

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Neža Grabec

Bipolarna motnja in stigma na delovnem mestu

Diplomsko delo

Ljubljana, 2014

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Neža Grabec

Mentorica: doc. dr. Barbara Rajgelj

Somentorica: doc. dr. Marjeta Mencin-Čeplak

Bipolarna motnja in stigma na delovnem mestu

Diplomsko delo

Ljubljana, 2014

ZAHVALA

Hvala celotni družini, predvsem mami, očetu in bratu za vso podporo, razumevanje in pomoč.

Hvala mentorici doc. dr. Rajgelj in somentorici doc. dr. Marjeti Mencin-Čeplak za strokovno pomoč, komentarje in napotke pri izdelovanju diplomskega dela.

Hvala prof. dr. Mojci Z. Dernovšek, dr. med. in dr. Leonidi Zalokar, univ. dipl. soc. ped. za nesebično pomoč in vodenje.

Hvala vsem sodelujočim v moji raziskavi.

Hvala vsem, ki mi tako ali drugače lepšate dneve.

Bipolarna motnja in stigma na delovnem mestu

Bipolarna motnja, v preteklosti poznana kot manična depresija, je kronična razpoloženska motnja, za katero so značilna nihanja razpoloženja, iz manije v depresijo. Stigmatizacija je pojav, ko posameznik poseduje določen atribut ali karakteristiko, ki odraža socialno identiteto, ki je razvrednotena v določenem socialnem kontekstu. Spremljajoča dejavnika stigmatizacije sta diskriminacija in socialna izključenost. Stigma izhaja iz stereotipnih predstav o nevarnosti in nekompetentnosti ljudi z duševnimi motnjami in predsodkov o nepredvidljivosti. V diplomskem delu povežem bipolarno motnjo in stigmatizacijo z doživljanjem slednje na delovnem mestu. Na osnovi intervjujev, ki sem jih izvedla z 22 osebami z diagnozo bipolarnе motnje, sem preverjala, kako močna je stigma v Sloveniji in ali ljudje svojo diagnozo razkrijejo na delovnem mestu bodisi sodelavcem, bodisi nadrejenim ali pa se odločijo, da bodo diagnozo prikrili. V nalogi obdelam tudi zakonodajno področje v povezavi s tematico, predvsem z vidika zaščite delavca in šikaniranja na delovnem mestu.

Ključne besede: bipolarna motnja, stigma, šikaniranje na delovnem mestu.

Bipolar disorder and stigma in the workplace

Bipolar disorder, also referred to as manic depression in the past, is a chronic mood disorder characterized by typical mood swings from mania to depression. Stigmatization is a process where an individual possesses a certain attribute or a characteristic reflecting a social identity which is devalued in a certain social context. The accompanying factors of stigma are discrimination and social exclusion. Stigma originates from stereotypical perceptions of danger and incompetence of the people suffering from mental illnesses, and from prejudices about their unpredictability. This diploma thesis links the bipolar disorder and stigma with the way people experience the latter in the workplace. Based on the interviews, carried out on 22 people diagnosed with bipolar disorder, the stigma in Slovenia was tested, along with the question whether people tend to reveal their diagnosis in the workplace to either their colleagues or their superiors or if they decide to hide the diagnosis. The thesis also covers the legislative field related to the topic, especially from the point of view of the worker's protection and workplace mobbing.

Key words: bipolar disorder, stigma, workplace mobbing.

KAZALO

<i>1 UVOD</i>	6
<i>2 BIPOLARNA MOTNJA</i>	8
2.1 Opis bipolarne motnje	8
2.2 Tipi in znaki bipolarne motnje	9
2.3 Zdravljenje bipolarne motnje	11
2.3.1 Zdravila	11
2.3.2 Psihoterapija	13
2.3.3 Skupine za samopomoč	13
<i>3 STIGMA</i>	15
3.1 Opredelitev stigme	15
3.2 Zamolčevanje stigme.....	17
3.3 Stigma in socialna izključenost	18
3.4 Težave v duševnem zdravju in stigma	19
<i>4 ZAKONODAJA</i>	21
4.1 Pravica do zasebnosti	21
4.2 Diskriminacija	23
4.3 Šikaniranje na delovnem mestu.....	25
<i>5 BIPOLARNA MOTNJA IN STIGMA NA DELOVNEM MESTU</i>	26
<i>6 ZAKLJUČEK</i>	40
<i>7 LITERATURA</i>	42
<i>PRILOGA</i>	45

1 UVOD

Bipolarno motnjo, nekoč poznano kot manično depresijo, psihiatrija in klinična psihologija definirata kot kronično bolezen, katere glavna značilnost sta izrazita nihanja razpoloženja. Bipolarno motnjo mnogi opisujejo kot telesno in duševno bolečino, ki prizadene vsak vidik njihovega življenja. Osebe z duševnimi motnjami in težavami v duševnem zdravju, pa tudi njihovi bližnji, so pogosto žrtve diskriminacije, izključenosti in stigmatizacije. Ena najhujših posledic stigme na področju duševnega zdravja je, da negativno vpliva na dostopnost in potek zdravljenja. Zaradi strahu pred stigmatizacijo oboleni ustrezne zdravstvene pomoči nemalokrat ne poiščejo pravočasno.

Stigma izhaja iz stereotipnih predstav o nevarnosti in nekompetentnosti ljudi z duševnimi motnjami in predsodkov o nepredvidljivosti. Kaže se s strahom in diskriminacijskim vedenjem do posameznikov, ki imajo težave v duševnem zdravju ali diagnozo duševne motnje. Stereotipi, predsodki in diskriminacija navadno ljudi prikrajšajo za pomembne življenjske priložnosti in jim onemogočijo doseganje njihovih ciljev (Švab 2009). »Bivši uporabnik psihiatrije« je verjetno, morda z izjemo AIDS-a, največja stigma, ki lahko doleti posameznika. Raziskave so pokazale, da bi večina ljudi za zakonskega partnerja, soseda ali sodelavca raje imela kriminalca, celo morilca, kakor bivšega uporabnika psihiatrije oziroma psihiatričnih storitev. Človek s psihiatrično izkušnjo utrpí največji možen upad socialnega ugleda v širokem obsegu socialnih vlog, pripisuje se mu trajno nezmožnost samokontrole ter pomanjkanje odgovornosti (Lamovec 1998; Lamovec 2006).

Najzanesljivejši zavezniki obolelih so navadno njihove družine, nastopajo pa tudi kot najmočnejši borci za pravice ljudi z duševnimi motnjami.

Duševno zdravje je vrednota, ki se je v delovnem okolju vse pogosteje zavedajo. Stereotipne predstave glede težav v duševnem zdravju posamezniku, ki bi rad obdržal zaposlitev, ali si jo poiskal, pogosto predstavljajo veliko oviro (Bizjak 2013). Pomembno je, kako posameznik doživlja svoje delo in organizacijo, v kateri delo opravlja (Sušanj 2013). Strokovnjaki s področja medicine dela opozarjajo na problem absentizma oziroma odsotnosti z dela tudi pri nas. Po raziskavah naj bi kar tretjina bolniške odsotnosti izhajala iz nezadovoljivega delovnega okolja (Felicijan in Cemič 2013).

Osnovni namen moje diplomske naloge je bilo skozi empirični del raziskati, kako se zaposleni z diagnozo bipolarné motnje z bipolarno motnjo soočajo na delovnem mestu in kako močna je stigma. V empiričnem delu svoje naloge preverjam sledeči hipotezi:

- **H1: Stigma glede bipolarne motnje je v Sloveniji močna.**
- **H1: Večina zaposlenih pri nas nadrejenim in sodelavcem svoje motnje ne razkrije.**

Zaposlene na delovnem mestu ščiti zakonodaja. Nekateri najpomembnejši zakoni na tem področju so Zakon o delovnih razmerjih (ZDR-1), Zakon o varstvu osebnih podatkov (ZVOP-1), Zakon o javnih uslužbencih (ZJU-UPB3) in Zakon o evidencah na področju dela in socialne varnosti (ZEPDSV).

Teoretski del mojega diplomskega dela obsega opis bipolarne motnje, stigmo in zakonodajo. Najprej na kratko orišem značilnosti bipolarne motnje, tipe in znake motnje in najučinkovitejše in najpogostejše načine zdravljenja. Sledi opredelitev stigme in z njo povezane socialne izključenosti. Nekaj besed namenim zamolčevanju stigme, saj je to pri osebah z diagnozo bipolarne motnje pogosto uporabljeni mehanizem. Posamezniki svojo stigmo skušajo skriti tako na delovnih mestih, kot v drugih življenjskih okoljih.

Teoretski del zaključim s poglavjem o zakonodaji, ki se dotika mojega obravnavanega področja. V delovno-pravnem delu obravnavam vse kar je pravno relevantnega z vidika bolezni in stigme na delovnem mestu. Osredotočim se na delavčevo pravico do zasebnosti in odsotnosti z dela, diskriminacijo na delovnem mestu ter šikaniranje na delovnem mestu. Pri tem delu je bila uporabljena in analizirana tako primarna kot sekundarna literatura, preučevanje zakonov, prebiranje strokovnih revij in knjig iz mojega obravnavanega področja.

Teoretskemu delu sledi empirični del, pri katerem je bila pri procesu zbiranja podatkov uporabljena metoda intervju. Intervju sem izvedla z 22 osebami, ki imajo diagnozo bipolarne motnje. Njihove kontakte sem pridobila s pomočjo Kluba BP (spomladi sem se udeležila njihovega srečanja), psihiatrinje dr. Mojce Z. Dernovšek, ki je vodilna na področju bipolarne motnje pri nas in dr. Leonide Zalokar. V empiričnem delu preverjam svoje hipoteze in raziskujem vzorce, ki posameznika stigmatizirajo, ter ugotavljam vzroke razkrivanja diagnoze na delovnem mestu. V zaključku predstavim rezultate diplomske naloge.

2 BIPOLARNA MOTNJA

2.1 Opis bipolarne motnje

Bipolarna motnja, nekoč poznana kot manična depresija je enako razširjena pri vseh narodih. Svetovna zdravstvena organizacija ocenjuje, da bipolarna motnja v svetovnem merilu prizadeva 27 milijonov ljudi (Svetovna zveza za duševno zdravje 2010, 3). Pojavlja se pri 1,3–3,3 odstotkih splošne populacije, približno enako pogosto tako pri moških kot ženskah (Dernovšek 2014). Med vodilnimi vzroki izgube let zdravega življenja v razvitem svetu je pri ljudeh med 15. in 44. letom na šestem mestu. Raziskava med pacienti v tridesetih evropskih državah kaže, da pri mnogih posameznikih preteče pet ali celo deset let, preden sploh dobijo pravilno diagnozo. Gre za eno najbolj onesposobljujočih duševnih motenj, za katero so značilna skrajna nihanja razpoloženja iz manije v depresijo z vmesnimi obdobji stabilnega razpoloženja, ko je človek brez simptomov. Gre za možgansko motnjo, za katero se domneva, da jo povzroči kombinacija sprememb v delovanju možganov, genetike (motnja je ena izmed najbolj dednih med vsemi duševnimi motnjami) in okoljskih dejavnikov (Svetovna zveza za duševno zdravje 2010, 3–6). Raziskave kažejo, da genetika predstavlja približno 75 odstotkov vzrokov za bipolarno motnjo tipa I. Pri drugih bipolarnih podtipih variacije okolja morda igrajo večjo vlogo, a to še ni razjasnjeno. Podedovana nagnjenost pomeni zgolj večjo dovzetnost za razvoj motnje, da pa se motnja razvije so potrebni še drugi dejavniki, ki aktivirajo bipolarne gene in sprožijo motnjo. Največkrat dokumentiran sprožilec je stres, lahko pa so vpleteni tudi drugi biološki dejavniki (npr. virusi). Družinske študije kažejo 8–18 krat večje tveganje za razpoloženjsko motnjo pri potomcih oseb z bipolarno motnjo. Pri enem staršu z bipolarno motnjo je verjetnost, da bo ta izražena tudi pri potomcih 25 odstotna, pri potomcih obeh staršev z bipolarno motnjo razpoloženja pa je verjetnost 50–75 odstotna (Dernovšek 2014).

Stresorji so lahko:

- biološki: zloraba različnih psihoaktivnih substanc (dolgoročno destabilizirajo ravnotežje kemičnih prenašalcev v možganih in s tem pospešijo razvoj depresije ali manije) (Dernovšek 2014), huda telesna bolezen, zastrupitve ali deprivacija spanja,
- psihološki: izguba bližnjega, velike čustvene obremenitve ali zavrnitev s strani vrstnikov in

- socialni: menjava okolja, nova služba ali šola, druge nove obremenitve (Društvo DAM 2010, 1).

Bipolarna motnja vpliva na vse vidike posameznikovega življenja. V nekaterih primerih diagnoza bipolarnе motnje preprečuje sprejetje posameznika v družbo, še zlasti v kulturah, kjer se posameznike z duševno motnjo dojema kot »zle duhove« ali ljudi s šibkim značajem. Motnja negativno vpliva na odnose s svojci in prijatelji ter na zmožnost obdržati zaposlitev in primerno bivališče, v izjemnih primerih pa s samomorom skrajša življenje (Svetovna zveza za duševno zdravje 2010, 6).

2.2 Tipi in znaki bipolarnе motnje

Danes je splošno sprejeto, da bipolarna motnja predstavlja spekter, ki vključuje več tipov motnje. Najobičajnejša ali klasična oblika je bipolarna motnja I, za katero so značilne epizode manije in depresije. Bipolarna motnja II pomeni blažje epizode manije — hipomanije, ki se izmenjuje z depresijo. Pri nekaterih posameznikih je bolezen hitrokrožne oblike (rapid cycling), kar pomeni nastop štirih ali več epizod v zadnjih 12 mesecih. Te epizode manije in depresije so med seboj pogosto ločene z vmesnimi obdobji normalnega razpoloženja. Ponovitev depresivne ali manične epizode imenujemo relaps. Za postavitev diagnoze bipolarnе motnje in drugih duševnih motenj se pri nas uporablja Mednarodna klasifikacija bolezni Svetovne zdravstvene organizacije, poleg nje pa tudi Diagnostični in statistični priročnik za duševne bolezni Ameriškega psihiatričnega združenja (DSM-IV) (Svetovna zveza za duševno zdravje 2010, 6).

Znaki in simptomi manije so:

- povečana energičnost in dejavnost ter nemir,
- zmanjšana potreba po spanju,
- prekomerno vneseno in dobro, evforično razpoloženje,
- skrajna razdražljivost,
- zelo pospešene misli in govor, preskakovanje iz ene misli na drugo,
- raztresenost, težave s koncentracijo,
- nestvarna prepričanja o lastnih sposobnostih in močeh,
- slaba presoja,
- nakupovalna mrzlica,
- dlje časa trajajoče obdobje z vedenjem, drugačnim od običajnega,
- povečana potreba po spolnosti,

- *zloraba drog; zlasti kokaina, alkohola in uspaval,*
- *izzivalno, vsiljivo ali napadalno vedenje in*
- *zanikanje, da je karkoli narobe (Svetovna zveza za duševno zdravje 2010, 6–7).*

Diagnozo manične epizode se postavi, kadar se tako razpoloženje s tremi ali več drugimi simptomi pojavlja najmanj teden dni skoraj vsak dan večino dneva. V primeru razdražljivega razpoloženja, morajo biti prisotni še štirje dodatni simptomi (Svetovna zveza za duševno zdravje 2010, 6).

