

UNIVERZITA KARLOVA  
FILOZOFICKÁ FAKULTA  
KATEDRA ANDRAGOGIKY A PERSONÁLNÍHO ŘÍZENÍ

Bc. Nicole Chladová

PODPORA DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ NA PRACOVÍŠTI

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Praha 2022

Vedoucí práce: PhDr. Jan Gruber, Ph.D.

Prohlašuji,

že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně, že v ní řádně cituji všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

.....  
datum

.....  
Nicole Chladová

## **Abstrakt**

Diplomová práce se zabývá tématem podpory duševního zdraví na pracovišti. Cílem diplomové práce je analyzovat vliv intervencí na podporu duševního zdraví na pracovišti na duševní zdraví zaměstnanců. V práci je věnována pozornost konceptu duševního zdraví a následně je vymezen koncept podpory duševního zdraví na pracovišti. Práce se také zabývá konkrétními programy a intervencemi, které je možno na pracovišti uplatnit za účelem podpory duševního zdraví. Součástí práce je kvantitativní empirické šetření, jehož cílem bude zjistit, jaký vliv má uplatnění intervencí na podporu duševního zdraví na vnímanou úroveň duševního zdraví u zaměstnanců. Výsledky empirického šetření poukazují na to, že uplatnění intervencí na podporu duševního zdraví má vliv na vnímanou úroveň duševního zdraví u zaměstnanců.

**Klíčová slova:** intervence na podporu duševního zdraví, program na podporu duševního zdraví, podpora duševního zdraví, pozitivní duševní zdraví, duševní pohoda, duševní zdraví zaměstnanců

## **Abstract**

This thesis deals with the topic of mental health promotion in the workplace, and it aims to analyse the impact of mental health promotion interventions on the mental health of employees. In the thesis the concept of mental health is discussed and followed by the conceptual definition of the mental health promotion in the workplace. The thesis also deals with specific programmes and interventions that can be applied in the workplace to promote mental health. Quantitative empirical research is included to determine the impact of the application of mental health promotion interventions on the level of mental health from the perception of employees. The results of the empirical research indicate that the application of mental health promotion interventions does indeed have an impact on the employees' perceived level of mental health.

**Key words:** mental health intervention, mental health promotion programme, mental health promotion, positive mental health, mental well-being, employee mental health

## **Poděkování**

Tímto bych ráda poděkovala panu PhDr. Janu Gruberovi, Ph.D., za podporu a vstřícnost, kterou mi v průběhu psaní diplomové práce věnoval. Děkuji za věnovaný čas a poskytnuté rady, které mě v procesu psaní diplomové práce pomáhaly posouvat dál. Velmi si toho vážím.

## **Obsah**

<b>0 Úvod .....</b>	<b>8</b>
<b>1 Duševní zdraví.....</b>	<b>10</b>
1.1 Pojetí duševního zdraví.....	10
1.2 Koncepty související s duševním zdravím.....	14
1.3 Determinanty duševního zdraví .....	16
1.4 Protektivní a rizikové faktory duševního zdraví ve vztahu k práci .....	18
1.5 Indikátory duševního zdraví .....	23
<b>2 Podpora duševního zdraví na pracovišti .....</b>	<b>27</b>
2.1 Vymezení konceptu a cílů podpory duševního zdraví na pracovišti .....	27
2.2 Podpora duševního zdraví v evropských a mezinárodních iniciativách .....	30
2.3 Podpora duševního zdraví a její význam z hlediska zaměstnance a organizace ..	34
2.4 Aktuální situace v oblasti podpory duševního zdraví na pracovištích.....	36
<b>3 Programy a intervence určené na podporu duševního zdraví na pracovišti.....</b>	<b>41</b>
3.1 Specifika implementace programu a intervence na podporu duševního zdraví na pracovišti.....	41
3.1.1 Postup při implementaci programů a intervencí na podporu duševního zdraví na pracovišti.....	41
3.1.2 Bariéry při implementaci programů a intervencí na podporu duševního zdraví na pracovišti .....	45
3.2 Programy určené na podporu duševního zdraví na pracovišti .....	47
3.3 Intervence určené na podporu duševního zdraví na pracovišti.....	50
3.3.1 Intervence primární, sekundární a terciální prevence .....	50
3.3.2 Intervence na individuální a organizační úrovni.....	52
<b>4 Empirické šetření – Identifikace vlivu intervencí na podporu duševního zdraví na subjektivně vnímanou úroveň duševního zdraví zaměstnanců.....</b>	<b>66</b>

4.1 Cíl výzkumného šetření a formulace hypotéz.....	66
4.2 Metodika výzkumného šetření.....	67
4.3 Intervence na podporu duševního zdraví ve vybrané organizaci.....	71
4.4 Popis zkoumaného souboru .....	72
4.5 Popis získaných dat.....	75
4.5.1 WHO-5.....	75
4.5.2 Intervence na individuální úrovni .....	79
4.5.3 Intervence na organizační úrovni.....	82
4.6 Testování a výsledky testování hypotéz .....	84
<b>5 Diskuse .....</b>	<b>88</b>
<b>6 Závěr .....</b>	<b>93</b>
<b>7 Soupis bibliografických citací .....</b>	<b>95</b>
<b>8 Seznam obrázků .....</b>	<b>115</b>
<b>9 Seznam grafů.....</b>	<b>116</b>
<b>10 Seznam tabulek .....</b>	<b>117</b>
<b>11 Přílohy.....</b>	<b>118</b>

## 0 Úvod

V diplomové práci je řešeno téma podpory duševního zdraví na pracovišti. S narůstajícími pracovními požadavky na zaměstnance a tlakem na výkon narůstá i důležitost péče o duševní zdraví zaměstnanců v práci. Aktuálnost tohoto tématu vzrostla i pod vlivem pandemie covid-19, která oťřásla nejen pracovním trhem, ale často také i životy zaměstnanců, což se následně podepsalo na snížené úrovni duševního zdraví u zaměstnanců a v některých případech i zhoršeném pracovním výkonu. Vystává tedy otázka, jakým způsobem je možno duševní zdraví zaměstnanců na pracovišti podpořit. Odpověď na podobné otázky hledala již řada autorů roky zpět nejčastěji ve spojení s tématy, jako je motivace, spokojenost, výkonnost apod. Samotné téma duševní zdraví často zůstávalo upozaděno.

Cílem diplomové práce je analyzovat vliv intervencí na podporu duševního zdraví na pracovišti na duševní zdraví zaměstnanců. Diplomová práce je členěna do čtyř hlavních kapitol.

V první kapitole je představeno téma duševního zdraví. V úvodu této kapitoly jsou uvedena různá pojetí konceptu duševního zdraví a následně jsou přiblíženy i koncepty související s duševním zdravím. Práce také obecně popisuje determinanty duševního zdraví, přičemž se následně zaměřuje na konkrétní faktory, které se objevují ve vztahu k práci. Na závěr jsou řešeny indikátory duševního zdraví.

Druhá kapitola byla věnována duševnímu zdraví na pracovišti. Nejprve byl v kapitole vymezen koncept podpory duševního zdraví na pracovišti a jeho cíle. Dále byl koncept podpory duševního zdraví zasazen do evropského a mezinárodního kontextu. Popsán byl i význam podpory duševního zdraví pro zaměstnance i organizaci. Závěrem kapitoly bylo nastínění aktuální situace v oblasti podpory duševního zdraví na pracovišti.

V rámci třetí kapitoly byly popsány programy a intervence na podporu duševního zdraví na pracovišti. Nejprve jsou rozpracována specifika implementace programu na podporu duševního zdraví na pracovišti, je popsán postup při implementaci takových programů, ale také bariéry, které se v procesu implementace mohou objevit. Dále jsou vyjmenovány konkrétní programy, které mohou být nabízeny za účelem zlepšení duševního zdraví



na pracovišti a na závěr jsou představeny intervence určené na podporu duševní zdraví na pracovišti, přičemž práce se zaměřuje především na intervence na individuální a organizační úrovni a jejich vliv na duševní zdraví zaměstnanců.

Čtvrtá kapitola obsahuje empirické šetření, v rámci něhož je cílem zjistit, jaký vliv má uplatnění intervencí na podporu duševního zdraví na vnímanou úroveň duševního zdraví u zaměstnanců. V kapitole jsou uvedeny cíle a zároveň jsou formulovány hypotézy, následně je rozpracována metodika výzkumného šetření a poté jsou již zpracovány konkrétní výsledky výzkumného šetření. V navazující kapitole jsou výsledky šetření rozpracované do diskuze a následně jsou porovnávány s výsledky evropských průzkumů a dalších zahraničních výzkumů. Kapitola mimo jiné popisuje i limity práce.

Východiskem pro diplomovou práci byly odborné zdroje pocházející zejména od WHO, ale také publikace českých a zahraničních autorů. Práce vycházela z publikací autorů, jako je Slezáčková, Pučelíková, Lehtinen a Barry a kolektiv. Další významné odborné zdroje pro tuto práci pocházely od autorů Vandivera, Harveyho a kolektivu. Čerpáno bylo také z evropských průzkumů, které proběhly pod záštitou Eurofoundu a Eurostatu. K hlavním autorům, kteří poskytli teoretický základ pro empirickou část diplomové práce, patří Hendl a Chráska.

# 1 Duševní zdraví

## 1.1 Pojetí duševního zdraví

Hlavní překážkou pro integraci duševního zdraví do globálních zdravotních iniciativ, ale i do zdravotnických služeb, je přetrvávající neshoda odborníků v otázce definice duševního zdraví. I přestože mezi mnoha definicemi je možno naleznout spjitosti a podobnosti, odborníci se doposud neshodili na jedné obecné definici duševního zdraví (Manwell a kol., 2015, s. 1). Důvodem panující neshody může být i fakt, že definice duševního zdraví nevzniká nezávisle na ostatních jevech, ale odráží se v ní i kultura a může nabývat rozdílných významů v závislosti na politických a socioekonomických podmínkách. Barry a kol. (2019, s. 9) dokonce tvrdí, že se jedná o sociální konstrukty a tím pádem různé kultury, společnosti i profesní skupiny mohou mít jiný způsob výkladu pojmu duševní zdraví.

Tradičně se však v oblasti duševního zdraví objevují dva hlavní přístupy. První přístup vycházející z patogeneze popisuje duševní zdraví jako absenci duševní poruchy nebo onemocnění. Duševně zdravý je ten člověk, který neprojevuje znaky onemocnění či poruchy (Manwell a kol., 2015, s. 1). Z uvedeného pojetí vychází například definice Americké Psychologické Asociace (APA), která je celosvětově uznávanou organizací na poli psychologie. APA definuje duševní zdraví jako stav mysli vyznačující se emoční pohodou, přiměřeným chováním, bez projevujících se úzkostných a patologických symptomů a schopností navazovat konstruktivní mezilidské vztahy a zvládat běžné životní situace a stresy (VandenBos, 2015, s. 639).

Druhý přístup, ze kterého bude diplomová práce vycházet, se zaměřuje na pozitivní aspekty duševního zdraví. Komplexní a odborníky nejuznávanější definici zdůrazňující pozitivní aspekty duševního zdraví představila Kanadská agentura pro veřejné zdraví (PHAC), která duševní zdraví popisuje jako způsobilost jedince myslet a jednat způsobem tak, aby byl zároveň schopný užívat si života a zvládat náročné životní situace, kterým čelí. Jedná se o pocit emoční a duchovní pohody, který zohledňuje význam sociální spravedlnosti, kultur, vzájemných vztahů a osobní důstojnosti (Manwell a kol., 2015, s. 3). Ačkoliv je definice od PHAC na akademickém poli široce uznávaná, Manwell a kol. (2015, s. 1) podotýkají, že to neznamená, že je nejcitovanější. Při definici duševního

zdraví se podle výzkumu značná část akademiků přiklání k popisu duševního zdraví, který uvádí Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, WHO).

Definice WHO zdůrazňuje dva hlavní aspekty pozitivního duševního zdraví, kterými jsou pozitivní emoce a pozitivní fungování. Duševní zdraví je podle WHO „...stav osobní pohody (*well-being*), v němž si jedinec uvědomuje své vlastní schopnosti, je schopen zvládat běžné životní stresy, dokáže produktivně a úspěšně pracovat a dokáže být přínosem pro společnost.“ (WHO, 2004, s. 12, Přeloženo N. Ch.) Definice WHO, jež se zaměřuje na pozitivní aspekty duševního zdraví, vyvrací myšlenku, že zdraví je pouhým opakem nemoci, a představuje tak posun od negativního pojetí zdraví k pojetí zdraví jako pozitivního konceptu (Galderisi a kol., 2015, s. 231).

Díky změně v pojetí duševního zdraví se dnes psychologové nezaměřují výhradně na léčbu duševních poruch, ale také se zabývají prevencí a rozvojem duševního zdraví jako celku. Tento přesun „...pozornosti od patogeneze k salutogenezi postupoval a stále ještě probíhá také v rámci psychologie.“ (Pelcák, 2008, s. 18)

Přístup zaměřující se na pozitivní duševní zdraví je nyní základním kamenem současného přístupu k duševnímu zdraví, což dokládá řada dokumentů a směrnic, kterými se řídí politické a zdravotní instituce. Na aspektech pozitivního duševního zdraví staví své základy také definice duševního zdraví mnoha jiných autorů (Lluch-Canut a kol., 2013, s. 2).

S pojetím duševního zdraví jako pozitivního konceptu pracovali již humanističtí psychologové jako Allport, Frankl nebo Maslow, kteří se zaměřovali na aspekty lidského jednání, sebepojetí či seberealizace v pozitivním smyslu (Barry a kol., 2019, s. 5).

Lehtinen (2008, s. 27) shrnuje pozitivní duševní zdraví do několika bodů. Podle něj duševní zdraví zahrnuje:

- osobní pohodu (*well-being*),
- schopnost navazovat a udržovat pozitivní osobní vztahy,
- individuální zdroje jako sebeúctu, soudržnost, optimismus,
- odolnost vůči náročným životním situacím,

- schopnost být přínosem pro společnost.

WHO (2004, s. 20) zmiňuje, že autorka Jahoda rozdělila koncept duševního zdraví na tři hlavní domény. První doména zahrnuje seberealizaci, díky které mohou individua plně využít svůj potenciál. Druhá doména zahrnuje schopnost adaptace na okolní prostředí a třetí zahrnuje autonomii a schopnost identifikovat, kontrolovat a řešit problémy. Všechny tyto domény představují pilíře duševního zdraví.

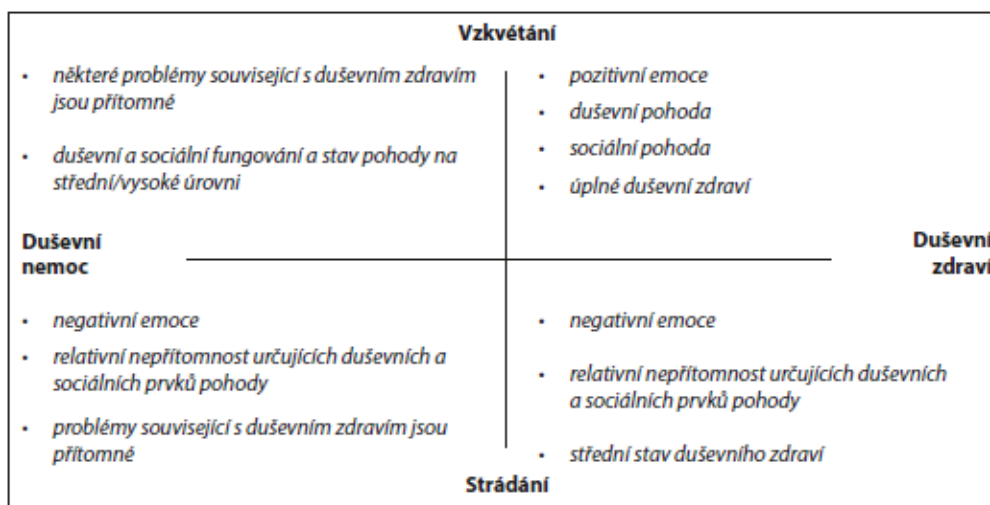
WHO (2004, s. 20) podotýká, že na schopnost identifikovat, řešit a kontrolovat problémy navázali také autoři Leighton a Murphy. Jejich teorie duševního zdraví popisuje, že duševní zdraví je koncept, který je závislý na typu osobnosti a její strategii zvládnání stresu. Antonovsky (1996, s. 13) uvádí, že lidé s vyšší mírou optimismu mají vhodnější strategie zvládnání stresu, což prospívá duševnímu zdraví. V přístupu k duševnímu zdraví navrhoval salutogenní přístup, který se zaměřuje spíše na zdraví a prospěšné (salutogenní) faktory než na nemoc a rizikové faktory.

Antonovsky (1996, s. 13) popisuje, že duševní zdraví není dichotomický konstrukt, ve kterém je jedinec buď zdravý, nebo nemocný, ale dynamický fenomén. To znamená, že jedinec se může během svého života různě pohybovat na kontinuu mezi těmito dvěma póly, přičemž hlavní snahou salutogenního přístupu je hledat salutogenní (prospěšné) faktory, díky kterým se jedinec posune spíše k pólu zdraví než k pólu nemoci.

Keyes sloučil patogenní a salutogenní perspektivy a navrhl model (viz Obrázek 1) představující duševní zdraví jako komplexní stav, který může zahrnovat přítomnost i nepřítomnost symptomů duševní nemoci i zdraví (Slezáčková a Pučelíková, 2016, s. 94). Duševní zdraví a duševní nemoc jsou podle něj dva odlišné konstrukty patřící do dvou samostatných dimenzí, které spolu zároveň korelují (Barry a kol., 2019, s. 9).

Jednou z dimenzí je takzvané pozitivní duševní zdraví nebo také *flourishing* (neboli rozkvět či optimální prospívání). Ve stavu optimálního prospívání se člověk nachází, je-li schopen většinu času prožívat pozitivní emoce a pozitivně fungovat jak v oblasti psychické, tak v oblasti sociální. Zároveň shledává-li svůj život jako smysluplný, pěstuje si blízké vztahy s druhými a pečuje o rozvoj své osobnosti (Slezáčková, 2012, s. 31).

Obrázek 1 **Kontinuum duševního zdraví: od chřadnutí ke vzkvétání**



Zdroj: Wynne a kol., 2017, s. 9

Na Keyese následně navázal Martin Seligman, který představil teorii duševní pohody, ve které se klíčovým pojmem stalo právě pozitivní duševní zdraví. Seligman jako základní předpoklad pro prožívání pozitivního duševního zdraví a pohody považuje „...*pozitivní emoce, zaujetí, pozitivní vztahy s druhými, smysl života a úspěch.*“ (Seligman, 2011, s. 12) Slezáčková (2012, s. 30–31) dodává, že „...*žádná ze složek sama o sobě nedefinuje koncept osobní pohody, ale každá k ní přispívá.*“

Lehtinen (2008, s. 26) rozlišuje mezi pozitivním duševním zdravím a negativním duševním zdravím. Pozitivní duševní zdraví lze podle autora chápat jako schopnost prožívat duševní pohodu, ale také jako schopnost vnímat a chápat své okolí. Kromě toho pozitivní duševní zdraví zahrnuje i schopnost okolnímu prostředí porozumět, interpretovat ho, být schopen se mu přizpůsobit a také být schopen komunikovat se svým okolím. Negativní duševní zdraví (nebo špatné duševní zdraví) se týká duševních poruch, symptomů a problémů.

Diplomová práce vychází z konceptu pozitivního duševního zdraví. Cílem je popsat souvislosti mezi podporou duševního zdraví na pracovišti a duševním zdravím zaměstnanců bez ohledu na to, zda tito lidé trpí duševními problémy. Podpora duševního zdraví se zaměřuje na pozitivní aspekty duševního zdraví. Také z toho důvodu bude práce zaměřená na pozitivní duševní zdraví, duševní pohodu a pozitivní aspekty duševního zdraví a nebude se blíže zabývat patologickými stavy duševního zdraví, které jsou spíše předmětem prevence než podpory duševního zdraví (WHO, 2005, s. 42–47).

## 1.2 Koncepty související s duševním zdravím

V souvislosti s duševním zdravím se v odborné i neodborné literatuře objevuje řada konceptů, které jsou obsahově velmi podobné a překrývající se. Následkem toho dochází k nejasnostem v jejich vymezení a rozlišení. Takovým příkladem je pojem *osobní (duševní) pohoda* či well-being neboli stav životní spokojenosti či štěstí (Slezáčková, 2012, s. 24). OECD (2013, s. 10) duševní pohodu vymezuje jako pozitivní duševní stav, který zahrnuje afektivní reakce jedince na zkušenosti a také různá hodnocení pozitivních i negativních zkušeností, které jedince v životě doprovázejí.

Duševní pohoda je podle některých autorů považována za jednu komponentu duševního zdraví a od definice duševního zdraví se odlišuje v tom, že neodkazuje na absenci negativního, namísto toho je zmíněný pojem definován a měřen pouze jako přítomnost pozitivních pocitů a fungování (LaMontagne a kol., 2014, s. 4). Od konceptu duševního zdraví se také odlišuje obsáhlostí svého záběru. Zatímco pojem duševní zdraví je spojován hlavně s duševním děním, pojem well-being na druhou stranu bere v úvahu celého člověka (Griffin a Danna, 1999, s. 364). Duševní pohoda zahrnuje jak dobré duševní zdraví, tak i celkové fungování a je doprovázen pocitem štěstí a spokojeností s nízkou úrovní stresu (VandenBos, 2015, s. 1154). Také proto je stav osobní pohody považován za významnou komponentu a ukazatel kvality života (Slezáčková, 2012, s. 23).

*Kvalita života* zahrnuje mnoho různých rozměrů lidského života a je ovlivňována například zdravotními, sociálními, environmentálními a ekonomickými faktory. V dřívějším pojetí byla chápána jako materialistický koncept, dnes se kvalitou života spíše míní subjektivní hodnocení a vnímání vlastního života v kontextu hodnotového systému a kultury, ve kterém člověk žije, a také ve vztahu k jeho cílům a standardům, které očekává (WHO, 2005, s. 41). V odborné literatuře je možno se také setkat s pojmem *kvality pracovního života* (uváděná také jako QWL – quality of work life). Kocianová (2010, s. 34) uvádí, že kvalita pracovního života znamená „...*mít dobré nadřizené, dobré pracovní podmínky, dobrý plat a sociální výhody a zajímavou, podnětnou a užitečnou práci.*“

Jak bylo na začátku kapitoly zmíněno, i přes existující snahu o operacionalizaci uvedených pojmů nedošlo mezi odborníky k obecné shodě, co znamenají a jaké jsou mezi nimi hlavní rozdíly. Dá se pouze konstatovat, že pojmy vlastně popisují různé aspekty toho samého a že se jedná o blízké koncepty, které se vzájemně překrývají, ale nejsou synonymy (Slezáčková, 2012, s. 24). I přes uvedený argument je v mnoha odborných publikacích a výzkumech zaměřených na podporu duševního zdraví (např. WHO, 2005; Jané-Llopis a Barry, 2005; Barry a kol., 2019; Harvey a kol., 2014) možné zaznamenat, že pojmy jako duševní zdraví, pozitivní duševní zdraví a duševní pohoda jsou používány zaměnitelně či společně. Například WHO definuje duševní zdraví jako stav osobní pohody (WHO, 2004, s. 12). Důvodem je to, že všechny uvedené koncepty se obecně zaměřují na pozitivní aspekty duševního zdraví a na protektivní faktory duševního zdraví. Stejným způsobem budou pojmy používány i v rámci této diplomové práce.

Pojem duševní pohoda (well-being) bývá také často zaměňován za pojem *tělesné pohody* (wellness), která spíše postihuje dimenzi fyzičnu a životního stylu. Jak wellness, tak well-being zahrnují hodnotu zdraví, ale well-being je obohacen o pocity pohody a štěstí (Holdsworth, 2019, nestránkováno). Vychází více z prožívání pozitivních emocí jako radosti, štěstí, spokojenosti (hédonický rozměr), ale zahrnuje i eudaimonický rozměr, který se týká vnímání smyslu života, seberozvoje a sebeaktualizace (Slezáčková a Pučelíková, 2016, s. 95). Zatímco wellness je otázkou preferencí životního stylu, jež jedinec zvolí, aby byl zdravý. Holdsworth (2019, nestránkováno, přeložila N. Ch.) shrnuje následovně: „...tradičně zdraví znamenalo pouze zvládnutí nemoci. Wellness znamená žít dobře a well-being znamená žít dobře a užívat si štěstí. V podstatě stručná a jasná definice zdraví, wellness a well-beingu jsou v tomto pořadí: mít se dobře, žít dobře a být šťastný.“

Další pojmy pojící se s pojmem osobní pohoda jsou „...spokojenost (*satisfaction*), štěstí (*happiness*), psychologické bohatství (*psychological wealth*), optimální prospívání (*flourishing*) či *vzkvétání*...“ (Slezáčková, 2012, s. 23–24)

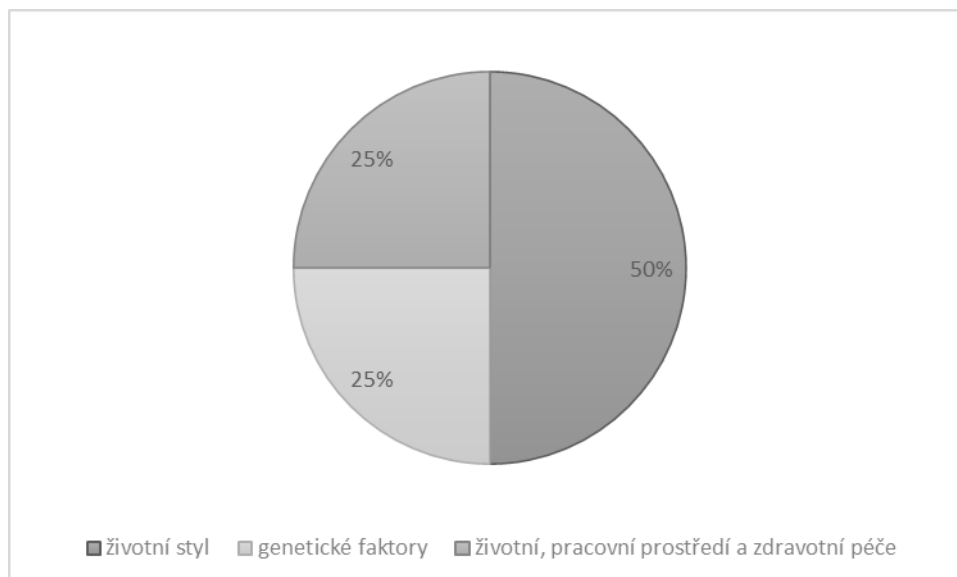
Nicméně, jak uvádí Lehtinen, Sohlman a Kovess-Masfety (2005, nestránkováno), „...štěstí nebo životní spokojenost nemusí být nutně totožné s pozitivním duševním zdravím, i když je lze považovat za základní složky.“

### 1.3 Determinanty duševního zdraví

Za determinanty duševního zdraví se označují faktory, které ve vzájemné interakci ovlivňují duševní zdraví jedince (Lehtinen, 2008, s. 29). Za takové faktory je možno považovat například biologické, sociální, kulturní nebo environmentální faktory (Barry a kol. 2019, s. 11). WHO (2005, s. 48) rozděluje faktory do tří hlavních oblastí na individuální biologické (např. genetické predispozice) a psychologické faktory (např. emoce, strategie zvládání stresu), sociální struktury a zdroje (např. sociální systémy, vzdělávací, státní nebo firemní politiky) a sociální interakce a kulturní hodnoty (rodina, komunity, prostředí). Všechny faktory se vzájemně mohou ovlivňovat a působit na duševní zdraví jedince.

Slezáčková a Pučelíková (2016, s. 94) popisují procentuální rozdělení faktorů podle vlivu na zdraví jedince (viz Graf 1). Ve velké míře (50 %) je zdraví ovlivněno životním stylem (vyvážení práce a odpočinku, práce se stresem atd.), následně také genetickými faktory (25 %) a dalších 25 % představuje zdravotní péče, životní prostředí a pracovní prostředí.

Graf 1 Faktory ovlivňující duševní zdraví



Zdroj: vlastní zpracování podle Slezáčková a Pučelíková, 2016, s. 94



Barry a kol. (2019, s. 12) faktory shrnují do tří oblastí:

- faktory na úrovni jedince, které zahrnují schopnost sebeovládání a sebekontroly, sociální a emoční dovednosti či schopnosti vyrovnání se s náročnými životními situacemi,
- faktory na úrovni společnosti, týkající se socializace, občanství, sociální podpory nebo pocitu sounáležitosti,
- faktory strukturální úrovně, kam spadají sociální, environmentální, kulturní a ekonomické faktory, které podporují duševní zdraví (životní úroveň, zaměstnanost, politické a sociální systémy atd.).

Genetické a demografické faktory (např. věk a pohlaví) jsou důležitými determinanty duševního zdraví a přestože na něj působí, není možno je přímo ovlivnit. Pro oblast podpory duševního zdraví jsou proto významnější faktory, které je možno ovlivnit a změnit za účelem podpory duševní zdraví a předcházení jeho zhoršení (Lehtinen, 2008, s. 30). Takové faktory výše označuje Barry a kol. (2019, s. 12) jako strukturální. Lehtinen (2008, s. 30) mezi strukturální faktory zařazuje především sociální struktury a zdroje, dále také sociální interakce.

Některé faktory mohou být příčinou stavu duševního zdraví a jiné zase jeho důsledkem (Lehtinen 2008, s. 29). Na základě jejich působení se dají rozdělit na zdraví posilující (*podpůrné, salutogenní či protektivní faktory*) a pak také na zdraví zhoršující neboli *rizikové faktory* (WHO, 2005, s. 108).

Ke zhoršení duševního zdraví přispívají rizikové faktory, „...*kteří zvyšují pravděpodobnost vzniku nemocí, zhoršení zdravotního stavu nebo vzniku sociálního problému.*“ (Vandiver, 2009, s. 30, přeloženo N. Ch.) V závislosti na působení mohou zvýšit pravděpodobnost dřívějšího nástupu duševního onemocnění a také ovlivnit jeho délku i závažnost (tamtéž, s. 30). Barry a kol. (2019, s. 13) mezi rizikové faktory například zařazují neschopnost vyrovnání se s náročnými životními situacemi (na úrovni jedince), sociální exkluzi (na úrovni společnosti) nebo nezaměstnanost (na strukturální úrovni).

V legislativách a příručkách pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci (BOZP) se v souvislosti s rizikovými faktory také objevuje termín psychosociální rizika, kterými se

označují sociální a psychické faktory, které mohou mít vliv na přívětivé podmínky v práci a při dlouhodobém působení mohou vést ke zhoršenému duševnímu zdraví (EUPAE a TUNED, 2017, s. 10).

Protektivní faktory posilují odolnost jedince vůči rizikovým faktorům a duševním poruchám a zároveň zlepšují duševní zdraví a pohodu. Příkladem protektivního faktoru je například pozitivní sebepojetí, schopnost vyrovnávat se s náročnými životními situacemi nebo dobré fyzické zdraví (na úrovni jedince), pocit sounáležitosti a sociální opora (na sociální úrovni) či vysoká životní úroveň jako příklad faktoru na úrovni společnosti (Barry a kol., 2019, s. 12–13).

#### **1.4 Protektivní a rizikové faktory duševního zdraví ve vztahu k práci**

Duševní stav je výsledkem složité souhry biologických, psychologických, sociálních a environmentálních faktorů. Na pracovišti se vyskytuje celá řada faktorů majících vliv na duševní zdraví zaměstnanců (viz Příloha A). V poslední době přibývá výzkumů potvrzující fakt, že jak kontext, tak i obsah práce mohou mít vliv na duševní zdraví zaměstnanců na pracovišti (WHO, 2005, s. 22). Práce a charakteristiky práce proto byly a stále jsou studovány jako soubory proměnných, které ovlivňují duševní zdraví pracovníků (Parker, 2014, 661-691).

V mnoha případech je literatura úzce specifikovaná na konkrétní faktory nebo podmínky na pracovišti. Je pouze málo širších rámců, které by poskytovaly kompletní výčet všech existujících faktorů. Harvey a kol. (2014, s. 6) proto poskytli podrobný souhrn odborné literatury, ve kterém se zabývají zdravým pracovištěm a souvisejícími faktory v širším měřítku. V rámci jejich publikace rozdělili faktory na pracovišti do tří úrovní:

- faktory na úrovni práce,
- faktory na úrovni týmu a managementu,
- faktory na úrovni organizace.

Dále autoři přidávají faktory na úrovni jedince (osobnost, temperament, kognitivní a behaviorální vzorce, faktory životního stylu apod.) a faktory týkající se konfliktu

mezi domovem a prací, které vystihují míru, do jaké požadavky z domova zasahují do pracovních záležitostí a naopak (tamtéž, s. 6).

Faktory na úrovni práce se uvádí především ve spojení s procesem vytváření pracovních míst (*designem pracovních míst*). Vytváření pracovních míst představuje specifický proces, který se zabývá úpravou pracovních úkolů a jejich seskupováním do organizační struktury. Snahou v tomto komplexním procesu by mělo být vyvážení potřeb organizace a také potřeb pracovníků, kteří budou zařazeni na daná pracovní místa. V rámci procesu vytváření pracovních míst jsou řešeny koncepty jako obsah práce, charakteristiky práce, metody a způsoby vykonávání práce a v neposlední řadě i vztahy na pracovišti (Koubek, 2009, s. 43; Armstrong, 2014, s. 223).

Na duševní zdraví zaměstnanců mohou mít vliv *charakteristiky práce*. Existují charakteristiky práce, které k psychickému zdraví na pracovišti pozitivně přispívají, a jiné, které mají negativní dopady na duševní zdraví.

Hackman (1980, s. 449–450) vytvořil *Model pracovních charakteristik* (The Job Characteristic Model), v rámci kterého uvádí, že s vyšší úrovní psychické pohody jsou spojena ta pracovní místa, které zahrnují:

- používání rozličných dovedností (práce se širokou škálou úkolů, při které zaměstnanec využije rozmanité schopnosti, znalosti a dovednosti),
- identitu úkolu (práce umožňující věnovat se úkolu v plné šíři, nikoliv pouze jeho fragmentům),
- autonomii (možnost rozhodovat podle vlastního uvažování),
- významnost úkolu (vnímání smysluplnosti práce a jejího dopadu na lidi a organizaci),
- zpětnou vazbu, jak od ostatních, tak i od samotné práce.

David, Boniwell a Conley Ayers (2013, s. 734) ve své publikaci uvádí model, který se nazývá *Vitamin model* (The Vitamin Model). Vitamin model rozšiřuje model pracovních charakteristik o další položky, které jsou též významné pro psychickou pohodu. Autoři přidávají charakteristiky, jako je jasnost prostředí (např. jasnost pracovní role, předvídatelné výsledky), dostupnost financí, fyzické zabezpečení (např. bezpečnost

a ochrana při práci), podporující dohled ze strany nadřízených a supervizorů, kontakt s ostatními, profesní prestiž, jistotu zaměstnání, vnější tlak na výkon a spravedlnost.

