

Opieka ginekologiczna dla osób LGBTQIA w Małopolsce

raport z badania



Queerowy Maj

Osoby autorskie

Wit Kania

Anna Tereszko

Konsultacja merytoryczna

prof. dr hab. n. med Krzysztof Nowosielski

Magda Rakita

Korekta

Magdalena Dropek

Projekt graficzny i skład

Artur Maciejewski

Kraków 2022

Iceland
Liechtenstein
Norway



**Active
citizens** fund

Projekt "Opieka ginekologiczna dla osób LGBTQIA" realizowany jest z dotacji programu Aktywni Obywatele – Fundusz Krajowy, finansowanego przez Islandię, Liechtenstein i Norwegię w ramach Funduszy EOG.

7 Słownik

13 Wstęp i cele badania

23 Metodologia

25 Ankieta dla społeczności LGBTQIA

28 Ankieta dla specjalistów

33 Wyniki – społeczność LGBTQIA

35 Charakterystyka próby

40 Korzystanie z opieki ginekologicznej

51 Satysfakcja z opieki ginekologicznej

64 Dyskryminacja

74 Oczekiwania wobec opieki ginekologicznej

81 Wyniki – specjaliści i specjalistki

83 Badanie ankietowe

89 Częściowo ustrukturyzowane wywiady indywidualne

97 Podsumowanie

105 Rekomendacje

107 Dla ginekologów i ginekolożek

108 Dla ośrodków opieki zdrowotnej

111 Dla uczelni i ośrodków szkoleniowych

112 Dla towarzystw naukowych

115 Wykazy



Słownik

Osoby LGBTQIA - społeczność obejmująca m.in. lesbijki, gejów, osoby biseksualne, osoby transpłciowe, osoby queer, osoby interpłciowe oraz osoby aseksualne

Osoby transpłciowe - osoby, których tożsamość płciowa różni się od płci, która została im przypisana przy urodzeniu

Osoby niebinarne - osoby, których tożsamość płciowa różni się od płci, która została przypisana im przy urodzeniu; osoby te nie identyfikują się jednoznacznie ani z płcią męską, ani z żeńską

Osoby interpłciowe - osoby, które rodzą się z ciałem nie wpisującym się w definicje typowych ciał kobiecych lub męskich; różnice mogą wystąpić na poziomie chromosomów lub/i układu hormonalnego lub/i wewnętrznych bądź zewnętrznych narządów płciowych; interpłciowość dotyczy biologicznych cech płciowych a nie tożsamości

Osoby cispłciowe - osoby, których płeć przypisana przy urodzeniu jest zgodna z ich tożsamością płciową

Osoby cisheteronormatywne - osoby cispłciowe i heteroseksualne

Medyczne działania afirmujące płeć (MDAP) - szeroka gama interwencji medycznych wchodzących w obszar tranzycji medycznej, która obejmuje m.in. substytucję hormonalną, zabiegi chirurgiczne (rekonstrukcja klatki piersiowej, neowaginoplastyka, metoidioplastyka i inne) oraz stosowanie blokerów gonadoliberyny.

10 **Queerfobia** - irracjonalny strach, niechęć lub nienawiść do osób queer lub cze­gokolwiek, co nie spełnia heteronormatywnych standardów danej kultury

Homofobia - irracjonalny strach, niechęć lub nienawiść do osób homoseksualnych, często przejawiające się jako uprzedzenia, dyskryminacja, żarty, wyzwiska, wykluczanie, nękanie czy akty przemocy

Transfobia - irracjonalny strach, niechęć lub nienawiść do osób transpłciowych, często przejawiające się jako uprzedzenia, dyskryminacja, żarty, wyzwiska, wykluczanie, nękanie czy akty przemocy

Różnica istotna statystycznie - różnica między grupami, która w teście statystycznym wskazuje na znaczne prawdopodobieństwo zgodności tego wyniku z wynikami obserwowanymi w populacji ogólnej (tu poziom istotności statystycznej określono na poziomie $p < 0,05$)



Wstęp i cele badania

Światowa Organizacja Zdrowia podaje, że równy dostęp do opieki zdrowotnej uznawany jest za jedno z praw człowieka¹. Ze względu na brak danych w obszarze dostępności opieki ginekologicznej dla osób LGBTQIA w Polsce, wiedzę na ten temat bazujemy na własnych doświadczeniach pracy ze społecznością.

Osoby LGBTQIA również potrzebują opieki ginekologicznej, choć w naszej ocenie jest to kwestia nadal niedostatecznie często podejmowana zarówno w naukowych projektach badawczych, jak i przestrzeni publicznej.

W trakcie prowadzenia naszych działań często zdarzały się zapytania od osób różnorodnych pod względem tożsamości płciowej i seksualnej, dotyczące przyjaznych im ginekologów i ginekolożek. Wśród samej społeczności krąży "lista" takich osób w Krakowie i w regionie, podawana prywatnymi kanałami. Dostrzegłyśmy potrzebę zweryfikowania i uporządkowania tych informacji. Istotne dla nas było, aby skierować projekt zarówno do ginekologów i ginekolożek, jak i osób LGBTQIA.

Ponadto zależało nam na stworzeniu zasobów służących równoczesnej edukacji obydwu tych społeczności w kontekście roli dostępu do opieki ginekologicznej, która jest przyjazna osobom różnorodnym pod względem tożsamości płciowej i seksualnej. Zauważamy potrzebę działania na obydwu poziomach jednocześnie – podejmowania aktywności na rzecz wewnętrznego wzmacniania społeczności oraz współpracy ze środowiskiem medycznym w celu poszerzenia bazy sojuszniczej. Uważamy, że usprawnienie

¹ World Health Organization (2017). *Human rights and health*. Dostęp: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

18 komunikacji między obydwoma stronami postuży podwyższeniu poziomu świadczonych usług w zakresie ginekologii, a co za tym idzie – zwiększenia dostępu do opieki ginekologicznej dla osób LGBTQIA.

Zaczęto się zatem od próby odpowiedzi na dwa podstawowe pytania: „Jak wyglądają doświadczenia i potrzeby osób LGBTQIA oraz ginekologów i ginekolożek” i „Jakie, na podstawie deklaracji osób z obydwu grup, działania warto podjąć, aby zwiększyć dostępność opieki ginekologicznej dla osób LGBTQIA”.

Celem projektu było systematyczne przyjrzenie się sytuacji opieki ginekologicznej dla osób LGBTQIA w Małopolsce, poprzez zbadanie doświadczeń osób ze społeczności oraz ginekologów i ginekolożek. Brak danych w tym zakresie powodował trudności w zdiagnozowaniu potrzeb obydwu grup oraz przeszkód utrudniających ich realizację. Efektem miało być nie tylko zdiagnozowanie obecnego stanu, ale także stworzenie zestawu źródeł edukacyjnych i rekomendacji służących zwiększeniu dostępności usług ginekologicznych dla osób LGBTQIA.

Projekt miał charakter regionalny, skupiając się na sytuacji opieki ginekologicznej dla osób LGBTQIA na terenie Małopolski. Przed przystąpieniem do omówienia wyników przeprowadzonych działań projektowych, istotne jest przedstawienie kontekstu ich realizacji.

Pierwszą istotną kwestią jest brak danych dotyczących dostępu do opieki ginekologicznej dla osób LGBTQIA, prewalencji trudności zdrowotnych wymagających opieki ginekologicznej, poziomu znajomości szczególnych potrzeb tych osób przez

specjalistów i specjalistki, a także systemowych rozwiązań umożliwiających ginekologom i ginekolożkom otrzymanie wiedzy dotyczącej specyfiki opieki ginekologicznej dla osób LGBTQIA w przystępny dla nich sposób.

W ramach opieki ginekologicznej dla osób LGBTQIA, wyszczególniliśmy w pierwszej kolejności listę powodów, dla których osoby te mogą poszukiwać opieki ginekologicznej i w ramach których posiadają specyficzne potrzeby: podstawowa profilaktyka zdrowotna (USG macicy i jajników, USG gruczołów piersiowych, badanie fizykalne oraz badanie cytologiczne), profilaktyka i leczenie zakażeń przenoszonych drogą płciową, metody antykoncepcyjne, leczenie chorób i zaburzeń (endometrioza, PCOS, dyspareunia), opieka w toku planowania i prowadzenia ciąży, profilaktyka i leczenie nowotworów, opieka przed i po przeprowadzeniu aborcji, przygotowanie do i badania w toku substytucji hormonalnej oraz innych zabiegów afirmujących płeć (np. neowaginoplastyki i panhisterektomii).

Według raportu Kampanii Przeciw Homofobii z 2016 roku², osoby LGBTa, w tym szczególnie osoby transpłciowe, doświadczają systemowej dyskryminacji pod względem dostępu do opieki ginekologicznej. W publikacji wymieniono niski poziom zaufania do publicznego systemu ochrony zdrowia wśród osób badanych oraz trudne doświadczenia z wcześniejszych wizyt. Wskazywano także na problemy takie jak: trudności ze znalezieniem ginekologa po przebytej operacji rekonstrukcji narządów płciowych, odmowa zarejestrowania na wizytę

² Kampania Przeciw Homofobii (2016). *Sytuacja społeczna osób LGBTa w Polsce. Raport za lata 2015-2016*. Dostęp: <https://kph.org.pl/publikacja/sytuacja-spoeczna-osob-lgbta-w-polsce-raport-za-lata-2015-2016/sytuacja-spoeczna-osob-lgbta-w-polsce-raport-za-lata-2015-2016-2/>

20 ginekologiczną ze względu na wygląd osoby oraz zwracanie się nieprawidłowymi zaimkami.

Wykluczenie z równego dostępu do opieki ginekologicznej ma miejsce także w obszarze świadczeń związanych z ciążą i porodem. Wydane przez Ministerstwo Zdrowia rozporządzenie z 2018 roku³, regulujące standardy opieki okołoporodowej, są w całości skonstruowane w założeniu o cisplciowości osoby w ciąży. Objawia się to w użyciu takich stwierdzeń jak „kobieta w ciąży”, „rodząca” oraz „matka” bez alternatyw dopuszczających inną tożsamość płciową osoby w ciąży. Uważamy, że personel medyczny powinien być wyposażony w wiedzę i umiejętności pozwalające na zapewnienie kompleksowej opieki każdej osobie planującej ciążę bądź będącej w ciąży, wraz z możliwością uczestnictwa osoby partnerskiej w całym procesie.

Brak wiedzy na temat rozpowszechnienia zakażeń przenoszonych drogą płciową wśród osób LGBTQIA uniemożliwia stworzenie dopasowanych do potrzeb społeczności programów edukacyjnych i profilaktycznych, które byłyby włączające zarówno pod kątem treści, jak i języka. Wyjątek stanowi tu grupa mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami (MSM), dotychczasowe prowadzone w Polsce badania i kampanie edukacyjne na ten temat skupiały się jednak na mężczyznach cisplciowych, których opieka ginekologiczna nie dotyczy.

Konieczność kształcenia kadry ginekologicznej w zakresie komunikacji z pacjentami (w tym osobami ze społeczności

³ Ministerstwo Zdrowia (2018). *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej*. Dostęp: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20180001756>

LGBTQIA) i przekazywania wiedzy o ich zdrowiu seksualnym i reprodukcyjnym odzwierciedlona jest m.in. w wynikach badań prowadzonych przez Patrycję Wonatowską i Joannę Skonieczną (2015)⁴ z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Autorki wskazały także, że braki w tych obszarach rzutują na niedostateczne rozpowszechnienie nawyków prozdrowotnych wśród osób korzystających z usług ginekologicznych.

Na początku kwietnia bieżącego roku prowadziliśmy pilotażowe badanie ankietowe dotyczące opinii na temat opieki ginekologicznej wśród osób LGBTQIA. Brało w nim udział 125 osób LGBTQIA w wieku <18 - 40 lat. 36 osób badanych pochodziła z Krakowa i okolic. Ponad 1/5 osób podaje, że doświadczyła lub mogła doświadczyć dyskryminacji ze względu na tożsamość płciową i/lub orientację psychoseksualną. Wśród wymienianych trudności znajdowały się m.in.: przekraczanie kompetencji lekarskich w postaci pouczeń na temat moralności, stosowanie obraźliwych zwrotów, brak empatii i zrozumienia wobec stylu życia osoby oraz odmowa świadczeń ze względu na partnerów seksualnych osoby. Ponadto, niemal połowa osób badanych (46,4%) deklaruje, że nie odbywa regularnych wizyt ginekologicznych, co stanowić może zagrożenie dla ich zdrowia. Dane te wskazują na konieczność podjęcia tematu nieheteronormatywności i niecisnormatywności wśród ginekologów i ginekolożek oraz wyposażenia ich w podstawową wiedzę z zakresu opieki nad tymi osobami.

4 Wonatowska, P. i Skonieczna, J. (2015). *Opieka ginekologiczna z perspektywy pacjentek ze szczególnym uwzględnieniem osób w wieku 12-25 lat, LBTQ oraz z niepełnosprawnościami*. Journal of Education, Health and Sport, 5(8), 343-352.

22 Ginekolog-położnik, dr Krzysztof Nowosielski, na konferencji "Potrzeby i prawa zdrowotne osób LGBT"⁵ mówił o potrzebie uwzględniania w standardach opieki okołoporodowej m.in. potrzeb kobiet homoseksualnych. Zdaniem Nowosielskiego, wprowadzenie standardów ustanawia wymóg prowadzenia określonego postępowania wobec pacjentów bez względu na osobiste przekonania lekarzy.

Kraków jest miastem skupiającym największą liczbę ginekologów i ginekolożek w województwie małopolskim. Jest to także ośrodek akademicki, gdzie kształcone są kadry medyczne. Uważamy, że odpowiednie przygotowanie ich do opieki nad osobami LGBTQIA powinno rozpocząć się już na poziomie studiów na kierunku lekarskim, aby uniknąć nierówności uwidaczniających się w przytoczonych badaniach. Jednocześnie, edukacja i doszkąłcanie powinny odbywać się również na dalszych etapach zawodowych, w celu sukcesywnego aktualizowania wiedzy i umiejętności.

W obliczu dużego zainteresowania lokalnych społeczności wspomnianą kwestią, jak i uzyskanych przez nas wyników internetowego badania wśród społeczności, braku systemowej, zgodnej z wytycznymi WHO⁶ edukacji seksualnej oraz perspektywy dalszego zaostrzania przepisów dotyczących praw reprodukcyjnych, zauważamy potrzebę działań antydyskryminacyjno-edukacyjnych, zwłaszcza,

5 "O zdrowiu LGBT - medycznie i etycznie". Dostęp: <https://kph.org.pl/potrzeby-i-prawa-zdrowotne-osob-lgbt-konferencja/>

6 WHO (2018). *International technical guidance on sexuality education*. Dostęp: <https://www.who.int/publications/m/item/9789231002595>

że województwo małopolskie objęte jest uchwałą o tzw. "Strefie wolnej od ideologii LGBT"⁷.

Powołując się na cytowane wyżej dane z badań, uważamy że sytuacja braku dostępu do opieki ginekologicznej z uwagi na tożsamość płciową i/lub orientację psychoseksualną stwarza zagrożenie dla zdrowia i życia osób LGBTQIA i wymaga podjęcia natychmiastowych działań. Niniejszy projekt miał zatem charakter zarówno interwencyjny, jak i prewencyjny poprzez edukację antydyskryminacyjną.

Obszar ten nie był dotychczas podjęty przez żadną z działających na terenie województwa małopolskiego organizacji bądź instytucje. Wszelkie kampanie oraz projekty związane z dostępnością opieki ginekologicznej podejmowane były na rzecz cisplciowych kobiet, sporadycznie z uwzględnieniem nieheteronormatywności.

Dlaczego to dla nas ważne? Chcemy, żeby każda osoba LGBTQIA miała dostęp do takiej opieki zdrowotnej, jakiej potrzebuje – żeby nie doświadczała wykluczenia w dostępie do usług, a przed kluczowymi badaniami profilaktycznymi nie powstrzymywał jej lęk przed dyskryminacją oraz stanieniem się „dziwnym przypadkiem medycznym”. Mamy nadzieję, że ten projekt będzie krokiem w stronę przyjaznym naszej społeczności zmianom w opiece zdrowotnej: najpierw w Małopolsce, a następnie w całym kraju.

