

A nemi kisebbségekhez tartozó személyek orvosi ellátásának aktuális kérdései

Somorjai Noémi

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudomány Kar, Magatartástudományi Intézet, Budapest

Az elmúlt 40 évben a nemi kisebbségek speciális orvosi ellátásához szükséges kutatások elterjedése és a publikációk folyamatos növekedése figyelhető meg a külföldi orvosi adatbázisokban. A nemi vonzalom és identitás sajátosságai nagyban befolyásolják a helyes diagnózis felállítását, a szükséges kezelések és szűrések meghatározását, valamint a magas öngyilkossági veszélyeztetettség miatt a prevenció beavatkozási pontok körét is. Az orvosi adatbázisokon kívül orvosszakmai szervezetek és oktatási-kutatási háttérű klinikai intézmények is számos bevált gyakorlatról és irányelvről adnak tájékoztatást. A szükséges ismeretek bővítésén túl előremutató lehet a nem tudatos előítéletek csökkentése és az orvos-beteg kommunikáció elmélyítése.

Orv Hetil. 2021; 162(32): 1267–1274.

Kulcsszavak: szexuális és nemi kisebbségek, egészségügyi ellátás, ismeretek, egészségügyi személyzet attitűdje, orvos-beteg kapcsolat

Current issues in providing healthcare for sexual and gender minority individuals

In the past 40 years, research studies related to the special healthcare for sexual and gender minorities have become widely known and the number of publications has increased in international medical databases. The characteristics of gender attraction and identity have an impact on developing a successful diagnosis, on determining the necessary screenings and treatments, and on performing preventive intervention since the sexual and gender minorities are at elevated risk for suicide. Apart from medical databases, best practices and guidelines are also provided by healthcare professional organizations and clinics committed to education and research as well. In addition to broadening knowledge, reducing unconscious prejudices and improving the doctor-patient communication would lead to a veritable leap forward in meeting the healthcare needs of sexual and gender minorities.

Keywords: sexual and gender minorities, healthcare, knowledge, attitude of health personnel, physician-patient relations

Somorjai N. [Current issues in providing healthcare for sexual and gender minority individuals]. Orv Hetil. 2021; 162(32): 1267–1274.

(Beérkezett: 2020. november 24.; elfogadva: 2021. február 4.)

Rövidítések

AIDS = (acquired immunodeficiency syndrome) szerzett immunhiányos tünetegyüttes; BNO = Betegségek Nemzetközi Osztályozása; DSM = (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Mentális betegségek diagnosztikai és statisztikai kézikönyve; ENSZ = Egyesült Nemzetek Szervezete; HIV = (human immunodeficiency virus) emberi immunhiányt

előidéző vírus; HPV = humán papillomavírus; LMBT = leszbikus, meleg, biszexuális és transznemű; NANE = Nők a Nőkért Együtt az Erőszak Ellen; OECD = (Organisation for Economic Co-operation and Development) Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet; WHO = (World Health Organization) Egészségügyi Világszervezet

Fogalmak

Szexuális orientáció: a személy irányultsága, mely szerint döntően azonos, eltérő vagy mindkét nemmel képes érzelmi és szexuális kapcsolatot kialakítani. (Heteroszexuális, homoszexuális, biszexuális, aszexuális – szexuális kisebbség.)

Nemi identitás: az a belső meggyőződés, mely a személy testi, lelki, érzelmi és szexuális tapasztalatai és érzetei alapján a tudatában összerendeződik, amely nyomán nemi életvitelét alakítja. Ez az énkép nem feltétlenül azonos a személy fizikai megjelenésével. (Transzneműség, transzszexualitás – nemi kisebbség.)

Az OECD 2019. évi jelentése [1] szerint a leszbikus, meleg, biszexuális és transznemű (LMBT-) személyek a diszkrimináció számos formájától szenvednek. Bár a népszámlálások nem térnek ki a szexuális és nemi kisebbségek számbavételére, számuk azon OECD-országokban, ahol az adatok mégis rendelkezésre állnak, 17 millió főre tehető, nagyjából a népesség 2,7%-a. A magukat LMBT-személyként azonosító egyének száma folyamatosan nő, különösen a fiatalok körében. Számuk az Egyesült Államokban az 1945-ben mért 1,4%-ról az ezredfordulóra 8,2%-ra emelkedett, a társadalmi elfogadásnak, a civil és polgárjogi mozgalmak erősödésének, a betegségkategóriák változásának és az Egyesült Államok több államában bevezetett törvényi változásoknak köszönhetően, melyek egyúttal az öngyilkossági mutatók határozott javulását is eredményezték [2].

A megkülönböztetés egyik formája az orvosi ellátáshoz való hozzáférés gátoltsága [3, 4]. Az LMBT-személyek és -fiatalok számos lelki problémával küzdenek, melyek a szexuális orientáció és a nemi identitás kapcsán őket érő stigmatizációval [5] vannak összefüggésben. A stigmatizáció egyéni szinten a rejtőzködésben és az internalizált (belsővé vált) homofóbiában jelentkezik; interperszónálisan az elszigetelődésben, a társas visszautasításban és a diszkriminációban, valamint társadalmi szinten a törvények és bevett gyakorlatok formájában nyilvánul meg. A stigmatizáció megzavarja a kognitív funkciókat, mert az érintettek állandóan a leselkedő veszélyre figyelnek, a folytonos rágódás az érzelmi és hangulati állapotot teszi tönkre, fiziológiai téren pedig a folyamatos stressz tartja készenlétben a szervezetet.

A rejtőzködésben élt évek elszigetelődéshez, a társas támogatás csökkenéséhez vezetnek, az előbújás és felvállalás dilemmája akár évekig tartó tépelődést okozhat. A mentális betegségek közül a stressz, a depresszió, a szorongás, az öngyilkossági gondolatok és kísérletek, a drog-, alkohol- és szexuális abúzus, az évszavarok magasabb számban sújtják az LMBT-kisebbség tagjait, mint a heteroszexuális személyeket [6, 7]. A stressz által kiváltott lelki nehézségek számos más betegség velejáráói, így olyan páciensek terhelik az egészségügyi ellátórendszert, akik csak a társadalmi kirekesztettség okozta társbetegségek miatt szorulnak ellátásra.

