



**OPEN
DOORS**



Przewodnik o zdrowiu
osób LGBTI
dla pracowników
ochrony zdrowia

OTWÓRZMY DRZWI

Autorzy: Marcin Rodzinka, Michał Pawłęga

Recenzja: Krzysztof Nowosielski,

Konsultacja: Magdalena Rakita, Julia Kata, Jan Topczewski, Pol Naidenov, Alberto Ferlin, Zsuzsanna Szél, Alexander Milanov, Teo Pardo

Tłumaczenie: Joanna Pietruczuk

Opracowanie graficzne: Maja Kędra www.messyspace.uk

Korekta: Yga Kostrzewa

Redakcja: Hubert Pajączkowski

Wydawca:

Stowarzyszenie Lambda Warszawa



ul. Żurawia 24A/4

00-515 Warszawa

ISBN 978-83-954075-4-3

warszawa@lambdawarszawa.org



Fundació Surt



Universitat
de Girona

UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI BRESCIA



This publication was funded by the European Union's Rights, Equality and Citizenship Programme (2014-2020).

The content of this publication represents the views of the authors only and is their sole responsibility. The European Commission does not accept any responsibility for use that may be made of the information it contains.

Przewodnik zawiera podstawową wiedzę z zakresu zdrowia osób LGBTI. W sposób nieskomplikowany wyjaśnia trudne terminy dotyczące tej grupy osób i przede wszystkim daje praktyczne wskazówki dla pracowników ochrony zdrowia. Podręcznik ten to interesujące źródło profesjonalnej wiedzy zarówno dla tych, którzy już opiekują się pacjentami LGBTI, jak i dla tych, którzy nie mają takiej wiedzy czy doświadczenia, i którzy chcą podnieść swoje kompetencje i umiejętności komunikacji z tą społecznością. Otwórzmy drzwi – przewodnik dla pracowników ochrony zdrowia – to pozycja, którą każdy pracownik ochrony zdrowia powinien mieć w swojej bibliotece.

Krzysztof Nowosielski, prof. dr hab. n. med. ginekolog, onkolog, seksuolog

Stworzyliśmy ten podręcznik, aby przybliżyć Ci specyfikę potrzeb osób LGBTI w zakresie ochrony zdrowia. Zależy nam bowiem, aby ułatwić komunikację i zrozumienie między osobami świadczącymi usługi zdrowotne a pacjentami_kami o różnej orientacji psychoseksualnej, tożsamości płciowej bądź cechach płciowych. To, co nam przyświeca, to wizja stworzenia bezpiecznej przestrzeni, która zapewnia kompetentną i włączającą opiekę zdrowotną dla wszystkich. Wierzymy też, że większa wiedza i zrozumienie potrzeb społeczności innej niż cis-płciowa czy heteronormatywna zapewni właściwą i szybszą profilaktykę oraz diagnozę niektórych chorób i schorzeń.

Hubert Pajączkowski, koordynator projektu Open Doors

Rzetelna wiedza, otwartość i pozytywne doświadczenie są niezbędnymi czynnikami przełamywania stereotypów. Jest to ogromnie ważne zwłaszcza wobec grupy dziś szczególnie narażonej na dyskryminację – wobec społeczności osób nieheteronormatywnych. Mamy ogromną nadzieję, iż niniejszy podręcznik, skierowany do pracowników i pracowniczek ochrony zdrowia, otworzy wiele drzwi równościowego traktowania.

Krzysztof Kliszczyński, przewodniczący Stowarzyszenia Lambda Warszawa

Słownik zdrowia: definicje/pojęcia/terminologia	6
Orientacja psychoseksualna	7
Tożsamość płciowa	8
Cechy płciowe	9
Polecana terminologia	10
Specyficzne potrzeby osób LGBTI w zakresie ochrony zdrowia	11
Lesbijki i kobiety biseksualne	12
Zdrowie fizyczne.....	12
Zdrowie psychiczne	12
Zdrowie seksualne	13
Zdrowie rodzinne	13
Geje i biseksualni mężczyźni	14
Zdrowie fizyczne.....	14
Zdrowie psychiczne	15
Zdrowie seksualne	15
Zdrowie rodzinne	16
Osoby transpłciowe	16
Młodzież transpłciowa	17
Zdrowie osób transpłciowych podczas tranzycji	17
Zdrowie psychiczne	17
Zdrowie seksualne	18
Zdrowie rodzinne	18
Krajowe regulacje prawne	19
Osoby interpłciowe.....	19
Integralność cielesna	20
Odpowiedzialność etyczna za zabieg chirurgiczny.....	20
Praktyczne wskazówki, jak uniknąć nieświadomej dyskryminacji	22
Ograniczony dostęp do opieki zdrowotnej.....	22
Dyskryminacja	23
Brak wiedzy	23
Błędne założenia	24
Włączający język	24
Historia medyczna pacjenta/ki	25
Poufność.....	26
Dokumentacja medyczna.....	26
Narzędzie samorefleksji	27
Analiza osobistych uprzedzeń.....	27
Wartości i postawy	27
Tworzenie warunków uwzględniających potrzeby osób LGBTI	28
Otoczenie prawne, polityczne i operacyjne	28
Świadomość.....	28
Postawa	28
Wiedza	29
Umiejętności na poziomie indywidualnym	29
Proponowane działania na poziomie instytucjonalnym	30
Dodatkowe źródła informacji	30
Źródła międzynarodowe.....	31
Europejskie organizacje LGBTI	31
Organizacje LGBTI w Polsce.....	31
Bibliografia	31

Wprowadzenie

Społeczność LGBTI jest znacznie bardziej zróżnicowana, niż się powszechnie uważa.

Litery L, G, B, T oraz I są zazwyczaj używane razem jako akronim sugerujący jedną grupę społeczną. Tymczasem, każda z tych liter reprezentuje szeroki zakres osób w różnym wieku, o różnym pochodzeniu etnicznym i narodowym, statusie społeczno-ekonomicznym, religii, wyznaniu i przekonaniach. Wspólne dla wszystkich lesbijek, gejów, osób biseksualnych, transpłciowych i interpłciowych, jest doświadczanie stygmatyzacji, dyskryminacji, **stresu mniejszościowego**¹ oraz trudności związanych z chęcią i doświadczeniem przynależności do wielu społeczności, a także próbą bycia częścią każdej z nich. W odniesieniu do opieki zdrowotnej jest to również związane z długą historią dyskryminacji oraz brakiem zrozumienia dla specyficznych potrzeb zdrowotnych społeczności LGBTI.

Lesbijki, Geje, osoby Biseksualne, Transpłciowe i Interpłciowe (LGBTI), tak samo jak wszyscy inni ludzie, chcą mieć dostęp do opieki medycznej, która jest inkluzywna², przyjazna i otwarta na wszystkie osoby potrzebujące pomocy medycznej. Niestety, nadal istnieje wiele barier prowadzących do dyskryminacji i ograniczonego dostępu do kompetentnej opieki zdrowotnej. Nawet jeśli usługi w zakresie ochrony zdrowia są oferowane bez kierowania się uprzedzeniami, pewne złe doświadczenia z przeszłości mogą doprowadzić do tego, że niektóre osoby LGBTI będą spodziewać się negatywnego traktowania, opóźnić skorzystanie z pomocy, a nawet unikać jej.

Ze względu na różne specyficzne czynniki związane z przemocą strukturalną³ oraz dyskryminacją dotyczącą osób LGBTI, znacznie częściej doświadczają one objawów depresji, zachowań samobójczych, uzależnienia od nikotyny, problemowego używania substancji psychoaktywnych, zakażenia wirusem HIV i innych problemów zdrowotnych. Jednocześnie, pewne społeczne przekonania i uprzedzenia mogą prowadzić do niewłaściwej jakości usług związanych z ochroną zdrowia i, w rezultacie, spowodować opóźnienie diagnozy lub nawet błędne jej określenie.

1 stres mniejszościowy – chroniczny stres doświadczany przez osoby z napiętnowanych grup mniejszościowych

2 inkluzywna opieka zdrowotna – taka, która jest powszechna i przeznaczona dla wszystkich

3 przemoc strukturalna – zinstytucjonalizowana forma stosowanej przemocy, np. dyskryminacja przez pracodawcę

Słownik zdrowia: definicje/pojęcia/terminologia

Akronim LGBTI reprezentuje lesbijki, gejów, osoby biseksualne, transpłciowe i interpłciowe. Jest on powszechnie stosowany, uzgodniony i zaakceptowany przez samą społeczność oraz poza nią. W użyciu funkcjonują również inne akronimy, takie jak LGBT, LGBT+, LGBTQI+⁴, LGBTQIA⁵. Ich użycie zależy od społeczności bądź grupy, do której się odnosi. W tej publikacji używamy akronimu LGBTI ze względu na specyfikę zagadnienia – ochronę zdrowia. Na początku istotne jest zrozumienie pojęć, takich jak orientacja psychoseksualna, tożsamość płciowa, tożsamość seksualna, ekspresja płciowa i cechy płciowe.

Orientacja psychoseksualna	Odnosi się do zdolności każdej osoby do okazywania uczuć, pociągu romantycznego i seksualnego oraz intymnych relacji z osobami innej płci, tej samej płci lub więcej niż jednej płci.
Tożsamość płciowa	Odnosi się do głębokiego poczucia przynależności osoby do danej płci oraz jej doświadczenia. Przynależność ta może odpowiadać lub nie odpowiadać płci przypisanej przy narodzinach.
Tożsamość seksualna	Odnosi się do sposobu myślenia o sobie w kategoriach seksualności (pociąg romantyczny oraz pociąg seksualny).
Cechy płciowe	Połączenie cech cielesnych, w tym pierwszorzędowych cech płciowych (obecnych od urodzenia), drugorzędowych, trzeciorzędowych (pojawiających się w okresie dojrzewania) i często czwartorzędowych cech płciowych (najczęściej wyuczonych).
Zachowanie seksualne	Sposób zachowania osoby mający na celu zaspokojenie indywidualnych potrzeb seksualnych danej osoby.
Ekspresja płciowa	Odnosi się do zewnętrznej prezencji danej osoby (np. zachowanie, manieryzm, ubiór). Ekspresja płci może być zgodna lub niezgodna z tożsamością płciową danej osoby.

