

Zdrowie LGBT

Przewodnik

dla kadry

medycznej

Redakcja:

dr Robert Kowalczyk

Marcin Rodzinka

dr hab. Marek Krzystanek



Zdrowie LGBT

Przewodnik dla kadry medycznej

Zdrowie LGBT

Przewodnik

dla kadry medycznej

Redakcja:
dr Robert Kowalczyk
Marcin Rodzinka
dr hab. Marek Krzystanek

Autorstwo:

Małgorzata Abramowska
dr Katarzyna Bojarska
Agata Chaber
Wiktor Dynarski
Ruth Hunt
Izabela Jąderek
dr Robert Kowalczyk
prof. Irena Krupka-Matuszczyk
dr hab. Marek Krzystanek
dr Agata Loewe
Anna Mazurczak
Marcin Rodzinka
dr Dorota Rogowska-Szadkowska
Franciszka Sady

Tłumaczenie: Franciszka Sady

Redakcja językowa: Marcin Teodorczyk

Opracowanie graficzne i dtp: Artur Gąsieniec

Wydawca: Kampania Przeciw Homofobii

© Copyright by Kampania Przeciw Homofobii, Warszawa 2016

ISBN: 978-83-924950-2-4

Publikacja nieodpłatna, nie może być sprzedawana. Wszelkie prawa zastrzeżone. Przedruk, kopiowanie, skracanie, wykorzystanie całości tekstu lub jego fragmentu może być dokonywane wyłącznie w celach niekomercyjnych, pod warunkiem podania źródła.

Publikacja zawiera tłumaczenie fragmentów: Hunt R., Cozens C., (2009), *Sexual orientation A practical guide for the NHS*, Department of Health, UK.

Publikacja wydana w ramach projektu
„Pełny dostęp – edukacja dla sektora ochrony zdrowia”
w ramach programu Obywatele dla Demokracji finansowanego z Funduszy EOG

Spis treści

Wstęp

| | |
|---|----------|
| Zrozumienie potrzeb pacjentów i pacjentek LGBT | 7 |
|---|----------|

Rozdział 1.

| | |
|---|-----------|
| Specyficzne potrzeby zdrowotne osób LGBT | 11 |
|---|-----------|

| | |
|--|----|
| • Ogólne potrzeby zdrowotne cispłciowych mężczyzn nieheteroseksualnych | 16 |
| • Ogólne potrzeby zdrowotne cispłciowych kobiet nieheteroseksualnych | 17 |
| • Ogólne potrzeby zdrowotne osób transpłciowych | 18 |
| • Spożywanie alkoholu | 20 |
| • Palenie tytoniu | 21 |
| • Spożycie narkotyków | 22 |
| • Zdrowie psychiczne | 22 |
| • Zdrowie seksualne | 28 |
| • HIV/AIDS | 28 |
| • Zdrowie seksualne mężczyzn w kontekście epidemii HIV/AIDS | 29 |
| • Zdrowie seksualne kobiet | 31 |
| • Osoby LGB z mniejszości narodowych, etnicznych oraz wspólnot religijnych | 31 |
| • Wierzące osoby LGBT | 32 |
| • Osoby LGBT z niepełnosprawnością | 32 |
| • Młode osoby LGBT | 33 |
| • Zapewnienie bezpieczeństwa młodym osobom | 34 |
| • Osoby transpłciowe a dojrzewanie | 35 |
| • Zaburzenia identyfikacji płciowej | 36 |
| • Zaburzenia identyfikacji płciowej w dzieciństwie | 37 |
| • Starsze osoby LGBT | 39 |
| • Rodzicielstwo i rodziny LGBT | 41 |
| • Macierzyństwo, ciąża i płodność LB | 44 |
| • Rodzicielstwo osób transpłciowych | 45 |

| | |
|--|----|
| • Rodzicielstwo adopcyjne osób transpłciowych | 46 |
| • Rodzicielstwo transpłciowe przez przysposobienie | 46 |
| • Rodzicielstwo transpłciowe biologiczne | 46 |
| • Rodzicielstwo transpłciowe metodą in vitro bądź dzięki dawcy | 47 |
| • Przemoc domowa i przemoc wobec osób tej samej płci | 47 |
| • Podsumowanie | 48 |

Rozdział 2.

Prawa pacjenta LGBT **49**

| | |
|---|----|
| • Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych | 51 |
| • Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych | 52 |
| • Prawo pacjenta do godności i intymności | 53 |
| • Prawo dostępu do informacji o stanie zdrowia | 54 |
| • Prawo pacjenta dostępu do dokumentacji medycznej | 55 |

Rozdział 3.

Wskazówki praktyczne **57**

| | |
|---|----|
| • Jak zapewnić inkluzywną opiekę mężczyznom homoseksualnym oraz mężczyznom, którzy mają kontakty seksualne z mężczyznami? | 57 |
| • Jak zapewnić inkluzywną opiekę kobietom homoseksualnym oraz kobietom, które utrzymują kontakty seksualne z kobietami? | 58 |
| • Jak zapewnić inkluzywną opiekę zdrowotną osobom biseksualnym? | 60 |
| • Komunikacja z osobami transpłciowymi | 61 |
| • Zachęcanie do coming outu | 61 |

| | |
|----------------------|----|
| Ustawy i akty prawne | 65 |
|----------------------|----|

| | |
|--------------|----|
| Bibliografia | 65 |
|--------------|----|

Wstęp

Zrozumienie potrzeb pacjentów i pacjentek LGBT

Ocenia się, że osoby homoseksualne stanowią około 10% populacji męskiej i około 4% żeńskiej (tzn. około 7% populacji generalnej). W Stanach Zjednoczonych ponad 35% ludzi miało w swoim życiu co najmniej jedno doświadczenie homoseksualne, natomiast aż 14% osób deklaruje utrzymywanie kontaktów biseksualnych. Osoby homoseksualne i biseksualne z trudem znajdują dla siebie miejsce w heteroseksualnym społeczeństwie, powodem tego są ostracyzm, wykluczenie społeczne, **homofobia** czy **heteroseksizm**.

W związku z tym osoby LGBT często funkcjonują „w ukryciu”, nie ujawniając swoich zachowań najbliższemu otoczeniu, przez to mają problem z dotarciem do wiarygodnych i dostosowanych do ich potrzeb informacji na temat zdrowia seksualnego i infekcji przenoszonych drogą płciową (STI) itp.

Z uwagi na lęk i obawy, żywione również w stosunku do personelu medycznego, osoby homoseksualne i biseksualne często unikają kontaktu z podstawową opieką zdrowotną. Porównanie mniejszości seksualnej lub płciowej do mniejszości rasowych czy etnicznych nie jest jednak zbyt trafne. Orientacja seksualna, jak również tożsamość płciowa, nie są przekazywane z pokolenia na pokolenie. Osoby homoseksualne, biseksualne oraz transpłciowe nie mają naturalnego

HOMOFOBIA

Strach, lęk, niechęć, opór, awersja, drażliwość, gniew, złość czy dyskryminacja żywione wobec osób o orientacji homoseksualnej; lęk przed kontaktem z nimi, z obawy przed rozpoznaniem u siebie niepożądanych cech homoseksualnych, byciem o nie posądzonym lub też „zarażeniem” się inną orientacją seksualną od osób homoseksualnych. Odpowiednikiem takiej postawy wykazywanej wobec osób biseksualnych jest bifobia. Podobna postawa i przekonania żywione wobec osób transpłciowych to transfobia. Jednak podstawą w tym przypadku jest tożsamość płciowa, a nie – jak w przypadku homofobii i bifobii – orientacja seksualna.

HETEROSEKSIZM

Przekonanie, że orientacja heteroseksualna jest lepsza i ważniejsza od innych orientacji, a także faworyzowanie jej w życiu publicznym.

TRANZYCJA

Proces korekty płci obejmujący diagnozę medyczno-psychologiczną, terapię hormonalną, uzgodnienie płci metrykalnej, zmianę dokumentów tożsamości, a także zabiegi mające na celu jak najlepsze upodobnienia ciała do płci odczuwanej (np. zabiegi feminizujące twarz, rekonstrukcja klatki piersiowej, zabiegi chirurgiczne). Według klasyfikacji ICD-10 osoba dokonująca korekty w kierunku płci żeńskiej nazywana jest „transkobietą”, a w kierunku płci męskiej – „transmężczyzną”.

NIEHETERONORMATYWNOŚĆ

Pojemne określenie oznaczające osoby inne niż heteroseksualne.

TRANSPŁCIOWOŚĆ

Termin odnoszący się do osób, których tożsamość płciowa jest odmienna od przypisanej płci metrykalnej.

środowiska rodzinnego, które chroniłoby ich przed uprzedzeniem i agresją ze strony kultury dominującej. Ponadto seksualność można ukryć i udawać publicznie (np. osoby homoseksualne zawierają małżeństwa z osobą innej płci), co dość często ma miejsce. Ukrywanie swojej orientacji seksualnej jest główną przyczyną istnienia tzw. *ciemnej liczby*, czyli niemożności precyzyjnego określenia, jaki jest faktycznie udział osób **nieheteronormatywnych** w populacji generalnej (stąd podawane szacunki 10% i 4% dotyczą jedynie osób jawnie deklarujących się jako homoseksualne).

Od czasu wykreślenia homoseksualności i biseksualności jako jednostki psychopatologicznej z klasyfikacji medycznej DSM-III-R oraz ICD-10, wszelkie próby kwestionowania decyzji międzynarodowych zespołów specjalistów powinny być traktowane jako przejaw uprzedzeń społecznych i postaw dyskryminacyjnych niemających podłoża medycznego, a jedynie ideologiczne oraz światopoglądowe. Orientacje nieheteroseksualne nie mogą być także uznawane za przejaw odchylenia od normy (w sensie statystycznym, demograficznym, socjologicznym, psychologicznym, medycznym czy biologicznym, zachowania nieheteroseksualne są typową składową zachowań relatywnie stałej części populacji ludzkiej oraz innych ssaków, zwłaszcza z rzędu naczelnych). Natomiast uprzedzenia wobec nich wpływają negatywnie na zdrowie psychiczne każdej narażonej na taką dyskryminację jednostki.

Warto także wspomnieć o innym zjawisku, jakim jest **transpłciowość**.

W DSM-IV *zaburzenia identyfikacji płciowej* były powiązane z zaburzeniami seksualnymi (ang. *Sexual and Gender Identity Disorders*). Od 2013 roku, czyli od daty wydania nowej klasyfikacji DSM-5, dysforia płciowa (ang. *Gender Dysphoria*) stanowi odrębną kategorię. Sytuację tę wyjaśnia się następująco: kwestia ta nie dotyczy wyłącznie seksualności, lecz całego obszaru egzystencji danej jednostki. Dysforia płciowa jako nowy obowiązujący termin w klasyfikacji zwraca uwagę, że źródłem cierpienia jest nie tylko ciało, lecz także brak dostępu do procedur medycznych. Ponadto podkreśla, że pełna **transycja** osoby nie jest warunkiem koniecznym, a także zmniejsza stygmatyzację przy dostępie do pełnej opieki zdrowotnej.

ORIENTACJA SEKSUALNA

Trwała lub względnie trwała, w przekroju życia jednostki, preferencja emocjonalno-uczuciowa, psychiczna, fizyczna i seksualna osoby lub osób o określonej płci biopsychospołecznej.

Przykłady:

- heteroseksualność (preferencja osób o odmiennej płci),
- homoseksualność (preferencja osób o tej samej płci),
- biseksualność (preferencja zarówno kobiet, jak i mężczyzn),
- aseksualność (deklarowany, niewynikający z zaburzeń czy urazów psychicznych brak pociągu fizycznego, emocjonalnego czy seksualnego do innych osób).

W literaturze postuluje się od pewnego czasu również wyróżnianie orientacji autoerotycznej (tzn. skupionej w dominującym stopniu na własnej osobie).

Terminem pozamedycznym, budzącym niekiedy pewne kontrowersje, jest także „panseksualność”, mająca w praktyce oznaczać brak rozgraniczeń w swoich dążeniach do binarnego podziału na kobietę i mężczyznę, obejmując tym samym również osoby transpłciowe, queer, niezadeklarowane, niepewne swej przynależności do układu norm psychospołecznych (np. gender fluid), wszystkie orientacje seksualne oraz tożsamości płciowe. Pogląd ten odnosi się w większym stopniu raczej do filozofii życia cechującej się dążeniem do unikania ostrych granic, większą elastycznością płciową oraz otwartością na doświadczenia niż do oficjalnego stanowiska WHO.

TOŻSAMOŚĆ PŁCIOWA

Termin szeroki, odnoszący się do całokształtu funkcjonowania jednostki i oddający jej poczucie przynależności do danej płci fizycznej (żeńskiej/męskiej), psychicznej (o cechach stereotypowo bardziej kobiecych lub stereotypowo bardziej męskich) i społecznej (pasywnej i podporządkowanej vs. dominującej, uprzywilejowanej, sprawującej władzę).

W obszarze tożsamości płciowej może pojawić się również zjawisko niechęci lub też niemożności dopasowania jednostki do panujących obecnie oczekiwań społecznych, stąd osoby takie pozostają niezadeklarowane (np. queer, bez płci, płęć inna itp.). W krajach takich jak: Japonia, Australia, Wielka Brytania, Niemcy, Szwecja możliwe jest wręcz zadeklarowanie braku płci, płci nieokreślonej lub „płci X” – także w dokumentach metrykalnych.

Ponadto w wielu różnych kulturach (południowej Azji, np. Tajlandii, Singapurze, Indiach; Oceanii, społeczeństwach indiańskich; Albanii, Samoa, krajach południowoamerykańskich, Omanie) i religiach (hinduizm, sikhizm, szamanizm, totemizm) istnieje także przestrzeń kulturowa dla trzeciej płci, a niekiedy również dla ich pięciu lub nawet siedmiu odmian, z których każda ma swoją oddzielną nazwę, pakiet oczekiwań społecznych, przywilejów, a nierzadko również funkcji pełnionych w danej społeczności.

Rozdział 1.

Specyficzne potrzeby zdrowotne osób LGBT

Często pracownicy służby zdrowia, decydenci, a także sami pacjenci zakładają, że pacjenci i pacjentki LGBT (lesbijki, geje, osoby biseksualne i transpłciowe) nie mają specyficznych potrzeb związanych ze zdrowiem i jego ochroną, które wynikają z ich orientacji seksualnej czy tożsamości płciowej.

Bez względu na to, czy postawa taka wynika z żywionych uprzedzeń, braku wiedzy lub motywowana bywa próbą pomocy – nie jest to prawda. Pomimo że liczba badań przeprowadzonych w tym konkretnym obszarze jest ograniczona, ich wyniki wskazują, że pacjenci LGBT mają swoje określone potrzeby, które nie są zaspokajane w dostatecznym stopniu przez pracowników służby zdrowia, przez co osoby te doświadczają nie tylko dyskryminacji społecznej, lecz także dyskryminacji zdrowotnej czy naruszeń praw pacjentów. Nierówne traktowanie, homofobia, bifobia, transfobia lub inne postawy nieprzychylnie danej grupie społecznej mogą mieć duży wpływ na to, jak pacjenci LGBT traktowani są przez służbę zdrowia. Sam fakt, że osoby nieheteroseksualne nie są ukazywane, omawiane ani reprezentowane w publicznym kontekście sektora ochrony i opieki zdrowotnej (ich ewentualna obecność – jeśli takowa ma już miejsce – ogranicza się zazwyczaj do epidemiologicznych programów profilaktyki HIV/AIDS), sprawia, że lesbijki, osoby biseksualne i – z uwagi na szczególną stygmatyzację – geje, mogą czuć się z owego systemu wykluczeni. Stanowi to zaledwie jeden z wielu aspektów, w jakich osoby należące do tzw. *mniejszości seksualnych i/lub płciowych* doświadczają odmiennego traktowania ze strony sektora ochrony zdrowia i zdrowotnej polityki państwowej. Przyczynia się to do jeszcze dotkliwszego odczuwania natężonej presji społecznej, a tym samym do przeżywania odmiennych od reszty ludzi problemów i trudności, wpływających z kolei na ich wspomniane specyficzne potrzeby zdrowotne – zarówno w zakresie somatycznym, jak i psychicznym.

Ponadto doświadczenie dyskryminacji w innych sferach życia: w domu, szkole czy pracy, przyczynia się do tego, że osoby LGBT mogą niechętnie ujawniać swoją orientację seksualną lub tożsamość płciową lekarzowi pierwszego kontaktu, ponieważ obawiają się dyskryminacji,

Akronim określający „mężczyzn mających seks z innymi mężczyznami”, dotyczący szeroko rozumianego kontaktu seksualnego mężczyzna-mężczyzna bez względu na faktyczną orientację seksualną partnerów, a więc ujmując zarówno populację gejów, biseksualistów w relacji z innym mężczyzną, pracowników seksualnych niebędących homoseksualnymi lub biseksualnymi, mężczyzn nieidentyfikujących się ani jako biseksualnych, ani homoseksualnych oraz mężczyzn heteroseksualnych mających relacje seksualne z innym mężczyzną z różnych innych powodów (np. powodowanych impulsem, fascynacji osobą, przygody, ciekawości itp.).

wyśmiania, osądu, krytyki czy bagatelizowania problemów, z którymi się zgłosiły. Z tego też powodu, pacjenci i pacjentki mogą nie uzyskać odpowiedniej opieki zdrowotnej – zarówno tej w wymiarze odpowiadającym bezpośrednio potrzebom osób LGBT, jak i tej wynikającej z sytuacji właściwej, kompetentnej oraz profesjonalnej relacji specjalista-pacjent. Należy zatem stworzyć dogodne warunki dla rozwoju wzajemnego zaufania, szacunku i szczerości, a także postawy bezwzględnej poszanowania godności osobistej drugiego człowieka niezbędnych podczas świadczenia usług medycznych, psychologicznych oraz społecznych.

PRZYKŁADY NIEODPOWIEDNIH REAKCJI PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA PRZYTOCZONE OSOBIŚCIE PRZEZ PACJENTÓW I PACJENTKI LGBT:

- zaniebanie służbowe, niewłaściwe przeprowadzenie badania lub nawet odstąpienie od jego wykonania wynikające z negatywnej i prywatnej reakcji lekarza na zgłoszoną potrzebę pacjenta (np. niechęć do wykonania badania cytologicznego lesbijce);
- sugerowanie, że schorzenie zdiagnozowane u geja bądź mężczyzny, który ma kontakty seksualne z innymi mężczyznami (MSM), ma związek z potencjalnym zakażeniem HIV, pomimo iż powszechnie znaną jest wiedza, że WHO w swoich dyrektywach odstąpiła od wyróżniania specyficznych „grup ryzyka”, sformułowanych roboczo na początku epidemii HIV w latach 80. i 90. XX wieku, na rzecz zachowań niosących potencjalne niebezpieczeństwo zakażenia się STI;
- informowanie osób trzecich, że pacjent jest odmiennej orientacji seksualnej niż heteroseksualna, bez względu na zgodę czy wiedzę tej osoby, w sytuacji, gdy informacja ta nie ma związku z leczeniem (np. informowanie o tym fakcie współpracowników pacjenta w ramach „żartu”, z chęci przypodobania się otoczeniu, bagatelizowania powagi i konsekwencji tej sytuacji, a także z pogwałceniem tajemnicy lekarskiej oraz ustawowych praw pacjenta do ochrony danych osobowych);
- nieoferowanie usług kapelana szpitalnego z powodu subiektywnego przeświadczenia, że wszystkie osoby LGBT są niewierzące;
- odmowa przyjęcia pacjenta z powodu jego orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej (np. wyproszenie pacjenta z gabinetu bez podania przyczyny i/lub zaniechanie wykonania zabiegu – pomimo wcześniejszego umówienia się z daną osobą na termin wizyty, tuż po dowiedzeniu się o jej orientacji seksualnej);

ROZDZIAŁ 1. SPECYFICZNE POTRZEBY ZDROWOTNE OSÓB LGBT

- obraźliwe lub dyskryminujące komentowanie orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej pacjenta; zachowanie celowo uwłaczające godności drugiej osoby (np. motywowane prywatną niechęcią, zamiarem sprawienia drugiej osobie przykrości, zawstydzenia jej) czy postawa moralizująca, mająca na celu odwieśnienie pacjenta lub pacjentki od dalszego bycia gejem, lesbijką czy osobą biseksualną;
- molestowanie seksualne pacjenta lub pacjentki; zadawanie pytań niemających związku z procesem leczenia oraz niesłużącym diagnozie, będące w zamiarze chęcią zaspokojenia własnej ciekawości (np. wypytywanie pacjentki homoseksualnej o jej doświadczenia seksualne i wrażenia intymne płynące ze stosunku płciowego z inną kobietą).

Sektor ochrony zdrowia powinien oferować wyspecjalizowaną opiekę zdrowotną dopasowaną do potrzeb pacjentów z uwzględnieniem ich orientacji seksualnej (np. przyjęcie przez lekarza i niezostanie skrytykowanym lub wykpionym; realizowanie prawa do tajemnicy lekarskiej oraz prywatności życia osobistego; uwzględnianie przez lekarza możliwości posiadania odmiennej orientacji pacjenta itp.). Takie podejście sprawi, że poziom świadczonych usług skierowanych do tej szerokiej grupy pacjentów wzrośnie. Ponadto przyczyni się do budowania pozytywnej opinii i wizerunku służby zdrowia, by wzbudzać zaufanie osób LGBT i ich bliskich w celu zacieśnienia współpracy. Może to mieć pozytywny wpływ na rozpoznanie problemu w jego wczesnym stadium i wzrost skuteczności profilaktyki.

Koncentrowanie się na specyficznych potrzebach osób LGBT ma pozytywny wpływ na zdrowie pacjentów. Pracownicy opieki zdrowotnej powinni jednak współpracować z pacjentami przy podejmowaniu decyzji dotyczących oferowanych usług, aby odpowiadały one ich realnym potrzebom.

Każdy pacjent powinien odczuć indywidualne podejście do niego. Należy unikać przy tym stereotypów i przypuszczeń, a także szanować godność pacjenta oraz jego prawo do poufności. Te zasady postępowania odnoszą się do wszystkich pacjentów, również do osób LGBT. Korzystając z różnych usług, przedstawiciele grup mniejszościowych mają duże obawy odnośnie do jakości ochrony danych wrażliwych, dlatego należy zwrócić szczególną uwagę na sposób rejestrowania i przekazywania w obrębie zespołu danych dotyczących orientacji seksualnej.

ZDROWIE POPULACJI

Jakość życia człowieka związana jest z jego zdrowiem. Na całokształt zdrowia jednostki wpływa wiele czynników: fizyczne, psychiczne, społeczne, duchowe, seksualne i prokreacyjne. Według Lalonda, do czynników warunkujących zdrowie zaliczamy: styl życia, środowisko, biologię człowieka (m.in. czynniki genetyczne, wiek, płeć) i organizację opieki medycznej. Istnieją jednak czynniki społeczno-ekonomiczne wpływające na styl życia jednostki, które są od niej niezależne. Silny wpływ wykazują także determinanty biologiczne pozostające poza woliwną kontrolą człowieka. Takimi czynnikami są niewątpliwie orientacja seksualna oraz tożsamość płciowa. Cechy te, wspólnie lub każda z osobna, kształtują jednostkę jako całość, a także determinują jej społeczne funkcjonowanie, co przekłada się m.in. na występowanie specyficznych potrzeb zdrowotnych, dostęp do profesjonalnej opieki medycznej oraz częstsze lub rzadsze podejmowanie wybranych zachowań i ról społecznych. Możemy zatem mówić o tym, że orientacja

seksualna i tożsamość płciowa mają wpływ pośredni i bezpośredni na zdrowie jednostki.

- Wpływ bezpośredni – oddziaływanie na stan zdrowia przez mechanizmy biologiczne zachodzące w organizmie człowieka wynikające z określonej orientacji seksualnej i/lub tożsamości płciowej, np. zmiany hormonalne w wyniku małej liczby ciąży.
- Wpływ pośredni – oddziaływanie na stan zdrowia czynników wynikających z sytuacji społecznej oraz z przejawianych zachowań osób o określonej orientacji seksualnej, np. depresja oraz zaburzenia lękowe, będące wynikiem występowania dyskryminacji i/lub przemocy w szkole.