Znaki in simptomi depresije so:

- *stalno žalostno in tesnobno razpoloženje,*
- *občutek praznine,*
- *občutki brezupa in pesimizem,*
- *občutki krivde, nevrednosti ali nebogljenosti,*
- *dejavnosti, ki so bile posamezniku prej v užitek, ga ne zanimajo več oziroma mu niso več v zadovoljstvo,*
- *malo energije, občutek utrujenosti ali upočasnjenosti,*
- *težave s koncentracijo in*
- *težave s spominom (Svetovna zveza za duševno zdravje 2010, 7).*

Diagnoza depresivne epizode se postavi, kadar pet ali več naštetih simptomov traja večino dneva skoraj vsak dan v obdobju najmanj dveh tednov (Svetovna zveza za duševno zdravje 2010, 7).

V hudi manični ali depresivni epizodi včasih nastopijo tudi simptomi psihoze (blodnje ali halucinacije). Skrajnosti depresije, sicer pogosteje manije, lahko travmatizirajo um, da se le-ta požene v samouničevalna ali grandiozna prepričanja (posameznik verjame, da lahko opravi naloge, ki so daleč nad njegovimi sposobnostmi in zmožnostmi), osebo obsedejo strahovi brez stvarne podlage (prepričanje, da ga ljudje zasledujejo ali ga poskušajo poškodovati, včasih celo ubiti) ali da sliši in vidi nerealne stvari (npr. prepričanje, da mu televizija in radio pošiljata posebna sporočila). V skrajni manični epizodi bo oboleli prepričan, da je slaven ali zelo bogat ter da ima posebne nadnaravne moči, medtem ko bo v depresivni epizodi verjel, da je brez prebite pare ali zagrešil grozljiv zločin. Zaradi simptomov psihoze je bipolarna motnja včasih napačno diagnosticirana kot shizofrenija (Društvo DAM 2010, 4). Pogosto imajo osebe z bipolarno motnjo še druge duševne motnje (npr. panično motnjo, zelo pogoste so obsesivno-kompulzivne motnje in socialno fobijo) in težave z zlorabo alkohola in drog.

2.3 Zdravljenje bipolarne motnje

Zdravniki za bipolarno motnjo ne poznajo testa in ne zdravila, eden glavnih simptomov motnje pa je, da prizadeti pogosto zanikajo njen obstoj ter zavračajo zdravljenje. Danes so strokovnjaki izurjeni v diagnosticiranju motnje in njenem uspešnem zdravljenju s pravo kombinacijo zdravil in psihoterapije, ki ljudem z motnjo omogoča, da živijo zdravo in ustvarjalno življenje. Izredno majhen odstotek ljudi ima kronične simptome, ki se kljub zdravljenju ne umaknejo. Strokovnjaki opozarjajo, da je v primeru nezdravljenja motnje, prognoza manj ugodna. Nezdravljena bipolarna motnja je izvor številnih težav: ločitev, izguba ali menjava službe, zloraba, raba in odvisnost od psihoaktivnih substanc (60% oseb z bipolarno motnjo kdaj v svojem življenju zlorablja alkohol ali droge - odstotek je višji kot pri katerikoli drugi psihični bolezni) in mnogih telesnih in duševnih zdravstvenih težav. Povprečno je življenje nezdravljenih oseb v primerjavi s splošno populacijo krajše za 12 let. Zadnje raziskave kažejo, da zdravila, ki zmanjšujejo razpoloženska nihanja, reducirajo spremembe v možganih, do katerih navadno pride pri napredovanju nezdravljene bolezni. Strokovnjaki ocenjujejo, da je nekaj milijonov obolelih za motnjo po svetu še vedno nezdravljenih; bodisi jim zdravljenje ni na voljo bodisi je iskanje potrebne pomoči stigmatizirano. Mnogi predolgo čakajo na pravilno diagnozo in mnogi niso nikoli deležni zdravljenja (Fink in Kraynak 2009; Svetovna zveza za duševno zdravje 2010; Društvo DAM 2010). V Sloveniji je število bolnikov, ki poiščejo pomoč, izredno nizko, saj se ne s sklada s pričakovanim številom bolnikov z zdravstvenimi težavami. Največ posameznikov se zdravi zaradi psihotičnih motenj, kamor spadajo vse diagnoze od F 20 do F 29. Leta 2009 je 40 odstotkov vseh pričakovanih bolnikov s psihotično motnjo obiskalo psihiatra. Podrobnejša analiza stanja pri bipolarni motnji z vidika povezanosti med zdravstveno vzgojnimi in promocijskimi gradivi in iskanjem pomoči med leti 2003 in 2009 je pokazala, da se v opazovanem obdobju število bolnikov z manično epizodo, drugimi afektivnimi motnjami in neopredeljeno afektivno motnjo, ni povečalo. V opazovanem obdobju se je zmanjšalo število bolnikov s trajnimi afektivnimi motnjami in depresivno epizodo. Se je pa povečalo število bolnikov, ki so iskali pomoč zaradi ponavljajoče se depresivne epizode, bipolarne motnje razpoloženja in shizoafektivne motnje (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije 2011, 5).

2.3.1 Zdravila

Pri zdravljenju z zdravili se pri bipolarni motnji prilagaja način, kako preko svojih živčnih prenašalcev možgani prenašajo signale. Najpomembnejši prenašalci v možganih, ki so

povezani z motnjo so dopamin, serotonin in noradrenalin. Biološka osnova bipolarnosti je v nestabilnosti dopaminskega sistema in posledica je porušenje serotoninškega in noradrenalinškega sistema (Dernovšek 2014). Ker je motnja neozdravljiva, se z zdravili ne zdravi vzrokov, temveč lajša akutne manične in depresivne simptome (pogosto hkrati), ohranja stabilnost razpoloženja ter zdravi katerekoli druge simptome, denimo tesnobo (Fink in Kraynak 2009, 110). Trenutno so v uporabi 4 različne vrste zdravil:

1. **STABILIZATORJI RAZPOLOŽENJA** uravnavajo razpoloženje na način, da preprečujejo pretirano nihanje razpoloženja in posledično ponovne epizode manije, depresije ali mešanega stanja. Delujejo protimanično in protidepresivno, učinek pa je zakasnen in se pokaže šele po 2-4 tednih rednega konzumiranja. Uporaba antiepileptikov kot stabilizatorjev razpoloženja izhaja iz teorije, da je bipolarna motnja v bistvu temporalna epilepsija - možganske celice zaščitijo in jih stabilizirajo. Primeri stabilizatorjev so litij, lamotrigin in olanzapin, primer antiepileptikov so valprojska kislina, lamotrigin in karbamazepin (Fink in Kraynak 2009; Dernovšek 2014).
2. **ANTIPSIHOTIKI** - Klasične antipsihotike zaradi takojšnjega pomirjevalnega učinka uporabljajo za hitro umirjanje manične ali mešane epizode. Atipični (novejši) antipsihotiki, včasih imenovani kot atipični nevroleptiki, pa imajo stabilizacijski učinek. Uporabljajo se tako za zdravljenje posameznih epizod kot za preprečitev njihovih ponovitev in stabilizacijo razpoloženja. Primeri atipičnih antipsihotikov so olanzapin, risperidon in kvetiapin, klasična pa sta moditen in haldol (Fink in Kraynak 2009; Dernovšek 2014).
3. **ANTIDEPRESIVI** delujejo na način, da zvišajo koncentracijo nekaterih živčnih prenašalcev v možganih (serotonina, noradrenalina) in tako povečajo aktivnost določenih predelov možganov, posledično pa znižajo raven dopamina. Učinek jemanja antidepresivov se pokaže po 3-6 tednih rednega jemanja. Večina smernic za zdravljenje bipolarnosti priporoča antidepresiv zgolj v kombinaciji s stabilizatorji razpoloženja (npr. litijem ali valproatom) ali protimaničnim zdravilom, saj lahko zdravljenje izključno z antidepresivom povzroči preskok v manijo ali hipomanijo, mešane epizode in hitro kroženje (rapid cycling). Primeri antidepresivov so fluoksetin, sertralin in paroksetin (Svetovna zveza za duševno zdravje 2010; Društvo DAM 2010; Dernovšek 2014).
4. **POMIRJEVALA IN USPAVALA** se uporabljajo kot dodatna zdravila v akutni fazi zdravljenja. Na ponovitev in stabilnost razpoloženja nimajo učinka. Uporaba pomirjeval in uspaval je smotrna le krajše obdobje, saj nepravilna raba slednjih lahko vodi v odvisnost (Svetovna zveza za duševno zdravje 2010; Društvo DAM 2010).

Vsako od zdravil deluje samo na določene simptome. Nekatera zdravila delujejo zgolj na manijo, druga zdravijo samo na depresijo. Zdravilo, ki pri enem pacientu deluje, je pri drugem lahko brez učinka ali pa ima nasproten učinek. Prav tako se stranski učinki zdravil od posameznika do posameznika razlikujejo. Nekdo se lahko ob jemanju določenega zdravila dobro počuti, spet drugi pa je lahko ob uživanju enakega zdravila omotičen ali se redi. Zdravila lahko tudi poslabšajo simptome, na primer nekateri antidepresivi lahko izzovejo manijo ali povečano tesnobo (Fink in Kraynak 2009, 110-111).

2.3.2 Psihoterapija

Poleg zdravljenja z zdravili je najpomembnejša psihoterapija. Ti dve metodi sta najbolj razširjena načina blažitve simptomov bipolarni motnje. Najboljše rezultate beleži celovit pristop, ki vključuje zdravila in psihoterapijo. Pri zdravljenju bipolarni motnje se navadno uporabljajo 4 različne vrste psihoterapije. Vse učijo paciente življenjskih veščin - kako najti stanovanje, dobiti in obdržati zaposlitev ter ravnanja z denarjem in strategij za obvladovanje razpoloženja, ki lahko ovira vsakodnevne dejavnosti.

- **Družinska terapija** vključuje sodelovanje pacienta in njegovih družinskih članov. Njen glavni cilj je spodbujanje družinskega spoprijemanja z motnjo, utrditev komunikacije v družini in vzpostavitev učinkovitega sistema družinskega reševanja problemov.
- **Psihoedukacijska psihoterapija** pacienta in njegove družinske člane pouči o bipolarni motnji in veščinah za obvladovanje simptomov. Poudarek je na uravnavanju razpoloženja, reševanju težav in komunikaciji.
- **Kognitivno - vedenjska terapija** pacientu predstavi razumevanje napačnih vzorcev v ravnanju in mišljenju. Nauči ga novih orodij pri spopadanju z motnjo.
- **Terapija medosebnih odnosov (interpersonalna) in socialnega ritma** pomaga posamezniku vzpostaviti dnevno rutino in urejen ritem spanja in budnosti ter nudi pomoč pri reševanju ključnih težav v odnosih (Svetovna zveza za duševno zdravje 2010, 21–22).

2.3.3 Skupine za samopomoč

Poleg zdravil in psihoterapije obstajajo skupinska srečanja z osebami z bipolarno motnjo. Dobro organizirane in vodene skupine posamezniku predstavijo kako se drugi oboleli vsakodnevno spoprijemajo z motnjo. Podporne skupine sicer ne ustrezajo vsakemu, a udeležba v njih pomaga posameznikom, da se čutijo manj izolirane in same. Omogočijo jim občutek pripadnosti. Tako ponujajo priložnost spoznati, kako ostali ljudje z motnjo obvladujejo svoja življenja, nekatere skupine pa nudijo tudi strukturirane dejavnosti za

pozitivno spoprijemanje z motnjo (Svetovna zveza za duševno zdravje 2010, 22). »Telesno prizadeti ljudje se pogosto združujejo, medtem ko se mnogi uporabniki psihiatrije izogibajo družbi enako stigmatiziranih oseb in se z njimi ne želijo enačiti« (Lamovec 2006). Posamezniki, ki se družijo zlasti z drugimi uporabniki psihiatričnih storitev, tvegajo, da jih bo ta subkultura vsrkala in postali bodo marginalizirani. Med uporabniki največkrat najdemo dve skupini. Prva prevzema psihiatrično ideologijo, terminologijo in njen pogled nase, druga pa si prizadeva ustvariti lastno identiteto (Lamovec 1998, 63).

3 STIGMA

3.1 Opredelitev stigme

Termin »stigma« so uvedli stari Grki. Navezoval se je na telesne znake in izpostavljal neobičajno in slabo v moralnem statusu njihovega nosilca. Znaki so bili vrezani ali vžgani v telo in so označevali sužnje, hudodelce ali izdajalce. Naznanjali so, da gre za omadeževanega, obredno nečistega človeka, ki se mu je potrebno izogibati (še posebej na javnih mestih). Kasneje, v krščanski dobi, terminu dodajo še metaforičen pomen - telesna znamenja božje milosti in telesna znamenja telesnih motenj. Danes se pojem stigma pretežno uporablja v kontekstu sramote in manj v povezavi s telesnimi simptomi (Goffman 1963, 11).

Jones (1984) stigmo definira kot pojav, kadar je »označba« (neka deviacija od normale) povezana z dispozicijo, ki diskreditira nosilca te označbe. Crocker, Major in Steele (1998) trdijo, da se stigmatizacija zgodi, ko posameznik poseduje (ali se verjame, da ta poseduje) določen atribut oziroma karakteristiko, ki odraža socialno identiteto, ki je razvrednotena v določenem socialnem kontekstu (Abrams in drugi 2005, 64).

Kadar posameznika, ki ima lastnost, po kateri se razlikuje od drugih kategorij oseb, v katero bi se lahko uvrstil in ga to spremeni v nekoga, ki je manj zaželen (v skrajnem primeru v slabo, nevarno ali šibko osebo), takrat gre za lastnost, imenovano stigma, še posebej kadar je njen diskreditirajoč učinek zelo širok. Včasih to imenujemo hiba, pomanjkljivost oziroma prizadetost. Naše misli ga iz povsem običajne osebe zreducirajo na pomanjkljivo in nepopolno. Ločimo navidezno in dejansko socialno identiteto. Navidezna socialna identiteta je posledična karakterizacija, ki se zgodi, kadar posamezniku pripisujemo značaj v potencialni retrospektivi. Pri dejanski socialni identiteti gre za kategorijo, kateri posameznik dejansko pripada in lastnosti, za katere bi lahko dejansko dokazali, da jih ima. Stigma povzroča neskladnost med navidezno in dejansko socialno identiteto. Sporne pa niso vse nezaželene lastnosti, temveč zgolj tiste, ki se ne skladajo z našo stereotipno predstavo, kakšen bi moral biti dani tip posameznika. Pojem stigma ima dvojno perspektivo. Stigmatizirani posameznik bodisi domneva, da je njegova drugačnost že znana ali očitna bodisi, da je prisotni ne poznajo ali je ne morejo takoj opaziti (Goffman 1963, 12–13).