4 LGBTQ – Q(queer) – pojęcie parasolowe obejmujące osoby, które utożsamiają się z którąś z liter skrótu LGBT+ bądź nie utożsamiają się z żadną z nich

5 LGBTQIA – A(osoby aseksualne) – osoby, które trwale odczuwają brak pociągu seksualnego do jakiegokolwiek płci, ale mogą odczuwać pociąg romantyczny

Wymienione pojęcia wciąż ulegają zmianom i mogą się różnić w zależności od kultur i krajów, w których występują.

Orientacja psychoseksualna

Orientacja psychoseksualna mówi nam o tym, w jaki sposób dana osoba charakteryzuje i wyraża swój emocjonalny i seksualny pociąg wobec innych osób. Osoby innej orientacji niż heteroseksualna określa się jako osoby nieheteronormatywne. Poniżej przedstawiono niektóre z powszechnie używanych terminów opisujących osoby o różnej orientacji seksualnej:

- **Lesbijka** – to termin używany do określenia kobiety, która odczuwa emocjonalny, romantyczny i/lub seksualny pociąg wobec innych kobiet.
- **Gej** – to termin używany do określenia mężczyzny, który odczuwa emocjonalny, romantyczny i/lub seksualny pociąg wobec innych mężczyzn.
- **Osoba biseksualna** – to termin używany do określenia osoby, która odczuwa emocjonalny, romantyczny i/lub seksualny pociąg wobec ludzi więcej niż jednej płci.

Powyższa lista nie jest w żaden sposób wyczerpująca. Są też osoby, które w inny sposób opisują swoją orientację seksualną. W niektórych społeczeństwach ludzie mogą nazywać się heteroseksualnymi, mimo że pociągają je osoby o tej samej płci bądź są z nimi w relacji. Może to wynikać z wielu powodów, takich jak strach przed homofobią⁴, ale również kontekst kulturowy.

Istnieje coraz więcej dowodów na to, że orientacja psychoseksualna rozwija się i ewoluuje w ciągu całego życia. Ważne jest również, by rozróżniać orientację seksualną od zachowań seksualnych. Niektóre osoby mogą być homoseksualne, ale nie działać w oparciu o odczuwany pociąg (romantyczny bądź seksualny) lub być osobą biseksualną w związku z jedną osobą tej samej lub innej płci.

Zachowania seksualne

Mówiąc o zachowaniach seksualnych osób nieheteronormatywnych, wymieniamy dwie główne kategorie:

- **MSM** (men-who-have-sex-with-men), czyli mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami), to termin odnoszący się do mężczyzn, którzy uprawiają seks z innymi mężczyznami, ale niekoniecznie identyfikują się jako geje lub osoby biseksualne.
- **WSW** (women-who-have-sex-with-women), czyli kobiety mające kontakty seksualne z kobietami), to termin odnoszący się do kobiet, które uprawiają seks z innymi kobietami, ale niekoniecznie identyfikują się jako lesbijki lub osoby biseksualne.

⁴ homofobia – strach, niechęć, dyskryminacja stosowana wobec osób o innej niż heteroseksualna orientacji seksualnej. Analogicznie podobna postawa wobec osób biseksualnych nazywana jest bifobią, a wobec osób transpłciowych – transfobią

Powyższe określenia najczęściej używane są w epidemiologii, potrzebne do opisu populacji docelowych, w celu kontroli i zapobiegania chorobom, np. w wielu krajach osoby MSM są grupą docelową kampanii mających na celu zapobieganie HIV. Zdecydowanie odradzamy używania ich w komunikacji z pacjentami, ponieważ mogą być one niezrozumiałe. Warto również zauważyć, że określenia te nie opisują w wystarczającym stopniu różnic w zachowaniach seksualnych, nie obejmują szerokiego spektrum tożsamości seksualnej i mogą oznaczać pominięcie w badaniach innych kategorii⁷.

Tożsamość płciowa

Tożsamość płciowa jest pojęciem szerokim, odnoszącym się do ogólnego funkcjonowania jednostki i wyrażającym jej poczucie przynależności do danej płci. Tożsamość płciowa może być zgodna z płcią przypisaną danej osobie w chwili jej narodzin lub może się od niej różnić. Istnieje kilka ważnych pojęć, pozwalających lepiej zrozumieć spektrum, w którym znajdują się wszystkie te osoby.

- **Płeć kulturowa** (gender) odnosi się do społecznych i kulturowych oczekiwań, które w oparciu o przypisaną płeć biologiczną stawiane są jednostce.
- **Osoby cisplciowe** to takie osoby, których tożsamość płciowa jest zgodna z płcią metrykalną, czyli tą przypisaną przy narodzinach, a także z oczekiwaniami społecznymi dotyczącymi dalszego rozwoju osoby.

- **Osoby transplciowe** to takie osoby, których tożsamość płciowa różni się od tożsamości przypisanej w chwili urodzenia.
- Niektóre osoby posiadają tożsamość płciową, która nie mieści się w tradycyjnej klasyfikacji płci męskiej i żeńskiej. Niektóre osoby mogą nie utożsamiać się z płcią męską i żeńską całkowicie, bądź identyfikują się z obiema tymi płciami (oba te przypadki określają osoby **niebinarne**). Są też osoby bez tożsamości płciowej (osoby **apłciowe**) lub też ich tożsamość płciowa nie jest stała i może ulegać zmianom (osoby **genderfluid**).

Mężczyzna transplciowy to osoba, której w chwili urodzenia przypisano płeć żeńską i która identyfikuje się jako mężczyzna (niektórzy mogą używać określeń takich, jak: K/M, female-to-male, FTM, AFAB – z przypisaną płcią żeńską, ale nie radzimy używać ich w komunikacji z pacjentami).

Kobieta transplciowa to osoba, której w chwili urodzenia przypisano płeć męską i która identyfikuje się jako kobieta (niektórzy mogą używać określeń takich, jak: M/K, male-to-female, MTF, AMAB – z przypisaną płcią męską, ale nie radzimy używać ich w komunikacji z pacjentami).

Pojęcie tożsamości płciowej nie jest powiązane z orientacją psychoseksualną. Osoby transplciowe (podobnie jak cisplciowe) mogą określać swoją tożsamość seksualną m.in. jako heteroseksualną, homoseksualną, biseksualną.

7 Young RM, Meyer IH. The trouble with „MSM” and „WSW”: erasure of the sexual-minority person in public health discourse. Am J Public Health. 2005;95(7):1144-1149

PRZYKŁADY

- Adam identyfikuje się jako mężczyzna. Emocjonalnie i seksualnie pociągają go inni mężczyźni. Adam jest gejem.
- Tadek identyfikuje się jako osoba transpłciowa. Seksualnie i emocjonalnie pociągają go osoby tej samej płci, a także osoby innej płci. Tadek jest osobą biseksualną.
- Olek identyfikuje się jako mężczyzna. Ma męską tożsamość płciową. Przy narodzinach Olkowi przypisano płeć żeńską. Olek nie przeszedł procesu medycznej korekty płci. Olek jest transpłciowym mężczyzną.
- Maria identyfikuje się jako kobieta, choć po porodzie przypisano jej płeć męską. Maria przeszła **proces tranzycji** (korekty płci), zarówno medycznej jak i prawnej. Maria jest kobietą transpłciową.
- Oskar identyfikuje się jako mężczyzna. Przy narodzinach przydzielono mu płeć męską. Oskar jest osobą cispłciową.
- Maks identyfikuje się jako osoba niebinarna. Przy porodzie przypisano mu płeć żeńską. Maks nie identyfikuje się całkowicie ani z płcią żeńską, ani z męską.

Powyższe przykłady mają na celu pomóc w lepszym zrozumieniu złożoności zagadnienia tożsamości płciowej. Jednakże najlepszym sposobem na poznanie czyjejs tożsamości płciowej jest zapytanie o to, w jaki sposób dana osoba sama siebie identyfikuje (jaką ma tożsamość płciową) i jakiego imienia używa.

Cechy płciowe

Istnieją trzy rodzaje cech płciowych uznawanych w praktyce medycznej:

- **Pierwszorzędowe cechy płciowe – płeć gonadalna** (np. jądra lub jajniki) i **chromosomalna** (zazwyczaj 46XY u mężczyzn i 46XX u kobiet).
- **Drugorzędowe cechy płciowe – płeć somatyczna** (np. moszna, pochwa, jajowody, macica, prącie) – rozwijają się pod wpływem hormonów płciowych.
- **Trzeciorzędowe cechy płciowe – płeć metaboliczna i hormonalna** kształtują się w okresie dojrzewania pod wpływem działania hormonów (np. wysoka barwa głosu charakterystyczna dla kobiet, wąskie biodra mężczyzn, a szerokie kobiet, specyficzne owłosienie ciała i umięśnienie u mężczyzn).

Interpłciowość (zróżnicowany rozwój płciowy) to pojęcie parasolowe dotyczące osób, które rodzą się z ciałem nie wpisującym się w medyczne lub społeczne oczekiwania tego, w jaki sposób zbudowane jest czy funkcjonuje typowe ciało męskie lub kobiece. Wrodzona różnorodność cech płciowych może być wieloraka i występować na poziomie chromosomów, układu hormonalnego lub wewnętrznych, albo zewnętrznych narządów płciowych. Szacuje się, że jeden na 200 noworodków rodzi się z nietypowymi narządami płciowymi, jednak u większości osób interpłciowych nietypowe cechy płciowe mogą ujawnić się w dzieciństwie, okresie dojrzewania, okresie dorosłości lub np. kiedy dana osoba stara się o dziecko.

