# TÁRJUK KI AZ AJTÓKAT!

## LMBTI KÉZIKÖNYV EGÉSZSÉGÜGYI SZAKEMBEREKNEK

OPEN DOORS

# TÁRJUK KI AZ AJTÓKAT!

LMBTI KÉZIKÖNYV

EGÉSZÉSZÜGYI DOLGOZÓKNAK

# TÁRJUK KI AZ AJTÓKAT!

## LMBTI KÉZIKÖNYV EGÉSZÉGÜGYI SZAKEMBEREKNEK

Cím: ***Tárjuk ki az ajtókat! LMBTI kézikönyv egészségügyi dolgozóknak***
Szerzők: ***Dr. Szél Zsuzsanna, Dr. Török Zsófia***
Olvasószerkesztés: ***Béres-Deák Rita, Dudits Luca***
Graphic design: ***Zsolt S. Szabó***
Kiadó: ***Háttér Társaság***
Megjelenés: ***2022. január***

Ez a kiadvány az Európai Unió Jogok, egyenlőség és polgárság programja (2014-2020) társfinanszírozásával az *Open Doors - Nyitott ajtók: Hogyan biztosítsunk befogadó és szakszerű egészségügyi ellátást az LMBTI emberek számára* c. projekt részeként készült.

A kiadvány tartalma csak a szerzők nézeteit képviseli és kizárólag az ő felelősségük. Az Európai Bizottság nem vállal felelősséget a benne foglalt információkért.

A kiadvány ingyenes letölthető az opendoors-project.eu honlapról.

## A kiadvány célja

A kézikönyv célja, hogy támogatást nyújtson az LMBTI kliensekkel és betegekkel dolgozó orvosok, nővérek, egészségügyi dolgozók, pszichológusok, terapeuták és szociális munkások számára, hozzájáruljon a szexuális és nemi kisebbségeknek nyújtott egészségügyi ellátás javításához, valamint az LMBTI populáció jobb egészségi állapotának elősegítéséhez.

A kulturális kompetencia növelése az oktatás által fontos eszköz az egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentésében. Számos korábbi publikáció megerősítette, hogy az LMBTI személyekkel kapcsolatos attitűdök erősen korrelálnak a szexuális és nemi kisebbségekkel kapcsolatos tudással (Szél et al. 2020; Dunjić-Kostić et al. 2012; Banwari et al. 2015; Lopes, Gato és Esteves 2016; Grabovac et al. 2014). Mivel az LMBTI személyek egészségével az egyetemi oktatás csak marginálisan foglalkozik, a hallgatóknak sokszor nincs lehetőségük előítéletektől, sztereotípiáktól és tudattalan értékítélettől mentes, adekvát információhoz, inklúzivitást segítő képzési anyagokhoz jutni.

LMBTI affirmatív szemléletben íródott kézikönyvünkben áttekintjük az LMBTI személyek egészségügyi szükségleteiről és egészségi állapotáról jelenleg rendelkezésre álló szakirodalmat, valamint az ezen kisebbségek kulturálisan kompetens ellátásának biztosítására vonatkozó elérhető ajánlásokat. A kézikönyv célja, hogy összegzett, tisztázott, hasznos információkat nyújtson azok számára, akik az egészségügyi és szociális ellátórendszerben oktatnak, tanulnak, dolgoznak. Munkánk során arra törekszünk, hogy széles spektrumon tekintsük át az LMBTI csoportok hasonlóságait és különbségeit, valamint hogy felhívjuk az egészségügyi ellátást és gondozást biztosító szakemberek figyelmét az LMBTI személyekkel való együttműködés specifikus kérdéseire.

Reméljük, hogy a kézikönyv hozzájárul egy befogadóbb egészségügyi és szociális ellátórendszer kialakításához, és ezáltal az ellátásbeli különbségek csökkentéséhez (is).

## Bibliográfia

- Banwari, G., Mistry K., Soni, A., Parikh, N., & Gandhi, H. (2015). Medical students and interns' knowledge about and attitude towards homosexuality. *Journal of Postgraduate Medicine, 61*(2), 95–100. https://doi.org/10.4103/0022-3859.153103
- Dunjić-Kostić, B., Pantović, M., Vuković, V., Randjelović, D., Totić-Poznanović, S., Damjanović, A., Jašović-Gašić, M., & Ivković, M. (2012). Knowledge: A Possible Tool in Shaping Medical Professionals' Attitudes towards Homosexuality. *Psychiatria Danubina, 24*(2), 143–151.
- Grabovac, I., Abramovic, M., Komlenovic, G., Milosevic, M., & Mustajbegovic, J. (2014). Attitudes towards and knowledge about homosexuality among medical students in Zagreb. *Collegium Antropologicum, 38*, 39–45.
- Lopes, L., Gato, J., & Esteves, M. (2016). Portuguese Medical Students' Knowledge and Attitudes Towards Homosexuality. *Acta Médica Portuguesa, 29*(11), 684–693. https://doi.org/10.20344/amp.8009
- Szél, Zs., Kiss, D., Török, Zs., & Gyarmathy, V. A. (2020). Hungarian Medical Students' Knowledge About and Attitude Toward Homosexual, Bisexual, and Transsexual Individuals. *Journal of Homosexuality, 67*(10), 1429–1446. https://doi.org/10.1080/00918369.2019.1600898

# Tartalomjegyzék


**1. FEJEZET — BEVEZETÉS** 17
**1.1) KULCSKIFEJEZÉSEK / SZÓHASZNÁLAT** 17
**1.1.1) Nem, nemi identitás és nemi önkifejezés** 17
*1.1.1.a) Biológiai nem (szexus)* 17
*1.1.1.b) Társadalmi nem (gender)* 18
*1.1.1.c) Transz ernyő* 19
*1.1.1.d) Interszex* 20
**1.1.2) Szexuális irányultság** 21
*1.1.2.a) Érzelmi és szexuális vonzalom* 21
*1.1.2.b) Szexuális viselkedés (MSM, WSW)* 22
*1.1.2.c) Szexuál/romantikus vonzalom (identitás és tapasztalat nékül)* 23
**1.1.3) További kifejezések** 23
**1.1.4) Példák** 25
**1.2) STIGMATIZÁCIÓ ÉS ELLÁTÁSI AKADÁLYOK AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN** 26
**1.2.1) Stigma and stigmatisation** 26
**1.2.2) Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés akadályai** 28
*1.2.2.a) Foglalkoztatottság, munka- és életkörülmények* 28
*1.2.2.b) Hozzáférhetőség* 29
*1.2.2.c) Kommunikáció* 30
*1.2.2.d) Az információ és ismeretek hiánya* 30
**1.3) KISEBBSÉGI STRESSZ, DISZKRIMINÁCIÓ** 31
**1.4) KULTURÁLIS KOMPETENCIA AZ ELLÁTÁS SORÁN** 34
**1.5) INTERSZEKCIONALITÁS** 35
**1.6) AZ ELŐBÚJÁS FOLYAMATA** 36

**2. FEJEZET — EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT** 49
**2.1) MENTÁLIS EGÉSZSÉG** 49
**2.1.1) Bevezetés** 49
**2.1.2) A teljes spektrumot érintő, mentális egészségre vonatkozó ismeretek** 50
*2.1.2.a) Mentális egészséggel összefüggő kérdések: Major depresszió, bipoláris zavar és generalizált szorongás* 50

*2.1.2.b) Öngyilkosság és önsértés* 52
**2.1.3.) Az egyes csoportokat érintő mentális egészséggel összefüggő kérdések** 52
*2.1.3.a) Meleg és biszexuális férfiak* 52
*2.1.3.b) Leszbikus és biszexuális nők* 53
*2.1.3.c) Transz személyek* 54
*2.1.3.d) Interszex személyek* 54
**2.1.4.) Reparatív terápia** 55
**2.2) FIZIKÁLIS EGÉSZSÉG** 56
**2.2.1) Bevezetés** 56
**2.2.2) A teljes spektrumot érintő, testi egészségre vonatkozó ismeretek** 56
**2.2.3) Testi egészséggel kapcsolatos problémák az egyes specifikus csoportok körében** 59
*2.2.3.a) Meleg és biszexuális férfiak* 59
*2.2.3.b) Leszbikus és biszexuális nők* 59
*2.2.3.c) Transz személyek* 60
*2.2.3.d) Interszex személyek* 60
**2.3) EGÉSZSÉGMAGATARTÁS ÉS TÁRSAS KÖRNYEZET** 62
**2.3.1) Dohányzás** 62
**2.3.2) Addikciók: alkohol- és kábítószerabúzus** 62
**2.3.3) Fizikális aktivitásés alvásminőség** 64
**2.3.4) Evészavarok és táplálkozási problémák** 64
**2.3.5) Szűrővizsgálatokon való részvétel** 64
**2.3.6) Párkapcsolati erőszak** 65
**2.3.7) Hajléktalanság** 66
**REFERENCES** 68

**3. FEJEZET — EGÉSZSÉGI SZÜKSÉGLETEK** 77
**3.1) BEVEZETÉS** 77
**3.2) MENTÁLIS EGÉSZSÉGI SZÜKSÉGLET** 77
**3.2.1) Reziliencia, önelfogadás, pozitív identitás** 77
**3.3) PHYSICAL HEALTH NEEDS** 79
**3.3.1) Megelőzés: szűrés és oltások** 79
**3.3.2) Szűrővizsgálatok az alapellátás során** 79
*3.3.2.a) Emlő- és méhnyakszűrés biszexuális és leszbikus nők körében* 79
*3.3.2.b) Colorectális tumor* 80
*3.3.2.c) Prosztatatumor meleg és biszexuális férfiak körében* 80
*3.3.2.d) Tumorszűrés transz betegek esetén* 80
*3.3.2.e) STI screening* 81
**3.3.3) Oltások** 81
**3.4) SZEXUÁLIS EGÉSZSÉG** 82
**3.4.1) HIV és STD prevenció** 83
*3.4.1.a) Szűrések* 83
*3.4.1.b) Az egyes szexuális gyakorlatok relatív kockázata* 84
*3.4.1.d) Bioprofilaxis* 85
**3.4.2) Reprodukcióval kapcsolatos kérdések** 85
**3.5) EGÉSZSÉGÜGYI KOCKÁZATOK (TÁRSAS TÁMOGATÁS, ADDIKCIÓK)** 87
**3.6) SZINDÉMIÁS ELMÉLET** 88
**BIBLIOGRÁFIA** 89

**4. FEJEZET — INKLUZÍV EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZER KIALAKÍTÁSA MIT KELL TENNÜNK?** 93
**4.1) ÁLTALÁNOS KÉRDÉSEK** 93
**4.1.1) Intézményi szint – biztonságos terek kialakítása** 93
*4.1.1.a) Diszkriminációellenes és inkluziv egészségügyi szabályzatok és intézkedések* 94
*4.1.1.b) Multikulturális és sokszínű környezet* 94
*4.1.1.c) Egyéb megfontolások* 96
**4.1.2) Személyes szint – nyelvhasználat, implicit és explicit attitűdök** 96
*4.1.2.a) Önreflexiós segédeszköz* 97
*4.1.2.b) Általános anamnézis (kérdések a hatékony és elfogadó ellátó-beteg kommunikációhoz)* 98
*4.1.2.c) Fizikális vizsgálat* 100
*4.1.2.d) Helytelen feltételezések* 101
*4.1.2.e) Személyes névmások és javasolt kifejezések* 102
*4.1.2.f) A felesleges vagy bántó kérdések elkerülése* 103
**4.2) SPECIFIKUS KÉRDÉSEK** 105
**4.2.1) Belgyógyászat** 105
*4.2.1.a) Ajánlások az ellátáshoz* 106
*4.2.1.b) Szűrővizsgálatok és intervenciók az alapellátásban* 106
*4.2.1.c) LMBTI specifikus intervenciók* 107
**4.2.2) Onkológia** 108
*4.2.2.a) Anális tumor* 108
*4.2.2.b) Emlőtumor* 108
*4.2.2.c) Méhnyakrák* 109
*4.2.2.d) Colon és rectum tumor* 110
*4.2.2.e) Prosztatatumor* 110
*4.2.2.f) Endometriális tumor* 111
*4.2.2.g) HIV asszociált tumorok* 111
**4.2.3) Pszichiátria** 111
*4.2.3.a) Depreszió, szorongás és pszichés distressz* 111
*4.2.3.b) Öngyilkosság és önsértés* 114
*4.2.3.c) Szerhasználat, problémás alkoholfogyasztás, dohányzás* 114
*4.2.3.d) Testképpel összefüggő kérdések és evészavarok* 116
**4.2.4.) Sebészet** 117
*4.2.4.a) Bevezetés* 117
*4.2.4.b) A beavatkozásokról részletesen:* 119
**4.2.5.) Farmakológia** 122
*4.2.5.a) Hormonterápiás lehetőségek transznők számára (male to female, MTF)* 122
*4.2.5.b) Hormonterápiás lehetőségek transzférfiak számára (female-to-male, FTM)* 123
*4.2.5.b) Pubertásblokkolók* 124
*4.2.5.c) Interszex személyek hormonterápiája* 125
*4.2.5.d) A hormonterápiák kockázatai és mellékhatásai* 126
**4.2.6) Szexuális úton terjedő betegségek (STD)** 127
*4.2.6.a) HIV és szerzett immunhiányos tünetegyüttes (AIDS)* 127
*4.2.6.b) Humán papillomavirus (HPV) fertőzés* 128
*4.2.6.d) Hepatitis-B-vírusfertőzés* 129
*4.2.6.e) Hepatitis-C-vírusfertőzés* 130

*4.2.6.f) Anogenitális herpes* 130
*4.2.6.g) Gonorrhoea (gonococcus fertőzés; tripper; kankó)* 131
*4.2.6.h) Syphilis (lues)* 131
*4.2.6.i) Chlamydia fertőzés* 132
**BIBLIOGRÁFIA** 133
**5.1) GROUP SPECIFICATIONS** 145
**5.1.1.) Transgender-specific health issues** 145
*5.1.1.a) Mental health in general* 145

**5. FEJEZET— AZ LMBTI ELLÁTÁS SPECIFIKUS KÉRDÉSEI** 145
*5.1.1.b) Mental health of transgender youth* 146
*5.1.1.c) Adult trans individuals* 147
*5.1.1.d) Caring for trans elderly* 150
**5.1.2.) Intersex-specific health issues** 150
*5.1.2.a) Mental health* 151
*5.1.2.b) Physical health* 152
**5.1.3) Specific health issues of bisexual individuals** 157
**5.1.4) The health of homosexually experienced heterosexual persons** 158
**5.2) AGE-SPECIFICATIONS** 160
**5.2.1) LGBTI youth** 160
*5.2.1.a) Stages of adolescence* 160
*5.2.1.b) Caring for LGBTI adolescents* 161
*5.2.1.c) Patient interview with LGBTI adolescents* 162
*5.2.1.d) Sexual health* 162
*5.2.1.e) Mental health* 162
*5.2.1.f) Smoking, alcohol and substance use* 163
*5.2.1.g) Safety, violence, victimisation* 164
*5.1.2.h) Physical examination, screening and immunisation* 164
**5.2.2.) LGBTI seniors** 165
*5.2.2.a) Physical health* 165
*5.2.2.b) Sexual health* 166
*5.2.2.c) Mental health* 166
**5.3) OTHER SPECIFICATIONS** 168
**5.3.1) Family (rainbow families, families with LGBTI children)** 168
*5.3.1.a) LGBTI parenting* 168
*5.3.1.b) Forming a rainbow family* 168
**5.3.2) Intersectionality** 169
**5.3.3) Domestic violence/intimate partner violence** 170
**5.3.4) Homelessness** 173
**REFERENCES** 175

**HASZNOS FORRÁSOK** 191

# 1. fejezet – Bevezetés

## 1.1) Kulcskifejezések / szóhasználat

### 1.1.1) Nem, nemi identitás és nemi önkifejezés

#### 1.1.1.a) Biológiai nem (szexus)

A ***biológiai nem*** (szexus, angolul: sex) általánosságban a biológiai, társadalmi és jogi kategorizációra vonatkozik, melynek alapja a testi jegyek (karakterisztikumok) kombinációja, beleértve a kromoszómákat, a hormonokat a külső és belső nemi szerveket és a másodlagos nemi jelleget. Az embereket ez többnyire csupán két normatív kategóriába sorolja (férfi és nő). A férfi és női kategóriákba nem sorolható embereket interszexként határozzuk meg, mindazonálatal ők magukat meghatározhatják interszex személyként, férfiként, nőként, transzként, nem-binárisként vagy sorolhatják magukat más kategóriába is.

***Nemi jelleg*** (angolul: sex characteristics) a biológiai, genetikai és hormonális jellemzők összessége, amelynek alapján elkülönítjük a biológiai nemeket, illetve meghatározzuk egy személy biológiai nemét.

Az ***elsődleges nemi jelleg*** általában a gonadiális nemre utal, (bár néhány esetben a szerzők elkülöníthetik az elsődleges nemi jelleget a gonodiális nemtől), azokat a jegyeket jelenti, melyek a születéskor megmutatkoznak, mint külső és belső nemi szervek. Magukban foglalják a heréket, a mellékheréket, a prosztatát, az ondóhólyagot, az ondóvezetéket férfi nem esetén, valamint a vulvát (a kis- és nagyajkakat), a klitoriszt, a vaginát, a méhnyakat, a méhet, a petevezetőket, a petefészkeket női nem esetén (Schonfeld, 1943; Ditmar, 2011; Richards és Hawley, 2011). Az elsődleges nemi jelleg általában nem független a szexkromoszómáktól, az egyén kromoszómáinak genetikai konstellációjától (a leggyakoribbak az XY és XX, de gyakran előforduló egyéb szexkromószóma készletek is léteznek: 45, X0 (Turner-szindróma); 47, XXY (Klinefelter-szindróma); 47, XYY (XYY-szindróma, szupermale szindróma); és 47, XXX (hármas X-szindróma, szuperfemale szindróma) (Bacino, 2019).

A ***másodlagos nemi jelleg*** vagy testi nem egyéb jellemzőkre utal, melyek általában a pubertás időszakában alakulnak ki a hormontermelődés hatására. Ide soroljuk a hang megváltozását, a

szőrzet növekedését a nemi szervek környékén és a test más részein, a külső nemi szervek megnagyobbodását, az izom- és csontnövekedést és az érzelmi érést (Ditmar, 2010; Richards és Hawley, 2011, Herman-Giddens et al. 2012). Ezek a változások megállnak a fiatal felnőttkorban vagy ahhoz közeledve, és viszonylag nagy változatosságot mutathatnak.

A szakirodalom további két szintjét különbözteti meg a nemi jellegnek, ezek a ***harmadlagos nemi jelleg*** (ez általában a normatív nemi szerepekre utal, mint a maszkulinitás/férfiasság, a femininitás/nőiesség, a szexuális viselkedés és önkifejezés) és a gyakran a ***negyedleges nemi jelleg*** (az elvárt szociális viselkedések, amelyek bizonyos, meghatározott nemhez vagy társadalmi nemhez kapcsolódnak) (Tyl 2014; Weininger, 2005). A társadalmi nemmel elátott testek és a testiesült nem posztmodern, posztstrukturalista modellje szintén felhívja a figyelmet társadalmi nem performativitására, a társadalmi nemi szerepekre és az előírt nemi viselkedésre. Vizsgálja továbbá a (testiesült) nem tapasztalatát a külső és belső nemi szervek által meghatározott nem, valamint a látható nemi jellegek diszkurzív hatásának tükrében (Fausto-Sterling, 2019; Heinämaa, 2012; Nayak és Kehily 2006). Néhány, az általános orvosi gyakorlatban használt elavult kifejezés és kategorizáció kirekesztő és nehézséget jelent számos LMBTI személy számára.

### 1.1.1.b) Társadalmi nem (gender)

A ***társadalmi nem*** (angolul: gender) kifejezés a férfi és nő kategóriákhoz kapcsolt elvárások, viselkedések és cselekvések (activity) szociálisan konstruált halmaza, melyet a biológiai nemen alapulónak tartanak (Jurčić 2020). A társadalmi nemet szociális konstrukciónak tekintjük, amely egy dinamikus társadalmi viszonyrendszerben jön létre, melynek részét képezik a társadalmi normák, a férfiak és nők közötti egyenlőtlen hatalmi viszonyok, és amelyeket történelmi, kulturális és szociális hatások is megerősítenek (Fenway Institute, 2016, 2020; APA 2010, 2015; ILGA Europe, 2015; CFCA, 2019; Heinämaa, 2012; Jansen és Wehrle, 2018; Woodward, 2020).

A ***nemi identitás*** (angolul: gender identity) alatt azt a személyes tapasztalatot értjük, ahogy a személy azt a társadalmi nemet megéli, amelyhez önmaga szerint tartozik, és amely megegyezhet a születéskor kijelölt nemmel, vagy eltérhet attól (ILGA Europe 2015; APA 2010, 2015; Fenway Institute 2016, 2020; CFCA, 2019). A cisznemű személyek nemi identitása illeszkedik a születéskor kijelölt nemhez (pl. a személy születéskor kijelölt neme nő és maga is nőként határozza meg magát), más esetben a személy társadalmi neme nem illeszkedik a születéskor kijelölt nemhez (pl. transz személyek).

***Cisznemű*** az a személy, aki a számára a születéskor kijelölt nemmel azonosul; akinek nemi identitása összhangban van a biológiai, a mentális és a szociális vonásokkal kapcsolatos (a ..t illetően a) társadalmi elvárásokkal; aki nem transznemű (APA 2011, 2015; CFCA, 2019; Fenway Institute, 2016, 2020; Jurčić, 2020).

***Transznemű*** (rövidítve transz) az a személy, akinek a nemi identitása eltér a születéskor kijelölt nemétől; illetve ernyőfogalomként azokat is magában foglalja ez a megnevezés, akik a nemi identitásukat a nemi binaritáson (férfi, nő kategóriákon) kívül helyezik el, például a genderfluid, a pánszexuális, a nem-bináris és a genderqueer személyek (APA 2011, 2015; CFCA, 2019; Fenway Institute, 2016, 2020, ILGA Europe, 2015; Tompkins, 2014; Jurčić, 2020).

***Nemi önkifejezés*** (angolul: gender expression) alatt azt értjük, ahogy egy személy a viselkedésével, a gesztusaival, az öltözködésével, a sminkjével, a hajviseletével, a beszédével kifejezi a nemi azonosulását, amely összefüggésben lehet a születéskor kijelölt nemmel vagy eltérhet attól (APA 2011, 2015; CFCA, 2019; Fenway Institute, 2016, 2020, ILGA Europe, 2015).



***Nemi inkongruencia*** (angolul: gender incongruence) a Transgender Egészségügyi Világszövetség (WPATH - World Professional Association for Transgender Health) a Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People ("A transzszexuális, transznemű és nem-bináris személyek megfelelő ellátási stadardjai") 7. kiadásában így határozza meg „olyan diszkomfort vagy distressz érzet, melynek oka személy nemi identitása és a születéskor kijelölt neme között feszülő eltérés". Néhány esetben ez az eltérés olyan mértékű distresszt eredményez, amely megfelel a DSM-5 diagnosztikai kritériumainak. Az Amerikai Pszichiátriai Társaság definíciója szerint a nemi inkongruencia „markáns különbség a személy által tapasztalt nemi identitás és a személy mások által megjelölni kívánt nemi identitása között, amely legalább hat hónapja fennáll". A nemi inkongruencia fogalmáról és az orvosi diagnózis szükségességéről jelenleg is vita zajlik az orvosi szakma és a transz közösség köreiben, mialatt Arlene Istar Lev (aki évtizedes tapasztalattal rendelkezik a transz emberekkel végzett terápiás munkában) a következőképpen érvel a kifejezés megtartásának hatásairól: „a Nemi Diszfória a DSM-ben azt eredményezi, hogy a transz emberek továbbra is fel lesznek címkézve egy mentális betegséggel, ahogy évtizedek óta." Ugyanakkor felhoz egy fontos nézőpontot a transz emberekkel kapcsolatban a DSM-5-ről írott cikkében: „a nemük nem rendellenes, valójában a nemük meglehetősen rendezett, csak nem a megszokott értelemben". Ezt a mondatot érdemes figyelembe vennünk, amikor arra törekszünk, hogy kulturálisan kompetens ellátóvá váljunk, valamint alaposan szemügyre kell vennünk jelenlegi (orvosi és általános) gyakorlatunkat is.

### 1.1.1.c) Transz ernyő

A ***„transz ernyő"*** kifejezés olyan személyek különböző csoportjait takarja, akik nemi identitása vagy önkifejezése (férfias, nőies, egyéb) nem illeszkedik a társadalmi előfeltevésekhez és elvárásokhoz a születéskor kijelölt nemüket illetően (férfi, nő).

***Transznemű*** (rövidítve transz) az a személy, akinek nemi identitása eltér a születéskor kijelölt nemétől, beleértve azokat is, akiknek a nemi identitása kívül van a gender binaritáson (férfi, nő), például a genderfluid, a pánszexuális, nembináris és genderqueer emberek.

***Transz férfi*** (transznemű férfi) az a személy, akit születésekor nőként azonosítottak, de férfiként határozza meg magát (egyéb kifejezések, mint a female-to-male, FTM, AFAB – "születéskor nőként azonosított", transzmaszkulin szintén használhatók informális helyzetben kellő elfogadással és óvatossággal) (APA 2015, Fenway Institute, 2016, 2020).

***Transz nő*** (transznemű nő) az a személy, akit születésekor férfiként azonosítottak, de nőként határozza meg magát (egyéb kifejezések, mint a male-to-female, MTF, AMAB – "születéskor nőként azonosított", transzfeminin szintén használhatók informális helyzetben kellő elfogadással és óvatossággal) (APA 2015, Fenway Institute, 2016, 2020).

***Nemi binaritás*** (angolul: gender binary) alatt azt az elképzelést értjük, mely szerint csak két nem létezik, a férfi és a nő, és az egyénnek szigorúan be kell illeszkednie az egyik vagy a másik kategóriába (APA, 2015; Fenway Institute, 2016, 2020).

Vannak emberek, akik a bináris férfi/fiú és nő/lány kategóriákon kívül határozzák meg a nemi identitásukat, ezek például a következőek lehetnek:

***Gendervariáns*** (angolul: gender variant) – az orvosi közösség által gyakran használt fogalom azokra a személyekre, akik gender nonkomformak, genderdiverzek, vagy akiknek az öltözködése, viselkedése vagy nemi önkifejezése nem illeszkedik a tradicionális elvárásokhoz (ILGA Europe, 2016).

***Nem-binárisnak*** nevezzük azokat a személyeket, akik a hagyományos bináris férfias/férfi és nőies/nő struktúrán kívül határozzák meg a nemi identitásukat (APA, 2015; Fenway Institute, 2020, CFCA, 2019).

***Genderfluid*** az a személy, aki nem azonosul stabilan egy adott nemmel, hanem nemi identitása változhat. A genderfluid személyek nemi identitása változhat időszakosan, vagy úgy érezhetik, hogy a nemi identitásuk a két hagyományos nem vagy más nemek keveréke; a konzisztens bináris genderen kívül helyezkedik el identitásuk (APA, 2015; Fenway Institute, 2016, 2020; 444.hu, 2015).

***Genderqueer*** az a személy, aki nem a gender/nemi binaritáson belül határozza meg magát, vagy aki egyetlen nemi kategóriával sem azonosul. Gyakran nem normatív módon határozzák meg nemüket és nem igazodnak sem a férfi, sem a női szerepelvárásokhoz (APA, 2015; Fenway Institute, 2016, 2020).

***Two spirit(ed)*** (kettős lelkű) általában a bennszülött amerikai közösségben használt fogalom azon személyekre, akik egy számos nemi szerepből kialakított nemet töltenek be; mind férfi, mind női lélekkel rendelkeznek, és mindkét nem identitását és szerepeit felveszik (Indian Health Service, 2020; Filice, 2020).

***Agender*** (nongender) az a személy, aki egyetlen nemmel sem azonosul (Fenway Institute, 2016, 2020).

***Pánnemű*** az a személy, aki valamennyi nemmel azonosul (Fenway Institute, 2016, 2020).

Néhány további kulcskifejezés a transz emberek kapcsán:

Some other key terms related to trans people:

***Névmások***: A személyes névmások azok a szavak, amelyekkel egy másik személyre hivatkozunk, anélkül, hogy kimondanánk a nevét. Számos nyelv – így az angol is – nemspecifikus személyes névmásokat használ (pl. she/her/hers, he/him/his, valamint az egyeszám esetén is használatos gendersemleges többesszámú alakok: they/them/theirs) (APA, 2015; CFCA, 2019; Fenway Institute, 2020). Ha a nyelvünk nemspecifikus személyes névmásokat használ, érdemes megkérdezni a személyt, hogy melyik névmást használhatjuk helyesen és inkluzívan esetében. A magyar nyelvben ugyan nem használunk nemspecifikus névmásokat, de az emberek általános meghatározásánál, illetve a rájuk való hivatkozásnál gyakran a nemükre utaló, bináris nemi identitást feltételező kifejezéseket használunk (pl. „a férfi, „a nő"). Ez szintén sértő vagy bántó lehet a transz emberek számára.

***Misgenderingnek*** nevezzük, amikor valakire nem megfelelő névmást vagy más nemileg meghatározott kifejezést használunk (pl. Ms./Mr/Mx, magyarul: Úr/uram, Asszony/asszonyom, hölgy, stb.) (CFCA, 2019; Fenway Institute, 2020).

***Választott név*** az a név, amelyet valaki a személyes kommunikációban történő használatra választ, és amely néha eltér az anyakönyvezett/hivatalos névtől (Fenway Institute, 2020).

***Halott név*** (angolul: dead name) az a név, amelyen a transz személyt korábban hívták, és amely a születéskor kijelölt neméhez tartozik, amelyet korábban viselt, és amellyel nem komfortos. Valakit a halott nevén hívni durva, bántó és ha mások is jelen vannak veszélyeztető is lehet. Fontos megjegyezni, hogy a halott név használata mindig diszkriminatív, megalázó és a mikroagresszió egy módja (Fenway Institute, 2020).

### 1.1.1.d) Interszex

Az ***interszex*** is egy ernyő kifejezés. Azokat a személyeket írja le, akik olyan fizikális sajátosságokkal születtek, amelyben a reproduktív szervek, a nemi szervek és/vagy a szexuális anatómia más jellemzői alapján nem illeszthetők be az elvárt bináris férfi vagy női nemi jellegzetességek körébe (APA 2015; CFCA, 2019; Fenway Institute, 2016, 2020, ILGA Europe, 2015).

Az orvosi terminológiában az interszex kifejezés azokra a veleszületett állapotokra utal, amelyekben valaki mind a férfiak, mind a nőkre jellemző, vagy sem nők sem férfiak körében nem szokványos nemi jelleggel rendelkezik. Ugyanakkor a veleszületett szexuális különbözőségek magában foglalhatják a nemi kromoszómák és nemi hormonok eltérését, nagy változatosságot mutathatnak a belső és külső nemi szervek anatómiai szerkezetét tekintve, melyek gyakran nem illeszkednek az orvosi és társadalmi normalitás tipikus bináris elképzeléseihez. Az interszex emberek nemi anatómiája nem illeszkedik a női/férfi, vagy feminin/maszkulin test tipikus bináris képzetéhez (Jurčić, 2020).

A klinikai osztályozás a rendellenes / eltérő nemi fejlődés "Disorders / Differences of Sex Development" (DSD) kifejezést használja az állapot leírására (Bouman et al. 2010). Korábban a hermafrodita és pseudo-hermafrodita kifejezések voltak használatosak az orvosi terminológiában, de az interszex aktivisták elutasítják a „hermafrodita" kifejezést, mivel az sértő az interszex közösség számára, mindeközben arra törekszenek, hogy új jelentéssel ruházzák fel a közösségen belül, ugyanúgy, ahogy más, az LMBTI témákhoz kapcsolódó kifejezéseket (dyke, queer) esetében is történt (APA, 2015; Fenway Institute, 2016, 2020, ISNA 2008).

## 1.1.2) Szexuális irányultság

### 1.1.2.a) Érzelmi és szexuális vonzalom

A ***szexuális irányultság*** (szexuális orientáció) az érzelmi és szexuális vonzalom azon mintázata, amelyet az emberek különböző nemű személyek iránt, vagy mások nemére tekintet nélkül mutatnak (Fenway Institute, 2016, 2020; ILGA Europe, 2015; CFCA, 2019; Jurčić, 2020). A modern megközelítés már nem dichotómiaként ábrázolja a szexuális orientációt, hanem inkább spektrumként vagy kontinuumként (pl. heteroszexualitás, homoszexualitás, aszexualitás vagy poliszexualitás). A szexuális orientáció változhat a személy élete során és/vagy eltérő szituációkban, de nem változtatható meg szándékosan.

Az ***aszexuális*** egy ernyőfogalom, amely identitások spektrumát foglalja magában: demiszexuális, lithoszexuális, frayszexuális stb. Általánosságban azokat a személyeket jelöli, akik nem tapasztalnak szexuális vonzalmat más személyek iránt. Ugyanakkor vannak aszexuálisok, akik rendelkeznek ugyan libidóval és lehet tapasztalatuk szexuális vágyról, de nem tapasztalnak folyamatos szexuális vonzalmat, ugyanakkor ők is érezhetnek romantikus vonzalmat más (egy vagy több nemhez tartozó) személyek iránt. (Fenway Institute, 2016, 2020).

A ***biszexuális*** identitással vagy orientációval rendelkezők érzelmileg és szexuálisan vonzódnak a saját és az ellenkező nemhez tartozó emberekhez is (Fenway Institute, 2016, 2020; ILGA Europe, 2015; CFCA, 2019).

A ***demiszexuális*** identitással vagy orientációval rendelkezők csak bizonyos körülmények mellett éreznek szexuális vonzalmat (például, ha már erős érzelmi vagy romantikus kapcsolatot alakítottak ki valakivel) (UNC, 2020).

***Meleg*** – a kifejezés identitást vagy orientációt jelölhet, amelyet olyan személyek jellemzésére használunk, akik érzelmileg, romantikusan és/vagy szexuálisan a saját nemükkel megegyező nemű személyhez vonzódnak. A kifejezés használata leginkább férfiakhoz vonzódó férfiakra történő hivatkozás esetén elterjedt. (Fenway Institute, 2016, 2020; ILGA Europe, 2015; CFCA, 2019).

***Heteroszexuális*** (hetero) – identitás vagy orientáció, amelyet olyan személyek jellemzésére használunk, akik érzelmileg, romantikusan és/vagy szexuálisan ellenkező nemű személyhez vonzódnak. Azok az emberek, akik heteroszexuális identitásúak, időnként vonzódhatnak más nemű személyhez is (vagy folytathatnak szexuális kapcsolatot azonos nemű személlyel) mikörben identitásukat tekintve nem homoszexuálisok, melegek, leszbikusok vagy biszexuálisok (Fenway Institute, 2016, 2020; ILGA Europe, 2015; CFCA, 2019).

***Homoszexuális*** – orvosi és pszichológiai gyökerekkel rendelkező, szexuális orientáció jellemzésére használt kifejezés olyan személyek estén, akik érzelmileg, romantikusan és/vagy szexuálisan azonos neműekhez vonzódnak. A homoszexuális, meleg, leszbikus személyek egyes esetekben vonzódhatnak, vagy folytathatnak szexuális kapcsolatot ellenkező nemű személlyel, miközben nem tekintik magukat heteroszexuálisnak vagy biszexuálisnak (Makadon et al. 2015; ILGA Europe 2015).

***Leszbikus*** – identitás vagy orientáció, amelyet olyan nők jellemzésére használunk, akik érzelmileg, romantikusan és/vagy szexuálisan más nőkhöz vonzódnak (Fenway Institute, 2016, 2020; ILGA Europe, 2015; CFCA, 2019).

***Pánszexuális*** – identitás vagy orientáció, amelyet olyan személyek esetén használunk, akik érzelmileg, romantikusan és szexuálisan bármely társadalmi és biológiai nem képviselői iránt vonzalmat érezhetnek, függetlenül az illető nemétől vagy szexualitásától (Fenway Institute, 2016, 2020; CFCA, 2019).

***Poliszexuális*** – identitás vagy orientáció, amelyet olyan személyek esetén használunk, akik egynél többféle társadalmi és biológiai nem képviselői iránt éreznek érzelmi, romantikus és/vagy szexuális vonzalmat. A poliszexuális orientációval rendelkezők közé soroljuk a biszexualitásokat, a pánszexualitásokat és a queer-eket, sok más szexuális orientáció és identitás mellett.