Według dwóch niezależnych organizacji: amerykańskiego stowarzyszenia pozarządowego **Gay and Lesbian Medical Association** (GLMA, www.glma.org) oraz rządowego **Centers for Disease Control and Prevention** (CDC, www.cdc.gov/lgbthealth/) potrzeby zdrowotne populacji osób LGBT mogą się różnić od tych, które cechują populację heteroseksualną i cisplciową. Nie oznacza to, że różnice będą obserwowane w każdym przypadku, a jedynie

fakt, że ich bardziej zauważalna obecność u osób nieheteroseksualnych i transpłciowych powinna determinować skierowanie szczególnej uwagi personelu medycznego na niektóre z nich. Specyficzne potrzeby zdrowotne obejmują problemy z zakresem:

- niektórych chorób nowotworowych,
- chorób zakaźnych,
- chorób przenoszonych drogą płciową,
- zdrowia psychicznego i uzależnień,
- chorób sercowo-naczyniowych,
- problemów z otyłością,
- izolacji społecznej.

Należy przy tym zwrócić uwagę, że przypadłości, na jakie narażone są częściej osoby nieheteroseksualne i transpłciowe, nie tylko obejmują specyficznych dla nich chorób fizycznych, które wtórnie wpływają na ich zdrowie emocjonalne i możliwość integracji ze środowiskiem, lecz także są czynniki dyskryminacyjne i przemocowe, dotyczące zarówno młodych osób, jak i dorosłych. Konsekwencje wynikające z takich zachowań i postaw, jak np. osamotnienie, poczucie winy czy wstyd z powodu tego, kim się jest, ucieczka w alkohol bądź narkotyki, nadużywanie leków, próby samobójcze czy samobójstwa, kwestionowanie własnej tożsamości seksualnej czy psychicznej (**orientacja egodystoniczna**) itp. Nie są to zachowania zakorzenione bezpośrednio w osobie (choć często bywają rozpoznawane jako zaburzenie), lecz wynikają bezpośrednio z systemu społecznego, uprzedzeń, agresji, który akcentuje

ORIENTACJA EGODYSTONICZNA

Orientacja seksualna niezgodna z ego (F66.1), najczęściej przejawia się chęcią zmiany swojej faktycznej orientacji seksualnej z powodu doznawanej dyskryminacji społecznej, przemocy, agresji czy dysonansu poznawczo-emocjonalnego w obrębie wyznawanej religii, identyfikacji z jakąś grupą, aspiracji przynależności do grupy dyskryminacyjnej (np. ze względu na swoje środowisko: rodzinę, miejsce zamieszkania, wychowanie, znajomych) itp., czego objawem są problemy i zaburzenia psychiczne (w tym emocjonalne) lub zaburzenia zachowania.

Osoby takie są szczególnie podatne na wpływy i manipulacje, gdy chcą desperacko przeciwdziałać sytuacji konfliktogennej. Często stanowią one większość osób poszukujących pomocy w tzw. „terapiach konwersyjnych”, wierząc w ich skuteczność reparatorną.

różnice między ludźmi i izoluje jednostki odbiegające od społecznego wzorca zachowań czy normy w nim przyjętej.

Stały Komitet Lekarzy Europejskich, World Professional Association for Transgender Health, Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne i powołana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) Grupa Robocza ds. Klasyfikacji Zaburzeń Seksualnych i Zdrowia Seksualnego w 2014 roku zarekomendowały WHO usunięcie tej kategorii diagnostycznej z klasyfikacji ICD-11, której publikacja jest planowana na rok 2018.

Większa skłonność do depresji, używek i zachowań autodestrukcyjnych nie jest specyfiką endogenną osób należących do mniejszości społecznych, lecz stanowi niekonstruktywną, często obciążoną tragediami ludzkimi, reakcją adaptacyjną na wykluczenie społeczne, marginalizację i stygmatyzację ze strony reszty społeczeństwa.

W Polsce stosunkowo częsta jest postawa braku akceptacji wobec osób LGBT: 84% z nich **obawia się o swoje bezpieczeństwo** z powodu dyskryminacji, 20,2% **doświadczyło agresji fizycznej**, 54,6% – **agresji psychologicznej** i aż 23,5% **odczuwa nietolerancję w kontakcie ze służbą zdrowia**.

Dla pracowników służby zdrowia ważne jest, by zmierzli się oni ze swoimi własnymi uprzedzeniami i stereotypami na temat osób LGBT. W pracy z takimi pacjentami, ale również z innymi osobami doświadczającymi nieprzychylności ze strony społeczeństwa, ważna jest otwartość i umiejętność odcięcia się od dokonywania jakichkolwiek ocen. Tymczasem, jak wskazują statystyki oraz relacje samych poszkodowanych, ze strony personelu medycznego osoby nieheteroseksualne doświadczają obraźliwych i poniżających komentarzy, uznawania homoseksualizmu za chorobę czy dewiację moralną. Zgłaszają także brak możliwości upoważnienia partnera lub partnerki do otrzymywania informacji o swoim stanie zdrowia.

Kiedy mowa o zdrowiu populacji LGBT, należy zwrócić uwagę, że zakres tematyczny, który obejmuje zarówno specyficzne dla tej grupy osób objawy związane ze zdrowiem, dotyczy również powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej, dostępu do edukacji dla lekarzy oraz rozwoju wiedzy z tego zakresu. Definicji „zdrowia” Światowej Organizacji Zdrowia z 1946 roku odnosi się do obszarów uznanych jako: zdrowie emocjonalne, zdrowie fizyczne i zdrowie społeczne. Tym samym zdrowie to nie tylko brak choroby, lecz także realizowanie własnych zdolności, radzenie sobie ze stresem czy trudnymi sytuacjami życiowymi, produktywność, efektywność, możliwość współpracy z grupą społeczną.

Model wsparcia w zakresie zdrowia powinien zatem uwzględniać zarówno prewencyjne ingerowanie w funkcjonowanie zaburzone, jak i profilaktyczne dążenie do stanu optymalnego, w kontekście adekwatności do warunków życia człowieka i ze zwróceniem uwagi na jego złożoność.

Nie można również zapominać, że warunkiem zdrowia populacji LGBT jest dostęp specjalistów do wiedzy medycznej i stosownych umiejętności interpersonalnych (np. kompetencji w zakresie prowadzenia wywiadu). Niestety nauczanie aspektów dotyczących specyfiki niesienia pomocy medycznej osobom LGBT jest na studiach medycznych, pielęgniarstkich czy psychologicznych pomijane lub bagatelizowane. Studenci nie wiedzą zatem o takich kursach lub nie zgłaszają ich zapotrzebowania. W rezultacie przyszli specjaliści nie znają odpowiedniego języka, nie mają narzędzi, nie wiedzą, w jaki sposób rozmawiać z osobą

dyskryminowaną, ale również nie mają odpowiednio uwrażliwionej świadomości dotyczącej specyfiki ich pacjentów. Jak wskazują badania Instytutu PAN, w Polsce jest około 2 mln pacjentów biseksualnych lub homoseksualnych, a odsetek osób transpłciowych wynosi nawet 1% populacji generalnej.

Ogólne potrzeby zdrowotne

cispłciowych mężczyzn nieheteroseksualnych

Do tej pory przeprowadzono wiele badań obejmujących duże próby dotyczących potrzeb zdrowotnych cispłciowych mężczyzn homoseksualnych. W większości na ogół skupiają się one przede wszystkim na ich zachowaniach seksualnych oraz profilaktyce, leczeniu i działaniach z zakresu polityki społecznej dotyczących HIV i AIDS. Nie ulega wątpliwości, że mężczyźni homoseksualni mają także inne potrzeby dotyczące opieki zdrowotnej, niezwiązane z ich aktywnością seksualną czy profilaktyką HIV. Kładzenie nacisku na zdrowie seksualne utrwała przekonanie, że potrzeby gejów związane z opieką zdrowotną dotyczą tego, CO „robią”, a nie tego, KIM są. Takie podejście ma wpływ na stygmatyzujące postrzeganie związków jednopłciowych w społeczeństwie. Skupianie się na samej aktywności seksualnej może sugerować młodym i dorosłym mężczyznom, którzy dopiero odkrywają swoją seksualność, że w byciu gejem chodzi jedynie o seks i rozładowywanie napięcia fizjologicznego, co z kolei nie ma związku z kulturą oraz stylem życia osoby nieheteronormatywnej. To może mieć z kolei wpływ na ich przyszłe związki i zaniżone poczucie własnej wartości (choćby poprzez fakt bycia sprowadzonym do poziomu reaktywnego organu płciowego).

Badania w Polsce i na świecie wykazują, że mężczyźni homoseksualni woleliby dzielić się informacją na temat swojej orientacji seksualnej z pracownikami służby zdrowia, ale robią to niechętnie, ponieważ obawiają się dyskryminacji. Raporty wykazują ponadto, że niektórzy mężczyźni homoseksualni są szczególnie zainteresowani kwestiami związanymi ze zdrowiem psychicznym, zachowaniami seksualnymi, bezpiecznym seksem, otyłością oraz zaburzeniami odżywiania, brakiem autorytetów i związkami. Niektórzy poszukują także informacji związanych z problemami palenia tytoniu, spożywania alkoholu, spożywania alkoholu i zażywania substancji psychoaktywnych, co można tłumaczyć większą skłonnością do poszukiwania przez osoby LGBT odprężenia czy ucieczki od problemów w substancjach wykazujących działanie normotymiczne i psychoaktywne.

NOWOTWORY U MĘŻCZYZN

Na zachorowanie na nowotwór narażony jest każdy człowiek, bez względu na orientację seksualną. Badania wykazały, że mężczyźni homoseksualni z powodu swojej orientacji seksualnej są bardziej narażeni na niektóre jego typy. Stwierdzono także, że istnieje podwyższone ryzyko wystąpienia pewnych nowotworów, takich

jak nowotwór płuc czy nowotwór wątroby, z powodu trybu życia i uwarunkowań społecznych tej grupy. Mężczyźni homoseksualni są także bardziej narażeni na zachorowanie na nowotwór jądra, ponieważ są mniej receptywni na kampanie społeczne i komunikaty profilaktyczne nawołujące do częstszego badania się.

Niektóre badania wykazują również, że geje są bardziej narażeni na zachorowanie na nowotwory odbytnicy i prostaty. Mężczyźni niezakażeni HIV we wszystkich grupach wiekowych, którzy mają kontakty seksualne z innymi mężczyznami, wykazują się wyższym poziomem występowania komórek blastycznych. Związane jest to z ekspozycją na wirus brodawczaka ludzkiego (HPV), co może tłumaczyć wyższy poziom zachorowań na raka odbytnicy.

Ogólne potrzeby zdrowotne cisplciowych kobiet nieheteroseksualnych

Niewiele wiadomo na temat potrzeb zdrowotnych kobiet homoseksualnych. Zaobserwowano jedynie, że również mają swoje specyficzne oczekiwania dotyczące opieki zdrowotnej, które, podobnie jak u gejów, nie są w pełni realizowane przez pracowników służby zdrowia.

Badania wykazują ponadto, iż lesbijki nie są responsywne na informacje dotyczące profilaktyki zdrowotnej, nie szukają też pomocy ani wsparcia w sektorze ochrony zdrowia. Potrzeby kobiet homoseksualnych w zakresie zdrowia dotyczą zaś na ogół takich zagadnień, jak: płodność, ciąża, zdrowie seksualne i zdrowie psychiczne. Część z nich jest też szczególnie zainteresowana problemami otyłości, zaburzeń odżywiania czy samookaleceń, palenia tytoniu, picia alkoholu oraz spożywania narkotyków. Analogicznie, jak w przypadku mężczyzn homoseksualnych, analiza danych dotyczących lesbijek wskazuje, że one również chciałyby ujawniać swoją orientację seksualną lekarzom pierwszego kontaktu, ale na ogół czynią to niechętnie z obawy przed dyskryminacją. W wyniku tego usługi świadczone przez pracowników służby zdrowia mogą być niezgodne z ich potrzebami, np. pacjentka może kontynuować przyjmowanie tabletek antykoncepcyjnych, czego nie wymaga jej sytuacja, zamiast przyznać, że jest lesbijką. Warto też pamiętać o tym, że identyfikowanie się jako lesbijka nie oznacza, że dana osoba przez całe życie pozostawała w związkach jednopłciowych. Niektóre kobiety postrzegające siebie i deklarujące się jako lesbijki nadal mają kontakty seksualne z mężczyznami bądź też miały takowe w przeszłości. Wiele młodych lesbijek i kobiet biseksualnych przeszło inicjację seksualną z mężczyznami, co może mieć swoje przełożenie na określone aspekty zdrowia seksualnego, takie jak niechciana ciąża bądź choroby intymne. Ponadto wcześniejsze kontakty seksualne z mężczyznami mogą mieć wpływ na całkiem typowe potrzeby związane z opieką zdrowotną. Niekiedy funkcjonuje jednak zupełnie absurdalne przekonanie, zarówno wśród samych pacjentek, jak i wśród opinii publicznej, że kobiety homoseksualne nie muszą korzystać z konsultacji ginekologicznych z uwagi na charakter ich relacji intymnych – niezagrażonych ciążą czy infekcjami przenoszonymi drogą płciową.

NOWOTWORY U KOBIET

W kwestii kobiet nieheteroseksualnych szczególnie wiele uwagi poświęca się częstotliwości występowania u nich nowotworu piersi zgodnie z przekonaniem, że są one na niego bardziej narażone niż kobiety heteroseksualne. To założenie opiera się na konkretnych czynnikach ryzyka, które częściej pojawiają się właśnie u lesbijek, takich jak np. nieodpowiednia dieta. Uznaje się także, że kobiety homoseksualne są bardziej podatne na raka piersi, ponieważ istnieje u nich prawdopodobieństwo, że nie zjadą w ciążę lub zjadą w nią w późniejszym wieku – z tego powodu ich organizm nie przestaje produkować estrogenów. Jak się natomiast sądzi, może to podwyższać ryzyko wystąpienia u nich nowotworu piersi, ale konieczne są dalsze badania, by potwierdzić tę hipotezę.

Jak już wspomniano, niektórzy lekarze uważają, że nie ma konieczności wykonywania badania cytologicznego u lesbijek. To przekonanie wynika z założenia, że rak szyjki macicy spowodowany jest ekspozycją tejże na prostaglandyny występujące w spermie. Niemniej badania wykazują, że istnieją inne czynniki ryzyka raka szyjki macicy, takie jak wirus brodawczaka ludzkiego, aktywność seksualna (w tym heteroseksualny seks bez zabezpieczenia w młodym wieku, co może odnosić się także do lesbijek), palenie tytoniu oraz dieta. W efekcie zaś, jako iż niektóre z kobiet homoseksualnych uprawiały seks z mężczyznami, a lesbijki palą na ogół więcej tytoniu niż kobiety heteroseksualne, ponadto często stosują niepełnowartościową dietę, ryzyko zachorowania może być u nich relatywnie większe. W świetle aktualnych wyników badań, wszystkie kobiety przed 65. rokiem życia i te, które nie miały przeprowadzanego zabiegu usunięcia macicy, szyjki macicy, powinny wykonywać badanie cytologiczne.

Ogólne potrzeby zdrowotne osób transpłciowych

OSOBA CISPŁCIOWA

Osoba, której tożsamość płciowa pozostaje w zgodzie z oznaczoną po urodzeniu zgodnie z oczekiwaniami społecznymi odnośnie do dalszego rozwoju biologicznego, psychicznego i społecznego.

Nastawienie społeczne wobec osób transpłciowych zmienia się na lepsze, ale wciąż panuje przekonanie, że istnieją tylko dwie płcie (męska i żeńska), a płeć zostaje przypisana jednostce podczas narodzin i nie może zostać zmieniona.

Osoby transpłciowe nadal stykają się z uprzedzeniami, których następstwem są ograniczenia i utrudnienia: na rynku pracy (pomimo regulacji prawnych zakazujących dyskryminacji), w kontaktach społecznych, w dostępie do dóbr i usług, w sytuacji mieszkaniowej, w odniesieniu do sytuacji zdrowotnej,

w kwestii bezpieczeństwa w sferze prywatnej i publicznej oraz w dostępie do służby zdrowia i opieki społecznej.

„Transpłciowość” to szerszy termin odnoszący się do jednostek, których tożsamość płciowa nie zgadza się z płcią przypisaną. Transpłciowość może łączyć się także z tranzycją społeczną, medyczną lub prawnym uzgodnieniem płci.

Osoby transpłciowe przeżywają część lub całość życia w preferowanej roli płciowej – niektóre stosują terapię hormonalną w celu zmiany wyglądu ciała, mogą też decydować się na różnorodne operacje korekty płci. Transpłciowość zawiera w sobie także takie terminy, jak „crossdressing” i „transwestytyzm”. Osoby transseksualne to osoby mające jasno określoną

męską lub żeńską tożsamość, która nie jest spójna z oznaczeniem płci nadanym po urodzeniu, późniejszą socjalizacją i rozwojem ciała. Osoba dokonująca tranzycji z płci żeńskiej na męską to transmężczyzna, natomiast osoba dokonująca tranzycji z płci męskiej na żeńską to transkobieta. Po zakończonej korekcie i wejściu w odczuwaną rolę płciową wiele osób woli być określanymi po prostu jako kobiety bądź mężczyźni, bez przedrostka „trans”.

Osoby transpłciowe były przez długi czas niewidoczne, żyły w ukryciu i nie tworzyły społeczności. Od jakiegoś czasu ten stan rzeczy zmienia się, osoby transpłciowe komunikują się ze sobą za pośrednictwem internetu i tworzą społeczność, która walczy o swój status prawny i bezpieczeństwo.

Osoby transpłciowe mogą być heteroseksualne, homoseksualne bądź biseksualne lub używać innych określeń na swoją seksualność. Mogą być osobami z niepełnosprawnością. Zdarza się, że swoją transpłciowość odkrywają w bardzo młodym wieku – zachowania transpłciowe występują nawet u trzylatków i czterolatek. Osoby transpłciowe mogą także wywodzić się z mniejszości narodowych bądź etnicznych, jednak z powodu kulturowego i religijnego konserwatyizmu charakteryzującego niektóre z tych społeczności mogą mieć trudność z ujawnieniem się, zwróceniem się po pomoc lub zdecydowaniem się na kurację.

Kadra medyczna charakteryzuje się zróżnicowanym podejściem do transpłciowości, poczynając od zrozumienia i empatii, kończąc na moralnej dezaprobacji.

Z tego powodu dochodzi do zaniedbań w zakresie opieki zdrowotnej:

- transmężczyźni rzadko poddawani są badaniom przesiewowym w kierunku raka piersi;
- transkobiety rzadko poddawane są badaniom przesiewowym w kierunku raka prostaty;
- kobiety interpłciowe zgłaszają, że często pytane są o datę ostatniej miesiączki i stosowaną metodę antykoncepcji, niektóre kierowane są na badania cytologiczne (mimo że nie mają szyjki macicy).

Badania lekarskie oraz badania przesiewowe powinny być przeprowadzane w zgodności z organami posiadanymi przez pacjenta, a nie domniemaną płcią.

Dyskryminacja osób transpłciowych przez służbę zdrowia przejawia się w takich zachowaniach, jak odmowa wykonania badań, m.in. badania cytologicznego, naruszenie poufności oraz częstych przypadkach kierowania kobiet na męskie, a mężczyzn na kobiece oddziały w szpitalach.

INTERPŁCIOWOŚĆ

to termin odnoszący się do osób mających zarówno żeńskie, jak i męskie cechy płciowe. Dwoje na 100 dzieci rodzi się z cechami interpłciowymi, ale tylko jeden na 2000-4000 noworodków ma genitalia będące połączeniem męskich i żeńskich organów płciowych. Niektóre osoby interpłciowe mogą identyfikować się jako transpłciowe i w dorosłym wieku decydują się na zabieg korekty płci, w celu uzyskania zgodności fizycznej z płcią odczuwaną, która jest przeciwna do tej, w której zostali wychowani. Niemniej większość osób interpłciowych nie identyfikuje się jako transpłciowe.

Problemy zdrowotne osób transspłciowych dokonujących tranzyjacji medycznej

Sam proces chirurgicznej korekty płci wiąże się ze szczególnymi kwestiami zdrowotnymi dotyczącymi osób transseksualnych. U transseksualnych kobiet występują powikłania (dodatkowo potęgowane stosowaną terapią testosteronem) wynikające z zastosowanych w trakcie operacji technik mikrochirurgicznych, a także zwężenia i przetoki cewki moczowej.

U transseksualnych mężczyzn mogą natomiast wystąpić problemy ze sprawnością narządu po phalloplastyce, jak również problemy z oddawaniem moczu.

Zarówno w przypadku jednej, jak i drugiej płci nie tylko problemy zdrowotne po tranzyjacji wpływają negatywnie na dobrostan fizyczny, lecz także na zdrowie emocjonalne (obarczone dodatkowo ryzykiem depresji), relacje partnerskie oraz na zdrowie seksualne. W takich przypadkach potrzebna jest pomoc psychologiczna oraz psychiatryczna, endokrynologiczna, chirurgiczna, urologiczna czy neurologiczna. Ponadto przyjmowanie hormonów, często przez całe życie, wiąże się dodatkowo z wieloma skutkami niepożądanymi, takimi jak:

- w przypadku przyjmowania estrogenów: zwiększone ryzyko zakrzepicy, nadciśnienia tętniczego i cukrzycy,
- w przypadku przyjmowania testosteronu: uszkodzenie wątroby, zwiększone ryzyko wystąpienia, zawału serca czy udaru mózgu.

Spożywanie alkoholu

Istnieje ograniczona liczba badań dotyczących spożywania alkoholu przez osoby LGBT, a te, które są dostępne, przeprowadzone zostały na małej próbie. Tym samym badania niekoniecznie dają rzeczywisty obraz nadużywania alkoholu w społeczności LGBT, nie mogą służyć ani jako wskaźnik, ani predyktor zjawiska. Co więcej, na niekorzyść prowadzonych dotychczas analiz badania tego typu były prowadzone na grupach osób uczęszczających do barów i klubów (co w sposób oczywisty zawyża wskaźnik respondentów spożywających alkohol) oraz lokali lesbijskich i gejowskich pełniących funkcje społeczno-rozrywkowe, w związku z czym uczestnicy takich szacunków mogli być osobami chętniej sięgającymi po alkohol. Pomimo owych trudności, istnieją jednak dane na temat spożywania alkoholu przez osoby LGB, które mogą pomóc w podniesieniu jakości usług oferowanych przez lekarzy.

Niewielka widoczność osób z grup mniejszościowych w społeczeństwie, wysoki poziom homofobii i potrzeba poznawania innych osób LGBT sprawiły, że wśród gejów, lesbijek i osób biseksualnych wykształciła się swoista potrzeba posiadania autonomicznej przestrzeni. Powszechnie uważa się, że osoby nieheteronormatywne spotykają się w klubach oraz barach, dlatego tam najłatwiej można je poznać. Ta sytuacja ulega jednak zmianie. Zwłaszcza w dużych miastach, gdzie osoby LGBT spotykają się w wielu innych miejscach: restauracjach, kawiarniach, ośrodkach kulturalnych, festiwalach, koncertach artystów wpierających działalność ruchu na rzecz mniejszości seksualnych i społecznych czy choćby w kołach poświęconych środowisku wydawniczemu oraz społeczno-kulturalnej aktywności „branżowej”. Mimo to w obrębie grupy zauważalna jest tendencja do skupiania się wokół inicjatyw sprzyjających konsolidacji środowiskowej, solidaryzacji, rozluźnieniu i odreagowywaniu emocji kładących

duży nacisk na aspekt spożywania alkoholu oraz kulturze, która sprzyja nadmiernej jego konsumpcji.

Osoby LGBT, w równym stopniu, co przedstawiciele każdej innej grupy społecznej, narażone są na czynniki zewnętrzne prowadzące do nadmiernej konsumpcji alkoholu. Różnica polega jednak na tym, że osoby LGBT mogą nie czuć się odbiorcami komunikatów dotyczących profilaktyki w zakresie spożywania alkoholu lub niechętnie informują lekarzy o swoich nałogach oraz związanych z nimi okolicznościach, aby nie wpływać na wzmacnianie i tak już negatywnej opinii o swoim środowisku.