⁷ Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (2019). *Deklaracja Nr 1/19 Sejmiku Województwa Małopolskiego z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie sprzeciwu wobec wprowadzenia ideologii „LGBT” do wspólnot samorządowych*. Kraków: Biuletyn Informacji Publicznej Województwa Małopolskiego. Dostęp: <https://bip.malopolska.pl/umwm.a.1594074.deklaracja-nr-119-sejmiku-województwa-malopolskiego-z-dnia-29-kwietnia-2019-r-w-sprawie-sprzeciwu-wo.htm>



Metodologia

Badanie "Opieka ginekologiczna dla osób LGBTQIA w Małopolsce" uwzględniało dwie części - badanie ankietowe skierowane do społeczności LGBTQIA oraz ankietę skierowaną do osób świadczących opiekę ginekologiczną na terenie Małopolski. W pierwszym etapie przeprowadzono badanie skierowane do społeczności, które w formie kwestionariusza dystrybuowano w okresie od kwietnia 2021 do września 2022. Zarówno dystrybucję ankiety, jak i jej promocję prowadzono w mediach społecznościowych tj. Facebook i Instagram. Ankieta była również promowana na grupach zrzeszających społeczność LGBTQIA. W kolejnym etapie w maju 2022 roku rozpoczęto dystrybucję ankiety dedykowanej personelowi medycznemu, którą zakończono równocześnie z ankietą skierowaną do społeczności, we wrześniu 2022. Wyniki poddano następnie analizie ilościowej i jakościowej.

Ankieta dla społeczności LGBTQIA

Celem przyjrzenia się doświadczeniom w zakresie korzystania z opieki ginekologicznej przez osoby LGBTQIA mieszkających na terenie Małopolski, wykonano badanie ankietowe. Wymogami uczestnictwa była przynależność do społeczności LGBTQIA (deklarowana w formularzu) oraz zamieszkiwanie na terenie województwa małopolskiego.

30 Przeprowadzenie badania kwestionariuszowego służyć miało sprawdzeniu, z jakiego rodzaju usług i w jakich kontekstach korzystają z nich osoby LGBTQIA, czy doświadczają dyskryminacji z uwagi na tożsamość płciową, seksualną i/lub zróżnicowane cechy płciowe, a także zebraniu potrzeb, jakie osoby LGBTQIA posiadają wobec opieki ginekologicznej oraz specjalistów świadczących te usługi.

Narzędzie składało się z 37 pytań zamkniętych jednokrotnego i wielokrotnego wyboru oraz 4 pytań otwartych, podzielonych na obszary tematyczne: 1) doświadczenia w zakresie korzystania z opieki ginekologicznej; 2) potrzeby związane z opieką ginekologiczną; 3) doświadczenie dyskryminacji w korzystaniu z usług ginekologicznych. W części demograficznej uwzględnione były pytania dotyczące: tożsamości płciowej i seksualnej, wieku, niepełnosprawności, miejsca zamieszkania, aktualnej sytuacji zawodowej oraz ocenianego samodzielnie statusu socjoekonomicznego.

W dalszych częściach ankiety pytano o: 1) obecną sytuację korzystania z opieki ginekologicznej (np. przebywanie pod opieką jednego specjalisty oraz ocena dostępności usług ginekologicznych w miejscu zamieszkania); 2) przeszłe doświadczenia korzystania z usług w trybie ambulatoryjnym oraz podczas pobytu na oddziale ginekologicznym; 3) doświadczenia dyskryminacji ze strony osób świadczących opiekę specjalistyczną; 4) odczuwanie satysfakcji z obecnie otrzymywanej opieki ginekologicznej; 5) potrzeby i oczekiwania wobec usług zdrowotnych świadczonych w gabinetach i na oddziałach ginekologicznych.

Jednym z celów badania było także sprawdzenie, jakie są główne powody korzystania przez osoby LGBTQIA

z opieki ginekologicznej. Zebranie tych danych służyło wyodrębnieniu potencjalnych istotnych i specyficznych dla społeczności LGBTQIA obszarów opieki ginekologicznej, które powinny być zaadresowane przez specjalistów i specjalistki. W narzędziu uwzględniono poniższe obszary opieki:

- » Leczenie dolegliwości związanych z menstruacją
- » Antykoncepcja
- » Rutynowa profilaktyka (np. cytologia, USG piersi itp.)
- » Profilaktyka infekcji przenoszonych drogą płciową
- » Opieka związana z tranzycją medyczną (hormonalna i operacyjna korekta płci)
- » Opieka w trakcie ciąży
- » Planowanie ciąży
- » Terminacja ciąży ze wskazań medycznych
- » Opieka po histerektomii i/lub usunięciu przydatków
- » Opieka po neowaginoplastyce (GRS/SRS)
- » Opieka w okresie klimakterium
- » Opieka związana ze stanami przewlekłymi w ginekologii (np. endometrioza, PCOS)
- » Opieka związana z dolegliwościami bólowymi (np. wulwodynia, dyspareunia)

- » Opieka po mastektomii
- » Opieka związana z interpleciowością.

Ankieta dla specjalistów

W ramach projektu przygotowano również ankietę skierowaną do środowiska zawodowego ginekologów i ginekolożek oraz osób w trakcie specjalizacji z ginekologii i położnictwa. Ankieta dedykowana była zarówno lekarzom i lekarkom świadczącym usługi w gabinetach prywatnych, jak również pracującym w oddziałach ginekologicznych oraz innych placówkach publicznych na terenie województwa małopolskiego.

Celem ankiety było zbadanie potrzeb środowiska zawodowego oraz znalezienia obszarów wymagających większej uwagi w momencie opracowywania tematyki szkoleń planowanych na dalszym etapie projektu. Zdajemy sobie sprawę, że inkluzywna opieka ginekologiczna wymaga sprofilowanej wiedzy i odpowiedniego przygotowania, która nie jest oferowana w programie kształcenia medycznego oraz specjalizacyjnego.

Ankieta składała się z 27 pytań zamkniętych jednokrotnego i wielokrotnego wyboru oraz 4 pytań otwartych. Ankietę podzielono na obszary tematyczne. W formularzu ankietowym uwzględniono profil zawodowy, w tym lokalizację głównego miejsca pracy, typ placówki (w odniesieniu do głównego miejsca pracy), etap kształcenia (w trakcie lub po specjalizacji) oraz staż zawodowy. W dalszej części kwestionariusza pytano o obecny stan wiedzy w

zakresie szczególnych potrzeb osób LGBTQIA z podziałem na poszczególne obszary opieki:

33

- » Leczenie dolegliwości związanych z menstruacją
- » Antykoncepcja
- » Rutynowa profilaktyka (np. cytologia, USG piersi itp.)
- » Profilaktyka infekcji przenoszonych drogą płciową
- » Opieka związana z tranzycją medyczną (hormonalna i operacyjna korekta płci)
- » Opieka w trakcie ciąży
- » Planowanie ciąży
- » Terminacja ciąży ze wskazań medycznych
- » Opieka po histerektomii i/lub usunięciu przydatków
- » Opieka po neowaginoplastyce (GRS/SRS)
- » Opieka w okresie klimakterium
- » Opieka związana ze stanami przewlekłymi w ginekologii (np. endometrioza, PCOS)
- » Opieka związana z dolegliwościami bólowymi (np. wulwodynia, dyspareunia)
- » Opieka po mastektomii
- » Opieka związana z interpłciowością

34 Kolejnym elementem badania ankietowego była analiza doświadczeń w pracy z osobami LGBTQIA, m.in. pod względem częstości spotykania osób LGBTQIA w gabinecie bądź innej placówce, w której osoba badana pracowała oraz o swobodę pracy z tymi osobami. Pytano również o częstość poruszania samej tematyki orientacji psychoseksualnej oraz tożsamości płciowej – zakładano możliwość występowania zaniżonych wskaźników dot. frekwencji osób LGBTQIA w gabinecie w przypadku, gdy tematyka nie była inicjowana przez lekarza bądź lekarkę oraz możliwe obawy osób pacjenckich przed spontanicznym poruszaniem tej tematyki samodzielnie.

Z uwagi na dalsze plany związane z chęcią stworzenia specjalistycznego szkolenia, zapytano również o szczególne potrzeby w tym zakresie, uwzględniając obszary wymienione powyżej.



Wyniki

społeczność LGBTQIA

Charakterystyka próby

W ramach badania uzyskano 530 odpowiedzi. Z powodu spamu konieczne było usunięcie 23 odpowiedzi. Następnie usunięto 13 odpowiedzi z powodu braków danych uniemożliwiających dalszą analizę (tj. brak jakichkolwiek danych poza danymi demograficznymi). W przypadku 9 ankiet osoby odmówiły przetwarzania danych po zakończeniu ankiety, w związku z czym odpowiedzi te usunięto.

Ankiety wypełniło również 77 cisplciowych heteroseksualnych kobiet bez cech zróżnicowanego rozwoju płciowego (odpowiedziały przecząco na pytanie czy są osobami interplciowymi). Z uwagi na cel badania, osoby te również wykluczono z dalszych analiz. Ostatecznej analizie poddano 408 odpowiedzi.

Tożsamość płciowa

W tab. 1. przedstawiono liczbę osób o określonej tożsamości płciowej. Należy zauważyć, że część osób wybierała więcej niż jedną tożsamość (ankieta umożliwiała wybranie takiej liczby tożsamości, która była zgodna z odczuciami osoby). Wśród innych tożsamości wybieranych przez osoby ankietowane znalazły się m.in. genderqueer, demigirl oraz genderflux.

Tab. 1. Tożsamość płciowa

| Tożsamość płciowa | Liczebność (%) |
|----------------------|----------------|
| kobieta cisplciowa | 271 (66,25%) |
| kobieta transplciowa | 1 (0,24%) |

| | |
|------------------------|-------------|
| mężczyzna transpłciowy | 32 (7,82%) |
| osoba transpłciowa | 12 (2,93%) |
| osoba niebinarna | 68 (16,63%) |
| osoba queer | 49 (11,98%) |
| osoba agender | 11 (2,69%) |
| osoba genderfluid | 17 (4,16%) |
| osoba bigender | 4 (0,98%) |
| Inna | 9 (2,44%) |

Interpłciowość

8 osób określiło się jako osoby ze zróżnicowanymi cechami płciowymi, wśród których jedna osoba zdecydowała się napisać o swoim wariacie rozwojowym tj. zespole niewrażliwości na androgeny (ang. androgen insensitivity syndrome - AIS). 35 osób nie wiedziało, czy cechy interpłciowe były kiedykolwiek u nich stwierdzone.

Orientacja psychoseksualna

Podobnie w przypadku określenia własnej orientacji psychoseksualnej, umożliwiono osobom badanym wybór wielu, zaś wyniki przedstawiono w Tab. 2. Wśród innych orientacji psychoseksualnych znalazły się greyseksualna, biromantyczna oraz sapioseksualna.

Tab. 2. Orientacja seksualna

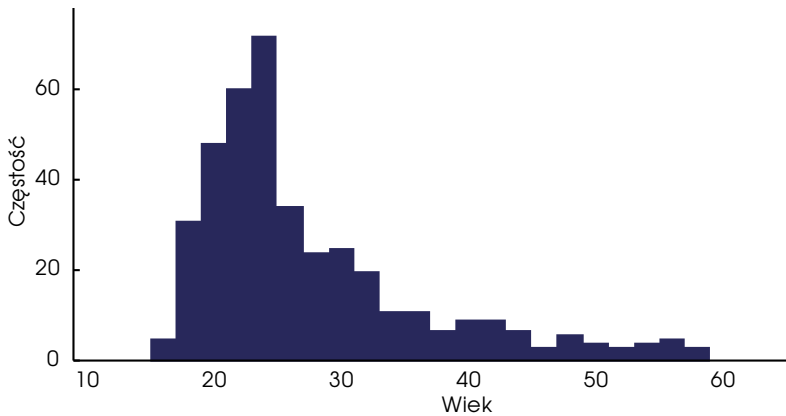
| Tożsamość płciowa | Liczebność (%) |
|-----------------------------|----------------|
| lesbijkka | 99 (24,26%) |
| gej | 8 (1,96%) |
| osoba biseksualna | 175 (42,89%) |
| osoba panseksualna | 61 (14,95%) |
| osoba aseksualna | 38 (9,31%) |
| osoba demiseksualna | 32 (7,84%) |
| osoba heferoseksualna | 5 (1,23%) |
| osoba queerseksualna | 34 (8,33%) |
| osoba polliseksualna | 9 (2,21%) |
| nie używam żadnych określeń | 28 (6,86%) |
| inna | 3 (0,74%) |

Niepełnosprawność

34 osoby badane określiły się jako osoby z niepełnosprawnością, co stanowi ok. 8% badanej grupy. Większość, tj. 89% stanowiły osoby bez niepełnosprawności. Pozostałe osoby wolały nie odpowiadać na to pytanie.

Wiek

Średni wiek osób badanych wyniósł 26,7 lat (SD=8,60), natomiast mediana wyniosła 24 (IQR=21-30). Najmłodsza osoba miała lat 15, zaś najstarsza 60. Rozkład względem wieku przedstawiono na ryc. 1.

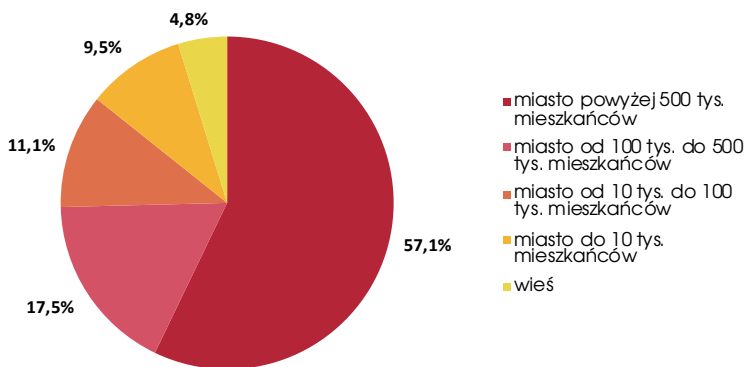


Ryc. 1. Rozkład wieku osób badanych

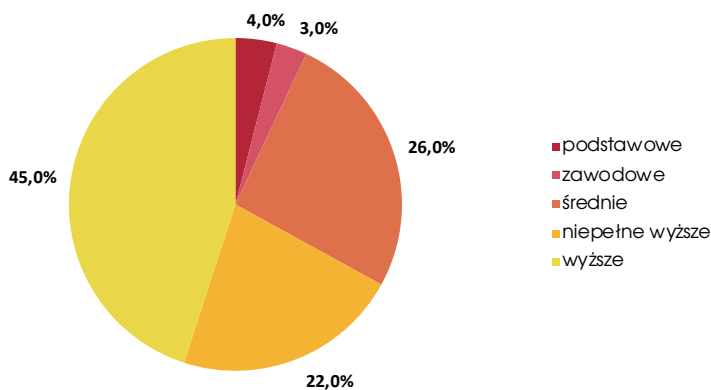
Pozostałe dane demograficzne

Większość osób tj. ok 70% respondenckich (N=286) mieszka w mieście powyżej 500 tys. mieszkańców, co wpływa również na interpretację dalszych danych. Oznacza to bowiem, że osoby te mają większą dostępność do opieki ginekologicznej z uwagi zamieszkiwania w większym mieście, jak również mają większą szansę na znalezienie opieki inkluzywnej i odpowiadającej im potrzebom. Osoby z mniejszych miast tj. liczących mniej niż 100 tys. mieszkańców stanowiły ¼ próby (N=103). Rozkład próby względem miejsca zamieszkania przedstawia ryc. 2. badanych zadeklarowała przynależność do społeczności LGBTQIA (58,9%). Dokładny rozkład grup przedstawiony jest w dalszych częściach analizy wyników.

Prawie połowa badanych ma wykształcenie wyższe (N=182), zaś kolejne 22% niepełne wyższe (N=89). Ok. ¼ osób badanych to osoby uczące się w szkołach średnich (N=106). Ankiety wypełniło również 11 osób o wykształceniu zawodowym oraz 19 o wykształceniu podstawowym.



