



Stanowisko oficjalne IFMSA-Poland nt. Orientacji Seksualnej i Tożsamości Płciowej

Przyjęte podczas wiosennego Zgromadzenia Delegatów (14-15 maja 2021 r.)

Wstęp

Human Rights Watch zwraca uwagę na rosnącą falę homo- i transfobii w Polsce oraz nawołuje do zaprzestania podsycania takich nastrojów społecznych. W sierpniu 2020 r. światowe media były na alarm, informując o „kryzysie praw osób LGBT+ w Polsce” i zwracając uwagę na rosnącą falę przemocy i podziałów społecznych oraz na dyskryminujące przepisy. Po dziś dzień w Polsce nie ma edukacji antydyskryminacyjnej, państwo nie zapewnia równości małżeńskiej i prawa do adopcji parom jednopłciowym, proces uzgodnienia płci nie jest odpowiednio uregulowany, a jego koszty ponoszą osoby chcące przejść tranzycję. Nie istnieją także przepisy zakazujące dyskryminacji ze względu na orientację seksualną i tożsamość płciową poza miejscem pracy. Studentom kom medycyny brakuje edukacji w zakresie języka inkluzywnego oraz potrzeb zdrowotnych osób LGBTQIAP+, co przyczynia się do ograniczenia dostępu do jakościowej opieki zdrowotnej tej grupy społecznej. Do poprawy sytuacji społeczności LGBTQIAP+ wzywa nas nie tylko społeczność międzynarodowa, ale także zobowiązania względem Organizacji Narodów Zjednoczonych i Unii Europejskiej.

Stanowisko IFMSA-Poland

My, członkowie_inie IFMSA-Poland, uważamy, że wypowiedzi i uchwały, mające na celu utrwalanie podziałów społecznych i pogłębianie nietolerancji względem osób LGBTQIAP+, są karygodnymi aktami budowania kapitału politycznego kosztem bezpieczeństwa swoich obywateli_ek oraz wykorzystaniem braku rzetelnej edukacji seksualnej i antydyskryminacyjnej. Skutkiem takich działań może być dalsza eskalacja przemocy, alienacja społeczna, rosnący odsetek zaburzeń psychicznych czy prób samobójczych wśród osób LGBTQIAP+. Zwracamy uwagę na potrzebę systemowej edukacji, której celem byłoby uświadomienie społeczeństwu istoty orientacji seksualnej i tożsamości płciowej. Sądzimy także, że każdy_a student_ka medycyny powinien_nna być wyposażony_a w wiedzę z zakresu budowania bezpiecznej przestrzeni w przyszłym miejscu pracy oraz potrzeb zdrowotnych osób LGBTQIAP+. Wspieramy także działania Komisji Europejskiej w wypełnianiu strategii UE nt. równości LGBTIQ, Kampanii Przeciw Homofobii oraz działania Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego, które to podmioty starają się edukować i działać w zakresie równości praw osób LGBT+.

My, IFMSA-Poland, wzywamy:

- 1) władze państwowe Rzeczypospolitej Polskiej, zarówno władzę ustawodawczą, jak i wykonawczą, do:
 - a) dbania o szacunek do osób wszystkich orientacji i tożsamości w wypowiedziach publicznych oraz używanie języka inkluzywnego;



- b) ustanowienia przepisów gwarantujących prawną ochronę przed dyskryminacją ze względu na orientację seksualną, tożsamość płciową i typ związku;
 - c) wprowadzenia rzetelnej, opartej na badaniach naukowych edukacji antydyskryminacyjnej do podstawy programowej;
 - d) uproszczenia procesu uzgodnienia płci metrykalnej poprzez wprowadzenie ustawy regulującej i usunięcie z tej procedury konieczności pozywania własnych rodziców;
 - e) dopuszczenia osób transpłciowych do służby wojskowej;
 - f) wprowadzenia możliwości wykonywania operacyjnej korekty narządów płciowych bez konieczności uprzedniej sądowej zmiany danych metrykalnych;
 - g) powrotu do częściowego (przynajmniej 50%-owego) dofinansowania do zakupu leków hormonalnych w terapii farmakologicznej przy korekcie płci;
 - h) prawnego uznania płci niebinarnych i wprowadzenia kategorii niebinarności w dokumentach jako trzeciej opcji do wyboru obok K i M;
 - i) zmiany przepisów dotyczących nadawania imion tak, by umożliwiły wybór imienia neutralnego płciowo lub niewskazującego na płeć oraz zniesienie obowiązku wybierania imienia zgodnego z płcią metrykalną;
 - j) wprowadzenia ustawowego zakazu wykonywania operacji dostosowania narządów płciowych interpłciowych dzieci do określonego, wybranego przez rodzinę lub personel medyczny wzorca bez świadomej zgody i osobistego życzenia osoby, której procedura ma dotyczyć;
 - k) uznania małżeństw jednopłciowych zawartych za granicą za rozwiązanie tymczasowe do czasu wprowadzenia małżeństw jednopłciowych w kraju;
 - l) legalizacji małżeństw jednopłciowych i zapewnienia równości małżeńskiej;
 - m) wprowadzenia związków partnerskich dostępnych dla dorosłych, świadomie i dobrowolnie chcących w nie wstąpić osób niezależnie od ich płci;
 - n) zapewnienia obywatelstwa i nadania numeru PESEL dzieciom par jednopłciowych urodzonym lub zaadoptowanym za granicą;
 - o) zapewnienia osobom w związkach jednopłciowych prawa do adopcji dzieci i korzystania z procedury in vitro;
 - p) organizowania i/lub finansowania kampanii społecznej, edukujących o szkodliwości mowy nienawiści i stygmatyzacji osób LGBT+;
 - q) wprowadzenia zakazu terapii konwersyjnej.
- 2) władze samorządowe do:
- a) szacunku wobec mieszkańców_nek i osób przyjezdnych;
 - b) respektowania praw wszystkich ludzi, niezależnie od ich orientacji seksualnej i tożsamości płciowej;
 - c) dbania o bezpieczeństwo mieszkańców_nek, w tym o ochronę przed mową nienawiści;
 - d) zaprzestania wprowadzania krzywdzących i wykluczających uchwał;
 - e) zapewnienia bezpiecznych miejsc azylowych dla osób w kryzysie bezdomności spowodowanym orientacją seksualną lub tożsamością płciową;
 - f) budowania świadomości społecznej w zakresie tematyki dotyczącej osób LGBTQIAP+ przez udostępnianie przestrzeni publicznej tym osobom i organizacjom je wspierającym;
 - g) stosowania publicznie inkluzywnego języka;
 - h) zapewnienia dostępu do rzetelnej edukacji na tematy związane ze społecznością LGBTQIAP+;



- i) współtworzenia środowiska przyjaznego osobom LGBTQIAP+, w którym osoby te nie będą wykluczane z życia społecznego, a w którym będą czuć się tak samo bezpiecznie, jak osoby cisplciowe i heteronormatywne.
- 3) sektor ochrony zdrowia – zarówno w zakresie instytucjonalnym (m.in. szpitale, przychodnie, kliniki), jak i personalnym (personel medyczny, przedstawiciele_ki środowisk lekarskich, pielęgniarских, położniczych, terapeutycznych, diagnostycznych i każdą inną osobę zatrudnioną w ochronie zdrowia) do:
- a) tworzenia przyjaznego środowiska w miejscu pracy, używania języka inkluzywnego, zadawania ewentualnych i koniecznych intymnych pytań w odpowiedni, empatyczny sposób;
 - b) szanowania pacjentów_ek i ich wyborów życiowych;
 - c) zaprzestania myślenia w stereotypowy, krzywdzący sposób o osobach nieheteronormatywnych i transpłciowych;
 - d) respektowania tożsamości płciowej pacjentów_ek innej niż wpisana w karcie medycznej, używania imion, zaimków i rodzajowych form gramatycznych używanych przez samą osobę;
 - e) znajomości specyficznych potrzeb zdrowotnych osób LGBTQIAP+ i prowadzenia procesów diagnostycznych oraz leczenia w adekwatny do tego sposób;
 - f) bezwzględnego poszanowania praw pacjentów_ek, w tym prawa do godności, intymności czy zachowania tajemnicy;
 - g) znajomości przepisów prawa w kontekście osób tej samej płci, dotyczących m.in. możliwości udzielenia informacji o stanie zdrowia osobie bliskiej;
 - h) proponowania zmian w systemie kształcenia personelu medycznego w celu wprowadzenia kwestii zdrowia osób LGBTQIAP+ do programów nauczania uczelni medycznych;
 - i) nieustannego edukowania się na temat różnorodności płci i orientacji, problemów osób LGBTQIAP+ oraz do zwalczania przejawów dyskryminacji;
 - j) umieszczania pacjentów_ek transpłciowych w salach zgodnych z ich tożsamością płciową, a osób niebinarnych zgodnie z ich deklaracją wyboru sali (jeśli to możliwe);
 - k) zniesienia wymogu rozpoznania dysforii płciowej przed rozpoczęciem terapii hormonalnej.
- 4) media publiczne i prywatne do:
- a) nieudostępniania platformy osobom i organizacjom, które szerzą mowę nienawiści oraz używają dyskryminacyjnego języka;
 - b) używania inkluzywnego języka w treściach dotyczących osób LGBTQIAP+ oraz regularnej rewizji słownictwa, aby upewnić się, że nadal jest inkluzywne;
 - c) prowadzenia oraz egzekwowania polityki zerowej tolerancji względem przedstawicieli_ek mediów szerzących mowę nienawiści względem osób LGBTQIAP+;
 - d) rozpoznania potencjału edukacyjnego platformy publicznej i działania w zakresie edukacji społeczeństwa oraz szerzenia akceptacji osób LGBTQIAP+;
 - e) nieuginania się pod presją ugrupowań politycznych i zachowania obiektywizmu względem grup mniejszościowych narażonych na dyskryminację.
- 5) uniwersytety i placówki edukacyjne do:
- a) respektowania używanych przez uczniów_ennice i studentów_ki zaimków, rodzajowych form gramatycznych oraz imion;
 - b) edukowania uczniów_ennic i studentów_ek w zakresie potrzeb osób LGBTQIAP+ oraz do wprowadzenia edukacji antydyskryminacyjnej;



- c) zapewnienia dostępu do personelu medycznego wykształconego w kwestiach potrzeb osób LGBTQAP+, a także do pomocy psychologicznej;
 - d) stworzenia warunków do uprawiania sportu niekompetetywnego, bez dyskryminacji żadnej płci;
 - e) nieprzyzwalania na dyskryminację i mowę nienawiści względem rówieśników_czek LGBTQIAP+;
 - f) stworzenia pokoi, łazienek oraz przebieralni niedyskryminujących na podłożu tożsamości płciowej, jednocześnie zapewniając intymność i poszanowanie uczuć religijnych poprzez wprowadzenie kabin jednoosobowych;
 - g) wprowadzenia zajęć z edukacji seksualnej i antydyskryminacyjnej dla uczniów_ennic, studentów_ek oraz personelu placówki edukacyjnej.
- 6) obywateli_ki oraz wszystkich mieszkańców_nki Polski do:
- a) respektowania decyzji innych ludzi dotyczących ich seksualności, a także do szanowania drugiego człowieka niezależnie od jego tożsamości, włączając w to tożsamość płciową i seksualną;
 - b) włączania się w inicjatywy organizacji queerowych, mających na celu zmniejszenie dyskryminacji osób LGBTQIAP+;
 - c) zwracania się do wszystkich osób zgodnie z ich zaimkami, rodzajowymi formami gramatycznymi i imionami;
 - d) budowania swojej świadomości na temat różnorodności płci, seksualności i modeli związków;
 - e) wychowania kolejnych pokoleń w szacunku do drugiego człowieka, niezależnie od jego płci, orientacji seksualnej i innych aspektów;
 - f) wpływania na osoby na wysokich stanowiskach, by dbały o to, aby ich wypowiedzi nie zawierały w sobie mowy nienawiści, języka dyskryminującego oraz by ograniczały elementy dyskryminacyjne w przestrzeni publicznej;
 - g) wybierania w wyborach osób, które głoszą między innymi równość praw LGBTQIAP+ oraz korzystają z języka inkluzywnego;
 - h) potępienia przemocy wobec osób LGBTQIAP+ oraz szerzenia tolerancji w kręgach swoich znajomych.
- 7) członków_inie IFMSA-Poland do:
- a) poszerzania i uaktualniania swojej wiedzy o orientacji seksualnej i tożsamości płciowej, a w szczególności o potrzebach zdrowotnych osób LGBTQIAP+;
 - b) edukowania swojego otoczenia w zakresie praw osób LGBTQIAP+ oraz szerzenia treści równościowych;
 - c) stosowania języka inkluzywnego podczas akcji edukacyjnych oraz podczas tworzenia dokumentów oficjalnych IFMSA-Poland;
 - d) podejmowania działań na rzecz poprawy sytuacji osób LGBTQIAP+ w Polsce, w tym tworzenia akcji informacyjnych IFMSA-Poland oraz uczestnictwa w warsztatach i wykładach na ten temat organizowanych przez IFMSA-Poland;
 - e) współtworzenia wspierającego środowiska dla osób LGBTQIAP+ w obrębie IFMSA-Poland oraz na uczelniach.



Tło problemu

Wstęp [1-41]

Do tej pory nie ma powszechnej definicji seksualności. Zwykle określana jest jako sposób, w jaki ludzie doświadczają i wyrażają siebie seksualnie. Stanowi ona także integralną część ludzkiej osobowości, o różnym natężeniu, kierunku i ekspresji. Oznacza to, że seksualność jest bardzo wielowymiarowym aspektem ludzkiej natury. Z tego też powodu ludzie mogą łączyć się w konsensualne, niemonogamiczne związki, będące wyrazem różnorodności ludzkiej seksualności, ale też potrzeb i oczekiwań. Dziedzina wiedzy zajmująca się ludzką seksualnością, tożsamością płciową, budowaniem związków to dziedzina dynamiczna, wciąż rozwijająca się i z wieloma lukami. Nasze stanowisko zostało opracowane na podstawie najaktualniejszej wiedzy i literatury, jaką posiadamy. Ponadto trudności w opisywaniu ludzkiej natury sprawia fakt, że seksualność wynika z interakcji pomiędzy aspektami psychologiczno-biologicznymi, kulturą i społeczeństwem.

W pierwszej kolejności należy zdefiniować orientację seksualną. Potocznie rozumiana jako trwały, emocjonalny, romantyczny i seksualny pociąg do określonej płci, orientacja zawiera w rzeczywistości dwie główne komponenty: właściwą orientację seksualną i orientację romantyczną. Rozróżnienie między nimi wprowadzone zostało w celu precyzyjniejszego określenia tożsamości osób aromantycznych i aseksualnych, ponieważ umożliwia ono opisanie występowania pociągu seksualnego bądź romantycznego do danej płci przy jednoczesnym braku kolejno pociągu seksualnego (w przypadku osób aseksualnych) lub romantycznego (w przypadku osób aromantycznych). Orientacja seksualna opisuje więc pociąg seksualny i stanowi swoiste kontinuum rozciągające się między całkowitym pociągiem do własnej płci (homoseksualność), innej, potocznie „przeciwnej” (choć ze względu na odejście od binarnego podziału płci nie jest to termin precyzyjny) płci (heteroseksualność) lub dowolnego stanu pomiędzy (częściowy pociąg do wielu płci – biseksualność, poliseksualność, panseksualność – lub brak takiego pociągu w ogóle w przypadku osób aseksualnych). Orientacja romantyczna precyzuje z kolei płęć osób, z którymi dana jednostka tworzyć chce stałe związki lub inne relacje romantyczne. Nazwy orientacji romantycznych tworzone są analogicznie do seksualnych z przyrostkiem zmienionym na „-romantyczność”. Wspomniana w definicji trwałość orientacji nie wyklucza zmian w samoidentyfikacji wynikających z rozwoju, zdobywania doświadczenia i wiedzy pozwalających jednostce lepiej określić i opisać samą siebie.