Kampanie antyalkoholowe i informacje dotyczące profilaktyki zdrowotnej w tym zakresie, podobnie zresztą jak zdecydowana większość treści medialnych, kierowane są głównie do osób heteroseksualnych. Ich treść ma mniejszą szansę wpłynąć na świadomość osób LGBT i postrzeganie problemu spożywania alkoholu, ponieważ nie utożsamiają się one emocjonalnie z osobami grającymi w spotach reklamowych (przykładowo: reklama produktu spożywczego, do której zatrudniono same młode kobiety, będzie słabiej oddziaływała perswazyjnie na mężczyzn – zwłaszcza na tych starszych). Nie mają zaufania do ekspertów zwracających się w sposób jawny do ogółu społeczeństwa (co przez osoby LGBT może być odbierane bardziej personalnie – jako kierowanej głównie do osób heteronormatywnych), w rezultacie nie czują się właściwymi odbiorcami formułowanych treści.

Palenie tytoniu

Badania wykazują, że osoby LGB częściej sięgają po wyroby tytoniowe niż osoby heteroseksualne. Szczególnie lesbijki oraz kobiety biseksualne częściej sięgają po papierosy (i palą ich więcej) niż osoby heteroseksualne ogółem i homoseksualni mężczyźni.

Nieznane są dokładne powody takiego stanu rzeczy, ale uważa się, że istnieje silna presja środowiska LGBT dotycząca palenia (podobnie jak spożywania alkoholu). Wiele osób podnosi również argument, że picie alkoholu nieodłącznie towarzyszy palenie tytoniu ze względu na kontekst sytuacji oraz wzmocnienie efektu odprężenia wynikający z łączenia używek. Ponadto kobiety homoseksualne rzadziej też zachodzą w ciążę (która jest ważnym bodźcem do podjęcia decyzji o rzuceniu palenia) i z perspektywy czasu szacuje się, że częściej uczęszczają one do barów i klubów w ciągu swojego życia – w porównaniu do kobiet heteroseksualnych, od których otoczenie wymaga znacznie większej kontroli nad nawykami niesprzyjającymi zdrowiu dzieci.

Podobnie jak w przypadku alkoholu, jednym z problemów związanych z paleniem i rzucaniem palenia jest to, że komunikaty prewencyjne nie są kierowane bezpośrednio do osób LGB. W kampaniach antynikotynowych wysuwane są np. argumenty typu: „palenie czyni cię nieatrakcyjnym dla płci przeciwnej” lub wpływa na ryzyko bezpłodności. Nie są to komunikaty, które dotrą do większości lesbijek, gejów i osób transseksualnych, które – wbrew obiegowej opinii – wcale nie muszą chcieć posiadać dzieci; podobnie też skuteczność tego typu haseł (zwłaszcza w kwestii rodzicielstwa) może okazać się niewystarczająca w przypadku osób biseksualnych. W praktyce przekłada się to na fakt, że osoby LGBT są mniej podatne także na kampanie antynikotynowe.

Spożycie narkotyków

Używanie narkotyków (zwłaszcza przez gejów) jest jednym z najobszerniej zbadanych problemów z zakresu zdrowia osób nieheteroseksualnych. W niektórych subpopulacjach LGBT (np. wśród mężczyzn mających seks z mężczyznami czy transkobiet) zażywanie narkotyków jest związane z praktykami ryzykownego seksu i transmisji infekcji przenoszonych drogą płciową, w tym HIV. Uważa się także, że wysoki wskaźnik spożywania narkotyków stanowi stały element kultury gejowskiej, a więc trudno go uniknąć, będąc mężczyzną homoseksualnym korzystającym z oferty klubów i barów. Badania wykazują również, że homofobia czy wysoki poziom stresu mniejszościowego prowadzące do niskiego poczucia własnej wartości osób dyskryminowanych ma znaczny wpływ na prawdopodobieństwo sięgnięcia po narkotyki przez mężczyzn homoseksualnych. Podobnie jak w przypadku lesbijek oraz palenia przez nie papierosów, geje statystycznie częściej i dłużej prowadzą aktywność społeczną skupioną wokół „życia barowego”, co również ma wpływ na ich kontakt z substancjami psychoaktywnymi.

Zdrowie psychiczne

Pomimo że społeczeństwo jest coraz mniej uprzedzone, a zmiany idą w kierunku postępującej tolerancji oraz szacunku wobec wszystkich obywateli, większość lesbijek, gejów i osób biseksualnych nadal doświadcza w życiu szeregu problemów, które mogą mieć wpływ na ich zdrowie psychiczne. W skład takich doświadczeń oraz zjawisk, negatywnie wpływających na funkcjonowanie osób LGBT, wchodzi najczęściej:

- agresja i/lub odrzucenie przez rodzinę, rodziców, przyjaciół,
- bullying i wyzywanie w szkole,
- odrzucenie przez społeczności religijne lub grupy społeczne,
- zagrożenie przemocą w miejscach publicznych,
- nękanie ze strony sąsiadów,
- homofobiczne komentarze w codziennych sytuacjach,
- uprzedzenie i nieodpowiednie reakcje ze strony pracowników służby zdrowia,
- trudność z akceptacją własnej orientacji seksualnej, wynikające z tego konflikty, zaprzeczenie własnej orientacji i/lub tożsamości seksualnej, nadużywanie alkoholu, izolowanie się,
- próba utrzymania własnej orientacji seksualnej w tajemnicy,
- obniżona samoocena,
- wzmożone ryzyko samookaleczeń i prób samobójczych,
- długoterminowe skutki bullyingu, w tym stres pourazowy i depresja.

Badania wykazują, że doświadczenia osób LGBT związane z homofobią, bifobią lub transfobią miały istotny wpływ na stan ich zdrowia psychicznego. Wiele osób LGBT doświadcza trudności w kontaktach z państwową opieką zdrowotną z powodu:

- oceniającej postawy wobec seksualności osób LGBT,
- niedostatecznej wiedzy na temat podejścia do pacjentów LGBT,

- ignorowania partnerów osób LGBT i faworyzowanie ich rodziny pochodzenia w przypadku konieczności podjęcia decyzji o leczeniu,
- dyskryminacji wielopłaszczyznowej, np. gorszego traktowania zarówno z powodu pochodzenia etnicznego, ekonomicznego czy demograficznego, jak i orientacji seksualnej,
- starsze osoby, które doświadczyły jawnej dyskryminacji ze strony pracowników służb medycznych w przeszłości, kiedy homoseksualność była jeszcze klasyfikowana jako choroba, a akty seksualne między mężczyznami były prawnie zabronione, niechętnie zwracają się po pomoc do służby zdrowia.

Populacja osób LGBT cechuje się częstszym występowaniem zaburzeń psychicznych (np. depresji), ale również uzależnień od substancji psychoaktywnych, przejawów autoagresji oraz prób samobójczych. Te ostatnie szczególnie dotyczą młodzieży LGB oraz osób transpłciowych, u których szacuje się występowanie prób samobójczych na alarmującym poziomie około 30%.

Wielokrotnie dowiedziono, że osoby LGBT częściej cierpią z powodu depresji oraz zaburzeń lękowych. Problem ten nasila się jeszcze bardziej w przypadku osób, które nie ujawniają swojej orientacji seksualnej, z obawy przed reakcją otoczenia, żyjąc całe dekady w ukryciu i niekiedy wchodząc w heteroseksualne związki małżeńskie. Poza depresją czy zaburzeniami lękowymi częstymi problemami są również: uzależnienie od substancji psychoaktywnych, palenie papierosów, problemy w nauce (szczególnie u młodych osób) oraz samookaleczanie (zwłaszcza u mężczyzn homoseksualnych). Ponadto, występują także: zaburzenia odżywiania i zaburzenia obrazu własnego ciała (w skrajnych wypadkach mogące przybierać postać anoreksji czy *dysmorfofobii*), co może być bardziej powszechne wśród gejów i biseksualnych mężczyzn niż wśród mężczyzn heteroseksualnych. Najważniejszym mechanizmem powstawania zaburzeń oraz problemów ze zdrowiem psychicznym jest pośredni wpływ orientacji seksualnej i tożsamości płciowej.

Przykre doświadczenia życiowe mogą być bardzo stresujące dla osoby ich doświadczającej i zagrażać zdrowiu psychicznemu. *Homofobia*, *bifobia* i *transfobia* mogą zaś prowadzić do szczególnego rodzaju stresu przeżywanego przez lesbijki, gejów, osoby biseksualne i transpłciowe oraz mieć negatywny wpływ na ich zdrowie psychiczne. To, czego doświadczają osoby z grup mniejszościowych na różnych etapach swojego życia, nosi w literaturze miano „**stresu mniejszościowego**”.

Stres mniejszościowy związany jest ze zwiększoną ekspozycją na czynniki stresogenne, takie jak bycie podmiotem uprzedzeń i dyskryminacji. Jedno z badań wykazało, że nawet ¼ dorosłych LGB doświadczyła wiktymizacji związanej ze

STRES MNIJSZOŚCIOWY

Chronicznie podwyższony poziom stresu doświadczany przez członków napiętnowanych grup mniejszościowych. Może być spowodowane przez takie czynniki, jak: otrzymywanie słabego wsparcia społecznego lub brak takowego, niski status społeczno-ekonomiczny (w hierarchii społecznej), trwała w czasie ekspozycja na uprzedzenia i dyskryminację. Liczne badania naukowe wykazały, że osoby z grup mniejszościowych częściej reagują stresem (wysokie ciśnienie krwi, niepokój) na sytuacje zagrażające, co ostatecznie prowadzi do osłabienia ich zdrowia psychicznego i fizycznego. Jest to niezwykle ważne słowo-klucz dla psychologów oraz przedstawicieli publicznej służby zdrowia, którzy chcą lepiej zrozumieć i przeciwdziałać problemom w grupach mniejszościowych.

ZINTERNALIZOWANA HOMOFOBIA

Przyjmowanie przez osobę homoseksualną postaw charakterystycznych dla środowisk heteroseksualistowskich i homofobicznych przejawiające się pogardą do własnej osoby, niedopuszczaniem myśli o niej do swojej świadomości i/lub dyskryminowanie, wyszydzanie czy atakowanie innych osób homoseksualnych – zarówno celem przypodobania się grupie, jak i podkreślenia agresją czy buntem swojej „niehomoseksualnej” natury oraz braku jakichkolwiek powiązań z tym środowiskiem.

swoją orientacją seksualną, a inne pokazało, że aż **90%** młodych osób należących do mniejszości seksualnych doświadcza przemocy słownej w środowisku szkolnym. Co więcej, dorośli LGB dwukrotnie częściej przypominają sobie też doświadczenie uprzedzeń w ciągu całego swojego życia w porównaniu z pozostałymi badanymi, a raporty dotyczących sytuacji młodzieży LGBT donoszą o znacznie wyższym wskaźniku doświadczanych uprzedzeń i dyskryminacji w porównaniu z grupą rówieśników heteroseksualnych.

Także ujawnianie informacji osobistych (tj. nieheteroseksualnej orientacji, tożsamości transpłciowej, pozostawania w relacjach jedнопłciowych czy faktu zaangażowania seksualnego i emocjonalnego z osobą tej samej płci) może wywoływać cierpienie, które w konsekwencji powodować będzie: wstyd, poczucie winy, lęk i wrażenie izolacji lub **zinternalizowaną homofobię** (analogicznie do zinternalizowanej bifobii czy transfobii).

Głęboka internalizacja negatywnych przekonań społecznych na temat homoseksualności, biseksualności czy transpłciowości może w dalszym przebiegu prowadzić do rozwijania nienawiści wobec siebie i znacznego obniżenia poczucia własnej wartości. Lęk przed odrzuceniem może wynikać z rzeczywistego doświadczenia chronicznej marginalizacji (przez rodziców, opiekunów, potencjalnej grupy wsparcia, znaczących bliskich) i wiązać się z brakiem asertywności oraz doświadczaniem takich stanów, jak depresja czy zaburzenia lękowe utrudniających konstruktywne przeciwstawienie się i podważenie dyskryminacyjnego stanowiska oprawców.

Problemem jest także to, iż niektórzy pracownicy sektora pomocowego nadal próbują korygować kierunek potrzeb psychoseksualnych osób homoseksualnych i biseksualnych, co jest pozbawione empirycznych i teoretycznych podstaw.

Osoby LGBT częściej niż osoby heteroseksualne dotyka samotność, która jest zdrowotnym czynnikiem ryzyka. Na największą samotność cierpią osoby doświadczające lub spodziewające się negatywnego nastawienia względem siebie. Osoby biseksualne doświadczają takich uczuć najczęściej z uwagi na znajdowanie się w dyskryminacyjnym „ogniu krzyżowym” – zarówno ze strony stygmatyzującego ich otoczenia homofobicznego, jak i wypieranymi przez część osób homoseksualnych z kręgów „autentycznych”, „nieoszukujących siebie oraz swojego otoczenia, celem zminimalizowania ewentualnej stygmatyzacji” oraz „jasno i w pełni zadeklarowanych odnośnie do swoich preferencji” członków mniejszości seksualnych. Tym samym osoby biseksualne nie są traktowane ani jako prawdziwie „hetero”, ani jako prawdziwie „homo”, przez obydwie strony.

W przypadku starszych osób homoseksualnych można wręcz mówić o dyskryminacji wielopłaszczyznowej, zarówno ze względu na swój podeszły wiek (dyskryminacja odbywa się wówczas w obszarze szerszym, obejmującym również osoby heteroseksualne), jak również z uwagi na odmienną orientację seksualną. Należy dodać do tego jeszcze odmienną

względem grupy większościowej na poziomie etnicznym, ekonomicznym czy religijnym, wówczas sytuacja ulega drastycznemu pogorszeniu. Kolejne płaszczyzny dyskryminacyjne nie są prostą sumą czynników, zaś ich negatywny efekt, wpływający na wizerunek i atrakcyjność społeczną danej jednostki, potęguje się, wzmagając alienację oraz poczucie osamotnienia, w najgorszym wypadku prowadząc do zwiększenia ryzyka popełnienia samobójstwa. Problem ten dotyczy szczególnie homoseksualnych mężczyzn, którzy nawet jeśli chcieliby nadal uczestniczyć w życiu społeczności LGBT, to są dyskryminowani przez młodych gejów. Przyczyną takiej sytuacji jest w głównej mierze presja tej części środowiska, aby kultura gejojska stanowiła manifest młodości pełnej wigoru, atrakcyjności fizycznej, beztraski, bujnego życia seksualnego i dobrej zabawy. Za źródło przynajmniej części z tych postaw niektórzy wskazują olbrzymią traumę oraz często nieuświadomiony lęk przed śmiercią mające swe korzenie w fali zgonów z początku wybuchu epidemii AIDS, jaką obarczone były wówczas w szczególności ruchy gejojskie.

Kolejnym zjawiskiem dotyczącym społeczność LGBT jest swoisty zespół antycypacyjny w odpowiedzi na przemoc i dyskryminację. Osoby, które chronicznie doświadczają w swoim życiu upokorzeń, agresji werbalnej (wyzwisk) i fizycznej ze strony otoczenia, otwartej stygmatyzacji oraz innych form wykluczenia społecznego, zaczynają rozwijać u siebie postawę obronną polegającą na próbie przewidzenia kolejnego ataku i antycypowanego z góry lęku, na myśl, iż takowy może mieć miejsce. Poszkodowani (szczególnie geje) zaczynają więc unikać miejsc publicznych, zamykają się w sobie, utrzymują w sekrecie własną orientację (nierzadko prowadzą podwójne życie), zastraszeni starają się też nie prowokować innych do zaczepek. Ich samoocena drastycznie spada, rozwijają się zaburzenia lękowe, pojawiają się zaburzenia nastroju, labilność emocjonalna, drażliwość i depresja. Tworzy się tym samym błędne koło: wycofania w reakcji na doświadczanie, a nawet już samo „opamiętywanie” negatywnych emocji. Bez względu na realność ewentualnego ataku, osoby te odczuwają permanentne poczucie zagrożenia, lęku o swoje bezpieczeństwo, cierpienie psychiczne, presję i strach przed kolejną dla nich konfrontacją. W końcu pojawia się u nich przewrażliwienie na punkcie tematów dotyczących orientacji seksualnej oraz ewentualnej krytyki (bez względu na intencje nadawcy i ładunek emocjonalny, postrzeganych jednoznacznie jako kolejny atak), czemu niekiedy towarzyszy nawet agresja w obliczu frustracji będącej czynnikiem zapalnym. Osoby takie postrzegane są z kolei przez społeczeństwo jako nadmiernie drażliwe, reagujące nieadekwatnie, wybuchowe, lękliwe i „przesadzające” w wielu kwestiach związanych z ruchem LGBT (u źródła takich reakcji leżą mechanizmy obronne chroniące ego jednostki przez dekompensacją osobowości, a także adaptacyjne i często niewspółmierne do zagrożenia mechanizmy zaradcze). To z kolei powoduje jeszcze silniejszą odpowiedź homofobicznego otoczenia, usiłującego pacyfikować po stronie osób należących do mniejszości seksualnych przejawy jakiegokolwiek ich samoobrony, walki oraz reakcji nieprzychylnych wobec homofobii, dostrzegając przy okazji słabość swoich ofiar i grunt podatny na dalsze „odwetowe” działania dyskryminacyjne.

Świadomość tych procesów oraz znajomość ich podłoża jest szalenie ważna dla pracowników opieki zdrowotnej, pomagając im lepiej opiekować się swoimi pacjentami, a także łatwiej nawiązać z nimi empatyczny kontakt – modulujący korzystnie całą relację lekarz-pacjent.

Rekomendacje dla polskich towarzystw naukowych w sprawie postępowania oraz pomocy terapeutycznej osobom homoseksualnym i biseksualnym

Grupa inicjatywna oraz konsultanci/teki reprezentujący gremia naukowe zgadzają się ze stanowiskiem Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), zgodnie z którym homoseksualność, biseksualność i heteroseksualność stanowią równorzędne i równoprawne przejawy seksualności człowieka.

Istnienie homoseksualności, biseksualności i heteroseksualności to zaledwie kilka z przejawów szerokiej gamy międzyludzkiego zróżnicowania, dotyczącego wszelkiego rodzaju ludzkich cech i właściwości. Tymczasem pogląd, że homoseksualność lub biseksualność (w przeciwieństwie do heteroseksualności) stanowią chorobę somatyczną, zaburzenie psychiczne lub też kondycję zdrowotną samą w sobie wymagającą terapeutycznej korekty, w świetle aktualnej, opartej na badaniach wiedzy naukowej, okazuje się jedynie osądem wartościującym, a nie faktem naukowym.

W zgodzie ze stanowiskiem i rekomendacjami międzynarodowych towarzystw naukowych oraz terapeutycznych dotyczącymi pomocy psychoterapeutycznej dla osób LGB (lesbijk, gejų, osób biseksualnych) stwierdzamy, że w świetle aktualnego stanu wiedzy naukowej postulat korygowania kierunku psychoseksualnych potrzeb osób homoseksualnych i biseksualnych jest w równym stopniu pozbawiony empirycznych i teoretycznych podstaw, co postulat korygowania kierunku psychoseksualnych potrzeb osób heteroseksualnych. Kierowanie się w pracy pomocowej założeniem typowym dla tzw. „terapii naprawczych” (zwanych też „oddziaływaniami reparatywnymi” lub „konwersyjnymi”), zgodnie z którym homoseksualne lub biseksualne potrzeby klientów/ek lub pacjentów/ek same w sobie miałyby być nieprawidłowością i wymagały wyeliminowania jako warunku osiągnięcia zdrowia psychicznego i fizycznego, uznajemy za oparte na nieprzychylnym osądzie moralnym oraz

za niezgodne z etyką zawodową profesjonalistów zajmujących się pomocą osobom homoseksualnym i biseksualnym. Stanowi to bowiem – w świetle dotychczasowych wyników badań, a także doniesień organizacji, które do niedawna same zajmowały się prowadzeniem tego typu oddziaływań „naprawczych” – działaniem na szkodę klientów/ek lub pacjentów/ek.

Terapeuci, psychologowie, lekarze oraz pozostali specjaliści pracujący lub pragnący kompetentnie pracować pomocowo z osobami LGB powinni zdobywać specjalistyczną wiedzę i umiejętności poprzez ustawiczne angażowanie się w proces (samo)kształcenia w zakresie tematyki LGB. Programy wyższych studiów medycznych i psychologicznych, a także większości szkół terapeutycznych nie uwzględniają bowiem jak dotąd w dostatecznym zakresie aktualnych treści specyficznie poświęconych problematyce LGB. Przyswojenie tych treści merytorycznych jest warunkiem koniecznym świadczenia profesjonalnej pomocy na rzecz tej części populacji.

Niniejszy dokument należy traktować jako punkt wyjścia do dalszych rekomendacji dotyczących pracy pomocowej na rzecz osób homoseksualnych i biseksualnych.

My – niżej podpisani – apelujemy do osób zajmujących się pomocą psychologiczną i medyczną oraz do pozostałych specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego do aktywnego przeciwstawiania się utrzymującej się w społeczeństwie stygmatyzacji osób LGB – jako opartej na nierzetelnej wiedzy i uprzedzeniach.

dr hab. n. med. Tadeusz Pietras*
dr n. med. Remigiusz Jarosław Tritt*
dr n. med. Robert Kowalczyk*
dr Agata Loewe*
prof. dr hab. n. med. Zbigniew Lew-Starowicz
prof. dr hab. n. hum. Zbigniew Izdebski
dr hab. n. hum. Jacek Kochanowski
dr n. med. Daniel Bąk
dr n. hum. Katarzyna Bojarska
dr n. med. Andrzej Depko
dr n. hum. Alicja Długołęcka
dr n. med. Justyna Holka-Pokorska
dr n. hum. Grzegorz Iniewicz

* Grupa inicjatywna

Powyższe rekomendacje zostały przyjęte przez Polskie Towarzystwo Seksuologiczne oraz Polskie Towarzystwo Medycyny Seksualnej.

STALKING

Uporczywe nękanie drugiej osoby sprowadzające się do wyzisk, ośmieszania, manipulacji czymś wizerunkiem, publikacji wizerunku bez zgody, udostępniania treści prywatnych lub o charakterze intymnym oraz innych działań niepożądanych, na które ofiara nie wyraziła ona zgody. Współcześnie tego typu zachowanie przejawia się często w internecie (cyberstalking), środowisku rodzinnym (przemoc domowa), pracy (mobbing) bądź szkole (bullying) – czyli w sytuacjach, gdy sprawca i ofiara mają ze sobą częsty, którego nie da się uniknąć kontakt. Przepięstwo stalkingu opisane jest w art. 190a Kodeksu karnego.

Z kolei brak poszanowania czyjejś godności, rubaszne poczucie humoru, napastliwość, molestowanie, brak wycucia strefy komfortu pacjenta, celowe zaniedbania, uchybienia służbowe, brak należytego profesjonalizmu oraz etyki pracy, a zatem również dyskryminacyjne poglądy osobiste lekarza czy psychologa, mogą nie tylko zachwiać równowagę w relacji, lecz także przyczynić się do tragicznych w skutkach konsekwencji (zwłaszcza w przypadku niewłaściwego kontaktu z pacjentem nastoletnim, doświadczającym napiętnowania rówieśniczego przez pięć dni w tygodniu – w trakcie zajęć szkolnych – oraz **cyberstalkingu** w mediach społecznościowych – w czasie wolnym od nauki).

Zdrowie seksualne

Zdrowie seksualne to według WHO zespół biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów życia seksualnego, ważnych dla pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości. Wpływ na zaspokojenie potrzeb seksualnych

mają czynniki kulturowe oraz społeczne, w tym regulacje moralne, religijne i prawne.

Seks jest z kolei ważnym elementem jakości życia człowieka, wyznacznikiem jego dobrobytu oraz satysfakcji. W życiu seksualnym mogą jednak pojawić się zachowania związane z ryzykiem, brakiem odpowiedzialności i troski o własne zdrowie. W latach 90. XX wieku przyjęto do wiadomości, że nie istnieją *grupy ryzyka*, do których zaliczano początkowo MSM, a istotne są zachowania ryzykowne. LGBT to ponadto bardzo zróżnicowana grupa, a podejmowane przez te osoby zachowania seksualne nie są społecznie akceptowane, czego konsekwencje psychiczne, zaś pośrednio także społeczne zostały już wstępnie nakreślone.