Ryc. 2. Podział względem miejsca zamieszkania

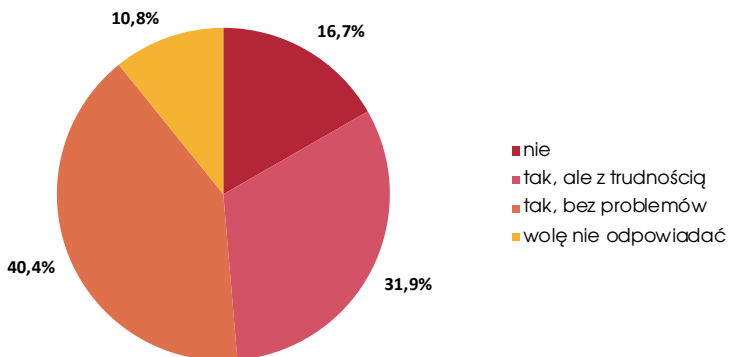


Ryc. 3. Podział względem wykształcenia

Mniej więcej taka sama liczba osób wskazała, że aktualnie studiuje bądź pracuje. Część osób deklarowała równoczesną aktywność zawodową w formie stałego zatrudnienia lub pracy dorywczej oraz studia. Szczegółowy rozkład wyników przedstawiono w tab. 3

| Sytuacja zawodowa | Liczebność | procent |
|------------------------|------------|---------|
| uczę się/studiuję | 165 | 40,44% |
| mam stałe zatrudnienie | 166 | 40,69% |
| pracuję dorywczo | 86 | 21,08% |
| nie pracuję | 44 | 10,78% |
| jestem na rencie | 12 | 2,94% |
| jestem na emeryturze | 1 | 0,25% |

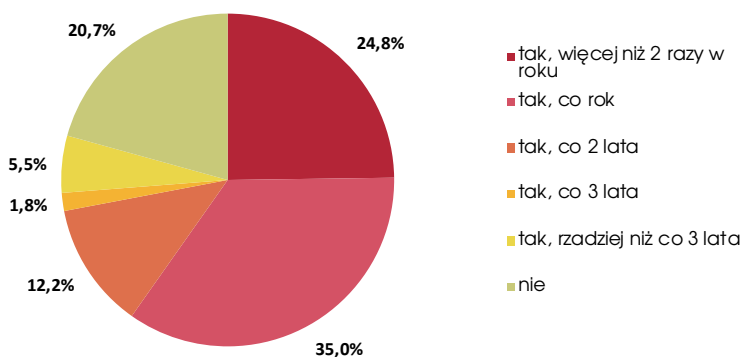
Osoby respondenckie zapytano również o sytuację materialno-finansową. Prawie połowa badanych stwierdziła, że obecne dochody nie pokrywają ich bieżących wydatków lub pokrywają je z trudnościami. Należy wziąć pod uwagę fakt, że mowa tu o osobach młodych, bardzo często wciąż uczących się, które otrzymują wsparcie od rodziców i opiekunów bądź też tego wsparcia nie mają. Ich sytuacja finansowa wpłynie będzie na decyzje dotyczące korzystania z usług ginekologicznych, co zostanie omówione poniżej. Szczegółowe dane przedstawiono na ryc. 4.



Ryc. 4. Sytuacja finansowa

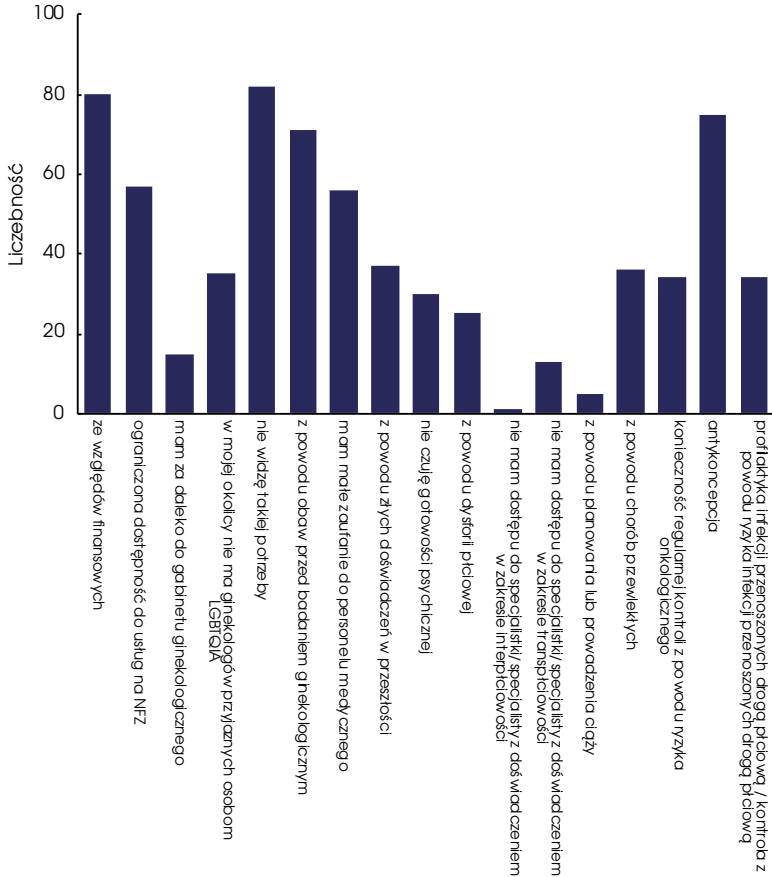
Korzystanie z opieki ginekologicznej

Ponad 1/5 osób biorących udział w badaniu nie korzysta z regularnej opieki ginekologicznej (N=71). Około 60% (N=247) odbywa regularne wizyty w gabinecie ginekologicznym co 2 lata i częściej. Pozostałe osoby uczęszczają na wizyty co 3 lata lub rzadziej (N=25).



Ryc. 5. Częstotliwość wizyt ginekologicznych

Osoby badane zostały także zapytane o powód obecnej częstotliwości wizyt. Z uwagi na konstrukcję pytania, uwzględniono w nim zarówno czynniki wpływające na większą częstość korzystania z takich usług, jak i te, które mogły wpływać na mniejszą skłonność osób badanych do uczęszczania na regularne wizyty. Wśród najczęściej wymienianych znalazły się m.in. regularna kontrola i brak potrzeby częstszych konsultacji. Wśród innych, dość częstych powodów, znalazła się również konieczność uzyskania recept na antykoncepcję, bariera finansowa oraz obawa przed badaniem ginekologicznym.



Ryc. 6. Przyczyny obecnej częstotliwości wizyt

Z barierą finansową powiązana może być również ograniczona dostępność do usług świadczonych w ramach NFZ. Biorąc pod uwagę omówioną wyżej sytuację finansową osób respondenckich, mogą one rzadko korzystać z opieki zdrowotnej z uwagi na te właśnie ograniczenia i brak możliwości zrealizowania wszystkich swoich potrzeb w sektorze usług prywatnych. Co 7. osoba jako przyczynę

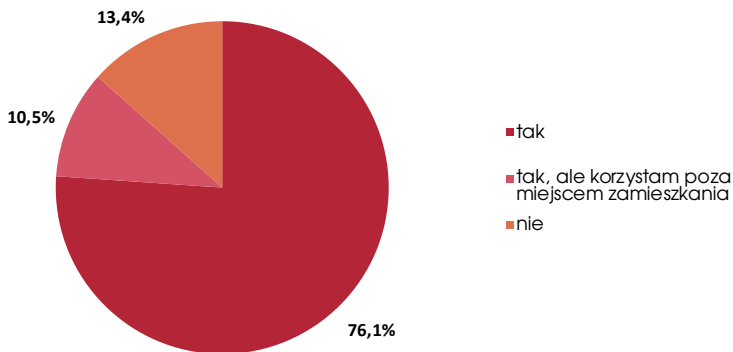
wskazała również małe zaufanie do personelu medycznego, Dokładne dane przedstawiono na ryc. 6.

Prawie 90% osób ma dostęp do opieki ginekologicznej w swoim miejscu zamieszkania (N=297). Fakt ten mogą tłumaczyć wcześniej omawiane dane, wskazujące na zamieszkiwanie przez osoby respondenckie głównie większych miast. Warto jednak zwrócić uwagę na to, iż co 8. osoba decyduje się jednak na korzystanie z usług poza miejscem zamieszkania (N=36). Co 10. osoba nie ma dostępu do takiej opieki w ogóle (N=46).

Co warte zaznaczenia, ponad 45,5% nie znajduje się w stałej opiece u jednej lekarki/lekarza. Na wizyty u jednej osoby decyduje się ok. 54,5%.

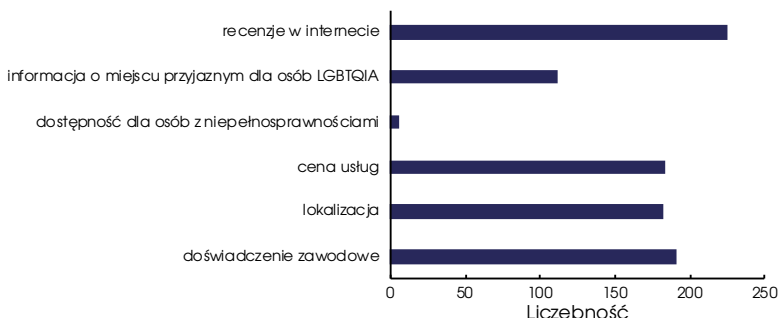
"Początkowo chodziłam prywatnie do ginekolożki i wszystko było bardzo okej (nie ujawniłam się, byłam traktowana jako osoba cisha), niestety dość obciążające finansowo, więc przerwałam chodzenie do ginekologa na parę lat [...]. Obecnie z powodu nagłych problemów brałam co było na NFZ, więc trafiłam do ginekologa, co powoduje jeszcze większe opory przed rozebraniem się [...]. Jemu również się nie ujawniłam, bo nie chcę ryzykować spotkania się z sytuacją, w której będę musiała tłumaczyć się z tego, jak się identyfikuję. W tym gabinecie niestety położyła mi dość lekceważące podejście, jak

się dowiedziata, że mam receptę na antykoncepcję ("ty młoda jesteś, powinnaś jeszcze poczekać, zajęć się studiami"), podejście momentalnie się zmieniło, jak powiedziały, że to ze względów zdrowotnych."



Ryc. 7. Korzystanie z usług ginekologicznych w miejscu zamieszkania

Przeanalizowano również, czym kierują się osoby korzystające z opieki ginekologicznej przy wyborze konkretnego lekarza/lekarki. Osoby mogły wybrać kilka aspektów, które wpływają bądź wpłynęły na wybór ginekologa/ginekolożki. Najczęściej wskazywanym czynnikiem były recenzje w internecie, którymi kieruje się aż 55,15% badanych (N=225). W dalszej kolejności są to: cena usług (co koresponduje z sytuacją socio-ekonomiczną próby badanej), doświadczenie zawodowe oraz lokalizacja. Mniej więcej co czwarta osoba sugeruje się informacją o gabinecie jako miejscu przyjaznym osobom LGBTQIA (N=112). Rozkład wyników przedstawiono na ryc. 8.

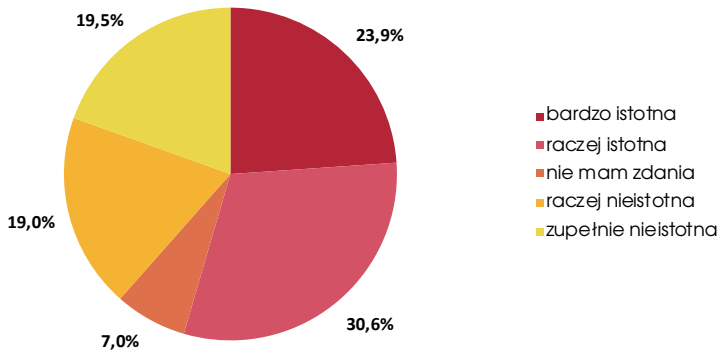


Ryc. 8. Czym kierujesz się przy wyborze gabinetu ginekologa/ginekolożki

Zapytano również, na ile płeć lekarza/lekarzki ma istotne znaczenie dla osób ankietowanych. Płeć rozumiano tu jako tożsamość płciową oraz jej ekspresję, nie zaś jako płeć biologiczną. Ponad połowa osób badanych oceniła ją jako istotną (Ryc. 9). Wyniki te są zgodne z dotychczas publikowaną literaturą odnośnie preferencji płci personelu medycznego⁸, w szczególności lekarskiego. Według dostępnych danych, preferencje płciowe są silniejsze w przypadku zawodów medycznych, które częściej zajmują się intymnymi i psychospołecznymi problemami zdrowotnymi, wśród których wymieniana jest m.in. opieka ginekologiczna. Wtedy preferowana jest zazwyczaj płeć żeńska (sformułowanie użyte za cytowaną publikacją, używającą binarnego podziału). Z drugiej strony, brak zdecydowanej przewagi w uzyskanych wynikach może również świadczyć o tym, że wyznacznikiem oceny jakości opieki ginekologicznej lub kryterium wyboru dla części osób, są wcześniejsze doświadczenia w zakresie opieki ginekologicznej oraz opinie innych osób LGBTQIA, przy których tożsamość płciowa specjalisty lub specjalistki

8 Kerssens JJ, Bensing JM, Andela MG. *Patient preference for genders of health professionals*. Soc Sci Med. 1997 May;44(10):1531-40. doi: 10.1016/s0277-9536(96)00272-9.

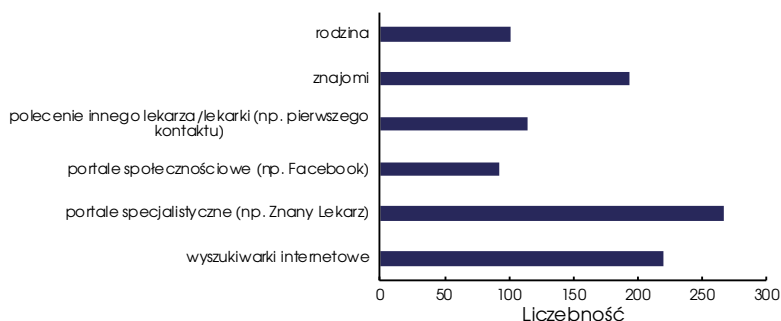
ma porównywalnie mniejsze znaczenie. Zbieżne by to było także z doświadczeniami osób badanych, opisywanych poniżej w odpowiedziach na pytania otwarte.



Ryc. 9. Czy istotna jest dla Ciebie płeć Twojego ginekologa/ginekolożki

Biorąc pod uwagę, jak ważne okazują się dla osób badanych opinie na temat ginekolożek czy ginekologów, postanowiono zapytać również o źródła informacji i opinii, z których osoby te najczęściej korzystają. Najczęściej informacji poszukują one na portalach specjalistycznych (56,37%, N=230) i wyszukiwarkach internetowych (46,57%, N=190). Stosunkowo często osoby respondeckie poszukują także informacji wśród znajomych - z tej opcji korzysta ok. 40,2% badanych (N=164). ¼ osób korzysta również z poleceń innego lekarza/lekarki, rodziny, bądź kieruje się opiniami zawartymi na portalach społecznościowych. Warto w tym miejscu dodać, że zaobserwowaną w toku naszej praktyki aktywistycznej prawidłowością w praktykach wzajemnego wspierania się przez społeczność LGBTQIA w poszukiwaniu wspierającej opieki zdrowotnej, jest systematyczny wzrost w tworzeniu się internetowych baz polecanych specjalistów.

“Tylko dlatego, że wybrałam pewną, polecaną osobę uniknęłam złych doświadczeń.”