***Queer*** – mint ernyőfogalmat, olyan személyekre használjuk, akik nem kizárólag heteroszexuálisak. A queer mint kifejezés azt is magában foglalja, hogy a szexualitás inkább egy spektrum, mintsem különböző kategóriák készlete. Ez a kifejezés korábban negatív és lekicsinylő konnotációval rendelkezett, napjainkban azonban az LMBTI közösség a kifejezés használatát visszavette. A kifejezés egyre inkább elterjedt és társadalmilag is elfogadhatóvá vált, melyet a közösség tagjai egyránt használnak önmagukra és a közösségükre utaló ernyőfogalomként. Ugyanakkor a kifejezés történetileg negatív töltete miatt óvatosan és kellő körültekintéssel használandó (APA 2015, Fenway Institute, 2016, 2020; ILGA Europe, 2015; CFCA, 2019). A „queer" kifejezést az LMBTI közösségen belül használják továbbá a homonormativitás enyhítésére, a közösséget jellemző diverzítás és sokszínűség elismerése, elfogadása és támogatása céljából (Duggan, 2002; Grant és Nash, 2020).

### 1.1.2.b) Szexuális viselkedés (MSM, WSW)

Az MSM és a WSW kifejezések általában a szexuális viselkedés megnevezésére használatosak. Ezeket a kifejezéseket hagyományosan a szexuális úton terjedő betegségek közegészségügyi (orvosi) diskurzusában használták, és az LMBTI-aktivisták által vitatott kifejezésekről van szó, mivel azok a normatív szexuális gyakorlatokra összpontosítanak, és néhány nem normatív szexuális tevékenységet láthatatlanná tesznek.

Fontos szem előtt tartanunk azt is, hogy a szexuális tevékenység, a szexuális vonzalom vagy a szexuális viselkedés eltérhet a szexuális orientációtól vagy szexuális orientációs identitástól.

***MSM*** (men-who-have-sex-with-men – férfiak, akik férfiakkal létesítenek szexuális kapcsolatot) kifejezést azokra a férfiakra használják, akik más férfiakkal létesítenek szexuális kapcsolatot, de nem feltétlenül azonosítják magukat melegként vagy biszexuálisként. ***WSW*** (women-who-have-sex-with-women – nők, akik nőkkel létesítenek szexuális kapcsolatot) kifejezést azokra a nőkre használják, akik más nőkkel létesítenek szexuális kapcsolatot, de nem feltétlenül azonosítják magukat leszbikusként vagy biszexuálisként.

A fenki kifejezéseken kívül használatosak még hasonló séma szerint a MSMW (men-who-have-sex-with-men and women – férfiak, akik férfiakkal és nőkkel is létesítenek szexuális kapcsolatot) valamint a WSWM (nők, akik nőkkel és férfiakkal is létesítenek szexuális kapcsolatot) kifejezések is (Fenway Institute, 2016, 2020).

Az ellátás során fontos figyelembe venni mind a szexuális irányultságot, mind pedig a tényleges szexuális tapasztalatot, tevékenységet, mivel egyes tanulmányok szerint a heteroszexuális MSM és WSW egyénekre az LMB társaiknál rosszabb egészségi állapot jellemző (Lhomond et al. 2013; Caceres et al. 2018; Mays et al. 2018; Patterson és Jabson, 2018).

### 1.1.2.c) Szexuál/romantikus vonzalom (identitás és tapasztalat nékül)

Vannak, akik romantikus vonzalmat éreznek, de szexuális vonzalmat nem. A mások (egy vagy többféle társadalmi és biológiai nem képviselői iránt) iránt érzett romantikus vonzalom tapasztalata nem feltétlenül jelent szexuális vonzalmat vagy kapcsolatot.

Vannak, akik szexuális vonzalmat tapasztalnak egy vagy több nem képviselői iránt, de nem feltétlenül folytatnak szexuális tevékenységet vagy szexuális kapcsolatot (Makadon et al. 2015).

## 1.1.3) További kifejezések

***Kisebbségi stressz*** – a kisebbségi csoporthoz – így a szexuális és nemi kisebbségekhez - tartozókat érintő krónikus distressz, amelyet disztális stresszorok (objektív külső fenyegetések, diszkrimináció vagy az egyén ilyen eseményekkel szembeni elvárásai) és proximális stresszorok (internalizált negatív attitűdök, szexuális orientáció vagy nemi identitás eltitkolása) váltanak ki és tartanak fenn (Meyer, 2003; Fenway 2020).

***Interszekcionalitás*** (metszetszemlélet) – az az elméleti keret, mely szerint az egyéneket egymást (át)fedő/metsző identitások jellemezik, mint a rassz, az osztályhelyzet, az etnikai hovatartozás, a szexuális orientáció vagy szexualitás, a nem vagy nemi identitás, a testi fogyatékosság, a nemzeti hovatartozás, a vallás, az életkor, vagy egyéb társadalmi és/vagy fizikai tulajdonságok, amelyek kölcsönösen konstruáltak, egymástól nem függetlenek, továbbá egymással átfedve hatást gyakorolnak az egyén tapasztalataira, társas megítélésére és a megtapasztalt diszkrimináció formáira (Makadon et al. 2015; Carastathis, 2014; Dill és Kohlman, 2012).

***Kulturális kompetencia*** - tudás, tudatosság, érzékenység és alázat, amely megalapozza az etikus és hatékony részvétel képességét az interkulturális személyes és szakmai interakciók során (National LGBTI Health Alliance, 2013; Makadon et al. 2015).

***Előbújás*** (angolul: coming out) – az egyén szexuális orientációjának vagy nemi identitásának – saját maga számára történő – felfedezésének és elfogadásának, valamint másokkal (barátok, családok stb.) való megosztásának folyamata (Fenway Institute, 2016, 2020; ILGA Europe, 2015).

***Medikalizáció*** – amikor valamit (vagy valakit) orvosi kérdésként (betegségként, rendelle-

nességként vagy devianciaként) definiálnak, vagy orvosi kérdésnek tekintenek, ezért orvosi kifejezésekkel utalnak rá, vagy orvosi beavatkozásokat alkalmaznak a kezelésére (Higgs, 2018; Liebert, 2014).

***Outolás*** (angolul: outing) egy másik személy szexuális orientációjának vagy nemi identitásának nem kívánt vagy a személy beleegyezése nélkül történő nyilvánosságra hozatala (Fenway Institute, 2016, 2020).

***Patologizálás*** – arra a folyamatra utal, amikor egy tapasztalatot, állapotot, helyzetet vagy folyamatot (pszichológiai vagy fiziológiai) problémaként tekintenek és közelítenek meg. Gyakran használják az „medikalizáció" szinonimájaként is (Liebert, 2014).

***Betegközpontú ellátás*** (angolul: patient-centered care) – az a klinikai megközelítés, amely hangsúlyozza a betegek személyként kezelésének jelentőségét, tiszteletben tartja a betegek autonómiáját, reagál az igényeikre, az ellátó és a beteg közötti együttműködésre és szövetségre törekszik (Myfanwy, 2018).

***Tájékozott beleegyezés*** – a betegközpontú ellátás egyik legfontosabb követelménye. A beteg önkéntes, teljeskörűen tájékozott és hozzáértő döntése bármilyen kezelés, teszt vagy vizsgálat elvégzését illetően. Az informált beleegyezés kényszertől mentesen, teljeskörű tájékoztatást követően történik. A teljeskörű tájékoztatás részét képezi az érthető módon és nyelvezettel történő információátadás a következőkről: 1) a beteg diagnózisáról (ha ismert), annak kezeléssel és kezelés nélkül várható alakulásáról; 2) a szükséges vagy elvégezni kívánt teszt, vizsgálat, beavatkozás, kezelés, műtéti eljárás jellegéről, kockázatairól, előnyeiről, mellékhatásairól; 3) a kezelési alternatívákról és azok kockázatairól és előnyeiről; 4) továbbá a diagnózissal összefüggő minden lényeges anyagi vonzatról. A beteg tájékoztatása során az ellátónak meg kell győződnie arról, hogy a páciens a kapott információkat megértette, továbbá lehetőséget kell biztosítania számára, hogy kérdéseit feltehesse.

A magyarországi, 1997. évi CLIV. törvény szerint a betegnek joga van tájékoztatást kapni:
„a) egészségi állapotáról, beleértve ennek orvosi megítélését is,
b) a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról,
c) a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól,
d) a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjairól,
e) döntési jogáról a javasolt vizsgálatok, beavatkozások tekintetében,
f) a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről,
g) az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről,
h) a további ellátásokról, valamint
i) a javasolt életmódról."

***Traumainformált ellátás*** (angolul: trauma-informed care) – klinikai kezelési megközelítés, amely fokozottan szem előtt tartja a különböző típusú traumák megértését, felismerését, valamint az azokra történő reagálást, illetve elősegíti a biztonságos környezet és kapcsolat megélését a kliens számára, továbbá a gyógyulást és megerősödést támogató gyakorlatokat alkalmaz (Fenway Institute, 2020).



### 1.1.4) Példák

Ádám férfiként azonosítja magát. Érzelmileg és szexuálisan férfiakhoz vonzódik. Ezek alapján azt mondhatjuk, hogy Ádám egy meleg férfi.

Tibor transz férfiként azonosítja magát. Érzelmileg és szexuálisan vonzódik a saját neméhez és más nemű emberekhez. Így Tibor egy biszexuális férfi.

Zoltán férfiként azonosítja magát. A nemi identitása férfi. Születésekor Zoltánt nőként azonosították. Zoltán nem ment keresztül a nemváltoztatás procedúráján. Zoltán egy transzférfi.

Mária nőként azonosítja magát, habár születésekor férfiként azonosították. Mária mind orvosilag, mind jogilag keresztülment a nemváltoztatáson. Mária egy transznő.

Oszkár férfiként azonosítja magát. Születéskori neme is férfi. Oszkár egy cisznemű férfi.

Max nem-binárisként azonosítja magát. Maxot születésekor nőként azonosították, de sem a női, sem a férfi nemmel nem azonosul.

Adrina nőként azonosítja magát. Érzelmileg és szexuálisan más nőkhöz vonzódik, és leszbikusnak vallja magát. Ezek alapján azt mondhatjuk, hogy Adrina leszbikus.

Andreát születésekor nőként azonosították és nőként is nevelték. Tinédzserként megtudta, hogy XY kromoszómája és interszex variációja van. Andrea sem nőként, sem férfiként nem azonosítja magát. Andrea interszex.

# 1.2) Stigmatizáció és ellátási akadályok az egészségügyben

Health inequities based on sexual orientation and gender are well-known and pervasive issues in modern healthcare. LGBT people might face several barriers when trying to access care, there are legal obstacles to health insurance or socioeconomic barriers in some countries, and providers receive little or no training in connection with LGBT individuals, and hence can offer no culturally competent care for them (McKay 2011; Institute of Medicine 2011). In addition to these, previous experiences and expectations of implicit or explicit discrimination during the utilisation of the healthcare system also marginalise sexual and gender minority individuals, hence the experience of discrimination or stigmatisation delays seeking care, and vice versa: higher levels of disclosure are associated with greater healthcare utilisation (Casagrande et al 2007; Whitehead Shaver and Stephenson 2016; Puhl and Heuer 2007).

## 1.2.1) Stigma and stigmatisation

Link és Phelan (2001) a stigmát a "megbélyegzés, sztereotipizálás, elkülönítés, státuszvesztés és diszkrimináció komponensek" együttjárásaként határozza meg, míg Herek (2007) szerint a stigmatzáció jelensége "a kollektív társadalmi szinten kialakult negatív vélemény, alacsonyabbrendű státusz és viszonylagos tehetetlenség / erőtlenség, amely a nem heteroszexuális és nem cisznormatív viselkedéseket, identitásokat, kapcsolatokat és közösséget övezi".

A szexuális és nemi kisebbségeket érintő, a társadalom nem heteroszexuális és nem cisznormatív személyekkel (identitásukkal, kapcsolataikkal és csoportjaikkal) összefüggő negatív vélekedését "LMBTI stigmának" nevezzük.

A stigma lehet explicit, amikor valaki nyíltan, tudatosan, jól láthatóan, reflektáltan elutasító vagy kritikus valaki mással (pl LMBTI személyekkel vagy etnikai kisebbségekkel), vagy implicit, amikor valaki nincs tisztában elfogultságával, előítéleteivel és akaratlanul érzéketlen vagy durva másokkal szemben.

A stigmatizáció tapasztalata számos módon hatással lehet az egészségre:

Először is, az implicit vagy explicit megbélyegzés, vagy az egészségügyi környezetben átélt negatív tapasztalatok arra sarkalhatják az embert, hogy elkerülje az egészségügyi ellátás igénybevételét, annak bizonytalansága miatt, hogy a jövőbeli ellátók megfelelő módon fognak-e viszonyulni hozzá. Ha a betegek megbélyegzettnek érzik magukat, akkor valószínűbb, hogy nem osztják meg szexuális orientációjukat vagy nemi identitásukat az ellátóval, vagy halogatják a segítségért fordulást, ami rontja az ellátó-beteg találkozás hatékonyságát, továbbá befolyásolja a betegek együttműködését és compliance-át, így hatást gyakorol a terápiás hatékonyságra (Durso és Meyer 2013).

Másodszor, a negatív megbélyegzés és az internalizált negatív attitűdök káros hatással vannak a mentális és fizikális egészségre, fokozzák a distresszt, így a szorongás, a depresszió, az öngyilkossági gondolatok vagy öngyilkossági kísérletek gyakoribb előfordulását, valamint az egészségi állapotot befolyásoló, egészségtelen megküzdési stratégiák kockázatát (például dohányzás, alkohol- vagy drogfogyasztás), így számos krónikus betegség - mint kardiovaszkuláris megbetegedések, diabétesz és egyes tumorok - megjelenését (Goldbach et al. 2014; Feinstein és Newcomb, 2016; Parent et al. 2018).



Az LMBTI személyek kisebbségi státuszukból adódóan a mindennapok szintjén is gyakran lesznek bántalmazás vagy mikroagresszió áldozatai, ami fokozza a megnövekedett mentális terhek kezelésében alkalmazott egészségtelen megküzdési stratégiák kockázatát (Goldbach et al. 2014; Feinstein és Newcomb, 2016; Parent et al. 2018).

Fontos hangsúlyozni, hogy a szexuális és nemi kisebbségek az átlagos lakosságnál gyakrabban élnek meg traumatikus eseményeket, mint a zaklatás, a mikroagresszió, a megbélyegzés, a gyűlöletbűncselekmények, valamint a történelmi vagy társadalmi traumák (Roberts, Austin, Corliss, Vandermorris és Koenen, 2010; Beckerman és Auerbach, 2014; Livingston, Berke, Scholl, Ruben és Shipherd 2020; Bovin, Camden és Weathers, 2021). Éppen emiatt az LMBTI személyekkel dolgozó egészségügyi szakembereknek ismerniük kell a PTSD (poszt traumás stressz zavar) jeleit/tüneteit, mint például: 1) a traumás esemény újraélése / újrajátszása (emlékek betörések, flashback és / vagy rémálmok); 2) a traumára emlékeztető helyzetek/körülmények elkerülése; 3) tartós fenyegetettség érzés, amelyet hipervigilancia kísér (ennek fizikális jeleivel: alvászavar, ingerlékenység, szívdobogás érzés); 4) memória-, hangulat-, és koncentrációs zavar jelenléte (Livingston, Berke, Scholl, Ruben és Shipherd 2020; Beckerman és Auerbach, 2014).

Fontos szem előtt tartanunk, hogy bár nem minden LMBTI beteg felel meg a PTSD vagy a C-PTSD diagnosztikai kritériumainak, mégis az átlag lakosságnál nagyobb valószínűséggel tapasztalnak súlyos lelki szenvedést a megbélyegzés, az internalizált LMBTI-fóbia, az elutasítással kapcsolatos kitettség, az ellenséges környezet, a marginalizáció, a diszkrimináció és a bántalmazás következtében (Roberts, Austin, Corliss, Vandermorris és Koenen, 2010).

Megkülönböztethetünk továbbá különböző szinteken előforduló stigmatizációt:

***Társadalmi - Strukturális szint***

***Társadalmi stigma*** - az egyén (vagy a csoport) diszkriminációja vagy elutasítása, annak észlelt - a társadalom többi részétől különböző - jellemzői (kultúra, vallás, nem, szexuális orientáció, rassz / etnikum, intelligencia, egészség / betegség, testi vagy szellemi jellemzők, társadalmi-gazdasági helyzet) alapján. pl. az azonos neműek házassághoz való hozzáférésének megtagadása.

***Strukturális stigma*** - társadalmi vagy intézményi feltételek, törvények, irányelvek és gyakorlatok, amelyek bizonyos jellemzőkkel vagy csoportidentitásokkal rendelkező emberek lehetőségeit, erőforrásait, hatalmát vagy jóllétét csökkentik. pl. kulturális szempontból kompetens, cisznemű, heteroszexuális és kisebbségekhez tartozó betegek számára egyenlő ellátást biztosító ellátók és/vagy egészségügyi irányelvek hiánya.

***Interperszonális - intraperszonális szint***

***Anticipált stigma*** (előrevetített stigma) korábban tapasztalt előítéletek, sztereotípiák vagy diszkrimináció esetleges jövőbeli előfordulásától való aggodalom vagy félelem, amely miatt valaki elkerülheti vagy késleltetheti az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést.

***Internalizált stigma*** (önstigmatizáció) a szexuális orientációval, nemi identitással vagy más kisebbségi státusszal kapcsolatos a kulturális vagy társadalmi normák, meggyőződések és értékek belsővé tétele, amely adott esetben csökkent önértékelést okozhat, és növelheti az egészségi állapotra káros magatartásformák alkalmazásának lehetőségét.

***Észlelt vagy érzékelt stigma*** – az észlelt sztereotípiák/előítéletek, a szégyen vagy bizonytalanság érzése bármely identitás vagy jellemző felismerhetősége miatt, amely stigmatizációtól való félelemhez és fokozott szorongáshoz, elszigetelődéshez vezethet.

***Tényleges/megtapsztalt stigma*** a nyílt és tényleges megbélyegzés, megalázás, diszkrimináció, zaklatás és erőszak tapasztalata.

A közösségi vagy társadalmi stigmák jelentősége abban rejlik, hogy negatív implicit attitűdöket provokálnak, amik megerősítik a stigmatizált személyek ellátási akadályait, miközben az önstigmatizáció, a szégyenérzet, a betegség / állapot kialakulásáért való hibáztatásától és a a stigmatizációtól való félelem újabb ellátási nehézségeket jelenthetnek (Fortenberry, McFarlane, Bleakley, Bull, Fishbein, Grimley, Malotte, és Stoner, 2002).

A szexuális orientációval és a nemi identitással kapcsolatos stigmatizáció az egészségügyi ellátó rendszerben a következő módokon fordulhat elő:

***Heteronormativitás*** – annak feltételezése, hogy minden személy heteroszexuális, hogy a heteroszexualitás a norma. Továbbá az a társadalmi nyomás, hogy mindenkinek sztereotip módon heteroszexuálisként kell kinéznie és viselkednie. A heteronormativitás heteroszexizmusként nyilvánulhat meg, vagyis azon elfogult meggyőződésként, hogy a heteroszexualitás minden más szexualitásoknál magasabbrendű.

***Cisznormativitás*** – annak a feltételezése, hogy minden ember cisznemű, és a ciszneműség az egyetlen normális nemi identitás.

A heteronormativitás és cisznormativitás átitatja az ellátórendszer diskurzusát, a diagnózisok meghatározását és alapjaiban befolyásolja a tényleges klinikai gyakorlatot.

***Transzfóbia*** – a transz személyektől való félelem, illetve az ellenük irányuló alaptalan düh, intolerancia, erőszak és/vagy gyűlölet.

***Bifóbia*** – a biszexuális vagy biszexuálisnak vélt emberektől való félelem, illetve az ellenük irányuló alaptalan düh, intolerancia, erőszak és/vagy gyűlölet. A biszexuális emberek gyakran szembesülnek identitásuk legitimitásának aláásásával mind az LMBTI közegben, mind a többségi társadalom részéről, mivel gyakran heteroszexuálisnak vagy homoszexuálisnak gondolják őket, attól függően, hogy milyen nemű partnerük van.

***Homofóbia*** – a meleg, leszbikus vagy biszexuális emberektől való félelem, illetve az ellenük irányuló alaptalan düh, intolerancia, erőszak és/vagy gyűlölet.

***Interszexfóbia*** – interszex vagy interszexnek vélt személyektől való félelem, illetve az ellenük irányuló alaptalan düh, intolerancia, erőszak és/vagy gyűlölet.

***Enbyfóbia*** – nonbináris/nem bináris, vagy nonbinárisnak / nem binárisnak vélt személyektől való félelem, illetve az ellenük irányuló alaptalan düh, intolerancia, erőszak és/vagy gyűlölet.

## 1.2.2) Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés akadályai

### 1.2.2.a) Foglalkoztatottság, munka- és életkörülmények

Néhány korábbi tanulmány szerint a szexuális és nemi kisebbséghez tartozó egyének háztartásai alacsonyabb jövedelemmel rendelkeznek és nagyobb valószínűséggel élnek a szegénységi küszöb alatt – különösen a biszexuális és leszbikus nők, valamint transz személyek (Mallory és Sears, 2015; Fric, 2019; Sears és Mallory, 2011; Cahill és Tobias, 2007; Reisner et al. 2015; Lambda Legal, 2010; Schneebaum és Badgett, 2019). Az LMBTI személyek továbbá gyakrabban válnak hajléktalanná vagy munkanélkülivé (Cochran et al, 2002; Corliss et al. 2011; Rosario, Schrimshaw és Hunter 2012; Durso és Gates, 2012; Laurent és Mihoubi, 2017; Charlton, Gordon és Reisner, 2018). Az LMBTI populáció foglalkoztatottságát vizsgáló tanulmányok szerint a szexuális és nemi kisebbségek kevésbé érzik magukat biztonságban munkahelyükön, gyakrabban tapasztalnak diszkriminációt, mobbingot, bullyingot, gyakran vállalnak szakképzettségüknél és iskolai végzettségüknél alacsonyabb szintű munkát, valamint nehezebbnek találják a munkahelyváltást (Ozeren 2014; Cech és Rothwell, 2020; Ng és Rumens, 2017; Rudin, Biling, Farro és Yang, 2020)

Az izoláció/elhagyatottság, a támogató család hiánya szintén egy jelentős akadály lehet az LMBTI személyek esetében, mivel önmagában is fokozza a hajléktalanság rizikóját, továbbá szükség esetén kevésbé állnak rendelkezésükre támogató családtagok, akik anyagi támogatást nyújthatnának számukra. Az izoláció még jelentősebb kérdés a fiatal és az idős LMBTI generációk körében. A fiatal LMBTI személyek gyakran veszélyeztetettebbek, mivel függnek a szülői/gondviselői támogatástól és anyagilag sem függetlenek törvényes gyámjaiktól. Hasonlóképpen az idősek is sérülékennyé válhatnak, amikor már nem képesek önállő életvitelre, és gondozó otthonokba kell költözniük, vagy a család támogatására szorulnának. Mindezek miatt fontos lenne a kiszolgáltatott korosztályok számára speciális szolgáltatások nyújtása (különösen a gyermekorvoslás, a szociális ellátás, a geriátria, az idősotthonok és az alapellátás területén).

### 1.2.2.b) Hozzáférhetőség

Az egészségügyi szolgáltatásokhoz és ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségei számos szinten megjelennek az LMBTI személyek ellátása során (McKay 2011).

Először is az LMBTI személyek és családjaik kevésbé valószínű, hogy magánbiztosítással rendelkeznek, mivel sok esetben nem vehetik igénybe a munkahely által támogatott egészségbiztosítás lehetőségét, valamint mivel párkapcsolatuk, vagy családjuk gyakran nem kerül (jogi) elismerésre (Clift és Kirby 2012; Grant et al 2011).

Néhány tanulmány szerint az LMBTI közösségen belüli az egyes alcsoportok nem jutnak megfelelő ellátáshoz a gyógyszerfelírással való késlekedés, vagy a felírt gyógyszerhez való hozzáférés egyéb akadályai miatt (pl. alacsony jövedelem). A megfelelő ellátáshoz való hozzájutás is nagyobb valószínűséggel később következik be, az ellátás megtagadása, valamint a negatív tapasztalatok és stigmatizációtól való félelemből adódó késleltetett segítségkérés, vagy orvoshoz fordulás következtében (LGBT refusal facts sheet 2015; James et al 2016). Az LMBTI személyek továbbá nagyobb eséllyel vesznek igénybe ügyeleti ellátást (Sanchez et al. 2007; James et al. 2016).

Végül, korábbi tanulmányok azt is felvetik, hogy a szexuális és nemi kisebbséghez tartozókat nagyobb eséllyel éri zaklatás vagy bántalmazás az ellátók részéről. Az egészségügyi személyzet részéről tapasztalt előítéletes, stigmatizáló és diszkriminatív magatartás negatív hatással van az LMBTI lakosság egészségi állapotára, továbbá az egészségügyi egyenlőtlenségek fenntartását eredményezi. A szexuális és nemi kisebbségek által, az ellátók részéről leggyakrabban tapasztalt előítéletes vagy diszkriminatív magatartási formák a következőek (Health Care Refusals Harm Patients, 2014; LGBT refusal facts sheet 2015; Grant et al. 2011; Faix-Prukner és Rózsa 2015; Hidasi 2014).

Az egészségügyi szakemberek, nővérek, ápolók, orvosok...

- gyakran megtagadták, hogy hozzájuk érjenek, vagy szükségtelen óvintézkedéseket tettek a vizsgálatot megelőzően.
- megalázó, durva, vagy bántó nyelvezetet használtak a kommunikáció során.
- nemüknek nem megfelelő névmást és kifejezéseket használtak, vagy halott nevükön szólították őket.

- nem voltak hajlandók elismerni a családi relációikat (pl. az azonos nemű partnert; a nem biológiai szülőt).
- őket hibáztatták a betegségük vagy egészségi állapotuk miatt.
- szexuális orientációjuk vagy nemi identitásuk miatt megtagadták ellátásukat.
- fizikálisan durván vagy bántalmazón bántak velük.
- szükségtelenül kiváncsiskodóak voltak, olyan kérdéseket tettek fel, amelyek nem kapcsolódnak az adott egészségügyi problémához.
- megkérdőjelezték vagy lekicsinylették panaszaik súlyosságát.
- szükségtelenül elkülönítették őket.

#### 1.2.2.c) Kommunikáció

A kommunikáció az ellátó-beteg találkozó egyik legalapvetőbb eleme. A kommunikációs problémák komolyan befolyásolják az ellátást, mivel megakadályozzák a megfelelő diagnózis felállítását, gátolják a beteget kérdései feltevésében, ezáltal korlátozzák a beteg számára a tájékozott beleegyezés lehetőségét. A kommunikációs problémák továbbá negatív hatást gyakorolnak a beteg compliance-ra és akadályozzák a megbízható orvos-beteg kapcsolat kialakítását.

Az informált beleegyezéshez a betegeknek érteniük kell diagnózisuk természetét, a kezelési lehetőségeket és alternatívákat, azok rizikóit és hozadékait, valamint a diagnózisuk kezeléssel együtt járó és kezelés nélküli várható prognózisát. Az ellátók - gyakran az affirmatív nyelvhasználattal és a megfelelő kifejezésekkel összefüggő bizonytalanságból adódó - kényelmetlenség érzése és szorongása mint kommunikációs probléma, szintén akadályozhatja a megfelelő ellátást, továbbá akaratlanul durva, bántó, vagy szükségtelenül intim és kiváncsiskodó lehet az LMBTI beteg számára (Sharek et al 2015; Fish és Bewley 2010).

#### 1.2.2.d) Az információ és ismeretek hiánya

Az LMBTI egészségügyi kérdésekben jártas egészségügyi ellátók hiánya, a felkészületlenség érzése az ellátókban alkalmatlanságérzetet és frusztrációt ébreszt, ezáltal befolyásolja terápiás döntéseiket és megnehezíti számukra LMBTI betegeikről való gondoskodást (Sharek és mtsai 2015; Fish és Bewley 2010). A heteronormativitás, a cisznormativitás és az LMBTI közösség specifikus egészségügyi kockázatival, mentális és fizikai egészségi igényeivel kapcsolatos információhiány ellátási egyenlőtlenségekhez vezet, mivel az LMBTI populáció ellátási igényeit nem, vagy kevésbé kiszolgáló ellátórendszert eredményez (például a szükséges rutinszerű szűrések vagy vizsgálatok elmaradásának köszönhetően).



## 1.3) Kisebbségi stressz, diszkrimináció

Meyer kisebbségi stressz elmélete szerint a távoli Folkman és Lazarus stresszmodeljén alapuló elméletében Meyer megkülönböztet közeli és távoli faktorokat (Folkman és Lazarus 1988; Meyer 2003; Meyer és Frost 2013). Távoli, külső vagy disztális faktorok közé tartoznak például a stigmatizáció, az előítéletek és a diszkrimináció, míg közeli, belső vagy proximáli faktornak tekinthetőek az internalizált negatív attitűdök, az elutasítástól vagy diszkriminációtól való félelem, orientáció vagy identitás titkolása. A stesszorokat egy kontinuumon helyezi el a diszkrimináció vagy gyűlölet-bűncselekmények képében megnyilvánuló külső, objektív krónikus vagy akut eseményektől és állapotoktól, a hasonló események bekövetkezésétől való félelmen és az ezt övező éberségen át, az internalizált negatív társadalmi attitűdökig. Az LMBTI személyek esetén továbbá említ egy negyedik, specifikus faktort is, a szexuális orientáció vagy nemi identitás elrejtése miatt szükséges fokozott éberséget és a csoporttagság titkolásából adódó belső feszültséget (Meyer 2003).

Meyer egyforma jelentőséget tulajdonít mind a közeli, mind a távoli tényezők pszichológiai hatásainak, mivel szerinte a disztális társadalmi attitűdök és a stresszténye zők a kognitív folyamatok során proximálissá váltak és pszichológiai jelentőségre tesznek szert (Meyer 2003).

A melegellenes erőszak, a gyűlöletbűncselekmények és a diszrimináció a szexuális és nemi kisebbségek körében a legfontosabb távoli stresszoroknak tekinthetőek (Garnets 1990; Herek és Berrill 1990; Huebner, Rebchook, és Kegeles 2004; Kertzner et al. 1999). A homofób előítéletesség, mint egy társadalmi és intézményes szinten megvalósuló disztális stresszfaktor, az LMBTI személyeket stigmatizáló és alárendelő cisznormativitás és heteronormativitás képében jelen van az emberiség története folyamán (pl: diszkriminatív törvények, amelyek börtönnel büntetik az azonos neműek kapcsolatát; a náci birodalom által végrehajtott meleg holokauszt) (Herek 2007).

A szexuális forradalom során a feminista- és melegmozgalmak eredményeként az LMBTI személyek láthatósága jelentősen növekedett, amely egyrészről a csoporttagok nagyobb támogatottságához vezetett, másrészt a növekvő láthatóság váratlan negatív hatásaként a szexuális és nemi kisebbségek a zaklatás, az erőszak és a diszkrimináció azonosíthatóbb célpontjaivá váltak. Az áldozattá válás, a bántalmazás, a zaklatás, az erőszak tapasztalatai megzavarják az egyén észlelését a világ folyását illetően, az ilyen tapasztalatok tönkreteszik a túlélő biztonságérzetét és vélt sérthetetlenségét. Annak érdekében, hogy a fenti tapasztalatok értelmet nyerjenek, a túlélő próbálja feloldani az okozott disszonanciát, amely negatívan befolyásolhatja a túlélő önértékelését és énképét. A mentális és fizikális bántalmazásnak komoly egészségkárosító hatása van és számos egészségügyi problémát okozhat a túlélő számára, mint az alvászavar, a fejfájás, a hasmenés, a kontrollálhatatlan sírás, a szorongás, az agitáció, a derpesszió, vagy az addikciók kialakulása. A bántalmazás tapasztalata továbbá az emberi kapcsolatok leértékelődését eredményezheti, amely fokozza a túlélő elszigeteltségét. A stigmatizáció elidegenedést, a közösségbe való integráció hiányát, és alacsonyabb társas támogatást is eredményezhet, melyek negatív énkép kialakításához vezethetnek és kedvezőtlenül befolyásolhatják az önelfogadást.

Más kisebbségekhez hasonlóan az LMBTI személyek is napi szinten tapasztalnak előítéletességet, mikroagressziót és diszkriminációt, így megtanulják, hogy a domináns kultúra képviselőitől általában negatív reakciókat és attitűdöket várhatnak, aminek eredményeként folyamatos készenléti állapot jellemzi őket (Nadal et al. 2016). Az észlelt stigma és az észlelt

fenyegetettség állandó éberséget követel tőlük, ami a domináns kultúra képviselőivel folytatott csoportközi interakciók ismétlődésének köszönhetően egyfajta krónikus éberséget eredményez. Meyer Crockert idézi ezen jelenség leírásakor, miszerint „állandóan résen kell lenni … (a társas interakciók során) elővigyázatosnak és tudatosnak kell lenni, mivel fennáll a lehetősége annak, hogy a másik előítéletes" (517. o., Meyer 2003). Az észlelt társadalmi stigma azért is veszélyeztetheti a kisebbségi személyek énképét, mivel ha az egyén magáról alkotott képe nem harmonizál az uralkodó csoport által közvetítettel vagy elvárttal, az önértékelés instabillá és sérülékennyé válhat, ezáltal a pozitív énkép fenntartása hatalmas energiát követelhet a kisebbséghez tartozó személyektől (Kelleher 2009).

Az elutasítástól való félelem, az önstigma, az internalizált negatív attitűdök és az identitás titkolása mint közeli faktorok jelennek meg. Az elutasítástól való félelem a heteronormatív és cisznormatív környezet, valamit a társadalmi stigmák eredményeként súlyos és krónikus stresszt jelent az LMBTI személyek számára, ami rossz mentális egészséget és károsodott társas működést eredményezhet. Az internalizált negatív társadalmi attitűdök, hiedelmek és sztereotípiák önstigmatizációhoz vezetnek, és megfoszthatják az egyént a társas támogatás, az intim kapcsolatok lehetőségétől, továbbá szexuális problémákat okozhatnak számára. Az internalizált homofóbia súlyosan befolyásolja a testi-lelki egészséget, az önértékelés csökkenése, a pozitív önkép törekvésének megzavarása és a viselkedés módosítása (pl. növeli a kockázati magatartást) által. Az identitás titkolása számos kisebbségi csoport által alkalmazott megküzdési statégia a kisebbségi identitást érintő támadások elkerülése céljából. A szexuális orientáció vagy nemi identitás titkolása ugyanakkor folyamatos éberséget és figyelmet követel az LMBTI személyektől, melynek során újra és újra fel kell mérniük környezetüket és interakcióikat, továbbá folyamatosan tudatosítaniuk kell saját mondanivalójukat, viselkedésüket, ruházatukat, valamint át kell gondolniuk, hogy mit oszthatnak és nem oszthanak meg magukról az adott helyzetben. Mindezek mellett folyamatosan olvasniuk és értelmezniük kell a másik fél verbális és nem verbális reakcióit, hogy finomítani tudják saját kommunikációjukat.

A szexuális és nemi kisebbségek által észlelt stresszorok egy része megegyezik a más kisebbségekre jellemzőkkel (diszkrimináció, sztereotípiás fenyegetettség, gyűlöletbűncselekmények), ugyanakkor rendelkeznek néhány specifikus stresszorral is, mint az internalizált homofóbia és az identitás és orientáció titkolásából adódó szorongás (Hatzenbuehler és Pachankis 2016; Meyer 2003). A közösségre jellemző sajátos stresszorok, mint a homofóbia, bifóbia, transzfóbia, enbyfóbia és interszexfóbia, a krónikus faktorok, mint zaklatás, bántalmazás, diszkrimináció, valamint a hosztilis, heteronormatív és cisznormatív társadalmi berendezkedés tovább fokozzák az LMBTI személyek stresszterhelését, ami hatást gyakorol a szexuális és nemi kisebbséghez tartozók mentális és fizikális egészségi állapotára (DeLilly és Flaskerud 2012; McConnell et al. 2018; Williams et al. 2019). A különböző stressztényezők, mint a megtapasztalt előítéletek, az elutasítástól való félelem, az elszigetelődés, az identitás titkolása, valamint az internalizált homofóbia folyamatos alkalmazkodást követelnek, így túlterheli az egyén mentális és fizikai erőforrásait, ami hatással van a testi és lelki egészségi állapotra (Hatzenbuehler 2009, Pascoe és Smart Richman, 2009).