Zdrowie seksualne jako integracja tych czynników polega zatem na zdrowym rozwoju seksualnym, równych i odpowiedzialnych relacjach partnerskich, satysfakcji seksualnej, a także pozostawania wolnym od chorób czy niemocy seksualnej, przemocy (tj. gwałt, molestowanie seksualne, pozostałe formy naruszeń nietykalności cielesnej) oraz innych krzywdzących praktyk związanych z seksualnością.

HIV/AIDS

Zakażenie HIV jest przewlekłym i potencjalnie śmiertelnym zakażeniem, powodującym problemy zdrowotne zarówno somatyczne, jak i psychiczne. W kontekście płci częściej problemami związanymi z zakażeniem HIV i chorobą AIDS obarczeni byli w przeszłości homoseksualni mężczyźni. Dynamika rozprzestrzeniania się HIV w Polsce w ostatnich latach budzi obawy. Od 2011 roku liczba nowych zakażeń rocznie przekroczyła 1100 osób, podczas

gdy w połowie lat 90. XX wieku wynosiła ona około 500 przypadków zakażeń. Wzrost ten odnotowuje się głównie w populacji osób w wieku 25-44 lat wśród mężczyzn, szczególnie wśród populacji MSM. Częściej narażona jest również strona pasywna w stosunku płciowym, z uwagi na ponoszone przez nią większe zagrożenie mechanicznego uszkodzenia warstwy nabłonkowej, wyściełającej ścianki pochwy czy odbytu, czemu w następstwie towarzyszy wyższe ryzyko transmisji wirusa poprzez kontakt z zakażoną wydzieliną osoby z HIV. Większa liczba zakażeń HIV w Polsce wiąże się zarówno z występowaniem nowych zakażeń, jak i ze zdecydowanie częstszym testowaniem się populacji MSM.

Podczas analizy występowania chorób przenoszonych drogą płciową należy mieć na uwadze braki w wiedzy o pełnym stanie epidemiologicznym w Polsce. Wszelkie szacunki dotyczące prevalencji poszczególnych chorób są niedoszacowane i mogą się znacznie różnić w rzeczywistości. Czynnikiem ryzyka zapadalności na choroby przenoszone drogą płciową nie jest bezpośrednio orientacja seksualna, a podejmowanie zachowań ryzykownych, co tym bardziej utrudnia ich detekcję w obrębie całej populacji. Powyższe informacje opierają się zatem głównie na doniesieniach międzynarodowych.

Szczegółowe dane liczbowe są dostępne na stronie internetowej Państwowego Zakładu Higieny (www.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv_aids/index.htm) oraz w Kronice Epidemiologicznej publikowanej corocznie w „Przeglądzie Epidemiologicznym” (www.przeglpidemiol.pzh.gov.pl).

Poza cierpieniem, jakie powoduje sama choroba, dodatkowe piętno społeczne osób zakażonych (często mylonych z dawnymi „grupami ryzyka”), budzenie lęku i dyskryminacja są głównymi przeszkodami w efektywnej profilaktyce i leczeniu HIV/AIDS.

Společne uprzedzenia związane z HIV sprawiają, że osoby zakażone nie mówią otwarcie o tym, że żyją z wirusem. Osobom zakażonym HIV lub tym jedynie o to podejrzewanym odmawia się dostępu do służby zdrowia, mają trudności ze znalezieniem mieszkania i pracy, spotykają się z odrzuceniem ze strony przyjaciół i współpracowników, a także mają problem z ubezpieczeniem zdrowotnym czy uzyskaniem zgody na wjazd do obcych krajów. Niektóre osoby są wyrzucane z domów rodzinnych, porzucane przez partnerów, stają się ofiarami przemocy czy wręcz morderstw.

Piętno, jakie ciąży na ludziach zakażonych HIV bądź chorych na AIDS, często przenoszone jest także na ich dzieci, co powoduje ogromne obciążenie emocjonalne dla młodych osób. Te zaś często muszą borykać się już nie tylko z własnym odrzuceniem, ale też ze śmiercią rodzica bądź rodziców spowodowaną powikłaniami związanymi z AIDS.

Zdrowie seksualne mężczyzn w kontekście epidemii HIV/AIDS

Istnieje szereg badań i raportów dotyczących zdrowia seksualnego mężczyzn homoseksualnych i biseksualnych oraz mężczyzn, którzy mają kontakty seksualne z mężczyznami.

Chociaż ryzyko zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową dotyczy całej populacji, to MSM narażeni są na zachorowanie w szczególnie wysokim stopniu.

Nie wszyscy mężczyźni, którzy mają kontakty seksualne z innymi mężczyznami identyfikują się jako geje lub osoby biseksualne. Chociaż MSM są bardziej narażeni na infekcje przenoszone drogą płciową oraz zakażenie HIV podobnie jak geje czy biseksualiści, to nie chcą być identyfikowani przez pracowników służby zdrowia zajmujących się zdrowiem seksualnym jako osoby nieheteroseksualne. Dotyczy to między innymi mężczyzn, którzy pozostają w związku z kobietą i odbywają wizytę u lekarza w towarzystwie swojej partnerki. Lekarze powinni być w takim przypadku szczególnie uważni i delikatni, przeprowadzając wywiad z pacjentem, zwłaszcza jeśli podejrzewają, że miał on kontakty seksualne z innym mężczyzną. MSM będący w takiej kłopotliwej dla nich sytuacji mogą czuć się objęci, wbrew swoim oczekiwaniom, specyficzną opieką zdrowotną skierowaną do gejów i mężczyzn biseksualnych. Taka sytuacja stawia w niezręcznym położeniu także samo środowisko lekarzy czy psychologów, którzy mogą czuć się niedoinformowani, którzy pacjenci faktycznie oczekiwali by podejścia uwzględniającego kontekst LGBT, a którzy pacjenci chcieliby raczej unikać powiązań z mniejszościami seksualnymi.

Jednym z najprostszych, ale skutecznych wyjść z takiej sytuacji, w przypadku braku doświadczenia klinicznego lub zaistniałego nieporozumienia, jest wyobrażenie sobie siebie na miejscu pacjenta oraz postawienie na szczerą, wysłuchując tego, co ma nam do powiedzenia. Przyznanie się do błędnego rozpoznania kontekstu wizyty i adekwatne zastosowanie się do faktycznych oczekiwań osoby zgłaszającej się na konsultację lub zabieg, dowodzi przyjaznych intencji oraz szacunku wobec pacjenta i stwarza podłoże dla zaufania specjalistom w dalszej relacji.

Pracownicy seksualni, którzy zaliczają się do szerokiego grona MSM, z uwagi na charakter wykonywanej profesji są szczególnie narażeni na choroby zakaźne przenoszone drogą płciową oraz kontakt z wirusem HIV. Sektor ochrony zdrowia podniósł swoje usługi specjalistyczne skierowane do pracowników seksualnych i powoli zaczyna przenosić je także na męskich pracowników seksualnych. Dopasowanie potrzeb tej grupy zawodowej w zakresie opieki zdrowotnej do obowiązujących usług lub wprowadzenie nowych oddziaływań powinno stać się częścią planowania strategicznego organów centralnych.

Nadal trudno ocenić skalę obecnego poziomu liczby zakażeń HIV wśród mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z innymi mężczyznami. Często czas, który upływa między zakażeniem a diagnozą jest na tyle długi, że trudno precyzyjnie określić zachorowalność. Ponadto do części zakażeń dochodzi za granicą, podczas samej podróży, przed przeprowadzką lub wyjazdem z Polski. Jednak największa część zakażeń u osób obarczonych relatywnie większym zagrożeniem podejmowania zachowań ryzykownych ma miejsce w kraju rezydencji. Udowodniono przy tym, że większa dostępność skutecznej terapii lekowej zmniejszyła społeczne obawy przed zakażeniem się HIV. Krajowe Centrum ds. AIDS – agenda Ministerstwa Zdrowia – szacuje, że aż jedna trzecia osób zakażonych HIV w ogóle nie zdaje sobie z tego sprawy, a duża część zakażonych może nawet nie wiedzieć, kiedy doszło do transmisji wirusa.

Wysoki poziom zakażeń jest wynikiem połączenia kilku czynników: braku rzetelnych informacji w momencie pojawienia się epidemii AIDS, rodzajów aktywności seksualnej oraz wysokiego ryzyka zakażenia i podatności na wirusa w grupie mężczyzn homoseksualnych oraz MSM.

Młodzi geje mogą mieć szczególny problem w kwestii chęci uprawiania bezpiecznego seksu. Niektórzy z nich czują się niekomfortowo, nabywając lub używając odpowiednio zaprojektowanych prezerwatyw, ponieważ mogą uznać, że sam zakup zdradza ich orientację seksualną lub seropozytywny status zakażenia. Rzadko mają też dostęp do edukacji seksualnej w szkole, która pomija aktywność seksualną par jednopłciowych.

Te czynniki mogą sprawiać, że młodzi mężczyźni nie czują się komfortowo w sytuacji, gdy dochodzi do uzgodnienia kwestii bezpiecznego seksu między partnerami.

Zdrowie seksualne kobiet

Często zakłada się, że kobiety, które utrzymują kontakty seksualne z innymi kobietami nie mogą zakażać infekcjami przenoszonymi drogą płciową. Panuje ponadto powszechne przekonanie, że seks między kobietami nie spełnia warunków definicji seksu i dlatego nie jest zachowaniem ryzykownym. Nie jest to oczywiście prawdą. Między lesbijkami dochodzi do wymiany płynów ustrojowych oraz do aktywności seksualnych, które mogą mieć konsekwencje zdrowotne. Kobiety homoseksualne muszą szukać informacji na temat bezpiecznego seksu w innych źródłach niż sektor opieki zdrowotnej, ponieważ kwestie te nie są poruszane w kontakcie pacjentki z lekarzem. Co gorsza, istnieje faktyczne zagrożenie, że kobiety nieheteroseksualne mogą zakażać się od siebie nawzajem infekcjami przenoszonymi drogą płciową, nie mając takiej świadomości.

Brak widoczności lesbijek i społecznego uznania dla kobiecej homoseksualności może mieć znaczący wpływ na niechęć lesbijek do poruszania tematów związków oraz aktywności seksualnej w kontakcie z lekarzem. Podobnie jak wszyscy ludzie, kobiety homoseksualne także wyrażają zainteresowanie poziomem szczęścia i satysfakcji seksualnej w swoich związkach, choć niektóre lesbijki mogą mieć trudność z wyrażaniem swoich obaw czy trosk w rozmowie z lekarzem, nierozumiejącym bądź nieuznającym wartości ich związku oraz potrzeb i zachowań seksualnych.

Osoby LGBT z mniejszości narodowych, etnicznych oraz wspólnot religijnych

Osoby LGBT wywodzące się z mniejszości etnicznych, narodowych oraz wspólnot religijnych mogą doświadczać homofobii wewnątrz grup, do których należą oraz rasizmu ze strony środowisk homoseksualnych. Istnieje również prawdopodobieństwo, że spotkają się zarówno z rasizmem, jak i z homofobią ze strony pracowników służby zdrowia, a także dyskryminacją

ze względu na wyznanie bądź wiarę. Zachowania dyskryminacyjne stwarzają przeszkodę w korzystaniu z usług służby zdrowia, dlatego ważne jest, aby podejmować działania eliminujące wszelkie ich formy.

Niektóre osoby LGB należące do opisywanych mniejszości zmuszane są lub czują się zmuszane przez swoje rodziny do zawierania związków dwupłciowych lub małżeństw w celu ukrycia lub „naprawienia” ich niepożądanego kulturowo orientacji. Takie sytuacje mogą w negatywny sposób odbijać się na zdrowiu psychicznym osób LGB wywodzących się z tych społeczności. Wiele z nich nawet nie identyfikuje się jako przynależne do tego ruchu, przez co mogą czuć się wykluczone z zakresu usług zdrowotnych oferowanych osobom nieheteroseksualnym.

Badania wykazują, że mężczyźni homoseksualni i biseksualni wywodzący się z mniejszości etnicznych i wspólnot religijnych mają niski dostęp do opieki zdrowotnej oraz stanowią jedną z grup najbardziej narażonych na zakażenie infekcjami przenoszonymi drogą płciową, w tym HIV/AIDS. Stanowi to sygnał do stworzenia wyspecjalizowanej narracji, aby móc skutecznie komunikować się z tą grupą w zakresie przekazywania informacji dotyczących ochrony ich zdrowia. Niewielka, lecz udokumentowana liczba badań, które przeprowadzono wśród kobiet wywodzących się z mniejszości etnicznych, narodowych i wspólnot religijnych, w tym lesbijek oraz kobiet biseksualnych, również wskazuje na ich specyficzne potrzeby z zakresu opieki zdrowotnej.

Wierzące osoby LGBT

Wbrew automatycznemu przekonaniu społeczność LGBT tworzą także osoby religijne, a nie tylko ateści, agnostycy i osoby wykluczone z ich dawnych wspólnot wyznaniowych. W związku z tym, jeśli zajdzie taka potrzeba, należy zapewnić dostępność usług kapelana szpitalnego. Ważne jest też, aby pamiętać, że przeszkody w dostępie do pełnego zakresu opieki zdrowotnej, jakie istnieją z powodu wyznania lub wiary, np. związane z dietą koszerną u Żydów czy muzułmanów, potrawami postnymi (w obrębie różnych religii) bądź z regułami wyznaniowymi zaznaczającymi swój sprzeciw wobec transfuzji krwi i transplantacji organów, także odnoszą się do osób LGBT.

Osoby LGBT z niepełnosprawnością

Badania wykazują, że osoby z niepełnosprawnością mają trudności z dostępem do służby zdrowia. Aby zapewnić prawidłową opiekę zdrowotną osobom LGBT z niepełnosprawnością, należy przede wszystkim zrozumieć, że orientacja seksualna nie jest „zarezerwowana” wyłącznie dla osób młodych, atrakcyjnych, wykazujących konkretne cechy osobowości lub charakterologiczne, a także jedynie tych sprawnych psychoruchowo. Ignorowanie kwestii orientacji seksualnej prowadzi do tego, że wynikające z niej określone potrzeby z zakresu opieki zdrowotnej są pomijane, co może skutkować np. brakiem dostarczenia informacji na

temat zaleceń odnośnie do uprawiania bezpiecznego seksu, profilaktyki i prewencji wenerycznej czy innych przejawów zdrowia seksualnego. Może być to szczególnym utrudnieniem dla osób z niepełnosprawnością umysłową, które często pozostają niedoinformowane w tematyce orientacji seksualnej oraz praw związanych z własną aktywnością seksualną. Tym ostatnim pacjentom prawo do posiadania jakiegokolwiek seksualności czy preferencji erotycznych jest wręcz odmawiane, a ich potrzeby bagatelizowane lub traktowane jako dewiacja.

Niektóre osoby z niepełnosprawnością korzystają ze wsparcia asystenta, który pomaga im w codziennych czynnościach. Lekarz zawsze powinien konsultować z pacjentem lub pacjentką, czy życzą sobie obecności asystenta w przypadku badania poufnego lub wywiadu dotyczącego kwestii intymnych. Pacjenci mogą niechętnie dzielić się informacjami dotyczącymi orientacji seksualnej, zarówno z uwagi na swój stan umysłowy i nieufność żywioną wobec osób obcych, jak i na swoją niewiedzę, wstyd czy obawy bliskie pełnosprawnym pacjentom LGBT.

Młode osoby LGBT

Tabela 1. Średni wiek poszczególnych etapów

| | Pierwsze homoseksualne pobudzenie | Pierwsza homoseksualna aktywność | Rozumienie terminu homoseksualność | Myslenie o sobie jako o osobie homoseksualnej | Samookreślenie | Pełny kontakt homoseksualny | Ujawnienie się |
|----------|-----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|---|----------------|-----------------------------|----------------|
| Lesbijki | 14-16 lat | 20 lat | 17-18 lat | 18 lat | 21-23 lat | 22-23 lat | 28 lat |
| Geje | 13 lat | 15 lat | 17 lat | 17 lat | 19-21 lat | 21-24 lat | 23-28 lat |

Potrzeby związane z opieką zdrowotną różnią się jednak w zależności od grupy wiekowej pacjentów. Młode osoby, które przeczuwają, że są homoseksualne lub bywają tak postrzegane, mogą doświadczać problemów w środowisku szkolnym. Placówki edukacyjne w dalszym ciągu w niewystarczający sposób wspierają uczniów, którzy doświadczają homofobii wymierzonej bezpośrednio w nich, w nieheteroseksualnych członków ich rodzin lub nieheteroseksualnych przyjaciół.

Istnieją organizacje zajmujące się młodzieżą LGBT, które pomagają w budowaniu pozytywnej tożsamości, jednak to, czy młoda osoba się z nimi skontaktuje i zdecyduje się do nich zwrócić po pomoc, zależy w dużej mierze od niej samej, a także od jej rodziny oraz szkoły. Znalezienie takiej organizacji i podjęcie decyzji o kontakcie może być szczególnie trudne dla młodzieży z obszarów wiejskich, która silniej może doświadczać poczucia izolacji i wykluczenia z uwagi na swoją orientację seksualną.

Niektóre młode osoby z powodu swojej orientacji seksualnej doświadczają odrzucenia nawet przez rodzinę. Jeśli łączy się to również z wystąpieniem problemów w szkole, osoby takie mogą czuć się społecznie wykluczone. Zdarza się też, że młode osoby wskutek takich działań trafiają do schronisk lub zostają bezdomne. Pracownicy służby zdrowia mogą odegrać na tym etapie kluczową rolę we wspieraniu i udzielaniu informacji osobom z mniejszości seksualnych, a ich empatyczne podejście ma szansę pomóc wykształcić na przyszłość pozytywne nastawienie młodzieży LGBT do sektora ochrony zdrowia jako wspierającego i godnego zaufania.

Zapewnienie bezpieczeństwa młodym osobom

W naszym społeczeństwie jesteśmy codziennie narażeni na negatywne przekazy dotyczące orientacji nieheteroseksualnych oraz wariantów alternatywnych dla tożsamości cisplciowych.

Te przekazy są najbardziej bolesne dla młodych osób, które odkrywają, że są seksualnie i emocjonalnie zainteresowane osobą tej samej płci lub ich psychiczne poczucie płci jest odmienne od tego, na co wskazuje ich biologia i metryka. Dlatego młode osoby nieheteroseksualne i transplciowe, podobnie jak wszystkie inne, potrzebują pozytywnych komunikatów dotyczących seksualności i płciowości.

Osoby te są narażone na szczególnie natężoną przemoc motywowaną zarówno homofobią i transfobią, tj.:

- zaczepki słowne, ubliżanie, obrażanie, poniżanie (92%),
- groźby, szantaż zastosowania przemocy fizycznej,
- wandalizm, niszczenie mienia,
- potrącanie, szarpanie, kopanie, uderzanie,
- pobicie,
- atak z bronią,
- zaczepki seksualne,
- zgwałcenie i próba zgwałcenia.

Do zachowań tych najczęściej dochodzi:

- w obrębie szkoły (42,4%);
- ze strony dalszych znajomych, osób z rodziny, sąsiadów, przyjaciół, a nawet nauczycieli.

Konsekwencje doznawanej przemocy, ale również agresji, braku akceptacji, marginalizowanie czy stygmatyzacja społeczna są naturalnie wielopłaszczyznowe i obejmują:

- poczucie braku akceptacji, bycia gorszym, niewartościowym,
- wyalienowanie, niechęć, strach i lęk przed nawiązywaniem kontaktów z innymi osobami,
- niechęć do nauki,
- autoagresję, samookaleczanie,
- ucieczkę w alkohol, narkotyki,

- próby samobójcze oraz samobójstwa,
- wstyd i poczucie winy z powodu swojej orientacji i tożsamości,
- strach i lęk przed nawiązywaniem kontaktów, przed relacjami z innymi osobami,
- brak umiejętności budowania zdrowych relacji społecznych i uczuciowych,
- kwestionowanie własnej tożsamości.

Przejście z okresu dzieciństwa do dorosłości może powodować niepokój i uczucie niepewności u młodych ludzi. Wszystkie nastolatki są wyekspozowane na czynniki ryzyka (które mogą być związane ze zwiększonym prawdopodobieństwem zachowań zagrażających ich życiu, zdrowiu i dobremu samopoczuciu) oraz na czynniki ochronne (takie aspekty życia, które są związane ze zmniejszeniem ryzyka angażowania się w zachowania problemowe). Jako przykład czynników ryzyka można podać: nadużywanie substancji psychoaktywnych, niską samoocenę i narażenie na fizyczne lub emocjonalne nadużycia. Z kolei czynniki ochronne obejmują: wysokie poczucie własnej wartości i zaangażowanie rodziny.

Nadużywanie substancji psychoaktywnych przez nastolatków, doświadczanie aktów przemocy, próby samobójcze i niebezpieczne zachowania seksualne są z pewnością jednym z dominujących problemów zdrowia publicznego w naszym kraju. Jednak te same obawy, dla młodych lesbijek, gejów i osób biseksualnych są szczególnie niepokojące. Podczas gdy większość młodzieży LGTB dorastając, prowadzi satysfakcjonujące i produktywne życie, istnieją również takie przypadki młodych ludzi, którzy przejawiają zwiększone ryzyko w porównaniu do ich heteroseksualnych rówieśników.

Osoby transpłciowe a dojrzewanie

Dojrzewanie osoby transpłciowej może bardzo często wiązać się ze wzmogoną **dysforią płciową**, która wpływa zarówno na widzenie siebie jako osoby upłciowionej, jak i na sposób funkcjonowania pomiędzy rówieśnikami.

DYSFORIA PŁCIOWA

Dysforia – przeciwieństwo euforii – w przypadku płci oznacza odczuwanie niezgodności pomiędzy posiadanym ciałem (aspekt biologiczny), płcią przypisaną po urodzeniu (aspekt prawny) oraz rolą mającą wynikać z poprzednich dwóch (aspekt społeczny) a tożsamością płciową. Osoby cierpiące na dysfориę dążą do funkcjonowania zgodnie z odczuwaną przez siebie tożsamością płciową, co oznaczać może zmianę ekspresji płciowej, poddawanie się terapii hormonalnej, zabiegom chirurgicznym oraz prawną zmianę danych osobowych.

Problemy dysfории mogą dotyczyć wielu aspektów ciała, jednakże dla osób dojrzewających szczególne znaczenie mają:

- **zmiana kształtu ciała** – rozszerzające się ramiona mogą powodować dyskomfort dla transdziejczynek, zaś pojawiające się wcięcie w talii – dla transchłopców;
- **owłosienie lub jego brak** – zarost w przypadku transdziejczynek i brak takowego w przypadku transchłopców;

- **menstruacja lub jej brak** – pojawienie się menstruacji stanowi w transmęskich narracjach rodzaj punktu zwrotnego, „brak odrotu” przed postępującymi zmianami. W przypadku transdziewczynek nastąpić może oczekiwanie na menstruację, która nigdy nie nadejdzie;
- **genitalia** – w trakcie okresu dojrzewania niektóre osoby transpłciowe mogą wykazywać silne zniechęcenie swoimi genitaliami, ich obecnością pod niepożądaną postacią lub wyglądem. Transdziewczyнки mogą zatem próbować ukryć penis i jądra za pomocą ubrań, transchłopcy zaś mogą wypychać bieliznę, aby uzyskane tym sposobem wybrzuszenie sprawiało wrażenie posiadania prawdziwego penisa. Techniki te: *taping* i *tucking* (w przypadku transdziewczynek) oraz *packing* (w przypadku transchłopców), mogą być zadowalające psychicznie, dlatego warto zrozumieć, że są one formą ekspresji płciowej;
- **piersi lub ich brak** – w przypadku transchłopców może dochodzić do spłaszczania i ukrywania piersi poprzez ich bandażowanie bądź przewiązywanie jakimś elastycznym materiałem (*binding*), transdziewczyнки mogą zaś stosować biustonosze i odpowiednio je wypychać papierem lub gałgankami z ubrań bądź innych tkanin;
- **głos** – zmiana głosu może okazać się szczególnie dramatyczna dla transdziewczynek (szczególnie jeśli zmieni się ton na drastycznie niższy), transchłopcóm przeszkadzać może nieulegający odpowiednim zmianom, wciąż zbyt wysoki i piskliwy głos.