Przy omawianiu kolejno aseksualności i aromantyczności zwrócić należy uwagę, że pojęcia te określają jedynie pociąg (konkretnie: jego brak). Nie determinują one w żaden sposób podejmowanych zachowań odczytywanych społecznie jako romantyczne (całowanie, trzymanie za ręce) lub seksualne. Osoby aromantyczne i aseksualne mogą te działania podejmować, gdyż aseksualność nie oznacza braku libido, a raczej brak występowania skonkretyzowanego na kogokolwiek pociągu seksualnego. Podobnie z potrzebą emocjonalnej i fizycznej bliskości występującej u osób aromantycznych. Jak wcześniej zaznaczono, aseksualność i aromantyczność to rozłączne pojęcia. Osoby aseksualne mogą być więc romantycznie zorientowane na dowolną płęć lub płcie, lub być aromantyczne. Podobnie z osobami aromantycznymi, których seksualność może obejmować pociąg do dowolnych płci albo jego brak.

Kolejnym aspektem różnorodności w zakresie ludzkich relacji jest poliamoria. Termin ten oznacza pragnienie i/lub praktykowanie utrzymywania w tym samym czasie relacji romantycznych i/lub seksualnych z więcej niż jedną osobą przy pełnej wiedzy i zgodzie wszystkich zaangażowanych. Poliamoria bywa określana jako orientacja seksualna, forma tożsamości lub specyficzny typ utrzymywania relacji. Bardzo ważnym elementem poliamorii jest konsensualność i świadoma zgoda wszystkich stron zaangażowanych w relacje. Poliamoria



stanowi termin parasolowy obejmujący zarówno jednostki utrzymujące zupełnie niezależne od siebie relacji romantyczne z wieloma osobami, jak i związki obejmujące więcej niż dwóch zaangażowanych w siebie nawzajem ludzi.

W ujęciu biologicznym płeć jest ściśle związana z rozmnażaniem, obejmuje więc zespół cech o charakterze struktur i funkcji pozwalających na sklasyfikowanie i podzielenie osobników danego gatunku na grupy oznaczone jako męskie, żeńskie (odgrywające uzupełniające się role w procesie rozmnażania), obojnacze oraz bezpłciowe. W podziale tym decydującą funkcję pełnią produkowane gamety – przy czym zwyczajowo przyjmuje się, że organizmy męskie produkują gamety małe i mobilne (plemniki), organizmy żeńskie gamety duże i statyczne (komórki jajowe), organizmy obojnacze oba rodzaje gamet, a organizmy bezpłciowe – żadnego z nich. Innymi cechami biologicznymi branymi pod uwagę przy oznaczaniu płci są: chromosomy (płeć chromosomalna), zewnętrzne narządy płciowe (płeć genitalna), wewnętrzne narządy płciowe (płeć gonadalna), drugo- i trzeciorzędowe cechy płciowe (płeć fenotypowa), produkowane hormony (płeć hormonalna), obecność pierwotnych dróg gonadalnych (płeć gonadoforyczna), aparat enzymatyczny i sposób przemiany materii (płeć metaboliczna), zróżnicowanie mózgu w zakresie endokrynnej czynności podwzgórza i przysadki mózgowej (płeć mózgowa). Cechy te nie zawsze muszą pozostawać ze sobą w zgodzie pozwalającej na jednoznaczne określenie płci danego osobnika, co, w połączeniu z mnogością czynników mogących decydować o klasyfikacji, dowodzi, że termin „płeć biologiczna” jest nieprecyzyjny i nie pozwala na jednoznaczne określenie organizmu, szczególnie tak skomplikowanego jak ludzi. Poza ujęciem biologicznym istnieje także płeć psychologiczna (odczuwana), czyli taka, z jaką dana osoba się utożsamia wewnętrznie. W ujęciu socjologicznym i kulturoznawczym płeć będzie z kolei zespołem zachowań, norm i wartości przypisanych przez kulturę i społeczeństwo. Płci społeczno-kulturowe obejmują chociażby odgrywane role płciowe, sposoby wyrażania własnej płciowości czy pełnienie oczekiwanych funkcji w społeczeństwie. Zachowania te są przekazywane i utrwalane poprzez uczenie się, odgrywanie i powtarzanie. Czynniki te, a także liczba wyróżnianych płci, będą zróżnicowane w zależności od kultury, na którą spojrzymy, i czasów, które poddamy analizie. Błędny jest przekonanie, że istnieją wobec tego tylko dwie, stałe i określone w sposób ostateczny i niezmienny, płcie społeczno-kulturowe.

Tożsamość płciowa to z kolei trwałe poczucie identyfikacji płciowej – indywidualne wewnętrzne poczucie przynależności do danej płci lub brak takowego. Identyfikacja ta może być zgodna z płcią nadaną przy narodzinach (określaną przez personel medyczny na podstawie wyglądu zewnętrznych narządów płciowych) albo inna od niej. W tym pierwszym przypadku mówimy o osobach cispłciowych (cispłciowa kobieta, cispłciowy mężczyzna), natomiast w przypadku braku takiej zgodności mamy do czynienia z osobami transpłciowymi. Transpłciowość to termin parasolowy, obejmujący wszystkie osoby, których płeć nadana przy urodzeniu nie zgadza się w pełni lub w jakimś stopniu z tożsamością płciową. Osoby transpłciowe mogą być binarne (mieścić się w ogólnie przyjętej dychotomii kobieta/mężczyzna) lub niebinarne. Niebinarność opisuje z kolei spektrum tożsamości, które nie są całkowicie i jednoznacznie którąkolwiek z wyróżnianych w typowym binarnym podziale – męską lub kobiecą. To szersze określenie zawiera w sobie szereg tożsamości oscylujących między występowaniem stałej, acz częściowej identyfikacji z którąś z płci (demigender), identyfikowaniem się z więcej niż jedną płcią (bigender, trigender, pangender), brakiem identyfikacji płciowej z którąkolwiek (agender), jej płynnością i zmiennością w czasie (genderfluid), identyfikacją pomiędzy płciami binarnymi (androgyn) lub identyfikacją z inną, trzecią płcią nie będącą ani kobietą, ani mężczyzną. W pojęciu „niebinarność” zawiera się tym samym szeroka przestrzeń na rozliczne inne, rzadziej spotykane lub nieopisane jeszcze tożsamości. Sposób charakteryzowania własnej tożsamości lub jej braku zależy ostatecznie tylko od danej osoby i nie podlega dyskusjom czy podważaniu niezależnie od tego, czy mieści się w przyjętym ogólnie wyobrażeniu o płci lub niebinarności. Następnym wariantem płciowości człowieka jest interpłciowość – kolejne wielowymiarowe sformułowanie, określające osoby, których ciała nie wpisują się



w społeczne lub medyczne definicje ciał pozwalających na definitywne przypisanie płci męskiej lub żeńskiej. Oznacza to więc różnorodność i brak zgodności w zakresie cech różnicujących płęć, umożliwiających jednoznaczną klasyfikację – chromosomów, gonad, hormonów, genitaliów, cech drugo- i trzeciorzędowych. W zależności od cech, w obrębie których występuje różnorodność, interplciowość zauważalna może być przy urodzeniu (na przykład w razie występowania zewnętrznych narządów płciowych o cechach przypisywanych standardowo zarówno płci męskiej, jak i żeńskiej), później w życiu (jak w przypadku różnorodności hormonalnej lub chromosomalnej) bądź też nie ujawnić się wcale.

Ważnym pojęciem, którego nie sposób pominąć w dyskusji toczącej się dookoła płciowości i tożsamości, jest również ekspresja płciowa. Ekspresja płciowa to indywidualny sposób wyrażania i manifestowania swojej płci obejmujący wybrane zaimki i rodzajowe formy gramatyczne, sposób ubierania i malowania się, wzorce zachowań i przyjmowane role w społeczeństwie. Pojęcie to dotyczy zarówno osób binarnych (transpłciowych i cispłciowych) oraz niebinarnych i nie musi pozostawać w zgodzie ze stereotypowym postrzeganiem danej płci w społeczeństwie. Ekspresja płciowa nie definiuje tożsamości płciowej jednostki, jest jedynie sposobem jej indywidualnego wyrażania siebie. Osoby, których ekspresja nie odpowiada stereotypowym wyobrażeniem o danej płci, to osoby gender non-conforming, przy czym ponownie podkreślić należy, że określenie to nie jest tożsamością, a opisem sposobu wyrażania własnej płciowości.

Mowa nienawiści [42-53]

W 2019 i 2020 roku można było zaobserwować nasilenie homofobicznych i transfobicznych zachowań wśród przedstawicieli_ek władz, zarówno regionalnych, jak i ogólnopolskich. Tylko od lipca do końca września 2019 r. 4 województwa, 18 powiatów i 24 gminy przyjęły różnorodne uchwały „przeciwko ideologii LGBT”. W niektórych z tych miejsc na wnioski obywateli_ek zostały wszczęte sprawy sądowe, które zakończyły się przegraną samorządów i unieważnieniem uchwał.

Ważnym punktem dyskusji publicznej na temat osób LGBTQIAP+ była kampania wyborcza przed wyborami prezydenckimi w 2020 roku i związane z nią wypowiedzi polityków_czek, w tym kandydatów na prezydenta. Padały słowa jak: „Próbuje się nam wmówić, że LGBT to ludzie. A to jest po prostu ideologia.”; „Ci ludzie nie są równi ludziom normalnym. Skończmy słuchać idiotyzmów o jakichś prawach człowieka czy jakiejś równości”; „Polska bez LGBT jest najpiękniejsza”. Były to jawne przykłady mowy nienawiści występujące w przestrzeni publicznej. Słowa te spotkały się z ostrą krytyką ze strony organizacji pozarządowych walczących o prawa osób LGBTQIAP+ oraz części społeczeństwa, a także zagranicznych mediów i polityków_czek, w tym Przewodniczącej Komisji Europejskiej Ursuli von der Leyen. Sam fakt, że mogły jednak paść ze strony sztabu wyborczego kandydata na prezydenta kraju oraz samego kandydata i nie spotkały się z natychmiastowymi sankcjami prawnymi, jako mowa nienawiści wskazuje, że poziom przyzwolenia prawnego na tego typu wypowiedzi jest wysoki, a ochrona przed dyskryminacją niewielka.

W Polsce od 2003 roku występuje ochrona prawna przed dyskryminacją ze względu na orientację seksualną i tożsamość płciową. Została ona jednak wyszczególniona jedynie w Kodeksie Pracy, natomiast nie w Kodeksie Karnym. Oznacza to, że poza miejscem pracy społeczność LGBTQIAP+ nie podlega prawnej ochronie przed dyskryminacją. Przepięstwa dokonywane ze względu na orientację seksualną lub tożsamość płciową nie są według polskiego prawa traktowane także jako przestęstwa z nienawiści, choć mieszczą się w zakresie definicji takowych przestęstw.

Zgodnie z definicją wypracowaną przez Organizację Bezpieczeństwa i Współpracy w Europie przestęstwo z nienawiści to każda z form przestęstw dotykająca osoby ze względu na ich przynależność do danej grupy –



faktyczną lub domniemaną, a także sojusznictwo wobec tej grupy. Motywacją do popełnienia przestępstwa są wtedy uprzedzenia – rozumiane jako wrogie, niepotwierdzone faktami tudzież racjonalnymi pobudkami postawy – wobec danej społeczności. Wskutek tych stereotypów dochodzi do pobić, gwałtów, napaści, zabójstw, rozbojów, zniewag czy gróźb. Polski Kodeks Karny nie definiuje osobno przestępstwa z nienawiści, dlatego też powyższa definicja zostaje najczęściej uznawaną. Według polskiego prawodawstwa motywację do przestępstwa z nienawiści mogą stanowić: różnice narodowościowe, etniczne, rasowe, wyznaniowe lub związane z bezwyznaniowością. Przestępstwa te wiążą się także z wyższym wymiarem kary ze względu na fakt, że konsekwencje takich czynów są bardziej dotkliwe. Poza tym, że pozostawiają ślad w psychice osoby poszkodowanej, godzą także w całą społeczność przez nią reprezentowaną. Dodatkowo warto zaznaczyć, iż przestępstwa te ścigane są z urzędu, co oznacza, że organy ścigania mają obowiązek podjąć czynności niezależnie od inicjatywy osoby pokrzywdzonej oraz sposobu, w jaki organy te zostały poinformowane o ich popełnieniu.

Przestępstwa z nienawiści odróżnia od innych motywacja dotycząca uprzedzeń wobec danej grupy. Do grup tych nie należy jednak społeczność LGBTQIAP+. Przeprowadzone w marcu 2020 roku przez Amnesty International badanie ankietowe wskazuje, że prawie 60% osób badanych (reprezentatywna próba 1095 osób) uznaje, iż napaść na dwóch mężczyzn idących za rękę na ulicy powinno być zaklasyfikowane jako przestępstwo z nienawiści. Dodatkowo, 51,1% badanych myśli, że orientacja seksualna jako motywacja przestępstwa względem tej osoby jest już w tej chwili uznawana przestępstwo z nienawiści.

Unia Europejska wypracowuje wspólne dla wszystkich krajów rozwiązania oraz publikuje zalecenia dla poszczególnych państw w zakresie równości obywateli_ek, w tym społeczności LGBTQIAP+. Do rekomendacji takich należało m.in. wprowadzenie zakazu dyskryminacji w miejscu pracy. Kolejnym problemem poruszonym przez Komisję Europejską jest uznawalność małżeństw jedнопłciowych oraz rodzin, gdzie rodzice dziecka są tożsamej płci, niezależnie od statusu prawnego takich rodzin w danym kraju. UE przyjęła prawo rodzinne neutralne pod względem płci i orientacji seksualnej; tym niemniej każdy z krajów członkowskich samodzielnie reguluje przepisy dotyczące małżeństw i ich definicji, z czego wynikają istniejące w obrębie wspólnoty różnice w prawodawstwie. Zawarcie małżeństwa jedнопłciowego jest aktualnie możliwe w 13 państwach członkowskich, różne formy związków partnerskich występują w kolejnych 8, a tylko 6 państw w żaden sposób nie uznaje prawnie związków osób tej samej płci. Co roku powstaje raport, w którym monitorowane są postępy poszczególnych krajów oraz prezentowane zalecenia w kontekście wprowadzania polityki równościowej. Lista działań, które mają doprowadzić do równości obywatelskiej w UE, dotyczy poza powyższymi kwestiami także ochrony zdrowia, bezpieczeństwa, edukacji, zatrudnienia, swobody przemieszczania się czy kwestii azylowych.

Dyskryminacja systemowo-instytucjonalna [54-64]

Osoby transpłciowe na swojej drodze spotykają dyskomfort, niezrozumienie i szereg innych przeciwności. Wiele elementów życia publicznego zwyczajnie nie jest przystosowanych do ich potrzeb, a uprzedzenia i stereotypy ciągle obecne w społeczeństwie sprawiają, że otaczający je świat wydaje się raczej mało przyjazny. Od tej reguły wyjątkiem nie są niestety uniwersytety, gdzie transpłciowi_we studenci_ntki stają przed problemami obcymi jednostkom cispłciowym: coming out, reakcja pracowników_iczek oraz współstudentów_tek na ich tożsamość płciową, a także szatnie czy toalety z binarnym podziałem płci oraz binarnie podzielone zajęcia sportowe. W tym miejscu warto również dodać niedostateczny dostęp do wykwalifikowanej opieki zdrowotnej.