Výzkumy ukazují, že čím více se tyto faktory objevují v organizaci a působí na pracovníky, tím vyšší míra psychické pohody se u zaměstnanců objevuje. Samozřejmě je důležité, aby to bylo do určité míry, protože příliš mnoho nemusí být ve všech případech vhodné (Harvey a kol., 2014, s. 15). Výsledkem splnění těchto pracovních charakteristik je kromě vyšší psychické pohody také nárůst spokojenosti a motivace zaměstnanců v práci, zlepšení pracovního výkonu a snížení absence a fluktuace (Hackman, 1980, s. 447).

Součástí vytváření pracovních míst jsou i témata *kontroly nad pracovním procesem* nebo *participace na rozhodování* (Harvey a kol., 2014, s. 14–16). Nemožnost participace na rozhodování a nedostatečná kontrola v rámci pracovního procesu se ukazuje jako jeden z klíčových faktorů, které přispívají k prožívání negativních emocí na pracovišti. Karasek (1979, s. 288) zjistil, že pokud práce obsahuje kombinaci nízké kontroly nad vlastní prací a vysokých požadavků na pracovníka, může být důsledkem nespokojenost zaměstnanců a vyšší riziko zhoršeného duševního zdraví a pohody.

V obsáhlé analýze Bowlinga a kol. (2015, s. 95-113) bylo zjištěno, že vnímání nadměrné *pracovní zátěže* silně souvisí se zhoršeným psychickým, ale i fyzickým zdravím. Kocianová (2010, s. 184) uvádí, že „...*nadměrná zátěž a permanentní stres výrazně ovlivňují pracovní pohodu i výsledky jedinců a promítají se zpravidla negativně do skupinové atmosféry.*“

Řada lidí by si proto myslela, že práce s nízkými nároky bude pro duševní zdraví zaměstnanců prospěšnější. Karasek (1979, s. 288) ale uvádí, že práce s nízkými požadavky a vysokou mírou kontroly může zase vést ke znuděnosti a pasivitě zaměstnanců. Nejlepší kombinací je podle autorů vysoká zátěž a možnost volně určovat priority úkolů a využívat své schopnosti k odvedení dobré práce. Taková práce pozitivně ovlivňuje duševní zdraví zaměstnanců a spokojenost v práci.

Design pracovních míst může mimo jiné působit na *faktory na úrovni týmu*. Kocianová (2010, s. 183) uvádí, že nejasná pravidla, překrývající se pracovní náplně, vzájemná

závislost pracovních úkolů nebo časový tlak mohou být důvody, kvůli kterým na pracovištích může docházet k *interpersonálním konfliktům*. Právě ty se zařazují mezi nejčastěji uváděným zdrojem problémů a stresu na pracovišti. V průřezové studii provedené ve Velké Británii na 728 zaměstnancích bylo zjištěno, že špatné vztahy na pracovišti jsou spojeny se zvýšeným rizikem špatného duševního zdraví a zhoršeného fyzického zdraví (Heaphy a Dutton, 2008, s. 137–162).

Vyšší úroveň duševní pohody a zdraví je na pracovištích, kde mezi sebou zaměstnanci mají pozitivní a *důvěryhodné interpersonální vztahy* založené na spolupráci a kde se cítí respektováni. Interakce, které postrádají tyto charakteristiky, častěji indikovaly sníženou duševní pohodu na pracovišti (Mastroianni a Storberg-Walker, 2014, s. 798).

Specifický styl vedení může také být protektivním faktorem duševního zdraví, podle studií transformační a vztahový *leadership* významně přispívají k prožívání duševní pohody na pracovišti a zároveň fungují jako protektivní faktor před jinými rizikovými faktory. Autoritářský styl vedení a liberální styl vedení jsou trvale spojeny s horšími výsledky, pokud jde o nižší produktivitu a angažovanost na pracovišti, spolu s negativními dopady na duševní zdraví a pohodu (Erskine a Georgiou, 2018, s. 34–35). Nicméně Kocianová (2012, s. 33) uvádí, že tyto závěry nelze zobecňovat, protože „...ve specifických případech, respektive v určitém prostředí, může být optimální liberální i autoritativní styl.“

Bregenzer a Jimenez (2021, s. 4–5) také popsali takzvané *vedení podporující duševní zdraví* (Health-Promoting Leadership). Je jím chápáno takové chování vedoucích pracovníků, které posiluje zdroje zaměstnanců související s prací a následně tím zlepšuje zdraví na pracovišti. Vedení podporující zdraví se zaměřuje na prosazování takových praktik, které budou mít pozitivní dopad na duševní zdraví. Je tím například vhodná organizace práce a férové pracovní podmínky, poskytování zpětné vazby a ocenění nebo například podpora otevřené komunikace a vzájemné podpory.

Produktem mezilidských pracovních vztahů je také *sociální podpora*, jež je poskytována v rámci pracovní skupiny a projevuje se jako vstřícná interakce mezi nadřízenými a spolupracovníky. V rámci výzkumu byla zkoumaná pracoviště s podobnou úrovní pracovních nároků na zaměstnance a bylo zjištěno, že pracovní místa s vyšší úrovní

sociální podpory vykazují lepší výsledky z hlediska duševního zdraví zaměstnanců (Johnson a Hall, 1988, s. 1336–1342).

Na úrovni organizace se též vyskytují rizikové a protektivní faktory, které mohou ovlivňovat duševní zdraví zaměstnanců. Například *organizační změny* jako restrukturalizace, snižování počtu zaměstnanců a propouštění mohou u zaměstnanců vést ke strachu z neznámého, pracovní nejistotě nebo pocitu ohrožení stávající struktury sociálních vztahů (Bedrnová a Nový, 1998, s. 531). I tyto faktory negativně ovlivňují psychickou pohodu zaměstnanců a mohou tedy být považovány za rizikové faktory. Je proto třeba dbát na to, aby organizace k zaměstnanci přistupovala tak, že si váží jeho přínosu a že se zajímá o jeho blaho. Tato *organizační podpora* vzbuzuje v zaměstnanci nejen větší jistoty v prospektivní budoucnost ve firmě, ale také navozuje vztah reciprocity a naplňuje sociálně-emocionální potřeby zaměstnanců (např. potřebu úcty), což vede k příznivým postojům a chování vůči organizaci a k větší subjektivní pohodě (Kurtessis a kol., 2017, s. 1854-1884). Nedávný výzkumný přehled poukázal na to, že vyšší úroveň vnímané organizační podpory souvisí se spokojeností v práci a pozitivnějším hodnocením nálady (Rhoades a Eisenberger, 2002, s. 698–714).

Sociální podpora (např. pochvala) může být také vnímaná jako jedna z forem nepeněžní *odměny a ocenění*. Zaměstnanec, který vnímá, že jeho úsilí není opětováno (z hlediska peněz, úcty nebo jiné odměny) a že se mu nedostává odměny za jeho úsilí, prožívá negativní emoce a pocity nespravedlnosti, které mohou vyústit až ke snížené motivaci a psychickému strádání (Siegrist, 1996, s. 27–41).

Z hlediska organizační spravedlnosti se lidé také zajímají o to, zda je jejich mzda spravedlivou odměnou ve srovnání s odměnami, které dostávají ostatní. Kocianová (2010, s. 33) uvádí pojem *procedurální spravedlnost*. Procedurální spravedlnost se týká toho, „...*jak pracovníci vnímají spravedlnost postupů používaných v organizaci v takových oblastech, jako je např. hodnocení pracovníků, povyšování či disciplinární záležitosti.*“

Všechny výše uvedené faktory mezi sebou vzájemně interagují a vytvářejí určité organizační a sociální klima. Organizační klima se dá popsat jako „...*naladění lidí v organizaci, které je důsledkem určitých organizačních a interpersonálních vlivů*

*na jejich subjektivní vnímání a prožívání, projevuje se v jejich mínění na základě osobních i zprostředkovaných zkušeností a může působit na vytváření jejich pracovních postojů.*“ (Kocianová, 2010, s. 20)

Vliv organizačního klimatu na zaměstnance je nepopíratelný. Zaměstnanci, kteří pracují ve firmách s vhodným organizačním klimatem, jsou s větší pravděpodobností angažovanější a prožívají vyšší úroveň pracovní pohody (Viitala, Tanskanen a Säntti, 2015, s. 606–620). Kromě přímých účinků na zdraví zaměstnanců může organizační klima také snižovat účinky pracovního zatížení a chránit zaměstnance v rizikových situacích (Hall a kol., 2013, s. 355–377; Loh a kol., 2018, s. 620–644). Jedna dimenze organizačního klimatu, která může být zvláště důležitá pro duševní zdraví, je také *sociální klima* (neboli psychologické klima). Sociální klima popisuje Kocianová (2010, s. 19) jako „...*charakter (podobu) převládajících vztahů mezi jednotlivými členy pracovní skupiny.*“

Duševní zdraví zaměstnanců může být ovlivňováno faktory na úrovni jedince, práce, týmu, vedení, ale i celé organizace. Na každé z těchto úrovní se objevují protektivní i rizikové faktory. Výčet uvedených faktorů v každém případě není konečný. V této kapitole byla snaha aspoň částečně přiblížit protektivní a rizikové faktory duševního zdraví, které jsou nejčastěji uváděné v mezinárodních publikacích a výzkumech.

## **1.5 Indikátory duševního zdraví**

Indikátory pozitivního duševního zdraví patří mezi významné proměnné mající souvislost se samotným duševním zdravím. Jsou jedním z jeho determinantů a mohou poukazovat na prioritu nebo problém. Jedná se o ukazatele shrnující informace, jež se týkají konkrétního jevu a které poukazují na duševní stav u daného jedince. Je možno je zachycovat měřením na individuální či populační úrovni, a to prostřednictvím průzkumů, analýz socioekonomických ukazatelů, analýz sbíraných dat nebo kombinací těchto a mnoha dalších technik (Korkeila a kol., 2003, s. 452).

V oblasti duševního zdraví platí, že, co je měřeno, bude determinovat i to, co bude zjištěno. Odborníci z oblasti podpory duševního zdraví tvrdí, že indikátory, kterými se řídíme v praxi v oblasti duševního zdraví, jsou založeny na klinických definicích duševní nemoci (tj. diagnózy určitého duševního onemocnění), nikoliv duševního zdraví (Vandiver, 2009, s. 57). Zmíněný přístup je výsledkem historie a tradičního zaměření

v lékařství, které při měření a pozorování duševního zdraví vycházelo především z přítomnosti či nepřítomnosti nemoci, nemocnosti nebo úmrtnosti.

Nepřítomnost nemoci nebo vady byla brána jako indikátor zdraví u jedinců, komunit i populací. Ačkoli je zmíněná perspektiva praktická, poukazuje na to, že existuje dichotomie mezi zdravím a nemocí a že ukazatele nemocnosti jsou dostatečné pro hodnocení iniciativ v oblasti podpory duševního zdraví nebo sledování úrovně pozitivního duševního zdraví u jedinců i v populaci (WHO, 2005, s. 148–149).

Jak již předchozí kapitoly naznačovaly, tento přístup k měření duševního zdraví není dostačující, přesto jej velká část zdravotnictví následuje a indikátorům pozitivního zdraví není věnována taková pozornost. A to i přes fakt, že existuje dostatečné množství pádných důvodů pro rozvoj indikátorů pozitivního duševního zdraví. Mezi hlavní argumenty se například zařazuje zvyšující se zátěž duševního zdraví, omezené léčebné kapacity rozvinutých a rozvojových zemí a iniciativy na politické a vládní úrovni prosazující programy na podporu duševního zdraví (WHO, 2005, s. 148–149).

Vandiver (2009, s. 18–24) v návaznosti na to popisuje, že koncentrace na indikátory duševní nemoci není objektivní a že pouze vyvíjením indikátorů duševního zdraví je možno odhalit opravdové „důkazy“, které budou odrážet celek duševního zdraví jedince. Je třeba ale brát v úvahu, že stav duševního zdraví nemusí vždy nutně vyústit ve „...stav osobní pohody (*well-beingu*), v němž si jedinec uvědomuje své vlastní schopnosti, je schopen zvládat běžné životní stresy, dokáže produktivně a úspěšně pracovat a dokáže být přínosem pro společnost.“ (WHO, 2004, s. 12, Přeloženo N. Ch.)

Jedinci, kteří jsou považováni za duševně zdravé, mohou mít různou míru pohody a také rozdílné úrovně schopností vyrovnání se s běžnými životními stresy. Právě pro tyto dané aspekty je třeba definovat indikátory pozitivního duševního zdraví (WHO, 2005, s. 148–149).

Barry a kol. (2019, s. 10) uvádí, že indikátory pozitivního duševního zdraví obecně mohou vycházet z aspektů, jako jsou psychologické (pozitivní fungování), emocionální (emoce a pocity), sociální (vztahy s druhými a společností), fyzické (fyzické zdraví) a spirituální (smysl života a bytí). Uvedené aspekty jsou součástí pozitivního duševního



zdraví, ale nejsou jedinými kritérii, které se v souvislosti s pozitivním duševním zdravím objevují. Na základě analýzy výzkumných studií bylo zjištěno, že existuje až 60 kritérií nebo proměnných vztahujících se k pozitivní stránce duševního zdraví. Patří mezi ně například kvalita života, odolnost, pocit soudržnosti, prožívání štěstí nebo duševní pohoda (Lluch-Canut a kol., 2013, s. 2). Otázkou zůstává, kolik je třeba faktorů či kritérií k definování duševního zdraví.

Lluch-Canut a kol. (2013, s. 3) uvádí, že jednou z nejstarších publikací zabývající se touto otázkou je práce Marie Jahody, z roku 1985, ve které autorka navrhla šest obecných kritérií a 16 specifických kritérií, které vymezují pozitivní duševní zdraví. I přestože práce Jahody nebyla empiricky uplatněna, řada autorů Jahodu hojně cituje a navazuje na její práci při sestavování svých kritérií a definic duševního zdraví.

WHO (2005, s. 156-157) popisuje, že indikátory pozitivního duševního zdraví na úrovni jedince se většinou týkají individuálního posuzování a vnímání smyslu života, sebeúcty, optimismu, pocitu kontroly nad životem a prací a smyslu pro soudržnost. Lluch-Canut a kol. (2013, s. 2) uvedli, že pozitivní duševní zdraví lze sledovat na základě tendence člověka věřit, že ve svém životě bude prožívat pozitivní nebo negativní zkušenosti, a podle toho kategorizují na dimenzi optimismu a pesimismu.

Ryff (1989, s. 1070–1071) zoperacionalizovala šestidimenzionální teorii psychologické pohody, kam zahrnuje: sebepřijetí, navazování funkčních vztahů s druhými, osobní rozvoj, pocit autonomie, schopnost reagovat na prostředí a vnímání smyslu života. Prostřednictvím svého modelu Ryff zdůrazňuje snahu jedince dosáhnout dokonalosti a rozvinout svůj potenciál na optimálně funkční úroveň.

Keyes do uvedeného modelu vnesl sociologickou perspektivu, a to přidáním kritéria, jež například zahrnuje soulad mezi sebou a společností nebo vztah k sobě samému (Barry a kol., 2019, s. 10). Ke složce sociální pohody ještě Keyes přidává další dvě složky emoční pohody a psychologické pohody (Slezáčková a Pučelíková, 2016, s. 97–98).

Bödeker a Kreis (2004, s. 11–12) vytvořili kompletní seznam evropských ukazatelů, které byly doposud používány pro monitoring fyzického zdraví a duševního zdraví na pracovišti. Ukazuje se, že mezi nejčastější indikátory, které jsou využívány v rámci

mezinárodních výzkumů pro měření zdraví, se zařazují: pracovní úrazy, nemoci z povolání, zdravotní rizika související s prací, zdravotní postižení a nemocenské absence (tamtéž, 2004, s. 11–12). K měření duševního zdraví se v mezinárodních průzkumech používají často nepřímá měřítka duševního zdraví jako například zaznamenané depresivní syndromy (OECD, 2020, s. 113).

V průzkumech *European Working Conditions Survey* (EWCS) nebo *European Quality of Life Survey* (EQLS) se úroveň duševního zdraví zkoumá prostřednictvím Indexu duševní pohody (The World Health Organisation Five Well-being Index neboli WHO-5), vytvořeným WHO (Eurofound, 2017, s. 109–110). Řada autorů (např. Feicht a kol., 2013; Lee, 2022; Schütte a kol., 2015; Gao a kol., 2014, Lipovac a kol., 2020) tuto škálu využívala také ve svých výzkumech, které souvisely s měřením duševního zdraví na pracovišti.

## 2 Podpora duševního zdraví na pracovišti

### 2.1 Vymezení konceptu a cílů podpory duševního zdraví na pracovišti

V podpoře duševního zdraví je hlavním cílem hledat a uplatňovat způsoby, které povedou ke zlepšení duševního zdraví a pohody jedinců a zároveň pomohou předcházet problémům s duševním zdravím ještě před tím, než nastanou (Keleher a Armstrong, 2005, s. 1–2). Prostřednictvím řady metod, strategií a nástrojů je cílem podpory duševního zdraví posílit takové myšlenky, pocity a činnosti, které budou pozitivně působit na duševní pohodu u jednotlivců. Cílem je také zajistit podmínky, které přispějí ke zlepšení duševního zdraví. Vandiver (2009, s. 27) uvádí, že WHO a Ottawská charta označují podporu duševního zdraví za proces, který lidem umožňuje ovlivňovat determinanty duševního zdraví, a tím duševní zdraví zlepšovat.

Evropská síť na podporu zdraví na pracovišti (ENWHP) definuje podporu zdraví jako moderní firemní strategii, jejímž cílem je posilovat zdraví a pohodu zaměstnanců a zároveň předcházet špatnému zdravotnímu stavu u zaměstnanců. Charakterizuje jí to, že je založená na dobrovolné činnosti a budování konsenzu mezi všemi zúčastněnými stranami. Zároveň je podpora duševního zdraví doplňujícím opatřením v oblasti bezpečnosti a ochrany zdraví na pracovišti tím, že jsou v rámci ní podporovány iniciativy ochraňující zdraví zaměstnanců a je zajišťován rozvoj lidských zdrojů i celkový rozvoj organizace (Korzeniowska a Puchalski, 2006, s. 3).

Jeden z významných evropských dokumentů *Lucemburská deklarace o podpoře zdraví na pracovišti v EU* považuje podporu duševního zdraví na pracovišti za společné úsilí organizace a zaměstnanců o zlepšení psychického zdraví a pohody v práci (ENWHP, 1997, s. 2). Duševního zdraví a pohody na pracovišti lze podle dokumentu dosáhnout kombinací:

- zlepšení pracovních podmínek,
- organizace práce a pracovního prostředí, podpory aktivní účasti zaměstnanců na iniciativách, jejichž cílem je podpora duševního zdraví,
- podpory osobního rozvoje zaměstnanců.

Vandiver (2009, s. 333) uvádí pět základních cílů, které má podpora duševního zdraví na různých úrovních:

- zlepšování duševního zdraví jedinců prostřednictvím rozvoje jejich osobních dovedností a kompetencí, které posílí odolnost vůči rizikovým faktorům,
- posilování faktorů, které zlepšují duševní zdraví a pohodu lidí,
- tvoření podpůrného prostředí, které bude mít pozitivní vliv na duševní zdraví a pohodu lidí,
- podporování jedinců a komunit,
- podporu na sociální úrovni, tj. prosazování rovnosti, sociální spravedlnosti a prokazování respektu vůči kultuře.

Barry a kol. (2019, s. 20–21) sepsali základní charakteristiky podpory duševního zdraví na pracovišti, díky kterým je možno získat představu o tom, čím se uvedený koncept odlišuje od jiných přístupů. Podporu duševního zdraví charakterizují následujícími body:

- zaměření na podporu salutogenních a ochranných faktorů spíše než na předcházení rizikovým faktorům,
- práce se silnými stránkami a možnostmi spíše než s deficitem, potřebami a slabými stránkami,
- cílení spíše na zdravé jedince než na jedince z rizikových a ohrožených skupin, nicméně u těchto skupin může přinejmenším doplňovat jiné přístupy (např. prevenci nebo léčbu),
- zaměření na psychosociální, fyzické, kulturní a ekonomické prostředí, které ovlivňuje duševní zdraví jedinců,
- zahrnování činností napříč sektory a prostředími, a to i těch, které jsou mimo sektor zdravotnictví,
- fungování na základě účasti, zapojení a posílení postavení veřejnosti,
- přijímání integrovaných strategií a přístupů, jejichž cílem je podpořit duševní zdraví jedinců na různých úrovních.

V publikaci od World Economic Forum (WEF) se uvádí, že zlepšení duševního zdraví na pracovišti lze dosáhnout těmito kroky:

- zajištěním lepšího povědomí o pracovním prostředí a o tom, jak jej přizpůsobit, aby zlepšovalo a udržovalo dobré duševní zdraví zaměstnanců,
- učením se od vedoucích pracovníků a zaměstnanců, kteří již přijali opatření na podporu duševního zdraví,
- inspirováním se osvědčenými postupy jiných organizací, které již podporu duševního zdraví na pracovišti zavedly,
- porozuměním možnostem a potřebám jednotlivých zaměstnanců a následným vytvářením vhodných zásad pro zlepšení duševního zdraví na pracovišti,
- zlepšením informovanosti o zdrojích podpory duševního zdraví a tom, kde mohou lidé najít pomoc (WEF, 2017, nestránkováno).

Harvey a kol. (2014, s. 7–8) na základě analýzy nejvýznamnějších dostupných poznatků představili šest konkrétních opatření, která lze podniknout, aby bylo dosaženo maximální duševní pohody a zdraví na pracovišti. Organizace by měly zajistit:

- úpravu a řízení pracovních podmínek tak, aby byly minimalizovány negativní dopady na duševní zdraví zaměstnanců,
- podporu ochranných faktorů s cílem maximalizovat odolnost zaměstnanců,
- zvyšování odolnosti jedinců,
- usnadnění včasného vyhledání pomoci,
- podporu zotavování pracovníků z duševní nemoci,
- zvyšování povědomí o duševních nemocech a snižování stigmatizace.

Body 1, 2 a 3 zahrnují položky, které se týkají podpory duševního zdraví a body 4 a 5 se dají označit spíše jako preventivní a léčebná opatření než jako zdraví podporující opatření. Každý z uvedených přístupů také adresuje jinou skupinu zaměstnanců. Zatímco první tři body týkající se podpory duševního zdraví cílí především na zdravé zaměstnance (případně rizikem ohrožené pracovníky), zbylá preventivní a léčebná opatření cílí spíše na zaměstnance, kteří jsou ohroženi rizikem, mají symptomy onemocnění či přímo trpí duševním onemocněním. Výjimkou je pak poslední položka (6), která cílí na všechny skupiny zaměstnanců (tamtéž, s. 7–8).

Aby ale bylo ke konkrétním krokům přistoupeno, je podle WHO (2000, s. 11) důležité, aby si zaměstnavatelé v první řadě uvědomili, že duševní zdraví zaměstnanců je v jejich

legislativním zájmu a že včasné intervence a programy na podporu duševního zdraví jsou pro udržení zdravého pracovního prostředí klíčové. Organizace potřebují efektivní strategie a politiky, které jim pomohou čelit zvyšujícím se pracovním neschopnostem a absencím v zaměstnání. V rukou manažerů je pak prosazení těchto iniciativ a antidiskriminačních předpisů. Politiky a strategie je nutno také pochopit a následně efektivně implementovat.

Je třeba ale také poznamenat, že podpora duševní pohody zaměstnanců není hlavním zájmem organizací. Každý podnik má právní a morální odpovědnost za zajištění bezpečného a spravedlivého pracoviště. Úsilí zaměřené na duševní zdraví pracovníků by mělo přinášet výhody jak pro jednotlivce, tak pro zaměstnavatele nebo organizaci jako celek. Z pohledu jednotlivce by se to rovnalo zdravému vyváženému životnímu stylu a psychické pohodě. Z pohledu zaměstnavatele by to pravděpodobně vedlo ke snížení absencí, zvýšení angažovanosti a produktivity zaměstnanců (Harvey a kol., 2014, s. 9).

## **2.2 Podpora duševního zdraví v evropských a mezinárodních iniciativách**

Na evropské i mezinárodní úrovni existují silné právní a morální důvody pro to, aby na pracovištích bylo podporováno duševní zdraví zaměstnanců. V souladu se zásadami Organizace spojených národů (OSN), Světové zdravotnické organizace (WHO) a Mezinárodní organizace práce (ILO) má každý občan světa právo na bezpečné, zdravé a spravedlivé pracoviště (Barry a kol., 2019, s. 392).

Uvedené tvrzení se také odráží na podporovaných iniciativách jednotlivých mezinárodních organizací. WHO například vydalo *Komplexní akční plán duševního zdraví* (Comprehensive Mental Health Action Plan) na období 2013–2030, ve kterém podporuje důležitost bezpečných a příznivých pracovních podmínek. Podle WHO je třeba věnovat pozornost organizačnímu zajištění práce a iniciativám, které budou pozitivně ovlivňovat duševní pohodu na pracovištích a budou předcházet duševním poruchám. A to například prostřednictvím školení vedoucích pracovníků v oblasti duševního zdraví, intervencí zaměřených na zvládání stresu a programů, které budou podporovat duševní zdraví na pracovišti, ale zároveň řešit také stigmatizaci a diskriminaci (WHO, 2021a, s. 27).

Dalším významným dokumentem WHO je *Evropský rámec pro opatření v oblasti duševního zdraví na období 2021–2025* (European Framework for Action on Mental Health 2021–2025), jehož implementace bude probíhat na celoevropské úrovni. Dokument byl vytvořen v reakci na současné výzvy v oblasti duševního zdraví, které vyplývají z negativního dopadu pandemie covid-19. Pracoviště by podle rámce měly cílit na rozvíjení a realizaci programů na podporu duševní pohody a na prevenci duševních problémů. Dalším cílem by měla být i snaha o podporu zaměstnanců při přizpůsobování se novým pracovním podmínkám a způsobům práce (WHO, 2021b, s. 7).

Zatímco v rámci WHO je zaujímám přístup cílící na protektivní faktory a podporu duševního zdraví, ILO se ve svých iniciativách zaměřuje na předcházení rizikům a nastavování bezpečnosti a ochrany zdraví v práci, vypracovává mezinárodní normy v oblasti ochrany zdraví při práci jako vodítko pro vlády, které pak následně stanovují vnitrostátní předpisy a zákony v oblasti bezpečnosti práce a zdraví při práci. A vnímá ochranu před negativními vlivy práce jako základní pracovní i lidské právo. Všechny její iniciativy v této oblasti tedy cílí na zlepšení pracovních podmínek a zlepšení standardů bezpečnosti a zdraví při práci prostřednictvím národních systémů, legislativních rámců, programů a politik (Barry a kol., 2019, s. 392).

V předchozích letech byl pod záštitou ILO představen například mezinárodní školicí program *SOLVE*, jehož cílem bylo zahrnout podporu zdraví do pracovního prostředí, konkrétně do politik organizace a zároveň rozvinout komplexní systém řízení bezpečnosti a ochrany při práci. Program *SOLVE* rozpracovával témata jako řešení psychosociálních rizik na pracovišti, zlepšování duševní pohody a zdraví v práci, předcházení stresu, předcházení ekonomickým ztrátám apod. (ILO, 2011, nestránkováno). V roce 2020 ILO vydalo publikaci s názvem *Managing work-related psychosocial risks during the COVID-19 pandemic*. Příručka určená pro zaměstnavatele a zaměstnance poskytuje informace k deseti oblastem práce, v nichž je třeba přistoupit ke krokům, které jsou důležité pro prevenci pracovního stresu, podporu pracovního prostředí a zlepšení zdraví a duševní pohody, a to jak v době pandemie covid-19, ale i mimo ni. Řadí sem prosazování psychologické podpory (např. terapií) na pracovišti, úpravu fyzického pracovního prostředí, úpravu pracovní zátěže, pracovního tempa a dalších faktorů na pracovišti (ILO, 2020, s. 6–29).

V rámci EU je bezpečnost a ochrana zdraví při práci důležitým tématem a základním právem každého zaměstnance. Podle *Listiny základních práv EU* článku 12 má každý zaměstnanec „*právo na pracovní podmínky respektující jeho zdraví, bezpečnost a důstojnost.*“ (EUPAE a TUNED, 2017, s. 24)

Na evropské úrovni se otázkám duševního zdraví věnuje Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci (EU-OSHA), která vydala řadu dokumentů, ve kterých jsou představeny příklady správné praxe a přístupy politik v oblasti podpory duševního zdraví a pohody, ale také v oblasti prevence rizik na pracovištích. Pod záštitou agentury probíhají evropské průzkumy mapující bezpečnostní, ale i zdravotní rizika na pracovištích a zároveň mapující i reakce firem na uvedená rizika (Wynne a kol., 2017, s. 37).

Tématům duševního zdraví na pracovišti se věnuje také Evropská síť na podporu zdraví na pracovišti (ENWHP), která spojuje národní zdravotní a bezpečnostní instituce, instituce na podporu zdraví, zdravotní pojišťovny a další významné organizace s cílem podporovat a propagovat dobrou praxi v oblasti podpory zdraví na pracovišti (Wynne a kol., 2017, s. 36). V České republice stála za řadou kampaní. Kampaň *Move Europe* měla za cíl propagovat zdravý životní styl na pracovišti. Kampaň *Mentalhealthwork*, která byla věnována duševnímu zdraví a pohodě na pracovišti, upozorňovala na negativní dopad stresu na zaměstnance. Každoročně se pod záštitou ENWHP také pořádá soutěž pro podniky České republiky s názvem *Podnik podporující zdraví*. V soutěži je na základě vybraných kritérií posuzována úroveň podpory zdraví v přihlášených podnicích a následně je vyhlášen výherce (Lipšová a kol., 2016, s. 4).

Dále zdraví a bezpečnost na pracovišti upravuje komplexní soustava legislativy EU „...*Rámcová směrnice (89/391/EHS), ve které se uvádí, že zaměstnavatel má povinnost zajistit bezpečnost a ochranu zaměstnanců, a to s ohledem na všechny oblasti týkající se práce (Článek 5, bod 1). K uvedeným povinnostem se řadí také ochrana před psychosociálními riziky, která do doby pandemie covid-19 nebyla řešena v žádné samostatné směrnici.*“ (EUPAE a TUNED, 2017, s. 24)

Změna nastala s příchodem pandemie covid-19 a v návaznosti na to došlo v červnu roku 2021 ke zveřejnění první celosvětově uznávané normy v oblasti psychického zdraví



a bezpečnosti na pracovišti. Norma ISO 45003:2021 je prvním standardem, který řeší otázku předcházení pracovním úrazům, předcházení neuspokojivému duševnímu zdraví zaměstnanců a podpory pohody při práci (Vala, 2021, nestránkováno). Ve směrnici jsou řešeny:

- způsoby, jakými určit podmínky, požadavky a okolnosti na pracovišti, které mohou mít negativní dopad na duševní zdraví a pohodu zaměstnanců,
- způsoby, kterými identifikovat rizikové faktory a posuzovat je tak, aby bylo možné určit změny, které jsou nutné pro zlepšení pracovního prostředí,
- způsoby identifikace a kontroly pracovních rizik a řízení psychosociálních rizik v systému řízení bezpečnosti a ochrany zdraví při práci (Vala, 2021, nestránkováno; ISO, 2021, nestránkováno).

Norma ISO 45003:2021 formálně navazuje na normu ISO 45001:2018, která udává, že organizace je odpovědná za bezpečnost a ochranu zdraví při práci (BOZP), a to jak u pracovníků, tak i u dalších osob, které mohou být ovlivněny její činností. Odpovědnost za bezpečnost a ochranu zdraví při práci zahrnuje podporu a ochranu fyzického a psychického zdraví zaměstnanců (ISO, 2021, nestránkováno).

ISO 45001:2018 je součástí právních předpisů, které stanovují požadavky pro bezpečnost a ochranu zdraví na pracovištích (BOZP), jimiž se musí řídit všichni zaměstnavatelé v Evropské unii a také které se promítají do českého *Zákoníku práce*. V české legislativě „...odpovídá uvedenému požadavku normy především pátá část zákoníku práce (zákon č. 262/2006 Sb., § 101–108, § 224), jedná se například o ustanovení o prevenci rizik (§ 102, odst. 2 a 3), o dokumentování vyhledávání a vyhodnocování rizik a o přijatých opatřeních (§ 102 odst. 4), o všeobecných preventivních zásadách (§ 102 odst. 5), o dodržování a zajišťování zlepšování stavu pracovního prostředí a pracovních podmínek (§ 102, odst. 7) a další.“ (Česko, 2022, nestránkováno; Tilhon, 2018, nestránkováno)

Nově vznikající legislativní rámce a mezinárodní iniciativy jsou pouze jedny z mnoha silných argumentů, které zaměstnavatele vedou k zavádění programů na podporu duševního zdraví na pracovišti. Jané-Llopis a Barry (2005, s. 53) uvádí, že při zavádění podpory duševního zdraví na pracovišti je třeba zaujmout strategický a koordinovaný přístup napříč celou organizací, díky kterému bude podpora duševního zdraví

implementována nejen do politik, ale také postupů na pracovišti, které se týkají řízení lidí, zaměstnaneckých práv a pracovních podmínek. Svůj význam má tedy podpora duševního zdraví i na úrovni jedince a organizace.

### **2.3 Podpora duševního zdraví a její význam z hlediska zaměstnance a organizace**

Zaměstnání je jedním z klíčových aspektů, které ovlivňují duševní pohodu a zdraví jedinců. V posledních letech se objevuje narůstající počet studií zabývajících se úlohou práce při podpoře duševního zdraví (Harvey a kol., 2014, s. 9). Ačkoliv je velmi obtížné kvantifikovat vliv práce na sebeúctu, identitu a společenské uznání, většina odborníků se shoduje, že pracovní prostředí může mít významný vliv na duševní zdraví zaměstnanců (WHO, 2000, s. 5).

Z hlediska osobního života práce funguje jako ochranný faktor duševního zdraví. Je významná pro sociální identitu člověka, umožňuje mu časově strukturovat svůj den díky pravidelné činnosti a zároveň mu poskytuje pocit sounáležitosti prostřednictvím sociálních interakcí (Quelch a Knoop, 2018, s. 7). Práce se může stát i rizikovým faktorem a duševní zdraví zhoršit, a to kupříkladu v případě nevhodného pracovního prostředí nebo nevhodné náplně práce (Harvey a kol., 2014, s. 9).

Problémy s duševním zdravím se netýkají pouze samotného zaměstnance, ale mohou mít i své dopady na firmu a její produktivitu. Mohou být hlavní příčinou krátkodobé absence z důvodu nemoci (absentismu), dlouhodobé pracovní neschopnosti, ale také snížené produktivity a výkonu. Též mohou zapříčinit ztrátu motivace ze strany zaměstnanců a zhoršené vztahy na pracovišti (Barry a kol., 2019, s. 390–392). Všechny zmíněné důsledky zhoršeného duševního zdraví mají i své číselné ukazatele.