ONZ szacuje, że około 1.7% społeczeństwa posiada cechy interpcłciowe. W klasyfikacji klinicznej używa się terminu „Zaburzenia/Różnice Rozwoju Płciowego” / Disorders/Differences of Sex Development (DSD). Termin >zaburzenie< jest jednak uważany za stygmatyzujący i patologizujący przez wiele osób ze zróżnicowanymi cechami płciowymi. Interpcłciowość dotyczy biologicznych cech płciowych, a nie tożsamości czy orientacji seksualnej.

PRZYKŁADY

- Bartek, kiedy się urodził, jego cechy płciowe nie mogły być jednoznacznie określone. Nie było łatwo sklasyfikować je jako męskie lub żeńskie. Rodzice Bartka za namową lekarza postanowili przypisać mu płęć żeńską. Dzisiaj, mimo że jego organy płciowe są nietypowe, Bartek identyfikuje się jako mężczyzna. Bartek jest osobą interpcłciową.
- Maria, kiedy się urodziła, jej ciało zostało sklasyfikowane jako kobiece. Jednakże w okresie dojrzewania u Marii rozwinęły się cechy płciowe tradycyjnie przypisywane mężczyznom. Maria identyfikuje się jako kobieta. Maria jest osobą interpcłciową.

Polecana terminologia

Nie można odgadnąć czyjejs tożsamości płciowej na podstawie imienia i nazwiska, wyglądu czy barwy głosu. Wydedukowanie czyjejs orientacji seksualnej może nie być łatwe. Istnieją jednak pewne przydatne metody zwracania się do osób LGBTI, które są inkluzywne, akceptowane przez społeczność i pomocne w codziennej praktyce.

- Należy szanować imię, nazwisko oraz zaimek, którym określa się dana osoba (nawet jeśli różnią się one od informacji zawartych w oficjalnych dokumentach).
- Jeśli nie znasz zaimka, którym określa się dana osoba, unikaj używania wyrażęń związanych z płcią, np. pan, pani.
- Jeśli nie jesteś pewna/pewien, jak zwrócić się do pacjenta/pacjentki – najlepiej zapytaj. Pokaże to Twoją troskę oraz szacunek i szybko rozwieje też wątpliwości.
- W przypadku osób interpcłciowych zapytaj o ich doświadczenie interpcłciowości. Każde doświadczenie osoby inter będzie różne, nie ma dwóch takich samych, postaraj się nie generalizować.



Specyficzne potrzeby osób LGBTI w zakresie ochrony zdrowia

Nie ma specyficznych dla osób LGBTI chorób i schorzeń, które są przypisane do orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej. Osoby LGBTI jednak częściej doświadczają braku realizacji swoich potrzeb w systemie ochrony zdrowia lub odpowiedzi na specyficzne problemy i nierówności, które nie są powszechne wśród osób niebędących osobami LGBTI. Głównymi tego przyczynami są:

- ograniczony dostęp do kompetentnej i inkluzywnej opieki zdrowotnej,
- dyskryminacja i stres mniejszościowy,

- brak wiedzy ze strony specjalistów obszaru ochrony zdrowia.

Według dwóch niezależnych organizacji: American Gay and Lesbian Medical Association oraz Centers for Disease Control and Prevention, potrzeby zdrowotne społeczności LGBTI mogą się różnić od potrzeb osób cis-heteroseksualnych. Nie oznacza to, że różnice będą obserwowane w każdym pojedynczym przypadku i że wymienione poniżej kwestie występują tylko wśród społeczności LGBTI.

Szczególne potrzeby zdrowotne osób LGBTI mogą obejmować sytuacje związane z:

- niektórymi nowotworami,
- infekcjami przenoszonymi drogą płciową,
- złym stanem zdrowia psychicznego,
- dysforią płciową,
- uzależnieniami,
- chorobami ginekologicznymi i andrologicznymi,
- chorobami sercowo-naczyniowymi,
- zaburzeniami odżywiania,
- izolacją społeczną,
- medyczną korektą płci.

Lesbijki i kobiety biseksualne

Zdrowie fizyczne

Istnieją pewne dowody na istnienie specyficznych różnic i potrzeb zdrowotnych wśród lesbijek i kobiet biseksualnych⁸. Liczne badania wykazały, że kobiety homo- i biseksualne borykają się ze znacznymi nierównościami zdrowotnymi zarówno w zakresie zdrowia fizycznego, jak i psychicznego. Pokazują też, że lesbijki i kobiety biseksualne częściej zgłaszają się jako osoby o średnim lub złym stanie zdrowia w porównaniu z kobietami heteroseksualnymi. Jeśli chodzi o nowotwory – liczba zgłoszonych przypadków raka szyjki macicy u kobiet biseksualnych była ponad dwukrotnie wyższa niż u innych kobiet⁹.

8 Elliott, M.N., Kanouse, D.E., Burkhart, Q. et al. Sexual Minorities in England Have Poorer Health and Worse Health Care Experiences: A National Survey. *J GEN INTERN MED* 30, 9–16 (2015)

U lesbijek stwierdzono również wyższy odsetek policystycznych jajników (80% vs. 32%), w porównaniu z heteroseksualnymi kobietami¹⁰. Lesbijki i kobiety biseksualne wykazują też znacznie większe ryzyko zwiększenia masy ciała w porównaniu z kobietami heteroseksualnymi¹¹.

Zdrowie psychiczne

Istnieją również istotne różnice, jeśli chodzi o zdrowie psychiczne lesbijek i kobiet biseksualnych w porównaniu z kobietami heteroseksualnymi. Kobiety biseksualne częściej niż heteroseksualne zgłaszają zły stan zdrowia psychicznego i cierpienie psychiczne – długotrwałe stany emocjonalne lub zaburzenia psychiczne są zgłaszane prawie dwukrotnie częściej niż w przypadku kobiet heteroseksualnych. Samobójstwa i celowe samookaleczenia również stanowią poważny problem dla tej grupy.

Lesbijki i kobiety biseksualne są prawie dwa razy bardziej narażone na ryzyko prób samobójczych niż kobiety heteroseksualne. W badaniu przeprowadzonym w 2012 roku na ponad 6 tys. kobiet, 5% z nich wykazało, że w ciągu ostatniego roku próbowało popełnić samobójstwo,

9 Fish, J., Bewley, S. Using human rights-based approaches to conceptualise lesbian and bisexual women's health inequalities. *Health & Social Care in the Community*, 18(4) (2010)

10 Meads, C., Carmona, C., & Kelly, M. Lesbian, gay and bisexual people's health in the UK: a theoretical critique and systematic review. *Diversity and Equality in Health and Care*, 2012(9)

11 Eliason, M., Ingraham, N., Fogel, S., McElroy, J., & Lorvick, J., et al. A systematic review of the literature on weight in sexual minority women. *Women's Health Issues*, 25(2) (2015)

a 20% w tym samym okresie celowo samookaleczało się¹².

Istnieją także silne dowody naukowe na to, że kobiety biseksualne wykazują zwiększone ryzyko uzależnienia od substancji psychoaktywnych, częściej zgłaszają słaby stan zdrowia fizycznego i są bardziej podatne na używanie narkotyków niż lesbijki. Lesbijki są także trzy razy bardziej narażone na rozwój uzależnienia od alkoholu i narkotyków w porównaniu z ogółem kobiet¹³.

Zdrowie seksualne

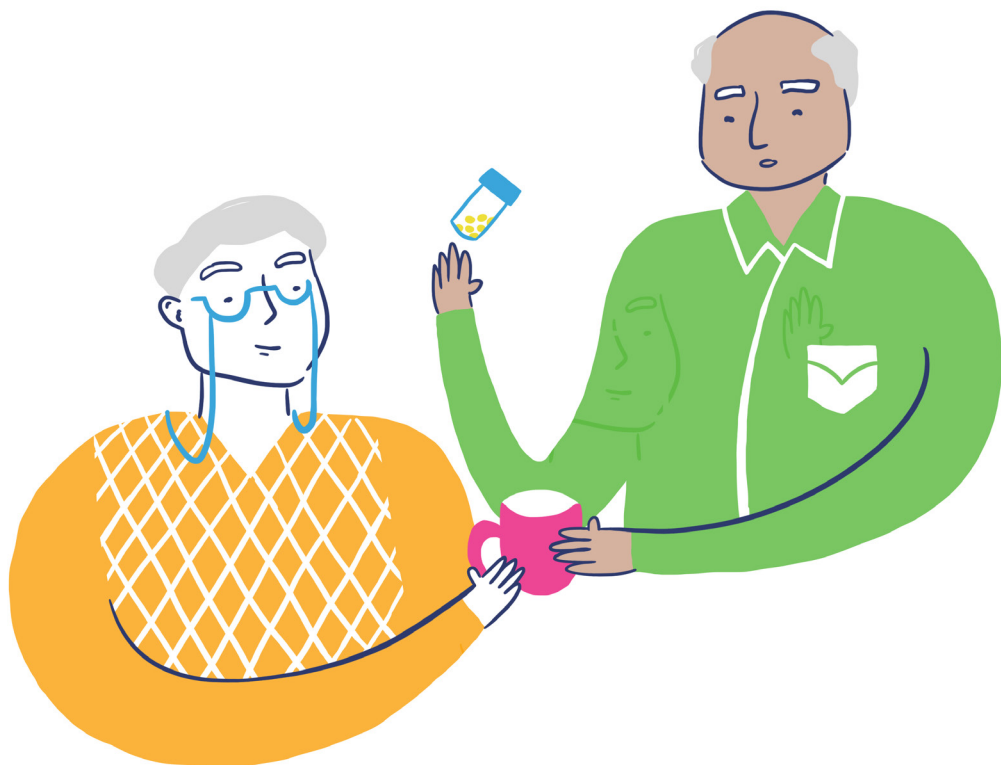
Stereotyp zakładający, że kobiety są mniej zainteresowane seksem a WSW (kobiety uprawiające seks z kobietami niekoniecznie będące homo- czy biseksualne) nie odbywają „prawdziwego seksu” (penetracji waginalnej), jest powodem niewielkiej ilości literatury medycznej związanej ze zdrowiem seksualnym lesbijek i kobiet biseksualnych. Co więcej, wynikiem tego przekonania jest też mniej badań na obecność chorób przenoszonych drogą płciową wśród tej grupy, a nawet błędne diagnozowanie niektórych chorób.

