

Genderová dimenze duševního zdraví a wellbeingu: případová studie

Ananké Nebeská

NKC – gender a věda

2023

Vytvořeno v rámci projektu sdílených činností CZERA financovaného MŠMT
(identifikační kód MS2103).

Obsah	
Proč genderová dimenze a duševní zdraví?	3
Pojmy, se kterými případová studie pracuje	5
Duševní zdraví	5
Wellbeing	5
Genderová dimenze	6
Konkrétní případy genderové dimenze v oblasti duševního zdraví	7
ADHD	7
LGBTQ+ lidé a menšinový stres	8
Duševní zdraví a wellbeing v pracovním prostředí	9
Jak implementovat genderovou dimenzi v oblasti duševního zdraví	13
Oblasti, na které byste v rámci svého výzkumu neměli zapomenout	13
Výzkumné otázky, které si můžete klást	13
Zdroje	15
Doporučené zdroje	15
Seznam zdrojů použitých v této případové studii	16

Proč genderová dimenze a duševní zdraví?

Duševní zdraví se poslední dobou dostává do popředí i do mediálního mainstreamu. Mimo jiné za tím stojí také pandemie Covidu-19, která za sebou zanechala (a stále zanechává) hluboké stopy na duševním zdraví nás všech. Podobně jako v jiných oblastech i tady však nejsou dopady rovnoměrně rozloženy v rámci populace. Na duševní zdraví lidí, kteří byli nějakým způsobem znevýhodněni již před vypuknutím pandemie – například matky samoživitelky, etnické menšiny nebo socioekonomicky znevýhodněné skupiny – měla pandemie mnohem zásadnější dopady a jejich znevýhodnění ještě prohloubila¹.

Naše duševní zdraví je ovlivněno různými zkušenostmi, stresory a situacemi. Naše identita navíc může ovlivňovat to, jak vnímáme duševní onemocnění a jak se s ním vyrovnáváme. Gender – tedy sociálně konstruované rozdíly ve společenských rolích, odpovědnostech, postavení a očekávání mezi muži, ženami a osobami dalších genderů – mají za následek nejen rozdíly v duševním zdraví jako takovém, ale také rozdílné přístupy k péči o něj. Muži si například o odbornou pomoc říkají statisticky méně než ženy, což vychází právě z odlišné genderové socializace a společenských očekávání². I když se rozdíly ve výskytu konkrétního duševního onemocnění nemusí nutně projevovat, muži a ženy mohou mít například odlišné symptomy. Obecně jsou internalizační poruchy častější u žen a externalizační u mužů³. I když to na první pohled může vypadat, že v oblasti duševního zdraví existují „přirozené“ rozdíly, v mnoha ohledech do hry vstupují sociálně konstruované rozdíly, které se zakládají na odlišných rolích, očekáváních nebo stereotypech, jež jsou genderově podmíněné. Opomenutí genderové dimenze ve výzkumu proto může vést k chybným závěrům a ty mohou mít negativní dopady nejen na ženy, ale také na muže⁴.

Historicky se také do oblasti duševního zdraví propsaly předsudky, které přetrvávaly a stále přetrvávají ve společnosti obecně. Například historický pohled na ženy jako na „hysterické“ má silný dopad na to, jak lékaři a lékařky přistupují k pacientkám. Mnohem častěji ženám s těmi samými příznaky nebo stupněm bolesti, jako mají muži, předepisují léky na uklidnění, zatímco mužům léky na bolest⁵.

¹ National Institutes of Health. (n.d.). *Mental Health During the COVID-19 Pandemic*. <https://covid19.nih.gov/covid-19-topics/mental-health>

² Pattyn, E., Verhaeghe, M., & Bracke, P. (2015). [The gender gap in mental health service](#). *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50(7), 1089–1095.

³ European Institute for Gender Equality. (n.d.). *Gender differences in mental disorders begin early in life*. <https://eige.europa.eu/publications/gender-equality-index-2021-report/gender-differences-mental-disorders-begin-early-life>

⁴ CIHR Institute of Gender and Health (2012). [What a Difference Sex and Gender Make: A Gender, Sex and Health Research Casebook](#)

⁵ Chen, E. H., Shofer, F. S., Dean, A. J., Hollander, J. E., Baxt, W. G., Robey, J. L., Sease, K. L., & Mills, A. M. (2008). [Gender disparity in analgesic treatment of emergency department patients with acute abdominal pain](#). *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 15(5), 414–418.

Oproti oblasti tělesného zdraví (jako je například již zmíněný Covid-19 nebo genderová dimenze bolesti) se o duševním zdraví ve spojitosti s genderovou dimenzí tolik nemluví⁶. Právě proto vznikla tato případová studie, která si klade za cíl přiblížit nejen genderovou dimenzi duševního zdraví a wellbeingu, ale také jeho intersekcionalní rozměr, který je v této oblasti zásadní.

Co se týče intersekcionality, může být duševní zdraví ovlivněno nejen naším pohlavím a genderem, ale také věkem, socioekonomickým statusem, rasou a etnicitou, náboženstvím, jazykem, sexualitou a dalšími faktory. Pochopení toho, jak tyto vzájemně se prolínající aspekty společně utvářejí naši identitu a vztahování se ke světu, je zásadní. Marginalizované skupiny lidí často čelí mnohem vyšší míře diskriminace a stigmatizace. Intersekcionalní perspektiva nám umožňuje vidět, jak jsou tyto skupiny ovlivňovány diskriminací, nerovnostmi a útlakem, jež se projevují v různé míře, a to v závislosti na dalších proměnných, které se protínají s osou genderu. Například LGBTQ+ lidé často čelí menšinovému stresu. Díky intersekcionalitě tak můžeme lépe pochopit, jak mohou mít lidé z konkrétní marginalizované skupiny při interakci se světem zcela odlišné zkušenosti než my sami, ale také jak se tato zkušenost může lišit uvnitř dané skupiny. Zároveň je důležité myslet na to, že samotná identita není problém. Problémem nejsou samotní lidé, ale mocenské struktury, které marginalizují a diskriminují určité skupiny lidí tím, že konkrétní identitární znaky označí za normu a ty ostatní za odchylku. Takhle zkušenost s „jinakostí“ (tedy s tím, jak je jinakost vnímána ze strany většinové společnosti) může mít negativní dopady na duševní zdraví marginalizovaných skupin jako v případě menšinového stresu u LGBTQ+ lidí.

