

Sytuacja społeczna osób LGBT+ w Polsce

RAPORT ZA LATA 2015–2016



LGBT+

2015–2016

Sytuacja społeczna osób LGBT+ w Polsce

RAPORT ZA LATA 2015–2016

pod redakcją Magdaleny Świder
i dr. Mikołaja Winiewskiego

7	Słownik LGBTQAQI	36	Wyoutowanie i gorsze traktowanie
9	Wstęp i cele badania	51	Podsumowanie
9	Metoda i procedura	52	Dobrostan psychiczny oraz zdrowie
10	Ograniczenia związane z doborem próby i porównywalnością danych	62	Podsumowanie
11	Definicja populacji i dobór próby	64	Symptomy depresji w populacji LGBTQA
12	Profil socjodemograficzny – charakterystyka próby	69	Podsumowanie
13	Grupy osób badanych	70	Przemoc motywowana uprzedzeniami
13	Wiek	78	Kontekst zdarzenia – sprawcy, miejsce i zgłaszanie przemocy motywowanej uprzedzeniami
15	Płeć	81	Konsekwencje przemocy
16	Orientacja seksualna	83	Podsumowanie
16	Wykształcenie	84	Życie rodzinne
18	Dochody	90	Podsumowanie
20	Subiektywna sytuacja materialna	92	Stres mniejszościowy
21	Miejsce zamieszkania i migracje	95	Strategia analityczna
25	Porównanie do grupy z badań z 2011 roku pod względem zmiennych demograficznych	96	Zinternalizowane piętno
26	Zaufanie do instytucji i udział w wyborach parlamentarnych	96	Zinternalizowana homofobia
27	Zaufanie do instytucji	98	Zinternalizowana transfobia
28	Rząd	99	Zinternalizowana afobia
29	Parlament	100	Ukrywanie tożsamości – osoby LGTB
31	Policja	101	Ukrywanie tożsamości – osoby transpłciowe
32	Sądy	102	Ukrywanie tożsamości – osoby aseksualne
33	Organizacje LGBTQIA	102	Oczekiwanie odrzucenia – osoby LGTB
34	Wybory parlamentarne 2015		
35	Podsumowanie		

104	Oczekiwanie odrzucenia – Osoby transpłciowe	136	Kobiety nieheteroseksualne
104	Oczekiwanie odrzucenia – Osoby aseksualne	143	Podsumowanie
105	Stres mniejszościowy a zdrowie psychiczne	144	Osoby transpłciowe
106	Odporność na stres mniejszościowy	145	Charakterystyka próby
107	Wsparcie społeczne	146	Stosunek wobec korekty i terapii hormonalnej
111	Strategie radzenia sobie ze stresem	148	Przebieg korekty
111	Identyfikacja z osobami LGBTIA	149	Korekta ciała
113	Czynniki osłabiające działanie stresu mniejszościowego na zdrowie psychiczne	153	Stosunek przedstawicieli służby zdrowia
117	Podsumowanie	156	Prawna korekta płci
122	Mowa nienawiści wobec lesbijek i gejów	157	Test realnego życia
123	Częstość kontaktu z mową nienawiści wśród gejów i lesbijek	159	Podsumowanie
124	Miejsca kontaktu z mową nienawiści wśród gejów i lesbijek	160	Wnioski i rekomendacje
125	Postawy wobec mowy nienawiści wśród gejów i lesbijek		
125	Konsekwencje kontaktu z mową nienawiści wśród gejów i lesbijek		
127	Podsumowanie		
128	Młodzież szkolna LGBT		
134	Podsumowanie		

OSOBY LGBTQA+ – lesbijki, geje, osoby biseksualne, transpłciowe, aseksualne, queer i interpłciowe.

GEJ – osoba płci męskiej czująca pociąg do innych mężczyzn.

HOMOFOBIA – oparte na stereotypach uprzedzenia w stosunku do osób homoseksualnych /homoseksualności oraz do osób biseksualnych/biseksualności.

LESBIJKA – osoba płci żeńskiej czująca pociąg do innych kobiet.

ORIENTACJA SEKSUALNA – pociąg oraz zdolność do nawiązania głębokich emocjonalnych i seksualnych stosunków z osobami tej samej płci, przeciwnej płci bądź więcej niż z jedną płcią, jak również brak takiego pociągu.

OSOBA ASEKSUALNA – osoba nieodczuwająca pociągu ani do mężczyzn, ani do kobiet.

OSOBA BISEKSUALNA – osoba czująca pociąg zarówno do kobiet, jak i mężczyzn.

OSOBA CISPŁCIOWA – osoba, której płeć nadana przy urodzeniu odpowiada jej tożsamości płciowej.

OSOBA INTERPŁCIOWA – osoba, która rodzi się z męskimi oraz żeńskimi cechami płciowymi pierwotnymi i wtórnymi.

OSOBA NIEHETERONORMATYWNA – osoba nieheteroseksualna i/lub taka, która nie podejmuje tradycyjnych ról płciowych.

OSOBA TRANSPŁCIOWA – osoba, której płeć nadana przy urodzeniu nie odpowiada jej tożsamości płciowej.

OSOBA TRANSSEKSUALNA – osoba transpłciowa przechodząca korektę płci (np. korzystająca z zabiegów chirurgicznych, hormonoterapii itd.) w celu ujednolicenia wyglądu fizycznego z odczuwaną płcią.

OSOBA QUEER – osoba nieodnajdująca się w tradycyjnych kategoriach płci czy orientacji seksualnej, co w praktyce oznacza przekraczanie/kontestowanie przez nią istniejących norm seksualności, wyglądu, płci i strategiczne niedefiniowanie lub niejednoznaczne definiowanie się w tych kategoriach.

TOŻSAMOŚĆ PŁCIOWA – odnosi się do głęboko odczuwanego wewnętrznego poczucia i osobistego doświadczenia płci. Poczucie płci może (ale nie musi) korespondować z płcią przypisaną przy urodzeniu.

TRANSFOBIA – oparte na stereotypach uprzedzenia w stosunku do osób transpłciowych/transpłciowości.

WYOUTOWANIE – jawność orientacji seksualnej.

Wstęp i cele badania

Kampania Przeciw Homofobii, Stowarzyszenie Lambda Warszawa oraz Fundacja Trans-Fuzja – trzy polskie organizacje działające na rzecz osób LGBTQIA – co pięć lat przeprowadzają największe w Polsce badanie dotyczące sytuacji społecznej osób nieheteronormatywnych – lesbijek, gejów, osób biseksualnych i transpłciowych. Najnowsza fala badania obejmuje również osoby aseksualne.

Celem badania było przeprowadzenie pogłębionej analizy socjologicznej oraz psychologicznej warunków życia osób LGTB mieszkających w Polsce. Pierwszy raport nt. sytuacji społecznej osób LGBT został opublikowany w 1994 roku. Od tego czasu badania prowadzone są w regularnych odstępach czasowych. Efektem ostatniej edycji badania było stworzenie raportu za lata 2010-2011. Tegoroczne badanie poświęcone jest analizie warunków życia osób LGTB (z uwzględnieniem osób aseksualnych) w latach 2015-2016.

Liczymy na to, że raport przygotowany przez Kampanię Przeciw Homofobii, Lambdę Warszawa oraz Trans-Fuzję trafi do osób odpowiedzialnych za stanowienie prawa krajowego i lokalnego, a jego lektura przyczyni się do podjęcia działań, których efektem będzie pozytywna zmiana w zakresie m.in. edukacji, warunków na rynku pracy, polityki społecznej, zdrowotnej czy bezpieczeństwa publicznego.

Metoda i procedura

Badania Sytuacja społeczna osób LGTB zostały przeprowadzone za pomocą kwestionariusza dystrybuowanego w internecie. Dane zbierano za pośrednictwem ankiety opublikowanej na stro-

nie www.kph.org.pl/badanie/gbt w okresie od 24 listopada 2016 roku do końca lutego 2017 roku. Badanie promowano poprzez mailing do polskich organizacji LGBTQIA z prośbą o udostępnienie ankiety na swoich stronach internetowych i portalach społecznościowych, mailing zewnętrzny do użytkowników portali randkowych dla osób homoseksualnych oraz udostępnianie linka z badaniem na różnych forach internetowych i w grupach zrzeszających osoby LGBTQIA na portalach społecznościowych.

Osoby badane pytano o ich doświadczenia i sytuację społeczną od stycznia 2015 roku do końca 2016 roku. Kwestionariusz składał się z ok. 85 pytań, przy czym dla osób transpłciowych przewidziano dodatkowy blok pytań, a dla lesbijek i gejów dodano blok pytań dotyczących mowy nienawiści, w zależności od tożsamości osoby badanej oraz od doświadczeń (np. doświadczenie przemocy). Wypełnienie ankiety zajmowało od 15 do 45 minut.

Obecny kwestionariusz różnił się od tego sprzed pięciu lat. Ze względu na to, że kształt narzędzia badawczego z badania za lata 2010-2011 nie pozwalał na szersze porównania grup (osoby transpłciowe dostawały zupełnie inny blok pytań niż osoby homo- i biseksualne), w obecnej edycji badania postanowiliśmy przekształcić kwestionariusz w taki sposób, aby móc pozwolić sobie na szersze porównania pomiędzy tymi grupami. Dodatkowo część pytań została sformułowana w taki sposób, aby wyniki można było porównać do populacji ogólnej Polek i Polaków. Obecna struktura narzędzia badawczego pozwoliła nam zbadać również osoby aseksualne.

Kwestionariusz zawierał pytania dotyczących takich obszarów życia, jak edukacja, praca, zdrowie czy życie rodzinne. W ankiecie poruszone zostały również zagadnienia związane z przemocą, dyskryminacją i nierównym traktowaniem, dobrostanem psychicznym respondentów/ek, przekonaniem społeczno-politycznymi czy podejściem do związków.

Ograniczenia związane z doбором próby i porównywalnością danych

Wyciągając wnioski z badań empirycznych, należy wziąć pod uwagę kilka czynników, które ograniczają uogólnienie przedstawionych wyników. Czynniki te mogą wynikać z różnych źródeł, przy czym pewna część możliwych błędów może być związana z materiałem badania (np. kwestie trudne dla osób badanych), charakterystyką

populacji badania (np. trudności w definicji populacji czy też dostarcia do odpowiedniej próby), a także z samym badaniem (niedoskonałości metody). Dodatkowo istnieją pewne charakterystyczne elementy kontekstu badania (np. aktualna sytuacja polityczna lub społeczna), które mogą wpływać na jego trafność.

Zanim jednak opiszemy wszystkie ograniczenia, chcemy podkreślić dwie bardzo ważne kwestie. Po pierwsze: jest to jedna z największych i najbardziej systematycznych prób analizy zagadnień związanych z sytuacją społeczną osób LGTB. Po drugie: w badaniach nad tego rodzaju zagadnieniami (specyficzne populacje i trudno dostępne próby) opisane poniżej problemy metodologiczne są nieuniknione. Dlatego też decyzja o prowadzeniu badań związana jest z koniecznością udzielenia odpowiedzi na pytanie o to, czy – mając świadomość niedoskonałości metod – podjąć się próby zbadania problemu i mieć jakieś – choćby przybliżone – dane, czy lepiej zarzucić wszelkie próby i nie mieć żadnych informacji.

Definicja populacji i dobór próby

Aby mówić o reprezentatywności jakiejś próby, należy mieć bardzo dokładną wiedzę o tym, jaką populację owa próba ma reprezentować. W przypadku osób LGBTQIA taka operacyjna definicja jest właściwie niemożliwa do skonstruowania. Wynika to głównie z faktu, że część populacji LGBTQIA jest niewyoutowana i/lub sama nie identyfikuje się z tymi kategoriami społecznymi. Na przykład kobieta mająca relacje miłosne czy seksualne z kobietami, która nie identyfikuje się jako lesbijka, będzie w obrębie populacji, która jest obszarem zainteresowań autorów tego badania, ale osoby niedefiniujące się według przyjętych kategorii z dużym prawdopodobieństwem nie wejdą do próby, a tym samym nie będą odpowiednio reprezentowane. Stąd też niniejsza publikacja opisuje głównie sytuację osób, które określają się jako lesbijki, geje, osoby biseksualne, aseksualne i transpłciowe. Drugi problem związany z odpowiednią reprezentacją populacji w próbie wynika z metody. Metoda zbierania danych, którą przyjęto w tym badaniu, daje możliwość zebrania dużej liczby osób, ale jednocześnie powoduje, że niektóre części populacji będą niedorepresentowane. Badania w internecie za pośrednictwem portali oraz przez sieci kontaktów organizacji LGBTQIA powodują, że w próbie znajduje się więcej osób młodych oraz bardziej identyfikujących się i zaangażowanych w życie społeczności LGBTQIA.

Profil socjodemograficzny – charakterystyka próby

W badaniu sytuacji osób LGBTQIA za lata 2015–2016 udział wzięły 10704 osoby. W tej części raportu opisane zostaną charakterystyki demograficzne zbadanej próby, takie jak wiek, płeć, orientacja seksualna, wykształcenie, dochody, subiektywna sytuacja materialna, czy miejsce zamieszkania i migracje.

Grupy osób badanych

W oparciu o odpowiedzi na pytania o orientację seksualną i tożsamość płciową osoby z grupy docelowej (tj. osoby LGBTQA) podzielono na sześć podgrup¹ – lesbijki, gejów, biseksualne kobiety, biseksualnych mężczyzn, osoby transpłciowe oraz osoby aseksualne. Wśród osób badanych najliczniejszą grupę stanowili geje (45,9%), następnie biseksualne kobiety (20,8%) i lesbijki (17,2%). Stosunkowo niewielki udział w grupie respondentów/ek miały osoby transpłciowe (7,2%), biseksualni mężczyźni (6,4%) oraz osoby aseksualne (2,5%). Dodatkowo spośród osób badanych były osoby niebinarne płciowo, które nie opisały siebie jako transpłciowe, ale również nie określiły się jako kobieta albo mężczyzna (N = 268). Grupa ta (jako niejednorodna) została wyłączona z analiz w podziale na grupy. Natomiast osoby te były uwzględniane we wszystkich zbiorczych analizach.

Wiek

W przeprowadzonym badaniu udział wzięły przede wszystkim osoby młode – średni wiek respondentów/ek wyniósł $M = 25,28$ ($SD = 9,43$ zakres 8 do 97 lat²), zaś mediana³ to 23 lata, co pokazuje, że próba składała się przede wszystkim z młodych dorosłych. Ta informacja pozwala wyciągnąć ważne wnioski dotyczące próby w opisywanym badaniu. Wskazany rezultat pokazuje, że wyniki przedstawione w dalszej części raportu dotyczą w dużej mierze młodych przedstawicieli społeczności LGBTQIA w Polsce i ostrożnie powinno odnosić się je do całej polskiej społeczności LGBTQIA⁴.

Niespełna połowę respondentów/ek⁵ (42,2%) stanowiły osoby w wieku 18-25 lat. Jedna czwarta (25%) osób badanych znajdowała się w przedziale wiekowym od 26 do 35 lat. Jedną piątą (19,3%) uczestników/czek badania stanowiły osoby niepełnoletnie. Najmniej licznie w próbie reprezentowane były osoby w wieku 36-45 lat (9,8%) oraz powyżej 45. roku życia (3,7%).

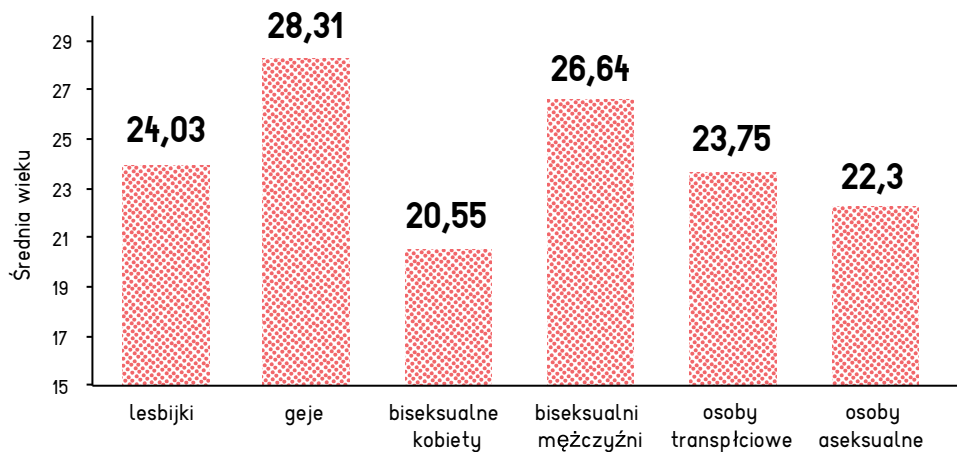
¹ N = 9660.

² W pytaniu o wiek nie było przewidzianej możliwości uniknięcia odpowiedzi. Najprawdopodobniej osoby, które nie chciały udzielić odpowiedzi na to pytanie, wybrały jedną ze skrajnych odpowiedzi. W dalszych analizach (np. sprawdzając związki innych zmiennych z wiekiem) odpowiedzi skrajne (<13 i >95) nie były uwzględniane.

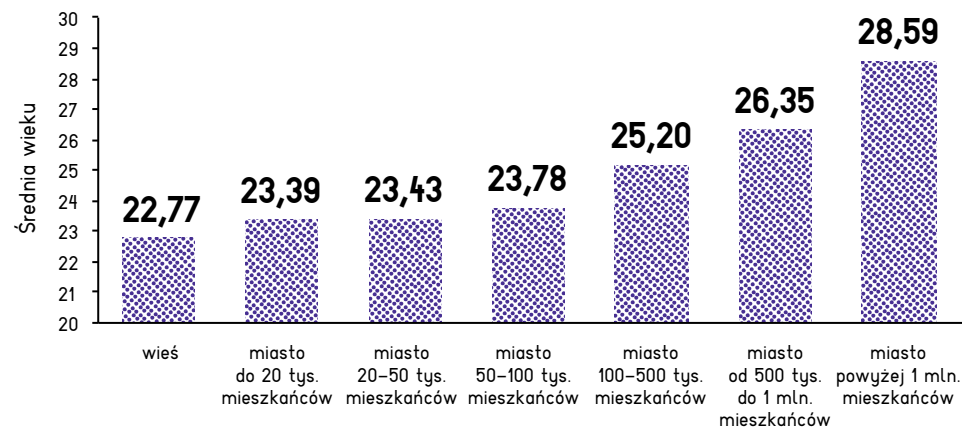
³ Mediana dzieli zbiór na pół – poniżej i powyżej znajduje się taka sama ilość odpowiedzi.

⁴ Patrz podrozdział Ograniczenia.

⁵ N = 9262.



RYS. 1. Średnia wieku osób badanych w podziale na podgrupy wyróżnione ze względu na orientację seksualną i tożsamość płciową (N = 9262)



RYS. 2. Średnia wieku osób badanych wg wielkości miejsca zamieszkania (N = 7877)

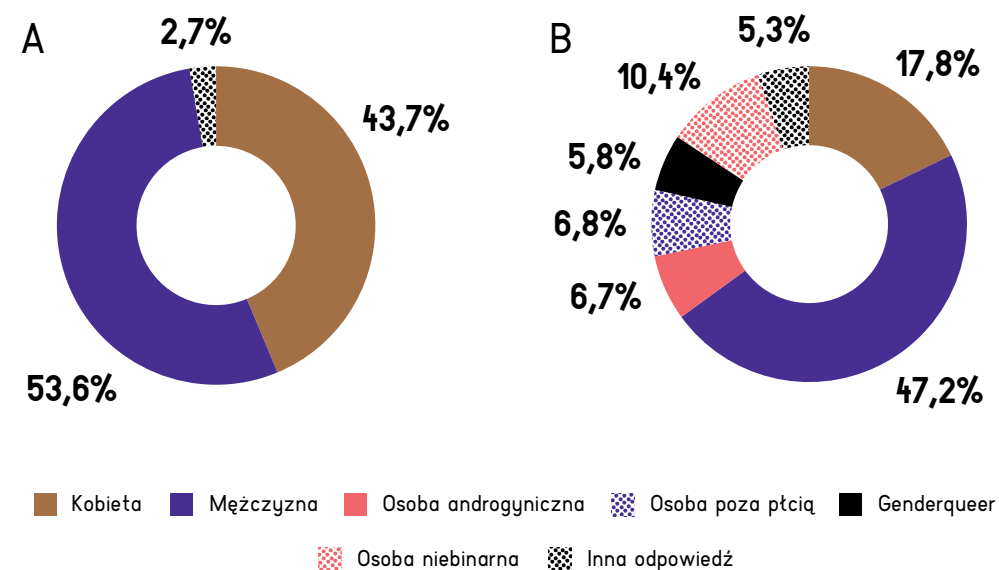
Podgrupy osób badanych, wyróżnione ze względu na orientację seksualną i tożsamość płciową, różniły się wiekiem⁶ (Rys. 1). Najstarsi w próbie byli geje, najmłodsze zaś – biseksualne kobiety.

⁶ $F(5, 9256) = 226,41; p < 0,001; \eta^2 = 0,11$.

Wiek osób badanych różnicowany był przez wielkość miejsca zamieszkania (Rys. 2). Najstarsi badani mieszkali w Warszawie⁷, najmłodszy – na wsi.

Płeć

Kiedy mowa o płci osób badanych wśród osób, które nie zaznaczyły, że są transpłciowe (lub o transpłciowej przeszłości) przeważali mężczyźni – stanowili oni 56,8% grupy badanych. Podobnie rzecz miała się wśród osób transpłciowych – tu osoby deklarujące, że ich płeć odczuwana to 'męska' stanowiły niemal 50% grupy badanych. Dokładne informacje dotyczące płci osób badanych, z podziałem na płeć w przypadku osób cisplłciowych oraz płeć odczuwaną w przypadku osób transpłciowych, przedstawione zostały na poniższym wykresie (Rys. 3).

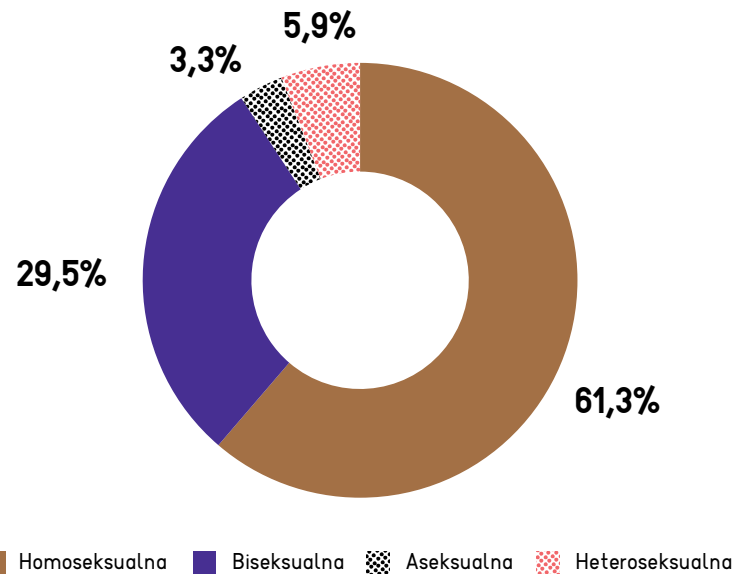


RYS. 3. A: Charakterystyka badanych osób cisplłciowych ze względu na płeć (N = 9879), B: osób transpłciowych ze względu na płeć odczuwaną (N = 674)

⁷ Jako że w Polsce jest tylko jedno miasto o populacji powyżej 1 miliona mieszkańców (Warszawa), przyjmujemy, że osoby badane, które wybrały tę opcję są mieszkańcami stolicy: $F(6, 7870) = 64,76; p < 0,001; \eta^2 = 0,05$.

Orientacja seksualna

Pod względem orientacji seksualnej w tegorocznej edycji badania przeważały osoby homoseksualne – stanowiły one 65% całej grupy badawczej. Wykres 4 przedstawia szczegółowe informacje dotyczące orientacji seksualnej osób badanych.



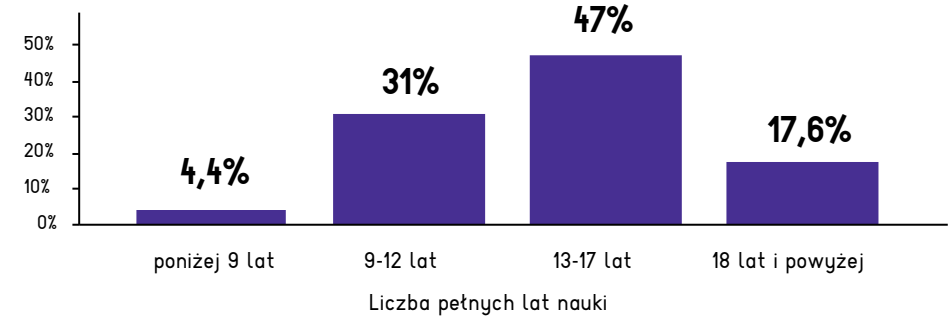
RYS. 4. Charakterystyka badanych ze względu na orientację seksualną (N = 10384)

Wykształcenie

Wśród respondentów/ek dominowały osoby z wykształceniem⁸ wyższym (41,8%), zaś kolejną pod względem liczebności grupę stanowiły osoby z wykształceniem średnim (38,8%) i podstawowym (17%). Najmniej licznie w próbie reprezentowane były osoby z wykształceniem zawodowym (2,4%).

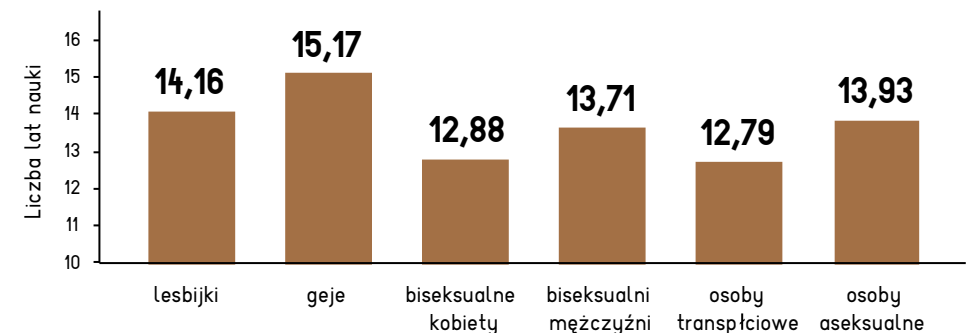
Osoby badane zapytaliśmy także o liczbę pełnych lat nauki. Wykres 5 przedstawia rozkład odpowiedzi na to pytanie. Średnia odpowiedzi na to pytanie wyniosła $M = 14,21$ ($SD = 3,54$).

⁸ N = 7877.



RYS. 5. Rozkład liczby pełnych lat nauki osób badanych (N = 7831)

Liczba lat nauki była różnicowana przez podgrupę osób badanych⁹ (Rys. 6). Najlepiej wykształceni byli geje, zaś najslabiej – biseksualne kobiety. Różnice pod względem liczby lat nauki zmniejszały się (ale nie zanikały całkowicie), gdy pod uwagę brany był wiek osób badanych. To wskazuje na fakt, że lepsze bądź gorsze wykształcenie poszczególnych grup wyróżnionych ze względu na orientację seksualną i tożsamość płciową nie wynika wyłącznie z różnicy wieku między tymi grupami.



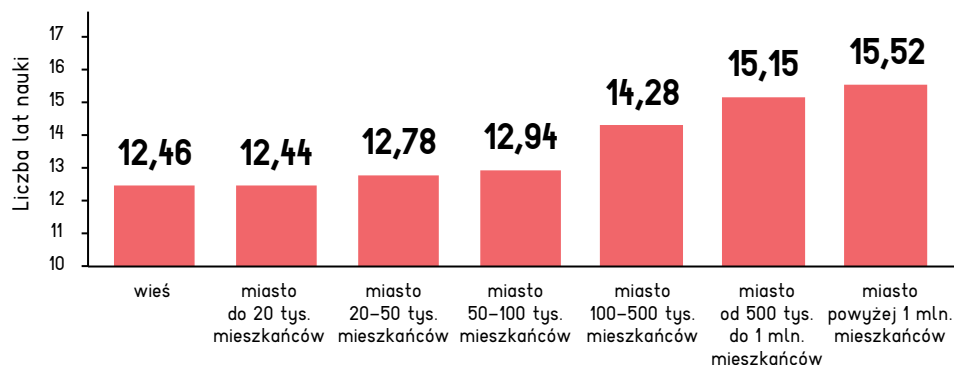
RYS. 6. Średnia liczba lat nauki w podziale na podgrupy wyróżnione ze względu na orientację seksualną i tożsamość płciową (N = 7624)

Liczba lat nauki wiązała się z wielkością miejsca zamieszkania osób badanych¹⁰ (Rys. 7). Najlepiej wykształcone osoby mieszkaly w Warszawie, najslabiej zaś – na wsi i w miastach do 20 tysięcy

⁹ $F(5, 7618) = 125,61$; $p < 0,001$; $hp2 = 0,08$.

¹⁰ $F(6, 7824) = 166,44$; $p < 0,001$; $hp2 = 0,11$.

mieszkańców. Co ważne, różnice te utrzymywały się także wtedy, gdy kontrolowano wiek osób badanych.



RYS. 7. Średnia liczba lat nauki wg wielkości miejsca zamieszkania (N = 7831)

Ponadto wykształcenie osób badanych, rozumiane jako pełna liczba lat nauki, przewidywane było negatywnie przez stopę bezrobocia w powiecie, w którym te osoby mieszkały¹¹. Oznacza to, że im wyższe było bezrobocie w danym powiecie, tym gorzej wykształceni byli/ły respondenci/teki.

Dochody

Osoby badane poprosiliśmy o podanie przedziału ich miesięcznych dochodów netto „na rękę”¹². Najwięcej respondentów zadeklarowało dochody od 1001 zł do 2000 zł (28,3%). Następną pod względem liczebności grupę stanowiły osoby dysponujące kwotą od 2001 zł do 3000 zł (24,7%). Co piąta osoba badana deklarowała dochody do 1000 zł miesięcznie (22,4%). Najmniej licznie w próbie reprezentowane były osoby deklarujące dochody od 3001 zł do 4000 zł (15,3%) oraz powyżej 4000 zł. Medianę stanowiła odpowiedź „od 1501 do 2000 zł” (9,2%).

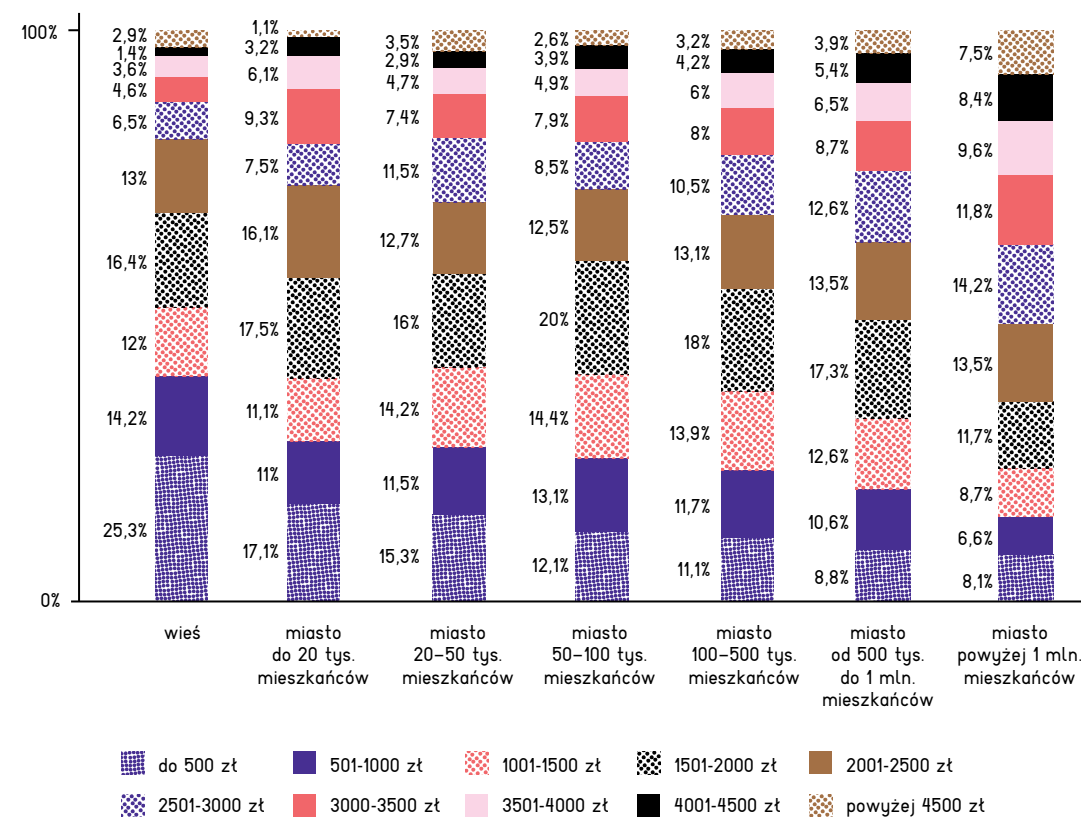
Grupy osób badanych różniły się ze względu na średnie miesięczne dochody netto¹³. Najlepiej sytuowani byli geje, spośród któ-

¹¹ B = -0,07; SE = 0,02; p = 0,001. Podany efekt jest unikalny, a więc niezależny od innych uwzględnionych w modelu charakterystyk powiatu (tj. średniego wynagrodzenia w 2015 r., liczby mieszkańców w 2015 r. oraz procentu osób wierzących). Unikalne są także pozostałe efekty z poziomu powiatów, wymienione w tym rozdziale.

¹² N = 4555.

¹³ F(5, 4469) = 51,53; p < 0,001; hp2 = 0,06.

rych 57,8% zadeklarowało dochody wysokości co najmniej 2000 zł. Najgorszą odznaczały sytuację materialną deklarowały natomiast osoby transpłciowe, dla których wartość analogicznego wskaźnika wyniosła 29,1%. Warto zauważyć, że chociaż różnice pomiędzy grupami wyróżnionymi ze względu na orientację seksualną i tożsamość płciową zmniejszały się przy kontroli wieku i liczby pełnych lat nauki, pozostawały one istotne statystycznie. Innymi słowy wszystkie podgrupy uwzględnione w analizie różniły się dochodami nie tylko ze względu na występujące między nimi różnice w wieku czy wykształceniu.



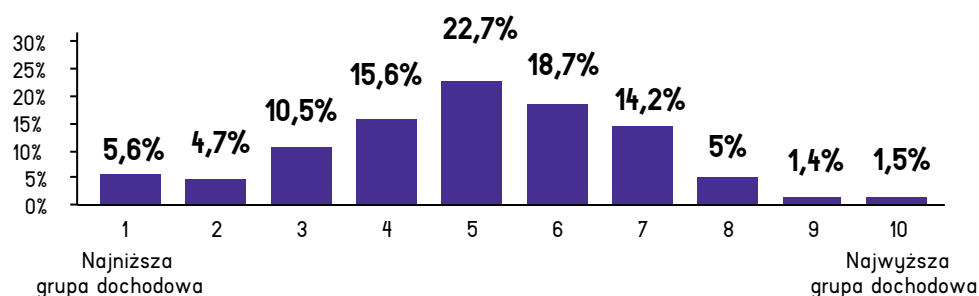
RYS. 8. Rozkład miesięcznych dochodów netto (na rękę) w podziale na wielkość miejsca zamieszkania (N = 4555)

Wielkość miejsca zamieszkania różnicowała dochody osób badanych¹⁴ (Rys. 8). W najlepszej sytuacji materialnej znajdowali/ły się mieszkańcy/nki Warszawy, spośród których 65% zadeklarowało dochody rzędu co najmniej 2000 zł. Najmniejszy dochód deklarowały osoby mieszkające na wsi – w tej grupie miesięcznymi dochodami wysokości 2000 zł lub więcej dysponowało 32% respondentów/ek.

Ponadto dochody osób badanych były pozytywnie przewidywane przez wartość przeciętnego wynagrodzenia w danym powiecie dla populacji ogólnej zaczerpniętego z danych GUS¹⁵. Oznacza to, że dochody respondentów/ek odzwierciedlały średnie wynagrodzenie właściwe dla ich miejsca zamieszkania – im wyższe były przeciętne zarobki w danym powiecie, tym wyższy był dochód osób badanych.

Subiektywna sytuacja materialna

Przewidując, że wskaźnik odpowiedzi na pytania dotyczące wysokości miesięcznego dochodu będzie relatywnie niski, w kwestionariuszu umieściliśmy mniej inwazyjne pytanie mierzące subiektywne odczucia na temat własnej sytuacji ekonomicznej osób badanych. Wykres 9 przedstawia rozkład odpowiedzi.



RYS. 9. Rozkład odpowiedzi na pytanie o subiektywną sytuację materialną (N = 7877)

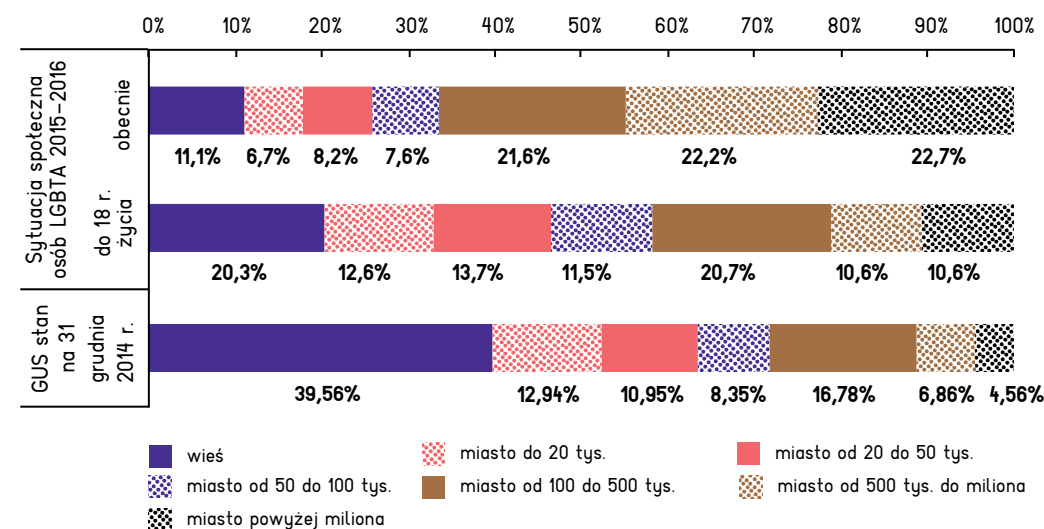
Badani uznawali swoją sytuację materialną za przeciętną – średnia odpowiedzi na 10-punktowej skali, gdzie 1 oznaczało najniższą grupę dochodową, a 10 najwyższą grupę dochodową wyniosła M = 5,02 (SD = 1,92). Subiektywna sytuacja materialna była jednak

¹⁴ F(6, 4548) = 40,70; p < 0,001; hp2 = 0,05.
¹⁵ B = 0,02; SE = 0,01; p < 0,001.

różnicowana przez czynniki demograficzne, m.in. podgrupę wyróżnioną ze względu na orientację seksualną i tożsamość płciową¹⁶. Relatywnie najlepszą sytuację materialną wykazywali geje, najgorszą zaś – osoby transpłciowe¹⁷. Podobnie jak w przypadku dochodu, różnice pomiędzy podgrupami społeczności LGBTA zanikały, gdy kontrolowaliśmy wiek i liczbę pełnych lat nauki. Subiektywna sytuacja materialna łączyła się z miejscem zamieszkania osób badanych¹⁸. Za najlepsze swoje położenie uważali mieszkańcy/nki Warszawy, za najgorsze zaś – mieszkańcy/nki wsi¹⁹.

Miejsce zamieszkania i migracje

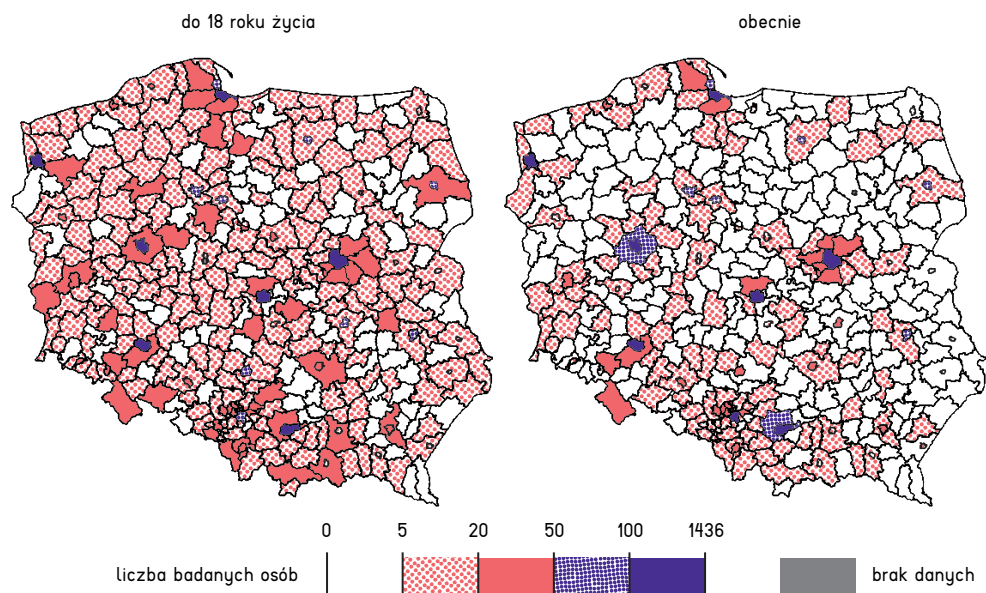
Osobom badanym zadano kilka pytań dotyczących ich miejsca zamieszkania do 18. roku życia oraz obecnie. Poza standardowym pytaniem o wielkość danej miejscowości, uczestnicy/czki badania proszeni byli o wskazanie województwa i powiatu. Udzielone odpowiedzi umożliwiły nam wskazanie miejsc, w których społeczność LGBTAQI jest najbardziej liczna oraz wyznaczenie kierunków migracji osób LGBTA.



RYS. 10. Rozkład odpowiedzi na pytania o wielkość miejsca zamieszkania w porównaniu z danymi dla populacji ogólnej (N = 7877)

¹⁶ F(5, 7664) = 19,34; p < 0,001; hp2 = 0,01.
¹⁷ Geje: M = 5,21; SD = 1,93. Osoby transpłciowe: M = 4,52; SD = 2,08.
¹⁸ F(6, 7870) = 40,24; p < 0,001; hp2 = 0,03.
¹⁹ Mieszkańcy Warszawy: M = 5,55; SD = 1,93. Mieszkańcy wsi: M = 4,57; SD = 2,07.

Rysunek 10 przedstawia rozkłady odpowiedzi na pytania dotyczące wielkości miejsca zamieszkania, zestawione z wynikami dla populacji ogólnej opublikowanymi przez GUS (2015). Na Rys. 11 przedstawiono natomiast rozmieszczenie terytorialne osób badanych do 18. roku życia i obecnie.



RYS. 11. Miejsce zamieszkania osób badanych do 18 r. ż. oraz obecnie (N = 6452 i N = 6841)

W badaniu udział wzięli mieszkańcy wszystkich 380 powiatów. Wśród osób, które wskazały powiat, w jakim obecnie mieszkają, najliczniejszą grupę, zgodnie z oczekiwaniami, stanowili mieszkańcy Warszawy (21%), następnie Krakowa (7,4%), Poznania (6,7%) i Wrocławia (6,5%). Warto zauważyć, że rozkład mieszkańców najliczniej reprezentowanych w badaniu miast różni się od rozkładu dla populacji ogólnej – według danych GUS²⁰ (2016) największymi miastami w Polsce są Warszawa (4,56%), Kraków (1,99%), Łódź (1,81%), Wrocław (1,66%) i Poznań (1,41%). Ostrożne wnioskowanie

20 GUS Rocznik demograficzny 2016. Warszawa, GUS, 2016. Pobrane z: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-demograficzny-2016,3,10.html>

na podstawie tego zestawienia pozwala sądzić, że osoby LGBTQIA częściej niż populacja ogólna mieszkają w miastach powyżej 500 000 mieszkańców. Do tego samego wniosku skłaniają wyniki przedstawione na Rys. 10, zgodnie z którymi w miastach powyżej 500 000 mieszkańców mieszka 44,90% osób badanych wobec 11,42% ogólnej populacji Polaków (por. Rys. 10).