Zdrowie rodzinne

Ciąża i płodność to obszary, w których lesbijki i kobiety biseksualne mogą aktywnie szukać opieki zdrowotnej. Istnieje kilka sposobów, które pozwalają im na zajście w ciążę i założenie rodziny. W Europie przepisy poszczególnych krajów mogą się różnić, ale mimo to pracownicy ochrony zdrowia wszędzie mogą spotkać pacjentów lub pacjentki będące w związkach jedнопłciowych oraz te osoby, które oczekują narodzin dziecka lub już opiekują się dzieckiem. Lesbijki i kobiety biseksualne mogą doświadczać dużej dawki upokorzenia i dyskryminacji w dostępie do technik wspomaganego rozrodu oraz w różnych etapach trwania ciąży, a także podczas opieki nad dzieckiem. Matka, która nie jest biologicznym rodzicem, może być wykluczona z rozmów z lekarzem i nie może ostatecznie podejmować wiążących decyzji. Ciąża oznacza również regularne korzystanie z usług opieki zdrowotnej. Dyskryminacja w takiej sytuacji może utwierdzać kobiety w przekonaniu, że usługi te są na ogół niedostosowane do potrzeb osób nieheteronormatywnych i w rezultacie zniechęcać je do korzystania z usług opieki zdrowotnej i profilaktyki.

12 Colledge, L., Hickson, F., Reid, D., Weatherburn, P. Poorer mental health in UK bisexual women than lesbians: evidence from the UK 2007 Stonewall Women's Health Survey. *Journal of Public Health*, 37(3) (2015)

13 Elliott, M.N., Kanouse, D.E., Burkhart, Q. et al. Sexual Minorities in England Have Poorer Health and Worse Health Care Experiences: A National Survey. *J GEN INTERN MED* 30, 9–16 (2015)



Geje i biseksualni mężczyźni

Dostępnych jest wiele analiz, które badają potrzeby zdrowotne gejów, jednak dotyczą one przede wszystkim ich zachowań seksualnych. Może to być związane ze stereotypowym postrzeganiem mężczyzn homoseksualnych (i biseksualnych) oraz podkreśleniem faktu, co robią, a nie tego, kim są. Skupienie się wyłącznie na aktywności seksualnej może sugerować, że w byciu gejem chodzi o seks, a jednocześnie zapomina się o kulturowych i społecznych aspektach

życia tej osoby. Może to wpłynąć na negatywne postrzeganie siebie, szczególnie przez młodych ludzi i obniżyć ich poczucie własnej wartości.

Zdrowie fizyczne

Problemy zdrowotne gejów i osób biseksualnych mogą obejmować kwestie wspólne dla wszystkich mężczyzn, takie jak nowotwory (jąder, odbytu i prostaty), zaburzenia erekcji i przedwczesny wytrysk. Jednakże, ze względu na stygmatyzację społeczną, rozwiązanie tych problemów razem z podmiotem świadczącym opiekę zdrowotną, może być znacznie trudniejsze. Według

badan, ponad 10% gejów doświadczyło rónnego rodzaju długotrwałych schorzeń lub niepełnosprawności, które ograniczały ich codzienne życie i zdolność do pracy. Gejów mogą charakteryzować również wyższe wskaźniki zażywania narkotyków, tytoniu i alkoholu. Ogólnie rzecz biorąc, geje i mężczyźni biseksualni częściej niż heteroseksualni sygnalizują problemy zdrowotne. Dwa razy częściej diagnozowany jest u nich rak odbytu, ze szczególnym ryzykiem u osób żyjących z HIV.

Udowodniono, że ze względu na styl życia i warunki społeczne tej grupy, wśród gejów istnieje zwiększone ryzyko zachorowania na nowotwór, na przykład płuc czy wątroby. Geje są również bardziej narażeni na zachorowanie na raka jąder, ponieważ kampanie społeczne i komunikaty wzywające do badań profilaktycznych nie obejmują ich jako grupy docelowej.

Zdrowie psychiczne

Jeśli chodzi o zdrowie psychiczne, niektóre badania wykazały, że geje zmagają się z depresją znacznie częściej niż heteroseksualni mężczyźni. Podobna tendencja została zidentyfikowana w przypadku zaburzeń lękowych. Inne ważne problemy dotyczące tą grupę to: samobójstwa (mężczyźni homo- i biseksualni są nawet czterokrotnie bardziej narażeni na próby samobójcze w ciągu całego życia w porównaniu z innymi mężczyznami), uzależnienia (od alkoholu, palenia tytoniu) i narkomanię (2-4 razy większe ryzyko). Badania pokazują również, że homofobia i wysoki poziom stresu mniejszościowego prowadzą do niskiej samooceny osób dys-

kryminowanych, a także mają znaczący wpływ na zwiększone prawdopodobieństwo używania substancji psychoaktywnych przez mężczyzn homoseksualnych. Podobnie jak w przypadku kobiet biseksualnych, biseksualni mężczyźni również zgłaszają i deklarują gorszy stan zdrowia psychicznego niż mężczyźni homoseksualni.

Zdrowie seksualne

Geje (którzy również są zaliczani do grupy osób MSM – mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami) są narażeni na zakażenia przenoszone drogą płciową. Należą do nich m.in. te zakażenia, które mogą być łatwo i skutecznie leczone (rzeżączka, chlamydia, kiła, wszy łonowe), a także infekcje o bardziej wymagających metodach leczenia (HIV, wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C, wirus brodawczaka ludzkiego). Bezpieczniejszy seks, w tym używanie prezerwatyw i profilaktyka przedekspozycyjna (PrEP), są kluczowymi środkami zapobiegającymi chorobom przenoszonym drogą płciową (należy pamiętać, że PrEP chroni tylko przed zakażeniem HIV). W wielu krajach dane epidemiologiczne wskazują na większą częstotliwość występowania zakażeń przenoszonych drogą płciową wśród MSM, co wynika również z większej świadomości problemu i częstszych testów na te infekcje. MSM nie są jednak jedyną grupą narażoną na infekcje przenoszone drogą płciową.

Zdrowie rodzinne

Geje i biseksualni mężczyźni mogą stać się rodzicami na kilka sposobów, np. poprzez surogację, adopcję itp. Podobnie jak w przypadku wyzwań, których doświadczają lesbijki i kobiety biseksualne, również mężczyźni mogą napotkać problemy i zmierzyć się z dyskryminacją w systemie opieki zdrowotnej, starając się jednocześnie zapewnić opiekę członkom swojej rodziny. Wraz z rosnącą liczbą tzw. tęczyowych rodzin (rodzin tworzonych przez pary jedнопłciowe) niezbędne jest, by pracownicy ochrony zdrowia tworzyli integracyjną i opiekuńczą przestrzeń dla takich rodzin, zwłaszcza że w jednych krajach rodziny LGBTI mogą napotykać na więcej dyskryminacji i wyzwań niż w innych.

Osoby transpłciowe

W 2018 r. Światowa Organizacja Zdrowia opublikowała Międzynarodową Klasyfikację Chorób – ICD 11 (wejdzie ona w życie od stycznia 2022 r.), która usuwa pojęcie transeksualizmu (F64.0) z rozdziału dotyczącego zaburzeń zdrowia psychicznego. W piątym wydaniu, z 2013 roku, klasyfikacji zaburzeń psychicznych (DSM) Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, „zaburzenie tożsamości płciowej” zastąpiono diagnozą „dysforia płciowa”. Chociaż nastawienie społeczne powoli się zmienia, a społeczeństwo staje się bardziej przychylne, to wciąż istnieje silne założenie, że istnieją tylko dwie płcie i że jedna z nich jest oznaczona w chwili narodzin i nie może być skorygowana.

Osoby transpłciowe nadal doświadczają znaczącej dyskryminacji, np. w obszarze zatrudnienia, relacji i związków, dostępu do dóbr i usług, mieszkalnictwa oraz dostępu do inkluzywnej opieki zdrowotnej.

Niezgodność płci to różnica pomiędzy tożsamością, rolą i/lub ekspresją a normami kulturowymi i społecznymi.

Dysforia płciowa opisuje dyskomfort lub niepokój, który jest spowodowany rozbieżnością pomiędzy tożsamością płciową osoby a jej płcią metrykalną – przypisaną w chwili narodzin. Część osób, u których ma miejsce niezgoda płci, doświadcza w pewnym momencie swojego życia dysforii płciowej. Proces tranzycji oraz wsparcie psychologiczne mogą pomóc w złagodzeniu tego doświadczenia.

Niezależnie od miejsca pobytu, osoby transpłciowe doświadczają znaczących nierówności zdrowotnych na całym świecie. Ze względu na utrzymujący się brak wiedzy i uprzedzenia, transpłciowi mężczyźni (osoby transpłciowe, którym w momencie urodzenia przypisano płć żeńską, ale identyfikują się z płcią męską) rzadko są badani w kierunku raka piersi i raka szyjki macicy. Zaś kobiety transpłciowe (osoby transpłciowe, którym po urodzeniu przydzielono płć męską, ale identyfikują się z płcią żeńską) rzadko są badane w kierunku raka prostaty. Istnieją również dowody na istnienie powikłań związanych z terapią hormonalną wpływającą na zmniejszenie gęstości kości oraz na powstawanie chorób układu krążenia^{14 15 16}.