Az elmúlt évtizedekben egyre gyorsabban bővülő szakirodalom halmozódott fel a szexuális/nemi kisebbség egészségügyi ellátását célzó korszerű, speciális ismeret-

retekről. A rejtőzködő páciensek megközelítéséhez nagyfokú empátia, diszkréció, elfogadás és mindkét részről nagyfokú bizalom szükséges, mellyel a diagnózis felállításához szükséges információkhoz juthatunk. Mindkét aspektus a sikeres gyógyítás előfeltétele, ezért az alábbiakban összegezném az eddig felhalmozott fontosabb ismereteket és a közvetlen kommunikációt erősítő lehetőségeket. A PubMed adatbázis, a kórházak és klinikák (Mount Sinai Hospital, Mayo Clinic, Fenway Institute) ajánlásai, a szakmai és civil szervezetek, kutatóhelyek, betegképviselői csoportok közlései releváns információt nyújthatnak a háziorvosi és klinikai ellátásban dolgozó felnőtt- és gyermekorvosok számára egyaránt.

A 20 évre visszatekintő szakirodalmi összefoglalóban széleskörűen, de nem kimerítően áttekintem a jelentősebb orvosi adatbázisokat, kutatói portálokat és a szakmai szervezetek ajánlásait. A pozitív pszichológia jegyében szűkítettem a feltárást az egészségmegőrzés, az egészséges életvitel és énkép kialakítására, valamint az öngyilkosság-megelőzés lehetőségeire.

A szexuális és nemi kisebbségek egészségtudományi kutatása és az eredmények alkalmazása kapcsán egyre több területen ismerik fel a csoportnak az egészségügyi ellátásban mutatkozó hátrányait és sajátos ellátási igényeit. A felnőttek és a serdülők korosztályát egyaránt érintő korlátozott ismeretek és kutatások a tévesen értelmezett kutatásetikai elvekre vezethetők vissza. A szülői beleegyezés követelménye éppen azokat a sérülékeny serdülőket sújtja hátrányosan, akiknek a legnagyobb szükségük lenne arra, hogy egészségfelmérések célcsoportjába tartozzanak. *Mustanski* [8] megállapítja: a 18 év alatti fiatalok is képesek mérlegelni a rájuk háruló esetleges kockázatot. *Welch és mtsai* [9] szerint a sérülékeny csoportokhoz tartozó kutatási alanyok épp azáltal kerülnek egyre hátrányosabb helyzetbe, ha nem lehetnek résztvevői a teljes népességet vizsgáló klinikai kísérleteknek. Önmagában az az ok, hogy valaki szenzitív csoport tagja, nem lehet kizáró oka, hogy ok-okozati összefüggéseket vizsgáló egészségügyi felmérésekből kizáródjon.

Egy 2016. évi WHO-tanulmány [10] alapján a szexuális és nemi kisebbségek tagjai az átlagnépességhez képest jelentős egészségügyi többletkockázattal élnek. A kisebbség tagjai nagyobb betegségterhet viselnek a HIV, a szexuális úton terjedő betegségek, az azokból eredő daganatok, valamint a mentális betegségek terén, és fokozottan ki vannak téve erőszakos bántalmazásnak is. Mostanában kezdték vizsgálni, milyen akadályokba ütköznek a páciensek az orvosi ellátás során, ideértve az egészségügyi személyzet attitűdjét is. Egy 190 fő bevonásával végzett felmérésben a leggyakrabban előforduló krónikus betegség az ízületi gyulladás (20%), a magas vérnyomás (20%), a diabetes (15%), az asztma (14%), a mentális betegség (10%), a krónikus fáradtság (8%), a sclerosis multiplex (7%), a daganatos betegség (6%), a HIV/AIDS (6%) és a csontritkulás (5%) volt [11].

Az Amerikai Orvosi Kollégium LGBT-egészségátrányokról készült, 2015. évi helyzetjelentése [12] megállapítja: a szexuális és nemi kisebbségek tagjainak kihívást jelent az egészségügyi ellátáshoz hozzáférni és számukra kompetens orvost találni, mivel a bevett eljárásrend erősíti a stigmatizációt és a diszkriminációt. Az LGBT-személyek gyakrabban érzik magukat gyengébb egészségi állapotban, mint a heteroszexuális lakosság. A meleg és biszexuális férfiak kitettebbek a szexuális úton terjedő fertőzéseknek, magasabb arányban fertőződnek HIV vírussal vagy AIDS-szel az összes esetszámból. A leszbikus és biszexuális nők nagyobb arányban túlsúlyosak, valamint a leszbikus, meleg és biszexuális emberek fiatalabb korban válnak rokkanttá, mint kortársaik. Az Amerikai Orvosi Kollégium elkötelezett amellett, hogy megszüntesse az orvosi ellátási különbségeket az LGBT-emberek irányában. Fontos tudni, hogy a szexuális és nemi kisebbségek életében további kisebbségi státusz is előfordulhat, úgymint faj, etnikum, nem, kapcsolati forma, szexuális szokások, életkor, rokkantság, fogyatékoság, vallás, iskolai végzettség és lakóhely.

A Mayo Clinic [13] honlapján az alábbi egészségügyi tudnivalókat fogalmazzák meg és ajánlják meleg és leszbikus pácienseik figyelmébe, melyek megértése alapvető fontosságú az egészséges életvitel kialakításában: a páciens legyen tisztában a speciális egészségügyi kockázatokkal, mint a HIV-fertőzés, az AIDS, a hepatitis, a HPV és a szexuális úton terjedő betegségek; nők esetében a bakteriális hüvelyfertőzés, *Trichomonas*- és HIV-fertőzés stb. Az orális, anális, digitális (ujj-) kontaktus és a szexjátékok mind terjeszthetnek fertőzést. Ezért minden alkalommal használjon új gumi óvszert és vízbázisú síkosítót, gumi- vagy műanyag kendőt a kontaktus során. Legyen csak egy partnere, éljen hosszú távú, kölcsönösen monogám kapcsolatban nem fertőzött partnerrel. Korlátozza az elfogyasztott alkohol mennyiségét, ne használjon kábítószer. Ha intravénás droghasználó, ne ossza meg mással a tűt! Legyen tisztában a helyszín veszélyeivel, mint fürdők, szexpartik, internet. Oltassa be magát hepatitis A és B ellen. A HPV-oltással megelőzhető a végbélrák. Mivel számos szexuális fertőző betegségnek nincs gyógymódja, az egészség megőrzésének útja a kockázatok kerülése. Teszteltesse magát és partnerét rendszeresen, és mindig használjanak óvszert, ha nem lehetnek biztosak partnerük fertőzöttségében – akár nővel, akár férfival vannak kapcsolatban. Sokan nem tudnak fertőzöttségükről, vagy nem vallják azt be. A meleg férfiak gyakrabban szenvednek szorongástól és depressziótól. Nők esetében is elsőrendű, hogy lelki egészségüket megőrizzék, mentális betegségeiket kezeltessek. Az LGBT-fiatalok gyakrabban szenvednek depressziótól, magasabb az öngyilkossági kísérletek száma. Mind nők, mind férfiak esetében a depresszió az öngyilkossági gondolatok előzménye, velejárója az elidegenedés a barátoktól, elutasítás a szeretett személyektől, az abúzus vagy az erőszakos bántalmazás. Nehezebb helyzetben vannak azon meleg és leszbikusok, akik elrejtik érzéseiket, és

nincs társas támogatásuk sem. A kezeletlen depresszió szexuális rizikómagatartáshoz vezet, majd az érzelmi, magatartási, egészségi és más problémák felmerüléséhez! Ha vonakodik kezelteni magát, ossza meg érzéseit barátjával. A meleg férfiak szintén gyakrabban szenvednek testkép- és evészavaroktól. Ha dohányzás, alkohol- vagy drogproblémája van, elérhető a segítség. A meleg és biszexuális férfiak nagyobb veszélynek vannak kitéve a drog- és alkoholabúzus szempontjából, ugyanakkor nagyobb stressz nehezedik rájuk, hogy heteroszexuálként tüntessék fel magukat. Az előbújás miatt sokan veszítik el barátaik, családjuk támogatását, szintén a zaklatás, bántalmazás és a diszkrimináció megtapasztalása miatt. Nők esetében az első helyen az előbújás okozta stressz, a zaklatás okozta traumák, valamint a diszkrimináció negatív hatásaira érdemes figyelni. Ismerjük fel a családon belüli erőszak jeleit intim kapcsolatban! Figyelmeztető jel lehet, ha partnere azzal fenyegeti, hogy beszámol szexuális orientációjáról környezetének; vagy ha megszakítja a kapcsolatot, azzal erősíti azt a nézetet, hogy a meleg kapcsolat deviáns. Bántalmazó kapcsolatban maradv depresszió, szorongás és reménytelenség léphet fel. Ha az áldozat a szexuális orientációját valamilyen okból titkolja, kevésbé fog segítséget kérni bántalmazás esetén. Mégis az egyetlen út, hogy szabaduljon a helyzetből, ha lépéseket tesz a kapcsolatból való kilépést illetően – minél előbb, annál jobb. (Ha már célponttá vált, hívja a NANE-telefonszolgálatot: 06-80-505-101, tájékozdjon a nane.hu honlapon, és készítsen menekülési tervet.) Végül ne hagyja, hogy a homofóbia meggátolja, hogy rendszeres orvosi segítséget kérjen. Keressen megfelelő háziorvost, és avassa be őt szexuális orientációjába, illetve nemi identitásába. Mind férfiak, mind nők kérjék a korcsoportnak megfelelő rutinszűréseket (vérnyomás-, koleszterin-, prosztatata-, here- és végbélvizsgálat, illetve nőknél emlő- és méhnyakszűrés). Minden aggályról számoljon be kezelőorvosának. (További fontosabb hazai források: Háttér Társaság, HIV-AIDS Program: <https://hatter.hu/hiv/>; Háttér Társaság, Információs és Lelkiségi Szolgálat: <https://hatter.hu/tevekenysegunk/informacios-es-lelkisegegy-szolgalat/>; Háttér Társaság, Személyes Segítő Szolgálat: <https://hatter.hu/tevekenysegunk/szemelyes-segito-szolgalat/>; LGBT-barát egészségügyi szolgáltatók: <https://prizma.lgbt/lmbt-barat-szolgaltatok/>.)

A legjelentősebb LGBT-egészségcentrum a philadelphiai székhelyű Fenway Institute, mely a gyógyítás mellett kutató- és oktatócentrumként is működik. A betegfelvételi kérdőív [14] 16 oldalon részletesen kitér az általános adatok között az alábbiakra: szex/nem, faj, etnikum, végzettségi szint, foglalkozás, 'home office', heti munkaórák, vallás/hit, családi állapot, a partner neve, együtt él-e bárkivel, a gyermekek száma, otthon biztonságban érzi-e magát, megfenyegette, irányítja-e partnere, családtagja, gondviselője. Az anamnézisben vizsgálják a következő betegségek előfordulását: tüdőtágulat, tuberkulózis, tüdőgyulladás, hörghurut, asztma, allergia,

szívbetegség, agyvérzés, magas vérnyomás, magas koleszterinszint, diabetes, vénás thrombosis, hepatitis A, B, C, májcirrhosis, vérszegénység, pajzsmirigyproblémák, epehólyag-problémák, fekély, gyakori húgyúti fertőzés, szexuális úton terjedő fertőzés, prosztataproblémák, daganat, ízületi gyulladás, csontritkulás, -törés, migrén, depresszió, szorongás, pánikzavar, poszttraumás stressz szindróma, alkohol- és drogproblémák. A szisztematikus kikérdezésben 3 oldalon a testi tünetekről és az aggodalomra okot adó jelekről kérdeznek általánosságban, majd konkrétan a következő területekre vonatkozóan: bőr, fej, szem, orr, fül, száj és torok, nyak, mell, légzőszerv, szív, emésztőszerv, húgyút, izom, csont, perifériás érrendszer, neurológia, pszichiátria (bántalmazás), hematológia és endokrinológia. Kérdezik a fájdalomérzést, a műtéteket, a kórházi tartózkodást és a jelenlegi gyógykezeléseket. Kitérnek a családi anamnézisre, az oltásokra és a szűrésekre, a biztonsági öv használatára, döntéshozatali megbízottra, újraélesztésre. A nemi identitás és szexuális orientáció kérdésköre után a szexuális szokások, betegségek szerepelnek, az elsődleges és az alkalmi partner, az esetleges fertőzések, informálta-e róla partnerét, van-e szüksége segítségre az információ átadásához, van-e sejtése arról, hogy partnere fertőzött, elégedett-e saját szexuális életével. A nőgyógyászati kérdéscsoportban az alapbetegségeken kívül a menses alatti fejfájás, súlygyarapodás, duzzadás, görcs, szorongás, depresszió; a menopauza után lévőknél a hormonpótlás (progeszteron/ösztrogén) szerepel többek között. A szülészeti kérdéscsoportban az általános kérdések szerepelnek. Nemi átalakító hormonkezelés kérdéscsoport: jelenleg szed-e hormont, mióta, mit, korábban szedett-e, voltak-e komplikációk, milyen nemi átalakító műtétje volt, milyen egyéb nőiesítő vagy férfiasító kezelést kapott, milyen komplikációk adódtak. Kitérnek az életstílus és az egészségi szokások kikérdezésére is, a kábítószer- és alkoholfogyasztásra, a rizikómagatartásra, a leszokásra. A Meleg és Leszbikus Orvosi Társaság (Gay and Lesbian Medical Association) ajánlása szerint a tíz legfontosabb kérdés, amelyről a kezelőorvossal beszélni kell – fontossági sorrendben – leszbikusok számára: emlőrák, depresszió és szorongás, szívbetegség, nőgyógyászati daganat, étrend és testedzés, dohányzás, alkohol- és droghasználat, párkapcsolati erőszak és szexuális egészség. Meleg férfiak számára: HIV-AIDS és biztonságos szex, hepatitisoltás és -szűrés, étrend és testedzés, alkohol- és droghasználat, depresszió és szorongás, szexuális fertőző betegségek, prosztata-, here- és végbélrák, dohányzás és HPV. Biszexuálisok számára: HIV-AIDS és biztonságos szex, hepatitisoltás és -szűrés, étrend és testedzés, alkohol és drog, depresszió és szorongás, szexuális fertőző betegségek, prosztata-, here-, illetve emlő-, méhnyak- és végbélrák, dohányzás és HPV. Transzneműek számára: hozzáférés az egészségügyi ellátáshoz, egészségtörténet, hormonkezelés, szív- és érrendszeri betegség, daganat, szexuális fertőző betegségek és biztonságos szex, alkohol és dohányzás, depresszió, beültethető szilikon, étrend és testedzés [15].

Bisexualitás

A bisexualitásról több tanulmány is megállapítja, hogy tudományosan nem elismert kategória [16]. A biszexuálisok kifejezett egészséghátrányban élnek mind a heteroszexuális, mind a homoszexuális lakossághoz képest, mindamelllett a bisexualitásból adódó speciális ellátási szükségletek kutatásában is nagy hiányok mutatkoznak. Érdeemes lenne a jelenségnek nagyobb figyelmet szentelni, mivel egyes felmérések szerint a magukat biszexuálisnak vallók a legnagyobb és leggyorsabban növekvő csoport az LMBT-közösségen belül, az Egyesült Államokban 2011–2013-ban végzett Nemzeti Családnövekedési Vizsgálat alapján [17].

Az Egyesült Királyságban 2012-ben publikált jelentésben [18] a biszexuális egyének tapasztalatai lényegesen különböznek a heteroszexuális, leszbikus és meleg emberekéitől. A biszexuálisokkal szembeni bifóbia eltér a homofóbiától, mivel nemcsak a heteroszexuálisok, de a meleg férfiak és nők is előítéletekkel vannak a biszexuálisok irányában. LMBT-kutatásokban általában összemossák a biszexuális csoport adatait a többi kisebbség kutatási eredményeivel.

A bisexualitás mint ernyőfogalom magában foglalhatja azokat a személyeket, akik mind a férfiakhoz, mind a nőkhöz vonzódnak; akik általában az egyik nemhez vonzódnak, de nem kizárólagosan; akik úgy érzik, szexuális irányultságuk időben változik; akik vonzalma nem a másik fél 'neme', hanem egyéb jellemzői alapján alakul ki. Sokan nem ismerik el a biszexuálisok létezését, és csak aktuális partnerük neme alapján ítélik meg őket, vagy azt gondolják, képtelenek monogám kapcsolatra, és ezzel betegségeket terjesztenek. A biszexuálisok sokszor láthatatlanok mások számára. Az LMBT-személyek között a legrosszabb mentális egészségi mutatóik a biszexuálisoknak vannak a depresszió, a szorongás, az önsértés és az öngyilkosság területén. Testi betegségeikről keveset tudunk, de mentális egészségi mutatóik miatt a testi betegségek előfordulására is fokozottan figyelni kell.

Az öngyilkossági adatokat vizsgálva a biszexuális nők közel hatszor, a férfiak több mint hatszor gyakrabban követtek el öngyilkossági kísérletet, mint heteroszexuális társaik – és gyakrabban, mint a leszbikusok és a melegek [19]. Egy szisztematikus áttekintő tanulmány leírja: rizikófaktor a viktimizáció, a kortársak megítélése és a családi visszautasítás [20]. Egy angol-walesi kutatás [21] alapján kevésbé vannak kibékülve szexualitásukkal, kevésbé mernek beszélni róla a családnak, barátoknak, kollégáknak, háziornosnak, mentális szakembernek, mint meleg társaik. Egy, az Egyesült Királyságban rendezett biszexuális konferencián készült minifelmérésben [22] a résztvevők 36%-a egy, 24%-a több mentális és testi problémától szenvedett, melyek mindennapi életüket is befolyásolták. Mentális betegségeik közül 16% depresszió, 8% szorongás, 8% pedig önsértés volt. Ezek következtében gyakrabban szenvedtek hajléktalanságtól, erőszaktól, és gyakrabban voltak negatív tapasztalataik az egészség-

ségügyi dolgozók körében. A terapeuták is kényelmetlenül érezték magukat biszexuális betegekkel. Kutatások szerint [23] a biszexuálisok több egészségügyi problémától szenvednek, mint az átlaglakosság, mivel a bifóbia és a biszexuális láthatatlanság miatt nem kerülnek az orvosok látóterébe, még a leszbikus és meleg személyek felé pozitívan viszonyuló ellátókéba sem. Ez visszahat az egészségügyi szolgáltatások alacsonyabb igénybevételére. Leszbikusok és biszexuális nők kevesebbszer vesznek részt méhnyakvizsgálaton, viszont gyakrabban diagnosztizálnak náluk emlőrákot. A kutatásban részt vevők fele számolt be negatív tapasztalatokról az egészségügyi ellátókkal kapcsolatban. A legtöbben a szexualitásukra vonatkozó elítélő megjegyzést emelték ki.

A biszexuálisokat gyakran hibáztatják a HIV és egyéb, szexuális úton terjedő fertőzések heteroszexuálisok és leszbikusok felé való terjesztése miatt, noha a Sigma Kutatás ezt nem támasztja alá egyértelműen. A viselkedésükben biszexuális férfiak HIV-fertőzöttsége következetesen alacsonyabb volt, mint akik csak férfiakkal folytattak kapcsolatot (4,3% vs. 14,3%) [24]. HIV-tesztelésen kevesebben vettek részt a biszexuálisok közül: 45,3% soha, a meleg körében 24,8%. Kevesebben használtak óvszert a biszexuálisok: 20,3% soha, míg 12,3% a meleg esetében. Nagyobb kockázatot vállaltak a biszexuálisok a férfiakkal folytatott anális közösüléskor is az óvszer mellőzésével. Egy nemzetközi felmérésben [25] a fiatal biszexuális férfiak kiugróan magas HIV-kockázati magatartásról számoltak be. Egy ausztrál felmérésben [26] a leszbikusok körében történetesen magasabb volt a bakteriális fertőzés és a hepatitis B, mint a biszexuális nők esetében, viszont mindkét csoportban alacsony volt a HIV-fertőzés a nagyszámú partner ellenére. Egy San Franciscóban végzett kutatás [27] alapján a biszexuális férfiak kis számban fertőzték meg HIV-vel partnerüket, vélhetően a rendkívül alacsony rizikójú magatartás és a fizikai védelem miatt. Az Egyesült Államokban végzett kiterjedt tanulmány [28] szerint az új HIV-fertőzések mindössze 1%-ában fordult elő, hogy nők biszexuális partnerüktől kapták el a fertőzést. Az a vélekedés, hogy a biszexuálisok nem élnek monogám kapcsolatban, szintén nem állja meg a helyét. Statisztikai adatok szerint 50%-uk monogám kapcsolatban él.

Transzszexualitás

A transznemű gyűjtőfogalomba tartozó transzszexuálisok, gyermekek és felnőttek a születéskor kijelölt nemtől eltérő, a legtöbbször ellentétes nemi közérzettel élnek, és úgy érzik, testük valamilyen tévedés folytán belső nemi identitásukkal ellentétes megjelenésben öltött alakot. A legtöbbször a testi megjelenésükkel ellentétes nem társadalmi elvárásait érzik magukra vonatkozóan, ezért néhányan szeretnék kérni a nemi helyreállító műtet és hormonkezelést, hogy összhangba kerüljenek önmagukkal. Ennek alapján megkülönböztetünk 'female to male' (nőből férfi), rövidítve FtM, és 'male to female'

(férfiből nő), rövidítve MtF transzszexuális személyeket. A transzneműség független a szexuális orientációtól. A transzneműek is lehetnek heteroszexuális, homoszexuális, biszexuális vagy aszexuális orientációjúak. Szintén különbséget kell tenni az interszexuális állapottól, amikor is az egyén genetikai jellemzői alapján nem sorolható egyértelműen a férfi- vagy a női kategóriába. A transzszexualizmus kialakulásának okait tekintve nincs egyöntetűen elfogadott teória. A legelfogadottabb magyarázat szerint a nemi szervek differenciálódása a terhesség első két hónapjában, míg az agy nemi differenciálódása a terhesség második felében zajlik. E két folyamat nincs feltétlenül összhangban, így az esetleges neuroendokrin szabályozási eltérések okozhatják a transzszexuális egyének intrauterin genezisének. A transzneműek lélekszámáról nagyon kevés megbízható adat van. Az Amerikai Gyermekgyógyászati Társaság cikkében [29] hivatkoznak egy 2014. évi, magatartási rizikócsoportokat vizsgáló felmérésre. A 19 tagállam adatai alapján extrapolálva az adatokat, azon felnőttek száma az Egyesült Államokban, akik transzneműként vagy nonkomformként identifikálják magukat, a teljes népesség 0,6%-a. Mivel itt az identitásukban biztosak és felnőttek voltak a kérdezettek, a bizonytalanok és a 18 év alatti személyek további előfordulása, valamint a transzneműséghez tapadó stigma miatt a valóságban még magasabb arányra lehet következtetni. Becslések szerint a 13 és 17 évesek között az arány 0,7%. Hazánk lakosságára átszámítva az adatokat, 50 ezer fő fölött számolhatunk a felvállalt és rejtőzködésben élő transzszexuálisok számát tekintve.

A transzneműség mint diagnózis már 2013-ban, a DSM-5 [30] megjelenésével *nemi dysphoriára* módosult. A BNO 11. kiadása [31] szintén törölte a transzneműség és transzszexualitás diagnózist, helyette a *HA60 Nemi inkongruencia serdülő- vagy felnőttkorban szerepel*.

A Szakmai Világszervezet a Transzneműek Egészségéért (World Professional Association for Transgender Health) 2012. évi ellátási protokolljának (Standards of Care) [32] 7. verziója kimondja: a transzszexualitás, a transzneműség, a nemi nonkonformitás nem betegség, és ösztönzi ezen állapotok pszichopatologizációjának beszüntetését. Elismerik, hogy azon nemi sajátosságok kifejeződése, amelyek nem illenek a születéskor kijelölt nem sztereotíp megnyilvánulásaihoz, a kulturális sokféleség emberi megnyilvánulásának tekintendő, és a viselkedést nem lehet eleve negatívan vagy patológiásan minősíteni. Sok társadalomban stigmatizálják a nemi nonkonformitást, ami előítéletekhez és diszkriminációhoz vezet, a későbbiekben pedig az ún. kisebbségi stresszhez [33]. A kisebbségi stressz egyedi abban az értelemben, hogy hozzáadódik a mindenki által tapasztalt hétköznapi stresszhez, ugyanakkor társadalmilag előidézett, krónikus állapot. A kisebbségi stressz a transzszexuális és nonkomform embereket (és minden más kisebbségi személyt is) fokozottabban sérülékennyé teszi a szorongás, a depresszió és a mentális betegségek szempontjából [34]. A stigmatizáció tovább rontja a család-

hoz és a kortársakhoz fűződő viszonyt, az elhanyagolás és a többféle abúzus pedig pszichológiai zavarokhoz vezethet. Tudni kell, hogy ezt a létállapotot a társadalmi környezet okozza, és nem önmagában a transzneműség velejárója. A transznemű emberek egyre nagyobb láthatósága még több esélyt nyújt számukra, hogy megtalálják azt a nemi szerepet, amelyben önazonosan érezhetik magukat. Az egészségügyi személyzet segítségükre lehet, hogy felfedezzék nemi identitásukat, feltárják az identitás kifejezésére módot adó különböző lehetőségeket, és döntést hozzanak a nemi dysphoriát csökkentő orvosi beavatkozásokról.

Az LMBT-kisebbségen belül a transzszexuális páciensek a legveszélyeztetettebbek az öngyilkossági kísérletek szempontjából, ezért fontos, hogy az orvos ismerje és ismertesse betegével a suicidiumprevenció Európában kifejlesztett és hazai környezetre adaptált honlapjának elérhetőségét: <https://ifightdepression.com/hu/start>.

Orvos-beteg kapcsolat és kommunikáció

A fentebb felvázolt általános ellátási ismeretek birtokában elsődleges, hogy az egészségügyi személyzet nyitva hagyja annak lehetőségét, hogy az ellátott adatokat szolgáltatasson szokásairól és vonzalmairól. Amíg nem állnak rendelkezésre a kellő információk, az anamnézis és a diagnózis vegye figyelembe az összes potenciális lehetőséget. Mivel az LMBT-személyek és -serdülők többszörösen hátrányos helyzetben vannak mind társadalmi szinten, mind az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés területén, elsődleges szempont, hogy az orvos csökkentse a bizonytalanságérzést és a szorongást, teremtsen befogadó és bizalomteremtő kapcsolatot a használt nyelvezettel. Az orvosasszisztensek szintén vegyenek részt a pozitív légkör kialakításában. Kutatások szerint [35] az LMBT-személyek nyílt elutasítás híján is szorongva, szégyenkezve, nemkívánatos személyként és bizalmatlanul tekintenek az orvos-beteg találkozásra. Ezt az érzést az orvosi rendelők és várók alig észrevehető, a létezésüket kizáró mikroklimája és a személyzet heteronormatív megnyilvánulásai váltják ki, amelyek személyüket, élettapasztalataikat és kapcsolatukat abnormalis, nemkívánatos színben tüntetik fel. Kiemelten fontos, hogy az orvos a megfelelő szakmai ismeretek birtokában meg tudja erősíteni a személyt érzéseinek, személyének elfogadásában, és képes legyen eloszlatni a bizonytalanságokat.

Ruben és mtsai egy metaanalízisben [36] felmérték, milyen segítő és hátráltató tényezők játszanak szerepet abban, hogy a páciensek vajon tudják-e közölni kezelőorvosukkal a nemi identitásukat és szexuális orientációjukat érintő információt. Az információ feltárása a felnőtt, férfi, kaukázusi, magasan képzett és partnerrel élő személyek között volt a leggyakoribb, akik vélhetőleg megértették az információ átadásának fontosságát. A 'coming out' (előbújás, önfelvallás) valószínűségét csökkentette, ha a kérdezett serdülőkorú vagy nő, ki-

sebbségi (faji/etnikai), kevésbé iskolázott, egyedülálló, illetve partner nélküli volt. Egy másik tanulmány [37] szerint a sürgősségi ellátásban kezelt szexuális és nemi kisebbségi személyek kényelmesebben érezték magukat, és javította a kommunikációt, ha a kérdést nonverbálisan és önkítöltő kérdőívben közölhették. LMBT-fiatalok körében a közlés akadálya volt a bizalmaskodás és a nem odaillő megjegyzések, ugyanakkor nem érezték, hogy ellátási igényeiknek megfelelő kezelést kaptak volna. A többség gyenge orvos-beteg kommunikációról számolt be, viszont olyan fontos kérdések, mint a szexuális egészség és az érzelmi élet, egyáltalán nem kerültek szóba. Igényelték volna, hogy az orvos legyen tisztában a szükségleteikkel, és oldja a feszélyezettségüket [38].

Egy további felmérésben [39] szintén fiatal felnőtteket kérdeztek meg. Az előbújás hiányának okaként említették az internalizált stigmatizációt, esetleg az orvos nem kérdezett rá, vagy nem volt tudatában, hogy az LMBT-identitás és az egészségi állapot összefüggnek. Amikor mégis felvállalták nemi identitásukat, a reakció a diszkriminációtól és a hitetlenkedéstől az elismerésig és a figyelmes meghallgatásig változott.

A legújabb hazai, orvosi kommunikációs tankönyv [40] már részletesen tárgyalja a szexuális kisebbségekhez tartozókkal folytatott kommunikáció kérdéseit. Pilling János az összefoglalóban kiemeli: „...a páciensek ugyanis általában szégyellik szóba hozni a szexualitást, az orvosok pedig legtöbbször nem tesznek fel erre vonatkozó kérdéseket.” Az orvosoknak minden más, egészséget befolyásoló tényezőhöz hasonlóan szükséges lehet ismerniük a vizsgált személy szexuális orientációját és nemi identitását is. Mindenképpen érdemes hangsúlyozniuk, hogy az adatot bizalmasan kezelik, annak ismerete viszont elősegíti a pontosabb diagnózist és az egyénre szabott hatékony egészségügyi ellátást. További nehézség, hogy az orvosok általában alábecsülik azon páciensek számát, akik nem heteroszexuálisak, és kevés ismerettel rendelkeznek arról, hogy a szexuális és nemi kisebbséghez tartozóknak milyen speciális ellátási szükségleteik vannak.

A négy hazai orvosegyetemen felvett kutatás [41] azt is felmérte, hogy az első-, harmad- és negyedéves orvostanhallgatók milyen attitűddel rendelkeznek a homoszexuálisok, biszexuálisok és transzszexuálisok irányában, és milyen ismereteik vannak róluk. Az eredmények szerint minél kiterjedtebb ismeretekkel rendelkeztek a homoszexualitást illetően a hallgatók, annál alacsonyabb pontszámot értek el a homonegativitás skáláján, annál magasabb évfolyamot végeztek el az orvosi egyetemen, valószínűbben nem voltak vallásosak, és voltak közelebb LMBT-ismerőseik.

Kommunikációs szempontból a transzszexuális páciensekre is kiterjed az Amerikai Pszichiátriai Társaság honlapja. Tőlük minden esetben javasolt megkérdezni, hogyan szólíthatók, akár normalizáló műtét/hormonkezelés előtt vagy alatt állnak, illetve ha nem kívánják operáltatni magukat. LMBT-páciensekkel találkozá-

érdemes felmérni a szexualitás felvállalásával kapcsolatos nyitottság és önelfogadás mértékét két párhuzamos skálán.

Napjainkban élénk vita kíséri a konverziós terápia létjogosultságát, főként az Egyesült Államokban [42]. Az Amerikai Pszichiátriai Társaság – számos más szakmai szervezettel (American Academy of Pediatrics, American Counseling Association, American Association of School Administrators, American Federation of Teachers, American School Health Association, Interfaith Alliance Foundation, National Association of School Psychologists, National Association of Social Workers, National Education Association, American Nurses Association, American Psychiatric Nurses Association, Royal College of Nurses) együtt – egyértelműen tudományos alapot nélkülöző beavatkozásnak tekinti a konverziós/reparatív terápiát, amely iatrogén hatásként fokozza a szégyenérzetet, növeli a szorongást és a depressziót, valamint az öngyilkossági készletet. Ha segítünk elfogadni a szülőknek meleg, leszbikus, biszexuális és transzszexuális gyermeküket, csökkenthetjük az öngyilkossági kísérlet veszélyét. Érdemes rákérdezni a kockázatra és a kockázatot csökkentő körülményekre [43].

Következtetés

A WHO és az ENSZ további szervezetei 2015-ben közös nyilatkozatot adtak ki *Ending violence and discrimination against lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people* [44] címmel, mely a megkülönböztetés mérséklését kívánja előmozdítani az egészségügyi ellátók tudatosságának növelésével.

A változó egészségügyi információ-ellátottsági környezetben, a digitális egészségügy eszközeinek segítségével a páciensek lényegesen egészségtudatosabbá válnak. Tájékozottságuk révén nagyobb biztonsággal jelezhetik a kezelőorvosnak a szokásostól eltérő orientációt és identitást, ami szükségessé teszi az egészségügyi személyzet jártasságát és informáltságát az LMBT-egészségmegőrzés lehetőségeiről, a gyorsan bővülő orvostudományi ismeretekről.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

A szerző a cikk végleges változatát elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőnek nincsenek érdekltségei.

Köszönetnyilvánítás

Köszönettel tartozom kollégáimnak a támogató munkahelyi környezetért és az inspiráló kutatóműhelyi háttérért.

Irodalom

- [1] Organisation for Economic Co-operation and Development. Society at a glance 2019: OECD social indicators. OECD Publishing, Paris, 2019; pp. 9–10.
- [2] Raifman J, Moscoe E, Austin SB, et al. Difference-in-differences analysis of the association between state same-sex marriage policies and adolescent suicide attempts. *JAMA Pediatr.* 2017; 171: 350–356.
- [3] Frimpong EY, Rowan GA, Williams D, et al. Health disparities, inpatient stays, and emergency room visits among lesbian, gay, and bisexual people: evidence from a mental health system. *Psychiatr Serv.* 2020; 71: 128–135.
- [4] Urwin S, Whittaker W. Inequalities in family practitioner use by sexual orientation: evidence from the English General Practice Patient Survey. *BMJ Open* 2016; 6: e011633.
- [5] Hatzenbuehler ML, Pachankis JE. Stigma and minority stress as social determinants of health among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: research evidence and clinical implications. *Pediatr Clin North Am.* 2016; 63: 985–997.
- [6] Makadon HJ, Mayer KH, Potter J, et al. The Fenway guide to lesbian, gay, bisexual, and transgender health. 2nd edn. American College of Physicians, Philadelphia, PA, 2015.
- [7] Frankowski BL, Committee on Adolescence. Sexual orientation and adolescents. *Pediatrics* 2004; 113: 1827–1832.
- [8] Mustanski B. Ethical and regulatory issues with conducting sexuality research with LGBT adolescents: a call to action for a scientifically informed approach. *Arch Sex Behav.* 2011; 40: 673–686.
- [9] Welch MJ, Lally R, Miller JE, et al. The ethics and regulatory landscape of including vulnerable populations in pragmatic clinical trials. *Clin Trials* 2015; 12: 503–510.
- [10] Blondeel K, Say L, Chou D, et al. Evidence and knowledge gaps on the disease burden in sexual and gender minorities: a review of systematic reviews. *Int J Equity Health* 2016; 15: 16.
- [11] Jowett A. Chronic illness in non-heterosexual contexts: towards a critical LGBTQ health psychology. Aston University, 2011; pp. 69–70.
- [12] Daniel H, Butkus R, Lesbian, gay, bisexual, and transgender health disparities. Executive summary of a policy position paper from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2015; 163: 135–137 + Appendix.
- [13] Mayo Clinic. Health issues for gay men and men who have sex with men. Health issues for lesbians and women who have sex with women. Rochester, NY, 2017. Available from: <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/adult-health/in-depth/health-issues-for-gay-men/art-20047107> and <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/adult-health/in-depth/health-issues-for-lesbians/art-20047202> [assessed: August 15, 2020].
- [14] American College of Physicians. Sample New Patient Intake Form. Appendix B. In: Makadon HJ, et al. (eds.) *The Fenway guide to lesbian, gay, bisexual, and transgender health.* Philadelphia, PA, 2007; pp. 487–502. Available from: <http://www.eastbaypride.com/sample-new-patient-intake-form.pdf> [accessed: August 16, 2020].
- [15] Lim FA, Brown DV Jr, Justin Kim SM. Addressing health care disparities in the lesbian, gay, bisexual, and transgender population: a review of best practices. *Am J Nurs.* 2014; 114: 24–34.
- [16] Paul JP. The bisexual identity: an idea without social recognition. *J Homosex.* 1983–1984 Winter–Spring; 9(2–3): 45–63.
- [17] Copen CE, Chandra A, Febo-Vazquez I. Sexual behavior, sexual attraction, and sexual orientation among adults aged 18–44 in the United States: data from the 2011–2013 National Survey of Family Growth. *Natl Health Stat Report* 2016; 88: 1–14.
- [18] Barker MJ, Richards C, Jones R, et al. The bisexuality report: bisexual inclusion in LGBT equality and diversity. Open University, Milton Keynes, 2012.

- [19] San Francisco Human Rights Commission. Bisexual invisibility. Impacts and recommendations. San Francisco Human Rights Commission LGBT Advisory Committee, San Francisco, CA, 2010.
- [20] Pompili M, Lester D, Forte A, et al. Bisexuality and suicide: a systematic review of the current literature. *J Sex Med.* 2014; 11: 1903–1913.
- [21] King M, McKeown E. Mental health and social wellbeing of gay men, lesbians and bisexuals in England and Wales. *Mind*, London, 2003.
- [22] Barker MJ, Bowes-Catton H, Iantaffi A, et al. British bisexuality: a snapshot of bisexual identities in the UK. *J Bisex.* 2008; 8: 141–162.
- [23] Miller M, André A, Ebin J, et al. Bisexual health: an introduction and model practices for HIV/STI prevention programming. National Gay and Lesbian Task Force Policy Institute, Washington, DC, 2007.
- [24] Hickson F, Bourne A, Weatherburn P, et al. Tactical dangers: findings from the United Kingdom Gay Men's Sex survey 2008. Sigma Research, London, 2010.
- [25] Goodenow C, Netherland J, Szalacha L. AIDS-related risk among adolescent males who have sex with males, females or both: evidence from a statewide survey. *Am J Public Health* 2002; 92: 203–210.
- [26] Fethers K, Marks C, Mindel A, et al. Sexually transmitted infections and risk behaviours in women who have sex with women. *Sex Transm Infect.* 2000; 76: 345–349.
- [27] Ekstrand ML, Coates TJ, Guydish JR, et al. Are bisexually identified men in San Francisco a common vector for spreading HIV infection to women? *Am J Public Health* 1994; 84: 915–919.
- [28] Kahn JG, Gurvey J, Pollack LM, et al. How many HIV infections cross the bisexual bridge? An estimate from the United States. *AIDS* 1997; 11: 1031–1037.
- [29] Rafferty J, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Adolescence, Section on Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Health and Wellness. Ensuring comprehensive care and support for transgender and gender-diverse children and adolescents. *Pediatrics* 2018; 142: e20182162.
- [30] Nussbaum AM. DSM-5 diagnosis book. [A DSM-5 diagnosztikai vizsgálat zsebkönyve.] Oriold és Társai, Budapest, 2013. [Hungarian]
- [31] ICD-11 for mortality and morbidity statistics. Version: 04/2019. Available from: <https://www.wpath.org/publications/soc> [accessed: August 23, 2020].
- [32] World Professional Association for Transgender Health (WPATH). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people. 7th version. WPATH, East Dundee, IL, 2012. Available from: <https://www.wpath.org/publications/soc> [accessed: August 23, 2020].
- [33] Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations. Conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull.* 2003; 129: 674–697.
- [34] Institute of Medicine. The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people. Building a foundation for better understanding. National Academies Press, Washington, DC, 2011.
- [35] Dean MA, Victor E, Guidry-Grimes L. Inhospitable healthcare spaces: why diversity training on LGBTQIA issues is not enough. *J Bioeth Inq.* 2016; 13: 557–570.
- [36] Ruben MA, Fullerton M. Proportion of patients who disclose their sexual orientation to healthcare providers and its relationship to patient outcomes: a meta-analysis and review. *Patient Educ Couns.* 2018; 101: 1549–1560.
- [37] Haider A, Adler RR, Schneider E, et al. Assessment of patient-centered approaches to collect sexual orientation and gender identity information in the emergency department: the EQUALITY study. *JAMA Netw Open* 2018; 1: e186506.
- [38] Snyder BK, Burack GD, Petrova A. LGBTQ youth's perceptions of primary care. *Clin Pediatr (Phila).* 2017; 56: 443–450.
- [39] Rossman K, Salamanca P, Macapagal K. A qualitative study examining young adults' experiences of disclosure and nondisclosure of LGBTQ identity to health care providers. *J Homosex.* 2017; 64: 1390–1410.
- [40] Pilling J. Medical communication in practice. [Orvosi kommunikáció a gyakorlatban.] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2018. [Hungarian]
- [41] Szél Zs, Kiss D, Török Zs, et al. Hungarian medical students' knowledge about and attitude toward homosexual, bisexual, and transsexual individuals. *J Homosex.* 2020; 67: 1429–1446.
- [42] Kórácz K. The history of reorientation therapy. [A reorientációs terápia története.] *Orv Hetil.* 2013; 154: 931–939. [Hungarian]
- [43] Cabaj RP. Working with LGBTQ patients. Available from: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/cultural-competency/education/best-practice-highlights/working-with-lgbtq-patients> [accessed: September 6, 2020].
- [44] World Health Organization. Ending violence and discrimination against lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people. WHO, Geneva, 2015. Available from: <https://www.who.int/gender-equity-rights/news/un-statement-on-lgbti/en/> [accessed: September 1, 2020].

(Somorjai Noémi,
Budapest, Nagyvárud tér 4., 1089
e-mail: somorjai.noemi@med.semmelweis-univ.hu)