Rozmieszczenie osób badanych pod względem obecnego miejsca zamieszkania jest mniej równomierne niż pod względem miejsca zamieszkania do 18. roku życia. Sugeruje to, że po zakończeniu okresu adolescencji część osób badanych zmieniła miejsce zamieszkania (por. Rys. 11), migrując najczęściej do dużych miast wojewódzkich. Do podobnej konkluzji prowadzi analiza odpowiedzi na pytania o wielkość miejsca zamieszkania do 18 r. ż. i obecnie. Pomędzy okresem dojrzewania a momentem realizacji badania do miejsca o innej wielkości przeprowadziło się 42,4% respondentów/ek, z których większość (89,34%) przeniósł się do większej, a niewielka część (10,66%) – do mniejszej miejscowości. Migracja do większej miejscowości była przewidywana pozytywnie przez liczbę lat nauki²¹ i subiektywny status materialny²² – im lepiej wykształcone i sytuowane były osoby badane, tym bardziej prawdopodobne było, że przeprowadziły się do miejscowości o większej liczbie mieszkańców. Z kolei migracja do mniejszej miejscowości była pozytywnie przewidywana przez wiek²³ – im starsza była osoba badana, tym bardziej było prawdopodobne, że przeprowadzi się do miejscowości o mniejszej liczbie mieszkańców. Interpretując niniejsze zależności, należy mieć na uwadze, że przekrojowy charakter przeprowadzonego przez nas badania nie pozwala na określenie kierunku przyczynowego. Na przykład możliwe jest zarówno to, że osoby dobrze sytuowane przeprowadzały się do większych ośrodków, jak i to, że po przeprowadzce do większego miasta sytuacja materialna osób badanych poprawiała się.

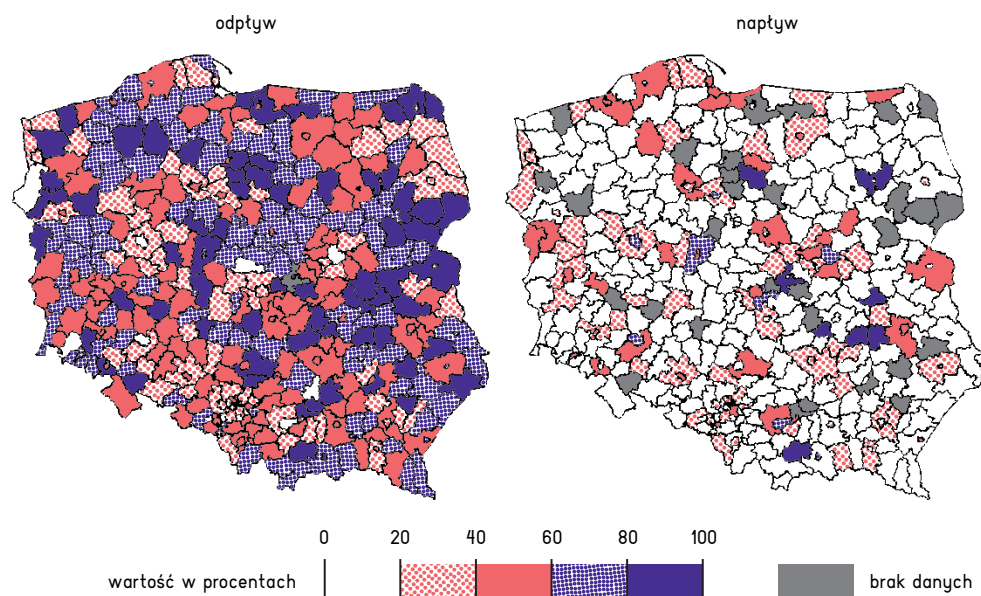
W oparciu o pozyskane dane możliwe było policzenie wskaźników odpływu i napływu mieszkańców dla poszczególnych powiatów (Rys. 12). Przez odpływ należy rozumieć procent osób, które mieszkając w danym powiecie przez większą część okresu dzieciństwa i dojrzewania, wyprowadziły się z niego do momentu realiza-

21 $B = 0,23$; $SE = 0,02$; $p < 0,001$

22 $B = 0,10$; $SE = 0,02$; $p < 0,001$

23 $B = 0,03$; $SE = 0,01$; $p < 0,001$

cji badania. Przez napływ rozumiemy natomiast procent obecnych mieszkańców danego powiatu, którzy nie mieszkali w danym miejscu w okresie dzieciństwa i dojrzewania.



RYS. 12. Odpływ i napływ osób badanych (N = 6349)

Jak pokazuje Rys. 12, tylko w niewielkiej grupie powiatów odpływ respondentów/ek nie przekroczył 20%. Do grupy tej należały największe miasta wojewódzkie – Warszawa (12,54%), Kraków (13,98%), Wrocław (16,35%) i Poznań (17,47%). Co ważne, te same miasta odznaczały się stosunkowo wysokim napływem osób badanych – przyjezdni stanowili 62,64% respondentów/ek mieszkających obecnie w Warszawie, 66,17% w Krakowie, 68,03% we Wrocławiu i 68,29% w Poznaniu. Można zatem stwierdzić, że – stwarzające większe możliwości życiowe (edukacyjne, ekonomiczne i społeczne) – duże ośrodki hamowały odpływ osób LGBTQIA uczestniczących w badaniu, jak również przyciągały nowych/e mieszkańców/nki.

Na poziomie powiatów napływ osób LGBTQIA był przewidywany pozytywnie przez liczbę mieszkańców²⁴, a negatywnie przez stopę

bezrobocia²⁵ oraz procentowy udział osób wierzących w populacji powiatu²⁶. Oznacza to, że największy udział osób, które zmieniły miejsce zamieszkania, charakteryzował powiaty o największej liczbie ludności, najniższej stopie bezrobocia oraz najniższym odsetku wierzących. Średnie wynagrodzenie nie przekładało się natomiast na udział osób przyjezdnych w lokalnej społeczności LGBTQIA. Można zatem powiedzieć, że stabilne charakterystyki, takie jak wielkość populacji, religijność oraz struktura lokalnego rynku pracy decydowały o tym, które powiaty przyciągały osoby LGBTA, a które nie.

Porównanie do grupy z badań z 2011 roku pod względem zmiennych demograficznych

W związku z tym, że poprzednia edycja badania została przeprowadzona w inny sposób niż tegoroczna – tzn. w podziale na grupy osób bez i z transpłciową przeszłością – porównanie badanych pod względem charakterystyk socjodemograficznych możliwe jest tylko na ogólnym poziomie. Patrząc na dane dotyczące tego roku oraz te sprzed pięciu lat, można jednak powiedzieć, że pod względem tych charakterystyk grupy badawcze są do siebie zbliżone. Przed pięcioma laty, podobnie jak i teraz, w badaniu przeważali mężczyźni oraz osoby deklarujące swoją płęć jako „męska”. Pięć lat temu grupa osób badanych również składała się przede wszystkim z wykształconych młodych dorosłych. Zarówno dla członków/iń społeczności LGB, jak i osób transpłciowych lub z transpłciową przeszłością, średnia wieku wynosiła około 26 lat. Co więcej, pięć lat temu w przypadku obu grup ponad 40% osób zadeklarowało, że posiada wykształcenie wyższe. Zbliżony do obecnego był też odsetek osób LGBT mieszkających w miastach powyżej 500 000 mieszkańców.

24 B = 3,59; SE = 1,04; p < 0,001. Jednostkę stanowiło 100 000 mieszkańców.

25 B = -0,53; SE = 0,26; p = 0,041.

26 B = 0,92; SE = 0,42; p = 0,028.

Zaufanie do instytucji i udział w wyborach parlamentarnych

W niniejszym rozdziale omówione zostaną kwestie stosunku osób LGBTQA do instytucji publicznych, tj. rządu, parlamentu, Policji, sądów oraz do organizacji LGBTQA, jak również udział osób LGBTQA w ostatnich wyborach parlamentarnych (październik 2015 rok).

Odpowiedzi respondentów/ek zostały zestawione z rezultatami badań, które zrealizowano na dużej próbie osób heteroseksualnych (Badanie postaw wobec osób homoseksualnych 2016²⁷) oraz reprezentatywnych próbach Polaków (Badanie World Values Survey 2012²⁸; Zaufanie społeczne 2016²⁹). Umożliwiło to zaobserwowanie różnic między osobami LGBTQA a osobami heteroseksualnymi i populacją ogólną. Jeśli dysponowaliśmy/łyśmy zbiorem danych surowych³⁰ z konkretnego badania porównawczego, kontrolowaliśmy/łyśmy, czy zaobserwowane różnice mogły wynikać z rozbieżności w kompozycji poszczególnych prób³¹.

Wyniki naszych analiz prezentujemy według pewnego schematu. W pierwszej kolejności opisujemy rozkład odpowiedzi na pytanie/a mierzące daną właściwość (np. zaufanie do sądów). Następnie sprawdzamy, czy podgrupy społeczności LGBTQA różnią się między sobą pod względem rozpatrywanej cechy. Wreszcie identyfikujemy czynniki z poziomu indywidualnego (te brane pod uwagę to wiek, wykształcenie definiowane jako liczba lat nauki, subiektywna sytuacja materialna, religijność i wielkość miejsca zamieszkania), które niezależnie od innych zmiennych przewidują daną właściwość.

Zaufanie do instytucji

Osoby badane zapytano o ich stosunek do pięciu instytucji, tj. rządu, parlamentu, Policji, sądów i organizacji LGBTQA. Uwzględnione w badaniu instytucje cieszyły się zróżnicowanym zaufaniem

27 Badanie postaw wobec osób homoseksualnych przeprowadzone zostało w październiku 2016 roku na próbie N = 1992 heteroseksualnych uczestników i uczestniczek Panelu Ariadna.

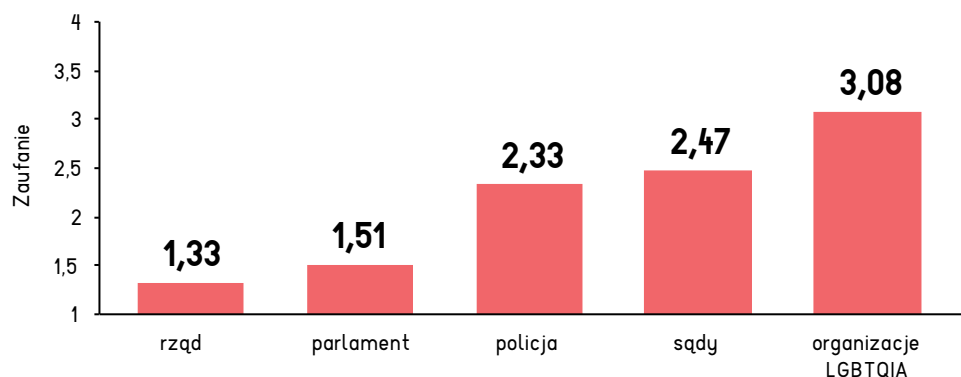
28 World Values Survey Association (2015). *World Values Survey Wave 6 2010-2014. OFFICIAL AGGREGATE v.20150418*. Producent zbioru: Asep/JDS, Madrid SPAIN. Pobrano z: <http://www.worldvaluessurvey.org/WVSDocumentationWV6.jsp>

29 Omyła-Rudzka, M. (2016). *Zaufanie społeczne. Komunikat z badań CBOS*. Warszawa: CBOS. Pobrano z: http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K_018_16.PDF

30 Danych surowych nie mieliśmy tylko dla badania CBOS z 2016 roku.

31 Tj. ze struktury porównywanych prób pod względem wieku, wielkości miejsca zamieszkania (porównania z WVS 2012), oraz wieku, wielkości miejsca zamieszkania, wykształcenia i subiektywnej sytuacji materialnej (porównania z Badaniem postaw wobec osób homoseksualnych 2016).

respondentów/ek³². Podczas gdy w przypadku dwóch (rząd i parlament) przeważała nieufność, w stosunku do jednej (organizacje LGBTQIA) dominowało zaufanie, a dwie (Policja i sądy) wzbudzały w podobnym stopniu zarówno nieufność, jak i zaufanie. Wykres 13 przedstawia średnie oceny zaufania wobec poszczególnych instytucji.



RYS. 13. Średnie zaufanie do instytucji* (N = 7133)

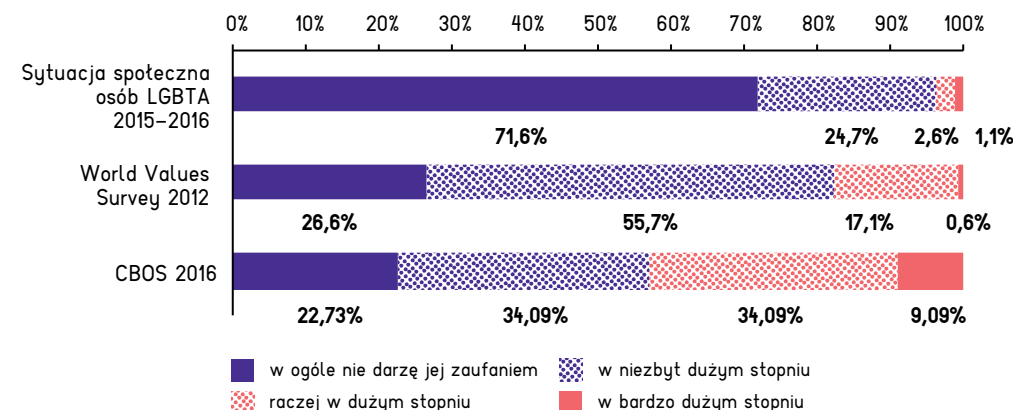
* Wszystkie różnice pomiędzy średnimi oszacowaniami dla poszczególnych instytucji były istotne na poziomie $p < 0,001$.

Rząd

Największą nieufność (96,4%) osoby LGBTQA uczestniczące w badaniu deklarowały wobec rządu. Podczas gdy 71,7% badanych zadeklarowało całkowity brak zaufania do Rady Ministrów, dodatkowe 24,7% stwierdziło, że ufa jej w niezbyt dużym stopniu (Rys. 14). Bardzo duże lub duże zaufanie do rządu wyraziło odpowiednio 1,1% i 2,6% respondentów/ek. Dla porównania, w populacji ogólnej całkowity brak zaufania do rządu w 2012 roku deklarowało 26,6%, a w 2016 roku – 22,73% respondentów/ek (Rys. 14). Kiedy kontrolowane były różnice demograficzne pomiędzy próbami, osoby badane ufały rządowi w mniejszym stopniu niż Polacy ankietowani w 2012 roku³³.

³² $F(3,11; 21576,90) = 9687,73; p < 0,001$.

³³ $B = -0,91; SE = 0,10; p < 0,001$.



RYS. 14. Rozkład odpowiedzi na pytanie o zaufanie do rządu w badanej próbie (N = 7133) oraz w populacji ogólnej Polaków (N = 928 i N = 935)

Zaufanie do rządu wiązało się z orientacją seksualną i tożsamością płciową osób badanych³⁴. Najbardziej ufni wobec rządu byli biseksualni mężczyźni, natomiast najmniej – lesbijki³⁵. Oprócz podgrupy społeczności LGBTQA, zaufanie do rządu było przewidywane negatywnie przez wiek, wykształcenie i wielkość miejsca zamieszkania oraz pozytywnie przez subiektywną sytuację materialną i religijność³⁶. Innymi słowy: większe zaufanie do rządu wykazywały osoby młodsze, gorzej wykształcone, deklaruujące większą religijność, mieszkające w mniejszych miejscowościach, a także osoby lepiej sytuowane.

Parlament

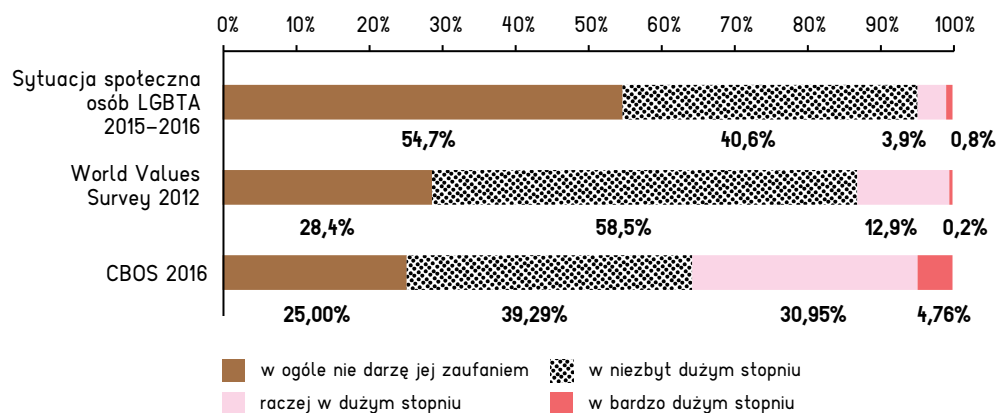
Minimalnie większym zaufaniem niż rząd cieszył się parlament. Całkowity brak zaufania wobec tej instytucji wyraziło 54,7% respondentów/ek, a dodatkowe 40,6% osób badanych zadeklarowało, że ufa jej w niewielkim stopniu (Rys. 15). Bardzo duże lub duże zaufanie do parlamentu wyraziło odpowiednio 0,8% i 3,9% uczestników/czek badania. Co ważne, w badanej próbie udział osób, które w ogóle nie darzyły parlamentu zaufaniem, był wyższy aniżeli

³⁴ $F(5, 6931) = 8,50; p < 0,001; \eta^2 = 0,01$.

³⁵ Biseksualni mężczyźni: $M = 1,44; SD = 0,68$. Lesbijki: $M = 1,26; SD = 0,49$.

³⁶ Efekt wieku: $B = -0,01; SE = 0,001; p < 0,001$. Efekt wykształcenia: $B = -0,01; SE = 0,002; p < 0,001$. Efekt subiektywnej sytuacji materialnej: $B = 0,01; SE = 0,004; p = 0,006$. Efekt religijności: $B = 0,05; SE = 0,004; p < 0,001$. Efekt wielkości miejsca zamieszkania: $B = -0,02; SE = 0,004; p < 0,001$.

w populacji ogólnej w 2012 (28,5%) i 2016 (25%) roku (Rys. 15). Różnica względem badania z 2012 roku zachodziła także wtedy, gdy kontrolowane były zmienne demograficzne³⁷.



RYS. 15. Rozkład odpowiedzi na pytanie o zaufanie do parlamentu w badanej próbie (N = 7133) oraz w populacji ogólnej Polaków (N = 910 i N = 893)

Podgrupa wyróżniona ze względu na orientację seksualną i tożsamość płciową osób badanych różnicowała odpowiedzi respondentów/ek³⁸. Najwyższy stopień zaufania do parlamentu odnotowano wśród biseksualnych mężczyzn, a najniższy – wśród lesbijek³⁹. Tak jak w przypadku rządu, zaufanie do parlamentu było przewidywane negatywnie przez wiek, wykształcenie i wielkość miejsca zamieszkania oraz pozytywnie przez subiektywną sytuację materialną i religijność⁴⁰. Oznacza to, że im młodsze, gorzej wykształcone, lepiej sytuowane i bardziej religijne były osoby badane oraz im mniejsza była miejscowość, w której mieszkały, tym bardziej ufały one parlamentowi.

37 B = -0,78; SE = 0,09; p < 0,001.

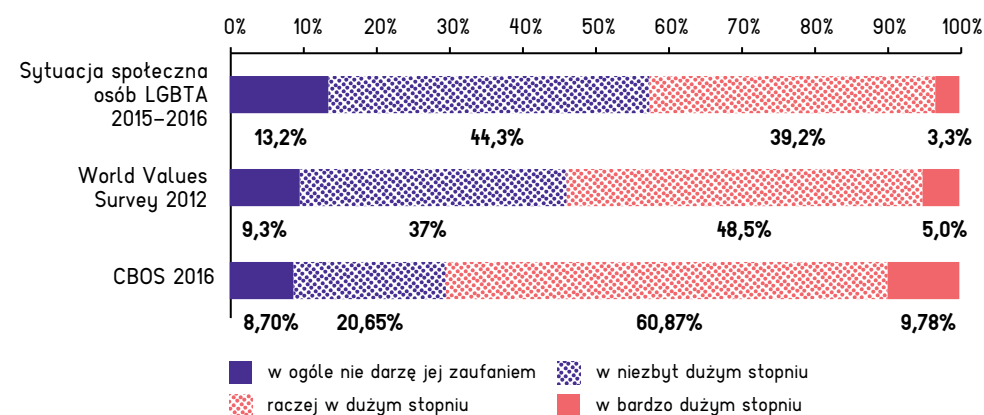
38 F(5, 6931) = 7,78; p < 0,001; hp2 = 0,01.

39 Biseksualni mężczyźni: M = 1,57; SD = 0,65. Lesbijki: M = 1,41; SD = 0,55.

40 Efekt wieku: B = -0,01; SE = 0,001; p < 0,001. Efekt wykształcenia: B = -0,01; SE = 0,003; p = 0,001. Efekt subiektywnej sytuacji materialnej: B = 0,02; SE = 0,004; p < 0,001. Efekt religijności: B = 0,03; SE = 0,004; p < 0,001. Efekt wielkości miejsca zamieszkania: B = -0,01; SE = 0,004; p = 0,023.

Policja

Ponad połowa badanych (57,5%) wyraziła nieufność wobec Policji. Całkowity brak zaufania wobec niej zadeklarowało 13,2% uczestników badania, a 44,3% respondentów/ek stwierdziło, że ufa jej w niezbyt dużym stopniu (Rys. 16). Z kolei duże lub bardzo duże zaufanie do Policji wyraziło odpowiednio 39,2% i 3,3% uczestników/czek badania. Osoby badane wykazywały więc większą nieufność wobec Policji niż uczestnicy/czki badań, w których próbę dobierano z ogólnej populacji Polaków (2012 – 46,30%, 2016 – 29,35%; Rys. 16). Różnica pomiędzy bieżącym badaniem a sondażem z 2012 roku utrzymywała się także wtedy, gdy kontrolowana była struktura demograficzna obu prób⁴¹.



RYS. 16. Rozkład odpowiedzi na pytanie o zaufanie do Policji w badanej próbie (N = 7133) i populacji ogólnej Polaków (N = 916 i N = 978)

Zaufanie do Policji zależało od podgrupy społeczności LGBTQIA, do której należały osoby badane⁴². Najbardziej ufni wobec tej instytucji byli biseksualni mężczyźni, a najmniej – osoby transpłciowe⁴³. Ponadto zaufanie do Policji było przewidywane negatywnie przez wiek oraz pozytywnie przez subiektywną sytuację materialną⁴⁴. Im młodsze i lepiej sytuowane były osoby badane, tym większym zaufaniem darzyły one Policję.

41 B = -0,34; SE = 0,09; p < 0,001.

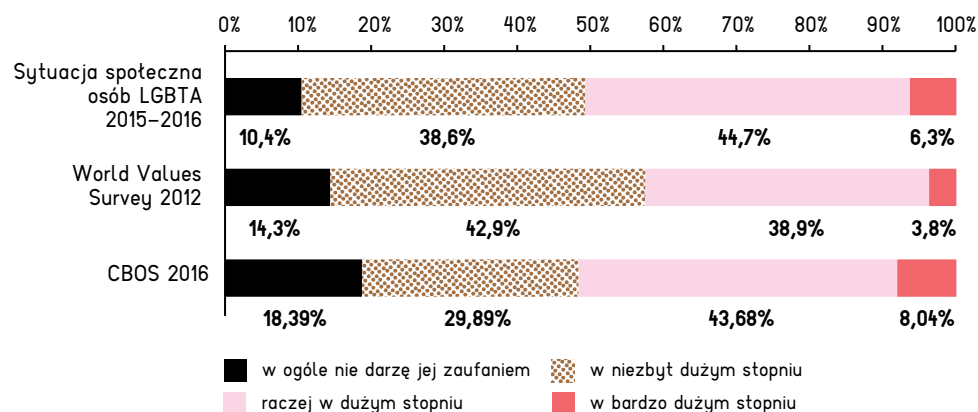
42 F(5, 6931) = 10,89; p < 0,001; hp2 = 0,01.

43 Biseksualni mężczyźni: M = 2,40; SD = 0,79. Osoby transpłciowe: M = 2,16; SD = 0,78.

44 Efekt wieku: B = -0,004; SE = 0,001; p = 0,002. Efekt subiektywnej sytuacji materialnej: B = 0,02; SE = 0,003; p < 0,001.

Sądy

Instytucją, wobec której wyrażano podobny stopień nieufności (49%) co zaufania (51%), były sądy. Bardzo duże lub duże zaufanie wobec nich zadeklarowało odpowiednio 6,30% i 44,7% respondentów/ek (Rys. 17). Z kolei całkowity brak zaufania lub niewielkie zaufanie wobec tej instytucji wyraziło 10,4% i 38,6% uczestników/czek badania. Wyniki te przypominały rezultaty badania CBOS z 2016 roku. Osoby badane deklarowały natomiast większe zaufanie wobec sądów niż Polacy ankietowani w 2012 roku, a różnica ta była istotna statystycznie także wtedy, gdy kontrolowane były zmienne demograficzne⁴⁵.



RYS. 17. Rozkład odpowiedzi na pytanie o zaufanie do sądów w badanej próbie (N = 7133) oraz w populacji ogólnej Polaków (N = 886 i N = 925)

Podgrupa wyróżniona ze względu na orientację seksualną i tożsamość płciową różnicowała odpowiedzi respondentów/ek⁴⁶. Najwyższe zaufanie wobec sądów deklarowali geje, natomiast najniższe – osoby transpłciowe⁴⁷. Spośród uwzględnionych zmiennych demograficznych, wiek przewidywał zaufanie do sądów negatywnie, a wykształcenie i postrzegana sytuacja materialna – pozytywnie

45 B = 0,46; SE = 0,09; p < 0,001.

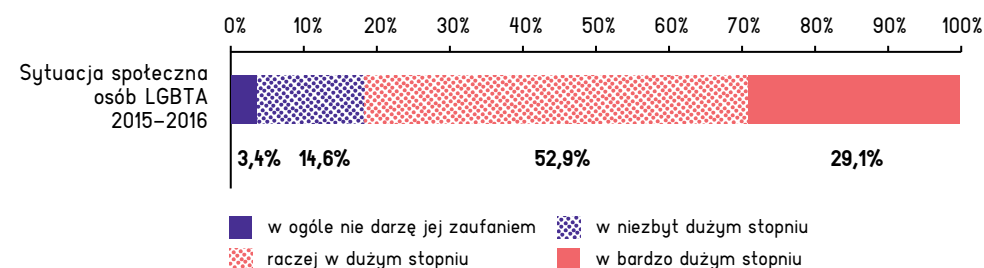
46 F(5, 6931) = 28,08; p < 0,001; hp2 = 0,03.

47 Geje: M = 2,57; SD = 0,77. Osoby transpłciowe: M = 2,28; SD = 0,79.

nie⁴⁸. Oznacza to, że im młodsze, lepiej wykształcone i lepiej sytuowane były osoby badane, w tym większym stopniu ufały one sądom.

Organizacje LGBTQIA

Największym zaufaniem (82%) osób badanych cieszyły się organizacje LGBTQIA – 29,1% respondentów/ek zadeklarowało bardzo duże, a 52,90% – duże zaufanie w stosunku do tych instytucji (Rys. 18). Brak lub niewielki stopień zaufania do organizacji LGBTQIA wyraziło z kolei 3,4% oraz 4,6% uczestników/czek badania.



RYS. 18. Rozkład odpowiedzi na pytanie o zaufanie do organizacji LGBTQIA w badanej próbie (N = 7133)

Podgrupy wyróżnione ze względu na orientację seksualną i tożsamość płciową charakteryzowały się zróżnicowanym stopniem zaufania do organizacji LGBTQIA⁴⁹. Podczas gdy najwyższe zaufanie deklarowały lesbijki, najmniej organizacjom LGBTQIA ufali biseksualni mężczyźni⁵⁰. Zaufanie do organizacji LGBTQIA było przewidywane negatywnie przez wiek, wykształcenie i religijność oraz pozytywnie przez subiektywną sytuację materialną⁵¹. Im młodsze, mniej religijne, gorzej wykształcone i lepiej sytuowane były osoby badane, tym większe było ich zaufanie do organizacji LGBTQIA.

48 Efekt wieku: B = -0,01; SE = 0,001; p < 0,001. Efekt wykształcenia: B = -0,01; SE = 0,003; p = 0,001. Efekt subiektywnej sytuacji materialnej: B = 0,02; SE = 0,004; p < 0,001. Efekt religijności: B = 0,03; SE = 0,004; p < 0,001. Efekt wielkości miejsca zamieszkania: B = -0,01; SE = 0,004; p = 0,023.

49 F(5, 6931) = 46,55; p < 0,001; hp2 = 0,02.

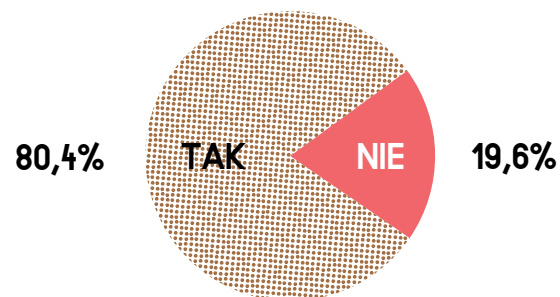
50 Lesbijki: M = 3,24; SD = 0,68. Biseksualni mężczyźni: M = 2,72; SD = 0,85.

51 Efekt wieku: B = -0,01; SE = 0,001; p < 0,001. Efekt wykształcenia: B = -0,01; SE = 0,003; p = 0,002. Efekt subiektywnej sytuacji materialnej: B = 0,02; SE = 0,01; p < 0,001.

Efekt religijności: B = -0,04; SE = 0,01; p < 0,001.

Wybory parlamentarne 2015

Osoby badane zapytaliśmy także o udział w wyborach parlamentarnych jesienią 2015 roku. Spośród uprawnionych do głosowania respondentów/ek, większość (80,4%) wzięła udział w wyborach, do urn nie poszło zaś 19,60% osób badanych (Rys. 19). Dla porównania, według danych Państwowej Komisji Wyborczej w wyborach do Sejmu w 2015 roku frekwencja wyborcza wyniosła 50,92%.



RYS. 19. Frekwencja wyborcza*

* N = 5291. Pod uwagę brano wyłącznie osoby uprawnione do głosowania.

Deklarowany udział w wyborach zależał od podgrupy społeczności LGBTQA, do której należały osoby badane⁵². Najczęściej udział w głosowaniu deklarowali geje (83,9%), najrzadziej zaś – osoby transpłciowe (73,6%). Ponadto udział w wyborach był pozytywnie przewidywany przez wiek, wykształcenie oraz postrzeganą sytuację materialną⁵³. Im starsze, lepiej wykształcone i lepiej sytuowane były osoby badane, tym wyższa była szansa, że wzięły udział w ostatnich wyborach parlamentarnych.

Odpowiedzi uczestników badania porównaliśmy z odpowiedziami udzielonymi przez osoby, które uczestniczyły w badaniu postaw wobec osób homoseksualnych w 2016 roku. W porównaniu z osobami LGBTQA, osoby heteroseksualne rzadziej deklarowały uczestnictwo w wyborach (76,3%), a różnica ta była istotna statystycznie także wtedy, gdy kontrolowaliśmy rozbieżności demograficzne między obiema próbami⁵⁴.

⁵² $\chi^2(5) = 53,62; p < 0,001$.

⁵³ Efekt wieku: $B = 0,03; SE = 0,01; p < 0,001$. Efekt wykształcenia: $B = 0,13; SE = 0,01; p < 0,001$. Efekt subiektywnej sytuacji materialnej: $B = 0,13; SE = 0,02; p < 0,001$.

⁵⁴ $B = 0,58; SE = 0,08; p < 0,001$.

Podsumowanie

- 1 Osoby LGBTQA w najmniejszym stopniu ufają rządowi i parlamentowi, zaś w największym – organizacjom LGBTQIA.
- 2 Zaufanie do rządu, parlamentu i Policji jest wśród osób LGBTQA niższe niż w populacji ogólnej Polaków.
- 3 Społeczność LGBTQA jest wewnętrznie zróżnicowana pod względem zaufania do instytucji. W największym stopniu instytucjom państwowym (tj. rządowi, parlamentowi, Policji i sądom) ufają biseksualni mężczyźni, zaś w najmniejszym – lesbijki i osoby transpłciowe.
- 4 Osoby LGBTQA deklarują częstszy udział w wyborach parlamentarnych w 2015 roku niż osoby heteroseksualne. Osoby starsze mają mniejsze zaufanie zarówno do instytucji państwowych, jak i organizacji LGBTQIA.

Wyoutowanie i gorsze traktowanie

W niniejszym rozdziale przyjrzymy się sytuacji społecznej lesbijek, gejów, osób biseksualnych, aseksualnych i transpłciowych w zakresie ujawnienia orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej, a także wynikającej z tej jawności dyskryminacji.

Na początku przyjrzymy się temu, jakie kategorie osób wiedzą o orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej osób objętych badaniem. W poniższej tabeli dana kategoria osób została uwzględniona, jeśli respondent lub respondentka wskazała, że przynajmniej jedna osoba z danej kategorii zna jej orientację seksualną lub tożsamość płciową.

TAB. 1. Członkowie których z wymienionych grup wiedzą o Twojej orientacji seksualnej/tożsamości płciowej? (N = 3667 – 6535)

	Lesbijki	Geje	Biseksualne kobiety	Biseksualni mężczyźni	Osoby aseksualne	Osoby transpłciowe
Przyjaciele	97,4%	95,4%	95,1%	83,4%	85,9%	92,8%
Współpracownicy/ koledzy i koleżanki szkolne	82,9%	78,1%	71,8%	52,6%	45,4%	59,6%
Rodzina	75,5%	76,3%	52,2%	40,8%	39,2%	55,9%
Personel medyczny	31,1%	33,4%	12,4%	13,4%	17,7%	40,3%
Bezpośredni przełożony	37,5%	41,4%	15,3%	12,8%	14,3%	23,8%
Sąsiedzi	29,7%	37%	10,9%	15,3%	6,6%	14,2%
Klienci w pracy	23,7%	25,9%	9,1%	8,7%	7,8%	14,8%

Jak wynika z powyższych danych, orientacja seksualna oraz tożsamość płciowa istotnie różnicują poziom wyoutowania wśród wymienionych kategorii osób⁵⁵. Z otoczenia osób objętych badaniem najczęściej o orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej wiedzą przyjaciele, współpracownicy (wydaje się, że kategoria ta częściowo

⁵⁵ Istotność $p < 0,01$ dla wszystkich analizowanych kategorii osób (pytań) ustalona na podstawie jednoczynnikowej analizy wariancji w oparciu o Test Welcha. Dla orientacji seksualnej: członkowie rodziny $F=120,2$, $df=4$, $p < 0,001$, $hp2 = 0,08$; przyjaciele $F=36,27$, $df=4$, $p < 0,001$, $hp2 = 0,02$; sąsiedzi $F=83,75$, $df=4$, $p < 0,001$, $hp2 = 0,07$; współpracownicy/koledzy i koleżanki szkolne $F=63,9$, $df=4$, $p < 0,001$, $hp2 = 0,04$; bezpośredni przełożony $F=67,98$, $df=4$, $p < 0,001$, $hp2 = 0,06$; klienci w pracy $F=34,9$, $df=4$, $p < 0,001$, $eta^2=0,04$; personel medyczny $F=50,47$, $df=4$, $p < 0,001$, $hp2 = 0,04$.

wo pokrywa się z kategorią przyjaciół), a następnie rodzina. Należy przy tym zauważyć, że członkowie rodziny znacznie częściej znają orientację seksualną lesbijek i gejów, rzadziej biseksualnych kobiet i zdecydowanie rzadziej biseksualnych mężczyzn i osób aseksualnych⁵⁶. Podobny wzorzec można zauważyć także w przypadku innych kategorii osób, które poznały orientację seksualną lub tożsamość płciową osoby badanej. Można zatem zaryzykować hipotezę, że orientacja seksualna lesbijek oraz gejów jest łatwiejsza do wyjaśnienia osobom z otoczenia osób nieheteroseksualnych niż orientacja biseksualna czy aseksualna. Weryfikacja tej hipotezy wykracza jednak poza zakres zebranych danych i wymagałaby dalszych badań.

Przyjrzyjmy się zatem dokładniej temu, ilu osobom spośród kategorii, które odnotowały najwyższy wynik, znana jest orientacja seksualna lub tożsamość płciowa osób objętych badaniem.

TAB. 2. Członkowie których z wymienionych grup wiedzą o Twojej orientacji seksualnej/tożsamości płciowej (przyjaciele)? (n<4581; 6700>)

	Lesbijki	Geje	Biseksualne kobiety	Biseksualni mężczyźni	Osoby aseksualne	Osoby transpłciowe
Nikt	2,6%	4,6%	4,9%	16,6%	14,1%	7,2%
Kilkoro	18%	24,2%	35,9%	48,6%	46,5%	38,9%
Większość	27%	27,6%	29,4%	17,1%	21,6%	29,5%
Wszyscy	52,3%	43,6%	29,8%	17,7%	17,8%	24,4%

Jedyną kategorią, w której odnotowano znaczną przewagę odpowiedzi „wszyscy”, są przyjaciele lesbijek i gejów. Należy jednak zauważyć, że w porównaniu do innych kategorii grupa przyjaciół jest dowolnie kreowana przez respondenta/tkę, w przeciwieństwie do grup takich jak współpracownicy, w której członkostwo jest *de facto* przymusowe, a jej skład nie jest kształtowany przez respondenta/tkę. Wydaje się, że to jest powodem różnic pomiędzy grupą przy-

⁵⁶ Wyodrębnienie takich grup, a więc lesbijek, gejów, biseksualnych kobiet, a także biseksualnych mężczyzn i osób aseksualnych potwierdziły przeprowadzone analizy post hoc bazujące na serii testów F Ryana-Einota-Gabriela-Welscha.

jaciół a grupą współpracowników oraz koleżanek i kolegów szkolnych, pomimo że przyjaciele często rekrutowani są z tych grup. We wszystkich pozostałych grupach (włączając w to rodzinę) dominują odpowiedzi „nikt” oraz „kilkoro”.

TAB. 3. Członkowie których z wymienionych grup wiedzą o Twojej orientacji seksualnej/tożsamości płciowej (współpracownicy/koleżanki, koledzy szkolni)? (n<4581; 6700>)

	Lesbijki	Geje	Biseksualne kobiety	Biseksualni mężczyźni	Osoby aseksualne	Osoby transpłciowe
Nikt	17,1%	21,9%	28,2%	47,4%	54,6%	40,4%
Kilkoro	36,8%	38,7%	45,4%	37,1%	31,2%	35,5%
Większość	30,6%	24,7%	22%	11,5%	10,7%	16,1%
Wszyscy	15,6%	14,7%	4,4%	4%	3,4%	8%

TAB. 4. Członkowie których z wymienionych grup wiedzą o Twojej orientacji seksualnej/tożsamości płciowej (członkowie rodziny)? (n<4581; 6700>)

	Lesbijki	Geje	Biseksualne kobiety	Biseksualni mężczyźni	Osoby aseksualne	Osoby transpłciowe
Nikt	24,5%	23,7%	47,8%	59,2%	60,8%	44,1%
Kilkoro	41,3%	42,2%	39,2%	28,6%	28,9%	32,2%
Większość	21,5%	20,9%	10,2%	8,2%	7,4%	16,6%
Wszyscy	12,7%	13,2%	2,8%	4,1%	2,9%	7,2%

Jak wskazano wcześniej, jedynie niektórzy członkowie rodziny są świadomi orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej respondenta/ki. Zobaczmy zatem, którzy członkowie rodziny najczęściej wiedzą o orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej.

TAB. 5. Czy następujące osoby z Twojej najbliższej rodziny wiedzą o Twojej orientacji seksualnej/tożsamości płciowej? (n<3667; 6535>)

	Lesbijki	Geje	Biseksualne kobiety	Biseksualni mężczyźni	Osoby asek-sualne	Osoby trans-płciowe
Matka	67,8%	68%	39,8%	31,8%	34,8%	56,1%
Ojciec	51,2%	50,1%	22,9%	20,8%	22,5%	38,6%
Siostra	64,7%	63,7%	37,9%	26,8%	27,2%	42,1%
Brat	57,8%	56,2%	27,6%	21%	22,5%	38,3%

Jak widać, w dalszym ciągu utrzymana została prawidłowość, zgodnie z którą osoby z otoczenia lesbijek i gejów częściej znają orientację seksualną osoby badanej niż w przypadku osób o innej orientacji seksualnej. Utrzymana jest także pozycja poszczególnych orientacji seksualnych w rankingu.

We wszystkich badanych orientacjach seksualnych, a także w przypadku osób transpłciowych, to matki najczęściej wiedzą o orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej swoich dzieci. Nie wiele niższe częstości odnotowały siostry, dopiero w dalszej kolejności występują bracia, a na samym końcu ojcowie. Możemy zatem powiedzieć, że częściej o orientacji seksualnej wiedzą członkinie rodziny niż członkowie rodziny.

Jeżeli płeć członka rodziny wiąże się z wyższą lub niższą częstością wiedzy o orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej respondenta/ki, to może podobne znaczenie ma płeć respondenta/ki?

TAB. 6. Czy następujące osoby z Twojej najbliższej rodziny wiedzą o Twojej orientacji seksualnej/tożsamości płciowej? (N = 3667 – 6535)

	Kobieta	Mężczyzna	Inna płeć
Matka	51,8%	64%	48,6%
Ojciec	35,1%	46,8%	34,1%
Siostra	48,9%	59,5%	47,4%
Brat	40,8%	52,1%	35%

TAB. 7. Czy następujące osoby z Twojej najbliższej rodziny wiedzą o Twojej orientacji seksualnej/tożsamości płciowej? (N = 5121 – 8725)

	Lesbijki	Geje	Biseksualne kobiety	Biseksualni mężczyźni	Osoby asek-sualne	Osoby trans-płciowe
Matka lub siostra	55,7%	56,3%	34,4%	25,1%	32,5%	41,4%
Przynajmniej jedno z rodziców	48,8%	49,9%	26,8%	20%	25,1%	36,5%
Brat lub siostra	49,5%	51,4%	27,3%	20,3%	23,3%	30,8%
Ojciec lub brat	47,8%	48,4%	23,9%	18,2%	22,7%	30,9%
Oboje rodziców	33,2%	34,2%	12,5%	11,9%	13,1%	21,8%
Matka i siostra	29,4%	33,1%	12%	9,8%	8,3%	15,8%
Ojciec i brat	23,7%	23,8%	6%	6,5%	5,8%	13,7%
Brat i siostra	19%	22,5%	6,2%	5,3%	4,1%	9,7%

W przypadku kobiet i mężczyzn, a więc zdecydowanej większości próby, orientację lub tożsamość płciową znają przede wszystkim matki i siostry, następnie bracia i ojcowie. Jednak to w przypadku mężczyzn częstości te okazują się zdecydowanie wyższe, co oznacza, że to mężczyźni są częściej wyoutowani. Pamiętajmy jednak, że mężczyźni częściej identyfikują się jako geje niż kobiety jako lesbijki, a to właśnie o tych dwóch orientacjach seksualnych częściej wiedzą członkowie rodziny. Innymi słowy: za wynikającym z powyższej tabeli zróżnicowaniem wyników ze względu na płeć może stać zróżnicowanie ze względu na orientację seksualną, która może mieć znacznie większe znaczenie niż płeć. Ten tok rozumowania potwierdza także fakt, że co prawda zarówno orientacja seksualna, jak i płeć okazały się istotne statystycznie, jednak miary współzależności⁵⁷ okazały się wyższe w przypadku orientacji seksualnej

⁵⁷ W tym przypadku współczynniki Tau-b Kendalla.

niż płci⁵⁸. Dodatkowe analizy wykazały, że nawet przy kontroli obu tych zmiennych, orientacja seksualna w dalszym ciągu silniej niż płeć wpływa na uzyskane rezultaty⁵⁹.

Mając na względzie wnioski płynące z wcześniej ukazanych danych, przeanalizowaliśmy również to, w jakich konfiguracjach występują członkowie rodziny, którzy posiadają wiedzę o orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej respondenta/ki.

Zgodnie z przewidywaniami, najczęstszą konfiguracją jest matka lub siostra, a więc to kobiety spośród członków rodziny najczęściej wiedzą o orientacji seksualnej respondentów/ek. W połowie przypadków przynajmniej jeden z rodziców wie o orientacji seksualnej lesbijek lub gejów. Najniższe wyniki odnotowali biseksualni mężczyźni. Podobny rozkład występuje w odniesieniu do przynajmniej jednego z przedstawicieli/ek rodzeństwa, a także ojca lub brata. Jedynie w przypadku co trzeciego geja albo lesbijki o orientacji seksualnej wie oboje rodziców. Wyniki te są niższe w przypadku pozostałych orientacji seksualnych oraz w przypadku osób transpłciowych (najmniejsze w przypadku biseksualnych mężczyzn). Jednocześnie jest to najczęstsza konfiguracja o charakterze koniunkcji. Z kolei najrzadszą taką konfiguracją jest brat i siostra⁶⁰.