Ločimo 3 vrste stigme:

- **Telesno odbojnost** - različne fizične iznakaženosti
- **Značajske lastnosti** - pripisujemo jih neodločnosti, nebrzdanim strastem, nevernim ali okostenelim prepričanjem ter nepoštenosti in o katerih sklepamo na podlagi duševne

bolezni, zaporne kazni, odvisnosti, alkoholizmu, homoseksualnosti, brezposelnosti, poskusih samomora in radikalnem političnem obnašanju.

- **Stigma zaradi rase, narodnosti in veroizpovedi**, ki se lahko prenašajo iz roda v rod in prizadenejo vse družinske člane (Goffman 1963, 13).

Pri vseh oblikah stigme (tudi pri tisti, ki so jo osnovali Grki) je mogoče najti iste sociološke značilnosti. Posameznik, ki se ga v običajnih socialnih odnosih sprejme, ima lastnost, ki pritegne pozornost in odvrta od sebe vse, ki ga srečajo, pri tem pa razveljavi vtis drugih lastnosti. Tak posameznik je nosilec stigme, nezaželene drugačnosti, ki odstopa od naših pričakovanj in predstav (Goffman 1963, 14).

Pogosti občutki, ki jih doživlja stigmatizirani posameznik, so sram, samoponiževanje in sovraštvo do sebe. Stigmatizirani posamezniki se sicer različno odzivajo na svoj položaj. Nekateri skušajo neposredno popraviti oziroma odpraviti svojo pomanjkljivost. Telesno iznakažen posameznik se lahko podvrže plastični operaciji, slepa oseba operaciji oči, nepismena se izobražuje in homoseksualec prične obiskovati psihoterapevta. Spet drugi poskušajo svoj položaj popraviti posredno in si prizadevajo obvladovati tista področja, za katera velja, da so zaradi zahtev in iz fizičnih razlogov za nekoga z njegovo pomanjkljivostjo nedosegljiva. Na primer hroma oseba se (ponovno) uči plavati, jahati, igrati košarko ali slepa oseba, ki mojstrsko obvlada borilne veščine in ples (Goffman 1963, 16–18).

Stigmatizirani posameznik lahko čuti, da so majhni spodrsaljaji ali neprimernost vedenja interpretirani kot neposredni odraz njegove drugačnosti, povezane s stigmo. Primer so nekdanji duševni bolniki, ki se pogosto bojijo spuščati v ostre prepire z zakoncem ali delodajalci, ker bi bilo lahko kazanje čustev razumljeno kot znamenje stigmatiziranosti. Znano ali opaženo razhajanje med posameznikovo navidezno in dejansko identiteto pokvari njegovo socialno identiteto. Posledično ta postane odrezan od družbe, diskreditirana oseba, ki se srečuje s svetom, ki je ne sprejema. V številnih primerih stigmatizirani posameznik spozna, da obstajajo sočutni ljudje, ki so ga pripravljeni sprejeti in z njim deliti občutek, da je kljub videzu in lastnim dvomom človek kot vsi drugi (Goffman 1963, 22–25).

Pri sociološkem preučevanju stigmatiziranih oseb raziskovalce običajno zanima, kakšno (če sploh kakšno) vrsto organiziranega skupinskega življenja imajo pripadniki določene kategorije. Na meji pripravljenosti za združevanje so bivši psihiatrični bolniki. Razmeroma redki so pripravljeni podpreti društva za duševno zdravje, četudi društva članom omogočajo, da se ti srečujejo pod krinko običajnosti. Ugotovljeno je bilo, da pa imajo pripadniki določene

kategorije stigme težnjo po združevanju v majhne socialne skupine, te skupine pa so v različnih stopnjah podrejene krovni organizaciji (Goffman 1963, 27–28).

Osebi z določeno stigmato je, takoj ko doseže visok poklicni, politični ali pa finančni položaj, verjetno vsiljena še ena poklicna kariera, in sicer predstavljanje svoje kategorije (Goffman 1963, 31).

3.2 Zamolčevanje stigme

Oseba, ki svojo stigmato zamolči, živi dvojno življenje. Naj za skrivnost ve veliko ali malo ljudi, v obeh primerih imamo opraviti z dvojnimi življenjem, katerega del so tisti, ki mislijo, da ga dobro poznajo, in tisti, ki ga »resnično« poznajo (Goffman 1963, 71).

V literaturi obstajajo sugestije o naravnem ciklu zamolčevanja stigme. Cikel se lahko začne z nezavednim zamolčevanjem (tisti, ki stigmato zamolčuje zanj nikoli ne izve, da ga uporablja), od tod se premaknemo k nenamernemu zamolčevanju (posameznik se ga zave šele na sredini njegovega poteka). Sledijo zamolčevanje stigme »za zabavo«, zamolčevanja ob družabnih priložnostih, ki izstopajo iz vsakdanje rutine (primeri: počitnice, obletnice, potovanja), zamolčevanje med vsakdanjimi rutinskimi opravili (primer: služba ali storitvene ustanove) in naposled »izginotje« stigme, kjer gre za popolno zamolčevanje na vseh področjih življenja in je skrivnost znana zgolj nosilcu stigme (Goffman 1963, 73).

Stopnje zamolčevanja stigme se razlikujejo, od bežnega in nenamernega na eni strani, pa vse do klasičnega tipa namenskega in popolnega zamolčevanja stigme na drugi. V primerih, ko je različnost razmeroma neopazna, se mora posameznik naučiti zanesti se na svojo molčečnost. Sprva se mu sicer zdi, da vse kar ve on, vedo tudi drugi, vendar se pogosto izkaže, da to ni res (Goffman 1963, 74).

Zaradi prisotnosti sotrpinov ali posameznikov, ki so poučeni na tem področju, lahko nastopi vrsta drugih nepredvidenih zapletov pri zamolčevanju stigme, saj lahko prav te tehnike, ki se uporabljajo za prikrivanje stigme, opozorijo na zamolčano stigmato nekoga, ki pozna običajne »zvijače« (Goffman 1963, 78).

»Nadzor nad informacijami o identiteti ima poseben vpliv na odnose z drugimi« (Goffman 1963, 80). Vsako razmerje osebe, ki so vanj vstopile, jih obvezuje, da izmenjajo določeno količino intimnih dejstev o sebi v dokaz zaupanja in izpolnjevanja medosebnih obveznosti. Tesna razmerja, ki jih je imel posameznik v času, ko še ni imel ničesar skrivati, so zato ogrožena, ker jim primanjkuje skupnih informacij. Nova razmerja, tista, ki so nastala po pridobitvi stigme, bodo posamezniku najverjetneje obudile občutke, da prikrivanje dejstev ni

pošteno. Pojav zamolčevanja stigme že od nekdaj neti razprave o duševnem stanju posameznika, ki zamolčuje stigmatizacijo. Najprej se domneva, da mora nujno plačati ceno visoke stopnje tesnobe, ker živi življenje, ki se mu lahko vsak trenutek sesuje. Omenjena tesnoba pa sploh ni vedno prisotna in nas v tem pogledu predstave o človeški naravi lahko zelo zavajajo. Drugič, velikokrat se predvideva, da je posameznik, ki zamolčuje stigmatizacijo razdvojen med dvema pripadnostima. Tretjič, predvideva se, da se mora posameznik, ki zamolčuje stigmatizacijo, zavedati tistih vidikov socialne situacije, ki jih drugi ne upoštevajo in nanje niso pozorni (Goffman 1963, 80–81).

3.3 Stigma in socialna izključenost

Socialna izključenost je glavni vidik stigmatizacije. Izključevanje stigmatiziranih tistim, ki izključujejo (skupina ali posameznik), služi kot sistem za povečanje samozavesti, zmanjševanje tesnobe, kot opravičilo in za zmanjševanje stroškov, povezanih s skupinskim življenjem. Izpostavljenost izključenosti, ki je osnovana na stigmatizaciji, izključenim predstavlja velik stres. Sicer za posameznike, ki so potencialne tarče na stigmatizaciji osnovane izključenosti, ni nujno, da trpijo za zmanjšano samozavestjo ali splošnim dobrim počutjem (Abrams in drugi 2005, 63).

Potreba po vzpostavljanju in ohranjanju dolgotrajnih in pozitivnih razmerij z drugimi je temeljna človeška potreba. Ljudje imajo močno željo po socialnih stikih in vlagajo energijo v razvijanje in ohranjanje le-teh, primeri prekinitvev in odsotnosti pa jih prizadenejo. Ljudje, ki so živeli v skupnosti in iskali ter vzpostavljali podporni razmerja z drugimi, so imeli večjo možnost preživetja in nadaljevanja potomstva kot tisti, ki so živeli sami. Izkušnja vključenosti pogosto vzbuja pozitivna občutja, medtem ko izkušnja izključenosti po navadi vodi do negativnih emocij kot so žalost, osamljenost, ljubosumje, jeza, sram in tesnoba. Posamezniki, ki stalno pričakujejo zavrnitev od okolice, imajo bolj verjetno nizko samozavest in so depresivni (Abrams in drugi 2005, 63–64).

Kakorkoli, zavrnitev in izključitev sta neizogiben del socialnega življenja. Prav vsak je v nekem življenjskem obdobju izključen oziroma zavrnjen s strani drugih. Ljudje imajo omejeno količino časa in energije, ki jo namenijo socialnim odnosom, zato mora posameznik previdno izbirati, s kom želi razvijati razmerje in preživljati čas. Izkušnja izključitve je v družbi neenakomerno razporejena. Vsaka družba in kultura določene kategorije posameznikov sistematično izključuje in razvrednoti v kontekstu širokega nabora

socialnih odnosov in socialnih domen. Ti posamezniki so stigmatizirani (Abrams in drugi 2005, 64).

Stigmo razlikujemo od deviantnosti. Devianca zaznamuje odstopanje od normalnega, nekaj kar je statistično redek pojav. Nekatere deviantne karakteristike veljajo za pozitivne, medtem ko je stigma kontrastno vedno negativna. Značilnosti, ki se jih pripisuje stigmatiziranim posameznikom jih nekako naredi razvajene. Goffman (1963) pravi, da se verjame, da človek s stigmo ni povsem človek. Leyens (2001) pojasnjuje, da so stigmatizirani posamezniki velikokrat obravnavani kot »infra ljudje«, ker se predpostavlja, da jim manjka človeških karakteristik, primer kot tak so sekundarna čustva. Devianco razumemo kot pojav, ko majhen delež po lastnostih ali po obnašanju odstopa od celote, ko se ta delež poveča ga ne pojmujejo več kot deviantnega. Archer (1985) obravnava nezakonske spolne odnose, ki so v 17. stoletju veljali za deviantne, v 18. stoletju se je deviantno prepričanje glede omenjenega končalo, posledica pa je bilo povečanje stopnje izvenzakonske nosečnosti. Problem stigme z numerično reprezentacijo ni rešljiv (v Veliki Britaniji je debelost zelo razširjena, a so obilni ljudje zelo stigmatizirani) (Abrams in drugi 2005, 65).

Prav tako stigmo razlikujemo od nizkega statusa, čeprav stigmatizirani posamezniki pogosto zavzemajo pozicije z nižjim statusom in imajo manj socialne moči. Stigma stigmatiziranega posameznika naredi »manj kot celo osebo«, nekoga, ki si ne zasluži pravic, ki so dane večini članom družbe v kateri prebivajo (primer: ženske v ZDA volilne pravice niso imele vse do leta 1920, ker je veljalo, da nimajo mentalne sposobnosti, da bi volile odgovorno (Abrams in drugi 2005, 65).

Nekateri strokovnjaki poudarjajo razsežnost, do katere stigmatizacija obstaja v očeh nosilca stigme bolj kot pa v določenem atributu. Crocker in drugi (1998) pravijo, da je stigma kontekstualna. Pojavlja se v določenem socialnem kontekstu in v povezavi z določenim posameznikom. Ko se kontekst in opazovalci spremenijo, se spremeni tudi izkušnja stigme. Karakteristike, ki stigmatizirajo v določenem kontekstu (primer je posameznik temnejše polti v skupini belcev), ne stigmatizirajo v drugem kontekstu (posameznik temnejše polti v skupini drugih ljudi s temnejšo barvo kože) (Abrams in drugi 2005, 65).

3.4 Težave v duševnem zdravju in stigma

Pod vplivom psihiatričnega mita o »neozdravljivosti« ljudje uporabnikom psihiatričnih storitev nalepijo dosmrtno etiketo, ki je izražena v samem pojmu »duševni bolnik«. Ne gre

več za osebo, ki motnjo občasno »ima«, to je nekaj, kar je postal. Motnja in oseba sta se spojili v eno, v očeh ljudi pa je ostala le še motnja (Lamovec 1998, 52).

Dokaz temu je raziskava, kjer so spremljali zaposlenost 1.082 nekdanjih uporabnikov psihiatričnih storitev. Eno leto po odpustu iz bolnišnice je bilo za polni delovni čas zaposlenih le še 12 odstotkov uporabnikov (prej 19 odstotkov). Od 17 odstotkov, ki so bili prej zaposleni za polovičen delovni čas, je ostalo na ta način zaposlenih le 8 odstotkov. Pred hospitalizacijo je 36 odstotkov oseb imelo tako ali drugačno obliko zaposlitve. Leto dni po hospitalizaciji je bilo takih le še 20 odstotkov (Lamovec 1998, 42).

4 ZAKONODAJA

4.1 Pravica do zasebnosti

Delovno razmerje je razmerje med zaposlenim in delodajalcem, ki nastane na podlagi pogodbe o zaposlitvi. Namen delovnega razmerja je, da se na eni strani zagotovi delo in s tem povezano socialno varnost, na drugi pa se zagotavlja ohranjanje ali večanje kapitala. Interes vsakega delodajalca je zaposliti osebo, ki ji lahko zaupa in bo delo opravljala vestno in prizadevno. V procesu pridobivanja take osebe skuša delodajalec čim boljše spoznati osebne razmere zaposlenega, med katere spadajo njegove osebne, družinske in premoženjske razmere, pa tudi zdravstveno stanje. Zlasti tu je pomembno vedeti, kje se začne meja zasebnosti uslužbenca in konča pravica delodajalca, da posega vanjo.