Duševní zdraví je nákladné pro jedince, zaměstnavatele, trh práce, sociální systém, ale také pro ekonomiku jako celek. V České republice byly v roce 2010 náklady na duševní zdraví vyčísleny na 6,12 miliard eur. Zmíněná částka zahrnovala poskytovanou sociální a zdravotní péči, úslou produktivitu, ale i neformální péči a další náklady (Ehler a kol., 2013, s. 285–286). Janoušková, Winkler a Kázmér (2014, s. 163–165) uvedli, že právě

problémy s duševním zdravím jsou jednou z nejrychleji rostoucích příčin přiznání invalidního důchodu a různých příspěvků na péči.

V České republice v roce 2020 proběhl výzkum, ve kterém se autoři zabývali vlivem duševního zdraví na produktivitu zaměstnanců a také na finanční ztráty, které mohou být důsledkem zhoršeného duševního zdraví. Výzkum byl proveden organizací LMC a Národním ústavem duševního zdraví na vzorku 1003 českých respondentů ve věku 18–64 let. Autoři prostřednictvím řady instrumentů (například škály WHO-5) měřili úroveň duševního zdraví zaměstnanců a následně sledovali i míru prezentismu, absentismu a další (Winkler a Dobrovský, 2021, 40 m 10 s).

Ve výsledcích se ukázalo, že 32 % zaměstnanců ze zkoumaného vzorku vykazuje nízkou úroveň duševní pohody a že zároveň 60 % z nich nevyhledává odbornou pomoc (Winkler a Dobrovský, 2021, 43 m 52 s). Znamená to tedy, že uvedených 60 % zaměstnanců i navzdory neuspokojivému stavu duševního zdraví pravděpodobně není na nemocenské dovolené a zůstávají v zaměstnání (Winkler a Dobrovský, 2021, 52 m 06 s). Jinými slovy se uvedený stav označuje jako prezentismus neboli akt docházky do práce i navzdory problémům se zdravím (Ruhle a kol., 2020, s. 344–363). Výsledky výzkumu naznačují, že u zaměstnanců s nízkou mírou duševní pohody se pohybuje prezentismus na 28,5 % z optimální 100% výkonnosti. Podle výzkumu právě tato část zaměstnanců s nízkým well-beingem pro zaměstnavatele znamená roční ztráty až 13 miliard korun (Winkler a Dobrovský, 2021, 52 m 30 s). Zároveň bylo zjištěno, že zaměstnanci, kteří nevyhledávají odbornou pomoc vykazují vyšší míru prezentismu a znamenají pro organizaci o 6 miliard korun ročních ztrát více než zaměstnanci, kteří při duševních problémech vyhledají odbornou pomoc (Winkler a Dobrovský, 2021, 52 m 25 s).

Výsledky těchto a mnoha dalších studií potvrzují, že investice do podpory duševního zdraví na pracovišti jsou společensky odpovědnou investicí a že se zároveň může jednat o investici, která je pro organizaci, ale i zaměstnance z dlouhodobého hlediska velmi přínosná.

Mezi hlavní přínosy podpory duševního zdraví na pracovišti pro organizaci je možno zařadit:

- *„správné řízení zdraví a bezpečnosti na pracovišti,*
- *pozitivní a pečující image firmy,*
- *zlepšení morálky zaměstnanců,*
- *snížení fluktuace zaměstnanců,*
- *snížení počtu absencí,*
- *nárůst produktivity,*
- *snížení pojistných nákladů a nákladů na zdravotní péči o zaměstnance,*
- *snížení rizika pokut a soudních sporů.“ (Rao, 2019, s. 2, přeložila N. Ch.)*

Mezi hlavní benefity podpory duševního zdraví na pracovišti pro zaměstnance je možno zařadit:

- *„bezpečné a zdravé pracovní prostředí,*
- *redukce stresu,*
- *lepší morálka na pracovišti,*
- *nárůst pracovní spokojenosti,*
- *zlepšení kompetencí a dovedností chránící zdraví,*
- *zlepšení zdravotního stavu,*
- *zlepšení duševní pohody (well-being).“ (Rao, 2019, s. 2, přeložila N. Ch.)*

Řada dalších autorů ve svých výzkumech (např. Werk a Muschalla, 2021; Bellón a kol., 2019) potvrdila pozitivní dopad iniciativ na podporu duševního zdraví na pracovišti, na pracovní výkon, sociální podporu, pracovní spokojenost atd.

## **2.4 Aktuální situace v oblasti podpory duševního zdraví na pracovištích**

Vztahy mezi prací a zdravím jsou čtené a obousměrné (Eurofound, 2017, s. 109). Specifický dopad práce na zdraví zaměstnanců potvrdily výsledky evropského průzkumu, ve kterém se 37 % zaměstnanců EU shodlo, že práce ovlivňuje jejich zdraví. Z toho 12 % zaměstnanců si myslí, že práce jejich zdraví ovlivňuje pozitivně, zatímco 25 % hodnotí dopady práce na zdraví negativně (tamtéž, s. 109). V zájmu organizací je zajistit takové podmínky, které budou pozitivně ovlivňovat duševní zdraví zaměstnanců, což se do pandemie covid-19 dlouhodobě dařilo.

Potvrzují to výsledky průzkumů, které mapují oblast práce a zdraví (včetně duševního zdraví) na pracovišti. Mezi nejznámější průzkumy se řadí *Labour Force Survey* (LFS), *European Working Conditions Survey* (EWCS), *European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks* (ESENER) a *European Company Survey* (ECS).

*Labour Force Survey* (LFS) je průzkum trhu práce, který se uskutečňuje čtyřikrát v roce. LFS zjišťuje informace ohledně pracovního postavení, charakteristik primárního zaměstnání, odpracovaných hodin apod. Od roku 1999 také obsahuje doplňující moduly, které poskytují statistiky o vybraných tématech práce. Poslední průzkum, který zahrnuje otázky týkající se pracovních úrazů, zdraví a rizikových faktorů na pracovišti, byl proveden v roce 2020 (Eurostat, 2021, s. 12-13).

*European Working Conditions Survey* (EWCS) je průzkum poskytující informace o pracovních podmínkách v Evropě. Poslední publikovaný průzkum je z roku 2015. V roce 2021 byl proveden další průzkum a jeho výsledky by měly být publikovány v prosinci 2022. Zkoumá se v něm například status zaměstnání, délka a organizace pracovní doby, organizace práce, ale také fyzické a psychosociální rizikové faktory. Dále jsou rozebírány otázky zdraví a bezpečnosti na pracovišti, rovnováhy mezi pracovním a soukromým životem a úrovně duševní pohody (Eurofound, 2017, s. 8).

*European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks* (ESENER) je rozsáhlý průzkum, který se zabývá tím, jak organizace v Evropě v praxi řeší bezpečnostní a zdravotní rizika. V průzkumu jsou zkoumány bezpečnostní a zdravotní rizika na pracovišti, psychosociální rizika na pracovišti, účast pracovníků na postupech v oblasti BOZP. Poslední průzkum byl provedený v roce 2019 (EU-OSHA, 2019, s. 1).

*European Company Survey* (ECS) mapuje a vyhodnocuje informace o organizacích v celé Evropě. Zahrnuje témata organizace práce, využití dovedností, digitalizace, sociální dialog, ale věnuje se také otázkám duševní pohody ve vztahu k různým specifickým tématům (sleduje úroveň duševní pohody podle velikosti organizace nebo podle sektorů atd.). Poslední průzkum byl proveden v roce 2019 (Eurofound a Cedefop, 2020, s. 1–2).

Podle výsledků výzkumu EWCS je zdravotní stav pracujících osob v Evropě dobrý a v průměru lepší než u běžné populace. Přibližně 78 % pracovníků uvádí, že jsou v dobrém nebo velmi dobrém zdravotním stavu. Také v oblasti duševního zdraví evropští zaměstnanci dosahují hodnot, které jsou charakteristické pro vysokou úroveň duševní pohody (Eurofound, 2017, s. 109). V EWCS bylo duševní zdraví měřeno prostřednictvím Indexu duševní pohody (WHO-5). Celkový průměrný výsledek pracovníků v EU se pohybuje v hodnotách, které naznačují dobrou úroveň duševního zdraví. V průzkumech z předchozích let jsou zaznamenány podobné hodnoty, což poukazuje na to, že duševní zdraví zaměstnanců se již po delší dobu udržuje na analogické úrovni (tamtéž, s. 109).

V posuzování duševního zdraví zaměstnanců je ale třeba brát vždy v úvahu širší společenské, politické i environmentální podmínky, které se od roku 2019 změnily v důsledku pandemie covid-19 a měly znatelný dopad na duševní zdraví zaměstnanců. Online průzkum Eurofoundu (2021, nestránkováno) s názvem *Living, working and COVID-19* v průběhu let 2020 a 2021 měřil dopady pandemie na zdraví, životní pohodu, práci a další oblasti. A bylo zjištěno, že úroveň duševní pohody je nejnižší od začátku pandemie.

K horší úrovni duševního zdraví přispívají také psychosociální rizikové faktory na pracovišti. Analýza dat z výzkumu LFS uvádí, že 44,6 % zaměstnanců se v zaměstnání potýká s rizikovými faktory, které mohou ohrozit jejich duševní zdraví. Nejčastěji zmiňovaným rizikovým faktorem pro duševní pohodu v práci je časový tlak nebo pracovní přetížení, které uvedla téměř pětina (19,5 %) zaměstnaných osob v EU. Jednání s obtížnými zákazníky, pacienty, žáky atd. (10,4 %) a nejistota v zaměstnání (6,1 %) byly dalšími nejčastějšími rizikovými faktory pro duševní zdraví, které lidé uváděli v souvislosti s prací (Eurostat, 2021, s. 10–11).

Kromě toho, že jsou v průzkumech poskytovány informace o rizicích na pracovištích, zjišťuje se také, jakým způsobem organizace rizika adresují. Zjištění z průzkumů, jako je např. *European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks*, mohou tak částečně odrazet aktuální situaci v oblasti podpory duševního zdraví na pracovišti.

Zmiňovaný průzkum byl realizován v roce 2019 ve více než 33 zemích světa (z toho 28 evropských zemích včetně ČR) a ve 45 420 podnicích napříč odvětvími. Cílem bylo

zjistit, jak různé organizace pracují s riziky, a zaměřit se především na psychosociální rizika na pracovištích (EU-OSHA, 2019, s. 1). Výsledky výzkumu ukázaly na následující zjištění:

- 77 % firem uvedlo, že pravidelně hodnotí rizika na pracovišti, 23 % firem nehodnotí rizika na pracovišti pravidelně,
- 76 % podniků uvedlo, že si je vědomo psychosociálních rizik na pracovišti, 24 % organizací (nejčastěji malé a střední firmy) uvedlo, že žádný z psychosociálních rizikových faktorů se na jejich pracovišti neobjevuje (může to však znamenat, že si jich nejsou vědomi),
- Mezi organizacemi, které uvádějí, že jsou si vědomi psychosociálních rizikových faktorů na pracovišti, je 79 % těch, které tato rizika vnímají jako méně obtížné pro řešení než ostatní rizika, 21 % firem se domnívá, že adresování psychosociálních rizik na pracovišti je obtížnější než adresování běžných rizik,
- 65 % podniků nemá žádný akční plán na řešení pracovního stresu na pracovišti, 35 % podniků uvedlo, že má akční plán pro řešení pracovního stresu,
- Služeb psychologa k řešení psychosociálních rizik využívá pouze 20 % dotázaných firem, 80 % organizací služeb psychologa pro zaměstnance nevyužívá,
- K prevenci psychosociálních rizik bylo použito následující opatření:
  - Na organizační úrovni: 44 % firem provedlo v posledních 3 letech reorganizaci práce s cílem snížit pracovní nároky a pracovní tlak, 56 % firem žádné takové opatření neprovádělo, 69 % organizací uvedlo, že umožnili zaměstnancům více rozhodovat o tom, jak mají vykonávat svou práci, a z toho 31 % uvedlo, že takové opatření zaměstnancům neumožnilo.
  - Na individuální úrovni: 43 % firem v posledních 3 letech poskytlo zaměstnancům důvěrné poradenství, zatímco 57 % organizací důvěrné poradenství zaměstnancům neposkytlo, 30 % firem využilo opatření v případě, že zaměstnanec měl mnoho přesčasů nebo nepravdělnou pracovní dobu, 70 % organizací žádné opatření v tomto případě nezavedlo (EU-OSHA, 2022, nestránkováno).

Ve výsledcích výzkumu je možné zaznamenat, že většina podniků si je vědoma existujících rizikových faktorů, které škodí duševnímu zdraví, nicméně pouze některé

z nich přistupují k takovým opatřením, která by jim předcházela a případně duševní zdraví podpořila. I když se zdá, že podniky stále neberou takový zřetel na vznikající psychosociální rizika, po porovnání dat se stejným výzkumem z roku 2014 je možno zaznamenat nárůst o 1–20 % téměř ve všech uvedených oblastech. Například služby psychologa v roce 2014 využívalo pouze 17 % firem (3% nárůst od roku 2014), 6% nárůst od roku 2014 je možno zaznamenat i u adresování stresu na pracovišti a další (EU-OSHA, 2022, nestránkováno).

Významný pokles zprostředkovávání programů na podporu duševního zdraví nastal až s pandemií covid-19. Podle WHO byly pandemií nejvíce postiženy služby a programy prevence a podpory duševního zdraví. Přibližně tři čtvrtiny ze 130 zemí v průzkumu WHO uvedly, že služby a programy podpory duševního zdraví na pracovišti byly v pandemii plně zrušeny nebo částečně narušeny (WHO, 2020, s. 14). A to navzdory tomu, že působení rizikových faktorů, které již předtím negativně ovlivňovaly duševní zdraví zaměstnanců na pracovišti, bylo ještě v důsledku pandemie covid-19 zesíleno (OECD, 2021, s. 1). Dopad pandemie covid-19 se na zaměstnancích projevoval zhoršením pracovní morálky, motivace, ale i celkově zhoršeným duševním zdravím, a proto témata pozitivního duševního zdraví a jeho podpory na pracovišti začala nabývat na významu (Bulińska-Stangrecka a Bagieńska., 2021, s. 1). Již před pandemií covid-19 si zaměstnavatelé a vedoucí pracovníci uvědomovali, že pro chod firmy je důležité udržovat duševní zdraví zaměstnanců na dobré úrovni. Pracovní prostředí a práce samotná je sice jeden z mnoha faktorů, které mohou duševní zdraví jedinců ovlivňovat, ale jejich vliv na duševní zdraví jedince je značný. V organizacích může být pro udržení a podporu duševního zdraví na pracovišti využíváno specifických programů.



## **3 Programy a intervence určené na podporu duševního zdraví na pracovišti**

### **3.1 Specifika implementace programu a intervence na podporu duševního zdraví na pracovišti**

#### **3.1.1 Postup při implementaci programů a intervencí na podporu duševního zdraví na pracovišti**

Implementace se zabývá skutečným zavedením intervence nebo programu podpory duševního zdraví do praxe, ve zkratce se zabývá tím, z čeho se program skládá a jak je realizován (Durlak, 1998, s. 3–4). Dnes je již možno najít řadu doporučení, které je třeba při tomto procesu zohlednit. Nicméně standardizovaný návod, který by popisoval vytvoření a implementaci programů na podporu duševního zdraví na pracovišti, ještě neexistuje. Jedním z důvodů, který za tím stojí, je různorodost organizací. Organizace se liší velikostí, zaměřením, uspořádáním, dostupnými zdroji, ale i různými problémy spojenými s duševním zdravím na pracovišti. Je proto náročné vymyslet univerzální postup, který by odpovídal specifikům všech organizací.

Barry a kol. (2019, s. 131–132) se o vytvoření univerzálního postupu pokusili. Na základě analýzy literárních zdrojů sestavili nejvhodnější postup vedoucí k úspěšné implementaci programů na podporu duševního zdraví. Jejich návod zahrnuje následující kroky:

1. počáteční plánování a zahájení intervence,
2. vypracování plánu realizace,
3. realizace intervence,
4. údržbu a udržitelnost intervence.

Prvním krokem ve fázi počátečního plánování a zahájení intervence by mělo být *posouzení skupiny zaměstnanců* (např. z hlediska potřeb, zdrojů, charakteristik jako je věk, pohlaví, ale také z hlediska rizikových a ochranných faktorů) *a organizace* (např. z hlediska velikosti, typu, ale i specifických problémů, které organizaci a zaměstnance v ní sužují), které se bude implementace programu týkat. Uvedený krok by měl jasně znázornit, proč potřeba intervence vůbec vznikla, a poskytnout detailnější

představu o cílové populaci a firmě (Barry a kol., 2019, s. 132–135). Údaje o zaměstnancích a firmě, které mohou dále sloužit pro *výběr vhodné strategie*, je možno získat například prostřednictvím firemních statistik (např. dat o fluktuaci, absentismu, nemocnosti), firemních průzkumů (např. spokojenosti, well-beingu) nebo rozhovorů s klíčovými osobami, kterými jsou manažeři jednotlivých týmů a také zaměstnanci, kterých se intervence týká (tamtéž, s. 136).

Rozhovory s klíčovými osobami jsou nejen užitečný způsob získávání relevantních informací, ale také způsob, jak zajistit *zapojení klíčových stakeholderů* do procesu implementace (Jané-Llopis a Barry, 2005, s. 50–51). Spolupráce s klíčovými osobami a jejich podpora je důležitá pro to, aby celý proces mohl vůbec začít. K tomu je také potřebná participace všech zainteresovaných stran. Nielsen, Randall a Albertsen (2007, s. 793–810) zjistili, že vliv zaměstnanců na obsah intervence byl důležitou součástí implementace, která následně vedla k vyšší účasti na intervenčních aktivitách a také k požadovaným výsledkům (např. ke spokojenosti zaměstnanců v práci). Mimo jiné měla participace zaměstnanců také pozitivní vliv na *připravenost zaměstnanců na změnu*, kterou především organizační intervence přináší. Změny v organizaci nejsou pokaždé pozitivně vnímanou záležitostí a při implementaci nových opatření je tedy třeba zajistit, že bude změna akceptována. Podle výzkumů, který provedli Weiner, Amick a Lee (2008, s. 379–436), mají zaměstnanci tendenci změnu spíše přijmout, pokud vnímají současnou situaci jako nezdravou a jsou přesvědčeni o nutnosti a přínosnosti změny. Zároveň pokud jsou motivováni na realizaci změny aktivně spolupracovat.

Po zjištění klíčových informací a přípravě potřebné půdy nastává fáze vypracování plánu intervence, která již přechází k *formulaci cílů, úkolů a požadovaných výsledků* (Vandiver, 2009, s. 336). V této fázi dochází k formulaci jasného akčního plánu, v němž jsou uvedeny plánované iniciativy, cíle iniciativ, jejich dopady a způsob, jakým se budou realizovat. Dochází také k *určení konkrétních termínů a osob zodpovědných za řízení iniciativ* (Nielsen a kol., 2010, s. 244). Stanovení konkrétních cílů a záměrů slouží k:

- pochopení klíčového účelu intervence,
- mobilizování stran ke společnému cíli,
- určení kritéria k posouzení úspěšnosti či neúspěšnosti intervence,
- nastavení vzájemných očekávání (Barry a kol., 2019, s. 141–142).

Aby byly cíle sestaveny s ohledem na zájmy všech stran, je doporučováno sestavit z manažerů, zaměstnanců a profesionálů *řídící skupinu*, která bude hájit všechny zájmy v organizaci, identifikovat rizikové skupiny, ale také celý proces koordinovat, hodnotit a posouvat do dalších fází. Tento krok umožní vyšší efektivitu intervence, protože bude odrážet reálné potřeby různých skupin (Nielsen a kol., 2010, s. 238–239). Řídící skupina by se měla následně sejít a sestavit *akční plán intervence*. Sestavování takového plánu není vhodné dělat v pracovní době, měl by na to být vyhrazen čas mimo ni. Pro účely sestavování akčního plánu intervence je možno uspořádat *pracovní semináře* nebo *skupinové diskuse* (focus groups). Využití uvedených metod zajistí určitou strukturovanost a formalizaci setkání a tím pádem i větší pravděpodobnost dosažení kýžených výsledků (tamtéž, s. 244–245).

Sestavení plánu vyžaduje specifické implementační dovednosti a znalosti. Mikkelsen a Saksvik (1999, s. 871–893) uvádějí, že zaměstnanci pocítují obtíže při vypracovávání akčních plánů, když mají jen málo předchozích zkušeností s řešením psychosociálních rizik na pracovišti. Pokud ve firmě tedy nejsou zaměstnanci, kteří by uvedeným disponovali, je třeba vybudovat *organizační kapacitu*. Nielsen a kol. (2010, s. 241) v této souvislosti uvádí pojem *přípravenost organizace na změnu*. Podle autorů je třeba, aby v organizaci byla určitá úroveň vyspělosti a zkušenosti s řešením problémů, aby tyto iniciativy bylo možno implementovat. Jako řešení se například nabízí nábor zkušených odborníků nebo vzdělávací kurzy a tréninky (Barry a kol., 2019, s. 145–146).

Nielsen a kol. (2010, s. 241) uvádí, že organizace s nízkou úrovní stresu u zaměstnanců a s pozitivním psychosociálním pracovním prostředím mohou mít lepší příležitost k rozvoji a realizaci iniciativ v oblasti podpory duševního zdraví na pracovišti. Autoři mimo jiné uvádí: „*To představuje paradox v intervenční práci: organizace, které nejvíce potřebují intervenci, jsou ty, které jsou nejhůře vybaveny k jejímu navrhování a provádění.*“ (tamtéž, s. 241, přeložila N. Ch.)

Další fází v celém procesu je implementace intervence společně s jejím monitorováním a podporou celého procesu. Ve fázi implementace intervence je nejdůležitější, aby se postupovalo podle akčního plánu a stanovených cílů (Barry a kol., 2019, s. 148). Ve výzkumech bylo zjištěno, že v úspěšnosti implementace intervence hraje významnou

roli přístup *středního managementu*, protože právě ten má často zodpovědnost za samotnou implementaci těchto iniciativ (Nielsen a kol., 2010, s. 246). Nielsen a Randall (2009, s. 374–390) zjistili, že hodnocení intervencí ze strany zaměstnanců bylo pozitivnější v případě, že se intervence ujali manažeři středního managementu a zapojili své podřízené do implementace.

Kromě středního managementu také stěžejní role úspěšné implementace spočívá v *komunikaci*. V organizaci je vhodné využít co nejvíce informačních kanálů k propagování iniciativ, ale také pokroků a výsledků aktivit. Komunikace by měla být iniciována i ze strany zúčastněných a klíčových aktérů, protože ti mohou *poskytnout zpětnou vazbu* a umožnit identifikaci slabých a silných stránek programu nebo navrhnout případná zlepšení (Barry a kol., 2019, s. 152). Všechny uvedené vstupy mají svůj význam u následné *evaluace*, která je běžnou součástí procesu implementace.

Podle Rootmana a kol. (2001, s. 300–302) se efektivní evaluace opět vrací na začátek k *posouzení potřeb a charakteristik zaměstnanců a organizace* pomocí informací, které poskytuje například porovnání údajů z firemních statistik a organizačních průzkumů. Při evaluaci by také měl být kladen důraz na *jasný účel evaluace*, což je možné pouze, pokud bude zajištěna rovnováha mezi indikátory procesu (ukazatel toho, co se stalo v průběhu programu), dopadů a výstupů. Dojde pak k lepšímu pochopení, která intervence nebo její části byly efektivní a proč. Při sbírání všech uvedených informací je třeba myslet na jejich *využitelnost a vhodnost*. To se odvíjí například od *správného načasování měření* (např. před, v průběhu a po konání intervence) nebo také od toho, *kdo hodnocení poskytuje* (např. manažer je schopen posoudit změny v produktivitě zaměstnanců, ale těžko posoudí jejich duševní stav). Posledním bodem efektivní evaluace, kterou autoři zmiňují je nutnost *věnování pozornosti etickým záležitostem*. Sbíráni citlivých informací vyvolává otázky ohledně diskrétnosti i ochrany osobních údajů. Povaha údajů o duševním zdraví zaměstnanců vyžaduje opatrnost s jejich nakládáním a plný souhlas všech zahrnutých.

Poslední fází celého procesu je údržba a udržitelnost intervence. V této fázi byl program již úspěšně zaveden, pracovníci už mají zkušenosti nejen s implementací, ale i s řešením specifických problémů s tím souvisejících a zbývá už jen podniknout kroky, které jsou spojené s udržením těchto procesů. *Udržitelnost* se používá jako obecný termín

pro označení pokračování. Udržitelnost je dynamický proces, cíle a strategie pro její dosažení proto musí být průběžně naplánovány a musí docházet k *přizpůsobování se měnícím se podmínkám prostředí*. Podle výzkumů je za významné prediktory udržitelnosti intervence možno považovat *organizační podporu a připravenost na změnu, zvolení vhodné intervence a její dobré plánování a dobře vyškolený personál* (Cooper, Bumbarger a Moore, 2013, 145-157). I v této fázi se ukazuje důležitost monitorování činností v rámci intervence, jelikož právě to může umožňovat zaznamenávání dosažených výsledků a pokroků směrem ke stanoveným úkolům a cílům.

### **3.1.2 Bariéry při implementaci programů a intervencí na podporu duševního zdraví na pracovišti**

Jak do samotného procesu implementace, tak i do následného využívání programů na podporu duševního zdraví vstupuje řada bariér, které celý proces komplikují a zároveň častokrát znemožňují i jeho úspěšnost.

Rojatz, Merchant a Nitsch (2017, s. 833) na základě kvalitativního systematického přehledu literatury identifikovali faktory, které nejčastěji ovlivňují fáze implementace podpory duševního zdraví na pracovišti. Podle autorů může být úspěšnost implementace v různých fázích ovlivněna:

- faktory na kontextuální úrovni,
- faktory na úrovni organizace,
- faktory na úrovni intervence,
- faktory na úrovni realizátora,
- faktory na úrovni účastníků,
- faktory na úrovni datových a metodický aspektů.

Je možné si všimnout, že uvedené faktory jdou od obecné úrovně ke konkrétní. Na *kontextuální úrovni* jsou pod bariérami představovány často podmínky, které jsou z hlediska organizace těžko ovlivnitelné. Jedná se například o vnější podmínky (ekonomická situace) nebo externí změny v řízení projektu. Na *úrovni organizace* už se jedná o konkrétní a rozsáhlou řadu faktorů. Jako hlavní faktory, které mohou být potencionální bariérou při implementaci na organizační úrovni, byly určeny faktory: (1) struktura organizace a fyzického pracovního prostředí, (2) podpora ze strany vedení

nebo zástupců odborů a (3) zdroje (čas, peníze apod.). Další identifikovanou bariérou byly faktory jako organizační klima (např. protichůdné zájmy, konflikty) a nedostatek zkušeností s podporou zdraví na pracovišti (Rojatz, Merchant a Nitsch, 2017, s. 834–835). Uvedené bariéry se objevily i ve výzkumné studii Montana, Hovena a Siegrista (2014, s. 6), kteří sledovali dopady organizačních intervencí na duševní zdraví a následně se zaměřovali na to, proč některé intervence nebyly úspěšné.

V té samé studii byly identifikovány i různé *faktory na úrovni účastníků*. Podstatnou překážkou, která stála za neúspěchem některých intervencí, byla chybějící participace pracovníků na procesu plánování a chybějící komunikace (Montano, Hoven a Siegrist, 2014, s. 6). Chybějící komunikace následně může zapříčinit i to, že v organizaci není o daných programech povědomí a zaměstnanci jich pak nevyužívají, a tudíž se nedosáhne kýžených výsledků (Qu a Ozersky, 2019, s. 33). Důvodem k nevyužití nabízených programů a aktivit mohou také být profesní povinnosti, které zaměstnancům neumožňují účast na aktivitách (Rojatz, Merchant a Nitsch, 2017, s. 836). Montano, Hoven a Siegrist (2014, s. 6) následně zmiňují, že ze strany zaměstnanců se může stát bariérou i nedostatečná motivace jednak k podpoře těchto iniciativ a jednak k následnému dodržování.

*Faktory na úrovni intervence* již byly částečně diskutovány v předchozí kapitole. Úspěšnost či neúspěšnost intervence může ovlivnit to, do jaké míry odpovídá požadavkům organizace, ale i očekávání pracovníků. Bariérami mohou být nevhodně zvolené formy, koncepty nebo přístupy intervence, ale i časový plán. Při implementaci intervence jsou také důležité osoby, které tyto intervence realizují. Znalosti, kompetence a hlavně přístup realizátorů ovlivňují úspěšnou implementaci i následné efekty, které se projeví na účastnících (Rojatz, Merchant a Nitsch, 2017, s. 836).

*Faktory na úrovni datových a metodických aspektů* se mohou stát bariérou ve fázi hodnocení, která je závěrečným krokem celého procesu implementace a udává nám informace o tom, zda intervence byla úspěšná, nebo neúspěšná a případně proč. Tyto informace mohou při špatném zacházení s daty (např. špatné vyhodnocení, subjektivní hodnocení, nepřesnosti) následně chybět či neukazovat skutečný stav situace, což může mít i další důsledky (Rojatz, Merchant a Nitsch, 2017, s. 836). V případě, že údaje o úspěšnosti daných intervencí chybí, ztěžuje to například následnou argumentaci

a prosazování těchto iniciativ u vedení, které má klíčový vliv na prosazování těchto aktivit.

Posledním, ale velmi důležitým specifickým, které se prolíná napříč všemi uvedenými úrovněmi, je *stigma*. Stigma představuje negativní postoj společnosti vůči člověku s duševním nedostatkem a může vést k vyloučení jedince ze společnosti (WHO, 2000, s. 28). Na životě dané osoby se stigma může projevit tím, že jsou pro něj běžné příležitosti hůře dostupné (hledání práce, ubytování apod.). Qu a Ozersky (2019, s. 33) uvádějí zjištění výzkumu, které ukazuje na to, že velká část zaměstnanců by se nesvěřila svému vedoucímu při problému s duševním zdravím a zároveň by měla obavy, že jejich reputace a kariéra bude v důsledku prozrazení těchto informací poškozena. Část z nich proto tedy ani možnosti využití podpory duševního zdraví následně nevyužije, a to i navzdory problémům s duševním zdravím.

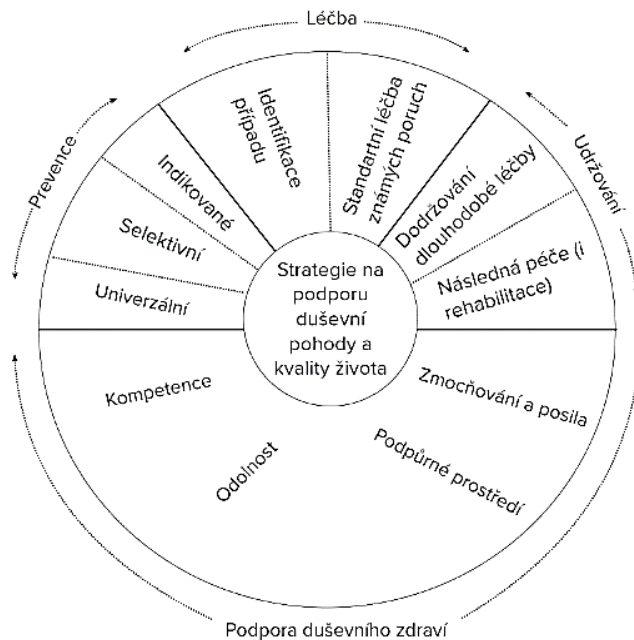
Výsledky průzkumu *European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks* poukazují na podobné bariéry při adresování psychosociálních rizik na pracovišti. Nejčastější bariérou je právě neochota mluvit o otázkách týkajících se psychosociálních rizik. Dalším častým důvodem je chybějící povědomí u zaměstnanců a managementu a poslední zmiňovanou bariérou je nedostatek odborných znalostí a odborné podpory (EU-OSHA, 2021, s. 16).

### **3.2 Programy určené na podporu duševního zdraví na pracovišti**

K dosažení dobré úrovně duševního zdraví na pracovišti může vést řada *programů*, které se mohou doplňovat a vytvářet komplexní systém péče o duševní zdraví (Barry a kol., 2019, s. 18). Na základě uvedeného předpokladu autoři vytvořili rámec, který zahrnuje čtyři typy programů péče o duševní zdraví:

1. program na podporu duševního zdraví,
2. preventivní program,
3. léčebný program,
4. program určený na stabilizaci dobrého stavu duševního zdraví.

Obrázek 2 **Modifikované spektrum intervencí v oblasti duševního zdraví**



Zdroj: Barry a kol., 2019, s. 18, přeloženo N. Ch.

V programu na podporu duševního zdraví je cílem zprostředkovat takové informace a aktivity, které pozvednou úroveň duševního zdraví zaměstnanců prostřednictvím práce s protektivními faktory. V minulosti bylo u těchto programů prvním krokem (1) vyhodnocení duševního zdraví (např. míry duševní pohody), následně (2) identifikace ochranných faktorů (např. dobré vztahy na pracovišti, podpora ze strany vedení) a posledním krokem byla (3) intervence zaměřená na podporu zdraví s cílem posílit ochranné faktory. Intervence mohla zahrnovat například teambuildingové aktivity, dny duševního zdraví na pracovišti (Vandiver, 2009, s. 31). Současný přístup zaměřující se na podporu duševního zdraví následuje jiný postup. Nejdříve (1) identifikuje ochranné faktory (např. schopnost vyrovnat se s náročnými životními situacemi), následně (2) poskytuje intervenci zaměřenou na podporu duševního zdraví (např. workshop na získání kompetencí potřebných k práci se stresem), která ochranné faktory podpoří, poté (3) vyhodnocuje dopad na duševní zdraví zaměstnanců (tamtéž, s. 31).

Barry a kol. (2019, s. 25) představují řadu aspektů, na které mohou intervence v rámci programů podpory duševního zdraví cílit. Podle autorů mohou být intervence zaměřené na kompetence (např. posílení kompetencí pro práci s pracovním stresem), odolnost



(např. techniky pro vyrovnávání se s náročnými životními situacemi) a posílení nebo také zmocňování tím, že budou zvyšovat kontrolu lidí nad jejich životem. Uvedený výčet není kompletní a může se lišit i v závislosti na autorovi.

Programy na podporu duševního zdraví by měly být doplňovány i o další přístupy, a proto by komplexní péče o duševní zdraví zaměstnanců měla zahrnovat i preventivní programy. Ačkoliv se podpora duševního zdraví a prevence doplňují, jedná se ve svém zaměření o odlišné koncepty. Oba přístupy chápou duševní zdraví v jiném smyslu a nezřídka často dochází k jejich zaměňování v průběhu formování vhodných iniciativ pro podporu duševního zdraví na pracovišti, je proto nutné tyto dva přístupy vymezit a zároveň poukázat na jejich vzájemnou neodmyslitelnou provázanost. WHO (2004, s. 5) uvádí, že tyto strategie mají společné hlavní cíle, kterými je především ochrana, udržování a zlepšování duševního zdraví, a to prostřednictvím posilování protektivních faktorů a omezování rizikových faktorů.