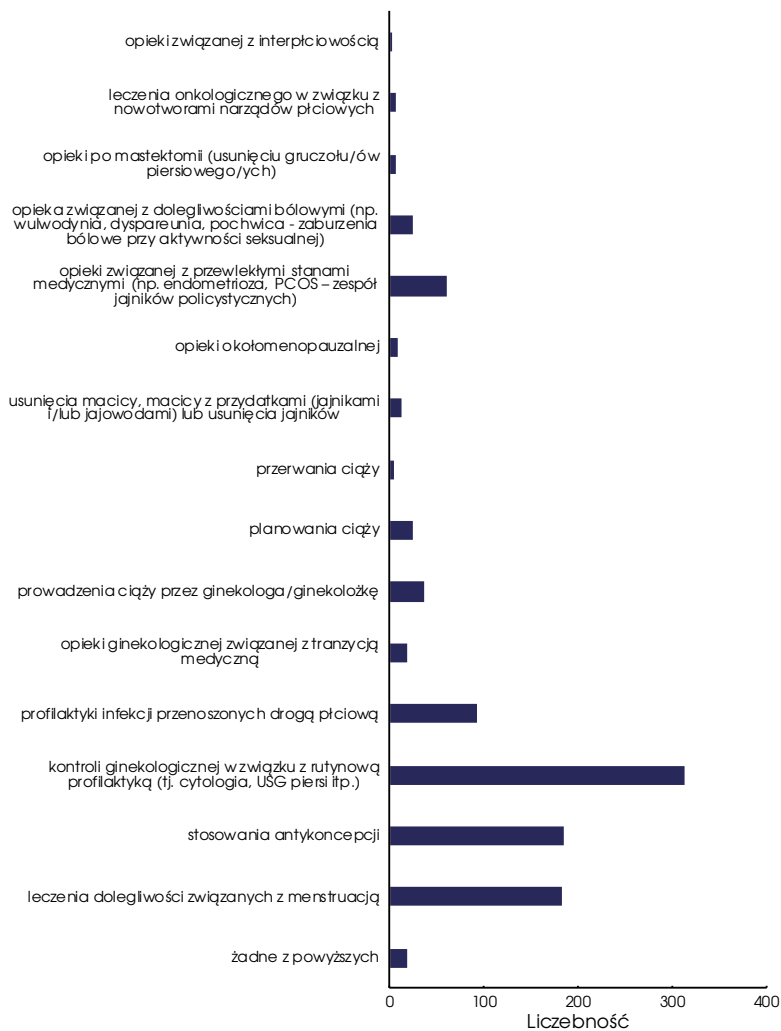
Ryc. 10. Źródła informacji na temat usług ginekologicznych

Praktykę tę najczęściej zauważyć można w grupie osób różnorodnych płciowo, które z uwagi na wymagania w zakresie otrzymywania dostępu do medycznych działań afirmujących płeć, zobowiązane są do odbywania wielu wizyt specjalistycznych. Jest to ponadto populacja szczególnie narażona na wykluczenie w dostępie do opieki zdrowotnej oraz na dyskryminację w kontakcie z personelem medycznym. Kolejną grupą podejmującą takie działania są osoby LGBTQ, które planują posiadanie biologicznego potomstwa i dzielą się sprawdzonymi praktykami dotyczącymi zachodzenia w ciążę, prowadzenia ciąży oraz porodu, w szczególności wśród kobiet będących w relacjach z kobietami.

Wśród powodów korzystania z usług ginekologicznych najczęściej wymieniano rutynową profilaktykę, leczenie dolegliwości związanych z menstruacją czy stosowanie antykoncepcji. Jak można zauważyć, powody te nie odbiegają znacząco od powodów cisheteronormatywnych

kobiet. Komentarza wymaga jednak odsetek osób oraz implikacje uzyskanych wyników. Fakt, że aż 65% osób badanych korzysta z usług celem profilaktyki, świadczy o relatywnie wysokiej świadomości konieczności wykonywania badań kontrolnych, m.in. cytologii i USG. Wyniki te, mimo ich optymizmu, nie powinny jednak uspić czujności ginekologów i ginekolożek; wręcz przeciwnie - sugerują one, jak istotne jest, aby również w przypadku osób pacjenckich identyfikujących się jako LGBTQIA oferować badania profilaktyczne. Podobnie w kontekście metod antykoncepcji - zakładanie braku konieczności lub potrzeby ich stosowania u osób LGBTQIA stoi w opozycji do uzyskanych wyników, gdzie dla aż 38% osób (N=155) jest to jeden z głównych powodów zgłaszania się do gabinetu ginekologicznego. Co jednak niepokojące, znacznie mniej osób jako powód wskazało profilaktykę infekcji przenoszonych drogą płciową, tj. 19,4% (N=79). Wynik ten, kontrastujący z poprzednim, sugeruje relatywnie niski poziom świadomości osób LGBTQIA o ryzyku infekcji przenoszonych drogą płciową. To zaś powinno stanowić impuls dla personelu medycznego do edukacji osób pacjenckich oraz zachęcania do stosowania profilaktyki. Szczegółowe wyniki przedstawiono na ryc. 11.

W odniesieniu do opieki w warunkach oddziału ginekologicznego, najczęstszą przyczyną hospitalizacji był...poród. Mimo niewielkiego odsetka odpowiedzi, wynik ten świadczy z jednej strony o konieczności uwzględniania w przypadku osób LGBTQIA chęci zajścia w ciążę, z drugiej zaś o ryzyku błędnego założenia, iż osoba będąca w ciąży zawsze jest cisplciową heteroseksualną kobietą. Wśród innych przyczyn znalazły się m.in. diagnostyka, usunięcie polipów, zapalenie gruczołów Bartholina.



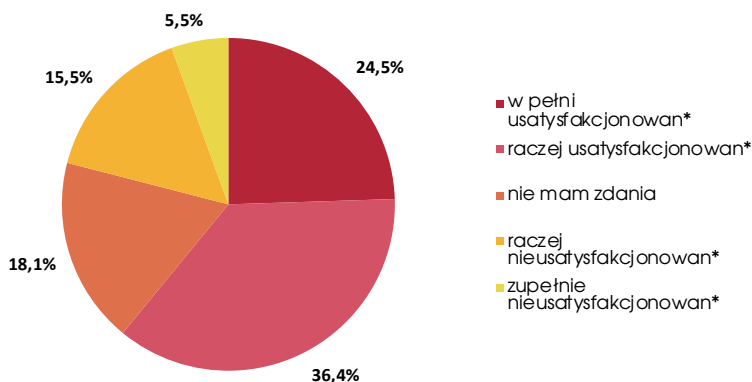
Ryc. 11. Powody korzystania z usług ginekologicznych

Tab. 4. Przyczyny pobytu w oddziale ginekologicznym

| Przyczyna pobytu w oddziale | Liczebność | procent |
|---|-------------------|----------------|
| leczenie onkologiczne | 6 | 1,47% |
| endometrioza | 9 | 2,21% |
| PCOS | 14 | 3,43% |
| powikłania ciąży | 8 | 1,96% |
| przerwanie ciąży | 1 | 0,25% |
| poronienie | 4 | 0,98% |
| poród | 20 | 4,90% |
| usunięcie macicy, macicy z przydatkami lub usunięcie jajników | 10 | 2,45% |
| operacja korekty narządów płciowych (GRS/SRS) | 2 | 0,49% |
| inne | 20 | 4,90% |

Satysfakcja z opieki ginekologicznej

Osoby respondenckie zapytano również o ogólną satysfakcję z aktualnej opieki ginekologicznej. 51,22% (N=209) jest zadowolona z obecnych usług, zaś nieco ponad 1/5 badanych deklaruje brak satysfakcji. Na co zwracały uwagę osoby badane, to fakt, iż obecne zadowolenie z usług wynika z konieczności uprzedniego poszukiwania odpowiedniego ginekologa/ginekolożki, i wiążą się z korzystaniem w przeszłości z usług w innych gabinetach, które nie były satysfakcjonujące.



Ryc. 12. Ocena ogólnego poziomu satysfakcji z opieki ginekologicznej

Celem uzyskania wglądu w kryteria, na podstawie której osoby LGBTQIA oceniają satysfakcję z otrzymywanej opieki ginekologicznej, osoby badane były proszone o poparcie swojej opinii odpowiedzią pisemną, uzasadniającą wskazany wybór poziomu satysfakcji.

56 W ramach zebranych odpowiedzi wyróżnić można osiem obszarów tematycznych:

- » Posiadanie obaw o doświadczenie wykluczenia z uwagi na tożsamość płciową i/lub orientację psychoseksualną i/lub zróżnicowane cechy płciowe ze strony personelu medycznego
- » Doświadczenia dyskryminacji z uwagi na tożsamość płciową i/lub orientację psychoseksualną
- » Doświadczenie dyskryminacji z uwagi na bycie osobą LGBTQIA w połączeniu z wiekiem
- » Doświadczenie dyskryminacji z uwagi na wygląd
- » Brak dostępu do przyjaznej osobom LGBTQ opieki ginekologicznej w ramach NFZ
- » Niechęć lub odmowa wykonania określonych usług medycznych z uwagi na tożsamość płciową i/lub orientację psychoseksualną
- » Niechęć lub odmowa wykonywania dokładnych badań, traktowanie rutynowo (bez zwrócenia uwagi na szczególne potrzeby) oraz ignorowanie tożsamości płciowej i/lub orientacji psychoseksualnej.
- » Pozytywne doświadczenia w opiece ginekologicznej

Posiadanie obaw o doświadczenie wykluczenia z uwagi na tożsamość płciową i/lub orientację psychoseksualną i/lub zróżnicowane cechy płciowe ze strony personelu medycznego

Przedstawione w większości jako odczuwanie lęku przed doświadczeniem zachowań dyskryminacyjnych (np. złośliwych komentarzy, odmowy wykonania usług medycznych oraz pouczających uwag na temat tożsamości osoby) z uwagi na bycie osobą LGBTQIA. Doświadczenie to deklarowane było przez osoby, które odczuwały średnią lub niższą satysfakcję z opieki ginekologicznej, argumentując ją często brakiem poczucia możliwości bezpiecznego opowiedzenia o swojej tożsamości płciowej/orientacji seksualnej/interpłciowości.

„Nie jestem w stanie się przełamać do pójścia do lekarza na rutynowe badanie przez okropne doświadczenia z przeszłości oraz lęk przed byciem ocenianym czy inaczej traktowanym jako osoba transmęska. Nie udało mi się znaleźć również lekarza/lekarki na NFZ do której w ogóle rozważałbym pójście (kierując się opiniami), a nie stać mnie na kolejne wizyty prywatne (których już mam bardzo dużo ze względu na bycie osobą transpłciową, problemy psychiczne, ADHD oraz leczenie trądziku).”

„Pani ginekolog jest super, ale wiem, że należy do organizacji katolickich, więc nie mam do niej dość zaufania, żeby dzielić się swoim życiem seksualnym.”

„Boję się chodzić do ginekologa/żki przez negatywne doświadczenia z tymi lekarzami/kami. To pogarsza mój stan i jest zagrożeniem dla mojego zdrowia.”

„Nie trafiłam na idealnych lekarzy. Niby nie spotkałam się z żadnymi komentarzami dyskryminującymi wprost, natomiast nie podobało mi się zakładanie z góry, że każdy jest osobą heteroseksualną oraz traktowanie relacji seksualnej między dwoma kobietami jako mniej wartościowej.”

Doświadczenia dyskryminacji z uwagi na tożsamość płciową i/lub orientację psychoseksualną

Część osób opisywało sytuacje, w których doświadczyły dyskryminacji z uwagi na tożsamość płciową (np. negatywne uwagi w reakcji na przedstawienie siebie jako osoba niebinarna) i/lub orientację seksualną (np. złośliwe komentarze dotyczące podejmowania przez osobę kontaktów seksualnych wyłącznie z kobietami). Wpływało to, w ocenie osób badanych, negatywnie na odczuwany poziom satysfakcji z wizyt w gabinecie ginekologicznym.

„Lekarze nie wiedzą jak się zachować z neo vaginą⁹ i często zadają pytania nie na miejscu.”

„Chciałabym nie czuć się poniżana przez to, że nie odbyłam w przeszłości stosunku z mężczyzną i że nie zamierzam zejść w ciążę. Aktualnie nie mam żadnych objawów które mnie niepokoiły i wymagały konsultacji z ginekologiem (trądzik), więc nie widzi mi się pójście znowu. Ale muszę przyznać, że byłam u ginekologów jakieś 4 razy w dorosłym życiu, ale ostatnie pełne badanie miałam jako nastolatka. Reszta to były konsultacje.”

„Nie trafiłem do tej pory na lekarza, który traktowałby mnie jak dorosłego i świadomego człowieka, jedyne z czym się spotykam to niezrozumienie w zakresie transpłciowości.”

Doświadczenie dyskryminacji z uwagi na bycie osobą LGBTQIA w połączeniu z wiekiem

Sytuacje te obejmowały głównie przyjmowanie przez lekarzy paternalistycznego, pouczającego tonu bądź lekceważenia zgłaszanych problemów, co zwykle następowało niedługo po ujawnieniu tożsamości różnorodnej pod kątem płciowym,

⁹ Neowagina to termin opisujący pochwę wytworzoną chirurgicznie

60 seksualnym lub interpleciowości, a ponadto było przez personel argumentowane wiekiem osoby pacjenckiej (albo młodym, albo – w jednym przypadku – starszym).

„Trudno znaleźć kogoś, kto zrozumie, jak funkcjonuje młodzież w tych czasach. Szczególnie gdy kobiety sypiają ze sobą nawzajem.”

„W gabinecie nie czuje się bezpiecznie, a traktowanie mnie jak dziecko odbiera mi pewność siebie”

„Ginekolodzy, zwłaszcza mężczyźni, wyraźnie chcą szybko pozbywać się z gabinetu kobiety starsze, nawet bez badania.”

Doświadczenie dyskryminacji z uwagi na wygląd

Osoby badane opisywały także sytuacje, w których doświadczyły złośliwych komentarzy, skupienia się w rozmowie na ich cechach budowy ciała zamiast zgłaszanych problemów (zwykle w przypadku nadwagi, która była traktowana przez personel jako zjawisko negatywne) oraz odmowy wykonania usług medycznych z racji posiadanej masy ciała. W tym przypadku również negatywne doświadczenia rzutowały na ocenę poziomu satysfakcji z otrzymywanej opieki.

„Po prostu czułam się źle, wszystkie problemy zostały zwołane na nadwagę”

„Odpowiadają mi zmiany fizyczne będące wynikiem PCOS. Nie zamierzam mieć dzieci, więc płodność nie ma dla mnie znaczenia. Nie widzę sensu chodzenia do lekarza, więc chodzę raz na rok-półtorej kiedy mama mnie zapisuje i każe iść.”

Brak dostępu do przyjaznej osobom LGBTQ opieki ginekologicznej w ramach NFZ

Większość komentarzy uzasadniających niską satysfakcję z otrzymywanej opieki ginekologicznej, wskazała na nierówności w dostępie do usług wykonywanych w ramach NFZ. Główną barierą były w tym przypadku negatywne doświadczenia z przeszłości (w kontakcie z lekarzami świadczącymi usługi w ramach NFZ). Istotną kwestią było także częste wskazywanie na dostępność przyjaznej opieki jedynie w sektorze prywatnym, co opisywane było jako szczególnie trudne i wykluczające dla osób, które nie miały możliwości skorzystać z takich usług z uwagi na trudną sytuację finansową.

„Nie jestem aktualnie pod regularną opieką ginekologa. Chciałbym to zmienić, choćby ze względu na profilaktykę związaną również także z ewentualnymi skutkami terapii hormonalnej. Nie stać mnie niestety przy wielu innych wydatkach, w tym związanych ze zdrowiem, na kolejne kilkaset złotych wydanych na wizytę,

której w dodatku unikam także przez ogólny dyskomfort. Nie mam odwagi udać się na wizytę na NFZ.”

„Na NFZ można uzyskać jedynie podstawowe badanie. Wszystkie inne są dostępne za opłatą, lekarze nie chcą dawać skierowań w razie braku wyraźnych objawów. Tym samym lekceważy się totalnie profilaktykę. Mam wrażenie, że nie doksztalcają się, powtarzają medyczne mity, które zostały już dawno naukowo obalone. Lekarka zdziwiła się czemu robiłam badania, twierdziła, że infekcje przenoszone drogą płciową u kobiet zawsze dają objawy, lekceważyła moje wyniki.”

Niechęć lub odmowa wykonania określonych usług medycznych z uwagi na tożsamość płciową i/lub orientację psychoseksualną

Obniżona satysfakcja z otrzymywanej dotychczas opieki ginekologicznej tłumaczona była u części osób doświadczeniami odmowy wykonania usług medycznych z uwagi na tożsamość płciową (zwykle po ujawnieniu niecisłpłciowej tożsamości) oraz płeć osób, z którymi osoby wchodziły w relacje seksualne.

„Generalnie prawie zawsze trafiają się dziwne, nieprzychylnie spojrzenia,

czasem lekarka staje się nagle oschła. Spotkałam się też z dziwną uwagą na temat niezdecydowania (?), kiedy poinformowałam, że jestem z kobietą. Ignorowanie problemów bólowych, jako że lesbijki «nie uprawiają prawdziwego seksu». Mam wrażenie że lekarki są kompletnie niedoedukowane jak wygląda seks dwóch kobiet, co jest dla mnie nie do wyobrażenia w zawodzie ginekologa. Również porady na temat pospieszenia się z zejściem w ciążę (mam pcos) i że potem może nie być na to możliwości - po tym jak poinformowałam, że jestem w stałym związku z kobietą...”

„Nie czuję się na tyle bezpiecznie w gabinecie, żeby powiedzieć, że mam partnerkę. Moje dolegliwości bólowe są traktowane po macoszemu, kiedy mówię, że nie uprawiam seksu penetracyjnego. Dwóch lekarzy przepisało mi nawilżające globulki dopochwowe, w tym moja poprzednia ginekolożka dwukrotnie. Dalej odczuwam ból w sytuacjach związanych z penetracją (choćby przy umieszczaniu kubeczka menstruacyjnego) i zupełnie poza nią w niezrozumiałych dla mnie momentach. Zmieniam lekarza na prywatnego.”