Varstvo osebnih podatkov je pri nas dobilo neposredno ustavno podlago z amandmaji iz leta 1974, republiška skupščina jih je razglasila 27.9.1989. Pomembna amandmaja na področju posameznikove informacijske zasebnosti sta pomembna amandma XLIV, ki je opredelil varstvo osebnih podatkov kot eno od človekovih pravic, zajamčenih z ustavo in amandma LXVII, ki je vključeval pooblastilo slovenski skupščini, da uredi varstvo osebnih podatkov z zakonom. Na podlagi amandmajev je Slovenija marca 1990 dobila prvi zakon s področja varstva osebnih podatkov. S sprejetjem ustave je varstvo osebnih podatkov kot eno od človekovih pravic opredelila v 38. členu (Čebulj 1992, 43). Pomemben mejnik na področju varstva podatkov je tudi ratifikacija Konvencije o varstvu posameznika glede na avtomatsko obdelavo podatkov (KonVOP), z uveljavitvijo katere so postala njena načela merilo zakonskega urejanja zbiranja, procesiranja in uporabe osebnih podatkov. Slovenija je v skladu z ustavo in KonVOP ponovno uredila področje varstva osebnih podatkov s sprejetjem novega Zakona o varstvu osebnih podatkov leta 1999, a je bil tudi novi zakon deležen zahtev po dopolnitvi, predvsem zahteve po posebni neodvisni instituciji za varovanje osebnih podatkov (Prodan 2010). Ustava RS varuje nedotakljivost človekove telesne in duševne celovitosti, njegovo zasebnost in osebnostne pravice, pa tudi osebno dostojanstvo in varnost. Za opredelitev zasebnosti sta prav tako pomembna dva mednarodna pakta. Mednarodni pakt o državljanskih in političnih pravicah v 17. členu določa, da se ne sme nikomur samovoljno ali nezakonito vmešavati v zasebno življenje, družino, stanovanje ali dopisovanje ter ga tudi ne nezakonito žaliti ali škodovati njegovemu ugledu. Evropska konvencija o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin (EKČP), v 8. členu določa, da ima vsakdo pravico do

spoštovanja zasebnega in družinskega življenja, doma, dopisovanja in tega, da se javna oblast ne sme vmešavati v uveljavljanje te pravice, razen če to določa zakon in je nujno v demokratični družbi zaradi državne in javne varnosti, ekonomske blaginje države, zato da se prepreči nered in zločin, da se zavarujejo zdravje, morala, ali pravice in svoboščine drugih (Žirovnik 2009). Pravico do varstva osebnih podatkov ureja ZVOP-1. Področje urejanja je določeno v 1. členu, po katerem se z varstvom osebnih podatkov preprečujejo neustavni, nezakoniti in neupravičeni posegi v zasebnost in dostojanstvo posameznika pri obdelavi osebnih podatkov (Prodan 2010). Cilj varstva osebnih podatkov ni varstvo podatkov samih, temveč varstvo posameznika, na katerega se podatki nanašajo (Žirovnik 2009). Zakonska ureditev varstva osebnih podatkov v delovnih razmerjih temelji na Zakonu o evidencah na področju dela in socialne varnosti (ZEPDSV), ki v 13. členu določa vsebino evidence zaposlenih. Osebnih podatki se lahko obdelujejo le, če tako določa zakon ali če je dana osebna privolitev (ne sme biti pridobljena z izsiljevanjem) posameznika, katerega podatki se obdelujejo. Ker je delojemalec v delovnem razmerju šibkejša stranka, se nemalokrat dogaja, da ga delodajalec izsili, da v nekaj privoli. Informacijski pooblaščenec pogosto naleti na takšne primere in jih nato natančno preiskuje z zasliševanjem prič in pridobivanjem možnih dokazov (Šetina Čož 2012).

Primer hudega posega v zasebnost zaposlenega je spraševanje po njegovem zdravstvenem stanju, številu otrok (v primeru, ko jih nima zavarovane po sebi), nosečnosti ipd. Delodajalec od osebnega zdravnika zaposlenega ne sme zahtevati, da mu v spričevalu razkrije diagnozo, še manj to lahko zahteva od zaposlenega (Bervar 2009). Pooblaščen zdravnik medicine dela po opravljenem zdravstvenem pregledu delodajalcu posreduje zdravniško spričevalo, ki vsebuje zgolj ugotovitev, ali delavec (ne)izpolnjuje zahteve za določeno delo, brez kakršnekoli navedbe zdravstvene diagnoze oziroma stanja (Brečko 2010).

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) določa, da se mora časovno omejeno financirati zadržanost od dela zaradi bolezni ali poškodbe. Delodajalec tako konec meseca za nazaj dobi bolniško potrdilo, v primeru, ko gre za bolniki dopust nad 30 dni pa odločbo Zavoda za zdravstveno zavarovanje, v kateri je zapisano obdobje trajanja bolniškega dopusta z navodili. Odločbo delodajalec navadno prejme pred koncem izteka bolniškega dopusta. Podatki o osebnem zdravniku in ambulanti so dostikrat pomembni za uveljavljanje pravic in obveznosti iz delovnega razmerja in zato jih v teh primerih delodajalec sme pridobiti (Žirovnik 2009). 110. člen Zakona o delovnih razmerjih (ZDR-1) določa, da lahko delodajalec izredno odpove pogodbo o zaposlitvi, če delavec v času odsotnosti dela zaradi bolezni ali poškodbe ne spoštuje navodil pristojnega zdravnika, imenovanega

zdravnika ali zdravstvene komisije ali če v tem času opravlja pridobitno dejavnost ali če brez odobritve pristojnega zdravnika, imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije odpotuje iz kraja svojega bivanja (Zakon o delovnih razmerjih, 110. člen). Nadzor bolniškega dopusta oziroma reda in s tem povezana obdelava osebnih podatkov zaposlenih se šteje kot zakonit, ko se izvaja ob upoštevanju strogega načela sorazmernosti iz 3. člena ZVOP-1. Nadzor uresničevanja predpisanega bolniškega dopusta opravlja delodajalec sam ali pa jo po določbah 11. člena ZVOP-1 zaupa pogodbenemu obdelovalcu. Delodajalec mora natančno opredeliti oziroma izkazati, zakaj je obdelava posameznih osebnih podatkov potrebna. Nadzor pogodbenega obdelovalca se izvaja v skladu z Zakonom o detektivski dejavnosti (ZDD), v katerem so jasno določeni pogoji za opravljanje detektivske dejavnosti in pravice in obveznosti detektivov v povezavi s pridobivanjem osebnih podatkov. Delodajalec sam izvaja nadzor z drugimi nadzornimi mehanizmi (npr. obiski na domu). Delodajalec ni upravičen do seznanitve z diagnozo delavca, je pa zaradi preverjanja upravičene odsotnosti z dela upravičen do seznanitve o obstoju bolniškega dopusta in načinu gibanja, ne pa tudi zdravljenja. Zato potrdilo o upravičeni zadržanosti z dela ne sme navajati diagnoze ali podrobnejšega opisa bolezni, ampak zgolj za delodajalca oziroma zdravstveno zavarovalnico potrebne in dopustne podatke (informacijo o tem ali gre za poklicno bolezen oziroma poškodbo ob delu ali bolezen ali poškodbo zunaj dela oziroma vrsto odsotnosti, za katero pripada zaposlenemu nadomestilo že od prvega dne odsotnosti). Takšna so potrdila na obrazcu, ki jih uporabljajo vsi zdravniki. Zdravnik lahko delodajalcu sporoči podatke o tem, ali je zaposleni (upravičeno) zadržan z dela zaradi bolezni ali poškodbe (nastale v delovnem času ali zunaj njega) in koliko časa, tako da ne omogoči nepooblaščenega seznanjanja z osebnimi podatki zaposlenega (Žirovnik 2009).

4.2 Diskriminacija

Prepoved diskriminacije je eno od vodilnih načel mednarodnega in evropskega prava človekovih pravic ter temeljno izhodišče Ustave RS. Pravica do enakopravnosti ali prepoved diskriminacije je temeljna človekova pravica in zahteva enakopravno obravnavanje, ne glede na osebno okoliščino. Splošno določilo Mednarodnega pakta o državljanskih in političnih pravicah v 2. členu zahteva, da država vsakomur zagotavlja pravico do enakopravnosti oziroma enakopravno obravnavanje. Posameznikova pravica in obveznost države je, da ga obravnavajo enakopravno, ne glede na njegovo osebno lastnost (raso, spol, barvo, jezik, vero, politično ali drugo prepričanje, narodno ali socialno poreklo, premoženje, rojstvo ali kakršnokoli drugo okoliščino). Na podlagi mednarodnih in evropskih impulzov je neposredna

diskriminacija definirana kot neenakopravno obravnavanje osebe zaradi njene osebne okoliščine, če je zaradi te osebne okoliščine bila, je ali bi lahko bila v enakih ali podobnih okoliščinah obravnavana manj ugodno kot druga. V namen preprečevanja diskriminacije je mednarodna skupnost sprejela več mednarodnopravnih instrumentov, deklaracij in paleta pravno obvezujočih konvencij, zlasti zoper diskriminacije na področju zaposlovanja, izobraževanja ter zoper diskriminacije na podlagi spola (Lampe 2013).

Krovno določilo prepovedi diskriminacije v pravnem redu Republike Slovenije je 14. člen ustave RS, ki podobno kot 14. člen Evropske konvencije o človekovih pravicah (EKČP), prepoved navezuje na zagotavljanje drugih človekovih pravic. V RS so vsakomur zagotovljene enake človekove pravice in temeljne svoboščine, ne glede na narodnost, spol, jezik, vero, politično ali drugo prepričanje, gmotno stanje, rojstvo, izobrazbo, družbeni položaj ali katerokoli drugo osebno okoliščino. Splošno upravnopravno načelo prepovedi diskriminacije dopolnjuje prepoved spodbujanja k neenakopravnosti ter nestrpnosti in spodbujanja k nasilju ter nasilje. V 63. členu Ustave RS, po katerem je protiustavno vsakršno spodbujanje k narodni, rasni, verski ali drugi neenakopravnosti ter razpihovanje narodnega, rasnega, verskega ali drugega sovraštva in nestrpnosti. Za protiustavno se šteje vsakršno spodbujanje k nasilju in vojni. V Sloveniji spodbujanje k nasilju in drugim oblikam diskriminacije inkriminira tudi 297. člen Kazenskega zakonika (KZ-1), kjer je jasno prepovedano javno spodbujanje sovraštva, nasilja ali nestrpnosti. Poleg kazenske zakonodaje sta pri nas poglobljena protidiskriminacijska zakona Zakon o enakih možnosti žensk in moških (ZEMŽM) in Zakon o uresničevanju načela enakega obravnavanja (ZUNEO). V povezavi z obravnavano tematiko je še posebej pomemben Zakon o uresničevanju načela enakega obravnavanja, ki ureja zagotavljanje enakega obravnavanja vsakogar pri uveljavljanju njegovih pravic in obveznosti ter pri uresničevanju njegovih temeljnih svoboščin na kateremkoli področju zaposlovanja, delovnih razmerij, vključevanj v sindikate in interesna združenja, vzgoje in izobraževanja, socialne varnosti, dostopa do dobrin in storitev ter oskrbe z njimi, ne glede na posameznikove osebne okoliščine, kot so narodnost, rasa ali etnično poreklo, spol, zdravstveno stanje, invalidnost, jezik, versko ali drugo prepričanje, starost, spolna usmerjenost, izobrazba, gmotno stanje, družbeni položaj ali druge osebne okoliščine. Ker drugačno obravnavanje še ni diskriminacija, zakon v 2.a členu dopušča različno obravnavanje oziroma izjeme omejevanja na podlagi osebne okoliščine, če je to objektivno in razumno utemeljeno z legitimnim namenom ter določeno v posebnih zakonih (na primer oseba z diagnozo bipolarni motnje razpoloženja ne more opravljati delo pilota, voznika avtobusa ali biti zaposlena v notranosti nuklearke) (Lampe 2013; Dernovšek 2014).

4.3 Šikaniranje na delovnem mestu

Mobing ali psihični teror na delovnem mestu predstavlja sovražno in neetično komunikacijo, ki jo eden ali skupina posameznikov usmerja povečini v eno osebo. Slednji je zaradi mobinga potisnjen v položaj, ki ga naredi nemočnega in nesposobnega, da bi se branil in v katerem ga držijo z izvajanjem nenehnega mobinga. Taka dejanja so zelo pogosta (vsaj enkrat na teden) in trajajo daljše obdobje (vsaj šest mesecev). Sovražno vedenje povzroča žrtvam mobinga hudo trpljenje na duševni, psihosomatski in družbeni ravni. Ponovna vključitev žrtve v delovno sredino je zaradi psihičnih posledic izredno težka, pogosto celo nemogoča (Kostelić-Martić 2007; Mlinarič 2007).

Zakon o delovnih razmerjih (ZDR-1) v 7. členu prepoveduje spolno in drugo nadlegovanje ter trpinčenje na delovnem mestu. Trpinčenje na delovnem mestu definira kot vsako ponavljajoče se ali sistematično, graje vredno ali nečitno negativno in žaljivo ravnanje ali vedenje, ki je usmerjeno proti posameznim delavcem na delovnem mestu ali v zvezi z delom. Delavec, ki je žrtev trpinčenja, po tem členu ne sme biti izpostavljen neugodnim posledicam zaradi ukrepanja, ki ima za cilj uveljavitev prepovedi trpinčenja na delovnem mestu (Zakon o delovnih razmerjih, 7. čl.). 8. člen ZDR-1 določa, da je v primeru kršitve prepovedi diskriminacije ali trpinčenja na delovnem mestu delodajalec kandidatu oziroma delavcu odškodninsko odgovoren po splošnih pravilih civilnega prava. Kot kandidatu nastala nepremoženjska škoda se štejejo tudi pretrpljene duševne bolečine zaradi neenake obravnave delavca oziroma diskriminatornega ravnanja delodajalca oziroma zaradi nezagotavljanja varstva pred spolnim ali drugim nadlegovanjem ali trpinčenjem na delovnem mestu (Zakon o delovnih razmerjih, 8. čl.). 47. člen zakona o delovnih razmerjih obravnava varovanje dostojanstva delavca pri delu. Člen določa, da je delodajalec dolžan zagotavljati delovno okolje, v katerem noben delavec ne bo izpostavljen spolnemu ali drugemu nadlegovanju ali trpinčenju s strani delodajalca, predpostavljenih ali sodelavcev. V ta namen mora delodajalec sprejeti ustrezne ukrepe (Zakon o delovnih razmerjih, 47. čl.). Zakon o javnih uslužbencih (ZJU-UPB3) v 15.a členu določa prepoved nadlegovanja. Prepoveduje vsako fizično, verbalno ali neverbalno ravnanje ali vedenje javnega uslužbenca, ki temelji na katerikoli osebni okoliščini in ustvarja zastrašujoče, sovražno, ponižujoče, sramotilno ali žaljivo delovno okolje za osebo ter žali njeno dostojanstvo (Zakon o javnih uslužbencih, 15.a čl.).