Rozdíly jsou způsobeny tím, na jaké faktory a činnosti se prevence a podpora duševního zdraví zaměřují. Prevence se zaměřuje na snížení pravděpodobnosti působení rizikových faktorů, jejich odstranění a zabránění jejich působení (Vandiver, 2009, s. 28–30). Jedná se o „...*negativní koncept ve smyslu proti něčemu, proti chorobám...*“ (Vašina, 2009, s. 18). *Preventivní program* tedy vychází z negativního pojetí duševního zdraví. Při volbě vhodného postupu se nejprve určují cílové podmínky (např. syndrom vyhoření) a poté se odhalují rizikové faktory (např. nadměrná pracovní zátěž v práci), které ke zhoršení duševního zdraví přispěly, a následně dochází ke snahám snížit riziko zhoršení duševního stavu, např. prostřednictvím wellness programů na pracovišti (Vandiver, 2009, s. 28).

Řada programů má rozdílné zaměření na cílové skupiny, cílové intervence, obsahy i procesy, nicméně programy mají také mnoho základních prvků společných a odvozených od stejných teoretických konceptů. Vandiver (2009, s. 31) dokonce uvádí, že podpora duševního zdraví může obsahovat komponenty prevence a naopak. Například programy na podporu duševního zdraví, které nabízí zaměstnancům psychologické vzdělání, mohou zahrnovat i vzdělávací materiály, které zahrnují informace o konfliktech na pracovišti, které představují spíše rizikový faktor.

*Programy zaměřené na léčbu a stabilizaci dobrého stavu duševního zdraví* pracují s jedinci, kteří již mají problémy s duševním zdravím a nebývají na pracovišti tak časté, využívá se spíše předchozích dvou přístupů.

### **3.3 Intervence určené na podporu duševního zdraví na pracovišti**

Programy bývají realizovány prostřednictvím intervencí. *Intervence* jsou již konkrétní zásahy nebo cíleně uplatňované strategie v rámci programu duševního zdraví, jejichž cílem je zlepšení duševního zdraví zaměstnanců, předcházení rizikovým faktorům nebo řešení konkrétních problémů s duševním zdravím (Paterson a kol., 2021, s. 4). Barry a kol. (2019, s. 18) uvádí, že příkladem intervence mohou být konkrétní aktivity zlepšující kompetence zaměstnanců, jejich duševní odolnost nebo také iniciativy cílící na zlepšení pracovního prostředí.

V literatuře je možno se setkat s mnoha teoretickými rámci, ve kterých dochází k vymezení intervencí, např. podle cílové skupiny, konkrétních aktivit a cílů. Nejznámější rozdělení vychází z preventivního rámce, v němž jsou intervence rozděleny na primární, sekundární a terciální. Intervence v programech na podporu duševního zdraví na pracovišti jsou podle některých autorů chápány spíše jako součást primární intervence. Barry a kol. (2019, s. 18) chápe podporu duševního zdraví a prevenci jako dva oddělené přístupy, které spolu úzce souvisí a doplňují se.

Kromě dělení intervencí dle preventivního rámce je také časté rozdělení podle úrovně, na které intervence působí. Intervence podle uvedeného přístupu mohou být rozděleny na intervence na individuální a organizační úrovni.

#### **3.3.1 Intervence primární, sekundární a terciální prevence**

Obecně se intervence v oblasti prevence rozdělují na primární, sekundární a terciální. *Primární prevence* zahrnuje proaktivní opatření, jelikož jsou v průběhu intervence podnikány kroky k redukci známých rizikových faktorů ještě před tím, než mají dopad na duševní zdraví jedince (Vandiver, 2009, s. 29). Cílem je především předcházet výskytu problémů souvisejících s duševním onemocněním a zároveň posílit odolnost vůči rizikovým faktorům (Barry a kol, 2019, s. 16). Primární prevenci je možno rozdělit na univerzální (působící na celou populaci), selektivní (vybraní náchylní jedinci)

a indikovanou, která zahrnuje vysoce rizikové jedince, ale s minimálními známkami ohrožení (Vandiver, 2009, s. 29). V pracovním prostředí může primární intervence například znamenat redesign pracovního místa s cílem předcházet pracovnímu stresu a následnému syndromu vyhoření u zdravých jedinců. Ve firmě většina primárních intervencí cílí na organizační nebo pracovní prostředí, nicméně jsou i takové, které působí na individuální úrovni (LaMontagne a kol., 2014, s. 3).

*Sekundární prevence*, resp. opatření na sekundární úrovni, se považuje za nejvyskytovanější formu ve firmách. V sekundární intervenci se již reaguje na vzniklý problém a cílem je minimalizovat jeho následky, a tím i zabránit jeho přechodu do dlouhodobější formy a předejít ekonomickým ztrátám. Sekundární intervence působí na jedince s cílem buď změnit jeho vnímání rizikových faktorů, nebo reakci na takové faktory. V praxi je to například trénink zaměřený na zvládání stresu, jehož cílem je pomoci zaměstnancům kontrolovat nebo modifikovat jejich reakci na stresové situace (LaMontagne a kol., 2014, s. 3).

Intervence na *terciální úrovni* jsou navrženy tak, aby snižovaly důsledky již existujících problémů s duševním zdravím. Daly by se označit jako reaktivní, protože reagují na již existující stav s cílem jej korigovat a minimalizovat dopady na běžné fungování jedinců, ale i samotné organizace (Riba, Parikh a Greden, 2019, s. 8). Konkrétním příkladem je *zaměstnanecký asistenční program* (Employee Assistance Program, zkráceně EAP), který umožňuje zdarma absolvovat psychologické sezení v případě vyskytujících se problémů s duševním zdravím (LaMontagne a kol., 2014, s. 3).

Tabulka 1 Typy intervencí a jejich charakteristika

Typ intervence	Stadium	Cílová populace	Cíl	Konkrétní opatření
<b>Podpora duševního zdraví a primární intervence</b>	Žádné duševní problémy	Celá populace a jedinci ohrožení rizikovými faktory	Předcházet problémům s duševním zdravím a zlepšovat duševní zdraví	Úprava pracovních podmínek, podpora protektivních faktorů, posilování odolnosti jedinců
<b>Sekundární intervence</b>	Rané stadium problémů s duševním zdravím	Jedinci ohrožení rizikovými faktory a jedinci s prvotními symptomy	Odhaliť problémy s duševním zdravím včas a poskytnout pomoc	Posilování odolnosti jedinců, usnadnění včasného vyhledání pomoci

<b>Terciální intervence</b>	Pozdní stadium problémů s duševním zdravím	Jedinci s duševními problémy	Snižovat komplikace spojené s duševním onemocněním a zajistit zotavení	Uspadnění včasného vyhledání pomoci, podpora zotavování pracovníků z duševní nemoci
-----------------------------	--	------------------------------	--	---

Zdroj: vlastní zpracování na základě Palfrey, 2018, s. 144; Harvey a kol., 2014, s. 7

Systematické přehledy prevence ukazují, že primární intervence je obecně účinnější než sekundární intervence a že sekundární je účinnější než terciální. Nicméně je důležité poukázat na to, že tyto přístupy se vzájemně nevylučují a měly by být využité v kombinaci (LaMontagne a kol., 2014, s. 3). Například při problému s pracovním stresem na pracovišti se dají využít všechny přístupy. Primární prevence prostřednictvím zlepšování pracovního prostředí doplňuje sekundární intervenci, která se přímo zabývá jednotlivými individuálními faktory a odhaluje dopady pracovního stresu dostatečně včas, aby případná terciální intervence byla maximálně účinná. V ideálním případě by měly být problémy identifikované v sekundární a terciální prevenci následně reflektovány v primární prevenci (tamtéž, s. 3).

Riba, Parikh a Greden (2019, s. 8) uvádí, že nejefektivnější programy na podporu duševního zdraví na pracovišti jsou komplexní a zahrnují prvky ze všech tří úrovní prevence. Také by měly obsahovat různé formáty a služby, aby bylo možno oslovit co nejširší škálu zaměstnanců, a zároveň by měly být schopné co nejvíce se přizpůsobit konkrétnímu prostředí či zaměstnanci. Každý podnik je svým způsobem jedinečný, a proto i programy na podporu zdraví by měly co nejvíce odpovídat kultuře firmy, povaze práce nebo geografické poloze.

### **3.3.2 Intervence na individuální a organizační úrovni**

Jiný pohled na rozdělení intervencí, který je častěji využíván ve spojitosti s podporou duševního zdraví na pracovišti, rozřazuje jednotlivé intervence podle úrovní. Rozdělení jednotlivých úrovní se často liší podle autorů. Například Salanova a kol. (2012, s. 788–793) představili takzvaný HERO model (Healthy and Resilience Organization Model), který bere v potaz individuální a organizační způsoby zlepšování zdraví. Předpokladem

pro zdravou organizaci jsou podle tohoto modelu (1) zdravé organizační zdroje a postupy (např. podpora týmovosti, autonomie.), poté (2) zdraví zaměstnanci (např. odolní, angažovaní) a (3) zdravé organizační výsledky (např. kvalita práce, pracovní výkon). Všechny tyto složky mezi sebou mají souvislost. Organizace, které mají všechny tři složky, dokážou mnohem lépe pracovat s krizemi a změnami.

Barry a kol. (2019, s. 40) uvádí, že na duševní zdraví tak, jak je vnímáno a pozorováno na pracovišti, je však nejčastěji nahlíženo z hlediska dvou hlavních filozofií. Filozofie se rozdělují podle toho, zda mají být orientovány na zaměstnance, nebo na organizační charakteristiky pracoviště. Z uvedených filozofií následně vychází i rozdělení intervencí na:

1. intervence na individuální úrovni,
2. intervence na organizační úrovni.

Oba uvedené typy intervence byly ve výzkumech zkoumány, přičemž pozornost byla věnována především intervencím na individuální úrovni, a to především kvůli snadnosti implementace i realizace (Leka a kol., 2014, s. 27). Také ve firmách bývá často více věnovaná pozornost prvnímu přístupu než druhému (Probst, 2013, s. 1–4). Nicméně v posledních letech je možno zaznamenat nárůst publikací a výzkumů zabývajících se i otázkami organizačních intervencí.

Často zkoumaným tématem daných výzkumů je především efektivita jednotlivých intervencí, která je již po dlouhou dobu důvodem rozporů mezi výzkumníky a praktiky. Takové rozpory mohou být obzvláště výrazné v oblastech, kde je praxe aktivnější než výzkum, nebo když se jedná o teoretizování v relativně nových a nezralých oblastech (Murray a Biron, 2015, s. 2).

V řadě systematických rešerší se povedlo pozitivní vliv intervencí na duševní zdraví zaměstnanců potvrdit (Van Agteren a kol., 2021; Pieper, Schröer a Eilerts, 2019; LaMontagne a kol., 2007; Lipovac a kol., 2020; Ryan a kol., 2021; Corbière a kol., 2009; Mills, Fullagar a Culbertson, 2016). Organizační strategie jsou podle některých výzkumů efektivnější ve zlepšování duševního zdraví oproti opatřením na individuální úrovni. Jiní autoři se staví do opozice s názorem, že ještě stále není dostatek studií, které by prokázaly,

že organizační intervence jsou účinnější než individuální intervence (Murray a Biron, 2015, s. 17). Na čem se odborníci shodnou, je to, že největší vliv na zlepšení duševního zdraví mají opatření, která kombinují oba přístupy (Leka a kol., 2014, s. 27–28). Chce-li tedy firma nabídnout zaměstnancům *komplexní a ucelený program podpory duševního zdraví*, je třeba, aby na pracovišti byly uplatňovány intervence jak na individuální, tak i na organizační úrovni.

### **Intervence na individuální úrovni**

Intervence na individuální úrovni se zaměřují na duševní zdraví jako produkt individuálního chování a odpovědnosti zaměstnance. Představují vše, co si zaměstnanci přinášejí na pracoviště z hlediska osobních zdrojů, životního stylu, přesvědčení, postojů, hodnot a dědičné výbavy. Podpora duševního zdraví vycházející z této filozofie se zaměřuje na jedince či skupiny jedinců a jejich chování. Individuální intervence zahrnují takové způsoby, které se zaměřují především na silné stránky, možnosti a potřeby jednotlivých pracovníků. Působí prostřednictvím různých programů a strategií s cílem zvýšit úroveň duševní pohody u zaměstnanců (Shain a Kramer, 2004, s. 643). Konkrétními příklady mohou být strategie vycházející z kognitivně-behaviorálních přístupů, jako jsou tréninky zaměřené na zlepšení odolnosti, práci se stresem, ale také relaxační techniky či různé formy poradenství (Barry a kol., 2019, s. 40).

Semmer (2006, s. 519) uvádí, že cílem individuálních intervencí je vést zaměstnance k tomu, aby:

- reinterpretovali události přívětivějším způsobem (změna v kognitivní odpovědi),
- účinněji pracovali a vypořádávali se s různými situacemi (změna v behaviorální odpovědi),
- podnikali kroky, které jim umožní se lépe adaptovat na pracovní prostředí či nacházet způsoby, jak jej změnit (změna v adaptivních kompetencích).

Zvláště poslední bod by měl být zdůrazňován. Intervence totiž nemusí pracovat pouze se symptomy, ale také mohou případné problémy analyzovat a hledat způsoby jejich řešení (Semmer, 2006, s. 519).

K výše uvedeným cílům je možno dojít prostřednictvím uplatnění konkrétních metod. Metody, které budou uvedeny, spadají podle Kocianové (2010, s. 169–197) do oblasti

personálního poradenství (např. psychologické poradenství), ale velká část z nich také velmi úzce souvisí s oblastí firemního vzdělávání (např. workshopy, koučink).

WHO se ve své publikaci zmiňuje, že *workshopy* mohou být účinnou metodou pro redukci stigmatu a zvyšování povědomí o duševním zdraví na pracovišti, ale i vhodným způsobem zlepšování zdraví (WHO, 2005, s. 49). Workshopy představují organizovanou formu setkání nad určitým problémem nebo okruhem problémů. V průběhu workshopu bývá přítomen specialista, který se danému tématu přímo věnuje, ale i moderátor a zapisovatel. Po skončení většinou dochází k zaznamenání výsledků a následuje práce s nimi (Langer, 2016, s. 160). WHO (2005, s. 40) uvádí, že workshop může sloužit ke vzdělávání zaměstnanců o tom, jak pečovat o svou duševní pohodu, i ke školení nadřízených, aby porozuměli otázkám duševního zdraví na pracovišti.

O něco méně interaktivní metodou, která může být využívána k podpoře duševního zdraví na pracovišti, jsou *přednášky*. Pro přednášku je charakteristické, že větší důraz je kladen na aktivitu přednášejícího než na aktivitu účastníků (Langer, 2016, s. 156). Obdobou přednášky je takzvaný *seminář*, který je specifický v zaměření na jedno vybrané téma a ve větším zapojení účastníků do výuky. V porovnání s workshopem je tento typ metody zaměřen spíše na zvýšení efektivity vzdělávacího procesu než na vyřešení konkrétního problému (tamtéž, s. 159).

Na většině pracovišť se zaměstnanci mohou aktivně připravit na zvládání pracovního tlaku tím, že posílí své kompetence pro zvládání zátěže nebo svou osobní odolnost. K tomu mohou sloužit *tréninky*. V poslední době stoupají na popularitě takzvané *mindfulness tréninky*, jejichž cílem je podporovat stavy všímavosti. Jedná se o metodu, která zaměstnancům pomáhá rozvíjet strategie zaměřené na regulaci emocí a reakcí (Holman, Johnson a O'Connor, 2018, s. 3). Výzkumníci Vonderlin a kol. (2020, nestránkováno) provedli metaanalýzu 56 studií a zjistili, že tréninky všímavosti účinně podporují zdraví a pohodu zaměstnanců v různých pracovních prostředích. V organizacích jsou také často využívány *tréninky zaměřené na zvládání stresu*. Tréninky zaměřené na zvládání stresu představují kombinaci přístupů, které pomáhají jednotlivcům pracovat se stresem. Mohou například zahrnovat aktivity zaměřené na nácvik strategií zvládání stresu (Barry a kol., 2019, s. 399). Tento druh tréninků může být obzvláště vhodný také pro vedoucí zaměstnance, kteří často pracují pod vyšší mírou stresu.

Tréninky pro vedoucí zaměstnance jsou důležité, protože jejich role je klíčová pro budování odolnosti a udržování dobrých pracovních podmínek na pracovišti (Harvey a kol., 2014, s. 36).

*Koučink a mentoring* jsou metody, které mají mnoho společného, ale jejich zaměření se liší. V obou metodách je důležitý vztah založený na spolupráci, a to buď mezi koučem a koučovaným, nebo mentorem a mentee. Koučink na pracovišti je využíván k získávání dovedností, zlepšení duševní pohody a zlepšení pracovního výkonu. V mentoringu jde spíše o zaměření na dlouhodobé získávání dovedností a rozvoj kariéry (Harvey a kol., 2014, s. 39–40). Langer (2016, s. 190–192) zdůrazňuje, že koučink i mentoring bývají vysoce efektivními metodami díky individuálnímu přístupu, komunikaci, kooperaci a okamžité zpětné vazbě. Také uvádí, že se jedná o účinný způsob budování loajality s firmou. Řada studií potvrdila, že koučink usnadňuje dosažení cílů, zvyšuje psychickou a subjektivní pohodu a zároveň je účinnou metodou pro řešení problémů s duševním zdravím (Jeannotte, Hutchinson a Kellerman, 2021; Grant, Curtayne a Burton, 2009). Přesto Harvey a kol. (2014, s. 39–40) k mentoringu a koučinku dodávají, že ještě stále neexistuje dostatek výzkumů, které by potvrdili jejich účinnost ve spojitosti s duševním zdravím.

Některé metody používané k podpoře duševního zdraví na pracovišti jsou zařazovány spíše do kategorie léčebných programů než zdraví podporujících programů. Takovým příkladem jsou *terapie a psychologická poradenství*. Harvey a kol. (2014, s. 38) ale uvádí, že tyto metody mohou sloužit i k posílení odolnosti zaměstnanců a případně předcházení problémům s duševním zdravím. V podpoře duševního zdraví na pracovišti se jako velmi účinná jeví *kognitivně-behaviorální terapie*, jejímž základem je diagnostika způsobů chování a myšlení, přičemž následným cílem je odstranění nevhodných, dysfunkčních vzorců chování a myšlení, zlepšení regulace emocí a osobních strategií zvládnání stresu a dalších zátěžových situací (Barry a kol., 2019, s. 430).

Doposud uvedené metody se zabývají prací s psychologickou (duševní) stránkou osobnosti, nicméně pro duševní zdraví je rozhodující i zdraví fyzické. Nabízení *relaxačních a cvičebních lekcí pro zaměstnance* na pracovišti může být vhodným firemním benefitem. Uvedené techniky staví na předpokladu, že stavy relaxace a stresu jsou protikladné, tudíž vyšší míra relaxace by měla mít za důsledek nižší míru stresu.



K navození stavu relaxace je možno využít například jógu, meditaci nebo jiný způsob cvičení (Holman, Johnson a O'Connor, 2018, s. 3).

Své místo v metodách využívaných k podpoře duševního zdraví na pracovišti v posledních letech získávají online metody. Mezi ty se řadí *webináře*, které je možno definovat jako online semináře v reálném čase (Zormanová, 2017, s. 191). Jejich výhodou je to, že účastníci se mohou připojit prakticky odkudkoliv, což platí i pro přednášející. Jejich oblíbenost stoupla především v době pandemie covid-19, ve které firmy hledaly způsoby, jak podpořit duševní zdraví zaměstnanců. Kromě webináře je využití online nástrojů možné i u jiných uvedených metod, např. u terapie. Na pracovištích jsou také velmi často nabízené *online aplikace*, na kterých má zaměstnanec možno se na dálku propojit s odborníkem na duševní zdraví. V době pandemie covid-19 více než 80 % zemí s vysokými příjmy oznámilo nárůst ve využívání online terapií, které nahradily konzultace v oblasti duševního zdraví nebo linky důvěry (OECD, 2021, s. 9).

V praxi také velmi často dochází ke kombinaci uvedených metod, což následně může zvýšit jejich účinnost. Například ve výzkumu, který provedli Krebs a kol. (2019, s. 594–602), bylo zjištěno, že pokud jsou programy fyzického cvičení doplněny o koučink, zvýší se vliv programů na duševní zdraví zaměstnanců. Právě z důvodu vyšší účinnosti se na pracovištích nabízí také *komplexní programy* (např. well-being programy, mindfulness programy), které mohou zahrnovat více metod (např. workshopy, koučink) a zároveň se mohou věnovat i více tématům. Nicméně jejich cíl bývá stejný – podpořit duševní zdraví a pohodu zaměstnanců, zvýšit jejich produktivitu, výkon či pracovní spokojenost.

Intervence na individuální úrovni mají značné výhody, ale objevují se i nevýhody v porovnání s organizačními intervencemi. Hlavní výhoda spočívá v tom, že se pracuje přímo s jedincem a jeho (pracovním) životem, ve kterém se problémy projevují. Pokud je tedy program dobře proveden, je velká pravděpodobnost, že bude i úspěšný (Murphy a Sauter, 2004, s. 79–86). Další výhody uvedených intervencí tkví v jednoduchosti implementace a evaluace (Semmer, 2006, s. 518–522). Možná také proto management organizací většinou preferuje tyto způsoby podpory duševního zdraví na pracovišti v porovnání s organizačními formami intervencí (Nytrø a kol., 2000, s. 216–218). Je mnohem jednodušší sestavit program na podporu duševního zdraví na pracovišti a následně změřit zlepšení úrovně duševního zdraví u účastníků než implementovat

změny v celé organizaci, upravovat různé aspekty práce tak, aby vyhovovaly všem zaměstnancům. Také z hlediska organizační připravenosti na změnu jsou intervence na individuální úrovni přívětivější, protože nemění již zavedený systém, ale pouze nabízí nové možnosti.

Nevýhody intervencí na individuální úrovni jsou spatřovány především v nedostatečných dopadech na organizační výsledky a možné krátkodobosti účinků na duševní zdraví zaměstnanců (Semmer, 2006, s. 518–522). Krátkodobost účinků může být také daná tím, že intervence na individuální úrovni využívají takové metody, které buď snižují působení rizikových faktorů, nebo posilují efekty protektivních faktorů, ale ne vždy postihují příčinu vzniku problému s duševním zdravím, spíše samotné důsledky.

Ačkoliv zde byla uvedena řada výzkumů referující o jistých dopadech na duševní zdraví, je vždy nutné přihlédnout k různorodosti užívaných metod i podmínek, ve kterých jsou uplatňované. Každá firma, zaměstnanec i iniciativa na pracovišti se svým způsobem liší, tudíž mohou být i její hodnocené dopady rozdílné. Na uvedené iniciativy je tedy vždy nutné nahlížet s myšlenkou, že odráží efektivitu ve specifických podmínkách, nikoliv univerzálně. Tu samou myšlenku je třeba zdůrazňovat při plánování i implementaci intervencí na podporu duševního zdraví na pracovišti.

### **Intervence na organizační úrovni**

Intervence na organizační úrovni vychází z filozofie, která vnímá duševní zdraví jako důsledek mnoha determinantů, přičemž velká část z nich je mimo kontrolu jedince. I když má zaměstnanec určitou zodpovědnost za své zdraví, hlavní roli hraje prostředí. V důsledku toho je práce považována za faktor ovlivňující duševní zdraví, např. uspořádáním práce, organizací práce, interpersonálními vztahy (Shain a Kramer, 2004, s. 643). Cílem je v tomto případě nastavit takové pracovní prostředí a pracovní podmínky, díky kterým bude nejen zlepšeno duševní zdraví, ale budou se také rozvíjet ukazatele výkonnosti na základě specifikovaných cílů (Vandiver, 2009, s. 42).

Intervence na úrovni organizace se zabývají zdravím a duševní pohodou u relativně velkých skupin pracovníků jednotným způsobem. Představují plánovaná, behaviorálně a teoreticky podložená opatření, jež cílí na odstranění rizikových faktorů na pracovišti a na podporu protektivních faktorů (Cox, Nielsen a Taris, 2010, s. 220). Hlavním cílem

těchto intervencí je zlepšení zdraví, a to prostřednictvím změn v organizaci práce a pracovním prostředí (Semmer, 2006, s. 515). Pro organizační intervence je charakteristické, že jsou složité a že v souvislosti s nimi se objevuje mnoho faktorů, které mohou ovlivnit jejich úspěšnost (Nielsen a kol., 2010, s. 234–235).

Zatímco intervence na individuální úrovni využívají ke zlepšení duševního zdraví na pracovišti metody např. koučinku či terapie, při kterých dochází většinou k rozvoji osobnosti zaměstnanců, tj. jejich schopností, dovedností apod., organizační intervence jsou realizovány prostřednictvím úpravy pracovních podmínek. Ty se podle Semmera (2006, s. 515) mohou týkat (1) sociálních podmínek, (2) charakteristik pracovních úkolů nebo (3) pracovních podmínek v souvislosti s pracovním prostředím, pracovní dobou a pracovním vytížením. Autor ale uvádí, že rozdělení do kategorií může být různé a že neexistují zcela zřetelné hranice mezi jednotlivými přístupy.

Například Montano, Hoven a Siegrist (2014, s. 5) při kategorizaci vycházejí z průzkumu EWCS a rozdělují zaměření organizačních intervencí do tří širokých oblastí. Podle autorů mohou organizační intervence upravovat (1) materiální podmínky, (2) podmínky související s pracovní dobou a zátěží a (3) podmínky organizace práce. Je třeba podotknout, že uvedené kategorie nejsou vyčerpávající. Kocianová (2010, s. 178) v souvislosti s pracovními podmínkami a péčí o pracovníky uvádí kategorii sociálně-psychologických podmínek práce, organizaci pracovní doby a další.

V této diplomové práci bude rozdělení pracovních podmínek vycházet z Kocianové. V kapitole 1.4 bylo poměrně rozsáhle popsáno, jaký konkrétní vliv má úprava pracovního místa (obsahů a metod práce) na duševní zdraví zaměstnanců. Z tohoto důvodu bude ke kategoriím pracovních podmínek od Kocianové ještě přidána kategorie, která zahrnuje úpravu pracovního místa (obsahů a metod práce), kterou zmiňovali Montano, Hoven a Siegrist (viz výše).

Organizační intervence budou tedy dále kategorizovány podle toho, jakou oblast upravují:

1. podmínky fyzického pracovního prostředí,
2. sociálně-psychologické podmínky práce,

3. organizace pracovní doby,
4. organizace pracovního místa (obsah a metody práce),
5. péče o zaměstnance.

*Pracovní prostředí* zahrnuje soubor činitelů, které v určitém prostoru působí na činnost člověka a zároveň jej můžeme chápat jako seskupení podmínek, za kterých práce probíhá (Štikar a kol, 2003, s. 47).

Kocianová (2010, s. 179) rozlišuje fyzikální podmínky práce (např. osvětlení, mikroklimatické podmínky, osvětlení) a prostorové řešení pracoviště (např. pracovní poloha, přístup na pracoviště). Všechny uvedené podmínky by měly být upraveny tak, aby pracovní prostředí „...*optimálně působilo na lidské smysly a jejich prostřednictvím na jednání, myšlení a city člověka.*“ (Štikar a kol, 2003, s. 47)

Intervence v oblasti pracovního prostředí mohou cílit na úpravu hluku, osvětlení, teploty, barev apod. Z hlediska práce v kanceláři je také důležité, aby pracovní místo bylo ergonomicky uspořádané, protože i to má vliv na to, jak se zaměstnanec v práci cítí.

Na pracovišti jsou lidé standardně součástí pracovních skupin, setkávají se s jinými zaměstnanci, ale mohou pracovat i izolovaně. Pracovní vztahy v organizaci a jejich kvalita mají vliv na společenskou atmosféru ve firmě, ale také na náladu, výkon a chování pracovníků. Všechny tyto faktory souvisí se *sociálně-psychologickými podmínkami práce* (Kocianová, 2010, s. 181–182). Organizační intervence v této oblasti cílí na uspokojení sociální potřeb a udržení pozitivních pracovních vztahů. Firma může pořádat například teambuildingy nebo aktivity po pracovní době, při kterých dochází k navazování vztahů mezi zaměstnanci. Důležitou roli hraje sociální komunikace a interakce mezi zaměstnanci, ale také sociální podpora a zpětná vazba od kolegů i vedení.

Vztahy na pracovišti mohou být ovlivněny osobnostními charakteristikami jednotlivých zaměstnanců a následným složením pracovní skupiny. V oblasti pracovních skupin platí to, že jistá podobnost mezi členy může být předpokladem harmonických vztahů ve skupině. Avšak v řadě kolektivů prospívají i prvky, které skupinu diverzifikují (např. muži v ženském kolektivu). K harmonickým vztahům v pracovní skupině může také přispívat skupinová práce, při kterém členové týmu řeší určitý úkol společně

a směřují ke společnému cíli (Kocianová, 2010, s. 180–182). Všechny uvedené faktory je třeba zvážit již při personálním plánování, výběru zaměstnanců a jejich následné adaptaci v organizaci.

Aby byly udržovány zdravé zaměstnanecké vztahy na pracovišti, jsou klíčové následující aspekty:

- důvěra mezi managementem a zaměstnanci,
- spravedlivé a ohleduplné jednání ze strany managementu,
- otevřené jednání managementu v otázce politik a postupů zaměstnaneckých vztahů,
- udržování harmonických vztahů, které povedou ke spolupráci,
- efektivní řešení konfliktů s výsledkem uspokojení všech zainteresovaných stran,
- oddanost zaměstnanců organizaci a jednání managementu, které bude zohledňovat zájmy zaměstnanců.

Pro naplnění těchto aspektů je třeba poskytnout managementu patřičné tréninky a školení v uvedených postupech. K vyšší transparentnosti postupů a politik v oblasti zaměstnaneckých vztahů vede efektivní komunikace mezi jednotlivými stranami a také možnost participace na rozhodování. Komunikace je důležitá i v oblasti řešení konfliktů (Armstrong a Taylor, 2009, s. 910–911).

*Organizace pracovní doby* představuje též důležitý aspekt práce, který má vliv na duševní zdraví zaměstnanců. Nerovnoměrná pracovní doba, atypické pracovní hodiny nebo přesčasy mohou vést k psychické i celkové únavě zaměstnanců, mohou způsobovat stres a v delším hledisku se negativně podepisovat na duševním stavu zaměstnanců. Pracovní doba a režim by měly odpovídat časovým možnostem zaměstnanců, aby mohli balancovat požadavky práce a svůj osobní a rodinný život. K tomu může dopomoci poskytnutí určité flexibility práce a pracovní doby. Koubek (2009, s. 346-348) uvádí, že „...*flexibilita se může týkat jak délkou pracovní doby (chronometrická flexibilita), tak i umístění pracovní doby (chronologická flexibilita)*...” Flexibilitu v pracovní době umožňuje zkrácená pracovní doba (částečný pracovní úvazek) nebo smlouva na roční počet pracovních hodin. Další možností je pružná (klouzavá) pracovní doba, která zaměstnanci umožňuje si ve stanovených časových úsecích zvolit začátek, popřípadě

konec pracovní směny. V poslední době narůstá také zájem o zvláštní případy pracovních režimů, jako je distanční práce, při které je zaměstnanci umožněno pracovat mimo pracoviště a s organizací je ve spojení prostřednictvím informačních a komunikačních technologií. Další možností je sdílení pracovního místa, při kterém se může více osob dohodnout s organizací na společném zajištění práce na určitém pracovním místě.

Zlepšení organizace pracovní doby může vést ke zlepšení duševního zdraví a spokojenosti v práci. Nicméně pokud je práce sama o sobě pro zaměstnance nesmyslná, monotónní nebo příliš náročná, pozitivní dopady předchozích opatření se nemusí vůbec projevit. Při podpoře duševního zdraví je důležité, aby docházelo k souhře více podmínek. V intervenci na organizační úrovni by proto mělo docházet i k řešení způsobů, jakým je navrženo *pracovní místo, konkrétně obsah a metody práce*. Procesu vytváření pracovního místa by měla předcházet pečlivá analýza pracovních míst, která poskytuje jednak představu o práci na pracovním místě, jednak o pracovníkovi, který by práci měl vykonávat (Kocianová, 2010, s. 42–43).

Intervence na organizační úrovni se velmi často zabývají *redesignem pracovních míst* (Holman, Johnson a O'Connor, 2018, s. 4). K redesignu pracovního místa dochází v případě změny obsahu nebo metod práce na pracovních místech (Kocianová, 2010, s. 54). Při vytváření pracovních míst nebo jejich redesignu může docházet ke změnám v obsahu práce, v pravomocích a odpovědnosti. Všechny tyto změny mohou vést k posílení autonomie zaměstnanců i k větší kontrole pracovníka nad vlastní prací, což může mít pozitivní dopad na duševní zdraví. Na pracovištích se využívá specifických přístupů, jako je rotace práce, rozšiřování práce, obohacování práce nebo vytváření autonomních týmů. Všechny tyto přístupy jsou založeny na zahrnování charakteristik práce, které mají pozitivní vliv na duševní pohodu zaměstnanců (charakteristiky jsou blíže popsány v kapitole 1.4).

- Rotace práce zvyšuje rozmanitost a snižuje monotónnost práce tím, že je zaměstnancům umožňováno přecházet od jednoho pracovního úkonu k jinému.
- Rozšiřování práce je přístup, který zaměstnanci umožňují rozdělené pracovní úkoly sjednotit dohromady, díky čemuž se zvyšuje smysluplnost práce.

- Obohacování práce nastává v situaci, kdy zaměstnanec dostane možnost vykonávat ucelenou a rozmanitou práci s velkou mírou autonomie, která má konkrétní podobu výsledku (např. produkt).
- Vytváření autonomních skupin je specifický přístup, který může být uplatněn u zaměstnanců s rozmanitými schopnostmi, dovednostmi a znalostmi. Podstatou autonomních skupin je práce bez přímého dohledu.
- Systém vysoce výkonné práce se nachází především v pracovním prostředí orientovaném na výkon. Zaměstnanci jsou podporováni ve vzdělávání a rozvoji, získávají finanční odměny v závislosti na pracovních výsledcích apod. (Armstrong a Taylor, 2009, s. 470–473).

Na zaměstnance v organizaci mají vliv také podmínky související s *péčí o zaměstnance*. Kocianová (2010, s. 186–187) uvádí, že na péči o zaměstnance je v rámci různých publikací a autorů nahlíženo různým způsobem. Koubek pod péčí o zaměstnance zahrnuje řadu oblastí od pracovní doby až po environmentální podmínky. Armstrong péči o zaměstnance chápe v kontextu speciálních služeb pro zaměstnance. Tato kapitola bude vycházet z Armstrongova pojetí péče o zaměstnance.