Niechęć lub odmowa wykonywania dokładnych badań, traktowanie rutynowo (bez zwrócenia uwagi na szczególne potrzeby) oraz ignorowanie tożsamości płciowej i/lub orientacji psychoseksualnej.

„Protekcjonalne traktowanie, komentarze dotyczące mojej seksualności, niechciane porady dotyczące wyborów życiowych.”

„Chciałbym móc być w kontakcie ze specjalistą, który zachowuje się profesjonalnie, gdzie mogę być pewny, że dostaję taką samą opiekę jak każda inna osoba bez względu na mój wygląd i tożsamość.”

„Lekarz uznał, że skoro uprawiam seks z kobietą, to się nie liczy jako seks.”

„Byłam raz na oddziale na badaniach i byłam potraktowana bardzo rutynowo, badanie mnie bolało a mój strach był bagatelizowany.”

Pozytywne doświadczenia w opiece ginekologicznej

Wartym wyróżnienia (z powodu czego obszar ten został wymieniony na końcu) aspektem jest obecność wielu pozytywnych wypowiedzi na temat ginekologów i ginekolożek, u których osoby badane odbywały wizyty. Za budujący uznajemy fakt, że wyższy lub wysoki poziom satysfakcji oraz pozytywne komentarze występowały także w przypadku otrzymywania opieki w ramach NFZ, poza licznymi dobrymi opiniami z gabinetów prywatnych. Najczęściej wskazywane były: uznawanie potrzeb osoby (z uwagi na podejmowane kontakty seksualne oraz tożsamość płciową i/lub orientację seksualną), posiadanie wiedzy na temat różnorodności płciowej i seksualnej, wspierająca postawa wobec indywidualnych wyborów dotyczących zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego osób LGBTQ, a także wsparcie w procesie tranzycji medycznej.

„Moja ginekolożka jest bardzo miła i kompetentna, chodzę do gabinetu na NFZ, bałam się pytania o współżycie (współżyje z dziewczyną) ale pani powiedziała, że w porządku, spróbujemy zrobić USG przez pochwę, ale jakby coś było nie tak, to przerwiemy. Nie odczułam żadnej dyskryminacji, a bardzo się tego bałam.”

„ [...] moja ginekolożka, do której chodzę prywatnie jest queer friendly jeśli chodzi o orientację i tożsamość i

jestem bardzo zadowolone z jej usług."

„Lekarz jest profesjonalny, traktuje mnie poważnie, pyta o zdrowie partnerki np. podczas infekcji. Mogę swobodnie z nim rozmawiać o planowaniu dziecka z partnerką i wiem, że zrobi wszystko by nam pomóc."

Powyższe wyniki wskazują na to, że na ocenę poziomu satysfakcji z otrzymywanej opieki ginekologicznej, wpływa szereg różnorodnych czynników. Najczęściej są to negatywne doświadczenia z przyszłości, obejmujące zachowania dyskryminacyjne z uwagi na tożsamość płciową i/lub orientację seksualną. Warte uwagi jest wskazanie, że nie są to wyłącznie złośliwe i raniące komentarze kierowane w stronę osoby pacjenckiej, ale także odmowa lub niechęć wobec wykonywania świadczeń zdrowotnych. W ocenie osób badanych, wpływa to nie tylko na odczuwany poziom satysfakcji z usług, ale także powoduje spadek częstości wizyt (np. odkładanie wizyt w czasie) oraz otrzymywanie nieadekwatnej do potrzeb opieki ginekologicznej, mogącej mieć poważne skutki dla zdrowia oraz życia osób LGBTQIA. Część doświadczeń dyskryminacyjnych, wpływających na ocenę poziomu satysfakcji, można opisać także jako mające źródło w wykluczeniu wielokrotnym, tj. z uwagi nie tylko na bycie osobą LGBTQIA, ale także wiek, status socjoekonomiczny oraz masę ciała, co często powoduje niemożność uzyskania opieki ginekologicznej adekwatnej do indywidualnych potrzeb osoby.

Odnaczającą się kwestią w wypowiedziach osób wskazujących na średnią lub niską satysfakcję z wizyt,

jest bardzo niska dostępność wspierającej i profesjonalnej opieki ginekologicznej dla osób LGBTQIA w ramach NFZ. Często powtarzający się motyw stanowiło doświadczenie zmieniania ośrodków wizyt z oferujących usługi pokrywane z NFZ na prywatne gabinety. Sytuacja taka wskazuje na bardzo poważny, w naszej ocenie, problem, polegający na wykluczeniu ekonomicznym osób LGBTQIA, w przypadku których trudna sytuacja finansowa uniemożliwia otrzymanie odpowiedniej pomocy medycznej. W połączeniu z obserwowanym w innych badaniach wykluczeniem ekonomicznym osób różnorodnych płciowo¹⁰, zjawisko to dokłada się już do istniejącego problemu niskiego dostępu do opieki zdrowotnej w tej grupie¹¹.

Na koniec warto podkreślić, że część osób badanych zadeklarowała posiadane pozytywne doświadczeń w gabinetach ginekologicznych, spośród których najważniejsze były uznanie i afirmujące podejście do tożsamości płciowej i/lub seksualnej osoby, adekwatne zaopiekowane potrzeb zdrowotnych wynikających z podejmowanej aktywności seksualnej, posiadanych trudności zdrowotnych oraz wdrażanych i planowanych medycznych działań afirmujących płeć. Wnioski z tych wypowiedzi zebrane będą w rozdziale zawierającej rekomendacje dla grup specjalistycznych (patrz: rekomendacje), ujęte także zostaną w broszurze dobrych praktyk dla personelu medycznego świadczącego opiekę ginekologiczną dla osób LGBTQIA.

10 Shannon, M. (2022). *The labour market outcomes of transgender individuals*. *Labour Economics*, 77, 102006.

11 Winter, S., Diamond, M., Green, J., Karasic, D., Reed, T., Whittle, S. i Wylie, K. (2016). *Transgender people: health at the margins of society*. *The Lancet*, 388(10042), 390-400.

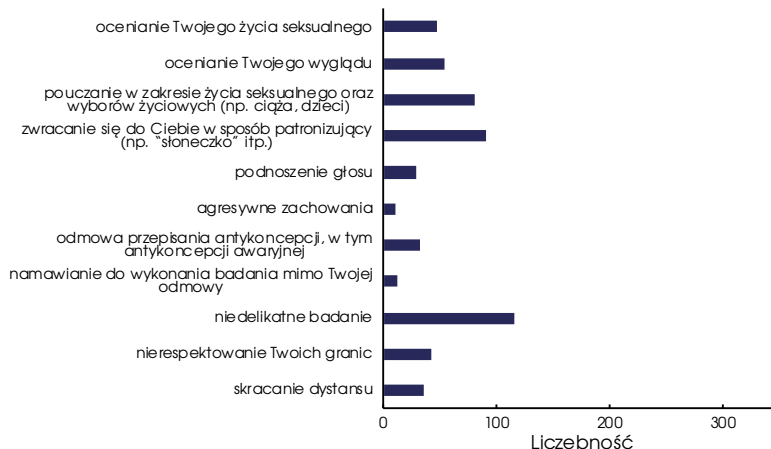
Dyskryminacja

Wg uzyskanych danych co 10 osoba doświadczyła w gabinecie dyskryminacji z uwagi na orientację seksualną, tożsamość płciową bądź zróżnicowane cechy płciowe. Co warte zauważenia, 7,6% osób respondenckich nie było pewnych, czy dyskryminacji doświadczyły. Wyniki te mogą wskazywać na trudności w zidentyfikowaniu niektórych zachowań dyskryminacyjnych, zwłaszcza tych, które nie wiążą się z jawnie negatywną postawą wobec osoby pacjenckiej z uwagi na jej tożsamość płciową, orientację seksualną, czy interplciowość. Uzyskane dane mocno kontrastują z odpowiedziami na pytanie o wystąpienie konkretnych zachowań mogących świadczyć o dyskryminacji.

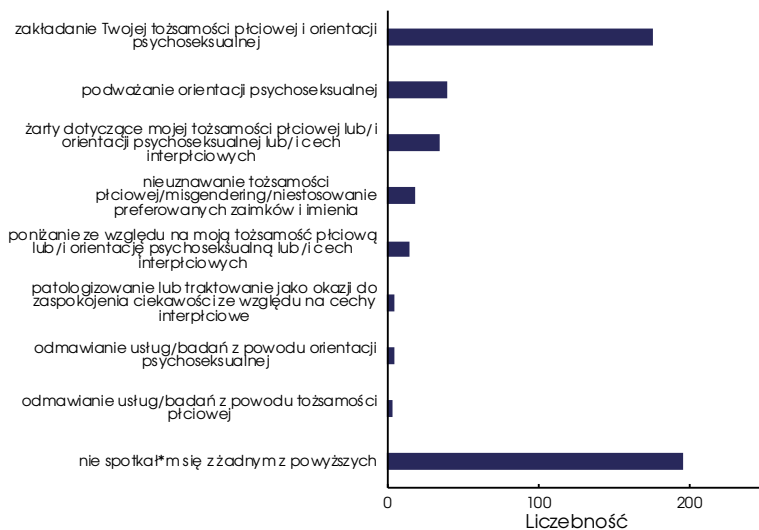
O ile odmowa badań z uwagi na tożsamość czy orientację, patologizacja cech interplciowych i jawne poniżanie okazały się być raczej rzadkością, o tyle podważanie tożsamości płciowej i orientacji oraz żarty z nimi związane, zdarzały się nieco częściej, zaś prawie połowa osób badanych miała do czynienia z zakładaniem ich tożsamości i orientacji.

Zapytano również o inne zachowania naruszające prawa pacjenckie, które jednak wprost nie odnoszą się do tożsamości płciowej, orientacji seksualnej czy zróżnicowanych cech płciowych, a więc mogą dotyczyć każdej osoby odwiedzającej gabinet ginekologiczny. Stosunkowo często, bo aż 24% osób doświadczyło niedelikatnego badania, ponad 20% spotkało się z patronizującym traktowaniem i zwrotami, a ponad 18% było pouczanych w zakresie życia seksualnego oraz wyborów życiowych (np. ciąży, dzieci). Część z powyższych zachowań może być niejako powiązana z tożsamością i orientacją osób,

które zachowań tych doświadczyły, niemniej jednak sam fakt ich wystąpienia w takiej częstotliwości jest niepokojący.



Ryc. 13. Zachowania dyskryminujące



Ryc. 14. Inne zachowania niepożądane

70 W przypadku udzielenia odpowiedzi „tak” lub „może” na pytanie o doświadczenie dyskryminacji z uwagi na tożsamość płciową i/lub orientację psychoseksualną i/lub zróżnicowane cechy płciowe ze strony personelu medycznego w gabinecie ginekologicznym, osoby respondenckie były poproszone o udzielenie odpowiedzi pisemnej, opisującej takie sytuacje.

W ramach zebranych wyników wyróżnić można sześć obszarów tematycznych:

- » Doświadczenia dyskryminacji ze względu na tożsamość płciową
- » Doświadczenia dyskryminacji ze względu na orientację psychoseksualną
- » Doświadczenie paternalizmu i bagatelizowania nieheteroseksualnej i/lub niecisplciowej tożsamości
- » Zakładanie przez personel medyczny bycia osobą cisplciową i/lub heteroseksualną oraz doświadczenia kontaktów seksualnych z osobami z penisem
- » Odmowa wykonywania usług medycznych z uwagi na tożsamość płciową i/lub orientację psychoseksualną
- » Doświadczenie dyskryminacji z uwagi na dokonywanie świadomych wyborów w zakresie swojego zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego

Doświadczenia dyskryminacji ze względu na tożsamość płciową

71

Znaczna część osób różnorodnych płciowo, która uczestniczyła w badaniu, wskazywała na doświadczenie wykluczenia ze strony personelu medycznego, które następowało po ujawnieniu przez osobę swojej niecisplciowej tożsamości płciowej. Zachowania dyskryminacyjne obejmowały m.in: złośliwe komentarze, pouczające wypowiedzi na temat tożsamości płciowej osoby pacjenckiej oraz zakładanie podejmowania konkretnych aktywności seksualnych, mających w opinii ginekologów być powiązanymi z niecisplciową tożsamością.

„Kilka lat temu ginekolożka kiedy dowiedziata się, że jestem osobą niebinarną i lesbijką stwierdziła, że wobec tego muszę być dziewicą, bo nie ma czegoś takiego jak seks niehetero, a potem robiła mi chamskie wykłady o tym jak się prowadzę, sugerowała hiv itp, ogólnie szybko doprowadziła mnie do płaczu. Potem z 5 lat bałam się iść do ginekologa. Inne nie chciały nawet ze mną gadać o wkładce skoro nie potrzebuję antykoncepcji.”

Doświadczenia dyskryminacji ze względu na orientację psychoseksualną

Szereg osób badanych wskazało, że ujawnienie różnorodnej tożsamości seksualnej spotykało się z negatywnymi, stereotypizującymi komentarzami oraz nieprofesjonalnym ocenianiem życia seksualnego osób pacjenckich podczas wizyt w gabinecie ginekologicznym.

„Ginekolożka zapytała, czy mam stałego partnera seksualnego - odpowiedziałam że tak, i że jestem w stałym związku z kobietą. Wyraźnie się skrzywiła i od tego momentu jej zachowanie zmieniło się, stała się opryskliwa. Kolejne jej pytanie dotyczyło „dziewictwa”, odpowiedziałam, że nie jestem dziewicą, uprawiałam seks z mężczyznami. Była wyraźnie „niezadowolona”. Podczas badania ginekologicznego powiedziałam, że chciałabym mieć dziecko, skomentowała: “w pani sytuacji to będzie trudne” odnosząc się do mojej orientacji. Po wizycie było mi bardzo przykro.”

Doświadczenie paternalizmu i bagatelizowania nieheteroseksualnej i/lub niecisplciowej tożsamości

73

W wypowiedziach osób badanych pojawiały się także sytuacje, w których różnorodne tożsamości były traktowane przez personel medyczny jako wyrazy „niedojrzałej” seksualności oraz podstawy do odmowy świadczeń medycznych z uwagi na ich „brak poważnego charakteru”.

„Moja mama chodziła do tej samej ginekolog, co ja i powiedziała kiedyś, że córka ma dziewczynę i lekarka chyba chcąc ją uspokoić powiedziała, że mi to minie”

„Podczas pierwszorazowej wizyty u ginekolożki zostałam zapytana o to czy potrzebuje antykoncepcji hormonalnej. Odpowiedziałam, że nie ponieważ jestem w związku z kobietą. Pani Doktor stwierdziła, że tak faktycznie mnie nie potrzebne bo my tylko się miziamy, masujemy i jeżeli zmieniałabym zdanie to ona zaprasza po receptę.”

Zakładanie przez personel medyczny bycia osobą cisplciową i/lub heteroseksualną oraz doświadczenia kontaktów seksualnych z osobami z penisem

Osoby badane wskazywały, że podczas wizyt bardzo często zdarzało się zakładanie (zwykle podczas wywiadu medycznego), że osoba podejmuje kontakty seksualne w monogamicznych relacjach z mężczyznami cisplciowymi, zaś zdementowanie tego założenia przez osobę pacjenczką, wiązało się nieprzyjemnymi komentarzami ze strony ginekologów i ginekolożek bądź ignorowaniem tej informacji, co utrudniało otrzymanie usług adekwatnej do potrzeb.

„Przy zaburzeniach okresu było mi wmawiane, że na pewno jestem w ciąży (mimo że jestem w długim związku z cis kobietą i to niemożliwe, ale nie chciałam się wprost przyznawać, jednak moje stanowcze zaprzeczenie „NIE, NIE JESTEM W CIĄŻY I TO NIEMOŻLIWE” nie wystarczyło). Druga sytuacja: nie miałam nigdy stosunku z mężczyzną, kiedy jedna ginekolożka wypytywała mnie o moje życie, stwierdziła że jestem dziewicą, bo „nie było penisa, dziewictwo traci się tylko jak jest penis” - aha. Trzecia sytuacja: Moja pierwsza wizyta u ginekologa, chciałam zbadać kontrolnie wszystko, łącznie z piersiami, ginekolożka powiedziała, że nie

bada piersi, zasugerowała, że ją to brzydzi i dodała "może niektórzy lekarze lubią sobie pomagać, ale ona nie", czułam się, jakbym jej zaproponowała coś niemoralnego, a przecież przyszłam się zbadać XD. Do tej pory nie mam własnego stałego ginekologa, zawsze trafiam do osoby, do której nie chciałabym wracać na kolejne wizyty, na szczęście nie mam też problemów ginekologicznych, więc kończy się na corocznych kontrolach."