A többségi társadalommal összevetve az LMBTI személyeket kedvezőtlenebb mentális egészségi mutatók jellemzik, továbbá ezek az eredmények arra utalnak, hogy a kisebbségi stressz összefügghet a rosszabb fizikális egészségi állapottal és számos mentális egészségi problémával, mint a szorongásos zavarok, depressziós tünetek, maladaptív megküzdés (dohányzás, alkohol- és kábítószer-fogyasztás), öngyilkossági gondolatok (Frost, Lehavot és Meyer 2015; Meyer és Frost 2013; Kelleher, 2009).



Az LMBTI személyek egy része remekül megküzd fenyegetett identitásával pozitív aktív megküzdési startégiák (támogatás keresése - egyéni szinten; negativizmus - csoportszinten) és passzív megküzdési startégiák (elkerülés - egyéni szinten; passing – csoportszinten) alkalmazásával, mind egyéni, mind pedig interperszonális és közösségi szinteken (Breakwell 1986; Seelman et al. 2017). A pozitív LMBTI identitás kialakítása, a kulturális normáknak való ellenállás, a társas és affirmatív kapcsolatok keresése (például LMBTI inklúziv közösségi terek, bárok, kávézók látogatása, vagy támogató online terek használata), a spiritualitás, az egészségfejlesztést szolgáló magatartásformák mind pozitív hatással vannak az LMBTI-emberek mentális és fizikai egészségére (McDavitt 2008; Seelman et al. 2017; Toomey 2018; Puckett 2020). A szükség esetén érzelmi (vagy akár anyagi) támogatást nyújtó, támogató baráti kapcsolatok, mint - az elutasító vagy LMBTIfób születési család helyett - választott család szintén remek és sikeres megküzdési stratégiát jelenthetnek az LMBTI személyek számára (McDavitt et al. 2008; Drabble et al. 2018). Ezek a kapcsolatok kifejezetten fontosak lehetnek azok számára, akik eleve kiszolgáltatottabbak (pl idősek vagy fiatalok; részletekért lásd a „5.2 – Életkori sajátosságok" c. részt). A normatív elvárások (cisz / heteroszexizmus) dekonstrukciója céljából hatákony és hasznos megküzdési stratégiaként szolgálhat továbbá az aktivizmusban való részvétel is a szexuális és nemi kisebbségek számára (McDavitt 2008; Toomey et al. 2018; Puckett et al. 2020). Drabble és munkatársai mindezek mellett a szexuális kisebbséghez tartozó nők sikeres megküzdési stratégiájaként említik a háziállatokkal való érzelmi kapcsolatot is (Drabble et al. 2018).

Ugyanakkor a negatív társadalmi attitűdök (LMBTIfóbia) egyik eredményeként, a diszkrimináció, zaklatás vagy bántalmazás elkerülése érdekében az LMBTI személyek egy részének el kell titkolnia identitását, vagy fel kell hagynia bizonyos tevékenységekkel, el kell kerülnie társait, és tartózkodnia kell egyes eseményeken (Pride) való részvételtől, ami tovább fokozza elszigeteltségüket és megfosztja őket a kedvezőbb megküzdést és pozitívabb (kisebbségi) identitás kialakítását segítő fontos erőforrásoktól.

Annak eldöntése, hogy mikor bújhatnak elő és mikor nem, minden alkalommal a körülmények és következmények alapos értékelését igényli részükről, mivel a tét a diszkriminációnak vagy az elutasításnak való kitettség és az önintegritás megőrzése.

A rejtőzködés ugyanakkor negatív hatással van az általános egészségi állapotra, míg a SOGIE (Sexual Orientation, Gender Identity és Expression - szexuális orientáció, nemi identitás és nemi kifejezés) kifejezése csökkenti a szorongást támogató és elfogadó környezetben (McConnell et al. 2018).

A meyeri kisebbségi stressz modellből egy fontos kérdés hiányzik, nevezetesen annak leírása, miként befolyásolja a stigmatizációval összefüggő stressz intra- és interperszonális szinten a mentális és fizikai egészséget, valamint hogyan fejti ki a diszkrimináció és a stigmatizáció a hatását, és miként tudnánk ezeket a folyamatokat jobban megcélozni az LMBTI közösség jobb és támogatóbb egészségügyi ellátásának biztosítása céljából (Keuroghlian, Ard és Makadon, 2017).

Annak érdekében, hogy jobban átlássuk és megértsük, miként működnek a pontos mechanizmusok, amelyek az előítéletekhez és a diszkriminációhoz kapcsolódó stresszhelyzetekben végső soron befolyásolják a mentális egészséget, érdemes áttekintenünk Hatzenbuehler tanulmányát a pszichológiai folyamatok mediációs keretéről (Hatzenbuehler, 2009).

## 1.4) Kulturális kompetencia az ellátás során

A kulturális kompetencia koncepcióját az 1980-as években írták le az Egyesült Államokban, mint olyan elméleti keretet, amely a kulturális sokszínűség és a különbözőség tiszteletét támogatja. Alapja a sokféleség és a multikulturalizmus tisztelete, az értékek, a hitrendszerek, a társadalmi csoportok, a hatalom, a társadalmi osztályok, az attitűdök heterogenitása, és a szokások és életmódok sokféleségének tekintetében (Foronda et al. 2016; Butler et al. 2011). Az egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentése érdekében elengedhetetlen a kulturálisan kompetens egészségügyi rendszer létrehozása, amely érzékeny az LMBTI személyek igényeire, továbbá amely inkluzív és affirmatív ellátást biztosít számukra. A kulturális kompetencia a kulturális felsőbbrendűség és a kulturális jártasság közötti kontinuumként írható le (Sue 2001). A kontinuumon előlrehaladva egyre érzékenyebbé és kompetensebbé válik a rendszer vagy az egyén.

A kulturális kompetencia szintjei a következők (Sue 2001; Dupre és Goodgold 2007; Substance Abuse és Mental Health Services Administration (US); 2014):

***„Kulturális rombolás”***: a legalacsonyabb szint. Azt jelenti, hogy az egyén vagy a rendszer más kultúrákat alacsonyabb rendűnek gondol, és tagadja, hogy a kulturális különbségeket kezelni szükséges a méltányosság érdekében.

***„Kulturális alkalmatlanság”***: a skála második lépcsőfoka. Ezen a szinten a személy vagy rendszer, bár elismeri a kultutális különbségeket, tudatlansággal és irreális félelmekkel viszonyul más kultúrák képviselői iránt, jellemzően paternalisztikus megközelítést alkalmaz.

***„Kulturális vakság”***: a skála középpontja. Ezen a szinten a személy vagy rendszer kifejezetten tagadja a felsőbbrendűséget, de úgy véli, hogy a kultúrák vagy csoportok között nincsenek különbségek, hogy minden ember egyforma és minden igény egyetemesen és egyformán kielégíthető. A kulturális vakság figyelmen kívül hagyja a kulturális erőviszonyokat, egyenlőségre törekszik méltányosság helyett, ami gyakran áldozathibáztatásához vezet.

***„Kulturális prekompetencia”***: ezen a szinten a rendszer vagy ellátó megérti és tiszteletben tartja a kulturális különbségeket, meggyőződéseket és értékeket. Látja, hogy a kisebbségek ellátásának vannak gyenge pontjai és erőfeszítéseket tesz a szolgáltatások javítására, de tudattalan elfogultságokkal rendelkezik.

***„Kulturális kompetencia”***: ezen a szinten a rendszer vagy a szakember tiszteletben tartja a kulturális különbségeket, és állandó önkritikát gyakorol saját normáinak, rejtett meggyőződéseinek, feltételezéseket felismerése céljából. A kulturális kompetencia megköveteli az ismeretek folyamatos fejlesztését az egyes kisebbségek kiszolgálása érdekében.

***„Kulturális jártasság”***: az egyik legkívánatosabb szint. Ezen a szinten a személy és/vagy a rendszer látja és tiszteletben tartja a kultúrák közötti különbségeket, értékként gondol a sokféleségre, tiszteletteljesen viszonyul a különféle kulturális csoportokhoz. A kulturálisan jártas ellátók példaképként szolgálhatnak, és aktív szerepet játszhatanak mások érzékenyítésében.

A kulturális kompetencia spektrummodeljének némely kritikája szerint ugyanakkor a kulturális kompetencia legkívánatosabb állapota nem a kulturális jártasság, hanem a kulturális alázat elérése (Ortega és Coulborn 2011; Tervalon és Murray-Garcia 1998; Foronda et al. 2016; Tascón és Gatwiri 2020).

***„Kulturális alázat”***: azt jelenti, hogy tisztában vagyunk a hatalmi egyenlőtlenségekkel és elfogadjuk korlátainkat más kultúrák megismerését illetően. Más kultúrák képviselőit saját kultúrájuk szakértőinek tekintjünk, és hajlandóak vagyunk tanulni tőlük. A kulturális alázat gyakorlása egész életen át tartó folyamatot jelent, amelynek célja saját elfogultságainkkal és korlátainkkal kapcsolatos tudatosságunk növelése és elfogultságaink áthatóbb ismerete (Tervalon és Murray-Garcia 1998; Foronda et al 2016). A kulturális alázat alkalmazása azt jelenti, hogy hajlandók vagyunk valódi kapcsolatot kialakítani egy másik személlyel, elfogadjuk és tiszteletben tartjuk hitét, szokásait és értékeit.

## 1.5) Interszekcionalitás

Az interszekcionalitás (metszetszemlélet) szerint (társas) identitásaink egymással kapcsolódnak, és a minket körülvevő társas környezetben, egymástól nem függetlenül, hanem a társadalmi erőviszonyok által befolyásolva, az elnyomás és a kiváltságok rendszerét tükrözve konstruálódnak. A megközelítés a fekete feminsta mozgalomból indult, azon gondolat mentén, hogy a fekete nők kettős kisebbségi helyzetükből következően nemük miatt láthatatlanok az antirasszista mozgalom számára, miközben rasszuk miatt a feminista mozgalomból is kizáródnak (Collins, 2000; Crenshaw, 1991; Carastathis, 2014, Dill és Kohlman 2012).

Ellátóként mindig reflektálnunk kell a pozíciónkra az ellátó-beteg találkozók során. Helyzetünkből adódóan - függetlenül attól, hogy a domináns kultúrához vagy egy kisebbségi csoporthoz tartozunk-e - rendelkezünk a klinikai tekintet kiváltságával, szemben a betegeinkkel, valamint az általunk birtokolt speciális tudás és a betöltött társadalmi pozíció hatalmi egyensúlytalanságot jelent/hoz létre az orvos-beteg kapcsolatban. A kisebbségekkel való közös munka mindig extra figyelmességet és megfontolásokat is követel, függetlenül attól, hogy melyik kisebbségről van szó.

Minden identitásformáló folyamat stresszforrás lehet az egyén számára. A metszetszemlélet – annak gondolata, hogy több, egymásra ható társas identitástényezővel rendelkezünk -, valamint az egyenlőtlenségek rendszerszintű jelenléte és fenntartása fontos kérdések az egészségi állapot és az egészségügyi ellátás szempontjából (Arnold, Rebchook és Kegeles, 2014; Whitehead, Shaver és Stephenson, 2016; Cahill et al, 2017). A pozitív identitás kialakítása elengedhetetlen a jóllét érdekében, ezért orvosként vagy egészségügyi szakemberként számolnunk kell az identitások sokféleségével, valamint azzal, milyen kihívásokat jelenthet ezen egyedi, egymásra ható identitások párhuzamos jelenléte az adott környezetben.

A szexuális és nemi kisebbségek – párhuzamos identitásaik miatt - nem egyforma módon kitettek a diszkriminációnak, például a fekete LMB személyek magasabb arányban éltek át diszkriminációt szexuális orientációjuk okán (Meyer 2003). A vizsgálatok szerint a fiatalabb és az idősebb LMB személyek szintén inkább kitettek a melegellenes előítéleteknek, kiszolgáltatottabbak a bántalmazásnak és a kedvezőtlen mentális hatásoknak. Ezek az eredmények megerősítik a metszetszemlélet jelentőségét, és azt, hogy az interszekcionalitás elmélete segíthet megértenünk, hogy a különböző társas identitások - például etnikai hovatartozás, rassz, nem, szexuális orientáció, nemi identitás, szocioökonomíiai státus (SES) fogyatékosság, stb. – miként közvetítik az előítéletek hatását a mindennapi életben megtapasztalat mikroszintek és a társadalmi struktúrák makroszintjei között. A metszetszemlélet továbbá fontos szempontot kínál a kisebbséghez tartozók többszörös marginalizációval kapcsolatos tapasztalatainak, és annak a jóllétre és az egészségügyi jellemzőkre gyakorolt hatásának megértéséhez (McCon-

nell et al. 2018). Az etnikai kisebbséghez, vagy különböző rasszokhoz tartozó, a fiatal, az idős, a fogyatékkal élő LMBTI személyek egyszerre küzdenek társas előítéletekkel a szexuális orientációjuk és a nemi identitásuk miatt, valamint szembesülnek az LMBTI közegben őket érő fogyatékos ellenességgel (ableism), rasszizmussal és ageizmussal. Egyes tanulmányok azt találták, hogy a színesbőrű LMBTI személyek fokozott stressznek és identitás fragmentálódásnak vannak kitéve a rasszizmus és a heteroszexizmus párhuzamos tapasztalata miatt, amelyek fokozott egészségügyi kockázatra utalnak (Bridges, Selvidge és Matthews 2003; Meyer 2003; McConnell et al. 2018; Ghabrial 2017, Balsam et al. 2011). Más tanulmányok szerint ugyanakkor a színesbőrű LMBTI személyek fokozott ellenállóképességet mutatnak az őket érő nagyobb mértékű kisebbségi stressz ellenére, ami azt jelzi, hogy a korai rasszista tapasztalataik segíthetnek számukra rezilliensebbé válni és jobb megküzdést alkalmazni szexuális orientációjuk vagy nemi identitásuk megértése és az azzal való megbirkózás során (Balsam et al. 2015; Kertzner et al. 2009; Mustanski, Garofalo és Emerson 2010). Ez pozitív interszekcionális hatásra utal, ahol egy társadalmi identitás (ön)-elfogadása és egy társas identitás megerősödése támogathatja az identitás más aspektusait, ezáltal növelheti a rezillienciát és a jóllétet (Ghabrial 2017). Mindeközben az LMBTI közösségben szerzett negatív tapasztalatok (rasszizmus, ageizmus) kedvezőtlen hatással lehetnek a kisebbségek LMBTI csoportokhoz való kötődésére, ezáltal megfoszthatják őket az intim kapcsolatok, a párkapcsolat lehetőségétől, a kortársak támogatásától és a közösségi reziliencia előnyeinek hozadékaitól (McConnell et al. 2018). Magyarországon a metszetszemlélet fontos adalékkal szolgálhat a roma LMBTI személyek egészségének és egészségügyi eláttáshoz való hozzáférésének kérdésében. Tudomásunk szerint jelenelg nem rendelkezünk olyan kutatási eredményekkel, amely kifejezetten többes kisebbségi identitással rendelkező LMBTI személyek mindennapi, egészségügyi és munkahelyi tapasztalatairól szolgáltatnak információt. Ismert ugyanakkor, hogy sok roma számára jelenleg is az élet számos területén - oktatás, a szociális és egészségügyi szolgáltatások, lakhatás - problémát jelent a diszkrimináció (Király, Bernáth és Setét, 2021), ismert továbbá a roma betegeket érő nyílt és burkolt diszkrimináció jelenléte az ellátórendszerben, amely hatással lehet egészségi állapotukra (Fundación Secretariado Gitano 2007).

## 1.6) Az előbújás folyamata

Az előbújás (coming out) kifejezés arra utal, amikor az egyén felfedezi és elfogadja szexuális orientációját vagy nemi identitását (előbújás önmaga számára), és azt megosztja környezetével (előbújás a barátok, család stb. számára). Az előbújás rendkívül fontos az LMBTI személyek jólléte és egészsége szempontjából (Brotman, Ryan és Cormier 2003; Brotman et al. 2007). Egészségügyi szolgáltatások tekintetében egy bonyolult, de fontos kérdésről van szó, ugyanis bizonyos esetekben szükséges és kívánatos lehet az előbújás az ellátó felé a speciális egészségügyi szükségleteket is számításba vevő, megfelelő kivizsgálást és kezelést kínáló ellátás érdekében, valamint az LMBTI-személyek rutinszerű orvosi vizsgálatokon és szűréseken való részvételének megkönyítése és promotálása során.

Az előbújás folyamata nem egy egyszeri alkalom, hanem egy élethosszig tartó, ismétlődő folyamat: az LMBTI személyeknek életük során számos alkalommal újra és újra elő kell bújiuk (például munkahelyváltás esetén, új ismerősökkel való ismerkedés során, orvosváltáskor, új szakorvos felkeresésekor stb.).

A coming out (előbújás) folyamata az elutasítástól való félelem, az izoláció, az elidegenedés a magány kockázata miatt (különösen érzelmileg fontos kapcsolatok és munkahelyi kapcsolatok esetén) egy rendkívül megterhelő folyamat. Számos esetben egy hosszas információ- és tapasztalatgyűjtésre szolgáló időszak előzi meg, amelynek során az LMBTI személy felméri a környezete reakcióit és attitűdjét az előbújást megelőzően. Az LMBTI személyek többsége egy barát vagy más megbízható személynek bújik először elő, mielőtt szélesebb kapcsolati vagy ismerettségi körében is felfedné orientációját vagy nemi identitását (Fergusson, Hoorwood és Beautrais 1999; Herrell et al. 1999; Hegna és Wichstrøm 2007). A barátoknak, a családnak, továbbá a tanároknak, valamint az egészségügyi ellátóknak kulcsfontosságú szerepük lehet az LMBTI személyek támogatásában, a biztonságos és támogató környezetet biztosításában, és a specifikus stresszfaktorokkal való megküzdés elősegítésében az előbújás során.

Számos, az előbújás leírására szolgáló modell létezik napjainkban, amelyek próbálják definiálni és megérteni az egyén alkalmazkodóképességét növelő törekvéseit, melynek során szexuális orientációját vagy nemi identitását, egy, az LMBTI identitásokat megbélyegző, heteronormatív és cisznormatív társadalmi normákhoz igyekszik illeszteni.

A korai tanulmányok szerint az előbújás rendszerint tinédzserkorban (12-17 év között időszakban), az amúgy is érzékeny, társas, érzelmi és szakmai fejlődéssel járó időszakban következik be, bár egyeseknél orientációjuk vagy nemi identitásuk felfedezése már gyermekkorban megtörténik, másoknál éppen később, a felnőttkorban zajlik le a folyamat. Ez azt is jelenti, hogy vannak, akik már azelőtt tisztában vannak szexuális orientációjukat, mielőtt bármilyen szexuális magatartást tanúsítanának, míg másoknál szexuális tapasztalatok előzik meg a szexuális orientáció felfedezését, vagy szexuális kísérletezést folytatnak az orientáció tisztázása céljából. Az azonos neműek irányába érzett vonzalom, vagy az azonos neműekkel való szexuális kisérletezés nem jelent egyértelműen nem heteroszexuális orientációt, ugyanakkor fontos, hogy a szexuális orientáció már fiatalabb korban is teljesen egyértelművé válhat. Ezért egyes esetekben a felnőttek súlyos szorongást okoznak a szexuális és nemi kisebbséghez tartozó fiatalok számára azzal, hogy a nem heteroszexuális orientációjukat "csak egy fázisnak" tekintik (Fergusson, Hoorwood és Beautrais 1999; Herrell et al. 1999; Safren és Heimberg 1999; Hegna és Wichstrøm 2007). Azt is ki kell emelnünk, hogy az egyének szexualitásukat és nemüket egy társadalmi és történelmi összefüggésben tapasztalják meg, ahol általában cisznormatív és heteronormatív domináns diskurzusnak vannak kitéve (Fausto-Sterling, 2019).

Az előbújást számos egyéni jellemző (etnikai, faji, kulturális, társadalmi, vallási háttér, iskolai végzettség), aktuális élethelyzeti, élettörténeti, tapasztalati (előítéletek és bántalmazás), családi és társas értékrendbeli tényező támogathatja vagy hátráltathatja. Az egészségügyi dolgozók, és leginkább a mentális segítők fontos szerepet játszhatnak a kliensek vagy betegek előbújásának folyamatában. Amikor a betegek szexuális orientációjuk vagy nemi identitásuk tisztázására törekszenek, az egészségügyi szakemberek részéről még fontosabb a nyílt és bizalmi kapcsolatot kialakítva támogatást nyújtani számukra. A tudattalan előítéletekkel vagy negatív hozzáállással rendelkező ellátók kifejezetten káros hatást gyakorolnak az LMBTI személyek egészségére azáltal, hogy tönkreteszik önbecsülésüket, lerombolják segítségkérési szándékukat és elősegítik a kockázatos egészságkárosító magatartások fenntartását.

A nemet és a szexuális orientációt korábban egydimenziós, dichotóm jellemzőknek tekintettük, ugyanakkor mindkét jellemző sokkal komplexebb és inkább tekinthető többdimenziósnak. A szexuális orientáció leírására szolgáló első spektrum a Kinsey-skála volt, amely hét különböző csoportba sorolta az embereket szexuális orientációjuktól függően az exkluzív

heteroszexuálistól az exkluziv homoszexuálisig. A modernebb elméletek a szexuális orientációt és a nemi identitást még komplexebb, multidimenzionális skálarendszerek segítségével ábrázolják, mivel az emberek általában változatos és sokrétű identitásokkal rendelkeznek, amelyeket többdimenziós modellek felhasználásával lehet csak leírni. Rendelkezhetnek mind férfias, mind nőies tulajdonságokkal, vagy egyikkel sem, és ez megvalósulhat külön a nemi szerepek és külön a viselkedés terén. A szexuális orientáció multidimenzionális jellege azt jelenti, hogy az ember különböző mértékben vonzódhat (szexuálisan, érzelmileg és romantikusan) különböző nemű személyekhez párhuzamosan. Fontos tudatosítanunk továbbá, hogy függetlenül attól, hogy a beteg folytat-e szexuális kapcsolatot férfiakkal, nőkkel, több nem képviselőivel, vagy egyikkel sem, a szexuális irányultságára vonatkozó önmeghatározása mindig érvényesnek tekintendő. Fontos tehát ugyanazokat a szavakat és kifejezéseket használnunk a szexuális orientáció és nemi identitás leírásakor vagy megemlítésekor, amelyeket a beteg használt, vagy amelyek a beteg szerint a legmegfelelőbbek. A nyílt, rugalmas és támogató odafordulás lehetővé teszi a pozitív és segítő ellátó-beteg kapcsolat kialakítását. Az ellátóként fontos tájékozódnunk az előbújás folyamatáról, szakaszairól és elméleteiről, hogy megfelelő és hatákony módon tudjuk támogatni betegeinket.

A korai előbújáselméletek Elisabeth Kübler-Ross gyászmodelljén és egyéb életkrízismodelleken alapultak (Makadon et al. 2015; Martin 1991; Coleman 1982). Ezek a modellek azt sugallták, hogy az LMBTI személyek a sokk, elutasítás, düh, szomorúság, alkudozás és elfogadás stádiumain mennek keresztül az önelfogadásuk útján. Ezen elméletek szerint a szexuális orientáció egy tudattalan furcsaság- vagy másságérzéssel indul, és az egyre növekvő tudatosság felé halad. Ezen modellek szerint az LMBTI személyek az előbújás során egy kiindulóponttól egy végpont felé haladó egyenes utat járnak be, amelynek vége a pozitív énkép és a teljes előbújás (outság, vagy előbújtság ).

A későbbi elméletek az előbújást egyirányú, folyamatos felfelé ívelő görbeként leképező, határozott végponttal rendelkező folyamatként ábrázoló korai coming out teóriák kritikájaként jöttek létre (Morris 1997; Makadon et al. 2015). A modernebb előbújásmodellek szerint a coming out egy kreatív, cirkuláris, komplex folyamat, amelyben számos elágazás, megtorpanás és visszalépés lehet. Az előbújás újra és újra átélhető minden életszakaszban, változásban vagy élethelyzetben, és minden alkalommal az identitás újradefiniálásával járhat. Az LMBTI identitások számos változatos kihívásnak vannak kitéve, így az előbújás egy egész életen át tartó, gyakran több, párhuzamos szinten zajló komplex folyamatnak tekinthető. (Lehet például valaki a családja számára out, de az iskolai környezetben nem; vagy egy barát számára out, de egy másik számára nem stb.). Az előbújás meglépésének mérlegelése csaknem minden élethelyzetben újra és újra megtörténik: a szexuális és nemi kisebbséghez tartozók próbálják a lehető legjobb döntést meghozni az egyes helyzetekben, az előnyök és hátrányok mérlegelésével, a szégyen, az önutálat, a biztonságra törekvés és az identitásintegráció terhének kitéve.

A biszexuális személyek számára a coming out folyamata gyakran még megterhelőbb, mivel két világ között kénytelenek egyensúlyozni. Gyakran heteroszexuálisnak tűnnek, amikor ellenkező nemű személlyel randevúznak, és melegnek, ha azonos nemű párjuk van. Előfordulhat, hogy többször is elő kell bújniuk ugyanazokban a helyzetekben vagy ugyanazon személyek számára az orientációjuk tisztázása vagy az előfeltevések helyesbítésének érdekében, ami nagyon megterhelő lehet számukra. Ugyanakkor, ha ellenkező nemű partnerük van és kapcsolatuk heteroszexuális párkapcsolatnak tűnik, a társadalmi normáknak köszönhetően kiváltságos helyzetbe is kerülhetnek.

A transz személyek előbújása nem kevésbé nehéz folyamat. A coming out esetükben nemcsak a nemükkel kapcsolatos saját érzések, érzékelés és vágyak megértését és megosztását foglalja magában, hanem az adott nemhez történő illeszkedést célzó – öltözködésben és külső jellemzőkben, szerepekben, viselkedésben és bizonyos esetekben a hormonális vagy anatómiai szinten is megjelenő - változásokat is.

Számos modell próbálta leírni a nemi identifikáció folyamatát nem cisz identitások esetén, ezek egyike Lev előbújás modellje, amely hat szakaszra osztja a nemi identifikációt: (1) tudatosulás; (2) információszerzés; (3) előbújás a fontos személyeknek; (4) kísérletezés, identitás és öncímkézés; (5) felfedezés, tranzíció, esetleges testmódosítás; (6) és integráció, elfogadás, tranzíció utáni kérdések (McBee 2013).

Néhányan a “passing”-nak köszönhetően – mivel megjelenésük jobban illeszkedik a hetero- és a cisznormatív reprezentációkba, ezért nemüket a külső megfigyelők úgy olvassák, ahogyan az az adott személy számára kívánatos az általában cisznormatív, bináris kontextusban – jobban tudják titkolni transz identitásukat. Más transz emberek ugyanakkor komoly kihívásokkal küzdenek az előbújás során, mivel sokat kísérleteznek megjelenésükkel és nemük kifejezésével, mielőtt bármilyen nemi identitásnál megállapodnának.

# Bibliográfia


- American Psychological Association. (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychologist, 70*(9), 832–864. https://doi.org/10.1037/0039906
- American Psychological Association. (2016). *Answers to your Questions About Transgender People, Gender Identity and Gender Expression.* https://www.apa.org/topics/lgbt/transgender.pdf
- Arnold, E. A., Rebchook, G. M., & Kegeles, S. M. (2014). 'Triply cursed': racism, homophobia and HIV-related stigma are barriers to regular HIV testing, treatment adherence and disclosure among young Black gay men. Culture, *Health & Sexuality, 16*(6), 710–722. https://doi.org/10.1080/13691058.2014.905706
- Australian Institute of Family Studies. (2019). *CFCA Resource Sheet. LGBTIQA+ communities - Glossary of common terms.* https://aifs.gov.au/cfca/publications/lgbtiq-communities
- Bacino, C. A. (2011). *Sex chromosome abnormalities.* https://www.uptodate.com/contents/sex-chromosome-abnormalities
- Balsam, K. F., Molina, Y., Beadnell, B., Simoni, J., & Walters, K. (2011). Measuring multiple minority stress: the LGBT People of Color Microaggressions Scale. *Cultural diversity & ethnic minority psychology, 17*(2), 163–174. https://doi.org/10.1037/a0023244
- Balsam, K. F., Molina, Y., Blayney, J. A., Dillworth, T., Zimmerman, L., & Kaysen, D. (2015). Racial/ethnic differences in identity and mental health outcomes among young sexual minority women. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 21*(3), 380–390. https://doi.org/10.1037/a0038680
- Beckerman, N. L., & Auerbach, C. (2014). PTSD as aftermath for bullied LGBT adolescents: The case for comprehensive assessment. *Social Work in Mental Health, 12*(3), 195–211. https://doi.org/10.1080/15332985.2014.888026
- Bouman W. P., Bauer, G. R., Richards, C., & Coleman, E. (2010). World Professional Association for Transgender Health Consensus Statement on Considerations of the Role of Distress (Criterion D) in the DSM Diagnosis of Gender Identity Disorder. *International Journal of Transgenderism, 12*(2), 100–106. https://doi.org/15532739.2010.513927
- Bovin, M. J., Camden, A. A., & Weathers F. W. (2021). Literature on DSM-5 and ICD-11: An Update. *PTSD Research Quarterly, 32*(2). https://www.ptsd.va.gov/publications/rq_docs/V32N2.pdf
- Bridges, S. K., Selvidge, M. M. D., & Matthews, C. R. (2003). Lesbian Women of Color: Therapeutic Issues and Challenges. *Journal of Multicultural Counseling and Development, 31(2)*, 113-130. https://doi.org/10.1002/j.2161-1912.2003.tb00537.x
- Bright, S. J. (2014). *Dominant discourses and narratives of substance use: the development of a psychometric measure of internalisation*. [Doctoral dissertation, Curtin University]. https://espace.curtin.edu.au/handle/20.500.11937/752
- Brotman, S., Ryan, B., Collins, S., Chamberland, L., Cormier, R., Julien, D., Meyer, E., Peterkin, A., Richard, B. (2007). Coming Out to Care: Caregivers of Gay and Lesbian Seniors in Canada. *The Gerontologist, 47*(4), 490–503. https://doi.org/10.1093/geront/47.4.490
- Brotman, S., Ryan, B., & Cormier, R. (2003). The Health and Social Service Needs of Gay and Lesbian Elders and Their Families in Canada. *The Gerontologist, 43*(2), 192–202. https://doi.org/10.1093/geront/43.2.192
- Butler, P. D., Swift, M., Kothari, S., Nazeeri-Simmons, I., Friel, C. M., Longaker, M. T., & Britt, L. D. (2011). Integrating cultural competency and humility training into clinical clerkships: surgery as a model. *Journal of Surgical Education, 68*(3), 222–30. https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2011.01.002





- Caceres B. A., Brody A. A., Halkitis P. N., Dorsen C., Yu G., & Chyun D. A. (2018). Sexual Orientation Differences in Modifiable Risk Factors for Cardiovascular Disease and Cardiovascular Disease Diagnoses in Men. *LGBT Health, 5*(5), 284–294. https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0220
- Cahill, S., Taylor, S. W., Elsesser, S. A., Mena, L., Hickson, D., & Mayer, K. H. (2017). Stigma, medical mistrust, and perceived racism may affect PrEP awareness and uptake in black compared to white gay and bisexual men in Jackson, Mississippi and Boston, Massachusetts. *AIDS Care, 29*(11), 1351–1358. https://doi.org/10.1080/09540121.2017.1300633
- Cahill, S., & Tobias, S. (2007). *Policy Issues Affecting Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Families.* University of Michigan Press.
- Carastathis, A. (2014). The Concept of Intersectionality in Feminist Theory. *Philosophy Compass, 9*(5), 304–314. https://doi.org/10.1111/phc3.12129
- Casagrande, S. S., Gary, T. L., LaVeist, T. A., Gaskin, D. J., & Cooper, L. A. (2007). Perceived discrimination and adherence to medical care in a racially integrated community. *Journal of General Internal Medicine, 22*(3), 389–395. https://doi.org/10.1007/s11606-006-0057-4
- Cech, E. A., & Rothwell, W. R. (2020). LGBT Workplace Inequality in the Federal Workforce: Intersectional Processes, Organizational Contexts, and Turnover Considerations. *ILR Review, 73*(1), 25–60. https://doi.org/10.1177/0019793919843508
- Center for Substance Abuse Treatment (US). (2014). *Improving Cultural Competence. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, 59*(1), Introduction to Cultural Competence. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK248431 (Exhibit 1–2)
- Charlton, B. M., Gordon, A. R., Reisner, S. L., Sarda, V., Samnaliev, M., & Austin, S. B. (2018). Sexual orientation-related disparities in employment, health insurance, healthcare access and health-related quality of life: a cohort study of US male and female adolescents and young adults. *BMJ Open 8*(6), e020418. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020418
- Clift, J. B., & Kirby, J. (2012). Healthcare access and perceptions of provider care among individuals in same-sex couples: findings from the Medical Expenditure Panel Survey (MEPS). *Journal of Homosexuality, 59*(6), 839–850. https://doi.org/10.1080/00918369.2012.694766
- Cochran, B. N., Stewart, A. J., Ginzler, J. A., & Cauce, A. M. (2002). Challenges faced by homeless sexual minorities: comparison of gay, lesbian, bisexual, and transgender homeless adolescents with their heterosexual counterparts. *American Journal of Public Health, 92*(5), 773–777. https://doi.org/10.2105/ajph.92.5.773
- Coleman, E. (1982). Developmental Stages of the Coming-Out Process. *American Behavioral Scientist, 25*(4), 469–482. https://doi.org/10.1177/000276482025004009
- Collins, P.H. (2000). *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment.* Routledge.
- Corliss, H. L., Goodenow, C. S., Nichols, L., & Austin, S. B. (2011). High burden of homelessness among sexual-minority adolescents: findings from a representative Massachusetts high school sample. *American Journal of Public Health, 101*(9), 1683–1689. https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300155
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity, and Violence Against Women of Color. *Stanford Law Review, 43*(6), 1241–1300. https://doi.org/10.2307/1229039
- D'Agord, M., & Canabarro, R. D. C. (2012). Drug Addiction and Social Discourses. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 15*(3), 482–496. https://doi.org/10.1590/S1415-47142012000300003
- DeLilly, C. R., & Flaskerud, J. H. (2012). Discrimination and health outcomes. *Issues in mental health nursing, 33*(11), 801–804. https://doi.org/10.3109/01612840.2012.671442
- Dentato, M.P. (2012). The minority stress perspective. *Psychology & AIDS Exchange, 37*, 12–15. https://www.apa.org/pi/aids/resources/exchange/2012/04/minority-stress