Péče o zaměstnance se dá rozdělit na tři typy: povinnou, smluvní a dobrovolnou. Při péči o duševní zdraví zaměstnanců na pracovišti se uplatňuje především dobrovolná péče o zaměstnance. Dobrovolná péče o zaměstnance vychází ze sociální politiky zaměstnavatele a je založena na snaze získat konkurenční výhodu na trhu práce (Koubek, 2009, s. 343). Sociální politika zahrnuje takové činnosti a opatření, které mají pozitivní vliv na pracovní podmínky a také na samotné zaměstnance. Může se jednat o služby a výhody, které organizace zprostředkovává zaměstnancům za cílem zvýšit jejich spokojenost, ale zároveň zajistit i jejich stabilizaci. Služby pro pracovníky může organizace zprostředkovávat ze svých zdrojů nebo externě (Kocianová, 2012, s. 343–344).

Podle Armstronga a Taylora (2009, s. 981–982) se dá dobrovolná péče chápat ve smyslu služeb, které jsou zaměstnancům nabízeny. Služby mohou být buď nabízeny jako individuální nebo skupinové. Individuální služby cílí na podporu zaměstnanců v náročných životních situacích. Konkrétním příkladem takové služby může být zaměstnanecký asistenční program (Employee Assistance Program). Zaměstnanecký

asistenční program je služba poskytovaná externí agenturou, která zahrnuje telefonické nebo osobní poradenství ve finančních, psychologických nebo legislativních otázkách. Skupinové služby definuje Armstrong ve smyslu poskytování výhod většímu množství zaměstnanců. Patří sem například restaurační zařízení, mateřské školy u zaměstnavatele a společenská či sportovní zařízení na pracovišti.

Montano, Hoven a Siegrist (2014, s. 4–7) zkoumali vliv organizačních intervencí v práci na zdraví zaměstnanců a zjistili, že pouze polovina ze všech zkoumaných intervencí měla statisticky významné výsledky. Výsledky také ukázaly, že komplexní intervence zaměřené na několik cílů na úrovni organizace mají vyšší šanci na vykázaní významného zlepšení zdravotního stavu než intervence omezené na jeden cíl. Murray a Biron (2015, s. 18) upozorňují na to, že zaměstnanci jsou ti, kteří umožňují změnu, jelikož programy mohou zlepšovat duševní zdraví zaměstnanců pouze v případě, že se je zaměstnanci rozhodnou využít.

Závěrem je třeba také zvážit výhody a nevýhody intervencí na organizační úrovni. Jako výhody organizačních intervencí jsou zmiňovány jejich „hlubší“ a dlouhodobější účinky. Správně navržené a implementované organizační intervence by měly adresovat problém s duševním zdravím přímo u zdroje a dlouhodobě (LaMontagne a kol., 2007, s. 272–278). Někteří autoři uvádí, že organizační intervence mají znatelnější dopad na organizační výsledky (např. výkon, fluktuaci) v porovnání s intervencemi na individuální úrovni. Je ale třeba brát v úvahu, že evaluace organizačních intervencí je vysoce problematická, protože stále nebyly vyvinuty vhodné indikátory a způsoby měření, které by výsledky organizačních intervencí účinně zhodnotily (Leka a kol., 2014, s. 28).

Mezi další možné nevýhody organizačních intervencí se řadí jejich problematická implementace a náročné plánování (Semmer, 2006, s. 518–522). Všechny zmiňované nevýhody mohou být částečně zapříčiněny komplexností organizačních intervencí. Intervence na organizační úrovni totiž často zasahují do více pracovních a organizačních oblastí a mohou se zabývat různými obsahy (úpravou pracovních pozic, zlepšováním sociálního prostředí organizace apod.), do procesu je také zapojeno více subsystémů, jejichž zájmy se mohou rozcházet, jsou různě nadšeny ze změny a podobně (Murphy a Sauter, 2004, s. 79–86). Všechny uvedené faktory mají dopad na celou realizaci i následnou úspěšnost těchto intervencí.



Programy na podporu duševního zdraví mohou být realizovány prostřednictvím intervencí, které se nejčastěji rozdělují podle toho, jestli mají být orientovány na zaměstnance (intervence na individuální úrovni), nebo na organizační charakteristiky pracoviště (intervence na organizační úrovni). Uvedené přístupy se liší ve výhodách a v nevýhodách a také v jejich efektu na duševní zdraví zaměstnanců. V této kapitole byla uvedena řada výzkumů, které poukazují na přínosnost intervencí pro duševní zdraví zaměstnanců. Nicméně byly zmíněny i výzkumy, které z hlediska intervencí a jejich přínosů pro duševní zdraví zaměstnanců jednoznačné závěry nepřinesly.

## 4 Empirické šetření – Identifikace vlivu intervencí na podporu duševního zdraví na subjektivně vnímanou úroveň duševního zdraví zaměstnanců

### 4.1 Cíl výzkumného šetření a formulace hypotéz

V empirickém šetření je cílem zjistit, jaký vliv má uplatnění intervencí na podporu duševního zdraví na vnímanou úroveň duševního zdraví u zaměstnanců. Intervence se rozdělují do dvou skupin podle toho, zda mají být orientovány na samotné zaměstnance (intervence na individuální úrovni) nebo na organizační charakteristiky pracoviště (intervence na organizační úrovni). V empirické části diplomové práce byly stanoveny tři hypotézy na základě podrobného studia výzkumných a odborných pramenů a především zkoumání vlivu jednotlivých intervencí na duševní zdraví zaměstnanců (viz 3.3).

Hendl (2005, s. 40) definuje hypotézu jako určitý odhad vztahu nebo predikci, která se za určitých podmínek vyskytuje ve skutečném světě. V této diplomové práci byly formulovány následující hypotézy:

**Hypotéza 1 (H1): Respondenti, u kterých byla uplatněna intervence na individuální úrovni, vykazují vyšší úroveň duševního zdraví, než respondenti, u kterých nebyla uplatněna žádná z intervencí.**

H0: Respondenti, u kterých byla uplatněna intervence na individuální úrovni, vykazují shodnou úroveň duševního zdraví, jako respondenti, u kterých nebyla uplatněna žádná z intervencí.

Označíme-li  $\mu$  jako střední hodnotu hrubého skóre, pak:

$$H_0: \mu_{s. \text{ intervencí}} = \mu_{\text{bez intervence}} \quad (\mu_1 = \mu_2)$$

$$H_1: \mu_{s. \text{ intervencí}} > \mu_{\text{bez intervence}} \quad (\mu_1 > \mu_2)$$

**Hypotéza 2 (H2): Respondenti, u kterých byla uplatněna intervence na organizační úrovni vykazují vyšší úroveň duševního zdraví než respondenti, u kterých nebyla uplatněna žádná z intervencí.**

H<sub>0</sub>: Respondenti, u kterých byla uplatněna intervence na organizační úrovni, vykazují shodnou úroveň duševního zdraví, jako respondenti, u kterých nebyla uplatněna žádná z intervencí.

Označíme-li  $\mu$  jako střední hodnotu hrubého skóre, pak:

$$H_0: \mu_{\text{s intervencí}} = \mu_{\text{bez intervence}} \quad (\mu_1 = \mu_2)$$

$$H_A: \mu_{\text{s intervencí}} > \mu_{\text{bez intervence}} \quad (\mu_1 > \mu_2)$$

**Hypotéza 3 (H3): Respondenti, u kterých byla uplatněna intervence na individuální úrovni i organizační úrovni, vykazují vyšší úroveň duševního zdraví, než respondenti, u kterých nebyla uplatněna žádná z intervencí.**

H<sub>0</sub>: Respondenti, u kterých byla uplatněna intervence na individuální úrovni i organizační úrovni, vykazují shodnou úroveň duševního zdraví, jako respondenti, u kterých nebyla uplatněna žádná z intervencí.

Označíme-li  $\mu$  jako střední hodnotu hrubého skóre, pak:

$$H_0: \mu_{\text{s intervencemi}} = \mu_{\text{bez intervencí}} \quad (\mu_1 = \mu_2)$$

$$H_A: \mu_{\text{s intervencemi}} > \mu_{\text{bez intervencí}} \quad (\mu_1 > \mu_2)$$

## 4.2 Metodika výzkumného šetření

Při realizaci empirického šetření byla využita kvantitativní metoda. Data byla sbírána prostřednictvím kvantitativního dotazníkového šetření, které bylo provedeno elektronicky a při sestavování byl využit Google formulář. Dotazník podle Ferjenčíka (2010, s. 183) představuje standardizovaný rozhovor přeložený do písemné podoby.

Za hlavní výhodu dotazníku se považuje především časová a finanční nenáročnost, ale také možnost data jednodušeji kvantifikovat. Využití formy dotazníku má i své nevýhody, které spočívají především v menší pružnosti ve formulaci otázek a v nemožnosti pokládat respondentům otázky na doplnění odpovědi.

Dotazník ve výzkumu zahrnoval 15 položek a skládal se ze tří částí. První část otázek se vztahovala k intervencím na individuální úrovni, druhá část k intervencím na organizační úrovni a třetí část se skládala z dotazníku WHO-5 a z sociodemografických otázek.

WHO-5 (neboli Index duševní pohody) je krátká a obecná hodnotící škála, která měří duševní pohodu. Dohromady obsahuje pět položek, které zkoumají pocity a rozpoložení jedinců. WHO považuje duševní pohodu za další termín pro duševní zdraví a z toho důvodu jsou všechny položky škály WHO-5 formulovány pouze pozitivně (Topp a kol., 2015, s. 168). Hrubé skóre dosahuje hodnot od 0 do 25, přičemž 0 znamená nejnižší úroveň duševní pohody a 25 nejvyšší úroveň duševní pohody. Ve výsledcích je skóre nad 13 spojeno s dobrou úrovní duševního zdraví. Nízké hrubé skóre (pod 13 bodů) naznačuje, že je osoba ohrožena problémy s duševním zdravím a měl by být využit diagnostický nástroj na posuzování deprese (WHO, 1998, nestránkováno).

Škála byla zvolena na základě výzkumů autorů Topp a kol., 2015; Gao a kol., 2014 a dalších a také na základě průzkumu *European Working Conditions Survey*, ve kterém byla využita v souvislosti s měřením úrovně duševní pohody u zaměstnanců. Volbu této škály ovlivnilo také celkové zaměření diplomové práce, ve které je vycházeno z konceptu pozitivního duševního zdraví. Dotazník WHO-5 se též zaměřuje na pozitivní aspekty duševního zdraví (Topp a kol., 2015, s. 168). Dalším důvodem je jasnost jednotlivých položek a stručnost dotazníku. Se zvyšujícím se počtem položek v dotazníku může klesat motivace respondentů k jeho vyplnění, a proto je třeba zajistit přiměřený obsah (Průcha, 2014, s. 115). Ve škále WHO-5 je respektována potřeba přiměřeného obsahu a zároveň se jedná o vysoce validní nástroj pro screening duševního zdraví. Podle výzkumů Hall a kol. (2011, s. 97–98) ji lze použít jak u duševně zdravých jedinců, tak u jedinců s duševním onemocněním v mnoha různých prostředích. Škála WHO-5 byla také úspěšně použita ve výzkumech, ve kterých se zkoumaly účinky intervencí na duševní zdraví zaměstnanců (např. ve výzkumu Feichta a kol., 2013), ale také ve výzkumech zaměřených na pracovní prostředí a pracovní podmínky (např. Schütte a kol., 2015).

Kromě škály WHO-5 obsahoval dotazník otázky s hodnotícími škálami, které se vztahovaly k hodnocení přínosnosti jednotlivých intervencí. Škály se pohybovaly na stupnici od „velmi přínosné“ až po „naprosto nepřínosné“. Dotazník dále obsahoval otázky s možností volby odpovědí, které byly sestavené na základě výzkumů uvedených v předchozích kapitolách diplomové práce.

Před realizací samotného dotazníkového šetření byl proveden pilotní výzkum, v rámci kterého bylo osloveno deset zaměstnanců z organizace, ve které následně výzkum probíhal. V pilotním šetření bylo ověřováno, zda je dotazník dostatečně srozumitelný a jednoznačný. Na základě pilotního šetření byla v dotazníku upravena odborná terminologie. V dotazníku je pro pojem intervence na individuální úrovni operováno s pojmem „aktivity na podporu duševního zdraví“ a pro intervence na organizační úrovni je v rámci dotazníku operováno s pojmem „úprava pracovních podmínek“. Důvodem k použití rozdílné terminologie je především to, že po pilotním šetření řada respondentů vypověděla, že odborné terminologii nerozumí, a tudíž byla zvolena pro dotazník jednoznačnější terminologie. Nicméně v rámci empirického šetření bude odborná terminologie zachována a intervence budou rozděleny do dvou skupin podle toho, zda mají být orientovány na samotné zaměstnance (intervence na individuální úrovni) nebo na organizační charakteristiky pracoviště (intervence na organizační úrovni).

Po uskutečnění pilotního šetření došlo k realizaci dotazníkového šetření. Cílovou skupinou dotazníkového šetření byli zaměstnanci velké mezinárodní firmy, která má ucelený program na podporu duševního zdraví na pracovišti. Za ucelený program je považován program, který zahrnuje jak intervence na individuální úrovni, tak intervence na organizační úrovni (viz 3.3.2).

Za účelem rozeslání dotazníků bylo během měsíce června osloveno osm pracovníků personálního oddělení vybrané firmy. Dotazník byl rozeslán 350 respondentům. Z toho 105 respondentů na dotazník odpovědělo, což naznačuje zhruba 30% návratnost dotazníku. Nižší návratnost dotazníku mohla být zapříčiněna distribucí dotazníku prostřednictvím online komunikace, která není příliš osobní, a tudíž motivace zaměstnanců k vyplnění dotazníků pak zůstává nízká.

Dotazníkové šetření bylo realizováno ve velké mezinárodní poradenské společnosti sídlící v České republice, která má více než 1 000 zaměstnanců a poskytuje poradenství v oblasti daní a auditu. Velká firma byla zvolena také na základě výzkumných zjištění, které poukazují na to, že se opatření na podporu duševního zdraví zaměstnanců objevují nejčastěji ve firmách, které mají nad 500 zaměstnanců (Rootman a kol., 2001, s. 286). Velké firmy mají většinou dostatek zdrojů na podporu těchto iniciativ a zároveň i prostor pro řešení témat souvisejících s podporou duševního zdraví (Schwarz a kol., 2021, s. 3). A tak se dá předpokládat, že velké firmy budou nabízet komplexní programy a opatření v porovnání s menšími firmami. Důvodem pro volbu organizace je také autorčina pracovní zkušenost v dané firmě, díky které měla autorka možnost zaznamenat frekventované iniciativy na podporu duševního zdraví.

Důvodem pro výběr pouze jedné firmy je především různorodost jednotlivých intervencí a programů na pracovištích. Každá firma k podpoře duševního zdraví na pracovišti zaujímá jiný přístup, uplatňuje jiné intervence a kvalita jejich provádění je rozdílná. Tudíž může být rozdílný i dopad aktivit na duševní zdraví zaměstnanců.

Při výzkumu je významný aspekt anonymizace zvláště, je-li nakládáno s citlivými osobními údaji. Duševní zdraví zaměstnanců by se do této kategorie jednoznačně dalo zařadit. Dotazník byl tedy plně anonymní a také jméno firmy v této diplomové práci nebude zmiňováno.

Empirická část diplomové práce bude zpracována jako případová studie. Jedním typem případové studie může být případová studie zaměřující se na studium organizací a institucí. U tohoto typu případové studie mohou být zkoumány firmy, školy a jiné organizace v návaznosti na implementaci intervencí a programů, ale mohou být také zkoumány procesy adaptace nebo různých změn. Cílem je najít nejlepší vzorce chování, typů řízení, evaluací, intervencí, adaptací atd. Specifickým typem je instrumentální případová studie neboli instrumentální případ, kdy „...výzkumník zvolí jev (např. stres), pak vyhledá případ nebo několik případů, které jev reprezentují, a podrobně je zkoumá.“ Přičemž autor dodává, že se výzkumník „...v tomto případě nezajímá tolik o specifické závěry o případu, ale chce udělat závěry, které jdou za daný případ.“ (Hendl, 2005, s. 107)

Hendl (2005, s. 112) také uvádí, že existují tři důvody, kvůli kterým je případová studie volena. Mezi důvody se řadí (1) možnost zkoumat doposud neznámou situaci či jev, (2) hlubší porozumění důležitým aspektům speciální situace a (3) případová studie doplňuje jiné způsoby výzkumu. K poslednímu bodu konkrétně udává, že případová studie se může provést „...např. před statistickým šetřením za účelem lepšího zaměření kvantitativního výzkumu.“ Právě z uvedených předpokladů je při zpracovávání empirické práce vycházeno.

### **4.3 Intervence na podporu duševního zdraví ve vybrané organizaci**

Vybraná organizace nabízí zaměstnancům širokou nabídku jak v oblasti intervencí na individuální úrovni, tak i v oblasti intervencí na organizační úrovni (viz Příloha F). Z obecného hlediska lze konstatovat, že firma nabízí nadstandardní služby v oblasti podpory duševního zdraví na pracovišti. Z celkových 28 možných forem podpory duševního zdraví na pracovišti jich firma nabízí 22.

Většina ze zmíněných možností podpory duševního zdraví je dostupná pro všechny zaměstnance. Nicméně je třeba podotknout, že uplatnění těchto opatření se liší v závislosti na specifikách jednotlivých zaměstnanců, týmů a oddělení. Především intervence na organizační úrovni jsou v tomto smyslu specifické. Úpravy podmínek souvisejících s organizací pracovní doby (např. alternativní pracovní úvazky) nebo s úpravami pracovního místa (např. rotace práce) nejsou umožněny všem zaměstnancům.

V rámci intervence na individuální úrovni jsou využívány metody, jako je přednáška, seminář, workshop, koučink i mentoring, relaxační lekce na pracovišti, webináře, psychologické poradenství a terapie a tréninky dovedností nebo chování. Firma nabízí i komplexní rozvojové programy. Jedná se často o tematické programy, které trvají delší dobu a zahrnují kombinaci uvedených metod. Realizaci uvedených aktivit zajišťují interní i externí odborníci, kteří musí mít potřebnou certifikaci a vysokoškolské vzdělání.

Všechny aktivity na podporu duševního zdraví na pracovišti jsou organizovány pod záštitou oddělení vzdělání a rozvoje zaměstnanců a jsou nabízeny všem zaměstnancům firmy zdarma. O nabídce uvedených aktivit jsou zaměstnanci informováni

prostřednictvím e-mailové komunikace (zasíláním newsletteru) a zároveň mohou informace najít i na interním firemním webu.

K organizačním intervencím je třeba dodat, že jich existuje velké množství a že jsou to často samotná oddělení, týmy i jedinci, kteří rozhodují o tom, zda budou dané intervence uplatněny, nebo ne. Pod vlivem pandemie covid-19, ale také v důsledku vyostřování konkurenčního boje došlo ke změně v řadě oblastí práce. Firma například rozšířila možnosti v oblasti organizace pracovní doby. Je hojně využívána distanční práce a ve firmě se využívá hybridní model práce, kdy zaměstnanci tráví tři dny v kanceláři a dva dny pracují z domova. Dále došlo k řadě úprav v oblasti sociálně-psychologických podmínek práce. Každý týden se pořádají firemní akce a jednou až dvakrát za půl roku dochází k organizaci týmových akcí. Byla obnovena osobní setkání s vedoucím pracovníkem, při kterých je zaměstnanci předávána zpětná vazba k jeho pracovnímu výkonu, jsou řešeny otázky jeho spokojenosti v práci a další témata. V oblasti péče o zaměstnance došlo k rozšíření služeb, firma nově nabízí asistenční programy pro zaměstnance a přímo na pracovišti došlo k zrekonstruování restauračního zařízení.

V rámci úpravy pracovního prostředí mohou zaměstnanci požádat o ergonomické i technické vybavení pro práci (např. monitor navíc). Z hlediska úpravy pracovního místa (obsahu a metod práce) je využíváno především systému vysoce výkonné práce. Firma podporuje zaměstnance ve vzdělání a rozvoji, umožňuje jim získávání odborných certifikací a zaměstnanci získávají finanční bonus v závislosti na výkonu a dosažených výsledcích. Ostatní možnosti (např. obohacování, rozšiřování práce) jsou umožněny v závislosti na pozici, zkušenostech zaměstnance, ale také možnostech organizace.

#### **4.4 Popis zkoumaného souboru**

V tomto výzkumném šetření jsou zkoumaným vzorkem osoby z České republiky, zaměstnané ve vybrané velké organizaci, která má ucelený program na podporu duševního zdraví na pracovišti.



Tabulka 2 Počet respondentů podle pohlaví

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<b>Muži</b>	47	44,8
<b>Ženy</b>	58	55,2
<b>Celkový součet</b>	105	100

Zdroj: vlastní zpracování

Z 350 oslovených zaměstnanců dotazník vyplnilo 105 respondentů, z toho 47 mužů (44,8 %) a 58 žen (55,2 %).

Tabulka 3 Počet respondentů podle věku

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<b>Pod 25 let</b>	17	16,2
<b>25–34 let</b>	58	55,2
<b>35–44 let</b>	24	22,9
<b>45–54 let</b>	5	4,8
<b>55+ let</b>	1	1
<b>Celkový součet</b>	105	100

Zdroj: vlastní zpracování

Z hlediska věku byly početně nejvíce zastoupeny první tři kategorie. Respondentů ve věku 25–34 let se empirického šetření zúčastnilo 58 (55,2 %). Dalších 24 (22,9 %) respondentů spadalo do kategorie 35–44 let. Dotazníkového šetření se zúčastnilo také 17 respondentů (16,2 %) ve věku pod 25 let. Větší počet respondentů v těchto třech kategoriích je především z toho důvodu, že věkový průměr ve vybrané organizaci je 30 let. Proto další uvedené kategorie (45–54 let a 55+ let) zahrnovaly pouze malý počet respondentů. Ve věkové kategorii 45–54 let se zúčastnilo pouze 5 respondentů (4,8 %). Nejmenší počet respondentů byl v kategorii 55+ let, která zahrnovala pouze 1 respondenta (1,0 %).

Tabulka 4 **Počet respondentů podle úrovně seniority**

<b>Úroveň seniority</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
<b>Stážista</b>	12	11,4
<b>Administrativní pracovník</b>	1	1
<b>Juniorní specialista</b>	35	33,3
<b>Seniorní specialista</b>	40	38,1
<b>Manažer a výše</b>	17	16,2
<b>Celkový počet</b>	105	100

Zdroj: vlastní zpracování

Empirického šetření se zúčastnilo 40 seniorních specialistů (38,1 %) a 35 juniorních specialistů (33,3 %). Z toho 17 respondentů (16,2 %) pracovalo na manažerské a vyšší úrovni. Zúčastnilo se pouze 12 stážistů (11,4 %) a 1 administrativní pracovník (1,0 %).

Tabulka 5 **Počet respondentů podle vzdělání**

<b>Vzdělání</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
<b>SŠ s maturitou / SŠ bez maturity</b>	10	9,5
<b>Vysokoškolské</b>	95	90,5
<b>Celkový počet</b>	105	100

Zdroj: vlastní zpracování

Z uvedeného počtu respondentů mělo 95 respondentů (90,5 %) vysokoškolské vzdělání a pouze 10 respondentů (9,5 %) spadalo do kategorie středoškolského vzdělání. Firma se ve své činnosti primárně zaměřuje na získávání zaměstnanců s vysokoškolským vzděláním, čímž se vysvětluje převažující počet vysokoškolsky vzdělaných respondentů.

Tabulka 6 **Počet respondentů podle typu uplatněné intervence**

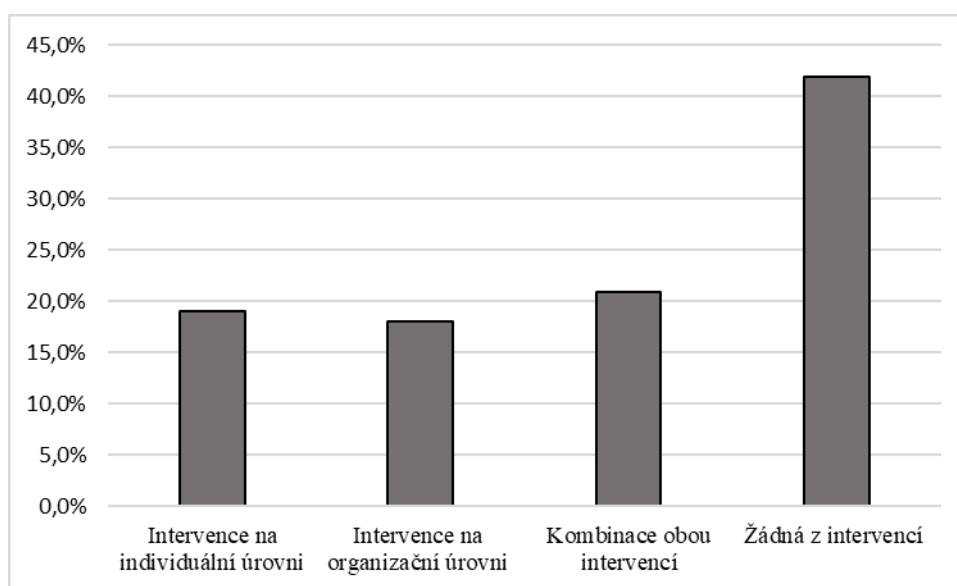
<b>Typ uplatněné intervence</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
<b>Intervence jen na individuální</b>	20	19
<b>Intervence jen na organizační úrovni</b>	19	18,1
<b>Kombinace obou intervencí</b>	22	21

<b>Žádná z intervencí</b>	44	41,9
<b>Celkový počet</b>	105	100

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 6 a Graf 2 ukazují rozdělení respondentů podle toho, jaká u nich byla za poslední tři měsíce uplatněna intervence včetně respondentů, u kterých žádná z intervencí uplatněna nebyla. Z celkových 105 respondentů uvedlo 44 respondentů (41,9 %), že u nich nebyla uplatněna žádná z intervencí. Kombinace intervencí na individuální i organizační úrovni byla uplatněna u 22 respondentů (21 %). U 20 respondentů (19 %) byla uplatněna intervence na individuální úrovni a intervence na organizační úrovni byla realizována u 19 respondentů (18,1 %).

**Graf 2 Počet respondentů podle typu uplatněné intervence – všichni respondenti (v %)**



Zdroj: vlastní šetření

## 4.5 Popis získaných dat

### 4.5.1 WHO-5

Tabulka 7 **Popisná statistika k indexu duševní pohody (WHO-5)**

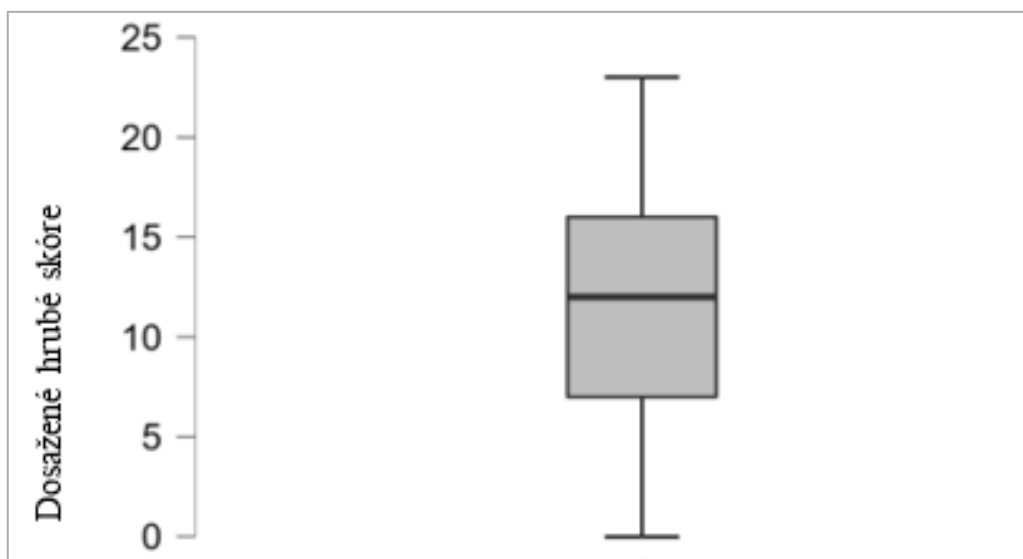
Popisná statistika	Hrubé skóre
Aritmetický průměr	12,1

<b>Modus</b>	7
<b>Minimální zjištěná hodnota</b>	0
<b>Maximální zjištěná hodnota</b>	23
<b>Směrodatná odchylka</b>	5,33

Zdroj: vlastní zpracování

K přípravě dat a jejich zpracování byl využit Microsoft Excel a statistický program JASP 16.3. Podle výsledků respondenti dosahovali v průměru hrubého skóre 12,1 bodů z celkového hrubého skóre 25 bodů. Při převodu na procentuální skóre je to 45 bodů z celkového skóre 100 bodů. Směrodatná odchylka se pohybovala na hodnotě 5,33. Respondenti nejčastěji dosahovali hrubého skóre 7 bodů, což je v přepočtu na procentuální skóre 28 bodů. Minimální zjištěná hodnota byla 0 bodů (s četností 1) a maximální zjištěná hodnota byla 23 bodů (s četností 2).

Obrázek 3 Krabicový graf hodnot z dotazníku WHO-5



Zdroj: vlastní zpracování

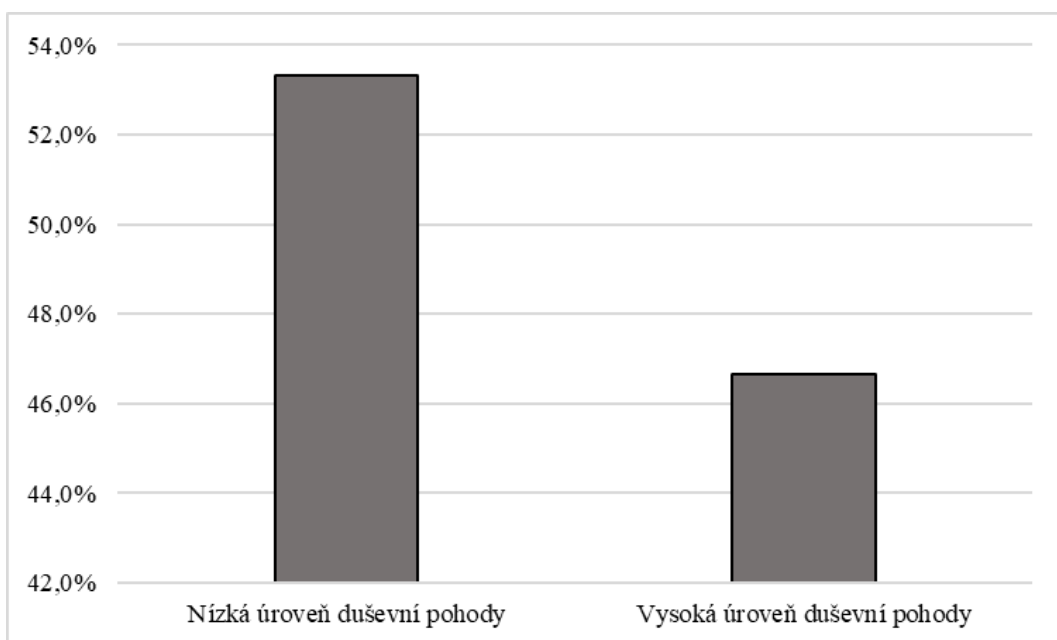
Tabulka 8 Úroveň duševní pohody u respondentů

<b>Úroveň duševní pohody</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Nízká úroveň duševní pohody	56	53,3
Vysoká úroveň duševní pohody	49	46,7
Celkový počet	105	100

Zdroj: vlastní zpracování

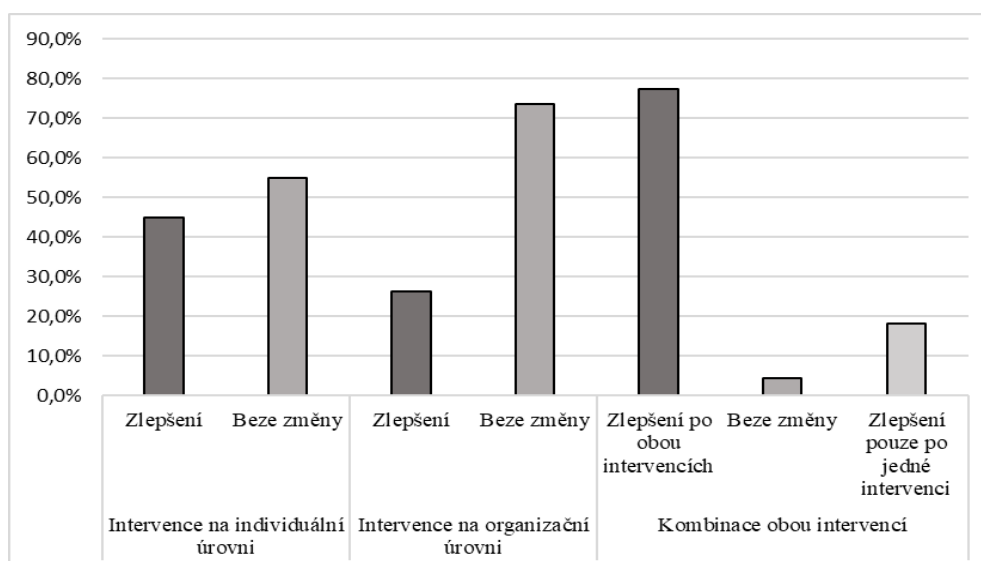
Jedinci jsou podle výsledků ve škále WHO-5 kategorizováni do dvou skupin. Do skupiny s nízkou úrovní duševního zdraví jsou zařazeni, pokud dosáhli hrubého skóre pod 13 bodů (neboli pod 50 bodů v přepočtu na procentuální skóre). Pokud dosáhli hrubého skóre nad 13 bodů (v přepočtu na procentuální skóre nad 50), jsou respondenti zařazeni do skupiny s vysokou úrovní duševního zdraví. Z celkového počtu 105 zaměstnanců dosáhlo hrubého skóre nad 13 bodů 49 respondentů (46,7 %) a hrubého skóre pod 13 bodů dosáhlo 56 respondentů (53,3 %).