Odmowa wykonywania usług medycznych z uwagi na tożsamość płciową i/lub orientację psychoseksualną

W kilku wypowiedziach pojawiły się opisy sytuacji, podczas których personel medyczny przekazywał osobom LGBTQIA informację, że charakter aktywności seksualnych, które uprawniają do otrzymywania szerokiego pakietu usług, jest podejmowanie receptywnych kontaktów waginalnych z cisplciowymi mężczyznami. Na tej podstawie osoby respondenckie spotykały się z odmową otrzymania usług medycznych, np. USG transwaginalnego.

„Wyznacznikiem udziału w pełnym badaniu był przeszły stosunek z mężczyzną. Nie odbywam stosunków z mężczyznami, chcę tylko być zbadana."

„Jestem osobą biseksualną, ale nigdy nie uprawiałam seksu z osobą amab, wobec czego w gabinetach ginekologicznych najczęściej spotykam się z odmową wykonania USG transwaginalnego (ze względu na „brak penetracji” - oczywiście), namawianiem do przyjmowania antykoncepcji do wyregulowania miesiączki, mimo że tego nie potrzebuję, zaskoczeniem, gdy mówię, że jestem aktywna seksualnie, ale nie przyjmuję antykoncepcji i nie ma ryzyka ciąży, jak również unikaniem nazywania mojej partnerki partnerką itp.”

Doświadczenie dyskryminacji z uwagi na dokonywanie świadomych wyborów w zakresie swojego zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego

Osoby przedstawiały sytuacje oceniania w sposób infantyilizujący ich wyborów życiowych w zakresie własnej seksualności i płodności, co najczęściej dotyczyło decyzji o nieposiadaniu biologicznego potomstwa.

„najczęściej to są oczywiste założenia - że jestem heteronormatywną osobą plus oczywistość że jako kobieta chce być matką i ciąża jest moim najważniejszym celem - a to mnie nigdy nie interesowało i nadal nie interesuje.

*zdarzały się wizyty podczas których
czułam się jak potencjalny inkubator.”*

Na podstawie analizy tematycznej wypowiedzi osób badanych wywnioskować można, że istotną dla osób LGBTQIA kwestią jest bezpośrednia reakcja personelu medycznego na ujawnienie niecisłpłciowej i/lub nieheteroseksualnej tożsamości i/lub interplciowości. Jeśli informacja o byciu osobą LGBTQIA wpłynęła na jakość świadczonych usług, np. stawała się zbędnie głównym przedmiotem rozmów podczas wizyt w gabinecie, była ona oceniana i komentowana, osoby – w miarę własnych możliwości – podejmowały decyzję o zmianie ginekologa, zwykle na polecanego przez inne osoby LGBTQIA.

Metoda „poczty pantoflowej” bardzo często stosowana była przed rozpoczęciem wizyt, prawdopodobnie w celu uniknięcia doświadczenia dyskryminacji z uwagi na bycie osobą LGBTQIA. Zachowania dyskryminacyjne miały miejsce w przeważnie w miejscach świadczenia usług w ramach NFZ, kilka osób wymieniło jednak także rozczarowanie z powodu doświadczenia wykluczenia w gabinetach prywatnych. Motyw odczuwania niesprawiedliwości z powodu wykluczenia ekonomicznego, tj. konieczności korzystania wyłącznie z wysokopłatnych usług medycznych w gabinetach prywatnych jako warunku do uzyskania profesjonalnej opieki, pozbawionej przemocy, przejawiał się w wielu analizowanych wypowiedziach. Zebrane odpowiedzi wskazują na istnienie stereotypowych przekonań na temat osób LGBTQIA wśród specjalistów i specjalistek, m.in. założenia o różnorodnych tożsamościach płciowych i seksualnych jako swego rodzaju „niedojrzałej” lub „przejsłciowej” fazy w rozwoju seksualnym, a także przeświadczenie, że relacje osób tej samej płci

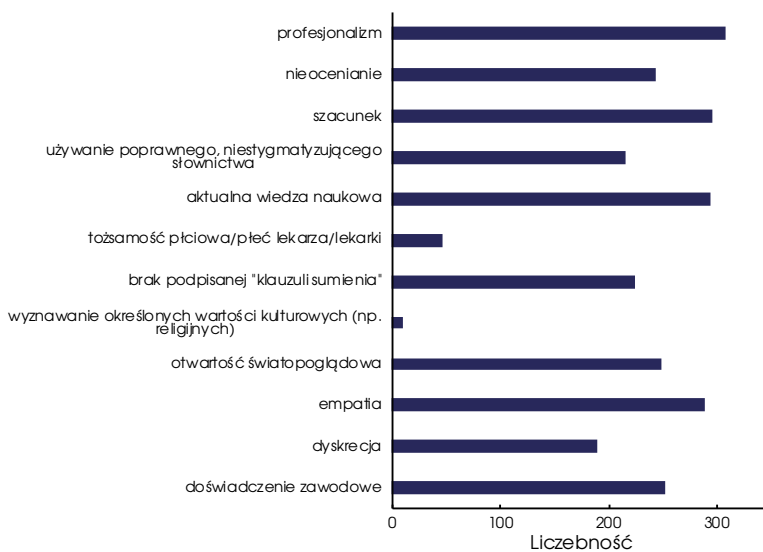
i kontakty seksualne występujące w takich relacjach, nie zasługują na odpowiednie zaadresowanie ich poprzez działania prozdrowotne. Ponadto można wnioskować o istnieniu niedostatków w wiedzy na temat podstaw różnorodności płciowej, seksualnej oraz zróżnicowanych cech płciowych, wśród osób świadczących opiekę ginekologiczną. Konsekwentnie, część specjalistów i specjalistek zdaje się nie posiadać informacji na temat szczególnych i specyficznych potrzeb osób LGBTQIA w kwestii opieki ginekologicznej, które wynikają m.in. z podejmowania kontaktów seksualnych między osobami o takich samych narządach płciowych, ze stosowania medycznych działań afirmujących płeć, niepodejmowania aktywności polegającej na byciu receptywnym partnerem w kontaktach penetracyjnych, a także braku odczuwania pociągu seksualnego i niepodejmowaniu aktywności seksualnej.

Oczekiwania wobec opieki ginekologicznej

W ramach badania ankietowego poproszono osoby badane o określenie swoich oczekiwań względem inkluzywnej opieki ginekologicznej. Oczekiwania te podzielono na 4 obszary:

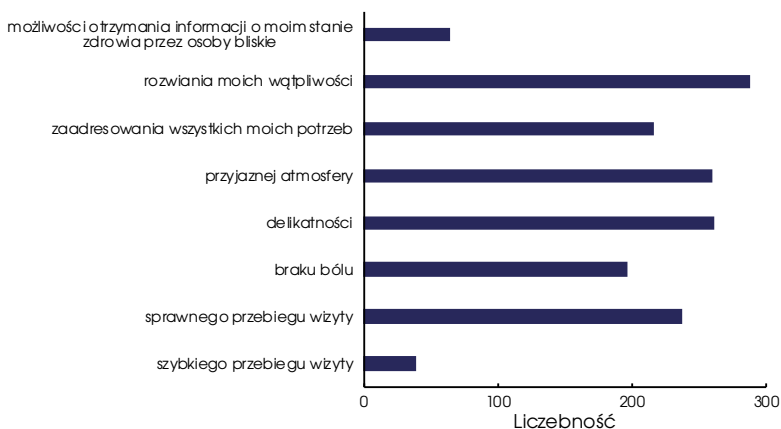
- » oczekiwania względem ginekologa/ginekolożki
- » oczekiwania względem przebiegu wizyty
- » oczekiwania względem gabinetu ginekologicznego
- » oczekiwania względem oddziału ginekologicznego

Wśród najważniejszych cech, jakie powinien posiadać personel znalazły się m.in.: profesjonalizm, aktualna wiedza naukowa, szacunek, empatia i doświadczenie zawodowe, ale również otwartość światopoglądowa i nieocenianie. Jest to spójne z wcześniejszymi wynikami badania. Co warte zaznaczenia, około połowa osób wskazuje również na brak podpisanej "klauzuli sumienia" jako atrybut, którą powinien cechować się personel medyczny. Znacznie rzadziej wskazywanymi cechami były tożsamość płciowa lekarki/lekarza oraz wyznawanie określonych wartości kulturowych. Odnosząc się do wyżej opisanych wyników, gdzie połowa osób uważa płeć lekarza/lekarki za istotną, można wnioskować, iż przy rozważaniu większej liczby czynników warunkujących satysfakcję z opieki ginekologicznej, zaczyna mieć ona mniejsze znaczenie.



Ryc. 15. Oczekiwania względem personelu medycznego

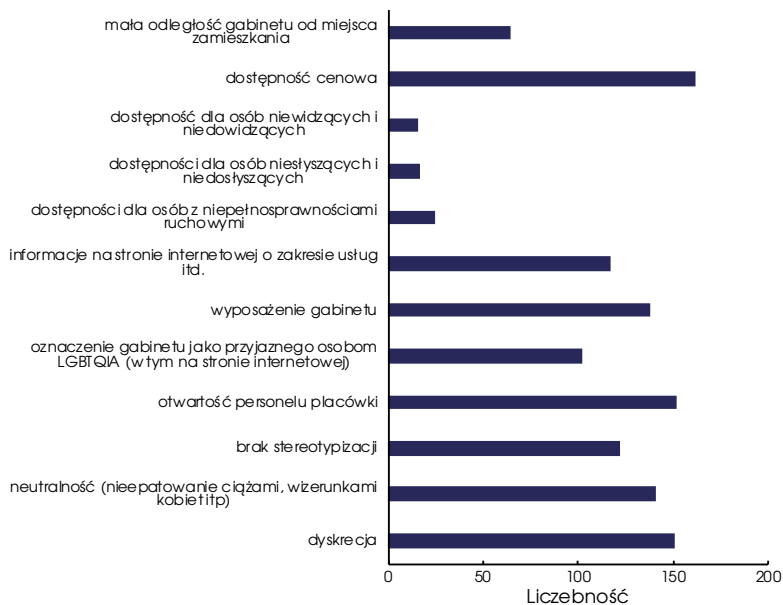
W przypadku wizyt w gabinecie osoby respondenckie oczekują głównie rozwiania ich obaw, przyjaznej atmosfery oraz delikatności. Oczekiwania nabierają jeszcze większe znaczenie przy wzgęciu pod uwagę, jak dużo osób doświadczyło sytuacji niedelikatnego badania. Warunkować to może dalsze korzystanie przez taką osobę z opieki ginekologicznej, jej regularności, a w konsekwencji istotnie wpływać na zdrowie seksualne i reprodukcyjne.



Ryc. 16. Oczekiwania względem wizyt

W odniesieniu do gabinetu jako placówki, najczęściej wskazywanym aspektem jest dostępność cenowa. Jest to szczególnie istotne z uwagi na sytuację socjoekonomiczną osób LGBTQIA, zwłaszcza osób młodych. Kolejnymi pod względem częstości wyboru odpowiedziami były: otwartość personelu placówki, dyskrecja oraz neutralność. Aspekt neutralności gabinetu jest szczególnie istotny, gdyż w znaczącej większości gabinet ginekologiczny kojarzony jest z wizerunkami cisheteronormatywnych kobiet w ciąży, co może zniechęcać osoby LGBTQIA do korzystania z usług w takich miejscach (w poczuciu bycia nieuwzględnionymi).

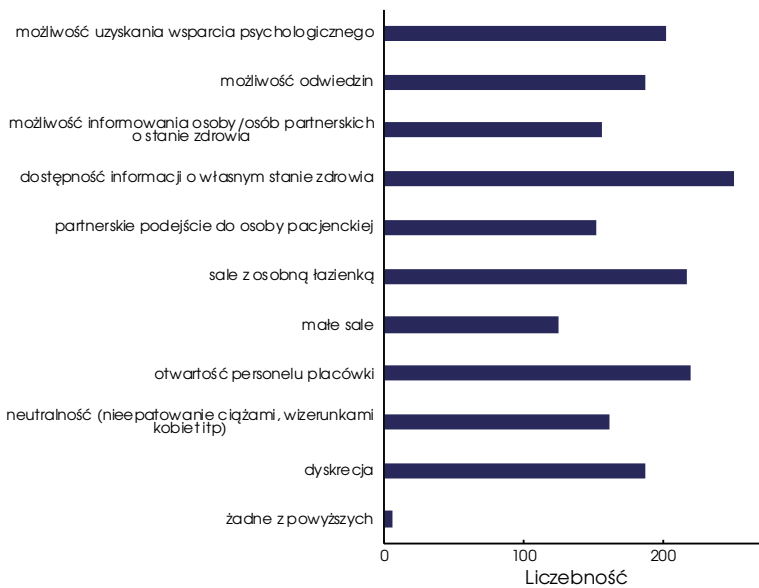
Jednocześnie ¼ osób oczekuje oznaczenia gabinetu jako przyjaznego osobom LGBTQIA. Wyniki prowadzą do wniosku o potrzebie większej różnorodności w wizerunkach reprezentujących osoby korzystające z opieki ginekologicznej, uwzględniając zarówno osoby cisheteronormatywne, jak również osoby LGBTQIA.



Ryc. 17. Oczekiwania względem gabinetu ginekologicznego

Wyniki w odniesieniu do oddziału ginekologicznego, częściowo korespondują z tymi odnoszącymi się do wizyt gabinetowych, głównie w aspekcie oczekiwań względem otwartości personelu (na co wskazało ponad 47% osób ankietowanych). Najważniejszym aspektem okazała się dostępność do informacji o własnym stanie zdrowia (52,7%). Ponownie warto zwrócić uwagę, że co trzecia osoba oczekuje neutralności również na oddziale. Kwestią stanowiącą

szczególny aspekt w odniesieniu do osób LGBTQIA, jest również możliwość informowania przez personel osób partnerskich o stanie zdrowia osoby przebywającej na oddziale (34,31% osób ankietowanych). Może to być nadzwyczaj istotne w sytuacji, gdy osoby te samodzielnie nie są w stanie osoby partnerskiej upoważnić (np. w przypadku znajdowania się w stanie nieprzytomności). Szczegółowe wyniki znajdują się na ryc. 18.



Ryc. 18. Oczekiwania względem oddziału ginekologicznego



Wyniki specjaliści i specjalistki

Badanie ankietowe

W dniach 3-31 sierpnia 2022 przeprowadzona została kampania promująca ankietę we współpracy z Wydawnictwem Medycyna Praktyczna, będącego właścicielem serwisu medycznego mp.pl. Badanie ankietowe promowano w formie reklamy typu interstitial dedykowaną na urządzenia mobilne, która kierowała osoby zainteresowane bezpośrednio do ankiety po kliknięciu w wyświetlany baner. Skierowana była docelowo do osób zarejestrowanych w serwisie Ginekologia, będącym z jednym z subserwisów dostępnych w serwisie mp.pl. Reklama uzyskała 8887 odsłon i 126 kliknięć, które następnie skierowały osoby zainteresowane do strony z kwestionariuszem. Ponadto ankietę rozpowszechniano w ramach dedykowanych grup na portalach społecznościowych.

Łącznie kwestionariusz wypełniło jedynie 5 osób. Należałoby się zastanowić co mogło być przyczyną tak niskiej frekwencji ankiety. Możliwe przyczyny można podzielić na techniczne oraz merytoryczne.

Wśród przyczyn technicznych można wymienić długość ankiety, która w połączeniu z typem kampanii, dedykowanym osobom korzystającym z urządzeń mobilnych, mogła utrudniać bądź zniechęcać do wypełnienia kwestionariusza. Również otwarta forma niektórych pytań mogła zadziałać zniechęcająco, choć celem było bliższe przyjrzenie się unikalnym dla osób wypełniających barierom w dostępie do wiedzy na temat specyficznych aspektów opieki nad osobami LGBTQIA.