Jak wynika z opisów sytuacji, w których doszło do ujawnienia orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej, było to przeżycie ekstremalnie trudne dla osób badanych. W skrajnych przypadkach po ujawnieniu swojej orientacji seksualnej rodzicom osoby takie nie były w stanie normalnie funkcjonować przez okres około tygodnia. Częstokroć do ujawnienia doszło pod wpływem alkoholu. Sytuacje takie były również bardzo trudne dla rodziców, którzy często obarczali się winą za taki stan rzeczy, doszukując się błędów w wychowaniu. W niektórych przypadkach rodzice obarczali

58 Moduły z współczynników Tau-b Kendalla przyjmowały wartość w przypadku płci od 0,101 (matka) do 0,114 (bracia), natomiast w przypadku orientacji seksualnej od 0,238 (ojciec) do 0,265 (bracia).

59 Bety w równaniach regresji zawierających zmienną orientacja seksualna i zmienną płeć przyjmowały moduły wartości w przypadku płci z przedziału od 0,128 (ojciec) do 0,156 (bracia), a w przypadku orientacji seksualnej od 0,310 (ojciec) do 0,321 (siostry). R₂ całego modelu był niski (0,116), jednak zadaniem tego modelu nie była próba wyjaśnienia od czego zależy wiedza matki o orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej, a jedynie cel wskazany w tekście.

60 Przedstawione dane uwzględniają, że nie we wszystkich rodzinach funkcjonują matki, ojcowie, bracia i siostry. Mniejsza częstość w przypadku kombinacji brat i siostra nie wynika zatem z naturalnie mniejszej liczby osób, które żyją w takich rodzinach.

winą za własne problemy orientację seksualną lub tożsamość płciową swoich dzieci, usprawiedliwiając tym np. alkoholizm. Często reakcją rodziców było także odsyłanie dzieci do psychologów oraz psychiatrów. Z drugiej strony nie brakowało także pozytywnych opisów, w których członkowie rodziny zachowywali dyskrecję oraz doceniali odwagę.

Osoby nieheteroseksualne, które ujawniają orientację świadomie członkom swojej rodziny, a także te, w przypadku których doszło do tego bez ich wiedzy i woli, z pewnością liczą na akceptację.

TAB. 8. Które spośród tych osób w pełni akceptują Twoją orientację seksualną/tożsamość płciową? (n<5853; 8903>)

	Lesbijki	Geje	Biseksualne kobiety	Biseksualni mężczyźni	Osoby asek-sualne	Osoby transpłciowe
Matka	37,5%	43,2%	25%	19,5%	23,9%	25,6%
Ojciec	28,1%	27,7%	13,7%	10,3%	14%	15,2%
Siostry	23,1%	29%	14,8%	12,4%	10,5%	12,4%
Bracia	21,8%	23,2%	11,1%	7,7%	8,5%	11,8%

Jak wynika z powyższej tabeli, spośród wszystkich członków i członkiń rodziny objętych analizą to matki najczęściej akceptują orientację seksualną swoich dzieci. Jednak wbrew temu, co moglibyśmy przypuszczać na podstawie danych o znajomości orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej, to ojcowie, a nie siostry, zajmują drugie miejsce. Ostatnie miejsce zajmują bracia. Zwróćmy jednak uwagę na znany z literatury problem konserwatywnej radykalizacji młodych mężczyzn (w kontekście silnej nadreprezentacji osób młodych w próbie można przypuszczać, że są to właśnie bracia)⁶¹. Kwestia ta może uzupełniać narzucającą się wręcz interpre-

tację o socjalizacji dziewczynek (a więc siostr) do dbania o relacje rodzinne i do większej wrażliwości.

Należy jednak zauważyć, że członkowie i członkinie rodziny na ogół nie akceptują orientacji seksualnej. Najwyższą akceptacją darzeni są geje – akceptuje ich 43,2% spośród matek, które znają orientację seksualną dziecka. Wymaga jednak podkreślenia, że pytanie odnosiło się do pełnej akceptacji – było więc bardzo restrykcyjne. Nie sposób wykluczyć, że gdyby pominięto to sformułowanie, wszystkie badane orientacje seksualne oraz osoby transpłciowe uzyskałyby wyższe częstości odnoszące się do akceptacji.

Podobnie jak w przypadku znajomości orientacji seksualnej i tożsamości płciowej, analizie poddane zostały także kombinacje członków rodziny, którzy akceptują orientację seksualną lub tożsamość płciową.

TAB. 9. Które spośród tych osób w pełni akceptują Twoją orientację seksualną/tożsamość płciową? (N = 6774 – 8211)

	Lesbijki	Geje	Biseksualne kobiety	Biseksualni mężczyźni	Osoby asekualne	Osoby transpłciowe
Matka lub siostra	47,9%	52,9%	33,4%	26,5%	30,7%	32%
Przynajmniej jedno z rodziców	43,9%	48,7%	29,3%	21,5%	27,2%	30,3%
Brat lub siostra	39,6%	43,8%	24,3%	18,9%	19%	21,8%
Ojciec lub brat	40,2%	40,9%	23,4%	15,7%	20,5%	22,1%
Oboje rodziców	24,1%	25,2%	11%	9,6%	13,7%	12,9%
Matka i siostra	14,9%	21,7%	9,2%	7,6%	7,1%	8,3%
Ojciec i brat	13,8%	14,2%	4,5%	4,5%	4,6%	7,7%
Brat i siostra	8%	11,8%	4,2%	3,4%	2,3%	4,4%

Pomimo wcześniej zaobserwowanych różnic pomiędzy rozkładem wiedzy o orientacji/tożsamości płciowej a rozkładem jej akceptacji, ranking kombinacji członków rodziny pozostaje, odnośnie do zasady, taki sam. Jedynie w niektórych przypadkach występują przewagi kombinacji „ojciec lub brat” nad kombinacją „brat lub siostra”.

Analizie poddaliśmy także to, na ile brak akceptacji ze strony poszczególnych członków rodziny współwystępuje z uogólnionym zadowoleniem z życia, występowaniem symptomów depresji, deklarowanym stanem zdrowia, poczuciem osamotnienia oraz częstotliwością myśli samobójczych. W tym celu przygotowana została skala zadowolenia z życia⁶² oraz skala symptomów depresji⁶³.

TAB. 10. Współczynniki korelacji Tau-b Kendalla akceptacji orientacji społecznej seksualnej/tożsamości płciowej z wybranymi zmiennymi charakteryzującymi dobrostan psychiczny i zdrowie

	Zadowolenie z życia	Deklarowany stan zdrowia	Depresja	Poczucie osamotnienia	Myśli samobójcze
Matka	0,13	0,10	-0,11	-0,12	-0,13
Ojciec	0,16	0,12	-0,10	-0,13	-0,11
Siostry	0,08	0,07	-0,08	-0,08	-0,08
Bracia	0,12	0,09	-0,12	-0,11	-0,13
Oboje rodziców	0,15	0,11	-0,10	-0,13	-0,11
Przynajmniej jedno z rodziców	0,13	0,09	-0,09	-0,09	-0,09
Brat i siostra	0,06	0,08	-0,09	-0,05	-0,10
Brat lub siostra	0,12	0,08	-0,10	-0,11	-0,10

62 Alfa Cronbacha=0,86.

63 Alfa Cronbacha=0,89.

Wszystkie korelacje okazały się być istotne statystycznie (na poziomie $p < 0,01$). Najsilniejszym związkiem okazała się być relacja pomiędzy akceptacją ojca a zadowoleniem z życia. Niewiele słabszy był związek między zadowoleniem z życia a akceptacją przez oboje rodziców. Podobny wzorzec odnaleźliśmy także w przypadku deklarowanego zdrowia – tutaj również najistotniejszy był związek z akceptacją przez ojca i rodziców, co oznacza, że silniejszy związek z deklarowanym stanem zdrowia ma akceptacja orientacji seksualnej przez ojca bądź przez oboje rodziców niż w przypadku innych członków rodziny. Pozostałe zmienne korelowały ujemnie z akceptacją orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej przez rodziców. Na przykładzie częstotliwości myśli samobójczych oznacza to, że im mniejsza akceptacja ze strony członków rodziny (przede wszystkim ze strony matki), tym większa częstotliwość myśli samobójczych. W przypadku depresji najsilniejszy związek został odnotowany w odniesieniu do akceptacji przez brata, natomiast w przypadku poczucia osamotnienia – do akceptacji ze strony obojga rodziców. Należy jednak podkreślić, że mówimy o korelacji, a zatem nie możemy tego związku traktować w kategoriach przyczynowo-skutkowych. Na przykład korelacja dotycząca zadowolenia z życia i akceptacji orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej może oznaczać zarówno to, że akceptacja orientacji seksualnej wpływa na zadowolenie z życia, jak i to, że rodziny osób zadowolonych z życia częściej akceptują orientację seksualną lub tożsamość płciową.

Niestety, konsekwencją ujawnienia orientacji seksualnej bywa także utracenie najbliższych dla siebie osób (Tab. 11). Problem ten dotyczył co piątej osoby badanej (80,6% nie utraciło żadnej bliskiej osoby).

Mimo że różnice pomiędzy poszczególnymi grupami nie były duże, to okazały się istotne statystycznie. Analizując dane dla odpowiedzi „żadnych lub prawie żadnych”, widzimy, że kwestia utraty najbliższych osób dotyczy przede wszystkim osób transpłciowych oraz lesbijek. Te dwie grupy osób jako jedyne odnotowały wynik poniżej średniej dla odpowiedzi „żadnych lub prawie żadnych”.

Zagrożenie utratą bliskich osób lub pogorszeniem relacji może w konsekwencji prowadzić do ukrywania swojej orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej. Przyjrzyjmy się zatem temu, jaka jest skala tego problemu.

TAB. 11. Czy w związku z Twoją orientacją seksualną/transpłciowością straciłaś/eś jakieś bliskie Ci osoby? (N = 6484)

	Ogółem	Lesbijki	Geje	Biseksualne kobiety	Biseksualni mężczyźni	Osoby aseksualne	Osoby transpłciowe
Wszystkich lub prawie wszystkich	0,7%	0,4%	0,6%	0,4%	0,3%	2,5%	3,5%
Większość	2,1%	2,1%	1,8%	2,1%	1,9%	1%	6,3%
Około połowę	2,8%	3,5%	2,7%	1,9%	3,6%	2%	4,5%
Mniejszość	13,7%	15,7%	13,4%	12,2%	10,8%	10%	19,9%
Żadnych lub prawie żadnych	80,6%	78,3%	81,6%	83,4%	83,3%	84,5%	65,7%

TAB. 12. Czy zdarzyło Ci się w okresie od stycznia 2015 roku do dziś ukrywać Twoją orientację seksualną ... z obawy przed ich reakcją? (n=4402; 6765)

	Ogółem	Lesbijki	Geje	Biseksualne kobiety	Biseksualni mężczyźni	Osoby aseksualne	Osoby transpłciowe
Przed sąsiadami, wynajmującymi lub najemcami	50%	51,7%	50,2%	45,5%	54,8%	35,6%	62,1%
W miejscu pracy	71%	69,4%	69,9%	74,8%	73%	70,4%	78,8%
W szkole/na uczelni	73,2%	68,1%	73,2%	73,4%	74,3%	78,3%	78,8%

Jak pokazują wyniki, problem dotyczy przede wszystkim ukrywania orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej w szkole lub na uczelni, następnie w miejscu pracy, a najrzadziej przed sąsiadami, wynajmującymi lub najemcami. Spośród wszystkich badanych grup problem ten dotyka przede wszystkim osoby transpłciowe. Należy jednak zauważyć, że prawie we wszystkich komórkach tabeli odnotowujemy częstości na poziomie powyżej 50%, a często także około 67% czy nawet 75%, co oznacza, że ukrywanie orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej przez osoby LGBTA jest powszechne.

Ścisły związek z problemem orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej ma także kwestia nierównego traktowania. W badaniu przyjrzelśmy się zatem trzem typom sytuacji, w których badani/e mogli/ły być poddani nierównemu traktowaniu, tj. służbia zdrowia, urzędy i miejsca publiczne oraz doświadczają dyskryminacji w bezpośrednim kontakcie z przedstawicielem/ami kościołów/związku wyznaniowego.

TAB. 13. Nierówne traktowanie w służbie zdrowia, urzędach i miejscach publicznych oraz w bezpośrednim kontakcie z przedst. kościoła/związku wyznaniowego (n₁ = 1606, n₂ = 905, n₃ = 1065)

	Ogółem	Lesbijki	Geje	Biseksualne kobiety	Biseksualni mężczyźni	Osoby asekualne	Osoby transpłciowe
Służba zdrowia	13,6%	12,2%	10,9%	17,1%	12,5%	22,9%	27,7%
Urzędy lub miejsca publiczne	40,6%	0%	39,2%	0%	43,3%	21,9%	46,5%
W bezpośrednim kontakcie z przedst. kościołów/związku wyznaniowego	63,8%	71,4%	57,9%	76,2%	52,6%	54,8%	59,5%

Przyglądając się powyższej tabeli, należy mieć na uwadze, że analizowane były wyłącznie dane dotyczące nierównego traktowania w sytuacji, gdy doszło do ujawnienia orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej. Tymczasem w zdecydowanej większości przypadków orientacja seksualna lub tożsamość płciowa nie jest ujawniona. Wskaźnik ten wyniósł 75,8% w przypadku służby zdrowia oraz 78,2% w przypadku urzędów i miejsc publicznych. Gdy mowa o kościołach i związkach wyznaniowych, 85,6% respondentów/ek nie miało kontaktu z przedstawicielami tych instytucji lub nie ujawniło przed nimi swojej orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej. Przypadki takie zostały zatem wykluczone z analizy i nie stanowią bazy do obliczenia częstości (procentów). Zgodnie z deklaracjami osób badanych do nierównego traktowania we wszystkich trzech typach sytuacji najczęściej dochodziło w przypadku osób transpłciowych. Gdy mowa o służbie zdrowia, kolejne grupy to osoby aseksualne oraz biseksualne kobiety, natomiast w przypadku urzędów i miejsc publicznych – biseksualni mężczyźni oraz geje.

Wśród szczególnie bulwersujących, sytuacji odnoszących się do traktowania przez przedstawicieli/ki służby zdrowia, należy wymienić przepisywanie leków na choroby weneryczne zamiast leków na dolegliwości, z którymi zgłosił się respondent, odmowę przyjęcia krwi w ramach honorowego krwiodawstwa oraz dalsze przetwarzanie danych o orientacji seksualnej w punktach honorowego krwiodawstwa, pomimo zniesienia ich gromadzenia, a także odmowę zastosowania osłony podczas badań RTG nogi z twierdzeniem, że nie jest ona potrzebna, ponieważ badany jest gejem, więc nie może mieć dzieci i lepiej, żeby nie miał. Wielokrotnie osoby badane skarżyły się na lekceważący język lekarzy oraz posługiwanie się stereotypami, np. „homoseksualiści mają więcej partnerów seksualnych niż osoby heteroseksualne”, „homoseksualiści są niewierni, rozwiązli” czy „może pan zarazić kogoś, ale co to pana obchodzi”. Problem ten dotyczył także psychoterapeutów, którzy w skrajnych przypadkach proponowali pracę nad zmianą orientacji seksualnej.

W odniesieniu do dyskryminacji w urzędach respondenci często opisywali sytuacje związane z odmową realizacji swoich uprawnień, gdy ujawniona została ich orientacja seksualna. W jednym z przypadków wójt gminy obiecywał pomoc w przyznaniu miesz-

kania, jednak tuż przed podpisaniem umowy zapytał o orientację seksualną, a po uzyskaniu potwierdzenia odstąpił od podpisania umowy najmu, zasłaniając się kwestiami formalnymi.

W przypadku miejsc publicznych respondenci/teki zazwyczaj opisywali sytuacje znieważania ich lub wyśmiewania w środkach komunikacji publicznej oraz na ulicy. Powodem tych zaczepk miał być ubiór lub zachowanie wskazujące na orientację seksualną (np. przytulenie partnera/ki, rozpoznanie osoby występującej na Paradzie Równości lub posiadanie przez sprawców wiedzy z innych źródeł). Często sprawcami tego rodzaju zdarzeń byli pracownicy ochrony, którzy znieważali osoby nieheteronormatywne lub byli wobec nich szczególnie restrykcyjni, a – w najbardziej ekstremalnych przypadkach – przyłączali się do sprawców pobicia.

Dyskryminacja ze strony przedstawicieli kościołów/związków wyznaniowych najczęściej przyjmowała formę obrażania i wyszydzania przez księży, ministrantów lub katechetów. Do takich zdarzeń najczęściej dochodziło przeważnie podczas lekcji religii w szkole lub wizyty duszpasterskiej (kolędy), rzadziej podczas kazań. Wielokrotnie wypowiedzi te były bardzo radykalne, np. osoby nieheteronormatywne były nazywane podludźmi, nawoływano także do ich spalania.

Podsumowanie

- 1 O orientacji seksualnej lub tożsamości badanych osób najczęściej wiedzą przyjaciele, współpracownicy oraz członkowie rodziny. Częściej znana jest orientacja seksualna gejów i lesbijek, rzadziej biseksualnych kobiet i zdecydowanie rzadziej biseksualnych mężczyzn i osób aseksualnych.
- 2 Spośród członków rodziny orientację seksualną osób badanych znają przede wszystkim matki i siostry.
- 3 Orientacja seksualna oraz tożsamość płciowa nie jest zazwyczaj akceptowana przez członków rodziny. Największą szansę na akceptację orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej osoby badane mają u matek, a następnie u ojców. Najbardziej wydajną strategią, jakie osoby objęte badaniem zastosowały w swoich rodzinach, jest oczekiwanie na akceptację przez matkę lub siostrę. Wówczas szansa powodzenia wynosi około 50% w przypadku lesbijek i gejów oraz około jednej trzeciej w przypadku pozostałych orientacji seksualnych oraz osób transpłciowych.
- 4 Akceptacja orientacji seksualnej oraz tożsamości płciowej pozytywnie koreluje z zadowoleniem z życia, deklarowanym stanem zdrowia oraz negatywnie z symptomami depresji, poczuciem osamotnienia i częstotliwością myśli samobójczych.
- 5 Osoby objęte badaniem na ogół nie ujawniają orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej w służbie zdrowia, urzędach oraz w kontakcie z przedstawicielami kościołów i związków wyznaniowych. Problem nierównego traktowania dotyczy znacznie częściej kontaktów z przedstawicielami instytucji religijnych, niż sytuacji w urzędach czy w służbie zdrowia.

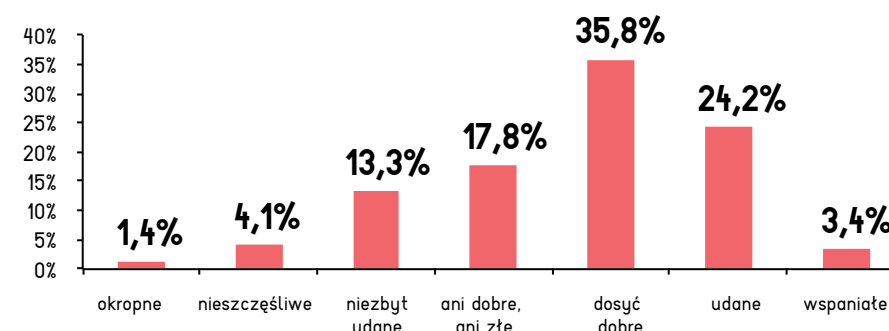
Dobrostan psychiczny oraz zdrowie

W niniejszym rozdziale omówiony zostanie dobrostan psychiczny i zdrowie osób LGBTQA, a w szczególności subiektywna ocena życia, poczucie osamotnienia, myśli samobójcze oraz strategie radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Poruszona będzie też kwestia występowania symptomów depresji u osób LGBTQA.

Kategorię dobrostanu psychicznego i zdrowia można definiować na wiele sposobów. Na potrzeby tego badania postanowiono wybrać kilka wskaźników, które wprost lub pośrednio pozwalają ocenić tę kategorię. Są to: ocena swojego stanu zdrowia, ocena dotychczasowego życia, poczucie osamotnienia, myśli samobójcze i sposoby radzenia sobie z trudnościami.

Respondentów/ki zapytano, jak oceniają swoje dotychczasowe życie. Odpowiedzi wskazujących na pozytywną ocenę dotychczasowego życia było znacząco więcej niż ocen negatywnych. Jako dość dobre, udane lub wspaniałe określiło je 63,4% badanych, a jako niezbyt udane, nieszczęśliwe lub okropne 18,9%. Stosunkowo duży odsetek badanych (17,8%) nie wypowiedział się jednoznacznie w tej kwestii, odpowiadając „ani dobre, ani złe”.

Porównując wyniki z poprzednim badaniem dotyczącym sytuacji społecznej osób LGBT, można zauważyć podobny rozkład odpowiedzi na to pytanie. Nieznaczne różnice w kierunku pogorszenia oceny swojego życia wynikają z nadreprezentacji w tej edycji badania osób z najmłodszej kategorii wiekowej (do 17. roku życia), które oceniają swoje życie najgorzej.



RYS. 20. Ocena swojego dotychczasowego życia ogółem. Odpowiedź na pytanie: Jak oceniasz całe swoje dotychczasowe życie, czy możesz powiedzieć, że było...? (N=7074)

TAB. 14. Ocena swojego dotychczasowego życia ogółem. Odpowiedź na pytanie: Jak oceniasz całe swoje dotychczasowe życie, czy możesz powiedzieć, że było...? (N=6952)

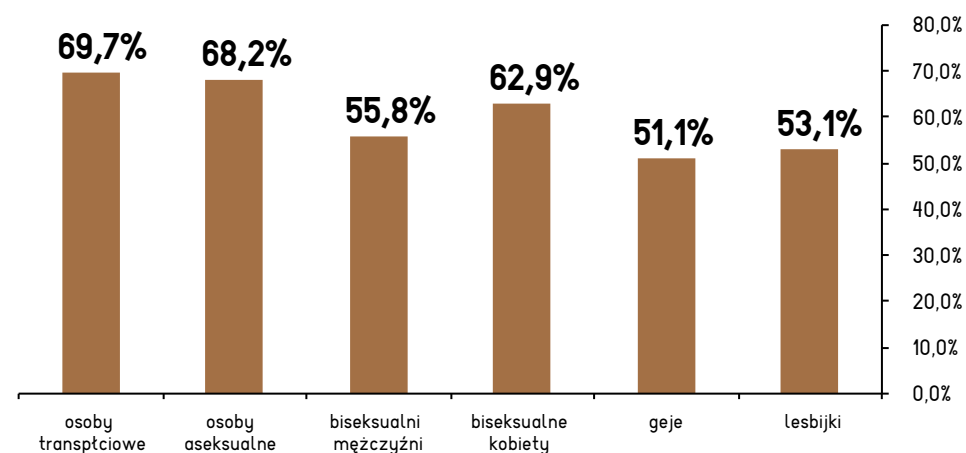
	Lesbijki	Geje	Biseksualne kobiety	Biseksualni mężczyźni	Osoby asekualne	Osoby transpłciowe
Pozytywnie	68%	67,4%	55,7%	59,1%	44,4%	37,1%
Neutralnie	15,5%	16,4%	21,1%	20,2%	20,4%	20,5%
Negatywnie	16,4%	16,2%	23,2%	20,7%	35,2%	42,4%
Wspaniałe	3%	4%	2,9%	2,5%	1,2%	1,2%
Udane	26,3%	26,9%	19,6%	21,4%	13,2%	10,5%
Dosyć dobre	38,8%	36,5%	33,2%	35,2%	30%	25,4%
Ani dobre, ani złe	15,5%	16,4%	21,1%	20,2%	20,4%	20,5%
Niezbyt udane	11,7%	11,6%	15,9%	14,7%	24%	27,6%
Nieszczęśliwe	3,5%	3,5%	5,3%	4,4%	5,6%	9,5%
Okropne	1,3%	1%	1,9%	1,6%	5,6%	5,3%

Zgodnie z wynikami zaprezentowanymi w tabeli, orientacja seksualna i tożsamość płciowa różnicują ocenę dotychczasowego życia. Najczęściej jest ono pozytywnie oceniane przez lesbijki oraz gejów, a następnie przez biseksualnych mężczyzn oraz biseksualne kobiety. Mniej niż połowa osób asekualnych ocenia swoje dotychczasowe życie pozytywnie, natomiast w przypadku osób transpłciowych częściej jest ono oceniane negatywnie niż pozytywnie.

Odpowiedź na to pytanie różnicowana jest także przez wiek badanych – najstarsi oceniają swoje życie najlepiej, najmłodszy najgorzej. W grupie poniżej 18. roku życia niespełna połowa badanych (47%) ocenia swoje życie pozytywnie (odpowiedzi „dość dobre, udane lub wspaniałe”), natomiast 29% ocenia je umiarkowanie lub całkowicie negatywnie (odpowiedzi „niezbyt udane, nieszczęśliwe lub

okropne”). Dla porównania, w grupie 18-25 lat pozytywnej oceny życia dokonało 61,8% osób badanych, a 19,9% negatywnej, natomiast wśród osób powyżej 26. roku życia 72,5% było ocen pozytywnych i 13,1% negatywnych.

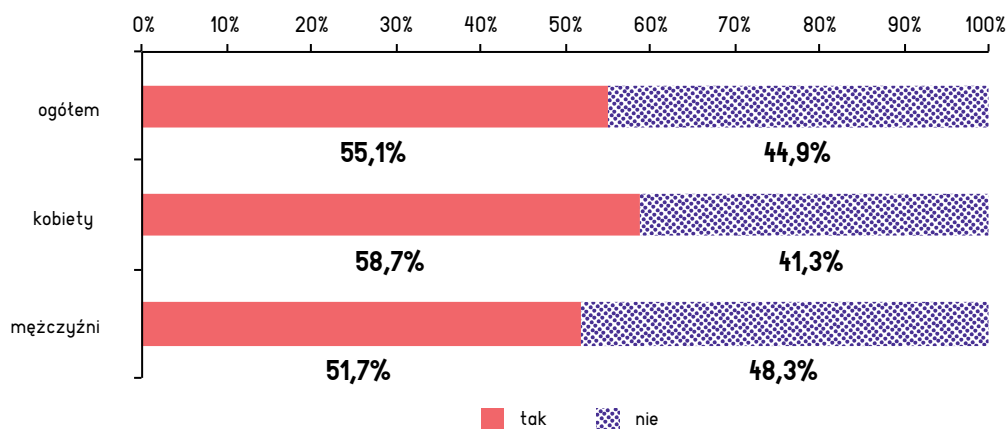
Dodatkową zmienną różnicującą jest miejsce zamieszkania. Osoby mieszkające obecnie w większych miejscowościach oceniają swoje życie pozytywniej niż badani ze wsi i mniejszych miast. Wśród mieszkających w miejscowościach do 100 tys. mieszkańców 51,6% osób ocenia swoje dotychczasowe życie jako pozytywne, w miastach od 100-500 tys. mieszkańców jest to 64,1%, natomiast w ośrodkach powyżej 500 tys. osób zadowolonych z dotychczasowego życia jest już 71,5%.



RYS. 21. Poczucie osamotnienia ogółem oraz w podziale na orientację seksualną i tożsamość płciową. Odpowiedź na pytanie: Czy czujesz się osamotniony/a, mimo że tego nie chcesz? (N=5483-5951)

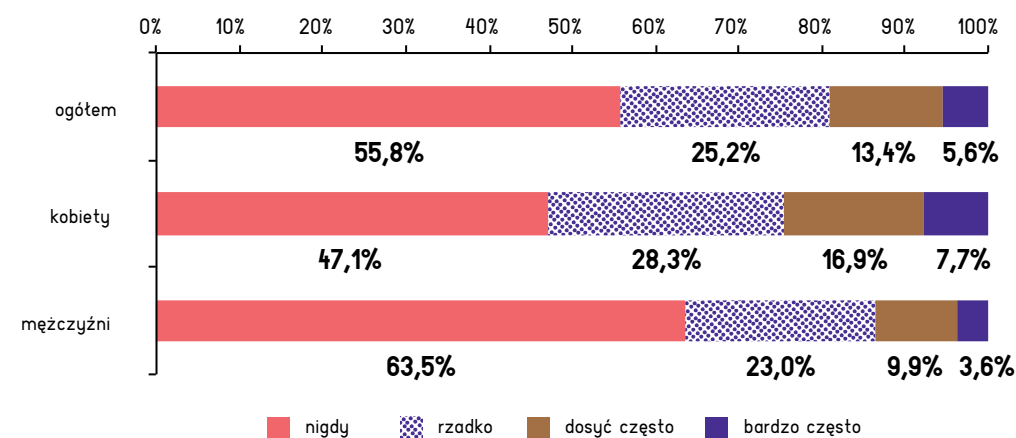
Osoby badane zapytaliśmy także wprost o poczucie osamotnienia. Wyniki pokazują, że ponad połowa respondentów czuje się samotna, mimo że tego nie chce. Wystąpiła niewielka różnica ze względu na płeć – mniej osamotnieni czują się mężczyźni (51,7%) w porównaniu z kobietami (58,7%). Różnica ta jest szczególnie widoczna pomiędzy biseksualnymi mężczyznami a biseksualnymi kobietami. Najrzadziej osamotnieni czują się geje oraz lesbijki, a najczęściej osoby transpłciowe i asekualne.

Gdy mowa o poczuciu osamotnienia, większe różnice zanotowano w przypadku wieku. Bardziej samotni są respondenci poniżej 18. roku życia (70,3%) niż osoby w wieku 18-25 lat (59,5%) oraz starsi/starsze respondenci/teki powyżej 26. roku życia (44,2%). Ponadto bardziej osamotnione są osoby mieszkające w miejscowościach do 100 tys. mieszkańców (64,2%) niż z większych miast powyżej 500 tys. (48,8%).



RYS. 22. Poczucie osamotnienia ogółem oraz w podziale na płeć. Odpowiedź na pytanie: Czy czujesz się osamotniony/a, mimo że tego nie chcesz? (N=5590)

Badanym zadano też pytanie o to, jak często zdarzyło im się być tak załamanyymi, że myśleli o samobójstwie. Takie myśli w ciągu ostatnich miesięcy poprzedzających badanie miała blisko połowa – aż 44,2% osób badanych, z czego 5,6% miało je bardzo często, 13,4% dosyć często, a 25,2% rzadko. Przyglądając się wynikom z 2011 roku można zauważyć podobny rozkład odpowiedzi na to pytanie – z jedną istotną zmianą. W 2011 roku myśli samobójcze w ostatnich miesiącach zdarzyły się 42% osób LGB – w podobnym stopniu mężczyznom i kobietom. W 2016 roku pojawiła się istotna różnica pomiędzy kobietami a mężczyznami. Myśli samobójcze miało 52,0% kobiet w stosunku do 36,5% mężczyzn. „Bardzo często” i „często” myślało o zakończeniu swojego życia aż 24,6% respondentek i 13,5% respondentów.



RYS. 23 A. Myśli o samobójstwie ogółem oraz w podziale na płeć. Odpowiedź na pytanie: Jak często zdarzyło ci się w ostatnich miesiącach być tak załamany/m/ą, że myślałeś/aś o samobójstwie? (N=5590)

TAB. 15. Myśli o samobójstwie ze względu na orientację seksualną i tożsamość płciową. Odpowiedź na pytanie: Jak często zdarzyło ci się w ostatnich miesiącach być tak załamany/m/ą, że myślałeś/aś o samobójstwie? (N=5483–5951)

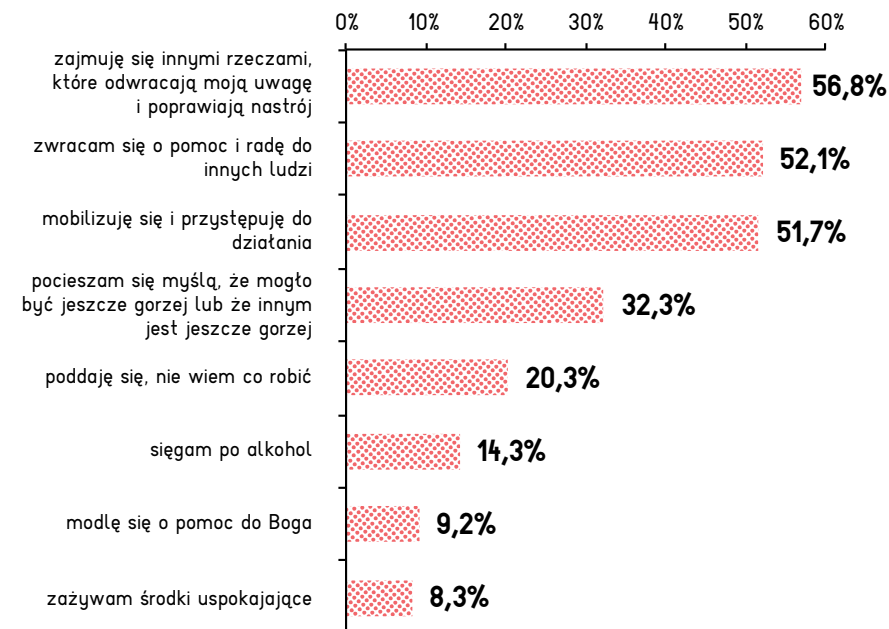
	Lesbijki	Geje	Biseksualne kobiety	Biseksualni mężczyźni	Osoby aseksualne	Osoby transpłciowe
Bardzo często	7%	3,4%	8,1%	5,1%	10,3%	18,6%
Dosyć często	14%	9,4%	19,5%	14%	20,5%	27,2%
Rzadko	23,4%	22,9%	31,9%	23,6%	32,3%	27,8%
Nigdy	55,6%	64,3%	40,5%	57,3%	36,9%	26,4%

Zróznicowanie częstotliwości myśli samobójczych ze względu na płeć jest widoczne również wtedy, gdy przeanalizujemy dane dotyczące orientacji seksualnej. Zarówno lesbijki w porównaniu do gejów, jak i biseksualne kobiety w odniesieniu do biseksualnych mężczyzn znacznie częściej mają myśli samobójcze. Najczęściej myśli samobójcze towarzyszą jednak osobom aseksualnym i transpłciowym.

Zdecydowanie częściej zdarzało się myśleć o śmierci najmłodszym badanym (poniżej 18. roku życia) – w tej grupie samobójstwo rozważało ponad dwie trzecie (69,4%) respondentów/ek, z czego 11,9% nastolatków bardzo często. Wśród badanych w wieku 18-25 prawie połowa (48,9%) brała pod uwagę zakończenie swojego życia, z czego 6,1% bardzo często, natomiast u osób powyżej 26. roku życia myśli samobójcze miało 28,8% badanych, z czego 2,4% bardzo często. Badani ze wsi i miejscowości do 100 tys. mieszkańców częściej myśleli o śmierci (53,6%) niż ci z dużych miast powyżej 500 tys. mieszkańców (37,8%).

Badanych zapytano również o to, w jaki sposób radzą sobie, gdy pojawi się jakaś trudna sytuacja w ich życiu. Generalnie respondenci starali się konstruktywnie stawiać czoła wyzwaniom – ponad połowa zajmuje się rzeczami, które poprawiają nastrój (56,8%), zwraca się po pomoc do innych ludzi (52,1%) albo mobilizuje się i przystępuje do działania (51,7%). Co trzecia osoba badana pociesza się myślą, że innym jest jeszcze gorzej (32,3%). Jedna piąta jest bezradna i w trudnej sytuacji najczęściej się poddaje (20,3%). Dostyc duży odsetek wybiera w trudnościach używki – 14,3% sięga po alkohol, a 8,3% zażywa środki uspokajające.

W porównaniu do wyników z 2011 roku można zauważyć zmiany w rozkładzie odpowiedzi na to pytanie. Nieznacznie zmniejszył się odsetek osób badanych deklarujących, że w trudnej sytuacji reagują mobilizacją i przystąpieniem do działania oraz pocieszającymi myślami na rzecz wzrostu odpowiedzi wskazujących na bezradność i poddanie się oraz odwracanie uwagi od trudności. Różnice te mogą być spowodowane nadreprezentacją najmłodszych osób w próbie, dlatego porównania te należy traktować z dużą ostrożnością.



RYS. 23 B. Sposoby radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Odpowiedź na pytanie: Proszę zaznaczyć, jak zazwyczaj reagujesz na kłopoty czy trudne sytuacje w swoim życiu? (N=5592)

Jeśli chodzi o szczegółowe charakterystyki badanej próby (LGB), w niektórych przypadkach zarysowała się różnica ze względu na płeć oraz wiek. Mężczyźni częściej mobilizują się i zaczynają działać (M-58,4%, K-43,1%) oraz stosują strategię pocieszania się, że innym jest jeszcze gorzej (M-37,3%, K-26,2%). Kobiety natomiast częściej poddają się (M-15,5%, K-25,6%) oraz zażywają środki uspokajające (M-6,7%, K-9,8%).

Lesbijki, podobnie jak biseksualne kobiety i osoby transpłciowe, najczęściej zajmują się innymi rzeczami, które odwracają uwagę lub zwracają się o radę i pomoc do innych ludzi. Geje najczęściej mobilizują się i przystępują do działania lub zwracają się o radę i pomoc do innych ludzi. Biseksualni mężczyźni również często mobilizują się do działania, jednak najczęściej – podobnie jak biseksualne kobiety i lesbijki – zajmują się innymi rzeczami. Podobne strategie jak biseksualni mężczyźni (tj. bazujące na mobilizacji i zajmowaniu się innymi rzeczami) stosują osoby aseksualne.

TAB. 16. Sposoby radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Odpowiedź na pytanie: Proszę zaznaczyć, jak zazwyczaj reagujesz na kłopoty czy trudne sytuacje w swoim życiu? (N=10704-11243)

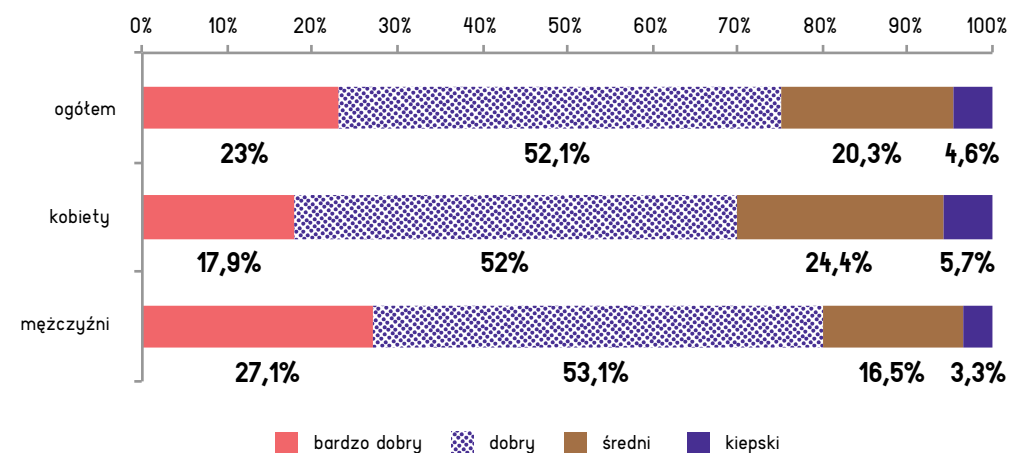
	Lesbijki	Geje	Biseksualne kobiety	Biseksualni mężczyźni	Osoby aseksualne	Osoby transpłciowe
Zajmuję się innymi rzeczami, które odwracają moją uwagę i poprawiają nastrój	34,8%	33,3%	34,9%	35,2%	41,1%	33,6%
Zwracam się o radę i pomoc do innych ludzi	32,5%	34,2%	28,2%	25,2%	21,7%	20,9%
Mobilizuję się i przystępuję do działania	29,9%	37,3%	21,1%	30,7%	24%	19,7%
Pocieszam się myślą, że mogło być jeszcze gorzej lub że innym jest jeszcze gorzej	17,2%	23,8%	13,8%	19,3%	11,4%	11,3%
Poddaję się, nie wiem, co robić	13%	9,9%	16,2%	7,9%	17,9%	16,7%
Sięgam po alkohol	10,4%	9,2%	7,3%	6,7%	5%	5,6%
Zażywam środki uspokajające	5,4%	4,2%	5,8%	4,3%	7,3%	7,7%
Modłę się o pomoc do Boga	4,9%	6%	4,2%	8,3%	6,2%	4,6%

W przypadku wieku największe różnice występują pomiędzy grupą najmłodszą, poniżej 18. roku życia, a starszymi. Niewątpliwie młodszy, będąc w trudnej sytuacji, znacząco rzadziej zwracają się o pomoc i radę do innych oraz rzadziej mobilizują się do dzia-

łania. Należy zauważyć, że również rzadziej sięgają po alkohol, co może być w jakimś stopniu związane z jego ograniczoną dostępnością (trudności w zakupie). Młodzi częściej natomiast czują bezradność, w wyniku czego poddają się i nie wiedzą, co mają robić.

Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania, warto zauważyć, że osoby z mniejszych miejscowości (poniżej 100 tys. mieszkańców) istotnie rzadziej wybierały konstruktywne sposoby reagowania w sytuacji trudnej – mobilizację do działania oraz zwrócenie się o pomoc i radę do innych.

Jednym z czynników określających dobrostan badanych była subiektywna ocena własnego stanu zdrowia. Okazuje się, że 75,1% respondentów ocenia swoje zdrowie jako bardzo dobre lub dobre. Nieco lepiej oceniają swój stan zdrowia mężczyźni w porównaniu z kobietami. Dodatkowo 3,9% osób w próbie zadeklarowało posiadanie aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności, niezdolności do pracy lub inwalidztwie.



RYS. 24. Obecny stan zdrowia. Odpowiedź na pytanie: Ogólnie rzecz biorąc, jak opisałbyś/opisałabyś swój obecny stan zdrowia? (N=5529)

Podsumowanie

- 1 Swoje dotychczasowe życie gorzej oceniają osoby mieszkające na wsi i w mniejszych miastach oraz osoby najmłodsze. Najgorzej oceniają swoje życie osoby transpłciowe i aseksualne.
- 2 W odniesieniu do poczucia osamotnienia bardziej samotne są osoby poniżej 18. roku życia oraz te mieszkające w miejscowościach do 100 tys. mieszkańców. Najrzadziej osamotnieni czują się geje oraz lesbijki, a najczęściej osoby transpłciowe i aseksualne.
- 3 Wyniki dotyczące występowania myśli samobójczych wśród młodzieży szkolnej są alarmujące. Targnięcie się na własne życie rozważyło prawie 70% młodych respondentów/ek.
- 4 Kobiety częściej niż mężczyźni myślą o samobójstwie. Jednocześnie najczęściej myśli samobójcze towarzyszą osobom aseksualnym i transpłciowym. Myśli samobójcze najczęściej towarzyszyły osobom ze wsi i z miejscowości do 100 tys. mieszkańców.
- 5 Wyniki dotyczące strategii radzenia sobie w trudnych sytuacjach wykazały, że coraz częściej osoby LGBTa czują się bezradne, poddają się i odwracają uwagę od trudności, w coraz mniejszym stopniu reagują mobilizacją. Szczególnie osoby młode oraz mieszkające w mniejszych miejscowościach, będąc w trudnej sytuacji, znacząco rzadziej zwracają się o pomoc i radę do innych oraz rzadziej mobilizują się do działania.

Symptomy depresji w populacji LGBTA

Jednym z celów badania była diagnoza zdrowia psychicznego osób LGBTA. Ze względu na ograniczenia kwestionariusza oraz potrzebę możliwie dużej porównywalności wyników, wątek zdrowia psychicznego został zawężony do diagnozy nasilenia objawów depresji.

Pytania o depresję zadano, wzorując się na Europejskim Ankietowym Badaniu Zdrowia (European Health Interview Survey – EHIS), prowadzonym w Polsce w 2014 roku przez Główny Urząd Statystyczny. Pytania takie stosuje się w badaniach dotyczących zdrowia w celu oceny stanu emocjonalnego, który ma ogromny wpływ na ogólny stan zdrowia osób oraz ich funkcjonowanie w rodzinie, społeczeństwie i w miejscu pracy. Pytania pochodzą z Brief Patient Health Questionnaire, Depression Module (PHQ-9)⁶⁴ i oparte są na kryteriach dla pomiaru depresji z podręcznika DSM-IV. Kwestionariusz składa się z ośmiu pytań, z których każde odnosi się do kryteriów diagnostycznych depresji według DSM-IV⁶⁵, takich jak smutek, przygnębienie oraz utrata zainteresowań i radości życia. Stwierdzenia dotyczą także takich objawów, jak zwolnienie rytmu funkcjonowania, zaburzenia koncentracji, obniżona samoocena, zaburzenia snu i problemy z relaksacją. Respondenci/tki byli/ły proszeni/proszone o wybranie odpowiedzi najlepiej opisujących ich samopoczucie w ciągu ostatnich dwóch tygodni przed przeprowadzeniem badania.

Zgodnie z założeniami narzędzia⁶⁶ wyliczone zostały dwa podstawowe wskaźniki: występowanie poważnych objawów depresji⁶⁷: opisujący liczbę osób, u których występują długotrwałe problemy oraz stopnia ciężkości występujących objawów depresji⁶⁸, czyli nasilenie wszystkich objawów. Drugi wskaźnik pozwala dodatkowo na określenie czterech kryteriów diagnozy ciężkości objawów depresji⁶⁹.