**Graf 3 Rozdělení respondentů podle úrovně duševního zdraví**



Zdroj: Vlastní zpracování

**Graf 4 Změna stavu duševního zdraví podle typu uplatněných intervencí**

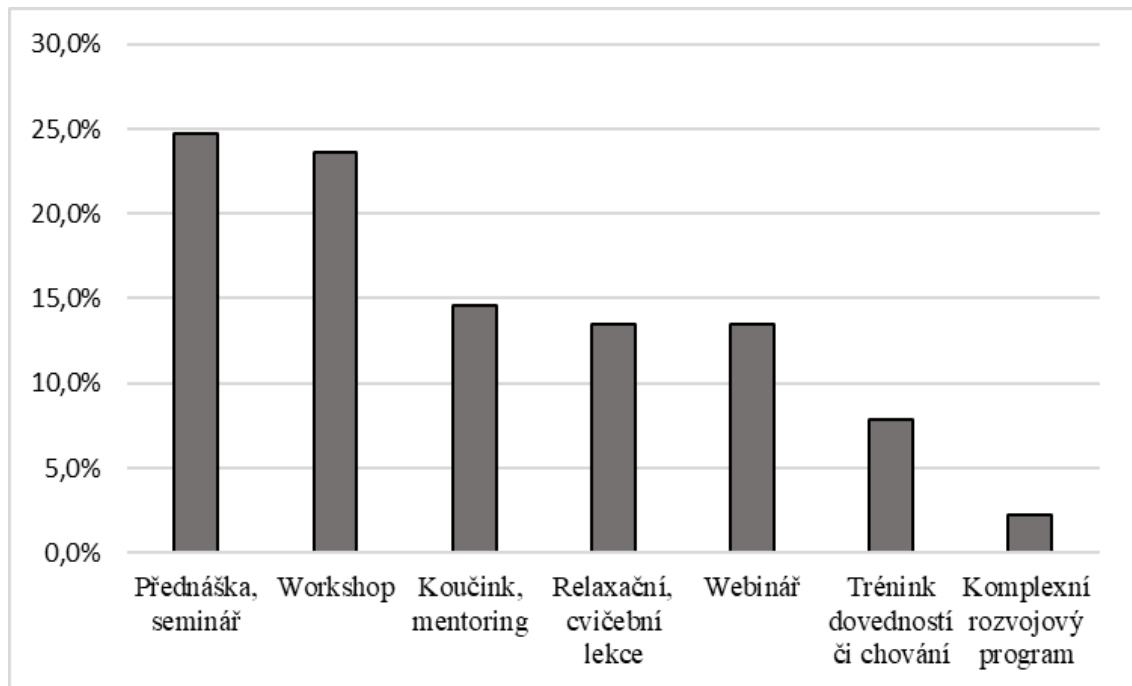


Zdroj: vlastní zpracování

Graf 4 poukazuje na subjektivně vnímanou změnu stavu duševního zdraví po uplatnění intervencí. Zaměstnanci zlepšení stavu duševního zdraví zaznamenávali nejčastěji v případě uplatnění obou intervencí. Z celkových 105 respondentů bylo 22 respondentů, u kterých byly uplatněny obě intervence, a 17 respondentů (77,3 %) po jejich absolvování uvedlo zlepšení duševního stavu. Pouze 1 respondent (4,5 %) uvedl, že se jeho duševního stav po absolvování intervencí nezměnil. Další 4 respondenti (18,2 %), zaznamenali změnu pouze po absolvování jedné z intervencí, a to i navzdory tomu, že absolvovali obě intervence. Je zajímavé, že pokud byla uplatněna pouze jedna z intervencí (buď intervence na individuální úrovni nebo intervence na organizační úrovni) respondenti častěji odpovídali, že stav jejich duševního zdraví se nezměnil. V případě individuálních intervencí nezaznamenalo žádnou změnu 11 respondentů (55 %) a zlepšení duševního stavu zaznamenalo 9 respondentů (45 %) z celkových 20 respondentů. V případě uplatnění intervencí na organizační úrovni z celkových 19 respondentů nezaznamenalo žádnou změnu duševního zdraví po uplatnění intervence 14 respondentů (73,7 %) a 5 respondentů (26,3 %) zaznamenalo zlepšení duševního stavu.

#### 4.5.2 Intervence na individuální úrovni

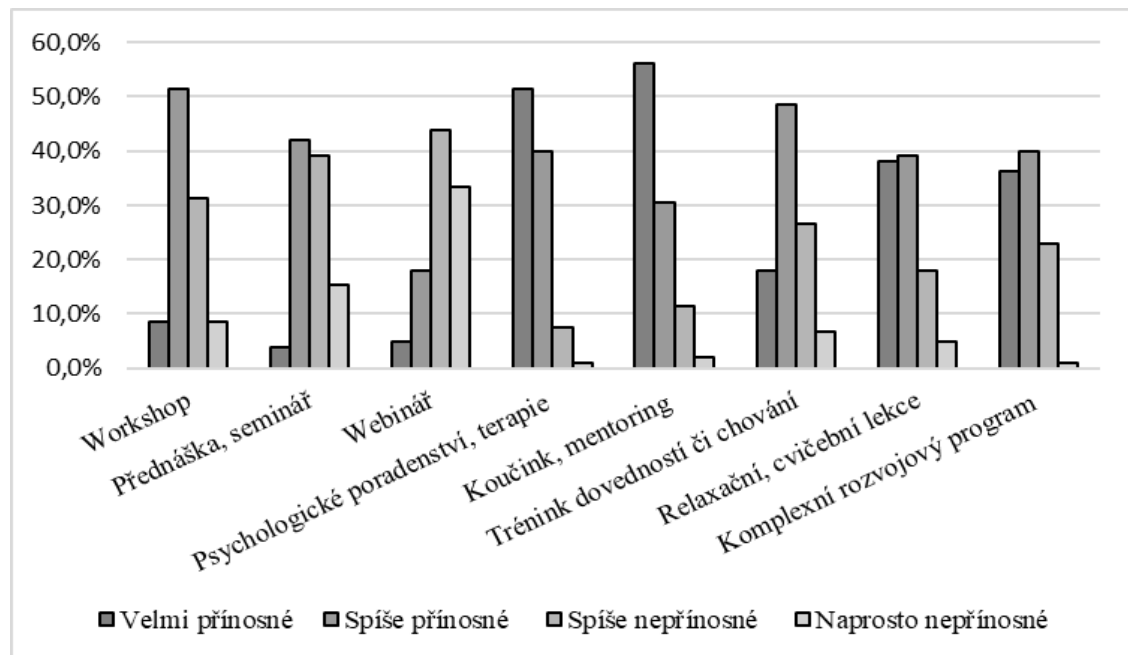
Graf 5 Využívané metody v rámci intervencí na individuální úrovni



Zdroj: vlastní šetření

Graf 5 zobrazuje metody, které byly za poslední tři měsíce u respondentů využité v rámci intervencí na individuální úrovni za účelem zlepšení jejich duševního zdraví. Počet metod, který zaměstnanci mohli v této otázce zvolit, nebyl omezený pro lepší znázornění nejvyužívanějších metod. Absolutní četnost celkových odpovědí na tuto otázku byla 89. Z grafu je patrné, že se respondenti nejčastěji účastnili přednášky či semináře. Uvedená položka byla zvolena ve 24,7 % odpovědích, respektive ji volilo 22 respondentů. Druhou nejčastěji volenou metodou byl workshop, který za poslední tři měsíce navštívilo 21 respondentů (23,6 %), a koučink a mentoring byl zvolen 13 respondenty (14,6 %). Dalších 12 respondentů se účastnilo relaxačních a cvičebních lekcí (13,5 %). Webináře se účastnilo také 12 respondentů (13,5 %). Celkem 7 respondentů (7,9 %) absolvovalo trénink dovedností či chování a 2 respondenti (2,2 %) se účastnili komplexního rozvojového programu. Vůbec žádní respondenti nezvolili možnost psychologického poradenství či terapie.

**Graf 6 Hodnocení přínosnosti jednotlivých metod využívaných v rámci intervencí na individuální úrovni**

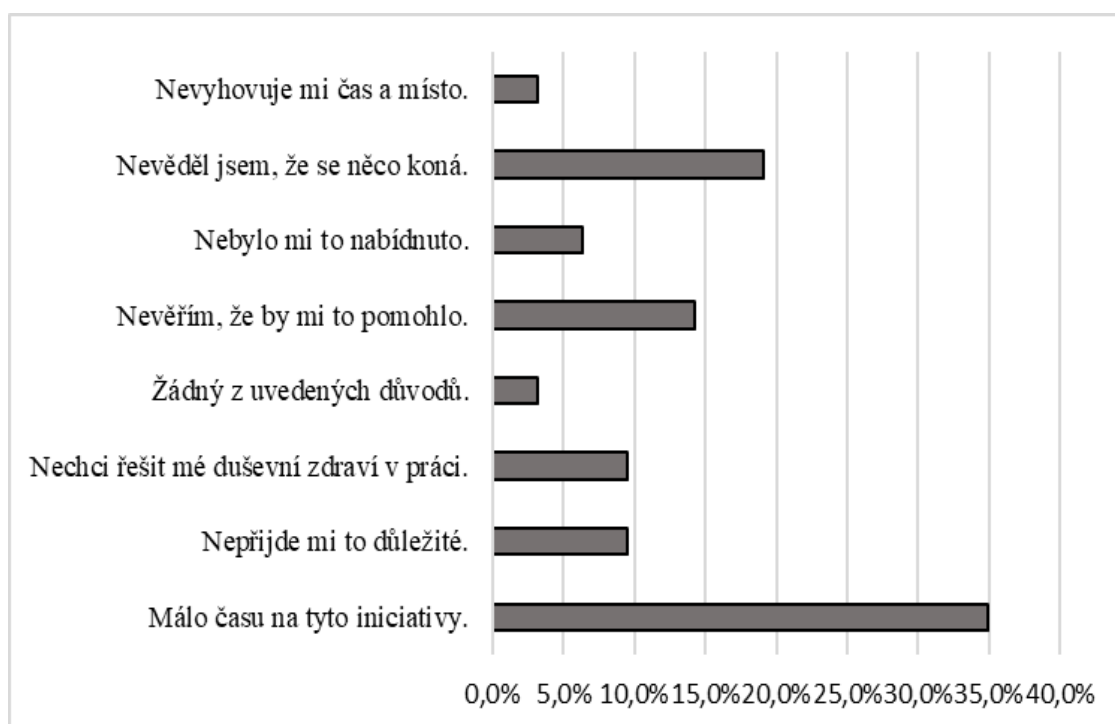


Zdroj: vlastní zpracování

Graf 6 zobrazuje hodnocení metod využívaných k podpoře duševního zdraví na pracovišti podle přínosnosti. Za nejpřínosnější metodu k podpoře duševního zdraví na pracovišti je respondenty považován koučink či mentoring. Z celkového počtu 105 respondentů jej 59 (56,2 %) z nich považuje za velmi přínosný a 32 respondentů (30,5 %) za přínosný. Za druhou nejpřínosnější metodu považovali respondenti psychologické poradenství a terapii, a to i navzdory nulové účasti na těchto aktivitách (viz předchozí graf). Celkem 54 respondentů (51,4 %) hodnotilo psychologické poradenství a terapii jako velmi přínosné a 42 respondentů (40 %) za přínosné. Nárůst odpovědí, které naznačují nižší přínosnost, je možno zaznamenat u workshopu, přednášky či semináře a webináře. U workshopu 54 respondentů odpovídalo, že je spíše přínosný (51,4 %), ale narostl i počet respondentů, celkem 33 respondentů, kteří jej hodnotí jako spíše nepřínosný (31,4 %). Přednášku či seminář vnímá 44 respondentů (41,9 %) jako spíše přínosné pro zlepšení duševního zdraví a 41 respondentů (39 %) vnímá tyto aktivity jako spíše nepřínosné. Za nejméně přínosnou aktivitu je považován webinář, který 46 respondentů (43,8 %) vnímalo spíše jako spíše nepřínosný pro zlepšení duševního zdraví a dalších 35 respondentů (33,3 %) jako naprosto nepřínosný.



**Graf 7 Důvody vedoucí k neuplatnění intervencí na individuální úrovni**

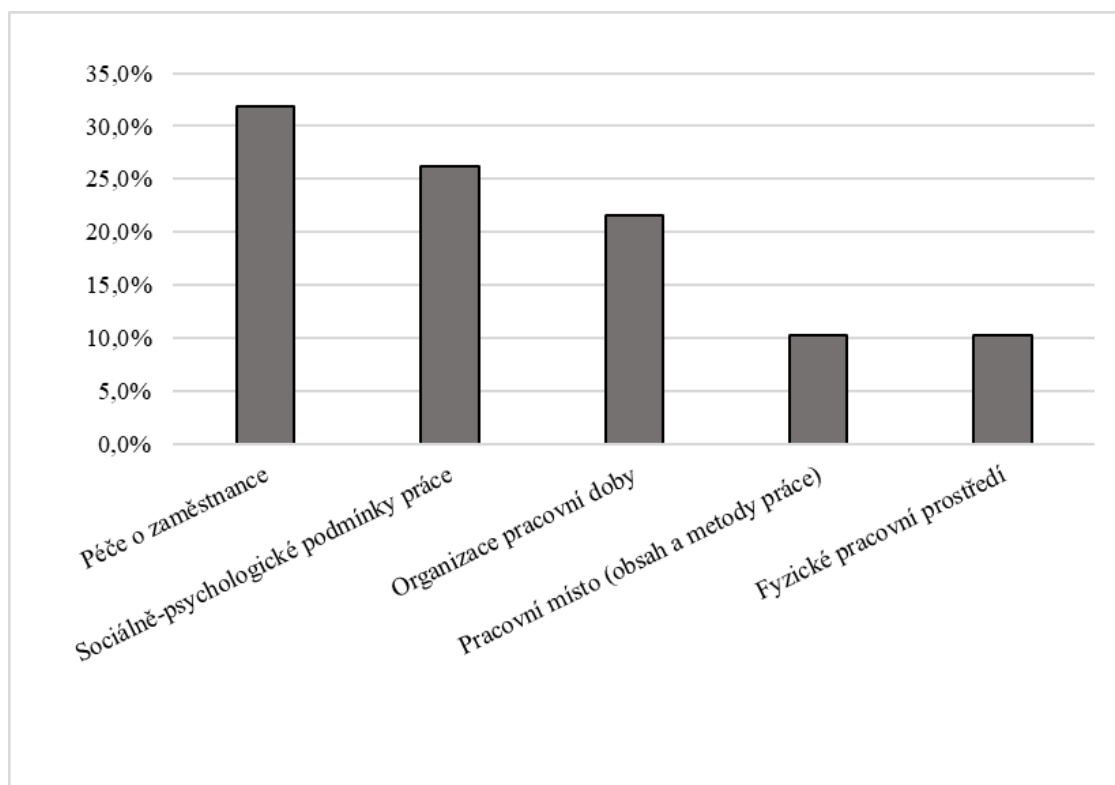


Zdroj: vlastní zpracování

Graf 7 zobrazuje důvody, proč respondenti intervence na individuální úrovni nevyužili. Nedostatek času byl hlavním důvodem. Z celkových 63 respondentů, u kterých nebyla uplatněna intervence na individuální úrovni, jej jako důvod uvedlo 22 respondentů (34,9 %). Druhým nejčastějším důvodem, který vedl k nevyužití intervence na individuální úrovni, bylo nízké povědomí zaměstnanců o těchto iniciativách. Celkem 12 respondentů (19 %) uvedlo, že nevěděli, že se něco koná, a dalších 9 respondentů (14,3 %) uvedlo, že nevěří, že by jim aktivity na pracovišti pomohly ke zlepšení duševního zdraví. Další respondenti se neúčastnili, protože nechtějí řešit duševní zdraví v práci (9,5 %), nepřijde jim to důležité (9,5 %), nebylo jim to nabídnuto (6,3 %) nebo jim nevyhovuje čas a místo (3,2 %). Celkem 2 respondenti (3,2 %) uvedli, že žádný z uvedených důvodů nevystihuje důvod jejich neúčasti.

### 4.5.3 Intervence na organizační úrovni

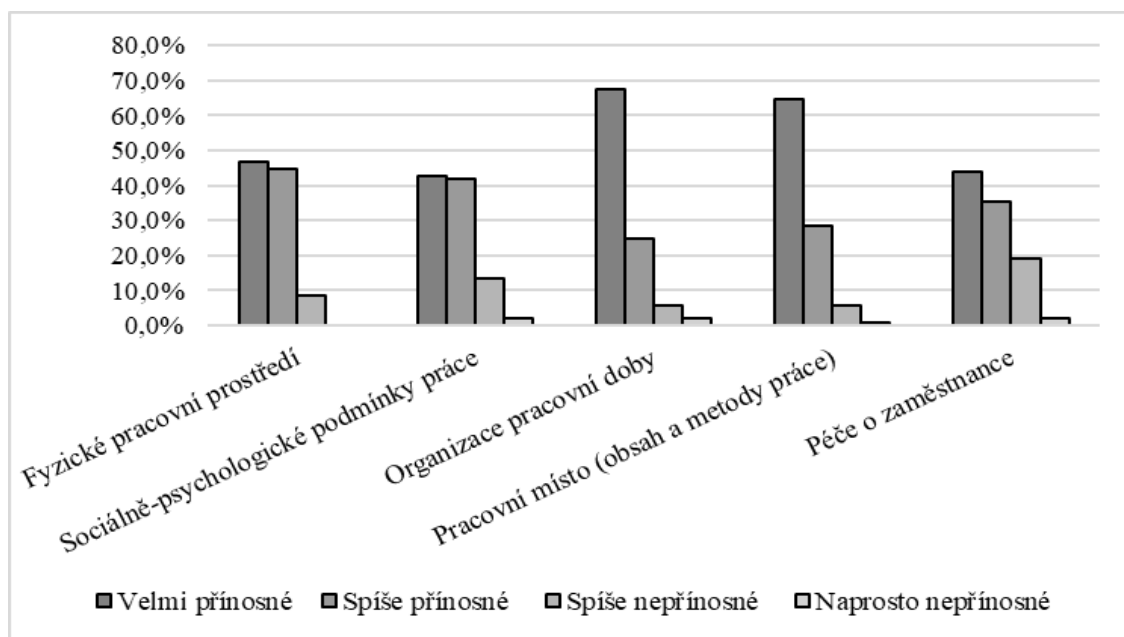
Graf 8 Realizované úpravy pracovních podmínek v rámci intervencí na organizační úrovni



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 8 poukazuje na realizované úpravy pracovních podmínek, které u respondentů proběhly za poslední tři měsíce. Počet odpovědí, který zaměstnanci mohli v této otázce zvolit, nebyl omezený pro lepší znázornění nejčastějších úprav pracovních podmínek. Absolutní četnost celkových odpovědí na tuto otázku byla 88. Celkem 28 respondentů (31,8 %) uvedlo, že v rámci jejich pracovní pozice proběhla změna v oblasti péče o zaměstnance, 23 respondentů (26,1 %) uvedlo úpravu v oblasti sociálně-psychologických podmínek práce a u 19 respondentů (21,6 %) proběhla změna podmínek souvisejících s organizací pracovní doby. Úprava pracovního místa (obsahů a metod práce) proběhla u 9 respondentů (10,2 %) a změna pracovních podmínek v oblasti pracovního prostředí proběhla u 9 respondentů (10,2 %).

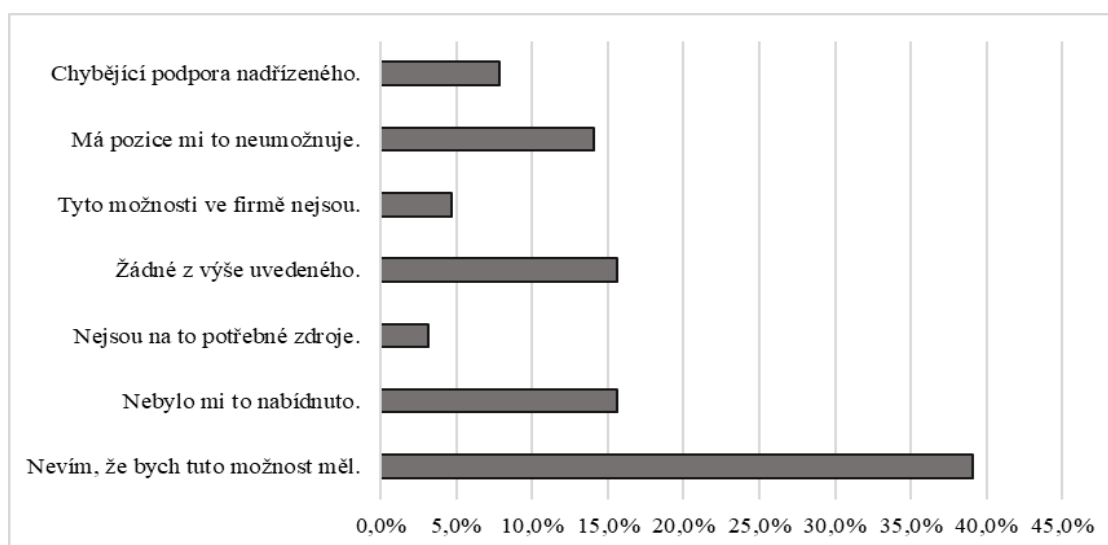
**Graf 9 Hodnocení přínosnosti úprav pracovních podmínek v rámci intervencí na organizační úrovni**



Zdroj: vlastní šetření

Graf 9 zobrazuje, jakým způsobem respondenti hodnotí jednotlivé úpravy pracovních podmínek podle přínosnosti. Úprava podmínek v oblasti organizace pracovní doby a úprava pracovního místa byly považovány za velmi přínosné pro zlepšení duševního zdraví. Z celkových 105 respondentů bylo 71 těch (67,6 %), kteří úpravy v organizaci pracovní doby považovali za velmi přínosné, a 26 respondentů (24,8 %) je považovali za spíše přínosné. Úpravu pracovního místa (obsahů a metod práce) z celkových 105 respondentů považovalo za velmi přínosnou 68 respondentů (64,8 %) a za spíše přínosnou ji považovalo 30 respondentů (28,6 %). Úpravy v oblasti péče o zaměstnance hodnotilo 46 respondentů (43,8 %) jako velmi přínosné a 37 respondentů (35,2 %) za přínosné, ale 20 respondentů (19 %) je ohodnotilo také jako spíše nepřínosné. Úpravu v oblasti sociálně-psychologických podmínek ohodnotilo 45 respondentů (42,9 %) jako velmi přínosnou, dalších 44 respondentů (41,9 %) jako spíše přínosnou a 14 respondentů jako spíše nepřínosnou (13,3 %).

**Graf 10 Důvody vedoucí k neuplatnění intervencí na organizační úrovni**



Zdroj: vlastní šetření

Graf 10 zobrazuje důvody, které vedly k tomu, že v rámci pracovní pozice nebyla uplatněna žádná intervence na organizační úrovni. U 64 respondentů z celkového počtu 105 respondentů nebyla uplatněna žádná intervence na organizační úrovni. Nejčastějším důvodem nevyužití intervence, který volilo 25 respondentů (39,1 %), byla neinformovanost o možnosti úpravy pracovních podmínek na pracovišti. Celkem 10 respondentů (15,6 %) uvedlo, že jim změna pracovních podmínek nebyla nabídnuta, a 9 respondentů (14,1 %) odpovědělo, že jim jejich pozice změnu neumožňuje. Jako další důvody nerealizované intervence na organizační úrovni byly uváděny: chybějící podpora nadřízeného (7,8 %), chybějící možnosti ve firmě (4,7 %) a chybějící potřebné zdroje (7,8 %). Celkem 10 respondentů (15,6 %) uvedlo, že žádný z uvedených důvodů nevystihuje důvod jejich neúčasti.

#### **4.6 Testování a výsledky testování hypotéz**

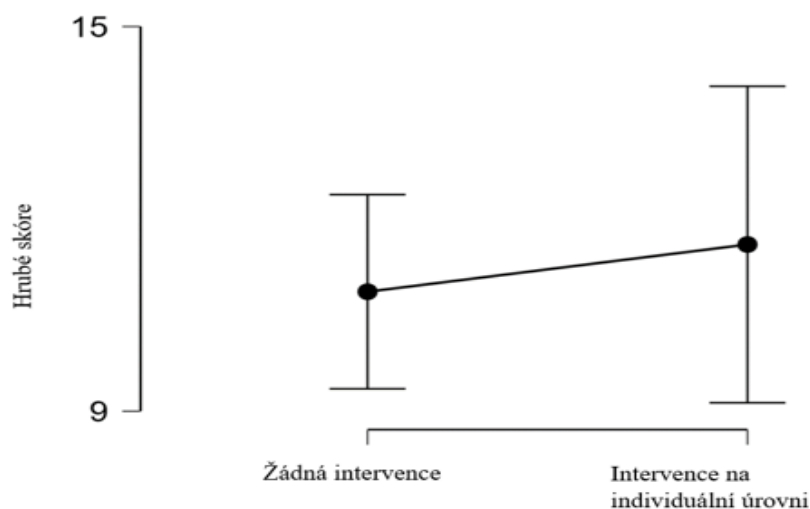
V kapitole 3.3 byly popsány výzkumy, které zkoumají vliv uplatnění intervencí na podporu duševního zdraví na duševní zdraví zaměstnanců. Ukázalo se, že u řady zaměstnanců bylo zaznamenáno zlepšení úrovně duševního zdraví po uplatnění intervencí. V této kapitole bude vliv intervencí na duševní zdraví ověřován prostřednictvím testování hypotéz. Zpracování dat proběhlo v programu Microsoft Excel a následné testování hypotéz probíhalo ve statistickém programu JASP 16.3. Při ověřování hypotéz H1 a H3 byl využit statistický test významnosti Studentův t-test, který

umožňuje porovnat aritmetické průměry dvou souborů dat (Chráska, 2016, s. 114). U hypotézy H2 byl využit U-test Manna a Whitneyho, a to z toho důvodu, že u jednoho souboru dat nebylo splněno kritérium normálního rozdělení. Chráska (2016, s. 86) popisuje U-test Manna a Whitneyho jako „...velmi vydatný neparametrický test, který lze použít v případech, kdy máme rozhodnout, zda dva výběry mohou pocházet ze stejného základního souboru, tj. zda mají stejné rozdělení četností.“

**Hypotéza 1 (H1): Respondenti, u kterých byla uplatněna intervence na individuální úrovni, vykazují vyšší úroveň duševního zdraví než respondenti, u kterých nebyla uplatněna žádná z intervencí.**

K ověření hypotézy H1 byl využit statistický test významnosti Studentův t-test. Na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  hypotézu H0 nezamítáme, jelikož zjištěná p-hodnota 0,296 byla větší než 0,05. Předpokládaná hypotéza (H1) se nepotvrdila, intervence nevede ke statisticky významnému zvýšení hodnot. Níže uvedený graf ukazuje, že pokud u zaměstnanců byla uplatněna intervence na individuální úrovni, dosahovali v průměru hrubého skóre 11,60 bodů, zatímco v případě, že u nich nebyla uplatněna žádná z intervencí, dosahovali průměrně hrubého skóre 10,86 bodů.

**Graf 11 Porovnání průměrného hrubého skóre – intervence na individuální úrovni a žádná intervence**



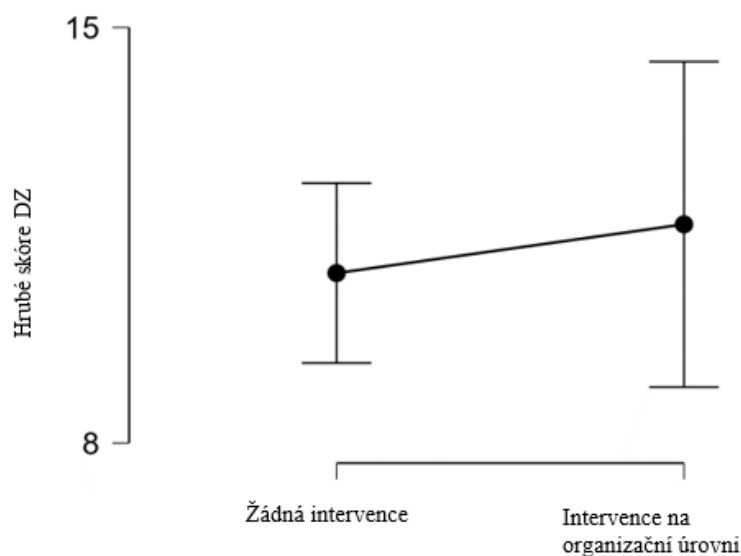
Zdroj: vlastní zpracování

Další stanovená hypotéza se zabývala konkrétními dopady organizačních intervencí na duševní zdraví zaměstnanců. Respektive zkoumala úroveň duševního zdraví v případě, že u jedné skupiny proběhla úprava pracovních podmínek a u druhé skupiny nebyla uplatněna vůbec žádná intervence.

**Hypotéza 2 (H2): Respondenti, u kterých byla uplatněna intervence na organizační úrovni, vykazují vyšší úroveň duševního zdraví než respondenti, u kterých nebyla uplatněna žádná z intervencí.**

Pro testování hypotézy H2 byl využit U-test Manna a Whitneyho. Zjištěná p-hodnota u H2 je 0,354, což je více než 0,05. Na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  tedy  $H_0$  nezamítáme. Předpokládaná hypotéza (H2) se nepotvrdila, intervence nevede ke statisticky významnému zvýšení hodnot. Níže v grafu je možné zaznamenat, že hodnota hrubého skóre byla 11,68 bodů v případě, že u zaměstnanců byla uplatněna intervence na organizační úrovni. V případě, že u zaměstnanců nebyla uplatněna ani intervence na individuální úrovni a ani intervence na organizační úrovni, dosahovali respondenti hrubého skóre 10,86 bodů.

**Graf 12 Porovnání průměrného hrubého skóre – intervence na organizační úrovni a žádná intervence**



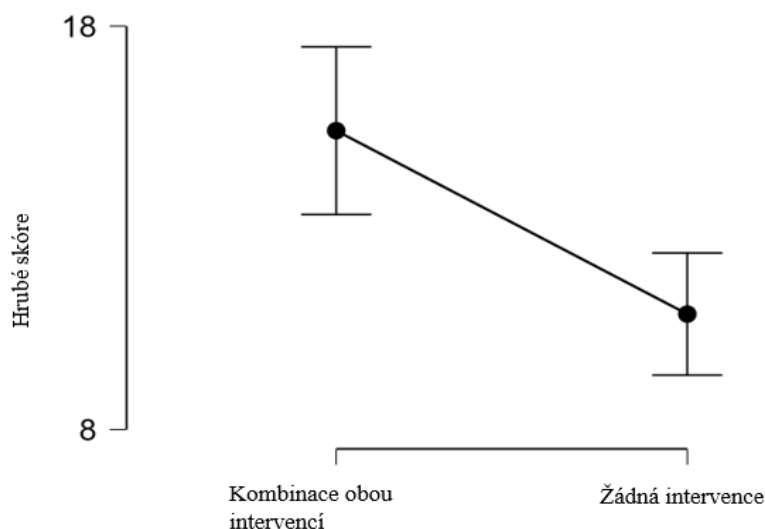
Zdroj: vlastní zpracování

V poslední hypotéze bylo cílem zjistit, jak kombinace předchozích intervencí ovlivňuje úroveň duševního zdraví zaměstnanců, a opět došlo k porovnání se skupinou, která žádnou intervenci neabsolvovala.

**Hypotéza 3 (H3): Respondenti, u kterých byla uplatněna intervence na individuální i organizační úrovni, vykazují vyšší úroveň duševního zdraví než respondenti, u kterých nebyla uplatněna žádná z intervencí.**

K ověření poslední hypotézy byl využit Studentův t-test. Hypotézu H3 můžeme přijmout na hladině významnosti  $\alpha = 0,01$ , jelikož p-hodnota (0,001) byla nižší než 0,01.  $H_0$  se tedy zamítá, uplatnění obou intervencí vede ke statisticky významnému zvýšení hodnot. Zaměstnanci, u kterých byla uplatněna intervence na individuální a zároveň i organizační úrovni, dosahovali v průměru hrubého skóre 15,4 bodů. V případě, že u zaměstnanců nebyla uplatněna intervence na individuální úrovni a ani intervence na organizační úrovni, dosahovali respondenti hrubého skóre 10,86 bodů.

**Graf 13 Porovnání průměrného hrubého skóre – intervence na individuální úrovni a organizační úrovni a žádná intervence**



Zdroj: vlastní zpracování

## 5 Diskuse

V empirickém šetření bylo cílem zjistit, jaký vliv má uplatnění intervencí na podporu duševního zdraví na subjektivně vnímanou úroveň duševního zdraví u zaměstnanců. Sběr dat proběhl prostřednictvím rozeslání dotazníku osmi pracovníkům personálního oddělení vybrané firmy a následně byl dotazník distribuován 350 zaměstnancům. Výsledný výzkumný soubor představovalo 105 zaměstnanců zvolené firmy. Vybrána byla pouze jedna firma z toho důvodu, že jednotlivé organizace nabízejí různé druhy intervencí a v různé kvalitě. Firma byla vybrána do empirického šetření s ohledem na širokou nabídku intervencí.

Nejasnosti v operacionalizaci definice duševního zdraví, nedostatek vhodných indikátorů pro měření pozitivních aspektů duševního zdraví a subjektivita jsou faktory, které dělají výzkum tohoto fenoménu náročnější. O to významnější jsou pak teoretické a empirické základy, na kterých je výzkum stavěn. Tato práce vychází z definice WHO, která duševní zdraví vymezuje jako stav duševní pohody a zdůrazňuje pozitivní aspekty duševního zdraví (WHO, 2004, s. 12). Pro měření úrovně duševního zdraví byl pod záštitou WHO vyvinut *Index duševní pohody (WHO-5)*, který se výhradně zaměřuje na pozitivní aspekty duševního zdraví a byl využit také v empirickém šetření této práce. Díky uvedenému nástroji bylo možno prozkoumat, na jaké úrovni se duševní zdraví zaměstnanců ve vybrané firmě pohybuje, a následně bylo zjišťováno, zda uplatnění intervence má u zaměstnanců vliv na úroveň duševního zdraví.

V empirickém šetření byly ověřovány tři hypotézy, které vycházely primárně z výzkumů, ve kterých byl zkoumán vliv intervencí na duševní zdraví zaměstnanců (viz 3.3). V rámci empirického šetření byly intervence rozděleny podle toho, zda mají být orientovány na samotné zaměstnance (intervence na individuální úrovni), nebo na organizační charakteristiky pracoviště (intervence na organizační úrovni). Následně došlo k porovnání dvou skupin zaměstnanců – těch, u kterých byla uplatněna intervence, a těch, u kterých nebyla uplatněna žádná intervence.

Ve výzkumu bylo zjištěno, že pokud u zaměstnanců došlo k uplatnění intervence na individuální a zároveň na organizační úrovni, jejich úroveň duševního zdraví byla signifikantně vyšší než úroveň duševního zdraví zaměstnanců, u kterých žádná



z intervencí nebyla uplatněna. Závěry empirického šetření tak potvrzují zjištění již předešlých výzkumů, ve kterých byla kombinace intervencí označena za nejúčinnější pro zlepšení úrovně duševního zdraví (LaMontagne a kol., 2007, s. 277–278; Corbière a kol., 2009, s. 111). Uvedená zjištění byla reflektována také v subjektivních odpovědích zaměstnanců. Zaměstnanci nejčastěji uváděli zlepšení duševního zdraví v případě uplatnění obou intervencí. Jednalo se o 17 zaměstnanců (77,3 %) z celkových 20, kteří uvedli, že se jejich duševní stav po uplatnění obou intervencí zlepšil. Zatímco pokud u zaměstnanců byla uplatněna pouze jedna z intervencí, zaměstnanci častěji odpovídali, že nezaznamenali změnu ve stavu duševního zdraví. Ani v empirickém šetření se, v případě uplatnění pouze jedné z intervencí, nepovedlo potvrdit pozitivní vliv intervence na duševní zdraví zaměstnanců. Také ve výzkumech jiných autorů vliv jednotlivých intervencí na duševní zdraví nebyl ve všech případech potvrzen (Montano, Hoven a Siegrist, 2014, s. 4–7). Docházelo k tomu často u organizačních intervencí, které jsou náročné na realizaci, a následné vyhodnocení především kvůli jejich komplexnosti (Semmer, 2006, s. 518–522). Někteří autoři ale uvádí, že problém může být i v měření, které často probíhalo krátce po realizaci změny, a tudíž nebyl dostatek času na to, aby se vliv intervence projevil (Leka a kol., 2014, s. 28).