- Dill, B., & Kohlman, M. (2012). Intersectionality: a transformative paradigm in feminist theory and social justice. In S. Nagy Hesse-Biber (Ed.), *Handbook of feminist research: Theory and praxis* (pp. 154–174). SAGE.
- Ditmar, M. F. (2011). Chapter 1: Adolescent Medicine. In A. P. Richard A.P., & M. F. Ditmar, *Pediatric Secrets* (5th ed., pp. 8–42). Mosby.
- Drabble, L., Trocki, K., Salcedo, B., Morales, B. R., & Korcha, R. A. (2018). Strengths and coping strategies in the life narratives of sexual minority women. *Journal of Gay & Lesbian Social Services, 30*(4), 409–429. https://doi.org/10.1080/10538720.2018.1509757
- Duggan, L. (2002). The new homonormativity: The sexual politics of neoliberalism. In R. Castronovo, & D. D. Nelson (Eds.), *Materializing Democracy: Toward a Revitalized Cultural Politics* (pp. 175–194). Duke University Press.
- Dupre, A. M., & Goodgold, S. (2007). Development of physical therapy student cultural competency through international community service. *Journal of Cultural Diversity, 14*(3), 34–126.
- Durso, L. E., & Gates, G. J. (2012). *Serving Our Youth: Findings from a National Survey of Services Providers Working with Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Youth Who Are Homeless or At Risk of Becoming Homeless.* UCLA: The Williams Institute. https://escholarship.org/uc/item/80x75033
- Faix-Prukner, Cs., & Rózsa, K. (2015). *A leszbikus, meleg és biszexuális emberek tapasztalatai az egészségügyben Magyarországon*. Háttér Társaság
- Fausto-Sterling, A. (2019). Gender/Sex, Sexual Orientation, and Identity Are in the Body: How Did They Get There? *The Journal of Sex Research, 56*(4–5), 529–555. https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1581883
- Feinstein, B. A., & Newcomb, M.E. (2016). The role of substance use motives in the associations between minority stressors and substance use problems among young men who have sex with men. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 3*(3), 357–366. https://doi.org/10.1037/sgd0000185
- Fergusson, D., Hoorwood, J., & Beautrais, A. (1999). Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Archives of General Psychiatry, 56*(10), 876–880. https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.10.876
- Filice, M. (2020). Two-Spirit. In *The Canadian Encyclopedia*. https://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/two-spirit
- Fish, J., & Bewley, S. (2010). Using human rights-based approaches to conceptualise lesbian and bisexual women's health inequalities. *Health & Social Care in the Community, 18*(4), 355–62. https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00902.x
- Foronda, C., Baptiste, D. L., Reinholdt, M. M., & Ousman, K. (2016). Cultural Humility: A Concept Analysis. *Journal of Transcultural Nursing, 27*(3), 210–217. https://doi.org/10.1177/1043659615592677
- Fric, K. (2019). How does being out at work relate to discrimination and unemployment of gays and lesbians? *Journal for Labour Market Research, 53*(14). https://doi.org/10.1186/s12651-019-0264-1
- Frost, D. M., Lehavot, K., & Meyer, I. H. (2015). Minority stress and physical health among sexual minority individuals. *Journal of Behavioral Medicine, 38*(1), 1–8. https://doi.org/10.1007/s10865-013-9523-8
- Ghabrial, M. A. (2017). "Trying to figure out where we belong": Narratives of racialized sexual minorities on community, identity, discrimination, and health. *Sexuality Research & Social Policy: A Journal of the NSRC, 14*(1), 42–55. https://doi.org/10.1007/s13178-016-0229-x
- Goldbach, J. T., Tanner-Smith, E. E., Bagwell, M., & Dunlap, S. (2014). Minority stress and substance use in sexual minority adolescents: a meta-analysis. *Prevention Science, 15*(3), 350–63. https://doi.org/10.1007/s11121-013-0393-7
- Grant, J.M., Mottet, L.A., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J.L., & Keisling, M. (2011). *Injustice at Every Turn: A Report of the National Transgender Discrimination Survey. National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force*. https://www.transequality.org/sites/default/files/docs/resources/NTDS_Report.pdf
- Grant, R., & Nash, M. (2020). Homonormativity or queer disidentification? Rural Australian bisexual women's identity politics. *Sexualities, 23*(4), 592–608. https://doi.org/10.1177/1363460719839921
- Hatzenbuehler, M. L. (2009). How does sexual minority stigma "get under the skin"? A psychological mediation framework. *Psychological Bulletin, 135*(5), 707–730. https://doi.org/10.1037/a0016441
- Hatzenbuehler M. L., & Pachankis J. E. (2016). Stigma and Minority Stress as Social Determinants of Health Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth: Research Evidence and Clinical Implications. *Pediatric Clinics of North America, 63*(6), 985–997. https://doi.org/10.1016/j.pcl.2016.07.003
- Hegna, K., & Wichstrøm, L. (2007). Suicide attempts among Norwegian gay, lesbian and bisexual youths. *Acta Sociologica, 50*(1), 21–37.
- Heinämaa, S. (2012). Gender, Sex and Embodiment. In D. Zahavi (Ed.) *Oxford Handbook of Contemporary Phenomenology.* Oxford University Press.
- Herek, G. M., & Berrill, K. T. (1990). Anti-Gay Violence and Mental Health: Setting an Agenda for Research. *Journal of Interpersonal Violence, 5*(3), 414–423. https://doi.org/10.1177/088626090005003013
- Herek, G. M. (2007). Confronting sexual stigma and prejudice: Theory and practice. *Journal of Social Issues, 63*(4), 905–925. https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2007.00544.x
- Herman-Giddens, M. E., Steffes, J., Harris, D., Slora, E., Hussey, M., Dowshen, S. A., Wasserman, R., Serwint, J. R., Smitherman, L., & Reiter, E. O. (2012). Secondary sexual characteristics in boys: Data from the pediatric research in office settings network. *Pediatrics, 130*(5), 1058–1068. https://doi.org/10.1542/peds.2011-3291
- Herrell, R., Goldberg, J., True, W., Ramakrishnan, V., Lyons, M., Elsen, S., & Ming, T. (1999). Sexual orientation and suicidality. *Archives of General Psychiatry, 56,* 867–875. https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.10.867
- Hidasi, B. (2014). *TransCare 2014 – Documentation of discrimination in the field of health of trans* people in Hungary*. Transvanilla Transgender Association.
- Higgs P. (2018). The Shifting Boundaries of Medical Knowledge. In G. Scambler (Ed.) *Sociology as Applied to Health and Medicine* (7th ed., pp. 243–259). Palgrave Macmillan.
- Huebner, D. M., Rebchook, G. M., & Kegeles, S. M. (2004). Experiences of harassment, discrimination, and physical violence among young gay and bisexual men. *American Journal of Public Health, 94*(7), 1200–1203. https://doi.org/10.2105/ajph.94.7.1200
- ILGA Europe. (2015). *Glossary.* https://www.ilga-europe.org/sites/default/files/glossary_october_2015_edition.pdf
- Indian Health Service (IHS). (2020). *Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Health - Two Spirit.* https://www.ihs.gov/lgbt/health/twospirit
- Institute of Medicine (US). (2011). Chapter 2: Context for LGBT Health Status in the United States. In The *Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding* (pp. 25-88). The National Academies Press. https://www.nap.edu/catalog/13128/the-health-of-lesbian-gay-bisexual-and-transgender-people-building
- Intersex Society of North America. (2008). *FAQ - Is a person who is intersex a hermaphrodite?* https://isna.org/faq/hermaphrodite
- James, S.E., Herman, J.L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. (2016). *The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey*. National Center for Transgender Equality. https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-Full-Report-Dec17.pdf

- Jansen, J., & Wehrle, M. (2018). The Normal Body: Female Bodies in Changing Contexts of Normalization and Optimization. In C. Fischer C. L. Dolezal (Eds.) *New Feminist Perspectives on Embodiment* (pp. 37–55). Palgrave MacMillan.
- Jurčić, M. (2020). *Working with Victims of Anti-LGBT Hate Crimes - A Practical Handbook.* https://galop.org.uk/wp-content/uploads/2021/06/Working-with-Victims-of-Hate-Crimes.pdf
- Kelleher, C. (2009). Minority stress and health: Implications for lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning (LGBTQ) young people. *Counselling Psychology Quarterly, 22(*4), 373–379. https://doi.org/10.1080/09515070903334995
- Kertzner R. M., Meyer I. H., Frost D. M., & Stirratt M. J. (2009). Social and psychological well-being in lesbians, gay men, and bisexuals: The effects of race, gender, age, and sexual identity. *American Journal of Orthopsychiatry, 79*(4), 500–510. https://doi.org/10.1037/a0016848
- Keuroghlian A. S., Ard K. L., & Makadon H. J. (2017). Advancing health equity for lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) people through sexual health education and LGBT-affirming healthcare environments. *Sexual Health*, 14, 119–122. https://doi.org/10.1071/SH16145
- Lambda Legal. (2010). *When healthcare Isn't Caring: Lambda Legal's Survey of Discrimination against LGBT People and People with HIV.* Lambda Legal. https://www.lambdalegal.org/publications/when-health-care-isnt-caring
- Laurent, T., & Mihoubi, F. (2017). Sexual Orientation, Unemployment and Participation: Are Gays Less Employable than Straights? *Journal of Labor Research, 38,* 1–44. https://doi.org/10.1007/s12122-016-9237-0
- Lev, A. I. (2013). Gender Dysphoria: Two Steps Forward, One Step Back. *Clinical Social Work Journal, 41*(3), 288–296. https://doi.org/10.1007/s10615-013-0447-0
- Lhomond,B., Saurel-Cubizolles, M. J., Michaels, S., & CSF Group. (2014). A multidimensional measure of sexual orientation, use of psychoactive substances, and depression: results of a national survey on sexual behavior in France. *Archives of Sexual Behavior, 43*(3), 607–19. https://doi.org/10.1007/s10508-013-0124-y
- Liebert R. (2014) Pathologization. In T. Teo (Ed.) *Encyclopedia of Critical Psychology*. Springer.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385. https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363
- Livingston, N. A., Berke, D., Scholl, J., Ruben, M., & Shipherd, J. C. (2020). Addressing Diversity in PTSD Treatment: Clinical Considerations and Guidance for the Treatment of PTSD in LGBTQ Populations. *Current Treatment Options in Psychiatry, 7,* 53–69. https://doi.org/10.1007/s40501-020-00204-0
- Makadon, H. J., Mayer, K. H., Potter, J., & Goldhammer, H., (2015). *The Fenway guide to lesbian, gay, bisexual, and transgender health*. American College of Physicians.
- Mallory, C., & Sears, B. (2015). *Employment Discrimination Based on Sexual Orientation and. Gender Identity in Montana.* https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/LGBT-Employment-Discrimination-MT-Mar-2015.pdf
- Martin H. P. (1991). The coming-out process for homosexuals. *Hospital & community psychiatry, 42*(2), 158–62. https://doi.org/10.1176/ps.42.2.158
- Matevossian, S. N., Vvedensky, G. E., & Kulish S. B. (2008) Psychopathological qualification of non-acceptance of one's primary and secondary sex characteristics in gender identity disorder. *European Psychiatry, 23*(2), 387. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2008.01.1339
- Mays V. M., Juster R. P., Williamson T. J., Seeman, T. E., & Cochran, S. D. (2018) Chronic Physiologic Effects of Stress Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults: Results From the National Health and Nutrition Examination Survey. *Psychosomatic Medicine, 80*(6), 551–563. https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000600
- McBee, C. (2013). Towards a more affirming perspective: Contemporary psych odynamic practice with trans* and gender non-conforming individuals. In *Advocates' Forum* (pp. 37–52). University of Chicago School of Social Service Administration.
- McConnell, E. A., Janulis, P., Phillips, G., 2nd, Truong, R., & Birkett, M. (2018). Multiple Minority Stress and LGBT Community Resilience among Sexual Minority Men. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 5*(1), 1–12. https://doi.org/10.1037/sgd0000265
- McDavitt, B., Iverson, E., Kubicek, K., Weiss, G., Wong, C. F., & Kipke, M. D. (2008). Strategies Used by Gay and Bisexual Young Men to Cope with Heterosexism. *Journal of gay & lesbian social services, 20*(4), 354–380. https://doi.org/10.1080/10538720802310741
- McKay, B. (2011). Lesbian, gay, bisexual, and transgender health issues, disparities, and information resources. *Medical Reference Services Quarterly, 30*(4), 393–401. https://doi.org/10.1080/02763869.2011.608971
- Meyer, I. H., & Frost, D. M. (2013). Minority stress and the health of sexual minorities. In C. J. Patterson, & A. R. D 'Augelli (Eds.) *Handbook of psychology and sexual orientation* (pp. 252–266). Oxford University Press.
- Meyer I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin, 129*(5), 674–697. https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674
- Morris, J. F. (1997). Lesbian coming out as a multidimensional process. *Journal of Homosexuality, 33*(2), 1–22. https://doi.org/10.1300/J082v33n02_01
- Mustanski, B. S., Garofalo, R., & Emerson, E. M. (2010). Mental health disorders, psychological distress, and suicidality in a diverse sample of lesbian, gay, bisexual, and transgender youths. *American Journal of Public Health, 100*(12), 2426–2432, https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.178319
- Myfanwy, M. (2018). The Doctor-Patient Relationship. In G. Scambler (Ed.) *Sociology as Applied to Health and Medicine* (7th ed., pp. 77–98). Palgrave Macmillan.
- Nadal, K. L., Whitman, C. N., Davis, L. S., Erazo, T., & Davidoff, K. C. (2016). Microaggressions Toward Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, and Genderqueer People: A Review of the Literature. *The Journal of Sex Research, 53*(4–5), 488–508. https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1142495
- National LGBTI Health Alliance. (2013). *Cultural Competency Implementation Framework: Achieving Inclusive Practice with Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex (LGBTI) Communities*. https://d3n8a8pro7vhmx.cloudfront.net/lgbtihealth/pages/634/attachments/original/1585382575/Cultural_Competancy_Implementation_Framework.pdf?1585382575
- National Women's Law Center (NWLC). (2014). *Healthcare Refusals Harm Patients. The Threat to LGBT People and Individuals Living with HIV/AIDS.* https://nwlc.org/wp-content/uploads/2015/08/lgbt_refusals_factsheet_05-09-14.pdf
- Nayak, A., & Kehily M. J. (2006) Gender Undone: Subversion, Regulation and Embodiment in the Work of Judith Butler. *British Journal of Sociology of Education, 27*(4), 459–72. https://doi.org/10.1080/01425690600803038
- Ng, E. S., & Rumens, N. (2017). Diversity and inclusion for LGBT workers: Current issues and new horizons for research. *Canadian Journal of Administrative Sciences, 34*(2), 109–120. https://doi.org/10.1002/cjas.1443.

- Ortega, R. M., & Coulborn, K. (2011). Training Child Welfare Workers from an Intersectional Cultural Humility Perspective: A Paradigm Shift. *Child Welfare, 90*(5), 27–49.
- Ozeren, E. (2014). Sexual Orientation Discrimination in the Workplace: A Systematic Review of Literature. *Procedia – Social and Behavioral Sciences, 109*, 1203-1215. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.12.613.
- Pascoe, E. A., & Smart Richman, L. (2009). Perceived discrimination and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 135*(4), 531–554. https://doi.org/10.1037/a0016059
- Parent, M. C., Arriaga, A. S., Gobble, T., & Wille, L. (2018). Stress and substance use among sexual and gender minority individuals across the lifespan. *Neurobiology of Stress, 10*, 100–146. https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2018.100146
- Patterson, J. G., & Jabson, J. M. (2018). Sexual orientation measurement and chronic disease disparities: National Health and Nutrition Examination Survey, 2009–2014. *Annals of Epidemiology, 28*(2), 72–85. https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2017.12.001
- Puckett, J. A., Maroney, M. R., Wadsworth, L. P., Mustanski, B., & Newcomb, M. E. (2020). Coping with discrimination: The insidious effects of gender minority stigma on depression and anxiety in transgender individuals. *Journal of Clinical Psychology, 76*(1), 176–194. https://doi.org/10.1002/jclp.22865
- Puhl, R. M., &Heuer C.A. (2009). The stigma of obesity: a review and update. *Obesity Silver Spring, 17*(5), 941–964. https://doi.org/10.1038/oby.2008.636
- Reisner, S. L., Hughto, J. M., Dunham, E. E., Heflin, K. J., Begenyi, J. B., Coffey-Esquivel, J., & Cahill, S. (2015). Legal protections in public accommodations settings: A critical public health issue for transgender and gender nonconforming people. *Milbank Quarterly, 93*(3), 484–515. https://doi.org/10.1111/1468-0009.12127
- Richards, J. E., & Hawley, R. S. (2011). Chapter 8 - Sex Determination: How Genes Determine a Developmental Choice. In J. E. Richards, & R. S. Hawley *The Human Genom. A User's Guide* (pp. 273–298). Academic Press.
- Roberts, A. L., Austin, S. B., Corliss, H. L., Vandermorris, A., & Koenen, K. C. (2010). Pervasive trauma exposure among US sexual orientation minority adults and risk of posttraumatic stress disorder. *American Journal of Public Health, 100*(12), 2433–2441. https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.168971
- Rosario, M., Schrimshaw, E. W., & Hunter, J. (2012). Risk Factors for Homelessness Among Lesbian, Gay, and Bisexual Youths: A Developmental Milestone Approach. *Children and Youth Services Review, 34*(1), 186–193. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.09.016
- Rudin, J., BIling T., Farro, A., & Yang Y. (2020). Bigenderism at work? Organizational responses to trans men and trans women employees. *Organization Management Journal, 17*(2), 63–81. https://doi.org/10.1108/OMJ-02-2018-0507
- Safren, S. A., & Heimberg, R. G. (1999). Depression, hopelessness, suicidality and related factors in sexual minority and heterosexual adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(6), 859–866. https://doi.org/10.1037//0022-006x.67.6.859
- Sánchez, J. P., Hailpern, S., Lowe, C., & Calderon, Y. (2007). Factors associated with emergency department utilization by urban lesbian, gay, and bisexual individuals. *Journal of Community Health, 32*(2), 149–156. https://doi.org/10.1007/s10900-006-9037-1
- Schneebaum, A., & Badgett, M. V. L. (2019). Poverty in US Lesbian and Gay Couple Households. *Feminist Economics, 25*(1), 1–30. https://doi.org/10.1080/13545701.2018.1441533
- Schonfeld W. A. (1943). Primary and secondary sexual characteristics. Study of their development in males from birth through maturity, with biometric study of penis and testes. *The American Journal of Diseases of Children, 65*(4), 535–549. https://doi.org/10.1001/archpedi.1943.02010160019003





- Sears, B., & Mallory, C. (2011). *Documented evidence of employment discrimination and its effects on LGBT people*. UCLA: The Williams Institute. https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Sears-MalloryDiscrimination-July-20111.pdf
- Seelman, K. L., Lewinson, T., Engleman, L., Maley, O. R., & Allen, A. (2017). Coping strategies used by LGB older adults in facing and anticipating health challenges: A narrative analysis. *Journal of Gay & Lesbian Social Services, 29*(3), 300–318. https://doi.org/10.1080/10538720.2017.1310644
- Sharek, D., McCann, E., Sheerin, F., Glacken, M., & Higgins, A. (2015). Older LGBT people's experiences and concerns with healthcare professionals and services in Ireland. *International Journal of Older People Nursing, 10*(3), 230–40. https://doi.org/10.1111/opn.12078
- Sills, K. (2017). Constructing the 'Addict': A Discourse Analysis of National Newspapers Concerning North America's First Supervised Injection Site. [MA Thesis, Wilfrid Laurier University]. https://scholars.wlu.ca/brantford_sjce/26/
- Sue, D. W. (2001). Multidimensional facets of cultural competence. *The Counseling Psychologist, 29*(6), 790–821. https://doi.org/10.1177/0011000001296002
- Tascón, S. M., & Gatwiri, K. (2020). Towards Cultural Humility: Theorising Cultural Competence as Institutionalised Whiteness. *Social Work & Policy Studies: Social Justice, Practice and Theory, 3*(1).
- Tervalon, M., & Murray-Garcia, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Healthcare for the Poor and Underserved, 9*(2), 117–125. https://doi.org/10.1353/hpu.2010.0233
- The Fenway Institute - The National LGBT Health Education Center. (2010). *Glossary of LGBT Terms for Healthcare Teams.* https://fenwayhealth.org/documents/the-fenway-institute/handouts/Handout_7-C_Glossary_of_Gender_and_Transgender_Terms__fi.pdf
- The Fenway Institute - The National LGBT Health Education Center. (2016). *Glossary of LGBT Terms for Healthcare Teams.* https://www.lgbtqiahealtheducation.org/wp-content/uploads/LGBT-Glossary_March2016.pdf
- The Fenway Institute - The National LGBT Health Education Center. (2020). *LGBTQIA+ Glossary of Terms for Healthcare Teams.* https://www.lgbtqiahealtheducation.org/publication/lgbtqia-glossary-of-terms-for-health-care-teams
- The Regents of the University of California, Davis Campus. (2020). *LGBTQIA Resource Center Glossary.* https://lgbtqia.ucdavis.edu/educated/glossary.
- Toomey, R. B., Ryan, C., Diaz, R.M., & Russell, S. T. 2018. Coping With Sexual Orientation-Related Minority Stress. *Journal of homosexuality, 65*(4), 484–500. https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1321888
- Tyl, R. W. (2014). Toxicity Testing, Reproductive. In P. Wexler (Ed.) *Encyclopedia of Toxicology* (3rd ed., pp. 682–692). Academic Press.
- UNC - Chapel Hill Safe Zone. (2017). *Asexuality, Attraction, and Romantic Orientation.* https://lgbtq.unc.edu/sites/lgbtq.unc.edu/files/documents/Asexuality%20and%20Romantic%20Orientation.pdf
- Weininger, O. (2005). *Sex and character: An investigation of fundamental principles.* Indiana University Press.
- Whitehead, J., Shaver, J., & Stephenson, R. (2016). Outness, Stigma, and Primary healthcare Utilization among Rural LGBT Populations. *PLOS ONE, 11*(1), 146–139. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146139
- Williams, D. R., Lawrence, J. A., Davis, B. A., & Vu, C. (2019). Understanding how discrimination can affect health. *Health Services Research, 54*, 1374–1388. https://doi.org/10.1111/1475-6773.13222
- Woodward, K. (2020). Gendered Bodies: Sexed Lives. In D. Richardson, & V. Robinson (Eds.) *Introducing Gender and Women's Studies* (5th ed., pp. 128–143). Red Globe Press.

# 2. fejezet — Egészségi állapot

## 2.1) Mentális egészség

### 2.1.1) Bevezetés

Amikor az LMBTI populáció mentális egészségével foglalkozunk, fontos szem előtt tartanunk, hogy a szexuális és nemi kisebbségi csoporthoz tartozás nem önmagában jelent fokozott sérülékenységet a mentális betegségek iránt. Az LMBTI személyek nagytöbbsége remekül alkalmazkodik a külvilághoz, és mentálisan teljesen egészséges. A kisebbséghez tartozóknak ugyanakkor még mindig több erőszakkal kell szembenézniük mint a többségi társadalomhoz tartozóknak, aminek következtében kitettebbé válhatnak egyes mentális problémáknak.

Az LMBTI személyek bizonyos pszichés problémákkal kapcsolatos emelkedett rizikója sokakra hatással van. A kisebbségi stressz elmélet szerint a tapasztalt stigmatizációból, előítéletekből, diszkriminációból fakadóan az LMBTI személyek fokozott stressznek vannak kitéve, heteroszexuális, cisznemű társaikkal összevetve, és ez az aránytalan stresszterhelés az egészségügyi problémák fokozott kockázatához vezet.

A stigmatizáció és diszkrimináció, valamint a negatív életesemények (mint a barátoktól vagy a családtól való elszakadás, a homo/bi/transz/interfób erőszak) jelentős negatív hatással van az LMBTI populáció mentális egészségére, és kifejezetten komoly szenvedést jelenthet a kevésbé rezilliensek számára. A kortársbántalmazás (bullying), és a diszkrimináció tapasztalata némely LMBTI személy esetén depresszióhoz, a legkiszolgáltatottabbak körében akár öngyilkossághoz is vezethet. Azoknál, akik korábban átéltek mentális, fizikális vagy szexuális bántalmazást magas a PTSD (poszt traumás stressz zavar) kialakulásának veszélye (Roberts et al. 2012). Az internalizált stigmatizációból fakadó krónikus stressz nem csak a rosszabb mentális állapotért felelős, hanem kitettebbé teszi a csoportot az egészségkárosító magatartásoknak (mint az addikciók, vagy rizikóviselkedések), amelyek további mentális és fizikális egészségi következményekkel járnak (Meyer 2003).

A rendelkezésünkre álló adatok szerint az LMBTI személyek körében magasabb a depresszió, a szorongás és az öngyilkosság rizikója, heteroszexuális társaikkal összahasonlítva emelkedett körükben továbbá a dohányzás, valamint az alkohol- és kábítószer-használat előfordulása (Institute of Medicine (U.S.) 2011).

Rosszabb mentális egészségmutatóikhoz hozzájárul az is, hogy az LMBTI személyek gyakran szembesülnek akadályokkal a mentális egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés során. Korábbi negatív tapasztalataik, vélt vagy valós diszkriminációtól való félelmük miatt gyakran egyáltalán nem fordulnak orvoshoz, vagy a segítségkérés során eltitkolják szexuális orientációjukat és/vagy nemi identitásukat. Mások a kulturálisan kompetens, megfelelően képzett ellátók hiányában még segítségkérés esetén sem jutnak optimális ellátáshoz. Az LMBTI identitások patologizálása hosszú múltra tekint vissza az orvosi, és kifejezetten a pszichiátriai körökben, amelynek hatása sajnos mind a mai napig hozzájárul a közösség orvosi szakmával és az egészségügyi szakemberekkel szembeni bizalmatlanságához.

A homoszexualitás diagnózisa pusztán nemrégiben került ki a diagnosztikai osztályozó rendszerekből. A "homoszexualitás", mint kategória a BNO (Betegségek Nemzetközi Osztályozása) 10. revíziója során, 1990-ben került csak eltávolításra, azzal a kijelentéssel, hogy a szexuális orientációt önmagában nem tekintik a továbbiakban rendellenességnek, ám helyette az Egészségügyi Világszervezet Közgyűlése új kategóriát vezetett be „A szexuális fejlõdéssel és orientációval járó rendellenességek" névvel, (van Drimmelen-Krabbe 1994). Ezt az új kategória végül a BNO 11. verziójának felülvizsgálati eljárása során került teljes egészében törölésre, a WHO szexuális zavarok és szexuális egészség osztályozásával foglalkozó munkacsoportjának ajánlása alapján. A módosítás a BNO 11. kiadásával fog érvénybe lépni, hivatalosan 2022. január 1-jével, így a BNO már nem tartalmaz majd elsősorban a szexuális orientáción alapuló diagnózisztikus kategóriát (Cochran és mtsai 2020). Az Amerikai Pszichiátriai Társaság (APA) a Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyvből (DSM) 1973-ban eltávolította a homoszexualitás diagnózisát, helyette először a „szexuális orientációs zavar" (SOD), később pedig az „Ego disztón homoszexualitás" (EDH) diagnózis került bevezetésre. Végül 1987-ben, több évtizedes vita után fogadták el a „normális variációelméletet", amely kimondja, hogy a homo- és biszexualitás mint jelenség természetes módon fordul elő, és az emberi szexualitás normális változata éppúgy, mint a heteroszexualitás (Drescher 2015).

Hasonló szakmai vita van folyamatban jelenleg a transz identitások demedikalizálásával összefüggésben. A transz identitásokkal összefüggő diagnosztikai kategóriák megtartását támogatók azzal érvelnek, hogy a diagnózis teszi lehetővé a transz emberek számára a nemi megerősítő terápiákhoz való hozzáférést, míg azok, akik a diagnózisok eltávolítását tartják kívánatosnak, úgy gondolják, hogy a transz személyeknek diagnózis nélkül is lehetővé kellene tenni a nemi megerősítő beavatkozásokhoz való hozzáférést.

Az ellátóként ismerniünk kell a szexuális és nemi kisebbségeket érintő nehézségeket, hogy hatékony ellátást tudjunk nyújtani LMBTI betegeink számára. Az affirmatív és támogató attitűd kritikus fontosságú a megfelelő ellátó-beteg kapcsolat kialakításában, mivel lehetővé teszi az őszinte és nyílt kommunikációt, és összességében jobb mentális egészségi állapothoz vezet.

## 2.1.2) A teljes spektrumot érintő, mentális egészségre vonatkozó ismeretek

### 2.1.2.a) Mentális egészséggel összefüggő kérdések: Major depresszió, bipoláris zavar és generalizált szorongás

Az LMBTI személyek körében jelentős mentális egészségi különbségeket tapasztalhatók. Az 1990-es évek óta végzett vizsgálatok igazolták, hogy egyes mentális betegségek előfordulása a szexuális és nemi kisebbségek körében gyakoribb heteroszexuális társaikhoz képest. Az LMB



személyek magasabb arányban kerülnek diagnosztizálásra major depresszióval vagy generalizált szorongásos zavarral egy reprezentatív amerikai vizsgálat szerint (Wu et al. 2018). Az Egyesült Államok Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) felméréseinek adatai azt mutatják, hogy az LMBT válaszadók mentális egészségi kockázata konstans eltérést mutat. Az egymást követő BRFSS-felmérésekben az LMBT közösségben magasabb a szorongás, a depresszió és a mentális distressz rizikója, mint a többségi társadalomhoz tartozó társaik körében (Gonzales és Henning-Smith 2017; Landers, Mimiaga, és Conron 2011; Matthews és Lee 2014)

Ez a különbség megjelenik az Atlanti-óceán túloldalán is. Az angol és walesi népességet vizsgáló tanulmány megállapította, hogy a meleg és leszbikus személyeknél gyakrabban fordulnak elő bizonyos mentális problémák, és nagyobb pszichés distresszről számolnak be, mint heteroszexuális társaik (King és mtsai 2003). Az Egyesült Királyságban végzett metaanalízis, amely 12, 2008 és 2013 közötti lakossági felmérés adatait dolgozta fel, úgy találta, hogy az LMB személyek inkább jeleztek rossz mentális állapotot és jóllétet, mint a heteroszexuálisok. A leszbikus, meleg, biszexuális és „egyéb" nem heteroszexuális orientációval rendelkező felnőttek esetén kétszer nagyobb volt a rossz mentális állapotot jelző állapotok (mint a szorongás és a depresszió) valószínűsége, mint a heteroszexuális felnőttek körében (Semlyen et al. 2016).

Egy lakosságalapú holland tanulmány alapján a homoszexuális és azonos neműekhez vonzódó személyek szintén magasabb prevalenciát mutattak egyes mentális betegségek esetén (Sandfort et al. 2014). Az azonos neműekhez vonzódó férfiak körében magasabb volt a depresszió, a szociális fóbia, valamint a generalizált szorongásos zavar, a pánikbetegség és a kábítószer-függőség előfordulása, míg nők körében a bipoláris zavar, az alkohol- és kábítószer-függőség, a hangulatzavarok és szorongásos megbetegedések, valamint a szociális fóbia jelent meg nagyobb arányban (Sandfort et al. 2014).

Bár a fenti vizsgálatokat különböző megközelítésekkel, mérőmódszerekkel végezték, melyek során a mentális egészséget különböző módon jellemezték, az eredmények láthatóan ugyanabba az irányba mutatnak. Következtetésképpen levonható, hogy az LMBTI személyek fokozott distresszt élnek át, ennek köszönhetően rosszabb általános mentális egészség jellemi őket, mint az átlag lakosságot.

A meleg, leszbikus, biszexuális, transz és interszexuális emberek mentális egészséggel összefüggő kockázatát vizsgáló tanulmányok jelentős különbségeket fedeztek fel az egyes csoportok között, jelezve, hogy minden szexuális és nemi kisebbségi csoportnak megvannak a sajátos kockázati tényezői és mentális egészségi problémákkal kapcsolatos sérülékenyégének sajátosságai. A biszexuális férfiak például különösen kitettek rossz mentális egészségi állapot szempontjából, például jelentősen gyakorabban számolnak be distresszről, depresszióról és szorongásról, még a meleg férfiakkal összevetve is (Caceres et al. 2018).

A transz populációt vizsgáló tanulmányok sajnos csak korlátozott számban hozzáférhetőek, de az adataik a depresszió, az öngyilkosság és az önsértés magasabb előfordulását jelzik transz személyek körében, kifejezetten a transz fiatalok esetén (Grossman és D'Augelli 2007; Smiley és mtsai 2017). A transzok gyakrabban kerülnek diagnosztizálásra depresszióval, skizofréniával és szerhasználattal összefüggő rendellenességgel, mint cisznemű társaik. Potenciálisan magasabb körülben továbbá a krónikus fájdalom és a mentális problémák előfordulása (Dragon et al. 2017).

A mentális egészségi problémák, mint a depresszió és a szorongásos zavarok, genetikai, környezeti és pszichológiai tényezők együttállásának következményei. A belső / intrinsic - endokrinológiai és biológiai - okok mellett külső tényezők, például környezeti stresszorok is megjelenhetnek kialakulásuk és fennállásuk során kiváltó vagy súlyosbító tényezőként. Ezek a külső faktorok lehetnek alkalmi jellegűek, (például a

társadalom homofób vagy transzfób tagjai által elkövetett verbális vagy fizikai bántalmazás), vagy állandó jellegűek, mint például az érintett erősen vallásos nevelése (így a bűn elkövetésének érzése, vagy a pokolra kárhoztatásának fenyegetése), vagy a család és a barátok elutasítása. Az internalizált homo-/bi-/ transz-/interfóbia fokozott mentális terhet ró a szexuális és nemi kisebbségekre.

Az áldozattá válásnak való kitettség - mint például a fizikai és szexuális bántalmazás, a hajléktalanság és a párkapcsolati erõszak – további összefüggést mutat az LMBTI személyek körében jelenlevő öngyilkossági és depressziós tünetekkel (McLaughlin et al. 2012). Hasonlóképpen roszszabb mentális állapottal, valamint a depresszó és az öngyilkossági kísérletek magasabb rizikójával jár a szülők részéről érkező elutasítás (Ryan et al. 2009).

### 2.1.2.b) Öngyilkosság és önsértés

Mivel a szexuális orientáció, nemi identitás, vagy nemi jellegzetességek nem kerülnek feltűntetésre a halotti bizonyítványon, így az LMBTI személyek tényleges öngyilkossági rizikója nem pontosan ismert. Az epidemiológiai vizsgálatok azonban az LMB személyek körében az öngyilkossági gondolatok és cselekmények fokozott előfordulásáról számolnak be (King et al. 2008a). Egy LMB személyek körében zajló kutatás során a megkérdezettek 91%-a számolt be öngyilkossági gondolatokról, közülük 41% komolyan fontolgatta az öngyilkosság elkövetését, 36%-uknál konkrét öngyilkossági kísérlet is előfordult (McBee-Strayer és Rogers 2002). Mindezek alapján kijelenthető, hogy a szexuális és nemi kisebbségek körében nagyobb az öngyilkosság rizikója, mint az átlag lakosság esetén.

A nem öngyilkossági szándékú önsértés az öngyilkossághoz hasonló mintázatot mutat: az önsértés előfordulása is magasabb arányban jellemző a szexuális és nemi kisebbségek körében, és kifejezetten veszélyeztettnek tekinthetők a transz és biszexuális személyek (Liu et al. 2019).

Mindezek miatt az öngyilkossági gondolatok és viselkedés szűrése rendkívül fontos ebben a populációban, lényeges lenne továbbá az LMBTI személyek sajátos igényeihez és körülményeihez illesztkedő prevenciós programok kidolgozása és alkalmazása.

## 2.1.3.) Az egyes csoportokat érintő mentális egészséggel összefüggő kérdések

### 2.1.3.a) Meleg és biszexuális férfiak

Bár a meleg és biszexuális férfiak egészségügyi problémái hasonlóak az férfiak többségéhez, bizonyos kockázati tényezők sajátos módon befolyásolhatják egészségüket. Az LMBTI kisebbségek mentális egészségét érintő általános kérdések mellett vannak olyan problémák, amelyek kifejezetten meleg és biszexuális férfiakat mentális egészségét befolyásolják.

***Testkép- és evészavarok***

A meleg és biszexuális férfiak jellemzően elégedetlenebbek a testükkel, és inkább kitettek az evészavarok veszélyének, mint heteroszexuális társaik. Bár keveseket érint ténylegesen az anorexia vagy a bulimia, de a testsúlykontroll céljából alkalmazott egyes viselkedések - mint a falásrohamok, a purgálás és fogyasztó tabletták használata - meglehetősen gyakoriak körükben, továbbá szintén gyakori előfodulást mutat esetükben a testképzavarok (súllyal és testalkattal összefüggő elégedetlenség; izmosság iránti vágy) megjelenése és anabolikus szteroidok használata (Calzo et al. 2017; Parker és Harriger 2020).



Ennek egy lehetséges magyarázata lehet, hogy a meleg és biszexuális férfiak inkább próbálnak megfelelni az attraktivitást megkövetelő társadalom által közvetített testnormáknak. Egyes elméletek szerint a meleg férfi közösségben fokozott figyelmet fordítanak a fizikai megjelenésre, ami erőteljesebb nyomást gyakorol a közösség tagaira az elfogadott szépségidálnak való megfelelés szempontjából, míg mások szerint a meleg és biszexuális férfiak, mivel férfiak vonzalmát szeretnék felkelteni, a heteroszexuális nőkhöz hasonló módon inkább próbálnak megfelelni a külső elvárásoknak, így gyakoribbá válik körükben a testükkel kapcsolatos elégedetlenség (Beren et al. 1996; Siever 1994).

Az evészavarok fokozott előfordulása szexuális kisebbséghez tartozó férfiak körében összefügg az áldozattá válás, a diszkrimináció és a homofóbia által okozott többletstresszel is. Az internalizált stigma önutálathoz és önbüntetéshez vezethet, amely megjelenhet a testsúlykontroll vagy az restriktív étkezési gyakorlatok képében (Calzo et al. 2017; Reilly 2006). Az anorexia, a purgálás, a testsúlycsökkentő tabletták használata mind komoly egészségügyi következményekkel járhatnak, mint a kiszáradás, az alultápláltság és az emésztőrendszer betegségei, míg az anabolikus szteroidok használata hatással lehet a hormonrendszer felborulására, pszichiátriai tünetek megjelenésére, valamint vese-, máj-, mozgásszervi és kardiovaszkuláris problémák kialakulására. Az evészavarok és tüneteik továbbá fokozott mentális rizikót jelentenek például a szorongásos zavarok és a szerhasználat terén.