Kromě duševního zdraví v izolované podobě bychom měli myslet také na průniky duševního a tělesného zdraví, protože ty se na různých úrovních prolínají. Například deprese zvyšuje pravděpodobnost výskytu onemocnění, jako je cukrovka, srdeční onemocnění či mozkové příhody. Naopak některá fyzická onemocnění (zvláště ta dlouhodobá) mohou mít negativní vliv také na duševní zdraví.⁷

Smyslem implementování genderové dimenze do výzkumu v oblasti duševního zdraví je nejen zmapování stávajících nerovností či historických nesrovnalostí (a potažmo jejich narovnání) a zaplnění existujících mezer ve výzkumu, ale vzhledem k povaze celého oboru také snaha o to, aby jakýkoliv výzkum či inovace myslely opravdu na všechny a byly prospěšné pro všechny lidi, nejen pro část populace. Zajímavá jsou evropská data, která ukazují, že genderová rovnost podle

⁶ CIHR Institute of Gender and Health (2012). [What a Difference Sex and Gender Make: A Gender, Sex and Health Research Casebook](#)

⁷ Centers for Disease Control and Prevention. (n.d.). *About Mental Health*. <https://www.cdc.gov/mentalhealth/learn/index.htm>

výzkumů podporuje dobré duševní zdraví všech, to znamená nejen žen, ale také mužů⁸. Jedna velikost proto nestačí, ani když jde o duševní zdraví.

Pojmy, se kterými případová studie pracuje

V této kapitole najdete vysvětlení tří základních pojmů, se kterými tato případová studie pracuje a objevují se ve všech jejích částech – duševní zdraví, wellbeing a genderová dimenze.

Duševní zdraví

Podle americké organizace CDC „duševní zdraví zahrnuje naši emocionální, psychologickou a sociální pohodu. Ovlivňuje naše myšlení, pocity i jednání. Také určuje to, jak zvládáme stres, jaké máme vztahy s ostatními a jaká děláme rozhodnutí.“⁹

Když přemýšlíme o lidském zdraví, je důležité neopomíjet zdraví duševní, protože tvoří součást našeho celkového zdravotního stavu a je stejně tak důležitým komponentem našeho života jako tělesné zdraví, na které se zdravotnický systém zaměřuje silněji.

Wellbeing

Wellbeing (nebo také duševní pohoda) označuje to, jak se cítíme, jak dobře zvládáme každodenní život nebo co se nám v danou chvíli zdá možné.¹⁰ Wellbeing si můžeme interpretovat jako schopnost žít co nejnaplněnější život v rámci možností, kterými disponujeme.

Neznamená to konstantní extatické nadšení ze života, které nemůže realita nijak ohrozit, ale zvládání reálného světa k naší spokojenosti. Naopak duševní nepohoda nám komplikuje každodenní život a může ohrozit jeho zvládání nebo ho učinit mnohem náročnějším.

⁸ Van de Velde, S., Huijts, T., Bracke, P., & Bamba, C. (2013). [Macro-level gender equality and depression in men and women in Europe](#). *Sociology of health & illness*, 35(5), 682–698.

⁹ Centers for Disease Control and Prevention. (n.d.). *About Mental Health*. <https://www.cdc.gov/mentalhealth/learn/index.htm>

¹⁰ Mind. (July 2020). *How to improve your mental wellbeing*. <https://www.mind.org.uk/information-support/tips-for-everyday-living/wellbeing/wellbeing/#:~:text=What%20is%20mental%20wellbeing%3F,or%20unaffected%20by%20your%20experiences>

Genderová dimenze

Genderová dimenze znamená zahrnutí analýzy genderu a pohlaví do obsahu výzkumu v rámci všech jeho fází.¹¹ Genderová dimenze se zaměřuje na dopady výsledků výzkumu na muže, ženy a v ideálním případě také na osoby dalších genderů. Pokud dojde k zohlednění intersekcionality, zaměřuje se také na dopady výzkumu na další marginalizované skupiny a zejména jejich průniky s genderem.

Genderová dimenze je relevantní vždycky, když se výzkum nějakým způsobem dotýká lidí nebo pokud mají výsledky na jejich život nějaký dopad. Analýzu pohlaví je třeba brát v potaz, pokud jsou pro výzkum relevantní jakékoli biologické faktory nebo pokud pracuje se zvířaty či jejich tkáněmi a výsledky výzkumu se poté budou aplikovat na lidi (například při vývoji léků).

Výzkumy často ukazují, že kvůli nastavení vědy, která byla v minulosti tvořena muži, v ní stále přetrvávají předsudky a nastavení, ze kterých pak muži (a obzvláště ti bílí, privilegovaní, západní muži) benefitují více než další skupiny lidí. Věda tak často systematicky ignoruje polovinu populace (a někdy i mnohem více než polovinu). Za tímto opomenutím často stojí představa o „univerzálním člověku“, pro kterého je vše designované, a opomíjí se rozdíly nejen mezi pohlavími, ale také v rámci nich. Výsledky pak nejsou relevantní pro celou populaci, ale pouze pro její malou část.