5 BIPOLARNA MOTNJA IN STIGMA NA DELOVNEM MESTU

V raziskavi je sodelovalo 22 oseb, od tega 13 žensk in 9 moških (glej Tabelo 5.1.). Udeleženci so stari od 30 do 53 let, povprečna starost je 42,1 let. Največ, 6 oseb, ima diplomu, 5 oseb ima končano višješolsko izobrazbo, pet oseb srednješolsko, 2 osebi imata nedokončano višješolsko izobrazbo, 2 udeleženca imata dokončan več kot magisterij (doktor znanosti), ena oseba je magister in prav tako ena oseba ima zaključeno poklicno šolo.

Tabela 5.1: Spolna, starostna in izobrazbena struktura

Udeleženeec	Spol	Starost	Izobrazba
Oseba A	ženski	37 let	magisterij
Oseba B	moški	36 let	diploma
Oseba C	ženski	30 let	diploma
Oseba Č	ženski	34 let	diploma
Oseba D	ženski	47 let	srednja šola
Oseba E	moški	48 let	več kot magisterij
Oseba F	ženski	42 let	diploma
Oseba G	ženski	51 let	višješolsko izobraževanje
Oseba H	moški	48 let	diploma
Oseba I	moški	34 let	višješolsko izobraževanje
Oseba J	ženski	35 let	višješolsko izobraževanje
Oseba K	moški	51 let	srednja šola
Oseba L	ženski	39 let	diploma
Oseba M	ženski	36 let	srednja šola
Oseba N	moški	40 let	poklicna šola
Oseba O	ženski	53 let	več kot magisterij
Oseba P	ženski	45 let	višješolsko izobraževanje
Oseba R	moški	49 let	nedokončano višješolsko izobraževanje
Oseba S	moški	50 let	višješolsko izobraževanje
Oseba Š	ženski	31 let	nedokončano višješolsko izobraževanje
Oseba T	ženski	45 let	srednja šola
Oseba U	moški	45 let	srednja šola

Delovna doba oseb, udeleženih v raziskavi, je zelo različna (glej Tabelo 5.2). Najdaljšo delovno dobo ima oseba G (32 let), najkrajšo pa oseba Č, samo 1 leto. Nobena oseba nima več statusa dijaka ali študenta. Deset jih je trenutno zaposlenih za polni delovni čas, štirje za krajši delovni čas, 3 osebe so svobodni umetniki, 2 osebi sta nezaposleni, 1 je trenutno na porodniškem dopustu, 1 udeleženeec je samostojni podjetnik (s.p.), 1 oseba je že upokojena.

Tabela 5.2: Trenutni status in delovna doba

Udeleženeec	Trenutni status	Delovna doba
Oseba A	zaposlena za polni delovni čas	10 let
Oseba B	svobodni poklic	6 let
Oseba C	svobodni poklic	2 leti
Oseba Č	nezaposlena	1 leto
Oseba D	zaposlena za krajši delovni čas	20 let
Oseba E	zaposlen za polni delovni čas	20 let
Oseba F	zaposlena za polni delovni čas	8 let
Oseba G	zaposlena za krajši delovni čas	32 let
Oseba H	zaposlen za polni delovni čas	20 let
Oseba I	nezaposlen	5 let
Oseba J	zaposlen za polni delovni čas	8 let
Oseba K	zaposlen za krajši delovni čas	21 let
Oseba L	s.p.	39 let
Oseba M	svobodni poklic	36 let
Oseba N	zaposlen za krajši delovni čas	15 let
Oseba O	zaposlen za polni delovni čas	30let
Oseba P	zaposlen za polni delovni čas	18 let
Oseba R	zaposlen za polni delovni čas	25 let
Oseba S	upokojenec	20 let
Oseba Š	nezaposlen	3 leta
Oseba T	zaposlena za polni delovni čas	17 let
Oseba U	zaposlen za polni delovni čas	24,5 let

V nadaljevanju opisno predstavim odgovore in podatke posameznih oseb.

Oseba A (ženska, 37 let, magisterij) je trenutno zaposlena za polni delovni čas kot strokovna svetovalka. Znake bipolarne motnje je začela opažati pri starosti 30 let, diagnozo pa je dobila tri leta kasneje. Nikoli ni bila hospitalizirana. Ima 10 let delovne dobe, najdlje je bila na enem delovnem mestu 8 let. Svoje diagnoze v delovnem okolju ni delila, povedala je le določenim prijateljem. Na njeno produktivnost na delovnem mestu je motnja imela vpliv pred diagnozo, sedaj pa ne več. Službe in karijerne poti ji po njenem prepričanju zaradi motnje ni treba menjavati pogosteje. Meni pa, da je zaradi motnje enkrat izgubila službo, ker je bila nemirna in hiperaktivna. Imela je pogodbo za določen čas, a ji je niso podaljšali. Po njeni izjavi takrat še ni vedela, kaj se z njo dogaja. Zaradi bipolarne motnje se ne počuti stigmatizirano.

Oseba B (moški, 36 let, diploma) je svobodni umetnik. Znake bipolarne motnje je začel opažati pri 25 letih, z istim leti je dobil diagnozo. Ima 6 let delovne dobe, najdlje je bil na delovnem mestu 4 leta. Zaradi bipolarne motnje je bil dvakrat hospitaliziran. Prvič je povratek njegovo delovno okolje sprejelo v redu, drugič pa ne več. V svojem delovnem okolju je za diagnozo povedal sodelavcu, ker sta bila prijatelja. Danes se mu zdi, da je bila ta odločitev

pravilna. Včasih je njegova motnja imela vpliv na produktivnost na delovnem mestu, sedaj pa ne več. Meni, da mu zaradi motnje ni treba večkrat menjavati službe ali karijerne poti. Oseba je mnenja, da je zaradi svoje motnje enkrat izgubila službo. Zaradi motnje se počuti stigmatizirano.

Oseba C (ženska, 30 let, diploma) je svobodna umetnica, tekstopiska. Znake bipolarne motnje je začela opazovati pri 14 letih, diagnozo je dobila pri 25 letih. Ima 3 leta delovne dobe, najdlje je bila na enem delovnem mestu 2 leti. Zaradi bipolarne motnje ni bila nikoli hospitalizirana. Za diagnozo je v delovnem okolju povedala sodelavki in odziv je bil pozitiven. Danes se ji zdi, da je bila ta odločitev pravilna. Pravi, da ima motnja včasih vpliv na njeno produktivnost v službi. Meni, da mora zaradi motnje pogosteje menjavati službo in karierno pot. Pravi, da je zaradi motnje izgubila službo, ker je zaradi zdravljenja nekajkrat zamudila prihod v službo. Zaradi bipolarne motnje se oseba ne počuti stigmatizirane.

Oseba Č (ženska, 34 let, diploma) je brezposelna. Znake bipolarne motnje je začela opazovati pri 11 letih in bila diagnosticirana pri 23 letih. Ima 1 leto delovne dobe, najdlje je bila na enem delovnem mestu 7 mesecev. Zaradi bipolarne motnje je bila hospitalizirana. V svojem delovnem okolju za svoje diagnoze ni delila z nikomer in danes se ji zdi, da je bila ta odločitev pravilna. Pravi, da ima motnja vpliv na produktivnost na delovnem mestu. Oseba meni, da ji zaradi motnje ni potrebno pogosteje menjavati službe in karijerne poti. V študentskih letih je zaradi manjše nekajkrat na zahtevo delodajalca morala prekiniti študentsko delo. Zaradi motnje se počuti stigmatizirano.

Oseba D (ženska, 47 let, končana srednja šola) je trenutno zaposlena za krajši delovni čas. Ne spomni se, kdaj je dobila diagnozo, niti kdaj je začela opazovati znake bipolarne motnje. Ima 20 let delovne dobe, najdlje je bila na enem delovnem mestu 14 let. Ni bila hospitalizirana in diagnoze ni delila na delovnem mestu, ker ne želi govoriti o zasebnih zadevah. Ni se opredelila glede vpliva motnje na njeno produktivnost na delovnem mestu. Prepričana je, da službe ne more menjati. Zaradi nekaterih zakonov in dejstva, da je ženska, ne dobi službe, ki bi jo z veseljem opravljala. Na delovnem mestu čuti prisotnost šikaniranja (ang. mobbing) in se počuti stigmatizirano.

Oseba E (moški, 48 let, več kot magisterij) je trenutno zaposlen za polni delovni čas, opravlja delo raziskovalca. Pri 32 letih je začel opazovati znake bipolarne motnje, pri 36 pa je bil diagnosticiran. Ima 20 let delovne dobe, najdlje je bil na enem delovnem mestu 12 let. Zaradi motnje ni bil nikoli hospitaliziran. V svojem delovnem okolju diagnoze ni razkril nikomur, ker se mu to ni zdelo potrebno. Po njegovem prepričanju motnja nima vpliva na produktivnost na delovnem mestu in meni, da mu zaradi motnje ni potrebno pogosteje menjavati službe in

karijerne poti. Oseba meni, da zaradi motnje ni nikoli izgubila službe. Stigmatiziranega se ne počuti.

Oseba F (ženska, 42 let, diploma) je trenutno zaposlena za polni delovni čas, na delovnem mestu svetovalke. Pri 17 letih je začela opazati prve znake bipolarnе motnje, diagnozo pa je dobila pri 34 letih. Ima 8 let delovne dobe, najdlje je bila na enem delovnem mestu 5 let. Zaradi bipolarnе motnje ni bila nikoli hospitalizirana. V svojem delovnem okolju je za diagnozo povedala šefu, ker ni zagotavljala zanesljivosti. Izven dela je za diagnozo povedala možu in otrokom, s čimer je imela veliko težav. Začeli so se jo izogibati, kasneje pa je niso jemali resno v njenih vlogah (npr. v vlogi mame). To je trajalo približno 2 leti, a ji je naposled z veliko truda uspelo spet pridobiti mesto starša in enakovrednega partnerja v družini. Danes se ji zdi, da njena odločitev ni bila pravilna, ker je niso nič bolje razumeli ali bili pozorni na sprožilce motnje. Poznavanje diagnoze je bilo uporabljeno proti njej. Glede motnje in vpliva le-te na njeno produktivnost na delovnem mestu pravi, da ima morda vpliv iz razloga percepcije časa. V času depresije ji povsem enostavno opravilo vzame enormno časa. Oseba meni, da ji zaradi motnje ni potrebno pogosteje menjavati službe ali karijerne poti ali, niti zaradi motnje nikoli ni izgubila službe. Se pa počuti stigmatizirano.

Oseba G (ženska, 51 let, končano višješolsko izobraževanje) je trenutno zaposlena za krajši delovni čas kot vzgojiteljica predšolskih otrok. Pri 16 letih je začela opazati znake bipolarnе motnje, diagnozo je dobila pri 38 letih. Ima 32 let delovne dobe in službe še nikdar ni menjala. Oseba zaradi bipolarnе motnje ni bila nikoli hospitalizirana. V svojem delovnem okolju je diagnozo razkrila vsem (ravnateljici in sodelavcem), razložila jim je za kakšno motnjo gre, kako se odraža na njej, kako jo obvladuje in zakaj občasno potrebuje bolniški staž. Bili so nekoliko presenečeni, vendar so jo bili pripravljeni poslušati in sprejeti, takšno kot je. Na začetku je čutila, da jo malo več opazujejo, ampak je počasi tudi to minilo in zdaj se jim zdi popolnoma normalno, da občasno (enkrat letno ali manj) izostane od dela od 14 dni pa tudi do dva meseca. Na vprašanje, ali se ji danes zdi odločitev, za razkritje svoje duševne motnje pravilna, oseba odgovarja: »Da, ker ljudje pač ne vedo vzroka za spremembe. Duševno motnjo posplošujejo z norostjo in potrebno jim je razložiti za kaj gre. Res pa je, da sama motnjo dobro obvladujem in skrbim zase ter iz tega ne delam pretiranega cirkusa. Redno jem zdravila, ne pijem alkohola, psihično sem v dobri kondiciji in imam urejene odnose v družini in s sodelavci.« Motnja ima vpliv na produktivnost na delovnem mestu predvsem v depresivnem obdobju. Delo si uredi tako, da se takrat ne loteva kakšnih večjih projektov, da redno spi in tudi popoldne počiva. Malce maničnosti ji koristi in takrat postori tisto, kar prej ni mogla. Dobro obvladuje ta obdobja in se zna ustaviti oziroma se prisili. Takrat kadar gredo

stvari izven okvira ostane doma (težave se ji vedno pojavijo zgodaj spomladi, aprila in maja). Osebi se ne zdi, da mora zaradi motnje pogosteje menjavati službo ali karierno pot. Na vprašanje, ali se zaradi motnje na delovnem mestu ali kjerkoli drugje v življenju počuti stigmatizirano, odgovarja: »Ne, nikoli se ne počutim stigmatizirane, ker se tudi sama ne stigmatiziram. Sprejemam se kot osebo z motnjo razpoloženja, to je kronična bolezen in se zdravi tako kot sladkorna bolezen ali visok pritisk. Zavedam se, da sem dobra, ustvarjalna in odprta oseba, ki spoštuje sebe in druge in si ne zapletam življenja z raziskovanjem svoje motnje, potovanja v preteklost in podobno, ampak vedno raziskujem naprej, kaj mi motnja prinese dobrega. Seveda sem včasih utrujena od vsega, ampak vem, da bo minilo in bodo prišli boljši časi. V službi nisem bila nikoli deležna kakršenkoli stigmatizacija s strani nadrejenih, pa tudi sodelavcev ne.«

Oseba H (moški, 48 let, diploma) je trenutno zaposlen za polni delovni čas kot sekretar v državni upravi. Pri 19 letih je začel opazovati znake bipolarni motnje, takrat je tudi dobil diagnozo. Ima 20 let delovne dobe, najdlje je bil na enem delovnem mestu 12 let. Zaradi bipolarni motnje je bil dvakrat hospitaliziran, na začetku fakultete. V delovnem okolju je za diagnozo povedal svojim predpostavljenim, vendar šele pred nekaj leti. Pravi, da se je prej trudil biti »normalen« delavec na način, da motnja ne vpliva na njegove delovne sposobnosti. Zdaj je bolj samozavesten in se mu zdi tudi prav, da okolica ve, da njegovo razpoloženje občasno niha močnejše kot pri sodelavkah in sodelavcih. Svojo diagnozo je razkril svojemu neposrednemu vodji, ko ga je vlada imenovala v medresorsko komisijo za pripravo nacionalnega programa o duševnem zdravju, pa tudi ministru (ker je bil hkrati uradnik in »uporabnik« je želel, da predpostavljeni vedo za njegovo dvojno vlogo). Zdi se mu, da je bila ta odločitev pravilna, saj bi v omenjenem primeru prikival, če ne bi povedal za svojo izkušnjo z motnjo. Pri vsakdanjem delu se mu zdi, da bi predpostavljeni, če bi denimo zaradi depresije ne izpolnjeval nalog 100%, to razumeli. Čeprav se to še ni zgodilo, se počuti bolj varnega. Meni, da motnja sicer ima vpliv na produktivnost na delovnem mestu, saj čuti nihanja razpoloženja, a se je z leti navadil razporediti delo tako, da delovni proces ni moten. Na vprašanje ali meni, da mora zaradi motnje pogosteje menjati službe in karierno pot odgovarja: »Ne, že od leta 1999 sem v isti službi. Mislim, da je ravno varnost zaposlitve zelo pomemben pogoj za zdravo življenje z bipolarno motnjo, saj je bistveno, da se imamo po epizodi kam vrniti. Mislim, da bi morala državna skrb za ljudi z motnjo temeljiti prav na varnosti zaposlitve teh oseb, za kar se zavzemam tudi kot prostovoljec na tem področju.«

Zaradi motnje ni nikoli izgubil službe. Motnjo je med študijem in ob prvih zaposlitvah skrival (tudi pred sabo). Oseba se ne čuti stigmatiziranega, ker se je pred leti (ampak šele takrat, ko se

je v družini in karieri počutil dovolj varnega in je pomembne ljudi seznanil s tem delom svoje osebe) odločil, da dejavno dela prav na področju destigmatizacije duševne motnje. Kot rečeno, to počne v okviru državne uprave, dela kot zastopnik in kot prostovoljec na tem področju.

