeré informace budou upraveny tak, aby nebylo možné vás identifikovat.

Je to tak v pořádku? Souhlasíte a můžeme tedy začít rozhovor?

Příloha č. 2: Abstrakt v českém jazyce

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Souvislosti psychického onemocnění v pracovním procesu

Autor práce: Mgr. Hana Hetlinger

Vedoucí práce: PhDr. Martin Seitl, Ph.D.

Počet stran a znaků: 100, 173 152

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 51

Abstrakt: Tato bakalářská diplomová práce se zabývá souvislostmi psychického onemocnění v pracovním procesu. V první kapitole se uvádí postavení lidí s duševním onemocněním v současné společnosti a cíle národního akčního plánu pro duševní zdraví 2020–2030. Zvláštní důraz je kladen na stigmatizaci duševně nemocných osob. Druhá kapitola je věnována etiologii duševního onemocnění a diagnostickým kritériím onemocnění, se kterými se čtenář v textu setká. Třetí kapitola je věnována práci, psychosociálním aspektům práce a rizikovým faktorům práce při vzniku duševního onemocnění. V subkapitole duševní zdraví a pracovní výkon je popsána souvislost těchto dvou jevů. Zákoně upravě pracovních podmínek a nastínění oblastí spadajících pod pojem pracovní podmínky je věnována kapitola čtvrtá. V páté kapitole se nachází popis významu dobrých a špatných pracovních vztahů. Šestá kapitola je reflexí dostupných výzkumů věnujících se zaměstnání a zaměstnávání psychicky nemocných osob. Ve výzkumné části byla použita kvalitativní metodologie. Cílem práce bylo prozkoumat zkušenosti lidí s psychickým onemocněním a popsat souvislosti psychického onemocnění v pracovním procesu. Výzkumný soubor byl tvořen sedmi respondenty, kteří zažili nebo zažívají duševní obtíže a jsou nebo byli v době onemocnění zaměstnání. Jako metoda pro analýzu dat byla zvolena Interpretativní fenomenologická analýza (IPA). Výsledky získané z polostrukturovaných rozhovorů s účastníky výzkumu byly prezentovány v případových studiích a deseti vynořujících se tématech, které mohou být interpretovány jako společné aspekty zkušenosti.

Klíčová slova: duševní onemocnění, práce, pracovní podmínky, pracovní vztahy, pracovní výkon, pracovní výkonnost, zaměstnání, interpretativní fenomenologická analýza, kvalitativní výzkum, případové studie

Příloha č. 3: Abstrakt v anglickém jazyce

ABSTRACT OF THESIS

Title: Contexts of mental illness in the work process

Author: Mgr. Hana Hetlinger

Supervisor: PhDr. Martin Seitl, Ph.D.

Number of pages and characters: 100, 173 152

Number of appendices: 6

Number of references: 51

Abstract: This bachelor thesis explores the context of mental illness in the workplace. The first chapter outlines the position of people with mental illness in today's society and the aims of the National Action Plan for Mental Health 2020-2030. Special focus is placed on the stigmatisation of people with mental illness. The second chapter is devoted to the aetiology of mental illness and the diagnostic criteria of the illness that the reader will encounter in the text. The third chapter is dedicated to work, the psychosocial aspects of work and the risk factors of work in the appearance of mental illness. The subchapter on mental health and work performance describes the relationship between these two factors. Chapter four is devoted to the legal regulation of working conditions and an explanation of the areas covered by the term 'working conditions'. Chapter five describes the meaning of good and bad working relationships. Chapter six is a reflection of the available research on the employment and employability of the mentally ill. In the research section, a qualitative methodology was used. The goal of the thesis was to explore the experiences of people with mental illness and to describe the context of mental illness in the employment process. The research sample contained seven respondents with mental health problems and who are or were employed at the time of their illness. Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) was chosen as the method for data analysis. The results obtained from semi-structured interviews with research participants were presented in case studies and ten emerging themes that can be interpreted as common aspects of experience.

Key words: mental illness, work, working conditions, working relationships, work performance, work productivity, employment, interpretive phenomenological analysis, qualitative research, case studies

Příloha č. 4: Okruh otázek polostrukturovaného rozhovoru

Demografické údaje:

- Jméno
- Věk
- Bydliště
- Pracovní pozice
- Právní forma zaměstnavatele

1. Jaké jsou vaše psychické obtíže? Mění se to v čase? Bylo to dřív jiné? Co prožíváte teď?
2. Kdy se u vás projevilo duševní onemocnění? V kolika letech?
3. Vyhledal/a jste odbornou pomoc? Byla vám lékařem sdělena konkrétní diagnóza?
4. Můžete mi prosím ve stručnosti popsat svou pracovní kariéru?
5. Pracoval/a jste v době, kdy se duševní onemocnění objevilo poprvé?