Úspěšné zohlednění genderové dimenze má různé podoby – může se jednat o zohlednění ženských těl v crash testech aut tak, aby byla bezpečná pro různé typy těl. Nebo o zohlednění odlišného fungování lidského těla ve vývoji a testování léků tak, aby například jejich dávkování odpovídalo tomu, že ženy a muži mohou léčebné látky vstřebávat různým způsobem a bylo tak bezpečné opravdu pro všechny. Či o inkluzivní obsah datasetů při práci s umělou inteligencí tak, aby měla reprezentativní vzorek dat, se kterými může dále pracovat a nedocházelo k reprodukci a upevňování existujících nerovností. Genderová dimenze je potřeba proto, aby byly výzkum a inovace užitečné všem bez ohledu na jejich gender, etnicitu, zdravotní stav či další charakteristiky, a když je řeč o duševním zdraví, je klíčové ji do výzkumu zahrnout.

¹¹ Pokud se chcete o genderové dimenzi jako takové dozvědět více, nabízíme e-learningový modul, který se jí zabývá. Přihlásit se můžete zde:

<https://genderaveda.cz/spoustime-pokracovani-kurzu-genderova-rovnost-v-instituci/>

Konkrétní případy genderové dimenze v oblasti duševního zdraví

Genderová dimenze je významná ve všech oblastech, které se týkají duševního zdraví. V této kapitole najdete jen pár příkladů toho, kde se genderová dimenze v minulosti opomíjela, ale také oblastí, které mohou být klíčové pro váš výzkum. Gender je navíc relevantním faktorem nejen na straně pacientů a pacientek, ale také na straně lékařů a lékařek a psychologického personálu, a to v důsledku předsudků, které jsou všudypřítomné nejen ve společnosti jako takové, ale i ve vzdělání, které se lidem, kteří pečují o duševní zdraví ostatních, dostává.

ADHD

V případě ADHD se výzkumy do devadesátých let zaměřovaly primárně na muže, a pokud se v nich vyskytovaly ženy, jejich symptomy se srovnávaly s těmi „mužskými“. První výzkum, který se zaměřoval pouze na dívky s ADHD, byl publikován až v roce 2002¹². Podle amerického Centra pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC) je u chlapců 13% pravděpodobnost, že jim bude diagnostikována porucha ADHD, u dívek je jen 6%¹³. Tento rozdíl ale nemusí být nutně způsoben tím, že má ADHD mezi dívkami nižší prevalenci, ale spíše tím, že se u dívek ADHD projevuje jinak, a jeho symptomy tak často mohou být méně nápadné, a tedy i náročnější na rozpoznání.

Symptomy jsou často závislé na genderu a pohlaví – ženy mají častěji internalizující symptomy (např. nepozornost) a muži naopak externalizující symptomy (např. impulzivita a hyperaktivita)¹⁴. Ženy s ADHD si také v důsledku odlišné socializace, která u dívek klade větší důraz na kontrolu jejich projevů a chování, mohou vytvářet lepší strategie zvládnání ADHD a v důsledku toho mohou lépe maskovat nebo zmírňovat jeho dopady a symptomy¹⁵. Vzhledem k historickému chápání ADHD, které je mimo jiné založené na výzkumech, kde ženy ve výzkumném vzorku zcela chyběly, je pravděpodobnější, že jejich příznaky nebudou rozpoznány, a tím pádem je také méně pravděpodobné, že podstoupí diagnostiku a léčbu. Vzhledem k tomu, že v dětství mohou u dívek symptomy ADHD zůstat delší dobu bez povšimnutí, je důležité nejen zohlednit genderovou dimenzi a analýzu pohlaví ve výzkumech, které se ADHD zabývají, ale také vzít v potaz možné důsledky, které to má na naši představu o průběhu ADHD v rámci lidského života, a zaplnit mezery v oblasti longitudinačních studií

¹² Hinshaw, S. P. (2002). [Preadolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder: I. Background characteristics, comorbidity, cognitive and social functioning, and parenting practices](#). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1086–1098.

¹³ Centers for Disease Control and Prevention. (n.d.). *Data and Statistics About ADHD*. <https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/data.html>

¹⁴ Quinn, P. O., & Madhoo, M. (2014). [A review of attention-deficit/hyperactivity disorder in women and girls: uncovering this hidden diagnosis](#). *The primary care companion for CNS disorders*, 16(3).

¹⁵ Ibid.

symptomů ADHD. Právě pozdější diagnostika pak může zapříčinit závažnější symptomy v průběhu života. I proto je důležité zaměřit se nejen na pohlaví, které se na první pohled může zdát významnějším, a nespoléhat na to, že za rozdíly mezi prevalencí stojí biologické rozdíly, ale vzít v potaz i genderovou analýzu a genderové stereotypy v péči o duševní zdraví, které mohou odlišnou prevalenci zdůvodnit.

Stejně tak jako u ostatních témat týkajících se duševního zdraví i u ADHD platí, že máme poměrně málo dat a výzkumů, které se zaměřují na genderové aspekty. Zohledněním genderové dimenze tak přispějete k výzkumům, které nám ADHD pomohou opravdu pochopit a budou aplikovatelné skutečně na všechny, nejen na domnělého *univerzálního* člověka.

LGBTQ+ lidé a menšinový stres

Americká psychologická asociace (APA) definuje menšinový stres jako fyziologické a psychologické důsledky nepříznivých sociálních podmínek, které zažívají etnické a rasové menšiny, lesby, gayové, bisexuální a transgender osoby a další příslušníci stigmatizovaných skupin ve společnosti¹⁶. Nejedná se tedy o běžný typ stresu, kterému je vystavena celá populace, ale o stres, který je způsoben příslušností k některé z marginalizovaných skupin a žitou zkušeností se stigmatizací ze strany většinové společnosti.