Młodość transpłciowa

Młodość transpłciowa może często doświadczać intensywnego stresu, który wpływa zarówno na postrzeganie samego siebie, jak i na sposób funkcjonowania wśród rówieśników. U osób nieletnich, które obserwują u siebie rozwój cech płciowych, a ich płeć przypisana przy urodzeniu jest niezgodna z ich tożsamością płciową, może być to bardzo trudnym psychologicznie doświadczeniem.

Dysforia płciowa może dotyczyć wielu aspektów ciała, ale dla nastolatków szczególnie znaczenie mają następujące czynniki:

- zmiana kształtu ciała,
- włosy na ciele lub ich brak,
- menstruacja lub jej brak,
- genitalia i ich wygląd,
- wygląd klatki piersiowej,
- brzmienie głosu.

Zdrowie osób transpłciowych podczas tranzycji

Proces korekty płci (tranzycja) odnosi się do szeregu kroków, które osoby transpłciowe mogą podjąć, aby żyć w zgodzie ze swoją tożsamością płciową. Tranzycja może mieć charakter społeczny i/lub prawny i/lub medyczny. Może obejmować proces coming outu, zmianę imienia i nazwiska, zmianę dokumentów prawnych i oznaczenia płci, a także zabiegi medyczne, przyjmowanie hormonów i/lub operacje chirurgiczne.

Zdrowie psychiczne

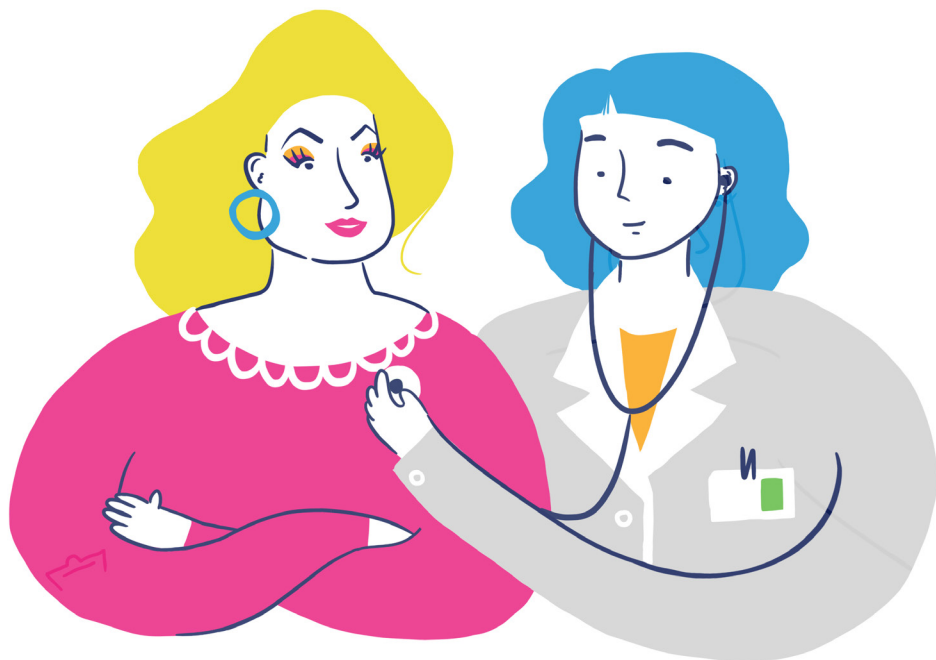
Dostępne badania wskazują na znacznie wyższe wskaźniki zaburzeń psychicznych u osób transpłciowych w porównaniu z osobami cisplciowymi. Wskaźniki depresji (objawów depresyjnych), dysforii społecznej i lęku są istotnie wyższe niż wśród populacji ogólnej. Dodatkowo, badania przeprowadzone w Europie, Stanach Zjednoczonych i Kanadzie wykazały zwiększony odsetek myśli samobójczych i prób samobójczych wśród osób transpłciowych. Głównymi czynnikami wskazywanymi przez osoby transpłciowe były: wiktyimizacja ze względu na płeć, dyskryminacja, zaszczeranie, przemoc, bycie odrzuconym przez rodzinę, przyjaciół i społeczność, molestowanie przez partnera, członków rodziny, policję i osoby ze społeczności, dyskryminacja i złe traktowanie w systemie opieki zdrowotnej¹⁷.

14 Rothman, M.S., & Iwamoto, S.J. (2019). Bone Health in the Transgender Population. *Clinical reviews in bone and mineral metabolism*, 17(2), 77-85. <https://doi.org/10.1007/s12018-019-09261-3>

15 Irwig, M.S. (2018). Cardiovascular health in transgender people. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders* volume 19, 243-251

16 <https://www.reuters.com/article/us-health-transgender-stroke-risk/hormone-therapy-poses-stroke-risk-for-transgender-women-idUSKBN-1JZ2Q1>

17 Bauer, G.R., Scheim, A.I., Pyne, J. et al. Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada. *BMC Public Health* 15, 525 (2015)



Co ciekawe, według badania Trans Mental Health Study (Wielka Brytania, 2014 r.) wykazano, że proces tranzykcji znacznie zmniejsza liczbę myśli samobójczych i prób samobójczych. Ponadto, nazywanie osoby transpłciowej preferowanym imieniem oraz używanie właściwych zaimków może zmniejszyć ryzyko samobójstwa o 65%¹⁸.

Zdrowie seksualne

Osoby transpłciowe mogą być heteroseksualne, homoseksualne, biseksualne lub używać innych określeń dla swojej seksualności.

18 Russell, S. T., Pollitt, A. M., Li, G., & Grossman, A. H. (2018). Chosen Name Use Is Linked to Reduced Depressive Symptoms, Suicidal Ideation, and Suicidal Behavior Among Transgender Youth. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Health*, 63(4), 503–505

Badania wskazują, że nie ma istotnych różnic w częstości występowania zakażeń przenoszonych drogą płciową u osób transpłciowych w porównaniu z populacją osób niebędących transpłciowymi. Jednak ze względu na niski poziom inkluzywnych programów profilaktycznych zaleca się zwrócenie szczególnej uwagi na profilaktykę zakażeń przenoszonych drogą płciową u osób transpłciowych.

Zdrowie rodzinne

Osoby transpłciowe mogą stać się rodzicami na wiele sposobów. Niektórzy mają swoje biologiczne dzieci lub decydują się na adopcję, inni decydują się na przysposobienie dziecka partnera, a jeszcze inni decydują się na metodę in vitro lub metodę inseminacji nasienia daw-

cy. Niektórzy transpłciowi mężczyźni mogą zająć w ciąży. Od 2017 roku, po wyroku Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości, przymusowa sterylizacja jest uznawana za naruszenie praw człowieka. W niektórych krajach osoby transpłciowe decydują się na urodzenie dziecka biologicznego. Na przykład w Szwecji od 2019 r. transpłciowi mężczyźni, którzy urodzą dziecko, są oznaczani jako „ojciec”. Dodatkowo, warto zauważyć, że nie tylko heteroseksualne osoby transpłciowe decydują się na rodzicielstwo.

Krajowe regulacje prawne

Rada Europy nakazuje, aby jej państwa członkowskie zapewniły prawne uznanie płci, ale tylko 30 państw w Europie posiada solidne procedury prawne, a zaledwie 5 obecnie nie wymaga od osób transpłciowych poddania się sterylizacji, interwencji medycznej, diagnozie czy ocenie psychologiczno-psychiatrycznej bądź procedurze rozwodowej. Te nadużycia lub całkowity brak przepisów oznaczają, że większość osób transpłciowych jest zmuszona posługiwać się dokumentami, które nie odpowiadają ich tożsamości płciowej. W 33 krajach w Europie wymagane są diagnozy zdrowia psychicznego przed zmianą dokumentów tożsamości. Taki wymóg narusza prawo każdej osoby do samodzielnego określania swojej tożsamości płciowej. Obowiązkowa diagnoza dodatkowo napędza stygmatyzację, wykluczenie i dyskryminację, ponieważ opiera się na fałszywym przekonaniu, że bycie osobą transpłciową jest chorobą. W Europie jest 9 państw, które nie wymagają diag-

nostyki w zakresie zdrowia psychicznego w ramach prawnego procesu korekty płci – Irlandia, Malta, Grecja, Belgia, Luksemburg, Francja, Norwegia, Portugalia i Dania.

Osoby interpłciowe

Zdrowie osób interpłciowych jest najmniej zbadaną częścią spektrum zdrowia osób LGBTI. Jednakże, dzięki istnieniu pewnych badań, zasobów naukowych i rosnącemu ruchowi osób jawnie określających się jako interpłciowe, rozwija się także świadomość społeczna na ten temat. Po pierwsze, należy zauważyć, że tak jak ciała mężczyzn i kobiet, ciała interpłciowe są zdrowe. Bycie interpłciowym lub posiadanie ciała interpłciowego nie oznacza, że ciało to nie jest funkcjonalne, lub musi być „naprawione”. Oznacza to, że ma się ciało o cechach płciowych innych niż powszechnie klasyfikowane jako kobiece bądź męskie. Podobnie do tzw. ciał żeńskich lub męskich, ciała interpłciowe mogą doświadczać pewnych problemów zdrowotnych. Współczesna medycyna nadal w podręcznikach diagnostycznych, takich jak ICD-11, wymienia interpłciowość w kategorii „zaburzenia rozwoju płci”, które przez główne stowarzyszenia osób interpłciowych uznawane są za patologizujące¹⁹.