Sytuacji ta staje się jeszcze trudniejsza dla osób w trakcie dokonywania korekty lub takich, które z różnych powodów nie planują jej w trakcie studiów - wiele transpłciowych studentów_tek decyduje się na ukrywanie



swojej tożsamości ze względu na lęk przed brakiem akceptacji objawiający się na przykład odmową używania wybranego przez studenta_tkę imienia.

W tym miejscu pomocną dłoń powinna wyciągnąć uczelnia, nie tylko poprzez edukację swoich pracowników_iczek w celu wytworzenia adekwatnych reakcji, ale także poprzez rozmowy ze studentami_tkami oraz organizację wsparcia psychologicznego dla osób transpłciowych. Na podparcie tej tezy, przytoczyć można fakt, że osoby w wieku 18-25 (a więc w wieku studenckim) najczęściej podejmują działania związane z ekspresją swojej prawdziwej tożsamości, więc tym samym stanowią grupę z największymi potrzebami.

Lęk przed izolacją sprawia, że osoby te próbują trwać w przypisywanej im powierzchownie roli społecznej, pogłębiając ich dysfориę i zamknięcie w sobie. Istotne byłoby więc otwarcie się placówek takich jak uczelnia na osoby transpłciowe i prowadzenie działań pozwalających studentom_tkom na ekspresję ich prawdziwego „ja” w atmosferze wzajemnej akceptacji i zrozumienia. Wymaga to współpracy nie tylko z wykwalifikowanymi psychologami_żkami, ale także lekarzami_kami zaznajomionymi z tematyką transpłciowości.

Osoby o płci niezgodnej z tą przypisaną im przy urodzeniu mogą zgłaszać się do psychologów_żek z problemami pokrewnymi tym przeżywanym przez ich cispłciowych_we rówieśników_czki, mają jednak też trudności specyficzne dla nich, takie jak brak samoakceptacji, coming out czy problemy wynikające z izolacji społecznej. Są to osoby narażone na stygmatyzację w otaczającym je środowisku, niewłaściwą opiekę zdrowotną czy nawet na odmowę jej udzielenia. W wielu przypadkach nie otrzymują również wsparcia ze strony najbliższych. Zdarza się, że za problemy te winą obarczane jest właśnie poczucie tożsamości tych osób. Przyjęło się mówić, że same zgotowały sobie swój los poprzez określanie się w ten, a nie inny sposób. Zapomina się jednak, że nie jest to kwestia wyboru. Prowadzić to może do sytuacji, w której osoby transpłciowe unikają szukania pomocy, ukrywając swoją tożsamość i tym samym pogłębiając swoje problemy.

Także i tutaj mogą pojawić się zagrożenia. Osoba szukająca pomocy może trafić na „specjalistę_kę” wyrażającego_cą odrazę do osób transpłciowych. W konsekwencji narzucane jej będzie na przykład określenie się jako przedstawiciel_ka jednej z płci w sposób jednoznaczny lub niechciany coming out. Pacjent_ka jest w takiej sytuacji zmuszany_a do udowadniania, że jest wystarczająco wiarygodny_a, żeby zasłużyć na przedstawianie się jako osoba transpłciowa. Może też nie otrzymywać spersonalizowanej pomocy, a uogólnioną do „transpłciowego przypadku”.

Dobitnie wagę problemu ukazuje fakt, że co trzecia osoba transpłciowa chociaż raz w ciągu życia doświadczyła przykrych uwag ze strony specjalisty_ki, u którego_j szukała medycznej pomocy, co czwarta badana osoba nie udała się do pracownika_czki opieki zdrowotnej z powodu lęku przed złym potraktowaniem, a także co czwarta osoba miała problem z uzyskaniem ubezpieczenia.

Wszystko to sprowadza się do obrazu, w którym zjawisko transpłciowości wciąż pozostaje patologizowane, a jeżeli nie, często postrzegane jest przez pryzmat binarności, zaniehbując jednostki niebinarne.

Ważną składową, której nie sposób pominąć, jest kwestia zaufania do personelu medycznego. W tym przypadku sytuacja nie przedstawia się najgorzej - ponad 90% zapytanych osób transpłciowych w Polsce uważa, że nie doznało dyskryminacji ze strony pracownika_czki ochrony zdrowia. Spotykają się jednak z presją tłumaczenia się z niezgodności danych z ich ekspresją i używanymi końcówkami.

Jednak biorąc pod uwagę specjalistów_ek towarzyszących przebiegowi korekty, do najczęstszych uwag należy używanie niezgodnych z poczuciem zaimków, rodzajowych form gramatycznych oraz podejrzliwość co do bycia „wystarczająco kobiecą/męskim” względem deklarowanej tożsamości. Ankietowani zgłaszają również



poczucie traktowania jako jednostkę gorszą. Mimo to większość badanych nie decyduje się na zmianę lekarza_ki prowadzącego_j.

Obok lekarzy_ek oraz psychologów_żek, na drodze do korekty, osoby transpłciowe stawiają również czoła innej instytucji, jaką jest sąd. Tutaj kwestia zaufania wygląda już nieco inaczej - blisko połowa badanych osób wykazuje wobec niej nieufność. Spośród całej społeczności LGBT+, to właśnie osoby „T” demonstrowały ją w największym stopniu. Dodatkowo obserwowana jest zależność, że wraz z wiekiem, gorszą sytuacją majątkową i poziomem edukacji, to zaufanie spada.

Zmiana danych jest jednym z momentów, na który najwięcej osób podejmujących się korekty czeka. Długość tego procesu zależy zarówno od działań sądu, jak i samego_jej zainteresowanego_nej. Co jednak nie podlega dyskusji, to dramaty toczące się w sytuacji, kiedy doszło do zawarcia związku małżeńskiego przed podjęciem tranzycji. Jest to główny czynnik, powodujący, że decyzja o rozpoczęciu tranzycji prawnej jest co najmniej poddawana zastanowieniu, zarówno przez osobę ją rozważającą, jak i jej najbliższych_sze. Prawo polskie w związku z tym, że w wyniku korekty związek małżeński mógłby okazać się być formalnie jedнопłciowym, nakazuje jego rozwiązanie. Tutaj pojawia się dylemat przed osobami transpłciowymi, będącymi w związku formalnym z przedstawicielem_kami płci przez nich odczuwanej: rezygnacja z urzędowej tranzycji czy utrata wszelkich ułatwień, które niesie ze sobą związek małżeński. Ma to wpływ nie tylko na samą osobę transpłciową, ale także na jego partnera_kę, co dodatkowo utrudnia podjęcie decyzji. Jeżeli para taka miała dzieci, to w ich akcie urodzenia pozostają poprzednie dane osoby transpłciowej, co uniemożliwia jej sprawowanie władzy rodzicielskiej. Tworzy to ryzyko próby izolacji dziecka od transpłciowego rodzica. Również specjaliści_stki (lekarze_ki, psychologzy_żki) niejednokrotnie decydują się na odmowę prowadzenia korekty, gdy uzyskują informację o posiadaniu dzieci przez osobę nią zainteresowaną.

Miejsce pracy to kolejne wyzwanie, a spędza się w nim znaczną część życia. Przed osobami transpłciowymi pojawia się pytanie - czy ujawnić swoją tożsamość, czy też nie. Zgodna ekspresja płciowa ma działanie pozytywne zarówno w kontekście psychicznym, jak i życia zawodowego, jednocześnie stwarzając szerokie pole do dyskryminacji. Osoby transpłciowe w miejscu pracy spotykają się ze zwolnieniami, a także z brakiem możliwości zatrudnienia czy awansu, ze względu na to, kim są. Gdy decyzja o tranzycji podejmowana jest podczas trwania zatrudnienia, część transpłciowych mężczyzn obserwuje wzrost płacy po jej dokonaniu, natomiast transpłciowe kobiety - spadek.

Podobnie jak w przypadku uniwersytetów, tak i tutaj pomocne byłyby elementy ochrony transpłciowych pracowników_czek, takie jak: respektowanie rodzajowych form gramatycznych, zaimków, wybranego imienia, neutralne płciowo toalety, szatnie oraz wymagania dotyczące strojów pracowniczych, edukacja pracowników_czek w kwestii osób LGBTQIAP+, a także polityka zerowej tolerancji dla ich dyskryminacji. Warto również zaznaczyć, że na dobrostan osób transpłciowych wpływają również inne czynniki ich postrzegania np. bycie osobą czarnoskórą, nieheteroseksualną czy postrzeganą społecznie jako kobieta.

Powyższe argumenty wskazują, że społeczeństwo ma przed sobą jeszcze długą drogę do stworzenia osobom transpłciowym godnych warunków bytowych. Edukacja, walka z uprzedzeniami i zmiany prawne to główne rejony pracy, na których promocji powinna skupiać się każda osoba walcząca o dobrostan społeczny. Nie dotyczy to jedynie medyków_czek, polityków_czek, urzędników_czek, czy pracodawców_czyń, ale także każdej jednostki z osobna, ponieważ składając się na całość naszego życia międzyludzkiego, powinniśmy dążyć do traktowania każdego na tych samych prawach i z pełnią przysługującego człowiekowi szacunku.



Proces uzgadniania płci

Furtką, by w dokumentach oficjalnych zmienić swoje imię i płeć przypisaną przy urodzeniu jest art. 189 Kodeksu Postępowania Cywilnego. Zapis ten jest szeroko interpretowany, bo nie dotyczy ściśle korekty płci. Oznacza to, że proces uzgodnienia płci jest wciąż niewystarczająco uregulowany prawnie. Jednakże najtrudniejszą kwestią związaną z prawną korektą płci jest przymus pozwania rodziców osoby transpłciowej bez względu na to, czy wspierają oni decyzję swojego dziecka, czy też nie. Jest to oczywiste utrudnienie w drodze do komfortu życiowego osób transpłciowych, ponieważ niezależnie od postawy rodziców, decyzja o ich pozwaniu może być trudna. Dodatkowo czyni to ich prawne jestestwo zależnym od rodziców oraz życzliwości sądu. Proces sądowy może się wiązać ze sporym wydatkiem, nie tylko ze względu na koszt wynajęcia adwokata_tki, ale także przez opłatę od powództwa, która zależnie od interpretacji zapisów prawa może wynosić od 30 do nawet 600 zł. Jeżeli osoba transpłciowa jest w związku małżeńskim, wyrok może być mniej korzystny ze względu na brak równości małżeńskiej w Polsce.

Warto także nadmienić, że o powództwo mogą wnosić jedynie osoby pełnoletnie, co oznacza, że osoby niepełnoletnie nie mogą prawnie uzyskać zmiany przypisanego imienia i płci.

Równość małżeńska

Równość małżeńska to termin określający możliwość zawarcia związku małżeńskiego bez względu na płeć. Jako alternatywę proponuje się często związki partnerskie. Jednakże nie muszą one gwarantować tego samego, co małżeństwa i tym samym - nie są jednoznaczne z zapewnieniem osobom w nie wstępującym równości z małżeństwami. Już w czasie pandemii COVID-19 można było obserwować tę nierówność – w Czechach zawieszono możliwość zawierania związków partnerskich, jednakże nie dotyczyło to małżeństw. Także w kontekście gwarantowania tego samego prawa majątkowego, do adopcji lub do dziedziczenia małżeństwa i związki partnerskie mogą się między sobą różnić. Oznacza to, że nie ma ściśle określonego minimum gwarantowanego przez związki partnerskie. Przykładem jest różnorodność rozwiązań ustawodawczych w Unii Europejskiej. W związku z tym jedynym równościowym podejściem jest zapewnienie zawierania małżeństwa bez względu na płeć.

W Polsce toczy się spór o art. 18 Konstytucji: *“Małżeństwo jako związek kobiety i mężczyzny, rodzina, macierzyństwo i rodzicielstwo znajdują się pod ochroną i opieką Rzeczypospolitej Polskiej”*. W istocie zapis ten nie wyklucza małżeństwa o innej strukturze niż tylko kobieta i mężczyzna, jednakże brak szczegółowych zapisów prawnych, prowadzi do różnych interpretacji tego artykułu.

Warto zaznaczyć, że wszelkie działania mające na celu zagwarantowanie równości małżeńskiej w Polsce opierają się na świeckim zawarciu małżeństwa, nie zaś religijnym, z którym często utożsamiane jest małżeństwo jako takie. Na dzień dzisiejszy w Polsce osoby w związku jednopłciowym nie mogą zawrzeć małżeństwa, co pozbawia je do prawa do: otrzymywania informacji o stanie zdrowia nieprzytomnego_j partnera_ki w szpitalu; pochówku zmarłego_j partnera_ki; wspólności majątkowej i wspólnego rozliczania podatków; objęcia partnera_ki ubezpieczeniem w ZUS; ustawowego dziedziczenia po partnerze_ce (bez płacenia podatku, tak jak najbliższa rodzina); do adopcji. Pary jednopłciowe czasami decydują się na zawarcie umów cywilno-prawnych, które mają gwarantować niektóre z wyżej wymienionych praw, jednakże zabiera to czas, pieniądze, a także wymaga wiedzy, prawnika_czki i determinacji, a nawet jeśli umowa będzie zawarta ze skutkiem pozytywnym - nie gwarantuje to w pełni jej respektowania. Innym wyjściem jest zawarcie małżeństwa poza granicami Polski, jednak związki takie nie są uznawane w naszym kraju i mają wartość jedynie symboliczną. Kolejną przeszkodą jest także konieczność złożenia wniosku o zawarcie małżeństwa za granicą. W owym wniosku należy podać dane partnera_ki, a urzędnicy_czki często odmawiają wydania



oświadczenia, powołując się na polskie prawo, nieuwzględniające równości małżeńskiej. Zatem jedynie wprowadzenie równości małżeńskiej zapewni parom jedнопłciowym cieszenie się tymi samymi prawami, co małżeństwom między kobietą i mężczyzną. Zarówno Rzecznik Praw Obywatelskich, jak i Europejski Trybunał Praw Człowieka zgadzają się, że brak regulacji prawnych na temat równości małżeńskiej naruszają Europejską Konwencję Praw Człowieka.

Rodziny z wyboru

Problemy prawne związane z brakiem legalnych małżeństw dla osób LGBTQIAP+ nie ograniczają się tylko do dwóch osób będących w związku, ale też dotyczą par jedнопłciowych wychowujących dzieci. Według oszacowań Kampanii Przeciw Homofobii w raporcie na temat sytuacji społecznej osób LGBT około 4% osób LGBT wychowywało dzieci w związkach jedнопłciowych. Zakładając, że populacja badanych jest reprezentatywna, w Polsce jest takich rodzin 76 tysięcy.

Tzw. „rodziny z wyboru” to właśnie pary jedнопłciowe, które funkcjonują bez społecznego i prawnego wsparcia oraz często nie są połączone przez więzy krwi. W poniższym kontekście będą to rodziny z wyboru, które wychowują dzieci. Takie rodziny w Polsce stykają się ze społeczną, prawną i instytucjonalną dyskryminacją. Szczególną specyfiką tego problemu jest nie tylko dyskryminacja jednostki czy też pary, ale całej rodziny.