Vyšší prevalence problémů v oblasti duševního zdraví (například deprese, úzkost nebo suicidialita) u LGBTQ+ osob je poměrně dobře zmapovaná,¹⁷ což znamená, že i negativní dopady přímé a nepřímé diskriminace a marginalizace na jednotlivce a skupiny LGBTQ+ osob jsou nám známé (viz například [zde](#)¹⁸). V Británii se 64 % LGBTQ+ lidí setkala s násilím nebo zneužíváním, 35 % v práci skrývá svou identitu, protože se bojí diskriminace, 18 % uvedlo, že byli na základě své identity diskriminováni, když se snažili získat práci, a 70 % trans osob uvádí, že se v přístupu k zdravotním službám setkává s transfobií¹⁹.

Během posledních 50 let se diskurz sexuality osob stejného pohlaví v rámci psychologie posunul od chápání homosexuality jako duševního onemocnění k lepšímu pochopení sociálních determinantů duševního zdraví LGBTQ+ osob²⁰. Homosexualita přestala být do jisté míry považována za duševní onemocnění v roce 1973, kdy byla smazána z Diagnostického a Statistického Manuálu III,

¹⁶ American Psychological Association. (n.d.). *minority stress*. APA Dictionary of Psychology. <https://dictionary.apa.org/minority-stress>

¹⁷ V České republice se menšinovému stresu a duševnímu zdraví LGBTQ+ osob věnuje například [Michal Pitoňák](#).

¹⁸ Higa, D., Hoppe, M. J., Lindhorst, T., Mincer, S., Beadnell, B., Morrison, D. M., Wells, E. A., Todd, A., & Mountz, S. (2014). [Negative and Positive Factors Associated With the Well-Being of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, and Questioning \(LGBTQ\) Youth](#). *Youth & society*, 46(5), 663–687.

¹⁹ Stonewall. (2016, March 8). *LGBTQ+ facts and figures*. <https://www.stonewall.org.uk/lgbtq-facts-and-figures>

²⁰ Russell, S. T., & Fish, J. N. (2016). [Mental Health in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender \(LGBT\) Youth](#). *Annual review of clinical psychology*, 12, 465–487.

z Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) však došlo k jejímu vyřazení až v roce 1990²¹. I když v některých ohledech vidíme, že stigmatizace zcela nezmizela, je zásadní mít na paměti, že identifikace jako LGBTQ+ není duševní nemoc ani porucha.

Důležité je také uvědomit si, že identifikace jako LGBTQ+ není jediným aspektem naší identity a mohou existovat další nerovnosti, které postihují LGBTQ+ osoby, u kterých se znevýhodnění násobí a prolíná – například u osob z etnických menšin, osob se zdravotním znevýhodněním nebo s nízkým socioekonomickým statusem²². Komplexita životní zkušenosti těchto osob tak přímo souvisí s možnou prolínající se diskriminací a může se dotýkat všech oblastí jejich života. U mladších generací je identifikace s LGBTQ+ identitou častější, v generaci mileniálů se v USA pohybuje kolem 8 %²³. Důležitou oblastí pro budoucí výzkum proto bude jeho rozšíření tak, aby se více věnoval intersekcionalnímu rozměru duševního zdraví LGBTQ+ osob a pomohl nám tak lépe pochopit různé zkušenosti konkrétních lidí, ale také jejich podobnosti.

Jednou z oblastí, kde se LGBTQ+ lidé setkávají se stigmatizací a diskriminací, je i zdravotní péče. 23 % LGBTQ+ osob bylo svědky diskriminačních nebo negativních poznámek ze strany zdravotnického personálu, 14 % se vyhýbá ošetření ze strachu z diskriminace, 45 % trans osob uvedlo, že jejich praktický lékař dobře nerozumí jejich potřebám (u nebinárních osob je to 55 %)²⁴. Také proto je zásadní, aby se v rámci systému zdravotní péče setkávali s lidmi, kteří rozumí menšinovému stresu a umí dobře pracovat s vlastními předsudky. Většina LGBTQ+ osob navíc uvádí, že jim nebo jejich přátelům či členům rodiny bylo vyhrožováno (57 %), byli sexuálně obtěžováni (51 %) nebo zažili násilí kvůli své sexualitě nebo genderové identitě (51 %).²⁵ Vzhledem k dopadům genderově podmíněného násilí na duševní zdraví je uvědomění si mnoha průniků různých forem diskriminace v tomto ohledu zásadní.

Duševní zdraví a wellbeing v pracovním prostředí

Duševní zdraví a wellbeing jsou v pracovním prostředí důležité v různých oblastech, možná i proto bývá někdy komplikované pojmout všechny jeho aspekty. Úplně základním aspektem je právo na bezpečné a zdravé pracovní prostředí pro všechny pracující. V pracovním kontextu se však mnohem častěji zaměřujeme na aspekty, jako jsou bezpečnost práce, požární směrnice nebo tělesné zdraví, duševní zdraví a wellbeing z toho tak často vypadávají.

²¹ Queer Geography. (n.d.). *LGBTQ+ zdraví*. <https://queergeography.cz/lgbtq-zdravi/>

²² Mental Health America. (n.d.). *LGBTQ+ Communities and Mental Health*.

<https://mhanational.org/issues/lgbtq-communities-and-mental-health>

²³ Newport, F. (2018, May 22). In U.S., Estimate of LGBT Population Rises to 4.5%. *Gallup News*.

<https://news.gallup.com/poll/234863/estimate-lgbt-population-rises.aspx>

²⁴ Stonewall. (2016, March 8). *LGBTQ+ facts and figures*. <https://www.stonewall.org.uk/lgbtq-facts-and-figures>

²⁵ Mental Health America. (n.d.). *LGBTQ+ Communities and Mental Health*.