¹⁹ <https://oieurope.org/who-publishes-icd-11-and-no-end-in-sight-for-pathologisation-of-intersex-people>

Integralność cielesna

Integralność ciała jest jedną z głównych kwestii istotnych dla zdrowia osób interpłciowych. Osoby interpłciowe spotykają się z naruszeniem praw człowieka, w tym z patologizacją naturalnych cech biologicznych, procedurami medycznymi przeprowadzanymi bez osobistej, uprzedniej i opartej na wiarygodnych informacjach zgody oraz naruszeniem integralności cielesnej. Doświadczają urazów i stresu psychicznego, marginalizacji i stygmatyzacji. Może to prowadzić do konieczności poddania się kolejnym zabiegom, leczeniu hormonalnemu, a także trwałemu uszczerbku na zdrowiu, porzuceniu nauki, porzuceniu kariery zawodowej, biedy (w tym bezdomności) w wyniku patologizacji i związanych z nią urazów. Mogą pojawić się także poważne problemy rodzinne, utrata pewności siebie i zwiększone ryzyko samobójstwa. Znaczna liczba osób interpłciowych może unikać kontaktu z opieką zdrowotną, nawet w przypadku problemów nie związanych z interpłciowością.

Odpowiedzialność etyczna za zabieg chirurgiczny

Interwencje chirurgiczne na wczesnym etapie u dzieci interpłciowych są coraz częściej krytykowane przez stowarzyszenia pacjentów i bioetyków, którzy uważają te procedury za naruszające prawa dzieci i prawa człowieka. Odpowiedzią na te praktyki wydaje się być odkładanie w czasie decyzji o podjęciu tych interwencji chirurgicznych, które nie są absolutnie konieczne w momen-

cie braku zagrożenia dla zdrowia. Przeprowadzanie operacji na narządach płciowych we wczesnym stadium życia rodzi ryzyko dezorientacji co do późniejszego poczucia tożsamości. Obserwując praktykę w postępowaniu z dziećmi interpłciowymi, istnieje tendencja do wyboru korekty w kierunku żeńskich narządów płciowych ze względu na łatwiejsze warunki anatomiczne interwencji chirurgicznej. Niektóre badania przeprowadzone w Centrum Zdrowia Dziecka w Polsce wskazują, że nawet jeśli efekt chirurgiczny i leczenie dają dobre wyniki, mogą wystąpić pewne problemy z identyfikacją płci u osób, którym w ten sposób przypisano płeć żeńską. Większość towarzystw naukowych zgadza się na strategię „wyczekiwania” (z wyjątkiem przypadków, gdy interwencja medyczna jest wymagana ze względu na zagrażające życiu warunki) i odkłada interwencję chirurgiczną na czas, w którym rozwija się tożsamość płciowa i można uzyskać świadomą zgodę danej osoby na zabieg (zazwyczaj między 13 a 18 rokiem życia). Do tego czasu zalecana jest terapia hormonalna mająca na celu zahamowanie rozwoju płciowego wraz z późniejszą terapią hormonalną (właściwą dla odczuwanej przez pacjenta płci) od 16 roku życia²⁰.

Rodzice dzieci interpłciowych są często pozostawieni bez informacji i jasnego wyobrażenia o długoterminowych konsekwencjach dla zdrowia fizycznego i psychicznego ich dzieci.

20 Committee on Adolescent Health Care. Committee Opinion No. 685: Care for Transgender Adolescents. Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2017;129(1)

Powszechne jest również tworzenie u rodziców wyobrażenia o wyjątkowości tego stanu zdrowia, co nie pozwala na wymianę doświadczeń między takimi osobami.

Często tworzone grupy wsparcia znajdują się pod opieką lekarzy i nie pozwalają na poszukiwanie niepatologicznych sposobów na pokonanie pojawiających się wyzwań. Wiele interwencji medycznych dotyczących dzieci interpłciowych może wywołać u nich traumę, mającą wpływ na ich dalszy rozwój psychiczny i emocjonalny.

W badaniu opublikowanym w 2012 r. w *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, wśród 57 osób interpłciowych, które przeszły operację narządów płciowych, aż 47% było niezadowolonych z jej wyniku, 44% doświadczyło długotrwałego lęku przed seksem, 70% miało problemy z pożądaniem seksualnym, a 56% opisało objawy dyspareunii²¹, podczas gdy 44% mężczyzn XY obawiało się kontaktu seksualnego w porównaniu z 66% kobiet XY.

Ramy prawne i etyczne

Rada Europy i Organizacja Narodów Zjednoczonych wzywają do położenia kresu medycznie niewłaściwej chirurgii plastycznej i operacji na dzieciach interpłciowych. W 2015 roku Malta była pierwszym krajem na świecie, który wprowadził zakaz nieuzasadnionych interwencji chirurgicznych na dzieciach do czasu, aż będą one w stanie samodzielnie o tym zadecydować.

W 2018 roku francuska Rada Sta-

nu Conseil d'État (organ opiniujący wszystkie projekty ustaw i dekretów autorstwa rządowego) przeprowadziła analizę i wydała opinię na temat ustawy o bioetyce. Opinia ta omawia poważny charakter interwencji chirurgicznych przeprowadzanych na niemowlętach i nieletnich osobach interpłciowych z powodów kosmetycznych i psychosocjalnych. Rewizja odnosi się w szczególności do „okaleczającego” charakteru obecnych zabiegów medycznych. Conseil d'État stwierdziła, że nie ma pewności co do racjonalności lepszych wyników chirurgicznych u niemowląt i mniejszego wpływu psychologicznego, gdy są one wykonywane w młodym wieku. Stwierdza również, że tylko interwencje niezbędne do uniknięcia wyraźnego ryzyka dla życia danej osoby lub do złagodzenia jej fizycznego cierpienia mogą być wykonywane bez jej osobistej zgody. Na koniec stwierdzono, że interwencja musi poczekać, aż dana osoba będzie mogła wyrazić własne zdanie i uczestniczyć w procesie decyzyjnym, jeśli jedynym powodem interwencji medycznej jest „normalizacja” wyglądu narządów płciowych dziecka w kierunku mężczyzny lub kobiety.

Zdrowie psychiczne

U osób interpłciowych w wyniku dyskryminacji i stygmatyzacji obserwuje się zwiększone poczucie izolacji, a także myśli i próby samobójcze. U wielu osób interpłciowych, w wyniku traumatycznych doświadczeń z dzieciństwa związanych z medykacją i patologizacją ich tożsamości, rozwijają się **zaburzenia stresu pourazowego** (Post Traumatic Stress Disorder – PTSD).

21 Dyspareunia – dysfunkcja seksualna objawiająca się odczuwanym bólem podczas współżycia, zlokalizowanym w obrębie narządów płciowych



Praktyczne wskazówki dotyczące tego, jak uniknąć nieświadomej dyskryminacji

Jak już wspomnieliśmy wcześniej, osoby LGBTI są bardziej narażone na pewne problemy zdrowotne lub napotykają na specyficzne nierówności, które nie są powszechne wśród osób cisplciowych i heteronormatywnych. Wynika to z kwestii takich jak²²:

Ograniczony dostęp do opieki zdrowotnej

Osoby LGBTI często nie posiadają ubezpieczenia zdrowotnego z powodu odrzucenia przez rodzinę w młodym wieku, co może skutkować bezrobociem i bezdomnością. Co więcej, powszechne ubezpieczenie zdrowotne może nie obejmować wszystkich potrzebnych im usług w zakresie ochrony zdrowia (np. zabiegów chirurgicznych).

²² Guidelines for care of lesbian, gay, bisexual, and transgender patients, GLMA, 2006

Dyskryminacja

Oznacza to, że podczas poszukiwania pomocy i opieki zdrowotnej, mogą one doświadczać dyskryminacji lub uprzedzeń ze strony personelu ochrony zdrowia. Wcześniejsze złe doświadczenia w tym zakresie mogą prowadzić do opóźnień lub rezygnacji z ubiegania się o opiekę medyczną.

Brak wiedzy

Oznacza to, że osoby LGBTI mogą próbować poszukiwać usług medycznych w miejscach, które nie mają wiedzy ani doświadczenia w zakresie różnorodności seksualnej i płciowej. Może stanowić to wyzwanie zarówno dla pacjentów i pacjentek, jak i dla osób świadczących usługi, ponieważ może prowadzić do nieporozumień i barier w uzyskaniu właściwej opieki²³.

Przyjrzyjmy się kilku autentycznym przykładom, które pokazują jak dyskryminacja (i związane z nią uprzedzenia) oraz brak wiedzy mogą wpływać na dostęp do kompetentnej i inkluzywnej opieki zdrowotnej dla osób LGBTI²⁴:

„

Nigdy nie widziałam w mojej przychodni żadnej literatury, plakatów ani żadnych informacji na temat homoseksualności i nigdy nie pytano mnie ani nie dano mi szansy na rozmowę lub ujawnienie mojej orientacji seksualnej w żaden inny sposób.

Czuję się okropnie, kiedy nazywają mnie „ona” tylko dlatego, że tak jest zapisane w moich dokumentach. Była taka sytuacja. Poszedłem do okulisty, a oni mówili o mnie „ona”, „ona”, „ona”, „ona”. Czuję się okropnie, nienawidzę tego słuchać. Dlatego staram się tam nie chodzić.

Jestem przerażona tym, jak mało jest porad i wsparcia dla lesbijek dotyczących zdrowia seksualnego. Miałam ostatnio badanie i nie zdawałam sobie sprawy z tego, że mogę zakazić się tyłoma infekcjami przenoszonymi drogą płciową podczas seksu z inną kobietą. Niewiele jest edukacji tym zakresie i wsparcia dostosowanego do potrzeb dla lesbijek.

Martwię się o to, jak będę traktowana w przyszłości przez personel jak i innych pacjentów w szpitalu. Chciałabym mówić otwarcie o mojej tożsamości i nie oczekiwać negatywnej reakcji na moją różnorodność seksualną.