Należy jednak zaznaczyć, że stopień niedopasowania i odczuwania tych aspektów ciała jako nieodpowiednich dla poczucia własnej tożsamości płciowej jest indywidualny, dlatego nie należy uznawać, że dziecko bądź nastolatek nie może być osobą transpłciową, jeśli nie cierpi na dysfonię związaną z postępującym upłciowieniem ciała. Dlatego też najważniejsze w pracy z transpłciowym dzieckiem i/lub nastolatkiem jest wysłuchanie jego potrzeb oraz wspólne zastanowienie się nad tym, w jaki sposób pracować nad ekspresją płciową w sposób bezpieczny dla zdrowia.

Zaburzenia identyfikacji płciowej

Zaburzenia te polegają na przeżywaniu dyskomfortu lub silnej dezaprobaty dotyczącej własnej płci, wynikających z obecności określonych zewnętrznych narządów płciowych. Osoby transseksualne wykazują pragnienie życia i akceptacji w roli osoby o odmiennej płci, zwykle związane są z żądaniem doprowadzenia ciała za pomocą zabiegów chirurgicznych lub leczenia hormonalnego do postaci tak zbliżonej z preferowaną, jak to tylko możliwe. W procesie diagnozy, według standardów ICD-10, tożsamość transseksualna występuje trwale od co najmniej 2 lat, jak również nie jest objawem innego zaburzenia psychicznego (np. schizofrenii) i nie wiąże się z nieprawidłowościami chromosomalnymi.

Zaburzenia identyfikacji płciowej w dzieciństwie

Zaburzenia te rozpoczynają się zazwyczaj we wczesnym dzieciństwie (zawsze przed pokwitaniem) i charakteryzują się uporczywym oraz głębokim niezadowoleniem z własnej płci biologicznej wraz z chęcią posiadania cech płci odmiennej. Cechują się ponadto stałym zainteresowaniem i postępowaniem według cech oraz postaw typowych dla płci odmiennej, przy jednoczesnym odrzucaniu roli społecznej własnej płci i jej wyglądu. Rozpoznanie wymaga wcześniej ustalenia zaburzeń identyfikacji płci. W procesie diagnostycznym nie wystarczy samo stwierdzenie u dziewczynek zachowania chłopięcego, a u chłopców – zachowania dziewczęcego, aby rozpoznanie było prawidłowe. Notowanie jedynie samych sfeminizowanych lub zmaskulinizowanych cech u kobiet oraz sfeminizowanych lub zmaskulinizowanych cech u mężczyzn obejmuje raczej zakres tematyczny z obszaru płci psychologicznej oraz społecznej i nie odnosi się bezpośrednio do zaburzeń identyfikacji płciowej według kryteriów ICD. Właściwemu prowadzeniu rozpoznania towarzyszyć więc powinna obserwacja, rozmowa z rodzicami lub opiekunami, jak również szczegółowa diagnoza zachowań dziecka przez specjalistę psychologa lub psychiatrę.

Diagnoza powinna obejmować wywiad seksuologiczny, badanie ginekologiczne (osoby transseksualne typu K/M) lub andrologiczne (osoby transseksualne typu M/K), jak również ustalenie płci genetycznej (*chromatyna płciowa – ciątka Barra*), badania hormonalne, badania OUN (tj. EEG i CT), badanie psychologiczne (w tym kwestionariusze i życiorys pacjenta) oraz konsultację psychiatryczną. Wywiad seksuologiczny w takim postępowaniu jest obowiązkowy oraz powinien obejmować:

- relacje między rodzicami,
- relacje z matką, ojcem – rodzaj więzi, bliskość, opieka, konflikty, obecność,
- akceptacja płci dziecka,
- jakie ubrania wybierało dziecko,
- jakie zabawki wybierało dziecko, jak się nimi bawiło,
- rysunki z przedstawieniem siebie i rodziny (jeśli w gabinecie jest dziecko),
- relacje z rówieśnikami – wybierane grupy towarzyskie,
- okres dojrzewania – stosunek do rozwoju narządów płciowych, miesiączki, polucji,
- stosunek do ciała,
- związki i kontakty seksualne (podniecenie, pożądanie),
- wybierane zawody, zainteresowania,
- wybór imienia,
- w jakiej roli społecznej funkcjonują,
- z kim są obecnie w związku,
- od kiedy występuje poczucie nieadekwatności płci biologicznej.

Specjaliści psycholodzy i psychiatry powinni również przeprowadzić diagnozę różnicową, która koniecznie musi obejmować: *transwestytyzm fetyszystyczny*, osoby o *orientacji homoseksualnej egodystonicznej*, zaburzenia psychiczne, zaburzenia osobowości oraz zmiany w OUN.

Istnieje wiele sposobów rozwoju orientacji seksualnej. Choć procesy biologiczne w okresie dojrzewania wzmagają poziom potrzeb seksualnych u wszystkich nastolatków, to silna presja społeczna okresu dorastania stanowi potężną barierę dla pełnej ekspresji nieheteroseksualnych pragnień. Ten mechanizm czyni okres nastoletniości i wczesnej dorosłości ważnym etapem rozwojowym dla osób LGB. Wyrażanie homoerotycznych pragnień może być źródłem wielu problemów, a z kolei tłumienie pożądania może negatywnie wpływać na poziom przystosowania, stąd konflikt kumuluje intensywne wewnętrzne rozdarcie.

Homoseksualność jako konstrukt osobisty

Tożsamość homoseksualna, aby można było o takiej mówić, wymaga spełnienia kilku warunków definiujących osobę w tym wymiarze:

- zidentyfikowania się jako osoba homoseksualna (lub biseksualna),
- nazwania/przypisania pewnego znaczenia tej identyfikacji,
- powiedzenia o takiej identyfikacji i orientacji społeczeństwu.

Akceptacja własnej orientacji seksualnej to konstrukt płynny, na którego jednym krańcu znajduje się postawa samoodtrącenia, przyjmująca postać zinternalizowanej homofobii, a na drugim – postawa samoakceptacji.

Przejawy i etapy identyfikacji homoseksualnej

- **zaprzeczanie** – niedopuszczanie do świadomości homoseksualnego komponentu w uczuciach, fantazjach i aktywności;
- **unikanie sytuacji i zachowań związanych z homoseksualnym pożądaniem** – np. kierowanie uwagi w stronę płci odmiennej, antyhomoseksualne nastawienie;
- **próba samookreślenia** – strategia specjalnego przypadku, biseksualności, fazy przejściowej, eksperymentowania ze swoją seksualnością;
- **akceptacja** – świadomość, że fantazje, uczucia i zachowania mogą być homoseksualne;
- **przyjmowanie identyfikacji** – zidentyfikowanie siebie jako osoby homoseksualnej, tolerowanie i akceptacja tej identyfikacji, nawiązanie relacji z innymi osobami o orientacji nieheteroseksualnej oraz wchodzenie w pierwsze związki homoseksualne;
- **coming out** – stopniowe „ujawnianie” siebie jako osoby zorientowanej homoseksualnie samemu sobie. Przebiegająca etapami akceptacja tego faktu, a potem otwarcie się na coraz szersze otoczenie. Zadeklarowanie się przed innymi jest rozstrzygającym momentem w akceptacji samego siebie;
- **zaangażowanie** – adaptacja, obejmuje integrację homoseksualności z emocjonalnością i powiązanie ich ze znaczącymi wartościami, a także otwarcie na dojrzałe relacje erotyczne oraz szczerze kontakty z przyjaciółmi i rodziną.

Starsze osoby LGBT

Osoby w wieku senioralnym spotykają się w społeczeństwie z uprzedzeniami, stereotypami i dyskryminacją ze względu na swój wiek. Zjawisko to nazywamy ageizmem lub w wersji spolszczonej „ejdżyzmem” (ang. *ageism*). W Polsce kulturowo wiek senioralny bywa definiowany przede wszystkim poprzez role rodzinne: bycie dziadkiem, babcią. Wizerunek osób po 50. roku życia nie kojarzy się z pracą i rozwojem zawodowym, uczeniem się, rozrywką, samorealizacją, aktywnością seksualną, randkowaniem czy miłością partnerską. Choć wiele się zmienia w tym temacie dzięki emisji coraz większej liczby programów, świadczenia usług i dostarczania produktów służących samorozwojowi oraz rozrywce przeznaczonych do tej grupy wiekowej (miejskie i dzielnicowe kluby seniora, uniwersytety trzeciego wieku, zniżkowe oferty miejskich ośrodków sportowych, oferty turystyczne dofinansowane przez kraje unijne zachęcające do podróżowania poza sezonem, rozwój wolontariatu 50+ na poziomie lokalnym oraz europejskim, a także wynalezienie viagry, rosnący rynek suplementów poprawiających sprawność seksualną w podeszłym wieku), wciąż w świadomości społecznej osoby starsze definiowane są przede wszystkim przez pryzmat opieki – albo świadczonej na rzecz rodziny, albo jako osoby takowej opieki wymagające.

Takie postrzeganie osób starszych jest nie tylko redukcjonistyczne, lecz także posiada wbudowany heteronormatywny scenariusz życia, dodatkowo uderzający w osoby LGBT. Dochodzi do tego odmawianie osobom starszym seksualności oraz kojarzenie homoseksualności jedynie z zachowaniami seksualnymi, a to prowadzi do pomijania, niedostrzegania i swoistej niewidzialności osób LGBT w tej grupie wiekowej. Dotyczy to zarówno szerokiej populacji, jak i instytucji oraz profesjonalnie zajmujących się ludźmi po 50. roku życia – środowiska naukowego w naukach społecznych oraz medycynie, systemu opieki społecznej, systemu ubezpieczeń społecznych i emerytalnych, prywatnych domów opieki, a nawet przepisów prawa związanych z pochówkiem i dziedziczeniem. Owe białe plamy, takie jak brak uregulowania statusu związków jedнопłciowych czy nagminne nieuwzględnianie tej populacji w systemie kształcenia medycznego oraz psychologicznego, wynikają z heteronormatywności – nieuwzględniania w świadomości społecznej istnienia populacji LGBT pod różnymi postaciami i odcieniami generacyjnymi.

Problemy starzenia się osób LGBT zależą w dużej mierze od pokolenia, z którego pochodzą. Starzenie się i starość dzisiejszych senierek i seniorów ma inną specyfikę kulturową niż będzie miało starzenie się dzisiejszych ludzi młodych oraz dojrzałych w przyszłości, ponieważ na przestrzeni dekad zmieniają warunki społeczno-kulturowe, w których tym pokoleniom przyszło przeżywać swoją młodość, wychowywać się, socjalizować, a następnie funkcjonować. Pokolenie obecnych seniorów LGBT mieszkających w Polsce przeżywało swoją młodość w czasach, w których homoseksualność i transpłciowość były wzmiankowane, co najwyżej wypowiedane szeptem – w atmosferze pogardy, oburzenia moralnego lub zgrozy, traktowane oficjalnie w kategoriach „dewiacji” czy „zбочzenia”. Dawniej w debacie publicznej nie istniały również żadne dyskursy afirmatywne porównywalne do dzisiejszych ruchów aktywistów LGBT, które mogłyby zrównoważyć ten jednoznacznie negatywny przekaz. Należy przez to rozumieć, że uwewnętrzniona homofobia lub transfobia (nieakceptowanie

własnej seksualności, poczucie choroby u osób homoseksualnych lub transpłciowych, nienawiść do samych siebie) oraz stres mniejszościowy (wzmoczona czujność i napięcie związane z lękiem przed doświadczeniem negatywnych sankcji społecznych w wypadku wyjścia na jaw własnej homoseksualności, biseksualności lub transpłciowości), których doświadczyły w życiu osoby będące dziś w podeszłym wieku, mogły mieć nieporównywalnie większą skalę i siłę w stosunku do tych, które przypadły w udziale współczesnym młodym pokoleniom.

Śmierć oraz umieranie partnerki lub partnera tej samej płci, jako zdarzenie życiowe skorelowane z późnym wiekiem, jest dla osób LGBT doświadczeniem szczególnie trudnym w porównaniu do osób heteroseksualnych. Osoby, które doświadczyły takiej straty, a utrzymywały swój związek w tajemnicy, nie otrzymują w związku z tym żadnego wsparcia społecznego – renty, spadku, odszkodowania, które można by porównywać ze wsparciem, jakie zwykle otrzymuje się w związku z umieraniem lub po śmierci męża bądź żony odmiennej płci. Wdowięcy geje czy wdowięce lesbijki pozostają w takiej sytuacji zupełnie sami z własnym bólem. Do tego mogą dochodzić komplikacje spadkowe – szczególnie trudne, jeżeli partnerki lub partnerzy zamieszkiwali osobno. O ile osoba zmarła nie zapisała przed śmiercią w testamencie swojej części majątku partnerce lub partnerowi, o tyle owdowiali partnerzy nie mają ustawowo zagwarantowanego prawa do dziedziczenia – takiego, jakie przysługuje owdowiałym żonom lub mężom.

Życie osób LGBT z pokolenia dzisiejszych seniorów często naznaczone było cierpieniem, izolacją i obciążeniami psychicznymi w takich obszarach, w których osoby cisplciowe oraz heteroseksualne zwykle są dziś relatywnie „wyzwolone” i otrzymują niewspółmiernie silniejsze wsparcie społeczne. Poza heteronormatywnymi założeniami osób pracujących w służbie zdrowia lub specjalizujących się w ochronie zdrowia psychicznego, dodatkowymi czynnikami, które mogą utrudniać udzielanie seniorkom i seniorom LGBT profesjonalnej pomocy, są stres mniejszościowy oraz uwewnętrznione homofobia i transfobia samych zainteresowanych. Ktoś, kto wstydi się własnej tożsamości i przez całe życie ją ukrywa, może w ogóle nie zwrócić się po pomoc do psychologa lub psychiatry, z obawy przed pamiętanym z lat młodości napiętnowaniem. Jeżeli jednak już się o nią zwróci, to z tych samych powodów może przemilczać kwestie własnej tożsamości oraz cierpienia i napięć związanych z doświadczaniem uwewnętrznionej i zewnętrznej opresji.

Osoby transpłciowe, które poddają się pełnej tranzycji, należy wskazać jako grupę mającą szczególnie potrzeby związane z opieką medyczną i psychologiczną.

Transpłciowe starzenie się jest okupione specyficznymi problemami, które – choć mieszczą się w perspektywie doświadczeń i problemów cisplciowych osób starzejących się – mają zupełnie lub częściowo inne przyczyny. Szczególnie istotne stają się kwestia tranzycji w wieku podeszłym bądź efekty tranzycji dokonanej w przeszłości, specyfika terapii hormonalnej związanej z tranzycją oraz jej późniejsze efekty w wieku starzenia się (np. wpływ terapii hormonalnej na krążenie, szczególnie w kwestii powstawania zatorów), przechodzenie zabiegów chirurgicznych i późniejsza pielęgnacja bądź efekty operacji chirurgicznych dokonanych na wcześniejszych etapach życia.

Ze względu na brak specyficznego podejścia do kwestii transpłciowości ze strony geriatry i endokrynologii, starzejące się i starsze osoby transpłciowe mogą być narażone na

przyjmowanie nieodpowiednich do ich potrzeb dawek leków hormonalnych lub blokerów testosteronu. Proces korekty płci w Polsce odbywa się w oparciu o diagnostykę przeprowadzoną przez seksuologa, a także przez psychologów oraz psychiatrów, brakuje w nim jednakże jasno zdefiniowanej roli specjalisty endokrynologicznego, co oznacza, że osobom poddającym się tranzycji przepisuje się arbitralne dawki leków hormonalnych. Ze strony lekarzy prowadzących czasem brak jest inicjatywy, by kontrolować poziom hormonów osób przechodzących tranzycję, a także monitorować ich ogólny stan zdrowia fizycznego. W efekcie spora część dbania o medyczne aspekty zarówno tranzycji, jak i późniejszego trwania przy terapii hormonalnej jest zależna od samoświadomości zdrowotnej samych zainteresowanych, co i bez tego jest w Polsce kwestią problematyczną, chociażby ze względu na warunki ekonomiczne.

Zabiegi korekty płci nie są w Polsce refundowane, terapia hormonalna jest dostępna jedynie z 30% refundacją. Oznacza to, że korekta płci jako proces może jawić się szczególnie kosztownie dla osób w wieku (przed)emerytalnym, dysponujących często skromnymi środkami na utrzymanie. Kontekst ten jest istotny zwłaszcza do zrozumienia sytuacji pod względem społecznym, szczególnie jeśli weźmie się pod uwagę ogólną sytuację osób na emeryturze w Polsce, a także praktyczną niedostępność państwowego finansowania regularnej opieki medycznej oraz psychologicznej podczas tranzycji i później. Transpłciowe starzenie się jawi się zatem jako życie w ciągłej niepewności zarówno społecznej, jak i w kwestii dostępu do odpowiedniej opieki i pielęgnacji.

Rodzicielstwo i rodziny LGBT

Społeczno-kulturowe postrzeganie rodziny łączy się bezpośrednio ze związkiem osób przeciwnej płci, co już na wstępie komplikuje sytuację osób nieheteronormatywnych.

Jak wynika z badania „Rodziny z wyboru” przeprowadzonego przez zespół dr hab. Joanny Mizielińskiej w Polskiej Akademii Nauk: **milion Polaków żyje w związkach homoseksualnych, a około 50 tysięcy par wychowuje dzieci**. To pierwsze badanie w Polsce, które w sposób tak kompleksowy i śmiały dostarcza wiedzy o związkach oraz rodzicielstwie osób nieheteroseksualnych i transpłciowych.

Z badania tego wynika, że 65% osób nieheteroseksualnych, które pozostają w związku mieszka razem, a 93% pozostałych planuje wspólne mieszkanie w przyszłości. 9% badanych wspólnie wychowuje dzieci, przy czym zdecydowana większość z nich urodziła się w poprzednich związkach heteroseksualnych. Natomiast zaledwie 8% dzieci osób nieheteroseksualnych urodziło się, gdy partnerzy byli już ze sobą w związku (w większości zaś były to związki dwóch kobiet).

Zdecydowana większość badanych, bo aż 90%, deklaruje, że jest szczęśliwa i zadowolona ze swojego związku. Dodatkowo aż 97% z nich uważa swojego partnera lub partnerkę za członka rodziny. Ma to fundamentalne znaczenie w kontekście obecnego braku możliwości legalizacji związków partnerskich, co tym samym uniemożliwia lub w znacznym

stopniu ogranicza społeczne funkcjonowanie osobom decydującym się na związek partnerski. Z badania wynika ponadto, że ponad 75% osób nieheteronormatywnych jest zwolennikami zalegalizowania związków partnerskich. W obecnej sytuacji osoby te nie mają możliwości (lub napotykają na trudności) w zakresie takich problemów dotyczących sfery cywilnoprawnej, jak:

- kontakty ze służbą zdrowia (odwiedziny w szpitalu partnerów, przekazanie informacji o ich stanie zdrowia w wyniku np. wypadku; utrudniony odbiór wyników badań);
- załatwianie formalności w urzędach, na poczcie i w bankach;
- prowadzenie wspólnego gospodarstwa domowego i regulowanie opłat związanych np. z dostawą energii i gazu;
- wynajmem mieszkania;
- legalizacja wspólnego majątku;
- objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym członków rodziny;
- materialne zabezpieczenie najbliższych na wypadek śmierci;
- możliwość pochówku oraz wychowywania dzieci po śmierci rodzica biologicznego;
- wspólne wyjazdy „jako rodzina” w przypadku otrzymania propozycji stażu/stypendium lub pracy za granicą.

Brak rozwiązania prawnego i brak możliwości zalegalizowania związków wśród osób LGBT ma ogromny wpływ na społeczne funkcjonowanie związków jedнопłciowych, a zatem wpływa również na jakość relacji z otoczeniem. Osoby LGBT nie są w stanie określić nawet własnego stanu cywilnego i statusu związku. Trudno jest im komunikować się z otoczeniem poza gronem najbliższych osób, kiedy rozmowy dotyczą życia prywatnego i relacji, w jakie dana osoba jest zaangażowana.

Nie jest zaskoczeniem zatem, że wobec społecznego braku akceptacji, jak również wobec prawnego braku przyzwolenia i stygmatyzującej postawy władzy, zdecydowana większość osób nieheteroseksualnych ukrywa swój związek przed otoczeniem. Z raportu *Sytuacja społeczna osób LGBT 2010-2011* wynika, że w porównaniu do lat poprzednich, odsetek osób ukrywających swoją orientację w sferze publicznej, co prawda zmniejszył się (o 15 punktów procentowych w miejscu pracy), lecz cały czas około 70% respondentów nie mówi o sobie ani o swoich związkach w miejscu pracy i w szkole/na uczelni, a połowa z nich ukrywa swą orientację przed otoczeniem (np. przed sąsiadami), z czego 40% badanych to osoby żyjące w stałych związkach.

Chociaż osoby LGBT w związkach otrzymują mniej wsparcia od rodzin pochodzenia niż osoby heteroseksualne, to wykazują tendencję deklarowania ogólnego zadowolenia z ich generalnego poczucia wsparcia społecznego. Pomimo iż wiele osób LGBT doświadcza konfliktów czy problemów w okresie ujawniania swojej orientacji seksualnej i tożsamości płciowej, to na przestrzeni trwania życia osoby te pozostają w relacji z ich bliskimi z rodzin pochodzenia. W celu zrównoważenia braku wsparcia ze strony rodziny generacyjnej przedstawiciele mniejszości często tworzą tak zwane „rodziny z wyboru“, na które składa się zwarta grupa przyjaciół, spełniająca bardzo podobną funkcję jak rodzina pochodzenia. Wiedza na temat takich konstelacji jest bardzo ważna dla osób pracujących w zawodach pomocowych ze

względu na badanie dynamiki rodziny oraz szacowania wsparcia społecznego – niezbędnego w sytuacjach pogorszonego stanu zdrowia.

Nawet jeśli pacjenci LGBT nie zgłaszają, że są w kontakcie z kimś z bliskiej rodziny, to nie można zakładać, że nie ma w ich pobliżu sieci równie istotnych osób ważnych dla systemu, w jakim pacjent żyje.

Oprócz przeszkód strukturalnych i prawnych utrudniających rodzinom LGBT funkcjonowanie, wiele par boryka się również z nieakceptacją ze strony rodzin pochodzenia oraz najbliższego środowiska. Osoby w relacjach jedнопłciowych często nie znajdują poczucia bezpieczeństwa we wspólnotach religijnych czy duchowych, co pośrednio może wzmacniać w nich poczucie izolacji, odrzucenia, a w ostatecznym rozrachunku także odosobnienia.

Wielu osób LGBT nie myśli o potomstwie. Może to wynikać ze świadomości konsekwencji, jakie taki wybór niesie we wrogim społeczeństwie. Brak regulacji prawnych chroniących oraz zabezpieczających ich interesy, dyskryminacja interpersonalna i na poziomie instytucjonalnym – wszystko to nie sprzyja atmosferze wzrastania w kulturze tolerancji oraz akceptacji. Jednak rodziny LGBT są częścią społeczeństwa polskiego i coraz więcej osób w związkach jedнопłciowych decyduje się na podjęcie wyzwania, jakim jest wspólne wychowywanie dzieci. Przez wiele lat osoby z mniejszości seksualnych starające się o dzieci znajdowały sposoby na zostanie rodzicami – choćby przez posiadanie dzieci z poprzednich relacji lub staranie się o adopcję, nie ujawniając, że nie są heteroseksualne. Wielu osobom towarzyszy przy tym poczucie nierówności wobec przywilejów osób heteroseksualnych, które mogą starać się o dzieci jedynie dlatego, że są w heteroseksualnych małżeństwach. Nie jest niczym niezwykłym, że osoby LGBT mogą w równym stopniu mieć takie same pragnienia i potrzeby jak osoby heteroseksualne. Podobnie jak osoby heteroseksualne mogą mieć zupełnie inne oczekiwania lub aspiracje życiowe.

Ogromny wpływ na funkcjonowanie rodzin jedнопłciowych ma wspomniany już wielokrotnie stres mniejszościowy oraz zinternalizowane negatywne przekonania na temat nieheteroseksualnej orientacji seksualnej.