Oseba I (moški, 34 let, višješolska izobrazba) je trenutno nezaposlen. Znake bipolarnе motnje je začel opazati pri 15 letih, diagnosticirali so ga pri 26 letih. Ima 5 let delovne dobe, najdlje je bil na enem delovnem mestu 1 leto. Zaradi bipolarnе motnje ni bil nikoli hospitaliziran. V svojem delovnem okolju je zaradi nujnosti razmer za diagnozo povedal svojim sodelavcem. Odzivi so bili normalni, nič posebnega. Danes se mu zdi, da danes njegova odločitev ni bila pravilna. Motnja ima vpliv na njegovo produktivnost na delovnem mestu zaradi koncentracije in nihanj razpoloženj. Meni, da mora zaradi motnje pogosteje menjavati službe in karierno pot. Na vprašanje, ali meni da je zaradi motnje kdaj izgubil službo odgovarja: »Vem, da sem jo, saj je bil eden izmed dveh lastnikov/direktorjev firm povezan s privatno zdravniško ordinacijo, kamor sem moral na pregled. Ob konfrontaciji mi je bilo to tudi potrjeno, ter jasno povedano, da tovrstno delovno mesto ni zame.« Oseba se zaradi motnje počuti stigmatizirano.

Oseba J (ženska, 35 let, višješolska izobrazba) je trenutno zaposlena za polni delovni čas na delovnem mestu višje svetovalke v pravosodju. Znake bipolarnе motnje je začela opazati pri 24 letih in bila pri istih letih tudi diagnosticirana. Ima 8 let delovne dobe, ves čas opravlja delo na istem delovnem mestu. Zaradi bipolarnе motnje ni bila nikoli hospitalizirana. Oseba svoje diagnoze v delovnem okolju ni razkrila nikomur. Zamolčala jo je, ker meni, da ljudje ne bi razumeli oziroma je ne bi več dojemali tako kot je ampak s pomilovanjem. Ne zdi se ji, da bi motnja imela vpliv na njeno produktivnost na delovnem mestu. Pravi, da ji zaradi motnje ni potrebno pogosteje menjavati službe in karierno poti. Zaradi motnje ni nikoli izgubila službe. Oseba se ne počuti stigmatizirano.

Oseba K (moški, 51 let, dokončana srednja šola) je trenutno zaposlen za skrajšan delovni čas, kot projektant kanalizacijskih sistemov. Znake bipolarnе motnje je začel opazati pri 30 letih, diagnozo pa je dobil pri 33 letih. Ima 21 let delovne dobe, najdlje je bil na enem delovnem mestu 12 let. Zaradi bipolarnе motnje je bil štirikrat hospitaliziran, povratek po hospitalizaciji je bil olajšan, ker dela pri sorodnici. Svojo diagnozo je na delovnem mestu razkril sodelavcu (vesel je, da je storil ta korak), odzivi so bili pozitivni, saj mu je ta pomagal na več področjih. Motnja je imela vpliv na njegovo produktivnost, predvsem po hospitalizaciji. Zaradi večje količine zdravil je potreboval kar nekaj časa, da se je stanje normaliziralo. Ne zdi se mu, da mora zaradi motnje pogosteje menjavati službe in karierno pot. Oseba se zaradi motnje ne čuti stigmatizirane, pravi, da je sprejela svojo bolezen in poskuša čim boljje živeti z njo.

Oseba L (ženska, 39 let, diploma) deluje kot samostojni podjetnik, opravlja delo tajnice režije. Znake bipolarnе motnje je začela opazati z istimi leti kot je prejela diagnozo, in sicer pri 22. Ima 13 let delovne dobe in že ves čas opravlja delo na istem delovnem mestu. Zaradi bipolarnе motnje je bila hospitalizirana enkrat in po hospitalizaciji jo je delovno okolje lepo sprejelo. Sodelavcem je svojo diagnozo razkrila ker je bilo tako lažje. Odzivi niso bili nič posebnega in danes se ji zdi, da se je pravilno odločila. Na vprašanje ali meni, da ima motnja vpliv na njeno produktivnost na delovnem mestu odgovarja: » Seveda, tako v depresiji kot v maniji ima vpliv na delovno sposobnost, to vsak z diagnozo menda ve.« Meni, da ji zaradi motnje ni potrebno pogosteje menjavati službe in karijerne poti, dodaja pa, da je to odvisno od tolerance okolja, v katerem delaš. Zaradi motnje nikoli ni izgubila službe. Oseba se zaradi bipolarnе motnje včasih počuti stigmatizirano.

Oseba M (ženska, 36 let, končana srednja šola) zaposlena za polni delovni čas, trenutno kot trgovka. Za bipolarno motnjo je bila diagnosticirana pri 34 letih, sama je začela opazati znake pri 32 letih. Ima 12 let delovne dobe, najdlje je bila na enem delovnem mestu 7 let. Bila je že hospitalizirana zaradi bipolarnе motnje. Svojo diagnozo je razkrila vsem. Odzivi so bili zanimivi, a se ji danes ne zdi, da je bila odločitev pravilna. Ne zdi se ji, da ima motnja vpliv na njeno produktivnost na delovnem mestu, saj pravi, da je sedaj zdrava. Zaradi motnje ni nikoli izgubila službe. Ne počuti se stigmatizirane, pravi pa, da so izjeme, ki njene motnje ne razumejo.

Oseba N (moški, 40 let, poklicna izobrazba) je trenutno zaposlen za skrajšan delovni čas in opravlja delo trgovca oziroma prodajalca. Znake bipolarnе motnje je prvič opazil pri 15 letih in bil diagnosticiran pri 25 letih. Ima 15 let delovne dobe, najdlje je bil na enem delovnem mestu 12 let. Oseba je bila zaradi bipolarnе motnje že hospitalizirana. Po hospitalizaciji se je vrnil nazaj na delo, bil je lepo sprejet. Diagnozo je delil s svojim nadrejenim in tudi on je bil razumevajoč. Pravi, da je bila ta odločitev pravilna, ker bi mu skrivanje prineslo še več problemov. Ob dejstvu, da mi je omogočen skrajšan delovnik, motnja nima vpliva na produktivnost na delovnem mestu. Oseba je mnenja, da ji zaradi motnje ni potrebno pogosteje menjavati službe ali karijerne poti. Udeleženec se zaradi motnje ne počuti stigmatiziran.

Oseba O (ženska, 53 let, več kot magisterij) je trenutno zaposlena za polni delovni čas kot asistentka. Znake bipolarnе motnje je začela opazati pri 40 letih in 3 leta kasneje dobila diagnozo. Ima 30 let delovne dobe, najdlje je bila na enem delovnem mestu 20 let. Zaradi bipolarnе motnje ni bila nikoli hospitalizirana. Svojo diagnozo je v delovnem okolju razkrila dvema ožjima sodelavcema (delila jo je s tistimi, ki so ji najbližji in za katere verjame, da tega ne bodo izrabili proti njej). Prvi sodelavki je povedala za hude depresivne občutke in ta ji je

priskrbela številko mamine psihiatrinje (bipolarna motnja se je bolj izrazila šele čez nekaj let). Povedala ji je tudi za diagnozo bipolarnе motnje, ko so ji jo diagnosticirali. Drugemu sodelavcu je povedala, ker sta se zaradi dela veliko družila, pa tudi pogovarjala o bolj osebnih stvareh. Ker je imela motnja velik vpliv na sposobnost za delo v obdobjih depresij, pa tudi hipomanij (teh ima manj in so po navadi sprožene z antidepresivi) in sta delala skupne projekte, se ji je zdelo naravno, da spregovori tudi o diagnozi. Danes se ji zdi, da je bila njena odločitev pravilna, saj je to pripomoglo, da so boljše razumeli njeno obnašanje, reakcije in dvome. Meni, da ima motnja vpliv na njeno produktivnost na delovnem mestu, saj je njena učinkovitost v času depresije bistveno manjša. Zaradi narave dela lahko tudi takrat hodi v službo (po njeni presoji je to boljše, kot da bi ostajala doma na bolniški). V obdobju hipomanije pa ima sicer več idej, a nastopi problem koncentracije. Se pa to kot pravi pozna na daljši rok, saj ne uspe narediti toliko kot kolegi in kolegice (članki, raziskave,...) in ima posledični težave z izvolitvami v nazive. Hkrati se tudi ne loti nekaterih stvari, ker se boji, da jih ne bo uspela izpeljati (depresije se ji ponavljajo skoraj vsako leto). Na vprašanje, ali se ji zdi, da mora zaradi bipolarnе motnje pogosteje menjati službe in karierno pot odgovarja: »Zaenkrat je še nisem menjala, je pa, kot sem že omenila, moja karierna pot počasnejša, občasno tudi ogrožena (pogoji za izvolitev).« Zaradi motnje službe še ni izgubila, pravi pa, da je nazadovala, ker ni uspela obnoviti naziva docent. K sreči je kolegica na delovnem mestu asistenta imela naziv in sta se lahko »zamenjali«. Če ne bi bilo ustreznega mesta, bi lahko službo tudi izgubila. Osebno se ne čuti stigmatizirane, ker diagnoze ni zaupala toliko ljudem. Jo pa občuti posredno, ko posluša komentarje in vidi reakcije na ljudi, ki imajo duševne motnje. Tudi zaradi tega diagnoze ni zaupala več ljudem.

Oseba P (ženska, 45 let, višješolska izobrazba) je trenutno zaposlena za polni delovni čas, kot pravnica. Znake bipolarnе motnje je začela opazati z istimi leti kot je dobila diagnozo, in sicer pri 40 letih. Ima 18 let delovne dobe, na prvem delovnem mestu je bila 4 leta, na trenutnem je že 14 let. Zaradi bipolarnе motnje ni bila nikoli hospitalizirana. V svojem delovnem okolju je diagnozo razkrila šefom in svojim tesnim sodelavcem, da so seznanjeni z razlogom njenih daljših bolniških. Odzvali so se zelo razumevajoče, meni, da je bila njena odločitev pravilna, saj je tako lažje obema stranema, njej in njim. Motnja ima vpliv na njeno produktivnost na delovnem mestu. Ob nastopu depresije ji koncentracija pade, njena glava je prazna. Meni, da ji zaradi motnje ni potrebno pogosteje menjavati službe in karierne poti. Oseba stigme ne občuti.

Oseba R (moški, 49 let, nedokončano višješolsko izobraževanje) je trenutno zaposlen za polni delovni čas kot menedžer. Znake bipolarnе motnje je začel opaziti pri 30 letih, diagnozo

pa je dobil, ko je bil star 35 let. Ima 25 let delovne dobe, najdlje je bil na enem delovnem mestu 17 let. Zaradi bipolarnе motnje ni bil nikoli hospitaliziran. Svojo diagnozo je na delu razkril vsem sodelavcem, ker je moral pojasniti svoja nihanja razpoloženja. Odzivi so bili večinoma normalni, brez nekih problemov. Danes se mu zdi, da je bila ta odločitev pravilna, vendar dodaja, da moraš presoditi, v katerem okolju lahko poveš resnico. Meni, da motnja ima vpliv na njegovo delovno produktivnost, zlasti, kadar v obdobjih depresije. Motnja ni razlog, da bi moral pogosteje menjati službo in karierno pot, saj je ni še nikoli izgubil. Oseba se zelo redko počuti stigmatizirano.

Oseba S (moški, 50 let, višješolska izobrazba) je upokojenec I. kategorije. Diagnozo bipolarnе motnje je prejel pri 40 letih, pri 35 letih je začel opazati znake motnje. Ima 20 let delovne dobe, na istem delovnem mestu je bil najdlje 15 let. Zaradi bipolarnе motnje je bil štirinajstkrat hospitaliziran in po hospitalizaciji je bil v delovno okolje sprejet zelo korektno, le možnosti napredovanja mu niso bile dane, čeprav ima višješolsko izobrazbo. V delovnem okolju diagnoze ni delil z nikomer. Danes se mu zdi, da ta odločitev ni bila pravilna in bi moral to čim prej razkriti. Motnja je imela vpliv na njegovo delovno produktivnost, saj je bil hiper produktiven, kar je bilo moteče za ostale sodelavce. Meni, da so mu zaradi motnje dali odpravnino in je bil tako odstranjen iz delovnega mesta kot tehnološki višek. Pravi, da se počuti stigmatiziran.

Oseba Š (ženska, 31 let, nedokončana višješolska izobrazba) je trenutno brezposelna. Znake bipolarnе motnje je začela opazati pri 25 letih, diagnozo pa je dobila pri 27 letih. Ima 3 leta delovne dobe, ki jo je realizirala pri istem delodajalcu. Zaradi bipolarnе motnje je bila hospitalizirana. Meni, da je bila po hospitalizaciji nazaj v delovno okolje solidno sprejeta. V svojem delovnem okolju je diagnozo razkrila uporabnikom osebne asistencе, ker ni imela druge izbire. Glede na nihanja razpoloženja bi to težko prikrila. Odziv okolice ni bil razumevajoč, zato je prepričana, da bi bilo bolje, če tega ne bi razkrila. Meni, da motnja verjetno ima vpliv na njeno produktivnost na delovnem mestu. Pravi, da mora zaradi motnje pogosteje menjati službe in karierno pot. Tudi službo je zaradi motnje že izgubila. Počuti se stigmatizirano.