Wśród przyczyny merytorycznych można by wymienić pytania o tożsamość oraz orientację seksualną osób respondenckich. Mamy świadomość, że jest to nadal delikatny temat dla szerszego grona odbiorców, zwłaszcza gdy ankieta skierowana jest do środowiska zawodowego i skupia się na aspektach zawodowych – z racji jednak faktu, iż w szerszym kontekście badanie dotyczy się społeczności LGBTQIA, zdecydowaliśmy się na ich uwzględnienie, podejrzewając możliwość zaistnienia pewnych różnic w znajomości tematyki w przypadku posiadania niecisłpłciowej tożsamości czy nieheteronormatywnej orientacji psychoseksualnej. Z uwagi jednak na znikomą liczbę odpowiedzi analiza powyższych zależności nie jest możliwa.

Zdajemy sobie również sprawę, że część pytań mogła zostać odebrana jako kwestionujące kompetencje osoby wypełniającej. Pytania dotyczące wiedzy oraz swobody w świadczeniu usług ginekologicznych osobom LGBTQIA nie miały jednak na celu wartościowania osoby wypełniającej oraz podważania kompetencji.

Wszystkie osoby respondenckie identyfikowały się jako kobiety, jedna podała orientację biseksualną, pozostałe określiły się jako osoby heteroseksualne. Średnia wieku osób badanych to 38,2 lata ($SD=16,81$), mediana 32 lata ($IQR=31-33$). Wszystkie 5 osób pracuje oraz mieszka w mieście powyżej 500 tys. mieszkańców. Fakt ten jest o tyle istotny, że większe miasta, jak już wiemy, są ośrodkami, w których osoby LGBTQIA częściej szukają usług medycznych, co wpływa na większe prawdopodobieństwo zetknięcia się z tą grupą osób pacjenckich.

Większość osób wskazała więcej niż jedno miejsce zatrudnienia – jedna osoba wskazała jako jedyne miejsce pracy szpital mający kontrakt z NFZ, jedna pracuje wyłącznie w prywatnym gabinecie, pozostałe trzy osoby pracują w obu rodzajach placówek. Trzy osoby są w trakcie kształcenia specjalizacyjnego, dwie zaś ukończyły specjalizację. Średni czas stażu zawodowego to 10,9 lat (SD=17,54), mediana zaś wynosi 3 lata (IQR=1,5-7). Rozrzut wyników był znaczący – minimalny czas stażu zawodowego wyniósł 1 rok, najdłuższy zaś 42 lata.

W odniesieniu do własnej wiedzy na temat specyficznych potrzeb lesbijek, osób biseksualnych i aseksualnych* w zakresie opieki ginekologicznej, większość osób respondenckich ma świadomość ich istnienia, jednak były one znane w znikomym bądź umiarkowanym stopniu. Podobnie osoby odpowiadały w odniesieniu do szczególnych potrzeb osób transpłciowych, niebinarnych i interpłciowych*, choć, co interesujące, większa część osób oceniała swoją wiedzę w tym aspekcie wyżej niż w przypadku wiedzy o osobach o nieheteronormatywnej orientacji. Z uwagi na zbyt małą liczbę odpowiedzi nie można mówić tu o stałej tendencji, jednak można domniemywać, iż świadcząc usługi ginekologiczne osobom transpłciowym, niebinarnym oraz interpłciowym, z góry zakładana jest pewna specyfika ich potrzeb. Inaczej wygląda to w przypadku osób o orientacji homo, bi- czy aseksualnej, gdzie takie założenie najprawdopodobniej nie jest dokonywane.

W dalszej części kwestionariusza poproszono o ustosunkowanie się do poziomu wiedzy w poszczególnych obszarach opieki ginekologicznej w odniesieniu do osób LGBTQIA, na skali od 1 (obszerna znajomość tematu) do 3 (brak znajomości tematu). Wyniki przedstawiono w tab. 5

Tab. 5. Ocena wiedzy własnej w odniesieniu do specyficznych potrzeb osób LGBTQIA w wybranych aspektach opieki ginekologicznej

| Tożsamość płciowa | Liczebność (%) |
|--|----------------|
| Leczenie dolegliwości związanych z menstruacją | 1,2 (0,45) |
| Antykoncepcja | 1,4 (0,55) |
| Rutynowa profilaktyka (np. cytologia, USG piersi itp.) | 1,2 (0,45) |
| Profilaktyka infekcji przenoszonych drogą płciową | 1,8 (0,84) |
| Opieka związana z tranzycją medyczną (hormonalna i operacyjna korekta płci) | 2,4 (0,89) |
| Opieka w trakcie ciąży | 1,4 (0,89) |
| Planowanie ciąży | 1,2 (0,84) |
| Terminacja ciąży ze wskazań medycznych | 1,8 (0,84) |
| Opieka po histerektomii i/lub usunięciu przydatków | 2,4 (0,89) |
| Opieka po neowaginoplastyce (GRS/SRS) | 1,6 (1,10) |
| Opieka w okresie klimakterium | 1,2 (0,55) |
| Opieka związana ze stanami przewlekłymi w ginekologii (np. endometrioza, PCOS) | 1,8 (0,55) |
| Opieka związana z dolegliwościami bólowymi (np. wulwodynia, dyspareunia) | 2,4 (0,89) |
| Opieka po mastektomii | 1,6 (0,55) |
| Opieka związana z interpłciowością | 1,8 (0,89) |
| Opieka związana z interpłciowością | 1,8 (0,89) |

Tematy, których znajomość osoby respondenckie oceniały najniżej to opieka związana z tranzycją medyczną, opieka po histerektomii i/lub usunięciu przydatków oraz opieka związana z dolegliwościami bólowymi miednicy mniejszej. W dalszej kolejności wskazane zostały m.in. profilaktyka infekcji przenoszonych drogą płciową, terminacja ciąży, opieka związana ze stanami przewlekłymi oraz związana z interpłciowością.

Warto odnieść się do pewnego rozdźwięku odpowiedzi na powyższe pytanie a poprzednie, gdzie respondentki wskazywały na wręcz nieco większą świadomość specyfiki opieki ginekologicznej m.in. nad osobami transpłciowymi i interpłciowymi. W opinii autorów i autorek badania rozdźwięk ten można tłumaczyć faktem, iż świadomość pewnej odmienności usług świadczonych osobom transpłciowym, niebinarnym czy interpłciowym nie przekłada się o razu na wiedzę jak dokładnie te usługi wyglądają. Ponadto warto zwrócić uwagę na profilaktykę STI, która znalazła się wśród najmniej znanych tematów. Mimo małej liczebności próby, wynik ten jest zgodny z dotychczas publikowanymi doniesieniami, sugerującymi, iż tematyka ta jest rzadziej poruszana w gabinecie ginekologicznym w przypadku osób LGBTQIA w porównaniu do cisheteroseksualnych pacjentek, co przekłada się na większą liczbę przypadków zakażeń (CYTAT); przyczyn można upatrywać w błędnych założeniach o mniejszej potrzebie profilaktyki oraz niedostatecznej wiedzy na temat ryzyka STI wśród osób LGBTQIA korzystających z opieki ginekologicznej.

Fakt ograniczonej wiedzy dotyczącej opieki w trakcie tranzycji mogą tłumaczyć również odpowiedzi odnoszące się do częstotliwości świadczenia usług dla tych osób – większość

osób nie spotyka się z nimi, pozostałe zaś rzadko (tj. raz w roku). Nieco częściej spotykają się w swojej pracy z osobami nieheteroseksualnym, choć częstotliwość ta nadal jest niska (ok. raz w miesiąc lub rzadziej)

Innym wytłumaczeniem powyższych wyników może być fakt rzadkiego pytania, zarówno o tożsamość płciową, jak i orientację seksualną. Wśród przyczyn takiej sytuacji wskazywana jest mała ilość czasu w ramach wizyty, jak również aspekty religijne. Jeszcze inną przyczyną jest zakładanie heteroseksualności i cisplciowości osoby zgłaszającej się do gabinetu – np. gdy osoba wspomni o posiadaniu partnera (co de facto nie musi świadczyć o heteroseksualnej orientacji); w innym wypadku temat pojawia się dopiero gdy odpowiedzi osoby pacjenckiej zaczynają budzić wątpliwości np. w odniesieniu do stosowanej antykoncepcji.

W ramach badania ankietowego pytano również o warunki w miejscu pracy w odniesieniu do opieki nad osobami LGBTQIA. Większość osób stwierdziło, że ich miejsce pracy nie zapewnia przyjaznego środowiska dla osób LGBTQIA. Z uwagi na małą liczbę odpowiedzi, trudno jednak jest przełożyć te wyniki na większą skalę. W oparciu o dostępne wyniki możemy jedynie wnioskować o przyczynach oceny środowiska pracy jako nieprzyjaznego. Wśród nich znalazły się m.in. sytuacje słyszenia negatywnych komentarzy w odniesieniu do osób LGBTQIA ze strony innych pacjentek/pacjentów oraz personelu. Inną przyczyną może być fakt braku bądź niewiedzy o istnieniu procedur przeciwdziałających dyskryminacji na tle orientacji seksualnej i tożsamości płciowej na terenie wspomnianych placówek.

Częściowo ustrukturyzowane wywiady indywidualne

Z uwagi na niewielką próbę badawczą, postanowiono przeprowadzić dodatkowo indywidualne wywiady częściowo ustrukturalizowane, celem zebrania informacji na temat osobistych doświadczeń specjalistów i specjalistek w zakresie prowadzenia opieki ginekologicznej nad osobami LGBTQIA, barier w prowadzeniu takiej opieki oraz potrzeb w obszarze wiedzy specjalistycznej. Rekrutację przeprowadzono metodą kuli śnieżkowej, zapraszając do udziału ginekologów i ginekolożki (w trakcie specjalizacji lub po jej ukończeniu) oraz lekarzy i lekarki z doświadczeniem stażu na oddziałach ginekologicznych. Na zaproszenie odpowiedziały dwie osoby – ginekolożka (w trakcie specjalizacji) pracująca na oddziale ginekologicznym o III stopniu referencyjności i lekarka z niedawnym doświadczeniem stażu na oddziale ginekologicznym w szpitalu powiatowym.

Zapytano się o poniższe zagadnienia:

- a. Czy w toku kształcenia na kierunku lekarskim oraz w trakcie specjalizacji z ginekologii i położnictwa, przedstawiane są treści dotyczące osób LGBTQIA oraz ich potrzeb zdrowotnych (w tym w obszarze ginekologii)?
- b. W jakich okolicznościach specjaliści i specjalistki dowiadują się o tożsamości płciowej, orientacji psychoseksualnej i zróżnicowanych cechach płciowych osób pacjenckich?

- c. Jakie są bariery w świadczeniu opieki ginekologicznej wrażliwej na potrzeby dla osób LGBTQIA?
- d. Czy personelowi medycznemu umożliwia się i zachęca do wymiany wiedzy i doświadczeń na temat opieki nad osobami LGBTQIA?
- e. Jakiesą potrzeby szkoleniowe ginekologów i ginekolożek w zakresie opieki ginekologicznej dla osób LGBTQIA?

Odpowiedzi udzielone w wywiadach podzielić można na następujące kategorie:

- » Obecność tematyki różnorodności płciowej i seksualnej podczas studiów na kierunku lekarskim oraz w trakcie specjalizacji z ginekologii i położnictwa
- » Okoliczności dowiadywania się o tożsamości płciowej, orientacji psychoseksualnej i różnorodnych cechach płciowych osób pacjenckich
- » Bariery w świadczeniu opieki ginekologicznej przyjaznej osobom LGBTQIA
- » Potrzeby specjalistów i specjalistek w zakresie wiedzy dotyczącej opieki ginekologicznej nad osobami LGBTQIA

Obecność tematyki różnorodności płciowej i seksualnej podczas studiów na kierunku lekarskim oraz w trakcie specjalizacji z ginekologii i położnictwa

Obydwie respondentki zadeklarowały, że w toku ich kształcenia nie pojawiły się zajęcia dotyczące osób LGBTQIA oraz ich potrzeb zdrowotnych. Jedna z badanych wskazała, że treści takie pojawiają się na niektórych uczelniach medycznych w ramach nieobowiązkowych zajęć. Obydwie osoby podkreśliły, że wiedza, którą posiadają, pochodzi z dokształcania się we własnym zakresie. Dopytane o pojawianie się wzmianek o różnorodności płciowej i seksualnej, wskazały: interplciowość (która nakreślona została wyłącznie w kategorii trudności zdrowotnych u dzieci) oraz różnorodność seksualną u mężczyzn (mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami przedstawieni jako kluczowa populacja w kontekście zakażeń przenoszonych drogą płciową), co w obydwu przypadkach jest przykładami utwierdzającymi stereotypy na temat osób LGBTQIA. Ponadto respondentki wskazały, że trudność ta ma także charakter systemowy – potrzeby zdrowotne osób LGBTQIA nie zostały nigdy odgórnie uznane za obowiązkowy element kształcenia kadry medycznej.

Okoliczności dowiadywania się o tożsamość płciowej, orientacji psychoseksualnej i różnorodnych cechach płciowych osób pacjenckich

Obie badane odpowiedziały, że ponieważ informacje na ten temat nie są zbierane przy przyjęciu, zakłada się, że przyjmowane osoby są cisplciowymi heteroseksualnymi

96 kobietami bez zróżnicowanych cech płciowych. Wiedza o nieheteroseksualności, niecisplciowości lub interplciowości pojawia się zatem zwykle, kiedy jest to ujawnione przez osobę pacjencką „przy okazji” (w trakcie przyjęcia) lub wtedy, gdy dotyczyło to historii leczenia osoby. Na podstawie wypowiedzi badanych można sformułować wniosek, iż nie ma zwyczaju pytania się o tożsamość płciową, orientację seksualną, zróżnicowane cechy płciowe i formy gramatyczne, jakimi należy się zwracać do osoby.

Bariery w świadczeniu opieki ginekologicznej przyjaznej osobom LGBTQIA

Opisywane przez badane przeszkody podzielić można na:

- a. mające charakter systemowy (brak zauważenia tego obszaru na poziomie organizacji opieki zdrowotnej oraz jej regulacji);
- b. pochodzące z braku uwzględnienia tych treści w toku kształcenia;
- c. wynikające z braku lub niedostatecznej świadomości potrzeb zdrowotnych osób LGBTQIA oraz istnienia stereotypów i nieaktualnej wiedzy wśród personelu medycznego.

Warte podkreślenia są niemożliwe do prostego zaadresowania czynniki takie jak np. warunki lokalowe (uniemożliwiające lub znacznie utrudniające zorganizowanie osobnych sal dla osób transmęskich) i wielkość budżetu ośrodka, mające wpływ na możliwości świadczenia wspierającej opieki ginekologicznej dla osób LGBTQIA.

Potrzeby specjalistów i specjalistek w zakresie wiedzy dotyczącej opieki ginekologicznej nad osobami LGBTQIA

Wśród źródeł czerpania informacji o osobach LGBTQIA w praktyce medycznej, pojawiło się wspólne omawianie w gronie specjalistycznym przypadków zgłaszających się do ośrodków osób LGBTQIA. Możliwość wymiany doświadczeń i wiedzy jest wartościowa, powinna zatem być dostępna dla wszystkich chętnych osób z personelu medycznego i zorganizowana w formie warsztatów i/lub superwizji. Z uwagi na charakter pracy na oddziale ginekologicznym, jedna ze specjalistek jako najbardziej adekwatne rozwiązania wymieniła: wytyczne wewnętrzne, zaadresowane do personelu ośrodka i dostosowane do jego warunków (w formie krótkich zaleceń, instrukcji oraz infografik) i zalecenia towarzystw specjalistycznych, dotyczące standardów opieki ginekologicznej nad osobami LGBTQIA. W ocenie badanej, rozwiązania te powinny być wdrożone w ośrodkach i dostępne dla każdej osoby wchodzącej w skład personelu oddziału.



Podsumowanie

Badania ukazują dość skomplikowany obraz sytuacji opieki ginekologicznej. Większość danych pochodzi od osób zamieszkujących większe miasta w Małopolsce. Wciąż w naszej opinii jest za mało danych dotyczących mniejszych miast. Chcemy podkreślić, iż inkluzywna opieka ginekologiczna, to opieka dostępna wszędzie, również w mniejszych miastach, w miejscu zamieszkania. Ponad 1/5 osób biorących udział w badaniu nie korzysta z regularnej opieki ginekologicznej. Wśród czynników wpływających na rzadsze korzystanie bądź rezygnację z korzystania z takiej opieki, to m.in. bariera finansowa, ograniczona dostępność usług na nrf oraz obawa przed badaniem ginekologicznym. Co 7. osoba jako przyczynę wskazała również małe zaufanie do personelu medycznego. Mimo wciąż rosnącego sektora prywatnego usług ginekologicznych, zależy nam aby usługi te były inkluzywne na każdą kieszeń i niezależnie od tego czy wizyta odbywa się w gabinecie prywatnym czy w placówce mającej kontrakt z NFZ.