Výsledky šetření také poukázaly na to, že intervence, které byly ze strany zaměstnanců považovány za nejprínosnější pro zlepšení duševního zdraví na pracovišti, nepatřily mezi nejvyužívanější. Například nejčastěji se zaměstnanci účastnili workshopů, přednášek a seminářů, ale při hodnocení přínosnosti jednotlivých metod byl nejlépe hodnocen koučink a mentoring a následně i psychologické poradenství, kterého se však neúčastnil žádný z respondentů. V případě organizačních intervencí došlo nejčastěji k úpravě podmínek souvisejících s péčí o zaměstnance a změn v oblasti sociálně-psychologických podmínek práce, ale za nejprínosnější pro zlepšení duševního zdraví považovali zaměstnanci organizaci pracovní doby a úpravu pracovního místa (obsahu a metod práce). Důvodem k uvedenému nesouladu může být také řada bariér, jako je například chybějící povědomí zaměstnanců o daných možnostech ve firmě, jež se projevila jako hlavní bariéra a v empirickém šetření ji uvedlo 25 respondentů (39,1 %). Významnou překážkou může podle průzkumu *European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks* být také neochota firem o otázkách psychosociálních rizik otevřeně mluvit (EU-OSHA, 2021, s. 16). Ve firmách by proto dávalo smysl zvyšovat povědomí

zaměstnanců o iniciativách na podporu duševního zdraví a zároveň zaměstnance podporovat v jejich využívání.

V empirickém šetření byla také měřena úroveň duševního zdraví zaměstnanců. V průzkumu *European Working Conditions Survey* (EWCS) dosahovali zaměstnanci průměrně hrubého skóre 17 bodů (v přepočtu na procentuální skóre 68 bodů), zatímco v empirickém šetření dosahovali zaměstnanci hrubého skóre v průměru 12,1 bodů (v přepočtu na procentuální skóre 48 bodů), z toho se 53,3 % zaměstnanců pohybovalo pod průměrem (charakteristické pro nižší úroveň duševního zdraví) a 46,7 % zaměstnanců v pásmu nad průměrem (charakteristické pro vyšší úroveň duševního zdraví). Uvedené výsledky naznačují převažující počet zaměstnanců s nízkou úrovní duševní pohody, která je v porovnání s výsledky průzkumu EWCS překvapivá, ale pokud je přihlédnuto k průzkumu *European Company Survey* (ECS), ne až tolik. V průzkumu ECS totiž vyšlo najevo, že úroveň duševní pohody zaměstnanců ve velkých organizacích je hluboce pod průměrem, zatímco v malých organizacích se úroveň duševní pohody pohybuje nad hranicí průměru (Eurofound a Cedefop, 2020, s. 23). Dopátrat se konkrétních příčin může být náročné, jelikož na duševní zdraví zaměstnanců může mít vliv mnoho faktorů. Jednou z příčin nižší úrovně duševního zdraví mohou být i vyšší pracovní nároky (konkrétně vyšší emocionální a sociální nároky, ale také vyšší intenzita a extenzita práce) ve velkých podnicích, které mohou mít negativní vliv na duševní zdraví zaměstnanců (Eurofound, 2019, s. 42).

Duševní zdraví ve vztahu k práci je tématem, které bylo v odborných publikacích řešeno mnohokrát, velmi často ve spojení se stresem, vyhořením, motivací, produktivitou a dalšími podobnými koncepty. Výzkumy zkoumající duševní pohodu či duševní zdraví ve spojení s intervencemi na pracovišti jsou v českém prostředí ojedinělé. Výzkumné šetření tedy představuje nové, ale rozhodně aktuální téma, které může být přínosné pro pracovníky z personálních oddělení, vedoucí pracovníky, ale i praktiky, kteří se uplatněním intervencí v organizačním prostředí zabývají.

Diplomová práce poukazuje na to, že uplatňování intervencí na podporu duševního zdraví na pracovišti má smysl, protože mohou pozitivně ovlivňovat úroveň duševního zdraví u zaměstnanců. Dalšími vhodnými náměty pro budoucí výzkum by mohlo být zkoumání již konkrétních metod a organizačních opatření a jejich vlivu na duševní zdraví

zaměstnanců (např. zkoumání workshopu, terapie a dalších metod a jejich vlivu na zdraví zaměstnance).

Závěrem je třeba zmínit i limity provedeného výzkumu. Za jeden z limitů výzkumu je možno považovat chybějící porovnání před implementací intervence a po její implementaci. Ačkoliv bylo ve výzkumu především pracováno s populací, u které byla implementace intervence uskutečněna a u které implementace intervence nebyla uskutečněna, dávalo by smysl změřit úroveň duševního zdraví u první zmíněné skupiny ještě před uplatněním intervence. Právě díky tomu, by bylo možné zaznamenat skutečnou změnu úrovně duševního zdraví. Zmíněný předpoklad by však bylo třeba realizovat s dostatečným předstihem, a navíc u firmy, která ještě taková opatření zavedená nemá a teprve je chystá zavést. Tyto podmínky kladou poměrně vysoké nároky na výzkumníka, ale mohou být také námětem pro budoucí výzkum v této oblasti.

Dalším limitem může být omezení výzkumného šetření pouze na jednu organizaci, což zároveň vytvořilo další limity. Například 99 respondentů (94,3 %) z celkových 105 respondentů bylo z věkových kategorií pod 44 let, z věkové kategorie nad 45 se účastnilo pouze 6 respondentů (5,8 %). Dále celkem 95 respondentů (90,5 %) mělo vysokoškolské vzdělání (mimo 10 respondentů se středoškolským vzděláním). Výzkumný vzorek by mohl být více heterogenní. Výzkumné šetření bylo realizováno v rámci jedné organizace, která má nad 250 zaměstnanců. Bylo žádoucí, aby byly zahrnuty i organizace s menším počtem zaměstnanců, což by umožnilo zaznamenat i rozdíly mezi těmito organizacemi.

Nízká návratnost dotazníku je rozhodně také značným limitem, který mohl mít vliv na výsledky šetření. I navzdory tomu, že byl dotazník zaslán 350 zaměstnancům, povedlo se nasbírat pouze 105 odpovědí. Příčinou nižší návratnosti může být distribuce dotazníku prostřednictvím online komunikace, která je méně osobní.

V neposlední řadě je třeba upozornit i na specifika, která se pojí s tématem duševního zdraví v organizačním prostředí. Duševní zdraví nepatří mezi témata, která by byla běžně mezi zaměstnanci a zaměstnavateli otevřeně diskutována. Duševní zdraví může být pro zaměstnance citlivým tématem, protože se s ním pojí stále poměrně vysoká míra stigmatizace. Ačkoliv byli zaměstnanci obeznámeni o anonymitě dotazníku, uvedené

faktory se i přesto mohly promítnout v odpovědích. Je třeba také zmínit, že výsledná data odráží schopnost respondentů posoudit sebe samotné. Sebehodnocení může být zkresleno řadou faktorů (např. aktuálním duševním stavem). Je tedy třeba dodat, že na výsledky šetření mohl mít i limit sebeposouzení.

## 6 Závěr

Intervence na podporu duševního zdraví na pracovišti jsou děleny na dva typy – na ty, které probíhají na úrovni jedince, a na ty, které probíhají na úrovni organizace. Mezi výzkumníky se vedou rozepře, která z těchto intervencí je skutečně efektivnější při podpoře duševního zdraví na pracovišti. Ani četné výzkumy o této otázce nedokázaly jednoznačně rozhodnout. Důvodem k tomu může být i značná rozdílnost mezi těmito dvěma intervencemi.

Cílem diplomové práce bylo analyzovat vliv intervencí na podporu duševního zdraví na pracovišti na duševní zdraví zaměstnanců. V diplomové práci byl v první kapitole představen koncept duševního zdraví, který stále postrádá jednotnou definici, což vede k následným problémům v jeho chápání a měření. Měření duševního zdraví komplikuje i existence celé řady determinantů, které duševní zdraví ovlivňují a nejsou jednoduše postižitelné. Závěrečná podkapitola proto popisuje indikátory sloužící k měření duševního zdraví a zdůrazňuje důležitost vývoje dalších indikátorů, které budou spolehlivě zachycovat duševní zdraví jedinců, a nikoliv pouze příznaky duševního onemocnění.

V druhé kapitole bylo duševní zdraví na pracovišti vymezeno z různých hledisek. Nejdříve byl představen koncept podpory duševního zdraví na pracovišti a popsány byly i cíle podpory duševního zdraví na pracovišti. Kapitola také poukazuje na vzrůstající význam tématu podpory duševního zdraví v iniciativách mezinárodních organizací, který se projevuje nově vznikajícími normami a doporučeními. Zároveň kapitola představuje i význam podpory duševního zdraví pro organizaci, ale i pro zaměstnance dané organizace a poukazuje na to, že podpora duševního zdraví na pracovišti může oběma stranám přinášet řadu benefitů. Uvedená hlediska se promítají do aktuální situace v oblasti podpory duševního zdraví na pracovištích, které se věnuje závěrečná podkapitola. Oblast podpory duševního zdraví v pandemii covid-19 zaznamenávala stagnaci, ale podle mezinárodních výzkumů zájem o uplatnění iniciativ na podporu duševního zdraví na pracovištích pozvolna narůstá.

Třetí kapitola proto rozpracovává konkrétní doporučení a postupy, jež je vhodné zohlednit při implementaci programů a intervencí na podporu duševního zdraví

na pracovišti. Kapitola poukazuje na to, že při implementaci iniciativ na podporu duševního zdraví je třeba zohlednit mnoho interních i externích faktorů, protože právě ty mohou ovlivnit úspěšnost celého procesu. Zmíněné jsou mimo jiné i bariéry, které mohou účinnost intervencí snižovat či plně bránit v jejich realizaci. Následně jsou popsány již konkrétní programy, které cílí na zlepšení duševního zdraví. Pozornost je v této kapitole věnována především programům na podporu duševního zdraví a preventivním programům, které jsou realizovány prostřednictvím intervencí. V literatuře jsou nejčastěji rozdělovány a zkoumány intervence podle toho, zda probíhají na individuální nebo organizační úrovni. U obou typů intervencí byl prokázáno, že mají pozitivní vliv na úroveň duševního zdraví zaměstnanců, nicméně lze najít i výzkumy, ve kterých nebyl žádný vliv prokázán (a to především u organizačních intervencí). Nejednoznačnost závěrů ohledně účinnosti intervencí může pramenit z novosti a nezralosti oblasti, která vyžaduje aktivnější výzkum.

Čtvrtá kapitola zahrnuje kvantitativní empirické šetření, které bylo realizováno prostřednictvím dotazníkového šetření. Dotazník byl zaslán osmi pracovníkům personálního oddělení a následně rozeslán 350 zaměstnancům. Výzkumný vzorek se následně skládal ze 105 respondentů. Cílem empirického šetření bylo zjistit, jaký vliv má uplatnění intervencí na podporu duševního zdraví na vnímanou úroveň duševního zdraví u zaměstnanců. V práci byly ověřovány tři hypotézy, které zkoumaly vliv intervencí na duševní zdraví zaměstnanců. V kvantitativním empirickém šetření se povedlo prokázat, že uplatnění intervencí na podporu duševního zdraví na pracovišti může mít pozitivní vliv na duševní zdraví zaměstnanců. Bylo zjištěno, že úroveň duševního zdraví je u zaměstnanců vyšší v případě, že u nich byla uplatněna kombinace individuální a organizační intervence. Nicméně v případě uplatnění pouze jedné z intervencí nebyl pozitivní vliv intervence potvrzen.

Podpora duševního zdraví na pracovišti je stále poměrně novou a nezralou oblastí, která vyžaduje aktivnější výzkum, především v oblasti zkoumání vlivu intervencí na duševní zdraví zaměstnanců. Práce poskytuje pohled na oblast podpory duševního zdraví na pracovišti a poukazuje na to, že podpora iniciativ, které zlepšují duševní zdraví zaměstnanců na pracovišti, má smysl.

## 7 Soupis bibliografických citací

ANTONOVSKY, Aaron. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international* [online]. Oxford University Press, 1996, 11(1), 11–18 [cit. 2022-07-25]. ISSN 0957-4824. Dostupné z: doi:10.1093/heapro/11.1.11.

ARMSTRONG, Michael a Stephen TAYLOR. *Armstrong's handbook of human resource management practice*. London: Kogan Page, 2009. ISBN 978-0-7494-5242.

ARMSTRONG, Michael. *Armstrong's handbook of human resource management practice*. London: Kogan Page, 2014. ISBN 978-0-7494-6550-6.

BARRY, Margaret M. a kol. *Implementing Mental Health Promotion*. Switzerland: Springer International Publishing, 2019. ISBN 978-3-030-23454-6.

BEDRNOVÁ, Eva a Ivan NOVÝ. *Psychologie a sociologie řízení*. Praha: Management Press, 1998. ISBN 80-85943-57-3.

BELLÓN, Juan, Sonia CONEJO-CERÓN, Cayetana CORTÉS-ABELA, Antonio GARCÍA-RODRÍGUEZ a Patricia MORENO-PERAL. Effectiveness of psychological and educational interventions for the prevention of depression in the workplace. *Scandinavian Journal of work, Environment & Health* [online]. Finland: Finnish Institute of Occupational Health, 2019, 45(4), 324–332 [cit. 2022-07-25]. ISSN 0355-3140. Dostupné z: doi:10.5271/sj.

BÖDEKER, Wolfgang a Julia KREIS. *Indicators for work-related health monitoring in Europe* [online]. Essen: European Network for Workplace Health Promotion, 2004 [vid. 2022-07-11]. ISBN 3-86509-248-9. Dostupné z: <https://www.enwhp.org/?i=portal.en.indicators-for-work-related-health-monitoring>.

BOWLING, Nathan A., Gene M. ALARCON, Caleb B. BRAGG a Michael J. HARTMAN. A meta-analytic examination of the potential correlates and consequences of workload. *Work and stress* [online]. Abingdon: Routledge, 2015, 29(2), 95–113 [cit. 2022-07-25]. ISSN 0267-8373. Dostupné z: doi:10.1080/02678373.2015.1033037.

BREGENZER, Anita a Paulino JIMENEZ. Risk Factors and Leadership in a Digitalized Working World and Their Effects on Employees' Stress and Resources: Web-Based Questionnaire Study. *Journal of Medical Internet Research* [online]. Canada: JMIR Publications, 2021, 23(3), 1–17 [cit. 2022-07-25]. ISSN 1438-8871. Dostupné z: doi:10.2196/24906.

BULÍŇSKA-STANGRECKA, Helena a Anna BAGIEŇSKA. The Role of Employee Relations in Shaping Job Satisfaction as an Element Promoting Positive Mental Health at Work in the Era of COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. Switzerland: MDPI, 2021, 18(4) [cit. 2022-07-25]. ISSN 1660-4601. Dostupné z: doi:10.3390/ijerph18041903.

COOPER, Brittany Rhoades, Brian K. BUMBARGER a Julia E. MOORE. Sustaining Evidence-Based Prevention Programs: Correlates in a Large-Scale Dissemination Initiative. *Prevention science* [online]. New York: Springer US, 2013, 16(1), 145–157 [cit. 2022-07-25]. ISSN 1389-4986. Dostupné z: doi:10.1007/s11121-013-0427-1.

CORBIÈRE, Marc, Jie SHEN, Marc ROULEAU a Carolyn S. DEWA. A systematic review of preventive interventions regarding mental health issues in organizations. *Work* [online]. Netherlands: IOS Press BV, 2009, 33(1), 81–116 [cit. 2022-07-25]. ISSN 1875-9270. Dostupné z: doi:10.3233/WOR-2009-0846.

COX, Tom, Toon W. TARIS a Karina NIELSEN. Organizational interventions: Issues and challenges. *Work and stress* [online]. London: Taylor & Francis Group, 2010, 24(3), 217–218 [cit. 2022-07-25]. ISSN 1464-5335. Dostupné z: doi:10.1080/02678373.2010.519496.

ČESKO. Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2022 [vid. 20. 6. 2022]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-262>.

DAVID, Susan, Ilona BONIWELL a Amanda CONLEY AYERS. *The Oxford handbook of happiness*. England: Oxford University Press, 2013. ISBN 978-0199557257.



DURLAK, Joseph A. Why Program Implementation is Important. *Journal of prevention & intervention in the community* [online]. Taylor & Francis Group, 1998, 17(2), 1–18 [cit. 2022-07-25]. ISSN 1540-7330. Dostupné z: doi:10.1300/J005v17n02\_02.

EHLER, Edvard, Josef BEDNAŘÍK, Cyril HÖSCHL, Petr WINKLER, Martin SUCHÝ a Matina PÁTÁ. Náklady na poruchy mozku v České republice. *Cesk Slov Neurol* [online]. 2013, 109(3), 282–291 [vid. 2022-07-18]. ISSN 1210-7859. Dostupné z: <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2013-3-9/naklady-na-poruchy-mozku-v-ceske-republice-40577>.

ENWHP. *Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union* [online]. Luxembourg: European Network for Workplace Health Promotion, 1997 [vid. 2022-07-11]. Dostupné z: [https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/05/04/luxembourg\\_declaration.pdf](https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/05/04/luxembourg_declaration.pdf).

ERSKINE, James a George GEORGIU. Leadership Styles: Employee Stress, Well-being, Productivity. *Turnover and Absenteeism* [online]. 2018, 28–40 [vid. 2022-07-18]. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/325619710\\_Leadership\\_Styles\\_Employee\\_Stress\\_Well-being\\_Productivity\\_Turnover\\_and\\_Absenteeism](https://www.researchgate.net/publication/325619710_Leadership_Styles_Employee_Stress_Well-being_Productivity_Turnover_and_Absenteeism).

EU-OSHA. *Third European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER 3)* [online]. Spain: Publications Office of the European Union, 2019 [vid. 2022-07-18]. Dostupné z: <https://www.enshpo.eu/pdfs/news01.pdf><https://www.enshpo.eu/pdfs/news01.pdf>.

EU-OSHA. *ESENER 2019: Co vypovídá o bezpečnosti a ochraně zdraví na evropských pracovištích?* [online]. Spain: Publications Office of the European Union, 2021 [vid. 2022-07-18]. ISBN 978-92-9479-530-4. Dostupné z: <https://osha.europa.eu/cs/publications/esener-2019-policy-brief><https://www.enshpo.eu/pdfs/news01.pdf>.

EU-OSHA. *How European workplaces manage safety and health, 2019, 2014 and 2009* [online]. EU-OSHA, 2022 [vid. 2022-07-18]. Dostupné z: <https://visualisation.osha.europa.eu/esener/en>.

EUPAE a TUNED. *Ochrana zdraví a bezpečnost při práci (BOZP) v ústředních orgánech státní správy: řešení psychosociálních rizik na pracovišti, průvodce* [online]. Praha: Ministerstvo vnitra, 2017 [vid. 2022-07-18]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/sluzba/soubor/ochrana-zdravi-a-bezpecnost-pri-praci-bozp-v-ustrednich-organech-statni-spravy-reseni-psychosocialnich-rizik-na-pracovisti-pruvodce-2017-cz.aspx>.

EUROFOUND. *Sixth European Working Conditions Survey – Overview report* [online]. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2017 [vid. 2022-07-18]. ISBN 978-92-897-1597-3. Dostupné z: <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2016/working-conditions/sixth-european-working-conditions-survey-overview-report>.

EUROFOUND. *Working conditions and workers' health* [online]. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2019 [vid. 2022-07-18]. ISBN 978-92-897-1846-2. Dostupné z: <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2019/working-conditions-and-workers-health>.

EUROFOUND a CEDEFOP. *European Company Survey 2019: Workplace practices unlocking employee potential* [online]. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2020 [vid. 2022-07-18]. ISBN 978-92-897-2107-3. Dostupné z: <https://www.eurofound.europa.eu/publications/flagship-report/2020/european-company-survey-2019-workplace-practices-unlocking-employee-potential>.

EUROFOUND. *Living, working and COVID-19 (Update April 2021): Mental health and trust decline across EU as pandemic enters another year* [online]. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2021 [vid. 2022-07-18]. Dostupné z: <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2021/living-working-and-covid-19-update-april-2021-mental-health-and-trust-decline-across-eu-as-pandemic>.

EUROSTAT. *Self-reported work-related health problems and risk factors – key statistics: statistic explained* [online]. Eurostat, 2021 [vid. 2022-07-18]. Dostupné z: <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/SEPDF/cache/60466.pdf>.

FEICHT, Tina, Marc WITTMANN, Gerald JOSE, Amanda MOCK, Eckart VON HIRSCHHAUSEN a Tobias ESCH. Evaluation of a Seven-Week Web-Based Happiness Training to Improve Psychological Well-Being, Reduce Stress, and Enhance Mindfulness and Flourishing: A Randomized Controlled Occupational Health Study. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine* [online]. United States: Hindawi Publishing Corporation, 2013, 1–14 [vid. 2022-07-18]. ISSN 1741-427X. Dostupné z: DOI: 10.1155/2013/676953.

FERJENČÍK, Jan. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-815-9.

GALDERISI, Silvana, Andreas HEINZ, Marianne KASTRUP, Julian BEEZHOLD a Norman SARTORIUS. Toward a new definition of mental health. *World psychiatry* [online]. Italy: BlackWell Publishing, 2015, 14(2), 231–233 [cit. 2022-07-26]. ISSN 2051-5545. Dostupné z: doi:10.1002/wps.20231.

GAO, Junling, Scott R. WEAVER, Junming DAI, Yingnan JIA, Xingdi LIU, Kezhi JIN a Hua FU. Workplace social capital and mental health among Chinese employees: a multi-level, cross-sectional study. *PLoS ONE* [online]. United States: Public Library of Science, 2014, 9(1) [cit. 2022-07-26]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0085005.

GRANT, Anthony M., Linley CURTAYNE a Geraldine BURTON. Executive coaching enhances goal attainment, resilience and workplace well-being: a randomised controlled study. *The journal of positive psychology* [online]. Routledge, 2009, 4(5), 396–407 [cit. 2022-07-26]. ISSN 1743-9760. Dostupné z: doi:10.1080/17439760902992456.

GRIFFIN, Ricky a Karen DANNA. Health and well-being in the workplace: a review and synthesis of the literature. *Journal of management* [online]. Tucson: Elsevier, 1999,

25(3), 357–384 [cit. 2022-07-26]. ISSN 0149-2063. Dostupné z: doi:10.1016/S0149-2063(99)00006-9.

HACKMAN, Richard. Work redesign and Motivation. *Professional Psychology* [online]. 1980, 11(3), 445–455. ISBN 1939-1323. Dostupné z: [https://web.archive.org/web/20131019140930id\\_/http://groupbrain.wjh.harvard.edu/jrh/pub/JRH1980\\_2.pdf](https://web.archive.org/web/20131019140930id_/http://groupbrain.wjh.harvard.edu/jrh/pub/JRH1980_2.pdf).

HALL, Trevor, Gloria L. KRAHN, Willi HORNER-JOHNSON a Gordon LAMB. Examining Functional Content in Widely Used Health-Related Quality of Life Scales. *Rehabilitation Psychology* [online]. United States: American Psychological Association, 2011, 56(2), 94–99 [cit. 2022-07-26]. ISSN 1939-1544. Dostupné z: doi:10.1037/a0023054.

HALL, Garry B., Maureen F. DOLLARD, Anthony H. WINEFIELD, Christian DORMANN a Arnold B. BAKKER. Psychosocial safety climate buffers effects of job demands on depression and positive organizational behaviors. *Anxiety, stress, and coping* [online]. Abingdon: Taylor & Francis Group, 2013, 26(4), 355–377 [cit. 2022-07-26]. ISSN 1061-5806. Dostupné z: doi:10.1080/10615806.2012.700477.

HARVEY, Samuel, Sadhbh JOYCE, Leona TAN, Anya JOHNSON, Helena NGUYEN, Matthew MODINI a Markus GROTH. *Developing a mentally healthy workplace: A review of the literature* [online]. Australia: National Mental Health Commission, 2014 [vid. 2022-01-05]. ISBN neuvedeno. Dostupné z: [https://www.headsup.org.au/docs/default-source/resources/developing-a-mentally-healthy-workplace\\_final-november-2014.pdf?sfvrsn=8](https://www.headsup.org.au/docs/default-source/resources/developing-a-mentally-healthy-workplace_final-november-2014.pdf?sfvrsn=8).

HEAPHY, Emily D. a Jane E. DUTTON. Positive Social Interactions and the Human Body at Work: Linking Organizations and Physiology. *The Academy of Management review* [online]. Briarcliff Manor: Academy of Management, 2008, 33(1), 137–162 [cit. 2022-07-26]. ISSN 1930-3807.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HOLDSWORTH, Max Albert. Health, Wellness and Wellbeing. *Interventions Économiques pour une Alternative Sociale* [online]. Association d'Économie Politique, 2019, 62(1) [cit. 2022-07-26]. ISSN 1710-7377. Dostupné z: doi:10.4000/interventionseconomiques.6322.

HOLMAN, David, Sheena JOHNSON a Elinor O'CONNOR. Stress management interventions: Improving subjective psychological well-being in the workplace. In DIENER Ed, Oishi SHIGEHIRO a Louis TAY. *Handbook of well-being* [online]. Utah: DEF Publishers, 2018 [vid. 2022-07-18]. ISBN neuvedeno. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/322713401\\_Handbook\\_of\\_Well-Being](https://www.researchgate.net/publication/322713401_Handbook_of_Well-Being).

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5326-3.

ILO. *Managing work-related psychosocial risks during the COVID-19 pandemic* [online]. Geneva: ILO, 2020 [vid. 2022-07-18]. ISBN 978-9220323748. Dostupné z: [https://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/resources-library/publications/WCMS\\_748638/lang--en/index.htm](https://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/resources-library/publications/WCMS_748638/lang--en/index.htm).

ILO. *The new SOLVE course: Addressing psychosocial factors through health promotion in the workplace* [online]. Turin: International Training Centre of the ILO, 2011 [vid. 2022-07-18]. Dostupné z: [https://www.ilo.org/safework/events/courses/WCMS\\_126657/lang--en/index.htm](https://www.ilo.org/safework/events/courses/WCMS_126657/lang--en/index.htm).

ISO. *ISO 45003:2021 Occupational health and safety management — Psychological health and safety at work — Guidelines for managing psychosocial risks* [online]. 2021 [vid. 2022-07-18]. Dostupné z: <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:45003:ed-1:v1:en>.

JANÉ-LLOPIS, Eva a Margaret Mary BARRY. What makes mental health promotion effective? *Promotion & Education* [online]. 2005, 12(2), 47–55 [vid. 2022-07-18]. ISSN 1025-3823. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/10253823050120020108>.

JANOŠKOVÁ, Miroslava, Petr WINKLER a Ladislav KÁŽMÉR. Vývoj nově přiznaných invalidních důchodů z důvodu duševních a fyzických onemocnění v ČR v letech 2001 až 2011. *Psychiatrie* [online]. Praha: Tigris s.r.o., 2014, 18(4), 161–165 [vid. 2022-07-18]. ISSN 1211-7579. Dostupné z: <https://adoc.tips/download/vyvoj-novi-piznanych-invalidnich-duchodu-z-duvodu-duevnich-a.html?reader=1>.

JEANNOTTE, Alexis M., Derek M. HUTCHINSON a Gabriella Rosen KELLERMAN. The Time to Change for Mental Health and Wellbeing via Virtual Professional Coaching: Longitudinal Observational Study. *Journal of Medical Internet Research* [online]. Canada, 2021, 23(7) [vid. 2022-07-18]. ISSN 1438-8871. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33993102/>.

JOHNSON, Jeffrey V. a Ellen M. HALL. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health* [online]. Washington, DC: Am Public Health Assoc, 1988, 78(10), 1336–1342 [cit. 2022-07-26]. ISSN 0090-0036. Dostupné z: [doi:10.2105/AJPH.78.10.1336](https://doi.org/10.2105/AJPH.78.10.1336).

KARASEK, Robert A. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly* [online]. Ithaca, N.Y: Cornell University Graduate School of Business and Public Administration, 1979, 24(2), 285–308 [cit. 2022-07-26]. ISSN 0001-8392. Dostupné z: [doi:10.2307/2392498](https://doi.org/10.2307/2392498).

KELEHER, Helen a Rebecca ARMSTRONG. *Evidence-based mental health promotion resource*. Melbourne: Public Health Group, 2005. ISBN 978-0-7311-6228-4.

KOCIANOVÁ, Renata. *Personální činnosti a metody personální práce*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2497-3.

KOCIANOVÁ, Renata. *Personální řízení: východiska a vývoj*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3269-5.

KORKEILA, Jyrki, Ville LEHTINEN, Rob BIJL, Odd-steffer DALGARD, Viviane KOVESS, Antony MORGAN a Hans Joachim SALIZE. Establishing a set of mental health indicators for Europe. *Scandinavian Journal of Public Health* [online]. London, England: Sage Publications, 2003, 31(6), 451–459 [cit. 2022-07-26]. ISSN 1651-1905. Dostupné z: doi:10.1080/14034940210165208.

KORZENIOWSKA, Elizbieta a Krzysztof PUCHALSKI. *Workplace Health Promotion in Enlarging Europe*. Łódź: The Nofer Institute of Occupational Medicine, 2006. ISBN 978-83-88261-88-6.

KOUBEK, Josef. *Řízení lidských zdrojů: základy moderní personalistiky*. Praha: Management Press, 2009. ISBN 978-80-7261-168-3.

KREBS, Simone, Anke BAAKEN, Ramona WURST, Wiebke GOEHNER a Reinhard FUCHS. Effects of a Worksite Group Intervention to Promote Physical Activity and Health: The Role of Psychological Coaching. *Applied Psychology: Health and Well-being* [online]. England: Wiley Subscription Services, 2019, 11(3), 584–605 [cit. 2022-07-26]. ISSN 1758-0846. Dostupné z: doi:10.1111/aphw.12170.

KURTESSIS, James N., Robert EISENBERGER, Michael T. FORD, Louis C. BUFFARDI, Kathleen A. STEWART a Cory S. ADIS. Perceived Organizational Support: A Meta-Analytic Evaluation of Organizational Support Theory. *Journal of Management* [online]. Los Angeles, CA: SAGE Publications, 2017, 43(6), 1854–1884 [cit. 2022-07-26]. ISSN 1557-1211. Dostupné z: doi:10.1177/0149206315575554.

LAMONTAGNE, Anthony D., Tessa KEEGEL, Amber M. LOUIE, Aleck OSTRY a Paul A. LANDSBERGIS. A systematic review of the job-stress intervention evaluation literature, 1990-2005. *International Journal of Occupational and Environmental Health* [online]. 2007, 13(3), 268–280 [vid. 2022-07-18]. ISSN 2049-3967. Dostupné z: <https://doi.org/10.1179/oeh.2007.13.3.268>.

LAMONTAGNE, Anthony D., Angela MARTIN, Kathryn M. PAGE, Nicola J. REAVLEY, Andrew J. NOBLET, Allison J. MILNER, Tessa KEEGEL a Peter M. SMITH. Workplace mental health: developing an integrated intervention approach. *BMC*

*Psychiatry* [online]. England: BioMed Central, 2014, 14(1), 1–11 [cit. 2022-07-26]. ISSN 1471-244X. Dostupné z: doi:10.1186/1471-244X-14-131.

LANGER, Tomáš. *Moderní lektor: průvodce úspěšného vzdělavatele dospělých*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-271-0093-4.

LEE, Sunwoo. Subjective Well-being and Mental Health During the Pandemic Outbreak: Exploring the Role of Institutional Trust. *Research on Aging* [online]. 2022, 44(1), 10–21 [vid. 2022-07-11]. ISSN 0164-0275. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0164027520975145>.

LEHTINEN Ville, Britta SOHLMAN a Vivienne KOVESS-MAFETY. Level of positive mental health in the European union: results from the eurobarometer 2002 survey. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* [online]. 2005, 1(9) [vid. 2022-01-05]. ISSN 1745-0179. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16042763/>.

LEHTINEN, Ville. *Building up good mental health: guidelines based on existing knowledge*. Helsinki: Stakes, 2008. ISBN 978-951-33-2248-9.

LEKA, Stavroula, Aditya JAIN, Irene L. D. HOUTMAN, David MCDAID, A-La PARK, Veronique BROECK a Richard WYNNE. *Evaluation of policy and practice to promote mental health in the workplace in Europe* [online]. Brussels: European Commission, 2014 [vid. 2022-07-18]. Dostupné z: <https://www.lse.ac.uk/business/consulting/reports/evaluation-of-policy-and-practice-to-promote-mental-health-in-the-workplace-in-europe>.

LIPOVAC, Dean, László HAJDU, Sølvi WIE a Anders Q. NYRUD. Improving Mental Wellbeing in Organizations with Targeted Psychosocial Interventions. *Business Systems Research* [online]. Zagreb: Sciendo, 2020, 11(2), 86–98 [cit. 2022-07-26]. ISSN 1847-9375. Dostupné z: doi:10.2478/bsrj-2020-0017.

LIPŠOVÁ, Vladimíra, Kateřina JANOŠOVÁ, Ludmila KOŽENÁ, Jarmila VAVŘINOVÁ a Jaromír ŠAMÁNEK. *Kritéria kvality podpory zdraví na pracovišti*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2016. ISBN 978-80-7071-359-4.



LLUCH-CANUT, Teresa, Montserrat PUIG-LLOBET, Aurelia SÁNCHEZ-ORTEGA, Juan ROLDÁN-MERINO a Carmen FERRÉ-GRAU. Assessing positive mental health in people with chronic physical health problems: correlations with socio-demographic variables and physical health status. *BMC public health* [online]. England: BioMed Central, 2013, 13(1), 1–11 [cit. 2022-07-26]. ISSN 1471-2458. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/257460430\\_Assessing\\_positive\\_mental\\_health\\_in\\_people\\_with\\_chronic\\_physical\\_health\\_problems\\_Correlations\\_with\\_socio-demographic\\_variables\\_and\\_physical\\_health\\_status](https://www.researchgate.net/publication/257460430_Assessing_positive_mental_health_in_people_with_chronic_physical_health_problems_Correlations_with_socio-demographic_variables_and_physical_health_status).

LOH, May Young, Mohd Awang IDRIS, Maureen F. DOLLARD a Marzuki ISAHAK. Psychosocial safety climate as a moderator of the moderators: Contextualizing JDR models and emotional demands effects. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* [online]. Leicester: John Wiley & Sons, 2018, 91(3), 620–644 [cit. 2022-07-26]. ISSN 2044-8325. Dostupné z: <https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/joop.12211>.