”

23 Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Community: A Field Guide, 2014

24 Health4LGBTI Training. Reducing health inequalities experienced by LGBTI people: what is your role as a health professional?, Health4LGBTI project, European Union, 2018

Błędne założenia

Nie jest możliwe rozpoznanie czyjejs tożsamości płciowej, cech płciowych lub orientacji seksualnej na podstawie czyjegoś imienia, wyglądu lub brzmienia głosu. Użycie niewłaściwego zaimka, nazwiska lub fałszywego założenia o orientacji seksualnej bądź tożsamości płciowej może wywołać u kogoś wstyd i upokorzenie. Dlatego najlepiej jest nigdy nie przyjmować żadnych założeń

na temat czyjejs orientacji seksualnej, tożsamości płciowej czy cech płciowych tylko na podstawie wyglądu.

Nie należy zakładać, że wszyscy pacjenci to osoby heteroseksualne lub cis-płciowe. Można skorzystać z kilku pytań naprowadzających. Pozwalają one nie tylko uzyskać dokładniejsze informacje na temat pacjentki lub pacjenta, ale także okazać wsparcie i akceptację dla różnorodności seksualnej i płciowej wśród ludzi.

Niezalecane

Czy jest Pan żonaty?
Czy jest Pani mężatką?

Czy ma Pan partnerkę? (do mężczyzny)
Czy ma Pani partnera? (do kobiety)

Czy ma Pan kontakty seksualne z kobietami (do mężczyzny)?
Czy ma Pani kontakty seksualne z mężczyznami (do kobiety)?

Zalecane

Czy jest Pani/Pan w związku?
Czy ma Pani/Pan partnera/partnerkę?

Czy jest Pan/Pani w związku?
Czy ma Pan/Pani partnerkę CZY partnera?
Jak ma na imię Pana/Pani partner BĄDŹ partnerka?

Czy ma Pani/Pan kontakty seksualne?
Z kim ma Pan/Pani kontakty seksualne?

Włączający język

Wiele osób zajmujących się ochroną zdrowia nie ma wiedzy ani doświadczenia w komunikacji z osobami LGBTI. Dlatego też mogą używać w komunikacji z pacjentami i pacjentkami stygmatyzującego lub trudnego, zmedykalizowanego języka (np. używanie określenia „homoseksualista” zamiast „gej” lub „osoba homoseksualna”, bądź też „transwesty-

ta” zamiast „osoba transpłciowa”, a także nieprawidłowych zaimków względem osób transpłciowych i interpłciowych). Może to mieć istotny wpływ na komunikację pomiędzy osobą korzystającą z usług ochrony zdrowia i osobą je zapewniającą²⁵.

²⁵ Health4LGBTI Training. Reducing health inequalities experienced by LGBTI people: what is your role as a health professional?, Health4LGBTI project, European Union, 2018

Niezalecane

Jesteś mężczyzną czy kobietą?

Czy poddajesz się zabiegowi zmiany płci?

Czy urodził się Pan jako dziewczynka? (do osoby interplciowej)

Jak się dowiedział/aś, że coś dzieje się nie tak? (sugeruje coś negatywnego)

Zalecane

Jak masz na imię? Jakiego zaimka używać zwracając się do Ciebie?
Chciałabym/chciałbym odnosić się do Ciebie z szacunkiem. Jak wolisz być nazywana_y?

Czy poddałeś_eś się zabiegowi korekty płci? (wyłącznie w odniesieniu do osób trans)

Czy przypisano Panu płęć żeńską przy narodzinach?

Jak się Pan/Pani dowiedziała, że:
- jest pani osobą interplciową? – ma pani zróżnicowane cechy płciowe?

Jeśli zdarzy Ci się błędnie określić tożsamość płciową pacjenta/pacjentki, użyć złego imienia bądź zaimka – nie martw się! Tych rzeczy można się nauczyć. Najlepiej jest szybko przeprosić: *Przepraszam za użycie złego zaimka (lub imienia) – chcę okazywać szacunek, ale czasami popełniam błędy.*

Historia medyczna pacjenta/ki

Przy omawianiu historii doświadczeń seksualnych ważne jest, aby używać języka i terminologii dotyczącej sytuacji konkretnej osoby. Wiele osób nie identyfikuje się poprzez swoją orientację seksualną czy też tożsamość płciową. Niezależnie od tego mogą one jed-

nak mieć kontakty seksualne z osobami tej samej płci (np. ktoś identyfikuje się jako kobieta, choć jej płęć metrykalna jest męska i ma kontakty seksualne z osobą, która z kolei identyfikuje się jako mężczyzna lecz ma płęć metrykalną kobietą) lub z osobami różnych płci (np. mężczyzna mający kontakty seksualne zarówno z kobietami, jak i z mężczyznami). Jeśli ktoś używa jakichś terminów lub zachowań, z którymi nie jesteś zaznajomiony, poproś go o ich powtórzenie i wyjaśnienie, a następnie upewnij się, czy wszystko rozumiesz. W ten sposób będziesz mieć pewność, że nie ma między wami żadnych nieporozumień. Język powinien być zatem płynny i odzwierciedlać otwartość i wrażliwość, aby stworzyć przestrzeń dla pluralizmu i różnorodności.



Oceniając historię doświadczeń seksualnych osób transpłciowych i interpłciowych, należy zwrócić szczególną uwagę na kilka dodatkowych kwestii²⁶:

- Nie przyjmuj założeń dotyczących płci na podstawie zewnętrznych narządów płciowych i widocznych cech płciowych lub ogólnego wrażenia dotyczącego wyglądu.
- Zapytaj czy pacjent/ pacjentka przeszedł/przeszła proces korekty płci bądź leczenia hormonalnego. Należy wziąć pod uwagę, że dyskusja na temat narządów płciowych lub aktywności seksualnej może być skomplikowana przez wzgląd na brak poczucia spójności pacjenta lub pacjentki z jego/jej ciałem, może to także utrudniać badanie lub wywoływać stres.

Poufność

Rozmawiaj o orientacji seksualnej, tożsamości płciowej lub zróżnicowanym rozwoju płciowym pacjenta lub pacjentki tylko z tymi osobami, które muszą dysponować takimi informacjami, aby zapewnić odpowiednią opiekę zdrowotną. Jest to zgodne z polityką prywatności dotyczącą wszystkich pacjentów.

Dokumentacja medyczna

Zazwyczaj formularze dokumentacji medycznej nie zawierają pytań o płeć lub różnorodność seksualną. W rezultacie, osoby LGBTI mogą być zmuszone do wyjaśniania swojej sytuacji podczas

26 Providing inclusive services and care for LGBT people. National LGBT Health Education Center, Fenway Institute, 2016

każdej wizyty lekarskiej. Może to prowadzić do nieporozumień i fałszywych założeń. Dlatego też zalecamy, aby w tych formularzach zawrzeć pewne pytania, szczególnie istotne dla osób LGBTI. Może to być pytanie o zaimek (zaimki), imię i nazwisko lub nazwisko partnerki lub partnera.

Narzędzie samorefleksji

Abyś mógł/mogła zastanowić nad osobistymi przekonaniem i postawami dotyczącymi osób LGBTI, a także przyrzec się w jaki sposób miejsce pracy jest przygotowane do świadczenia usług ochrony zdrowia dla osób LGBTI, prosimy Cię o poświęcenie chwili na zapoznanie się z poniższym przykładowym narzędziem służącym samorefleksji²⁷.

Analiza osobistych uprzedzeń

- Czy uważasz, że lesbijki, geje, osoby biseksualne, transpłciowe lub interpłciowe nie powinny zajmować pewnych stanowisk pracy lub pozycji społecznych? Jeśli tak, to dlaczego?
- Czy kiedykolwiek powstrzymałaś/ęś się od robienia lub mówienia czegoś, ponieważ możesz być postrzegana/y jako gej lub lesbijka?

- Czy kiedykolwiek powstrzymałaś/ęś się od robienia lub mówienia czegoś, ponieważ możesz być postrzegana/y jako zbyt męska/ski lub kobieca/cy?
- Jak myślisz, jak byś się czuł/a, gdyby ktoś z Twojej rodziny okazał się być lesbijką, gejem, osobą biseksualną, transpłciową czy interpłciową?
- Jak sądzisz, jak byś się czuła/czuł, gdyby jakiś stały pacjent/ka nagle okazał/a się być lesbijką, gejem, osobą biseksualną, transpłciową czy interpłciową?

Wartości i postawy

Jakie są Twoje pierwsze reakcje na poniższe stwierdzenia? Jak bardzo się zgadzasz lub nie zgadzasz i dlaczego?

- Geje, lesbijki i osoby biseksualne mogą zmienić swoją orientację seksualną, jeżeli naprawdę tego chcą.
- Czuję się komfortowo rozmawiając z moimi pacjentkami i pacjentami o zachowaniach seksualnych innych niż między kobietą i mężczyzną.
- Bycie gejem, lesbijką, osobą biseksualną, transpłciową czy interpłciową jest związane z wyborem.
- Byłabym/Byłbym zdenerwowana/y, gdyby ktoś myślał, że jestem gejem lub lesbijką.
- Nie czułabym/czułbym się komfortowo spotykając się z kimś, kto jest osobą biseksualną, transpłciową lub interpłciową.
- Gdyby moje dziecko okazało się być lesbijką, gejem, osobą biseksualną, transpłciową lub interpłciową, pomyślałabym/pomyślałbym, że zrobiłabm/zrobiłem coś złego jako rodzic.

27 Developed based on Training Programme for Community Health Workers (CHW) engaged in work with men who have sex with men (MSM) in Europe. ESTICOM – Training and Facilitator’s Manual. European Commission, 2019

Otoczenie prawne, polityczne i operacyjne

Jak mocno zgadzasz się lub nie zgadzasz z poniższymi stwierdzeniami i dlaczego?