<https://mhanational.org/issues/lgbtq-communities-and-mental-health>

Samostatnou kapitolou je pak duševní zdraví a wellbeing osob, které pracují v pomáhajících profesích, kde je klíčová prevence. Tu je možné zajistit například formou buddy systému, pravidelných supervízií a obecně skrze zvýšenou dostupnost psychologických a psychoterapeutických služeb zejména v případech, kdy hrozí větší riziko vyhoření nebo jsou dané osoby traumatizovány výkonem své práce. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) má dobré a bezpečné pracovní prostředí pozitivní vliv na duševní zdraví, naopak špatné pracovní podmínky, ve kterých může docházet k projevům diskriminace, nerovnosti, nadměrné pracovní zátěže nebo nejistoty způsobené z potenciální ztráty zaměstnání, mohou mít na duševní zdraví negativní dopad.²⁶ To znamená, že pracoviště může být místem, které duševní zdraví zlepšuje, nebo ho naopak může zhoršovat.

Co se týče bezpečného pracovního prostředí, je podstatné uvědomit si, že lidé nepřicházejí do práce s čistými štíty, ale mají své vlastní žité zkušenosti například s duševním onemocněním, diskriminací nebo genderově podmíněným násilím. Na celosvětové úrovni žije 15 % dospělých v produktivním věku s duševním onemocněním²⁷. Při vytváření vhodných pracovních podmínek je na to důležité nezapomínat.

V poslední době dochází k uvědomování si důležitosti pracovního prostředí a pracovních podmínek, což je první krok směrem k pozitivní změně. Zvláště po pandemii Covidu-19 se objevují významné snahy o zlepšení v této oblasti, například v možnostech práce na dálku, flexibilní pracovní doby atd. Na druhou stranu pandemie odhalila a prohloubila mnoho problémů, které se změnami v pracovním prostředí souvisí. Právě rychlé změny, přesun do online prostředí či rozšiřování možností práce na dálku na mnohé vytvářejí nový typ tlaku a někdy také prohlubují stávající stres v práci, který může mít negativní vliv na jejich duševní zdraví²⁸. Ženy byly během pandemie ve větší míře vystaveny nákaze kvůli svému zaměstnání (zejména ve zdravotnictví, sociálních službách a ve školství) a zároveň často nesly větší zodpovědnost za péči o děti během lockdownů při uzavření školek a škol, což na ně vytvářelo ještě větší tlak, a ve spojení s internalizujícími syndromy, jako jsou například úzkosti a deprese, které jsou u nich častější, to znamenalo také vyšší riziko vystavení stresu^{29,30,31}. Zároveň problémy socioekonomického rázu, kterým ženy čelily v oblasti bydlení, zajištění potravin, financí nebo dopravy, zvýšily pravděpodobnost, že se budou potýkat

²⁶ World Health Organization. (2022, September 28). *Mental health at work*.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>

²⁷ Institute for Health Metrics and Evaluation. (2019). *Global Burden of Disease Results Tool*. Global Health Data Exchange. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>

²⁸ International Labour Organization. (2020). [Managing work-related psychosocial risks during the COVID-19 pandemic](#).

²⁹ Tibubos, A. N., Otten, D., Ernst, M., & Beutel, M. E. (2021). [A Systematic Review on Sex- and Gender-Sensitive Research in Public Mental Health During the First Wave of the COVID-19 Crisis](#). *Frontiers in psychiatry*, 12, 712492.

³⁰ Morgan, R., Tan, H. L., Oveisi, N., Memmott, C., Korzuchowski, A., Hawkins, K., & Smith, J. (2022). [Women healthcare workers' experiences during COVID-19 and other crises: A scoping review](#). *International journal of nursing studies advances*, 4, 100066.

³¹ Dudová, R. (2021). [Péče jako individuální odpovědnost a prohloubení ekonomického znevýhodnění sólo matek v pandemii covid-19](#). *Gender a výzkum / Gender and Research*, 22(2), 110–138.

se zdravotními problémy, a to zejména s problémy týkajícími se duševního zdraví³². Covidová pandemie měla negativní dopad také na domácí násilí (zejména to partnerské), kde došlo k navýšení počtu řešených případů, ale také ke zhoršení stavu tam, kde se vyskytovalo již před vypuknutím pandemie³³.

Nejen z pohledu zaměstnavatelů, ale také z pohledu kolegů a kolegyň je důležité nezapomínat na to, že duševní zdraví nemusí být vidět. I lidé s duševním onemocněním mohou chodit do práce včas, zvládat vykonávání své práce atd. S vizuálním zhodnocením duševního zdraví ostatních se také mohou pojit naše předsudky a představy o tom, jak někdo s duševním onemocněním vypadá, což je potřeba reflektovat. Lidé s duševním onemocněním jsou v práci často stigmatizováni a diskriminováni³⁴, právě proto je zásadní duševní zdraví na jednu stranu nestigmatizovat, ale také nebanalizovat, k čemuž nicméně často dochází. Duševní zdraví je navíc v pracovních prostředích v porovnání s tělesným zdravím stále nedostatečně chápáno, podfinancováno a je mu věnována menší pozornost³⁵. Ideálním stavem by byla situace, kdy bude možné o duševním zdraví na pracovišti hovořit bez nebezpečí stigmatizace, na druhou stranu však nebude potřeba odhalovat konkrétní detaily, pokud to není bezpodmínečně nutné ve vztahu k výkonu práce (nebo pokud je daný člověk nebude chtít sám sdílet) – stejně tak jako tomu je s tělesným zdravím.