MANWELL, Laurie A., Skye P. BARBIC, Karen ROBERTS, Zachary DURISKO, Cheolsoo LEE, Emma WARE a Kwame MCKENZIE. What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey. *BMJ Open* [online]. England: BMJ Publishing Group, 2015, 5(6) [cit. 2022-07-26]. ISSN 2044-6055. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26038353/>.

MASTROIANNI, Karen a Julia STORBERG-WALKER. Do work relationships matter? Characteristics of workplace interactions that enhance or detract from employee perceptions of well-being and health behaviors. *Health Psychology and Behavioral Medicine* [online]. England: Routledge, 2014, 2(1), 798–819 [cit. 2022-07-26]. ISSN 2164-2850. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/273323588\\_Do\\_work\\_relationships\\_matter\\_Characteristics\\_of\\_workplace\\_interactions\\_that\\_enhance\\_or\\_detract\\_from\\_employee\\_perceptions\\_of\\_well-being\\_and\\_health\\_behaviors](https://www.researchgate.net/publication/273323588_Do_work_relationships_matter_Characteristics_of_workplace_interactions_that_enhance_or_detract_from_employee_perceptions_of_well-being_and_health_behaviors).

MIKKELSEN, Aslaug a Per Øystein SAKSVIK. Impact of a participatory organizational intervention on job characteristics and job stress. *International Journal of Health Services*

[online]. 1999, 29(4), 871–893 [vid. 2022-07-18]. ISSN 1541-4469. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10615579/>.

MILLS, Maura, Clive J. FULLAGAR a Satoris S. CULBERTSON. Development and implementation of a multifaceted well-being intervention. *Journal of Organizational Effectiveness: people and performance* [online]. Bingley: Emerald Group Publishing Limited, 2016, 3(4), 360–375 [cit. 2022-07-26]. ISSN 2051-6614. Dostupné z: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JOEPP-02-2016-0013/full/html>.

MONTANO, Diego, Hanno HOVEN a Johannes SIEGRIST. Effects of organisational-level interventions at work on employees' health: a systematic review. *BMC Public Health* [online]. England: BioMed Central, 2014, 14(1), 1–9 [cit. 2022-07-26]. ISSN 1471-2458. Dostupné z: [doi:10.1186/1471-2458-14-135](https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-135).

MURPHY, Lawrence R. a Steven L. SAUTER. Work organization interventions: state of knowledge and future directions. *Sozial- und Präventivmedizin* [online]. 2004, 49, 79–86 [vid. 2022-07-18]. ISSN 1420-911X. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00038-004-3085-z>.

MURRAY, Karanika a Caroline BIRON. *Derailed Organizational Interventions for Stress and Well-Being Confessions of Failure and Solutions for Success*. Dordrecht: Springer, 2015. ISBN 978-94-017-9867-9.

NIELSEN, Karina, Raymond RANDALL a Karen ALBERTSEN. Participants' appraisals of process issues and the effects of stress management interventions. *Journal of Organizational Behavior* [online]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, 2007, 28(6), 793–810 [cit. 2022-07-26]. ISSN 0894-3796. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/job.450>.

NIELSEN, Karina a Raymond RANDALL. Managers' Active Support when Implementing Teams: The Impact on Employee Well-Being. *Applied Psychology: Health and Well-being* [online]. Oxford, UK: Blackwell Publishing, 2009, 1(3), 374–390 [cit. 2022-07-26]. ISSN 1758-0846. Dostupné z: [doi:10.1111/j.1758-0854.2009.01016.x](https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2009.01016.x).

NIELSEN, Karina, Raymond RANDALL, Ann-louise HOLTEN a Eusebio Rial GONZÁLEZ. Conducting organizational-level occupational health interventions: What works? *Work and Stress* [online]. Abingdon: Taylor & Francis Group, 2010, 24(3), 234–259 [cit. 2022-07-26]. ISSN 0267-8373. Dostupné z: doi:10.1080/02678373.2010.515393.

NYTRØ, Kjell, Per Øystein SAKSVIK, Aslaug MIKKELSEN, Philip BOHLE a Michael QUINLAN. An appraisal of key factors in the implementation of occupational stress interventions. *Work and Stress* [online]. London: Taylor & Francis Group, 2000, 14(3), 213–225 [cit. 2022-07-26]. ISSN 0267-8373. Dostupné z: doi:10.1080/02678370010024749.

OECD. *Guidelines on Measuring Subjective Well-being* [online]. Paris: OECD Publishing, 2013 [vid. 2022-01-05]. ISBN 978-92-64-19165-5. Dostupné z: 10.1787/9789264191655-en.

OECD. *How's Life? 2020: Measuring Well-being* [online]. Paris: OECD Publishing, 2020 [vid. 2022-07-11]. ISBN 978-92-64-72844-8. Dostupné z: <https://doi.org/10.1787/9870c393-en>.

OECD. *Tackling the mental health impact of the COVID-19 crisis: An integrated, whole-of-society response* [online]. OECD, 2021 [vid. 2022-07-18]. ISBN neuvedeno. Dostupné z: <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/tackling-the-mental-health-impact-of-the-covid-19-crisis-an-integrated-whole-of-society-response-0cca0b/#boxsection-d1e30>.

PALFREY, Colin. *The future for health promotion*. Bristol: Policy Press, 2018. ISBN 978-1447341239.

PARKER, Sharon K. Beyond motivation: Job and work design for development, health, ambidexterity, and more. *Annual Review of Psychology* [online]. 2014, 65, 661–691 [vid. 2022-07-18]. ISSN 1545-2085. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24016276/>.

PATERSON, Charlotte, Caleb LEDUC, Margaret MAXWELL, Birgit AUST, Benedikt AMANN, Arlinda CERGA-PASHOJA, Evelien COPPENS, Chrisje COUWENBERGH Clíodhna O'CONNOR, Ella ARENSMAN a Birgit A. GREINER. Evidence for implementation of interventions to promote mental health in the workplace: a systematic scoping review protocol. *Systematic reviews* [online]. England: BioMed Central, 2021, 10(1), 41-41 [cit. 2022-07-27]. ISSN 2046-4053. Dostupné z: doi:10.1186/s13643-020-01570-9

PELCÁK, Stanislav. *Smysl pro soudržnost A. Antonovského v prevenci, léčbě a podpoře zdraví*. Brno, 2008. Disertační práce. Masarykova Univerzita. Fakulta sociální studií. Vedoucí práce: Ivo Plaňava. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/rfdbg/Disertacni\\_prace\\_Pelcak.pdf](https://is.muni.cz/th/rfdbg/Disertacni_prace_Pelcak.pdf).

PIEPER, Claudia, Sarah SCHRÖER a Anna-lisa EILERTS. Evidence of Workplace Interventions-A Systematic Review of Systematic Reviews. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. Switzerland: MDPI, 2019, 16(19), 35–53 [cit. 2022-07-26]. ISSN 1660-4601. Dostupné z: doi:10.3390/ijerph16193553.

PROBST, Tahira M. Conducting Effective Stress Intervention Research: Strategies for Achieving an Elusive Goal. *Stress and Health* [online]. England: Blackwell Publishing, 2013, 29(1), 1–4 [cit. 2022-07-26]. ISSN 1532-3005. Dostupné z: doi:10.1002/smi.2482.

PRŮCHA, Jan. *Andragogický výzkum*. Praha: Grada. Pedagogika, 2014. ISBN 978-80-247-5232-7.

QU Kathleen a Sam OZERSKY. Workplace Mental Health in Canada: Towards a Digital Future. In: RIBA, Michelle B., Parikh SAGAR a John Francis GREDEN. *Mental Health in the Workplace Strategies and Tools to Optimize Outcomes. Strategies and Tools to Optimize Outcomes*. Switzerland: Springer, 2019. ISBN 978-3-030-04265-3.

QUELCH, John a Carin-Isabel KNOOP. *Compassionate Management of Mental Health in the Modern Workplace*. England: SpringerLink, 2018. ISBN 978-3319715407.

RAO, Purba Halady. Organizational Initiatives to Enhance Employee Well-Being Preventing or Reducing the Onset of Non-Communicable Diseases in the Workplace. *International Journal of Business Ethics in Developing Economies* [online]. New Delhi: Publishing India Group, 2019, 8(1), 1–12 [cit. 2022-07-26]. ISSN 2277-3172. Dostupné z: DOI: 10.26643/think-india.v22i2.7750.

RHOADES, Linda a Robert EISENBERGER. Perceived organizational support: A review of the literature. *Journal of Applied Psychology* [online]. Washington, DC: American Psychological Association, 2002, 87(4), 698–714 [cit. 2022-07-26]. ISSN 0021-9010. Dostupné z: <https://psycnet.apa.org/record/2002-15406-008>.

RIBA, Michelle B., Sagar PARIKH a John F. GREDEEN. *Mental Health in the Workplace Strategies and Tools to Optimize Outcomes*. Switzerland: Springer, 2019. ISBN 978-3-030-04265-3.

ROJATZ, Daniela, Almas MERCHANT a Martina NITSCH. Factors influencing workplace health promotion intervention. *Health Promotion International* [online]. England: Oxford University Press, 2017, 32(5), 831–839 [cit. 2022-07-26]. ISSN 0957-4824. Dostupné z: doi:10.1093/heapro/daw015.

ROOTMAN, Irving, Michael GOODSTADT, Brian HYNDMAN, David MCQUEEN, Louise POTVIN, Jane SPRINGETT a Erio ZIGLIO. *Evaluation in health promotion: principles and perspectives* [online]. Copenhagen: World Health Organization, 2001 [vid. 2022-07-18]. ISSN 0378-2255. Dostupné z: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/108934/E73455.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/108934/E73455.pdf).

RUHLE, Sascha a kol. To work, or not to work, that is the question - Recent trends and avenues for research on presenteeism. *European Journal of Work and Organizational Psychology* [online]. Hove: Routledge, 2020, 29(3), 344–363 [cit. 2022-07-26]. ISSN 1359-432X. Dostupné z: doi:10.1080/1359432X.2019.1704734.

RYAN Jillian a kol. Exploring the active ingredients of workplace physical and psychological wellbeing programs: a systematic review. *Translational Behavioral Medicine* [online]. 2021, 11(5), 1127–1141 [vid. 2022-07-18]. ISSN: 1869-6716.

Dostupné

z:

[https://www.researchgate.net/publication/349867631\\_Exploring\\_the\\_active\\_ingredients\\_of\\_workplace\\_physical\\_and\\_psychological\\_wellbeing\\_programs\\_a\\_systematic\\_review](https://www.researchgate.net/publication/349867631_Exploring_the_active_ingredients_of_workplace_physical_and_psychological_wellbeing_programs_a_systematic_review).

RYFF, Carol D. Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology* [online]. American Psychological Association, 1989, 57(6), 1069–1081 [cit. 2022-07-26]. ISSN 0022-3514. Dostupné z: doi:10.1037/0022-3514.57.6.1069.

SALANOVA, Marisa, Susana LLORENS, Eva CIFRE a Isabel M. MARTÍNEZ. We Need a Hero! Toward a Validation of the Healthy and Resilient Organization (HERO) Model. *Group & Organization Management* [online]. Los Angeles, CA: SAGE Publications, 2012, 37(6), 785–822 [cit. 2022-07-26]. ISSN 1059-6011. Dostupné z: doi:10.1177/1059601112470405.

SELIGMAN, Martin. *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York: Free Press, 2011. ISBN 978-14391-90-76-0.

SEMMER, Norbert K. Job Stress Interventions and the Organization of Work. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* [online]. 2006, 32(6), 515–527 [cit. 2022-07-26]. ISSN 1795-990X. Dostupné z: <https://www.sjweh.fi/article/1056>.

SHAIN, Mark a David KRAMER. Health promotion in the workplace: Framing the concept; Reviewing the evidence. *Occupational and environmental medicine* [online]. BMJ Publishing Group, 2004, 61(7), 643–648 [vid. 2022-07-18]. ISSN 1536-5948. Dostupné z: DOI: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15208383/>.

SCHÜTTE, Stefanie, Jean-françois CHASTANG, Agnès PARENT-THIRION, Greet VERMEYLEN a Isabelle NIEDHAMMER. Psychosocial work exposures among European employees. *Journal of Public Health* [online]. England: Oxford University Press, 2015, 37(3), 373–388 [cit. 2022-07-26]. ISSN 1741-3842. Dostupné z: doi:10.1093/pubmed/fdv044.

SCHWARZ, Elena a kol. Effectiveness and cost effectiveness of a stress management training for leaders of small and medium sized enterprises – study protocol for a randomized controlled-trial. *BMC Public Health* [online]. England: BioMed Central, 2021, 21(1), 1–16 [vid. 2022-07-18]. ISSN 1471-2458. Dostupné z: doi:10.1186/s12889-021-10398-4.

SIEGRIST, Johannes. Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions. *Journal of Occupational Health Psychology* [online]. Educational Publishing Foundation, 1996, 1(1), 27–41 [cit. 2022-07-26]. ISSN 1076-8998. Dostupné z: doi:10.1037/1076-8998.1.1.27.

SLEZÁČKOVÁ, Alena. *Průvodce pozitivní psychologií. Nové přístupy aktuální poznatky, praktické aplikace*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3507-8.

SLEZÁČKOVÁ, Alena a Alena PUČELÍKOVÁ. Duševní a tělesné zdraví ve vztahu ke zdraví podporujícím chování a sociální opoře. In: DOSEDLOVÁ, Jaroslava Ed. *Chování související se zdravím: determinanty, modely a konsekvence*. Brno: Masarykova univerzita, 2016. ISBN 978-80-210-8458-2.

ŠTIKAR, Jiří, Jiří HOSKOVEC, Karel RIEGEL a Milan RYMEŠ. *Psychologie ve světě práce*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0448-5.

TILHON, Jiří. Nová pojetí požadavků BOZP normou ISO 45001. *Časopis výzkumu a aplikací v profesionální bezpečnosti* [online]. 2018, 11(2) [vid. 2022-07-18]. ISSN 1803-3687. Dostupné z: <https://www.bozpinfo.cz/josra/nova-pojeti-pozadavku-bozp-normou-iso-45001>.

TOPP, Christian Winther, Søren Dinesen ØSTERGAARD, Susan SØNDERGAARD a Per BECH. The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics* [online]. Basel: S. Karger, 2015, 84(3), 167–176 [cit. 2022-07-26]. ISSN 0033-3190. Dostupné z: doi:10.1159/000376585.

VALA, Jiří. *Pandemie, globální výzva pro resilientní systémy BOZP* [online]. ASPI, 2021 [vid. 2022-07-18]. Dostupné z:

[https://www.aspi.cz/products/lawText/7/295108/1/2#c\\_933](https://www.aspi.cz/products/lawText/7/295108/1/2#c_933).

VAN AGTEREN, Joep, Matthew IASIELLO, Laura LO, Jonathan BARTHOLOMAEUS, Zoe KOPSAFTIS, Marissa CAREY a Michael KYRIOS. A systematic review and meta-analysis of psychological interventions to improve mental wellbeing. *Nature human behaviour* [online]. England: Nature Publishing Group, 2021, 5(5), 631–652 [cit. 2022-07-25]. ISSN 2397-3374. Dostupné z: <https://www.nature.com/articles/s41562-021-01093-w>.

VANDENBOS, Gary R. *APA dictionary of psychology*. Washington, DC: American Psychological Association, 2015. ISBN 978-1-4338-1944-5.

VANDIVER, Vikki. *Integrating Health Promotion and Mental Health: An Introduction to Policies, Principles, and Practices*. New York: Oxford University Press, Inc, 2009. ISBN 978-0-19-516772-6.

VAŠINA, Bohumil. *Základy psychologie zdraví*. Ostrava: Pedagogická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2009. ISBN 978-80-7368-757-1.

VIITALA, Riitta, Jussi TANSKANEN a Risto SÄNTTI. The connection between organizational climate and well-being at work. *International Journal of Organizational Analysis* [online]. Bingley: Emerald Group Publishing Limited, 2015, 23(4), 606–620 [cit. 2022-07-26]. ISSN 1934-8835. Dostupné z: doi:10.1108/IJOA-10-2013-0716.

VONDERLIN, Ruben, Miriam BIERMANN, Martin BOHUS a Lisa LYSSSENKO. Mindfulness-Based Programs in the Workplace: a Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Mindfulness* [online]. New York: Springer US, 2020, 11(7), 1579–1598 [cit. 2022-07-26]. ISSN 1868-8527. Dostupné z: doi:10.1007/s12671-020-01328-3.

WEF. *7 steps to build a mentally healthy workplace* [online]. Switzerland: World Economic Forum, 2017 [vid. 2022-07-18]. Dostupné z: <https://www.weforum.org/agenda/2017/04/7-steps-for-a-mentally-healthy-workplace/>.



WEINER, Brayan J., Halle AMICK a Shoou-Yih-Daniel LEE. Review: Conceptualization and Measurement of Organizational Readiness for Change. A Review of the literature in Health Services Research. *Medical Care Research and Review* [online]. 2008, 65(4), 379–436 [vid. 2022-07-18]. ISSN 1552-6801. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18511812/>.

WERK, Lilly Paulin a Beate MUSCHALLA. Workplace mental health promotion in a large state organization: Perceived needs, expected effects, neglected side effects. *Open research Europe* [online]. 2021, 1(17) [cit. 2022-07-26]. ISSN 2732–5121. Dostupné z: [doi:10.12688/openreseurope.13192.1](https://doi.org/10.12688/openreseurope.13192.1).

WHO. *WHO-5 Index emoční pohody* [online]. Hillerød: WHO Collaborating Center for Mental Health, 1998 [vid. 2022-07-18]. Dostupné z: [https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/Documents/WHO5\\_Czech.pdf](https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/Documents/WHO5_Czech.pdf).

WHO. *Mental Health and Work: Impact, Issues and Good Practices* [online]. Geneva: World Health Organization, 2000 [vid. 2022-07-18]. ISSN 1726–1155. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42346>.

WHO. *Promoting Mental Health: concepts, emerging evidence* [online]. Geneva: World Health Organization, 2004 [vid. 2022-02-03]. ISSN 92-4-159159-5. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42940>.

WHO. *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: a report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne* [online]. Geneva: World Health Organization, 2005 [vid. 2022-01-05]. ISBN 92-4-156294-3. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43286>.

WHO. *The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment* [online]. Geneva: World Health Organization, 2020 [vid. 2022-07-18]. ISBN 978-92-4-001245-5. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/978924012455>.

WHO. *Comprehensive mental health action plan 2013–2030* [online]. Geneva: World Health Organization, 2021a [vid. 2022-07-18]. ISBN 978-92400-31-02-9. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>.

WHO. *European Framework for Action on Mental Health 2021–2025* [online]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2021b [vid. 2022-07-18]. ISBN 978-92890-57-81-3. Dostupné z: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/publications/european-framework-for-action-on-mental-health-20212025>.

WINKLER, Petr a Tomáš DOBROVSKÝ. *Datová snídaně LMC: Dopady na psychiku zaměstnanců* [videozáznam]. Praha: LMC, 2021.

WYNNE, Richard, Véronique De BROEC, Stavroula LEKA, Irene HOUTMAN a David MCDAID. *Podpora duševního zdraví na pracovišti: pokyny k uplatňování komplexního přístupu* [online]. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie, 2017 [vid. 2022-01-05]. ISBN 978-92-79-66307-9. Dostupné z: 10.2767/200003.

ZORMANOVÁ, Lucie. *Didaktika dospělých*. Praha: Grada. Pedagogika, 2017. ISBN 978-80-271-0051-4.

## **8 Seznam obrázků**

Obrázek 1 <b>Kontinuum duševního zdraví: od chřadnutí ke vzkvétání</b> .....	13
Obrázek 2 <b>Modifikované spektrum intervencí v oblasti duševního zdraví</b> .....	48
Obrázek 3 <b>Krabicový graf hodnot z dotazníku WHO-5</b> .....	76

## 9 Seznam grafů

Graf 1 Faktory ovlivňující duševní zdraví .....	16
Graf 2 Počet respondentů podle typu uplatněné intervence – všichni respondenti (v %)..	75
Graf 3 Rozdělení respondentů podle úrovně duševního zdraví .....	77
Graf 4 Změna stavu duševního zdraví podle typu uplatněných intervencí .....	78
Graf 5 Využívané metody v rámci intervencí na individuální úrovni .....	79
Graf 6 Hodnocení přínosnosti jednotlivých metod využívaných v rámci intervencí na individuální úrovni .....	80
Graf 7 Důvody vedoucí k neuplatnění intervencí na individuální úrovni.....	81
Graf 8 Realizované úpravy pracovních podmínek v rámci intervencí na organizační úrovni .....	82
Graf 9 Hodnocení přínosnosti úprav pracovních podmínek v rámci intervencí na organizační úrovni.....	83
Graf 10 Důvody vedoucí k neuplatnění intervencí na organizační úrovni.....	84
Graf 11 Porovnání průměrného hrubého skóre – intervence na individuální úrovni a žádná intervence .....	85
Graf 12 Porovnání průměrného hrubého skóre – intervence na organizační úrovni a žádná intervence .....	86
Graf 13 Porovnání průměrného hrubého skóre – intervence na individuální úrovni a organizační úrovni a žádná intervence .....	87

## 10 Seznam tabulek

Tabulka 1 Typy intervencí a jejich charakteristika.....	51
Tabulka 2 Počet respondentů podle pohlaví.....	73
Tabulka 3 Počet respondentů podle věku .....	73
Tabulka 4 Počet respondentů podle úrovně seniority .....	74
Tabulka 5 Počet respondentů podle vzdělání .....	74
Tabulka 6 Počet respondentů podle typu uplatněné intervence .....	74
Tabulka 7 Popisná statistika k indexu duševní pohody (WHO-5) .....	75
Tabulka 8 Úroveň duševní pohody u respondentů .....	76

## 11 Přílohy

Příloha A Tabulka protektivních a rizikových faktorů ve vztahu k práci

Úroveň faktorů	Oblast	Vybrané protektivní faktory	Vybrané rizikové faktory
<b>Faktory na úrovni práce</b>	Charakteristiky a obsah práce	Rozmanitost úkolů, ucelená a smysluplná práce	Jednotvárnost úkolů, fragmentovaná nebo nesmyslná práce
	Pracovní zátěž	Rovnoměrná pracovní zátěž, realistické časové požadavky	Nadměrné nebo nedostatečné pracovní zatížení, časová tíseň
	Pracovní doba	Flexibilní pracovní doba, flexibilní začátek a konec pracovní doby, předvídatelná pracovní doba, kratší pracovní doba	Práce na směny, noční směny, neflexibilní pracovní doba, nepředvídatelná pracovní doba, dlouhé pracovní hodiny
	Kontrola a autonomie	Dostatečná kontrola a autonomie v pracovním procesu	Nízká míra účasti na rozhodování, nedostatek kontroly nad pracovním procesem
<b>Faktory na úrovni týmu a vedení</b>	Kvalita interpersonálních vztahů na pracovišti	Pozitivní a důvěryhodné interpersonální vztahy	Interpersonální konflikty na pracovišti
	Sociální podpora ze strany kolegů i nadřízených	Vysoká míra sociální podpory	Nedostatečná sociální podpora
	Leadership	Transformační leadership, demokratický a vztahový leadership, efektivní zpětná vazba	Laissez-faire leadership, autoritářský leadership, chybějící zpětná vazba
<b>Faktory na úrovni organizace</b>	Organizační podpora	Dostatečná organizační podpora spočívající v zájmu o blaho zaměstnance a oceňování jeho přínosu	Nedostatečná organizační podpora, nezájem o zaměstnance a jejich nedoceňování
	Organizační změny	Správně komunikované a organizované změny	Časté a neorganizované organizační změny
	Organizační a sociální klima	Příznivé organizační klima vyznačující se důrazem na zdraví a bezpečnost zaměstnanců	Nepříznivé organizační klima vyznačující se vyšší koncentrací

			rizikových faktorů pro zdraví
	Procedurální spravedlnost	Spravedlivě nastavené organizační postupy	Nespravedlivé organizační postupy
	Odměňování a ocenění	Finanční i nefinanční odměny odpovídající vynaloženému úsilí	Nerovnováha mezi úsilím a odměnou

Zdroj: vlastní zpracování na základě uvedených teoretických východisek

## Příloha B **Dotazník**

Dobrý den,

jmenuji se Nicole Chladová a jsem studentkou navazujícího magisterského studia na Univerzitě Karlově. Studuji obor Andragogika a personální řízení. Tento dotazník je součástí mé diplomové práce, ve které se zabývám tím, jaká opatření organizace mohou zlepšit duševní zdraví zaměstnanců na pracovišti.

Důležité informace k dotazníku:

- je anonymní,
- jeho vyplnění Vám zabere přibližně 10 minut,
- je určen pouze pro účely mé diplomové práce.

Předem děkuji za vyplnění dotazníku a za Váš čas.

---

### **1. Zúčastnil jste se za poslední tři měsíce ve Vaší práci nějaké aktivity zaměřené na zlepšení Vašeho duševního zdraví?**

Například:

- Workshop
- Přednáška či seminář
- Webinář
- Psychologické poradenství, terapie
- Koučink, mentoring
- Trénink dovedností či chování
- Relaxační, cvičební lekce na pracovišti
- Komplexní rozvojový program

a) Ano.

b) Ne.

### **2. Jaké jsou důvody Vaší neúčasti?**

- a) Málo času na tyto iniciativy.
- b) Nepřijde mi to důležité.
- c) Nevěděl jsem, že se něco koná.
- d) Nevěřím, že by mi to pomohlo.
- e) Nebylo mi to nabídnuto.



- f) Nechci řešit své duševní zdraví v práci.
- g) Nevyhovuje mi čas a místo.
- h) Špatná zkušenost s předchozími aktivitami.
- i) Jiné osobní důvody.
- j) Žádný z uvedených důvodů.

**3. Které metody jste v práci za poslední tři měsíce využil/a k podpoře Vašeho duševního zdraví?**

- a) Workshop
- b) Přednáška či seminář
- c) Webinář
- d) Psychologické poradenství, terapie
- e) Koučink, mentoring
- f) Trénink dovedností či chování
- g) Relaxační, cvičební lekce na pracovišti
- h) Komplexní rozvojový program

**4. Jak se změnil stav Vašeho duševního zdraví po účasti na aktivitách/aktivitě?**

- a) Zlepšil se.
- b) Zhoršil se.
- c) Beze změny.

**5. Jak přínosné podle Vás mohou být následující metody pro zlepšení Vašeho duševního zdraví na pracovišti?**

1 = Velmi přínosné, 4 = Naprosto nepřínosné

	1	2	3	4
Workshop				
Přednáška či seminář				
Webinář				
Psychologické poradenství, terapie				
Koučink, mentoring				
Trénink dovedností či chování				
Relaxační, cvičební lekce				

**6. Byly v rámci Vaší pracovní pozice za poslední tři měsíce provedeny nějaké z uvedených úprav pracovních podmínek?**

Úprava:

- **PODMÍNEK FYZICKÉHO PRACOVNÍHO PROSTŘEDÍ:** fyzikálních podmínek (hluk, teplota), prostorových podmínek
  - **SOCIÁLNĚ-PSYCHOLOGICKÝCH PODMÍNEK PRÁCE:** firemní akce, týmové akce, pravidelná zpětná vazba
  - **ORGANIZACE PRACOVNÍ DOBY:** alternativní pracovní úvazky, možnost pružného rozvržení pracovní doby, distanční práce
  - **ORGANIZACE PRACOVNÍHO MÍSTA (OBSAHU A METOD PRÁCE):** úprava charakteristik práce (např. rozmanitosti činností), rotace, rozšiřování nebo obohacování práce, vytváření autonomních týmů, systém vysoce výkonně práce
  - **PODMÍNEK PÉČE O ZAMĚSTNANCE:** Zaměstnanecký asistenční program, stravovací zařízení, společenská a sportovní zařízení nebo mateřské školy
- a) Ano  
b) Ne

**7. Z jakého důvodu úpravy pracovních podmínek nebyly uplatněny v rámci Vaší pozice?**

- a) Nemám o to zájem.  
b) Nepřijde mi to důležité.  
c) Chybějící podpora nadřízeného.  
d) Nevím, že bych tuto možnost měl.  
e) Má pozice mi to neumožňuje.  
f) Tyto možnosti ve firmě nejsou.  
g) Nejsou na to potřebné zdroje.  
h) Nebylo mi to nabídnuto.  
i) Žádné z výše uvedeného.

**8. Která z uvedených úprav pracovních podmínek byla uplatněna v rámci Vaší pracovní pozice?**

Úprava:

- a) Podmínek fyzického pracovního prostředí
- b) Sociálně-psychologických podmínek práce
- c) Organizace pracovní doby
- d) Organizace pracovního místa (obsahu a metod práce)
- e) Podmínek péče o zaměstnance

**9. Jak se změnil stav Vašeho duševního zdraví po úpravě pracovních podmínek?**

- a) Zlepšil se.
- b) Zhoršil se.
- c) Beze změny.

**10. Jak přínosné podle Vás mohou být úpravy uvedených pracovních podmínek pro zlepšení Vašeho duševního zdraví na pracovišti?**

1 = Velmi přínosné, 4 = Naprosto nepřínosné

Úprava	1	2	3	4
Podmínek fyzického pracovního prostředí				
Sociálně-psychologických podmínek práce				
Organizace pracovní doby				
Organizace pracovního místa (obsahu a metod práce)				
Podmínek péče o zaměstnance				

**11. Prosím, uveďte Vaše pohlaví:**

- a) Muž
- b) Žena

**12. Prosím, uveďte Váš Věk:**

- a) Pod 25 let
- b) 25–34 let
- c) 35–44 let

- d) 45–54 let
- e) 55 a výše let

**13. Prosím, uveďte úroveň Vašeho vzdělání:**

- a) ZŠ
- b) SŠ s maturitou / SŠ bez maturity
- c) Vyšší odborné
- d) Vysokoškolské

**14. Prosím, uveďte úroveň Vaší seniority:**

- a) Stážista
- b) Administrativní pracovník
- c) Juniorní Specialista
- d) Seniorní Specialista
- e) Manažer a výše

**15. Vyberte, prosím, pro každé z pěti tvrzení tu odpověď, která se nejvíce blíží tomu, jak jste se cítil/a v posledních dvou týdnech.**

Všimněte si, že vyšší čísla znamenají lepší emoční pohodu.

V posledních dvou týdnech...	5	4	3	2	1	0
	Celou dobu	Většinu doby	Více než polovinu doby	Méně než polovinu doby	Občas	Nikdy
... byl/a jsem veselý/á a v dobré náladě						
... byl/a jsem klidný/á a uvolněný/á						
... byl/a jsem aktivní a plný/á elánu						
... probouzel/a jsem se osvěžený/á a odpočínutý/á						
... můj každodenní život byl naplněný věcmi, které mne zajímají						

Zdroj: WHO, 1998

## Příloha C Hypotéza 1

Hypotéza 1 (H1): Respondenti, u kterých byla uplatněna intervence na individuální úrovni, vykazují vyšší úroveň duševního zdraví než respondenti, u kterých nebyla uplatněna žádná z intervencí.

### Test Normality (Shapiro-Wilkův test)

		W	p
Hrubé skóre	Žádná intervence	0.965	0.200
	Intervence na individuální úrovni	0.956	0.465

Shapiro-Wilkův test normalitu dat na hladině významnosti 0.05 nezamítá.

### Test shody rozptylů (Levenův test)

	F	df <sub>1</sub>	df <sub>2</sub>	p
Hrubé skóre	0.113	1	62	0.738

Levenův test shodnost rozptylů na hladině významnosti alfa=0.05 nezamítá.

### Dvouvýběrový studentův t-test pro nezávislé výběry

	t	df	p
Hrubé skóre	-0.538	62	0.296

## Příloha D Hypotéza 2

Hypotéza 2 (H2): Respondenti, u kterých byla uplatněna organizační intervence, vykazují vyšší úroveň duševního zdraví než respondenti, u kterých nebyla uplatněna žádná z intervencí.

### Test Normality (Shapiro-Wilkův test)

		W	p
Hrubé skóre	Žádná intervence	0.965	0.200
	Intervence na organizační úrovni	0.859	0.009

Shapiro-Wilkův test normalitu dat na hladině významnosti 0.05 nezamítá pro „žádné intervence“ a zamítá pro „intervence na organizační úrovni“.

### Test shody rozptylů (Levenův test)

	F	df <sub>1</sub>	df <sub>2</sub>	p
Hrubé skóre	1.735	1	61	0.193

Levenův test shodnost rozptylů na hladině významnosti  $\alpha=0.05$  nezamítá.

### U-test Manna a Whitneyho

	W	p
Hrubé skóre	392.500	0.354

### Příloha E Hypotéza 3

Hypotéza 3 (H3): Respondenti, u kterých byla uplatněna individuální i organizační intervence, vykazují vyšší úroveň duševního zdraví než respondenti, u kterých nebyla uplatněna žádná z intervencí.

#### Test Normality (Shapiro-Wilkův test)

		W	p
HS DZ	Kombinace obou intervencí	0.963	0.555
	Žádná intervence	0.965	0.200

Shapiro-Wilkův test normalitu dat na hladině významnosti 0.05 nezamítá.

#### Test shody rozptylů (Levenův test)

	F	df <sub>1</sub>	df <sub>2</sub>	p
HS DZ	0.380	1	64	0.540

Levenův test shodnost rozptylů na hladině významnosti  $\alpha=0.05$  nezamítá.

#### Independent Samples T-Test

	t	Df	p
HS DZ	3.562	64	< .001

Příloha F **Nabídka intervencí na individuální a organizační úrovni ve vybrané firmě**

Intervence na individuální úrovni		
1.	Workshopy	✓
2.	Přednášky či semináře	✓
3.	Webináře	✓
4.	Psychologické poradenství, terapie	✓
5.	Koučink, mentoring	✓
6.	Trénink dovedností či chování	✓
7.	Relaxační, cvičební lekce	✓
8.	Kompletní rozvojový program	✓
Intervence na organizační úrovni		
	<b>I. Úprava podmínek pracovního prostředí</b>	
10.	Úprava fyzikálních podmínek práce	
11.	Úprava prostorového řešení pracoviště	✓
	<b>II. Úprava sociálně-psychologických podmínek práce</b>	
12.	Týmové akce	✓
13.	Firemní události	✓
14.	Pravidelná zpětná vazba a hodnocení	✓
	<b>III. Úprava organizace pracovní doby</b>	
15.	Nabízení alternativních pracovních úvazků	✓
16.	Možnost pružného rozvržení pracovní doby	✓
17.	Možnost distanční práce	✓
18.	Umožnění sdílení pracovního místa	
	<b>IV. Úprava pracovního místa (obsahu a metod práce)</b>	
19.	Úprava charakteristik práce – rozličnosti činností, autonomie, zpětné vazby, ucelenosti úkolů, významnosti práce	✓
20.	Rotace práce	✓
21.	Rozšiřování práce	✓
22.	Obohacování práce	✓
23.	Vytváření autonomních týmů	



24.	Systém vysoce výkonné práce	✓
	<b>V. Dobrovolná péče o zaměstnance</b>	
	Individuální služby	
25.	Zaměstnanecký asistenční program	✓
	Skupinové služby	
26.	Restaurační zařízení	✓
27.	Společenská a sportovní zařízení	
28.	Mateřské školy	