Zauważa się dużą dysproporcję w zakresie przyczyn korzystania z opieki ginekologicznej. Z jednej strony obserwuje się relatywnie wysoki odsetek osób korzystających z rutynowej profilaktyki - choć nie jest on nadal na zadowalającym poziomie - z drugiej strony obserwuje się bardzo niski odsetek osób korzystających z profilaktyki infekcji przenoszonych drogą płciową w gabinecie ginekologicznym. Wynik ten dodatkowo mocno kontrastuje z częstością korzystania z opieki celem uzyskania antykoncepcji, która jest zdecydowanie wyższa. Na podstawie powyższych można wyciągnąć dwa ważne wnioski - jeden stanowi o konieczności edukowania osób pacjenckich w aspekcie profilaktyki infekcji przenoszonych drogą płciową jako równie ważnych w tej grupie osób

104 co w przypadku cisheteronormatywnych pacjentek. Innym wnioskiem płynącym z opisanych wyników jest fakt, iż często stawiane założenie o braku konieczności np. stosowania antykoncepcji w tej grupie jest błędne. Zakładanie, iż osoby LGBTQIA z racji swojej tożsamości, orientacji bądź relacji w której pozostają, nie będą korzystać z wybranych aspektów opieki jak np. antykoncepcja, jest błędne.

Wg uzyskanych wyników nieco ponad połowa osób jest zadowolona z obecnej opieki ginekologicznej, brak satysfakcji zaś deklaruje nieco ponad badanych. Fakt relatywnie wyższego odsetka zadowolonych osób częściowo tłumaczono uprzednimi poszukiwaniami odpowiedniego ginekologa/ginekolożki, i wiązało się z korzystaniem w przeszłości z usług w innych gabinetach, które nie były satysfakcjonujące.

Brak satysfakcji z usług powiązany może być z doświadczaną dyskryminacją. Co 10 osoba doświadczyła w gabinecie dyskryminacji z uwagi na orientację seksualną, tożsamość płciową bądź zróżnicowane cechy płciowe zaś 7,6% osób twierdzi, że mogło jej doświadczyć. Na podkreślenie zasługuje fakt, że zakładanie przez personel medyczny bycia osobą cisplciową i/lub heteroseksualną również traktowane jest jako zachowanie dyskryminujące - dementowanie tego założenia przez osobę pacjencką, wiązało się często z negatywnymi, stereotypizującymi komentarzami ze strony ginekologów i ginekolożek oraz nieprofesjonalnym ocenianiem życia seksualnego tych osób lub wręcz ignorowaniem tej informacji, co utrudniało otrzymanie usług adekwatnej do potrzeb. Inne zachowania dyskryminacyjne obejmowały m.in: złośliwe komentarze, pouczające wypowiedzi na temat tożsamości płciowej osoby pacjenckiej oraz zakładanie podejmowania konkretnych aktywności seksualnych,

mających w opinii ginekologa/ginekolożki być powiązanymi z niecisłociową tożsamością; pojawiały się także sytuacje, w których różnorodne tożsamości były traktowane przez personel medyczny jako wyrazy „niedojrzałej” seksualności. Jeśli informacja o byciu osobą LGBTQIA wpływała na jakość świadczonych usług, np. stawała się zbędnie głównym przedmiotem rozmów podczas wizyt w gabinecie, była ona oceniana i komentowana, osoby – w miarę własnych możliwości – podejmowały decyzję o zmianie ginekologa, zwykle na polecanego przez inne osoby LGBTQIA, co może tłumaczyć fakt, że około połowa osób badanych nie korzysta z opieki ginekologicznej stale u jednego/ej lekarza/lekarzki.

Oczekiwaniem społeczności jest nie tylko walka z dyskryminacją w gabinetach, ale pójście o krok dalej - w stronę gabinetów i oddziałów otwartych, przyjaznych osobom LGBTQIA, neutralnych, ukazujących większą różnorodność w wizerunkach reprezentujących osoby korzystające z opieki ginekologicznej, uwzględniając zarówno osoby cisheteronormatywne, jak również osoby LGBTQIA. Wśród oczekiwań względem personelu medycznego znalazły się również profesjonalizm, aktualna wiedza naukowa, szacunek, empatia i doświadczenie zawodowe, ale również otwartość światopoglądowa i nieocenianie.

Wyniki te trudno odnieść do środowiska zawodowego z uwagi na skrajnie niską frekwencję w badaniu. Zgodnie z omawianymi wyżej możliwymi przyczynami jest m.in. fakt, iż ankieta mogła zostać odebrana jako kwestionująca kompetencje osoby wypełniającej. Pytania dotyczące wiedzy oraz swobody w świadczeniu usług ginekologicznych osobom LGBTQIA nie miały na celu wartościowania środowiska oraz podważania kompetencji. Mamy świadomość, iż treści

106 dotyczące specyficznych potrzeb osób LGBTQIA w aspekcie opieki zdrowotnej, w tym opieki ginekologicznej nie znajdują się w curriculum na żadnym etapie kształcenia zawodowego. To może również kształtować przekonanie, iż takie różnice nie istnieją. Opisane wyżej wyniki mówią jednak coś przeciwnego - różnice te istnieją i ich uwzględnianie bądź pomijanie może istotnie wpłynąć na jakość świadczonej opieki i zadowolenie osoby pacjenckiej.

Badanie stanowić ma nie tylko pewien wgląd w obecną sytuację opieki ginekologicznej ale stanowić również przyczynek dalszych zmian i działań mających na celu zwiększenie inkluzywności usług ginekologicznych. Mamy nadzieję, iż projekt będzie budował większą świadomość zarówno wśród społeczności LGBTQIA, jak i środowiska zawodowego świadczącego usługi ginekologiczne.



Rekomendacje

Na podstawie przeprowadzonego badania wśród osób LGBTQIA oraz specjalistów i specjalistek z obszaru ginekologii, Stowarzyszenie Queerowy Maj przygotowało szereg rekomendacji, które mają na celu poprawienie dostępności oraz adekwatnego dostosowania usług ginekologicznych do potrzeb osób LGBTQIA w województwie małopolskim.

1. Podstawą zakomunikowania przyjazności własnej praktyki lekarskiej jest właściwe opisanie grup osób, które mogą bezpiecznie korzystać z usług gabinetu ginekologicznego. Informacje takie powinny być zamieszczone zarówno w internetowych środkach przekazu (strony internetowe, media społecznościowe, portale takie jak np. Znany Lekarz), jak i bezpośrednio w miejscu praktyki. Najważniejsze kwestie, z punktu widzenia osób pacjenckich, to:
 - a. Jakie grupy osób mogą oczekiwać akceptującego przyjęcia w gabinecie (np. „Gabinet jest przyjazny osobom LGBTQIA” lub „Nasze usługi kierujemy także do osób LGBT”);
 - b. Jakie konkretne usługi, związane ze szczególnymi potrzebami osób LGBTQIA, są oferowane, np. kompleksowe badanie przed rozpoczęciem terapii hormonalnej, profilaktyka STI u kobiet mających kontakty seksualne z kobietami oraz prowadzenie badań profilaktycznych u osób inter płciowych;
 - c. Czy lekarz/lekarka posiada wiedzę i umiejętności (zdobyte np. na studiach, kursach doszkalających lub konferencjach specjalistycznych) na temat opieki ginekologicznej dla osób LGBTQIA;
2. Zalecamy stosowanie włączającego języka zarówno w bezpośrednim kontakcie, ale także na posiadanych kanałach informacyjnych. Praktyki takie obejmują m.in. pytanie się o używane gramatyczne formy płciowe (Pani, Pan, zwroty neutralne płciowo), włączenie dodatkowo do opisu usług formy inne niż „kobiety” i „pacjentki”.

Działania takie powinny być stosowane przez cały personel ośrodka, od momentu rejestracji na wizytę, po jej zakończenie.

3. Każdy specjalista/specjalista z obszaru ginekologii, powinny(a) posiadać świadomość szczególnych potrzeb osób LGBTQIA, które wynikają z m.in.: uwarunkowań anatomicznych i biologicznych (np. różnicowanie cech płciowych, stosowanie substytucji hormonalnej, przejście przez zabiegi neowaginoplastyki i rekonstrukcji klatki piersiowej), podejmowanych kontaktów seksualnych (np. najczęstsze STI występujące u kobiet mających kontakty z kobietami oraz profilaktyka zakażeń, stosowanie antykoncepcji hormonalnej u osób transmęskich), sposobu planowania rodziny (przygotowanie do zapłodnienia pozaustrojowego lub nasieniem dawcy za granicą w przypadku kobiet w relacjach z kobietami, przygotowanie do rodzicielstwa biologicznego u osób transmęskich w relacjach z osobami transżeńskimi bądź mężczyznami cisplciowymi).
4. Doksztalcanie się w sprawdzonych miejscach i ośrodkach, korzystanie ze źródeł tworzonych przez społeczność.

Dla ośrodków opieki zdrowotnej

1. Pracodawcy i osoby na stanowiskach kierowniczych powinny wspierać i zachęcać pracowników do świadczenia opieki przyjaznej osobom LGBTQIA oraz do systematycznego aktualizowania wiedzy w tych tematach. Działania takie mogą być realizowane przez aktywności takie jak:

- a. oferowanie możliwości doksztacania poprzez szkolenia (wewnętrzne i zewnętrzne);
 - b. stwarzanie możliwości wymiany wiedzy i doświadczeń w godzinach pracy;
 - c. udostępnianie zasobów do wspólnego korzystania, np. w formie biblioteki lub cyfrowych zasobów.
2. Każdy ośrodek powinien posiadać wspólnie opracowane standardy i procedury wewnętrzne dotyczące:
- a. postępowania wobec osób LGBTQIA, obejmujących np. pytanie się o tożsamość płciową i seksualną, zachowanie podczas ujawnienia tożsamości płciowej i/lub seksualnej osoby pacjenckiej, przykłady włączającego języka, zapobieganie dyskryminacji oraz reagowanie na działania dyskryminacyjne;
 - b. możliwości stworzenia przez placówkę udogodnień uwzględniających szczególne potrzeby osoby (np. możliwość umieszczenia mężczyzny transpłciowego w osobnej sali);
 - c. polityk antydyskryminacyjnych, mających służyć zapobieganiu i reagowaniu na zachowania dyskryminacyjne ze strony personelu lub innych pacjentów w stronę osób LGBTQIA.
3. Placówki świadczące usługi ginekologiczne, powinny tworzyć swoje wewnętrzne zalecenia w oparciu o standardy i wytyczne opracowane przez towarzystwa specjalistyczne (np. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego dotyczące opieki nad zdrowiem

dorostych osób transpłciowych¹²), dostosowując je do swoich warunków i możliwości.

4. W zależności od posiadanego systemu zapisów, osoba zapisująca się na wizytę powinna mieć możliwość dodania uwag, takich jak używanie innego imienia niż metrykalne oraz innych form gramatycznych niż te, które wynikałyby z oznaczenia płci metrykalnej. Personel dokonujący rejestracji na wizyty w poradni lub pobyt na oddziale, powinien być zapoznany z możliwością zaistnienia takiej sytuacji oraz sposobami na profesjonalne zrealizowanie takiej prośby.
5. Personel poradni i oddziałów ginekologicznych powinien mieć możliwość uczestnictwa w szkoleniach dotyczących podstaw opieki nad osobami LGBTQIA, obejmujących przynajmniej język włączający oraz szczególne potrzeby osób LGBTQIA. Istotne jest jednocześnie wskazanie, że niezakładanie heteroseksualności i cispłciowości pacjentów i pacjentek jest podstawą uzyskania wiarygodnej informacji medycznej oraz adekwatnego dostosowania usług do potrzeb.
6. Ośrodki powinny w miarę możliwości zadbać o inkluzywność materiałów edukacyjnych i promocyjnych prezentowanych w ośrodku, zarówno w aspekcie merytorycznym, jak i wizualnym, kładąc nacisk na przedstawianie w nich osób reprezentujących większą różnorodność genderową, seksualną i relacyjną

12 Grabski, B., Rachoń, D., Czernikiewicz, W., Dulko, S., Jakima, S., Müldner-Nieckowski, Ł., ... i Mazurczak, A. (2021). *Zalecenia Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego dotyczące opieki nad zdrowiem dorosłych osób transpłciowych: stanowisko panelu ekspertów*. *Psychiatria Polska*, 55(3).

Dla uczelni i ośrodków szkoleniowych

115

1. Uczelnie wyższe oraz ośrodki szkoleniowe zajmujące się prowadzeniem studiów wyższych na kierunkach medycznych; studiów podyplomowych dotyczących seksuologii oraz opieki ginekologicznej; kursów dokształcających dla personelu świadczącego opiekę medyczną, powinny zawierać w obowiązkowym programie edukacyjnym treści dotyczące opieki zdrowotnej dla osób LGBTQIA. Szczególnie należy uwzględnić takie obszary jak:
 - a. włączający język;
 - b. podstawy wiedzy o różnorodności genderowej i seksualnej oraz o zróżnicowanym rozwoju płciowym;
 - c. sytuacja dostępu do opieki zdrowotnej u osób LGBTQIA;
 - d. doświadczenie stresu mniejszościowego i jego wpływ na korzystanie z opieki zdrowotnej;
 - e. dyskryminacja i wykluczenie w obszarze dostępu do opieki zdrowotnej u osób LGBTQIA;
 - f. specyficzne potrzeby zdrowotne LGBTQIA, wynikające z tożsamości płciowej, orientacji psychoseksualnej, interpłciowości, podejmowanych aktywności seksualnych (lub braku ich podejmowania), możliwości planowania rodziny, tranzycji medycznej oraz najczęściej doświadczanych trudności zdrowotnych w tej grupie.

- 116 2. Prezentowane treści powinny być zawsze oparte na najnowszej wiedzy naukowej oraz stanowisk samorzeczniczych osób LGBTQIA. Wymóg aktualizowania treści spoczywa zarówno na organizatorach programów edukacyjnych, jak i osób prowadzących zajęcia.

Dla towarzystw naukowych

1. Towarzystwa naukowe zraszające personel medyczny świadczący usługi ginekologiczne (zarówno lekarzy i lekarki jak i pielęgniarzy i pielęgniarki) powinny opracować standardy i wytyczne dotyczące opieki ginekologicznej dla osób LGBTQIA, uwzględniając w szczególności:
 - a. standardy opieki ginekologicznej dla osób przechodzących tranzycję medyczną z uwzględnieniem aspektów opieki w trakcie poszczególnych medycznych działań afirmujących płeć (m.in. substytucja hormonalna, zabiegi chirurgiczne takie jak rekonstrukcja klatki piersiowej, neowaginoplastyka, histerektomia)
 - b. standardy opieki ginekologicznej dla osób o zróżnicowanych cechach płciowych.

Wykazy

- Ryc. 1. Rozkład wieku osób badanych
- Ryc. 2. Podział względem miejsca zamieszkania
- Ryc. 3. Podział względem wykształcenia
- Ryc. 4. Sytuacja finansowa
- Ryc. 5. Częstotliwość wizyt ginekologicznych
- Ryc. 6. Przyczyny obecnej częstotliwości wizyt
- Ryc. 7. Korzystanie z usług ginekologicznych w miejscu zamieszkania
- Ryc. 8. Czym kierujesz się przy wyborze gabinetu ginekologa/ ginekolożki
- Ryc. 9. Czy istotna jest dla Ciebie płeć Twojego ginekologa/ ginekolożki
- Ryc. 10. Źródła informacji na temat usług ginekologicznych
- Ryc. 11. Powody korzystania z usług ginekologicznych
- Ryc. 12. Ocena ogólnego poziomu satysfakcji z opieki ginekologicznej
- Ryc. 14. Inne zachowania niepożądane
- Ryc. 15. Oczekiwania względem personelu medycznego
- Ryc. 16. Oczekiwania względem wizyt
- Ryc. 17. Oczekiwania względem gabinetu ginekologicznego
- Ryc. 18. Oczekiwania względem oddziału ginekologicznego

Spis tabel

Tab. 1. Tożsamość płciowa

Tab. 2. Orientacja seksualna

Tab. 3. Sytuacja zawodowa

Tab. 4. Przyczyny pobytu w oddziale ginekologicznym

Tab. 5. Ocena wiedzy własnej w odniesieniu do specyficznych potrzeb osób LGBTQIA w wybranych aspektach opieki ginekologicznej