Další argument pro péči o duševní zdraví v pracovním prostředí může být také efektivita a produktivita práce. Například v Norsku jsou problémy s duševním zdravím jedním ze dvou nejčastějších důvodů pro dlouhodobou pracovní neschopnost³⁶. Je také zajímavé, že ženy zůstávají ze zdravotních důvodů déle doma^{37,38}. Není zcela jasné, proč k tomu dochází, jedním z možných vysvětlení je však péče o děti či vystavení jinému typu stresu z důvodu takzvané druhé směny³⁹, která na ženy nakládá více povinností než na muže. Kromě toho zde může hrát roli také všudypřítomná genderová diskriminace. Pečující roli ženy častěji zastávají i na pracovišti, kde se to od nich někdy stále ještě implicitně očekává. Zde hrají roli společenské stereotypy, které je dobré reflektovat a snažit se o rovnoměrnější rozložení různých typů neformalizované práce, která se v pracovním prostředí odehrává (např. vaření kávy, organizování oslav narozenin, úklid v laboratoři atd.). Bezpečné, zdravé a inkluzivní pracovní prostředí má potenciál nejen zlepšovat duševní a tělesné zdraví pracujících, ale také snižovat

³² Lindau, S. T., Makelarski, J. A., Boyd, K., Doyle, K. E., Haider, S., Kumar, S., Lee, N. K., Pinkerton, E., Tobin, M., Vu, M., Wroblewski, K. E., & Lengyel, E. (2021). [Change in Health-Related Socioeconomic Risk Factors and Mental Health During the Early Phase of the COVID-19 Pandemic: A National Survey of U.S. Women](#). *Journal of women's health* (2002), 30(4), 502–513.

³³ Nyklová, B., Moore, D. (2021). [Násilí na ženách v souvislosti s Covid-19: Výzkumná zpráva](#).

³⁴ World Health Organization. (2022). [World mental health report: transforming mental health for all](#).

³⁵ World Health Organization, International Labour Organization. (2022). [Mental health at work: policy brief](#).

³⁶ Dietrichson, S. (2018, June 19). Major gender gap in health research. *Kilden*.

<https://kjonnsforskning.no/en/2018/06/major-gender-gap-health-research>

³⁷ Rosenberg, A. (2016, February 4). Inequalities in health: Men die, women suffer. *Kilden*.

<https://kjonnsforskning.no/en/2016/02/inequalities-health-men-die-women-suffer>

³⁸ Dietrichson, S. (2018, June 19). Major gender gap in health research. *Kilden*.

<https://kjonnsforskning.no/en/2018/06/major-gender-gap-health-research>

³⁹ Hochschild, A. R., & Machung, A. (2012). *The second shift*. Penguin.

absence, zlepšovat pracovní výkon a produktivitu, zvyšovat motivaci a minimalizovat konflikty⁴⁰. To je zároveň výhodné i pro státy, které pak mají nižší výdaje spojené se zdravotní péčí a sociální podporou⁴¹.

V některých pracovních prostředích může být také implicitně (a ne vždy zcela viditelně) obsažen obrovský tlak na výkon. Například ve vědě a výzkumu se dlouhodobě pěstuje kultura neplacených přesčasů a dlouhé pracovní doby, přičemž nerespektování tohoto nepsaného pravidla může být chápáno jako nedostatečná oddanost vědě. Zde je užitečné uvědomit si genderovanost tohoto očekávání a to, kdo kvůli svým pečujícím zodpovědnostem nebývá vnímán jako dostatečně oddaný a někdy kvůli tomu vědu a výzkum opustí.^{42,43,44}

Pracovní prostředí může být také místem, které reprodukuje nebo někdy dokonce zesiluje společenské problémy, které mají negativní vliv na duševní zdraví. Sem spadají zejména různé formy diskriminace a nerovností na základě pohlaví, genderu, etnicity, sexuální orientace, socioekonomického původu nebo věku či jejich vzájemných průniků (intersekcionalita). Nástroje na to, jak s duševním zdravím na pracovišti zacházet a zlepšovat tak podmínky zaměstnaných osob, najdete například v dokumentech Světové zdravotnické organizace a Mezinárodní organizace práce [Mental health at work: policy brief](#)⁴⁵ a [Guidelines on mental health at work](#)⁴⁶.

⁴⁰ World Health Organization. (2022). [WHO guidelines on mental health at work](#).

⁴¹ World Health Organization, International Labour Organization. (2022). [Mental health at work: policy brief](#).

⁴² Vohlídalová, M. (2017). [Academic couples, parenthood and women's research careers](#). *European Educational Research Journal*, 16(2–3), 166–182.

⁴³ Fárová, N., Cidlinská, K., Linková, M., Maříková, H., Tenglerová, H. (2018, September 6). Akademici a akademičky 2017: Stres, nejistota, nízké mzdy a negativní postoje k rodičovství. *Vědavyzkum.cz*.

<https://vedavyzkum.cz/z-domova/nkc-gender-a-veda/akademici-a-akademicky-2017-stres-nejistota-nizke-mzdy-a-negativni-postoje-k-rodicovstvi>

⁴⁴ Vohlídalová, M., & Linková M. (eds.). (2017). [Gender and Neoliberalism in Czech Academia](#). Sociologické nakladatelství.

⁴⁵ World Health Organization, International Labour Organization. (2022). [Mental health at work: policy brief](#).

⁴⁶ World Health Organization. (2022). [WHO guidelines on mental health at work](#).

Jak implementovat genderovou dimenzi v oblasti duševního zdraví

V oblasti duševního zdraví může hrát zásadní vliv jak genderová dimenze, tak kategorie pohlaví, je tedy důležité neopomíjet ani intersex nebo trans osoby. Kromě toho je podstatná také intersekcionalita a vědomí potenciálních mezer v současném stavu poznání, kde historicky chyběly ženy a lidé minoritních genderů.