Na podstawie odpowiedzi udzielonych przez respondentów można stwierdzić, że w okresie odniesienia poważne objawy depresji występowały u 28,4% badanej próby. Dla porównania w bada-

64 Podobnie jak w badaniach GUS zastosowana została zmodyfikowana (składająca się z 8 pytań wersja kwestionariusza). Nie zadano pytania o samoocalecenie.

65 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition.*

66 www.phqscreeners.com

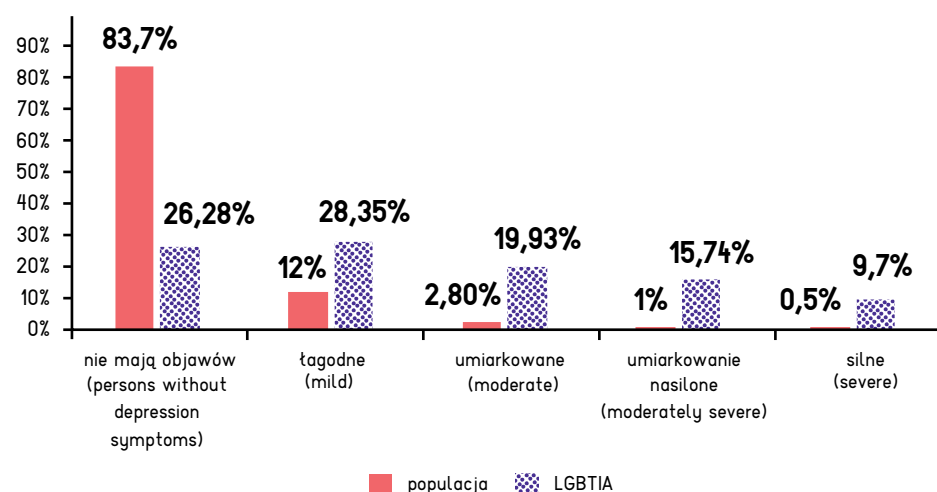
67 Osoby, u których rozpoznajemy poważne objawy depresji, udzieliły odpowiedzi o częstym występowaniu problemów („przez ponad połowę dni” lub „prawie każdego dnia”) na przynajmniej jedno z dwóch kluczowych pytań (pytania 1 i 2) oraz takich odpowiedzi na co najmniej 5 pytań w całej skali.

68 Wskaźnik – stopień ciężkości występujących objawów – oblicza się na podstawie zsumowania wszystkich odpowiedzi diagnostycznych (1 – przez kilka dni, 2 - przez ponad połowę dni i 3 – prawie każdego dnia) dla 8 pytań.

69 Kryteria diagnozy ustalone są według progów 0-4 – brak/minimalne; 5-9 – łagodne; 10-14 – umiarkowane; 15-19 – umiarkowanie nasilone; 20-24 – silne.

niach populacji polskiej (EHIS) z roku 2014 w przypadku podobnego wskaźnika (nieco bardziej liberalnie liczonego) proporcja osób z poważnymi symptomami depresji wynosiła 5% populacji.

Przyjmując za podstawę analizy drugą miarę (stopień ciężkości występujących objawów), można stwierdzić, że u ponad 73% osób w badanej próbie da się zaobserwować objawy depresji. Dla porównania w populacji według badań EHIS odsetek osób z jakimikolwiek objawami depresji wynosi 16%. Na rysunku 25 przedstawiono szczegółowe wyniki i porównania pomiędzy populacją a próbą osób LGBTA.



RYS. 25. Procent osób z objawami depresji według czterech kryteriów diagnostycznych PHQ-8. Porównanie populacji polskiej (EHIS) z próbą LGBTA (N=5947)

Dodatkowe analizy wskazują na spore zróżnicowanie nasilenia objawów depresji w poszczególnych grupach osób badanych⁷⁰. Szczegółowe analizy pokazują, że przeciętne nasilenie objawów depresji jest relatywnie najniższe wśród gejów i biseksualnych mężczyzn, natomiast najwyższe kolejno wśród osób transpłciowych, osób aseksualnych i biseksualnych kobiet. Dla tych trzech grup przeciętne nasilenie objawów depresji znajduje się na poziomie

⁷⁰ $F(5;5773) = 114,41$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,090$.

umiarkowanym. Warto jednak podkreślić, że nawet niskie wyniki w grupach gejów i biseksualnych mężczyzn plasują się powyżej kryterium (5), co oznacza łagodne objawy depresji. Szczegółowe wyniki prezentuje Rysunek 26.

Osoby, które raportują więcej objawów depresji, przeciętnie mają niższe wykształcenie⁷¹ i relatywnie niższe dochody⁷². Analizy zmiennych demograficznych pokazują, że młodsze osoby LGBTA raportują zdecydowanie więcej symptomów depresji⁷³. U 49,6% osób LGBTA do 18. roku życia występują poważne objawy depresji. Wynik ten jest dość ciekawy w świetle wyników populacyjnych⁷⁴ zarówno w Polsce, jak i na świecie⁷⁵. W badaniach populacji ogólnej znajduje się zazwyczaj relatywnie silne związki wieku i symptomów depresji, pokazujące, że osoby starsze w większym stopniu cierpią na objawy depresji. Wyjaśniając tę zależność, podkreśla się, że nasilone występowanie symptomów depresji wraz z wiekiem jest związane przede wszystkim z objawami chorób somatycznych, ale także z wykluczeniem. Badania populacji LGBT przynoszą wyniki spójne z otrzymanymi w naszym badaniu. Badania homoseksualnych mężczyzn uwzględniające wątki rozwojowe pokazują, że gorszy stan ogólnie pojętego zdrowia psychicznego ujawnia się u młodszych gejów⁷⁶. Jednym z podstawowych czynników mogących wpływać na gorsze zdrowie psychiczne, w tym większą liczbę symptomów depresji wśród młodzieży LGBT, jest zinternalizowana homofobia/transfobia⁷⁷, mająca szczególnie silny wpływ na zdrowie w okresie dojrzewania.

⁷¹ Analizy przeprowadzono zarówno dla kryterium diagnostycznego depresji – poważnych objawów depresji $t(5907) = 17,08$, $p < 0,001$, $d = 0,49$, jak i nasilenia objawów depresji $r = -0,29$, $p < 0,001$.

⁷² Poważne objawy depresji $t(2955,525) = 9,31$, $p < 0,001$, $d = 0,27$; nasilenie objawów depresji $r = -0,17$, $p < 0,001$.

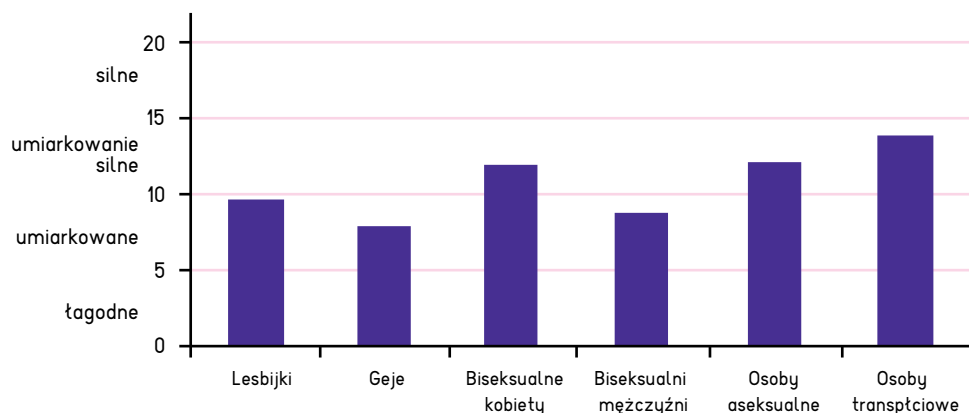
⁷³ Poważne objawy depresji $t(3674,218) = 19,56$, $p < 0,001$, $d = 0,52$; nasilenie objawów depresji $r = -0,33$, $p < 0,001$.

⁷⁴ Piekarczyńska, M., Wieczorkowski, R., Zajenkowska-Kozłowska, A. (2016) Stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku, GUS – Warszawa.

⁷⁵ Stordal, E., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2003). The association between age and depression in the general population: a multivariate examination. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(2), 132-141.

⁷⁶ Bybee, J. A., Sullivan, E. L., Zielonka, E., & Moes, E. (2009). Are gay men in worse mental health than heterosexual men? The role of age, shame and guilt, and coming-out. *Journal of Adult Development*, 16(3), 144-154.

⁷⁷ Igartua, K. J., Gill, K., & Montoro, R. (2009). Internalized homophobia: A factor in depression, anxiety, and suicide in the gay and lesbian population. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 22(2), 15-30.



RYS. 26. Nasilenie ciężkości objawów depresji w poszczególnych grupach osób badanych. Grube linie poziome oznaczają kryteria diagnostyczne (N=5947)

Nasilenie objawów depresji jest mocno związane z satysfakcją z życia⁷⁸, relatywną deprivacją⁷⁹, czyli subiektywnym poczuciem, że powodzi mi się gorzej niż innym (czyli osobom heteroseksualnym wobec osób LGB, osobom cisplciowym wobec osób transpłciowych i osobom, które odczuwają pociąg seksualny wobec osób asekualnych).

Objawy depresji oraz ich nasilenie występują też relatywnie rzadziej i w mniejszym stopniu u osób, które są bardziej wyoutowane⁸⁰. Relację poziomu wyoutowania z symptomami depresji można wiązać z dwoma wyjaśnieniami. Po pierwsze, wyjawienie własnej tożsamości czy orientacji związane jest z mniejszym odczuwaniem negatywnych emocji, np. złości. Po drugie, wyoutowanie jest także powiązane ze zmiennymi kontekstowymi, takimi jak doświadczana przemoc i dyskryminacja⁸¹.

Drugim głównym czynnikiem ograniczającym symptomy depresji jest wsparcie społeczne⁸² wyrażone liczbą osób, na które badani mogą liczyć, w tym przede wszystkim większe wsparcie ze strony rodziny⁸³.

78 $r = -0,51, p < 0,001$.

79 Dla osób LGB (N = 5930) $r = 0,16, p < 0,001$; osób asekualnych (N = 155) $r = 0,24, p = 0,002$; osób transpłciowych (N = 360) $r = 0,26, p < 0,001$.

80 Poważne objawy depresji $t(3409,491) = 12,29, p < 0,001, d = 0,34$; nasilenie objawów depresji $r = -0,26, p < 0,001$.

81 Legate, N., Ryan, R. M., & Weinstein, N. (2012). Is coming out always a "good thing"? Exploring the relations of autonomy support, outness, and wellness for lesbian, gay, and bisexual individuals. *Social Psychological and Personality Science*, 3(2), 145-152.

82 $r = -0,23, p < 0,001$ (N = 5947).

83 $r = -0,32, p < 0,001$ (N = 6114).

Podsumowanie

- 1 Wyniki ogólnych analiz pokazują, że znacząca większość osób LGBTa przejawia przynajmniej łagodne objawy depresji, zaś odsetek osób z poważnymi objawami depresji jest ponad pięć razy większy niż w populacji ogólnej.
- 2 Nasilenie objawów depresji jest powiązane ze znacząco niższą jakością życia (satysfakcją z życia i relatywną deprivacją).
- 3 Nasilenie objawów depresji jest szczególnie wysokie wśród młodzieży. Można to tłumaczyć wieloma czynnikami, wynikającymi z modelu stresu mniejszościowego (patrz rozdział o stresie mniejszościowym). Główne przyczyny tych zależności wynikają z większego ryzyka przemocy rówieśniczej, poczucia osamotnienia i braku wsparcia społecznego czy zależności od rodziny biologicznej.
- 4 Pośród czynników chroniących przed objawami depresji najważniejsze jest wsparcie społeczne (zwłaszcza ze strony bliskich) oraz poziom wyoutowania.

Przemoc motywowana uprzedzeniami

W niniejszym rozdziale przyjrzymy się, jaka jest skala przemocy doznawanej przez osoby LGBTQA, a w szczególności, z jakimi formami przemocy najczęściej spotykają się osoby LGBTQA, kim są sprawcy, w jakich miejscach najczęściej dochodzi do homofobicznej i transfobicznej przemocy, jakie są konsekwencje doznawanej przemocy oraz jaka jest skala zgłaszania przestępstw motywowanych uprzedzeniami.

W niniejszym opracowaniu traktujemy zjawisko przemocy motywowanej uprzedzeniami bardzo szeroko. Wynika to z trzech podstawowych faktów. Po pierwsze, w literaturze poświęconej przemocy międzygrupowej (zarówno przemocy indywidualnej przeciwko przedstawicielom grupy, jak i kolektywnej) podkreśla się fakt, iż służy ona grupom dominującym do utrzymania kontroli społecznej. Po drugie, nawet bardziej subtelne formy przemocy ze strony grupy większościowej mają bardzo poważne konsekwencje dla grupy mniejszościowej. Badania pokazują, że mowa nienawiści czy pogardliwe epitety mogą negatywnie wpływać na zdrowie członków mniejszości⁸⁴, a nawet zwiększać liczbę samobójstw wśród osób wykluczanych⁸⁵. Po trzecie wreszcie, częstość czy też powszechność występowania nawet subtelniejszych form przemocy w społeczeństwie ma silny efekt degradujący normy społeczne. Badania nad desensytyzacją na przemoc pokazują, że częsta ekspozycja na przemoc zwiększa agresję – dotyczy to na przykład agresji w mediach⁸⁶ i grach wideo⁸⁷. Ostatnie badania wskazują, że podobne procesy dotyczą także mowy nienawiści. Ekspozycja na agresję werbalną wobec mniejszości zmniejsza wrażliwość na tego typu treści, a także zwiększa uprzedzenia wobec tych grup. Wymienione powyżej argumenty przemawiają za tym, że nawet akty mikroprzemocy mają wpływ zarówno na dobrostan mniejszości oraz relacje pomiędzy większością a mniejszością w społeczeństwie, jak i na normy zachowania w społeczeństwie^{88 89}.

Definicja przemocy motywowanej uprzedzeniami, zastosowana w niniejszym opracowaniu, obejmuje wszelkie zachowania, które mają na celu wyrządzenie krzywdy (psychicznej bądź fizycznej) i są motywowane czyjąś (faktyczną lub wyobrażoną) orientacją

84 Burn, S. M., Kadlec, K., & Rexer, R. (2005). *Effects of subtle heterosexism on gays, lesbians, and bisexuals*. *Journal of homosexuality*, 49(2), 23-38.

85 Mullen, B., Smyth, J. M. (2004). *Immigrant suicide rates as a function of ethno-phaultisms: Hate speech predicts death*. *Psychosomatic Medicine*, 66, 343-348.

86 Anderson, C. A., Berkowitz, L., Donnerstein, E., Huesmann, L. R., Johnson, J., Linz, D., Malamuth, N., & Wartella, E. (2003). *The influence of media violence on youth*. *Psychological Science in the Public Interest*, 4, 81-110.

87 Carnagey, N. L., Anderson, C. A., & Bushman, B. J. (2007). *The effect of video game violence on physiological desensitization to real-life violence*. *Journal of experimental social psychology*, 43(3), 489-496.

88 Soral, W., Bilewicz, M., & Winiewski, M. (2016). *Exposure to hate speech increases prejudice through desensitization*. Artykuł złożony do publikacji.

89 Fasoli, F., Paladino, M. P., Carnaghi, A., Jetten, J., Bastian, B., Bain, P. G. (2015). *Not "just words": Exposure to homophobic epithets leads to dehumanizing and physical distancing from gay men*. *European Journal of Social Psychology*.

seksualną bądź tożsamością płciową. Definicja ta, poza klasycznie uznawanymi formami, jako przemoc traktuje również zachowania pasywne, np. uporczywe ignorowanie bądź odmawianie usług.

DOŚWIADCZENIE RÓŻNYCH FORM PRZEMOCY

Czy i ile razy doświadczyłeś/aś następujących incydentów z powodu Twojej faktycznej lub domniemanej orientacji seksualnej/ tożsamości płciowej/ ekspresji płciowej w ciągu ostatnich 2 lat (od stycznia 2015)?

- | | |
|---|---|
| 1 Zaczepki słowne/agresja słowna | 10 Inna niewerbalna obraza (np. napis lub obraz) |
| 2 Obrażanie, poniżanie, ośmieszanie | 11 Izolacja przed czymś lub kimś, ignorowanie |
| 3 Rozpowszechnianie negatywnych opinii na Twój temat | 12 Odmówienie czegoś (np. usługi, sprzedaży, obsługi w lokalu) |
| 4 Nadmierne/ciągłe negatywne komentarze | 13 Potrącanie, uderzenie, szarpanie albo kopanie |
| 5 Agresywne gesty (pokazywanie Cię palcem) | 14 Pobicie |
| 6 Pogrożki, groźby | 15 Atak z bronią |
| 7 Nienawistne listy/maile do Ciebie lub Twoich bliskich | 16 Zaczepki seksualne naruszające Twoją nietykalność cielesną (np. dotykanie wbrew Twojej woli) |
| 8 Szantaż | 17 Atak seksualny |
| 9 Wandalizm, niszczenie mienia | 18 Inne |

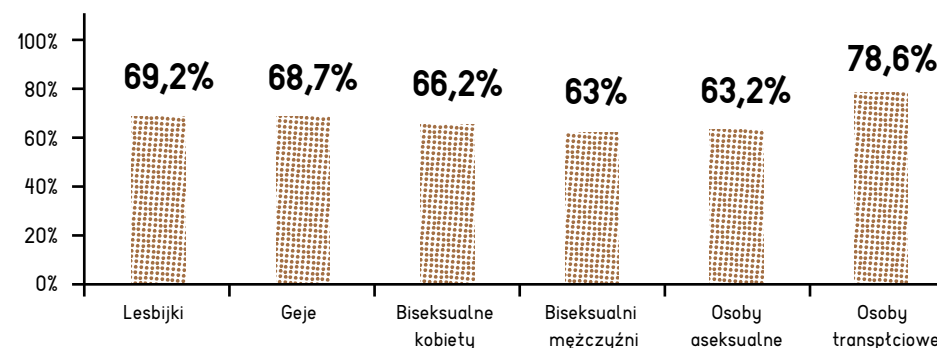
Ogółem w części kwestionariusza poświęconej przemocy motywowanej uprzedzeniami udział wzięło N=6348⁹⁰ osób. W pierwszej kolejności zadaliśmy serię 18 pytań o doświadczenie (oraz jego częstotliwość) różnych form przemocy: od werbalnej (np. nieprzyjemne komentarze) do fizycznej (np. atak z bronią) – pełna lista pytań w ramce. Ostatnie pytanie z listy było pytaniem półotwartym, co pozwalało na uzupełnienie listy zdarzeń o inne, jeśli zaszła taka potrzeba. Podobnie jak w roku 2006 i w roku 2011 pytanie dotyczyło okresu ostatnich dwóch lat (od stycznia 2015). W następnej części

90 Pomimo znacznej różnicy w liczbie osób odpowiadających na poszczególne pytania w tej części kwestionariusza rozkład większości zmiennych demograficznych jest zasadniczo taki sam jak dla całej próby.

kwestionariusza zapytaliśmy osoby badane o ostatnie z tych wydarzeń, o jego szczegółowy opis oraz informacje na temat miejsca, sprawców i ewentualnego zgłoszenia na Policję.

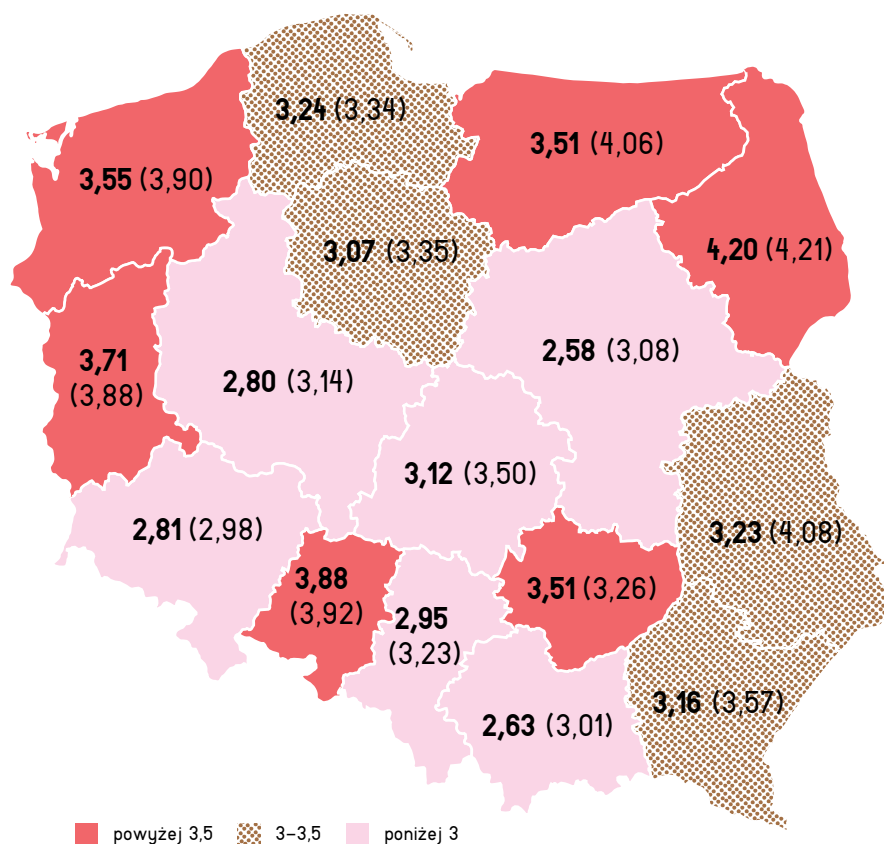
W pierwszej części analiz wzięto pod uwagę 6 wskaźników. Ogólny wskaźnik częstości doświadczenia przemocy to suma wskazań osób badanych na wszystkie 18 pytań. Następne 5 wskaźników to sumy wskazań na szczegółowe pytania o pięć wymiarów zachowań przemocowych – przemoc werbalną, fizyczną i seksualną, wandalizm, dyskryminację (działania przeciw szeroko pojętemu mieniu) oraz groźby i szantaże. Dodatkowo w celu porównań pomiędzy nierównolicznymi grupami lub do wizualizacji, w analizach zastosowano uproszczone wskaźniki doświadczenia przemocy – w których uwzględniono to, czy dane wydarzenie było wskazane przez osobę badaną czy nie. Taki zabieg pozwala na prezentowanie rozkładów procentowych. W drugiej części ostatnie raportowane wydarzenia były analizowane pod względem kontekstu, czyli miejsca oraz sprawców tych zdarzeń.

Ogólny poziom doświadczenia przemocy w populacji LGBTQA możemy oszacować, sprawdzając to, jaka część respondentów w ciągu ostatnich dwóch lat doznała jakiegokolwiek formy przemocy motywowanej uprzedzeniami. Z całej przebadanej próby 68,9% osób doświadczyło przynajmniej jednego tego typu zdarzenia. Na rysunku 27 przedstawione zostały rozkłady procentowe doświadczenia przynajmniej jednego typu przemocy motywowanej uprzedzeniami w poszczególnych grupach respondentów.



RYŚ. 27. Odsetek respondentów, którzy doświadczyli przemocy w ciągu 2 ostatnich lat (w podziale na poszczególne grupy)

Prawdopodobieństwo doświadczania przemocy dla większości uwzględnionych grup jest podobne, jedynie osoby transpłciowe doświadczają tego typu zdarzeń istotnie częściej od pozostałych⁹¹. Analizy z uwzględnieniem zróżnicowania regionalnego wykazują, że pomiędzy województwami występuje niewielkie, ale istotne zróżnicowanie pod względem częstości doświadczania przemocy⁹².



RYS. 28. Średnia liczba zdarzeń o charakterze przemocowym motywowanym uprzedzeniami, która spotkała osoby badane LGBTQIA pomiędzy styczniem 2015 roku a grudniem 2016 roku*

* N= 5826, liczba w nawiasie oznacza odchylenie standardowe

91 $\chi^2(5) = 48,04, p < 0,001$; różnice dla par obserwacji określono za pomocą procedury Marascuiego.

92 $F(15,5810) = 4,759, p < 0,001, \eta^2 = 0,012$.

Szczegółowa analiza pokazuje, że relatywnie najbezpieczniejszymi województwami są kolejno mazowieckie, małopolskie, wielkopolskie, dolnośląskie i śląskie. Natomiast najbardziej niebezpieczne są województwa warmińsko-mazurskie, zachodniopomorskie, lubuskie, opolskie i podlaskie. Warto podkreślić, że nawet w przypadku województw, w których osoby badane relatywnie rzadko doświadczają przemocy, wskaźnik ten nadal był wyższy niż średnio ponad dwa akty przemocy w przeciągu ostatnich dwóch lat. Przykładem może być województwo mazowieckie lub województwo małopolskie.

Następnie analizie poddane zostały charakterystyki demograficzne osób LGBTQIA, w celu sprawdzenia, które zmienne są powiązane z częstszym doświadczaniem przemocy. Analizy pokazują, że przemoc częściej dotyka osób z mniejszych miast i wsi⁹³, uboższych⁹⁴, gorzej wykształconych⁹⁵, młodszych⁹⁶ oraz osób z doświadczeniem migracyjnym⁹⁷. Wyniki te można rozumieć w dwóch kategoriach. Z jednej strony osoby bardziej narażone na przemoc to te, które posiadają mniejszy kapitał – zarówno ekonomiczny, jak i kulturowy. Z drugiej strony wyniki dotyczące wielkości miasta zamieszkania oraz doświadczenia migracyjnego pokazują, że relacje społeczne jednostki mogą chronić bądź narażać na przemoc. Wydaje się, że zarówno mniejsze osadzenie w społeczności – doświadczenie migracji – oraz charakterystyka kontekstu społecznego – wielkość miejscowości zamieszkania – są związane z częstością doświadczania przemocy.

Zebrane dane pozwalają również na analizę kontekstu społecznego i jego wpływu na częstość występowania przemocy motywowanej uprzedzeniami. Analizie poddano związek charakterystyki powiatu z częstością występowania zdarzeń o charakterze przemocy motywowanej homofobią i/lub transfobią. Wyniki pokazują niezbyt silne, ale istotne zależności. Osoby mieszkające w mniej zurbanizowanych i mniej zaludnionych powiatach doświadczają więcej przemocy⁹⁸. Struktura ekonomiczna powiatu również ma

93 $N = 6348, r = -0,13, p < 0,001$.

94 $N = 6348, r = -0,11, p < 0,001$.

95 $N = 6309, r = -0,19, p < 0,001$.

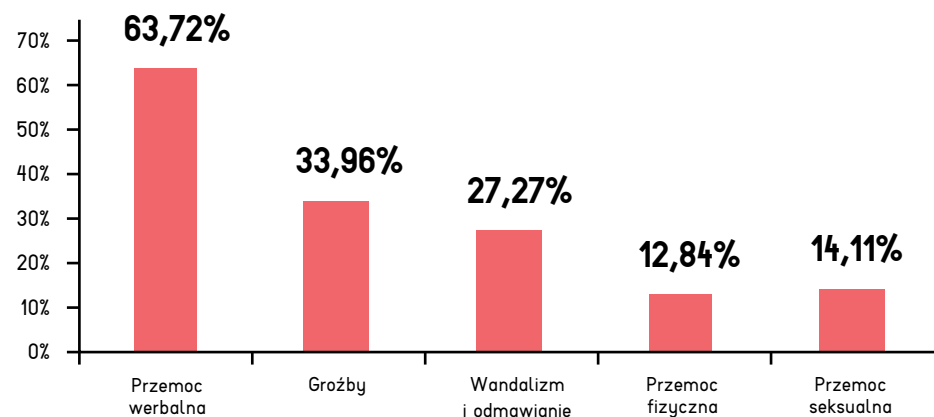
96 $N = 6345, r = -0,19, p < 0,001$.

97 $N = 5213, r = -0,10, p < 0,001$ – jako wskaźnik użyta została informacja o zmianie miejsca zamieszkania (powiatu) pomiędzy wczesną młodością a chwilą obecną.

98 $N = 5577$; liczba powiatów $k = 340$; $B = -0,005(0,002) p = 0,026$ dla współczynnika

znaczenie – przemoc tego typu pojawia się częściej w społecznościach, w których średni dochód jest niższy oraz jest wyższe rejestrowane bezrobocie⁹⁹.

W dalszej części analizie poddane zostało również to, z jaką formą przemocy najczęściej spotykają się osoby LGBTQA. Spośród 18 różnych typów agresywnych czy wrogich zachowań, z jakimi spotykali się respondenci, wyodrębnione zostało (na podstawie ich charakteru) pięć wymiarów przemocy.



RYS. 29. Odsetek osób badanych doświadczających poszczególnych typów przemocy w ciągu ostatnich 2 lat

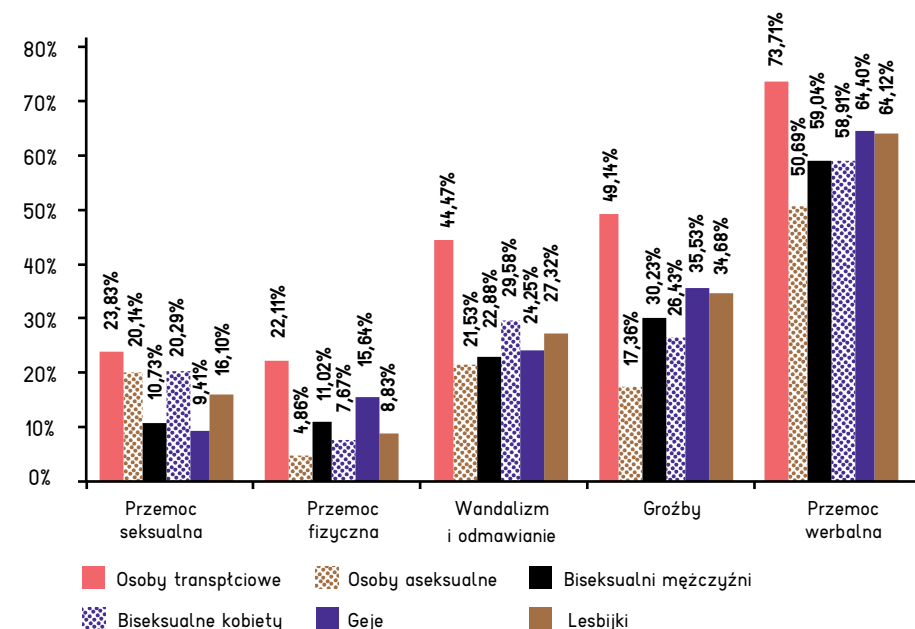
Analizy pokazują, że osoby LGBTQIA zdecydowanie najczęściej doświadczają przemocy werbalnej, nieco rzadziej gróźb, następnie przemocy wobec mienia (w tym różnych form wandalizmu czy dyskryminacji opartej na odmawianiu usług), zdecydowanie rzadziej zaś przemocy seksualnej i najrzadziej przemocy fizycznej¹⁰⁰. Szczegółowe rozkłady procentowe odpowiedzi na poszczególne pytania w załączniku 1.

urbanizacji; $B = -0,09(0,03)$ $p = 0,007$ – współczynnik wielkości populacji. Dane dla powiatów za rok 2016 – GUS baza danych regionalnych.

⁹⁹ $N = 5577$; liczba powiatów $k = 340$; $B = -0,011(0,004)$ $p = 0,012$ dla średniego wynagrodzenia; $B = -0,76(0,019)$ $p < 0,001$ – procent bezrobotnych.

¹⁰⁰ Analizy przeprowadzone zostały dla częstości doświadczania poszczególnych zdarzeń. $F(4,6344) = 874,030$, $p < 0,001$, $hp2 = 0,355$.

Następnie sprawdzono, czy poszczególne grupy osób badanych w innym stopniu doświadczają poszczególnych typów przemocy.



RYS. 30. Odsetek osób badanych w poszczególnych grupach, które doświadczły różnych typów przemocy od stycznia 2015 r. do grudnia 2016 r.

Biorąc pod uwagę to, na jaki typ przemocy członkowie poszczególnych grup są najbardziej narażeni, wśród osób badanych możemy zaobserwować, że w przypadku przemocy werbalnej jedynie osoby transpłciowe są w istotnie większym stopniu narażone na tego typu zdarzenia¹⁰¹. W przypadku gróźb w najmniejszym stopniu narażone na tego typu zdarzenia są osoby aseksualne i biseksualne kobiety, natomiast osoby transpłciowe są zdecydowanie najbardziej narażone (w porównaniu do pozostałych grup)¹⁰². Gdy mowa o wandalizmie, osoby transpłciowe są zdecydowanie częściej

¹⁰¹ $\chi^2(5) = 43,23$, $p < 0,001$; różnice dla par obserwacji określono za pomocą procedury Marascuiego.

¹⁰² $\chi^2(5) = 95,07$, $p < 0,001$; różnice dla par obserwacji określono za pomocą procedury Marascuiego.

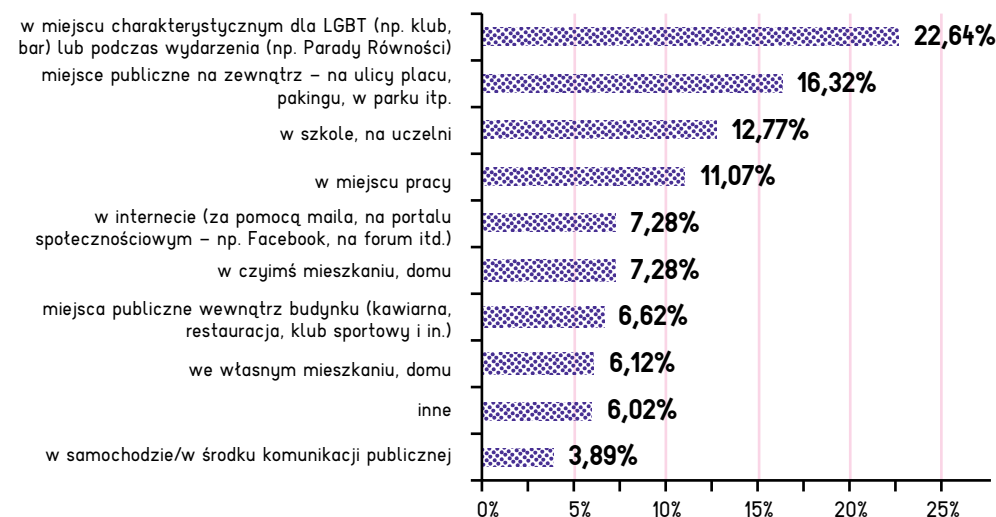
niż inni ofiarami takich zdarzeń¹⁰³. Przemoc fizyczna najczęściej spotyka osoby transpłciowe, następnie gejów i biseksualnych mężczyzn, natomiast relatywnie najrzadziej osoby aseksualne, biseksualne kobiety i lesbijki¹⁰⁴. Na przemoc seksualną geje i biseksualni mężczyźni są narażeni rzadziej niż pozostałe grupy¹⁰⁵. Wyniki w dość wyraźny sposób pokazują, że osoby transpłciowe są najbardziej narażone na wszelkie typy przemocy. W przypadku pozostałych grup największą rolę wydaje się odgrywać płeć. Mężczyźni, niezależnie od orientacji, są bardziej narażeni na przemoc fizyczną, kobiety zaś na przemoc seksualną. Wyniki te są spójne z tymi uzyskanymi w 2011 roku¹⁰⁶.

Kontekst zdarzenia – sprawcy, miejsce i zgłaszanie przemocy motywowanej uprzedzeniami

Aby poznać kontekst zdarzeń, w dalszej części kwestionariusza osoby badane poproszone zostały o przypomnienie sobie ostatniego zdarzenia (atak fizyczny/seksualny, groźba przemocy lub inny przypadek prześladowania, którego doświadczyłeś/aś w związku ze swoją faktyczną lub domniemaną orientacją seksualną/tożsamością płciową), a następnie o opisanie go według kategorii podobnych do tych, których użyto w poprzednim pytaniu o wszystkie wydarzenia. Respondenci/teki zostali/ły także poproszeni/poproszone o odpowiedź na kilka pytań dotyczących tej sytuacji. Na to pytanie odpowiedzi udzieliły 3122 osoby, każda podając informację na temat jednego zdarzenia. Porównanie pytania o konkretne wydarzenie z rozkładem odpowiedzi na serie pytań o wszystkie wydarzenia z ostatnich dwóch lat pokazuje podobny rozkład, z tą różnicą, że osoby badane, opisując pojedyncze zdarzenia, przywołały znacząco więcej sytuacji z kategorii przemocy werbalnej.

Analizując wszystkie wydarzenia, niezależnie od ich charakteru, można stwierdzić, że najczęściej tego typu sytuacji miejsce zdarzyło się w miejscu charakterystycznym dla osób LGBT (np. klub, bar) lub podczas wydarzenia (np. Parady Równości). Kolejne pod

względem częstotliwości występowania wydarzeń przemocowych były miejsca publiczne na zewnątrz (tj. ulica, parking, park) i szkoły/uczelnie. Szczegółowy rozkład przedstawiono na rysunku 29.



RYS. 31. Rozkład procentowy miejsc, w których doszło do opisanych aktów agresji

Uzyskane wyniki pozwalają na określenie tego, w jakich miejscach częściej dochodzi do określonego typu ataków. Do przemocy werbalnej najczęściej dochodzi w miejscach charakterystycznych dla osób LGBT (24,6%), w miejscach publicznych – na ulicach, parkach (15,3%) – na uczelniach i w szkołach (12,9%) oraz w miejscu pracy (12,5%). Do groźb najczęściej dochodzi w miejscach publicznych (22,9%), w okolicach miejsc charakterystycznych dla osób LGBT oraz w internecie (w obu przypadkach około 13,9% wydarzeń). Wandalizm i odmawianie to przede wszystkim szkoła (21,9%) i własne mieszkanie (17,1%), w nieco mniejszym stopniu zaś miejsca publiczne (13%). Do przemocy fizycznej w większości dochodzi w miejscach lub podczas wydarzeń związanych z osobami LGBT (44,3%) oraz w miejscach publicznych (21,4%). Do aktów przemocy seksualnej dochodzi głównie w szkołach i na uczelniach oraz w publicznych budynkach, takich jak restauracje czy kluby sportowe (18,1%), w przestrzeni publicznej (17,5%) oraz w mieszkaniach innych osób (13,8%).

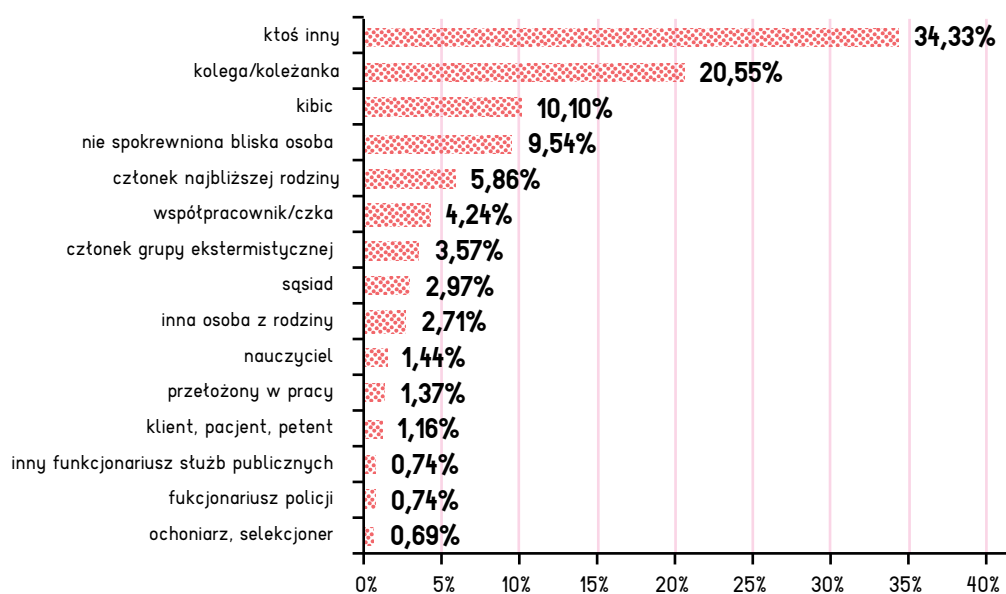
103 $\chi^2(5) = 83,82, p < 0,001$; różnice dla par obserwacji określono za pomocą procedury Marascuiego.

104 $\chi^2(5) = 105,14, p < 0,001$; różnice dla par obserwacji określono za pomocą procedury Marascuiego.

105 $\chi^2(5) = 135,84, p < 0,001$; różnice dla par obserwacji określono za pomocą procedury Marascuiego.

106 Makułowska, M., Pawłęga, M. (red) (2012), *Sytuacja społeczna osób LGBT. Raport za lata 2010 i 2011*, Kampania Przeciw Homofobii, Warszawa.

Osoby badane proszone były również o opisanie sprawców ataków. Szczegółowe analizy pokazują, że w większości przypadków liczba sprawców (jeden lub wielu) nie jest związana ani z typem ataku, ani z miejscem wydarzenia. Najczęstszą określoną kategorią sprawców są koleżanki i koledzy. Sporą grupę stanowią też osoby bliskie – w sumie 18,11% wszystkich sprawców to członkowie rodziny i niespokrewnione osoby bliskie. Relatywnie niewielką część sprawców stanowią osoby ze środowiska zawodowego – jedynie około 7%, w tym klienci, współpracownicy i przełożeni.



RYS. 32. Rozkład procentowy kategorii sprawców ataków.

Szczegółowa analiza związku miejsca wydarzenia oraz typu sprawcy przynosi w większości wyniki dość przewidywalne. W znacznej części aktów agresji, do których dochodzi w miejscach prywatnych (np. mieszkanie własne lub czyjeś) dopuszczają się osoby bliskie lub z rodziny. W sferze zawodowej i na uczelni sprawcami są koleżanki i koledzy czy też współpracownicy. W sferze publicznej są to głównie osoby obce (kibice, członkowie/inie grup ekstremistycznych). Wynikiem wartym podkreślenia jest to, że największa grupa sprawców/czyn (niezdefiniowanej przez nas kategorii „ktoś

inny”) dopuszcza się aktów przemocy w przestrzeni publicznej (70,7% zdarzeń) i w miejscach charakterystycznych dla osób LGBTQ (77,2% zdarzeń). Z dużym prawdopodobieństwem możemy zatem przypuszczać, że są to przypadkowe osoby (np. przechodnie), które reagowały agresją na sygnały, że ofiara jest osobą LGBT.

Ostatnia seria pytań dotyczyła zgłoszenia opisanego zdarzenia na Policję (lub innym służbom) oraz – jeśli wydarzenie nie zostało zgłoszone – powodów tej decyzji. Okazało się, że spośród 3122 wydarzeń zgłoszone zostały jedynie 104, co nie stanowi nawet czterech procent. Co ciekawe, osoby badane w większości nie udzieliły również odpowiedzi o powodach decyzji o niezgłaszaniu¹⁰⁷. Szczegółowe analizy pokazują, że w przypadku większości typów zdarzeń zgłaszalność jest bardzo niska (1,5% dla przemocy werbalnej, 6,9% dla gróźb, 6,5% wandalizm i 3,1% przemoc seksualna). Jedyнным typem wydarzenia, które jest zgłaszane relatywnie częściej, jest przemoc fizyczna (27,3% przypadków). O ile proporcje zgłoszeń są bardzo niskie, to są one zgodne z niedawnymi wynikami badań nad przestępstwami motywowanymi uprzedzeniami¹⁰⁸. Dodatkowo wyniki dotyczące większej zgłaszalności przemocy fizycznej są też spójne z badaniami kryminologicznymi, z których wynika, że zgłaszalność jest związana z ciężarem przestępstwa.

Konsekwencje przemocy

Badania mniejszości etnicznych pokazują, że doświadczenia przemocy werbalnej lub fizycznej znacząco podnoszą ryzyko problemów zarówno ze zdrowiem fizycznym (np. choroby układu oddechowego), jak i psychicznym (depresja czy zaburzenia psychotyczne)¹⁰⁹. Przeprowadzone niedawno w Polsce badania wskazują, że skutki psychiczne i społeczne przestępstw motywowanych uprzedzeniami dla mniejszości LGBT są szczególnie dotkliwe (w porównaniu do przedstawicieli/ek grupy większościowej, którzy/epadli/ły ofiarami podobnych)¹¹⁰.

107 Bardzo niskie liczebności uniemożliwiają bardziej szczegółowe analizy.

108 Winiewski, M., Górka, P. (2016), *Przestępstwa motywowane nienawiścią*, niepublikowany raport przygotowany na zlecenie Rzecznika Praw Obywatelskich.