Poziom stresu wpływa z kolei na poczucie bliskości oraz bezpieczeństwa, a lęk przed byciem zdemaskowanym w miejscach publicznych powoduje wzmoczoną kontrolę nad własnymi reakcjami, które mogłyby ujawnić status relacji między osobami w związkach. Wybór miejsca zamieszkania, dobieranie znajomych i przyjaciół czy stopień dzielenia się informacjami z życia prywatnego w pracy powodują potrzebę szczególnego dbania o prywatność i mogą wzmacniać uczucie lęku, strachu, złości bądź osamotnienia.

Poważną trudnością i szczególnie wyzwaniem dla rodziny LGBT może być separacja, rozstanie lub śmierć jednego z partnerów. W sytuacjach takich brak rozwiązań prawnych odnośnie do sprawowania opieki nad dziećmi, może okazać się krytycznie bolesnym doświadczeniem, a także ciężką próbą determinacji oraz zaradności pozostałego z rodziców.

Macierzyństwo, ciąża i płodność LB

Powszechnie zakłada się, że pary jednopłciowe czy osoby homoseksualne nie pozostają w związkach, nie posiadają dzieci lub nie opiekują się czynnie członkami swojej najbliższej rodziny.

Macierzyństwo, ciąża i płodność to obszary, w których kobiety LB (lesbijki i kobiety biseksualne) aktywnie poszukują opieki zdrowotnej oraz otwarcie mówią o swojej orientacji seksualnej. Lesbijki mogą zajść w ciążę na kilka sposobów – mogą na przykład odbyć typowy stosunek waginalny z mężczyzną (zarówno podjęty specjalnie na tę okoliczność lub nierozmyślnie, zapłodnienie może nastąpić jako skutek eksperymentalnych kontaktów seksualnych z płcią inną niż zazwyczaj preferowana) lub też otrzymać próbkę spermy od znanego sobie dawcy i dokonać samoinseminacji. W tym drugim przypadku lekarz może nie dowiedzieć się, że kobieta zaszła w ciążę w wyniku tego prostego do wykonania samodzielnie zabiegu. Ponadto lesbijki mogą również skorzystać ze specjalistycznych usług klinik leczenia niepłodności, w których dokonuje się inseminacji wewnątrzmacicznej.

Uważa się, że najbezpieczniejszą metodą poczęcia dziecka przez lesbijki jest inseminacja wewnątrzmaciczna. Kobieta musi uzyskać skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu, a następnie zostać przyjęta do kliniki leczenia niepłodności, aby dokonać zabiegu. Każdą klinikę obowiązują zaś przepisy wyszczególnione w ustawie (Ustawa o in vitro). Zgodnie z niniejszą regulacją zanim kobieta podejmie leczenie, każda klinika, do której się zgłosi, musi zweryfikować jej przyszłe warunki socjalne i rodzinne dziecka poczętego w wyniku takiego zabiegu. W ramach tych warunków brana jest pod uwagę także potrzeba posiadania ojca, co dyskryminuje samotną lub nieheteroseksualną kobietę.

Ustawa nakazuje także, aby jednostka rządowa odpowiedzialna za jej implementację dopilnowała, żeby zawarte w niej przesłanki zostały wdrożone w standardy działania kliniki, co oznacza, że w przypadku, gdy dziecko nie będzie miało prawnego ojca, klinika ma za zadanie ocenić, czy przyszła matka będzie w stanie zaspokoić potrzeby dziecka/dzieci i czy inne osoby z rodziny matki bądź jej najbliższego otoczenia chcą dzielić z nią tę odpowiedzialność.

Kobiety homoseksualne mogą tym samym doświadczyć sporej dawki upokorzeń oraz sytuacji dyskryminacji podczas ciąży i porodu. Matka niebędąca biologiczną rodzicielką może zostać wykluczona z rozmów bądź niedopuszczona finalnie do podejmowania wiążących decyzji. Ciąża oznacza również konieczność regularnego korzystania z usług służby zdrowia. Dyskryminacja w takiej sytuacji może utwierdzać kobiety w przekonaniu o ogólnej nieprzychylności wobec osób spoza „głównego nurtu”, panującej wewnątrz systemu ochrony zdrowia, administracji rządowej czy organów legislacyjnych, a w rezultacie zniechęcać kobiety LB do profilaktyki oraz korzystania z opieki zdrowotnej.

Rodzicielstwo osób transpłciowych

W przypadku osób transpłciowych trudno mówić o porównywalnych aspektach rodzicielstwa. Osoby transpłciowe bywają zarówno rodzicami adopcyjnymi, jak i biologicznymi, podejmowanie się biologicznego rodzicielstwa często bywa wyborem pomiędzy chęcią posiadania dziecka a własnym komfortem cielesnym oraz płynącymi z tego stanu nieuchronnymi konsekwencjami fizycznymi.

Ważnym aspektem rodzicielstwa osób transpłciowych jest tranzycja (ang. *transition* – przejście), która w różny sposób może wpłynąć na budowanie relacji z dzieckiem, szczególnie jeśli relacje pomiędzy rodzicem jej dokonującym a pozostałymi osobami w rodzinie nie układają się odpowiednio.

Rodzicem może zostać każda osoba transpłciowa – bez względu na to, czy dana osoba zamierza dokonać zabiegu tranzycji, czy też nie. Oznacza to również, że możemy mówić o różnych odmianach rodzicielstwa w przypadku osób transpłciowych:

- **przedtranzycyjne** – gdy dana osoba zostaje rodzicem, zanim rozpocznie proces uzgodnienia (zmiana danych osobowych) i/lub korekty (poddanie się różnym zabiegom medycznym) płci. Rodzicielstwo przedtranzycyjne może wynikać z chęci uniknięcia problemów prawnych związanych z rejestracją dziecka pod nową tożsamością rodzica. Może również być wyborem w czasie, gdy dana osoba nie myśli jeszcze w ogóle o tranzycji lub odkłada decyzję o niej;
- **potranzycyjnym** – gdy rodzicielstwo rozpoczyna się w momencie funkcjonowania danej osoby w płci zgodnej z jej tożsamością płciową. W tym aspekcie można mówić o rodzicach, którzy funkcjonują bez prawnej zmiany danych osobowych, po prawnej zmianie danych osobowych, a także po przejściu niektórych zabiegów związanych z korektą płci (która nie wpływa na zdolność płodzenia);
- **beztranzycyjnym** – gdy posiadanie dziecka nie wiąże się z aspektami społecznej czy medycznej tranzycji, może być jednakże (podobnie jak powyższe) okupione problemami *dysforii płciowej* (szczególnie w przypadku ciąży u transmężczyzn) oraz późniejszymi kwestiami funkcjonowania rodzica w relacji z dzieckiem oraz innymi bliskimi osobami.

Bez względu na to, o jakim aspekcie transpłciowego rodzicielstwa mówimy, należy zdawać sobie sprawę z tego, że polskie prawo bardzo często nie nadąża za dynamicznymi zmianami społecznymi, dlatego też transpłciowi rodzice mogą napotkać różne problemy zarówno podczas starań o dziecko, jak i w późniejszym czasie.

Osoby transpłciowe zostają rodzicami na wiele różnych sposobów. Niektóre wybierają adopcję, inne decydują się przysposobić dziecko partnera lub partnerki, jeszcze inne postanawiają skorzystać z metody *in vitro* bądź dawcy nasienia. Są również takie, dla których posiadanie biologicznego dziecka jest priorytetem (dotyczy to osób transpłciowych, które nie przeszły operacji usunięcia gonad, co umożliwia im polski system prawny). Na rodzicielstwo decydują się również osoby transpłciowe o różnych orientacjach seksualnych, nie tylko heteroseksualne osoby transpłciowe.

Rodzicielstwo adopcyjne osób transpłciowych

Pomimo braku przeciwwskazań dla osób transpłciowych do bycia rodzicami adopcyjnymi, nadal można spotkać się z przejawami uprzedzeń odnośnie do tej grupy społecznej. Najczęstsze mity wynikają z twierdzenia, jakoby dziecko miałooby nie poradzić sobie z faktem transpłciowości rodzica (mimo że nie każdy transpłciowy rodzic decyduje się ujawniać ten fakt bliskim) bądź sugerowanie, że dziecko również stanie się transpłciowe – choć nie bardzo wiadomo, na jakiej podstawie miałooby to mieć miejsce. Zarówno orientacja seksualna, jak i tożsamość płciowa, o ile mogą jeszcze stanowić przedmiot nieświadomych dziecięcych fantazji (zwłaszcza zaś eksperymentowanie z pełnieniem rozmaitych ról społecznych w ramach gier i zabaw z rówieśnikami), o tyle sam fakt posiadania określonej i wrodzonej preferencji seksualnej bądź poczucia przynależności do danej płci wynika z dojrzewającego i autentycznego przekonania okupionego latami refleksji własnej, z poczuciem świadomością płynących z tego konsekwencji. Nie dzieje się to pod wpływem impulsu, kaprysu, czyjejs namowy, automatycznego kopiowania wzorców społeczno-kulturowych, mody lub jakiegoś innego rodzaju bodźca. Zarówno te postawy, jak i eksperymentalne zachowania przejściowe nie spełniają kryteriów definicyjnych tożsamości i orientacji seksualnej oraz nie utrzymałyby trwałej przynależności do grupy, gdyby nie stanowiły wcześniej integralnej (psychicznej i fizycznej) składowej JA danej osoby.

Warto zaznaczyć, że przy obecnym stanie prawnym osoby transpłciowe mogą zostać rodzicami adopcyjnymi jedynie wtedy, gdy są z kimś w związku małżeńskim od ponad pięciu lat, a zatem dotyczy to głównie osób żyjących w związkach różnopłciowych.

Rodzicielstwo transpłciowe poprzez przysposobienie

Osoby transpłciowe zostają również rodzicami przysposobionymi, tj. opiekunami dziecka ich aktualnego partnera lub partnerki. Ze względu na obecny stan polskiego prawa, oficjalne przysposobienie jest możliwe wyłącznie dla tych osób, które żyją w związkach różnopłciowych – czyli wyłącznie wśród transpłciowych osób heteroseksualnych lub tych, które decydują się na sformalizowany związek różnopłciowy z uwagi na chęć posiadania w przyszłości dziecka.

Rodzicielstwo transpłciowe biologiczne

Ten sposób zostania rodzicem charakteryzuje się najszerszą gamą możliwości. Można skorzystać bowiem zarówno z metody *in vitro* lub dawcy nasienia, a także zostać rodzicem poprzez klasycznie rozumiany stosunek seksualny. Ważnym aspektem w tym wypadku jest możliwość potwierdzenia swojego prawnego rodzicielstwa, co w przypadku „rodzących mężczyzn” bądź „płodzących kobiet” może nastęrczać pewnych trudności terminologicznych i administracyjno-prawnych – zwłaszcza w polskim kontekście, gdzie matkę definiuje się jako „kobietę, która urodziła dziecko”, a ojcostwo przez analogię do macierzyństwa.

W aspekcie biologicznego rodzicielstwa bardzo ważną staje się regularna opieka ginekologiczna dla transmężczyzn oraz leczenie niepłodności dostosowane do potrzeb osób transpłciowych.

Rodzicielstwo transpłciowe metodą *in vitro* bądź dzięki dawcy

Niektóre osoby transpłciowe decydują się na ten rodzaj rodzicielstwa mogący mieć różne skutki prawne i społeczne, w zależności od tego, czy metoda ta dotyczy danej osoby, czy partnera bądź partnerki. Dawcą komórek rozrodczych może być zarówno osoba nieznana, jak i znajoma. Może się stać również tak, że dawcą jest przyszły rodzic transpłciowy (np. transkobieta), której partnerka chce zajść w ciążę. W zależności od statusu prawnego danej osoby sytuacja, może ona wnieść mniej lub więcej komplikacji w życie rodzinne obojga partnerów/partnerek. Przykładem braku komplikacji jest skorzystanie z tej metody przez transmężczyznę i jego partnerkę, którzy są formalnie małżeństwem. W tym przypadku – bez względu na pochodzenie dawcy – domniemanym ojcem zawsze jest małżonek.

Przemoc domowa i przemoc wobec osób tej samej płci

Wiele prac badawczych poświęcono analizie przemocy domowej w związkach dwupłciowych, zarówno działając w dobrej wierze na rzecz wykrywania i przeciwdziałania, jak i chcąc rozmyślnie deprecjonować oraz patologizować to środowisko mniejszościowe. Dowiedziono jednak, że przemoc w równym stopniu jest obecna w związkach jednopłciowych, jak i w tych heteroseksualnych.

Problem ten wciąż jest jednak pomijany. Przemoc wobec osób tej samej płci nie jest rozpatrywana jako zjawisko społeczne zarówno przez samą społeczność LGBT, jak i decydentów, prawników czy pracowników służby zdrowia. Brak rozpoznania genezy problemu sprawia, że osoby należące do mniejszości seksualnych mają trudność ze zgłaszaniem incydentów przemocy domowej, nie czując się przy tym odpowiednio chronionymi przez służby powołane do przeciwdziałania przemocy. Ludzie, którzy pragną udzielić pomocy osobom LGBT, mają problem z identyfikacją odpowiednich zasobów. Mimo tego przemoc domowa w związkach partnerów/ek tej samej płci jest penalizowana już od 2003 roku.

Istnieje niewiele badań dotyczących przemocy domowej wymierzonej w osoby LGBT ze względu na ich orientację seksualną bądź tożsamość płciową przez członków własnych rodzin. Młodzież nieheteronormatywna jest szczególnie narażona na przemoc ze strony heteroseksualnych bądź cisplciowych rodziców biologicznych i pozostałych członków rodzin w momencie *coming outu* lub w sytuacji, kiedy członek rodziny ma podejrzenia

odnośnie do ich orientacji seksualnej. Młode osoby mogą również nie chcieć ujawnić, że doświadczyły przemocy domowej na tle dyskryminacyjnym ze strony najbliższych członków rodziny.

Podsumowanie

Różnorodność ludzkich doświadczeń wymaga od specjalistów w zakresie ochrony zdrowia indywidualnego podejścia do każdej osoby i przełamania heteronormatywnych założeń, aby dzięki temu móc świadczyć profesjonalną pomoc również starzejącym się osobom LGBT. Sama zmiana języka, którym mówimy do podopiecznych, w tym odnosząca się do sposobu zadawania pytań, aby subtelnie uwzględnić, że ktoś, z kim mamy do czynienia, może być osobą nieheteroseksualną lub transpłciową, może sama w sobie mieć działanie terapeutyczne. Zawarty w języku dyskretny sygnał o życzliwym nastawieniu względem osób z populacji LGBT, na przykład uwzględnianie istnienia relacji jedнопłciowych tak samo neutralnym i „oczywistym” tonem, jak również mówienie o związkach heteroseksualnych (np. „pani partner/partnerka”, zamiast „partner/mąż” lub też określenie „osoba, z którą jest pan w związku”, zamiast jednoznacznego „partnerka/kobieta/żona”), może ułatwić osobom podjęcie decyzji o ujawnieniu przed nami własnej orientacji seksualnej i/lub tożsamości płciowej. Należy przyjąć, że uwzględnienie istnienia osób LGBT w dużej mierze będzie wymagać wyjścia z inicjatywą przez samych specjalistów. Nie należy oczekiwać, że osoby korzystające z opieki zdrowotnej, przyzwyczajone do wieloletniego życia w konspiracji, będą skore do spontanicznego i otwartego ujawniania własnej tożsamości w obliczu braku dostrzegalnych sygnałów wskazujących na życzliwe nastawienie oraz bezpiecznie rokującą relację ze specjalistą. To z kolei wymaga zmiany podejścia do wszystkich pacjentek oraz pacjentów i położenia akcentu na indywidualne rozpatrywanie każdego przypadku, unikania schematów oraz automatyzmów służbowych. Nie sposób przecież z góry przewidzieć, ani natychmiast i bezbłędnie rozpoznać, które z osób zwracających się do nas po pomoc należą do populacji LGBT, a które – mimo stwarzania takich pozorów – wołałyby nie być postrzegane jako nieheteroseksualne.

Rozdział 2.

Prawa pacjenta LGBT

Dyskryminacja ze względu na orientację seksualną w obszarze opieki zdrowotnej wiąże się z naruszeniem prawa do zdrowia osób nieheteroseksualnych. Prawo do zdrowia gwarantowane jest przez szereg aktów prawa międzynarodowego – art. 35 Karty praw podstawowych gwarantuje każdemu prawo dostępu do profilaktycznej opieki zdrowotnej i prawo do korzystania z leczenia na warunkach zapisanych w ustawodawstwach i praktykach krajowych. Zgodnie z Europejską Kartą Społeczną każdy ma prawo do korzystania ze wszelkich środków umożliwiających mu osiągnięcie możliwie najlepszego stanu zdrowia. Wreszcie **prawo do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego** gwarantuje każdemu art. 12 Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych.

Pakt ten zakazuje ponadto wszelkiej dyskryminacji w dostępie do opieki zdrowotnej, jak również do środków i uprawnień do ich pobierania, m.in. ze względu na orientację seksualną. Zapewnienie prawa dostępu do opieki zdrowotnej na niedyskryminujących zasadach, zwłaszcza dla grup szczególnie narażonych na dyskryminację, jest kluczowym obowiązkiem państw sygnatariuszy paktu. Prawo do zdrowia obejmuje również **wolność od poniżającego traktowania** czy prawo do systemu zdrowotnego zapewniającego równe szanse osiągnięcia najwyższego możliwego stanu zdrowia. Opieka zdrowotna powinna być dostarczana wszystkim bez jakiegokolwiek preselekcji.

Na szczególną sytuację zdrowotną osób nieheteroseksualnych zwrócił uwagę Parlament Europejski i Komitet Ministrów Rady Europy. Oba dokumenty – rezolucja Parlamentu Europejskiego i zalecenie Komitetu Ministrów Rady Europy – opierają się na założeniu, że osoby nieheteroseksualne borykają się ze specyficznymi potrzebami zdrowotnymi. Komitet Ministrów Rady Europy dostrzegł problem wysokiego wskaźnika samobójstw wśród młodych lesbijek, gejów, osób biseksualnych i transpłciowych w porównaniu do wskaźnika samobójstw wśród młodych ludzi w ogóle. Komitet zauważył jednocześnie, że nie jest to

efekt ich orientacji seksualnej czy tożsamości płciowej, ale stygmatyzacji, marginalizacji i dyskryminacji, których doświadczają.

Do uwzględnienia obaw i szczególnych problemów zdrowotnych osób LGBT w ramach odpowiednich krajowych planów oraz polityk zdrowotnych wezwał Komisję Parlament Europejski. Państwa powinny wziąć pod uwagę szczególne potrzeby lesbijek, gejów, osób biseksualnych i transpłciowych przy opracowywaniu narodowych planów dotyczących zdrowia, w tym środków zapobiegania samobójstwom, badań zdrowotnych, świadectw medycznych, szkoleń i materiałów szkoleniowych oraz przy monitorowaniu i ocenianiu jakości świadczeń medycznych.

Wpływ dyskryminacji ze względu na orientację seksualną, w obszarze usług zdrowotnych, na dostęp do innych praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych, np. utrudnianie dostępu do zatrudnienia lub mieszkania, podkreślił Specjalny Sprawozdawca ONZ ds. powszechnego prawa do korzystania z najwyższego dostępnego standardu zdrowia fizycznego i psychicznego. Sprawozdawca zaznaczył, że służby zdrowia powinny być dostępne dla wszystkich, zwłaszcza dla osób szczególnie narażonych na nierówne traktowanie lub marginalizowanych. Brak pełnego dostępu do opieki zdrowotnej tworzy atmosferę, w której osoby pozbawione prawa do decydowania o sobie nie mogą również osiągnąć pełnej realizacji innych praw człowieka.

Wreszcie jednym z najistotniejszych międzynarodowych dokumentów rekonstruujących obowiązujący standard ochrony praw osób transpłciowych i nieheteroseksualnych jest powstały z inicjatywy międzynarodowych organizacji pozarządowych Międzynarodowej Komisji Prawników oraz International Service for Human Rights dokument **Zasady Yogyakarty**. Zasady Yogyakarty przyjęto w dniach 6-9 listopada 2006 roku i mają one charakter wykładni stosownych przepisów międzynarodowego kodeksu praw człowieka opartej na tekstach przepisów z uwzględnieniem prac przygotowawczych, ale także na ich interpretacji dokonanej przez organy traktatowe, takie jak Komitet Praw Człowieka (KPC) czy Europejski Trybunał Praw Człowieka (ETPC). Zasady powstały w odpowiedzi na brak właściwej reakcji państw na zjawisko dyskryminacji z powodu orientacji seksualnej i tożsamości płciowej.

Zasada 17 Yogyakarty odnosi się do prawa do najwyższego osiągalnego standardu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego, bez dyskryminacji ze względu na orientację seksualną lub tożsamość płciową; zdrowie seksualne i reprodukcyjne stanowią zaś fundamentalny aspekt tego prawa. W związku z tym państwa powinny m.in. zapewnić dostęp do placówek, środków i usług opieki zdrowotnej zarówno w odniesieniu do zdrowia seksualnego oraz reprodukcyjnego, jak i do własnej dokumentacji medycznej, bez dyskryminacji ze względu na orientację seksualną lub tożsamość płciową; powinny także rozwijać i wdrażać programy dotyczące dyskryminacji, uprzedzeń i innych czynników społecznych, które szkodzą zdrowiu osób ze względu na ich orientację seksualną lub tożsamość płciową oraz sprawić, by wszelkie programy i usługi edukacyjne, profilaktyczne, opieki zdrowotnej oraz leczenia w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego szanowały różnorodność orientacji seksualnych i tożsamości płciowych oraz by były równie dostępne dla wszystkich osób, bez dyskryminacji; przyjąć politykę oraz programy edukacyjne i szkoleniowe niezbędne do umożliwienia osobom pracującym w sektorze opieki zdrowotnej zapewnienie najwyższego osiągalnego

standardu opieki zdrowotnej wszystkim pacjentom, z pełnym poszanowaniem orientacji seksualnej i tożsamości płciowej każdej osoby.

Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych

To ten szpital, jak się dowiedzieli właśnie, natychmiast mieliśmy robione badania na choroby zakaźne, na nosicielstwo jakieś tam, gdzie jak były już wyniki, no to: „a, macie szczęście, że nie jesteście chorzy”.

Lekarka na wieść o tym, że od 10 lat jestem w związku z mężczyzną bez pytania wypisała mi skierowanie na badanie HIV, mówiąc, że jak będę miał wynik tego badania, to dopiero może się mną zająć. Badanie zrobiłem, zmieniając lekarza pierwszego kontaktu.

Lekarz powiedział, że musimy przełożyć tę wizytę, ja powiedziałem: „czemu tak się dzieje, tak, no”, on mówi, że nie ma czasu, a ja mówię: „wie pan, panie doktorze, przecież zostałem umówiony z panem na godzinę, wszystko było w porządku do czasu, kiedy nie powiedziałem, że mam partnera, że jestem gejem”. (...) tak więc nie chciał dalej komentować tej sytuacji, po czym odprowadził mnie do drzwi, wręcz otworzył drzwi i kazał wyjść.

Negatywne reakcje personelu medycznego na informację o nieheteroseksualnej orientacji seksualnej pacjenta mogą prowadzić do zniechęcenia go do podejmowania leczenia w przyszłości z obawy przed dyskryminacją. Przy założeniu, że osoby należące do mniejszości seksualnych mają specyficzne potrzeby zdrowotne, istotne jest stworzenie atmosfery, w której nie będą one obawiały się mówienia o swojej orientacji seksualnej w gabinecie lekarskim. Doprowadzenie do unikania przez pacjentów kontaktu ze służbą zdrowia skutkuje niezapewnieniem osobom nieheteroseksualnym opisanego wyżej prawa do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego.