Jednym z problemów rodziców są przeszkody prawne i instytucjonalne. W raporcie Rodzin z Wyboru prawie połowa rodziców wychowujących dzieci wskazała, że kontakty z ochroną zdrowia i szkołą są trudnością. Zaledwie 24% nauczycieli i rodziców w szkole czy przedszkolu było świadome, że dziecko wychowuje się w rodzinie z wyboru. Co za tym idzie można wysunąć wniosek, że rodziny nieheteronormatywne muszą opierać się na selektywnym ujawnianiu charakteru rodziny ze względu na dobro dziecka. Pewne utajenie funkcji rodzica społecznego ze względu na to, że są rodziną z wyboru, krzywdzi rodzica społecznego, który wspólnie wychowuje dziecko z rodzicem biologicznym, ale nie ma żadnej mocy prawnej.

Respondenci podkreślili, że wkładają dużo wysiłku i refleksji w rozwiązywanie kwestii prawnych oraz instytucjonalnych utrudnień związanych z wychowywaniem dzieci. Ponad połowa rodziców podejmowała próby spisania testamentu lub aktu notarialnego, zaś inni liczą w tej kwestii na zrozumienie rodziny w tych sprawach. Zakres obowiązków rodzica społecznego często jest bardzo podobny do rodzica biologicznego, jednak nie ma on praw, które posiada rodzic biologiczny.

Rodzic społeczny (w badaniu Raportu Rodzin z Wyboru były to głównie matki społeczne) często ponosi w znacznym stopniu i dobrowolnie wydatki na dziecko, mimo że nie ma zagwarantowanych żadnych praw. Dziecko nie może też dziedziczyć po rodzicu społecznym, ponieważ z punktu prawa jest to osoba obca i będzie musiało zapłacić wyższy podatek w przypadku spadków czy darowizn. Zaangażowanie rodzica społecznego pozostaje też ukryte społecznie.

Prawna możliwość adopcji dziecka przez rodzica społecznego w istniejących związkach umożliwiłoby większą stabilizację społeczno-ekonomiczną dziecka oraz zapewnienie bezpieczeństwa zarówno dla dziecka, społecznego rodzica, jak i całej rodziny.

Inną kwestią są też pary, które chcą założyć rodzinę, ale nie mogą tego zrobić przez brak równości małżeńskiej, a co za tym idzie praktycznie niemożliwą adopcję, która faworyzuje małżeństwa do adopcji dzieci z domów dziecka. Rodziny z wyboru - pary, które wychowują dzieci albo pary, które się do tego przymierzają, nie cieszą się takimi samymi prawami, przywilejami i możliwościami co pary różнопłciowe wychowujące dzieci.



Dyskryminacja na tak wielu płaszczyznach nie kończy się na jednostce, ale rzutuje też na podstawową komórkę społeczną - rodzinę.

Dyskryminacja z wielu przyczyn jednocześnie [58, 65-74]

„Dyskryminacja z wielu przyczyn jednocześnie” to zjawisko, w którym osoba pada ofiarą dyskryminacji z więcej niż jednej przyczyny. Taka dyskryminacja może mieć charakter addytywny lub krzyżowy. W dyskryminacji addytywnej możliwe jest określenie wpływu różnych przyczyn dyskryminacji na różne sfery życia, gdzie przyczyny nie będą się krzyżować. W drugim przypadku dyskryminacja opiera się na połączeniu co najmniej dwóch cech. Przykładem takiej dyskryminacji może być utrudniony dostęp do opieki ginekologicznej dla lesbijki z fizycznymi niepełnosprawnościami. Zjawisku dyskryminacji z wielu powodów jednocześnie nie poświęcono wiele uwagi, szczególnie w kontekście opieki zdrowotnej. Dyskryminacja z wielu przyczyn jednocześnie w tym kontekście dotyczy osób LGBTQIA+ oraz co najmniej jednego dodatkowego czynnika np. niepełnosprawności lub bycia również w etnicznej i/lub religijnej mniejszości, a co za tym idzie co najmniej podwójne wykluczenie i/lub dyskryminacja.

Agencja Podstawowych Praw Unii Europejskiej (FRA) zrealizowała projekt, który miał na celu wskazanie przeszkód i doświadczeń związanych z dostępem do opieki zdrowotnej, opracowanie mapy strategii na rzecz poprawy świadczeń zdrowotnych państw członkowskich EU oraz określenie metod, które mogłyby zaspokoić potrzeby takich osób przez pracowników_czki ochrony zdrowia. Badanie przeprowadzono w 5 krajach EU, jednak w tym gronie nie znalazła się Polska, a więc ciężko jest zobrazować pełnię problemu na terenie naszego kraju.

FRA wskazała też, że kobiety z niepełnosprawnościami mogą doświadczać nierównego traktowania w dostępie do zdrowia reprodukcyjnego. To też pokrywa się z polskimi realiami jeżeli chodzi o tę grupę. Niektóre z czynników wskazanych przez badane kobiety, które utrudniają dostęp do efektywnych świadczeń zdrowotnych, są następujące: brak środków finansowych, brak możliwości zarejestrowania się na wizytę elektronicznie, brak dostępu do ośrodków zdrowia i rehabilitacji, nieprzystosowanie gabinetów lekarskich do potrzeb kobiet z niepełnosprawnością ruchową, niewłaściwy stosunek lekarzy_ek do pacjentów_ek z niepełnosprawnością.

FRA wskazuje też na kluczową rolę pracowników_czek ochrony zdrowia, którzy „pełnią kluczową rolę w procesie zapewniania dostępu do wysokiej jakości opieki zdrowotnej. Często to właśnie oni decydują o tym, kto może uzyskać dostęp do opieki medycznej i jaki rodzaj leczenia może zostać zastosowany”.

Nieświadomość realiów mniejszości etnicznych oraz różnice w percepcji poziomu dyskryminacji mniejszości etnicznych przez większość społeczeństwa utrudniają niesienie adekwatnej pomocy. Zauważono, że niektóre kraje, w tym Polska, mają bardzo rozbieżną percepcję poziomu dyskryminacji – percepcja Polaków była w znaczącym stopniu odmienna od Romów. Można wysunąć wniosek, że nierozpoznanie problemu dyskryminacji przyczynia się do pogłębiania problemu.

Badania FRA przeprowadzone na terenie państw członkowskich Unii Europejskiej wskazują również na zdecydowanie większą dyskryminację osób LGBTQIAP+, które wskazały, że należą do mniejszości etnicznych i rasowych, jako dodatkową podstawę do dyskryminacji. Oprócz wzmiankowanej informacji o rozbieżności percepcji poziomu dyskryminacji przez mniejszość i większość społeczną, ciężko jest stwierdzić jak intersekcyjność rasy/etniczności i orientacji seksualnej/tożsamości płciowej wygląda w Polsce, ponieważ takie dane są bardzo ograniczone.



Dyskryminacja z wielu przyczyn jednocześnie nie jest też zjawiskiem tymczasowym, ale może przyczynić się później do niechęci zwracania się o pomoc do sektora zdrowotnego. Przykładem są osoby starsze, które doświadczyły jawnej dyskryminacji ze strony pracowników_czek ochrony zdrowia w przeszłości, kiedy akty homoseksualne były karane albo klasyfikowane jako choroba. Brak wyspecjalizowanego specyficznego podejścia endokrynologii i geriatrici do tematu transpłciowości może skutkować niewłaściwym leczeniem, np. podawaniem nieodpowiedniej dawki leków. Osoby z niepełnosprawnościami mogą być również narażone na nieprawidłowe leczenie – wiek i/lub niepełnosprawność może stać się wyłączną podstawą do diagnozy, co prowadzić może do przeoczenia wielu chorób. Oznacza to, że osoby dyskryminowane na kilku płaszczyznach mają, albo mogą mieć, utrudniony dostęp do świadczeń zdrowotnych. W związku z powyższym możliwość adekwatnej opieki zdrowotnej i pełnego, zdrowego życia jest ograniczona. W przypadkach mniejszości etnicznej/innej rasy nie ma wystarczających danych o Polsce, aby wysunąć wnioski, jakie konkretne kroki można by podjąć, by przeciwdziałać dyskryminacji.

Proponowanym rozwiązaniem jest zbieranie informacji, które przyczyniłyby się do zrozumienia problemu interseksyjności dyskryminacji osób LGBTQIA w Polsce. Podjęcie kroków, które pozwolą osobom LGBTQIA z niepełnosprawnościami otrzymać adekwatną opiekę zdrowotną oraz edukacja pracowników_czek opieki zdrowia, tak aby widzieli pacjenta_kę holistycznie, a nie przez pryzmat jednego aspektu życia.

Status ekonomiczny a osoby LGBTQIAP+

Ciężko jest stwierdzić, czy panuje dyskryminacja zarobkowa osób LGBTQIA ze względu na orientację seksualną lub tożsamość płciową, zważając na to, że mediana wieku w raporcie KPH 2015-2016 wynosiła 23 lata, a korelacja sytuacji finansowej była bardziej związana z różnicami geograficznymi niż z dyskryminacją ze względu na orientację seksualną lub tożsamość płciową. Pochodzenie z obszarów wiejskich wiąże się z większym stopniem bezrobocia oraz mniejszą liczbą lat uzyskanej edukacji. Osoby LGBT nie wydają się zarabiać więcej lub mniej od reszty społeczeństwa. Jednak w raporcie Rodzin z Wyboru pary jedнопłciowe (24%) wskazały trudności w uregulowaniu wspólnego majątku, ze szczególnym uwzględnieniem par nieheteronormatywnych, które prowadzą wspólne gospodarstwo domowe i mają długi staż związku. Widziano tutaj takie trudności jak: „trudności we wspólnym zakupie mieszkania, także jego darowizny lub zapisania w testamencie partnerowi_ce bez konieczności płacenia wysokiego podatku od spadków i darowizn oraz ewentualnego zachowku, kosztów związanych z potraktowaniem w świetle prawa najbliższej osoby jako osoby obcej (...)”. Brak uregulowania prawnego statusu par jedнопłciowych, a tym samym, trudności w uregulowaniu wspólnego majątku, są formą krzyżowej dyskryminacji osób LGBTQIAP+ w przypadku, gdy takie pary są mniej zamożne.

Brak zaobserwowanego zjawiska dyskryminacji zarobkowej nie znaczy jednak, że status ekonomiczny nie ma wpływu na dostępność świadczeń zdrowotnych. Grupą, która może być szczególnie wykluczona, mogą być niezamożne osoby transpłciowe, w tym osoby starsze w wieku (przed)emerytalnym, które chcą podjąć się terapii hormonalnej lub operacyjnej korekty płci. Zabiegi chirurgiczne w Polsce nie są refundowane, a terapia hormonalna jest dostępna z 30-procentową refundacją. Mniej zamożne osoby transpłciowe w każdym przedziale wiekowym nie mogą podjąć leczenia ze względu na barierę finansową.

By zredukować dyskryminację na podłożu ekonomicznym, należy podjąć działania mające na celu uregulowanie statusu związków jedнопłciowych, rozwiązania prawne, które umożliwiłyby legalne i proste wspólne zarządzanie finansami, a co za tym idzie - pomogłyby w szczególności mniej zamożnym gospodarstwom domowym w przetrwaniu i zabezpieczeniu przyszłości swojej oraz ich dzieci. Zmiany prawne



dotyczące refundacji leczenia hormonalnego oraz zabiegów chirurgicznych korekty narządów płciowych to kolejny krok do zrównania szans.

Osoby LGBTQIAP+ z niepełnosprawnościami

Osoby z niepełnosprawnością są gorzej wykształcone od reszty społeczeństwa. Mniejszy odsetek osób z niepełnosprawnościami w wieku reprodukcyjnym ma pracę, chociaż widać pozytywny trend w zakresie aktywności ekonomicznej osób z niepełnosprawnościami. Już utrudniony dostęp do opieki zdrowotnej osób LGBTQIA ze względu na niepełnosprawność, rasę, religię, etniczność, wiek i zamożność pogłębia się znacząco ze względu na dodatkowy czynnik, który dotyka szczególnie osoby z niepełnosprawnościami – wykształcenie. W 2010 roku tylko 6% osób z niepełnosprawnościami miało wyższe wykształcenie. 34% populacji osób z niepełnosprawnościami miało wykształcenie średnie, w porównaniu z 54% bez niepełnosprawności. Większość osób z niepełnosprawnościami mieszka z rodziną, co ogranicza możliwość wyboru ścieżki życiowej do takiej, która jest akceptowana przez rodzinę. Ogranicza to też możliwość podejmowania samodzielnych decyzji takich jak kontynuowanie edukacji albo możliwość migracji.

Brak brania pod uwagę orientacji seksualnej osób LGBTQIA z niepełnosprawnością nie pozwala na adekwatną i rzetelną edukację seksualną – „Ignorowanie kwestii orientacji seksualnej prowadzi do tego, że wynikające z niej określone potrzeby z zakresu opieki zdrowotnej są pomijane, co może skutkować np. brakiem dostarczenia informacji na temat zaleceń odnośnie uprawiania bezpiecznego seksu, profilaktyki i prewencji infekcji przenoszonych drogą płciową czy innych przejawów zdrowia seksualnego. Może być to szczególnie utrudnieniem dla osób z niepełnosprawnością umysłową, które często pozostają niedoinformowane w tematyce orientacji seksualnej oraz praw związanych z własną aktywnością seksualną. Tym ostatnim pacjentom kom prawo do posiadania jakiegokolwiek seksualności czy preferencji erotycznych jest wręcz odmawiane, a ich potrzeby bagatelizowane lub traktowane jako dewiacja” (za: Zdrowie LGBT - przewodnik dla kadry medycznej).

Brak adekwatnego wykształcenia i edukacji przyczynia się nie tylko do gorszego statusu ekonomicznego, ale też do ograniczenia lub braku profilaktyki zdrowotnej związanej ze zdrowiem seksualnym (tutaj można zaliczyć w szczególności osoby LGBTQIA z niepełnosprawnością fizyczną i umysłową, osoby homoseksualne i biseksualne, które należą do mniejszości religijnych i etnicznych). Brak odpowiedniego wykształcenia nie dotyczy tylko powyższych osób, ale też osób, które reprezentują ochronę zdrowia czy też placówki edukacyjne. Nieświadomość powyższej problematyki i/lub niewłaściwe radzenie sobie z nią pogłębia problem.

Dane na temat tego jaki odsetek osób LGBTQIA są jednocześnie w mniejszości religijnej, etnicznej, rasowej, jaki odsetek ma niepełnosprawność fizyczną czy też umysłową są nieznane. Ciężko również o dane, które pokazałyby poziom wykształcenia w poszczególnych grupach. Skala dyskryminacji z więcej niż jednego powodu nie jest jeszcze w pełni zobrazowana.

Wiadomo, że mężczyźni homoseksualni i biseksualni, którzy należą do mniejszości etnicznych i religijnych, mają gorszy dostęp do opieki zdrowotnej i są jedną z grup, które są najbardziej narażone na zakażenie infekcjami przenoszonymi drogą płciową. W przypadku lesbijek i kobiet biseksualnych też wykazano specyficzne potrzeby z zakresu profilaktyki zdrowotnej. Niestety badania i dane nie były przeprowadzone w Polsce, mimo to pokazują pewien wzorzec, który mógłby być też zauważony w naszym kraju.

Prowadzenie statystyk, które pomogłyby w dostrzeżeniu intersekcyjności dyskryminacji osób LGBTQIA, pozwoliłoby na prawidłowe i pełne rozpoznanie problemu i implementacji rozwiązań, które miałyby największy wpływ na poprawę sytuacji osób LGBTQIA, stworzenie wyspecjalizowanej narracji,



która zaadresowałaby grupy, które mogą być szczególnie narażone na wykluczenie związane z wykształceniem albo na choroby przenoszone drogą płciową.

Niezbędna jest edukacja pracowników_czek ochrony zdrowia w zakresie potrzeb zdrowotnych osób LGBTQIA, uwzględniająca różne aspekty dyskryminacji oraz podejście do pacjenta_ki z szacunkiem; poprawa dostępu do ochrony zdrowia oraz do edukacji zdrowotnej i seksualnej, a także wprowadzenie zmian prawnych znoszących bariery dla osób z doświadczeniami dyskryminacji na różnych płaszczyznach.

Zdrowie osób LGBTQIAP+ [58, 71, 75-109]

Zdrowie fizyczne

Heteronormatywność jest definiowana jako tendencja w kulturze, uznająca orientację heteroseksualną za „domyślną” i wszechobecną, co sprowadza mniejszości seksualne i ich problemy do roli marginalnej. Zjawisko to jest niestety obecne również w ochronie zdrowia – wielu_e pracowników_czek medycznych może od razu zakładać, że wszyscy ich pacjenci_tki są osobami heteronormatywnymi, co jest oczywiście błędne. Takie założenie może nie tylko utrudniać komunikację w gabinecie, ale również powodować stawianie błędnych diagnoz lub stosowanie nieprawidłowego leczenia. Liczne badania wskazują, że pacjenci_tki LGBTQIAP+ mają potrzeby inne od osób heteronormatywnych, które niestety nie są zaspokajane przez pracowników_czki ochrony zdrowia. Pojawiają się również doniesienia o naruszaniu praw pacjentów związanych m.in. z odmową udzielania informacji osobom bliskim czy naruszaniu tajemnicy lekarskiej.

Orientacja seksualna i tożsamość płciowa mogą mieć dwojaki wpływ na zdrowie jednostki. Wpływ bezpośredni zachodzi poprzez mechanizmy biologiczne toczące się w organizmie człowieka – np. mniejsza ekspozycja na estrogeny u kobiet, które nie rodziły, w związku z ich orientacją seksualną. Wpływ pośredni wynika z czynników społecznych i obejmuje np. lęk z powodu dyskryminacji, stres mniejszościowy czy stosowanie nieodpowiedniej diety i używek.

Co ważne, każda rozmowa na temat orientacji seksualnej czy tożsamości płciowej pacjenta_ki powinna być uzasadniona względami medycznymi. Większość sytuacji, z którymi ludzie zgłaszają się do profesjonalistów_tek medycznych (np. przeziębienie, ból zęba, choroby kręgosłupa, dolegliwości żołądkowo-jelitowe) nie ma żadnego związku z ich seksualnością. Dlatego też, szanując prawo do prywatności i intymności pacjentów_ek, personel medyczny nie powinien sam poruszać tego tematu, jeśli ta wiedza nie jest potrzebna do postawienia diagnozy czy skutecznego leczenia. Ponadto, gdy już pojawia się taka konieczność, należy stworzyć bezpieczną atmosferę, mówić w odpowiedni sposób, używać inkluzywnych pojęć i nie komentować wyborów życiowych pacjenta_ki. Niestety, negatywne doświadczenia osób LGBTQIAP+ związane z opieką zdrowotną mogą skutkować w przyszłości obawami przed dyskryminacją i w konsekwencji odkładaniem decyzji o zgłoszeniu się do specjalisty_ki.

Niestety, większość sytuacji w kontekście systemu ochrony zdrowia, w których przedstawiane są osoby nieheteronormatywne, związanych jest z programami profilaktyki zakażeń HIV i innych infekcji przenoszonych drogą płciową. Ma to dwie konsekwencje – po pierwsze, kreuje wśród pracowników_czek medycznych przeświadczenie, że są to jedyne problemy, z jakimi mogą się zwrócić pacjenci_tki LGBTQIAP+, a po drugie nasila stygmatyzację i może zniechęcać te osoby do szukania pomocy przy jakimkolwiek innym problemie medycznym.

Według badań pewne grupy pacjentów_ek nieheteronormatywnych mogą częściej doświadczać czynników ryzyka dla różnych chorób. Mówi się m.in. o większym narażeniu na alkohol i substancje psychoaktywne, co może mieć związek z kulturą barów (ang. bar culture) dla osób LGBTQIAP+, jako miejsc poznawania



nowych ludzi, zjawiskiem ChemSex, a także uzależnieniami związanymi z problemami emocjonalnymi, dyskryminacją czy stygmatyzacją. Osoby LGB częściej są palaczami. Szczególnie lesbijki i kobiety biseksualne palą częściej i więcej niż osoby heteroseksualne i homoseksualni mężczyźni. Osoby nieheteronormatywne mają w dodatku większe problemy z rzuceniem palenia m.in. ze względu na wspomniany stres mniejszościowy i kulturę barową, a także niedostosowane kampanie społeczne – wiele akcji antynikotynowych podnosi argumenty ryzyka niepłodności czy „nieatrakcyjności dla płci przeciwnej”, które mogą nie być wartościowe dla części osób LGBTQIAP+.

Ponadto, stres mniejszościowy może wpływać na występowanie przewlekłej reakcji stresowej, objawiającej się np. wyższym ciśnieniem tętniczym krwi.

Osoby nieheteroseksualne również rzadziej niż heteroseksualne uprawiają aktywność fizyczną zgodnie z rekomendacjami, a także mają gorszą dietę. Ponadto, niektóre grupy pacjentów_ek LGBTQIAP+, jak na przykład biseksualni mężczyźni, mają znacznie większe ryzyko otyłości, cukrzycy czy podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi niż mężczyźni heteroseksualni. Lesbijki natomiast znacznie częściej niż kobiety heteroseksualne chorują na zespół policystycznych jajników (PCOS), który jest czynnikiem ryzyka m.in. raka endometrium, cukrzycy czy otyłości.

Wszystko to może wpływać na podwyższone ryzyko incydentów sercowo-naczyniowych takich jak zawał serca i udar mózgu w tych populacjach.

Fakt, że wiele czynników ryzyka kardiologicznego i onkologicznego jest znacznie częstszych u osób LGBTQIAP+ niż u osób heteroseksualnych, wpływa na większą częstotliwość występowania niektórych nowotworów. Przykładowo, lesbijki i kobiety biseksualne częściej chorują na nowotwory piersi. Niektórzy badacze sugerują, że może to być związane z brakiem protekcyjnego wpływu estrogenów ze względu na niższe prawdopodobieństwo ciąży i stosowania doustnej antykoncepcji hormonalnej. Z kolei wśród MSM wskutek trybu życia (w tym nadużywania alkoholu) częściej występuje nowotwór wątroby. Dodatkowo, osoby będące stroną pasywną w kontaktach analnych częściej mają przewlekłe infekcje wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV), a w konsekwencji większe ryzyko raka odbytu.

Wymienione czynniki powinny wzbudzić wzmożoną czujność onkologiczną w tych grupach. Jednakże ze względu na obawy przed negatywną reakcją, stygmatyzacją czy ujawnieniem informacji o orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej, wiele pacjentów_ek LGBTQIAP+ nie mówi o tym swoim lekarzom_kom lub może nawet unikać wizyt w gabinecie lekarskim ze względu na negatywne wspomnienia z przeszłości. Tym samym osoby te mogą być rzadziej poddawane badaniom przesiewowym, co opóźnia wykrycie nowotworu i utrudnia lub uniemożliwia leczenie. Co więcej, wśród niektórych lekarzy_ek obecne bywają absurdalne przekonania, np. że nie ma potrzeby wykonywania cytologii szyjki macicy lesbijkom ze względu na brak kontaktu z prostaglandynami ze spermy. Jak wspomniano, kobiety te mogą mieć natomiast wiele innych czynników ryzyka jak palenie tytoniu, alkohol, niewłaściwa dieta – które niosą szczególnie duże ryzyko onkologiczne w przypadku niewykonywania regularnych badań przesiewowych.

Jeszcze gorsza sytuacja dotyczy badań przesiewowych w grupie osób transpłciowych: transpłciowi mężczyźni bardzo rzadko są poddawani screeningowi w kierunku raka piersi czy raka szyjki macicy, a transpłciowe kobiety w kierunku raka prostaty. To ważne, by personel medyczny pamiętał, aby badania przesiewowe były przeprowadzane w zgodności z organami posiadanymi przez pacjenta_kę, a nie domniemaną płcią.

Jak wspomniano, wiele kampanii dotyczących zwiększania wiedzy o potrzebach pacjentów_ek LGBTQIAP+ wśród profesjonalistów_ek medycznych dotyczy wyłącznie ryzyka infekcji przenoszonych drogą płciową, w tym zakażenia HIV. Może to jednak prowadzić do stygmatyzacji tych osób – według raportu Rzecznika



Praw Obywatelskich o sytuacji osób nieheteroseksualnych w opiece zdrowotnej zdarzały się skandaliczne sytuacje, gdy lekarze_ki odmawiali badania i leczenia mężczyzn zgłaszających kontakty seksualne z mężczyznami, do czasu przedstawienia przez nich ujemnego wyniku testu na HIV. Automatyczne zakładanie, że wszyscy MSM są zakażeni HIV, jest nie tylko okropnie stygmatyzujące, ale również zupełnie niepoprawne – WHO od lat nie mówi już o grupach ryzyka HIV, ale o ryzykownych zachowaniach, do których należy niezabezpieczony seks, niezależnie od tego, czy występuje w parze (lub grupie) różnopłciowej czy jedнопłciowej. Dodatkowo, częstsze występowanie różnych infekcji przenoszonych drogą płciową w wielu krajach wśród mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami może wynikać z większej świadomości w tych społecznościach i częstszego wykonywania testów w tym kierunku w stosunku do osób heteroseksualnych.

Kolejną grupą, która bez wątpienia posiada szczególne potrzeby medyczne, są osoby transpłciowe. Z punktu widzenia pracowników_czek medycznych bardzo istotny jest z pewnością okres tranzycji, a także związane z nią zmiany i możliwe ewentualne powikłania. Obejmują one m.in. komplikacje chirurgiczne i mikrochirurgiczne, problemy z oddawaniem moczu, a także działania niepożądane związane z przyjmowaniem hormonów płciowych. W przypadku przyjmowania testosteronu przez transpłciowych mężczyzn może pojawić się silny trądzik, uszkodzenie funkcji wątroby, dyslipidemie, a także wzrosnąć może częstość zawałów serca czy udarów mózgu. U transpłciowych kobiet przyjmujących estrogeny istotnymi działaniami niepożądanymi mogą być zaś zwiększone ryzyko zakrzepicy, nadciśnienia tętniczego czy insulinooporności. Osoby transpłciowe powinny mieć prawo do regularnych kontroli i monitorowania stanu swojego zdrowia przez kompetentny, zaznajomiony z ich potrzebami personel.

Następną ważną kwestią z zakresu zdrowia osób nieheteronormatywnych są wczesne interwencje chirurgiczne u dzieci interpłciowych. Są one coraz częściej krytykowane ze względu na niezgodność z prawami pacjenta czy niesieniem ryzyka pomyłki i przypisania niemowlęciu lub dziecku płci niezgodnej z późniejszym poczuciem tożsamości płciowej. Z tego powodu obecnie postuluje się opóźnianie interwencji chirurgicznych i korekt plastycznych do czasu możliwości podjęcia tej decyzji przez pacjenta_kę.

W każdym przypadku jedną z najważniejszych kwestii jest właściwa komunikacja na linii lekarz_ka – pacjent_ka. Według danych Kampanii Przeciw Homofobii prawie 40% osób LGB+, które poinformowały lekarza_kę o swojej orientacji seksualnej, usłyszało obraźliwe komentarze, docieklive pytania, a także doświadczyło skandalicznych skojarzeń orientacji homoseksualnej z pedofilią lub odmowy świadczeń. Dlatego tak ważne jest, by specjaliści_stki medyczni powstrzymali się od jakiegokolwiek wartościowania wyborów życiowych swoich pacjentów_ek LGBTQIAP+. Obraźliwe komentarze stanowią naruszenie prawa pacjenta do poszanowania intymności i godności wyrażonego w art. 20 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta.

Profesjoniści_tki medyczni_e powinni_ne w kontakcie z pacjentami_kami używać języka inkluzywnego i odpowiednio formułować pytania. Na przykład, zamiast pytania „Czy ma Pani męża/partnera?” można zapytać „Czy jest Pani w związku?”. Zachęca się również do tworzenia osobom LGB dogodnych warunków do coming outu w obrębie gabinetu, zadając otwarte pytanie: „Czy jest coś, o czym powinienem/powinnam wiedzieć, aby móc zaoferować Pani/Panu bardziej efektywną opiekę?”. W kontakcie z osobami transpłciowymi niezmiernie istotne jest używanie odpowiednich zaimków osobowych, rodzajowych form gramatycznych i imienia wybranego przez daną osobę.

Cały personel medyczny powinien być ponadto świadomy obowiązujących przepisów prawa w zakresie udzielania informacji o stanie zdrowia i udostępniania dokumentacji medycznej. W dyskursie społecznym powstaje wiele mylnych wniosków związanych z tym tematem. Jednakże zgodnie z art. 9 ust. 3 Ustawy o prawach pacjenta, pacjent_ka może wskazać dowolną osobę i wyrazić zgodę na udzielenie jej przez personel medyczny informacji o swoim stanie zdrowia. Osobą tą, wbrew powszechnym przekonaniom, nie musi być



nikt z rodziny. Podobnie upoważnienie do dostępu do dokumentacji medycznej może dotyczyć dowolnej osoby, bez znaczenia na łączące relacje.

Sytuacja jest bardziej skomplikowana, gdy pacjent_ka pozostają nieprzytomni i nie mogą wskazać upoważnionej osoby. W tej sytuacji należy działać zgodnie z art. 31 ust. 6 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyści i udzielić informacji osobie bliskiej w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 Ustawy o prawach pacjenta.

Użyte w ustawie określenia oznaczają:

(...)

- „osoba bliska” – małżonka, krewnego do drugiego stopnia lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta.

Europejski Trybunał Praw Człowieka w wyroku w sprawie Kozak przeciwko Polsce uznał za „faktyczne wspólne pożycie” również związki jedнопłciowe. Dlatego też personel medyczny może udzielić informacji partnerowi_ce osoby nieprzytomnej, nawet jeśli pozostają one w związku jedнопłciowym, nieuznawanym formalnie przez Państwo Polskie. Co więcej, lekarzy_ki upoważnia do tego dodatkowo artykuł 16 ust. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej, który stanowi:

W przypadku chorego nieprzytomnego lekarz może udzielić dla dobra chorego, niezbędnych informacji osobie, co do której jest przekonany, że działa ona w interesie chorego.

Bez wątplenia z moralnego punktu widzenia można uznać ukochaną osobę pacjenta_ki za „działającą w interesie chorego”, a poinformowanie partnera_rki za działanie „dla dobra” – niezależnie od płci tych osób.

Kolejnym bardzo ważnym dla osób LGBTQIAP+ prawem pacjenta jest prawo do tajemnicy. Niedopuszczalne jest informowanie innych pracowników_czek ochrony zdrowia o orientacji seksualnej czy tożsamości płciowej pacjenta_ki – również w formie żartu, anegdoty lub z pozoru niewinnego komentarza. Stanowi to poważne pogwałcenie tajemnicy lekarskiej, a także ustawowego prawa do ochrony danych osobowych. Dodatkowo, w świetle sytuacji społeczno-politycznej osób LGBTQIAP+ w Polsce, ujawnienie informacji o orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej pacjenta_ki może stanowić dla nich zagrożenie, narazić na dyskryminację, stygmatyzację i nieść inne negatywne konsekwencje. Lekarze_ki są natomiast zobowiązani przez Kodeks Etyki Lekarskiej do działania wyłącznie dla dobra pacjentów_ek.

Niestety, wszystkie wymienione wyżej aspekty nie znajdują pokrycia w programach nauczania większości uczelni medycznej w Polsce. Tematy związane ze zdrowiem osób LGBTQIAP+ poruszane są albo wyłącznie w negatywnym, bardzo specyficznym kontekście (np. na zajęciach z wenerologii), albo nie są poruszane w ogóle. Specyfika komunikacji z pacjentami_tkami niecisłheteronormatywnymi również nie jest omawiana, co pogłębia już istniejące problemy w tym zakresie.

Konieczne są zmiany w programach nauczania na kierunkach lekarskich, pielęgniarzkich, psychologicznych i innych, by ci profesjonalisci_tki wiedzieli_ąły, w jaki sposób można jak najlepiej rozmawiać, badać, diagnozować i leczyć osoby LGBTQIAP+. Zmiana ta przyniesie korzyść nie tylko dla pacjentów_ek, ale również dla personelu medycznego, który będzie mógł stworzyć lepszą więź, skuteczniej prowadzić proces leczenia i efektywniej adresować potrzeby swoich podopiecznych.

Proponowane przez nas rozwiązania w systemie ochrony zdrowia dotyczące osób LGBTQIAP+ obejmują m.in.: tworzenie przyjaznego środowiska w gabinecie (np. poprzez umieszczenie specjalnej plakietki lub



informacji na drzwiach); rozpowszechnianie znajomości definicji orientacji seksualnej, tożsamości płciowej i zachowań seksualnych (np. świadomości, że jeśli pacjentka identyfikuje się jako lesbijka, nie oznacza, że nigdy nie była w ciąży); niezakładanie cis- i heteronormatywności pacjentów_ek; zadawanie pytań w taki sposób, by nie narzucać odpowiedzi; stosowanie języka inkluzywnego (np. „osoba, z którą pozostaje Pan w związku” zamiast „żona/partnerka”); bezwzględne używanie imienia i zaimków używanych przez pacjenta_tkę; unikanie myślenia w stereotypowy i krzywdzący sposób (np. zakładania zakażenia HIV u wszystkich MSM); niekoncentrowanie się wyłącznie na kwestiach seksualności (ponieważ większość problemów zdrowotnych może nie mieć z nimi żadnego związku); prowadzenie odpowiednich badań przesiewowych i znajomość szczególnych potrzeb zdrowotnych osób LGBTQIAP+; znajomość praw pacjenta i respektowanie ich; nieustanna edukacja; stosowanie medycyny opartej na dowodach, a także kierowanie się empatią i otwartością, stanowiące podstawę dobrej relacji z pacjentem_ką.

Stres mniejszościowy i dysforia płciowa

Z uwagi na stygmatyzację i dyskryminację osób LGBTQIAP+, społeczność ta jest grupą, o której utrzymanie zdrowia psychicznego należy dbać w sposób szczególny. Dowiedziono, że osoby LGB we wszystkich grupach wiekowych cechuje większe ryzyko wystąpienia problemów ze zdrowiem psychicznym. Odmienności w kondycji psychicznej pomiędzy osobami LGBTQIAP+ a resztą społeczeństwa tłumaczy teoria stresu mniejszościowego. Stres mniejszościowy to stan wzmożonej czujności spowodowany obawą przed dyskryminacją z powodu przynależności do mniejszości, w tym przypadku mniejszości seksualnej lub tożsamości płciowej innej niż cispłciowa. Należy również wyróżnić zjawisko dysforii płciowej występujące często u osób transpłciowych i niebinarnych. Jest to cierpienie lub dyskomfort wywołany niezgodnością pomiędzy tożsamością płciową a płcią przypisaną przy urodzeniu, posiadanymi narządami płciowymi bądź społeczną rolą płciową. Częstość występowania tego zjawiska nie jest znana ze względu na ograniczoną liczbę badań populacyjnych uwzględniających pytanie o tożsamość płciową. Szacuje się, że występuje ona u 0,5-1,3% populacji i pojawia się zazwyczaj w okresie dojrzewania.

Dzieci i młodzież

U młodych osób wsparcie rodzicielskie i rówieśnicze pomaga zachować prawidłową samoocenę i zdrowie psychiczne, szczególnie po coming outcie. Tworzenie wspierającego środowiska w szkole wzmacnia dobre samopoczucie osób należących do mniejszości seksualnej i tożsamości płciowej innej niż cispłciowa.

Dzieci i młodzież LGBTQIAP+ w szczególności doświadczają przemocy werbalnej i fizycznej w środowisku szkolnym, dlatego istotne jest tworzenie wspierającej atmosfery w szkołach poprzez zapewnienie bezpieczeństwa uczniom_ennic, wprowadzenie tematów związanych z LGBTQIAP+ do programu nauczania oraz szkolenie kadry dydaktycznej z tego zakresu. Wsparcie płynące ze strony środowiska szkolnego jest również ważne ze względu na łączną ilość czasu spędzanego w szkole przez młodą osobę oraz z uwagi na szczególną rolę szkoły w procesie wychowania i wspierania prawidłowego rozwoju psychicznego.

Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że zgodnie z literaturą, nastolatki LGBT częściej zapadają na zaburzenia odżywiania oraz częściej mają zaburzony obraz swojego ciała.

Osoby podwójnie dyskryminowane

W raporcie „Sytuacja społeczna osób LGBT. Raport za lata 2015 – 2016” Kampanii Przeciw Homofobii, jako skuteczne metody przeciwdziałania negatywnym skutkom stresu mniejszościowego na zdrowie psychiczne autorzy wyróżnili wsparcie społeczne, stosowanie konstruktywnych strategii radzenia sobie ze stresem



(takich jak na przykład szukanie pomocy). Według autorów osoby transpłciowe były podgrupą otrzymującą najmniejsze wsparcie i najtrudniej mobilizującą się w obliczu zagrożeń .

Osoby transgender and gender nonconforming (TGNC) są szczególnie narażone na negatywne dla zdrowia psychicznego skutki stygmatyzacji i dyskryminacji w porównaniu do osób LGB, ponieważ doświadczają ich zarówno od ogółu społeczeństwa, jak i w środowiskach queerowych. Może to prowadzić do zaburzeń nastroju, samookaleceń, samobójstw, zaburzeń lękowych i zespołu stresu pourazowego oraz uzależnień - wszystkie te stany i zachowania występują częściej u osób TGNC. Wpływ stresu mniejszościowego na zdrowie psychiczne osób TGNC jest słabiej poznany niż w przypadku osób LGB, ponieważ rutynowe pytania demograficzne czy medyczne w badaniach nie zawierają pytań o tożsamość płciową, co utrudnia przegląd literatury naukowej pod tym kątem.

Często pomijaną grupą wśród osób LGBTQIAP+ są osoby starsze. Seniorzy LGBT doświadczają dyskryminacji i często są bardziej narażone na zaburzenia psychiczne przez bycie jednocześnie w dwóch stygmatyzowanych grupach (mniejszość seksualna lub tożsamość płciowa inna niż cisplciowa oraz osoby starsze) oraz narażenie na dyskryminację i stres mniejszościowy przez dłuższy czas. Tak jak w przypadku ogółu społeczności queerowych, poczucie wsparcia w tej grupie jest czynnikiem chroniącym przed wystąpieniem depresji.

W badaniu nad starszymi dorosłymi LGBT (>50 lat), osoby cechujące się zróżnicowaną społeczną siecią kontaktów miały lepsze zdrowie psychiczne od osób ograniczających swoje znajomości tylko do grona najbliższych. Autorzy zwracają jednak uwagę na fakt, że być może zależność może być odwrotna: osoby zdrowsze psychicznie być może tworzyły bardziej rozbudowane i trwalsze sieci kontaktów.

Warto również wspomnieć o innej grupie podwójnie dyskryminowanej - o osobach z doświadczeniem uchoźczym. W tej grupie, osoby LGBT częściej niż inne osoby uchoźcze doświadczali przemocy seksualnej, prześladowań ze strony rodziny i prześladowań w dzieciństwie oraz częściej dotyczyły ich myśli samobójcze.

Kolejną grupą, której dotyczy podwójna dyskryminacja, są osoby LGBTQIAP+ z niepełnosprawnościami. Ze względu na doświadczany przez nich stres mniejszościowy jednocześnie z problemami zdrowotnymi wynikającymi z niepełnosprawności, są oni grupą wymagającą szczególnej uwagi ze strony pracowników_czek ochrony zdrowia.

Opieka medyczna

Personel świadczący opiekę psychologiczną dla osób LGBTQIAP+ musi wykazać się szczególną wrażliwością i zrozumieniem dla doświadczeń swoich pacjentów_ek, jak również powinien posiadać odpowiednie przeszkolenie z zakresu specyficznych potrzeb tej grupy. Zauważenie specjalnych potrzeb osób LGBTQIAP+ z zakresu zdrowia psychicznego doprowadziło do stworzenia wielu zagranicznych. i polskich rekomendacji klinicznych z zakresu opieki nad tymi pacjentami_kami. Może być przydatne wsparcie kapelana placówki medycznej. Ponieważ stres mniejszościowy działa na poziomie indywidualnym, interpersonalnym i strukturalnym, konieczne są interwencje na każdym z tych poziomów.

Polskie fundacje i organizacje zrzeszające osoby ze społeczności LGBTQIAP+ dostrzegają problem niedostatecznego przeszkolenia personelu ochrony zdrowia i przeprowadzają własne badania w tym temacie oraz działają na rzecz poprawy jakości ochrony zdrowia osób LGBTQIAP+. Często są jednak doniesienia o dużych brakach w inkluzywnej opiece nad osobami należącymi do mniejszości seksualnych lub osób o tożsamości płciowej innej niż cisplciowa. W raporcie dotyczącym opieki zdrowotnej nad osobami transpłciowymi w Polsce, aż 18% ankietowanych wskazało, że psycholog_żka zwracał_a się do nich nieprawidłowym zaimkiem mimo poprzedniej informacji o używanej formie.



Efektywnym sposobem na edukację personelu medycznego z zakresu ochrony zdrowia LGBTQIAP+ jest przeprowadzanie specjalistycznych szkoleń, obejmujących nie tylko zdrowie psychiczne, ale również potrzeby osób LGBTQIAP+ ogółem. Pilotażowe programy edukacyjne prowadzono również w Polsce (takie jak na przykład projekt Health4LGBTI lub szkolenia dla pracowników_czek sektora ochrony zdrowia lub studentów_ek medycyny przeprowadzane przez Kampanię Przeciw Homofobii). Prawdopodobne jest, że wprowadzenie tematów związanych z potrzebami zdrowotnymi osób LGBTQIAP+ do programu nauczania studiów medycznych przyniosłoby podobnie pozytywne efekty.

Procedury medyczne osób interplciowych

Badanie przeprowadzone przez Agencję Praw Podstawowych Unii Europejskiej (FRA) wskazuje na szczególną sytuację osób interplciowych oraz ich opiekunów w kontekście zgody na procedury medyczne oraz na świadomość wykonywanych procedur przez lekarzy_ki. 62% osób interplciowych oraz ich rodziców nie wyraziła świadomej zgody na pierwszą chirurgiczną konformizację cech płciowych. FRA wskazuje, że brak świadomej zgody oraz wyboru pogwałca prawo człowieka do godności, a dokładniej do swobodnej i świadomej zgody osoby zainteresowanej oraz prawa pacjenta.

Osoby interplciowe są szczególnie narażone na interwencje medyczne bez świadomej zgody pacjenta_ki oraz rodziców, które nie mają na celu ochrony życia i zdrowia pacjenta_ki. Na chwilę obecną nie ma prawa, która zabrania dyskryminacji ze względu na cechy płciowe, co pozostawia osoby interplciowe w szarej strefie i naraża je na operacje, które nie mają na celu poprawy oraz ochrony ich zdrowia.

Operacje związane z procesem uzgadniania płci wydają się być wykonywane w 21 państwach EU, w tym w Polsce. Skala zjawiska oraz to, jak przedstawione są opcje interplciowym dzieciom i ich rodzicom w Polsce nie są jasne.

Regulacja prawna statusu osób interplciowych mogłaby ograniczyć dyskryminację i podejmowanie niepotrzebnych medycznych decyzji. Przyczyniłaby się do ustalenia procedur w takich przypadkach i nie byłaby one zależna od indywidualnej opinii lekarza_ki. Działania edukacyjne pracowników_czek ochrony zdrowia ograniczyłyby występowanie zjawiska oraz stygmatyzację osób interplciowych.

Język inkluzywny [8, 71, 102, 104, 110-114]

Język kształtuje rzeczywistość i wpływa na sposób, w jaki człowiek postrzega świat. Może przyczyniać się do utrwalania stereotypów lub wręcz przeciwnie - stanowić drogę do tworzenia bezpiecznej, wolnej od uprzedzeń przestrzeni. Jest również narzędziem pomagającym poznać i opisać rzeczywistość, służy także do komunikacji z otoczeniem. Ze względu na wymienione powyżej funkcje języka, nie należy bagatelizować jego znaczenia w działaniach personelu ochrony zdrowia, co jest szczególnie ważne w przypadku kontaktów z pacjentami_kami transpłciowymi, niebinarnymi i interplciowymi. Używanie poprawnych zaimków i rodzajowych form gramatycznych jest w ich przypadku nie tylko wyrazem zwyczajnej ludzkiej przyzwoitości, ale i realnie wpływa na proces leczenia i dobrostan psychiczny. Jest to rekomendowane chociażby przez Polskie Towarzystwo Seksuologiczne. Jak pokazują badania - używanie poprawnych danych i form w stosunku do osób transpłciowych obniża występowanie symptomów depresji o 71%, pojawianie się myśli samobójczych o 34%, a także zmniejsza występowanie prób samobójczych o 65%. Choć kwestie językowe wydawać się mogą szczególnie istotne jedynie w odniesieniu do osób transpłciowych, niebinarnych czy interplciowych, nie należy bagatelizować ich wpływu również na pacjentów_ki cispłciowych_e, nieheteronormatywnych_e i/lub poliamorycznych_e. W ich przypadku szczególne znaczenie będzie mieć niewykluczająca terminologia w odniesieniu do związków romantycznych i kontaktów seksualnych. Przyjmowanie z góry założenia, że osoba, z którą rozmawiamy pozostaje w monogamicznej relacji z osobą



innej płci jest krzywdzące i utrudnia budowanie relacji lekarz_ka-pacjent_ka. Może również prowadzić do zatajenia ważnych dla nas z punktu widzenia leczenia informacji ze względu na strach przed stygmatyzacją czy osądem. Terminem opisującym niewykluczający, przyjazny osobom różnych orientacji, tożsamości i preferencji sposób komunikowania się jest język inkluzywny zwany również językiem równościowym. Obejmuje on zbiór pojęć o neutralnym, wolnym od dyskryminacji nacechowaniu, których stosowanie w praktyce medycznej ma pozytywny wpływ na dobrostan pacjentów_ek.

Prawa osób LGBTQIAP+ prawami człowieka [101, 115-125]

Powszechna Deklaracja Praw Człowieka to zbiór praw, które dotyczą wszystkich ludzi niezależnie od ich pochodzenia, płci, orientacji seksualnej, religii i wielu innych czynników. Jednakże po uchwaleniu Deklaracji, grupy nieuprzywilejowane nie mogły korzystać z pełni swoich praw, dlatego powstały dokumenty dodatkowe, podkreślające prawa grup szczególnie narażonych. Z tego powodu w 2011 ONZ przegłosowało rezolucję "Human Rights, sexual orientation and gender identity", pod którą podpisała się także Polska. Dokument wzywa do raportowania dyskryminujących praw i praktyk w krajach członkowskich, a rekomendacje z raportu wzywają do zmiany legislacji i działań mających na celu zapewnienie praw człowieka osobom LGBTQIAP+. Dziś Human Rights Watch monitoruje sytuację międzynarodową w kwestii dyskryminacji prawnej, aresztowań, tortur i zabójstw na tle orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej, nierównego traktowania, cenzury i przemocy.

Jednym z aktów łamania praw człowieka w Polsce w stosunku do społeczności LGB są terapie konwersyjne. Mimo że homoseksualność wykreślona została z listy chorób w 1990 r., wciąż oferowane są pseudonaukowe terapie reparatywne. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne oraz Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne potępiają te praktyki jako oparte na błędnym założeniu, że nieheteronormatywna orientacja seksualna jest czymś złym i musi być zmieniona, ale także wskazuje na brak podstaw naukowych i etycznych w metodologii terapii. W Polsce oficjalne krytyczne stanowisko wobec terapii konwersyjnych wydało Polskie Towarzystwo Seksuologiczne. Co najważniejsze, terapie konwersyjne mogą być źródłem traumy, ponieważ działania mające na celu "wyleczenie" mogą obejmować: leczenie farmakologiczne (leki przeciwpsychotyczne, leki przeciwdepresyjne, zastrzyki hormonalne), terapie awersyjne przez elektrowstrząsy czy leki wywołujące wymioty, "korekcyjną przemoc" (wliczając w to przemoc seksualną), przymusową nagość, deprywację snu i jedzenia, izolację, religijne rytuały i egzorcyzmy, okaleczające operacje, przemoc słowną, poniżenie. Osoby po terapiach reparatywnych zgłaszają szereg problemów psychicznych, w tym: poczucie winy i wstydu, zespół lęku uogólnionego, myśli i próby samobójcze, paramnezje (zmienione wspomnienia), nienawiść wobec siebie i wiele innych. W 2019 roku został złożony projekt obywatelski zakazujący terapii konwersyjnych, jednak nie został jeszcze przyjęty. Nie podlega dyskusji fakt, że tego rodzaju praktyki stoją w opozycji do prawa do bezpieczeństwa, do bycia wolnym od dyskryminacji, tortur lub okrutnego, nieludzkiego albo upokarzającego traktowania lub karania.

Przestępstwa z nienawiści, akty przemocy wobec osób LGBTQIAP+, mowa nienawiści łamią prawo do życia, wolności i bezpieczeństwa. Brak równości małżeńskiej oraz niemożność adopcji dziecka przez pary jednopłciowe w Polsce to wyraz łamania prawa do równości wobec prawa, do równego zawarcia małżeństwa i założenia rodziny oraz do ingerencji w życie prywatne. Organizacje queerowe zgłaszają także trudności w formalizacji swoich stowarzyszeń w związku z nieprzychylnością urzędników_czek, co kłóci się z prawem człowieka do zrzeszania się. Prawo do pokojowego zgromadzania się oraz wyrażania opinii jest łamane przez wszelkie inicjatywy mające na celu ograniczenie marszy równości i innych przedsięwzięć promujących tolerancję wobec społeczności LGBTQIAP+. Polskie prawodawstwo stwarza wiele problemów w kwestii respektowania prawa do pracy, czego przykładem może być nadawanie kategorii „E” (niezdolność do pracy w czasie wojny i pokoju) osobom transpłciowym i interpłciowym. Równość w dostępie do edukacji jest także



nie w pełni chroniona dla osób LGBTQIAP+, ponieważ wciąż brakuje działań mających na celu zmniejszenie doświadczeń dyskryminacji, przemocy czy prześladowań w procesie kształcenia. Dostęp do opieki zdrowotnej to także prawo człowieka, które dla wielu osób wciąż może być źródłem nieprzyjemnych doświadczeń, jak np. homofobiczne komentarze, ale także brak możliwości korekty płci ze względu na brak specjalistów_ek, nienaukowe wymagania oraz wysokie koszty.

Słowniczek pojęć:

ChemSex - stosunek seksualny po zażyciu substancji psychoaktywnych.

LGBTQIAP+ - skrótowiec oznaczający lesbijki (L), gejów (G), osoby biseksualne (B), osoby transpłciowe (T), osoby queer (Q), osoby interpłciowe (I), osoby aseksualne (A), osoby panseksualne (P) oraz (+) inne osoby będące w mniejszościach seksualnych oraz o tożsamości płciowej innej niż cisplciowa. Różne warianty tego skrótu pojawiają się w stanowisku, ponieważ wynika to z danych, do których się odwołujemy i populacji badanej w nich.

MSM - mężczyźni mający seks z mężczyznami (ang. *men who have sex with men*).

queer/queerowy - termin oznaczający osoby będące w mniejszościach seksualnych oraz o tożsamości płciowej innej niż cisplciowa.

Opinia o użyciu form inkluzywnych w stanowisku IFMSA-Poland:

https://docs.google.com/document/d/14_zfuiamj4tGAWIIZDnfJAFy4tBJfw7shMLdgFWbnoI/edit?fbclid=IwAR1hh-Y-2cCUE4agFwffrfyAEZXhSn31RWXJ9h6MlCSREDCPufEzdfiz_Ws

Autorzy:

Klaudia Szymuś, Natalia Superson, Aleksandra Głądyś, Nikolas Biziorek, Karolina Mikołaj, Alicja Wawrzyniak, Agnieszka Najdek we współpracy z Kampanią Przeciw Homofobii.

**Bibliografia:**

1. Lew-Starowicz Z. Podstawy Seksuologii. Vol. 1. Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010.
2. Grunt-Mejer K. Od monogamii do poliamorii: społeczny odbiór związków niemononormatywnych. *Studia Socjologiczne*. 2014 [dostęp: 30.04.2021];(4(215)). http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-baza7fae-415a-4a85-9277-41f861dfo032/c/Studia_Socjologiczne_2014_nr4_Grunt-Mejer.pdf
3. Bancroft J. Seksualność człowieka. Vol. 1. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2011.
4. American Psychological Association. Answers to Your Questions For a Better Understanding of Sexual Orientation & Homosexuality. 2008 [dostęp: 30.04.2021]. <https://www.apa.org/topics/lgbt/orientation.pdf>
5. Makuchowska M, Jakubczak C, Chaber A. Tęcza pod lupą, czyli wszystko co chcecie wiedzieć o LGBT, ale boicie się zapytać. Kampania Przeciw Homofobii; 2017.
6. Robert L. Crooks KB. Our Sexuality. Vol. 13. Cengage Learning; 2016.
7. Sexual Orientation vs. Romantic Orientation. University of South Dakota. [dostęp: 30.04.2021]. <https://www.usd.edu/diversity-and-inclusiveness/office-for-diversity/safe-zone-training/sexual-orientation-versus-romantic-orientation>
8. Rodzinka M. Praktyczny przewodnik po zdrowiu LGBTI dla lekarzy. Vol. 2. Kampania Przeciw Homofobii; 2017.
9. Decker JS. The Invisible Orientation. Skyhorse; 2015.
10. Cerankowski KJ, Milks M. Asexualities: Feminist and Queer Perspectives. Vol. 1. Routledge; 2014.
11. Antonsen AN, Zdaniuk B, Yule M, Brotto LA. Ace and Aro: Understanding Differences in Romantic Attractions Among Persons Identifying as Asexual. *Archives of Sexual Behavior*. 2020 Jul [dostęp: 30.04.2021];49(5). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32095971/>
12. Don't you all hate sex?. Asexuality Archive. 2011 [dostęp: 02.05.2021]. <https://www.asexualityarchive.com/tag/sex-positive/>
13. Pleć. Encyklopedia PWN. [dostęp: 02.05.2021]. <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/plec;3958384.html>
14. Strzałko J. Słownik terminów biologicznych. Wydawnictwo Naukowe UAM; 2006.
15. Biological sex. The Free Dictionary. [dostęp: 02.05.2021]. <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/Biological+sex>
16. Gamete. Scitable by Nature Education. [dostęp: 02.05.2021]. <https://www.nature.com/scitable/definition/gamete-gametes-311/>
17. Jodko A. Tabu seksuologii: Wątpliwości, trudne tematy, dylematy w seksuologii i edukacji seksualnej. Wydawnictwo SWPS; 2008.
18. Sex and Gender Identity. Planned Parenthood. [dostęp: 02.05.2021]. <https://www.plannedparenthood.org/learn/gender-identity/sex-gender-identity>
19. Bajszczyk K, Szarras-Czapnik M, Słowikowska-Hilczner J. Zaburzenia rozwoju płci – nowa nomenklatura oraz wytyczne w postępowaniu terapeutycznym. *Seksuologia Polska*. 2014 [dostęp: 02.05.2021];12(2). https://journals.viamedica.pl/seksuologia_polska/article/view/41312
20. Mandrysz W. Pleć : między biologia a kulturą. In: *Pisma Humanistyczne 5. Muzeum Historii Polski*; 2003. p. 182–98.
21. Gender: definitions. World Health Organization - Regional Office for Europe. [dostęp: 02.05.2021]. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/gender-definitions>
22. Gender and health. World Health Organization. [dostęp: 02.05.2021]. <https://www.who.int/health-topics/gender>
23. Kuligowski W, Sztyma M. Trzecia pleć świata. Vol. 1. Albus; 2020.
24. Jąderek I, Kata J, Miazek-Mioduszevska M. Transpłciowość w pracy specjalistów medycyny i psychologii. Fundacja Trans-Fuzja; 2015 [dostęp: 02.05.2021]. <http://transfuzja.org/download/publikacje/transpłciowoscwpracyspecjalistow.pdf>
25. American Psychological Association. Guidelines for Psychological Practice With Transgender and Gender Nonconforming People. *American Psychologist*. 2015;70(9):832–64.
26. American Psychological Association. APA Dictionary of Psychology. Vol. 2. 2015.
27. Resolution on gender and sexual orientation diversity in children and adolescents in schools. American Psychological Association & National Association of School Psychologists.; 2015 [dostęp: 02.05.2021]. <https://www.apa.org/about/policy/orientation-diversity>
28. Rozwój Płci i Dojrzewanie (MTG7). Endo-ERN. [dostęp: 02.05.2021]. <https://endo-ern.eu/pl/specjalistyczna-wiedza/rozwoj-plci-i-dojrzewanie-mtg7/>
29. Brill SA, Kenney L. The Transgender Teen. Cleis Press; 2016.
30. Definition of bigender. Merriam-Webster Dictionary. [dostęp: 02.05.2021]. <https://www.merriam-webster.com/dictionary/bigender>
31. Bosson JK, Vandello JA, Buckner CE. The Psychology of Sex and Gender. Vol. 1. SAGE Publications; 2018.
32. Webb M-A. A Reflective Guide to Gender Identity Counselling. Jessica Kingsley Publishers; 2019.
33. Definition of Agender. Merriam-Webster Dictionary. [dostęp: 02.05.2021]. <https://www.merriam-webster.com/dictionary/agender>
34. Definition of Gender Fluid. Merriam-Webster Dictionary. [dostęp: 02.05.2021]. <https://www.merriam-webster.com/dictionary/gender+fluid>
35. Definition of Androgyne. Merriam-Webster Dictionary. [dostęp: 02.05.2021]. <https://www.merriam-webster.com/dictionary/androgyne>
36. Richards C. Critical and Applied Approaches in Sexuality, Gender and Identity: Genderqueer and Non-binary Genders. Macmillan Publishers Ltd; 2017.
37. Rzeczkowski M. Interseksualizm - bardzo krótkie wprowadzenie. Fundacja Transfuzja. 2009 [dostęp: 02.05.2021]. http://transfuzja.org/pl/artykuly/newsy/interseksualizm_bardzo_krotkie_wprowadzenie.htm
38. Interpłciowość - dowiedz się czym jest. Kampania Przeciw Homofobii. 2019 [dostęp: 02.05.2021]. <https://kph.org.pl/interpłciowosc-dowiedz-sie-czym-jest/>
39. American Psychological Association. Guidelines for Psychological Practice With Lesbian, Gay, and Bisexual Clients. *American Psychologist*. 2012;67(1):10–42.
40. Definition of Gender Nonconforming. Merriam-Webster Dictionary. [dostęp: 02.05.2021]. <https://www.merriam-webster.com/dictionary/gender+nonconforming>
41. Boskey E. What Is Gender Non-Conforming?. Verywell Health. 2020 [dostęp: 02.05.2021]. <https://www.verywellhealth.com/gender-non-conforming-5087006>



42. Bodnar A. Uchwały „anty-LGBT” – sprzeczne także z prawem europejskim. Nowe zarzuty skarg RPO do sądów i kolejne skargi. Rzecznik Praw Obywatelskich; 2020 Mar [dostęp: 03.05.2021]. <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/rpo-uchwaly-anty-lgbt-sprzeczne-takze-z-prawem-europejskim>
43. Atlas nienawiści (Atlas of Hate). [dostęp: 03.05.2021]. <https://atlasnienawisci.pl/>
44. Kocejko B. “Oni nie są równi normalnym ludziom”. Brunatna kampania sztabu Dudy przeciw osobom LGBT. OKO.press. 2020 Jun 14 [dostęp: 03.05.2021]; <https://oko.press/oni-nie-sa-rowni-normalnym-ludziom-brunatna-kampania-sztabu-dudy-przeciw-osobom-lgbt/>
45. Brudziński J. Twitter. 2020 [dostęp: 03.05.2021]. <https://twitter.com/jbrudzinski/status/1271167309269413892?lang=en>
46. Polish election: Andrzej Duda says LGBT “ideology” worse than communism. BBC News. 2020 [dostęp: 03.05.2021]. <https://www.bbc.com/news/world-europe-53039864>
47. Stępień M. Czym są przestępstwa z nienawiści? Polskie uregulowania prawne. Prawo dla Każdego.pl. 2014 [dostęp: 03.05.2021]. <https://prawodlakazdego.pl/content/czym-s%C4%85-przest%C4%99pstwa-z-nienawi%C5%9Bci-polskie-uregulowania-prawne>
48. Zakaz dyskryminacji - Art. 11(3). - Kodeks pracy. Woters Kluwer. 2020 [dostęp: 03.05.2021]. <https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/kodeks-pracy-16789274/art-11-3>
49. Karsznicki K. Przestępstwa popełniane z pobudek rasistowskich lub ksenofobicznych. Prokuratura i Prawo. 2012;2:16–42.
50. Czym jest mowa nienawiści. Humanity in Action Polska. [dostęp: 03.05.2021]. <https://uprzedzuprzedzenia.org/czym-mowa-nienawisci/>
51. Hate crime & hate speech. ILGA-Europe. [dostęp: 03.05.2021]. <https://www.ilga-europe.org/what-we-do/our-advocacy-work/hate-crime-hate-speech>
52. Polki i Polacy chcą, by przestępstwa motywowane homofobią i transfobią były rozpoznawane przez państwo. Stowarzyszenie Amnesty International. 2020 [dostęp: 03.05.2021]. <https://amnesty.org.pl/przestepstwa-motywowane-homofobia-i-transfobia/>
53. Annual Review of the Human Rights Situation of Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex People in Europe and Central Asia 2020. ILGA-Europe; 2020 [dostęp: 03.05.2021]. <https://www.ilga-europe.org/annualreview/2020>
54. Pryor JT. Out in the Classroom: Transgender Student Experiences at a Large Public University. Journal of College Student Development. 2015;56(5):440–55.
55. Brett Beemyn, Billy Curtis, Masen Davis, Nancy Jean Tubbs. Transgender issues on college campuses. New Directions for Student Services. 2005;49–60.
56. Abbie E. Goldberg, Katherine A. Kvalanka, Stephanie L. Budge, Madeline B. Benz, Julianna Z. Smith. Health Care Experiences of Transgender Binary and Nonbinary University Students. The Counseling Psychologist. 2019;47(1):59–97.
57. Sawyer K, Thoroughgood C, Webster J. Queering the gender binary: Understanding transgender workplace experiences. In: Sexual Orientation and Transgender Issues in Organizations. Cham: Springer International Publishing; 2016. p. 21–42.
58. Świder M, Winiewski M, Abramowicz M, Bulska D, Górka P, Kryszk K, et al. Sytuacja społeczna osób LGBT w Polsce. Raport za lata 2015–2016. Warszawa: Kampania Przeciw Homofobii; 2017.
59. Smyczek M. Zmiana Płci w Polskim Prawie. Kancelaria Adwokacka - Adwokat Marcin Smyczek. 2017 [dostęp: 03.05.2021]. <http://www.kancelariasmyczek.pl/zmiana-plci-w-polskim-prawie/>
60. Czechy: pandemia powodem zawieszenia związków partnerskich. Queer.pl - Portal dla Ludzi LGBT od 1995 roku. 2020 [dostęp: 03.05.2021]. <https://queer.pl/news/205066/czechy-pandemia-powodem-zawieszenia-zwiazkow-partnerskich>
61. O co chodzi w równości małżeńskiej?. Miłość Nie Wyklucza. [dostęp: 03.05.2021]. <https://mnw.org.pl/tematy/o-co-chodzi-w-rownosci-malzenskiej/>
62. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. 1997 [dostęp: 03.05.2021]. <https://www.sejm.gov.pl/prawo/konst/polski/1.htm#:~:text=18>
63. Nasz projekt ustawy. Miłość Nie Wyklucza. [dostęp: 03.05.2021]. <https://mnw.org.pl/tematy/ustawa/>
64. Beczek W, Boczkowska A, Chrzanowski O, Mazurczak A, Mulak A, Sobeci H, et al. Równość małżeńska - przewodnik dla początkujących. Miłość Nie Wyklucza; 2016 [dostęp: 03.05.2021]. https://mnw.org.pl/app/uploads/2017/08/MNW_rownosc_malzenska_przewodnik.pdf
65. Nierówności i dyskryminacja z wielu przyczyn jednocześnie w zakresie opieki zdrowotnej. Agencja Praw Podstawowych Unii Europejskiej; [dostęp: 03.05.2021]. https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-factsheet_inequalititesmultidiscrimination_pl.pdf
66. Nowak A. Zagrożenie wykluczeniem społecznym kobiet niepełnosprawnych. Vol. 1. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego; 2012.
67. EU-MIDIS European Union Minorities and Discrimination Survey Data in Focus Report 5: Multiple Discrimination. European Union Agency for Fundamental Rights; 2010 [dostęp: 03.05.2021]. https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/1454-EU_MIDIS_DiF5-multiple-discrimination_EN.pdf
68. A long way to go for LGBTI equality EU-LGBTI II. European Union Agency for Fundamental Rights; 2020 [dostęp: 03.05.2021]. https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2020-lgbti-equality-1_en.pdf
69. The fundamental rights situation of intersex people. European Union Agency for Fundamental Rights; 2015 [dostęp: 03.05.2021]. https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2015-focus-04-intersex_en.pdf
70. Mizielińska J, Abramowicz M, Stasińska A. Rodziny z Wyboru w Polsce: Życie Rodzinne Osób Nieheteroseksualnych. Instytut Psychologii Polskiej Akademii Nauk; 2014 [dostęp: 03.05.2021]. http://rodzinywyboru.pl/wp-content/uploads/2014/10/Raport_Rodziny-z-wyboru-w-Polsce.-%C5%BBycie-rodzinne-os%C3%B3b-nieheteroseksualnych.pdf
71. dr Robert Kowalczyk, Marcin Rodzinka, dr hab. Marek Krzystanek. Zdrowie LGBT. Przewodnik dla kadry medycznej. Warszawa: Kampania Przeciw Homofobii; 2016.
72. Król A, Bilnicka A, Rodzinka M, Godzisz P, Makuchowska M. Intersections between disabilities and sexual orientation, gender identity and sex characteristics: The situation in Poland. 2018.
73. Todys P. Przejawy dyskryminacji osób z niepełnosprawnością ruchową.
74. Niepełnosprawni na rynku pracy. Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej - Portal Gov.pl. 2019 [dostęp: 03.05.2021]. <https://www.gov.pl/web/rodzina/niepelnospawni-na-ryнку-pracy>
75. Warner M. Fear of a Queer Planet: Queer Politics and Social Theory. U of Minnesota Press; 1993. 334 p.



76. Matthews AK, Cesario J, Ruiz R, Ross N, King A. A Qualitative Study of the Barriers to and Facilitators of Smoking Cessation Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Smokers Who Are Interested in Quitting. *LGBT Health*. 2017 Feb;4(1):24–33.
77. Caceres BA, Streed CG, Corliss HL, Lloyd-Jones DM, Matthews PA, Mukherjee M, et al. Assessing and Addressing Cardiovascular Health in LGBTQ Adults: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2020;142(19). <http://dx.doi.org/10.1161/cir.0000000000000914>
78. Caceres BA, Brody AA, Halkitis PN, Dorsen C, Yu G, Chyun DA. Sexual Orientation Differences in Modifiable Risk Factors for Cardiovascular Disease and Cardiovascular Disease Diagnoses in Men. *LGBT Health*. 2018 Jul;5(5):284–94.
79. Agrawal R, Sharma S, Bekir J, Conway G, Bailey J, Balen AH, et al. Prevalence of polycystic ovaries and polycystic ovary syndrome in lesbian women compared with heterosexual women. *Fertil Steril*. 2004 Nov;82(5):1352–7.
80. Meads C, Moore D. Breast cancer in lesbians and bisexual women: systematic review of incidence, prevalence and risk studies. *BMC Public Health*. 2013 Dec 5;13:1127.
81. Quinn GP, Alpert AB, Sutter M, Schabath MB. What Oncologists Should Know About Treating Sexual and Gender Minority Patients With Cancer. *JCO Oncology Practice*. 2020;16(6):309–16.
82. Nelson B. A cancer screening crisis for transgender patients. *Cancer Cytopathol*. 2019 Jul;127(7):421–2.
83. Trociuk S, editor. *Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich 2014*. Vol. 7. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich; 2014.
84. Russell ST, Fish JN. Mental Health in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Youth. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2016;12(1):465–87.
85. Lothwell LE, Libby N, Adelson SL. Mental Health Care for LGBT Youths. *Focus*. 2020 Jul;18(3):268–76.
86. Standardy opieki zdrowotnej dla osób transseksualnych, transpłciowych i różnorodnych płciowo. WPATH: Światowe Stowarzyszenie Specjalistów(-Tek) do spraw Zdrowia Osób Transpłciowych; 2019 [dostęp: 03.05.2021]. https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_Polish.pdf?_t=1573660119
87. Ristori J, Steensma TD. Gender dysphoria in childhood. *Int Rev Psychiatry*. 2016 Jan 12;28(1):13–20.
88. Zucker KJ. Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. Vol. 14, *Sexual Health*. 2017. p. 404. <http://dx.doi.org/10.1071/sh17067>
89. Gower AL, Forster M, Gloppen K, Johnson AZ, Eisenberg ME, Connett JE, et al. School Practices to Foster LGBT-Supportive Climate: Associations with Adolescent Bullying Involvement. *Prevention Science*. 2018;19(6):813–21.
90. Johns MM, Poteat VP, Horn SS, Kosciv J. Strengthening Our Schools to Promote Resilience and Health Among LGBTQ Youth: Emerging Evidence and Research Priorities from Symposium. *LGBT Health*. 2019 Apr 8;6(4):146–55.
91. McClain Z, Peebles R. Body Image and Eating Disorders Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth. *Pediatr Clin North Am*. 2016 Dec;63(6):1079–90.
92. Carmel TC, Erickson-Schroth L. Mental Health and the Transgender Population. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 2016;54(12):44–8.
93. Valentine SE, Shipherd JC. A systematic review of social stress and mental health among transgender and gender non-conforming people in the United States. *Clin Psychol Rev*. 2018 Dec;66:24–38.
94. Yarns BC, Abrams JM, Meeks TW, Sewell DD. The Mental Health of Older LGBT Adults. *Current Psychiatry Reports*. 2016;18(6). <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-016-0697-y>
95. Kim H-J, Fredriksen-Goldsen KI, Bryan AEB, Muraco A. Social Network Types and Mental Health Among LGBT Older Adults. *Gerontologist*. 2017 Feb;57(suppl 1):S84–94.
96. Hopkinson RA, Keatley E, Glaeser E, Erickson-Schroth L, Fattal O, Nicholson Sullivan M. Persecution Experiences and Mental Health of LGBT Asylum Seekers. *J Homosex*. 2017;64(12):1650–66.
97. Dispenza F, Harper LS, Harrigan MA. Subjective health among LGBT persons living with disabilities: A qualitative content analysis. *Rehabil Psychol*. 2016 Aug;61(3):251–9.
98. McCann E, Lee R, Brown M. The experiences and support needs of people with intellectual disabilities who identify as LGBT: A review of the literature. *Research in Developmental Disabilities*. 2016;57:39–53.
99. Dułak K, Świerszcz J. *Przemoc i uwłasnowolnienie. Wsparcie psychologiczne dla osób LGBTQ*. Warszawa: Kampania Przeciw Homofobii; 2013.
100. Williams ND, Fish JN. The availability of LGBT-specific mental health and substance abuse treatment in the United States. *Health Services Research*. 2020;55(6):932–43.
101. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego na temat zdrowia osób o orientacji homoseksualnej. *Polskie Towarzystwo Seksuologiczne*. [dostęp: 03.05.2021]. <https://pts-seksuologia.pl/sites/strona/59/stanowiskopts-na-temat-zdrowia-osob-o-orientacji-homoseksualnej>
102. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego w sprawie sytuacji społecznej, zdrowotnej i prawnej osób transpłciowych. *Polskie Towarzystwo Seksuologiczne*. [dostęp: 03.05.2021]. <https://pts-seksuologia.pl/sites/strona/83/stanowisko-pts-ws-sytuacji-spoecznej-zdrowotnej-i-prawnej-osob-transpłciowych>
103. Adelson SL, Walker-Cornetta E, Kalish N. LGBT Youth, Mental Health, and Spiritual Care: Psychiatric Collaboration With Health Care Chaplains. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2019 Jul;58(7):651–5.
104. Dynarski W, Jąderek I. *Transpłciowość a opieka zdrowotna w Polsce – raport z badań*. Warszawa: Fundacja Trans-Fuzja; 2015.
105. Donisi V, Amaddeo F, Zakrzewska K, Farinella F, Davis R, Gios L, et al. Training healthcare professionals in LGBTI cultural competencies: Exploratory findings from the Health4LGBTI pilot project. *Patient Educ Couns*. 2020; 103(5):978–87.
106. Kampania Przeciw Homofobii. [dostęp: 03.05.2021]. <https://kph.org.pl/category/zdrowie/>
107. Cooper MB, Brett Cooper M, Chacko M, Christner J. Incorporating LGBT Health in an Undergraduate Medical Education Curriculum Through the Construct of Social Determinants of Health. *MedEdPORTAL*. 2018;14(1). http://dx.doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10781
108. O’Flaherty M. *A long way to go for LGBTI equality*. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.
109. *The fundamental rights situation of intersex people*. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2015.



110. Inklusywna komunikacja w Sekretariacie Generalnym Rady. Rada Unii Europejskiej; 2018 [dostęp: 03.05.2021]. https://www.consilium.europa.eu/media/35436/pl_brochure-inclusive-communication-in-the-gsc.pdf
111. Kopińska M. Język jako narzędzie interpretacji rzeczywistości - językowy obraz świata.
112. Bojarska K. Wpływ androcentrycznych i inkluzywnych płciowo konstrukcji językowych na skojarzenia z płcią. *Studia Psychologiczne*. 49(2):53-68.
113. Steuer K, Davis K. Respecting Gender Identity in Healthcare: Regulatory Requirements and Recommendations for Treating Transgender Patients. American Bar Association. [dostęp: 04.05.2021]. https://www.americanbar.org/groups/gpsolo/publications/gpsolo_ereport/2017/march_2017/respecting_gender_identity_healthcare_regulatory_requirements_recommendations_treating_transgender_patients/
114. Russell ST, Pollitt AM, Li G, Grossman AH. Chosen Name Use Is Linked to Reduced Depressive Symptoms, Suicidal Ideation, and Suicidal Behavior Among Transgender Youth. *J Adolesc Health*. 2018 Oct;63(4):503-5.
115. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka. Ośrodek Informacji ONZ w Warszawie. [dostęp: 04.05.2021]. <https://www.unic.un.org.pl/dokumenty/deklaracja.php>
116. Human rights, sexual orientation and gender identity. United Nations Human Rights Office of the High Commissioner ; 2011 [dostęp: 04.05.2021]. Report No.: A/HRC/RES/17/19. <https://daccess-ods.un.org/TMP/659923.180937767.html>
117. Discriminatory laws and practices and acts of violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights. United Nations Human Rights Office of the High Commissioner ; 2011 [dostęp: 04.05.2021]. Report No.: A/HRC/19/41. https://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/19session/A.HRC.19.41_en.pdf
118. LGBT Rights. Human Rights Watch. [dostęp: 04.05.2021]. <https://www.hrw.org/topic/lgbt-rights>
119. APA Reiterates Strong Opposition to Conversion Therapy. American Psychiatric Association. 2018 [dostęp: 04.05.2021]. <https://www.psychiatry.org/newsroom/news-releases/apa-reiterates-strong-opposition-to-conversion-therapy>
120. Conversion Therapy is Torture. International Rehabilitation Council for Torture Victims. 2020 [dostęp: 04.05.2021]. <https://irct.org/media-and-resources/latest-news/article/1027>
121. "Conversion therapy" can amount to torture and should be banned says UN expert. United Nations Human Rights Office of the High Commissioner. 2020 [cited 2021 May 4]. Available from: https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/ConversionTherapy_and_HR.aspx
122. What harm does Conversion Therapy cause?. Conversion Therapy Survivors. [dostęp: 04.05.2021]. <http://conversiontherapysurvivors.org/what-harm-is-it/>
123. Projekt ustawy o zakazie praktyk konwersyjnych. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. 2019 [dostęp: 04.05.2021]. [http://orka.sejm.gov.pl/Druki8ka.nsf/Projekty/8-020-1241-2019/\\$file/8-020-1241-2019.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki8ka.nsf/Projekty/8-020-1241-2019/$file/8-020-1241-2019.pdf)
124. Jabłońska Z, Knut P. Prawa osób LGBT w Polsce. Warszawa: Kampania Przeciw Homofobii; 2012.
125. Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 24 stycznia 2018 r. w sprawie orzekania o zdolności do czynnej służby wojskowej oraz trybu postępowania wojskowych komisji lekarskich w tych sprawach. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. 2018 [dostęp: 04.05.2021]. <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20180000258/O/D20180258.pdf>