109 Karlsen, S., & Nazroo, J. Y. (2002). *Relation between racial discrimination, social class, and health among ethnic minority groups*. *American journal of public health*, 92(4), 624-631.

110 Winiewski, M., Górka, P. (2016), *Przestępstwa motywowane nienawiścią*, niepublikowany raport przygotowany na zlecenie Rzecznika Praw Obywatelskich. Górka, P., Budziszewska, M., Knut, P., Łada, P. (2016) *Raport o Polsce: Homofobiczne i transfobiczne przestępstwa z nienawiści a wymiar sprawiedliwości*, Kampania Przeciw Homofobii, Warszawa.

Zebrany materiał pozwala na sprawdzenie, czy doświadczenie przemocy w grupie osób LGBT jest związane ze wskaźnikami zdrowia psychicznego i fizycznego oraz z samopoczuciem i satysfakcją z życia. Analizy ogólnego wskaźnika przemocy pokazują, że wzrost doświadczenia tego typu zdarzeń w ostatnich dwóch latach związana jest z gorszym (subiektywnie ocenianym) stanem zdrowia fizycznego, z zażywaniem leków uspokajających, znacząco obniżoną satysfakcją z życia, nasilonymi symptomami depresji oraz z myślami samobójczymi¹¹¹.

¹¹¹ W modelu kontrolowano zmienne demograficzne (wiek, wykształcenie, dochody i doświadczenia migracyjne) $B = -0,04$, $p = 0,032$ dla zdrowia; $B = 0,06$, $p < 0,001$ zażywanie leków uspokajających; $B = 0,15$, $p < 0,001$ symptomy depresji; $B = -0,05$, $p < 0,001$ satysfakcja z życia; $B = 0,10$, $p < 0,001$ myśli samobójcze; $R^2 = 0,15$; $N = 4845$.

Podsumowanie

- 1 Wyniki badania pokazują bardzo niepokojący obraz przemocy i dyskryminacji dotyczący całej społeczności LGBT. Ponad dwie trzecie osób badanych doświadczyło w ciągu ostatnich dwóch lat przynajmniej jednego zdarzenia o charakterze przemocowym motywowanego uprzedzeniami. Zdecydowanie najczęściej osoby LGBTQIA doświadczają przemocy werbalnej, niemniej liczba osób, która doświadczyła przemoc fizycznej i seksualnej w ciągu ostatnich dwóch lat, jest bardzo duża.
- 2 Częstość przemocy, z jaką spotykają się osoby LGBT, jest w pewnym stopniu związana z miejscem zamieszkania. Osoby mieszkające w dużych ośrodkach i w miastach rzadziej spotykają się z takimi zdarzeniami. Wydaje się jednak, że nie jest to tylko kwestia większej anonimowości (w gęściej zaludnionych miejscach), ale również sytuacji materialnej regionu. Z doświadczeniem przemocy związany jest ogólny wyższy poziom bezrobocia i relatywnie niższe zarobki. Te wyniki można interpretować w kontekście klasycznej koncepcji frustracji-agresji¹¹² mówiącej o tym, że przemoc i agresja wynikają z frustracji i deprivacji. Innymi słowy, w regionach, w których całej populacji powodzi się gorzej pod względem materialnym, ogólny poziom agresji jest wyższy, a co za tym idzie, wyższy jest także wskaźnik przemocy. Nasze badanie nie jest jednak w stanie odpowiedzieć na pytanie o to, czy w tych regionach ogólny poziom przemocy jest wyższy, czy dotyczy to tylko przemocy wobec osób LGBT i innych mniejszości¹¹³.
- 3 Wyniki badania pokazują dość wyraźnie, że przemoc motywowana uprzedzeniami wobec osób LGBTQIA jest wszechobecna. Do aktów przemocy dochodzi zarówno w sferze prywatnej, jak i publicznej. Co ciekawe, do wielu wydarzeń o charakterze przemocowym wobec osób LGBT dochodzi w przestrzeni, która zwyczajowo kojarzona jest z przedstawicielami tej społeczności, tzn. w klubach dla osób LGBT czy podczas Parady Równości.
- 4 Przemoc i dyskryminacja spotykająca osoby LGBT wywołuje negatywne konsekwencje dla zdrowia psychicznego i fizycznego tej grupy.

¹¹² Dollard, J., Miller, N. E., Doob, L. W., Mowrer, O. H., & Sears, R. R. (1939). *Frustration and aggression*.

¹¹³ Glick, P. (2002). *Sacrificial Lambs Dressed in Wolves' Clothing. Understanding genocide: The social psychology of the Holocaust*, 113.

Życie rodzinne

Osoby badane pytane były o to, czy są obecnie w związku, o trwałość związku oraz o ich plany dotyczące życia rodzinnego. W niniejszym rozdziale omówiony zostanie stosunek osób LGBT+ do zawierania związków partnerskich, małżeństw i adopcji dzieci, jak również plany na przyszłość dotyczące posiadania potomstwa.

Odpowiedzi zestawiliśmy z danymi z poprzednich fal badania. W momencie przeprowadzania badania około połowa ankietowanych była w związku.

TAB. 17. Czy jesteś aktualnie w związku tej samej płci? (dot. LGB)

	2016 (n = 6488)	2011 (n = 11137)	2006 (n = 996)
TAK	47,5%	43,8%	59,2%
NIE	52,5%	56,2%	40,8%

Grupie badanej przyjrzelśmy się w podziale na orientację seksualną i tożsamość płciową. Najczęściej to lesbijki były w związkach, to później kolejno geje i osoby transpłciowe. Najrzadziej angażują się w związki osoby aseksualne.

TAB. 18. Bycie w związku (z osobą tej samej płci – dot. LGB) na tle deklarowanej orientacji seksualnej i tożsamości płciowej

	2016 (N=6950)	Homoseksualna		Biseksualna		Aseksualna	Transpłciowa
		K	M	K	M		
TAK	47,1%	63,8%	53,4%	28,9%	27,4%	22,7%	40,3%
NIE	52,9%	36,2%	46,6%	71,1%	72,6%	77,3%	52,5%

Osoby badane pozostające w związkach zapytaliśmy o długość trwania ich relacji. Dane z obecnej fali badania wykazują trend wzrostowy w zakresie trwałości związków nieheteronormatywnych. Jak pokazuje tabela 19, znacząco spadła liczba osób pozostających w związku poniżej roku – jest to niecałe 20% badanych w porównaniu z rokiem 2011, gdzie ponad jedna trzecia badanych była w związkach poniżej 12 miesięcy. Prawie 30% badanych jest w związkach powyżej pięciu lat. To dziesięcioprocentowy wzrost w porównaniu z rokiem 2011.

TAB. 19. Jak długo trwa Twój obecny związek (tej samej płci – dot. LGB)?

	2016 (n=3228)	2011 (n=4872)	2006 (n=583)
poniżej 6 miesięcy	7,9%	21,9%	22,4%
6-12 miesięcy	12,3%	15,1%	16,8%
pow. 1 roku do 2 lat	21,3%	22,2%	22,5%
pow.2 do 5 lat	31%	23,2%	24,4%
pow. 5 do 10 lat	17,7%	11,7%	7,5%
powyżej 10 lat	9,9%	5,9%	3,3%

Jak wykazały przeprowadzone analizy, pozostawanie w związku istotnie ($p < 0,01$) koreluje z deklarowanym stanem zdrowia¹¹⁴ oraz zmiennymi charakteryzującymi dobrostan psychiczny. Zmienne wybrane do analizy, poza deklarowanym stanem zdrowia, to: ogólne zadowolenie z życia¹¹⁵, skala symptomów depresji¹¹⁶, poczucie osamotnienia i częstotliwość myśli samobójczych. Najsilniejszy okazał się związek pozostawania poza związkiem z poczuciem osamotnienia¹¹⁷, a także bycia w związku z zadowoleniem z życia¹¹⁸. Pozostawanie poza związkiem wiąże się także z występowaniem symptomów depresji¹¹⁹ oraz częstotliwością myśli samobójczych¹²⁰.

TAB. 20. Czy, gdyby istniała w Polsce taka możliwość, będąc w związku z osobą tej samej płci, zdecydowałbyś/zdecydowałabyś się na...? (N=6273)

	Tak	Nie	Nie wiem
Zawarcie związku partnerskiego	87,2%	3,7%	9,1%
Zawarcie związku małżeńskiego	61,8%	14,9%	23,2%
Adopcję dzieci	32,1%	30,7%	37,2%

114 Rho Spearmana = 0,11.
 115 Alfa Cronbacha = 0,86.
 116 Alfa Cronbacha = 0,89.
 117 Rho Spearmana = 0,30.
 118 Rho Spearmana = 0,23.
 119 Rho Spearmana = 0,22.
 120 Rho Spearmana = 0,20.

Respondentów/ki zapytaliśmy o stosunek do uregulowań prawnych dla par jedнопłciowych. Osoby badane najbardziej zainteresowane były zawarciem związku partnerskiego, jedynie niecałe 4% nie zdecydowałoby się na jego zawarcie. Ponad 60% badanych byłoby również zainteresowanych zawarciem związku małżeńskiego, w porównaniu do niemalże 15%, które by się na to nie zdecydowało. W porównaniu z poprzednią falą, widoczny jest istotny wzrost zainteresowania zawarciem związku małżeńskiego – w roku 2011 połowa (49,7%) osób badanych deklaruowała chęć zawarcia związku małżeńskiego. Zainteresowanie zawarciem związku partnerskiego oraz adopcją dzieci utrzymuje się na względnie stałym poziomie.

TAB. 21. Czy, gdyby istniała w Polsce taka możliwość, będąc w związku z osobą tej samej płci, zdecydowałbyś/zdecydowałabyś się na...? (n<3667; 6535>)

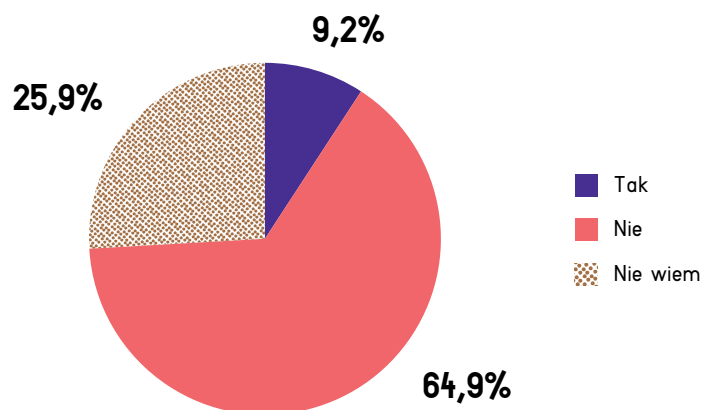
	Lesbijki	Geje	Biseksualne kobiety	Biseksualni mężczyźni
zawarcie związku partnerskiego	92,2%	87,3%	87,6%	70,6%
zawarcie związku małżeńskiego	72,2%	60,4%	63,4%	38,6%
adopcję dzieci	44,5%	25%	41,9%	21,5%

Przyjrzelśmy się też wypowiedziom lesbijek, gejów i osób biseksualnych. Ponad 90% lesbijek i prawie 88% gejów biorących udział w badaniu było zainteresowanych zawarciem związku partnerskiego. Zawarciem związku małżeńskiego najbardziej zainteresowane były lesbijki, natomiast najmniej zainteresowani formalizacją związku byli biseksualni mężczyźni. To przede wszystkim kobiety nieheteroseksualne zdecydowałyby się na adopcję. Jednocześnie, pytając o plany dotyczące posiadania potomstwa, zdecydowana większość badanych (64,9%) deklaruje, że nie planuje posiadania dziecka w ciągu kolejnych 5 lat.

Poparcie dla wprowadzenia związków partnerskich było przewidywane negatywnie przez wiek¹²¹ i religijność¹²² – im starsze i bardziej religijne były osoby badane, w tym większym stopniu były one przekonane, że osoby tej samej płci nie powinny mieć prawa do zawierania związków partnerskich.

Poparcie dla równości małżeńskiej było przewidywane negatywnie przez wiek¹²³ i religijność¹²⁴, a pozytywnie przez liczbę mieszkańców powiatu¹²⁵ – im starsze i bardziej religijne były osoby badane oraz w im mniejszych powiatach mieszkały, w tym mniejszym stopniu sądziły one, że osoby tej samej płci powinny mieć prawo do zawierania małżeństw.

Wiek¹²⁶ i religijność¹²⁷ przewidywały negatywnie również poparcie dla adopcji dzieci przez pary jedнопłciowe. Ponadto przeświadczenie o tym, że pary tej samej płci powinny móc adoptować dzieci łączyło się pozytywnie z wykształceniem¹²⁸. Im starsze, bardziej religijne i gorzej wykształcone były osoby badane, w tym mniejszym stopniu popierały one adopcję przez pary jedнопłciowe.



RYS. 33. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Czy w ciągu najbliższych 5 lat planujesz mieć dziecko? (N=6449)

121 B = -0,03; SE = 0,01; p = 0,001.

122 B = -0,40; SE = 0,06; p < 0,001.

123 B = -0,03; SE = 0,01; p < 0,001.

124 B = -0,23; SE = 0,03; p < 0,001.

125 B = 0,03; SE = 0,01; p = 0,033.

126 B = -0,03; SE = 0,004; p < 0,001.

127 B = -0,21; SE = 0,02; p < 0,001.

128 B = 0,09; SE = 0,01; p < 0,001.

Gdy mowa o posiadaniu dzieci, 2,4% respondentów jest rodzicem biologicznym, niecały procent (0,7%) badanych jest rodzicem adopcyjnym i tylko 1,1% respondentów jest rodzicem społecznym. Może się to wiązać z nierównym rozkładem wiekowym w populacji, gdyż młodzi respondenci stanowią większość badanej próby. W związku z tym, że posiadanie dzieci jest funkcją wieku, a w próbie dominują osoby młode, w efekcie bardzo małą część próby stanowią rodzice.

Rodzice LGB, którzy wychowują dzieci w parach jedнопłciowych to około 4% respondentów. Gdyby przyjąć, że populacja jest reprezentatywna, oznaczałoby to, że w Polsce 76 tys. rodziców LGB wychowuje dzieci w związkach jedнопłciowych. Pomimo braku uregulowań prawnych, również dotyczących tzw. tęczyowych rodzin, takie rodziny w Polsce funkcjonują.

Podsumowanie

- 1 Wyniki przedstawione w niniejszym rozdziale pokazują, że związki osób nieheteronormatywnych są coraz trwalsze. Najczęściej to lesbijki wchodzi w związki, w dalszej kolejności geje i osoby transpłciowe, a najrzadziej osoby aseksualne.
- 2 Wyniki wykazują potrzebę regulacji prawnej statusu związków jednopłciowych w Polsce. Prawie 90% respondentów/ek jest zainteresowanych zawarciem związku partnerskiego i ponad 60% małżeńskiego. W porównaniu z sytuacją sprzed pięciu lat to wzrost zainteresowania zawarciem małżeństwa o 12 punktów procentowych. To lesbijki najczęściej byłyby beneficjentkami zarówno rozwiązań prawnych dotyczących zawierania związków partnerskich bądź małżeńskich, jak i adopcją dzieci.
- 3 Osoby niebędące w związku są jednocześnie mniej zadowolone z życia, częściej czują się osamotnione, mają więcej symptomów depresji i częściej myślą o samobójstwach. Sytuacja ta może w dużej mierze dotyczyć niepełnoletniej młodzieży nieheteronormatywnej, która stanowiła jedną piątą badanej próby.
- 4 Regulacje prawne dotyczące związków jednopłciowych najrzadziej popierają osoby starsze i religijne.

Stres mniejszościowy

Jednym ze specyficznych doświadczeń członków/iń grup naznaczonych społecznie jest stres mniejszościowy. To dodatkowe obciążenie, które, obok stresorów ogólnych, takich jak np. zły stan zdrowia czy zła sytuacja materialna, spotyka osoby należące do mniejszości¹²⁹. W przypadku osób LGBTQA stres mniejszościowy wynika z niezgodności pomiędzy własnymi pragnieniami i postrzeganiem rzeczywistości a instytucjami i strukturami istniejącymi poza jednostką, takimi jak tradycja, klimat ideologiczny, religia czy system prawny. Ciągłe napięcie psychiczne wynikające z tego rozdźwięku może prowadzić do pogorszenia się funkcjonowania danej osoby, przede wszystkim w obszarze zdrowia psychicznego.

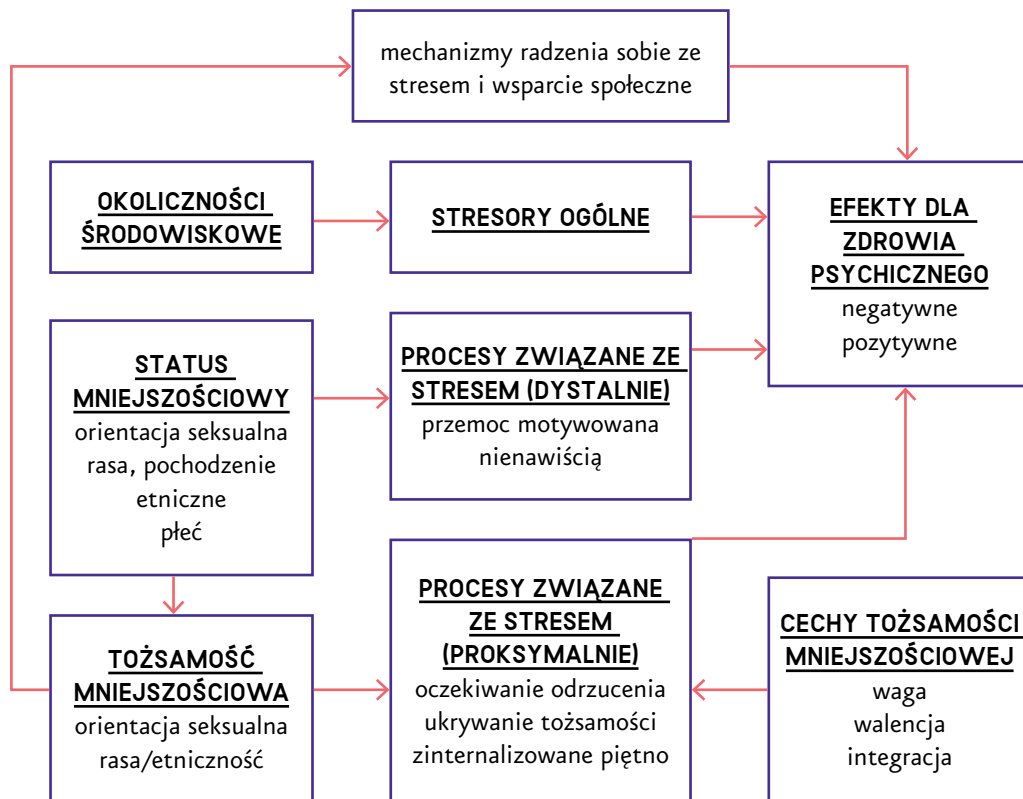
129 Iniewicz, G., Grabski, B. i Mijas, M. (2012). Zdrowie psychiczne osób homoseksualnych i biseksualnych – rola stresu mniejszościowego. *Psychiatria Polska*, 4, 649–663.

Koncepcję stresu mniejszościowego doświadczanego przez osoby LGB najlepiej rozwinął Ilan Meyer¹³⁰. W swoim modelu (Rys. 34) różnicuje on między dwoma źródłami stresu mniejszościowego: procesami zewnętrznymi wobec jednostki (dystalnymi) oraz procesami wewnętrznymi (proksymalnymi). Podczas gdy poprzez procesy zewnętrzne rozumie się przemoc fizyczną i psychiczną motywowaną nienawiścią, do źródeł wewnętrznych zaliczane są zinternalizowane piętno, oczekiwanie odrzucenia i ukrywanie własnej tożsamości. Uwewnętrznione piętno (np. zinternalizowana homofobia) odnosi się do negatywnych odczuć (np. wstydu, złości) wobec samego/ej siebie w związku z własną mniejszościową orientacją seksualną lub tożsamością płciową. Oczekiwanie odrzucenia oznacza stopień, w jakim jednostka spodziewa się negatywnych reakcji otoczenia (np. dyskryminacji) na wieść o jej orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej. Wreszcie, życie w ukryciu wiąże się z kontrolowaniem informacji o własnej orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej. Chociaż poprzez pochłanianie zasobów poznawczych i energetycznych ściśle ograniczanie komunikatów na temat swojej osoby może pogarszać funkcjonowanie psychiczne, niekiedy jest ono skuteczną strategią unikania przemocy motywowanej uprzedzeniami. Podsumowując, zewnętrzne procesy związane ze stresem mniejszościowym można byłoby określić jako bardziej obiektywne, a procesy wewnętrzne jako bardziej subiektywne (czyli zależne od przekonań danej osoby). Trzeba jednak zaznaczyć, że niekorzystne skutki dla zdrowia psychicznego w przypadku jednych i drugich są jak najbardziej realne.

Co ważne, oprócz elementów związanych ze stresem mniejszościowym model określa czynniki zwiększające odporność na stres. Do grupy tej zaliczane są: otrzymywane wsparcie społeczne, stosowane strategie radzenia sobie ze stresem oraz identyfikacja z własną grupą mniejszościową. Jak postuluje Meyer, osoby dysponujące wsparciem ze strony innych, radzące sobie z napięciem w sposób konstruktywny oraz silnie utożsamiające się z grupą własną, są w mniejszym stopniu podatne na niekorzystne skutki stresu mniejszościowego.

130 Meyer, I. H. (1995). *Minority stress and mental health in gay men*. *Journal of Health and Social Behavior*, 38–56.

Meyer, I. H. (2003). *Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence*. *Psychological Bulletin*, 129, 674–697.



RYS. 34. Model stresu mniejszościowego

Koncepcję stresu mniejszościowego wykorzystaliśmy, planując niniejsze badanie. Poprzez pomiar czynników składających się na model Meyera chcieliśmy zrozumieć, co dokładnie pogarsza, a co chroni funkcjonowanie psychiczne osób LGB, T i A w Polsce. W odniesieniu do każdej z tych grup mierzyliśmy stresory ogólne, procesy związane ze stresem mniejszościowym, wsparcie społeczne, strategie radzenia sobie, identyfikację z grupą własną oraz cztery przejawy zdrowia psychicznego, tj. nasilenie symptomów depresji, występowanie myśli samobójczych, zadowolenie z życia i samoocenę.

W niniejszym rozdziale dla każdej z trzech wymienionych grup opisujemy wyniki dotyczące procesów wewnętrznych związanych ze stresem mniejszościowym (rezultaty dotyczące procesów zewnętrznych znajdują się w rozdziale o przemocy motywowanej nie-

nawiścią) oraz sprawdzamy, w jaki sposób stresory ogólne i mniejszościowe przekładają się na zdrowie psychiczne osób badanych. Oprócz tego wskazujemy czynniki zwiększające odporność na stres mniejszościowy. Co ważne, w przedstawionych niżej analizach uwzględniamy też rolę obiektywnych właściwości kontekstu społecznego (powiatów), takich jak wielkość populacji, religijność oraz sytuacja ekonomiczna. Jak pokazują wcześniejsze badania¹³¹, także one przekładają się na zdrowie psychiczne osób LGBTQA.

Strategia analityczna

Analizy, w których zmiennymi przewidywanymi były procesy wewnętrzne oraz czynniki chroniące przed skutkami stresu mniejszościowego, przeprowadzono według jednolitego schematu. W pierwszej kolejności sprawdzano, czy podgrupy społeczności LGBTQA różnią się między sobą poziomem danej właściwości. Następnie przy jednoczesnej kontroli podgrupy LGBTQA, oceniane były efekty zmiennych z poziomu indywidualnego (tj. wieku, wykształcenia definiowanego jako liczba pełnych lat nauki, subiektywnej sytuacji materialnej i religijności) oraz z poziomu powiatów (tj. wielkości populacji¹³², stopy bezrobocia, przeciętnego wynagrodzenia i udziału osób wierzących w populacji). W celu ułatwienia interpretacji, obok niestandardyzowanych współczynników regresji dla zmiennych z poziomu osób podano także ich korelacje ze zmiennymi wynikowymi. Należy także zaznaczyć, że raportowane efekty właściwości powiatów (np. stopy bezrobocia) były niezależne od efektów zmiennych z poziomu osób. Jeśli np. stwierdzono, że stopa bezrobocia zmniejsza radzenie sobie ze stresem poprzez mobilizację, oznaczało to, że spośród dwóch osób badanych o takich samych cechach indywidualnych (m.in. wieku czy wykształceniu), u tej, która mieszkała w powiecie charakteryzującym się wyższym bezrobociem, mobilizacja w odpowiedzi na kłopoty była mniej prawdopodobna.

Trochę inny kształt miały analizy, w których przewidywane były cztery manifestacje zdrowia psychicznego, tj. symptomy depresji, myśli samobójcze, zadowolenie z życia i samoocena. Tutaj od razu sprawdzane były efekty czynników z poziomu indywidu-

131 Hatzembuehler, M. L. (2014). Structural stigma and the health of lesbian, gay, and bisexual populations. *Current Directions in Psychological Science*, 23, 127-132.

132 Jednostką było 100 000 mieszkańców.

alnego (tj. stresorów ogólnych oraz wewnętrznych i zewnętrznych procesów związanych ze stresem mniejszościowym) oraz z poziomu powiatów. Do grupy stresorów ogólnych zaliczyliśmy niepełnosprawność (o = nie, 1 = tak), złą sytuację materialną (1 = najwyższa grupa dochodowa w kraju; 10 = najniższa grupa dochodowa w kraju) oraz brak partnera/ki (o = bycie w związku, 1 = brak związku).

W przedstawionych niżej analizach posłużono się szeregiem technik statystycznych, takich jak analiza wariancji i test χ^2 dla dwóch zmiennych (sprawdzenie, czy podgrupa LGBTa różnicowała odpowiedzi respondentów/ek), analiza moderacji (poszukiwanie czynników wspomagających odporność psychiczną) oraz modelowanie wielopoziomowe (wyznaczenie roli własności z poziomu osób i z poziomu powiatów w przewidywaniu odpowiedzi osób badanych).

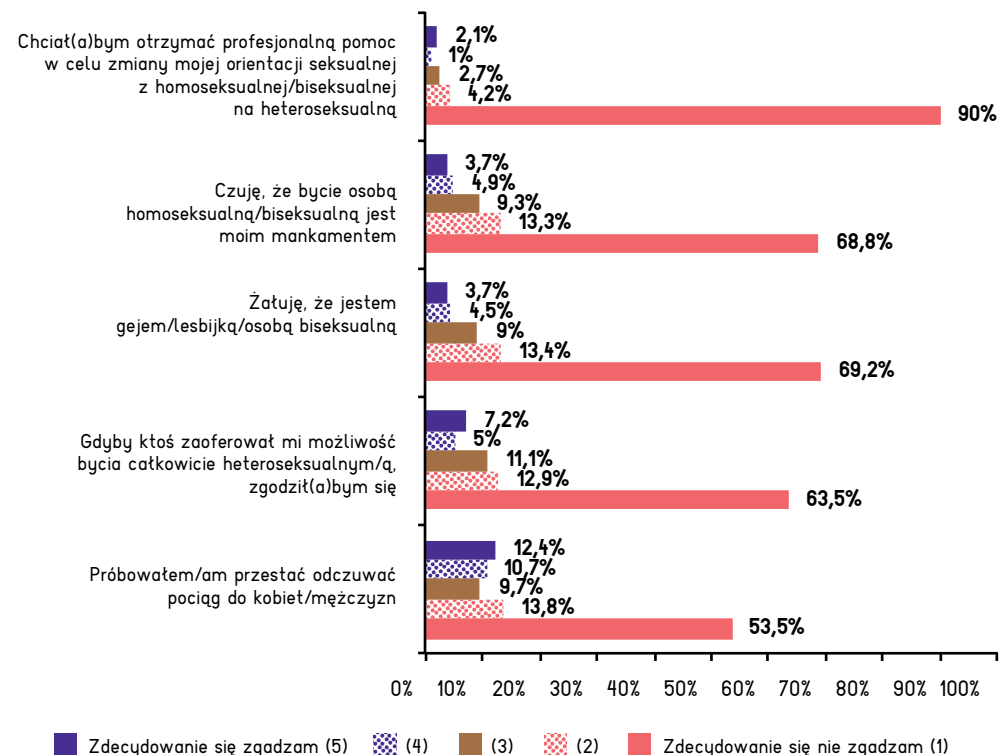
Podczas gdy dane z poziomu osób pochodziły z przeprowadzonego przez nas badania, źródłem informacji dotyczących powiatów były ogólnodostępne archiwa danych. Informacje na temat liczby ludności, średniego wynagrodzenia oraz stopy bezrobocia zaczerpnięto z Banku Danych Lokalnych (bdl.stat.gov.pl). Dane na temat udziału osób wierzących w populacji powiatu pochodzą z Narodowego Spisu Powszechnego 2011.

Zinternalizowane piętno

W zależności od grupy odniesienia, uwewnętrznione piętno może przyjmować formę zinternalizowanej homofobii (osoby LGB), transfobii (osoby T) i afobii (osoby A). W niniejszym badaniu mierzona była każda z tych zmiennych.

Zinternalizowana homofobia

Do pomiaru zinternalizowanej homofobii wykorzystano skróconą skalę opracowaną przez Hereka i współpracowników¹³³, która była już używana w Polsce¹³⁴. Rysunek 35 przedstawia rozkład odpowiedzi na każde z pięciu zadanych pytań.



RYS. 35. Rozkład odpowiedzi na pytania mierzące zinternalizowaną homofobię (N=5189)

Tylko niewielki odsetek respondentów/ek zgadzał się w jakimkolwiek stopniu (odpowiedzi 4-5) ze stwierdzeniami mierzącymi zinternalizowaną homofobię. Stosunkowo najwięcej osób badanych (13,1%) zadeklarowało, że stara się, by przestać odczuwać pociąg do osób tej samej płci. Najmniej uczestników/czek badania (2,1%) zgodziło się ze stwierdzeniem, że chciałoby otrzymać profesjonalną pomoc w celu zmiany swojej orientacji na heteroseksualną.

Poprzez uśrednienie odpowiedzi na pięć zaprezentowanych pytań¹³⁵ skonstruowano wskaźnik zinternalizowanej homofobii, którego wyższe wartości odpowiadały silniejszemu uwewnętrznionemu piętnu. Poziom zinternalizowanej homofobii zależał od przynależności do podgrupy osób LGB¹³⁶. Najsilniejszą zinternalizowaną homofobię przejawiali biseksualni mężczyźni, następnie zaś

133 Herek, G. M., Gillis, J. i Cogan, J. (2009). *Internalized stigma among sexual minority adults: Insights from a social psychological perspective*. *Journal of Counseling Psychology*, 56, 32–43.

134 Zob. Górka, P., Bilewicz, M., i Winiewski, M. (2017). *Invisible to the state. Institutional sexual stigma and collective action of LGB individuals in five East European countries*. *Group Processes and Intergroup Relations*, 20, 367–381.

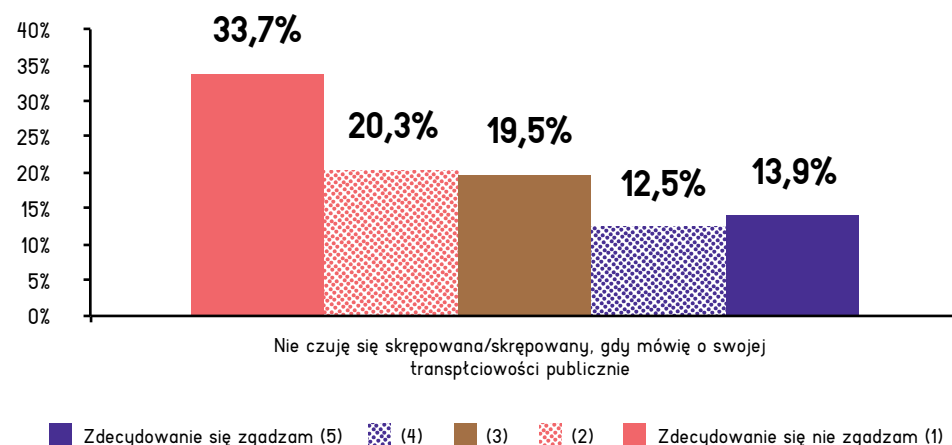
135 $M = 1,67$; $SD = 0,85$; $\alpha = 0,79$.

136 $F(3, 5185) = 28,90$; $p < 0,001$.

geje, biseksualne kobiety i lesbijki¹³⁷. Zinternalizowana homofobia była ponadto przewidywana negatywnie przez wiek i pozytywnie przez religijność¹³⁸. Oznacza to, że najwyższym nasileniem uwewnętrznionego piętna charakteryzowały się osoby młode i głęboko wierzące.

Zinternalizowana transfobia

Stwierdzenie „Nie czuję się skrępowany/a, gdy mówię o swojej transpłciowości publicznie” zostało wykorzystane jako wskaźnik zinternalizowanej transfobii. Rysunek 36 przedstawia rozkład odpowiedzi na to pytanie.



RYS. 36. Rozkład odpowiedzi na pytanie mierzące zinternalizowaną transfobię (N=359)¹³⁹

Większość osób badanych (54%) nie zgodziła się z przedstawionym stwierdzeniem, wyrażając w ten sposób pewien stopień uwewnętrznionego piętna¹⁴⁰. Niewiele ponad 1/4 (26,4%) respondentów/ek stwierdziła, że nie czuje się skrępowana, mówiąc o swojej transpłciowości. Zinternalizowana transfobia była przewi-

137 Odpowiednio M = 2,00; SD = 1,02; M = 1,71; SD = 0,86; M = 1,59; SD = 0,81; M = 1,56; SD = 0,74.

138 Efekt wieku: B = -0,01; SE = 0,002; p < 0,001; r = 0,04; p = 0,004. Efekt religijności: B = 0,08; SE = 0,01; p < 0,001; r = 0,18; p < 0,001.

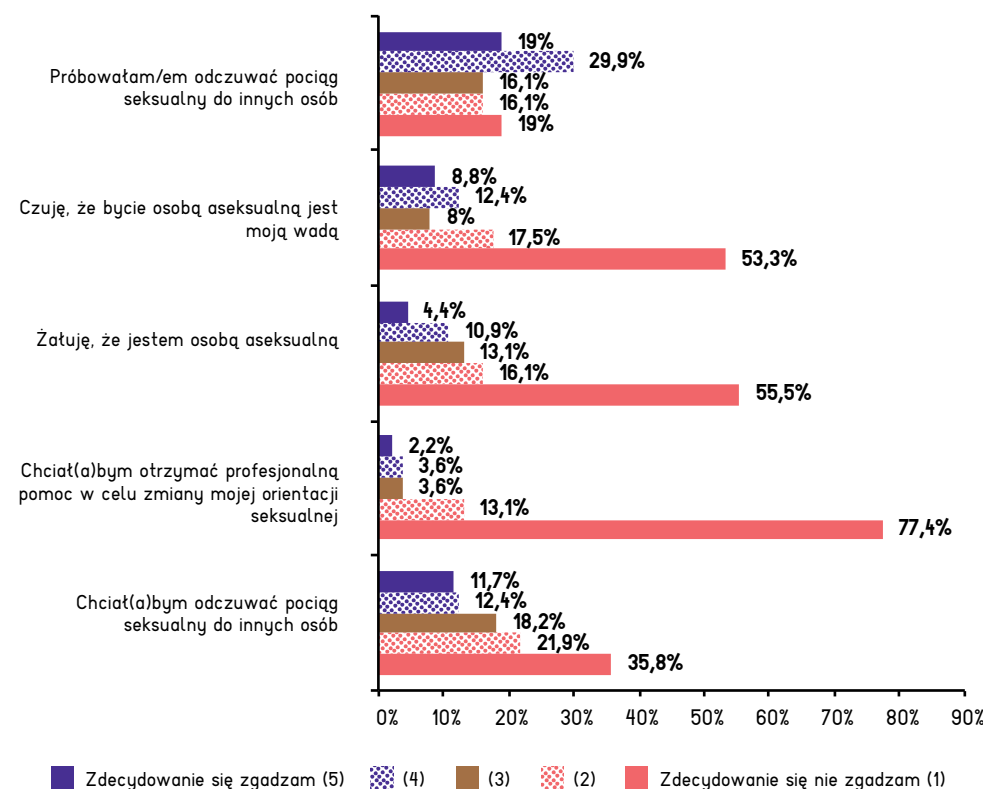
139 Przed dalszymi analizami odpowiedzi na to pytanie zostały przekodowane tak, aby wyższe wartości odzwierciedlały silniejszą zinternalizowaną transfobię.

140 M = 2,52. SD = 1,42. Wyższe wartości oznaczają silniejszą zinternalizowaną transfobię.

dywana negatywnie przez wiek i pozytywnie przez stopę bezrobocia w danym powiecie¹⁴¹. Najwyższym stopniem uwewnętrznionego piętna odznaczały się osoby młode oraz mieszkające na obszarach o wysokim bezrobociu.

Zinternalizowana afobia

Ostatnią grupą, w odniesieniu do której mierzono procesy związane ze stresem mniejszościowym, były osoby aseksualne. Jako że w literaturze psychologicznej nie jest dostępne narzędzie mierzące zinternalizowaną afobię, właściwość tę mierzyliśmy, używając zaadaptowanej wersji skali zinternalizowanej homofobii. Rysunek 37 przedstawia rozkład odpowiedzi na poszczególne pytania.



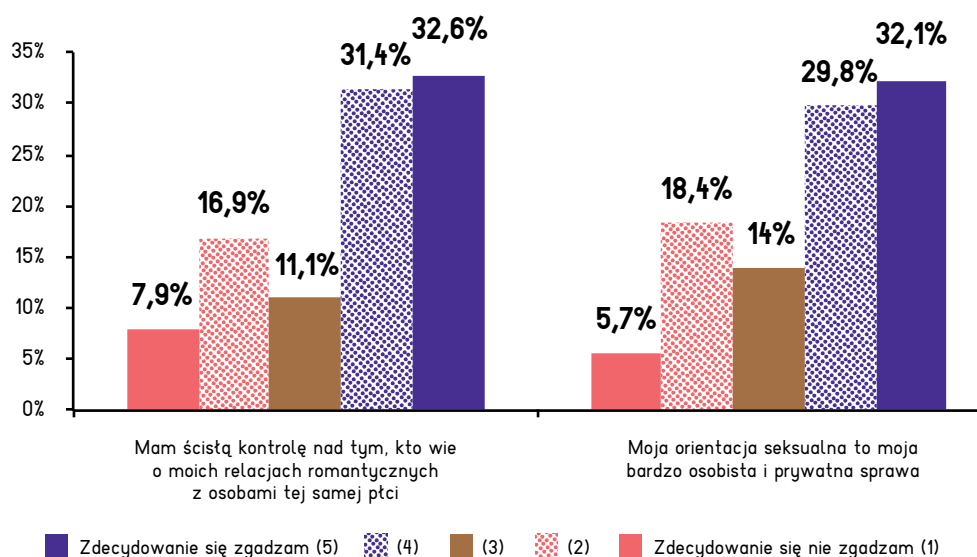
RYS. 37. Rozkład odpowiedzi na pytanie mierzące zinternalizowaną afobię, (N=137)

141 Efekt wieku: B = -0,03; SE = 0,01; p = 0,009; r = -0,15, p = 0,006. Efekt stopy bezrobocia: B = 0,07; SE = 0,03; p = 0,009.

Prawie połowa osób badanych (48,9%) zadeklarowała podejmowanie prób odczuwania pociągu seksualnego do innych osób. Najmniej respondentów/ek zgodziło się ze stwierdzeniem, że chciałoby otrzymać profesjonalną pomoc w celu zmiany swojej orientacji seksualnej (9,6%). Średnia odpowiedzi na pięć zadanych pytań posłużyła jako ogólny wskaźnik zinternalizowanej afobii¹⁴². Żadna spośród uwzględnionych zmiennych społeczno-demograficznych nie przewidywała zinternalizowanej afobii.

Ukrywanie tożsamości – osoby LGB

Osobom LGB zadano dwa pytania mierzące ukrywanie tożsamości (Rys. 38). Większość osób badanych zadeklarowała, że uważa swoją orientację seksualną za sprawę bardzo osobistą (61,9%) oraz ma ścisłą kontrolę nad tym, kto wie o ich relacjach z osobami tej samej płci (64%). Średnia odpowiedzi na oba pytania posłużyła jako wskaźnik ukrywania tożsamości¹⁴³



RYS. 38. Odpowiedzi na pytania mierzące ukrywanie tożsamości (N=5129)

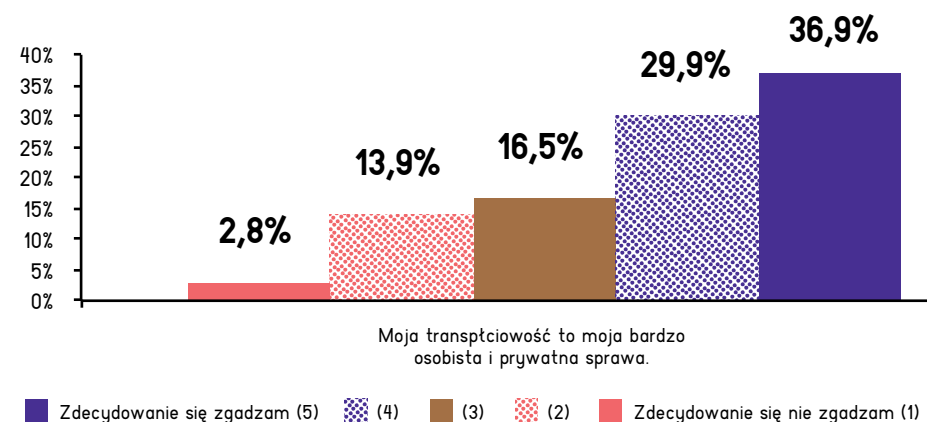
¹⁴² M = 2,19; SD = 0,96; α = 0,81.

¹⁴³ M = 4,98; SD = 1,67; r = 0,51; p < 0,001.

Kontrolę nad informacjami o swojej orientacji seksualnej w największym stopniu sprawowali biseksualni mężczyźni, następnie zaś geje, biseksualne kobiety i lesbijki¹⁴⁴. Ukrywanie swojej tożsamości było przewidywane pozytywnie przez wiek i religijność, a negatywnie przez subiektywną sytuację materialną¹⁴⁵. Innymi słowy: im starsze, bardziej religijne i gorzej sytuowane były osoby badane, w tym większym stopniu kontrolowały one informacje o swojej orientacji seksualnej i uważały je za sprawę prywatną.

Ukrywanie tożsamości – osoby transpłciowe

Osoby T zapytano o to, na ile zgadzają się one ze stwierdzeniem „Moja transpłciowość to moja bardzo osobista i prywatna sprawa”. Rozkład odpowiedzi przedstawiono na Rys. 39.



RYS. 39. Rozkład odpowiedzi na pytanie mierzące ukrywanie tożsamości (N=358)

Ponad połowa respondentów/ek (57,8%) zgodziła się z przedstawionym stwierdzeniem, co wskazuje, że większość osób transpłciowych, które wzięły udział w naszym badaniu, w jakimś stopniu ukrywało swoją tożsamość¹⁴⁶. Uważanie swojej transpłciowości za

¹⁴⁴ Odpowiednio M = 5,57; SD = 1,63; M = 5,03; SD = 1,63; M = 4,99; SD = 1,67; M = 4,66; SD = 1,70. $F(3, 5125) = 26,76$; p < 0,001.

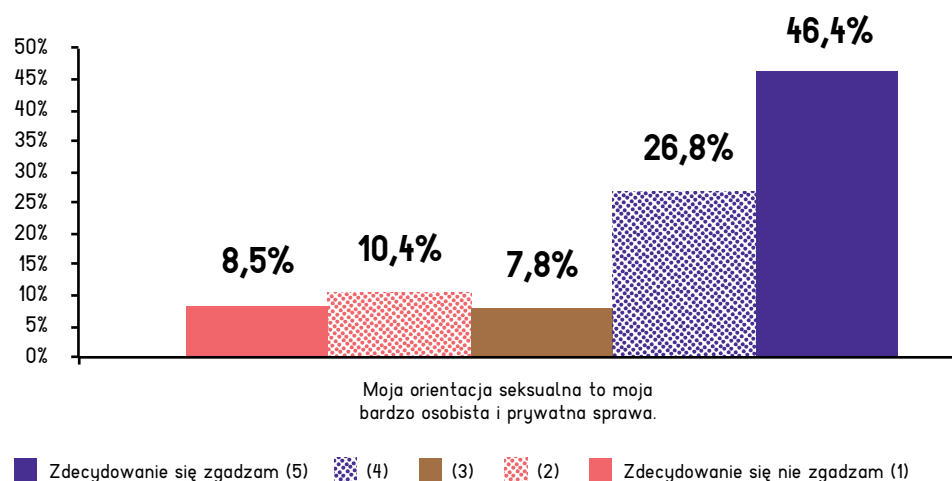
¹⁴⁵ Efekt wieku: B = 0,01; SE = 0,003; p < 0,001; r = 0,04; p = 0,004. Efekt religijności: B = 0,08; SE = 0,02; p < 0,001; r = 0,10; p < 0,001. Efekt subiektywnej sytuacji materialnej: B = -0,03; SE = 0,01; p = 0,014; r = -0,06; p < 0,001.