Odmowa leczenia czy skierowania na odpowiednie badania lub uzależnienie podjęcia leczenia od testu na obecność wirusa HIV to tylko jedne z wielu przykładów naruszenia prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych. W dalszej kolejności skutkuje to naruszeniem wytycznych zgodnych z aktualną wiedzą medyczną, do których zalicza się również leczenie czy diagnostyka oparte na stereotypach, a nie na rzetelnej wiedzy medycznej, takich jak przekonanie o negatywnym wpływie na stan zdrowia orientacji seksualnej, identyfikowanie orientacji seksualnej z pedofilią bądź zakażeniem wirusem HIV, a także próby „naprawy” lub „leczenia” homoseksualizmu. W szczególności identyfikowanie orientacji nieheteroseksualnej jako choroby jest rażąco niezgodne ze stanem aktualnej wiedzy medycznej. Światowa Organizacja Zdrowia już w 1992 roku wykreśliła homoseksualizm z Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Zaburzeń. Rada Europy zobowiązała państwa do przyjęcia odpowiednich środków w celu zapobieżenia klasyfikowaniu homoseksualizmu jako choroby, zgodnie

ze standardami Światowej Organizacji Zdrowia. Zasady Yogyakarty również opierają się na założeniu, że orientacja seksualna sama w sobie nie jest chorobą ani zaburzeniem i nie może być poddawana leczeniu, opiece ambulatoryjnej czy też działaniom zmierzającym do jej „powstrzymania”.

Prawo każdego do ochrony zdrowia i prawo dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowej ze środków publicznych na gruncie prawa krajowego gwarantowane jest przez art. 68 Konstytucji RP. Zgodnie z art. 6 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta, pacjent ma **prawo do otrzymywania świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej**. Obowiązek wykonywania zawodu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością nakłada na lekarzy z kolei art. 4 Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty.

Niestosowne komentarze, obraźliwe lub poniżające określenia osób homoseksualnych niewątpliwie stanowią naruszenie prawa pacjenta do poszanowania intymności i godności wyrażonego w art. 20 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta. Obowiązek postępowania w sposób zapewniający poszanowanie intymności i godności pacjenta spoczywa na osobach wykonujących zawód medyczny (art. 22 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta; art. 36 ust. 1 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty).

Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych

W pracy zostałem narażony na tzw. „ekspozycję zawodową”, która skutkuje wizytą u specjalisty chorób zakaźnych. Podczas rutynowych badań zapytałem, czy można dodatkowo badania zrobić – odpowiedź była jedna: „A co, pedał jesteś?”. Niestety lekarz nie zachował do końca tajemnicy i bardzo dużo osób się o tym zdarzeniu dowiedziało.

Brak zaufania do personelu medycznego, z którym kontakt jest krótki i sporadyczny (...). Boję się, że wyjdzie to poza mury gabinetu i zniszczy to moją karierę zawodową i pozycję społeczną.

Osoby nieheteroseksualne niekiedy obawiają się naruszenia **prawa pacjenta do tajemnicy informacji z nimi związanych** i ujawnienia informacji o ich orientacji seksualnej – opisywane przez pacjentów LGB przypadki ujawnienia przez personel medyczny informacji o orientacji homoseksualnej stanowią naruszenie prawa. Obawa przed naruszeniem tajemnicy lekarskiej może w dalszej perspektywie zniechęcać pacjentów LGBT do podejmowania leczenia w sytuacji, gdy jest ono konieczne i w konsekwencji prowadzi do niezaspokajania ich prawa do zdrowia przez służbę zdrowia.

Szczególną wagę do chronienia dokumentacji medycznej w celu poszanowania zasady poufności przywiązuje zasada 17 Yogyakarty. Ujawnienie danych dotyczących orientacji seksualnej pacjenta stanowi również naruszenie prawa do prywatności wyrażonego w art. 8 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka, art. 47 Konstytucji RP i art. 7 Karty praw podstawowych.

Europejski Trybunał Praw Człowieka kilkakrotnie wypowiedział się na temat znaczenia ochrony tajemnicy danych medycznych pacjenta. Dane medyczne pacjenta są sprawą poufną, a każdorazowe ich ujawnienie wymaga jego świadomej i wyraźnej zgody. Ochrona danych osobowych nie tylko medycznych, ma fundamentalne znaczenie dla korzystania z prawa do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego gwarantowanego przez art. 8 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka. Zachowanie tajemnicy danych medycznych jest ważną zasadą nie tylko ze względu na szacunek dla prywatności, lecz także na zaufanie do lekarzy i całej służby zdrowia. Bez takiej ochrony osoby potrzebujące opieki zdrowotnej będą powstrzymywać się od ujawniania informacji o charakterze osobistym i intymnym, które mogą być konieczne do otrzymania odpowiedniego leczenia.

Wreszcie **prawo pacjenta do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny**, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego, zagwarantowane jest przez art. 13 Ustawy o prawach pacjenta. Do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem zobowiązani są zarówno lekarze (art. 40 ust. 1 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry), jak i pielęgniarki oraz położne (art. 17 ust. 1 Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej).

Informacje na temat orientacji seksualnej pacjenta związanej z jego intymnym życiem płciowym należą do najbardziej osobistej sfery życia prywatnego każdego człowieka. Tym bardziej ich ujawnienie stanowi szczególnie dotkliwe naruszenie prawa do prywatności, zwłaszcza w sytuacji, gdy pacjent o swojej orientacji seksualnej nie powiedział nawet najbliższemu osobom.

Prawo pacjenta do godności i intymności

Ginekolog był niemiły, gdy dowiedział się, że kocham się z kobietą, a nie z mężczyzną. Kazał zaprzestać.

W czasie wizyty u urologa dowiedziałem [się], że ze względów medycznych potrzebne jest przeprowadzenie zabiegu obrzezania. Pan urolog powiedział, że to niebolesna procedura. „No chyba, że jest pan pedałem, bo tych nie znieczulamy” – mrugnął do mnie, zapewne ciesząc się z udanego żartu.

(...) pan doktor (...) [mówił] nieprzyjemne komentarze na temat tego, że moja kobieta na pewno nie domaga przez to, „że sypia z kobietą, a to jest chore i ma teraz karę za swoje”.

Pani doktor zapytała mnie, czy jestem pedofilem. Automatycznie założyła, że homoseksualizm jest związany z pedofilią.

Opisywane przez pacjentów LGBT obraźliwe określenia osób homoseksualnych, niestosowne żarty czy komentarze na temat gejów i lesbijek stanowią naruszenie **prawa pacjenta do poszanowania intymności i godności** z art. 20 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta. Obowiązek postępowania w sposób zapewniający poszanowanie intymności i godności pacjenta spoczywa na osobach wykonujących zawód medyczny (art. 22 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta; art. 36 ust. 1 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry; art. 12 Kodeksu Etyki Lekarskiej; pkt 3a Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej).

W przypadkach, gdy informacja o życiu seksualnym pacjenta jest istotna dla postawienia diagnozy czy skutecznego leczenia, jeśli to możliwe, lekarz powinien zadawać pytania dotyczące ryzykownych zachowań seksualnych, a nie orientacji seksualnej pacjenta. Informacje o zachowaniach seksualnych mogą jednak niekiedy sugerować, jakiej orientacji seksualnej jest pacjent. Istotne jest stworzenie takiej atmosfery w gabinecie lekarskim, żeby ewentualna rozmowa o orientacji seksualnej pacjenta nie powodowała u niego obaw przed dyskryminacją i odkładania decyzji o podjęciu leczenia.

Prawo dostępu do informacji o stanie zdrowia

Personel medyczny oraz lekarz prowadzący odmówił możliwości odwiedzin mojej partnerce, podczas gdy inni pacjenci mogli przyjmować wszystkich, łącznie ze znajomymi z pracy i daleką rodziną.

Więc generalnie zawsze słyszałyśmy sakramentalne pytanie: „kim pani jest dla tej pani”. (...) mówię do nich, że „no ale co to ma do rzeczy”, nie? No to tak nic mi nie odpowiedzeli, ale tam mi jakaś pielęgniarka powiedziała: „Nie, tylko rodzina może o Pani się dowiedzieć”.

U mnie na przykład nie chcieli, musiałam dzwonić po brata partnerki, żeby przyjechał. No bo ona nikogo nie ma. Nawet mamy. I tak naprawdę, jakby ten brat, gdyby go nie było, to by mi nie udzielili informacji.

Zgodnie z art. 9 ust. 3 Ustawy o prawach pacjenta, **pacjent może wskazać dowolną osobę i wyrazić zgodę na udzielenie jej informacji przez personel medyczny o swoim stanie zdrowia**. Upoważnienie to nie wymaga zachowania formy pisemnej, ale ze względów praktycznych łatwiej nie dopuścić do naruszania tego prawa poprzez wpisanie upoważnienia do dokumentacji medycznej. Podobne rozwiązanie wynika z treści art. 31 ust. 2 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Stanowi on, że lekarz może udzielić informacji innym osobom za zgodą pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego. Wystarczające jest zmanifestowanie w jakikolwiek sposób aprobaty dla udzielania określonej osobie informacji: może to być gest, a nawet milcząca akceptacja takiego stanu rzeczy. Jeśli zatem rozmowa z pacjentem na temat jego stanu zdrowia jest prowadzona w obecności jego najbliższych i on się temu nie sprzeciwia, to można przyjąć istnienie jego zgody na informowanie tych osób.

Sytuacja może się skomplikować, jeśli pacjent ze względu na swój stan, np. brak przytomności, nie może wskazać upoważnionej osoby bliskiej. Kluczowa jest **definicja legalna pojęcia „osoba bliska”**, która znajduje się w Ustawie o prawach pacjenta. Zgodnie z ustawową definicją, za osobę bliską dla pacjenta uznaje się „małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta”.

Mimo braku w Polsce instytucjonalizacji związków osób tej samej płci, osoby pozostające w takich związkach mogą być uznane za osoby sobie bliskie w obszarze opieki zdrowotnej lub też jako osoby pozostające we wspólnym pożyciu. Obecnie nie ulega wątpliwości, że do kategorii osób pozostających we wspólnym pożyciu zaliczyć należy również partnerów tej samej płci. Europejski Trybunał Praw Człowieka w wyroku w sprawie Kozak przeciwko Polsce za „faktyczne wspólne życie małżeńskie” uznał również związek partnerów tej samej płci. Do wniosku, że partnerów tej samej płci należy traktować jako osoby pozostające we wspólnym pożyciu, doszedł również Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 28 listopada 2012 roku, zgodnie z którą, osobą faktycznie pozostającą we wspólnym pożyciu jest osoba połączona ze swoim partnerem więzią uczuciową, fizyczną i gospodarczą; także osoba tej samej płci.

Zgodnie z art. 31 ust. 6 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, jeżeli pacjent jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, lekarz udziela informacji osobie bliskiej w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 Ustawy o prawach pacjenta. W tej sytuacji personel medyczny powinien wziąć pod uwagę, że pacjent pozostaje w związku z osobą tej samej płci i udzielić tej osobie właściwych informacji. Upoważnienie dla lekarza zawarte w art. 31 ust. 6 Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry trzeba interpretować zgodnie z art. 16 ust. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej, który stanowi, że lekarz, w przypadku chorego nieprzytomnego, może udzielić dla jego dobra niezbędnych informacji osobie, „co do której jest przekonany, że działa ona w interesie chorego”.

W przypadku, gdy pacjent jest nieprzytomny czy niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, lekarz zgodnie z obowiązującymi obecnie przepisami powinien udzielić informacji o jego stanie zdrowia partnerowi tej samej płci jako osobie bliskiej pozostającej we wspólnym pożyciu z pacjentem.

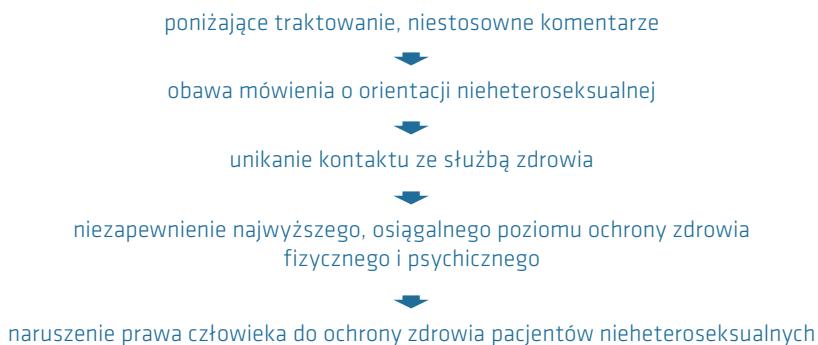
Prawo pacjenta dostępu do dokumentacji medycznej

Zgodnie z art. 26 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta **podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta**. Pacjent może upoważnić zatem do dostępu do dokumentacji medycznej dowolną osobę i nie mają znaczenia łączące je relacje.

Z problemami dotyczącymi upoważnień do dostępu do dokumentacji medycznej czy informacji o stanie zdrowia pacjenta borykają się nie tylko osoby nieheteroseksualne. Przykładowo, przepisy ustawy o prawach pacjenta interpretowane były w ten sposób, że upoważnienie do dostępu do dokumentacji medycznej i informacji o stanie zdrowia pacjenta obowiązywało jedynie w podmiocie leczniczym, w którym zostało ono złożone. Jednak

zgodnie z orzeczeniem Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 13 lutego 2013 roku, należy jednoznacznie przyjąć, że oświadczenie pacjenta o możliwości udostępnienia dokumentacji medycznej osobie najbliższej, złożone również w innej placówce medycznej i nieodwołane w żaden sposób (wyraźny lub dorozumiany), powoduje domniemanie, że oświadczenie to zachowuje swoją moc również w innych placówkach ochrony zdrowia, skoro jest dołączane do karty choroby w ramach indywidualnej dokumentacji pacjenta.

Naruszenie opisanych wyżej praw pacjentów LGBT może skutkować naruszeniem ich prawa człowieka do zdrowia



Rozdział 3.

Wskazówki praktyczne

Jak zapewnić inkluzywną opiekę mężczyznom homoseksualnym oraz mężczyznom, którzy mają kontakty seksualne z mężczyznami?

1. **Zachęcaj do *coming outu***, aby opieka zdrowotna stała się bardziej inkluzywna, ważne jest, by świadczące ją placówki posiadały pełną i dokładną historię pacjenta. Należy zadbać o to, aby pacjent miał pewność, że nie doświadczy dyskryminacji, jeśli ujawni swoją orientację seksualną.
2. **Istnieją inne problemy niż HIV.** W trakcie nauki studenci dowiadują się, że potrzeby zdrowotne gejów dotyczą jedynie ich zdrowia seksualnego oraz statusu serologicznego. Pomimo że kwestia bezpiecznego seksu jest bardzo ważna, nie jest to jedyny problem zdrowotny, z jakim borykają się geje. Podczas wizyty u lekarza mężczyźni homoseksualni mogą odczuwać potrzebę omawiania innych problemów, a nie tylko tych, które związane są z ich zdrowiem seksualnym.
3. **Mężczyźni homoseksualni i ich rodziny.** Geje także posiadają rodziny. Mogą sprawować obowiązki rodzicielskie nad dziećmi lub zajmować się opieką nad innymi członkami rodziny. Nie należy zakładać, że wszyscy mężczyźni, którzy mają obowiązki rodzinne są heteroseksualni.
4. **Postawa inkluzywna wobec partnerów.** Podobnie jak osoby heteroseksualne, geje mają partnerów, którzy także chcą uczestniczyć w rozmowach dotyczących zdrowia i wsparcia. Nie należy wykluczać z rozmów partnerów lub bliskich przyjaciół, jeśli pacjent chce, by w nich uczestniczyli.
5. **Nie wysnuwaj wniosków przed poznaniem pacjenta.** Nie wszyscy geje wyglądają i zachowują się tak samo. Mężczyźni homoseksualni, którzy wywodzą się z mniejszości

etnicznych i narodowych, są osobami starszymi, religijnymi lub osobami z niepełnosprawnością często spotykają się ze zdziwieniem i zaskoczeniem ze strony pracowników służby zdrowia, kiedy informują ich o swojej orientacji seksualnej. Nie należy także zakładać, że wszyscy geje prowadzą niezdrowy tryb życia lub podejmują ryzykowne zachowania seksualne. Nie można też wywoływać u nich poczucia, że ich orientacja seksualna nie jest normalna.

6. **Coming out.** Nie należy zakładać, zwłaszcza w przypadku młodych osób, że dokonanie coming outu jest równoznaczne z tym, że dana osoba uprawia seks lub dopuszcza się ryzykownych zachowań seksualnych. Niektórzy lekarze pierwszego kontaktu czują się w obowiązku powiadomić rodziców o nieheteroseksualnej orientacji swojego małoletniego pacjenta, który dokonuje przed nimi *coming outu*. To, że osoba jest młoda i homoseksualna wcale nie oznacza, że dopuszcza się zachowań ryzykownych.
7. **Zdrowie psychiczne.** Pracownicy opieki zdrowotnej muszą wiedzieć, że orientacja homoseksualna nie jest sama w sobie przyczyną problemów psychicznych. To dyskryminacja i nierówne traktowanie prowadzą do występowania problemów ze zdrowiem psychicznym.
8. **Mężczyźni, którzy mają kontakty seksualne z mężczyznami.** Niektórzy mężczyźni mogą pozostawać w związkach dwupłciowych, a jednocześnie utrzymywać kontakty seksualne z mężczyznami. Pracownicy służby zdrowia nie powinni zakładać, że mężczyźni ci są gejami, ale odnieść się do zastanej sytuacji. Należy także zachować dyskrecję ze względu na partnerki tych mężczyzn oraz wziąć pod uwagę, że wyjawienie tej informacji może wywołać u nich reakcję emocjonalną.
9. **Poufność.** Wszyscy pracownicy służby zdrowia powinni być zaznajomieni z przepisami dotyczącymi ochrony danych i ujawniać orientację seksualną pacjenta innym pracownikom, pacjentom bądź krewnym tylko w przypadku, gdy ma związek ze świadczoną pacjentowi opieką.
10. **Usługi zdrowotne skierowane do gejów.** Zaobserwowano, że świadczenie specyficznych usług zdrowotnych skierowanych do gejów skłania ich do częstszego korzystania z oferty placówki. Nie oznacza to jednak, że inne placówki zdrowotne nie powinny traktować gejów inkluzywnie.

Jak zapewnić inkluzywną opiekę kobietom homoseksualnym oraz kobietom, które utrzymują kontakty seksualne z kobietami?

1. **Zachęcaj do coming outu.** Lesbijki często skarżą się, że pracownicy służby zdrowia zakładają u nich orientację heteroseksualną i trudno jest ich przekonać, że jest inaczej. Zamiast stawiać pytanie: „Jakiej metody antykoncepcyjnej pani używa?”, można je przeformułować i zapytać: „Czy potrzebuje pani antykoncepcji?”.

- Specyficzne potrzeby zdrowotne.** Lesbijki mają specyficzne potrzeby zdrowotne, które różnią się od potrzeb kobiet heteroseksualnych, jednak pracownicy służby zdrowia często nie dostrzegają tych różnic. Zależnie od rodzaju oferowanej opieki zdrowotnej, należy dowiedzieć się, jakie są potrzeby lesbijek w jej zakresie.
- Lesbijki i seks.** Pracownicy służby zdrowia zakładają, że lesbijki nie uprawiają seksu lub że ich aktywność seksualna jest ograniczona i dlatego nie niesie za sobą żadnego ryzyka. Nie jest to prawdą. Lesbijki mają potrzeby dotyczące zdrowia seksualnego i powinny być informowane na temat chorób przenoszonych drogą płciową oraz mieć dostęp do badań cytologicznych. Niektóre lesbijki miały lub miewają kontakty seksualne z mężczyznami, mimo że identyfikują się jako kobiety homoseksualne.
- Postawa inkluzywna wobec partnerek.** Podobnie jak osoby heteroseksualne, lesbijki mają partnerki, które także chcą uczestniczyć w rozmowach dotyczących zdrowia i wsparcia. Nie należy wykluczać z rozmów partnerek lub bliskich przyjaciół, jeśli pacjentka chce, by w nich uczestniczyli.
- Nie wysnuwaj wniosków przed poznanie pacjentki.** Niektórzy pracownicy służby zdrowia wysnuwają wnioski na temat lesbijek na podstawie ich wyglądu. Często zakłada się, że kobieta homoseksualna z krótkimi włosami będzie zachowywała się inaczej niż taka, która ma długie włosy. Ponadto lesbijki, które wywodzą się z mniejszości etnicznych i narodowych, są osobami starszymi, religijnymi lub osobami z niepełnosprawnością często spotykają się ze zdziwieniem i zaskoczeniem ze strony pracowników służby zdrowia, kiedy informują ich o swojej orientacji seksualnej. Takie zachowanie może wywoływać u nich poczucie, że ich orientacja seksualna nie jest normalna.
- Coming out.** Młode kobiety (a czasem też lesbijki reprezentujące inne grupy wiekowe), które ujawniają swoją orientację pracownikom służby zdrowia, często spotykają się z uwagami, że prawdopodobnie wcale nie są lesbijkami lub, że „jeszcze nie spotkały tego jedyne”. Takie komentarze są niedopuszczalne.
- Zdrowie psychiczne.** Pracownicy opieki zdrowotnej muszą wiedzieć, że orientacja homoseksualna nie jest sama w sobie przyczyną problemów psychicznych. To dyskryminacja i nierówne traktowanie prowadzą do występowania problemów ze zdrowiem psychicznym.
- Rodziny i ciąża.** Lesbijki także posiadają rodziny. Zdarza się, że mają dzieci z poprzednich, heteroseksualnych związków, są samotnymi matkami lub wychowują dzieci wraz z partnerką. Lesbijki mogą potrzebować pomocy w skierowaniu do kliniki leczenia niepłodności. Niektóre z nich mogą sprawować opiekę nad innymi członkami swoich rodzin.
- Poufność.** Wszyscy pracownicy służby zdrowia powinni być zaznajomieni z przepisami dotyczącymi ochrony danych i ujawniać orientację seksualną pacjentki innym pracownikom, pacjentom bądź krewnym tylko w przypadku, gdy orientacja ma związek ze świadczoną pacjentce opieką.
- Usługi zdrowotne skierowane do lesbijek.** Zaobserwowano, że świadczenie specyficznych usług zdrowotnych skierowanych do lesbijek skłania je do częstszego korzystania z oferty placówki. Nie oznacza to jednak, że inne placówki zdrowotne nie powinny traktować lesbijek inkluzywnie.

Jak zapewnić inkluzywną opiekę zdrowotną osobom biseksualnym?

1. **Zachęcaj do coming outu.** Osoby biseksualne często skarżą się, że pracownicy służby zdrowia zakładają u nich orientację homoseksualną lub heteroseksualną i trudno ich przekonać, że jest inaczej.
2. **Specyficzne potrzeby zdrowotne.** Brak zrozumienia specyficznych potrzeb zdrowotnych osób biseksualnych prowadzi do trudności w zapewnieniu im inkluzywnej opieki zdrowotnej. Należy zadbać o to, aby pracownicy służby zdrowia mieli świadomość specyficznych potrzeb zdrowotnych osób biseksualnych.
3. **To nie faza przejściowa.** Osoby biseksualne skarżą się, że kiedy ujawniają swoją orientację seksualną w odpowiedzi słyszą, że jeszcze się nie zdecydowały, są zagubione lub że muszą zdecydować, kim są. Takie komentarze i podejście nie powinny mieć miejsca.
4. **Inkluzywna postawa.** Placówki służby zdrowia, które podejmują kroki, żeby nawiązać komunikację z gejami i lesbijkami, czasem zapominają o pacjentach biseksualnych. Takie podejście sprawia, że pacjenci biseksualni nie przedstawiają lekarzom swojej rzetelnej i pełnej historii.
5. **Zachowanie i tożsamość.** Osoby, które utrzymują kontakty seksualne zarówno z przedstawicielami przeciwnej, jak i tej samej płci, a mimo to nie określają się jako osoby biseksualne. Pracownicy służby zdrowia nie powinni nazywać danej osoby biseksualną, jeśli ta osoba nie mówi tak sama o sobie.
6. **Brak szerszego oglądu sytuacji.** Jeśli osoba biseksualna oświadcza lekarzowi, że pozostaje w związku jedнопłciowym bądź heteroseksualnym, nie oznacza to, że nie jest już biseksualna. Zdarza się, że pracownicy służby zdrowia wyciągają wnioski, bazując wyłącznie na obecnej sytuacji danej osoby.
7. **Zdrowie psychiczne.** Orientacja biseksualna nie jest sama w sobie przyczyną problemów psychicznych. Osoby biseksualne doświadczają zachowań dyskryminacyjnych oraz wrogości zarówno ze strony osób heteroseksualnych, jak i społeczności gejowskich i lesbijskich. Taka sytuacja może prowadzić do podwyższonego poczucia wykluczenia, a także w niektórych przypadkach, do problemów ze zdrowiem psychicznym.
8. **Związki z wieloma osobami.** To, że ktoś jest biseksualny nie oznacza, że pozostaje w związku jednocześnie z mężczyzną i kobietą. Nie znaczy to także, że prowadzi rozwiązły styl życia lub dopuszcza się zachowań ryzykownych. Oznacza to jedynie, że daną osobę pociągają zarówno osoby tej samej, jak i odmiennej płci.
9. **Poufność.** Wszyscy pracownicy służby zdrowia powinni zapoznać się z przepisami dotyczącymi ochrony danych i ujawnić orientację seksualną pacjenta bądź pacjentki innym pracownikom, pacjentom bądź krewnym tylko w przypadku, gdy orientacja związana jest ze świadczoną pacjentowi opieką.
10. **Usługi zdrowotne skierowane do osób biseksualnych.** Zaobserwowano, że świadczenie specyficznych usług zdrowotnych skierowanych do osób biseksualnych skłania je

do częstszego korzystania z oferty placówki. Nie oznacza to jednak, że inne placówki zdrowotne nie powinny traktować osób biseksualnych inkluzywnie.