***Chemsex***

Az alkohol és egyéb tudatmódosítók fogyasztása a szexuális együttlét során, vagy azt megelőzően gyakori jelenség meleg és biszexuális férfiak körében. A különböző stimuilánsok, vagy pszichoaktív szerek (mint mephedron, methamphetamine, GHB/GBL, kokain, ketamine) a szexuális élmény lehetővé tétele, fokozása, intenzívebbé tétele és meghosszabbítása érdekében – napjainkban chemsex-ként hivatkozott magatartási forma - az utóbbi évtizedekben egyre elterjedtebbé vált (Tomkins, George, és Kliner 2019). A chemsex-et folytató MSM férfiak fokozottan kitettek az egyes egészségi rizikóknak, amely negatív hatással lehet egészségi állapotukra és jóllétükre. A chemsex gyakorlata gyakran együtt ját fokozott kockázatú szexuális magatartással (több szexuális partner, óvszer nélküli közösülés), amelyek rizikót jelentenek a szexuális úton átadható fertőzések terjedése szempontjából. Egyes vizsgálatok szerint a magas kockázatú chemsex pszicho-szociális következményekkel is jár, mivel negatív hatással van egyes résztvevők társas működésére és mentális jóllétére (Maxwell, Shahmanesh, és Gafos 2019).

### 2.1.3.b) Leszbikus és biszexuális nők

A szexuális kisebbségekhez tartozó nők számos, a heteroszexuális nőkkel megegyező egészségügyi igényekkel rendelkeznek, néhány kérdésben ugyanakkor egyedi szükségleteik is adódhatnak és egészségi állapotuk jelentősen eltérhet többségi társadalomhoz tartozó nőtársaikétól (Baptiste-Roberts et al. 2017). Leszbikus és biszexuális nők körében magasabb arányban fordul elő mértéktelen ivás, alkoholproblémák és alkoholfüggőség. A biszexuális nők mutatják ezt illetően a legnagyobb rizikót az összes szexuális kisebbség közül. A szexuális kisebbségek összességét vizsgáló tanulmányok szerint az alkoholfogyasztással kapcsolatos problémák inkább érintik a szexuális kisebbségekhez tartozó nőket (Hughes et al. 2020).

Ahogyan korábban is jeleztük, a biszexuális nőknek különösen nagy az alkohol- és szerhasználati kockázata. Egy nemrégiben végzett átfogó tanulmány szerint a biszexuális nők több szer esetén (mértéktelen alkoholfogyasztás, marihuána, opioidok, tiltott kábítószer-fogyasztás és alkohol problémák) a leszbikus nőkhöz képest is fokozott rizikót mutatnak (Schuler és Collins 2020). Ennek hátterében a biszexuálisokat érintő

speciális nehézségek (biszexuálisok láthatatlansága, valamint a bifóbia) állhatnak.

### 2.1.3.c) Transz személyek

A stigmák és előítéletek elterjedtségének köszönhetően a transz személyek gyakran tapasztalnak diszkriminációt, így a kisebbségi stressz eredményeként inkább dohányoznak, valamint fogyasztanak alkoholt és kábítószert (Hughto et al. 2021). Gyakoribb körükben az öngyilkossági kísérletek előfordulása, amely fiatalok körében a legkifejezettebb (Grossman és D'Augelli 2007). Egy kiterjedt amerikai tanulmány válaszadó körül 41% számolt be öngyilkossági kísérletről (Grant et al. 2011), míg egy multicentrikus európai felmérésben a válaszadók 24,5% -a jelezte, hogy legalább egy alkalommal próbált már önkezével véget vetni életének (Smiley és mtsai 2017).

Az evészavarok, valamint a testsúly- és testalkat szabályozására irányuló magatartásformák - különösen a purgálás és a testsúlycsökkentő készítmények használata - fokozottan érintik a transz közösséget (Diemer et al. 2015). Feltételezhető, hogy a transz személyek - a kisebbségi stresszre adott válaszreakció mellett – a férfiasabb vagy nőiesebb testalkat elérése érdekében is alkalmaznak problémás táplálkozási gyakorlatokat (Watson, Veale, és Saewyc 2017). Egyes tanulmányok szerint továbbá a transzférfiak még inkább kitettek evés- és testképzavarok szempontjából (Witcomb et al. 2015). A transzférfiak körében az evészavar (kifejezetten az anorexia) szolgálhatják az amenorrhoea elérését is (Avila, Golden, és Aye 2019).

Jelenleg is vita tárgyát képezi a nemi identitás és a születéskor kijelölt nem közötti össze nem illés következtében kialakuló szorongás diagnosztikai osztályozása. A DSM-5 új diagnosztikai kifejezést vezetett be, a „nemi szerep diszfória"-t, amely az egyén által megélt nemi identitás és az anatómiai jellemzők közötti eltérés következtében tapasztalt pszichés szorongásra utal. A kategóriát a korábbi, nemi sokféleséget patologizáló „Nemi identitás zavar" diagnózis helyett vezették be. Az új diagnózis célja kifejezetten a szorongás hangsúlyozása, amelyet egyes transz emberek átélhetnek. A transzaktivisták azonban ellenzik ezen kifejezés, mint diagnosztikai kategória alkalmazását, és a transz identitásokkal összefüggő diagnózisoknak az osztályozási rendszerekből történő eltávolítását szorgalmazzák, mivel úgy gondolják, hogy a diagnosztikus kategóriák individualizálják a transz személyek által átélt szorongást, ahelyett, hogy reflektálnának a társadalmi elvárásokra, valamint a transz személyeket érő erőszakra. Egyes kutatók szintén kritizálják a „nemi diszfória" diagnózisát, mivel az nem támogatja a transz identitások depatologizálását, ellenben tovább fokozza a tudományos szakirodalomban használt terminológiák zavarosságát (Davy és Toze 2018).

### 2.1.3.d) Interszex személyek

Habár az interszexuális emberek többsége születésétől kezdődően egészségügyi kontroll alatt áll - bár általában a sebészeti szakterületek által -, mégis kevés információ áll rendelkezésünkrea az interszex népesség mentális egészségi állapotával és jóllétével kapcsolatban. Egy európai tanulmány szerint a mentális problémák és az öngyilkossági kísérletek nagyobb gyakorisággal fordulnak elő az interszexuális emberek körében (Falhammar et al. 2018), egy nemrégiben végzett amerikai felmérés továbbá az interszex válaszadók több mint felénél - különösen a fiatalabb korosztályban – kielégítő, vagy rossz mentális egészségi állapotot talált (Rosenwohl-Mack et al. 2020). A leggyakrabban megjelenő diagnózisok depresszió, a szorongás és a PTSD voltak (Rosenwohl-Mack et al. 2020). Az interszex emberek számára a – sokszor a beleegyezésük nélkül alkalmazott - orvosi kezelések és a patologizálás, az identitásukban bekövetkező változások és a szerepmodellek (és gyakran az információk) hiánya következtében a „nemi fejlődési eltérésekkel" (DSD - differences in sex development) való



együttélés óriási stresszt és egyéb nehézségeket jelenthet (GrApSIA és Audí 2014). A támogató csoportok elengedhetetlenek az interszex emberek képviselete és támogatása szempontjából (GrApSIA és Audí 2014).

## 2.1.4.) Reparatív terápia

Sajnos még mindig szükséges olykor a reparatív terápiák – vagy ritkábban "konverziós" vagy „meleggyógyító" – terápiák ártalmasságának hangsúlyozása. Ezen „terápiák" koncepciója azon a téves feltételezésen alapul, hogy a homoszexualitás vagy biszexualitás kóros állapot, vagy betegség, ezért meg kell gyógyítani. Ugyanakkor semmilyen tudományos bizonyíték nem áll rendelkezésünkre azt illetően, hogy a szexuális orientáció biztonságosan és tartósan megváltoztatható lenne, így ennek megpróbálása nemcsak hiábavaló, de jelentős károkat is okozhat az elszenvedőknek (Haldeman 2002).

Az Európai Pszichoterápiás Társaság, az Amerikai Pszichiátriai Társaság, a Pszichiáterek Királyi Kollégiuma, az Amerikai Orvos Társaság és sok más tudományos testület közös nyilatkozata továbbá kijelenti, hogy az egyén szexuális irányultságának megváltoztatására irányuló klinikai kísérletek érvényessége, hatékonysága és etikussága megkérdőjelezhető, így egységesen elítélnek minden ilyen gyakorlatot. Ezen kívül az Európai Parlament 2021. március 11-i állásfoglalása az Uniónak az LMBTQI-szabadság zónájává való nyilvánításáról az ilyen gyakorlatok kriminalizálását javasolja a tagállamok számára (2021/2557 EP állásfoglalás).

Az ellátók feladata a betegek egészségének és jóllétének tudományosan igazolt, bizonyítékokon alapuló ajánlásoknak megfelelő védelme és támogatása. A reparatív "terápiákkal" kapcsolatos kutatások megcáfolták azok hatékonyságát, és bizonyították, hogy azok ártalmasak lehetnek az elszenvedők számára. A szexuális orientáció megváltoztatására tett kísérletek fokozzák a szorongást, illetve súlyosbíthatják vagy provokálhatják egyes mentális betegségek – például a depresszió és az öngyilkossági gondolatok - megjelenését. Különösen sérülékeny csoportnak kell tekintenünk a kiskorúakat azon beavatkozások szempontjából, amelyek sztereotíp nemiszerep viselkedési normákat írnak elő számukra vagy kényszerítenek rájuk, mivel azok növelhetik az ön-stigmatizáció és a kisebbségi stressz megjelenését, így fokozhatják a gyermekek és serdülők szorongását (APA 2009).

# 2.2) Fizikális egészség

## 2.2.1) Bevezetés

Számos megbetegség előfordulását vizsgálták az LMBTI közösség körében, változatos eredményekkel. Vizsgálatok tárgyát képezte az arthritis (Fredriksen-Goldsen et al. 2013; Patterson és Jabson 2018), az aszthma (Dilley et al. 2010; Heck és Jacobson 2006; Landers, Mimiaga, és Conron 2011), a kardiovasculáris megbetegedések és magas várnyomás (Caceres et al. 2018; Everett és Mollborn 2013; Farmer et al. 2013), a tumorok (Boehmer et al. 2014; Zaritsky és Dibble 2010), a metabolikus zavarok, a diabétesz és magas koleszterinszint (Beach, Elasy, és Gonzales 2018; Mays et al. 2018) összefüggése a szexuális orientációval és nemi identitással. Ezen vizsgálatok egy része egyes betegségek magasabb előfordulását találta a szexuállis és nemi kisebbségek körében, de nem szolgáltattak kizárólagos bizonyítékot arra, hogy bármely fizikális megbetegedés gyakoribb lenne a teljes LMBTI-közösségben. A legvalószínűbb magyarázat az, hogy a szexuális és nemi kisebbségek sok, különböző és diverz alcsoportot foglal magába, amelyek mindegyike sajátos, az egészségi állapotukat befolyásoló kihívásokkal, kockázatokkal és védőfaktorokkal rendelkezik. Továbbá a társas, környezeti és viselkedésbeli különbözőségek is változatosak lehetnek akár a kisebb csoportokon belül is: Két leszbikus nő még ugyanolyan magas dohányzási kockázat mellett is mutathat eltérő rizikót krónikus obstruktív tüdőbetegség (COPD) kialakulására, életkoruk, szocioökonómiai helyzetük, iskolai végzettségük, lakóhelyük, egészségbiztosítási státusuk és sok más tényező következtében.

Habár a következő fejezetben bizonyos fizikai betegségek esetén azt láthatjuk, hogy azok különböző LMBTI csoportokat eltérő mértékben érinthetnek, fontos leszögeznünk, hogy a betegségek nem önmagukban a szexuális és nemi kisebbséghez tartozásból adódnak, valamint, hogy a különböző személyek nagyon különböző kockázati faktorokkal rendelkezhetnek az egyes betegségek illetően, még akkor is, ha azonos LMBTI csoportba tartoznak.

Az ellátóként ismernünk kell az egyes LMBTI csoportokra jellemző emelkedett megbetegedési rizikókat, biztosítanunk és javasolnunk kell betegeink számára a megfelelő szűrővizsgálatokon való részvételt, ugyanakkor óvakodnunk kell attól, hogy az egyes betegségek előfordulásának indokát az egyén szexuális orientációjának vagy nemi identitásának következményének gondoljuk.

## 2.2.2) A teljes spektrumot érintő, testi egészségre vonatkozó ismeretek

Epidemiological Az epidemiológiai vizsgálatok eredményei szerint egyes egészségügyi kockázatot jelentő magatartások (például a dohányzás vagy a mértéktelen alkoholfogyasztás) prevalenciája magasabb az LMBTI személyek körében, valamint a magasabb stresszterhelés fokozott kockázatot jelenthet egyes - stresszfüggő - betegségek (például COPD, szív- és érrendszeri és májbetegségek, tumorok stb.) kialakulása szempontjából a szexuális és nemi kisebbséghez tartozók esetében.

Az ezredforduló óta a nemzeti kutatóközpontok által végzett cenzusok kérdőívei tartalmaznak a szexuális és nemi identitással kapcsolatos kérdéseket is, így statisztikailag reprezentatív eredményekkel szolgálnak az LMBTI közösség egészségi állapotával kapcsolatosan. A vizsgálatok szexuális orientáció és nemi identitás szerint jelentős különbségeket figyeltek meg olyan krónikus állapotok előfordulását illetően, mint a tumorok, a magas vérnyomás, a szívkoszorúér-betegség, a stroke, a COPD, az asztma, a cukorbetegség, az ízületi gyulladás, a hepatitis és a vesebetegségek. Néhány vizsgálat a leszbikus és biszexuális nők körében több krónikus megbetegedés esetén is magasabb prevalenciát talált, ugyanakkor a meleg és biszexuális férfiak esetén nem mutattak ki hasonló különbséget (Gonzales, Przedworski, és Henning-Smith 2016).

A dohányzás fokozott előfordulása a szexuális és nemi kisebbségek körében a dohányzással összefüggő betegségek magasabb előfordulását eredményezheti. A 2014-2015-ös amerikai Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) vizsgálat szerint a ***tüdőbetegségek*** magasabb arányban érintik a szexuális kisebbségeket: a meleg férfiak körében a COPD, míg a leszbikus és biszexuális nők esetén mind a COPD, mind az aszthma prevalenciája magasabb heteroszexuális társaikkal összevetve (Gonzales és Henning-Smith 2017). A krónikus obstruktív tüdőbetegség más vizsgálatok esetén is fokozott előfordulást mutatott a biszexuálisok körében (Ward et al. 2015), valamint a szexuális kisebbségek magasabb aszthma rizikója is megjelent más tanulmányokban is (Conron, Mimiaga, és Landers 2010; Landers et al. 2011). A heteroszexuális dohányosokkal összehasonlítva a meleg és leszbikus dohányosok körében magasabb volt a torokgyulladás, míg biszexuális dohányosoknál pedig a sinusitis, az asztma, a hörghurut, és az akut légúti infekciók rizikója a dohányzáshoz való alkalmazkodást követően is (Blosnich, Jarrett, és Horn 2010).

A legtöbb európai országban vezető halálozási oknak minősülő ***szív- és érrendszeri megbetegedések*** az LMBTI személyeket érintő egészségügyi egyenlőtlenségek egyik sokat vizsgált területe. A kockázati tényezők fokozott jelenléte (dohányzás, alkoholfogyasztás, distressz, elhízás) a szív- és érrendszeri betegségek nagyobb kockázatát sugallja a szexuális kisebbséghez tartozók esetén. Néhány tanulmány felveti a kisebbségi stressz mediáló tényezőként betöltött szerepét is a kortizol és a gyulladási citokinek által közvetítve, az immun, anyagcsere és kardiovaszkuláris hatásokkal összefüggésben (Juster et al. 2015; Mays et al. 2018).

Bár egyes tanulmányokban bizonyos szív- és érrendszeri megbetegedések megnövekedett előfordulását tapasztalták a szexuális és nemi kisebbségek körében, nincs meggyőző bizonyíték arra, hogy a CVD-k általában inkább érintenék az LMBTI populációt. Wu (2018) tanulmányában az LMB személyeknél szignifikánsan magasabb volt a CVD prevalencia, mint a heteroszexuálisoknál: így magasabb volt az angina, a szívinfarktus, a stroke és más szívbetegségek előfordulási rátája. A CVD rizikófaktorokat tekintve pedig az arteriosclerosis, a magas vérnyomás, a magas koleszterinszint és a cukorbetegség mutatott emelkedett prevalenciát az LMB személyek körében (Wu et al. 2018). Wu (2018) ugyanakkor az LMB populációt egy egységként vizsgálta és nem hasonlította össze a szexuális kisebbségek egyes alcsoportjait.

Ahol történt összehasonlítás az egyes alcsoportok között, ott a meleg férfiak nem mutattak eltérést a CVD előfodulási rizikóját tekintve, míg a biszexuális férfiak esetén fokozott CVD prevalenciát jelentkezett a kizárológosan heteroszexuális csoporthoz képest (Caceres et al. 2018), a rizikófaktorok jelenlétének vizsgálatakor továbbá a leszbikus nők és a biszexuálisok (nemtől függetlenül) magasabb kardiovaszkuláris betegség kockázatról számoltak be, mint a heteroszexuális társaik (Conron et al. 2010).

A meleg férfiak körében magasabbnak bizonyult a ***hypertonia*** prevalenciája a heteroszexuális populációhoz képest, annak ellenére, hogy testtömeg indexüket (BMI) tekintve inkább tartoztak az egészséges tartományba (Everett 2013). A BMI-re és fizikális aktivitásra kontrollált eredmények tovább növelték a melegek és a heteroszexuális férfiak közötti különbséget, így a meleg férfiak csaknem kétszer nagyobb valószínűséggel voltak érintettek a magas vérnyomást tekintve, mint a heteroszexuális válaszadók (Everett 2013).

A kutatások másik fontos területét jelentették az endokrin betegségek. Számos tanulmány úgy találta, hogy a ***diabétesz*** elterjedtebb a szexuális kisebbégek körében, de prevalenciája általában eltér az egyes alcsoportok esetén. A homoszexuális és biszexuális férfiak – fiatalabb életkoruk és alacsonyabb BMI indexük, – tehát az alacsonyabb diabetes kockázati tényezők ellenére – magasabb cukorbetegség élettartam-prevalenciát mutattak, mint heteroszexuális társaik. Hasonló különbségek leszbikus vagy biszexuális nők esetén nem körvonalazódtak. Bár mindkét alcsoport magasabb BMI értékekről számolt be, mint a heteroszexuális nők, de a cukorbetegség előfordulása nem különbözött a heteroszexuális nők körében mérttől (Beach, Elasy, és Gonzales 2018).

A tumoros megbetegedések incidenciájának nyomonkövetése során nem kerül rögzítésre a szexuális orientáció, a nemi identitás vagy nemi jellemzők, így adatok hiányában nehéz megítélni, hogy az LMBTI emberek általában nagyobb tumorrizikóval rendelkeznek-e. Az LMBTI populációt illetően ugyanakkor számos tanulmány az egyes rizikótényezők (pl. dohányzás, alkoholfogyasztás, elhízás vagy a HPV-fertőzés kockázata) fokozott előfordulását találta, ezért bizonyos típusú tumorok gyakoribbak lehetnek a szexuális és nemi kisebbségek körében. Az epidemiológiai vizsgálatokból származó eredmények arra utalnak, hogy az emlő-, a petefészek-, az endometrium- és a méhnyakrák gyakoribbak lehetnek leszbikus és biszexuális nők körében, továbbá, meleg és biszexuális férfiak esetén magasabb lehet a colorectális tumorok, de kisebb a prosztatarák kockázata (Boehmer, Miao, és Ozonoff 2011).

Egy megyei szintű szexuális orientációs gyakorisági adatokat felhasználó tanulmány szignifikáns pozitív összefüggést talált a szexuális kisebbséghez tartozó lakosság nagyobb sűrűsége és a vastagbélrák előfordulása között. A colon tumoros halálozás is pozitív összefüggést mutatott a szexuális kisebbséghez tartozó férfiak területre jellemző sűrűsége esetén, de ez az összefüggés nem jelentkezett nők esetén (Boehmer, Ozonoff és Miao 2011). Boehmer és munkatársai a tumor prevalenciát tekintve is találtak különbségeket, de szintén csak férfiak esetén: a meleg férfiak kétszer nagyobb eséllyel rendelkeznek tumoros diagnózissal, mint a heteroszexuális társaik (Boehmer, Miao, Linkletter, et al. 2014).

A HIV-vel asszociált tumortipusok gyakoribbak HIV pozitív személyek körében. Az analis tumor előfordulása az MSM HIV pozitívak körében kilencszer gyakoribb, mint a HIV negatív azonos neműekkel szexuális aktivitást mutató férfiak között, ugyanakkor utóbbiak körében még mindig emelkedett a prevalencia, mint ami az átlagnépességre jellemző (Machalek et al. 2012).

Egy áttekintő tanulmány szisztematikusan vizsgálta azt a hét tumoros megbetegedést, amelynek esetén felmerül, hogy azok aránytalanul érintheti az LMBTI közösséget. Quinn és munkatársai összefoglaló tanulmányukban az anális, emlő, méhnyak, vastagbél, endometrium, tüdő és prosztatarák előfordulását vizsgálták, és némelyik eredmény szerint ezen tumortípusok inkább fordulnak elő az LMBTI populációban, ugyanakkor megállapították, hogy nem rendelkezünk elegendő adattal ennek pontos megítéléséhez (Quinn et al. 2015). Egy frissebb összefoglaló tanulmány azonban a méhnyakrákot tekintve heteroszexuális nőkhöz képest magasabb előfordulást talált biszexuális nők körében, de alacsonyabbat leszbikus nők esetén (Robinson et al. 2017).



## 2.2.3) Testi egészséggel kapcsolatos problémák az egyes specifikus csoportok körében

### 2.2.3.a) Meleg és biszexuális férfiak

Míg a meleg férfiak testtömege gyakrabban esik a normális tartományba, mint heteroszexuális társaiké (Mays és mtsai 2018), biszexuális férfiak körében éppen hogy nagyobb a túlsúly és az elhízás kockázata, ami feltehetően összefügg a szív- és érrendszeri betegségek fokozott előfordulásával körükben (Dyar et al. 2019). A tüdőbetegségek (asztma és krónikus obstruktív tüdőbetegség) prevalenciája szintén magasabb biszexuális férfiak esetén (Gonzales és Henning-Smith 2017; Ward et al. 2015). Bár a megnövekedett kockázatot egyes tanulmányok a dohányzás magasabb arányával magyarázzák, némely tanulmányban a különbségek az eredmények dohányzásra történő kontrollálását követően is fennállnak (Patterson és Jabson 2018).

Átfogó amerikai vizsgálatok szerint a biszexuális férfiak körében magasabb a CVD kockázati tényezőinek előfordulása - magasabb a mentális distressz, az elhízás, a magasvérnyomás, az alkoholfogyasztás és a dohányzás előfordulása, továbbá a laborban mért glikolizált haemoglobin értéke -, mint a heteroszexuális vagy meleg férfiak esetében (Caceres et al. 2018; Gonzales et al. 2016), amely tényezők miatt mind különös figyelmet igényelnek az egészségügyi szakemberek részéről.

### 2.2.3.b) Leszbikus és biszexuális nők

Az egyes szexuális kisebbségi csoportok szeparált vizsgálata esetén jelentős különbségek mutatkoztak a csoportok között.

A leszbikus és biszexuális nők nagyobb valószínűséggel túlsúlyosak, mint a heteroszexuális nők, továbbá serdülőkortól kezdődően nagyobb arányban rendelkeznek magsabb BMI-vel, vagy inkább rendelkeznek 30 feletti testtömeg-index-szel (Eliason et al. 2015). A leszbikus és biszexuális nők körében továbbá magasabb az arthritis, az aszthma, valamint a COPD előfordulása (Gonzales és Henning-Smith 2017; Patterson és Jabson 2018).

A krónikus obstruktív tüdőbetegség prevalenciája kifejezetten magas a biszexuális populációban (mind nők, mind férfiak körében), továbbá az aszthma előfordulása is szignifikánsan magasabbnak bizonyult körükben - a dohányzás és az elhízás kontrollváltozóként való beemelése ellenére - heteroszexuális és leszbikus nőtársaikkal összevetve (Gonzales és Henning-Smith 2017).

A leszbikus nők magasabb emlő- és reproduktívtumor-rizikóval rendelkeznek, mivel körükben alacsonyabb a várandósságok száma és a szoptatás kumulatív ideje, amik mind védőfaktort jelentenének emlő, petefészek és endometrium tumor esetén (Babic et al., 2020; Chowdhury et al., 2015; Setiawan et al., 2013; Sung et al., 2016). A leszbikus nők az átlag női populációhoz képest tehát fokozott rizikónak lehetnek kitéve egyes tumorok esetén, mivel körükben általában alacsonyabb a kihordott várandósságok száma, továbbá rövidebb ideig szoptatnak életük során. Egy másik lényeges rizikófaktort jelent körükben az egészségügyi ellátórendszerben tapasztalt leszbofóbia és bifóbia, ami miatt csökken a hajlandóságuk arra, hogy egészségügyi ellátásért folyamodjanak, valamint hogy részt vegyenek a prevenciós programokban.

További kockázatot jelent a szűrővizsgálatokon való alacsonyabb részvételi hajlandóság mellett a leszbikus nők körében gyakoribb magasabb testtömeg-index, ami szintén hozzájárulhat a megnövekedett tumorrizikó kialakulásához

(Brandenburg et al. 2007; Zaritsky és Dibble 2010). Egy szisztematikus szakirodalmi áttekintő tanulmány szerint a heteroszexuális nőkkel összevetve a biszexuális nőket méhnyakrák prevalencia, míg a leszbikus nőket endometrium tumor előfordulási arány tekintetében jellemzi magasabb érintettség (Robinson et al. 2017).

### 2.2.3.c) Transz személyek

A transz személyek a gonadectomia vagy hormonpótló kezelés miatt fokozottan kitettek lehetnek osteopenia vagy az osteoporosis szempontjából. A thrombosis hajlam - ritka, de súlyos mellékhatásként - szintén előfordulhat (különösen azoknál, akik dohányoznak is). A kezelések mellékhatásaként jelentkezhetnek körükben a szexuális vágy zavarai is. Továbbá a műtétek következményeként előfordulhat esetükben fájdalom, hegesedés és érzéskiesés vagy érzéscsökkenés is (Chew és mtsai. 2018; Zeeman és Aranda 2020). Bizonyos tumorok nagyobb rizikója is fennáll továbbá transz betegek esetén (részletesebben lásd a „3.3.2.d.- Colorectalis tumor" c. részben).

### 2.2.3.d) Interszex személyek

Interszex személyek esetén szintén jellemzőek bizonyos specifikus egészségügyi problémák és szükségletek. Egy nagymintás vizsgálat során általános egészségi állapotukat és társbetegségeiket tekintve Falhammar és munkatársai úgy találták, hogy 91,4%-uk jó önértékelt egészségi állapottal jellemezhető, ugyanakkor gyakoribb körükben a dyslipidaemia, a CVD-k, a BMI eltérések (mind a magasabb, mind az alacsonyabb testtömegindex), valamint az osteoporosis, a törések és az öngyilkossági kisérletek előfordulása (Falhammar, Claahsen-van der Grinten, Reisch, Slowikowska-Hilczer, Nordenström, Roehle, Bouvattier, Kreukels, Köhler és dsd-LIFE group, 2018). Ezen állapotok rizikója életkorral és életmóddal összefüggésben változhat, továbbá az egyes alcsoportok esetén eltérést mutathat (Falhammar, Claahsen-van der Grinten, Reisch, Slowikowska-Hilczer, Nordenström, Roehle, Bouvattier, Kreukels, Köhler és dsd-LIFE group, 2018).

Fontosnak tartjuk felhívni a figyelmet a korai gonadectómia és az azt követő hormonterápiák hatására (Tyutyusheva, Mancini, Baroncelli, D'Elios, Peroni, D., Meriggiola és Bertelloni, 2021). Néhány tanulmány szerint az interszex emberek fokozott rizikónak vannak kitéve a gonadalis tumorok és prekurzoraik, valamint az csírasejt tumorok szempontjából, ami miatt a későbbi tumoros állapotokat megelőzendő sok esetben korai gonadectomát végeznek rajtuk, ezek a beavatkozások ugyanakkor számos interszex személy és egészségügyi szakember szemében csonkolásnak minősülnek (Tyutyusheva, Mancini, Baroncelli, D'Elios, Peroni, D., Meriggiola és Bertelloni, 2021; Dicken, Billmire, Krailo, Xia, Shaikh, Cullen, Olson, Pashankar, Malogolowkin, Amatruda, Rescorla, Egler, Ross, Rodriguez-Galindo és Frazier, 2018; AI; Looijenga, Hersmus, Oosterhuis, Cools, Drop és Wolffenbuttel, 2007). Más tanulmányok megkérdőjelezik a magasabb tumor prevalenciára utaló, korábbi tanulmányok megbízhatóságát és érvényességét, valamint a megelőző gonadectomia gyakorlatát, és felhívják a figyelmet a különböző tényezők miatt kialakuló mintavételi torzításokra –így az interszex variációk klasszifikációjának változatosságára, a magzati csírasejt-markerek körükben jellemző elhúzódó expressziójára (ami miatt a késleltetett érés és a korai neoplasztikus elváltozások átfedése valószínűsíthető), valamint a "preventív" gonadectomiának és az egészséges, nem diagnosztizált interszex személyek láthatatlanságára (Cools, Drop, Wolffenbuttel., Oosterhuis és Looijenga, 2006; Looijenga, Hersmus, Oosterhuis, Cools, Drop és Wolffenbuttel, 2007; Slowikowska-Hilczer, Szarras-Czapnik, Wolski, Oszukowska, Hilczer, Jakubowski, Walczak-Jedrzejowska, Marchlewska, Filipiak, Kaluzewski, Baka-Ostrowska, Niedzielski és Kula, 2015). Ezen vizsgálatok a "figyelő várakozás" vagy késleltetett kezelés alkalmazását javasolják a konzervatív gonadectomia helyett a tumormegelőzés érdekében (Cools, Drop, Wolffenbuttel., Oosterhuis és Looijenga, 2006; Looijenga, Hersmus, Oosterhuis, Cools, Drop és Wolffenbuttel, 2007; Slowikowska-Hilczer, Szarras-Czapnik, Wolski, Oszukowska, Hilczer, Jakubowski, Walczak-Jedrzejowska, Marchlewska, Filipiak, Kaluzewski, Baka-Ostrowska, Niedzielski és Kula, 2015).

Fontos továbbá szem előtt tartanunk, hogy a gonadectomia és nemi normalizációs műtétek számos komoly mentális és fizikális következménnyel járhatnak. A gonadectomia és a „normalizáló" műtétek hegesedéshez, ismételt műtétekhez, a nem kívánt műtéttel való elégedetlenséghez, valamint a csonkoltság érzéséhez vezetnek, amelyek mind befolyásolják az interszex személyek mentális egészségét, mivel fokozzák a szorongás, a depresszió és az alacsony önértékelés jelenlétét (GrApSIA és Audí, 2014; Amnesty International 2017; Bauer és Truffer, 2019). A gonadectómia eredményeként sok interszex személy elveszíti a fertilitását, és a beavatkozások megfosztják a biológiai gyermek vállalásának lehetőségétől (GrApSIA és Audí, 2014).

A gonadalis hormonotermelés fenntartása - így a hormonpótló terápia elkerülése és a fertilitás megőrzése - érdekében néhány tanulmány a tumorprevenció célú gonadectómia folyamatos kontroll (tumormarkerek és képalkotók) és megfelelő utánkövetés mellett történő halasztását javasolja a lehető leghosszabb ideig, de lehetőség szerint legalább a nagykorúság, így a tájékozott beleegyezésre való képesség eléréséig (Tyutyusheva, Mancini, Baroncelli, D'Elios, Peroni, Meriggiola és Bertelloni, 2021; Knight és Tamar Mattis, 2017; Amnesty International 2017; Creighton 2001; Bauer és Truffer, 2019).

# 2.3) Egészségmagatartás és társas környezet

Az LMBTI személyek által tapasztalt egészségi egyenlőtlenségek gyakran kapcsolódnak valamilyen egészséggel összefüggő magatartással. Számos tanulmány kiemelte, hogy a szexuális és nemi kisebbségek körében magasabb a dohányzás, az alkoholfogyasztás, a rekreációs kábítószer-használat, a túlsúly és evészavarok előfordulása. Egy nemrég készült összefoglaló tanulmány szerint az LMBTI személyeket kevésbé jellemzik az egészségvédő, mortalitást csökkentő magatartási formák: a nem dohányzás, a rendszeres fizikai aktivitás, az alkoholfogyasztás elkerülése, vagy minimalizálása, a normál testtömeg fenttartása, valamint a megfelelő alvásidő (Cunningham, Xu, és Town 2018). Ezen megállapítások azért fontosak, mert számos megbetegedés magasabb előfordulását eredményezheti az LMBTI populáció körében az egészségvédő magatartásformák alkalmazásának kerülése.

Egyéb viselkedésbeli és környezeti faktorok szintén hatással lehetnek az LMBTI személyek körében megjelenő kedvezőtlen mentális és fizikális egészségügyi jellemzőkre, így a szűrővizsgálatokon való alacsony részvétel, a magas hajléktalansági ráta, valamint a párkapcsolati erőszaknak és bántalmazásnak való fokozott kitettség jelenléte.

## 2.3.1) Dohányzás

A dohányzás egy azon rizikófaktorok közül, amely magasabb előfordulást mutat az LMBTI személyek körében. A szexuális kisebbségek számos tanulmány szerint inkább dohányoznak, mint heteroszexuális társaik (Cunningham et al. 2018; Jamal et al. 2018; Marti-Pastor et al. 2018; Gonzales és Henning-Smith 2017).

Az LMBTI közösség mint egységes csoport vizsgálata ugyanakkor nem teszi lehetővé a dohánytermékek használati rizikójának megfelelő megítélését. Azok a tanulmányok, amelyek külön-külön vizsgálták az egyes alcsoportokat, úgy találták, hogy a dohányzással összefüggő egészségi egyenlőtlenségek markánsabbak lehetnek az egyes alcsoportok esetén, például a leszbikus és biszexuális nők körében. A biszexuális nők extrém magas dohányhasználattal jellemezhetőek - nem csupán a heteroszexuális társaikkal összevetve, hanem - még a leszbikus nőkkel, valamint a meleg vagy biszexuális férfiakkal összehasonlítva is. Úgy tűnik, hogy a biszexuális nők rendelkeznek a legnagyobb kockázattal dohánytermékek használatát tekintve a felnőtt LMB alcsoportok közül (Emory et al. 2016).

Mivel a dohányzás magasabb előfordulása együtt jár a dohányzással összefüggő betegségek, különösen a tüdő- és kardiovaszkuláris betegségek megnövekedett kockázatával, ezért fontos ezt szem előtt tartanunk (Blosnich et al. 2010; Gonzales és Henning-Smith 2017).

## 2.3.2) Addikciók: alkohol- és kábítószerabúzus

Számos korábbi tanulmány módszertani okoknak köszönhetően túlbecsülte az alkohol- és kábítószerabúzus jelentőségét és prevalenciáját az LMBTI közösségen belül, mivel sok esetben a mintavétel bárok és éjszakai klubok látogatóinak körében történt, míg az eredmények az LMBTI-közösség teljességére kerültek értelmezésre. Az alkohollal és kábítószerekkel kapcsolatos kérdések azonban tagadhatatlanul nehézségek jelenthetnek a szexuális és nemi kisebbségek jelentős része számára.

Egy friss tanulmány szerint a meleg, leszbikus, biszexuális felnőttek körében magasabb az alkoholfogyasztás előfordulása, mint a heteroszexuális populációban (Cunningham et al. 2018). Egy reprezentatív amerikai vizsgálat szerint az LMB személyek nagyobb arányban számoltak be mértéktelen alkoholfogyasztásról: a biszexuális nőknél volt a legmagasabb az arány, de a leszbikus nők és biszexuális férfiak is kétszer inkább jeleztek nagyivást, mint heteroszexuális társaik (Gonzales et al. 2016). A szexuális kisebbséghez tartozó nők, úgy fest, kifejezetten magas rizikóval rendelkeznek alkohol- és kábítószer-fogyasztás terén. Egy szintén amerikai vizsgálatban a leszbikus nők 13,3%-a, míg a biszexuális nők 15,6%-a tesz eleget az alkoholfüggőség kritériumainak, szemben a heteroszexuális nőkkel, ahol ez az arány 2,5% (McCabe et al. 2009).