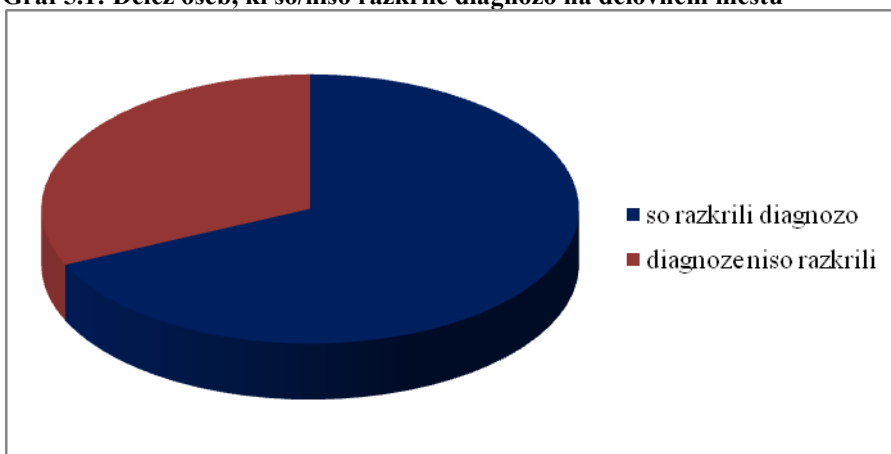
Oseba T (ženska, 45 let, dokončana srednja šola) je trenutno zaposlena za polni delovni čas in opravlja pisarniško delo. Diagnozo bipolarnе motnje je dobila pri 39 letih, prej znakov ni opazala. Ima 17 let delovne dobe, najdlje je bila na enem delovnem mestu 8 let. Zaradi bipolarnе motnje je bila hospitalizirana in povratek v delovno okolje ni bil prijeten. Lahko izhaja tudi iz dejstva, da sodelavcem diagnoze ni razkrila. To še vedno zavrača, ker meni, da je ne bi razumeli. Pravi, da bipolarna motnja nima vpliva le na njeno delovno produktivnost,

temveč na splošno stanje in življenjski stil. Zaradi motnje ji do sedaj ni bilo potrebno pogosteje menjati službo in karierno pot, dopušča pa to možnost. Zaradi motnje je že izgubila službo. Oseba se počuti stigmatizirano.

Oseba U (moški, 45 let, dokončana srednja šola) je trenutno zaposlen za polni delovni čas kot komercialist. Diagnozo bipolarnе motnje je dobil pri 42 letih, pred diagnozo znakov ni opazil. Ima 24,5 let delovne dobe, najdlje je bil na enem delovnem mestu 9,5 let. Zaradi bipolarnе motnje je bil enkrat hospitaliziran. Po povratku v delovno okolje je bil sprejet v redu, vendar čuti, da nanj gledajo drugače, saj je bil v psihiatrični bolnišnici. V svojem delovnem okolju je diagnozo razkril vodilnim (direktorjem), ker rajši vidi, da pove sam, kot da bi izvedeli od drugih. Odzvali so se povsem normalno. Danes se mu zdi, da je bila ta odločitev pravilna. Meni, da je zaradi motnje na delovnem mestu še bolj produktiven. Ne zdi se mu, da bi moral zaradi motnje pogosteje menjavati službo ali karierno pot. Zaradi motnje ni nikoli izgubil službe. Oseba nima občutka, da bi bila stigmatizirana.

V nadaljevanju predstavim smiselne vzorce izvlečka intervjujev. Od 22 oseb jih 9 občuti stigmo, 13 pa se jih ne počuti stigmatiziranih. 15 oziroma 68 odstotkov zaposlenih je svojo diagnozo delilo s sodelavci ali nadrejenimi na delovnem mestu (glej Graf 5.1). Od teh jih 11 danes meni, da je bila ta odločitev pravilna, štirje pa svojo odločitev za razkritje diagnoze obžalujejo. Od 11 oseb, ki so s svojo odločitvijo zadovoljne, se jih 9 na splošno ne počuti stigmatiziranih.

Graf 5.1: Delež oseb, ki so/niso razkrile diagnozo na delovnem mestu



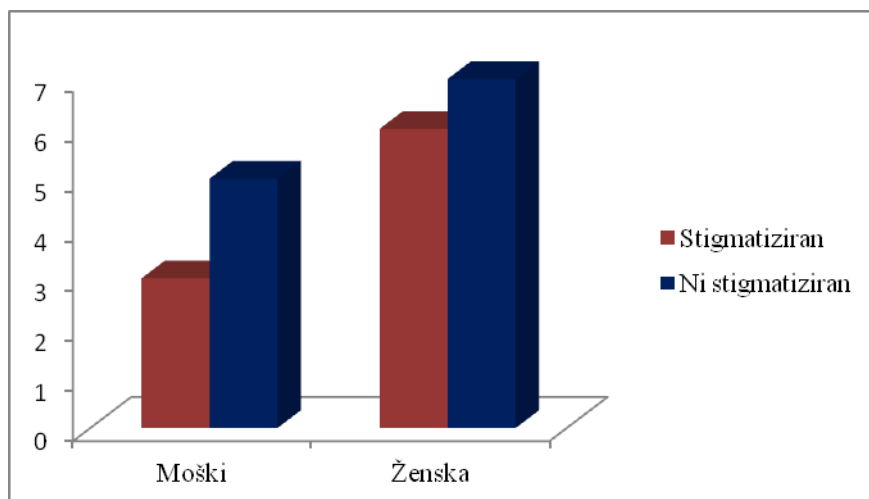
Preverjala sem vpliv **spola** na stigmo oziroma občutek stigmatiziranosti. Trije moški (1/3 vseh moških) in 6 žensk (46 odstotkov vseh žensk) se počuti stigmatizirane ter 6 moških in 7 žensk se ne počuti stigmatizirane (glej Tabelo 5.3). Od 15 ljudi, ki so delili svojo diagnozo

bipolarne motnje na delovnem mestu, je 6 moških in 8 žensk. 2 moška in 6 žensk diagnoze ni razkrilo. 6 moškim se odločitev, da so svojo diagnozo razkrili, zdi danes pravilna, le eden to dejanje obžaluje. Odločitev se zdi danes prav tako pravilna 5 ženskam, tri pa razkritje obžalujejo. Ker se znatno večji odstotek moških ne počuti stigmatizirane, zaključujem, da spol igra vlogo pri stigmatizaciji. Tudi pri stigmatizaciji na delovnem mestu večji odstotek vseh moških, ki so se odločili za razkritje svojega dejanja, v primerjavi z ženskami ne obžalujejo. Tudi tu je spol pomemben dejavnik.

Tabela 5.3: Spolna sestava (ne)stigmatiziranih oseb

Spol	Stigmatiziran	Ni stigmatiziran
Moški	3	6
Ženska	6	7

Graf 5. 2: Spolna sestava (ne)stigmatiziranih



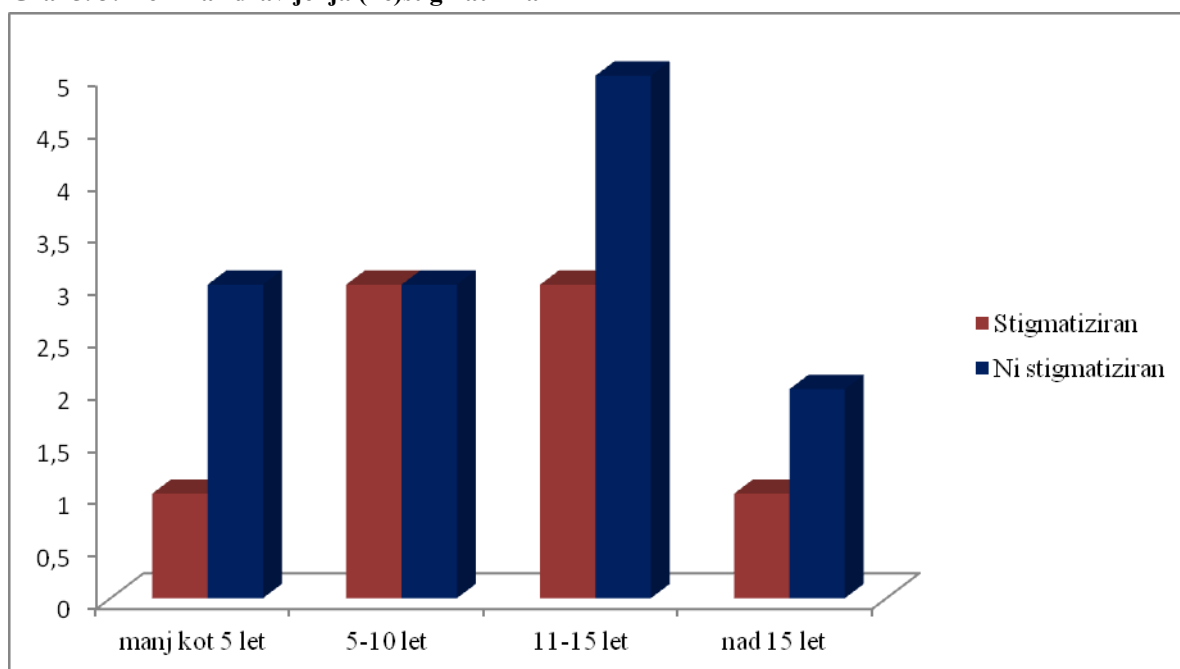
Zanimalo me je, ali ima **dolžina zdravljenja** vpliv na občutek stigme zaradi bipolarne motnje. Predpostavljam, da so se intervjujanci začeli zdraviti takrat, ko so dobili diagnozo, saj sem vse kontakte pridobila preko predsednika Kluba BP (v sklopu njihovega delovanja izvajajo skupine za samopomoč), psihiatrinje dr. Dernovškove ali psihoterapevtke dr. Zalokar. Zatorej vsak od mojih sodelujočih posega po vsaj eni od teh pomoči - psihoterapiji, zdravljenju pri psihiatru ali skupini za samopomoč. En stigmatizirani se zdravi manj kot 5 let, trije 5-10 let, trije se zdravijo 11-15 let in eden nad 15 let (glej Graf 5.3). Od oseb, ki se ne počutijo stigmatizirane, se 3 zdravijo manj kot 5 let, tri 5-10 let, pet se jih zdravi 11-15 let ter dva nad 15 let. Največ stigmatiziranih je v skupinah tistih, ki se zdravijo od 5-10 let in 11-15 let. Kar 5 oseb, največ, je v skupini, ki se zdravi od 11-15 let.

Nadalje sem raziskovala še dolžino zdravljenja. V skupini, kjer se posamezniki na splošno ne počutijo stigmatizirane, so svojo diagnozo delili na delovnem mestu in se jim danes zdi, da je bila ta odločitev pravilna (to skupino obravnavam kot skupino, ki ni stigmatizirana niti na delovnem mestu niti kjerkoli drugje v življenju). Takih oseb je v raziskavi 9. Od teh se le ena zdravi manj kot 5 let (zdravi se 3 leta), ena oseba se zdravi 5 let, razpon zdravljenja ostalih je od 10-29 let. Dolžina zdravljenja nima vpliva na občutek stigma na splošno, medtem ko do neke mere ima vpliv na stigmo na delovnem mestu.

Tabela 5.4: Dolžina zdravljenja (ne)stigmatiziranih oseb

Dolžina zdravljenja	Stigmatiziran	Ni stigmatiziran
manj kot 5 let	1	3
5-10 let	3	3
11-15 let	3	5
nad 15 let	1	2

Graf 5. 3: Dolžina zdravljenja (ne)stigmatiziranih



V intervjuju sem med drugim spraševala, ali so bile osebe kdaj hospitalizirane. Hospitalizacija namreč že sama po sebi izzove ali pa okrepi oblike vedenja, ki se pripisujejo osebam s težavami v duševnem zdravju ali duševnih bolnikom. Za večino hospitaliziranih oseb je najtežji del procesa čas, ko se bliža odpust. Posameznik se navadno takrat zave svoje stigmatiziranosti, ki je zlasti v tem, da je bil v psihiatrični bolnišnici. Osebe z enako diagnozo, ki prakticirajo ambulantno zdravljenje, so bistveno manj stigmatizirane. Stigmatizacija vpliva na odnose in pomembno zmanjša možnost, da oseba najde oziroma obdrži delo. Stigma psihiatrične bolnišnice je močnejša od stigme zapora (Lamovec 1998, 34). V času raziskave

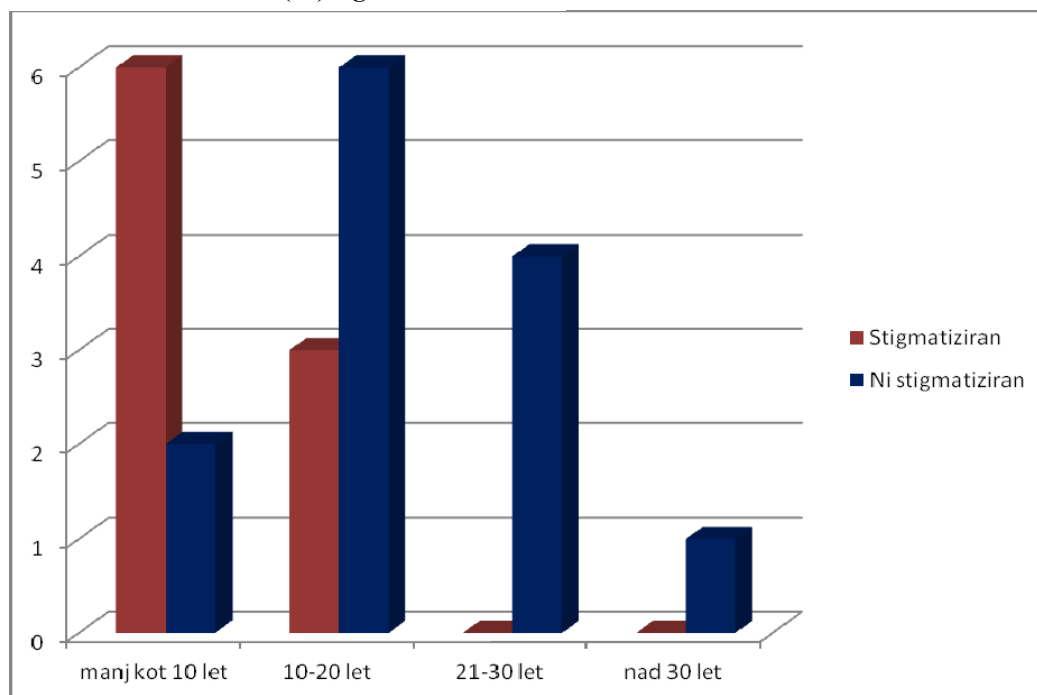
so bili tri osebe nezaposlene, le ena od teh je bila v preteklosti hospitalizirana. Razlog za nezaposlenost zatorej ne morem pripisati hospitalizaciji. Se pa vse nezaposlene osebe počutijo stigmatizirane. Morda nezaposlenost zvišuje občutek stigmatiziranosti, ali pa je vzrok stigme nezaposlenost. O tem lahko zgolj ugibam. Vse tri osebe pa so prepričane, da so zaradi motnje izgubile službo in da ima motnja vpliv na njihovo produktivnost. Le ena od teh treh brezposelnih oseb je diagnozo sama razkrila na delovnem mestu in razkritje kasneje obžalovala, ostala dva brezposelna diagnoze na delovnem mestu nista delila.