Oblasti, na které byste v rámci svého výzkumu neměli zapomenout

- Genderová dimenze
- Analýza pohlaví
- Intersekcionalita
- Možný vliv stereotypů a předsudků na výsledky výzkumu
- Gender data gap ve výzkumech, se kterými pracujete
- Nedostatečná zastoupenost žen či osob minoritních genderů v uplynulých studiích

Výzkumné otázky, které si můžete klást

- State of the art
 - Existuje gender data gap ve zkoumání daného onemocnění?
 - Byla provedena rešerše relevantní literatury s ohledem na pojmy gender a pohlaví?
 - Má onemocnění odlišné projevy v závislosti na pohlaví nebo genderu?
- Počáteční fáze výzkumu
 - Jakou roli ve výzkumu hrají rozdílné genderové identity, normy a vztahy?
 - Jaká je naše vlastní pozicionalita a vlastní představy o genderu, které by mohly mít na výzkum vliv?
 - Došlo k přezkoumání analytických konceptů, kategorií a teoretických modelů tak, aby neobsahovaly chybné či vyvrácené domněnky nebo stereotypy?
 - Nedochozí ke stereotypizaci nebo vyloučení relevantních skupin?
 - Mohou hrát roli nějaké další faktory, jako je například socioekonomický status, míra stresu nebo vliv prostředí?
 - Bylo zohledněno, jak může pohlaví nebo gender výzkumníka či výzkumnice ovlivnit výsledky výzkumu a jak mohou genderové vztahy mezi výzkumníky a výzkumnicemi a participanty

a participantkami ovlivnit sběr dat, kvalitu sebraných dat a výsledky výzkumu?

- Zdravotní péče a diagnostika
 - Jaké se mohou objevovat předsudky ve zdravotní péči?
 - Odlišuje se nějak diagnostika nemoci v závislosti na genderu či pohlaví?
 - Jaké další faktory kromě genderu a pohlaví vstupují do diagnostického procesu?
 - Jakými způsoby lze zamezovat stereotypizaci během diagnostiky?
- Výzkumy týkající se léčiv
 - Jsou do všech fází výzkumu léčiv zahrnuty diverzní skupiny lidí?
 - Zkoumají se dopady léčiv napříč těmito skupinami také v jejich vzájemné interakci (intersekcionalně)?
 - Jsou vedlejší účinky léčby zkoumané také s ohledem na pohlaví?
 - Byly při výzkumech pracujících se zvířecími tkáněmi použity tkáně různých pohlaví laboratorních zvířat?
- Analýza dat
 - Je analyzována souvislost pohlaví nebo genderu s jinými relevantními proměnnými (jako např. věk, sociální původ, socioekonomický status, etnicita)?
 - Byl při použití existujících dat zohledněn kulturní nebo institucionální kontext, v němž byla data získána, s ohledem na možné genderové předsudky?
 - Došlo k prozkoumání existující podobnosti mezi skupinami (muži, ženy, osoby s odlišnou genderovou identitou) a odlišností uvnitř těchto skupin?
 - Jsou reportovány i nulové rozdíly?
- Diseminace výsledků výzkumu
 - Jsou součástí prezentace i relevantní statistiky, tabulky nebo grafy rozlišující výsledky dle pohlaví a/nebo genderu?
 - Jakým způsobem byly získány údaje o pohlaví a genderové identitě?
 - Informujeme o všech výsledcích (pozitivních, negativních i neprůkazných)?
 - Přichází v úvahu použití [publikačních guidelines „SAGER“](#)?
- Pro více oblastí a otázek, na které se můžete zaměřit, doporučujeme následující publikace:
 - [Gendered Innovations 2: How Inclusive Analysis Contributes to Research and Innovation](#) (European Commission)
 - [Toolkit Gender in EU-funded research](#) (Yellow Window)

Zdroje

V NKC pracujeme na komplexní tabulce se zdroji k genderové dimenzi, kterou můžete využívat pro vlastní účely. Ke stažení je k dispozici [zde](#). Na prvním listu najdete přehled obecných zdrojů týkajících se genderové dimenze, další listy jsou rozděleny podle oblastí, oblast psychologie najdete na listu *Health*. Tam si můžete vyfiltrovat zdroje podle témat, která jsou pro vás relevantní a pomohou vám v integrování genderové dimenze do vašeho výzkumu.

Doporučené zdroje

- NKC – gender a věda: [E-learningový kurz Genderová rovnost v instituci I. a II.](#)
 - Kurz II., Modul 5: [Tematické oblasti plánu genderové rovnosti: genderová dimenze v obsahu výzkumu](#) (odkaz funguje pouze po přihlášení do kurzu)
- NKC – gender a věda: [Tabulka se zdroji k genderové dimenzi](#)
- NKC – gender a věda: [Jak na změnu: Genderová rovnost ve výzkumné instituci](#)
- European Commission: [Gendered Innovations 2: How Inclusive Analysis Contributes to Research and Innovation](#)
- Yellow Window: [Toolkit Gender in EU-funded research](#)
- TA ČR: [Příručka pro vyhodnocení genderové dimenze v obsahu výzkumu a inovací](#)
- Kilden: [What is the Gender Dimension in Research? Cases Studies in Interdisciplinary Research](#)
- European Union: [Toolkit – Gender in EU-funded Research](#)
- EASE Gender Policy Committee: [The SAGER guidelines](#)

Videa

- Gender Equality Academy EU [Learn what is the gender dimension in research](#)
- Gender Equality Academy EU: [Learn useful methods on how to include the gender dimension in research](#) (Gender Equality Academy EU)
- Canadian Institutes of Health Research: [Online Training Modules: Integrating Sex & Gender in Health Research](#)

Knihy

- Caroline Criado Perez: Invisible women
- Angela Saini: Superior

Seznam zdrojů použitých v této případové studii

American Psychological Association. (n.d.). *minority stress*. APA Dictionary of Psychology. <https://dictionary.apa.org/minority-stress>

Centers for Disease Control and Prevention. (n.d.). *About Mental Health*. <https://www.cdc.gov/mentalhealth/learn/index.htm>

Centers for Disease Control and Prevention. (n.d.). *Data and Statistics About ADHD*. <https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/data.html>

Chen, E. H., Shofer, F. S., Dean, A. J., Hollander, J. E., Baxt, W. G., Robey, J. L., Sease, K. L., & Mills, A. M. (2008). [Gender disparity in analgesic treatment of emergency department patients with acute abdominal pain](#). *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 15(5), 414–418.