A magasabb szerhasználat előfordulásának okai heterogének lehetnek az LMBTI közösségben is. Vannak, akik az alkohol- és kábítószer-használatot mint öngyógyítást alkalmazzák nehéz élethelyzetük matt. Mások számára az alkohol és kábítószerek a szorongás enyhítésére szolgálnak társas és szexuális helyzetekben. A nyugati társadalmakban az LMBTI barát szórakozóhelyek és klubok a barátokkal való időtöltés, valamint a romantikus és szexuális partnerek keresésének fontos színterei, ugyanakkor ennek következtében a rekreációs kábítószer-fogyasztás és a túlzott alkoholfogyasztás az LMBTI-közösségben elfogadottabb lehet, mint a többségi társadalomban.

A kábítószer-fogyasztás ezen sajátosságai veszélyeztethetik az LMBTI személyeket a potenciálisan függőséget okozó gyógyszereknek való kitettség és a függőségből való kilábalás nehezítettsége szempontjából. A szerekkel való visszaélések magasabb arányához vezető további tényező lehet továbbá, hogy az LMBTI emberek ritkábban fordulnak segítségért, részben a szolgáltatásokhoz való hozzáférés akadályai, részben a mentálhigiénés szakemberekkel szembeni bizalmatlanság miatt.

A magasabb alkohol- és kábítószer-használat hátterében állhat továbbá a kisebbségi stressz által okozott többletszorongás is. Az alkohol- és kábítószer-fogyasztással kapcsolatos egyenlőtlenségek összefüggnek továbbá a bántalmazásnak - így a fizikális és szexuális erőszaknak, a hajléktalanságnak és a párkapcsolati erőszaknak - való kitettséggel is (Drabble et al. 2013; McLaughlin et al. 2012).

A szerhasználathoz kapcsolódó problémák, a függőség fizikai, szellemi és társas következményei megegyeznek a többségi társadalomra jellemzőkkel. A csökkent gátlások és (stimulánsok esetében) a megnövekedett állóképesség következtében magasabb lehet a kockázatvállalás előfordulása, ezért – szexuális orientációtól függetlenül - fokozódhat a szexuális rizikóviselkedés aránya, ami a szexuális úton terjedő fertőzések nagyobb kockázatát eredményezi.

A chemsex-ként is ismert, minden szexuális orientáció esetén előforduló magatartási forma, vagyis stimulánsok és pszichoaktív szerek fogyasztása szexuális együttlét során, vagy azt megelőzően, jellemző a meleg és a biszexuális férfiak körében (Lawn, Aldridge, Xia és Winstock, 2019). Fontos hangsúlyoznunk ugyanakkor, hogy a chermsex csupán az MSM populáció egy kisebb részét jellemzi, de őket veszélyeztetheti olyan magatartási formák szempontjából, amelyek negatív hatással lehetnek egészségi állapotukra és jóllétükre (Maxwell et al. 2019). A chemsex összefüggést mutat magas szexuális rizikót jelentő gyakorlatokkal (több partner, védekezés nélküli szex), amelyek fokozzák a szexuális útón terjedő betegségek átvitelének kockázatát.

A tudatos védekezés nélküli anális közösülés, vagyis a „bareback sex” egy újonnan megjelenő jelenség, amely időnként, egyes MSM férfiak esetén identitásképző elemként jelenik meg. Különböző egyéni, társadalmi és kulturális tényezők következtében, például a HIV megítélésének változása miatt („halálos ítélet” helyett egy krónikus,

de kezelhető betegség), valamint a biztonságos szex „antiszeptikus” nézeteivel szembeni izgalmat jelentő kockázatvállalás, továbbá az internet és a társak óvszer nélküli szex-szel kapcsolatos vélekedéseinek normalizálására alakulhatott ki ez a szexuális magatartás (Berg 2009). Néhány vizsgálat szerint ez a szexuális gyakorlat egyre elterjedtebb (Wolitski 2005), így lényeges lenne erőfeszítéseket tennünk az irányba, hogy ezt a magatartást célzó új megközelítéseket emeljünk be a prevenciós programok részeként (Carballo-Diéguez et al. 2009).

## 2.3.3) Fizikális aktivitás és alvásminőség

A testmozgás terén jelentkező, szexuális kisebbségeket érintő egyenlőtlenségek kevésbé konzisztensek. Néhány tanulmány szerint alacsonyabb, míg más eredmények alapjan fokozottabb fizikális aktivitás jellemzi a szexualis kisebbséghez tartozó férfiakat. Számos tanulmány ugyanakkor serdülők és fiatal felnőttek körében alacsonyabb fizikális aktivitást mutat ki (Calzo et al. 2014; Luk et al. 2018; Rosario et al. 2016). A rendszeres testmozgás összefüggését a nemi identitással még kevesebb tanulmány vizsgálta, ezek némelyike arra utal, hogy a transz személyek számára fontos egészségi kérdést jelent a fizikális aktivitás (Reisner et al. 2013). Kijelenthető ezek alapján, hogy bár a szexuális és nemi kisebbségek számára éppen olyan fontos a testmozgás, mimt heteroszexuális társaik számára, mégis a javasoltnál (legalább 150 perc közepes intenzitású, vagy 75 perc erőteljes intenzitású fizikai aktivitás, vagy ezek megfelelő kombinációja hete) alacsonyabb fizikális aktivitás jellemzi őket.

A szexuális kisebbséghez tartozó nők és férfiak heteroszexuális társaikhoz viszonyítva rosszabb alvásminőségről számoltak be (elalvási nehézségek, altatók használata) (Galinsky et al. 2018).

## 2.3.4) Evészavarok és táplálkozási problémák

A rendezetlen evés és az étkezéssel kapcsolatos problémák inkább érintik a szexuális és nemi kisebbséghez tartozókat. A leszbikus és biszexuális nők körében nagyobb az elhízás rizikója, BMI indexük jellemzően magasabb, valamint nagyobb arányban rendelkeznek 30 feletti BMI-vel, amely különbség már serdülőkorban jelentkezik és a kor előrehaladtával megmarad (Eliason et al. 2015).

Biszexuális férfiakra szintén jellemző az elhízás és a túlsúly magasabb rizikója (Caceres et al. 2018; Dyar et al. 2019), továbbá a meleg ferfiakhoz hasonlóan inkább érintettek evészavarok szempontjából (Calzo et al. 2017). A testtömeg kontrollhoz kapcsolódó egészségtelen gyakorlatok (mint a purgálás, a falásrohamokat követő önhánytatás) testsúly csökkenéséhez és emelkedéséhez is vezethetnek, de leggyakrabban a testtömeg ingadozását okozzák.

## 2.3.5) Szűrővizsgálatokon való részvétel

A szűrővizsgálatokon való alacsony részvétel szintén hozzájárul a szexuális és nemi kisebbségeket érintő egészségi különbségek kialakulásához és fenntartásához. A szexuális kisebbséghez tartozók ritkábban vesznek részt mammografiás emlőszűrésen vagy méhnyakrákszűrésen (Cochran et al. 2001). A rutinszűrésen való alacsonyabb részvétel oka lehet az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés akadályozottsága (mint az egészségbiztosítás hiánya), valamint az előítéletek és diszkrimináció korábbi tapasztalata.

A leszbikus és biszexuális nők kevésbé vesznek részt rendszeres méhnyakrákszűrésen (Tracy, Schluterman, és Greenberg 2013), aminek hátterében állhat az is, hogy saját maguk alábecsülik a méhnyakrák kockázatát, vagy olykor tévesen azt a tájékoztatást kapják az egészségügyi szakemberektől, hogy esetükben nincs szükség kenetvizsgálatra (Curmi, Peters, és Salamonson 2014). A leszbikusok gyakran azt gondolják, hogy alacsonyabb tumorrizikó jellemző rájuk, mint heteroszexuális társaikra, ugyanakkor hasonlóképp kitettek a HPV rizikónak penetratív szexuális gyakorlatok estén (pl. korábbi vagy jelenlegi szexuális kapcsolat férfiakkal). Azok, akik soha nem folytattak szexuális kapcsolatot férfival, szintén rendelkeznek HPV és egyéb STD rizikóval, mivel megfertőződhetnek női partnereikkel folytatott szexuális kapcsolat alkalmával is (pl. orális szex alkalmával, szexuális játékok megosztása vagy latex barrier nélküli használata során) (Bauer és Welles 2001). Tehát a rendszeres méhnyakrákszűrés felajánlása éppen olyan fontos szexuális kisebbséghez tartozók, leszbikus és biszexuális nők számára, mint minden nő esetén.

A szexuális kisebbséghez tartozó nők körében gyakoribb az emlő és reproduktív szervrendszert érintő rizikófaktorok, - mint dohányzás, alkoholfogyasztás, túlsúly, nulliparitás - előfordulása heteroszexuális társaikkal összevetve (Cochran et al. 2001). A leszbikus és biszexuális nők továbbá kevésbé vesznek részt mammografiás szűrővizsgálaton (Austin et al. 2013; Kerker, Mostashari, és Thorpe 2006), ami a többi rizikófaktorhoz adódva tovább fokozza körükben a tumoros megbetegedések rizikóját.

A colorectalis tumorok szűrővizsgálatát tekintve kedvezőbb a részvételi hajlandóság az LMBTI populációban, mint más szűrőprogramok esetén. Bár egyes tanulmányok (McElroy, Wintemberg és Williams 2015) nem találtak különbséget a vastagbélrák szűrésen való részvételt tekintve szexuális irányultság szerint, más tanulmányok a leszbikusok és melegek körében magasabb szűrésen való részvétel arányról számoltak be, mint a heteroszexuális és biszexuális személyek esetén, ugyanakkor a transzneműeket jelentősen alacsonyabb szűrési arány jellemezte (Charkhchi, Schabath és Carlos 2019). A transzférfiak jellemzően kevésbé vesznek részt méhnyakrákszűrésen, mint a cisz nők, annak ellenére, hogy körükben is igen magas a HPV előfordulása, valamint többségük rendelkezik in situ cervix-szel élete egy részében (Peitzmeier et al. 2014).

A HIV-et övező nyilvánosság és a szűrések jobb hozzáférhetőségének köszönhetően a HIV szűréseken való részvétel növekedett a veszélyeztetettek körében. Az LMBTI-emberek jellemzően inkább vesznek részt HIV-szűrésen, mint heteroszexuális társaik, bár ez még mindig nem éri el a közegészségügyi irányelvek által ajánlott gyakoriságot. Bár az Egyesült Államokban a CDC irányelvei évente javasolják a HIV-tesztet, a 15–44 éves meleg férfiak 29% -át még soha nem teszteltek (Febo-Vazquez, Copen és Daugherty 2018). Európában, egy-egy tanulmány eredményeitől eltekintve, a HIV szűrésen való részvétel MSM férfiak körében az amerikaihoz hasonlóan alacsony (Hoyos et al. 2020; Mikolajczak, Hospers és Kok 2006). A CDC szerint - bár a HIV-tesztek igénybevételének tényleges gyakorisága az egyes szexuális orientációk esetén nem vizsgálható - éppen a leginkább veszélyeztetettek között a legalacsonyabb a HIV-szűrés igénybevétele (ECDC / WHO Europe 2014).

## 2.3.6) Párkapcsolati erőszak

A párkapcsolati erőszak vagy családon belüli erőszak fizikai, verbális, érzelmi és szexuális bántalmazás jelenlegi, vagy volt partner részéről. Az érzelmi bántalmazás leggyakoribb formái a fenyegetés, megalázás, izoláció vagy gazdasági bántalmazás (részletekért lásd a „5.3.3. Családon belüli erőszak, párkapcsolati erőszak” c. fejezetet).

A párkapcsolati erőszak mind heteroszexuális, mind azonos nemű párkapcsolatokban előfordulhat, ugyanakkor azonos nemű kapcsolatokban nagyobb, biszexuális embereknél pedig külö-

nösen magas lehet a párkapcsolati erőszak aránya (Walters, Chen, és Breiding 2013). Az LMBTI személyeket tehát épp olyan gyakran, vagy még gyakrabban érhet családon belüli erőszak, mint heteroszexuális társaikat. A bántalmazó kapcsolatokban a bántalmazó fél különböző módszerek alkalmazásával partnere kontrollálására törekszik, az LMBTI személyeket érintő bántalmazó kapcsolatoknak azonban van néhány sajátossága is. A túlélők outolása (orientációjának, nemi identitásának vagy nemi jellegzetességeinek akarata ellenére történő felfedése) például az érzelmi bántalmazás egyik speciális formája LMBTI személyek esetén. Az előbújás kérdése továbbá fontos akadályt is jelenthet a bántalmazottak számára a segítségkérés tekintetében, mivel a bántalmazás felfedése egyúttal a kapcsolat felvállalását is jelenti.

A szexuális és nemi kisebbségek eleve magasabb arányban élnek át erőszakot és bántalmazást, mint heteroszexuális társaik. Bár az elszenvedett erőszak különböző formát ölthet - szülők részéről elkövetett fizikális erőszak, kortársbántalmazás, családi elutasítás vagy zaklatás, diszkrimináció, gyűlöletbűncselekmények - jellemzően homo-, bi-transz-, interszexfóbia és enbyfóbia övezi. Ezek a tapasztalatok tovább nehezítik a segítségkérést, mivel az LMBTI személyek korábbi tapasztalataik miatt tarthatnak a további diszkriminációtól, vagy attól, hogy nem érkezik megfelelő válasz segítségkérésükre.

A párkapcsolati erőszak ismerten számos módon egészségkárosító (Devries et al. 2013). A közvetlen fizikai erőszakból eredő sérülések vagy halálok szerencsére ritkábban fordulnak elő, azonban a mentális stressz krónikus következményei súlyos negatív egészségügyi következményekkel járnak. Egy biszexuális és meleg férfiak körében végzett vizsgálat szerint a párkapcsolati erőszak számos mentális, fizikális és viselkedésbeli problémát okoz (Houston és McKirnan 2007). Kevés adat áll rendelkezésünkre az azonos nemű partner által elkövetett párkapcsolati bántalmazásról nők esetén, de nincs okunk azt feltételezni, hogy a következmények kevésbé súlyosak lennének, mint azon nők bántalmazása esetén, ahol férfiak az elkövetők (Sándor és Turai, 2016).

## 2.3.7) Hajléktalanság

Az LMBTI fiatalok körében nagyobb a hajléktalanná válás rizikója. Az Egyesül Államokban a hajléktalan fiatalok körülbelül 40%-a LMBT személy (Durso és Gates 2012), míg egy egyesült királyságbeli LMBTQ+ ifjúsági hajléktalansági szervezet által végzett átfogó vizsgálat szerint ez az arány az Egyesült Királyságban 24,5% volt (Albert Kennedy Trust 2015). A leggyakoribb oka a fiatalok hajléktalanná válásának a homo-, bi-, transz-, interszexfób alapú konfliktus a szülőkkel vagy gondviselőkkel. Néhány LMBTI fiatalt otthona elhagyására kényszerítenek, amikor a szüleik vagy gondviselőik számára kiderül orientációjuk vagy nemi identitásuk. Más esetekben maguk döntenek otthonuk elhagyása mellett, a mivel az jobb alternatívának tűnik, mint a zaklatás elviselése, vagy a reparatív "terápiában" való részvétel kényszere.

Az utcán a szexuális és nemi kisebbségek kiszolgáltatott, sérülékeny helyzetben találják magukat és számos további, az LMBTI hajléktalanokat érintő rizikóval szembesülnek. Kifejezetten kitettek lesznek depresszió, pszichoszomatikus betegségek és PTSD szempontjából, valamint magasabb lesz körükben a kábítószer- és alkoholproblémák előfordulása (McLaughlin et al. 2012; Whitbeck et al. 2004). Az élelem, menedék, kábítószer, alkohol vagy pénz ellenében folytatott szex („túlélési szex"), és bizonyos esetekben a prostitúció gyakran a hajléktalan fiatalok egyetlen lehetősége az utcán élve, és az LMB serdülők különösen kiszolgáltatottak ezekek a szexuális visszaéléseknek (Cochran et al. 2002). Ez önmagában is fokozza az STD-k és a szexuális kizsákmányolás kockázatát körükben (Gangamma et al. 2008). Mindezekre rakódik rá az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés problémája, mivel az egészségbiztosítás és az azonosításhoz szükséges dokumentumok hiánya, valamint a kiskorúsághoz kapcsolódó jogi korlátozások szinte ellehetetlenítik számukra az ellátáshoz való hozzáférést, ami akadályozhatja őket a hajléktalanszállók és menedékek igénybevételében is. A személyzet, a szolgáltatást igénybe vevők, vagy más hajléktalan emberek előítéleteinek megtapasztalása még tovább súlyosbíthatja a hajléktalan LMBTI személyek nehézségeit.

# References


- Albert Kennedy Trust. (2015). *LGBT Youth Homelessness: A UK National Scoping of Cause, Prevalence, Response, and Outcome*. UK Albert Kenny Trust.
- APA. (2009). *Report of the American Psychological Association Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation.* APA Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation.
- Amnesty International. (2017). *'First, Do No Harm: Ensuring the Rights of Children with Variations of Sex Characteristics in Denmark and Germany Report'*. https://www.amnesty.org/download/Documents/EUR0160862017ENGLISH.PDF
- Austin, S. Bryn, Mathew J. Pazaris, Lauren P. Nichols, Deborah B., Esther K. Wei, Donna, S. (2013). "An Examination of Sexual Orientation Group Patterns in Mammographic and Colorectal Screening in a Cohort of U.S. Women." *Cancer Causes & Control* 24(3). 539–47. https://doi.org/10.1007/s10552-012-9991-0.
- Kesha, B.R., Oranuba, E., Werts, N., Edwards, L. V. (2017). "Addressing healthcare Disparities Among Sexual Minorities." *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 44(1). 71–80. https://doi.org/10.1016/j.ogc.2016.11.003.
- Bauer, Greta R., Seth L. Welles. (2001). "Beyond Assumptions of Negligible Risk: Sexually Transmitted Diseases and Women Who Have Sex With Women." *American Journal of Public Health.* 91(8). 1282–86. https://doi.org/10.2105/AJPH.91.8.1282.
- Bauer M., Truffer D. (2019). Intersex Genital Mutilations Human Rights Violations Of Children With Variations Of Reproductive Anatomy. https://intersex.shadowreport.org/public/2019-CRC-Malta-NGO-Zwischengeschlecht-Intersex-IGM.pdf
- Beach, Lauren B., Tom A. Elasy, and Gilbert Gonzales. (2018). "Prevalence of Self-Reported Diabetes by Sexual Orientation: Results from the 2014 Behavioral Risk Factor Surveillance System." *LGBT Health* 5(2).121–30. https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0091.
- Beren, Susan E., Helen A. Hayden, Denise E. Wilfley, Carlos M. Grilo. (1996). "The Influence of Sexual Orientation on Body Dissatisfaction in Adult Men and Women." *The International Journal of Eating Disorders* 20(2). 135–41..
- Berg, Rigmor C. (2009). "Barebacking: A Review of the Literature." *Archives of Sexual Behavior* 38(5). 754–64. https://doi.org/10.1007/s10508-008-9462-6.
- Blosnich, John, Jarrett, Traci, Horn, Kimberly. (2010). "Disparities in Smoking and Acute Respiratory Illnesses Among Sexual Minority Young Adults." *Lung* 188(5). 401–7. https://doi.org/10.1007/s00408-010-9244-5.
- Boehmer, Ulrike, Al Ozonoff, and Xiaopeng Miao. (2011). "An Ecological Analysis of Colorectal Cancer Incidence and Mortality: Differences by Sexual Orientation." *BMC Cancer* 11(1). 400. https://doi.org/0.1186/1471-2407-11-400.
- Boehmer, Ulrike, Xiaopeng Miao, and Al Ozonoff. (2011). "Cancer Survivorship and Sexual Orientation." *Cancer* 117(16). 3796–3804. https://doi.org/10.1002/cncr.25950.
- Boehmer, Ulrike, Xiaopeng Miao, Crystal Linkletter, and Melissa A. Clark. (2014). "Health Conditions in Younger, Middle, and Older Ages: Are There Differences by Sexual Orientation?" *LGBT Health* 1(3). 168–76. https://doi.org/10.1089/lgbt.2013.0033.
- Brandenburg, Dana L., Alicia K. Matthews, Timothy P. Johnson, and Tonda L. Hughes. (2007). "Breast Cancer Risk and Screening: A Comparison of Lesbian and Heterosexual Women." *Women & Health* 45(4). 109–30. https://doi.org/10.1300/J013v45n04_06.
- Caceres, Billy A., Abraham A. Brody, Perry N. Halkitis, Caroline Dorsen, Gary Yu, and Deborah A. Chyun. (2018). "Sexual Orientation Differences in Modifiable Risk Factors for Cardiovascular Disease and Cardiovascular Disease Diagnoses in Men." *LGBT Health* 5(5). 284–94. https://doi.org/0.1089/lgbt.2017.0220.
- Calzo, Jerel P., Aaron J. Blashill, Tiffany A. Brown, and Russell L. Argenal. (2017). "Eating Disorders and Disordered Weight and Shape Control Behaviors in Sexual Minority Populations." *Current Psychiatry Reports* 19(8). 49. https://doi.org/10.1007/s11920-017-0801-y.
- Calzo, Jerel P., Andrea L. Roberts, Heather L. Corliss, Emily A. Blood, Emily Kroshus, and S. Bryn Austin. (2014). "Physical Activity Disparities in Heterosexual and Sexual Minority Youth Ages 12–22 Years Old: Roles of Childhood Gender Nonconformity and Athletic Self-Esteem." *Annals of Behavioral Medicine* 47(1). 17–27. https://doi.org/10.1007/s12160-013-9570-y.
- Carballo-Diéguez, A., A. Ventuneac, J. Bauermeister, G. W. Dowsett, C. Dolezal, R. H. Remien, I. Balan, and M. Rowe. (2009). "Is 'Bareback' a Useful Construct in Primary HIV-prevention? Definitions, Identity and Research." *Culture, Health & Sexuality* 11(1). 51–65. https://doi.org/10.1080/13691050802419467.
- Charkhchi, Paniz, Matthew B. Schabath, and Ruth C. Carlos. (2019). "Modifiers of Cancer Screening Prevention Among Sexual and Gender Minorities in the Behavioral Risk Factor Surveillance System." *Journal of the American College of Radiology* 16(4). 607–20.
- Chew, Denise, Jemma Anderson, Katrina Williams, Tamara May, and Kenneth Pang. 2018. "Hormonal Treatment in Young People With Gender Dysphoria: A Systematic Review." *Pediatrics* 141(4). https://doi.org/10.1542/peds.2017-3742.
- Creighton, Sara. (2001). Surgery for Intersex. Journal of the Royal Society of Medicine, 94(5), 218–220. https://doi.org/10.1177/014107680109400505
- Cochran, Bryan N., Angela J. Stewart, Joshua A. Ginzler, and Ana Mari Cauce. (2002). "Challenges Faced by Homeless Sexual Minorities: Comparison of Gay, Lesbian, Bisexual, and Transgender Homeless Adolescents With Their Heterosexual Counterparts." *American Journal of Public Health* 92(5). 773–77. https://doi.org/10.2105/AJPH.92.5.773.
- Cochran, Susan D., Jack Drescher, Eszter Kismödi, Alain Giami, Claudia García-Moreno, Elham Atalla, Adele Marais, Elisabeth Meloni Vieira, and Geoffrey M. Reed. (2020). "Proposed Declassification of Disease Categories Related to Sexual Orientation in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11)." *FOCUS* 18(3). 351–57. https://doi.org/10.1176/appi.focus.18303.
- Cochran, Susan D., Vickie M. Mays, Deborah J. Bowen, Susan Gage, Deborah Bybee, Susan J. Roberts, Robert S. Goldstein, Ann Robison, Elizabeth J. Rankow, and Jocelyn White. (2001). "Cancer-Related Risk Indicators and Preventive Screening Behaviors among Lesbians and Bisexual Women." *American Journal of Public Health* 91(4). 591–97. https://doi.org/10.2105/AJPH.91.4.591.
- Conron, Kerith J., Matthew J. Mimiaga, and Stewart J. Landers. (2010). "A Population-Based Study of Sexual Orientation Identity and Gender Differences in Adult Health." *American Journal of Public Health* 100(10). 1953–60. https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.174169.
- Cunningham, Timothy J., Fang Xu, and Machell Town. (2018). "Prevalence of Five Health-Related Behaviors for Chronic Disease Prevention Among Sexual and Gender Minority Adults — 25 U.S. States and Guam, 2016." *Morbidity and Mortality Weekly Report* 67(32). 888–93. https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6732a4.

- Curmi, Claire, Kath Peters, and Yenna Salamonson. (2014). "Lesbians' Attitudes and Practices of Cervical Cancer Screening: A Qualitative Study." *BMC Women's Health* 14(1). 2. https://doi.org/10.1186/s12905-014-0153-2.
- Davy, Zowie, and Michael Toze. (2018). "What Is Gender Dysphoria? A Critical Systematic Narrative Review." *Transgender Health* 3(1). 159–69.
- Devries, Karen M., Joelle Y. Mak, Loraine J. Bacchus, Jennifer C. Child, Gail Falder, Max Petzold, Jill Astbury, and Charlotte H. Watts. (2013). "Intimate Partner Violence and Incident Depressive Symptoms and Suicide Attempts: A Systematic Review of Longitudinal Studies." *PLoS Medicine* 10(5). https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001439.
- Dicken, Bryan J., Deborah F. Billmire, Mark, Krailo, Caihong Xia,Furqan Shaikh, John W. Cullen, Thomas A. Olson, Farzana Pashankar, Marcio H. Malogolowkin, James F. Amatruda, Frederick, Rescorla, Rachel A. Egler, Jonathan H. Ross,Carlos Rodriguez-Galindo and Lindsay Frazier. (2018). "Gonadal dysgenesis is associated with worse outcomes in patients with ovarian nondysgerminomatous tumors: A report of the Children's Oncology Group". *Pediatric blood & cancer,* 65(4)
- Diemer, Elizabeth W., Julia D. Grant, Melissa A. Munn-Chernoff, David A. Patterson, and Alexis E. Duncan. (2015). "Gender Identity, Sexual Orientation, and Eating-Related Pathology in a National Sample of College Students." *Journal of Adolescent Health* 57(2).144–49. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.03.003.
- Dilley, Julia A., Katrina Wynkoop Simmons, Michael J. Boysun, Barbara A. Pizacani, and Mike J. Stark. (2010). "Demonstrating the Importance and Feasibility of Including Sexual Orientation in Public Health Surveys: Health Disparities in the Pacific Northwest." *American Journal of Public Health* 100(3). 460–67. https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.130336.
- Drabble, Laurie, Karen F. Trocki, Tonda L. Hughes, Rachael A. Korcha, and Anne E. Lown. (2013). "Sexual Orientation Differences in the Relationship between Victimization and Hazardous Drinking among Women in the National Alcohol Survey." *Psychology of Addictive Behaviors* 27(3). 639–48. https://doi.org/10.1037/a0031486.
- Dragon, Christina N., Paul Guerino, Erin Ewald, and Alison M. Laffan. (2017). "Transgender Medicare Beneficiaries and Chronic Conditions: Exploring Fee-for-Service Claims Data." *LGBT Health* 4(6). 404–11. https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0208.
- Drescher, Jack. (2015). "Out of DSM: Depathologizing Homosexuality." *Behavioral Sciences* 5(4). 565–75. https://doi.org/10.3390/bs5040565.
- Durso, Laura E., and Gary J. Gates. (2012). *Serving Our Youth: Findings from a National Survey of Service Providers Working with Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth Who Are Homeless or At Risk of Becoming Homeless.* Los Angeles: The Williams Institute with True Colors Fund and The Palette Fund.
- Dyar, Christina, Tenille C. Taggart, Craig Rodriguez-Seijas, Ronald G. Thompson, Jennifer C. Elliott, Deborah S. Hasin, and Nicholas R. Eaton. (2019). "Physical Health Disparities Across Dimensions of Sexual Orientation, Race/Ethnicity, and Sex: Evidence for Increased Risk Among Bisexual Adults." *Archives of Sexual Behavior* 48(1). 225–42. https://doi.org/10.1007/s10508-018-1169-8.
- ECDC/WHO Europe. (2014). *HIV/AIDS Surveillance in Europe 2013.* Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.
- Eliason, Michele J., Natalie Ingraham, Sarah C. Fogel, Jane A. McElroy, Jennifer Lorvick, D. Richard Mauery, and Suzanne Haynes. (2015). "A Systematic Review of the Literature on Weight in Sexual Minority Women." *Women's Health Issues* 25(2). 162–75. https://doi.org/0.1016/j.whi.2014.12.001.
- Emory, Kristen, Yoonsang Kim, Francisco Buchting, Lisa Vera, Jidong Huang, and Sherry L. Emery. (2016). "Intragroup Variance in Lesbian, Gay, and Bisexual Tobacco Use Behaviors: Evidence That Subgroups Matter, Notably Bisexual Women." *Nicotine & Tobacco Research* 18(6). 1494–1501. https://doi.org/10.1093/ntr/ntv208.
- European Union: *European Parliament, European Parliament Resolution on Declaration of the EU as an LGBTIQ Freedom Zone*. https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0089_EN.pdf
- Everett, Bethany, and Stefanie Mollborn. (2013). "Differences in Hypertension by Sexual Orientation Among U.S. Young Adults." *Journal of Community Health* 38(3). 588–96. https://doi.org/10.1007/s10900-013-9655-3.
- Falhammar, Henrik, Hedi Claahsen-van der Grinten, Nicole Reisch, Jolanta Slowikowska-Hilczer, Anna Nordenström, Robert Roehle, Claire Bouvattier, Baudewijntje P. C. Kreukels, and Birgit Köhler., and dsd-LIFE group. (2018). "Health status in 1040 adults with disorders of sex developement (DSD): a European multicenter study" *Endocrine connections 7*(3). 466–78. https://doi.org/10.1530/EC-18-0031
- Fallat, Mary E., and Patricia K. Donahoe. (2006). "Intersex genetic anomalies with malignant potential". *Current opinion in pediatrics* 18(3) 305–311. https://doi.org/10.1097/01.mop.0000193316.60580.d7
- Farmer, Grant W., Jennifer M. Jabson, Kathleen K. Bucholz, and Deborah J. Bowen. (2013). "A Population-Based Study of Cardiovascular Disease Risk in Sexual-Minority Women." *American Journal of Public Health* 103(10). 1845–50. https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301258.
- Febo-Vazquez, Isaedmarie, Casey E. Copen, and Jill Daugherty. (2018). "Main Reasons for Never Testing for HIV Among Women and Men Aged 15-44 in the United States, 2011-2015." *National Health Statistics Reports* (107). 1–12.
- Fredriksen-Goldsen, Karen I., Hyun-Jun Kim, Susan E. Barkan, Anna Muraco, and Charles P. Hoy-Ellis. (2013). "Health Disparities Among Lesbian, Gay, and Bisexual Older Adults: Results From a Population-Based Study." *American Journal of Public Health* 103(10). 1802–9. https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301110.
- Galinsky, Adena M., Brian W. Ward, Sarah S. Joestl, and James M. Dahlhamer. (2018). "Sleep Duration, Sleep Quality, and Sexual Orientation: Findings from the 2013-2015 National Health Interview Survey." *Sleep Health* 4(1). 56–62. https://doi.org/10.1016/j.sleh.2017.10.004.
- Gangamma, Rashmi, Natasha Slesnick, Paula Toviessi, and Julianne Serovich. (2008). "Comparison of HIV Risks among Gay, Lesbian, Bisexual and Heterosexual Homeless Youth." *Journal of Youth and Adolescence* 37(4). 456–64. https://doi.org/10.1007/s10964-007-9171-9.
- Gonzales, Gilbert, and Carrie Henning-Smith. (2017). "Health Disparities by Sexual Orientation: Results and Implications from the Behavioral Risk Factor Surveillance System." *Journal of Community Health* 42(6). 1163–72. https://doi.org/10.1007/s10900-017-0366-z.
- Gonzales, Gilbert, Julia Przedworski, and Carrie Henning-Smith. (2016). "Comparison of Health and Health Risk Factors Between Lesbian, Gay, and Bisexual Adults and Heterosexual Adults in the United States: Results From the National Health Interview Survey." *JAMA Internal Medicine* 176(9). 1344. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.3432.
- Grant, Jaime M., Lisa A. Mottet, Justin Tanis, Jack Harrison, Jody L. Herman, and Mara Keisling. (2011). *Injustice at Every Turn: A Report of the National Transgender Discrimination Survey.* Washington: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force.
- GrApSIA and Audí Laura. (2014). *Past Experiences of Adults with Disorders of Sex Development*. In Endocrine Development (pp. 138-48). S. KARGER AG. https://doi.org/10.1159/000363639
- Grossman, Arnold H., and Anthony R. D'Augelli. (2007). "Transgender Youth and Life-Threatening Behaviors." *Suicide and Life-Threatening Behavior* 37(5). 527–37. https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.5.527.
- Haldeman, Douglas C. (2002). "Therapeutic Antidotes: Helping Gay and Bisexual Men Recover from Conversion Therapies." *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy* 5(3–4). 117–30. https://doi.org/10.1300/J236v05n03_08.