Eno od vprašanj v intervjuju je bila dolžina **delovne dobe**. Povprečna delovna doba vseh udeležencev je 13,5 let. 6 udeležencev, ki ima manj kot 10 let delovne dobe, se počuti stigmatizirane, 2 pa ne (glej Tabelo 5.5). V kategoriji 10-20 let delovne dobe se trije počutijo stigmatizirane, 6 ne. V naslednji skupini 21-30 let so štirje, ki se ne počutijo stigmatizirane. Oseba, ki ima edina nad 30 let delovne dobe, se ne počuti stigmatizirana. Stigmatizirani imajo vsi manj kot 21 let delovne dobe. Delovna doba ima vpliv na občutek stigme.

Tabela 5.5: Delovna doba (ne)stigmatiziranih oseb

Delovna doba	Stigmatiziran	Ni stigmatiziran
manj kot 10 let	6	2
10-20 let	3	6
21-30 let	0	4
nad 30 let	0	1

Graf 5.4: Delovna doba (ne)stigmatiziranih oseb

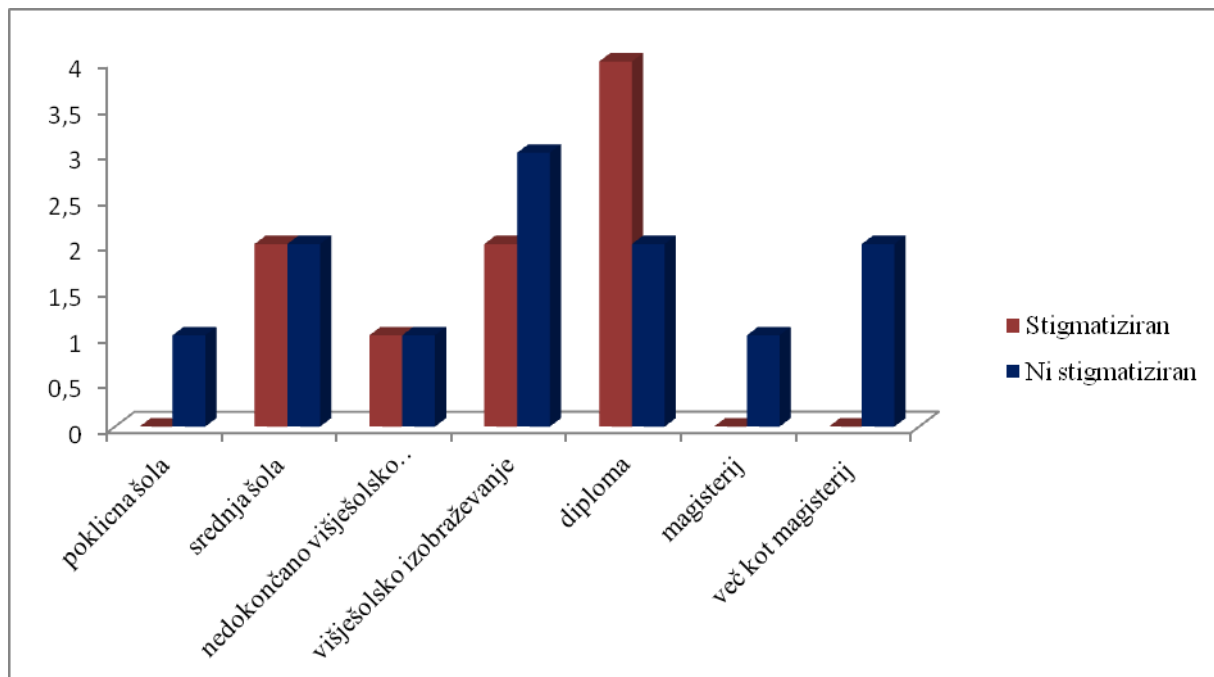


Kot zadnjo preverjam še vpliv dosežene **izobrazbe** na občutek stigme. Ena oseba ima poklicno izobrazbo in ta nima občutka stigmatiziranosti. 4 osebe imajo dokončano srednjo šolo, 2 se počutita stigmatizirane in 2 ne. Z nedokončano višješolsko izobrazbo se ena oseba počuti stigmatizirano in ena ne. Dve osebi s končano višješolsko izobrazbo se počutita stigmatizirane, 3 se ne počutijo. 4 diplomanti so stigmatizirani ter 2 ne. Ena oseba ima magisterij in ta se ne počuti stigmatizirano in 2 več kot magisterij, ki se prav tako ne počutita stigmatizirane (glej Graf 5.5). Vse osebe, ki imajo več kot diplomo, se ne počutijo stigmatizirane. Razpršenost podatkov pri navezi izobrazba-stigma je zelo različna, zato zaključujem, da izobrazba nima vpliva na občutek stigme.

Tabela 5.6: Dosežena izobrazba (ne)stigmatiziranih oseb

Izobrazba	Stigmatiziran	Ni stigmatiziran
poklicna šola	0	1
srednja šola	2	2
nedokončano višješolsko izobraževanje	1	1
višješolsko izobraževanje	2	3
diploma	4	2
magisterij	0	1
več kot magisterij	0	2

Graf 5.5: Dosežena izobrazba (ne)stigmatiziranih



6 ZAKLJUČEK

Stigmatizacija in spremljajoča izključenost sta v današnjem svetu vseprisotni. Strokovnjaki predlagajo pomembno psihološko funkcijo, ki jo morata opravljati ta dva procesa za tistega, ki stigmatizira. Ena od funkcij je povečanje samozavesti tistega, ki stigmatizira ali zvišanje samozavesti skupine, ki vrši stigmo. Tako ima posameznik oziroma skupina pozitivnejše občutke glede sebe.

Duševne bolezni so žal še vedno stigmatizirane. Zlom roke razume vsak, zlom duše pa redki. V svoji diplomski nalogi sem raziskovala bipolarno motnjo in z njo povezano stigmo na delovnem mestu. Skozi popotovanje pisanja diplomske naloge sem izvedela nove informacije o bipolarni motnji, stigmatizaciji in zakonodaji, ki na tem področju ščiti zaposlenega. Raziskovalno delo mi je omogočilo priti do kar nekaj novih dognanj. Na osnovi kvalitativne raziskave sem prišla do naslednjih zaključkov: spol ima vlogo pri stigmatizaciji na delovnem mestu in stigmatizaciji na splošno, večji delež moških kot žensk se ne počutijo stigmatizirane bodisi v vsakdanjem življenju bodisi na delovnem mestu, dolžina zdravljenja nima vpliva na stigmo na splošno, medtem ko ga na občutek stigme na delovnem mestu ima, saj je večji delež oseb, ki se zdravi že dlje časa, nestigmatiziran, tudi dolžina delovne dobe ima vpliv na stigmo. Vse osebe, ki se počutijo stigmatizirane, imajo manj kot 21 let delovne dobe. Smotno se mi je zdelo preverjati še vpliv izobrazbe na stigmo. Zaključujem, da izobrazba nima vpliva na stigmo.

V uvodnem delu naloge sem postavila dve delovni hipotezi. Prvo hipotezo: *stigma glede bipolarne motnje je v Sloveniji močna, sprejemam*, saj stigmo občuti 41 odstotkov vseh udeležencev v raziskavi. Drugo hipotezo: večina zaposlenih pri nas nadrejenim in sodelavcem svoje motnje ne razkrije, *zavračam*, saj je odstotek sodelujočih, ki so svojo motnjo na delovnem mestu razkrili nadrejenim, sodelavcem ali pa vsem 68,2 odstoten. Odstotek predstavlja več kot polovico, tako da zaključujem, da večina zaposlenih pri nas nadrejenim in sodelavcem motnjo razkrije.

Izpostavila bi ugotovitve na področju raziskovanja, ki sem jih opazila v samem procesu. Potrebno bi bilo jasneje definirati vprašanje glede stigmatizacije, ločeno vprašati po občutenju stigme na delovnem mestu in občutenju stigme drugje v življenju, saj bi tako lahko izključila predpostavke. Prav tako bi danes postavila ločeno vprašanje glede časa zdravljenja in tudi načinov zdravljenja, saj sem v nalogi predpostavljala, da so se osebe začele zdraviti takrat, ko so dobile diagnozo. Smotno bi bil tudi povprašati po znanju oziroma poznavanju zakonodaje na obravnavanjem področju, saj sem v procesu raziskovanja ugotovila, da mnogo ljudi zakonodaje ne pozna oziroma se ne zaveda svojih pravic.

Na področju destigmatizacije duševnih bolezni je pri nas potrebno postoriti še veliko. Največji problem predstavlja dejstvo, da ne zgolj delovno, temveč okolje na splošno glede duševnih bolezni ni dovolj osveščeno. Že sam boj posameznika z duševno boleznijo je izredno težak, ko temu dodamo še diskriminacijo, stigmatizacijo in posledično socialno izključenost, takrat njegova kvaliteta življenja in uspešnost zdravljenja drastično padeta.

7 LITERATURA

1. Bervar, Boštjan. 2009. *Najpogostejše kršitve varstva osebnih podatkov v delovnih razmerjih*. Koper: Fakulteta za management.
2. Bizjak, Evalda. 2013. Duševno zdravje v delovnem okolju skozi teorijo krepitev notranje moči, notranjega kritika in intervencij poklicne rehabilitacije. *HRM Magazine* 11 (56): 45–48.
3. Brečko, Daniela. 2010. Kako Slovenci varujemo osebne podatke na trgu dela. *HRM Magazine* 8 (36): 78–82.
4. Čebulj, Janez. 1992. *Varstvo informacijske zasebnosti v Evropi in Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za javno upravo pri Pravni fakulteti.
5. Dernovšek, Mojca Z. 2014. Intervju z avtorico. Ljubljana, 17. julij.
6. Društvo DAM. 2010. *Bipolarna motnja razpoloženja*. Ljubljana: Društvo DAM.
7. Felicijan, Mateja in Elizabeta Cemič. 2013. Skrb za duševno zdravje zaposlenih: anonimno psihološko svetovanje v podjetju Kostak. *HRM Magazine* 11 (56): 53–56.
8. Fink, Candida in Kraynak Joe. 2009. *Bipolarna motnja za telebane*. Ljubljana: Založba Pasadena in Društvo DAM.
9. Goffman, Ervin. 1963. *Stigma-Zapiski o upravljanju poškodovane identitete*. Maribor: Založba Aristej.
10. Kostelić Martić, Andreja. 2007. Psihično nasilje na delovnem mestu. *HRM Magazine* 5 (15): 26–32.
11. Lamovec, Tanja. 1998. *Psihosocialna pomoč v duševni stiski*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

- 12.--- 2006. *Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup- Nove oblike skrbi za osebe v duševni krizi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo
13. Lampe, Rok. 2013. Pravni vidiki spolnega nadlegovanja in drugih oblik posegov v pravico do enakopravnosti (1.del). *HRM Magazine* 11 (55): 6–15.
14. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. 2011. *Ocena tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije*. Ljubljana: interno gradivo.
15. Mlinarič, Pavla. 2007. Zaščita pred mobingom: ko služba postane pekel. *HRM Magazine* 5 (15): 34–38.
16. Prodan, Irena. 2010. Pomen načela sorazmernosti za varstvo osebnih podatkov. *HRM Magazine* 8 (35): 35–41
17. Randall, Peter. 1997. *Adult bullying: perpetrators and victims*. London: Routledge.
18. Sušanj, Zoran. 2013. Delovni stresorji in mentalno zdravje zaposlenih: odgovornost kadrovske strokovnjakov in managerjev za organizacijsko vitalnost. *HRM Magazine* 11 (54): 34–39.
19. Svetovna zveza za duševno zdravje. 2010. *Poučite se o bipolarni motnji: zgodbe o diagnosticiranju, zdravljenju in okrevanju s celotnega sveta: mednarodno izobraževalno gradivo svetovne zveze za duševno zdravje*. Ljubljana: Izobraževalno raziskovalni inštitut Ljubljana.
20. Šetina Čož, Martina. 2012. Varovanje osebnih podatkov v podjetjih. *HRM Magazine* 10 (47): 21–25.
21. Švab, Vesna. 2009. *Duševna bolezen in stigma*. Ljubljana: ŠENT.
22. Abrams, Dominic, Michael A. Hogg in Jose M. Marques. 2005. *The Social Psychology of Inclusion and Exclusion*. New York: Psychology Press.

23. *Zakon o delovnih razmerjih (ZDR-1)*. Ur. l. RS 21/2013 (5. marec 2013).
24. *Zakon o duševnem zdravju (ZDZ)*. Ur. l. RS 77/2008 (28. julij 2008).
25. *Zakon o evidencah na področju dela in socialne varnosti (ZEPDSV)*. Ur. l. RS 40/2006 (14. april 2006).
26. *Zakon o javnih uslužbencih (ZJU-UPB3)*. Ur. l. RS 63/2007 (13. julij 2007).
27. *Zakon o varstvu osebnih podatkov (ZVOP-1)*. Ur. l. RS 86/2004 (15. julij 2004).
28. Žirovnik, Janez. 2009. Varovanje zasebnosti in osebnosti javnega uslužbenca. *HRM Magazine* 7 (28): 42–48.

PRILOGA

VPRAŠALNIK

Starost:

Dosežena stopnja izobrazbe:

- ◇ osnovnošolska izobrazba
- ◇ poklicna izobrazba
- ◇ srednješolska izobrazba
- ◇ višje ali visokošolska izobrazba
- ◇ univerzitetna izobrazba
- ◇ magisterij, specializacija, doktorat
- ◇ drugo:

Trenutni status:

- ◇ dijak, študent
- ◇ zaposlen za polni delovni čas
- ◇ zaposlen krajši delovni čas
- ◇ svobodni poklic
- ◇ nezaposlen
- ◇ drugo:

Delovna doba:

1. Pri kateri starosti ste bili diagnosticirani z bipolarno motnjo?
2. Pri kateri starosti ste začeli opazovati znake bipolarne motnje?
3. Vaše trenutno delovno mesto?
4. Koliko časa ste bili najdlje na enem delovnem mestu?
5. Ste bili zaradi bipolarne motnje kdaj hospitalizirani?
6. Če ste bili hospitalizirani in ste bili takrat zaposleni, kako ste bili po hospitalizaciji sprejeti nazaj v delovno okolje?
7. Ali ste komurkoli v svojem delovnem okolju razkrili svojo diagnozo? Prosim, pojasnite svojo odločitev.
8. Komu ste razkrili svojo diagnozo?
9. Kakšni so bili odzivi po razkritju?

10. Ali se vam danes zdi, da je bila ta odločitev pravilna? Prosim pojasnite.
11. Prosim, pojasnite, zakaj svoje diagnoze na delovnem mestu niste razkrili. Ali si to vseeno želite?
12. Se vam zdi, da ima vaša motnja vpliv na vašo produktivnost na delovnem mestu? Prosim pojasnite.
13. Menite, da morate zaradi motnje pogosteje menjati službe in karierno pot?
14. Ali menite, da ste zaradi svoje motnje kdaj izgubili službo? Prosim obrazložite.
15. Se zaradi svoje motnje na delovnem mestu ali pa kjerkoli drugje v življenju počutite stigmatizirani?