¹⁴⁶ M = 5,28; SD = 1,74.

sprawę osobistą wiązało się pozytywnie z wykształceniem oraz liczbą mieszkańców powiatu¹⁴⁷. Oznacza to, że im bardziej wykształcone były osoby badane oraz w im większych ośrodkach mieszkały, w tym większym stopniu postrzegały one swoją tożsamość płciową jako kwestię prywatną.

Ukrywanie tożsamości – osoby aseksualne

Podobnie jak w przypadku osób transpłciowych, ukrywanie tożsamości przez osoby aseksualne mierzone było przy pomocy jednego pytania. Rozkład odpowiedzi zaprezentowano na Rys. 40.



RYS. 40. Rozkład odpowiedzi na pytanie mierzące ukrywanie tożsamości (N=153)

Prawie 3/4 respondentów/ek zadeklarowało, że traktuje swoją orientację jako kwestię osobistą i prywatną¹⁴⁸. Ukrywanie tożsamości nie było przewidywane przez żadne czynniki społeczno-demograficzne.

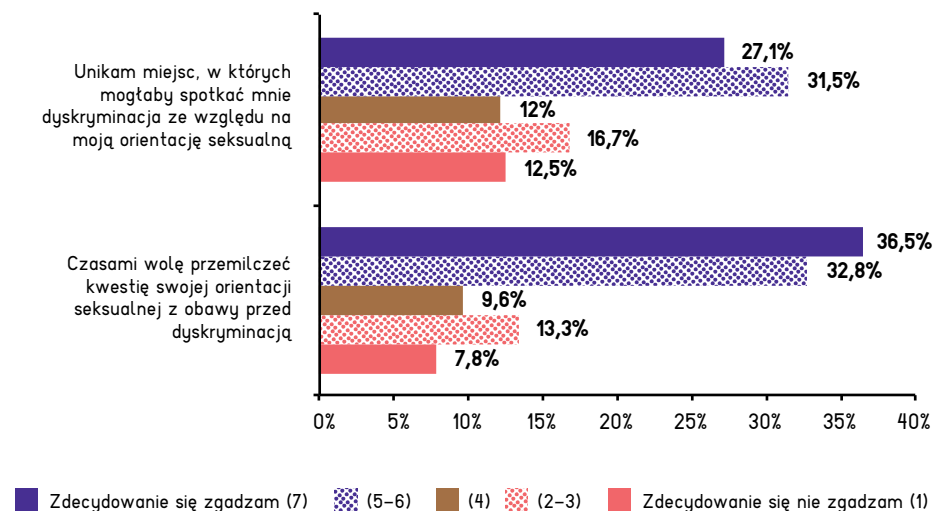
Oczekiwanie odrzucenia – Osoby LGB

Dwa stwierdzenia mierzyły oczekiwanie odrzucenia lub dyskryminacji ze względu na orientację seksualną (Rys. 41). Większość

¹⁴⁷ Efekt wykształcenia: $B = 0,08$; $SE = 0,03$; $p = 0,008$; $r = 0,08$; $p = 0,131$. Efekt liczby mieszkańców powiatu: $B = 0,06$; $SE = 0,03$; $p = 0,021$.

¹⁴⁸ $M = 5,39$; $SD = 2,00$.

osób badanych zadeklarowała unikanie miejsc, w których mogła by je spotkać dyskryminacja (58,6%) oraz okazjonalne pomijanie kwestii własnej orientacji seksualnej z obawy przed dyskryminacją (69,3%). Średnia odpowiedzi na te pytania została wykorzystana jako wskaźnik oczekiwania odrzucenia¹⁴⁹.



RYS. 41. Rozkład odpowiedzi na pytania mierzące oczekiwanie odrzucenia (N=5129)

W największym stopniu dyskryminacji ze względu na orientację seksualną spodziewali się geje, następnie zaś biseksualni mężczyźni, lesbijki i biseksualne kobiety¹⁵⁰. Poza podgrupą LGB oczekiwanie odrzucenia było przewidywane pozytywnie przez wykształcenie i procent osób wierzących w miejscu zamieszkania oraz negatywnie przez subiektywną sytuację materialną¹⁵¹ – osoby lepiej wykształcone, uważające swoje położenie finansowe za gorsze oraz mieszkające w bardziej religijnych społecznościach w większym stopniu obawiały się negatywnych reakcji ze strony innych na wieść o swojej orientacji seksualnej.

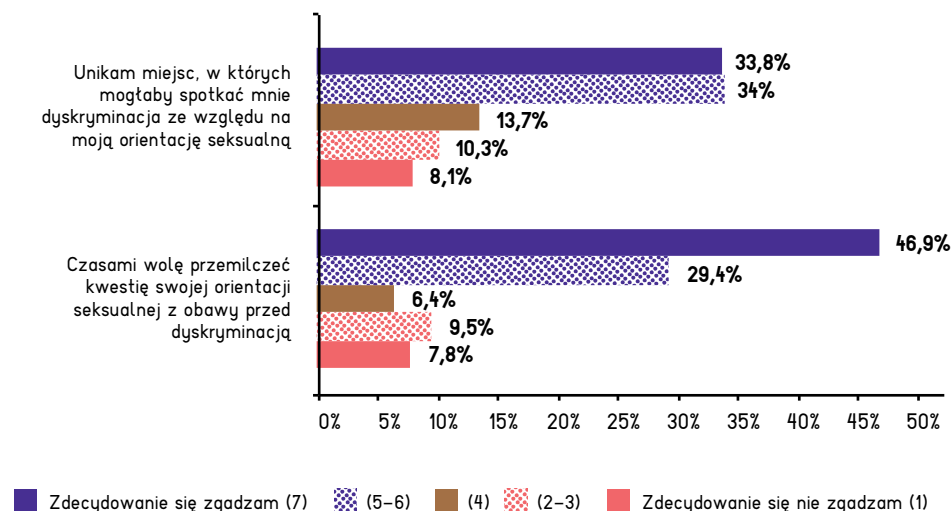
¹⁴⁹ $M = 4,91$; $SD = 1,75$; $r = 0,47$; $p < 0,001$.

¹⁵⁰ Odpowiednio: $M = 5,11$; $SD = 1,69$; $M = 4,99$; $SD = 1,81$; $M = 4,64$; $SD = 1,80$; $M = 4,65$; $SD = 1,79$. $F(3, 5125) = 28.61$; $p < 0,001$.

¹⁵¹ Efekt wykształcenia: $B = 0,04$; $SE = 0,01$; $p < 0,001$; $r = 0,03$; $p = 0,018$. Efekt subiektywnej sytuacji materialnej: $B = -0,05$; $SE = 0,01$; $p < 0,001$; $r = -0,06$; $p < 0,001$. Efekt udziału procentowego wierzących w miejscu zamieszkania: $B = 0,02$; $SE = 0,01$; $p = 0,041$.

Oczekiwanie odrzucenia – Osoby transpłciowe

Dwie pozycje kwestionariusza dotyczyły oczekiwania odrzucenia przez osoby T. Osoby badane pytano, czy z obawy przed dyskryminacją unikają pewnych miejsc lub wolą czasami przemilczeć kwestię swojej transpłciowości (Rys. 42).



RYS. 42. Rozkład odpowiedzi na pytania mierzące oczekiwanie odrzucenia (N=358)

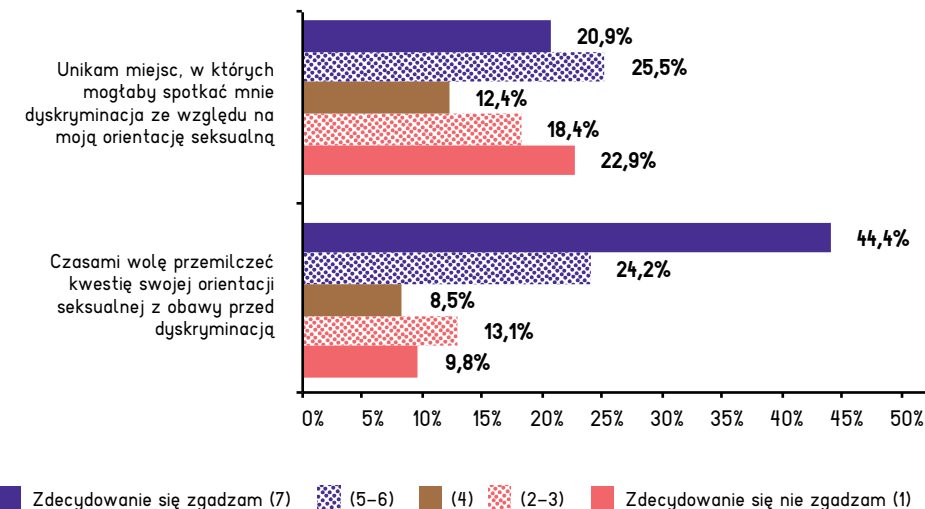
Pond 2/3 osób badanych zadeklarowało, że ze względu na spodziewaną dyskryminację unika pewnych miejsc (67,8%) lub nie wspomina o swojej transpłciowości (76,3%). Na zachowania przeciwnie wskazało odpowiednio 18,4% i 17,3% respondentów/ek. Ogólny wskaźnik odrzucenia, będący średnią odpowiedzi na oba pytania¹⁵², nie był jednak przewidywany przez żadne zmienne społeczno-demograficzne.

Oczekiwanie odrzucenia – Osoby aseksualne

Dwie pozycje mierzyły oczekiwanie odrzucenia przez osoby A. Rysunek 43 przedstawia rozkład odpowiedzi. Ponad 2/3 osób badanych (68,6%) zadeklarowało, że z obawy przed dyskryminacją woli czasami przemilczeć kwestię swojej orientacji seksualnej. Z tego sa-

152 M = 5,33; SD = 1,68; r = 0,51; p < 0,001.

mego powodu prawie połowa respondentów/ek (46,4%) zadeklarowała unikanie pewnych miejsc¹⁵³. Podobnie jak w przypadku osób T, oczekiwanie odrzucenia przez osoby A nie było związane ze zmiennymi demograficznymi.



RYS. 43. Rozkład odpowiedzi na pytania mierzące oczekiwanie odrzucenia (N=153)

Stres mniejszościowy a zdrowie psychiczne

Następnie sprawdziliśmy, niezależnie od stresorów ogólnych, cech społeczno-demograficznych oraz właściwości kontekstu, czy zewnętrzne i wewnętrzne procesy związane ze stresem mniejszościowym przekładały się na zdrowie psychiczne osób LGB, T i A. Czterema uwzględnionymi wskaźnikami zdrowia psychicznego były nasilenie symptomów depresji, natężenie myśli samobójczych, zadowolenie z życia i samoocena. Jako stresory ogólne zdefiniowane zostały niepełnosprawność, zła sytuacja materialna i brak partnera/ki. Włączonymi do analiz cechami społeczno-demograficznymi były wiek, wykształcenie i religijność. Wielkość populacji, średnie wynagrodzenie, stopa bezrobocia i procentowy udział osób wierzących w populacji stanowiły natomiast kontrolowane właściwości powiatu. Wśród osób LGB kategorię odniesienia stanowili geje. Wy-

153 M = 4,62; SD = 1,93; r = 0,56; p < 0,001.

niki analiz w sposób syntetyczny przedstawiono w Tabeli 22. Podczas gdy „+” oznacza pozytywny związek między zmiennymi, „-” odzwierciedla relację negatywną.

Zarówno wewnętrzne, jak i zewnętrzne procesy związane ze stresem mniejszościowym przekładały się na zdrowie psychiczne osób LGB, T i A. Osoby LGB charakteryzujące się wysokim stopniem zinternalizowanej homofobii przejawiały większe nasilenie symptomów depresji, częściej myślały o samobójstwie, deklarowały mniejsze zadowolenie z życia i miały niższą samoocenę. Z kolei u osób T zinternalizowana transfobia łączyła się z większym nasileniem objawów depresji i mniejszym zadowoleniem z życia. Zinternalizowana afobia wiązała się natomiast z niższą samooceną.

Ukrywanie tożsamości przez osoby LGB łączyło się z mniejszym zadowoleniem z życia i niższą samooceną. Co ciekawe, osoby LGB, które ukrywały swoją tożsamość wykazywały mniejsze nasilenie symptomów depresji. Podobny w swojej wymowie wynik odnotowano także u osób T, wśród których ukrywanie tożsamości, płciowej przekładało się na rzadsze występowanie myśli samobójczych.

Osoby LGB spodziewające się odrzucenia ze względu na swoją orientację seksualną cechowały się większym nasileniem symptomów depresji, częstszym występowaniem myśli samobójczych, mniejszym zadowoleniem z życia oraz niższą samooceną. Wśród osób T oczekiwanie odrzucenia wiązało się z silniejszymi objawami depresji oraz częstszymi myślami samobójczymi. Wreszcie, oczekujące odrzucenia osoby A deklarowały częstsze myśli samobójcze i mniejsze zadowolenie z życia.

Negatywne skutki dla zdrowia psychicznego miało doświadczenie przemocy motywowanej nienawiścią. Osoby LGB, które doznały przemocy fizycznej ze względu na swoją orientację seksualną, deklarowały większe nasilenie symptomów depresji, częstsze myśli samobójcze, mniejsze zadowolenie z życia i niższą samoocenę. Podobne efekty (oprócz związku z samooceną) stwierdzono dla przemocy psychicznej. Przemoc motywowana nienawiścią nie przekładała się natomiast na zdrowie psychiczne osób A.

Odporność na stres mniejszościowy

Ważnym zagadnieniem w badaniach nad stresem jest kwestia odporności, tj. czynników, które ograniczają negatywne oddziaływanie stresujących okoliczności na zdrowie psychiczne. W niniejszym

podrozdziale opisujemy czynniki ochronne wyróżnione w modelu stresu mniejszościowego (Rys. 34), czyli wsparcie społeczne, strategie radzenia sobie ze stresem oraz identyfikację z grupą własną. Sprawdzamy też, czy tłumili one efekty stresu mniejszościowego w badanej próbie.

Wsparcie społeczne

Za jedno z podstawowych źródeł odporności na stres uważane jest wsparcie społeczne – funkcjonowanie psychiczne osób, które mogą liczyć na innych, jest w mniejszym stopniu zależne od stresujących okoliczności¹⁵⁴. Rola wsparcia społecznego jako bufora ograniczającego negatywne efekty stresu mniejszościowego jest też podkreślana w odniesieniu do osób LGBTIA¹⁵⁵.

W naszym badaniu wsparcie społeczne mierzone było na kilka sposobów. W pierwszej kolejności pytaliśmy respondentów/ki, na ile osób mogą oni/e liczyć, gdy mają poważne problemy osobiste. Prawie wszystkie osoby badane (95%) zadeklarowały, że mogą liczyć na co najmniej jedną osobę. Niespełna połowa respondentów/ek (45%) wskazała, że ma od trzech do pięciu takich osób, 1/3 (33%) miała jedną lub dwie takie osoby, a 17% wybrało odpowiedź „6 lub więcej”.

Grupy wyróżnione ze względu na orientację seksualną i tożsamość płciową różniły się deklarowanym wsparciem¹⁵⁶. Na największej osób liczyć mogli geje, na najmniej zaś – osoby transpłciowe¹⁵⁷. Czynnikiem z poziomu indywidualnego, które pozytywnie przewidywały liczbę potencjalnych źródeł wsparcia, były ponadto wiek, wykształcenie, subiektywna sytuacja materialna oraz religijność¹⁵⁸. Im starsze, lepiej wykształcone, lepiej sytuowane i bardziej religijne były osoby badane, tym większa była liczba osób, na które mogły

154 Zob. Frese, M. (1999). *Social support as a moderator of the relationship between work stressors and psychological dysfunctioning: A longitudinal study with objective measures*. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4, 179-192.

155 Meyer, I. H. (2015). *Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities*. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2, 209-213.

156 $F(5, 5756) = 25,87, p < 0,001$

157 Geje: $M = 2,85; SD = 0,79$. Lesbijki: $M = 2,76; SD = 0,79$. Kobiety biseksualne: $M = 2,65; SD = 0,78$. Mężczyźni biseksualni: $M = 2,54; SD = 0,81$. Osoby aseksualne: $M = 2,47; SD = 0,80$. Osoby transpłciowe: $M = 2,45; SD = 0,79$.

158 Efekt wieku: $B = 0,003; SE = 0,001; p = 0,021$. Efekt wykształcenia: $B = 0,02; SE = 0,01; p < 0,001$. Efekt sytuacji materialnej: $B = 0,05; SE = 0,01; p < 0,001$. Efekt religijności: $B = 0,02; SE = 0,01; p < 0,001$.

TAB. 22. Stres mniejszościowy a zdrowie psychiczne osób LGB, T i A*

Wskaźnik zdrowia psychicznego Podgrupa LGBTA	Depresja			Myśli samobójcze			Zadowolenie z życia			Samocena		
	LGB	T	A	LGB	T	A	LGB	T	A	LGB	T	A
<i>Podgrupa LGB</i>												
Lesbijki	+			+						-		
Biseksualni mężczyźni												
Biseksualne kobiety	+			+						-		
<i>Wewnętrzne procesy związane ze stresem mniejszościowym</i>												
Zinternalizowane piętno	+	+		+			-	-		-		-
Ukrywanie tożsamości	-				-		-			-		
Oczekiwanie odrzucenia	+	+		+	+	+	-		-	-		
<i>Zewnętrzne procesy związane ze stresem mniejszościowym</i>												
Przemoc fizyczna	+	+		+	+		-	-		-		
Przemoc psychiczna	+	+		+	+		-					
<i>Stresory ogólne</i>												
Niepełnosprawność	+			+			-					
Subiektywna sytuacja materialna	-			-			+	+	+	+		
Brak partnera/ki	+			+			-	-	-	-		-
<i>Cechy społeczno-demograficzne</i>												
Wiek	-	-	-	-	-	-				+	+	+
Wykształcenie	-	-		-			+			+		
Religijność	-		-	-			+	+	+	+		+
<i>Właściwości kontekstu (powiatu)</i>												
Populacja	+											
Przeciętne wynagrodzenie												
Stopa bezrobocia												
Procent osób wierzących		+			+							

* Zaznaczono wyłącznie efekty istotne statystycznie ($p < 0,05$).

one liczyć. Istotne było także oddziaływanie właściwości powiatów. Im większa była populacja danego powiatu oraz im mniejszą jej część stanowiły osoby wierzące, tym większa była liczba osób, na które liczyć mogli/ły respondenci/teki¹⁵⁹.

Respondentów/ki pytano też o to, w jakim stopniu inne osoby (np. rodzina, przyjaciele, znajomi) okazują im pozytywne zainteresowanie. Duże pozytywne zainteresowanie ze strony innych zadeklarowało 37% osób badanych, zaś pewny stopień zainteresowania – 35%. Odpowiedzi wskazujące na brak lub niewielkie pozytywne zainteresowanie zaznaczyło 12% respondentów/ek. Część osób badanych (16%) nie była w stanie ocenić, czy otrzymywane przez nie pozytywne zainteresowanie jest małe czy duże.

Odpowiedzi osób badanych różnicowane były przez podgrupę LGTB¹⁶⁰. Największą ilość pozytywnego zainteresowania ze strony innych otrzymywali geje, a najmniejszą – osoby transpłciowe¹⁶¹. Ponadto zainteresowanie było przewidywane pozytywnie przez wykształcenie, postrzeganą sytuację materialną i religijność, a negatywnie przez stopę bezrobocia i udział osób wierzących w populacji powiatu¹⁶². Oznacza to, że im lepiej wykształcone, lepiej sytuowane i bardziej religijne były osoby badane oraz im mniej było osób bezrobotnych i wierzących w ich miejscu zamieszkania, tym więcej pozytywnego zainteresowania otrzymywały one ze strony innych.

W badaniu mierzona była także integracja ze społecznością LGBA – osoby badane poprosiliśmy o wskazanie, jaki procent ich znajomych stanowią osoby heteroseksualne, homoseksualne, biseksualne i asekualne. Największą część znajomych osób badanych stanowiły osoby heteroseksualne (71,4%), następnie zaś osoby homoseksualne (20,85%), biseksualne (6,77%) i asekualne (0,98%). Udział osób heteroseksualnych wśród znajomych różnicowany był przez podgrupę LGBA¹⁶³. Najwięcej osób heteroseksualnych w swojej

sieci społecznej mieli biseksualni mężczyźni, a najmniej – geje¹⁶⁴.

Warto zaznaczyć, że udział osób homoseksualnych, biseksualnych i asekualnych był większy w gronie przyjaciół (34,98%) niż znajomych (28,6%) respondentów/ek. Rezultat ten wskazuje na działanie zasady homofilii, zgodnie z którą ludzie mają tendencję do nawiązywania relacji z innymi osobami o podobnych cechach¹⁶⁵. W przypadku uczestników/czek naszego badania cechą tą była tożsamość mniejszościowa.

Strategie radzenia sobie ze stresem

Sposoby radzenia sobie w trudnych sytuacjach opisaliśmy szczegółowo w rozdziale o dobrostanie psychicznym. Warto jednak dodać, że strategie radzenia sobie ze stresem są potencjalnym buforem dla oddziaływania stresu mniejszościowego na zdrowie psychiczne. Szczególnie poszukiwanie pomocy u innych i mobilizacja do działania, jako rozwiązania konstruktywne, mogą hamować negatywne skutki stresu mniejszościowego. Postanowiliśmy zatem przyjrzeć się im bliżej.

Poszukiwanie pomocy u innych było przewidywane negatywnie przez wiek oraz pozytywnie przez wykształcenie i religijność¹⁶⁶ – zewnętrznego wsparcia częściej poszukiwały osoby młodsze, lepiej wykształcone i bardziej religijne.

Mobilizacja w obliczu problemów była pozytywnie przewidywana przez wiek, wykształcenie i postrzeganą sytuację materialną¹⁶⁷. Im starsze, lepiej wykształcone i lepiej sytuowane były osoby badane, tym częściej na swoje problemy odpowiadały one działaniem.

Identyfikacja z osobami LGTBIA

Ostatnim czynnikiem mającym potencjał, by osłabiać negatywne efekty stresu mniejszościowego, jest identyfikacja z grupą

159 Efekt wielkości populacji: $B = 0,01$; $SE = 0,003$; $p = 0,049$. Efekt procentowego udziału osób wierzących: $B = -0,01$; $SE = 0,004$; $p = 0,039$.

160 $F(5, 5772) = 25,51$, $p < 0,001$.

161 Geje: $M = 4,06$; $SD = 1,05$. Lesbijki: $M = 3,97$; $SD = 1,08$. Kobiety biseksualne: $M = 3,86$; $SD = 1,10$. Mężczyźni biseksualni: $M = 3,77$; $SD = 1,13$. Osoby asekualne: $M = 3,73$; $SD = 1,18$. Osoby transpłciowe: $M = 3,44$; $SD = 1,25$.

162 Efekt wykształcenia: $B = 0,03$; $SD = 0,01$; $p < 0,001$. Efekt sytuacji materialnej: $B = 0,07$; $SD = 0,01$; $p < 0,001$. Efekt religijności: $B = 0,03$; $SD = 0,01$; $p < 0,001$. Efekt stopy bezrobocia: $B = -0,02$; $SD = 0,01$; $p = 0,023$. Efekt procentowego udziału osób wierzących: $B = -0,01$; $SD = 0,01$; $p = 0,039$.

163 $F(4, 5570) = 17,16$, $p < 0,001$.

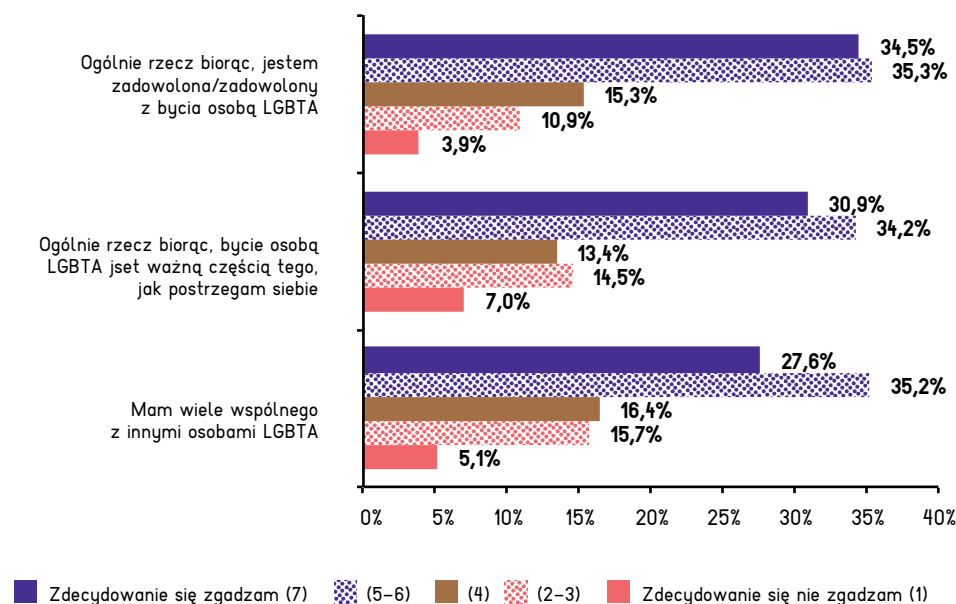
164 Mężczyźni biseksualni: $M = 79,14$; $SD = 20,18$. Osoby asekualne: $M = 76,98$; $SD = 22,02$. Kobiety biseksualne: $M = 73,87$; $SD = 20,70$. Lesbijki: $M = 70,52$; $SD = 23,86$. Geje: $M = 70,31$; $SD = 23,17$.

165 McPherson, M., Smith-Lovin, L. i Cook, J. M. (2001). *Birds of a feather: Homophily in social networks*. *Annual Review of Sociology*, 27, 415-444.

166 Efekt wieku: $B = -0,02$; $SE = 0,01$; $p < 0,001$. Efekt wykształcenia: $B = 0,07$; $SE = 0,01$; $p < 0,001$. Efekt religijności: $B = 0,05$; $SE = 0,01$; $p < 0,001$.

167 Efekt wieku: $B = 0,02$; $SE = 0,003$; $p < 0,001$. Efekt wykształcenia: $B = 0,07$; $SE = 0,01$; $p < 0,001$. Efekt sytuacji materialnej: $B = 0,112$; $SE = 0,02$; $p < 0,001$.

mniejszościową. Jak wskazują wyniki licznych badań¹⁶⁸, silne utożsamianie się z mniejszością dostarcza zasobów emocjonalnych, społecznych i poznawczych, by odpowiadać na doświadczaną dyskryminację w sposób konstruktywny. W naszym badaniu osoby LGBTa poprosiliśmy o ustosunkowanie się do trzech stwierdzeń mierzących identyfikację z grupą własną (Rys. 44). Poprzez uśrednienie odpowiedzi na te pytania skonstruowany został zbiorczy wskaźnik identyfikacji¹⁶⁹.



RYS. 44. Rozkład odpowiedzi na pytania mierzące identyfikację z grupą własną (N=5562)

Większość badanych stwierdziła, że jest zadowolona z bycia osobą LGBTa (69,8%), ma wiele wspólnego z innymi osobami LGBTa (62,8%), a bycie osobą LGBT jest ważną częścią ich tożsamości (65,1%). Podgrupy społeczności LGBTa różniły się pod względem identyfikacji¹⁷⁰. W największym stopniu z grupą własną identyfikowały się lesbijki, a najmniej – biseksualni mężczyźni¹⁷¹.

168 Barreto, M., & Ellemers, N. (2015). Chapter three-Detecting and experiencing prejudice: New answers to old questions. *Advances in Experimental Social Psychology*, 52, 139-219.

169 $M = 5,10$; $SD = 1,50$; $\alpha = 0,79$.

170 $F(5, 5556) = 45,54$; $p < 0,001$.

171 Lesbijki: $M = 5,50$; $SD = 1,34$. Kobiety biseksualne: $M = 5,15$; $SD = 1,41$. Osoby transpłciowe:

Identyfikacja z grupą własną była przewidywana negatywnie przez wykształcenie i religijność – im lepiej wykształcone i bardziej religijne były osoby badane, tym mniej identyfikowały się one z osobami LGBTa¹⁷².

Czynniki osłabiające działanie stresu mniejszościowego na zdrowie psychiczne

Następnie sprawdziliśmy, czy przedstawione trzy grupy czynników – wsparcie społeczne, strategie radzenia sobie ze stresem oraz identyfikacja z grupą własną – osłabiały negatywne efekty stresu mniejszościowego na cztery mierzone w badaniu aspekty zdrowia psychicznego – symptomy depresji, myśli samobójcze, zadowolenie z życia i samoocenę. Dodatkowo, sprawdziliśmy też, czy reakcje na stres mniejszościowy zależały od społeczno-demograficznych cech respondentów/ek, takich jak wiek, wykształcenie, wielkość miejscowości zamieszkania, dochody, subiektywna sytuacja materialna czy postrzeganie nastawienia społeczności lokalnej do osób LGb jako pozytywnego. Wyniki naszych analiz w sposób skrótowy przedstawia Tabela 23.

Im większa była liczba osób, na które mogli/ły liczyć respondenci/cki, tym słabsze były niekorzystne następstwa przemocy psychicznej, ukrywania własnej tożsamości czy oczekiwania odrzucenia. Przykładowo, podczas gdy u osób, które dysponowały niewielkim wsparciem, ukrywanie tożsamości prowadziło do spadku samooceny, u osób badanych mających duże wsparcie bliskich nie było takiej zależności.

Pozytywne zainteresowanie ze strony bliskich hamowało natomiast niekorzystne skutki uwewnętrznionego piętna. U osób LGb deklarujących niskie pozytywne zainteresowanie ze strony bliskich zinternalizowana homofobia przekładała się na większe nasilenie myśli samobójczych. Chociaż prawidłowość ta występowała również u osób cieszących się dużym pozytywnym zainteresowaniem, była jednak słabsza.

Bardzo skutecznie przed niekorzystnymi skutkami stresu mniejszościowego chroniło poszukiwanie pomocy u innych – sto-

$M = 5,13$; $SD = 1,65$. Geje: $M = 5,07$; $SD = 1,50$. Osoby aseksualne: $M = 4,75$; $SD = 1,33$. Biseksualni mężczyźni: $M = 4,11$; $SD = 1,64$.

172 Efekt wykształcenia: $B = -0,03$; $SE = 0,01$; $p < 0,001$. Efekt religijności: $B = -0,08$; $SE = 0,01$; $p < 0,001$.

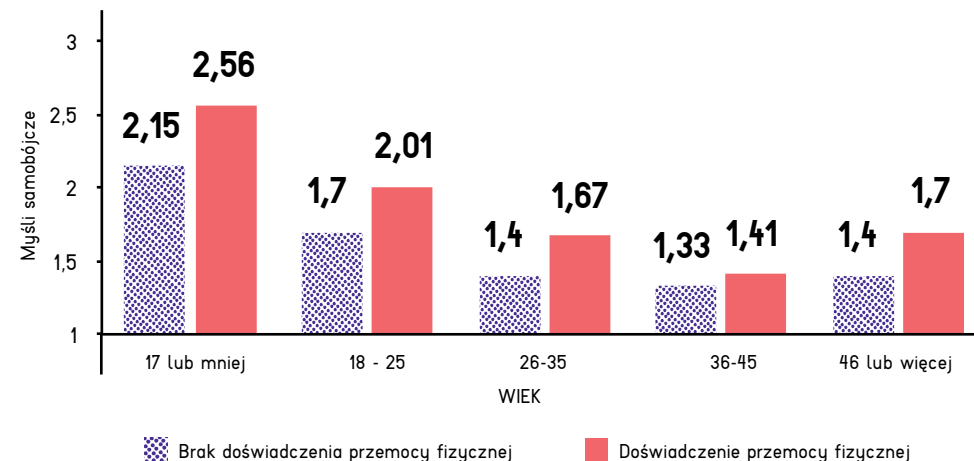
sowanie tej strategii radzenia sobie ze stresem osłabiało następstwa przemocy fizycznej i psychicznej, uwewnętrznionego piętna oraz oczekiwania odrzucenia. Na przykład oczekiwanie odrzucenia w mniejszym stopniu nasilało myśli samobójcze u osób, które w obliczu trudności zwykły korzystać z pomocy i rady innych.

TAB. 23. Czynniki osłabiające negatywne oddziaływanie stresu mniejszościowego na zdrowie psychiczne osób badanych

Czynniki ochronne	Procesy zewnętrzne związane ze stresem mniejszościowym	
	Przemoc fizyczna	Przemoc Psychiczna
	Wiek	Wiek
	Wykształcenie	Wykształcenie
	Dochody	Dochody
	Wielkość miejscowości zamieszkania	Wielkość miejscowości zamieszkania
	Poszukiwanie pomocy u innych	Liczba osób, na które można liczyć
	Mobilizacja	Poszukiwanie pomocy u innych
		Mobilizacja
Procesy wewnętrzne związane ze stresem mniejszościowym		
	Zinternalizowane piętno	Ukrywanie tożsamości
	Oczekiwanie odrzucenia	
	Pozytywne zainteresowanie	Liczba osób, na które można liczyć
	Subiektywna sytuacja materialna	
	Poszukiwanie pomocy u innych	Liczba osób, na które można liczyć
		Poszukiwanie pomocy u innych

Mobilizacja w obliczu trudności chroniła przed negatywnymi rezultatami przemocy fizycznej, np. nasileniem myśli samobójczych. Doświadczenie przemocy fizycznej w większym stopniu przekładało się na wzrost myśli samobójczych u osób, które nie mobilizowały się do działania w odpowiedzi na kłopoty, niż u osób stosujących tę strategię radzenia sobie ze stresem.

Wiek osób badanych warunkował następstwa przemocy fizycznej i psychicznej motywowanej nienawiścią. Im starsze były osoby badane, tym słabsze były negatywne skutki doświadczenia przemocy. Przykładowo, na wzrost myśli samobójczych w związku z doznaniem przemocy fizycznej najbardziej podatna była młodzież (Rys. 45).



RYS. 45. Efekty przemocy fizycznej na myśli samobójcze w grupach wyróżnionych ze względu na wiek (N=5782)

Podobnie wykształcenie chroniło przed pogorszeniem się dobrostanu osób badanych na skutek przemocy fizycznej i psychicznej. Przykładowo, przemoc psychiczna motywowana nienawiścią obniżała samoocenę u osób z wykształceniem podstawowym i zawodowym, ale nie u osób z wykształceniem średnim i wyższym.

Rolę bufora tłumiącego negatywne następstwa przemocy fizycznej i psychicznej pełniły również dochody. Dla przykładu, osoby badane dysponujące niewielką ilością pieniędzy reagowały na doświadczenie przemocy fizycznej silniejszym spadkiem zadowolenia z życia niż obiektywnie lepiej sytuowani/e respondenci/tki.

Subiektywna sytuacja materialna łagodziła negatywne skutki przemocy fizycznej i psychicznej oraz oczekiwania odrzucenia. Przykładowo, u osób postrzegających swoje położenie finansowe

jako złe oczekiwanie odrzucenia w większym stopniu nasilało myśli samobójcze niż u osób uważających swoją sytuację materialną za dobrą.

Czynnikiem osłabiającym negatywne następstwa doświadczenia przemocy fizycznej i psychicznej była wielkość miejsca zamieszkania. Doświadczenie przemocy fizycznej prowadziło do silniejszego wzrostu myśli samobójczych u mieszkańców/nek małych miejscowości niż u osób mieszkających w dużych miejscowościach.

Skutki przemocy psychicznej motywowanej nienawiścią były osłabiane przez postrzeganie nastawienia społeczności lokalnej do osób LGB jako pozytywnego. Przemoc psychiczna prowadziła do spadku samooceny, gdy normy społeczne w miejscu zamieszkania były odbierane jako mniej pozytywne.

Działania stresu mniejszościowego nie ograniczały identyfikacja z grupą własną oraz duży udział reprezentantów/ek grup mniejszościowych w gronie znajomych i przyjaciół/ek.

Podsumowanie

- 1 Stres mniejszościowy przekładał się na dobrostan badanych osób LGB, T i A, a jego oddziaływanie było niezależne od stresorów ogólnych, czyli tych, które mogą dotyczyć też członków grupy większościowej (tj. niepełnosprawności, złej sytuacji materialnej i braku partnera/ki).
- 2 Do pogorszenia się zdrowia psychicznego prowadziło doświadczenie przemocy fizycznej motywowanej nienawiścią, którego nasilenie związane było z większym nasileniem symptomów depresji, częstszymi myślami samobójczymi, niższą samooceną i mniejszym zadowoleniem z życia u osób LGBT.
- 3 Negatywne oddziaływanie na zdrowie psychiczne miały: doświadczenie przemocy psychicznej, oczekiwanie odrzucenia oraz uwewnętrznione piętno.
- 4 Niespodziewanie potencjał adaptacyjny ujawniło ukrywanie tożsamości, które zmniejszało nasilenie symptomów depresji u osób LGB oraz myśli samobójcze u osób transpłciowych.
- 5 Efekty stresu mniejszościowego były ograniczane przez stosowanie konstruktywnych strategii radzenia sobie (tj. poszukiwanie pomocy u innych i mobilizację w obliczu trudności), duże wsparcie społeczne (tj. liczbę osób, na które można liczyć i pozytywne zainteresowanie ze strony bliskich) oraz charakterystyki demograficzne, takie jak bardziej zaawansowany wiek, lepsze wykształcenie, zamieszkiwanie w dużej miejscowości, wysokie dochody i subiektywnie dobrą sytuację materialną. Negatywnych skutków stresu mniejszościowego nie łagodziły identyfikacja z grupą własną oraz nasycenie sieci znajomych i przyjaciół/ek przedstawicielami/kami mniejszości seksualnych.
- 6 Położenie podgrup społeczności LGTBTA jest różne. W stosunkowo dobrej sytuacji znajdują się geje i lesbijki. Ci pierwsi, chociaż najbardziej wśród osób LGB obawiają się odrzucenia ze względu na własną orientację seksualną, dysponują jednocześnie największymi zasobami, by radzić sobie ze stresem mniejszościowym. Homoseksualni mężczyźni są najlepiej zintegrowani ze swoją społecznością, mają najwięcej osób, na które mogą liczyć, otrzymują od bliskich najwięcej pozytywnego zainteresowania i najczęściej

korzystają z konstruktywnych strategii radzenia sobie ze stresem. Lesbijki przejawiały niższy od pozostałych osób LGTB poziom zinternalizowanej homofobii i w mniejszym stopniu ukrywały własną tożsamość.

- 7 W trudnej sytuacji znajdują się biseksualni mężczyźni. Funkcjonowanie na granicy dwóch światów – heteroseksualnej większości i mniejszości LGTB – łączyło się w przypadku tej grupy z dużymi kosztami. Biseksualni mężczyźni przejawiali najwyższy poziom zinternalizowanej homofobii i w największym stopniu spośród osób LGTB ukrywali swoją tożsamość. Słaba była też ich integracja ze społecznością LGTB, o czym świadczy niska identyfikacja z tą grupą oraz relatywnie niski odsetek osób LGTB w gronie znajomych oraz przyjaciół/ek. Tego rodzaju koszty raczej nie dotyczyły biseksualnych kobiet, które w najmniejszym stopniu spośród osób LGTB obawiały się odrzucenia ze względu na swoją orientację seksualną.
- 8 Trudne było położenie osób transpłciowych, które otrzymywały najmniej wsparcie społeczne i najrzadziej mobilizowały się w odpowiedzi na problemy.
- 9 Osoby aseksualne najrzadziej ze wszystkich rozróżnionych w badaniu grup w obliczu kłopotów poszukiwały pomocy u innych.
- 10 Rozmiar negatywnych skutków doświadczanego stresu mniejszościowego okazał się kwestią klasową. Podobnie jak w badaniu *Hate No More 2015*¹⁷³ spadek dobrostanu osób LGTB w wyniku stresu mniejszościowego był słabszy u tych respondentów/ek, którzy/e dysponowali/ły wysokimi dochodami lub uważali/ły swoją sytuację materialną za dobrą. Środki materialne ogrywały podwójną rolę – nie tylko bezpośrednio przekładały się na dobrostan (zwiększając np. zadowolenie z życia), lecz także tłumili skutki negatywnych zdarzeń (tj. doświadczenia przemocy) i negatywnych przekonań (tj. oczekiwania odrzucenia).
- 11 Przed następstwami stresu mniejszościowego chroniło wykształcenie – dobrostan osób mających za sobą dłuższy okres nauki nie pogarszał się w wyniku stresu

mniejszościowego tak bardzo, jak w przypadku osób gorzej wykształconych.

- 12 Mieszkańcy/nki dużych miast ponosili/ły mniejsze koszty stresu mniejszościowego niż osoby ze wsi i małych miasteczek.
- 13 Ważnym czynnikiem uodporniającym okazał się wiek – im starsze były osoby badane, w tym słabsze były u nich niekorzystne skutki stresu mniejszościowego.
- 14 Ochronny charakter cech demograficznych – dochodów, postrzeganej sytuacji materialnej, wykształcenia, wielkości miejsca zamieszkania i wieku koresponduje z wynikami naszych wcześniejszych badań, zgodnie z którymi największe koszty doświadczenia przemocy motywowanej homofobią i transfobią ponoszą osoby dysponujące niewielkimi zasobami, a więc osoby młode, słabo wykształcone, gorzej sytuowane i mieszkające w niewielkich miejscowościach.
- 15 Spośród właściwości indywidualnych niejasny status okazała się mieć religijność. Z jednej strony osoby wierzące przejawiały silniejszą zinternalizowaną homofobię i w większym stopniu ukrywały swoją tożsamość, a z drugiej miały większe wsparcie społeczne i częściej poszukiwały pomocy u innych w obliczu trudności.
- 16 Dobrej kondycji psychicznej sprzyjało zamieszkiwanie w powiatach o dużej liczbie mieszkańców, które niezależnie od branych pod uwagę czynników indywidualnych (wieku, wykształcenia, sytuacji materialnej i religijności) i innych właściwości z poziomu powiatów przekładało się na większą liczbę źródeł wsparcia. W powiatach charakteryzujących się większym bezrobociem osoby transpłciowe deklarowały silniejszą zinternalizowaną transfobię, a wszystkie osoby badane otrzymywały mniej pozytywnego wsparcia.
- 17 Aby ograniczyć negatywne efekty stresu mniejszościowego, osoby LGTB mogą podjąć kilka strategii indywidualnych. Jedną z nich próba powiększenia grona osób, od których można uzyskać wsparcie społeczne oraz zwracanie się do bliskich o pomoc w sytuacji kryzysu. Drugą jest dążenie do zwiększenia puli twardych zasobów takich, jak wykształcenie czy dochody, które pozwalają uniezależnić się od obciążających środowisk (np. społeczności lokalnej czy rodziny) i wspomagają mobilność przestrzenną. Osobnym

173 Górska P., Budziszewska M., Knut P. i Łada P., *Raport o Polsce – homofobiczne i transfobiczne przestępstwa z nienawiści a wymiar sprawiedliwości*, Kampania Przeciw Homofobii, 2016.

i potencjalnie najbardziej skutecznym sposobem na załagodzenie skutków stresu mniejszościowego jest jednak podjęcie działań systemowych (np. akcji edukacyjnych), które mogłyby ograniczyć ilość stresorów (np. przemocy) doświadczanych przez osoby LGBT+.

Mowa nienawiści wobec lesbijek i gejów

Celem niniejszego rozdziału jest opisanie i porównanie do populacji ogólnopolskiej skali zjawiska mowy nienawiści wśród osób bezpośrednio nią dotkniętych – gejów i lesbijek. Wskazane zostaną również potencjalne konsekwencje kontaktu z mową nienawiści dla dobrostanu psychicznego tych grup mniejszościowych.

Mowa nienawiści – czyli obraźliwe stwierdzenia skierowane w stronę grup mniejszościowych – dopiero od niedawna stanowi przedmiot zainteresowania badaczy nauk społecznych w Polsce. W ramach badań przeprowadzonych w 2016 roku (Winiewski i in., 2017) pokazano skalę zjawiska mowy nienawiści w Polsce, jak również jego negatywne konsekwencje dla postaw i zachowań u osób należących do większości polskiego społeczeństwa. W tych badaniach wskazano między innymi na związki mowy nienawiści z większym poziomem uprzedzeń wobec grup mniejszościowych, większą skłonnością do akceptacji przemocy, silniejszym poparciem dla antyimigranckiej polityki państwa oraz z radykalizacją polityczną.

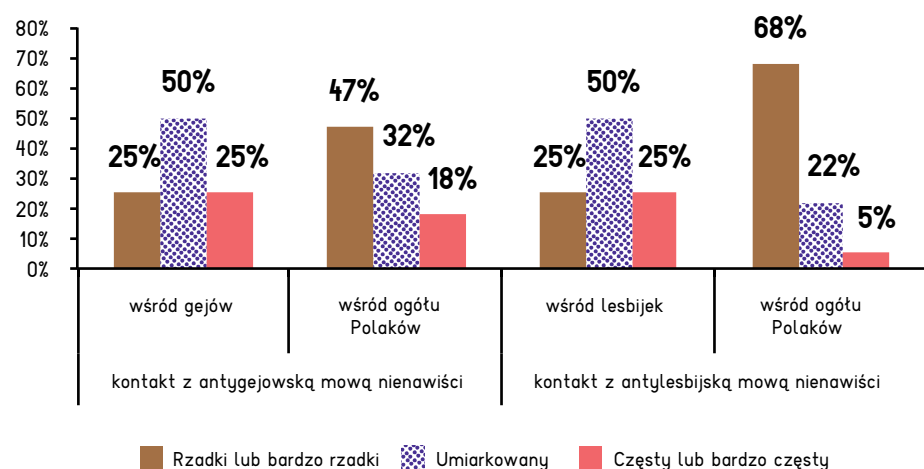
W niniejszym badaniu skupiliśmy się na gejach i lesbijkach, ponieważ rzadko można wyodrębnić mowę nienawiści dotyczącą *stricte* osób biseksualnych, queerowych i aseksualnych – sprawcy zazwyczaj nie odróżniają różnorodności orientacji seksualnych. Jeśli zaś chodzi o osoby transpłciowe, ich wersja kwestionariusza była obszerniejsza, niż w przypadku osób cisplciowych, toteż w celu uniknięcia obciążenia tej grupy, nie zaprezentowaliśmy im tej części kwestionariusza.

Częstość kontaktu z mową nienawiści wśród gejów i lesbijek

W ramach przeprowadzonego sondażu osoby deklarujące się jako geje lub lesbijki zapoznawały się z trzema wybranymi przykładami mowy nienawiści dotyczącej ich tożsamości. Następnie były one prośzone o zaznaczenie Jak często spotykają się ze stwierdzeniami podobnymi do powyższych? Wśród obu grup rozkłady odpowiedzi były niemal identyczne. Aż 25% procent gejów i lesbijek deklarowało częsty lub bardzo częsty¹⁷⁴ kontakt z tego rodzaju stwierdzeniami. Około 50% gejów i lesbijek deklarowało umiarkowaną częstość kontaktu z mową nienawiści, natomiast 25% deklarowało rzadki lub bardzo rzadki kontakt. Dla porównania, kontakt z mową nienawiści dotyczącą gejów wśród większości Polaków jest znacznie rzadszy – 18% spotyka się z nią często lub bardzo często, 32% umiar-

¹⁷⁴ W przypadku większości pytań o mowę nienawiści odpowiedzi kodowano na skalach 7-stopniowych. Dla większej czytelności wyników, wartości dla poszczególnych punktów zagregowano do 3 kategorii: 1) 1-2; 2) 3-4-5; oraz 3) 6-7, gdzie kategorie 1 i 3 oznaczają zdecydowane stanowisko, natomiast kategoria 2 – stanowisko umiarkowane lub neutralne.

kowanie często, natomiast 47% rzadko lub bardzo rzadko. Podobnie w przypadku mowy nienawiści dotyczącej lesbijek, 5% dorosłych Polaków spotyka się z nią często lub bardzo często, 22% umiarkowanie często, natomiast aż 68% rzadko lub bardzo rzadko (Rysunek 46). Te porównania dość wyraźnie wskazują, że problem mowy nienawiści występujący wśród większości gejów i lesbijek wydaje się niedostrzegany przez większość polskiego społeczeństwa.



RYS. 46. Porównanie częstości kontaktu z antygejowską i antylesbijską mową nienawiści wśród gejów i lesbijek, do częstości kontaktu wśród ogółu Polaków

Miejsca kontaktu z mową nienawiści wśród gejów i lesbijek

Osoby biorące udział w sondażu – geje i lesbijki – proszone były również o wskazanie miejsc, w których spotykają się z mową nienawiści. W przypadku obu grup miejscem najczęściej wskazywanym był internet – 91% lesbijek i 89% gejów zaznaczyło, że właśnie w sieci styka się z obraźliwymi stwierdzeniami. W przypadku gejów wśród pozostałych często wskazywanych miejsc kontaktu znalazły się: telewizja (56%), ulice, przystanki i środki komunikacji (48%), demonstracje, protesty i wiece (47%), a także rozmowy ze znajomymi (36%). W przypadku lesbijek, inne często zaznaczane miejsca kontaktu to: ulice, przystanki i środki komunikacji (49%),

demonstracje, protesty i wiece (45%) oraz rozmowy ze znajomymi (39%). Warto zaznaczyć, że niemal te same miejsca (tj. telewizja, internet, ulice, oraz rozmowy ze znajomymi) wskazywane są jako źródła styczności z mową nienawiści w próbie ogólnopolskiej.

Postawy wobec mowy nienawiści wśród gejów i lesbijek

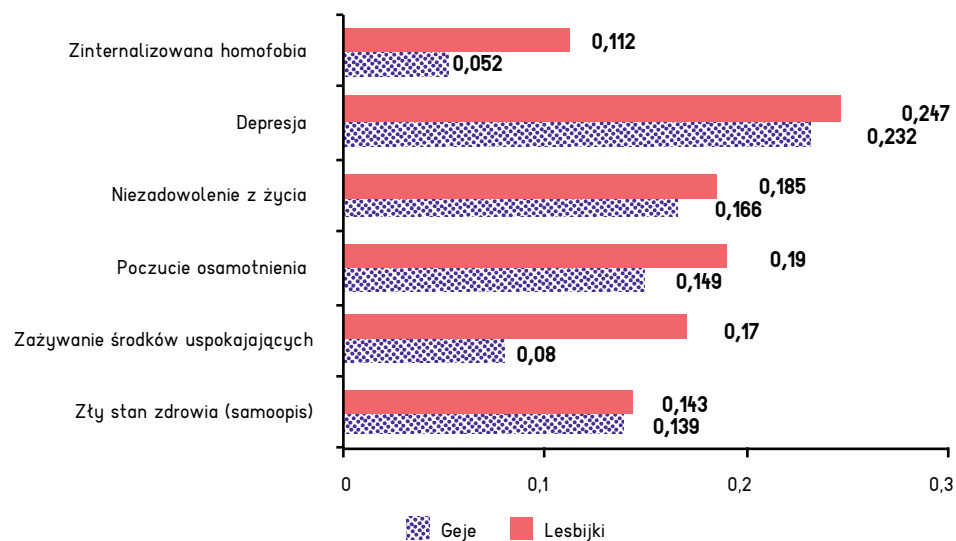
Osoby biorące udział w sondażu poproszono o określenie, w jakim stopniu trzy zaprezentowane przykłady mowy nienawiści są, ich zdaniem, obraźliwe. Wśród gejów od 73% do 92% (w zależności od stwierdzenia) uznało prezentowane stwierdzenia za (zdecydowanie) obraźliwe i tylko od 4% do 6% za (zdecydowanie) nieobraźliwe. Należy zaznaczyć, że w populacji ogólnopolskiej wrażliwość na te same stwierdzenia jest znacząco niższa – w przypadku ogółu dorosłych Polaków od 54% do 71% uznało je za obraźliwe. W przypadku trzech stwierdzeń ocenianych przez lesbijki, od 89% do 96% uczestniczek niniejszego badania uznało przykłady mowy nienawiści za obraźliwe i tylko 2% do 3% uczestniczek uznało te przykłady za nieobraźliwe. Te same stwierdzenia były oceniane jako obraźliwe przez od 74% do 89% osób w grupach ogólnopolskich. Niniejsze analizy dość jasno pokazują, że część polskiego społeczeństwa zdaje się nie dostrzegać, jak bardzo krzywdzące dla grup mniejszościowych mogą być niektóre z pojawiających się w przestrzeni publicznej komunikatów.

Osoby biorące udział w badaniu proszono o określenie, czy zaprezentowane stwierdzenia powinny zostać objęte zakazem, czy też powinny być one dozwolone. W przypadku gejów 62% osób zadeklarowało chęć zakazu, 7% stwierdziło, że takie stwierdzenia powinny być dozwolone, natomiast 31% wybrało odpowiedź neutralną. W przypadku lesbijek 80% zadeklarowało chęć zakazu, tylko 2% zadeklarowało dopuszczalność takich wypowiedzi, natomiast 19% pozostało w tej kwestii neutralnych. Dla porównania w przypadku ogółu Polaków poparcia dla wprowadzenia zakazu mowy nienawiści udziela 49% w odniesieniu do mowy nienawiści dotyczącej gejów i 58% w przypadku mowy nienawiści dotyczącej lesbijek.

Konsekwencje kontaktu z mową nienawiści wśród gejów i lesbijek

Deklaracje częstości kontaktu z mową nienawiści wśród gejów i lesbijek porównano z różnymi wskaźnikami dobrostanu psycho-

logicznego: poczuciem zadowolenia z życia, osamotnienia, złego stanu zdrowia, wynikami na skalach zinternalizowanej homofobii oraz depresji, a także skłonnością do zażywania środków uspokajających. W przypadku wszystkich wskaźników zaobserwowano niewielkie, choć istotne zależności wskazujące, że częsty kontakt z mową nienawiści wśród gejów i lesbijek sprzyja ich gorszemu ogólnemu dobrostanowi psychicznemu (Rysunek 47). Zaobserwowane związki okazały się być relatywnie duże, gdy mowa jest o wskaźnikach depresji – częsty kontakt sprzyja występowaniu symptomów tego zaburzenia. Co więcej, zwłaszcza w grupie lesbijek, częsty kontakt z mową nienawiści sprzyja skłonności do zażywania środków uspokajających, a także większemu poziomowi zinternalizowanej homofobii.



RYS. 47. Kontakt z mową nienawiści a wybrane wskaźniki dobrostanu psychicznego. Na wykresie przedstawiono współczynniki korelacji pomiędzy deklarowaną częstością kontaktu z mową nienawiści a nasileniem każdego ze wskaźników dobrostanu psychicznego. Analizy przedstawiono w rozbiciu na gejów i lesbijki, odpowiednio dla kontaktu z antygejowską i antylesbijską mową nienawiści

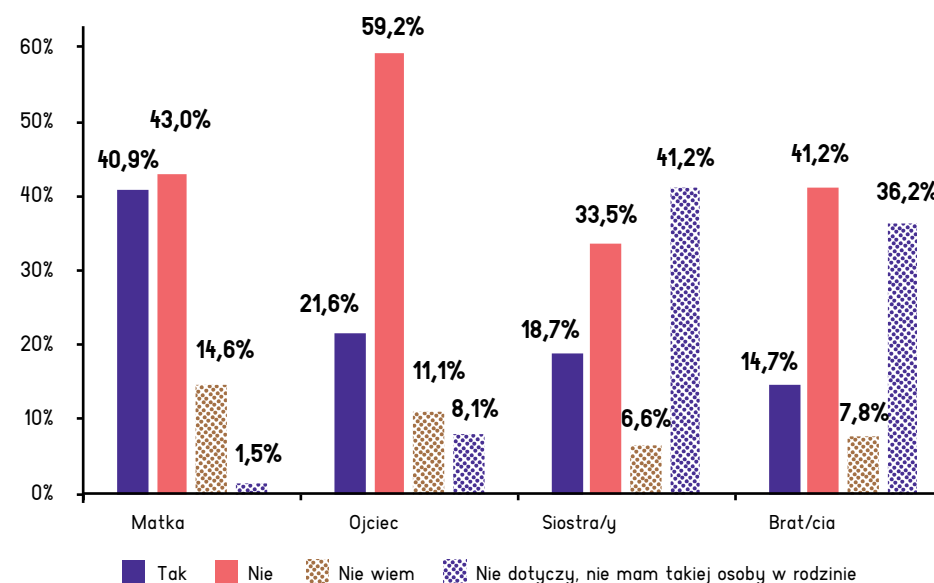
Podsumowanie

- 1 W porównaniu do populacji ogólnopolskiej geje i lesbijki o wiele częściej spotykają się z obraźliwymi wobec nich stwierdzeniami.
- 2 Geje i lesbijski w większym stopniu, w porównaniu do populacji ogólnopolskiej, uważają mowę nienawiści za krzywdzącą oraz wyrażają większe poparcie dla wprowadzenia jej zakazu.
- 3 Ekspozycja na mowę nienawiści ma negatywne konsekwencje dla dobrostanu psychicznego oraz dla zdrowia.

Młodzież szkolna LGBT

Niniejszy rozdział opisuje sytuację społeczną przedstawicieli/ek środowiska LGBT, należących do najmłodszej grupy wiekowej (13-19) i wciąż uczęszczających do szkoły, zwłaszcza że osoby te stanowiły prawie 1/3 całej grupy badanych (N = 2666, w tym 254 osoby transpłciowe). Postanowiliśmy przyjrzeć się tej grupie szczególnie uważnie, gdyż wyniki niniejszego badania ujawniają ich wyjątkowo trudną sytuację społeczną.

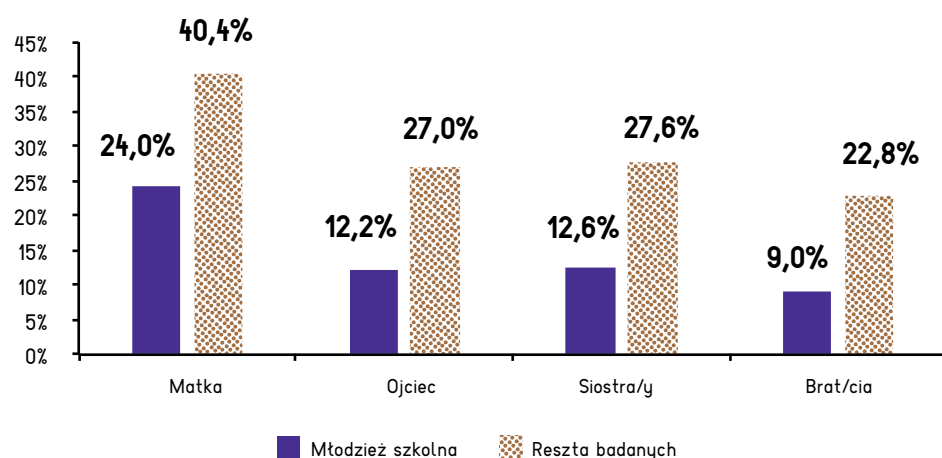
W przypadku najmłodszych badanych zwróciliśmy uwagę na dane dotyczące tego, jak wiele osób z ich bliższego i dalszego otoczenia wie o ich orientacji seksualnej/tożsamości płciowej oraz w jakim stopniu te osoby akceptują ich orientację lub tożsamość. Jeśli chodzi o najbliższą rodzinę, to głównie matki mają pełne informacje dotyczące orientacji lub tożsamości osób badanych, podczas gdy ojcowie w dużej mierze nie zdają sobie z tego sprawy. Wykres poniżej prezentuje szczegółowe informacje dotyczące tego zjawiska.



RYS. 48. Rozkład odpowiedzi najmłodszej grupy badanych na pytanie o to, kto z ich najbliższej rodziny wie o ich orientacji seksualnej/tożsamości płciowej

Co ciekawe, w przypadku 73% osób przynajmniej kilkoro z ich koleżanek i kolegów wie o ich orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej. Wydaje się zatem, że młodzież dzieli się informacjami o swoim życiu przede wszystkim ze swoimi rówieśnikami, u nich poszukując zrozumienia. W tym kontekście należy też zwrócić uwagę na dane dotyczące akceptacji ze strony członków najbliższej rodziny. Zgodnie z deklaracjami najmłodszych badanych, wśród tych z nich, których rodzice wiedzą o orientacji seksualnej/tożsamości płciowej swoich dzieci, tylko niecała 1/4 respondentów/ek ma po-

czucie pełnej akceptacji ze strony matki, zaś w przypadku ojców liczba ta wynosi niewiele ponad 12%. Dla porównania – dla reszty osób badanych wskaźniki te wynoszą odpowiednio 40,4% i 47%. Rysunek 49 prezentuje szczegółowe dane dotyczące akceptacji ze strony najbliższych członków rodziny w podziale na młodzież szkolną oraz resztę grupy badawczej.



RYS. 49. Rozkład odpowiedzi najmłodszej grupy badanych na pytanie o to, kto z ich najbliższej rodziny, wiedząc o ich orientacji seksualnej/tożsamości płciowej, akceptuje sytuację

Ponadto warto dodać, że aż 72 % młodzieży LGBTa przynajmniej w niektórych sytuacjach czuło, że musi ukrywać swoją tożsamość/orientację w szkole.

Kolejną kwestią zasługującą na uwagę jest ta dotycząca doświadczeń przemocy ze względu na orientację seksualną lub tożsamość płciową, szczególnie jeśli przemoc miała miejsce w szkole. 26% respondentów/ek poproszonych o to, by przypomnieli sobie ostatni atak przemocy (w tym fizyczny, werbalny, na tle seksualnym lub inny przypadek prześladowania), którego doświadczyli w przeciągu ostatnich dwóch lat, przyznało, że do wydarzenia tego doszło w szkole. Ten wynik oznacza, że to właśnie szkoła była najczęściej wskazywanym miejscem, w którym respondenci/cki z tej grupy wiekowej ostatnio doświadczyli przemocy. Dla porównania, tylko 6,4% osób badanych przyznało, że ostatnie tego typu zdarzenie w ich ży-

ciu miało miejsce w ich domu. Zgodnie z deklaracjami badanych przemoc, z jaką najczęściej spotykali/ły się w szkole, to zaczepki słowne i agresja słowna, rzadziej rozpowszechnianie negatywnych opinii na temat badanych, obrażanie, poniżanie oraz ciągłe negatywne komentarze.

Co ważne, wśród osób wskazywanych najczęściej jako sprawcy ostatniego doświadczenia przemocy, niezależnie od miejsca, w którym doszło do tego typu sytuacji, to koleżanki i koledzy ze szkoły znaleźli się na pierwszym miejscu (19,1%).

Z powyższych danych wynika, że homofobiczna i transfobiczna przemoc rówieśnicza jest powszechnym problemem w polskich szkołach. Jednocześnie młode osoby LGBTa, które są jej poddawane, bardziej niż heteroseksualni i cisplściowi rówieśnicy narażone są na występowanie stanów lękowych, stresu, braku pewności siebie, niskiego poczucia własnej wartości, samotności, samookaleczania, depresji i prób samobójczych¹⁷⁵.

Ponadto występowanie przemocy rówieśniczej motywowanej homofobią i/lub transfobią może skutkować gorszymi wynikami w nauce, zmniejszeniem obecności w szkole oraz wczesnym jej porzuceniem, co poważnie wpływa na szanse w zdobyciu kwalifikacji zawodowych, a co za tym idzie, w zdobyciu dobrze płatnej pracy w przyszłości. Jednocześnie sprawcy przemocy rówieśniczej są bardziej skłonni niż ich rówieśnicy do zachowań antyspołecznych i posiadania problemów prawnych w dorosłości¹⁷⁶. Szkoła, w której występuje homofobiczna przemoc rówieśnicza, jest szkołą niebezpieczną, gdzie zaburzony jest dostęp dzieci do wysokiej jakości edukacji i optymalnego rozwoju.

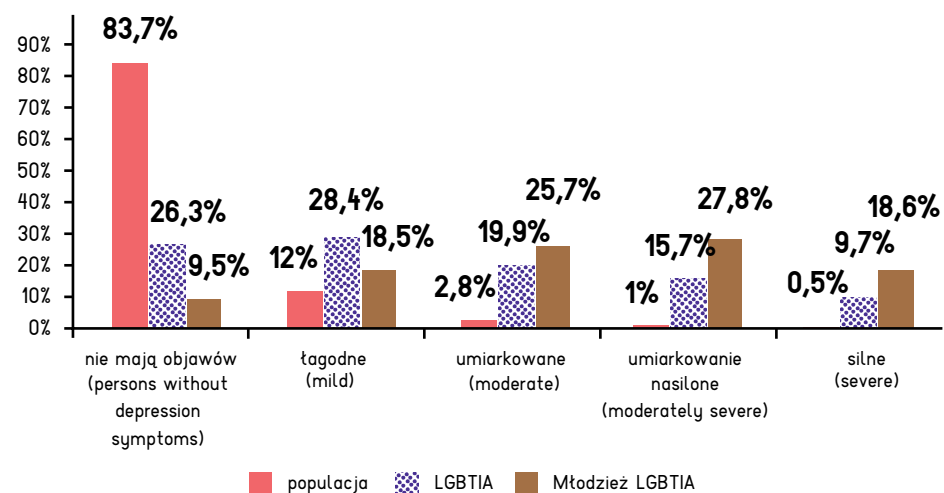
Jednocześnie, jak wynika z badań KPH, kadra szkolna w Polsce nie posiada wiedzy, jak z homofobiczną przemocą rówieśniczą sobie radzić ani umiejętności, by robić to skutecznie, przyznając, że podstawa programowa niewystarczająco włącza tematy orientacji seksualnych i tożsamości płciowych do programu nauczania¹⁷⁷.

175 *Out in the Open: Education sector responses to violence based on sexual orientation or gender identity/ expression. Summary report*, UNESCO, 2016.

176 *Booklet 8: Good Policy and Practice in HIV and Health Education – Education Sector Responses to Homophobic Bullying*, UNESCO, 2012.

177 Świercz, J., *Postawy i potrzeby kadry szkolnej i młodzieży wobec homofobii w szkole*, Kampania Przeciw Homofobii, 2012.

Gdy mowa o młodzieży szkolnej, warto przyjrzeć się danym dotyczącym ich samopoczucia. Jak ujęto w rozdziale o dobrostanie psychicznym, prawie 1/3 badanych w wieku do 18.v roku życia ocenia swoje życie negatywnie. Ponad 70% czuje się osamotniona i prawie tyle samo myśli o samobójstwie (69,4%, z czego 11,9% bardzo często). Jak zaznaczono w podrozdziale o depresji, osoby badane należące do grupy młodzieży szkolnej istotnie częściej deklarują objawy depresji niż dorośli badani¹⁷⁸. Wykres 50 prezentuje nasilenie symptomów depresji w populacji ogólnej Polek i Polaków, oraz w społeczności LGBTiA, z wyróżnieniem młodzieży. Bardzo ważnym elementem wpływającym na samopoczucie młodych osób LGBTiA jest jednocześnie akceptacja i pozytywne zainteresowanie ze strony rodziny.



RYS. 50. Nasilenie symptomów depresji w populacji polskiej i grupie LGBTiA

Sytuacja młodzieży szkolnej jest o tyle dotkliwa, że zależy od wielu trudnych do kontrolowania czynników, takich jak brak wsparcia społecznego, zinternalizowaną homofobia oraz zależność od rodziny. Jak już wspomniano, młodzież LGBTiA cieszy się mniejszą akceptacją ze strony rodziny niż dorosłe osoby LGBTiA. Brak

akceptacji negatywnie wpływa na dobrostan psychiczny. Jednocześnie młodzież ta posiada mniej kompetencji społecznych w porównaniu do osób dorosłych, aby radzić sobie z przemocą czy dyskryminacją. Jednocześnie ta grupa społeczna ma też mniej szans na uzyskanie samodzielności, ponieważ przeważnie jest zależna od rodziny, która w zdecydowanej większości przypadków jest nieakceptująca i niewspierająca. Jak pokazują badania, do grupy ryzyka osób doświadczających przemocy rówieśniczej należą w największym stopniu uczennice i uczniowie, którzy dysponują niewielkimi zasobami wsparcia wśród rodziny, znajomych i nauczycieli¹⁷⁹. Młoda osoba LGBTiA doświadczająca przemocy nie ma wsparcia ze strony kadry szkolnej (gdyż ta czuje się niekompetentna w walce z homo- i transfobią), ani w rodzinie (gdyż ta jest nieakceptująca), co zwiększa szanse na doświadczanie przemocy rówieśniczej.

178 $t = -25,019$; $p = 0,00$.

179 Komendant-Brodowska, A., Giza-Poleszczuk, A., Baczek-Dombi, A. (2011). *Przemoc w szkole: Raport z badań, lipiec 2011. Szkoła bez Przemocy*. Pobrano z: www.szkolabezprzemocy.pl/479,badania

Podsumowanie

- 1 Nieco ponad 20% ojców osób badanych wie o orientacji seksualnej/tożsamości płciowej dziecka, prawie dwa razy tyle matek wie o orientacji dziecka.
- 2 Wśród osób wyoutowanych przed rodzicami tylko niecałe 1/4 ma poczucie pełnej akceptacji ze strony matki i tylko około 12% ze strony ojców.
- 3 W przypadku 73% osób badanych przynajmniej kilkoro z ich koleżanek i kolegów wie o ich orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej.
- 4 26% incydentów przemocowych doświadczonych przez młodzież LGBTQA miało miejsce w szkole, a w 19,1% przypadków sprawcami byli koleżanki i koledzy ze szkoły.
- 5 Młodzież szkolna, częściej niż dorośli, czuje się osamotniona (70,3%), mięwa myśli samobójcze (69,4%), częściej też ma objawy depresji.

Kobiety nieheteroseksualne

W niniejszym rozdziale omawiamy różnice w sytuacji społecznej kobiet i mężczyzn nieheteroseksualnych w Polsce. Poruszamy problematykę dyskryminacji krzyżowej ze względu na orientację seksualną oraz płęć.

Przeprowadzone badanie ujawnia kilka istotnych różnic w położeniu ciskobiet i cismężczyzn o orientacji nieheteroseksualnej, które/którzy wzięli udział w badaniu. Pierwszą wyraźnie widoczną różnicą jest rozkład osób badanych według płci i orientacji seksualnej. W grupie kobiet proporcje między respondentkami identyfikującymi się jako biseksualne i homoseksualne są zdecydowanie bardziej wyrównane. Podczas gdy 52% respondentek deklaruje się jako kobiety biseksualne, a 43% jako lesbijki, zdecydowana większość mężczyzn (88%) określiła się jako geje, zaś tylko 12% z nich jako mężczyźni biseksualni. Rozkład ten jest stosunkowo podobny do uzyskanego w próbie osób LGB, które wzięły udział w badaniu w 2011 roku. Poprzednia analiza sytuacji społecznej osób LGBT objęła grupę kobiet, w ramach której 61% identyfikowało się jako lesbijki, zaś 39% jako kobiety biseksualne, oraz grupę mężczyzn, której 85% stanowili geje, a tylko 15% mężczyźni biseksualni¹⁸⁰. Zdecydowanie wyższy i możliwy, że zwiększający się udział kobiet biseksualnych w populacji kobiet nieheteroseksualnych, wyraźnie widoczny w porównaniu z relatywnie niską i niezmienną liczbą biseksualnych mężczyzn, odpowiada wynikom badań międzynarodowych¹⁸¹, w tym m.in. ostatnim badaniom populacyjnym zrealizowanym w USA¹⁸² i Wielkiej Brytanii¹⁸³. Warto w tym miejscu przywołać istniejące hipotezy dotyczące tego zjawiska. Badaczki feministyczne sytuują związki intymne kobiet z kobietami jako przestrzeń oporu przeciw nierównemu reżimowi płci, którego podstawą, a zarazem jednym z najbardziej opresyjnych przejawów, są związki heteroseksualne oraz istniejący „przymus heteroseksualności”¹⁸⁴ ¹⁸⁵. Z drugiej strony istniejący nierówny porządek płci, w ramach którego mężczyźni mają zdecydowanie większe szanse na

180 Obliczenia własne na podstawie: Makuchowska, M., Pawłęga, M., *Sytuacja społeczna osób LGBT. Raport za lata 2010 i 2011*. Warszawa: Kampania Przeciw Homofobii, 2012.

181 Patterson, Ch. J., D'Augelli, A. R. (2015). *Handbook of Psychology and Sexual Orientation*. Oxford: Oxford University Press.

182 England, P., Mishel, E., Caudillo, M. L. (2016). *Increases in Sex with Same-Sex Partners and Bisexual Identity Across Cohorts of Women (but Not Men)*. *Sociological Science*, 3, 951-970.

183 Office for National Statistics. (2015). *Sexual identity, UK: 2015. Experimental Official Statistics on sexual identity in the UK in 2015 by region, sex, age, marital status, ethnicity and NS-SEC*. London: Autor. Pobrano z: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/culturalidentity/sexuality/bulletins/sexualidentityuk/2015>. Dnia (2017, 07, 19).

184 Gajewska, A. (2014). *Lesbianizm*. W: M. Rudaś - Grodzka, K. Nadana - Sokołowska, A. Mrozik, K. Szczuka, K. Czeczot, B. Smoleń, A. Nasiłowska, E. Serafin, A. Wróbel (red.), *Encyklopedia gender. Płeć w kulturze* (ss. 256-269). Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.

185 Rich, A. (1980). *Compulsory Heterosexuality and Lesbian Existence*. *Signs*, 5(4), 631-660.

uzyskanie wyższej pozycji społecznej niż kobiety sprawia, że mają one niewiele lub nieporównywalnie mniej do stracenia, angażując się w praktyki nienormatywne, niż ma to miejsce w przypadku mężczyzn. Zachodzące współcześnie kulturowe przemiany relacji między płciami swym emancypacyjnym zasięgiem w nieporównywalnie większym stopniu obejmują, a w efekcie też rozluźniają, normy regulujące zachowania i postawy kobiet niż mężczyzn. Stąd też większą płynność zachowań seksualnych podejmowanych przez kobiety, elastyczność intymnych relacji tworzonych przez kobiety na przestrzeni całego życia (z mężczyznami i/lub z kobietami) oraz zmienność ich identyfikacji z określoną orientacją seksualną, która w odniesieniu do kobiet stanowi raczej pewne kontinuum (lub jedną cechę występującą w różnym natężeniu) niż sztywne i jednoznacznie rozdzielne kategorie¹⁸⁶.

Na istnienie nierównego reżimu płci, mającego istotny wpływ na położenie nieheteroseksualnych kobiet, wskazują uzyskane w badaniu wyniki odnoszące się do dochodów. Przyjmując za danymi GUS, że przeciętne wynagrodzenie w I kwartale 2017 roku w Polsce wynosiło netto mniej niż 3100 złotych¹⁸⁷, możemy zaobserwować, że w badanej populacji osób nieheteroseksualnych, zdecydowanie lepiej sytuowani byli mężczyźni. Podczas gdy tylko 18,2% kobiet zarabiałoby więcej niż 3 000 złotych netto, odsetek mężczyzn dysponujących podobnym dochodem był o ponad 10% wyższy i wynosił 29,9%. Jednocześnie w grupie osób zarabiających najmniej (poniżej 500 złotych netto miesięcznie) znalazło się tylko 7,8% nieheteroseksualnych mężczyzn. Odsetek nieheteroseksualnych kobiet z takim samym dochodem kształtował się na poziomie prawie dwukrotnie wyższym i wyniósł 15,5%. Ujawnione różnice w zarobkach mogą wynikać z tzw. luki płacowej¹⁸⁸ i sugerują, że kobiety nieheteroseksualne doświadczają dyskryminacji ze względu na swoją płć w za-

kresie wynagrodzeń. W tym obszarze ich sytuacja może niewiele się różnić od położenia kobiet w ogóle.

W badaniu widoczny jest wyższy odsetek kobiet nieheteroseksualnych, które doświadczyły nierównego traktowania w służbie zdrowia. Doświadczenie tego typu (po ujawnieniu personelowi medycznemu swojej orientacji) potwierdziło 14% nieheteroseksualnych kobiet i 11% nieheteroseksualnych mężczyzn. Wśród przywoływanych przez kobiety zdarzeń wyróżniają się sytuacje dyskryminacyjne odnoszące się do wizyty u ginekologa/ginekolożki, specyficznie związane z płcią respondentek. Badanie pozwoliło ujawnić m.in. następujące przypadki dyskryminacji:

Lekarz ginekolog po tym, jak dowiedział się, że jestem w związku z kobietą, ale jednocześnie jestem osobą biseksualną, sugerował, żebym związała się z mężczyzną i zaczęła rodzić dzieci.

Lekarz ginekolog zapytał, czy jestem aktywna seksualnie. Odpowiedziałam że tak, ale tylko z kobietami. Zapytał, jak to robimy.

Wizyta u ginekologa. Gdy powiedziałam pani doktor o mojej orientacji, od razu zmieniła do mnie nastawienie. Przez pierwsze 10 minut wizyty była przemiła, potem (...) stała się oschła. Niby dalej rozmawiała o moim leczeniu etc., ale czuć było bardzo wyraźną dezaprobatę. Nie chciała też ze mną rozmawiać (o chorobie) w kontekście mojego związku. Powiedziałam pani, że poprosiłam moją partnerkę o zrobienie badania, żeby było wiadomo, czy się nie zarażamy w żaden sposób pewną bakterią (ani ja jej, ani ona mnie), odpowiedź pani doktor była: „ale po co mi to pani mówi, przecież ta pani nie jest moją pacjentką”.

Bardzo podobne w swoim dyskryminacyjnym charakterze zdarzenia przywołuje ostatni raport KPH w całości poświęcony zdrowiu osób LGBT. Publikacja jednoznacznie definiuje podobne przypadki jako naruszenia prawa pacjentek do poszanowania godności i intymności¹⁸⁹. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że ostatnie badanie dotyczące położenia osób LGBT żyjących w krajach Unii Europejskiej wskazuje, że kobiety nieheteroseksualne, w porówna-

186 Diamond, L. M. (2008). *Female Bisexuality From Adolescence to Adulthood: Results From a 10-Year Longitudinal Study*. *Developmental Psychology*, 44(1), 5–14.

187 Główny Urząd Statystyczny. (2017). *Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 11 maja 2017 r. w sprawie przeciętnego wynagrodzenia w pierwszym kwartale 2017 r.*, Warszawa: Autor. Pobrano z: <http://stat.gov.pl/sygnalne/komunikaty-i-obwieszczenia/lista-komunikatow-i-obwieszczen/komunikat-w-sprawie-przecietnego-wynagrodzenia-w-i-kwartale-2017-roku,271,16.html>, Dnia (2017,07,19).

188 Instytut Badań Strukturalnych. (2015). *Nierówności płacowe kobiet i mężczyzn. Pomiar, trendy, wyjaśnienia*, Warszawa: IBS.

Pobrano z: http://ibs.org.pl/app/uploads/2016/05/IBS_Nierownosc_Placowa_raport.pdf.

189 Kowalczyk, R., Rodzinka, M. i Krzystanek, M. (2016). *Zdrowie LGBT. Przewodnik dla kadry medycznej*. Warszawa: Kampania Przeciw Homofobii.

niu z nieheteroseksualnymi mężczyznami, częściej doświadczają dyskryminacji i molestowania – 55% lesbijek i 45% gejów oraz 47% biseksualnych kobiet i 36% biseksualnych mężczyzn, w ciągu dwunastu miesięcy poprzedzających badanie spotkało się z nierównym traktowaniem¹⁹⁰.

Płeć różnicuje również rodzaj i skalę przemocy, której doznają nieheteroseksualne kobiety. W badaniu obserwujemy ponad kilkakrotnie wyższy odsetek kobiet, które doświadczyły przemocy seksualnej. Chodzi tutaj zarówno o zaczepki seksualne, w tym dotykanie wbrew woli kobiety, jak i próbę gwałtu oraz gwałt. 4,4% kobiet nieheteroseksualnych, odnosząc się do swojego ostatniego doświadczenia przemocy, wskazało na molestowanie seksualne (wobec odsetka 1,2% mężczyzn), 1% z nich doświadczyło zaś gwałtu (wobec 0,5% mężczyzn). Mężczyźni częściej doświadczają przemocy fizycznej – potrącania, szarpania (1,5% mężczyzn i 0,6% kobiet deklaruje takie doświadczenie w ostatnim czasie) czy pobicia (1,3% mężczyzn, 0,3% kobiet). Wyższe zagrożenie przemocą seksualną, które ma miejsce w przypadku kobiet, potwierdzały dane z wcześniejszego badania osób LGBT w Polsce. Raport za rok 2010 i 2011 podawał, że w grupie osób badanych 11,5% kobiet i 6,3% mężczyzn doświadczyło przemocy seksualnej¹⁹¹. Badanie odnoszące się do osób LGBT żyjących w różnych krajach UE wskazują na identyczną zależność. Dane uśrednione dla całej UE pokazują, że wśród wszystkich osób badanych, które w ciągu ostatnich 12 miesięcy doświadczyły przemocy motywowanej uprzedzeniami, 22% lesbijek (wobec 10% gejów) oraz 53% kobiet biseksualnych (wobec 12% biseksualnych mężczyzn) wskazało na atak o charakterze seksualnym¹⁹². Mówiąc inaczej, lesbijki i kobiety biseksualne doświadczają dyskryminacji wielokrotnej jako osoby nieheteroseksualne i kobiety jednocześnie – narażone są na nierówne traktowanie i przemoc motywowaną zarówno homofobią, jak i/lub nienawiścią wobec kobiet. Ryzyko doświadczenia przemocy seksualnej jest integralną częścią życia kobiet, bez względu na

orientację seksualną czy jakiegokolwiek zmienne demograficzne¹⁹³. Nieheteroseksualne kobiety rzadziej niż nieheteroseksualni mężczyźni zgłaszały przypadki doznanej przemocy na policję. Zgłoszenia takiego dokonało 2% kobiet i 4,8% mężczyzn uczestniczących w badaniu. Przywoływane już badanie dotyczące sytuacji osób LGBT w krajach UE pokazuje taką samą zależność oraz podkreśla, że w porównaniu z innymi rodzajami przemocy, której doświadczają osoby nieheteroseksualne, najrzadziej zgłaszane są policji właśnie ataki o charakterze seksualnym¹⁹⁴.

Badanie wskazuje, że nieheteroseksualnym kobietom częściej niż nieheteroseksualnym mężczyznom towarzyszą myśli samobójcze. 7,7% nieheteroseksualnych kobiet (wobec 3,6% nieheteroseksualnych mężczyzn) zadeklarowało, że w minionych miesiącach „bardzo często” myślało o samobójstwie. 16,9% kobiet myślało o tym „często” (wobec 9,9% mężczyzn). Wcześniejsze badanie dotyczące lat 2010-2011, w odniesieniu do tego samego pytania, nie wykazało zróżnicowania ze względu na płeć. Różnice takie pojawiają się natomiast w innych badaniach zagranicznych. Na przykład najnowsze badanie dotyczące osób LGBT żyjących w Irlandii potwierdza wyższy odsetek prób samobójczych oraz samookaleceń w populacji nieheteroseksualnych kobiet¹⁹⁵.

Podsumowując, warto podkreślić, że w raportach dotyczących sytuacji społecznej osób LGBT w Polsce osobne akapity poświęcone kobietom nieheteroseksualnym pojawiają się po raz pierwszy. Dążenie do lepszego poznania i opisanie doświadczeń kobiet w obrębie społeczności LGBTQIA to działanie nie tylko o ważnym znaczeniu poznawczym, lecz także politycznym. Emancypacja grup najbardziej zmarginalizowanych wymaga ich większej widoczności, uwypuklenia ich różnorodnych perspektyw. Niezbędne jest podkreślenie istniejących ograniczeń analiz ilościowych, na których w całości opiera się badanie kobiet nieheteroseksualnych, a które jedynie w bardzo ogólny sposób ukazują doświadczenia kobiet na-

190 European Union Agency for Fundamental Rights [FRA]. (2014). *European Union lesbian, gay, bisexual and transgender survey. Main results*, Luxembourg: Publication Office for the European Union.

191 Makułowska, M., Pawłęga, M. (2012). *Sytuacja społeczna osób LGBT. Raport za lata 2010 i 2011*. Warszawa: Kampania Przeciw Homofobii.

192 FRA, 2014, 62.

193 Grabowska, M., Rawłuszko M. (2016). *Powszechność i trwałość przemocy seksualnej wobec kobiet: wyzwania metodologiczne i wyniki badań ankietowych*. W: M. Grabowska, A. Grzybek (red.), *Przełamać tabu. Raport o przemocy seksualnej*. Warszawa: Fundacja na rzecz Równości i Emancypacji STER.

194 FRA, 2014, s. 66-67

195 Gay+Lesbian Equality Network. (2016). *The LGBTIreland Report: national study of the mental health and wellbeing of lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people in Ireland*. Dublin: GLEN, BeLonG To.

rażonych na seksizm i homofobię. Wydaje się więc niezbędne, aby w dążeniu do lepszego zrozumienia społecznego położenia kobiet nieheteroseksualnych sięgać w przyszłych badaniach również po metodologię feministyczną, osadzone w paradygmacie badań jakościowych, umożliwiające usłyszenie głosów zmarginalizowanych, rozproszonych czy dochodzących „spoza centrum”¹⁹⁶, ujmujących kolejne wymiary tożsamości kobiet – nie tylko ich płeć i orientację seksualną, lecz także wiek, klasę czy miejsce zamieszkania.

¹⁹⁶ Struzik, J. (2012). *Spoza centrum widać więcej – przeciwdziałanie dyskryminacji krzyżowej ze względu na płeć, orientację seksualną i miejsce zamieszkania. Raport z badań*. Szczawnica: Fundacja Przestrzeń Kobiet.

Podsumowanie

- 1 W badanej próbie kobiety były gorzej sytuowane materialnie niż mężczyźni.
- 2 To kobiety częściej doświadczały dyskryminacji w służbie zdrowia.
- 3 Kobiety częściej niż mężczyźni doświadczają przemocy seksualnej, jednocześnie zgłaszalność na Policję jakiegokolwiek typu przemocy jest mniejsza wśród kobiet niż wśród mężczyzn.
- 4 Kobiety częściej niż mężczyźni myślą o samobójstwie.

Osoby transpłciowe

W badaniu postanowiliśmy przyjrzeć się bliżej sytuacji społecznej osób transpłciowych w Polsce. Sytuacja społeczna osób transpłciowych w takich aspektach jak wyoutowanie, przemoc, dobrostan psychiczny czy stres mniejszościowy ujęta została w poprzednich rozdziałach. W niniejszym rozdziale skupimy się zatem na takich aspektach życia osób transpłciowych lub z transpłciową przeszłością, jak: ich samoidentyfikacja, stosunek wobec korekty, aspekty korekty medycznej i prawnej oraz tzw. testu realnego życia.

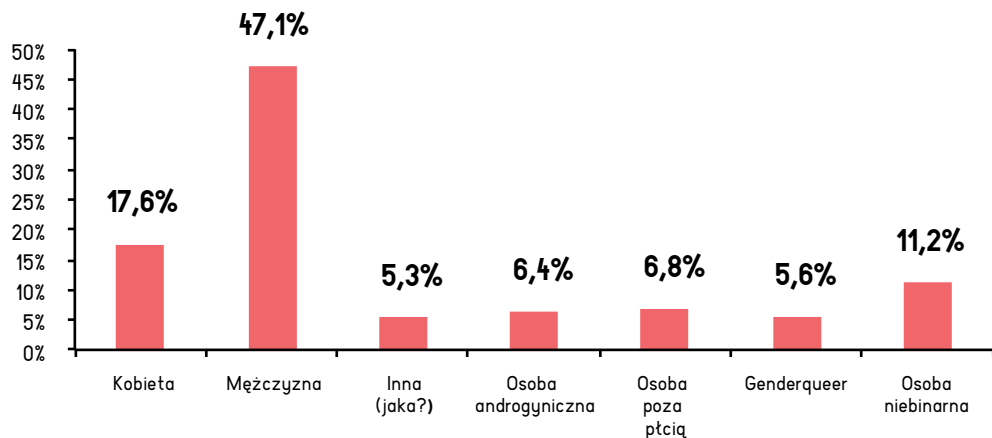
Charakterystyka próby

Osoby transpłciowe lub z transpłciową przeszłością stanowiły 6,6% wszystkich respondentów/ek badania (N=607). Wśród respondentów/ek przeważały osoby, którym nadano prawną płęć żeńską przy urodzeniu (71%), w stosunku do tych, którym nadano płęć męską (30%). Oznacza to, że w grupie osób badanych częściej mamy do czynienia z dążeniem do postrzegania siebie i ewentualnych zmian realnych w kierunku bycia mężczyzną.

Osoby transpłciowe swoją orientację seksualną odnoszą nie do ich płci metrykalnej, lecz odczuwanej. Przykładowo zatem osoba będąca metrykalnie mężczyzną może uważać się za heteroseksualną, odczuwając pociąg płciowy do mężczyzn, gdyż postrzega się jako kobietę. Z tego powodu mogły zdarzać się błędne deklaracje dotyczące orientacji seksualnej, choć raczej były to przypadki sporadyczne. Odpowiedzi o orientacji seksualnej przedstawiają się następująco: prawie co drugi badany (47,6%) swoją orientację seksualną deklaruje jako biseksualną, ponad 1/4 (28,2%) uznaje się za osoby homoseksualne, 13,3% uznaje się za osoby heteroseksualne, a 10,9% za asekualne.