- Heck, Julia E., and Judith S. Jacobson. (2006). “Asthma Diagnosis Among Individuals in Same-Sex Relationships.” *Journal of Asthma* 43(8). 579–84. https://doi.org/10.1080/02770900600878289.
- Houston, Eric, and David J. McKirnan. (2007). “Intimate Partner Abuse among Gay and Bisexual Men: Risk Correlates and Health Outcomes.” *Journal of Urban Health* 84(5). 681–90. https://doi.org/10.1007/s11524-007-9188-0.
- Hoyos, Juan, Kostas Koutentakis, Tomás Maté, Jose Pulido, Luis Sordo, Juan-Miguel Guerras, and María-José Belza. (2020). “High Risk Men Who Have Sex with Men in Spain Are Reporting Low Intentions of Actively Seeking HIV Testing: Results from a Cross-Sectional Study.” *BMC Public Health* 20(1).398. https://doi.org/10.1186/s12889-020-8440-3.
- Hughes, Tonda L., Cindy B. Veldhuis, Laurie A. Drabble, and Sharon C. Wilsnack. (2020). “Research on Alcohol and Other Drug (AOD) Use among Sexual Minority Women: A Global Scoping Review” *PLOS ONE* 15(3). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229869.
- Hughto, Jaclyn M. W., Emily K. Quinn, Michael S. Dunbar, Adam J. Rose, Theresa I. Shireman, and Guneet K. Jasuja. (2021). “Prevalence and Co-Occurrence of Alcohol, Nicotine, and Other Substance Use Disorder Diagnoses Among US Transgender and Cisgender Adults.” *JAMA Network Open* 4(2). https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.36512.
- Institute of Medicine (U.S.), (2011). *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding*. Washington, DC: National Academies Press.
- Jamal, Ahmed, Elyse Phillips, Andrea S. Gentzke, David M. Homa, Stephen D. Babb, Brian A. King, and Linda J. Neff. (2018). “Current Cigarette Smoking Among Adults — United States, 2016.” *Morbidity and Mortality Weekly Report* 67(2). 53–59. https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6702a1.
- Juster, Robert-Paul, Mark L. Hatzenbuehler, Adrianna Mendrek, James G. Pfaus, Nathan Grant Smith, Philip Jai Johnson, Jean-Philippe Lefebvre-Louis, Catherine Raymond, Marie-France Marin, Shireen Sindi, Sonia J. Lupien, and Jens C. Pruessner. (2015). “Sexual Orientation Modulates Endocrine Stress Reactivity.” *Biological Psychiatry* 77(7). 668–76. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2014.08.013.
- Kerker, Bonnie D., Farzad Mostashari, and Lorna Thorpe. (2006). “Healthcare Access and Utilization among Women Who Have Sex with Women: Sexual Behavior and Identity.” *Journal of Urban Health* 83(5). 970–79. https://doi.org/10.1007/s11524-006-9096-8.
- King, Michael, Eamonn McKeown, James Warner, Angus Ramsay, Katherine Johnson, Clive Cort, Lucie Wright, Robert Blizard, and Oliver Davidson. (2003). “Mental Health and Quality of Life of Gay Men and Lesbians in England and Wales: Controlled, Cross-Sectional Study.” *British Journal of Psychiatry* 183(6). 552–58. https://doi.org/10.1192/03-207.
- King, Michael, Joanna Semlyen, Sharon See Tai, Helen Killaspy, David Osborn, Dmitri Popelyuk, and Irwin Nazareth. (2008). “A Systematic Review of Mental Disorder, Suicide, and Deliberate Self Harm in Lesbian, Gay and Bisexual People.” *BMC Psychiatry* 8(1). 70. https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-70.
- Knight, K. and Tamar Mattis, S. (2017). *"I Want to Be Like Nature Made Me" Medically Unnecessary Surgeries on Intersex Children in the US.”* Human Rights Watch and InterACT. https://www.hrw.org/report/2017/07/25/i-want-be-nature-made-me/medically-unnecessary-surgeries-intersex-children-us
- Landers, Stewart J., Matthew J. Mimiaga, and Kerith J. Conron. (2011). “Sexual Orientation Differences in Asthma Correlates in a Population-Based Sample of Adults.” *American Journal of Public Health* 101(12). 2238–41. https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300305.
- Lawn, W., Aldridge, A., Xia, R., & Winstock, A. R. (2019). Substance-Linked Sex in Heterosexual, Homosexual, and Bisexual Men and Women: An Online, Cross-Sectional "Global Drug Survey" Report. *The journal of sexual medicine*. 16(5). 721–732. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.02.018
- Liu, Richard T., Ana E. Sheehan, Rachel F. L. Walsh, Christina M. Sanzari, Shayna M. Cheek, and Evelyn M. Hernandez. (2019). “Prevalence and Correlates of Non-Suicidal Self-Injury among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis.” *Clinical Psychology Review* 74. 101-783. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101783.
- Looijenga, Leendert H., Remko Hersmus, J. Wolter Oosterhuis, Martine Cools, Stenvert Drop L. and Katja P. Wolffenbuttel. (2007). Tumor risk in disorders of sex development (DSD). *Best practice & research. Clinical endocrinology & metabolism*. 21(3). 480–495. https://doi.org/10.1016/j.beem.2007.05.001
- Luk, Jeremy W., Jacob M. Miller, Stephen E. Gilman, Leah M. Lipsky, Denise L. Haynie, and Bruce G. Simons-Morton. (2018). “Sexual Minority Status and Adolescent Eating Behaviors, Physical Activity, and Weight Status.” *American Journal of Preventive Medicine* 55(6). 839–47. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.07.020.
- Machalek, Dorothy A., Mary Poynten, Fengyi Jin, Christopher K. Fairley, Annabelle Farnsworth, Suzanne M. Garland, Richard J. Hillman, Kathy Petoumenos, Jennifer Roberts, Sepehr N. Tabrizi, David J. Templeton, and Andrew E. Grulich. (2012). “Anal Human Papillomavirus Infection and Associated Neoplastic Lesions in Men Who Have Sex with Men: A Systematic Review and Meta-Analysis.” *The Lancet Oncology* 13(5). 487–500. https://doi.org/10.1016/S1470-2045(12)70080-3.
- Marti-Pastor, Marc, Gloria Perez, Danielle German, Angels Pont, Olatz Garin, Jordi Alonso, Mercè Gotsens, and Montse Ferrer. (2018). “Health-Related Quality of Life Inequalities by Sexual Orientation: Results from the Barcelona Health Interview Survey” *PLOS ONE* 13(1) https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191334.
- Matthews, Derrick D., and Joseph G. L. Lee. (2014). “A Profile of North Carolina Lesbian, Gay, and Bisexual Health Disparities, 2011.” *American Journal of Public Health* 104(6). 98–105. https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301751.
- Maxwell, Steven, Maryam Shahmanesh, and Mitzy Gafos. (2019). “Chemsex Behaviours among Men Who Have Sex with Men: A Systematic Review of the Literature.” *International Journal of Drug Policy* 63. 74–89. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.11.014.
- Mays, Vickie M., Robert-Paul Juster, Timothy J. Williamson, Teresa E. Seeman, and Susan D. Cochran. (2018). “Chronic Physiologic Effects of Stress Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults: Results From the National Health and Nutrition Examination Survey.” *Psychosomatic Medicine* 80(6). 551–63. https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000600.
- McBee-Strayer, Sandra M., and James R. Rogers. (2002). “Lesbian, Gay, and Bisexual Suicidal Behavior: Testing a Constructivist Model.” *Suicide and Life-Threatening Behavior* 32(3). 272–83. https://doi.org/10.1521/suli.32.3.272.22171.
- McCabe, Sean Esteban, Tonda L. Hughes, Wendy B. Bostwick, Brady T. West, and Carol J. Boyd. (2009). “Sexual Orientation, Substance Use Behaviors and Substance Dependence in the United States.” *Addiction* 104(8). 1333–45. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02596.x.
- McElroy, Jane A., Jenna J. Wintemberg, and Amy Williams. (2015). “Comparison of Lesbian and Bisexual Women to Heterosexual Women’s Screening Prevalence for Breast, Cervical, and Colorectal Cancer in Missouri.” *LGBT Health* 2(2). 188–92. https://doi.org/10.1089/lgbt.2014.0119.
- McLaughlin, Katie A., Mark L. Hatzenbuehler, Ziming Xuan, and Kerith J. Conron. (2012). “Disproportionate Exposure to Early-Life Adversity and Sexual Orientation Disparities in Psychiatric Morbidity.” *Child Abuse & Neglect* 36(9). 645–55. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.07.004.
- Meyer, Ilan H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin* 129(5). 674–97. https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674.
- Mikolajczak, Jochen, Harm J. Hospers, and Gerjo Kok. (2006). “Reasons for Not Taking an HIV-Test Among Untested Men Who Have Sex with Men: An Internet Study.” *AIDS and Behavior* 10(4). 431–35. https://doi.org/10.1007/s10461-006-9068-8.

- Parker, Lacie L., and Jennifer A. Harriger. (2020). "Eating Disorders and Disordered Eating Behaviors in the LGBT Population: A Review of the Literature." *Journal of Eating Disorders* 8(1). 51. https://doi.org/10.1186/s40337-020-00327-y.
- Patterson, Joanne G., and Jennifer M. Jabson. (2018). "Sexual Orientation Measurement and Chronic Disease Disparities: National Health and Nutrition Examination Survey, 2009–2014." *Annals of Epidemiology* 28(2):72–85. https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2017.12.001
- Peitzmeier, Sarah M., Karishma Khullar, Sari L. Reisner, and Jennifer Potter. (2014). "Pap Test Use Is Lower Among Female-to-Male Patients Than Non-Transgender Women." *American Journal of Preventive Medicine* 47(6). 808–12. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.07.031
- Quinn, Gwendolyn P., Julian A. Sanchez, Steven K. Sutton, Susan T. Vadaparampil, Giang T. Nguyen, B. Lee Green, Peter A. Kanetsky, and Matthew B. Schabath. (2015). "Cancer and Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender/Transsexual, and Queer/Questioning (LGBTQ) Populations: Cancer and Sexual Minorities." *CA: A Cancer Journal for Clinicians* 65(5). 384–400. https://doi.org/10.3322/caac.21288.
- Reilly, A. (2006). "Is Internalized Homonegativity Related to Body Image?" *Family and Consumer Sciences Research Journal* 35(1). 58–73. https://doi.org/10.1177/1077727X06289430
- Reisner, Sari L., Kristi E. Gamarel, Emilia Dunham, Ruben Hopwood, and Sel Hwahng. (2013). "Female-to-Male Transmasculine Adult Health: A Mixed-Methods Community-Based Needs Assessment." *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 19(5). 293–303. https://doi.org/10.1177/1078390313500693
- Roberts, Andrea L., Margaret Rosario, Heather L. Corliss, Karestan C. Koenen, and S. Bryn Austin. (2012). "Elevated Risk of Posttraumatic Stress in Sexual Minority Youths: Mediation by Childhood Abuse and Gender Nonconformity." *American Journal of Public Health* 102(8). 1587–93. https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300530
- Robinson, K., Ky Galloway, S. Bewley, and C. Meads. (2017). "Lesbian and Bisexual Women's Gynaecological Conditions: A Systematic Review and Exploratory Meta-analysis." *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 124(3). 381–92. https://doi.org/10.1111/1471-0528.14414
- Rosario, Margaret, Fei Li, David Wypij, Andrea L. Roberts, Heather L. Corliss, Brittany M. Charlton, A. Lindsay Frazier, and S. Bryn Austin. (2016). "Disparities by Sexual Orientation in Frequent Engagement in Cancer-Related Risk Behaviors: A 12-Year Follow-Up." *American Journal of Public Health* 106(4). 698–706. https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302977
- Rosenwohl-Mack, Amy, Suegee Tamar-Mattis, Arlene B. Baratz, Katharine B. Dalke, Alesdair Ittelson, Kimberly Zieselman, and Jason D. Flatt. (2020). "A National Study on the Physical and Mental Health of Intersex Adults in the U.S." *PLOS ONE* 15(10). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240088.
- Ryan, C., D. Huebner, R. M. Diaz, and J. Sanchez. (2009). "Family Rejection as a Predictor of Negative Health Outcomes in White and Latino Lesbian, Gay, and Bisexual Young Adults." *Pediatrics,* 123(1). 346–52. https://doi.org/10.1542/peds.2007-3524
- Sandfort, Theo G. M., Ron de Graaf, Margreet ten Have, Yusuf Ransome, and Paul Schnabel. (2014). Same-Sex Sexuality and Psychiatric Disorders in the Second Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS-2). *LGBT Health* 1(4):292–301. https://doi.org/10.1089/lgbt.2014.0031
- Schuler, Megan S., and Rebecca L. Collins. (2020). "Sexual Minority Substance Use Disparities: Bisexual Women at Elevated Risk Relative to Other Sexual Minority Groups." *Drug and Alcohol Dependence* 206. 107755. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107755.
- Semlyen, Joanna, Michael King, Justin Varney, and Gareth Hagger-Johnson. (2016). "Sexual Orientation and Symptoms of Common Mental Disorder or Low Wellbeing: Combined Meta-Analysis of 12 UK Population Health Surveys." *BMC Psychiatry* 16(1). 67. https://doi.org/10.1186/s12888-016-0767-z.





- Siever, Michael D. (1994). "Sexual Orientation and Gender as Factors in Socioculturally Acquired Vulnerability to Body Dissatisfaction and Eating Disorders." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62(2). 252–60. https://doi.org/10.1037/0022-006X.62.2.252.
- Smiley, Adam, Aisa Burgwal, Carolina Orre, Edward Summanen, García Nieto Isidro, Jelena Vidić, Joz Motmans, Julia Kata, Natia Gvianishvili, Vierge Hård, and Richard Köhler. (2017). *Overdiagnosed but Underserved. Trans Healthcare in Georgia, Poland, Serbia, Spain, and Sweden: Trans Health Survey.* Transgender Europe.
- Tomkins, Andrew, Ryan George, and Merav Kliner. (2019). "Sexualised Drug Taking among Men Who Have Sex with Men: A Systematic Review." *Perspectives in Public Health* 139(1). 23–33. https://doi.org/10.1177/1757913918778872.
- Tracy, J. Kathleen, Nicholas H. Schluterman, and Deborah R. Greenberg. 2013. "Understanding Cervical Cancer Screening among Lesbians: A National Survey." *BMC Public Health* 13(1). 442. https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-442.
- Tyutyusheva, Nina, Ilaria, Mancini, Giampiero Igli Baroncelli, Sofia D'Elios,Diego Peroni, Maria Cristina Meriggiola and Silvano Bertelloni. (2021). Complete Androgen Insensitivity Syndrome: From Bench to Bed. *International journal of molecular sciences, 22*(3), 1264. https://doi.org/10.3390/ijms22031264
- Walters, Mikel L, Jieru Chen, Matthew J. Breiding. 2013. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): (2010) Findings on Victimization by Sexual Orientation. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
- van Drimmelen-Krabbe, Jenny J. (1994). "Homosexuality in the International Classification of Diseases: A Clarification." *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 272 (21). 1660. https://doi.org/10.1001/jama.1994.03520210044029.
- Ward, Brian W., Sarah S. Joestl, Adena M. Galinsky, and James M. Dahlhamer. (2015). "Selected Diagnosed Chronic Conditions by Sexual Orientation: A National Study of US Adults, 2013." *Preventing Chronic Disease* 12. 150-292. https://doi.org/10.5888/pcd12.150292.
- Whitbeck, Les B., Xiaojin Chen, Dan R. Hoyt, Kimberly A. Tyler, and Kurt D. Johnson. (2004). "Mental Disorder, Subsistence Strategies, and Victimization among Gay, Lesbian, and Bisexual Homeless and Runaway Adolescents." *Journal of Sex Research* 41(4). 329–42. https://doi.org/10.1080/00224490409552240.
- Witcomb, Gemma L., Walter Pierre Bouman, Nicola Brewin, Christina Richards, Fernando Fernandez-Aranda, and Jon Arcelus. (2015). "Body Image Dissatisfaction and Eating-Related Psychopathology in Trans Individuals: A Matched Control Study: Trans Individuals and Eating Disorder Risk." *European Eating Disorders Review* 23(4). 287–93. https://doi.org/10.1002/erv.2362.
- Wolitski, Richard J. (2005). "The Emergence of Barebacking Among Gay and Bisexual Men in the United States: A Public Health Perspective." *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy* 9(3–4). 9–34. https://doi.org/10.1300/J236v09n03_02.
- Wu, Lezhou, Randall L. Sell, Alexis M. Roth, and Seth L. Welles. 2018. "Mental Health Disorders Mediate Association of Sexual Minority Identity with Cardiovascular Disease." *Preventive Medicine* 108. 123–28. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.01.003.
- Zaritsky, Eve, and Suzanne L. Dibble. (2010). "Risk Factors for Reproductive and Breast Cancers among Older Lesbians." *Journal of Women's Health* 19(1). 125–31. https://doi.org/10.1089/jwh.2008.1094.
- Zeeman, Laetitia, and Kay Aranda. (2020). "A Systematic Review of the Health and Healthcare Inequalities for People with Intersex Variance." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(18). 6533. https://doi.org/10.3390/ijerph17186533.

# 3. fejezet – Egészségi szükségletek

## 3.1) Bevezetés

Az LMBTI személyek és egészségügyi szükségleteik gyakran láthatatlanok az egészségügyi ellátórendszerben. Ennek hátterében sokszor a specifikus szükségleteikkel kapcsolatos ismeretek hiánya áll. A következő fejezetben összegyűjtöttük azokat a szempontokat, amelyek kiemelten fontosak lehetnek az ellátók számára.

## 3.2) Mentális egészségi szükséglet

### 3.2.1) Reziliencia, önelfogadás, pozitív identitás

Despite A mentális egészségre és jóllétre hatást gyakorló LMBTI fóbiának és a kisebbségi stressznek való kitettség ellenére számos LMBTI személy elégedett és teljes életet él. Ez a reziliencia – a képesség arra, hogy megküzdjenek a kisebbségi stresszel – a társas támogatáshoz való hozzáféréssel és a személyes ellenállóképesség fejlesztésével megerősíthető. A társas támogatás forrása a szexuális és nemi kisebbségek számára lehet a támogató barátok köre, az elfogadó család jelenléte, valamilyen LMBTI csoporthoz, egyesülethez tartozás, vagy a pozitív iskolai és munkahelyi környezet. A mentális jóllétet támogató és a kisebbségi stresszel szemben védelmet jelentő személyes ellenállóképesség (reziliencia) pozitív önértékelés kialakításával és jó megküzdési stratégiák kidolgozásával megerősíthető és fejleszthető.

A támogató környezetnek pozitív hatása van az önértékelésre és az identitásra. A család létfontosságú a gyermekek számára, központi és tartós befolyással van az életükre, így könnyű belátni, hogy a családi elfogadás kritikus jelentősségű lehet az LMBTI fiatalok egészsége és jólléte szempontjából. A támogató családi háttérrel rendelkező leszbikus és meleg fiatalok magasabb önértékeléssel rendelkeznek, családi kapcsolataik nagyobb biztonságérzetet jelentenek számukra és előnyösebb attitűddel rendelkeznek saját szexuális irányultságukat illetően (Beaty 1999). Azok a fiatal LMB felnőttek, akikkel kevésbé elutasító a családjuk, nyolcszor kevésbé számoltak be öngyilkossági kísérletről, valamint

alacsonyabb körükben a mentális problémák és a kábítószer-használat előfordulása, mint magas családi elutasítással rendelkező társaik esetén (Ryan et al. 2009). A családon kívül más LMBTI személyek jelenléte is szerepet játszik a pozitív (szexuális és nemi) identitás kialakulásában. Más szexuális és nemi kisebbséghez tartozó személyektől érkező társas támogatás ellensúlyozhatja a negatív társadalmi hatásokat, és a pozitív identitásfejlődést elősegítő védőfaktor lehet az LMBTI személyek számára. Tehát a szerepmodellek jelenléte hasonlóképpen fontos lehet az énkép alakulása szempontjából. Rendelkezésünkre áll olyan tanulmány, amely felhívja a figyelmet arra, hogy a szexuális és nemi kisebbséghez tartozó fiatalok számára a médiában megjelenő példaképek inspirálóak, biztonságot, megnyugvást jelentenek, valamint pozitív hatást gyakorolnak identitásukra (Gomillion és Giuliano 2011).

A szexuális és nemi kisebbségek egészséges személyiségfejlődésének fontos része az előbújás (coming out) folyamata. A coming out fontos lépés a pozitív identitás és az önelfogadás irányába. Az egyén identitásával összefüggő pozitív és biztonságot jelentő kapcsolat nemcsak az egészséges önértékelés szempontjából lényeges, hanem a hiteles interperszonális kapcsolatok alapját is jelenti a későbbi életben. Fontos megismételni, hogy bár az ellátó szempontjából az előbújás egy egyszeri eseménynek tűnhet, az LMBTI személyek számára egy életen át tartó, dinamikus folyamatról van szó. Valahányszor új közegbe kerülnek, vagy új emberekkel ismerkednek meg, meg kell fontolniuk és tudatosan el kell dönteniük, hogy meg akarják-e osztani az adott helyzetben vagy az adott személlyel identitásukat.

Általánosságban az out /előbújt személyek jobb mentális egészséggel jellemezhetők. Az előbújás pozitív hatása a mentális egészségre a társas támogatáshoz való jobb hozzáférésnek és rejtözködés okozta stressz csökkenésének köszönhető. Számos tanulmány összefüggést talált az előbújás és a jobb mentális egészség, például a depresszió, a szorongás és az illegális kábítószer-fogyasztás alacsonyabb rizikója között (Baiocco, D'Alessio, és Laghi 2010; Beals, Peplau, és Gable 2009). Az előbújás összefüggést mutatott továbbá az öngyilkossági gondolatok (Michaels, Parent és Torrey 2016) és a kockázati magatartások alacsonyabb előfordulásával is (Rothman és mtsai 2012). Az előbújás akár a fiziológiai folyamatokat is befolyásolhatja. Azokat az LMB személyeket, akik szexuális irányultságukat tekintve előbújtak szüleiknek, alacsonyabb stresszhormonszint (kortizol) és allosztatikus terhelés jellemzi, mint azokat a társaikat, akik nem voltak out-ok a családjuk és a barátaik előtt (Juster et al. 2015).

A szexuális irányultsággal kapcsolatos előbújás különbözőféleképpen érintheti a különböző szexuális és nemi kisebbségeket. A biszexuális személyek számára például szexuális orientációjuk felfedése további negatív következményekkel is járhat. Egy nemrégiben készült tanulmány szerint a biszexuális személyek esetében az előbújtság fokozott kockázatot jelentett bizonyos kockázatok (marihuána-fogyasztás, tiltott kábítószer-fogyasztás és depresszió) szempontjából, míg a leszbikusok és melegek esetében épp ellenkezőleg, az előbújás a tiltott kábítószer-használatának csökkenésével járt (Feinstein et al., 2019). Ennek hátterében az állhat, hogy bár az előbújás potenciálisan csökkenti az orientáció titoklásából eredő distresszt és megkönnyítheti a társas támogatáshoz való hozzáférést, biszexuális személyek esetén (is) fokozhtaja a diszkriminációnak való kitettséget. Érdemes megemlítenünk továbbá, hogy a nem elfogadó, diszkriminatív, stigmatizáló, vagy bántalmazó környezetben az előbújás minden LMBTI személy számára komoly mentális és fizikális rizikótényezőt jelenthet.

Egészségügyi szakemberként helyzetünkből adódóan segíthetünk betegeinknek az előbújás előnyeit és hátrányait felmérni a különböző helyzetekben, ezáltal megfelelő stratégiát kidolgozni a coming out folyamathoz, valamint a negatív reakciókkal való megküzdéshez. Általános



főszabályként az előbújás kérdését mindig egyéni szinten kell mérlegelni. Lehet, hogy vannak olyan emberek, akiknek kevesebb haszna származna az előbújásból, esetleg nem akarják, vagy nem tehetik meg, hogy szexuális orientációjukat, vagy nemi identitásukat megosszák a körülöttük élőkkel (például erősen vallásos, elutasító közösséghez tartoznak, vagy olyan beosztásban, környezetben dolgoznak).

Ellátóként fontos elfogadóan viszonyulnunk LMBTI betegünk vagy kliensünk előbújással kapcsolatos döntéséhez, és támogatnunk őt a választásában. A beteg segítése a biztonságérzet kialaktásában és a támogatottság megtapasztalásában előremozdíthatja önelfogadását és előbújási folyamatát.

## 3.3) Physical health needs

A szakirodalmi adatok szerint egyes egészséget befolyásoló magatartások gyakoribb előfordulást mutathatnak a szexuális és nemi kisebbségek körében. Az LMBTI személyek magasabb arányban dohányoznak, fogyasztanak alkoholt és használnak kábítószereket, mint heteroszexuális, cisznemű társaik (Blosnich et al. 2010; Gonzales et al. 2016; King et al. 2008a). Némely szexuális és nemi kisebbségi csoportok továbbá gyakrabban folytatnak szexuális rizikómagatartást (Feinstein et al. 2019; Herbst et al. 2008). Mindezen tényezők hatására fokozottan kitetté válnak egyes egészségi problémáknak, továbbá nagyobb szükség lehet a szűrővizsgálatok, megelőző és ártalomcsökkentő beavatkozások alkalmazására körükben.

### 3.3.1) Megelőzés: szűrés és oltások

Némely egészségi probléma és rizikóviselkedés magasabb előfordulást mutat az LMBTI populáción belül, ami indokoltá teszi, hogy egyes prevenciós kérdéseket inkább szem előtt tartsunk esetükben. A szexuális és nemi kissebbségeket magasabb arányban érintő betegségek szűrése fontos, mivel hozzájárulhat életminőségük javításához és élettartamuk növeléséhez. Az oltások hatákony eszközt jelentenek egyes betegségek morbiditásának és mortalitásának csökkentésére és a sérülékeny csoportok még inkább profitálhatnak az immunizálás által. A HPV, HAV, HBV immunizáció javasolt lehet szexuális és nemi kisebbségek esetén, továbbá hasonlóképpen fontos körükben az egyes szűrővizsgálatok népszerűsítése is.

### 3.3.2) Szűrővizsgálatok az alapellátás során

Az orvoslátogatások lehetőséget nyújtanak az egyszerű egészségügyi szűrővizsgálatok elvégzésére, mint a vérnyomásmérés, a BMI számítás, a beteg rizikóviselkedésekkel összefüggő anamnézisének felvétele (dohányzás, alkohol- és kábtószerfogyasztási szokások), továbbá rövid intervenciók alkalmazására (bővebb információk a „4.2.1. – Személyes szint – nyelvhasználat, implicit és explicit atitűdök" c. fejezetben). Ezen találkozók alkalmával lehetőségünk nyílik rá, hogy LMBTI betegeink figyelmébe ajánljuk a tumoros megbetegedésekkel és STDk-kel kapcsolatok szűrővizsgálatokon való részvételt.

#### 3.3.2.a) Emlő- és méhnyakszűrés biszexuális és leszbikus nők körében

A szexuális kisebbséghez tartozó nőbetegek magasabb rizikóval rendelkeznek az emlők és

a reproduktív szervek (ovárium, endometrium, cervix) tumoros megbetegedésének szempontjából. Magasabb körükben az egyes rizikótényezők előfordulása, mint a dohányzás, az alkoholfogyasztás, a túlsúly és a nulliparitás (a szülés elmaradása), mint heteroszexuális társaik esetén (Cochran et al. 2001). Fontos ezek miatt, hogy az országos eljárásnak megfelelő szűrővizsgálatokon részt vegyenek. Magyarországon az emlőtumor irányába történő szűrővizsgálat (mammográfia) 45-65 év közötti személyek esetén 2 évente javasolt. Fontos továbbá betegeink figyelmét felhívnunk a megfelelő és rendszeres emlőönvizsgálat jelentőségére!

A humán papillomavírus (HPV) okozta, főként szexuális úton terjedő fertőzés a cervikális diszplázia és a neoplázia gyakori oka, következésképpen a méhnyakrák prekurzora. Leszbikus és biszexuális nők körében a HPV-kockázat gyakran alábecsült, így fontos tudnunk, hogy ők is kitettek a megbetegedés szempontjából. A rendszeres szűrés ezért ugyanolyan fontos a szexuális kisebbségben élő nők számára, mint a heteroszexuális nők számára, javasolt a 25-65 év között a heteroszexuális korosztályhoz hasonlóan esetükben is hátóméventе kenetvizsgálatot (cervicalis citológia, Pap-teszt) végezni.

### 3.3.2.b) Colorectális tumor

Nem rendelkezünk egyértelmű bizonyítékkal azt illetően, hogy az LMBTI személyek körében nagyobb lenne a colorectalis tumorok előfordulása, ugyanakkor számos rizikótényező (elhízás, dohányzás, alkoholfogyasztás) egyértelműen inkább érinti a populációt, továbbá kisebb tanulmányok is felvetik a magasabb colorectalis tumor incidencia lehetőségét is szexuális és nemi kisebbségek körében (Boehmer, Ozonoff, et al. 2011). Kijelenthetjük tehát, hogy a szexuális és nemi kisebbségek számára a colorectalis szűrővizsgálatokon való részvétel éppen annyira fontos, mint a többség számára, ezért egészségügyi szakemberként ajánlanunk kell a szűrővizsgálatokon való részvételt.

Számos szűrési lehetőség áll tendelkezésünkre a korai colorectalis elváltozások észlelése céljából, mint a sigmoidoscopia, colonoscopia, kettős kontrasztú bárium beöntés, a virtuális colonoscopia, az okkult székletvér vizsgálat (széklet Weber teszt), valamint a széklet immunokémiai teszt és széklet DNS-teszt. Magyarországon kétlépcsős colorectális tumorszűrés javasolt mindenkinek 50-70 éves kor között, aminek első lépése az okkult székletvér vizsgálat (széklet Weber teszt) és Weber pozitivitás esetén a colonoscopia elvégzése.

### 3.3.2.c) Prosztatatumor meleg és biszexuális férfiak körében

A prosztatatumor az egyik leggyakoribb tumortípus férfiak körében. Korlátozott adatok állnak csak rendelkezésünkre a prosztatatumor meleg és biszexuális férfiak körében tapasztalt előfordulását illetően, de ismert, hogy a szexuális kisebbségekhez tartozó férfiak inkább kitettek rizikófaktorok (például dohányzás) szempontjából. Magyarországon nem elérhető lakossági szűrővizsgálat a prosztatarák irányába. Mindkét alkalmazott szűrési eljárás – mind a rectalis digitalis vizsgálat (RDV), mind a prosztata specifikus antigén teszt – rendelkezik bizonyos előnyökkel és kockázatokkal. A tünetmentes beteg szűréséről egyéni mérlegelés alapján kell dönteni, lehetőséget kell biztosítani számukra, hogy megbeszéljék a szűrővizsgálaton való részvétel potenciális előnyeit és kockázatait az ellátóval.

### 3.3.2.d) Tumorszűrés transz betegek esetén

A transznemű betegeket gondozó ellátók számára fontos megérteni, hogy a nemi megerősítő beavatkozások, a hormon- és/vagy műtéti kezelés miként befolyásolják a tumorok kockázatát és a szűrési lehetőségeket. Mivel az ösztrogén és metabolitjai rákkeltő hatásúak lehetnek az emlő szövetére, így az ösztrogénterápia alatt álló transznők hormonterápiája fokozza körükben az emlődaganat kockázatát cisznemű férfitársaikhoz képest. Bár a transznők tumorrizikója az élethosszig tartó alacsonyabb kumulatív ösztrogénexpozíció miatt alacsonyabb, mint a cisznőké, ellátóként fontos tudnunk ezekről a fokozott kockázatról, különösen azért, mert az emlőimplantátumok megnehezítik a tumor progressziójának diagnosztizálását.

Azoknak a transzférfiaknak, akik nem estek át bilaterális mastectomián (mellkasi rekonstrukción), vagy csak mellkisebbítő eljárást végeztek rajtuk, cisz nők esetén alkalmazott irányelvek mentén javasolt emlőtumor szűrésen résztvenniük. Kétoldalú mastectomiát követően a minimális reziduális emlőszövet technikailag megnehezíti a mammográfiát, így ilyen esetben tapintható elváltozások észlelése esetén ultrahang és MRI alkalmazása szükséges (rendszeres mammográfiás szűrésre esetükben nincs szükség).

A transzférfiak többsége esetén a cervix életük jelentős részében jelen van, és mivel a HPV rizikó aránytalanul magas a transznemű közösségben, fokozottan kitettek lehetnek HPV-vel összefüggő dysplasia és méhnyakrák szempontjából. Mindezek miatt javasolt transzférfi betegeink rendszeres HPV szűrése az aktuális irányelveknek megfelelően. Fontos ugyanakkor figyelmet fordítanunk arra, hogy a tényleges szűrést megfelelő figyelemmel, körültekintéssel és tisztelettel hajtsuk végre a traumatizáció elkerülése érdekében (Puechl, Russell, és Gray 2019). Vaginoplasztikán átesett transznők esetén javasolt a HPV okozta condyloma szűrése is. Amennyiben a szexuális aktivitásuk indokolja, fontos lehet transz betegeinknél anális tumor irányú szűrővizsgálat elvégzése is, kifejezetten HIV pozitivitás párhuzamos fennálásakor, mivel a HIV fokozhatja az anális tumorok előfordulását (Grulich et al. 2007).

Azon transznők esetén, akiknél a prosztata nem került műtétileg eltávoltásra, fennállhat a prosztatatumor-rizikója, ezért fontos lehet tájékoztatni őket a rendelkezésre álló szűrővizsgálatok lehetőségeiről. In situ uterus-szal és ováriumokkal rendelkező transzférfiak számára tünetmentesség esetén nem szükséges az endometriális és petefészek tumorok szűrése, ugyanakkor tünetek esetén a kismedencei ultrahang vagy CT vizsgálat megfelelő kezdeti szűrési eszköz (Puechl et al. 2019).

A ritkább tumortípusokat illetően az ellátóknak fontos tudniuk, hogy a transz személyeket születési anatómiájuktól függően veszélyeztetheti a különböző tumorípusok kialakulása. Az ajánlott szűrővizsgálatok kérdését érdemes körültekintően és érzékenyen körüljárni, mivel az jelentős szorongással járthat transz betegeink számára.

Magyarországon nem áll rendelkezésünkre transz betegek számára kialakított szűrési protokoll, éppen ezért fontos, hogy az ellátók ismerjék a transz populáció tumorrizikóit és ennek megfelelően javasolják a szűréseken való részvételt.

### 3.3.2.e) STI screening

A szexuális úton terjedő fertőzések és megbetegedések (STI / STD) szűrése fontos kérdés a szexuális és nemi kisebbségek ellátásának fejlesztése során. (A tünetmentes, szexuálisan aktív populáció szexuális úton terjedő betegségeinek szűrésére és a HIV szűrésére vonatkozó irányelveket részletesen a 3. fejezet mutatja be (részletekért lásd a „3.2) Szexuális egészség” c. fejezetet).

## 3.3.3) Oltások

In Az LMBTI fiataloknak meg kell kapniuk az életkoruknak megfelelő oltásokat a nemzeti irányelvek szerint. Ugyanakkor, mivel MSM férfiak és transznők körénben fokozott lehet a hepatitis-A- és hepatitis-B-ferzőzés kockázata, érdemes felajánlani a három oltásból álló hepatitis A + B oltási sort az oltásban korábban nem részesült, nem fertőzött egyének számára. Az

európai irányelvek az 1990-es évek óta többnyire az életkor alapján kötelező oltások részeként javasolják a hepatitis-B-oltást, így a fiatal felnőttek többsége már immunizált. Mindazonáltal azoknál, akiket csecsemőkorban vagy kisgyermekkorban oltottak be HBV ellen, érdemes megfontolni a kombinált hepatitis A + B vakcina felajánlását a csak hepatitis-A-vírusfertőzés ellen védelmet nyújtó vakcina helyett, a HBV elleni immunizáció emlékeztető oltásaként.

A HPV (humán papillomavírus) méhnyak-, anus-, pénisz-, vulva-, hüvelyi és oropharyngealis tumorok, valamint a genitális szemölcsök és a visszatérő légzőszervi papillomatosis kialakulásának ismert tényezője (Arbyn és mtsai 2012). Szexuálisan aktív személyek esetén nemtől és szexuális orientációtól függetlenül fennáll a HPV-fertőzés veszélye, ezért javasolt számukra a HPV elleni védőoltás. Rutinszerűen a HPV elleni védőoltás jelenleg 11-12 év közözött ajánlott, de 9 éves kortól egészen 26 éves korig javasolt lehet mindazok számára, akik korábban nem voltak megfelelően immunizálva (Meites, Kempe, és Markowitz 2016).

Magyarországon HPV oltás jelenleg kampányoltásként, a 12 éves lányok számára elérhető, bár fontos lenne a kistinédzser fiúk oltása is, a HPV-vel összefüggő genitális és anális szemölcsök, az anális és egyéb tumorok, valamint a kórokozó átadásának megelőzése érdekében. A HPV oltások Európában az ezredforduló óta elérhetőek, így az 1990 előtt születettek többnyire nem lettek immunizálva. Az oltást általában 26 éves korig ajánlják, de a klinikusok szerint megfontolandó az oltás igénybevételének felajánlása a 27–45 éves felnőtt populáció számára is (Meites et al. 2016).

## 3.4) Szexuális egészség

A szexuális egészség nem pusztán a reproduktív egészséggel és a szexuális úton terjedő megbetegedésekkel kapcsolatos kérdéseket foglalja magába. A WHO definiciója szerint a szexuális egészség a szexualitáshoz kapcsolódó fizikális, szellemi és társadalmi jóllét állapota. Megköveteli tehát a szexualitás és a szexuális kapcsolatok pozitív és tiszteletteli megközelítését, valamint a kényszer, megkülönböztetés és erőszakmentesség nélküli, kellemes és biztonságos szexuális tapasztalatok lehetőségét. Az LMBTI személyek szexuális egészségének előmozdításának céljai megegyeznek az általános lakosságéval. Egészségügyi szakemberként feladatunk, hogy segítsük betegeinket a szexuális egészség elérésében és fenntartásában, azáltal, hogy megfelelő infomációval, valamint a betegségek és ártalmak megelőzésének és a pozitív szexuális tapasztalatok megszerzésének eszközeivel látjuk el őket.

Fontos, hogy az egészségügyi dolgozóként megtanuljuk megvitatni a szexuális egészség különböző témaköreit, valamint a szexuális viselkedéssel, identitással és tevékenységgel kapcsolatosan előítéletmentes kérdéseket alkalmazzunk, és felkészültek legyünk a betegeink szexualitással és szexuális egészséggel kapcsolatos aggodalmainak kezelésére. A szexuális kórtörténet felvétele segíthet a kockázatos magatartások beazonosításában, továbbá a megelőzést szolgáló és diagnosztikai eszközök megfelelő megválasztásában.

Habár az LMBTI identitások sokszinűségének elismerése fontos, a szexuális egészség kérdésének megvitatásakor inkább a személy tényleges szexuális viselkedésére, mintsem a szexuális orientációs identitására helyeződik a hangsúly, így a fejezet további részében az orvosi terminológiában is inkább alkalmazott MSM („férfiak, akik férfiakkal élnek nemi életet”) és a WSW („nők, akik nőkkel élnek nemi életet”) kifejezések használata mellett döntöttünk.



A szexuális egészség tág témaköréből az egészségügyi szakembereket általában a védekezés nélküli szex, mint az STD morbiditásának és halálozásának kockázati tényezője aggasztja leginkább. Egyes egészségügyi problémák - mint például az STD-k és a HIV-fertőzések kockázata - kapcsolódnak bizonyos kockázati magatartásokhoz és némely specifikus tényezők az LMBTI közösség egyes tagjait sérülékenyebbé teszik.