Komunikacja z osobami transpłciowymi

Ponad 30% osób transpłciowych deklaruje, że spotkało się z dyskryminacją ze strony kadry medycznej, która okazała brak zrozumienia dla kwestii dotyczących osób transpłciowych w sytuacji, gdy osoby te:

- próbowały uzyskać informacje od lekarza pierwszego kontaktu,
- pozyskiwały fundusze na operację korekty płci,
- w kontakcie z lekarzem w sprawie niezwiązanej z kwestią transpłciowości.

Osoby transpłciowe narzekały na to, że pracownicy służby zdrowia:

- nagminnie używali męskich zaimków osobowych zamiast żeńskich i na odwrót, tzn. zamiast mówić „on”, mówili „ona” i odwrotnie,
- krytycznie wypowiadali się na temat wyglądu osób, szczególnie ich stylu ubierania,
- prosili o podanie „prawdziwego” imienia.

Zaleca się regularne szkolenia dla kadry medycznej na temat pracy z pacjentami transpłciowymi. Szkolenia te powinny obejmować zagadnienia z zakresu godnego traktowania, w tym prawa do bycia traktowanym jako przedstawiciel/przedstawicielka odczuwanej płci, oraz związanych z uszanowaniem prywatności. Podstawą odpowiedniej komunikacji ze strony pracowników służby zdrowia jest:

- używanie podanego imienia oraz tytułowanie osoby (pan/pani) w sposób, jaki ta osoba uważa za odpowiedni dla niej,
- używanie terminu „osoba transpłciowa”,
- unikanie terminów „zaburzenie” i „choroba”.

Zachęcanie do *coming outu*

Istnieje kilka sposobów na to, jak zachęcić pacjentów do ujawnienia orientacji seksualnej:

- umieść w widocznym miejscu zasady funkcjonowania placówki uwzględniające fakt, że osoby LGB nie doświadczą w niej dyskryminacji,
- umieść w placówce plakaty przedstawiające pary jedнопłciowe oraz informacje na tematy zdrowotne dotyczące osób LGB,
- nie wysnuwaj przypuszczeń, nie zadawaj nieodpowiednich pytań oraz unikaj niezręcznych komentarzy,
- stwórz osobom LGB dogodne warunki do coming outu, zadając otwarte pytanie: „Czy jest coś, o czym powinienem/powinnam wiedzieć, aby móc zaoferować pani/panu bardziej efektywną opiekę?”

- umieścić w widocznym miejscu przepisy dotyczące ochrony danych wrażliwych, wśród których wymieniona jest orientacja seksualna.

Tabela 2. Przykłady pytań otwartych

| Otwarte pytanie | Zamknięte pytanie |
|------------------------------------|--|
| Czy mieszka pan/pani z kimś? | Czy mieszka pan/pani z żoną/mężem? |
| Czy jest pan/pani w związku? | Czy ma pan/pani partnerkę/partnera? |
| Czy potrzebuje pani antykoncepcji? | Jakie rodzaj antykoncepcji pani stosuje? |
| Czy uprawia pani seks? | Czy uprawia pani seks z mężczyzną? |

Pracownicy służby zdrowia powinni zadbać o to, aby pacjenci poczuli się w tej sytuacji komfortowo, gdy ujawniają swoją orientację seksualną. Co możesz zrobić?

- Przyjmij do wiadomości to, że pacjent jest osobą LGB. Pacjent będzie czuł, że został wysłuchany.
- Zasygnalizuj, że partner pacjenta może być obecny podczas badania/konsultacji, jeśli taka będzie wola pacjenta.
- Udzielając porady, weź pod uwagę specyficzne potrzeby zdrowotne, które może mieć pacjent LGB.
- Nie zadawaj niepotrzebnych pytań i unikaj komentarzy, które nie mają związku z leczeniem.
- Jeśli przygotowujesz wydarzenia skierowane do pracowników, zadbaj o to, aby były inkluzywne i uwzględniające różnorodność.

Wiele z powyższych punktów odnosi się także do pracowników, dlatego powinny zostać uwzględnione w ramach zasad zatrudnienia i pracy.

Jeśli pacjent LGB spotka się z odpowiednią reakcją w sytuacji *coming outu*, poczuje się komfortowo i podzieli się swoją historią, a także w przyszłości zdecyduje się na kolejny *coming out* w podobnej sytuacji.

USTAWY I AKTY PRAWNE

Komitet Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, art. 43 a.

Rezolucja z dnia 4 lutego 2014 roku w sprawie unijnego planu przeciwdziałania homofobii i dyskryminacji ze względu na orientację seksualną i tożsamość płciową.

Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 4 lutego 2014 roku w sprawie unijnego planu przeciwdziałania homofobii i dyskryminacji ze względu na orientację seksualną i tożsamość płciową, pkt. E.

Rezolucja Zgromadzenia Parlamentarnego nr 1608(2008) w sprawie samobójstw dzieci i młodzieży w Europie, stanowiących poważny problem zdrowia publicznego, pkt 10.

Wyrok ETPCZ z dnia 22 października 1981 roku w sprawie Dudgeon przeciwko Zjednoczonemu Królestwu, skarga nr 7525/76, § 52.

Wyrok ETPCZ z dnia 25 lutego 1997 roku w sprawie Z. przeciwko Finlandii, skarga nr 22009/93, § 95.

Wyrok ETPCZ z dnia 2 marca 2010 roku w sprawie Kozak przeciwko Polsce (skarga nr 13102/02).

Wyrok ETPCZ z dnia 6 czerwca 2013 roku w sprawie Avilkina i inni przeciwko Rosji, skarga nr 1585/09, § 45.

Wysoki Komisarz ds. Praw Człowieka, The Right to Health, Fact Sheet no. 31, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, World Health Organization, s. 3-4.

Zalecenie CM/Rec(2010)5 z dnia 31 marca 2010 roku w sprawie środków zwalczania dyskryminacji ze względu na orientację seksualną lub tożsamość płciową.

BIBLIOGRAFIA

Abramowicz, M., (2007), *Sytuacja społeczna osób homo- i biseksualnych w Polsce. Raport za lata 2005-2006*, Kampania Przeciw Homofobii, Lambda Warszawa.

Anderson, J.S., Vajdic, C., Grulich, A.E., (2004), *Is Screening For Anal Cancer Warranted In Homosexual Men?*, „Sexual Health”, 1(3): 137-140.

Antosz, P., (2012), *Równe Traktowanie Standardem Dobrego Rządzenia. Raport z badań sondażowych, Pełnomocnik Rządu ds. Równego Traktowania*, Uniwersytet Jagielloński, Kraków.

Austin, S.B. Ziyadeh, N., Fisher L.B., (2004), *Sexual Orientation and Tobacco Use in Cohort Study of US Adolescent Girls and Boys*, „Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine”, 158(4): 317-322.

Bailey, J.V., Kavanagh, J., Owen, C., McClean, K.A., Skinner, C.J., (2000), *Lesbians and cervical screening*, „British Journal of General Practice”, 50: 481-482.

Binstock, R.H., George L.K. (ed.), (2001), *Handbook of Aging and Social Sciences*, Academic Press.

Blank, T.O., (2005), *Gay Men and Prostate Cancer: Invisible Diversity*, „Journal of Clinical Oncology”, 23(12): 2593-2596.

Bower M., (2004), *HIV associated anal cancer and anal intraepithelial neoplasia, Oral presentation*, Wolfson Institute for Biomedical Research, University College London.

Brzezińska M., (2011), *Proaktywna starość. Strategie radzenia sobie ze stresem w okresie późnej dorosłości*, wyd. Difin SA, Warszawa, s. 14-16.

Camacho, A., Kennedy, N., Novick, E., Marcelle, G., (2012), *Top Health Issues for LGBT Populations Information & Resource Kit*, U.S. Department of Health and Human Services Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Substance Abuse Prevention.

Cant, B., (2005), *Exploring the Implications For Health Professionals Of Men Coming Out As Gay In Healthcare Settings*, „Health and Social Care in the Community”, 14(1): 9-16.

Case, P., Austin, S.B., Hunter, D.J., (2004), *Sexual orientation, health risk factors, and physical functioning in the Nurses' Health Study II*, „Journal of Women's Health”, 13(9): 1033-1047.

Chakraborty, A., McManus, S., Brugha, T.S., et al., (2011), *Mental health of the non-heterosexual population of England*, „The British Journal of Psychiatry”, 198: 143-148.

Cochran, S.D., Mays, V.M., Bowen, D., et al., (2001), *Cancer-related risk indicators and preventive screening behaviors among lesbians and bisexual women*, „American Journal of Public Health”, 91(4): 591-597.

D'Augelli, A.R., (2004), *High tobacco use among lesbian, gay and bisexual youth: mounting evidence about a hidden population's health risk behaviour*, „Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine”, 158(4): 309-310

DeBold, K., (2004), *Heart Truth for Lesbians*, Mautner Project for Lesbians Health.

- Department of Health, (2005), Commissioning a Patient-Led NHS, Department of Health, London, www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/.
- Diagnosis: Homophobic – The experience of lesbians, gay men and bisexuals in mental health services – PACE* (1998).
- Diamant A.L., Wold C., (2003), *Sexual orientation and variation in physical and mental health status among women*, „Journal of Women’s Health (Larchmont)”, 12(01): 41-49.
- Dibble, S.L., Roberts, S.A., Nussey, B., (2004), *Comparing breast cancer risk between lesbians and their heterosexual sisters*, „Women’s Health Issues”, 14: 60-68.
- Donovan C., Hester M., Holmes J., (2006), *Comparing Domestic Abuse in Same Sex and Heterosexual Relationships*, University of Sunderland and University of Bristol.
- Dynarski W., Jąderek I., (2015), *Transpłciowość a opieka zdrowotna w Polsce*, Fundacja Trans-Fuzja, Warszawa.
- Dynarski W., Śmiszek K., (2013), *Sytuacja prawna osób transpłciowych w Polsce. Raport z badań i propozycje zmian*, Fundacja Trans-Fuzja, Warszawa.
- Eliason, M., Schope, R., (2001), *Does ‘don’t ask don’t tell’ apply to health care? Lesbian, gay and bisexual people’s disclosure to health care providers*, „Journal of the Gay and Lesbian Medical Association”, 5(4): 125-134.
- Engendered Penalties: Transgender and Transsexual People’s Experiences of Inequality and Discrimination*, www.pfc.org.uk/files/EngenderedPenalties.pdf.
- Ethnic minority gay men: redefining community, restoring identity*, Stigma Research (2004).
- Ettorre, E. (ed.), (2005), *Making lesbians visible in the substance abuse field*, The Haworth Press, Binghampton, New York.
- Eyler, E.A., Whittle, S., (2001), *FTM Breast Cancer: Community Awareness and Illustrative Cases*, paper presented at the XVII Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association Symposium, 31 October – 4 November 2001, Galveston, Texas, USA.
- Fish, J., Anthony, D., (2005), *UK national lesbians and health care survey*, *Women and Health*, 41(3): 27-45.
- Fish, J., (2003), *Lesbians and Health Care: A National Survey of Lesbians’ Health Behaviour and Experiences*, „Medical Sociology News”, 29(1): 7-8.
- Fish, J., Wilkinson, S., (2003), *Understanding lesbians’ healthcare behaviour: the case of breast self-examination*, „Social Science and Medicine” 56(2): 235-45.
- Fish, J., Wilkinson, S., (2000), *Lesbians and cervical screening: Preliminary results from a UK survey of lesbian health*, „Psychology of Women Section Review”, 2(2): 5-15.
- Friedlander M.A., Stier E., Lin O., (2004), *Anorectal cytology as a screening tool for anal squamous lesions: cytologic, anoscopic and histologic correlation*, *Cancer*, 102: 19-26.
- Garofalo, R., Deleon, J., Osmer, E. et al., (2006), *Overlooked, misunderstood and at-risk: Exploring the lives and HIV risk of ethnic minority male-tofemale transgender youth*, „Journal of Adolescent Health”, 38: 230-236.
- Gawlicz, K., Rudnicki P., Starnawski M., (2015), *Dyskryminacja w szkole – obecność nieusprawiedliwiona. O budowaniu edukacji antydyskryminacyjnej w systemie edukacji formalnej w Polsce. Raport z badań*, Warszawa.
- GLSEN, (1999), *GLSEN’s national school climate survey: Lesbian, gay, bisexual and transgender students and their experiences in school*. GLSEN, New York.
- Gruskin, E.P., Hart, S., Gordon, N., Ackerson, L., (2001), *Patterns of cigarette smoking and alcohol use among lesbians and bisexual women enrolled in a large health maintenance organization*, „American Journal of Public Health”, 91(6): 976-979.
- Herek, G.M., Gillis, J.R., Cogan, J.C., (1999), *Psychological sequelae of hate-crime victimization among lesbian, gay, bisexual and transgender adults*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, 67, 945-951.
- Human Rights Council UN Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*, (A/HRC/14/20), 27 April 2010.
- Hunt R., Cozens C., (2009), *Sexual orientation A practical guide for the NHS*, Department of Health.
- Karkowska, D., (2012), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Komentarz*, LEX 2012, komentarz do art. 9.

- Kavanaugh-Lynch, M.H.E., White, E., Daling, J.R., Bowen, D.J., (2002), *Correlates of lesbian sexual orientation and the risk of breast cancer*, „Journal of the Gay and Lesbian Medical Association”, 6(3-4): 91-95.
- Kenagy, G.P., (2005), *Transgender health: Findings from two needs assessment studies in Philadelphia*, „Health & Social Work”, 31(1): 19-26.
- Keogh, P., Weatherburn, P., Henderson, L., Reid, D., Dodds, C., Hickson, F., (2004), *Doctoring Gay Men: Exploring the Contribution Of General Practice*, Sigma Research, Portsmouth.
- Kessler, S., McKenna, W., (2000), *Gender construction in everyday life*, „Feminism & Psychology”, 10(1): 11-29.
- Kessler, S., McKenna, W., (2000), *Who put the 'trans' in transgender? Gender theory and everyday life*, „The International Journal of Transgenderism”, www.symposion.com/ijt/gilbert/kessler.htm.
- Keogh, P., Weatherburn, P., Henderson, L., Reid, D., Dodds, C., Hickson, F., (2004), *Doctoring Gay Men: Exploring the Contribution Of General Practice*, Sigma Research, Portsmouth.
- King, M., Bartlett, A., (2006), *What same sex civil partnerships may mean for health*, „Journal of Epidemiology & Community Health”, 60 (3): 188-191.
- Kitzinger, C., (2000), *Women with androgen insensitivity syndrome (AIS)*, in Ussher, J.M. (ed.), *Women's Health: Contemporary International Perspectives*, BPS Books, Leicester: 387-94.
- Laird, N., Aston, L., (2003), *Participatory Appraisal Transgender Research*, www.stonewall.org.uk/documents/Transgender_Research_Report.pdf.
- Kampania Przeciw Homofobii, Lambda Warszawa, (2002), *Raport 2002. Raport o dyskryminacji mniejszości seksualnych w Polsce*, Warszawa.
- Lambda Warszawa, (2001), *Raport o dyskryminacji ze względu na orientację seksualną w Polsce*, Warszawa.
- Lombardi, E.L., Wilchins, R.A., Priesing, D., Malouf, D., (2001), *Gender violence: transgender experiences with violence and discrimination*, „Journal of Homosexuality”, 42(1): 89-101.
- Makuchowska, M., Pawłega, M., (2012), *Sytuacja społeczna osób LGBT w Polsce. Raport za lata 2010-2011*, Kampania Przeciw Homofobii, Lambda Warszawa, Fundacja Trans-Fuzja.
- Mansh, M., Katz, K.A., Linos, E., (2015), *Association of Skin Cancer and Indoor Tanning in Sexual Minority Men and Women*, JAMA Dermatology, <http://archderm.jamanetwork.com/journal.aspx>.
- Mays, V.M., Cochran, S.D., (2001), *Mental health correlates of perceived discrimination among LGBT adults in the United States*, „American Journal of Public Health”, 91: 1869-1876.
- Mizielińska, J., Abramowicz, M., Stasińska A., (2014), *Rodziny z wyboru w Polsce. Życie rodzinne osób nieheteroseksualnych*, Warszawa.
- Morgan, L., Bell N., (2003), *First Out: Report of the findings of the Beyond Barriers national survey of LGBT people*, Beyond Barriers.
- Nemoto, T., Operario, D., Keatley, J., Lei, H., Toho, S., (2004), *HIV risk behaviors among male-to-female transgender persons of color in San Francisco*, „American Journal of Public Health”, 94(7): 1193-1199.
- Neville, S., Henrickson, M., (2006), *Perceptions of Lesbian, Gay and Bisexual People of Primary Healthcare Services*, „Journal of Advanced Nursing”, 55(4): 407-415.
- Noret, N., Rivers, I., (2003), *Drug and alcohol use among LGBTs in the city of Leeds*, York St. John College, „Social Inclusion & Diversity: Research into Practice”, 2: 52.
- Orholan, C., Francois, E., Gerard J.P., (2003), *Preneoplastic anal lesions and anal canal carcinoma*, Bull Cancer, 90:405-411.
- Palefsky, J.M., Holly, E.A., Efirde, J.T., Da Costa, M., Jay, N., Berry, J.M., Darragh, T.M., (2005), *Anal Intraepithelial Neoplasia In The Highly Active Antiretroviral Therapy Era Among HIV-Positive Men Who Have Sex With Men*, „AIDS”, 19(13): 1407-1414.
- Palmer, R., (2007), *Hermaphrodites who don't know it*, „The Dominion Post (New Zealand)”, 17 May 2007.
- Pillard, R. C., (1988), *Sexual orientation and mental disorder*, „Psychiatric Annals”, 18 (1): 52-56.
- Quinn, G.P., Sanchez, J.A., Sutton, S.K., et. al., (2015), *Cancer and Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender/ Transsexual, and Queer/Questioning (LGBTQ) Populations*, „Cancer Journal for Clinicians”, 65: 384-400.
- Roberts, S.A., Dibble, S.L., Nussey, B., Casey, K., (2003), *Cardiovascular disease risk in lesbian women*, Women's Health Issues, 13(4): 167-174.

- Rothblum, E.D., (1994), *I only read about myself on bathroom walls: the need for research on the mental health of lesbians and gay men*, „J Consult Clin Psychol”, 62 (2): 213-20.
- Rzecznik Praw Obywatelskich, (2013), *Równe traktowanie w percepcji osób nieheteroseksualnych w obszarze opieki zdrowotnej*, Warszawa.
- Scottish Needs Assessment Programme, (2001), *Transsexualism and Gender Dysphoria in Scotland*, Public Health Institute Scotland, Glasgow.
- Spencer, C., (2003), *Alcohol and Seniors: Alcohol dependence and misuse among older gay and lesbian people*, Aging in Canada.
- Stall, R.D., Paul, J.P., Greenwood G.L., (2001), *Alcohol use, drug use and alcohol-related problems among men who have sex with me*, „The Urban Men's Health Study”, *Addiction*, 96(11): 1589-1601.
- Stall, R.D., Greenwood, G.L., Acree, M, Paul, J., Coates, T.J., (1999), *Cigarette Smoking Among Gay and Bisexual Men*, „American Journal of Public Health”, 89(12): 1875-1878.
- Świerszcz, J., (2012), *Lekcja równości. Postawy i potrzeby kadry szkolnej i młodzieży wobec homofobii w szkole*, red., Warszawa.
- The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, s. 11.
- Tinney, J., Dow, B., Maude, P., et al., (2015), „International Psychogeriatrics”, 27(9): 1411-1416.
- The School Report, Stonewall (2007).
- Wieruszewski, R., (2009), *Ochrona praw człowieka mniejszości seksualnych i osób transseksualnych – Zasady Yogyakarty*, [w:] Wieruszewski, R., Wyrzykowski, M., (red.), *Orientacja seksualna i tożsamość płciowa. Aspekty prawne i społeczne*, Instytut Wydawniczy EuroPrawo, Warszawa: 11-12.
- Whinnom, A., (2005), *Hospital dignity? Hysterectomy and oophorectomy by 'keyhole' surgery*, *Boys' Own*, 45(Jan): 8-10.
- Wilton, T., Kaufmann, T., (2001), *Lesbian m others' experiences of maternity care in the UK*, *Midwifery*, 17: 203-211.
- Witten, T.M., Whittle, S., (2004), *Transpanthers: The greying of transgender and the law*, *Deakin Law Review*, 9(2): 503-522.
- Yancey, A.K., Cochran, S.D., Corliss, H.L., Mays, V.M., (2003), *Correlates of overweight and obesity among lesbian and bisexual women*, „Preventive Medicine”, 36: 676-683.

Szanowni Państwo,

ta książka powstała, ponieważ wierzymy, że wspólnymi siłami możemy poprawić system, w którym żyjemy i pracujemy. System, w którym pacjenci i pacjentki LGBT niejednokrotnie spotykają się ze złym traktowaniem – bynajmniej nie z winy lekarzy i lekarek, a z winy niepełnej edukacji i braku dostępu do wiedzy. Tę lukę chcemy zapełnić!

Kampania Przeciw Homofobii wydaje swoje publikacje i organizuje szkolenia dla lekarzy i lekarek oraz studentów i studentek medycyny bezpłatnie. Chcemy, aby wiedza i kompetencje były dostępne dla wszystkich osób, które chcą dbać o nasze zdrowie i dobrostan. Im więcej osób zaangażuje się w nasze działania, tym więcej będziemy w stanie zrobić. Dlatego proszę, jeśli uważają Państwo utrzymaną w rękach publikację za użyteczną, dołączcie do nas jako darczyńcy KPH. Każda osoba, która ustawi polecenie przelewu darowizny w wysokości 50 zł miesięcznie na nasze konto, umożliwi nam przeszkolenie 20 studentów i studentek ostatnich lat studiów medycznych. Ich pacjenci i pacjentki otrzymają opiekę medyczną, na którą zasługują.

Każdy darczyńca realnie wpływa na zmianę polskiego społeczeństwa. Między innymi dzięki tym, którzy już są z nami, wydaliśmy niniejszą publikację. Szanowni Państwo, działajcie z nami. Zostańcie darczyńcami KPH.

Pozdrawiam,
A. Chaber
Prezes KPH

Kampania Przeciw Homofobii
ul. Solec 30a, 00-403 Warszawa
Volkswagen Bank SA
Numer rachunku bankowego: 35 2130 0004 2001 0344 2274 0001

Więcej informacji uzyskasz na stronie
www.kph.org.pl/wspieraj



Publikacja jest częścią projektu „Pełny dostęp – edukacja dla sektora ochrony zdrowia” realizowanego przez Kampanię Przeciw Homofobii w partnerstwie z Rzecznikiem Praw Obywatelskich, Fundacją Watch Health Care oraz Międzynarodowym Stowarzyszeniem Studentów Medycyny IFMSA Poland.

Projekt jest współfinansowany ze źródeł Funduszy EOG w ramach programu Obywatele dla Demokracji.



Patroni medialni:

