



IFMSA-Poland

Międzynarodowe Stowarzyszenie
Studentów Medycyny



Zdrowie i Prawa Reprodukcyjne,
w tym HIV i AIDS

Sygn. 367/ZG/22

Stanowisko oficjalne Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA-Poland na temat równości płci

*Przyjęte podczas elektronicznego Nadzwyczajnego Zgromadzenia Delegatów IFMSA-Poland w dniu
11 listopada 2022 r.*

Wstęp

Nierówności ze względu na płeć występują na świecie powszechnie i wynikają między innymi z „tradycyjnych” podziałów ról społecznych, które nie odpowiadają współczesnym realiom życia codziennego. Przejawy dyskryminacji płciowej mogą być bardzo różne – od tych mających związek z życiem codziennym, poprzez życie zawodowe, kończąc na dyskryminacji instytucjonalnej. Osoby z macicami mogą doświadczać nierównego traktowania w miejscu pracy, na uczelni czy u lekarza_rki. Problemy dotyczą nie tylko zarobków czy możliwości, ale również oczekiwań stawianych osobom z macicami i krzywdzących stereotypów. Dyskryminacji związanej z płciowością doświadczają również inne grupy, takie jak osoby transpłciowe. Bardzo silne przejawy nierówności ze względu na płeć są w ostatnich latach opisywane przez pracowniczki ochrony zdrowia, które zwracają uwagę między innymi na przykre komentarze związane z ich płcią zaczynające się często jeszcze podczas studiów, ograniczające stereotypy w obszarze wyboru specjalizacji, utrudnienia w awansie czy nawet, co szczególnie niepokojące, przypadki molestowania seksualnego.

Stanowisko IFMSA-Poland

My, członkowie_inie IFMSA-Poland, uważamy, że nierówne traktowanie ze względu na płeć powinno definitywnie zakończyć się w każdej dziedzinie życia społeczeństwa. Uznajemy za niedopuszczalne wszelkie przejawy dyskryminacji osób z macicami, promowanie krzywdzących stereotypów, ograniczanie możliwości rozwoju i wszystkie działania, które mają na celu zdeprecjonować osiągnięcia, potrzeby i chęci osób z macicami. Wierzymy w skuteczność rozwiązań systemowych, takich jak wprowadzenie polityk antydyskryminacyjnych, monitorowanie równych zarobków wśród obu płci oraz odrzucenie kryterium płci w procesach rekrutacji. Wspieramy rozwiązania mające na celu edukację społeczeństwa, takie jak nauczanie pozbawione narzucania ról społecznych w zależności od płci biologicznej, szkolenia w zakresie przeciwdziałania dyskryminacji i warsztaty stosowania odpowiedniego, niestygmatyzującego języka. Jako przyszli_łe pracownicy_zki systemów ochrony zdrowia stanowczo sprzeciwiamy się przejawom dyskryminacji pacjentek i profesjonalistek medycznych. Wierzymy, że każda osoba zasługuje na szacunek, a płeć nie powinna nigdy stanowić przeszkody w realizacji planów i osiągnięciu sukcesów.



My, IFMSA-Poland, wzywamy:

- 1. władze państwowe i samorządowe Rzeczypospolitej Polskiej i podległe im organy do:**
 - 1.1. aktywnego działania na rzecz zapewnienia w polskim prawie gwarancji równości płci wraz ze skutecznym wyciąganiem konsekwencji ich łamania;
 - 1.2. kontrolowania przestrzegania prawa w miejscach pracy, instytucjach publicznych, placówkach ochrony zdrowia i placówkach edukacyjnych;
 - 1.3. podjęcia działań zachęcających osoby z macicami do rozwoju i wybierania zawodów z całego spektrum karier;
 - 1.4. zrównania w prawie urlopu rodzicielskiego dla matek i dla ojców.

- 2. pracodawców i osoby pracujące do:**
 - 2.1. wprowadzenia polityki antydyskryminacyjnej w miejscu pracy;
 - 2.2. zapewnienia szkoleń w zakresie dyskryminacji i praw przysługujących osobom jej doświadczającym;
 - 2.3. ustalania równych wynagrodzeń za wykonaną pracę bez względu na płeć;
 - 2.4. przeprowadzania rekrutacji na podstawie kwalifikacji i umożliwienia obejmowania stanowisk kierowniczych przez kobiety;
 - 2.5. umożliwienia powrotu do pracy osobom korzystającym z urlopu macierzyńskiego;
 - 2.6. zachęcania ojców do korzystania z urlopów wychowawczych.

- 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:**
 - 3.1. tworzenia przyjaznego środowiska w miejscu pracy, używania języka inkluzywnego, zadawania ewentualnych i koniecznych intymnych pytań w odpowiedni, empatyczny sposób;
 - 3.2. szanowania pacjentów i ich wyborów życiowych;
 - 3.3. zaprzestania myślenia w stereotypowy, krzywdzący sposób o osobach z macicami;
 - 3.4. bezwzględnego poszanowania praw pacjentów, w tym prawa do godności, intymności czy zachowania tajemnicy;
 - 3.5. stałej edukacji pracownic opartej na dowodach naukowych i różnicach potrzeb zdrowotnych w zależności od płci;
 - 3.6. uwzględniania różnic płciowych w badaniach klinicznych;
 - 3.7. prowadzenia rzetelnej edukacji w zakresie infekcji przenoszonych drogą płciową, nieopartej na stereotypach;
 - 3.8. edukowania w temacie równości płci zarówno personelu medycznego, jak i pacjentów.

- 4. media publiczne i prywatne do:**
 - 4.1. poświęcania czasu antenowego na kampanie, które mają na celu obalenie negatywnych stereotypów na temat nierówności płci w społeczeństwie;
 - 4.2. wykorzystania swojego szerokiego zasięgu wśród odbiorców do uświadamiania społeczeństwa na temat prawa do równości płci;
 - 4.3. ograniczenia nadawania informacji, przez które zwiększane są zachowania szerzące nierówność płci;
 - 4.4. niestygmatyzowania ze względu na płeć w swoich przekazach pisemnych i werbalnych;
 - 4.5. używania feminatywów;



4.6. szerzenia sukcesów osób z macicami w różnych dziedzinach naukowych.

5. szkoły, uniwersytety i inne placówki edukacyjne do:

- 5.1. nieignorowania przejawów dyskryminacji ze względu na płeć;
- 5.2. szerzenia świadomości odnośnie przysłuchujących obywatelom kom praw antydyskryminacyjnych;
- 5.3. zwiększenia reprezentacji innych niż męskich cis-płciowych ciał jako modeli stosowanych w procesie edukacyjnym;
- 5.4. równego dostępu do edukacji seksualnej dla wszystkich osób;
- 5.5. nauczania pozbawionego narzucania ról społecznych w zależności od płci biologicznej;
- 5.6. szerzenia świadomości odnośnie procesu zmiany danych wśród osób transpłciowych, co zapewniłoby większe zrozumienie dla ich sytuacji w kontekście życia społecznego;
- 5.7. rozpowszechniania świadomości o femininatywach i neutralnych płciowo zwrotach stosowanych w języku polskim;
- 5.8. szerzenia świadomości o nierównościach w dostępie do pracy, edukacji, wysokości zarobków w celu walki z przyzwoleniem społecznym na taki stan rzeczy;
- 5.9. wprowadzenia neutralnych płciowo toalet publicznych bądź toalet damskich przystosowanych do anatomii i fizjologii osób z macicami oraz z taką samą ilością urządzeń, co w toaletach męskich;
- 5.10. zapewnienia dostępu do różowych skrzyneczek w toaletach swoich placówek.

6. organizacje pozarządowe do:

- 6.1. edukacji społeczeństwa poprzez organizację kampanii skierowanych do szerokiego grona odbiorców, mających na celu uświadamianie populacji w tematyce równości płci;
- 6.2. czynnego podejmowania działań i wyrażania swoich opinii.

7. obywateli_ki oraz wszystkich mieszkańców_nki Polski do:

- 7.1. zaprzestania dyskryminacji płciowej oraz aktywnego przeciwdziałania wszelkim jej formom;
- 7.2. używania języka neutralnego płciowo oraz wdrażania feminatywów podczas codziennych konwersacji;
- 7.3. niepowielania i nierozpowszechniania stereotypów krzywdzących osoby odmiennej płci;
- 7.4. bycia tolerancyjnym wobec osób transpłciowych, traktowania ich z okazywaniem wysokiej kultury osobistej wraz z szacunkiem;
- 7.5. doceniania oraz traktowania osób z macicami jako równowartościowych członków społeczeństwa;
- 7.6. wyzbycia się przeświadczenia o przypisanych rolach płciowych w gospodarstwach domowych czy w przestrzeni publicznej.

8. członków_inie IFMSA-Poland do:

- 8.1. poszerzania i uaktualniania swojej wiedzy na temat światowych nierówności ze względu na płeć i wykorzystywania jej do edukowania swojego otoczenia na temat praw kobiet;
- 8.2. wychodzenie z inicjatywą organizowania wydarzeń związanych z równością płci w celu uświadamiania członków_in IFMSA-Poland i wszystkich mieszkańców_nek Polski na ten temat;
- 8.3. podejmowanie działań prowadzących do przygotowania przyszłego personelu medycznego do pracy bez uprzedzeń;
- 8.4. aktywnego prowadzenia działań mających na celu zapobieganie dyskryminacji i stygmatyzacji pacjentek, również w trakcie zajęć klinicznych oraz reagowania w sytuacjach dyskryminacji pacjentek, studentek i pracowniczek ochrony zdrowia.



Tło problemu

„Tradycyjna” rola kobiety

Od wieków w każdym społeczeństwie i kulturze funkcjonował społeczny podział ról, który miał na celu ułatwienie i usprawnienie codziennego funkcjonowania. Podział ten w większości przypadków był tworzony na podstawie płci kulturowych [1]. Płeć kulturowa to zestaw atrybutów i zachowań, które zostały przypisane jednostce i które wynikają z uwarunkowań kulturowych oraz społecznych [2]. Oznaczało to, że wyodrębniano role „kobiece” i „męskie” i na ich podstawie oczekiwano ułatwienia funkcjonowania społeczeństwa. Wielu antropologów zek w swoich pracach zauważyło, że określone zestawy zadań były stałe i konsekwentnie przypisywane do tylko jednej określonej płci. Jednakże spektrum zadań jest zmienne wśród poszczególnych kultur. Oznacza to, że w jednej kulturze dane role mogą być traktowane jako zachowania kobiece, natomiast w innej kulturze będą już traktowane jako zachowania męskie [1]. Tymczasem, w kulturze środkowoeuropejskiej do ról kobiecych były przypisywane szeroko pojęte opieka nad domem czy macierzyństwo, natomiast do ról męskich – utrzymanie finansowe rodziny. W rezultacie role te bardzo szybko przekształciły się w stereotypy. Takim sposobem powstał obraz kobiety jako matki i żony, która jest gospodynią domową i troszczy się o swoją rodzinę oraz obraz mężczyzny jako silnego męża i ojca, który ciężko pracuje i jest odpowiedzialny za utrzymanie tejże rodziny. Taki rozwój stereotypów spowodował również wykształcenie mylnych założeń dotyczących osobowości. Kobieta była utożsamiana i oczekiwano od niej m.in. wrażliwości, emocjonalności, troski, uległości, pasywności i zależności od mężczyzn. Od mężczyzny natomiast oczekiwano stanowczości i czynnego udziału, np. w życiu politycznym [3].

Role społeczne są przypisywane już w momencie narodzin. Na podstawie badań empirycznych zauważono, że na samym początku raz ustalona tożsamość jest podstawą do odmiennego traktowania dziecka. Zachowania mające na celu wychowanie dzieci różnią się w stosunku do płci [1].

Obecnie, pomimo że sposób życia diametralnie się zmienił w porównaniu z poprzednimi stuleciami i występuje większa swoboda w funkcjonowaniu w społeczeństwie, wiele z tradycyjnych ról przypisanych płci wciąż funkcjonuje, a społeczeństwo oczekuje ich respektowania. Zjawisko to można szczególnie zauważyć w stosunku do osób z macicami, kiedy to w dalszym ciągu, mimo zachodzących globalnie zmian, oczekuje się od nich spełniania tradycyjnych ról kobiecych. Ponadto pojawia się inne oczekiwanie – spełniania się w sferze zawodowej, która wcześniej była zarezerwowana wyłącznie dla ról męskich. Na osoby z macicami wciąż wywierana jest presja macierzyństwa, które miałyby być najwyższym wyrazem spełnienia kobiety w jej życiu i powinnością zapisaną jako „instykt macierzyński”. Jednakże wraz z rozwojem nauki i pojawiającymi się licznymi badaniami można zauważyć, że pogląd na temat istnienia instyktu macierzyńskiego jest coraz to mocniej podważany [1].

Od kobiety oczekuje się również zajmowania się domem. Często to zjawisko jest określane jako „praca na drugą zmianę”, ponieważ po powrocie z pracy zawodowej kobieta wykonuje większość obowiązków domowych. Nierzadko zdarza się, że mężczyźni w gospodarstwie domowym spełniają rolę tylko pomocniczą, a nie wykonawczą [1]. Według badań CBOS pt. „Kobiety i mężczyźni w domu” wykonywanie codziennych obowiązków domowych takich jak gotowanie, pranie, prasowanie, sprzątanie jest deklarowane przez 56-82% ankietowanych kobiet, natomiast wśród mężczyzn odsetek ten wynosi 2-13%. Jednakże w pytaniu „kto zleca wykonywanie usług?”, tylko 17% kobiet podejmuje się tego, zaś wśród mężczyzn jest to ok. 60% [4]. W artykule przedstawionym przez Parlament Europejski przedstawione zostały dane, z których wynika, że kobieta spędza średnio 4 godziny i 25 minut na wykonywaniu prac w gospodarstwie domowym, natomiast mężczyzna na wykonywanie obowiązków domowych poświęca tylko 1 godzinę i 23 minuty [5].



Język w stosunku do kobiet

Język odzwierciedla sposób myślenia pisarzy_rek oraz rozmówców_czyń, jak również odpowiada za kształtowanie postaw u czytelników_ek i słuchaczy_ek, wpływając zarówno na ich opinie jak i zachowania. Dobór słów jest zatem niezwykle ważnym aspektem, często powielającym nieświadomie założenia, dotyczące m.in. ról płciowych [6]. Systematyczne stosowanie terminologii stroniczej determinuje postawy oraz oczekiwania w umyśle odbiorcy_zyni, co utrudnia wyeliminowanie wielu stereotypów opisujących zachowania „typowo męskie” i funkcje „typowo kobiece” w społeczeństwie. Unikanie dyskryminacji płciowej zaczyna się więc właśnie od sposobu używania języka [7].

Męska dominacja językowa to zjawisko uprzywilejowania męskiego rodzaju gramatycznego. W zależności od języka przybiera ono różny stopień nasilenia, zależny od przeszłości ról kobiecych w społeczeństwie i ich stopnia uprzywilejowania. Język polski jest bogaty w maskuliny, brakuje zaś odpowiednika żeńskiego – zostało to poddane krytyce przez liczne organizacje międzynarodowe, m.in. UNESCO oraz Radę Europy [8,9]. Pisząc w odniesieniu do mieszanych grup, należy zatem dbać o możliwie inkluzywny charakter używanego języka. Kontekst nie powinien pozostawiać wątpliwości, że mamy na myśli zarówno mężczyzn, jak i kobiety, jednakże dozwolone jest stosowanie męskiej formy w celu opisu ogółu społeczeństwa.

Feminy to według słownika PWN: „żeńskie warianty nazw wykonawców czynności oraz osobowych nazw charakterystycznych”. Służą one nazwaniu kobiet ze względu na pełnioną funkcję, zajmowane stanowisko, wykonywany zawód czy przynależność narodową lub wyznaniową. Feminy różnią się stopniem przyjęcia, z uwagi na różnorodność kontekstów kulturowych, które bezpośrednio ukształtowały język danego regionu. Rada Języka Polskiego przy Prezydium PAN uznaje, że w polszczyźnie potrzebna jest większa, możliwie pełna symetria nazw osobowych męskich i żeńskich w zasobie słownictwa [10].

Można zauważyć, że wciąż zdarza się używanie męskich odpowiedników, aby forma była odbierana jako bardziej prestiżowa. Nie reguły językowe decydują o tym zjawisku, a jedynie sposób użytkowania języka, który motywowany jest kulturą i faktami historycznymi, np. tym, że niektóre zawody wykonywane były w przeszłości głównie lub wyłącznie przez mężczyzn. Jednakże próby tworzenia nowych feminin, chociażby w celu określenia nazw zawodów żeńskich, nie są powszechne nawet wśród kobiecych środowisk. Prawdopodobnie dzieje się to z uwagi nie na dyskryminację, ale na wrażenie „prestiżu” formy męskiej. Badanie przeprowadzone na 1000 Polaków_ek z 2017 r. ukazuje, że częściej to mężczyznom przypisuje się pracę na stanowiskach kierowniczych oraz tych odpowiedzialnych za zarządzanie firmą, w tym posadę menedżera czy dyrektora [11]. W międzyczasie proces emancypacji kobiet trwa nadal. Możemy dlatego spodziewać się popularyzowania form żeńskich, ponieważ język jest ciągle żywy i poddawany kształtowaniu przez ludzi się nim posługujących.

Dyskryminacja językowa z uwagi na płeć ujawnia asymetrię rodzajowo-płciową, czyli brak równości między żeńskimi a męskimi formami. Należy więc przeciwdziałać językowemu wyłączeniu kobiet. Strategią, która to umożliwi, jest wprowadzenie języka inkluzywnego, równorzędnego dla obu płci [12,13]. Zauważalna jest znaczna przewaga męskich form nad żeńskimi w systemie zaimków, odnoszących się uniwersalnie do ogółu populacji. Występuje blokada w systemie leksykalnym w kategoriach żeńskich, ponieważ brakuje pewnych pojęć, więc pojawiają się trudności w opisie zjawisk dotyczących jedynie kobiet. Za przykład może posłużyć czasownik „usynowić” używany, np. przy adopcji chłopca, jednak brakuje nazwy na przysposobienie dziewczynki. Znaczenie normatywne przypisuje się rodzajowi męskiemu, żeński zaś stanowi uzupełnienie, jedynie dodatek. Leksyka oraz frazeologia przypominają o wyraźnej dysproporcji między wartościowaniem pozytywnym, kojarzonym z cechami męskimi, a przypisaniem właściwości negatywnych cechom damskim



[14]. Nasuwają się tu przykłady opisujące zbiorowości – dziadek i babcia to dziadkowe, a ciocię oraz wujka określa się mianem wujostwa. Istnieją też liczne stereotypowe wyrażenia frazeologiczne, np. „babskie gadanie” opisuje wypowiedź, która pozbawiona jest głębszej treści, umniejszając kobietom jako partnerkom w dyskusji i sugerując, że występuje u nich powszechny brak wiedzy. Z kolei chociażby stwierdzenie „mąż stanu” odnosi się do człowieka sukcesu, zdolnego polityka_czki czy dyplomaty_tki o nieskazitelnym zachowaniu. Podobnie „załatwić coś po męsku” znaczy „stanowczo, otwarcie, z pełnym przekonaniem”, zaś „słaba płeć” jest według słownika tożsama z „ogółem kobiet” [15].

Komitet Ministrów Rady Europy już w 1990 r. uchwalił Rekomendację nr R (90) dla państw członkowskich dotyczącą wyeliminowania seksizmu z języka. Miał na celu wykluczenie języka seksistowskiego w mediach oraz stosowanie języka równościowego w różnych dziedzinach, w tym w administracji, edukacji oraz prawie. Podanej rekomendacji możemy zawdzięczać stosowanie w dokumentacji m.in. zaimków pisanych jako „jego lub jej”, nie faworyzując żadnej z form. Z kolei w następnej rekomendacji uchwalonej przez Komitet Ministrów Rady Europy pn. „Zrównoważone uczestnictwo kobiet i mężczyzn w podejmowaniu decyzji politycznych i publicznych” [16], możemy przeczytać: „Język, symbolika, którego jest istotna, nie może uświęcać hegemonii modelu męskiego. Język musi być neutralny pod względem rodzaju (na przykład „osoba”) lub odwoływać się do obu rodzajów („jego/jej”)”.

W obowiązującej strategii Rady Europy na rzecz równości płci zawarte są wytyczne w sprawie zwalczania nowych form seksizmu dotyczących kobiety i mężczyzn w przestrzeniach prywatnych oraz publicznych, odnoszących się do problemu dyskryminującego języka, nieustającej mowy nienawiści przy używaniu stygmatyzacji jednostki ze względu na płeć oraz seksizmu w mediach i w reklamie [17].

Podsumowując, uwrażliwienie osób na nierówności językowe stanowi jeden z ważniejszych sposobów przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu, a wszelka dyskryminacja zarówno werbalna, jak i niewerbalna powinna być zwalczana. Świadome dobieranie odpowiedniego słownictwa powinno wnieść znaczący wkład w ograniczenie stereotypów i dyskryminacji na tle płciowym [18].

Jako państwo członkowskie Unii Europejskiej Polska ma obowiązek przestrzegania wspólnotowego dorobku prawnego. Karta Praw Podstawowych UE zakazuje wszelkich form dyskryminacji [19]. Zgodnie z artykułem 5. ratyfikowanej przez Polskę Konwencji w sprawie likwidacji dyskryminacji kobiet: „Państwa-strony podejmą wszelkie odpowiednie środki, aby: zmienić społeczne i kulturowe wzorce zachowań mężczyzn i kobiet, w celu likwidacji przesądów i zwyczajów oraz wszelkich innych praktyk, które opierają się na przekonaniu o niższości lub wyższości jednej z płci albo na stereotypach roli mężczyzn i kobiet.” [20]. Dlatego też powinno się przykładać dużą wagę do stosowania feminatywów i języka neutralnego płciowo nie tylko w oficjalnej komunikacji, ale również w życiu codziennym.

Dyskryminacja instytucjonalna ze względu na płeć

Z dyskryminacją instytucjonalną mamy do czynienia, gdy na poziomie instytucji występują formalne lub nieformalne ustalenia, które powodują, że jedna lub kilka z grup jest w gorszej sytuacji [21].

W ustawie z dnia 3 grudnia 2010 r. o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania określone zostały sposoby przeciwdziałania nierównemu traktowaniu między innymi ze względu na płeć. Ustawa ta zakazuje nierównego traktowania w zakresie warunków podejmowania i wykonywania działalności gospodarczej lub zawodowej w ramach stosunku pracy. Stanowi również, że każdy, wobec kogo zasada równego traktowania została naruszona, ma prawo do odszkodowania.



Ponadto, Kodeks pracy nie dopuszcza żadnej formy dyskryminacji w zatrudnieniu – szczególnie ze względu na płeć (art. 11(3)) – oraz zapewnia równe prawa ze względu na równorzędne wypełnianie jednakowych obowiązków (art. 11(2), art. 18(3c)) [22].

Istotnym problemem jest jednak powszechna niezajomość przysługujących praw. Według badań przeprowadzonych na zlecenie Rzecznika Praw Obywatelskich w latach 2016-2018 40% badanych nie ma wiedzy o prawach przysługujących osobie doświadczającej dyskryminacji w obszarze zatrudnienia i usług [23]. Jedynie co piąta osoba posiada prawidłowe informacje w tym zakresie. Wśród ankietowanych 36% nie wie, czy dyskryminacja w zatrudnieniu jest w Polsce zakazana przez prawo, a aż 7% twierdzi, że zakaz dyskryminacji w zatrudnieniu obowiązuje tylko pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę. Z kolei 36%, czyli znacznie więcej niż dwa lata temu (29%) twierdzi, że taki zakaz w ogóle nie istnieje [35]. Tylko jedna piąta respondentów_ek zgodziło_ła się ze stwierdzeniem, że prawem osoby doświadczającej dyskryminacji w obszarze zatrudnienia i usług jest uzyskanie odszkodowania od pracodawcy. Obowiązek udowodnienia w sądzie przez usługodawcę, że nie doszło do tego rodzaju przemocy, jest uregulowany prawnie zdaniem tylko 14% Polaków.

Niemniej jednak, mimo że niezajomość prawa nie stanowi przyzwolenia dla jego łamania, aż 20% ankietowanych deklaruje, że dyskryminacja ze względu na płeć występuje w Polsce bardzo często lub raczej często, a 8% respondentów_ek doświadczyło nierównego traktowania z tego względu osobiście [23].

W oparciu o wyniki badań jednoznacznie można stwierdzić, że dyskryminacja w miejscu pracy dotyczy w dużej mierze kobiet. Według komunikatu Centrum Badania Opinii Społecznej w czasie badań prowadzonych od 1995 do 2013 roku rósł odsetek osób deklarujących, że kobiety posiadające jednakowe wykształcenie i pracujące w tym samym zawodzie co mężczyźni mają mniejsze szanse na awans – od 47% do 56%. Mimo że w ostatnim badaniu (z 2018 r.) zanotowany został duży spadek odsetka respondentów zgadzających się z tym poglądem, nadal stanowią oni dwie piąte ankietowanych – 41% [24].

Oprócz rozwoju ścieżki zawodowej, istotną kwestią jest wynagrodzenie. Tendencja wzrostowa w postrzeganiu dysproporcji w zarobkach kobiet i mężczyzn do 2013 roku była jeszcze wyraźniejsza niż w przypadku postrzegania szans na awans. Odsetek osób przekonanych, że kobiety osiągają niższe zarobki mimo jednakowych kwalifikacji i wykonywania tego samego zawodu, wzrósł o 21 punktów procentowych od 1995 r., w 2013 r. osiągając aż 69%. W badaniu z 2018 roku zanotowano wprawdzie 8-punktowy spadek tego poglądu (w porównaniu z badaniem wykonanym 5 lat wcześniej), jednak stało się to głównie za sprawą odpowiedzi mężczyzn przekonanych o wzroście równości płci pod względem wynagrodzenia (13 punktowy spadek). Dla porównania w przypadku kobiet spadek ten wynosił jedynie 3 punkty procentowe. Według najnowszych danych pochodzących z 2020 roku ponad jedna trzecia kobiet uważa, że zarabia mniej niż mężczyzna z równoznacznymi kompetencjami na takim samym stanowisku [36].

Jak wynika ze statystyk Komisji Europejskiej, średnia różnica w wynagrodzeniach kobiet i mężczyzn w Polsce w 2010 r. wynosiła 4,5% [25]. Według najnowszych badań z kwietnia 2021 r. luka w płacach kobiet i mężczyzn w Polsce wynosi 8,5%, więc warto zauważyć, że na przestrzeni dekady (2011-2021) wzrosła ona prawie dwukrotnie. Co więcej, badania dowodzą, że jest ona zdecydowanie wyższa w sektorze prywatnym niż publicznym (odpowiednio 15,7% w porównaniu do 3,8%) [26].



Niższy status materialny związany jest z przekonaniem o negatywnym wpływie pracy zawodowej kobiet na życie rodzinne – częściej niż pozostali podzielają ten pogląd respondenci_tki o dochodach niższych niż 900 zł na osobę w gospodarstwie domowym. Mimo że w niektórych sondażach ponad połowa kobiet (52%) nie zgadza się na rezygnację z pracy zawodowej, nawet w sytuacji, gdyby poziom dochodów męża/partnera na to swobodnie pozwalał [24], to kobiety, które wyszły za mąż, częściej należą do grupy długotrwale bezrobotnych. Co więcej, 61,5% bezrobotnych kobiet zarejestrowanych w powiatowych urzędach pracy posiada dziecko [28]. Międzynarodowa Organizacja Pracy podkreśla, że więcej pracowniczek niż pracowników zajmuje stanowiska narażone na redukcję, co powoduje, że wskaźnik bezrobocia wzrasta szybciej dla kobiet niż dla mężczyzn [27].

Podsumowanie powyższych stwierdzeń można przedstawić za pomocą wartości wskaźnika równouprawnienia płci, który został stworzony przez Europejski Instytut ds. Równości Kobiet i Mężczyzn. W Polsce wartość ta wynosi 56,6, gdzie 1 oznacza całkowity brak równouprawnienia, a 100 pełne równouprawnienie. Wynik ten jest o 11,4 punktów niższy niż średnia wartość wskaźnika w Unii Europejskiej, co klasyfikuje Polskę na 23. miejscu wśród krajów członkowskich. Wskaźnik ten opisuje aspekt równości płci na różnych płaszczyznach życia. Jeden z głównych obszarów dotyczy pieniędzy. Jego wartość w Polsce wynosi 76,7, jednak na tle innych krajów Unii Europejskiej zajmujemy dopiero 17. miejsce. Ponadto inna z sześciu bazowych domen, jaką jest praca, posiada jeszcze niższą wartość – 67,2 [29].

Kwestią, o której należy wspomnieć przy okazji nierówności w miejscu pracy, jest atrakcjonizm, czyli dyskryminacja ze względu na wygląd zewnętrzny. Według badań różnica wynagrodzeń osób atrakcyjnych fizycznie i średnio atrakcyjnych wynosiła 7% na korzyść tych pierwszych i analogicznie 12% porównując ich zarobki z osobami nieatrakcyjnymi [30]. Przyczyną tego może być postrzeganie osób atrakcyjnych fizycznie jako inteligentnych, uczciwych czy zrównoważonych [31]. Atrakcjonizm dotyczy nie tylko osób dorosłych, ale również obecny jest w przestrzeni szkolnej. Jak wynika z raportu Towarzystwa Edukacji Antydyskryminacyjnej tej formy przemocy znacznie częściej doświadczają dziewczęta. Problem nierówności płci w placówkach edukacyjnych dotyczy wielu sfer, nie tylko wyglądu. Analiza treści lektur szkolnych wykazała, że dziewczynki jako pierwszoplanowe bohaterki pojawiają się znacznie rzadziej, a ich rola jest przedstawiana w sposób stereotypowy [32]. Na kartach podręczników chłopcy są zwykle przedstawiani jako dominujący, pełni energii i inicjatywy, cechują się asertywnością i przedsiębiorczością, podczas gdy dziewczynki są ciche, grzeczne, pasywne, koncentrują się na swoim wyglądzie i karnie wypełniają swoje obowiązki – uczą się albo sprzątają [33]. Sposób przedstawiania wizerunku kobiety jako szczególnie związanej z domem nie zmienia się wraz z zakończeniem edukacji szkolnej. W 86,9% przypadków spotów reklamowych są one prezentowane w roli domowej [34].

Należy pamiętać, że dyskryminacja jest formą przemocy, a świadome działania prowadzące do wykluczenia danej grupy lub położenia w gorszej sytuacji, ze względu, np. na płeć, są niezgodne z prawem. Odmienne standardy traktowania uczniów_ennic w sferze edukacji mogą prowadzić do stereotypowego myślenia i niepełnego wykorzystania możliwości dziecka, co w przyszłości wpłynie na wybór ścieżki zawodowej. Konsekwencje takich działań oprócz tych widocznych, dotyczących dalszego rozwoju czy efektywności pracy obejmują również skutki dotyczące psychiki. Działania antydyskryminacyjne podnoszą świadomość zarówno ofiar jak i „oprawców”, którzy mogą nieświadomie stosować tą formę agresji.



Dyskryminacja w miejscu pracy

Zgodnie z artykułem 11² Kodeksu Pracy „Pracownicy mają równe prawa z tytułu jednakowego wypełniania takich samych obowiązków; dotyczy to w szczególności równego traktowania mężczyzn i kobiet w zatrudnieniu” [37].

Mimo to, jak wynika z raportu „Gender gap po polsku 2020” przeprowadzonego przez Stowarzyszenie Women in Technology Poland, prawie 37% pań uważa, że kobiety w ich firmie zarabiają mniej. Natomiast mężczyźni w znacznej większości (71%) nie zauważają różnic w wynagrodzeniu ze względu na płeć [38]. Z kolei dane zebrane przez Eurostat, urząd statystyczny Unii Europejskiej, świadczą, że kobiety średnio zarabiają o 16% mniej niż mężczyźni, a największe różnice dotyczą stanowisk kierowniczych, które obejmowane są tylko w 34% przez kobiety, a różnica pensji stanowi aż 23% [39].

Ważnym aspektem jest fakt, że zdecydowana większość respondentów_ek (72%) jako czynnik utrudniający awans kobiet wskazała stereotypy i społeczne przyzwyczajenie na to, że to mężczyźni pełnią wysokie stanowiska [41].

Kwestią, o której należy wspomnieć, jest ujmowanie zasług kobietom. Aż 42,6% pracowniczek doznało umniejszania kompetencji ze względu na płeć, podczas gdy ten przejaw dyskryminacji dotyczył osobiście znacznie mniejszego odsetka mężczyzn – 28,4% [38].

Znaczne różnice dotyczą również samej możliwości podejmowania pracy przez kobiety. Współczynnik zatrudnienia dla kobiet jest o 11 punktów procentowych niższy niż dla mężczyzn. Co więcej, dysproporcja wartości tego wskaźnika ze względu na płeć wzrasta wraz z liczbą dzieci w rodzinie [39]. Potwierdza fakt, że mimo wzrostu odpowiedzi respondentów_ek uczestniczących w badaniach CBOS, że opieka nad dziećmi częściej sprawowana jest zamiennie lub wspólnie w porównaniu z wcześniejszymi latami, to nadal 16% kobiet wykonuje samotnie ten obowiązek, podczas gdy to zajęcie spoczywa tylko na 2% mężczyzn [40].

Warto zauważyć, że praca w niepełnym wymiarze godzin sprzyja godzeniu kariery z obowiązkami domowymi. Być może dlatego w UE aż 32% kobiet pracowało na część etatu wobec 9% mężczyzn [39]. Mimo że z kodeksu pracy wynika, że uprawnienia związane z rodzicielstwem przysługują przedstawicielom obu płci, to urlopy opiekuńcze na dziecko są wykorzystane przez 71% matek i tylko 21% ojców. Ponadto, średnia długość urlopu w roku 2020, z którego skorzystali mężczyźni była znacznie krótsza i wynosiła 8 tygodni w porównaniu z 59 tygodniami w przypadku kobiet [38].

Co więcej, obowiązujący od 1 października 2017 r. wiek emerytalny wynosi 60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn. Wcześniejsze uzyskanie prawa do emerytury wiąże się z ryzykiem wypowiedzenia pracownikowi umowy wyłącznie z tego powodu, co jest uznawane za przejaw dyskryminacji tylko przez 51% badanych przez Kantar Public. Tylko 27% respondentów_ek wie, że takie działanie jest zakazane przez prawo [42]. Kobiety często mają niższy status materialny, nawet o 30% niższe emerytury. Są bardziej narażone na ryzyko ubóstwa. Rzecznik Praw Obywatelskich przewiduje, że pandemia tylko pogłębi ten rozdzźwięk [43].

Ageizm, czyli dyskryminacja ze względu na wiek, jest jednym z najczęściej wskazywanych obszarów nierówności w Polsce wśród osób powyżej 55. roku życia [43]. Dyskryminacja w miejscu pracy ze względu na wiek często kumuluje się z wykluczeniem ze względu na płeć, gdyż wraz ze wzrostem oczekiwanych specjalistycznych kompetencji skala dyskryminacji rośnie w stosunku do starszych kobiet w porównaniu ze starszymi mężczyznami. W wyniku tego starsze kobiety muszą zmagać się z dodatkowymi barierami utrudniającymi podjęcie zatrudnienia [44].



Podsumowując, mimo wzrostu świadomości społeczeństwa i zmiany postrzegania pracowniczek na rynku pracy, nadal obserwujemy istotne różnice zarówno w możliwościach budowania ścieżki kariery, wynagrodzeniu, jak i roli społecznej kobiet w porównaniu z mężczyznami.

Koszty bycia kobietą

Koszty zakupów kobiet są znacznie wyższe niż w przypadku zakupów mężczyzn. Obejmują one kupno niezbędnych kosmetyków, nie tylko tych do higieny osobistej, ale także tych do makijażu, odzieży, produktów higienicznych związanych z menstruacją, a także dodatkowe zabiegi związane z „dbaniem o siebie” – wykonywanie manicure/pedicure, przedłużanie rzęs, zabiegi na twarz i ciało, fryzjer. Większość tych zabiegów często wymagana jest przykładowo przez pracodawców.

Różowy podatek (ang. *pink tax*) to dodatkowa kwota, jaką kobiety płacą za niektóre produkty bądź usługi. To rodzaj dyskryminacji cenowej ze względu na płeć, forma dyskryminacji ekonomicznej. Nie stanowi to jednak oficjalnego podatku, dlatego trudno w sposób systemowy uchylić te dodatkowe koszty. Przykładowo maszynki do golenia przeznaczone dla kobiet, mimo że nie różnią się zazwyczaj niczym od męskich oprócz koloru (różowy), kosztują więcej. Badania wykazują, że kobiety płacą więcej niż mężczyźni w 42% przypadków, między innymi za odzież, usługi w pralni chemicznej, produkty do higieny osobistej, a nawet za naprawę pojazdów. Różnice te widoczne są także w cenach produktów dla dziewczynek – odzieży czy zabawek [45, 46, 47].

Dodatkowe koszty ponoszone przez osoby z macicami obejmują także zakup niezbędnych środków higienicznych związanych z menstruacją, która trwa przez około 40 lat życia. Oszacowano, że koszty te (wkładki higieniczne, podpaski, tampony) wynoszą średnio 5935,19 zł w ciągu życia jednej, miesiączkującej osoby. W niektórych krajach obowiązuje dodatkowy podatek od sprzedaży za tampony, tzw. *tampon tax*. Parlament Europejski zaleca w tej chwili zastosowanie zwolnień lub 0% VAT na środki higieniczne niezbędne podczas menstruacji. Zachęca też do walki z ubóstwem menstruacyjnym, poprzez zapewnienie darmowych środków higienicznych osobom potrzebującym.

Osoby z macicami zazwyczaj pokrywają również kwotę za stosowanie antykoncepcji, co kosztuje przeciętnie około 40 zł miesięcznie w zależności od wybranej metody. Długotrwałe metody antykoncepcji, takie jak na przykład wkładka domaciczna, to koszt nawet 1000-1500 zł i mogą nie być dostępne dla wielu osób ze względu na wysoki, jednorazowy wydatek [48].

Niektóre środowiska pracy wymagają również od kobiet nienagannego wyglądu w postaci odpowiedniej odzieży i makijażu. Kwoty związane z dbaniem o urodę w Polsce wynoszą średnio od około 50 do około 600 zł miesięcznie, a kwota zależy od wykonywanych usług. Niektóre kobiety decydują się na comiesięczne zabiegi, takie jak wykonywanie paznokci hybrydowych/żelowych – ok. 150 zł, przedłużanie rzęs – ok. 200 zł, czy regularne wizyty u fryzjera – ok. 200-600 zł. Świadome dbanie o urodę, zwłaszcza z użyciem produktów etycznych, o naturalnych składach kosztuje jeszcze więcej [49].

Istotne różnice w cenach są dużym problemem dla części osób płci żeńskiej. Niektóre te problemy, jak m.in. ubóstwo menstruacyjne, są nagłaśniane, co pobudza pewne organizacje do przeciwdziałania (czego przykładem jest ogromny sukces projektu Różowa Skrzyńeczka w Polsce) [50]. Celem jest uregulowanie niesprawiedliwych rozbieżności cenowych, które są nieadekwatne do nierównych zarobków kobiet i mężczyzn.



Nierówności zdrowotne ze względu na płeć

Dyskryminacja diagnostyczna osób z macicami zaczyna się już na etapie kształcenia się przyszłych lekarzy, ponieważ uniwersalnym modelem przedstawianym w podręcznikach jest biały, heteroseksualny mężczyzna [51]. Różnice płciowe są uwzględniane w podręcznikach medycznych głównie przy tematach reprodukcyjnych oraz epidemiologicznych. Brak natomiast informacji właściwych dla danej płci w przypadku opisów depresji, uzależnień alkoholowych oraz farmakologii [52]. Braki informacji w podręcznikach, a tym samym braki w kształceniu mogą przyczyniać się do sytuacji, gdy nie uwzględnia się różnic płciowych pod względem medycznym. Główne opisywane objawy depresji są oparte na modelu mężczyzny. U mężczyzn depresja jest częściej diagnozowana, ale to kobietom częściej przepisywane są leki przeciwdepresyjne [53].

W dziedzinie psychiatrii jest więcej podobnych przykładów. Polska wersja narzędzia obserwacyjnego do diagnozowania zaburzeń ze spektrum autyzmu nie uwzględnia różnic w gestach i komunikacji werbalnej pomiędzy dziewczętami a chłopcami. Stwierdzana u dziewcząt mniejsza liczba cech behawioralnych autyzmu niż u chłopców może powodować brak postawienia diagnozy zaburzeń ze spektrum autyzmu, podczas gdy wywiad oraz obraz kliniczny na to wskazują. Dziewczęta z objawami autyzmu charakteryzują się zwiększonym ryzykiem wystąpienia równocześnie depresji, stanów lękowych oraz myśli samobójczych, przez co przed postawieniem diagnozy zaburzeń ze spektrum autyzmu częściej stwierdzano depresję czy zaburzenia lękowe. U dziewcząt w porównaniu z chłopcami objawy kliniczne obserwowane są 3,5 roku później, co może być związane z nabywaniem umiejętności kamuflowania i większej determinacji w uczeniu się norm społecznych. Natomiast samo rozpoznanie zaburzeń ze spektrum autyzmu stawia się 5,5 roku później niż u chłopców [54].

Również w innych obszarach medycyny obecne są liczne przykłady nierówności płciowych.

Choroby układu krążenia stanowią 45% wszystkich zgonów kobiet [55]. Jednakże w 258 badaniach klinicznych chorób układu sercowo-naczyniowego kobiety stanowiły tylko 27% badanych [56]. Efektem tego jest późniejsze stawianie diagnozy wśród osób z macicami oraz rzadsze wykonywanie inwazyjnych zabiegów, takich jak angioplastyka naczyń wieńcowych czy pomostowanie aortalno-wieńcowe [57].

Spośród analiz opierających się na różnicach płci aż 20% udowodniło znaczne różnice w wynikach leczenia w zależności od płci [56]. Przykładowo, podczas gdy dla mężczyzn niskie dawki aspiryny mogą działać profilaktycznie przeciw chorobom układu krążenia, ten sposób leczenia dla kobiet okazuje się być nieefektywny [58], a nawet niebezpieczny [59].

W efekcie tragedii związanej z talidomidem [60], który wywoływał u płodu deformacje kończyn FDA (*Food and Drug Administration*) wydało w 1977r. rekomendację wykluczającą kobiety w wieku reprodukcyjnym z badań klinicznych [61]. Rekomendacja ta, z pozoru mająca przynieść pozytywną zmianę, zwiększyła problem braku uwzględniania kobiet o innych potrzebach medycznych z badań na lekach [62].

Ponadto, kobiety mają mniejsze szanse otrzymania pomocy w formie resuscytacji krążeniowo-oddechowej w przypadku zatrzymania krążenia poza domem niż mężczyźni. Badanie wykonane przez Uniwersytet Pensylwanii pokazuje, że tylko 39% kobiet otrzyma pomoc, zaś wśród mężczyzn 45% [63]. Głównym powodem, przez który kobiety rzadziej otrzymują pomoc jest seksualizacja ciał kobiet. Ankietowani odpowiadają, że nie wykonają RKO w obawie przed zgłoszeniem napaści seksualnej. Kolejny powód również odnosił się do stereotypizacji kobiecych ciał – wstrzymanie od ucisków z obawy przed uszkodzeniem kruchej i delikatnej ciała. Ostatnim powodem jest błędne przekonanie, że kobiety nie doświadczają zatrzymania krążenia (albo doświadczają niezwykle rzadko) i że stan, w którym znajduje się kobieta leżąca



na ulicy wynika z ataku hysterii, który przeminie samoczynnie i nie wymaga pomocy od osób z zewnątrz [64].

Innym przykładem choroby, przy której widoczna jest dyskryminacja płciowa jest endometrioza. To przewlekła choroba związana z występowaniem komórek endometrium poza jamą macicy – występuje powszechnie w naszym społeczeństwie. Zakłada się, że choruje na nią ok.10% kobiet w wieku reprodukcyjnym [65]. Pomimo powszechności występowania tejże choroby możliwości diagnostyki oraz leczenia są bardzo skąpe. Jej częstym objawem jest występowanie silnego bólu podczas miesiączki. Niestety brak specyficznych objawów oraz markerów, które mogłyby umożliwić rozpoznanie, nie są jedynymi przyczynami stawiania diagnozy średnio aż przez 4-11 lat wraz z minimum jednym błędnie postawionym rozpoznaniem u 74% osób z tym schorzeniem [66]. Dodatkowymi czynnikami przedstawionymi w austriacko-niemieckim badaniu są stygmatyzacja menstruacji (zwłaszcza w przypadku osób poniżej 18 r.ż., których rodzice/opiekunowie prawni nie chcą prowadzić rozmów o problemach związanych z miesiączkowaniem, w tym o dolegliwościach bólowych) oraz normalizacja bólu menstruacyjnego – niektóre pacjentki słyszą, że „taka ich uroda”. Poważne opóźnienia procesu diagnostycznego endometriozy dotyczą wszystkie kraje, niezależnie od poziomu dostępu do ochrony zdrowia, co stanowi pewnego rodzaju fenomen medyczny [67]. Konsekwencjami dla pacjentki_a mogą być zwiększenie ryzyka niepłodności, sensytyzacji ośrodkowej oraz przewlekłego bólu miednicy, a tym samym znaczne utrudnienie czy wręcz uniemożliwienie procesu leczenia. Ponadto, w tym żmudnym procesie uzyskania diagnozy istnieje widoczna nierówność socjoekonomiczna, ponieważ kobiety korzystające z publicznych usług ochrony zdrowia miały 3,5 raza mniejszą szansę na wykonanie laparoskopii oraz 2,7 raza mniejszą szansę na przepisanie opioidowych leków przeciwbólowych niż kobiety korzystające z usług sektora prywatnego [68].

Kobiety mają gorszy dostęp do edukacji seksualnej, w tym tematów zapobiegania infekcjom przenoszonym drogą płciową, przez co większe jest ryzyko m.in. zakażenia HIV oraz zachorowania na AIDS [69]. Na osobach z macicami wywiera się społecznie duży nacisk na ciążę i macierzyństwo [70]. Kobiety mniej zamożne decydują się również na zajście w ciążę, a tym samym seks bez zabezpieczenia, by zapewnić sobie podstawowy byt ekonomiczny ze strony ojca przyszłego dziecka. Przemoc seksualna wobec osób z macicami zwiększa aż o 50% ryzyko zakażenia się HIV bezpośrednio, gdy dochodzi do otarć i pośrednio, gdy chroniąc się przed agresją partnera nie proszą o założenie prezerwatywy [71]. Z obawy przed społecznym wykluczeniem osoby ciężarne nie chcą wykonywać testu na HIV, a osoby karmiące piersią HIV-pozytywne, odmawiają karmienia butelką [72]. Kobiety chorujące na AIDS są później od mężczyzn diagnozowane oraz są im przedstawiane znacznie łagodniejsze metody leczenia [73]. W efekcie globalnie w grupie kobiet pomiędzy 15. a 49. rokiem życia choroby związane z AIDS są głównym powodem śmierci [71]. Dane statystyczne są jeszcze bardziej przerażające dla kobiet transpłciowych, które mają 49 razy większą szansę na zakażenie HIV niż reszta populacji [74].

Dodatkowo stereotypy dotyczące seksualności osób z macicami doprowadzają do seksu bez zabezpieczenia, ponieważ badania pokazują, że młode kobiety obawiają się nosić przy sobie prezerwatyw ze względu na ryzyko społecznego ostracyzmu. Może być to jedna z przyczyn, dlaczego aż 89% kobiet zgłasza odbycie heteroseksualnego stosunku waginalnego bez użycia prezerwatywy w przeciągu ostatnich 12 miesięcy [75].

W kwestii metod antykoncepcji nierówność płci widoczna jest również w braku dostępności skutecznej odwracalnej antykoncepcji dla osób z penisami, innej niż prezerwatywy. Podczas gdy pierwsza tabletkowa antykoncepcja hormonalna dla osób z macicami jest dostępna już od 1960r. [76], ta sama metoda dla osób z penisami jest dopiero w fazie badań klinicznych i obecne badania przeglądowe pokazują, że raczej nie ma szans pojawić się do użytku publicznego przed 2030 r. [77].



Innym przykładem dyskryminacji płciowej związanej z obszarem zdrowia są nierówności w publicznych toaletach, które nie są przystosowane do potrzeb osób z macicami. Anatomicznie pęcherz osób z macicami jest mniejszy od pęcherza osób z penisami, za czym idzie jego mniejsza pojemność. Przez to osoby te częściej korzystają z toalet. Za tym wnioskiem powinny iść przystosowania budowlane zwiększające liczbę miejsc w „damskich” toaletach. W Polskim prawie budowlanym spotykamy się natomiast z zupełnie odwrotną sytuacją. Zgodnie z § 84 z Rozporządzenia Ministra Infrastruktury „w ustępach ogólnodostępnych powinna przypadać co najmniej jedna umywalka na 20 osób, co najmniej jedna miska ustępowa i jeden pisuar na 30 mężczyzn oraz jedna miska ustępowa na 20 kobiet” [78]. Problem mniejszej ilości urządzeń zwiększa również fakt, iż kobiety spędzają w toalecie średnio 3 minuty, podczas gdy mężczyznom wystarczą 2 minuty [79].

Osoby menstruujące spędzają więcej czasu w toaletach publicznych, gdyż zmiana środków higienicznych zajmuje więcej czasu, zwłaszcza biorąc pod uwagę niedostosowanie toalet do korzystania z kubeczków menstruacyjnych. Kobiety w ciąży również będą potrzebowały więcej czasu w toalecie oraz będą częściej się do niej udawać, ze względu na nacisk na pęcherz. Częstość korzystania z toalet zwiększają również infekcje układu moczowego, które u kobiet występują 8 razy częściej niż u mężczyzn [80]. Rozwiązaniem problemu deficytu miejsc w damskich toaletach byłoby wprowadzenie neutralnych płciowo toalet publicznych [81].

Transpłciowość

Osoby transpłciowe coraz to powszechniej decydują się na coming out (proces publicznego ujawniania swojej transpłciowości), co za tym idzie stają się bardziej widoczne w przestrzeni społecznej zarówno europejskiej, jak i polskiej. Decydując się na taki krok, w celu poprawy komfortu swojego funkcjonowania w społeczeństwie, wystawiają się jednocześnie na liczne zagrożenia z jego strony.

Siatka ochrony osób transpłciowych przed dyskryminacją wciąż wydaje się być iluzoryczna, czego osoby których powinna ona dotyczyć nie są często świadome. W międzynarodowych konwencjach, które gwarantują podstawowe prawa i wolności człowieka, brak jest odniesień do tożsamości płciowej. Funkcjonują akty prawne o charakterze niewiążącym, tzw. *soft law*, wydawane przez organy międzynarodowych organizacji, jednak choć stanowią one przydatne narzędzie do interpretacji prawa, nie stanowią bazy umożliwiającej zmianę standardów.

Warto wspomnieć w tym miejscu Europejski Trybunał Sprawiedliwości, który potwierdził obowiązywanie zakazu dyskryminacji ze względu na płeć, także w stosunku do osób korygujących tę metrykalną. Niestety wciąż istnieje duża rozbieżność między określonymi w międzynarodowych dokumentach prawami człowieka, a prawami z których osoby transpłciowe mogą w praktyce korzystać. Stawia to tę grupę społeczną w sytuacji bycia jedną z najbardziej dyskryminowanych i narażoną na stygmatyzację. Przekłada się to natomiast na poczucie odrzucenia i wyższy odsetek prób samobójczych niż w przypadku osób cis-płciowych w podobnej kategorii wiekowej.

Należałoby zwrócić także uwagę, że dostęp do procedur umożliwiających korekcję oznaczenia płci w oficjalnych dokumentach stanowi istotny problem w codziennym funkcjonowaniu osób podejmujących tranzycję. Badania medyczne, które mają miejsce w trakcie postępowań administracyjnych, a mające na celu określenie przynależności do płci preferowanej, mogą naruszać godność tych osób, natomiast brak odpowiednich zmian w dokumentach może utrudniać dostęp do rynku pracy, edukacji czy opieki zdrowotnej.



Polska należy do grupy krajów uzależniających uznanie płci osób transpłciowych od różnego rodzaju zabiegów medycznych, m.in. operacji chirurgicznych. Brak jest również wyłączenia odpowiedzialności karnej lekarza_ki za przyczynienie się do utraty płodności, narażające go_ją na odpowiedzialność karną w przypadku przeprowadzenia sterylizacji osoby transpłciowej przed prawnym wydaniem postanowienia sądu cywilnego o ustaleniu płci i to mimo wyraźnej zgody pacjenta_ki [82]. Korekta płci metrykalnej w Polsce jest uregulowana jedynie przez orzecznictwo sądowe z lat 90-tych XX w. i umożliwia wyłącznie wystąpienie na drogę procesową w trybie art. 189 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. Nr 43 poz. 296, z późn. zm.), która obejmuje pozwanie rodziców osoby ubiegającej się o zmianę. Potęguje to już i tak ogromne emocje związane z procesem tranzycji [83].

Odnosząc się do zatrudnienia, unijne prawo zakazuje dyskryminacji ze względu na płeć w miejscu pracy, jednocześnie Trybunał Sprawiedliwości Wspólnot Europejskich określił, że w sytuacji gdy osobą dyskryminowaną jest osoba transpłciowa, może być ona tymże prawem objęta jeśli przeszła lub przechodzi całkowitą zmianę płci. Jednocześnie kwestia ochrony osób, które nie przeszły lub nie są w trakcie tego procesu nie jest do końca jasna i w dużej mierze zależy od podejścia konkretnego państwa, które znacząco się różni. Polska jako jeden z 12 krajów UE przyjmuje stanowisko, w którym zjawisko takie jest kategoryzowane jako forma dyskryminacji ze względu na płeć, a osoby transpłciowe nie są chronione w sposób wyraźny jako kategoria osób. W 2 krajach zjawisko to jest kategoryzowane jako dyskryminacja ze względu na orientację seksualną. W przypadku kolejnych dwóch – Węgier i Szwecji – jest to kolejno dyskryminacja ze względu na tożsamość płciową oraz dyskryminacja ze względu na tożsamość płciową lub jej manifestację. Alarmującym może być, że w obrębie Unii jest 11 krajów niepostrzegających dyskryminacji osób transpłciowych ani jako dyskryminacji ze względu na płeć, ani orientację. Istnieje więc obawa, czy osoby transpłciowe są w tych państwach prawnie chronione przed dyskryminacją w jakikolwiek sposób [84].

Szczególnie trudnym momentem dla transpłciowego_j pracownika_czki jest czas dokonywania kroków w kierunku korekty płci w zgodzie z płcią odczuwaną – jest to okres najjaskrawszej transparentności, ponieważ rozbieżność między zmianami a stanem wyjściowym nie jest niezauważalna w środowisku pracowniczym. Przekłada się to na ryzyko odrzucenia i aktów dyskryminacji. Dodatkowo w celu podkreślenia trudnej sytuacji zawodowej osób transpłciowych warto wspomnieć, że aż 52% ogółu Polaków_ek i 53% osób pracujących uważa, że pracodawcy_zynie w Polsce nie byłoby_łyby chętni_e dać pracę osobie transpłciowej, nawet w sytuacji spełniania przez nią wszelkich wymagań. Obok osobistych uprzedzeń pracodawców dochodzi problematyka kwestii formalnych, a także ryzyko negatywnej atmosfery pracowniczej. Badania wskazują, że osoby transpłciowe najczęściej spotykają się z: kpinami i przykrościami ze strony współpracowników (25%), kpinami i przykrościami pochodzącymi od przełożonego (17,9%), wykluczeniem ze środowiska pracowniczego (14,3%), a także zwiększonymi wymaganiami stawianymi danej osobie w porównaniu do innych współpracowników (14,3%). Ponad 70% czuło konieczność ukrywania własnej tożsamości płciowej w miejscu pracy z powodu lęku o brak akceptacji społecznej dla osób transpłciowych i przed reakcją otoczenia w miejscu pracy, przed zwolnieniem z pracy i utratą dochodów, przez wzgląd na poszanowanie własnej prywatności. 2/3 ankietowanych doznało w swoim miejscu pracy (lub w czasie jej szukania) jakiejś formy dyskryminacji ze względu na „cechę trans”. Najczęściej formą dyskryminacji była odmowa zatrudnienia. Natomiast prawie 1/3 respondentów_ek przyznała, że wymagano bądź wymaga się od nich o wiele więcej niż od innych pracowników_czek. Prawie 1/4 doznała zwolnienia z pracy z powodu swojej transpłciowości. O skali problemu świadczy ponadto fakt, że przynajmniej jednego rodzaju molestowania doznało aż 81% wszystkich badanych i 75% aktualnie pracujących [85].



Pierwsza wygrana sprawa w Polsce, w której to sądy rozpatrywały zarzut wobec naruszenia zasady równego traktowania ze względu na tożsamość płciową, została wszczęta w oparciu o tzw. ustawę o równym traktowaniu. Swoją zasługę ma tutaj Kampania Przeciw Homofobii. Osobę pokrzywdzoną – panią Joannę – po pozytywnym zakończeniu procesu rekrutacji zmuszono do zmiany umundurowania z kobiecego na męskie, a dodatkowo nie dopuszczono do pracy, argumentując to rozbieżnością pomiędzy wyglądem zewnętrznym a płcią metrykalną widniejącą w dokumentach. W Sądzie Rejonowym wniosek nie został rozpatrzony na korzyść pozewającej, co argumentowano stwierdzeniem, że od XIX w. kobiety mogą nosić spodnie, przez co ich wymóg nie mógł upokorzyć pokrzywdzonej. Sąd Okręgowy natomiast, powołując się na wyżej wspomnianą ustawę o równym traktowaniu ze względu na tożsamość płciową, uznał pozew w całości [86].

Takich właśnie działań potrzebujemy więcej, dają one bowiem odwagę i nadzieję na poprawę sytuacji prawnej osób transpłciowych w Polsce, a także dają świadectwo braku przyzwolenia na dyskryminację ze względu na płeć – nie tylko tą metrykalną, lecz także odczuwaną. Zwiększenie liczby podobnych działań przyczyniłoby się realnie do ograniczenia dyskryminacji osób transpłciowych w naszym kraju.

Dyskryminacja na uczelniach medycznych

Dyskryminacja ze względu na płeć może mieć miejsce w każdym środowisku, jednak będąc studentem_tką kierunku medycznego nie sposób nie poruszyć tematu jej obecności na uczelniach medycznych. Ma to niewątpliwie znaczący wpływ nie tylko na funkcjonowanie jednostki, lecz także na jej przyszłe relacje *mentor-mentee*, lekarz_rka-pacjent_ka czy relacje z innymi członkami_iniami zespołu, z którymi przyjdzie jej współpracować.

Wydawać by się mogło, że środowisko akademickie obracające się w tematyce okołomedycznej, a więc mającej przygotować osobę do opartej na empatii, zaufaniu i dbaniu o najlepsze dobro relacji z drugim człowiekiem, będzie świecić przykładem, brakiem znacznego procentu zachowań dyskryminacyjnych. Jednak, jak się okazuje ponad 80% ankietowanych w przytoczonym przez nas badaniu potencjalnie słyszało, było świadkami lub samemu doświadczyło dyskryminacji ze względu na płeć czy molestowania seksualnego podczas swojej medycznej edukacji. Ze wszystkich tych kontekstów większy procent zgłoszeń stanowiły kobiety, a największa różnica co do udziału kobiet i mężczyzn (z przewagą tych pierwszych) dotyczyła bezpośrednio doświadczonych zdarzeń [87].

Środowiska różnych dziedzin medycyny są kształtowane przez osoby o podobnych zainteresowaniach, ambicjach, czy wartościach, jak również cechach charakteru czy temperamencie. Oczywiście jest, że nie są to grupy homogenne, jednak pewne atrybuty czy oczekiwania są na tyle mocno zaakcentowane, że już podczas klinicznych lat studiów uczestniczący_e w zajęciach studenci_tki wyrabiają sobie opinie mogące rzutować na ich przyszłe wybory dotyczące specjalizacji – doświadczenia pozytywne zwiększają prawdopodobieństwo rozważenia konkretnej drogi kariery, natomiast negatywne mogą przyczynić się do jej odrzucenia. Także tutaj znacznie większy procent ankietowanych uważających, że przykre doświadczenia wpłynęły na ich decyzję o wyborze specjalizacji, stanowiły kobiety [87], co każe nam zwrócić na nie dodatkowo uwagę jako na grupę szczególnego ryzyka.

Niezależnie od płci osób studiujących, najczęściej dyskryminacja jest przez nich zauważalna w przypadku chirurgii ogólnej oraz ginekologii i położnictwa, najniższa natomiast w psychiatrii, pediatrii oraz medycynie rodzinnej. Nie jest to problem dotyczący jedynie osób uczących, a także pacjentów_ek, będących integralną



częścią klinicznych zajęć studentów_ek, którzy_e często nie mają wykształconych mechanizmów ani metod pomagających w radzeniu sobie z nieprzyjemnymi komentarzami [88].

Problem z chirurgią rozpoczyna się od samej niedoreprezentacji kobiet na kierowniczych stanowiskach, mimo zwiększającej się liczby studentek medycyny a także rezydentek specjalizacji chirurgicznych [89]. Seksizm jest także utrudnieniem w karierze w kontekście akademickim. Przekłada się to także na mentorstwo: z przytoczonych badań wynika, że większość studentów płci męskich odnajduje mentora w mężczyźnie, w drugiej kolejności w osobach obu płci, jednak żaden ze studentów nie zgłosił posiadania za mentorkę tylko i wyłącznie kobiety. W przypadku studentek wyłączność menterek pojawia się, jednak proporcje zostają zachowane jak w przypadku studentów (najczęściej mentorem jest mężczyzna, w drugiej kolejności przedstawiciele obu płci, na końcu statystyk pojawiają się kobiety). Większość osób z macicami, które uznają wzór do naśladowania za istotny w wyborze kariery posiada mentora płci męskiej. Co dodatkowo warto zaznaczyć, to nie fakt braku kobiet na kierowniczych stanowiskach czy mniejszości kobiet w chirurgii stanowi dla studentek największą barierę w wyborze specjalizacji zabiegowej, a jej opinia jako „klubu dla dużych chłopców” [90]. Być może to byłaby wskazówka, przez pryzmat której pracę u podstaw powinno zacząć się nie od zwalczania samego niedostatku kobiet w dziedzinach chirurgicznych, a od modyfikacji modeli zachowań starszych stażem chirurgów w kierunku przyjaźniejszych kobietom.

Okazuje się także, że nawet w specjalizacji tak związanej z osobami z macicami, jaką jest ginekologia i położnictwo, gdy dochodzi do wyboru studenta do asystowania przy procedurach chirurgicznych, znacznie częściej wybierani są studenci płci męskiej. Mimo to studenci postrzegają swoją płęć jako wadę w kontekście wspomnianej specjalizacji, ze względu na częstsze niż w przypadku studentek odmowy ze strony pacjentek na ich (studentów) obecność podczas zbierania wywiadu czy przeprowadzanych badań. Jednocześnie o ile prawdą jest, że pacjentki mogą wyrażać preferencje w stosunku do żeńskiej płci osób je leczących, to jednocześnie uważają one, że znacznie większe znaczenie mają dla nich doświadczenie i zdolności w zakresie komunikacji interpersonalnej, czego może brakować osobom na etapie studiów, w przeciwieństwie do lekarzy z długoletnim stażem [91]. Dla pełni obrazu pozwolimy przytoczyć sobie kolejne badanie, w którym kobietom pokazywano zdjęcie przedstawiające kobietę i mężczyznę ginekologa_żkę. 83% zapytanych pacjentek wykazywało preferencję w kierunku lekarki, jednak gdy do zdjęcia mężczyzny dodawano przymiotniki takie jak „ciepły”, „współczujący”, czy „kompetentny”, a w przypadku zdjęcia kobiety dodawano ukończony przez nią uniwersytet oraz stwierdzenie „przyjazna osobowość”, 62% ankietowanych wybiera lekarza płci męskiej [92].

O ile więc można uznać za istotne podjęcie dyskusji na temat braku pozytywnych bodźców do zachęcania studentów płci męskiej do podjęcia specjalizacji z ginekologii i położnictwa, problem ich przedstawicieli w tej dziedzinie medycyny, obecności na kierowniczych stanowiskach i awansach nie stanowi tak znaczącego problemu jak w przypadku kobiet w chirurgii. Zaznacza się natomiast głęboko zakorzeniony, acz krzywdzący stereotyp przemawiający za większym profesjonalizmem lekarzy płci męskiej, co może przekładać się nie tylko na zachowania seksistowskie w zakresie dynamiki lekarz_ka-pacjent_ka, lecz także dawać dodatkowe impulsy męskim przełożonym czy kolegom z pracy do dyskryminacji lub dyskredytowania kompetencji kobiet kształcących się na przyszłe lekarki. Z tego też powodu powstała Fundacja Kobiety w Chirurgii, której celem jest wspieranie kobiet pracujących w specjalizacjach zabiegowych. Do jej założeń należy m.in. wyrównywanie szans, promowanie dorobku naukowego kobiet, czy rzecznictwo interesów. Z całokształtem działań można zapoznać się bezpośrednio na stronie internetowej Fundacji: kobietywchirurgii.pl.



Dyskryminacja pracowniczek systemu ochrony zdrowia

Jako studenci_tki medycyny i przyszli_le pracownicy_zki systemu ochrony zdrowia dostrzegamy również wyraźnie przejawy dyskryminacji w tym obszarze. Na świecie kobiety stanowią 67% osób pracujących w ochronie zdrowia [93], zaś w Polsce 58,8% osób wykonujących zawód lekarza_ki, 97,7% zawód pielęgniarki_za i aż 99,8% zawód położnej_go [94]. Mimo to dyskryminacja ze względu na płeć wśród osób pracujących w ochronie zdrowia jest zjawiskiem występującym bardzo powszechnie. Według opublikowanego w marcu 2022 roku raportu Będąc Młodym Lekarzem i Polek w Medycynie 82,6% medyczek wskazało, że ich zdaniem dyskryminacja ze względu na płeć w miejscu pracy w środowisku medycznym jest w Polsce powszechnym zjawiskiem, zaś 73,5% doświadczyło jej osobiście. Dane dotyczące częstości dyskryminacji różniły się znacznie w przypadku zawodów medycznych „tradycyjnie kobiecych” (położne 61,5%, pielęgniarki 68%) i „tradycyjnie męskich” (lekarki 82,6%, zaś ratowniczkki medyczne aż 93,7%) [95]. Dla porównania w szwajcarskich badaniach z tego samego czasu doświadczenie dyskryminacji ze względu na płeć w miejscu pracy w francuskojęzycznej części kraju wskazało 32% kobiet i 7% mężczyzn, zaś w części niemieckojęzycznej tylko 4% wszystkich pracowników_czek ochrony zdrowia [96,97].

W polskim raporcie najczęściej spotykanymi formami dyskryminacji były stereotypowe wypowiedzi, żarty i komentarze (72,8% respondentek), zachowania lub komentarze związane z naturą czy fizjologią kobiet, np. odniesienia do „większej emocjonalności”, czasu miesiączki lub menopauzy (68,6%), uwagi dotyczące wyglądu lub sposobu ubierania się (64,8%), a także delegowanie do zadań jak robienie kawy czy czynności opiekuńcze pod pretekstem, że „kobieta zrobi to lepiej” (59,1%).

Taka dyskryminacja zwykle zaczyna się już podczas studiów medycznych – aż 90,7% respondentek po raz pierwszy widziało lub doświadczyło ją już na uczelni [95]. Według danych amerykańskich nierówne traktowanie medyczek ze względu na płeć występuje najczęściej na wczesnym etapie kariery (76%), jednak utrzymuje się ono w pewnym stopniu przez całe życie zawodowe aż do okresu przedemerytalnego [98]. Oznacza to, że większość pracowniczek ochrony zdrowia rozpoczyna swoją pracę zawodową równolegle z byciem poddawana dyskryminacji, co może zniechęcać do dalszego rozwoju, zdobywania tytułów naukowych czy obejmowania funkcji kierowniczych, generować wątpliwości lub utratę wiary we własne możliwości. Jeśli kobiety już jako studentki medycyny słyszą komentarze o roli kobiet w medycynie, przyzwyczajają się zarówno do nich, jak i do cichej zgody na dyskryminację jako bezpieczniejszej alternatywy dla stawiania granic [95]. 87% pracowniczek ochrony zdrowia wierzy również, że pacjenci traktują je inaczej niż pracowników płci męskiej [93].

Nierówne traktowanie pracowniczek ochrony zdrowia ze względu na płeć zdaje się być szczególnie wyrażone w specjalizacjach zabiegowych, które są wybierane przez kobiety 3 razy rzadziej niż przez mężczyzn. Może być to związane z tradycyjnym postrzeganiem tych dziedzin jako tych, gdzie toksyczna męskość jest bardziej powszechna i akceptowana. Kobiety znacznie częściej wybierały specjalizacje takie jak medycyna rodzinna, ginekologia i położnictwo czy choroby wewnętrzne, co zaskutkowało nierównościami w dystrybucji płci wśród wielu dziedzin medycyny i kwalifikowaniem ich potocznie jako „kobiece” i „męskie” [99].

Wśród kobiet pracujących w specjalizacjach zabiegowych dyskryminacji doświadczyło 85,4% respondentek – w porównaniu do 75,6% lekarek specjalizacji niezabiegowych. Prawie 31% ankietowanych kobiet wyczuwało zagrożenia tego rodzaju już na etapie wyboru specjalizacji i ostatecznie zdecydowało się na inną niż planowały właśnie z obawy przed dyskryminacją bądź z powodu przekonania, że „nie jest to dziedzina dla kobiet” [95]. W australijskim badaniu wśród różnych specjalizacji zabiegowych przejawy dyskryminacji były zgłaszane najczęściej przez chirurgki naczyniowe, dziecięce,



ogólne i plastyczne [100]. Mimo tak silnej dyskryminacji kobiet wybierających specjalizacje zabiegowe badania pokazują, że pacjenci_tki nie wykazują żadnych statystycznie istotnych preferencji wobec płci osoby wykonującej operację [101].

Jedną z przyczyn odsuwania kobiet od specjalizacji zabiegowych może być postrzeganie tych dziedzin jako wymagających większej dyspozycyjności czasowej, która zmniejsza się w czasie ciąży czy macierzyństwa. Medyczki pracują średnio o 3-4 godziny tygodniowo mniej niż medycy, co jest związane głównie z obowiązkami domowymi i rodzinnymi. 82% pracowniczek ochrony zdrowia przyznaje, że równowaga między życiem zawodowym i rodzinnym to dla nich duże wyzwanie w pracy w medycynie [93]. Mimo że jest to nielegalne, prawie połowa ankietowanych pracujących w Polsce medyczek usłyszała na rozmowie o pracę pytanie o plany reprodukcyjne lub posiadanie dzieci.

Problemem dla pracownic systemu ochrony zdrowia mogą być również obniżone w porównaniu do mężczyzn perspektywy rozwoju. 18,4% respondentek polskiej ankiety wskazało doświadczenie utrudnienia awansu z uwagi na płeć, a 23,8% - utrudniony dostęp do szkoleń, konferencji i stypendiów [95]. Mimo że kobiety stanowią 70% światowych zasobów ludzkich osób pracujących w sektorze ochrony zdrowia, obsadzają tylko 25% stanowisk kierowniczych w tej dziedzinie. Reprezentują także jedynie 20% dziekanów najlepszych uczelni medycznych na świecie. Mniej kobiet niż mężczyzn jest również obecnych w składzie zespołów recenzentek i redaktorskich czasopism, a naukowczynie mają mniejsze szanse na opublikowanie takiej liczby artykułów w pierwszej dekadzie działalności naukowej jak ich koledzy naukowcy [98]. Raporty wskazują, że skoro perspektywy awansów zawodowych są zwykle oferowane osobom pracującym 60-70 godzin tygodniowo, faworyzują one mężczyzn samotnych lub pozostających w związkach z drugą osobą zajmującą się domem, a odsuwają te możliwości od kobiet, które poświęcają istotną część swojego czasu na pełnienie ról społecznych matek czy żon [102].

Ponad 1/5 biorących udział w ankiecie BML Polek odpowiedziała, że otrzymywała niższe wynagrodzenie niż mężczyźni na tym samym stanowisku [95]. Na poziomie światowym lekarki zarabiają średnio o 28% gorzej niż lekarze mężczyźni. W niektórych stanach USA ta dysproporcja przekłada się nawet na niewiarygodne 134 499 \$ różnicy w zarobkach rocznie. Największe rozbieżności dotyczyły hematologii, medycyny pracy i urologii, a najmniejsze specjalizacji pediatrycznych i geriatricznych [103]. W Polsce mediana przychodu lekarek stanowi niecałe 66% mediany przychodu lekarzy. Dysproporcja zarobków ze względu na płeć dotyczy każdego analizowanego zawodu medycznego – dentystyki zarabiają 68%, fizjoterapeutki 71%, diagnostki laboratoryjne 76%, położne 77%, a pielęgniarki 80% tego, co mężczyźni wykonujący te same zawody [104].

Poza ekonomiczną stroną dyskryminacji ze względu na płeć w ochronie zdrowia, jeszcze bardziej niepokojące jest występowanie przypadków molestowania seksualnego medyczek. 31,5% kobiet pracowało lub studiowało w miejscu z wystrojem ubliżającym kobietom (np. gabinety z plakatami pornograficznymi), 51,4% spotkało się z uwagami i aluzjami dotyczącymi seksualności i kobiecego ciała, 47,3% doświadczyło kontaktu fizycznego bez zgody, a 21,6% otrzymało propozycje czynności seksualnych. Liczby te są jeszcze wyższe wśród lekarek specjalizacji zabiegowych.

Sprawcami dyskryminacji najczęściej byli nauczyciele akademicki (76,8%), pacjenci (74,4%), współpracownicy (69,5%), przełożeni (54,4%), nie tak rzadko zdarzało się jednak również nierówne traktowanie ze strony innych kobiet – współpracowniczek (32,2%), przełożonych (23,5%), nauczycielek akademickich (23,2%) i pacjentek (21,1%) [95].



Jednakże ankietowani mężczyźni w przeważającej części wskazywali, że dyskryminacja medyczek nie jest problemem powszechnym – odpowiedzi takiej udzieliło 72,7% respondentów. Dla porównania wśród kobiet było to tylko 17,4% [95].

Mówiąc o dyskryminacji ze względu na płeć w ochronie zdrowia należy wspomnieć również o problemach, których doświadczają pielęgniarki i położnicy wykonujący zawody znacznie powszechniej wybierane przez kobiety. Pielęgniarki są nierzadko uważani przez pacjentów za osoby o orientacji homoseksualnej. Często bywają oni myleni z lekarzami, podobnie jak lekarki bywają przez pacjentów brane za pielęgniarki, zgodnie z zakorzenionym w społeczeństwie przeświadczeniem, że zawód lekarza jest „bardziej odpowiedni” dla mężczyzn, a zawód pielęgniarki dla kobiet, co znajduje również odzwierciedlenie w ich oficjalnym nazewnictwie w ustawach. Również podczas studiów pielęgniarskich mówiąc o osobie pracującej w tym zawodzie używa się najczęściej zaimka „ona”. Nierzadkie są relacje pielęgniarzy wyprasanych z sal pacjentek ze względu na przekonania religijne i kulturowe, niedopuszczanych do procedur medycznych takich jak cewnikowanie czy otrzymujących pozwolenie na wykonanie badań związanych z dotykiem pacjentki wyłącznie w obecności drugiej osoby jako „przyzwoitki”. W niektórych krajach pielęgniarki mają ograniczony dostęp do pracy na oddziałach ginekologiczno-położniczych, a przez to nie mogą obejmować wyższych stanowisk w zarządzaniu kadrą pielęgniarską, gdyż te pozycje wymagają często doświadczenia położniczego [105,106]. Mimo wymienionych problemów pielęgniarki i tak zarabiają rocznie nawet 6 000 \$ więcej niż pielęgniarki [107].

Kobiety w nauce

W XXI w. kobiety są nadal pomijane w nauce. Mówiąc o EBV, słyszymy często niepoprawną polską odmianę „wirus Epsteina-Barra”, podczas kiedy Yvonne Barr była naukowczynią i poprawna odmiana to „wirus Epsteina-Barr”. Nawet w przypadku chorób, które statystycznie znacznie częściej dotyczą kobiet – jak rak piersi – spotyka się błędne nazewnictwo. Przykładem jest „zespół Cowdena”, którego prawidłowa nazwa powinna brzmieć „zespół Cowden”, gdyż jego nazwa pochodzi od pacjentki, u której został rozpoznany. Niewiele mówi się również o tym, że skala powszechnie używana do określania stanu noworodka po urodzeniu nazywana „skalą Apgar” jest akronimem wtórnym, gdyż nazwa pierwotnie powstała od nazwiska anestezjolożki dr Virginii Apgar [108].

W raporcie „Piękne umysły – rola kobiet w świecie nauki” z 2016 r. zapytano ankietowanych, których odkryć naukowych dokonali mężczyźni, a których kobiety. Przedstawione w ankiecie były: odkrycie, że gwiazdy składają się w 98% z helu i wodoru, odkrycie, że wirus ludzkiego niedoboru odporności (HIV) powoduje AIDS oraz odkrycie genu BRCA1, odpowiedzialnego za raka piersi i jego dziedziczenie. Tychże odkryć dokonały odpowiednio naukowczynie Cecilia Payne-Gaposchkin, Françoise Barre-Sinoussi i Mary-Claire King. Natomiast tylko nieliczni ankietowani głosowali za kobietami – odpowiednio 7,5%, 10% i 22%. Za stwierdzeniami, że były to odkrycia mężczyzn było znacznie więcej głosów – odpowiednio 43,7%, 40,1% i 26,2% [109].

Pomimo, iż na uczelniach w Polsce jest więcej doktorantek niż doktorantów, to kobiety otrzymujące tytuł naukowy profesora stanowią tylko 20% wszystkich nadanych tytułów. Wśród wszystkich dziedzin nauki najbardziej zmaskulinizowane są nauki techniczne i inżynieryjne, gdzie wśród doktorów mężczyźni stanowią 70%, a doktorów habilitowanych 80% [110]. W skali globalnej widać znaczne nierówności w dziedzinach STEM (*science, technology, engineering, mathematics*) – kobiety stanowią mniej niż 30% osób w nich pracujących [111].



W przypadków pracowników_czek decyzyjnych procent ten jest jeszcze niższy. Ma to również swoje odzworowanie w Polsce, gdzie na wysokich stanowiskach na uczelniach wyższych kobiety zajmują 19,6% wszystkich stanowisk (dane z 2019 r.) [112].

Wśród przyczyn braku zajmowania przez kobiety wysokich stanowisk w dziedzinie nauki 3 najczęściej udzielane przez respondentów_ki badania ankietowego [109] odpowiedzi (29% i dwukrotnie 22%) to brak wsparcia przez władze firm, czynniki kulturowe oraz zajmowanie najwyższych stanowisk przez mężczyzn. Druga najczęściej podawana przyczyna, czyli czynniki kulturowe, wiąże się z przekonaniem, że kobiety, które realizują się w życiu zawodowym i robią karierę, przedkładają życie zawodowe nad życie rodzinne, jak uważa prawie połowa ankietowanych. Wyniki te zależą od wieku respondentów – wśród osób do 24 lat z przedstawionym wyżej stwierdzeniem zgadza się 38% i wynik ten systematycznie rośnie, aż do 50% wśród osób w wieku 50-59 lat.

Statystycznie kobiety mają mniejszą szansę uzyskania Nagrody Nobla – spośród 934 nagrodzonych osób, tylko 58 to kobiety [113]. Jednym z możliwych powodów mniejszego rozwoju naukowego mogą być częstsze doświadczenia kobiet niż mężczyzn związane z utrudnianiem lub zniechęcaniem do wnioskowania o finansowanie projektów badawczych. Wśród badanych zgłaszających wnioski do Narodowego Centrum Nauki 20% kobiet i 16% mężczyzn doświadczyło utrudnień podczas procesu ich składania [114]. Kobiety zgłaszają w badaniu również mniejszy poziom zadowolenia ze wsparcia merytorycznego oraz administracyjnego. W przypadku pozyskiwania funduszy w konkursach zagranicznych również są zauważalne nierówności płciowe. W programach grantowych *UK Biotechnology and Biological Sciences Research Council* kobiety mają 17% szans sukcesu, co wydaje się być bardzo niskim procentem w porównaniu do 44% mężczyzn [115]

Gdy już jednak uda się uzyskać finansowanie oraz przeprowadzić projekt badawczy i napisać pracę badawczą, kobiety mają mniejsze szanse w uzyskaniu najwyższych odznaczeń. Badanie *All Yale School of Medicine (YSM)* porównujące 1120 prac badawczych z lat 2003-2015 pokazuje, że 50,9% prac zostało stworzonych przez kobiety, ale tylko 30,9% z tych prac otrzymało najwyższe odznaczenia [116]. Praca ta pokazuje, że jeszcze przed ukończeniem studiów mężczyźni zdobywają wyższe wyróżnienia za porównywalne badania naukowe.

Autorzy_ki: Karolina Mikołaj, Ewa Majcherek, Aleksandra Pyrek, Nikolas Biziorek, Ewa Szplit, Anna Andrzejewska, Maria Bendykowska, Agnieszka Ronczoszek.



Bibliografia:

- [1] Lidia Marszałek, Kulturowe uwarunkowania roli kobiet we współczesnym społeczeństwie, *Seminare. Poszukiwania naukowe* 25, 267-279 2008, https://bazhum.muzhp.pl/media/files/Seminare_Poszukiwania_naukowe/Seminare_Poszukiwania_naukowe-r2008-t25/Seminare_Poszukiwania_naukowe-r2008-t25-s267-279/Seminare_Poszukiwania_naukowe-r2008-t25-s267-279.pdf.
- [2] Encyklopedia PWN, <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/plec-kulturowa;3958385.html>.
- [3] Leon Dyczewski, „Kobieta w rodzinie i społeczeństwie”, http://cw.kul.lublin.pl/Content/27342/10_kobieta_w_rodzinie.pdf.
- [4] Centrum Badania Opinii Społecznych, Komunikat z badania Nr 127/2018 „Kobiety i mężczyźni w domu”.
- [5] Directorate-General for Internal Policies of the Union (European Parliament), i in. Women’s Rights and Well-Being in a Post-Covid World: Internet of Things (IoT) and Related Abuses, New Ways of Working, Teleworking, Tele Learning, Unpaid Care and Housework, Women in Leadership and Decision Making Process. Publications Office of the European Union, 2021. Publications Office of the European Union, <https://data.europa.eu/doi/10.2861/952397>.
- [6] Gender-sensitive language, ESCWA https://www.unescwa.org/sites/default/files/services/doc/guidelines_gender-sensitive_language_e-a.pdf [dostęp 10.04.2022].
- [7] Michela Menegatti i Monica Rubini, „Gender Bias and Sexism in Language”, 26.09.2017 <https://oxfordre.com/view/10.1093/acrefore/9780190228613.001.0001/acrefore-9780190228613-e-470> [dostęp 10.04.2022].
- [8] Parlament Europejski, „Język Neutralny Płciowo”, 2018 https://www.europarl.europa.eu/cmsdata/187107/GNL_Guidelines_PL-original.pdf, dostęp 10.04.2022.
- [9] UNESCO, „Guidelines on Gender-Neutral Language”, 1999 <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000377299> [dostęp 10.04.2022].
- [10] Rada Języka Polskiego, „Stanowisko Rady Języka Polskiego przy Prezydium PAN w sprawie żeńskich form nazw zawodów i tytułów”, 25.11.2019 https://rjp.pan.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=1861:stanowisko-rjp-w-sprawie-zenskich-form-nazw-zawodow-i-tytulow [dostęp 10.04.2022].
- [11] dr Justyna Pokojaska, dr hab. Renata Włoch, Wiktoria Bańska, Natalia Drózdź, Maja Rynkowska, „Kobiety w „męskich” zawodach”, 2020 <https://www.delab.uw.edu.pl/wp-content/uploads/2020/09/Kobiety-w-meskich-zawodach-raport-1.pdf> [dostęp 10.04.2022].
- [12] Julia Sawicka, „Język wrażliwy na płeć w edukacji. Analiza wybranych dokumentów uniwersyteckich”, 2021 <https://pressto.amu.edu.pl/index.php/kse/article/download/29748/26385/> [dostęp 10.04.2022].
- [13] <https://www.un.org/en/gender-inclusive-language/> [dostęp 10.04.2022].
- [14] Dolnośląska Akademia Gender, „Poradnik równościowy”, 2011 https://umwd.dolnyslask.pl/fileadmin/user_upload/Organizacje_pozarządowe/Dolnoslaska_Akademia_Gender-Poradnik_Rownosciowy_F-Grejpfrut.pdf [dostęp 10.04.2022].
- [15] Piotr Fliciński, „współczesny słownik frazeologiczny”, 2012 https://repozytorium.amu.edu.pl/bitstream/10593/25561/1/Piotr%20Flici%20%5B%84ski_Wspolczesny_sloownik_frazeologiczny_author%27s%20version.pdf [dostęp 10.04.2022].
- [16] Komitet Ministrów Rady Europy, „Zrównoważone uczestnictwo kobiet i mężczyzn w podejmowaniu decyzji politycznych i publicznych”, 12.03.2003 <https://rm.coe.int/1680591600> [dostęp 10.04.2022].



- [17] Komitet Ministrów Rady Europy, „Rada Europy Strategia na rzecz równości płci”, 2018 <https://rm.coe.int/gender-equality-strategy-2018-2023-pl/168097fa52> [dostęp 10.04.2022].
- [18] Sabine Schesny, Magda Formanowicz, Franziska Moser, „Can Gender-Fair Language Reduce Gender Stereotyping and Discrimination?”, 2016 <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2016.00025/full> [dostęp 10.04.2022].
- [19] Parlament Europejski, „Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej”, 2016 <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:12016P/TXT&from=DE> [dostęp 10.04.2022].
- [20] Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych, „Konwencja w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet”, 18.12.1979 <https://amnesty.org.pl/wp-content/uploads/2016/04/Konwencja-Likwidacja-dyskryminacji-kobiet.pdf> [dostęp 10.04.2022].
- [21] Bogatko K., Drabarz A., Śmiszek K. „Przeciwko dyskryminacji. Poradnik prawny”. Fundacja Fundusz Współpracy; 2013. http://www.ptpa.org.pl/site/assets/files/1029/przecwi_dyskryminacji_-_poradnik_prawny.pdf
- [22] Czym jest dyskryminacja. <http://bip.brpo.gov.pl/pl/content/czym-jest-dyskryminacja> [dostęp 24.04.2022].
- [23] Świadomość prawna w kontekście równego traktowania 2016. Kantar Public, 9 listopada roku 2016, <https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/%C5%9Awiadomo%C5%9B%C4%87%20prawna%20w%20kontek%C5%9Bcie%20r%C3%B3wnego%20traktowania%20-%20Raport%20Kantar%20Public%20dla%20Biura%20Rzecznika%20Praw%20Obywatelskich%20%281%29.pdf>
- [24] Kobiety i mężczyźni na rynku pracy. Nr 128/2018, CBOS, Październik 2018, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2018/K_128_18.PDF
- [25] Witkowska, Dorota, i Aleksandra Matuszewska-Janica. Czynniki determinujące dysproporcje w wynagrodzeniach kobiet i mężczyzn w krajach Unii Europejskiej. 2021, https://ws.stat.gov.pl/WS/2021/3/gus_ws_2021_03_dorota_witkowska_aleksandra_matuszewska-janica_czynniki_determinujace_dysproporcje_w_wynagrodzeniach.pdf
- [26] Luka płacowa w zarobkach kobiet. Jak z nią walczyć - RPO do Ministra Rozwoju, Pracy i Technologii. <http://bip.brpo.gov.pl/pl/content/luka-placowa-rownosc-kobiet-mezczyzn-gender-pay-gap-rpo-zmiany-kodeks-pracy-zarobki> Udostępniono 24 kwiecień 2022
- [27] Agencja interaktywna EURA7, Raport: Bo jestem dziewczynką. Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie “Niebieska Linia” <https://www.niebieskalinia.pl/aktualnosci/aktualnosci/raport-bo-jestem-dziewczynka> [dostęp 24.04.2022].
- [28] Kobieta Aktywna. 2007, https://wuppozn.praca.gov.pl/documents/161065/1005009/Raport_z_badania_Kobieta_aktywna.pdf/e249f61d-7245-4d34-838e-b0f69b12adc0?t=1410133895000
- [29] „Gender Equality Index | 2020 | Poland”. European Institute for Gender Equality, <https://eige.europa.eu/gender-equality-index/2020/country/PL> [dostęp 24.04.2022].
- [30] Andreoni, James, i Petrie Ragan . Beauty, gender and stereotypes: Evidence from laboratory experiments. 2007, <https://econweb.ucsd.edu/~jandreon/Publications/JEPsy2008.pdf>
- [31] Cialdini, R. Wywieranie wpływu na ludzi. Teoria i praktyka. 2013.
- [32] Gawlicz, Katarzyna, i in. Dyskryminacja w szkole – obecność nieusprawiedliwiona. Towarzystwo Edukacji Antydyskryminacyjnej, 2015, https://eige.europa.eu/docs/78_PL.pdf
- [33] <https://www.niebieskalinia.pl/aktualnosci/aktualnosci/kobieta-w-jezyku-kobieta-w-podreczniku>



- [34] Desperak, Izabela. Stereotypy ról kobiet w reklamie telewizyjnej i praktyce rynku pracy. 2001, <https://dSPACE.uni.lodz.pl/bitstream/handle/11089/10966/Folia%20Sociologia%2029%202001%207-70.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- [35] Świadomość prawna w kontekście równego traktowania 2018. Kantar Public, 2018, <https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Badania%20Kantar%20Public%20dla%20RPO%20o%20postrzeganiu%20dyskryminacji%20przez%20Polakow%20w%202018%20r.pdf>.
- [36] Gender gap po polsku. Stowarzyszenia Women in Technology Poland, 2020, https://womenintechology.pl/wp-content/themes/women-in-technology/assets/pdf/Gender_gap_po_polsku.pdf
- [37] Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy. Dz. U. 1974 Nr 24 poz. 141, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19740240141/U/D19740141Lj.pdf>
- [38] Gender gap po polsku. Stowarzyszenia Women in Technology Poland, 2020, https://womenintechology.pl/wp-content/themes/women-in-technology/assets/pdf/Gender_gap_po_polsku.pdf
- [39] „The Life of Women and Men in Europe – Earnings”. The Life of Women and Men in Europe, <https://stat.gov.pl/kobiety-i-mezczyzni-w-europie/bloc-2d.html?lang=pl> [dostęp 24.04.2022].
- [40] Kobiety i mężczyźni w domu. Nr 127/2018, CBOS, 2018, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2018/K_127_18.PDF
- [41] Rosnąca siła kobiet – kobiety na rynku pracy. BIGRAM, THINKTANK, 2022, https://think-tank.pl/wp-content/uploads/2022/01/ROSNACA-SILA-KOBIET-FINAL_raport.pdf
- [42] Świadomość prawna w kontekście równego traktowania 2018. Kantar Public, 2018, <https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Badania%20Kantar%20Public%20dla%20RPO%20o%20postrzeganiu%20dyskryminacji%20przez%20Polakow%20w%202018%20r.pdf>
- [43] Luka płacowa w zarobkach kobiet. Jak z nią walczyć – RPO do Ministra Rozwoju, Pracy i Technologii. <http://bip.brpo.gov.pl/pl/content/luka-placowa-rownosc-kobiet-mezczyzn-gender-pay-gap-rpo-zmiany-kodeks-pracy-zarobki> [dostęp 24.04.2022].
- [44] Dyskryminacja ze względu na wiek na polskim rynku pracy – diagnoza. Polski Instytut Ekonomiczny, 2021, https://pie.net.pl/wp-content/uploads/2022/02/PIE-Raport_Ageizm.pdf
- [45] The pink tax. <https://www.listenmoneymatters.com/the-pink-tax/> [dostęp 15.03.2022].
- [46] What's the average weight for women? <https://www.healthline.com/health/womens-health/average-weight-for-women> [dostęp 4.02.2020].
- [47] <https://www1.nyc.gov/assets/dca/downloads/pdf/partners/Study-of-Gender-Pricing-in-NYC.pdf>
- [48] „Antykoncepcja hormonalna: rodzaje, wady i zalety, skuteczność, cena i skutki uboczne”. Receptomat, <https://receptomat.pl/problem/antykoncepcja-hormonalna>. [dostęp 5.05.2022].
- [49] <https://mamadu.pl/157473,ile-miesiecznie-kobiety-wydaja-na-urode-500-zl-to-jeszcze-nic> [dostęp 24.11.2021].
- [50] Różowa Skrzyneczka, <https://www.rozowaskrzyneczka.pl/o-nas> [dostęp 14.08.2022].
- [51] Plataforma SINC, Medical Textbooks Use White, Heterosexual Men As A ‘Universal Model’. ScienceDaily, 2008, <https://www.sciencedaily.com/releases/2008/10/081015132108.htm>. [dostęp 9.05.2022].
- [52] Anja F Dijkstra, Petra Verdonk, Antoine L M Lagro-Janssen, Gender bias in medical textbooks: examples from coronary heart disease, depression, alcohol abuse and pharmacology. Medical Education. 2008 Sep; 42(10):1021-1028 <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2008.03150.x> [dostęp 9.05.2022].



- [53] Sundbom, Lena Thunander, Are Men Under-Treated and Women over-Treated with Antidepressants? Findings from a Cross-Sectional Survey in Sweden. *BJPsych Bulletin*. 2017 Jun; 41(3): 145–50. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.116.054270> [dostęp 9.05.2022].
- [54] Rynkiewicz A, Łucka I, Zaburzenia ze spektrum autyzmu (ASD) u dziewcząt. Współwystępujące zespoły psychopatologiczne. Różnice międzypłciowe w obrazie klinicznym. *Psychiatr. Pol.* 2018; 52(4): 629–639 <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/58837> [dostęp 9.05.2022].
- [55] GUS, Zgony według przyczyn za I półrocze 2020 roku - dane wstępne. *stat.gov.pl*. 2021 Feb; <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/statystyka-przyczyn-zgonow/zgony-wedlug-przyczyn-za-i-polrocze-2020-roku-dane-wstepne,9,1.html>. [dostęp 9.05.2022].
- [56] Johnson SM, Karvonen CA, Phelps CL, Nader S, Sanborn BM. Assessment of analysis by gender in the Cochrane reviews as related to treatment of cardiovascular disease. *J Womens Health (Larchmt)*. 2003 Jun;12(5):449-57. doi: 10.1089/154099903766651577 [dostęp 9.05.2022].
- [57] Yakerson A, Women in clinical trials: a review of policy development and health equity in the Canadian context. *International Journal for Equity in Health*. 2019 Apr; 18(1):56. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0954-x>. [dostęp 9.05.2022].
- [58] Ridker P, A Randomized Trial of Low-Dose Aspirin in the Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Women. *The New England Journal of Medicine*. 2005 Mar; 352(13): 1293–304. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa050613>. [dostęp 9.05.2022].
- [59] van Kruijsdijk, Rob CM, Individualised Prediction of Alternate-Day Aspirin Treatment Effects on the Combined Risk of Cancer, Cardiovascular Disease and Gastrointestinal Bleeding in Healthy Women. *Heart (British Cardiac Society)*. 2015 Mar; 101(5): 369–76. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2014-306342> [dostęp 9.05.2022].
- [60] Association, Press, Thalidomide Scandal: 60-Year Timeline. *The Guardian*. 2012 Sep. <https://www.theguardian.com/society/2012/sep/01/thalidomide-scandal-timeline>. [dostęp 9.05.2022].
- [61] Burrowes K, Gender Bias in Medicine and Medical Research Is Still Putting Women's Health at Risk. *The Conversation*. 2021 Mar; <http://theconversation.com/gender-bias-in-medicine-and-medical-research-is-still-putting-womens-health-at-risk-156495>. [dostęp 9.05.2022].
- [62] Kessler D, Guidance for Industry. US Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration. 1993 Jul; 58(139): 39405-39416 <https://www.fda.gov/media/75648/download> [dostęp 9.05.2022].
- [63] Blewer A, Gender Disparities Among Adult Recipients of Bystander Cardiopulmonary Resuscitation in the Public. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*. 2018 Aug; 11(8): 004710 <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.118.004710> [dostęp 9.05.2022].
- [64] Perman S i.in., Public Perceptions on Why Women Receive Less Bystander Cardiopulmonary Resuscitation Than Men in Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *Circulation*. 2019 Feb; 139(8): 1060–68. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.118.037692>. [dostęp 9.05.2022].
- [65] As-Sanie S i.in., Assessing Research Gaps and Unmet Needs in Endometriosis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2019 Aug; 221(2): 86–94. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.02.033>. [dostęp 9.05.2022].
- [66] G. Hudelist i.in., Diagnostic delay for endometriosis in Austria and Germany: causes and possible consequences. *Human Reproduction*. 2012 Dec; 27(12): 3412–3416, <https://doi.org/10.1093/humrep/des316> [dostęp 9.05.2022].
- [67] Agarwal SK i in., Clinical diagnosis of endometriosis: a call to action. *Am J Obstet Gynecol*. 2019 Apr; 220(4): 354.1-354.12. doi: 10.1016/j.ajog.2018.12.039 [dostęp 9.05.2022].



- [68] Fourquet J, Zavala DE, Missmer S, Bracero N, Romaguera J, Flores I. Disparities in healthcare services in women with endometriosis with public vs private health insurance. *Am J Obstet Gynecol.* 2019 Dec; 221(6): 623.1-623.11. doi: 10.1016/j.ajog.2019.06.020. [dostęp 9.05.2022].
- [69] World Health Organization, Gender and HIV/AIDS. World Health Organization. 2003 Nov <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68892> [dostęp 22.08.2022].
- [70] Rao Gupta G, Whelan D, Allendorf K, Integrating gender into HIV/AIDS programmes : a review paper. World Health Organization. 2003 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42599> [dostęp 22.08.2022].
- [71] UNAIDS, Women and HIV – A spotlight on adolescent girls and young women. UNAIDS. 2019 https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019_women-and-hiv_en.pdf [dostęp 22.08.2022].
- [72] Rao Gupta G, Whelan D, Allendorf K, Integrating gender into HIV/AIDS programmes : a review paper. World Health Organization. 2003 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42599> [dostęp 22.08.2022].
- [73] Institute of Medicine (US) Committee on Ethical and Legal Issues Relating to the Inclusion of Women in Clinical Studies, Women and Health Research: Ethical and Legal Issues of Including Women in Clinical Studies. 1994; 1 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK236536/>. [dostęp: 09.05.2022]
- [74] World Health Organization, Transgender people and HIV. World Health Organization, 2015 Jul https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179517/WHO_HIV_2015.17_eng.pdf [dostęp 22.08.2022].
- [75] Centers for Disease Control and Prevention, HIV Infection, Risk, Prevention, and Testing Behaviors Among Heterosexually Active Adults at Increased Risk for HIV Infection—National HIV Behavioral Surveillance, 23 U.S. Cities, 2019. HIV Surveillance Special Report 26. 2021 Jan; <https://www.cdc.gov/hiv/library/reports/hiv-surveillance.html> [dostęp 22.08.2022].
- [76] Buttar A, Seward S, Enovid: The First Hormonal Birth Control Pill. Embryo Project Encyclopedia. 2009 Jan; <http://embryo.asu.edu/handle/10776/1956>. [dostęp 22.08.2022].
- [77] Long JE, Lee MS, Blithe DL, Update on Novel Hormonal and Nonhormonal Male Contraceptive Development. *J Clin Endocrinol Metab.* 2021 May; 106(6): 2381-2392. doi: 10.1210/clinem/dgab034. [dostęp 22.08.2022].
- [78] Obwieszczenie Ministra Rozwoju i Technologii z dnia 15 kwietnia 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Infrastruktury w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie, Dz.U. 2022 poz. 1225, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20220001225/O/D20221225.pdf> strona 19 [dostęp 9.05.2022].
- [79] Baillie M, Fraser S, Brown M, Do women spend more time in the bathroom than men? *Psychological Reports,* 2009; 105(3): 789–790 [dostęp 9.05.2022].
- [80] Al-Badr A, Al-Shaikh G, Recurrent Urinary Tract Infections Management in Women. *Sultan Qaboos University Medical Journal.* 2013 Aug; 13(3): 359–67 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3749018/>. [dostęp 9.05.2022].
- [81] Bovens L, Marcoci A, The gender-neutral bathroom:a new frame and some nudges. *Behavioural Public Policy.* 2020 Jul; 1-24 https://www.researchgate.net/publication/343082440_The_gender-neutral_bathroom_a_new_frame_and_some_nudges [dostęp 9.05.2022].
- [82] Krzysztof Śmiszek, Wiktor Dynarski. Sytuacja prawna osób transpłciowych w Polsce : raport z badań i propozycje zmian. Warszawa: Polskie Towarzystwo Prawa Antydyskryminacyjnego; 2013. http://www.ptpa.org.pl/site/assets/files/1029/sytuacja_prawna_osob_transpłciowych_w_polsce.pdf.
- [83] Anna Pudło, Niedyskryminacja osób transseksualnych w świetle prawa europejskiego *Roczniki Administracji i Prawa* 14/2, 79-86 2014 [Roczniki Administracji i Prawa-r2014-t14-n2-s79-86.pdf](https://www.uz.gov.pl/roczniki-administracji-i-prawa-r2014-t14-n2-s79-86.pdf) (muzhp.pl).
- [84] Wyzwania wobec osób transpłciowych, FRA Agencja Praw Podstawowych Unii Europejskiej, 2009 [1228-Factsheet-homophobia-transgender_PL.pdf](https://www.fra.europa.eu/media/default/attachement_data/object/attachment_data/object/1228-factsheet-homophobia-transgender_PL.pdf) (europa.eu).



- [85] Emilia Doroszkiewicz Uniwersytet w Białymstoku, *Dyskryminacja osób transpłciowych w sferze zatrudnienia „Pracownik i Pracodawca” 2019* [Dyskryminacja osób transpłciowych w sferze zatrudnienia | Pracownik i Pracodawca \(umk.pl\)](#).
- [86] „Historyczny wyrok sądu: osoby transpłciowe pod ochroną prawa w zatrudnieniu”. Kampania Przeciw Homofobii, 5 październik 2020, <https://kph.org.pl/historyczny-wyrok-sadu-osoby-transpłciowe-pod-ochrona-prawa-w-zatrudnieniu/>. [dostęp 11.10.2021].
- [87] Stratton, Terry D.; McLaughlin, Margaret A.; Witte, Florence M.; Fosson, Sue E.; Nora, Lois Margaret (2005). Does Students' Exposure to Gender Discrimination and Sexual Harassment in Medical School Affect Specialty Choice and Residency Program Selection?. *Academic Medicine*, 80(4), 400–408. doi:10.1097/00001888-200504000-00020
- [88] Nora, Lois Margaret; McLaughlin, Margaret A.; Fosson, Sue E.; Stratton, Terry D.; Murphy-Spencer, Amy; Fincher, Ruth-Marie E.; German, Deborah C.; Seiden, David; Witzke, Donald B. (2002). Gender Discrimination and Sexual Harassment in Medical Education. *Academic Medicine*, 77(12, Part 1), 1226–1234. doi:10.1097/00001888-200212000-00018
- [89] Burgos, Carmen M.; Josephson, Anna (2014). Gender differences in the learning and teaching of surgery: a literature review. *International Journal of Medical Education*, 5(0), 110–124. doi:10.5116/ijme.5380.ca6b
- [90] Gargiulo, Debra A. (2006). Women in Surgery. *Archives of Surgery*, 141(4), 405–. doi:10.1001/archsurg.141.4.405
- [91] Chang, Judy C.; Odrobina, Michele R.; McIntyre-Seltman, Kathleen (2010). The Effect of Student Gender on the Obstetrics and Gynecology Clerkship Experience. *Journal of Women's Health*, 19(1), 87–92. doi:10.1089/jwh.2009.1357
- [92] Schnatz PF, Murphy JL, O'Sullivan DM, Sorosky JI. Patient choice: Comparing criteria for selecting an obstetrician gynecologist based on image, gender, and professional attributes. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197:541. e1–7. doi:10.1016/j.ajog.2007.07.025
- [93] Kostiuchenko, Olena Y., i in. „Gender inequality in healthcare in terms of employment and remuneration: legal means of overcoming the problem”. *Wiadomości Lekarskie*, t. 73, nr 12, grudzień 2020, s. 2810–15. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.36740/WLek202012218>
- [94] National Health Workforce Accounts Data Portal, WHO, <https://apps.who.int/nhwaportal> [dostęp 15.04.2022].
- [95] *Dyskryminacja kobiet w polskiej ochronie zdrowia – raport Będąc Młodym Lekarzem i Polek w Medycynie*. <https://bml.pl/artykuly/news/dyskryminacja-kobiet-w-polskiej-ochronie-zdrowia-raport-bedac-mlodym-lekarzem-x-polek-w-medycynie-cz-i>, <https://bml.pl/artykuly/medycyna/dyskryminacja-kobiet-w-polskiej-ochronie-zdrowia-cz-ii-raport-bedac-mlodym-lekarzem-x-polek-w-medycynie>, <https://bml.pl/artykuly/medycyna/dyskryminacja-kobiet-w-polskiej-ochronie-zdrowia-cz-iii> [dostęp 14.04.2022].
- [96] Stahl-Gugger, Alenka, i Oliver Hämmig. „Prevalence and health correlates of workplace violence and discrimination against hospital employees – a cross-sectional study in German-speaking Switzerland”. *BMC Health Services Research*, t. 22, nr 1, marzec 2022, s. 291. BioMed Central, <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07602-5>
- [97] Najjar, Iris, i in. „Prevalence and Forms of Gender Discrimination and Sexual Harassment among Medical Students and Physicians in French-Speaking Switzerland: A Survey”. *BMJ Open*, t. 12, nr 1, styczeń 2022, s. e049520. [bmjopen.bmj.com](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049520), <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049520>
- [98] Templeton, Kim, i in. „Issues Faced by Senior Women Physicians: A National Survey”. *Journal of Women's Health*, t. 29, nr 7, lipiec 2020, s. 980–88. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1089/jwh.2019.7910>.
- [99] World Health Organization. *Delivered by Women, Led by Men: A Gender and Equity Analysis of the Global Health and Social Workforce*. World Health Organization, 2019. WHO IRIS, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311322>



- [100] Crebbin, Wendy, i in. „Prevalence of Bullying, Discrimination and Sexual Harassment in Surgery in Australasia”. ANZ Journal of Surgery, t. 85, nr 12, grudzień 2015, s. 905–09. PubMed, <https://doi.org/10.1111/ans.13363>
- [101] Dusch, Marie N., i in. „Patient Perceptions of Female Surgeons: How Surgeon Demeanor and Type of Surgery Affect Patient Preference”. The Journal of Surgical Research, t. 187, nr 1, marzec 2014, s. 59–64. PubMed, <https://doi.org/10.1016/j.jss.2013.10.020>
- [102] Reed Victoria i Buddeberg-Fischer Barbara. „Career Obstacles for Women in Medicine: An Overview: Career Obstacles for Women in Medicine”. Medical Education, t. 35, nr 2, lipiec 2008, s. 139–47. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2001.00837.x>
- [103] Kavilanz, Parija. „The gender pay gap for women doctors is big -- and getting worse”. CNNMoney, 14 marzec 2018, <https://money.cnn.com/2018/03/14/news/economy/gender-pay-gap-doctors/index.html> [dostęp 16.04.2022].
- [104] „Przychody zawodów medycznych w 2019 r.” Tygodnik Gospodarczy Polskiego Instytutu Ekonomicznego, nr 36, 2021, s. 2–5, https://pie.net.pl/wp-content/uploads/2021/09/Tygodnik-Gospodarczy-PIE_36-2021.pdf.
- [105] Male Nurses Confronting Stereotypes and Discrimination: Part 1, The Issues”. Minority Nurse, 14 listopada 2016, <https://minoritynurse.com/male-nurses-confronting-stereotypes-and-discrimination-part-1-the-issues/> [dostęp 15.04.2022].
- [106] Kouta, Christiana, i Charis P. Kaite. „Gender Discrimination and Nursing: A Literature Review”. Journal of Professional Nursing, t. 27, nr 1, styczeń 2011, s. 59–63. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2010.10.006>
- [107] „Male Nurses Still Make \$6,000-plus More than Women, New Survey Shows”. Healthcare IT News, 18 czerwiec 2018, <https://www.healthcareitnews.com/news/male-nurses-still-make-6000-plus-more-women-new-survey-shows> [dostęp 16.04.2022].
- [108] Calmes S, Dr. Virginia Apgar and the Apgar Score: How the Apgar Score Came to Be. Anesthesia & Analgesia. 2015 May; 120(5): 1060-1064 doi: 10.1213/ANE.0000000000000659 https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/fulltext/2015/05000/dr_virginia_apgar_and_the_apgar_score_how_the.23.aspx [dostęp 22.08.2022].
- [109] Fandrejewska-Tomczyk A. Raport „Piękne umysły – rola kobiet w świecie nauki”. L’Oréal Polska. 2016. http://lorealdlakobietinauki.pl/wp-content/uploads/2016/05/16-04-26_Raport_Piekne_umysly-rola_kobiet_w_swiecie_nauki.pdf [dostęp 9.05.2022].
- [110] Zygierewicz A, Kobiety w nauce w Polsce. Analizy BAS. 2015 Mar; 4(124) [http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/92EF4EBC5D7971D3C1257DFF00411980/\\$file/Analiza_BAS_2015_124.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/92EF4EBC5D7971D3C1257DFF00411980/$file/Analiza_BAS_2015_124.pdf) [dostęp 9.05.2022].
- [111] Women in Science | United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Institute for Statistics. 2015 Nov; 34 <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/fs34-women-in-science-2015-en.pdf> [dostęp 26.04.2022].
- [112] European Commission, Directorate-General for Research and Innovation, She figures 2021 : gender in research and innovation : statistics and indicators. Publications Office. 2021; <https://data.europa.eu/doi/10.2777/06090> [dostęp 9.05.2022].
- [113] Radziwiłł K, Jak zdobyć Nagrodę Nobla? Muchomor. 2015.
- [114] Strzebońska A, Mazurkiewicz R, Sienkowiec A, Wojciechowska P, Funkcjonowanie kobiet i mężczyzn w nauce. NCN. 2022 Feb; https://www.ncn.gov.pl/sites/default/files/pliki/funkcjonowanie_kobiet_i_mezczyzn_w_nauce_wyniki_sondazu_NC_CN.pdf [dostęp 9.05.2022].



IFMSA-Poland

Międzynarodowe Stowarzyszenie
Studentów Medycyny



[115] McAllisterD i in., What Stops Women Getting More Grants? *Nature*, 2016 Jan; 529(7587): 466–466 <https://doi.org/10.1038/529466d> [dostęp 9.05.2022].

[116] King Joseph T. i in., Gender Disparities in Medical Student Research Awards: A 13-Year Study From the Yale School of Medicine. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*. 2018 Jun; 93(6): 911–19 <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002052> [dostęp 9.05.2022].