CIHR Institute of Gender and Health (2012). [What a Difference Sex and Gender Make: A Gender, Sex and Health Research Casebook](#)

Dietrichson, S. (2018, June 19). Major gender gap in health research. *Kilden*. <https://kjonnsforskning.no/en/2018/06/major-gender-gap-health-research>

Dudová, R. (2021). [Péče jako individuální odpovědnost a prohloubení ekonomického znevýhodnění sólo matek v pandemii covid-19](#). *Gender a výzkum / Gender and Research*, 22(2), 110–138.

European Institute for Gender Equality. (n.d.). *Gender differences in mental disorders begin early in life*. <https://eige.europa.eu/publications/gender-equality-index-2021-report/gender-differences-mental-disorders-begin-early-life>

Fárová, N., Cidlinská, K., Linková, M., Maříková, H., Tenglerová, H. (2018, September 6). Akademici a akademičky 2017: Stres, nejistota, nízké mzdy a negativní postoje k rodičovství. *Vědavýzkum.cz*. <https://vedavyzkum.cz/z-domova/nkc-gender-a-veda/akademici-a-akademicky-2017-stres-nejistota-a-nizke-mzdy-a-negativni-postoje-k-rodicovstvi>

Higa, D., Hoppe, M. J., Lindhorst, T., Mincer, S., Beadnell, B., Morrison, D. M., Wells, E. A., Todd, A., & Mountz, S. (2014). [Negative and Positive Factors Associated With the Well-Being of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, and Questioning \(LGBTQ\) Youth](#). *Youth & society*, 46(5), 663–687.

Hinshaw, S. P. (2002). [Preadolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder: I. Background characteristics, comorbidity, cognitive and social functioning, and parenting practices](#). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1086–1098.

Hochschild, A. R., & Machung, A. (2012). *The second shift*. Penguin.
Institute for Health Metrics and Evaluation. (2019). *Global Burden of Disease Results Tool*. Global Health Data Exchange. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>

International Labour Organization. (2020). [Managing work-related psychosocial risks during the COVID-19 pandemic](#).

Lindau, S. T., Makelarski, J. A., Boyd, K., Doyle, K. E., Haider, S., Kumar, S., Lee, N. K., Pinkerton, E., Tobin, M., Vu, M., Wroblewski, K. E., & Lengyel, E. (2021). [Change in Health-Related Socioeconomic Risk Factors and Mental Health During the Early Phase of the COVID-19 Pandemic: A National Survey of U.S. Women](#). *Journal of women's health* (2002), 30(4), 502–513.

Mental Health America. (n.d.). *LGBTQ+ Communities and Mental Health*. <https://mhanational.org/issues/lgbtq-communities-and-mental-health>

Mind. (July 2020). *How to improve your mental wellbeing*. <https://www.mind.org.uk/information-support/tips-for-everyday-living/wellbeing/wellbeing/#:~:text=What%20is%20mental%20wellbeing%3F,or%20unaffected%20by%20your%20experiences>

Morgan, R., Tan, H. L., Oveisi, N., Memmott, C., Korzuchowski, A., Hawkins, K., & Smith, J. (2022). *Women healthcare workers' experiences during COVID-19 and other crises: A scoping review*. *International journal of nursing studies advances*, 4, 100066.

National Institutes of Health. (n.d.). *Mental Health During the COVID-19 Pandemic*. <https://covid19.nih.gov/covid-19-topics/mental-health>

Newport, F. (2018, May 22). In U.S., Estimate of LGBT Population Rises to 4.5%. *Gallup News*. <https://news.gallup.com/poll/234863/estimate-lgbt-population-rises.aspx>

Nyklová, B., Moore, D. (2021). *Násilí na ženách v souvislosti s Covid-19: Výzkumná zpráva*.

Pattyn, E., Verhaeghe, M., & Bracke, P. (2015). *The gender gap in mental health service*. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50(7), 1089–1095.

Queer Geography. (n.d.). *LGBTQ+ zdraví*. <https://queergeography.cz/lgbtq-zdravi/>

Quinn, P. O., & Madhoo, M. (2014). *A review of attention-deficit/hyperactivity disorder in women and girls: uncovering this hidden diagnosis*. *The primary care companion for CNS disorders*, 16(3).

Rosenberg, A. (2016, February 4). Inequalities in health: Men die, women suffer. *Kilden*. <https://kjonnsforskning.no/en/2016/02/inequalities-health-men-die-women-suffer>

Russell, S. T., & Fish, J. N. (2016). *Mental Health in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Youth*. *Annual review of clinical psychology*, 12, 465–487.

Stonewall. (2016, March 8). *LGBTQ+ facts and figures*. <https://www.stonewall.org.uk/lgbtq-facts-and-figures>

Tibubos, A. N., Otten, D., Ernst, M., & Beutel, M. E. (2021). *A Systematic Review on Sex- and Gender-Sensitive Research in Public Mental Health During the First Wave of the COVID-19 Crisis*. *Frontiers in psychiatry*, 12, 712492.

Van de Velde, S., Huijts, T., Bracke, P., & Bambra, C. (2013). *Macro-level gender equality and depression in men and women in Europe*. *Sociology of health & illness*, 35(5), 682–698.

Vohlídalová, M. (2017). *Academic couples, parenthood and women's research careers*. *European Educational Research Journal*, 16(2–3), 166–182.

Vohlídalová, M., & Linková M. (eds.). (2017). *Gender and Neoliberalism in Czech Academia*. Sociologické nakladatelství.

World Health Organization. (2022, September 28). *Mental health at work*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>

World Health Organization, International Labour Organization. (2022). *Mental health at work: policy brief*.

World Health Organization. (2022). *WHO guidelines on mental health at work*.

World Health Organization. (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*.