- W moim miejscu pracy została wdrożona polityka ochrony osób LGBTI korzystających z usług ochrony zdrowia przed dyskryminacją.
- Jeśli nie będę przestrzegać zasad równego traktowania osób LGBTI w miejscu pracy, będę mieć nieprzyjemności.
- W moim miejscu pracy nigdy nie słyszałam/słyszałem, aby ktokolwiek mówił źle o osobach LGBTI.
- Personel ochrony zdrowia pracujący w mojej placówce nie miałby żadnych trudności w pracy z kolegą lub koleżanką będącymi osobą LGBTI, bez względu na ich stanowisko pracy.
- W trakcie pracy w mojej instytucji uczestniczyłem/ uczestniczyłam w szkoleniu dotyczącym zachowania poufności statusu serologicznego osób żyjących z HIV.

Tworzenie warunków uwzględniających potrzeby osób LGBTI

Tworzenie miejsc świadczenia usług w zakresie ochrony zdrowia, które są wrażliwe na potrzeby osób LGBTI oraz zapewnienie im włączającej i pełnej akceptacji opieki zdrowotnej, nie wymaga dużego wysiłku ani środków finansowych, ale szczególnej uwagi i determinacji. Realizacja tego zamysłu wymaga zastosowania podejścia opartego na modelu kompetencji kulturowych. Kompetencje kulturowe odnoszą się do zdolności właściwego uwzględniania różnic międzykulturowych w celu osiągnięcia praktycznych celów. Kompetencje te składają się z czterech głównych elementów: świadomość, postawa, wiedza i umiejętności²⁸.

Świadomość

Ważne jest, aby zbadać nasze własne wartości i przekonania dotyczące wszelkich głęboko zakorzenionych uprzedzeń i stereotypów, mogących tworzyć bariery dla nauki, rozwoju osobistego i wykonywanej pracy. Wiele osób może nie zdawać sobie sprawy ze swoich przekonań i wartości. Pomocna w ich odkrywaniu może być edukacja w zakresie różnorodności.

Postawa

Wartości i przekonania mają wpływ na kwestie kulturowe, ponieważ pokazują stopień, w jakim jesteśmy otwarci na różne poglądy i opinie. Im mocniej wierzymy w nasze przekonania i wartości, tym bardziej prawdopodobne jest, że

28 Training Programme for Community Health Workers (CHW) engaged in work with men who have sex with men (MSM) in Europe. ESTICOM – Training and Facilitator's Manual. European Commission, 2019

będziemy reagować emocjonalnie, gdy doświadczymy różnic kulturowych.

Wiedza

Im większą posiadamy wiedzę o ludziach pochodzących z różnych kultur i środowisk, tym bardziej prawdopodobne jest to, że będziemy w stanie uniknąć popełniania błędów. Wiedza o tym, jak kultura wpływa na rozwiązywanie problemów, zarządzanie ludźmi, zwracanie się o pomoc itp. może pomóc nam zachować się bardziej świadomie podczas wszelkich interakcji międzykulturowych.

Umiejętności

Można mieć „właściwą” postawę, znaczną samoświadomość i dużą wiedzę na temat różnic kulturowych, a mimo to nie umieć sobie z nimi skutecznie radzić. Jeśli nie wykształciliśmy umiejętności lub mieliśmy niewielkie szanse na ich praktykowanie, nasza wiedza i świadomość są niewystarczające, aby skutecznie unikać, a w razie potrzeby radzić sobie z różnymi problemami wynikającymi z różnic kulturowych.

Istnieje wiele prostych rozwiązań, które nie wymagają znacznych nakładów finansowych (czasem nie są one związane z żadnymi kosztami), które mogą poprawić jakość opieki zdrowotnej w taki sposób, aby była ona dostosowana do potrzeb osób LGBTI. Te czasem niewielkie działania mogą mieć ogromny wpływ na to, jak lesbijki, geje, osoby biseksualne, transpłciowe i interpłciowe czują się w placówce ochrony zdrowia, prowadząc do zapewnienia im lepszej opieki.

Proponowane działania na poziomie indywidualnym²⁹

- Unikaj założeń dotyczących czyjejś orientacji seksualnej, tożsamości płciowej, ekspresji płciowej lub zróżnicowanego rozwoju płciowego opartych na wyglądzie.
- Bądź świadoma/y stereotypów, uprzedzeń i błędnych wyobrażeń (również u siebie samej/ego).
- Bądź świadoma/y tego, że identyfikacja i zachowania ludzi nie są zawsze zgodne z tym, jak są oni postrzegani.
- Zawsze używaj właściwego imienia i zaimków w stosunku do osób transpłciowych, nawet jeśli nie są w danej chwili w pobliżu. Zwróć uwagę swoim koleżankom i kolegom, jeżeli używają niewłaściwych imion bądź zaimków.
- Nie plotkuj i nie żartuj z osób LGBTI. Reaguj, kiedy ktoś to robi.
- Pamiętaj o poufności danych osobowych pacjentów/pacjentek. Omawiaj orientację seksualną, tożsamość płciową lub zróżnicowany rozwój płciowy pacjentki lub pacjenta tylko z tymi osobami, które muszą o nich wiedzieć.
- Zwracaj szczególną uwagę na specyficzne kwestie zdrowotne i nierówności, których częściej doświadczają osoby LGBTI.

²⁹ Affirmative services for transgender and gender-diverse people. Best practices for frontline health care staff. National LGBT Health Education Center, Fenway Institute, 2020

- Umieść w miejscu pracy tęczaową flagę, inne symbole lub naklejki wskazujące na przyjazne nastawienie dla osób LGBTI, zadбай o neutralne płciowo łazienki.

Proponowane działania na poziomie instytucjonalnym

- Rozwieś plakaty, rozłóż ulotki lub czasopisma przedstawiające pary osób tej samej płci, osoby transpłciowe bądź interpłciowe w placówce ochrony zdrowia (np. w poczekalni); rozważ także wykorzystanie plakatów organizacji pozarządowych zajmujących się tematyką LGBTI lub HIV/AIDS. Jeśli to możliwe przygotuj je w różnych językach.
- Podziel się z osobami z zespołu materiałami informacyjnymi dotyczącymi problemów zdrowotnych osób LGBTI.
- Obchodź w swoim miejscu pracy wydarzenia takie jak Światowy Dzień Walki z AIDS – 1 grudnia, Miesiąc Dumi LGBTI (czerwiec), Międzynarodowy Dzień Widoczności Osób Transpłciowych – 31 marca.
- Wprowadź zasady umożliwiające osobom transpłciowym i interpłciowym korzystanie z łazienki, która najbardziej odpowiada ich potrzebom.
- Dopasuj formularze dokumentacji medycznej uwzględniając dodatkowe rubryki (np. oficjalne imię i nazwisko, imię i nazwisko preferowane, tożsamość płciowa i preferowany zaimek).
- Zorganizuj/zaproponuj zorganizowanie szkolenia dla całego personelu, służącego rozwijaniu kompetencji do pracy z osobami LGBTI.
- Promuj widoczność personelu LGBTI poprzez tworzenie bezpiecznej i komfortowej atmosfery, zachęcającej do ujawnienia się.
- Uwzględnij włączającą politykę antydyskryminacyjną dotyczącą orientacji seksualnej, tożsamości płciowej, ekspresji płciowej i zróżnicowanego rozwoju płciowego zarówno dla personelu, jak i dla pacjentów i pacjentek. Upewnij się, że są one ogólnie dostępne.
- Opracuj jasną procedurę rozpatrywania skarg, uwag i pytań zarówno od personelu, jak i od pacjentów i pacjentek.
- Zapoznaj się z internetowymi i lokalnymi zasobami informacyjnymi dotyczącymi osób LGBTI (strony internetowe, organizacje pozarządowe).

Dodatkowe źródła informacji

Poniżej znajdują się wybrane, rekomendowane przez nas zasoby internetowe dotyczące zagadnień zdrowia osób LGBTI, a także przydatne kontakty do organizacji pozarządowych i instytucji krajowych i unijnych.

Strona projektu:
www.opendoorshhealth.eu

Źródła międzynarodowe:

- Center of Excellence for Transgender Health www.transhealth.ucsf.edu
- Centers for Disease Control and Prevention: Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Health: www.cdc.gov/lgbthealth
- Gender Spectrum www.gender-spectrum.org
- InterAct www.interactadvocates.org
- National LGBT Health Education Center www.lgbthealtheducation.org
- European Professional Association for Transgender Health www.eopath.org
- World Professional Association for Transgender Health Standards of Care www.wpath.org

Europejskie organizacje LGBTI:

- ILGA-Europe: www.ilga-europe.org/resources/thematic/health
- Organisation Intersex International Europe: www.oii-europe.org
- Transgender Europe: www.tgeu.org

Organizacje LGBTI w Polsce:

- Lambda Warszawa: lambdawarszawa.org
- Kampania Przeciw Homofobii kph.org.pl
- Transfuzja: transfuzja.org
- Fundacja Interakcja: interakcja.org.pl
- Tęczówka: teczowka.org.pl

Bibliografia

- Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Community: A Field Guide, 2014.
- Affirmative services for transgender and gender-diverse people. Best practices for frontline health care staff. National LGBT Health Education Center, Fenway Institute, 2020.
- Guidelines for care of lesbian, gay, bisexual, and transgender patients, GLMA, 2006.
- Health4LGBTI Training. Reducing health inequalities experienced by LGBTI people: what is your role as a health professional?, Health4LGBTI project, European Union, 2018.
- Providing inclusive services and care for LGBT people. National LGBT Health Education Center, Fenway Institute, 2016.
- Training Programme for Community Health Workers (CHW) engaged in work with men who have sex with men (MSM) in Europe. ESTICOM – Training and Facilitator’s Manual. European Commission, 2019.

OPEN
DOORS