Odpowiedzi na pytanie o płęć odczuwaną pokazują, że osoby transpłciowe często określają się daleko szerzej, niż w układzie binarnym typu kobieta – mężczyzna. 47,1% określiło swoją płęć odczuwaną jako męską, a 17,6% jako kobiecą. Wynika z tego, że 2/3 badanych (64,7%) uważa się za mężczyzn bądź kobiety, czyli mamy do czynienia ze zdeklarowanymi osobami transseksualnymi. Pozostali/te respondenci/teki uznali/ły siebie za: osoby niebinarne (11,2%), osoby poza płcią (6,8%), androgyniczne (6,4%), genderqueer (5,6%) i tzw. inne (5,3%). Kiedy odniesiemy dane o płci odczuwanej do informacji o płci metrykalnej, okazuje się, że o ile częściej (71%) transpłciowe osoby badane/respondenci/teki z transpłciową przeszłością są metrykalnie kobietami, to dużo częściej odczuwają swoją płęć jako męską. Badanie odzwierciedla zatem specyfikę polską, zgodnie z którą w naszym społeczeństwie osób transseksualnych K/M jest około 4 razy więcej niż M/K¹⁹⁷.

197 Podaje się różne dane dotyczące częstości urodzin osób transseksualnych: uważa się, że męskie przypadki transseksualizmu (M/K) są trzy razy częstsze od kobiecych (/K/M). Badania kliniczne w różnych krajach pokazują sprzeczne wyniki. Szacuje się, że jeden transseksualny mężczyzna (M/K) zdarza się na około 20 tys. mężczyzn, a jedna transseksualna kobieta (K/M) przypada na około 50 tys. kobiet. Do chirurgicznej zmiany płci dąży jedna na 100 tys. kobiet i jeden na 30 tys. mężczyzn. Relacje te zależą od konkretnego kraju. Ciekawostką jest, że w krajach byłego bloku komunistycznego liczba przypadków K/M jest większa niż M/K.



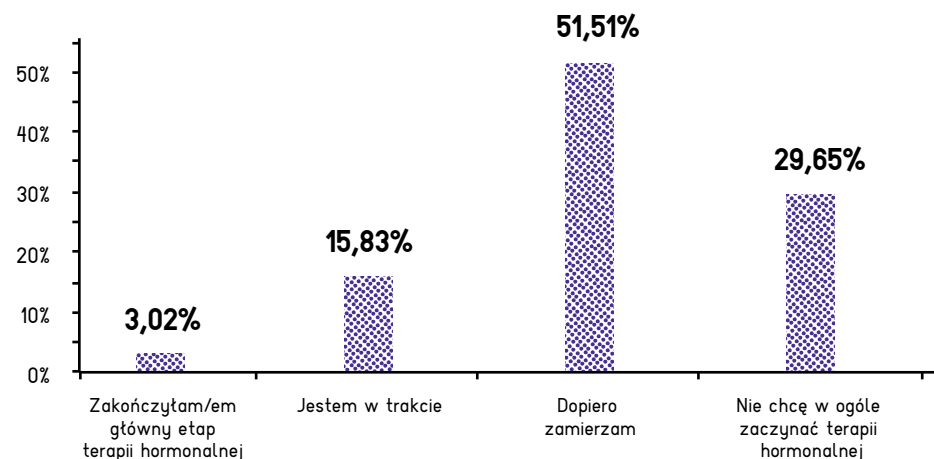
RYS. 51. Rozkład odpowiedzi na pytanie o płeć odczuwaną wśród transpłciowych osób badanych (N=607)

Stosunek wobec korekty i terapii hormonalnej

Poczucie braku jedności między płcią fizyczną a psychiczną przyczynia się do pytania o to, czy w tej sytuacji należy dążyć do zmian tego stanu rzeczy, czy też nie. Z tego względu osobom badanym zadano pytanie o stosunek wobec korekty płci prawnej, genitaliów, ciała w innym zakresie. Tabela 24 przedstawia procentowy rozkład odpowiedzi na pytania dotyczące różnych zabiegów związanych z korektą płci, zaś Rysunek 52 rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące stosunku do terapii hormonalnej.

TAB. 24. Stosunek transpłciowych osób badanych wobec zabiegów związanych z korektą płci (N=398)

Wskaź, jaki jest Twój stosunek wobec korekty (lub zabiegu):	Już dokonałam/em korekty	Jestem w trakcie korekty	Dopiero zamierzam dokonać korekty	Nie chcę w ogóle korygować
Swojej płci prawnej	5,28%	6,53%	57,79%	30,4%
Klatki piersiowej/piersi	4,02%	2,26%	60,8%	32,92%
Zabiegu na genitaliach	3,02%	1,26%	42,96%	52,76%
Innych zabiegów na ciele	2,76%	2,76%	45,23%	49,25%



RYS. 52. Stosunek transpłciowych osób badanych wobec terapii hormonalnej (N=398)

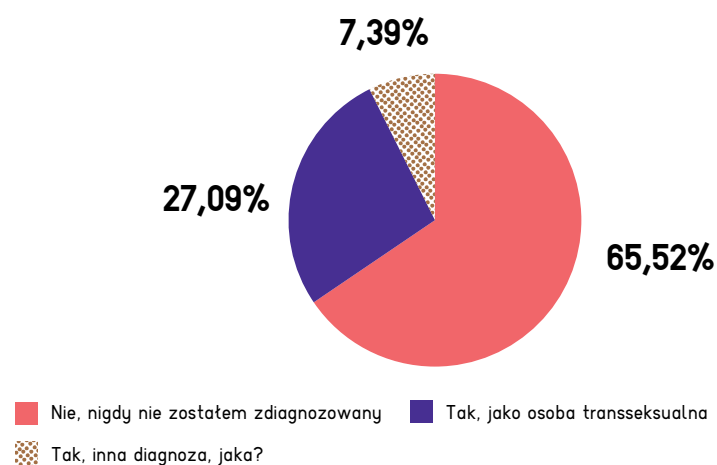
Okazało się, że w największym stopniu osoby transpłciowe myślały o korekcie klatki piersiowej (60,8%), co wynika zapewne z dużej liczby osób transseksualnych w kierunku K/M, oraz o prawnej/metrykalnej korekcie, czyli o zmianie adnotacji o płci w dokumentach. Więcej niż co dziesiąty/a respondent/ka (11,81%) dokonał/a już korekty prawnej lub jest w trakcie procesu zmiany, a 57,79% zamierza dokonać korekty.

Rzadziej respondenci/tki myślały o korekcie swoich genitaliów (52,76% w ogóle nie chce tego robić) i o innych zabiegach na ciele (49,25% w ogóle nie chce tego robić). To zrozumiałe, gdyż korekta genitaliów ma najbardziej radykalny (w sensie zmiany ciała) charakter i oznacza pełną zmianę płci fizycznej. Z tego względu korektę genitaliów przeprowadziło dwanaście osób (3,02%), pięć (1,26%) jest w trakcie zmian, a myśli o tym 42,96% respondentów/ek. Inne zabiegi na ciele zrealizowało już lub jest w trakcie ich realizacji (5,52%) respondentów/ek, zaś 45,23% osób badanych zamierza je zrobić.

Oprócz wyżej wymienionych rodzajów korekty dla uzyskania pełni zmian fizycznych nieodzowna wydaje się terapia hormonalna. O ile 29,65% respondentów nie chce w ogóle zaczynać tej terapii, to ponad dwie trzecie (70,35%) albo zamierza rozpocząć terapię hormonalną (51,51%), albo jest w jej trakcie (15,83%), albo już główny jej etap zakończyło (3,02%).

Przebieg korekty

Badania miały między innymi pokazać, na jakim etapie zmiany swojego życia są respondenci/teki. Pierwszym etapem jest procedura diagnostyczna dokonana zarówno przez psychologa-seksuologa, jak i lekarza-seksuologa. Okazało się, że 2/3 osób badanych nigdy nie zostało zdiagnozowane (65,52%). Te osoby, które zostały zdiagnozowane, zadeklarowały, że albo stwierdzono u nich transseksualizm (27,09%), albo postawiono inną diagnozę (7,39%).



RYS. 53. Rozkład odpowiedzi osób transpłciowych na pytanie o diagnozę (N=406)

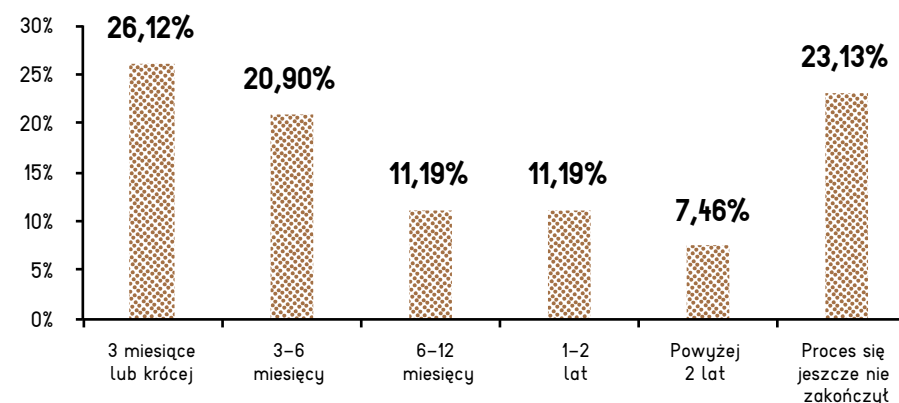
Należy dodać, że respondenci, którzy poddali się badaniom byli u różnych specjalistów, chociaż stosunkowo niewielu ujawniło, u jakich. Prawie wszystkie osoby inaczej zdiagnozowane (27 osób na 30) opisały diagnozę. Analiza jakościowa odpowiedzi pokazała, że:

- 1 wskazywana była niekompetencja osoby diagnozującej (Terapeutka zdiagnozowała mi, że nie jestem osobą transpłciową, gdyż nie miałam widocznych znaków w dzieciństwie) lub diagnoza jest nieprofesjonalna (Jako osoba „dziwna” z dużą skalą wszystkich negatywnych czynników (depresja itp.) w testach MMPI-2, Zespół Aspergera);

148

- 2 diagnozowano chorobę psychiczną (schizofrenia, zaburzenia osobowości borderline);
- 3 diagnoza była bardzo ogólna (dezaprobatą płci, osoba androgyniczna, osoba bezpłciowa, transgender, zaburzenia emocjonalne i zaburzenia tożsamości płciowej).

Dla jednej czwartej zdiagnozowanych badanych (26,12%) proces diagnostyczny trwał krótko – do 3 miesięcy. Co piąty badany (20,9%) określił okres diagnozy na „od 3 do 6 miesięcy”. Co dziesiąty respondent (11,19%) był diagnozowany od 6 do 12 miesięcy. Powyżej roku do ponad dwóch lat diagnoza trwała w przypadku 18,65% respondentów. Dla ponad jednej piątej badanych (23,13%) proces diagnostyczny jeszcze się nie zakończył.



RYS. 54. Rozkład odpowiedzi osób transpłciowych na pytanie o to, jak długo trwała diagnoza (N=134)

Korekta ciała

Diagnoza potwierdzająca transseksualność otwiera legalną drogę do dopasowania ciała do płci, z którą osoby transseksualne utożsamiają się. Niektóre osoby zaczynają jednak działać w tym kierunku jeszcze przed diagnozą, korzystając zarówno z legalnych możliwości korekty ciała (np. depilacja laserowa twarzy i innych części ciała, operacje plastyczne), jak i z ofert „czarnego rynku” (leków hormonalnych bądź rzekomo zastępujących środki hormonal-

149

ne leków ziołowych – zawierających fitoestrogeny – uznawanych za bezpieczniejsze dla zdrowia¹⁹⁸).

Prawna zmiana płci nie oznacza, że dana osoba ma za sobą wszystkie możliwe zabiegi, kuracje i operacje. Należy pamiętać, że kuracja hormonalna u osób transseksualnych jest konieczna także po korekcie płci, aby nie dopuścić do cofnięcia zmian. Inne zabiegi mają natomiast wymiar zarówno uwiarygodniający w nowej roli płciowej, jak i upiększający. Pod tym względem panuje pewna dowolność podejmowanych zabiegów, uzależniona od własnej samooceny, zasobów finansowych i od chęci stworzenia jak najlepszego obrazu siebie w oczach innych.

Wyniki badania pokazują, że osoby badane samodzielnie podejmowały decyzje o poddaniu się jakiejś kuracji, zabiegowi lub operacji. Tylko 5,94% z nich kiedykolwiek czuło się zmuszane (np. przez lekarzy lub wymogi prawne) do poddania się jakiejś kuracji. Okazuje się, że presja na przeprowadzanie zabiegów była taka sama, jak w porównywanych badaniach z 2011 roku (5,5%).

TAB. 25. Poczucie przymusu podejmowania kuracji/zabiegów

Czy czułeś się zmuszany przez lekarzy do kuracji/zabiegów?	częstość	procent	ogółem
Tak	23	5,94	387=10%
Nie	364	94,06	387=100%

Z wypowiedzi osób, które przyznały, że były zmuszane przez lekarzy do kuracji/zabiegów można wnioskować, że:

- niektórzy lekarze uważają, że osoby uznane za transseksualne muszą poddawać się wszystkim zabiegom i terapiom, nawet jeśli nie chcą tego robić;
Kupa bezsensownych testów krwi, moczu, EEG, EKG, rentgen, kariotyp, diagnozy i testy psychologiczne/psychiatryczne.
Lekarze namawiali mnie na kurację testosteronem, mimo moich sprzeciwów. Wynikało to też z ich nieznamości mojego przypadku IS.

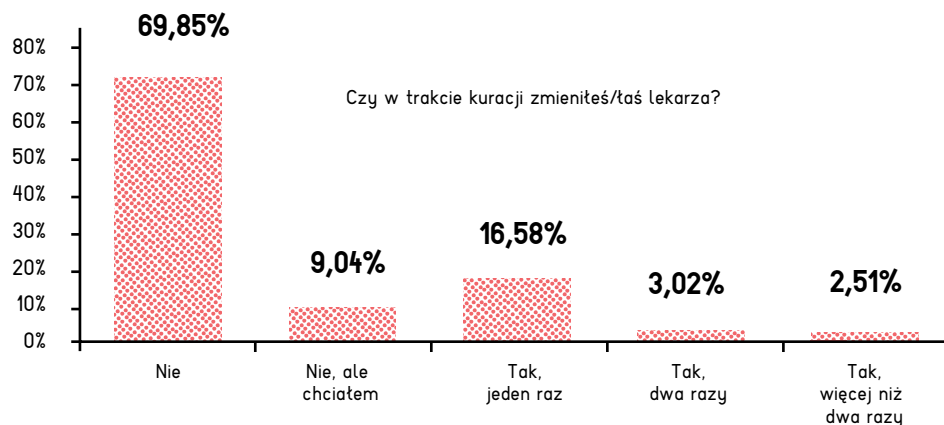
Na początku poinformowano mnie, iż panhisterektomia jest obowiązkowa. Nie spodobało mi się to ze względu na to, że bałem się konsekwencji dla ciała i braku wyboru. Teraz już wiem, że wcale nie jest to zabieg obowiązkowy, lecz zalecany ze względu na zdrowie. Brak wyboru dla własnego ciała mnie przeraził.

- lekarze poddają się stereotypowemu myśleniu, „że jeśli ktoś nie chce koniecznie wszystkich operacji, to nie jest transseksualny, więc w kontaktach ze 'specjalistami' znacznie mu trudniej lub jest to nawet niemożliwe uzyskać pozytywną diagnozę (TS) i dostęp do leczenia hormonalnego”. Jedna z osób badanych napisała:
Czuję presję ze strony lekarza seksuologa oraz psycholożki, by poddać się panhisterektomii mimo iż wiem, że nie jest to wymogiem w Polsce.
- niektórzy/re lekarze/rki zlecają badania niemające bezpośredniego związku z dolegliwością/problemem pacjenta/ki. Ilustrują to następujące wypowiedzi:
Badania ginekologiczne, gdy tłumaczyłam, że nie odczuwam pociągu seksualnego ani potrzeb seksualnych.
Badanie ginekologiczne, brak możliwości tego typu badania poprzez powłoki brzuszne.
Dosyć brutalnie zasugerowano mi spotkanie z psychologiem bądź psychiatrą.

Osoby transseksualne dzięki forom internetowym¹⁹⁹ dobrze wiedzą, którzy lekarze w Polsce są wyspecjalizowani w diagnozie i prowadzeniu takich osób jak one. Takich lekarzy jest niewielu, co niekiedy wiąże się z koniecznością dojeżdżania do innego miasta (lub nawet mocno oddalonej części kraju), co generuje dodatkowe koszty i pochłania dużo czasu. Nierzadko jest więc tak, że osoby transpłciowe przez całą swoją kurację są prowadzone przez jednego lekarza. Zmiana może wynikać z różnic charakterologicznych, niezbyt przyjaznego podejścia lekarza lub zbyt rozłożonego w czasie procesu diagnostycznego. Niejednokrotnie zmianę specjalisty wymuszają względy finansowe. Niektórzy lekarze dla większego zysku mogą przedłużać leczenie tak długo, jak to jest możliwe. Zdecydowana większość osób badanych (77,89%) nie zmieniła jednak lekarza w trakcie kuracji.

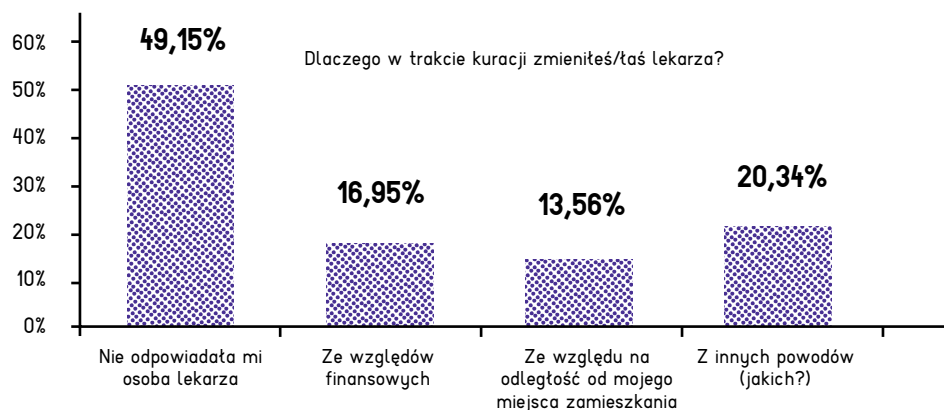
198 http://www.crossdressing.pl/main.php?lv3_id=246&lv1_id=3&lv2_id=77&lang=pl

199 www.transseksualizm.pl



RYS. 55. Rozkład odpowiedzi osób transpłciowych na pytanie o zmianę lekarza w trakcie kuracji (N=199)

Na pytanie o powody zmiany lekarza w trakcie kuracji połowa respondentów (49,15%) wskazywała na to, że nie odpowiadała im osoba lekarza. Innym istotnym powodem były też względy finansowe (16,95%). Warto dodać, że wizyta u lekarza prowadzącego kosztuje najczęściej 100 lub 150 PLN. Trzecim powodem była odległość gabinetu od miejsca zamieszkania (13,56%).



RYS. 56. Rozkład odpowiedzi na pytanie o powody zmiany lekarza w trakcie kuracji (N=59)

Inne podawane przez osoby badane powody to:

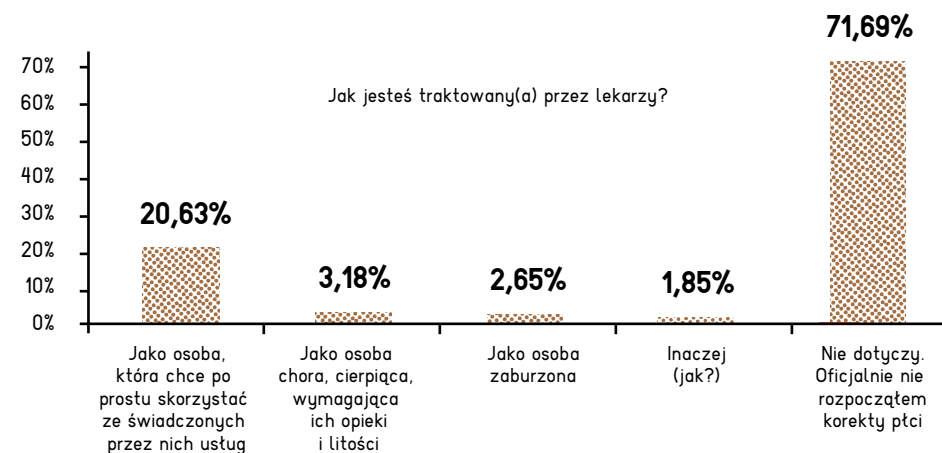
- 1 sytuacje losowe, np. przeprowadzka do innego miasta;
- 2 uświadomienie sobie w czasie wizyt, że lekarz nie miał wystarczających kwalifikacji do diagnozy;
- 3 brak zaufania do kompetencji medycznych i prawnych lekarza/specjalisty

Pierwszy psycholog naciskał mnie, żebym przyjął diagnozę dezaprobaty płci, nie tłumacząc mi prawnych konsekwencji takiej czy innej diagnozy. Okazało się, że dezaprobatą płci nie starczy z prawnego punktu widzenia;

(...)zbyt wysokie dawki leków hormonalnych, brak możliwości negocjacji dawek i rodzaju leków.

Stosunek przedstawicieli służby zdrowia

Wyniki badania pokazują, że transpłciowość respondenta/tki rzadko kiedy jest powodem gorszego traktowania w służbie zdrowia lub odmowy świadczenia usługi medycznej. Według 91,8% respondentów/ek takie sytuacje nie miały miejsca.



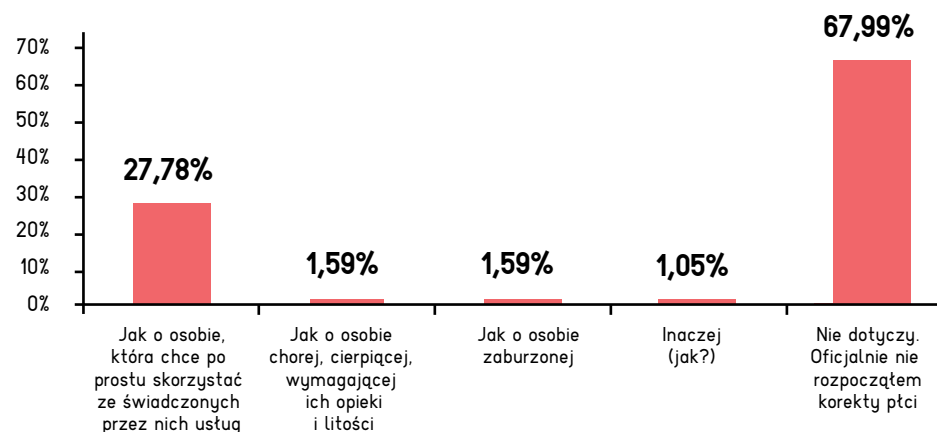
RYS. 57. Rozkład odpowiedzi osób transpłciowych na pytanie o sposób traktowania przez lekarzy (N=378)

Osoby transseksualne były też zapytane o to, jak według nich są traktowane przez lekarzy/ki, którzy towarzyszą im w procesie korekty płci fizycznej i prawnej. Najczęściej respondenci/tki są trak-

towani przez lekarzy jako osoby, które chcą po prostu skorzystać ze świadczeń zdrowotnych (20,63%). Rzadko zdarzają się sytuacje, w których respondenci/teki są traktowani/e jako osoby zaburzone (2,65%). Niewiele częściej lekarze traktują osoby transpłciowe jako chore, cierpiące i wzbudzające litość (3,18%).

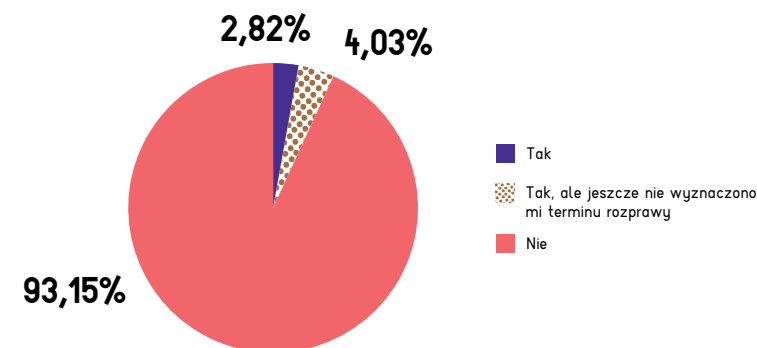
Z opisów innego traktowania przez lekarzy można wyciągnąć następujące wnioski:

- 1 lekarze – choć wiedzą, z kim mają do czynienia – to bardzo często zwracając się do pacjenta, używają rodzajników niezgodnych z deklarowaną płcią osoby badanej;
Psychiatra teoretycznie to akceptuje, ale przez naszą rozmowę o płci społecznej widocznie stwierdziła, że jestem ponad to i używa żeńskich końcówek;
- 2 jeśli wygląd, tembr głosu i zachowanie pacjenta są mało przekonujące dla lekarza, to zdarza się, że ten/ta przyjmuje postawę podejrzliwą, napastliwą lub niechętną;
*Lekarze traktują mnie ogólnie gorzej. Zawsze jestem gorzej traktowany, gdy zachowuję się po kobiecemu i muszę udawać męstwo, którego nie mam w sobie. Ale ja jestem sobą właśnie wtedy, gdy po kobiecemu się zachowuję i słysząc mój mało kobiecy głos lekarze są podejrzliwi, napastliwi itp.
Moja transpłciowość jest zawsze jawna. Były problemy z psychologiem i psychiatrą, bo nie pasuję do typowego obrazu transfaceta pod różnymi względami, a więc naciskali na mnie, żebym akceptował diagnozę dezaprobaty płci – czyli taką, która nie umożliwia mi dalszych postępów w leczeniu.*
- 3 czasami dochodzi do sytuacji, w których trzeba wytłumaczyć danej osobie (osobie na recepcji, psychologowi, lekarzowi), kim się jest i dlaczego dane personalne są niezgodne w wyglądem, używanymi rodzajnikami, itp.
Tak, w rejestracji wątpiono w moje dane, po wyjaśnieniu historii recepcjonistka w dziwny sposób odnosiła się do mojej historii w kontekście całego zdarzenia. Ponoć słyszała „o synu koleżanki, który zapragnął być kobietą”, ale „o przypadku takim jak mój nigdy nie słyszała”.



RYS. 58. Rozkład odpowiedzi osób transpłciowych na pytanie o to, jak postrzegają same siebie w kontaktach z lekarzami (N=378)

Osoby transpłciowe zostały także zapytane o to, jak postrzegają same siebie w kontaktach z lekarzami. Najczęściej osoby badane jeszcze nie rozpoczęły korekty płci (67,99%, N=378). Pozostałe osoby (N=121) myślą najczęściej o sobie jak o kimś, kto chce po prostu skorzystać ze świadczeń zdrowotnych. Rzadko kiedy zdarzają się sytuacje, w których respondenci/teki myślą o sobie jako o osobie zaburzonej. Tak samo rzadko osoby transpłciowe myślą o sobie jako o kimś chorym, cierpiącym i wzbudzającym litość. Poniższy wykres uwzględnia odpowiedzi wszystkich tych, którzy odnieśli się do tego pytania.

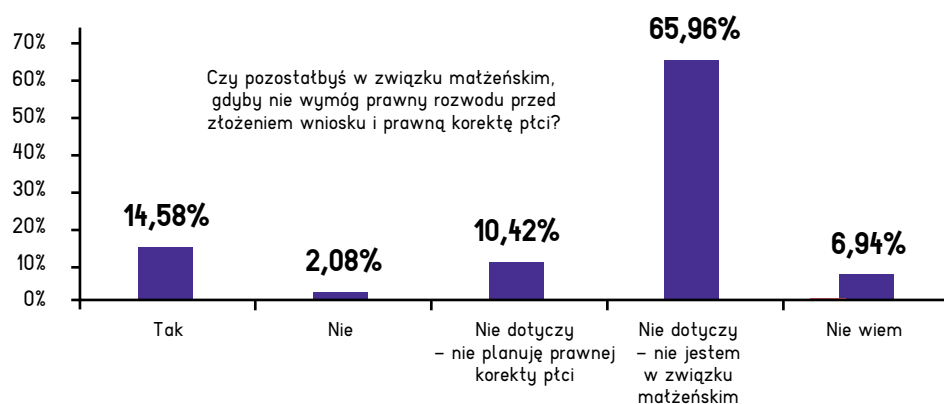


RYS. 59. Rozkład odpowiedzi osób transpłciowych na pytanie o złożenie pozwu prawnego o ustalenie płci (N=248)

Prawna korekta płci

Jak wspomniano wcześniej, więcej niż co dziesiąta osoba badana (11,81%) dokonała już korekty prawnej lub jest w trakcie procesu zmiany, a 57,79% zamierza jej dokonać w przyszłości. W badaniach postawiono także pytanie: Czy złożyłeś/łaś pozew o ustalenie płci? Odpowiedź pozytywną dało 6,85% (w tym 4,03% nie ma jeszcze wyznaczonego terminu rozprawy). Zdecydowana większość badanych pozwu nie złożyła, ale jak wynika z badania, część z nich zamierza to zrobić. Oczekiwanie na termin pierwszego posiedzenia sądu od złożenia pozwu o ustalenie płci (korekty prawnej) nie jest raczej długie.

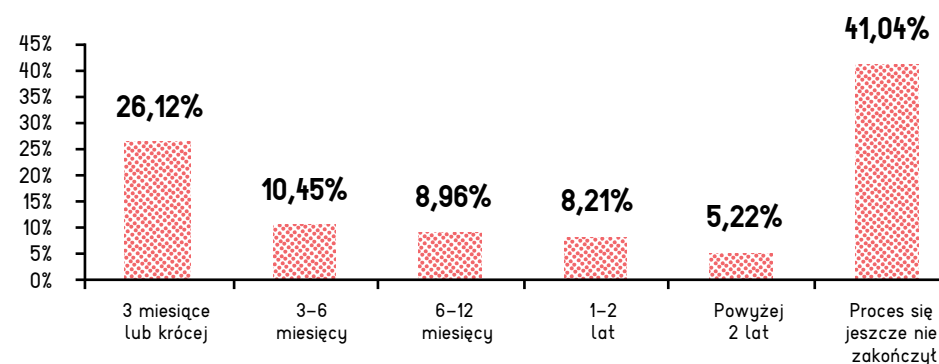
Osoby transseksualne zapytaliśmy też o stosunek do wymogu rozvodu przed złożeniem wniosku o prawną korektę płci. Wymóg ten podyktowany jest faktem, że małżeństwa jednopłciowe są w Polsce nielegalne. Małżeństwo kobiety i mężczyzny musi się więc zakończyć, jeśli osoba w małżeństwie chce dokonać formalnej korekty płci na przeciwną. O ile większość badanych, którzy odpowiedzieli na to pytanie, nie jest w związku małżeńskim (65,96%) i nie planuje prawnej korekty płci (10,42%), wśród pozostałych większość (61,76%) chciałaby pozostać w związku małżeńskim mimo składania wniosku w sądzie o prawną korektę płci.



RYS. 60. Rozkład odpowiedzi osób transpłciowych na pytanie o pozostawanie w związku małżeńskim (N=144)

Test realnego życia

W Polsce osoba transseksualna musi przejść tzw. test realnego życia²⁰⁰. Obejmuje on okres od rozpoczęcia życia w roli zgodnej z psychicznym poczuciem płci do momentu operacyjnej jej zmiany. Okres ten pozwala pacjentowi/ce i lekarzowi bądź lekarce monitorować doświadczanie nowej roli płciowej oraz nabywanie nowych form ekspresji i interakcji z ludźmi. Pacjent/ka ma wtedy możliwość skonfrontowania swojego wyobrażenia płci, z którą się utożsamia i z tym, na ile jest jednoznacznie odbierany/a przez otoczenie społeczne, czyli czy w roli mężczyzny lub kobiety jest przekonujący/a i wiarygodny/a. Dzięki kontaktom w przestrzeni publicznej z innymi ludźmi osoba taka może się dowiedzieć, jak będzie czuł/a się, mając nową płć. Brakuje formalnych ustaleń dotyczących tego, jak długo ten test ma trwać. Często wspomina się o konieczności przeżycia w ten sposób dwóch lat, ale nie jest to termin obowiązujący. Osoby transpłciowe biorące udział w niniejszym badaniu zostały zapytane o ich doświadczenia związane z testem realnego życia. Rysunek 61 przedstawia rozkład odpowiedzi na pytanie o czas trwania takiego testu.



RYS. 61. Rozkład odpowiedzi osób transpłciowych na pytanie dotyczące czasu trwania testu realnego życia (N=134)

Dla 41,04% badanych spośród tych, którzy odpowiedzieli na pytanie, test ten jeszcze trwa. Ponad 1/4 osób badanych (26,12%) zade-

200 <http://wsparcie.transoptymista.pl/tranzycja/diagnostyka-transseksualnosc/czym-jest-test-realnego-zycia/>

klarowała, że w ich życiu ten okres trwał do trzech miesięcy. Wydaje się, że jest to termin za krótki, żeby sprawdzić, jak ktoś czuje się w nowej roli płciowej i jak jest postrzegany przez innych. Pozostałe osoby w podobnych proporcjach odpowiednio 8,96% i 8,21% miały test realnego życia w czasie 6-12 miesięcy i 1 roku do 2 lat. „Długi” staż, tzn. trwający ponad dwa lata, miał co 20 badany (5,22%). W stosunku do poprzednich badań można zauważyć, że test realnego życia obecnie ulega skróceniu (wtedy test realnego życia dla 7,5% trwał do 3 miesięcy, obecnie dotyczy to 26,12% badanych).

Fizyczna korekta płci jest procesem nieodwracalnym, a jego konsekwencje dla życia osobistego są dalekosiężne. W badaniach brało udział niewiele osób, które wykonały fizyczną korektę płci, dlatego szukanie korelacji między wykonaniem korekty fizycznej płci, a np. poziomem satysfakcji życiowej mija się z celem. Oczywiście, że zmian można być zadowolonym lub nie²⁰¹, wyniki naszego badania pokazują jednak, że gdyby istniała możliwość ponownego podjęcia decyzji o fizycznej korekcie, prawie wszyscy respondenci/tki (93,94%, N=66), którzy już przez to przeszli, zrobiliby to samo.

201 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4261554/>. W artykule podano wyniki badań przeprowadzonych w Klinice Urologii Uniwersytetu w Essen w 2014 roku wśród 119 osób (M/K), które przeszły korektę płci w okresie od 1 do 7 lat po operacji. 90,2% respondentów było zadowolonych.

Podsumowanie

- 1 Niewiele osób badanych dokonało korekty lub jest w jej trakcie. Zdecydowana większość respondentów/ek dopiero zamierza dokonać korekty. Największą popularnością cieszy się korekta klatki piersiowej oraz korekta płci metrykalnej. Najmniej popularna wśród respondentów/ek była korekta genitaliów. Prawie 16% osób transpłciowych biorących udział w badaniu było w trakcie terapii hormonalnej.
- 2 Okres diagnozowania transseksualności trwa od trzech miesięcy do ponad dwóch lat. Zdarza się, że diagnoza jest nieprofesjonalna lub transseksualność diagnozuje się jako zaburzenie psychiczne, takie jak zaburzenia osobowości czy schizofrenię.
- 3 W zdecydowanej większości przypadków osoby transseksualne nie czują się zmuszane do zabiegów/kuracji (94,06%), choć zdarza się, że lekarze/rki zlecają badania niemające bezpośredniego związku z dolegliwością/problemem pacjenta/ki.
- 4 Niecałe 10% osób badanych doświadczyło gorszego traktowania w służbie zdrowia lub spotkało się z odmową świadczenia usługi medycznej ze względu na swoją transpłciowość. Ponad dwie trzecie osób transseksualnych nie zmieniło lekarza/rki prowadzącego/ej.
- 5 Wśród zamężnych osób transseksualnych większość (61,76%) chciałaby pozostać w związku małżeńskim mimo składania wniosku w sądzie o prawną korektę płci.
- 6 „Test realnego życia” ulega obecnie skróceniu, dla co czwartej osoby wynosi on poniżej trzech miesięcy.

Wnioski i rekomendacje

Przeprowadzone badanie obejmowało wiele obszarów tematycznych ważnych z punktu widzenia społeczności LGBTQA. Niejednokrotnie wyniki badań obalały funkcjonujące stereotypy odnoszące się do osób nieheteronormatywnych, takich jak np. stereotyp o nietrwałości związków homoseksualnych. Poniżej prezentujemy najważniejsze wnioski i rekomendacje z badania.

- 1 Przeprowadzone przez nas badanie wielokrotnie wskazywało na znacząco gorszą sytuację osób nieheteroseksualnych mieszkających na wsi i w małych miastach. Osoby LGBTQA mieszkające w mniejszych miejscowościach częściej cierpią na stres mniejszościowy, chorują na depresję, czują się osamotnione i mają myśli samobójcze. Jednocześnie będąc w trudnej sytuacji, znacząco rzadziej zwracają się o pomoc i radę do innych, a także rzadziej mobilizują się do działania. Wszystko to powoduje, że jedynie wyjazd z rodzinnej miejscowości daje im szansę na uzyskanie większego wsparcia społecznego oraz życie w otwartości. Wskazane wydaje się zatem dążenie do rozpowszechnienia działań równościowych na terenach wiejskich i w małych miejscowościach.
- 2 Czynnikiem różnicującym sytuację społeczną osób LGBTQA jest ich poziom zamożności oraz wykształcenie. Aby skutecznie pracować na rzecz wyrównywania szans, należy brać pod uwagę dyskryminację krzyżową ze względu na orientację seksualną oraz ubóstwo.
- 3 Orientacja seksualna oraz tożsamość płciowa nie są zazwyczaj akceptowane przez członków rodziny. Ponad połowa gejų i lesbijek nie jest akceptowana przez żadnego ze swoich rodziców. Problem ten dotyczy co trzeciej osoby aseksualnej, biseksualnej kobiety i osoby transpłciowej oraz czterech na pięciu biseksualnych mężczyzn. Jednocześnie brak akceptacji orientacji seksualnej lub transpłciowości przez członków rodziny wiąże się z symptomami depresji, poczuciem osamotnienia i wyższą częstotliwością myśli samobójczych. Osoby nieheteronormatywne, których orientacja seksualna lub tożsamość płciowa nie jest akceptowana przez członków rodziny, rzadziej są zadowolone z życia oraz deklarują gorszy stan zdrowia niż osoby LGBTQA, których orientacja seksualna lub tożsamość płciowa jest akceptowana. Mając to na uwadze, należy podejmować działania skoncentrowane na podnoszeniu akceptacji społecznej osób LGBTQA, szczególnie wśród członków ich rodzin.

- 4 Biorąc pod uwagę:
- niski kapitał społeczny młodzieży szkolnej w Polsce;
 - jej problemy z osamotnieniem i zdrowiem psychicznym;
 - powszechne występowanie homofobicznej i transfobicznej przemocy rówieśniczej;
 - brak wiedzy i umiejętności kadry szkolnej w radzeniu sobie z tym typem przemocy;
 - brak tematyki orientacji seksualnej i tożsamości płciowej w programie nauczania;
 - brak akceptacji orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej dziecka i jednocześnie zależność dziecka od rodziny;
- działania mające na celu wsparcie młodzieży szkolnej LGBTQA powinny być skierowane na edukację społeczeństwa o osobach LGBTQA, podnoszenie akceptacji społecznej różnorodności orientacji seksualnych i tożsamości płciowych, podejmowanie działań antyprzemocowych w szkole, zwiększanie nakładów na wsparcie psychologiczne młodzieży szkolnej oraz doszkadzanie nauczycieli/ek.
- 5 Osoby LGBTQA na ogół nie mają zaufania do rządu i parlamentu. Może to świadczyć o niedostatecznym wsparciu i lekceważeniu problemów społeczności LGBTQA przez te instytucje.
- 6 Osoby LGBTQA doświadczają stresu mniejszościowego i ponad pięć razy częściej niż osoby heteroseksualne cierpią na depresję. Dlatego też programy profilaktyki zdrowia psychicznego powinny obejmować problematykę depresji i stresu mniejszościowego doświadczanego przez osoby LGBTQA. Potencjalnie najbardziej skutecznym sposobem na załagodzenie skutków stresu mniejszościowego jest podjęcie działań systemowych (np. wprowadzenie rzetelnej edukacji seksualnej w szkołach, zapewnienie szkoleń dotyczących tematyki LGBTQA placówkom pomocowym na obszarze całej Polski), które mogłyby ograniczyć ilość stresorów (np. przemocy) doświadczanych przez osoby LGBTQA.
- 7 Wyniki przeprowadzonego badania wskazują, że osoby LGBTQA różnią się pod względem doświadczanej przemocy. Ze względu na

to programy antyprzemocowe powinny uwzględniać potrzeby grup zróżnicowanych przez orientację seksualną i tożsamość płciową. Osoby transpłciowe są najbardziej narażone na przemoc każdego typu; mężczyźni, niezależnie od orientacji, są bardziej narażeni na przemoc fizyczną, kobiety zaś na przemoc seksualną.

- 8 Organy ścigania powinny brać pod uwagę niską zgłaszalność przestępstw motywowanych homofobią i/lub transfobią (zgłaszalność poniżej 4%). Bariery w zgłaszalności tego typu przestępstw może być niskie zaufanie osób LGBTQA do Policji – ponad połowa osób badanych nie ufa Policji.
- 9 Należy uregulować sytuację prawną statusu związków jednopłciowych w Polsce. Rozwiązanie to spełniłoby potrzeby lesbijek, gejów i osób biseksualnych, a osobom transpłciowym pozwoliło pozostać w związku małżeńskim mimo składania wniosku w sądzie o prawną korektę płci.
- 10 Co czwarta lesbijka lub gej deklaruje częsty lub bardzo częsty kontakt z homofobiczną mową nienawiści. Kolejne 50% gejów lub lesbijek deklaruje regularny kontakt z tego typu treściami. Jednocześnie częstotliwość kontaktu z mową nienawiści istotnie wiąże się z dobrostanem psychicznym gejów i lesbijek, w tym w szczególności z symptomami depresji, niezadowoleniem z życia i poczuciem osamotnienia. W przypadku lesbijek kontakt z mową nienawiści silnie wiąże się ze skłonnością do przyjmowania leków uspokajających. Należy zatem podjąć działania ograniczające występowanie homofobicznej mowy nienawiści w przestrzeni publicznej, np. poprzez wprowadzenie regulacji prawnych w tym zakresie.

© Copyright by Kampania Przeciw Homofobii, Warszawa 2017

Redakcja: Magdalena Świder, dr Mikołaj Winiewski
Autorzy (alfabetycznie): Marta Abramowicz, Dominika Bulska, Paulina Górska,
Kinga Kryszk, Jacek Mazurczak, Marta Rawłuszko, Wiktor Soral,
dr Anna Strzałkowska, Magdalena Świder, dr Mikołaj Winiewski
Konsultacja: dr Anna Kłonkowska
Korekta: Aneta Birnbaum, Dominika Bulska, Marcin Teodorczyk
Opracowanie graficzne: Robert Czajka

Wydawca:
Kampania Przeciw Homofobii
Ul. Solec 30a, 00-403 Warszawa
Tel. 22 423 64 38
www.kph.org.pl
info@kph.org.pl

ISBN 978-83-948847-2-7

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 finansowana jest ze środków własnych Kampanii Przeciw Homofobii, Stowarzyszenia Lambda Warszawa i Fundacji Trans-Fuzja.



KAMPANIA PRZECIW HOMOFOBII

Działamy na rzecz osób homoseksualnych, biseksualnych oraz transpłciowych (LGBT) i ich bliskich poprzez rzecznictwo polityczne, społeczne, prawne, tworzenie i wdrażanie systemowych rozwiązań edukacyjnych dla różnych grup zawodowych oraz budowanie szerokiego ruchu sojuszniczego.

www.kph.org.pl

STOWARZYSZENIE LAMBDA WARSZAWA

Naszą misją jest tworzenie przestrzeni do budowania pozytywnej tożsamości społeczności lesbijek, gejów, osób biseksualnych, transpłciowych i queerowych (LGBTQ) oraz niesienie niezależnej, profesjonalnej i eksperckiej pomocy w sytuacjach trudnych i kryzysowych.

www.lambdawarszawa.org

FUNDACJA TRANS-FUZJA

Działamy na rzecz poprawy warunków życia osób transpłciowych w Polsce poprzez prowadzenie działalności wspierającej, edukacyjnej, prowadzenie badań społecznych oraz aktywizację osób transpłciowych w różnych dziedzinach życia, szczególnie w ramach działań związanych z kulturą i rekreacją.

www.transfuzja.org



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Patronat Honorowy

ISBN 978-83-948847-2-7