ANO	NE
Na jaké pracovní pozici?	Začal/a jste pracovat až po vzniku duševního onemocnění?
Jak dlouho jste na té pozici pracoval/a před výskytem duševního onemocnění?	
Jak jste vnímal/a svoji práci a vztahy s kolegy?	
Změnilo se něco? Měnilo se něco?	

6. Řekl/a jste to v práci? Komu? V jakém pořadí?

ANO	NE
Jak jste prožíval/a dobu od vzniku duševního onemocnění do okamžiku zveřejnění v práci?	Jaké byly vaše důvody nesdělení informace o svém duševním onemocnění?
Jaká je vaše zkušenost se sdělením informace o své nemoci v zaměstnání?	Přetrvávají ty důvody? Jsou dnes jiné?
Jak reagovali nadřízení?	Domníváte se, že to ostatní zaměstnanci/kolegové tušili nebo tuší?

Jak vám pomáhalo/nepomáhalo chování kolegů? Co konkrétně?	Byla nějaká situace, kdy si mohli povšimnout, že vás něco trápí?
Jak vám pomáhalo/nepomáhalo chování nadřízených? Co konkrétně?	Jak vám pomáhalo/nepomáhalo chování kolegů? Co konkrétně?
Jak vám pomáhalo/nepomáhalo chování podřízených? Co konkrétně?	Jak vám pomáhalo/nepomáhalo chování nadřízených? Co konkrétně?
Byl tam někdo hlavní, kdo vám pomáhal, když jste se necítil/a dobře?	Jak vám pomáhalo/nepomáhalo chování podřízených? Co konkrétně?
Jaká je obecně vaše zkušenost s akceptací vašeho stavu na pracovišti?	Byl tam někdo hlavní, kdo vám pomáhal, když jste se necítil/a dobře?
Setkal/a jste se s přijímajícím nebo nepřijímajícím chováním?	

7. Jak vám ne/pomáhalo uspořádání pracovních prostor? (i třeba jídelna, kanceláře, ergonomie)
8. Jak vám ne/pomáhala organizace práce? (směny, tempo, zodpovědnost)
9. Jak váš stav ovlivnil vaše působení v organizaci? (výkonnost)
10. Jaké zdroje zátěže v práci pro vás byly/jsou nejvýznamnější?
11. Kdybyste měl/a vybrat jen 1 nejtěžší věc – co by to bylo?
12. Jaké aktivity/činnosti pro vás byly/jsou podpůrné a pomáhající ve zvládnutí onemocnění?
13. Kdybyste měl/a vybrat jen 1 věc, která pro vás byla ta nejvíce pomáhající – co by to bylo?
14. Jak vypadala vaše profesní dráha po vzniku onemocnění?
15. Změnilo se něco v postupech ze strany organizace? Změnili nějak organizaci práce, nebo pracovní prostředí po tom, co se dozvěděli, že máte duševní potíže – měnilo se to v čase?

Příloha č. 5: Seznam zkratk

ČR – Česká republika

BOZP – bezpečnost a ochrana zdraví při práci

DALY – Disability Adjusted Life Years

EKT – elektrokonvulzivní terapie

HR – Human resources

IPA – Interpretativní fenomenologická analýza

IPS – Individual placement and support

JIP – jednotka intenzivní péče

NS – nespecifikovaná

OSPOD – Orgán sociálně právní ochrany dětí

OSVČ – osoba samostatně výdělečně činná

PRIMA-EF – Psychological Risk Management-European Framework

RIMA – reversible inhibitors of monoaminoxidase-A

USD – americký dolar

WHO – World health organization

Příloha č. 6: Seznam tabulek

Tabulka 1: Popis výzkumného souboru

Tabulka 2: Pracovní prostředí

Tabulka 3: Organizace práce

Tabulka 4: Vztahy na pracovišti

Tabulka 5: Pomáhající faktory

Tabulka 6: Zátěžové faktory

Tabulka 7: Pracovní výkonnost

Tabulka 8: Vyhledání odborné pomoci

Tabulka 9: Reakce osob informovaných o duševním onemocnění

Tabulka 10: Změna v postupech zaměstnavatele

Tabulka 11: Změna pracovní dráhy