A szexuális és nemi kisebbségek különböző csoportjait a kockázatvállalás eltérő mértéke jellemzi. Az MSM férfiak körében dokumentáltan magasabb a kockázatos szexuális magatartás előfordulása, ugyanakkor a csoporton belül is jelentős különbségek lehetnek. Egy friss tanulmány szerint a biszexuális férfiak a meleg férfihoz képest magasabb arányban számolnak be óvszer nélküli anális szexről alkalmi partnerekkel, szexuális együttlét előtti marihuána fogyasztásról, továbbá kevésbé valószínű, hogy életük során HIV-teszten vegyenek részt vagy PrEP (pre-expozíciós profilaxis) terápiát használjanak (Feinstein et al. 2019). Transznők szintén nagyobb valószínűséggel folytatnak kockázatos szexuális viselkedést (óvszer nélküli szex, alkalmi szexpartner, ismeretlen partner, szexmunka), míg ezek a rizikóviselkedések transzférfiak körében alacsony előfordulást mutattak (Herbst et al. 2008). Mindezek miatt a HIV rizikó szempontjából leginkább kitett populációknak az MSM férfiak, valamint a transznők tekinthetőek. A HIV-fertőzés fő átviteli módját ebben a populációban az óvszer nélküli anális közösülés, valamint ritkábban az intravénás kábítószer-fogyasztás jelenti. Általános, bár alaptalan feltételezés az egészségügyi szolgáltatók körében, hogy a leszbikus nők vagy a WSW nők nincsenek kitéve az STD kockázatának. Mivel ők is folytathatnak, vagy folytathattak szexuális kapcsolatot férfiakkal, valamint körükben is előfordulhat a szexuális kockázati magatartás, és számos szexuális partnerrel folytatott szexuális kapcsolat, így esetükben is fennállhat STD rizikó (Ybarra et al. 2016). Ismert továbbá STD-t okozó kórokozók nőről nőre történő átviteli lehetősége is (Bauer és Welles 2001). A szexuális úton terjedő betegségek alulbecsülése a szexuális kisebbséghez tartozó nők körében hiányos szűrési és megelőzési folyamatokhoz vezet.

A szexuális egészség fontos kérdése a terhességi kockázatok és a fogamzásgátlás szükségességének megvitatása WSW nők, transzférfiak és a nem bináris személyek körében is. A férfiakkal és nőkkel egyaránt szexuális kapcsolatot folytató (WSMW) nők fokozottan veszélyeztetettek lehetnek a nem kívánt várandósságot tekintve, különösen serdülőkorban (Charlton et al. 2013). Hasonlóképpen, transzférfiaknak is szükségük lehet fogamzásgátló kezelésre és fogamzásgátlási tanácsadásra (Light et al. 2018).

### 3.4.1) HIV és STD prevenció

#### 3.4.1.a) Szűrések

Az amerikai Centers for Disease Control (CDC) által kiadott, a szexuális úton terjedő betegségek megelőzésére vonatkozó irányelve tartalmaz ajánlásokat a nemi és szexuális kisebbségek szexuális úton terjedő betegségek és HIV fertőzés irányába történő szűrésére. Mivel a kockázat a szexuális viselkedéshez kapcsolódik, a szűrési ajánlások szexuálisan aktív, tünetmentes emberekre vonatkoznak. Bár az Egyesült Államok azon országok közé tartozik, ahol a HIV prevalenciája magas, a szűrési ajánlás általános szempontjai Magyarországon is alkalmazhatóak.

Az ajánlás szerint az MSM férfiak STD szűrése évenként, amennyiben fokozott szexuális rizikóviselkedés van jelen (chemsex, számos vagy ismeretlen partner), akkor 3-6 havonta javasolt. A vizsgálatoknak érdemes tartalmaznia HIV- és szifiliszszerológiát, húgycső kenetből, - továbbá, amennyiben a szexuális aktivitás indolkolja - anális régióból és garatból vet mintából történő Neisseria gonorrhoeae és Chlamydia trachomatis szűrést (Workowski és Bolan 2015).

Szintén figyelmet érdemelnek a hepatitis víusok. A feco-orális úton terjedő hepatitis-A-vírusról ismert, hogy okoz járványokat MSM férfiak körében (ECDC 2019). A hepatitis-B- és C-vírusok vérrel terjedő kórokozók, amelyek szexuális úton is terjedhetnek, és egyre több bizonyíték áll rendelkezésünkre azt illetően, hogy egyes MSM férfiak, különösen a HIV pozitívak, fokozott HCV rizikónak vannak kitéve (Hagan et al. 2015). Mivel a HCV-fertőzés nagyobb valószínűséggel válik krónikussá HIV jelenlétében, a HCV-szűrés a hepatitis-C-antitest szűrésével legalább évente ajánlott veszélyeztetett, HIV-fertőzött MSM személyek esetén. A hepatitis-B szűrése a HBsAg mérésével a szexuálisan aktív MSM férfiak esetén szintén ajánlott. Célszerű továbbá a hepatitis-A- és B-vírus elleni immunizálást felajánlani a nem fertőzött, dokumentált oltással nem rendelkező személyek számára.

A transzok, különösen a transznők (valamint a nem bináris személyek) megnövekedett kockázata is összefügg a fokozott rizikómagatartással, ezért a szűrési ajánlások során nem a betegek identitását, hanem szexuális viselkedését kell alapul vennünk. A szexuálisan aktív transznemű személyeket - különösen azokat, akik férfiakkal is folytatnak szexuális kapcsolatot - magas rizikómagatartás (latex barrier nélküli közösülés, tűk megosztása hormonok vagy más gyógyszerek injektálása során) az MSM férfiakéval egyező séma alapján javasolt szűrni STD-k irányába.

Az elterjedt felfogással ellentétben a WSW nők bakteriális, vírusos és protozoális szexuális úton terjedő fertőzés átvitele szempontjából mind férfi, mind női partnereik által fertőződhetnek (Gorgos és Marrazzo 2011). Fontos tudnunk, hogy egyes WSW nők folytatnak, vagy folytattak szexuális kapcsolatot férfiakkal, továbbá bizonyos szexuális gyakorlatok lehetővé teszik az STD-t okozó kórokozók hüvelyváladékkal történő átadását. A szexuálisan aktív WSW nők számára a hepatitis-A + B-oltást célszerű felajánlani, valamint javasolni kell nekik a rendszeres HPV szűrésen való részvételt az országban alkalmazott irányelveknek megfelelően.

### 3.4.1.b) Az egyes szexuális gyakorlatok relatív kockázata

Előfordulhat, hogy a betegek nincsenek tisztában bizonyos szexuális viselkedéssel járó specifikus HIV és STD rizikókkal. Nem biztos, hogy tudják, hogy bizonyos típusú szexuális aktivitás, például a latex barrier nélkül folytatott orális szex, vagy szexuális játékok megosztása során fertőzött partner által könnyen fertőződhetnek STDk-kel.

A testnedvek cseréjével járó szexuális aktivitás lehetővé teszi a HIV, a hepatitis vírusok, valamint más STI kórokozók átvitelét, míg a széklettel való érintkezés a hepatitis-A-vírusfertőzés és enterális fertőzések átvitelének veszélyét jelentheti. A HPV, HSV és szifilisz fertőzések átviteli lehetősége továbbá bőrkontaktus esetén is fennáll (tehát latex barrier használata sem nyújt 100%-os védelmet esetükben). Rendelkezésre állnak olyan összefoglaló táblázatok, amelyek ismertetik az egyes tevékenységekhez kötődő STD átviteli kockázatot. Az MSM férfiak esetén a legnagyobb kockázatot a latex barrier nélküli, ismételt anális közösülés jelenti.

### 3.4.1.c) Megelőző intézkedések

Az óvszerek, vagy egyéb latex barrierek használata (dental dam, női óvszer) a legalapvetőbb prevenciós eszköz és a leghatákonyabb megelőzési lehetőség a testnedvek átvitele szempontjából. A legtöbb beteg tisztában van ezzel, az ellátónak ennek ellenére célszerű hangsúlyoznia a latex barrierek következetes és helyes használatának fontosságát. A szexuális játékok megosztása a partnerek között nem ajánlott, illetve érdemes ezeket az eszközöket fertőtlenítővel (de legalább szappanos vízzel) tisztítani, valamint használat során latexbarrierrel ellátni.



Amikor kockázatos szexuális magatartást észlelünk, klinikusként fontos megfontolt módon a beteget annak megváltoztasására vagy elhagyására bátorítanunk. Az egyének nagy különbségeket mutathatnak a kockázatvállalási magatartását illetően, egyesek nagyobb kockázatot hajlandók vállalni, mint mások. Bizonyos esetekben a legjobb megközelítés a klinikus részéről az ártalomcsökkentés. Tanácsadás során arra kell törekednünk, hogy optimalizáljuk az egyén magával vagy partnerével kapcsolatosan vállalt kockázatának mértékét. Betegeink figyelmét fontos felhívni arra, hogy a találkozók előtt gondolkodják át, tervezék meg, és mérlegeljék, mekkora kockázatot kívánnak vállalni. Mivel az alkohol- és drogfogyasztás befolyásolják a racionális döntéshozatalt, a szerhasználat csökkentése szintén hozzájárulhat a szexuális kockázati magatartások moderálásához.

### 3.4.1.d) Bioprofilaxis

A HIV fertőzés átviteli rizikójának csökkentésére pre- (PrEP) és postexpozíciós profilaxis (PEP) lehetősége is rendelkezésünkre áll.

A pre-expozíciósi profilaxis (PrEP) - HIV negatív személyek által szedett, napi rendszerességű antiretrovirális terápia - egy megelőzési lehetőség azok számára, akik esetén nagyon nagy a HIV-fertőzés kockázata. Az előírásnak megfelelően alkalmazott a PrEP rendkívül hatékony a HIV-fertőzés megelőzésében (Chou et al. 2019). Fontos azonban tájékoztatni a betegeket arról, hogy a PrEP más STD-kkel szemben nem nyújt védelmet, így ezek elkerülésére más megelőzési formák párhuzamos alkalmazása is szükséges.

A postexpozíciós profilaxis (PEP) egy rövid távú antiretrovirális kezelés, amely csökkenti a HIV-fertőzés kialakulásának valószínűségét a potenciális expozíciót követően. A PEP egy négyhetes kezelés, amelyet a lehető legkorábban (ideális esetben 72 órán belül) érdemes felajánlani és megkezdeni minden olyan szeronegatív személy esetén, aki potenciális HIV fertőzésnek lett kitéve (Young és mtsai 2007).

## 3.4.2) Reprodukcióval kapcsolatos kérdések

Az LMBTI személyek termékenységgel kapcsolatos tervei gyakran elhanyagolt kérdések, mivel az ellátók többsége úgy gondolja, ez a témakör nem releváns a szexuális és nemi kisebbségek esetén. Fontos ugyanakkor LMBTI betegeinkkel is megvitatnunk gyermekvállalási terveiket, valamint segíteni őket a családtervezés és a gyermekvállalás során.

A gyermekvállalást tervező LMBTI személyek száma jelentős és egyre növekvő. A jelenlegi adatok szerint az Egyesült Államokban a leszbikusok 78%-a, a melegek 47%-a tervez gyermekvállalást (Riskind és Tornello 2017). Magyarországon egy 2010-es LMB személyek körében végzett tanulmány eredményei szerint a megkérdezettek 54%-a tervez gyermeket vállalni (Karsay 2010).

A tervezett családalapításkor az LMB szülőknek – azon LMB embereknek, akik az előbújást követően szeretnének családot alapítani - komoly nehézségekkel kell azonosnemű párként szembe nézniük. Bár többféle lehetőség is létezik LMBTI személyek számára a szülővé válásra, ezek elérhetősége országonként nagy eltéréseket mutathat.

Az asszisztált reprodukció, a béranyaság, a nevelőszülőség vagy örökbefogadás mind lehetőségek lehetnek azonos nemű párok számára a szülővé válásra, ugyanakkor a megvalósítás során gyakran jogi, anyagi, vagy orvosi akadályokkal kell megküzdeniük. Az örökbefogdási központok és a mesterséges megtermékenyítési klinikák elutasíthatják az LMBTI jelentkezőket szexuális orientációjuk vagy kapcsolati státuszuk miatt, továbbá a nemzeti szabályozás is tilthatja az

azonos nemű személyek örökbefogadását vagy mesterséges megtermékenyítési programban való részvételét.

Nők számára az IVF (in vitro fertilizáció), vagy a spermadonor igénybevétele jelenthet lehetőséget a gyermekvállalásra, amelyet számos leszbikus és biszexuális nő választ a családalapításhoz. Ismert (barát, vagy a partner családtagja), vagy ismeretlen (spermabankból származó) donorsperma alkalmazása esetén a várandósságot kihordó nő és a születendő gyermek között genetikai kapcsolat áll majd fenn. Lehetőség van ugyanakkor partnerasszisztált reprodukciós eljárásra (megosztott anyaság) is, ahol a megtermékenyített petesejtet embriótranszfer során átültetik a partner uterusába. Így mindkét anya fizikálisan részt vesz a gyermek kihordásában, ez a folyamat ugyanakkor megköveteli, hogy mind a két anya részesüljön termékenységi kezelésben az embryotranszfert megelőzően.

Meleg férfiak számára a béranyaság nyújthat lehetőség a biológiai apaságra. Ebben az esetben egy béranya hordja ki a gyermeket, aki mesterséges megtermékenyítés vagy embryotranszfer során kerül megtermékenyítésre. Azon férfi, akitől a donorsperma származik ebben az esetben genetikai kapcsolatban áll majd a gyermekkel (biológiai szülő lesz).

Transz személyek szintén szembesülhetnek specifikus nehézségekkel a gyermekvállalás során, mivel a hormonterápia és a nemi megerősítő beavatkozások csökkenthetik, vagy megszüntethetik a termékenységüket. Léteznek ugyanakkor megoldások, amelyek igénybevételével transz személyek is biológiai szülővé vállhatnak, amennyiben szeretnének. Ilyen lehetőségek például az inszeminációt, a béranyaság, vagy a termékenység megőrzését szolgáló eljárások (petesejt, spermium vagy embrió kryoprezerváció).

Az LMBTI személyek számára az örökbefogadás vagy a nevelőszülőség is lehetőséget jelenthet a gyermekvállalásra. Bár ebben az esetben nem lesz genetikai kapcsolat a gyermek és a szülő között, sokan preferálják ezt az eljárást, például, hogy otthont teremtsenek egy rászoruló gyermeknek, vagy, mert etikai okokból nem tartják elfogadhatónak a béranyaság lehetőségét.

Magyarországon az egyedülálló nők 45 éves korukig részesülhetnek mesterséges megtermékenyítésben, ugyanakkor leszbikus pároknak ez a lehetőség csak akkor hozzáférhető, ha egyedülállónak vallják magukat. Azok a nők, akik bejegyzett élettársi kapcsolatban élnek egy azonos nemű személlyel, kizárulnak a mesterséges megtermékenyítés lehetőségéből. Magyarországon a béranyaság csak bizonyos körülmények között valósulhat meg, az örökbefogadás pedig nem lehetséges azonos nemű párként. Egyedülállók örökbefogadási kérdelmének elbírálásához ugyanakkor 2021. március 1. óta a családpolitikáért felelős miniszter hozzájárulása szükséges. Magyarországon is lehetőséget jelenthet ugyanakkor a gyermekvállalásra LMBTI személyek számára a társszülőség, amikor a gyermek biológiai szülei (adott esetben egy leszbikus nő és egy meleg férfi) és a szülők partnere(i) vesznek részt a gyermek nevelésében.

A szülővé válás fontos életesemény, amely mindenki számára megtehelő és különösen szorongató lehet. Az LMB szülők ugyanakkor többnyire kevesebb támogtáshoz jutnak családjaiktól és barátjaiktól a szülővé válásuk útján (Goldberg 2006), valamint inkább kitettek lehetnek a post partum depressziónak (Ross et al. 2007).

A szivárványcsaládok alapításával kapcsolatos sajátosságok ismerete segít számunkra ellátóként, minőségi egészségügyi ellátásban részesíteni LMBTI betegeinket. Egészségügyi ellátóként ismernünk kell az asszisztált reprodukciós eljárással, a béranyasággal vagy örökbefogadásssal és társszülőséggel kapcsolatos lehetőségeket. Az LMBTI-személyek gyermekvállalási lehetőségeivel kapcsolatosan tájékoztatott egészségügyi ellátók felkészültebbek abban, hogy segítsék a leendő és a jelenlegi szivárványcsaládos szülőket saját és családjuk jóllétének fenntartásában.



## 3.5) Egészségügyi kockázatok (társas támogatás, addikciók)

Ahhoz, hogy megfelelő képet kapjunk az alkohol- és szerhasználat egészségügyi kérdéseiről, fontos megértenünk annak társadalmi kontextusát és szerepét az LMBTI-közösségben. Még mindig rengeteg sztereotípia és megbélyegzés fűződik a szerhasználathoz, és sok LMBTI-személy tapasztal diszkriminációt alkohol- vagy szerhasználata miatt az ellátás során.

A nemzetközi kutatások szerint a leszbikus, meleg és biszexuális emberek körében magas az alkoholfogyasztás, a dohányzás és a kábítószer-használat előfordulása. Számos tanulmány (Cunningham és mtsai, 2018; Gonzales és mtsai, 2016) megállapította, hogy az LMBTI személyek szignifikánsan inkább kitettek mértéktelen alkoholfogyasztásnak és az alkoholfüggőségnek, mint heteroszexuális cisznemű társaiknak, emellett fokozott körküben a dohányzás és a szerfüggőség kockázata is (Blosnich et al. 2010; Hughto et al. 2021).

A dohányzás, kábítószer- és alkoholfogyasztás terén tapasztalt különbségek nagymértékben összefüggenek az áldozattá válásnak való kitettséggel - így a fizikai és szexuális bántalmazás, a hajléktalanság és a párkapcsolati erőszak magasabb rizikójával (Drabble et al. 2013; McLaughlin et al. 2012).

A szerhasználat egyéb kockázati tényezőinek tekinthetőek továbbá a támogató környezet hiánya, a pszichés stressz, a problémamagatartás internalizálása vagy externalizálása, az előbújásra adott negatív reakciók, és a nem megfelelő lakhatási körülmények (Goldbach et al. 2014). A szülők vagy más felnőttek részéről érkező, valamint az iskolában tapasztalt alacsony társas támogatottság szintén fokozza a szerhasználat rizikóját (McDonald 2018; Seil, Desai és Smith 2014). A nem támogató szülők előtt tőrténő előbújás összefüggést mutatott az illegális kábítószerfogyasztás magasabb előfordulásával (Rothman et al. 2012). Az LMB fiatalok hajléktalansága és lakhatási nehézségei, melyek szintén gyakran összefüggnek szexuális orientációjukkal vagy nemi identitásukkal (mivel szüleik otthonuk elhagyására kényszeríthetik őket, vagy elmenekülnek homofób szüleik elől), ugyancsak jelentős kockázati tényezők a fiatalok körében megjelenő szerhasználat szempontjából (Goldbach et al. 2014).

Bár a társas interakciók jelentős stresszforrást jelenthetnek az LMBTI emberek számára, megerősítő és támogató erőforrásként is szolgálhatnak. A támogató környezet védőfaktort jelenthet továbbá a szerfüggőséggel és mentális problémákkal szemben. Az észlelt társas támogatás összefügg a jobb mentális egészségi állapottal: a nagyobb társas támogatást élvezők kevésbé kitettek a depressziónak, és ritkábban követnek el öngyilkossági kísérletet. A nagyobb társas támogatottság továbbá együttjár alacsonyabb szerhasználattal is (Seil et al. 2014), amit más tanulmányok is megerősítenek: azok az előbújt LMB-felnőttek, akiknek szülei támogatóak voltak, kevésbé folytatnak egészségkárosító magatartást és egészségi rizikómagatartás (Rothman et al. 2012).

A társas támogatás mentális egészségre gyakorolt hatásainak vizsgálatakor látható, hogy a magasabb társas támogatás pozitívabb önértékeléssel társult az LMBTI fiatalok körében. A társas támogatás alapvető fontosságú a szelf és az identitás alakulása során, és különösen nagy jelentőséggel bírhat a szexuális és nemi kisebbséghez tartozó fiatalok esetén, akiknek már fiatal korukban több stresszel és erőszakkal kell szembenézniük. Az LMBTI személyek esetén nagyobb a családtól való elidegenedés és elszigetelődés

veszélye, valamint az iskolai zaklatásnak való kitettség. A megfelelő társas támogatást élvező szexuális és nemi kisebbséghez tartozó serdülők jobb mentális egészségi mutatókkal rendelkeznek: csökkennek körükben a depressziós tünetek, az öngyilkossági gondolatok, a kábtószerfogyasztás, a szorongás, valamint az orientációjuk okán elszenvedett erőszak (McDonald 2018).

A támogató családi és baráti kapcsolatokon kívül az LMBTI közösség támogatása is fontos erőforrást jelenthet a szexuális és nemi kisebbséghez tartozók számára, életkortól függetlenül. LMBTI szervezetekhez való kapcsolódás vagy csatlakozás, mint támogató és a megküzdést segítő eszköz, csökkentheti a kisebbségi stresszorok hatását (Meyer 2003).

## 3.6) Szindémiás elmélet

Néhány vizsgálat felveti, hogy a szexuális és nemi kisebbségekket érintő egészségi problémák párhuzamosan jelenlévő, szinergikus egészségkárosító tényezők egymásrahatásából eredő szindémiaként is meghatározhatóak (Coulter et al. 2015; Parsons, Grov, és Golub 2012).

A szindémiás elmélet egy olyan alternatív megközelítést jelent, amely az egészségi problémákat külön-külön megcélzó és az egyéni viselkedés megváltoztatatására, illetve az egyes betegségek kezelére törekvő egyéni megközelítés helyett egy komplexebb szemléletet alkalmaz. A szindémiás elmélet szerint a rizikófaktorok felhalmozódása a kisebbségek körében komplex társadalmi problémákkal fonódik össze, és így vezet az egyes kórképek aránytalan megjelenéséhez (Mustanski et al. 2007).

A pszichoszociális nehézségek egymással kölcsönhatásban vannak és kölcsönösen (fel)erősíthetik egymást. A szindémiás elmélet irányából szemlélve a szexuális és nemi kisebbségek körében a szerhasználat összefüggheet a HIV fertőzés és más szexuális úton terjedő betegségek jelenlétével, a depresszióval, az önstigmatizációval, az erőszaknak való kitettséggel és a gyermekkori bántalmazással, amelyeket tovább súlyosbíthat a társadalom felől érkező negatív attitűdben (homo-, bi-, transz-, interszexfóbia) is gyökerező kisebbségi stressz. Ezen kumulatív hatásnak köszönhetően fokozódnak a kisebbségek körében a negatív egészségügyi következmények. Ez a megközelítés tehát a többszörös egészségügyi különbségek fennállását hangsúlyozza szexuális és nemi kisebbségek körében, így a prevenciót tágabb kontextusba helyezi.

Az ellátók számára a szindémiás elmélet segíthet meglátni, hogy az egyes összetevõkre - például csak a szerhasználatra - való összpontosítás nem nyújt megfelelő megoldást az egészségi egyenlőtlenségek kezelése során, mivel azok komplex, egymással kölcsönhatásban álló faktorok szingergista hatásaként jönnek létre. A szexuális és nemi kisebbségek bizonyos beavatkozásoknak köszönhetően absztinensé válhatnak, más szindémiás tényezők miatt - például depresszió, internalizált homofóbia, gyermekkori bántalmazás és diszkrimináció – azonban az egészségi és egészségügyi különbségek továbbra is fennállnak körükben.



# Bibliográfia


- Arbyn, Marc, Silvia de Sanjosé, Mona Saraiya, Mario Sideri, Joel Palefsky, Charles Lacey, Maura Gillison, Laia Bruni, Guglielmo Ronco, Nicolas Wentzensen, Julia Brotherton, You-Lin Qiao, Lynnette Denny, Jacob Bornstein, Laurent Abramowitz, Anna Giuliano, Massimo Tommasino, és Joseph Monsonego. 2012. "EUROGIN 2011 Roadmap on Prevention and Treatment of HPV-Related Disease." International Journal of Cancer 131(9):1969–82. doi: 10.1002/ijc.27650.
- Baiocco, Roberto, Maria D'Alessio, és Fiorenzo Laghi. 2010. "Binge Drinking among Gay, and Lesbian Youths: The Role of Internalized Sexual Stigma, Self-Disclosure, and Individuals' Sense of Connectedness to the Gay Community." Addictive Behaviors 35(10):896–99. doi: 10.1016/j.addbeh.2010.06.004.
- Bauer, Greta R., és Seth L. Welles. 2001. "Beyond Assumptions of Negligible Risk: Sexually Transmitted Diseases and Women Who Have Sex With Women." American Journal of Public Health 91(8):1282–86. doi: 10.2105/AJPH.91.8.1282.
- Beals, Kristin P., Letitia Anne Peplau, és Shelly L. Gable. 2009. "Stigma Management and Well-Being: The Role of Perceived Social Support, Emotional Processing, and Suppression." Personality and Social Psychology Bulletin 35(7):867–79. doi: 10.1177/0146167209334783.
- Beaty, L. A. 1999. "Identity Development of Homosexual Youth and Parental and Familial Influences on the Coming out Process." Adolescence 34(135):597–601.
- Blosnich, John, Traci Jarrett, és Kimberly Horn. 2010. "Disparities in Smoking and Acute Respiratory Illnesses Among Sexual Minority Young Adults." Lung 188(5):401–7. doi: 10.1007/s00408-010-9244-5.
- Boehmer, Ulrike, Al Ozonoff, és Xiaopeng Miao. 2011. "An Ecological Analysis of Colorectal Cancer Incidence and Mortality: Differences by Sexual Orientation." BMC Cancer 11(1):400. doi: 10.1186/1471-2407-11-400.
- Charlton, Brittany M., Heather L. Corliss, Stacey A. Missmer, Margaret Rosario, Donna Spiegelman, and S. Bryn Austin. 2013. "Sexual Orientation Differences in Teen Pregnancy and Hormonal Contraceptive Use: An Examination across 2 Generations." American Journal of Obstetrics and Gynecology 209(3):204.e1-204.e8. doi: 10.1016/j.ajog.2013.06.036.
- Chou, Roger, Christopher Evans, Adam Hoverman, Christina Sun, Tracy Dana, Christina Bougatsos, Sara Grusing, és P. Todd Korthuis. 2019. "Preexposure Prophylaxis for the Prevention of HIV Infection: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force." JAMA 321(22):2214. doi: 10.1001/jama.2019.2591.
- Cochran, Susan D., Vickie M. Mays, Deborah J. Bowen, Susan Gage, Deborah Bybee, Susan J. Roberts, Robert S. Goldstein, Ann Robison, Elizabeth J. Rankow, és Jocelyn White. 2001. "Cancer-Related Risk Indicators and Preventive Screening Behaviors among Lesbians and Bisexual Women." American Journal of Public Health 91(4):591–97. doi: 10.2105/AJPH.91.4.591.
- Coulter, Robert W. S., Suzanne M. Kinsky, Amy L. Herrick, Ron D. Stall, és José A. Bauermeister. 2015. "Evidence of Syndemics and Sexuality-Related Discrimination Among Young Sexual-Minority Women." LGBT Health 2(3):250–57. doi: 10.1089/lgbt.2014.0063.
- Cunningham, Timothy J., Fang Xu, és Machell Town. 2018. "Prevalence of Five Health-Related Behaviors for Chronic Disease Prevention Among Sexual and Gender Minority Adults — 25 U.S. States and Guam, 2016." MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report 67(32):888–93. doi: 10.15585/mmwr.mm6732a4.
- Drabble, Laurie, Karen F. Trocki, Tonda L. Hughes, Rachael A. Korcha, és Anne E. Lown. 2013. "Sexual Orientation Differences in the Relationship between Victimization and Hazardous Drinking

among Women in the National Alcohol Survey." Psychology of Addictive Behaviors 27(3):639–48. doi: 10.1037/a0031486.
- ECDC. 2019. Annual Epidemiological Report for 2016 Hepatitis A. Stockholm: ECDC.
- Feinstein, Brian A., Christina Dyar, Dennis H. Li, Sarah W. Whitton, Michael E. Newcomb, és Brian Mustanski. 2019. "The Longitudinal Associations Between Outness and Health Outcomes Among Gay/Lesbian Versus Bisexual Emerging Adults." Archives of Sexual Behavior 48(4):1111–26. doi: 10.1007/s10508-018-1221-8.
- Goldbach, Jeremy T., Emily E. Tanner-Smith, Meredith Bagwell, and Shannon Dunlap. 2014. "Minority Stress and Substance Use in Sexual Minority Adolescents: A Meta-Analysis." Prevention Science 15(3):350–63. doi: 10.1007/s11121-013-0393-7.
- Goldberg, Abbie E. 2006. "The Transition to Parenthood for Lesbian Couples." Journal of GLBT Family Studies 2(1):13–42. doi: 10.1300/J461v02n01_02.
- Gomillion, Sarah C., és Traci A. Giuliano. 2011. "The Influence of Media Role Models on Gay, Lesbian, and Bisexual Identity." Journal of Homosexuality 58(3):330–54. doi: 10.1080/00918369.2011.546729.
- Gonzales, Gilbert, Julia Przedworski, és Carrie Henning-Smith. 2016. "Comparison of Health and Health Risk Factors Between Lesbian, Gay, and Bisexual Adults and Heterosexual Adults in the United States: Results From the National Health Interview Survey." JAMA Internal Medicine 176(9):1344. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.3432.
- Gorgos, Linda M., és Jeanne M. Marrazzo. 2011. "Sexually Transmitted Infections Among Women Who Have Sex With Women." Clinical Infectious Diseases 53(suppl_3):S84–91. doi: 10.1093/cid/cir697.
- Grulich, Andrew E., Marina T. van Leeuwen, Michael O. Falster, és Claire M. Vajdic. 2007. "Incidence of Cancers in People with HIV/AIDS Compared with Immunosuppressed Transplant Recipients: A Meta-Analysis." The Lancet 370(9581):59–67. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61050-2.
- Hagan, Holly, Ashly E. Jordan, Joshua Neurer, és Charles M. Cleland. 2015. "Incidence of Sexualyly Transmitted Hepatitis C Virus Infection in HIV-Positive Men Who Have Sex with Men:" AIDS 29(17):2335–45. doi: 10.1097/QAD.0000000000000834.
- Herbst, Jeffrey H., Elizabeth D. Jacobs, Teresa J. Finlayson, Vel S. McKleroy, Mary Spink Neumann, and Nicole Crepaz. 2008. "Estimating HIV Prevalence and Risk Behaviors of Transgender Persons in the United States: A Systematic Review." AIDS and Behavior 12(1):1–17. doi: 10.1007/s10461-007-9299-3.
- Hughto, Jaclyn M. W., Emily K. Quinn, Michael S. Dunbar, Adam J. Rose, Theresa I. Shireman, és Guneet K. Jasuja. 2021. "Prevalence and Co-Occurrence of Alcohol, Nicotine, and Other Substance Use Disorder Diagnoses Among US Transgender and Cisgender Adults." JAMA Network Open 4(2):e2036512. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.36512.
- Juster, Robert-Paul, Mark L. Hatzenbuehler, Adrianna Mendrek, James G. Pfaus, Nathan Grant Smith, Philip Jai Johnson, Jean-Philippe Lefebvre-Louis, Catherine Raymond, Marie-France Marin, Shireen Sindi, Sonia J. Lupien, és Jens C. Pruessner. 2015. "Sexual Orientation Modulates Endocrine Stress Reactivity." Biological Psychiatry 77(7):668–76. doi: 10.1016/j.biopsych.2014.08.013.
- Karsay Dodó. 2010. Azonos nemű párok párkapcsolatai és gyermekvállalása Magyarországon - Az LMBT Kutatás 2010 eredményei alapján. Háttér Társaság. Budapest
- King, Michael, Joanna Semlyen, Sharon See Tai, Helen Killaspy, David Osborn, Dmitri Popelyuk, és Irwin Nazareth. 2008. "A Systematic Review of Mental Disorder, Suicide, and Deliberate Self Harm in Lesbian, Gay and Bisexual People." BMC Psychiatry 8(1):70. doi: 10.1186/1471-244X-8-70.
- Light, Alexis, Lin-Fan Wang, Alexander Zeymo, és Veronica Gomez-Lobo. 2018. "Family Planning and Contraception Use in Transgender Men." Contraception 98(4):266–69. doi: 10.1016/j.contraception.2018.06.006.
- McDonald, Kari. 2018. "Social Support and Mental Health in LGBTQ Adolescents: A Review of the Literature." Issues in Mental Health Nursing 39(1):16–29. doi: 10.1080/01612840.2017.1398283.



- McLaughlin, Katie A., Mark L. Hatzenbuehler, Ziming Xuan, és Kerith J. Conron. 2012. "Disproportionate Exposure to Early-Life Adversity and Sexual Orientation Disparities in Psychiatric Morbidity." Child Abuse & Neglect 36(9):645–55. doi: 10.1016/j.chiabu.2012.07.004.
- Meites, Elissa, Allison Kempe, és Lauri E. Markowitz. 2016. "Use of a 2-Dose Schedule for Human Papillomavirus Vaccination — Updated Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices." MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report 65(49):1405–8. doi: 10.15585/mmwr.mm6549a5.
- Meyer, Ilan H. 2003. "Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence." Psychological Bulletin 129(5):674–97. doi: 10.1037/0033-2909.129.5.674.
- Michaels, Matthew S., Mike C. Parent, és Carrie L. Torrey. 2016. "A Minority Stress Model for Suicidal Ideation in Gay Men." Suicide and Life-Threatening Behavior 46(1):23–34. doi: 10.1111/sltb.12169.
- Mustanski, Brian, Robert Garofalo, Amy Herrick, és Geri Donenberg. 2007. "Psychosocial Health Problems Increase Risk for HIV among Urban Young Men Who Have Sex with Men: Preliminary Evidence of a Syndemic in Need of Attention." Annals of Behavioral Medicine 34(1):37–45. doi: 10.1007/BF02879919.
- Parsons, Jeffrey T., Christian Grov, and Sarit A. Golub. 2012. "Sexual Compulsivity, Co-Occurring Psychosocial Health Problems, and HIV Risk Among Gay and Bisexual Men: Further Evidence of a Syndemic." American Journal of Public Health 102(1):156–62. doi: 10.2105/AJPH.2011.300284.
- Puechl, Allison M., Kristen Russell, és Beverly A. Gray. 2019. "Care and Cancer Screening of the Transgender Population." Journal of Women's Health 28(6):761–68. doi: 10.1089/jwh.2018.6945.
- Riskind, Rachel G., és Samantha L. Tornello. 2017. "Sexual Orientation and Future Parenthood in a 2011–2013 Nationally Representative United States Sample." Journal of Family Psychology 31(6):792–98. doi: 10.1037/fam0000316.
- Ross, L. E., L. Steele, C. Goldfinger, és C. Strike. 2007. "Perinatal Depressive Symptomatology among Lesbian and Bisexual Women." Archives of Women's Mental Health 10(2):53–59. doi: 10.1007/s00737-007-0168-x.
- Rothman, Emily F., Mairead Sullivan, Susan Keyes, and Ulrike Boehmer. 2012. "Parents' Supportive Reactions to Sexual Orientation Disclosure Associated With Better Health: Results From a Population-Based Survey of LGB Adults in Massachusetts." Journal of Homosexuality 59(2):186–200. doi: 10.1080/00918369.2012.648878.
- Ryan, C., D. Huebner, R. M. Diaz, és J. Sanchez. 2009. "Family Rejection as a Predictor of Negative Health Outcomes in White and Latino Lesbian, Gay, and Bisexual Young Adults." PEDIATRICS 123(1):346–52. doi: 10.1542/peds.2007-3524.
- Seil, Kacie S., Mayur M. Desai, and Megan V. Smith. 2014. "Sexual Orientation, Adult Connectedness, Substance Use, and Mental Health Outcomes Among Adolescents: Findings From the 2009 New York City Youth Risk Behavior Survey." American Journal of Public Health 104(10):1950–56. doi: 10.2105/AJPH.2014.302050.
- Workowski, Kimberly A., és Gail A. Bolan. 2015. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. Centers for Disease Control and Prevention: Centers for Disease Control and Prevention MMWR Recommend.
- Ybarra, Michele L., Margaret Rosario, Elizabeth Saewyc, és Carol Goodenow. 2016. "Sexual Behaviors and Partner Characteristics by Sexual Identity Among Adolescent Girls." Journal of Adolescent Health 58(3):310–16. doi: 10.1016/j.jadohealth.2015.11.001.
- Young, Taryn, Fanelo James Arens, Gail E. Kennedy, John W. Laurie, és George W. Rutherford. 2007. "Antiretroviral Post-Exposure Prophylaxis (PEP) for Occupational HIV Exposure" edited by Cochrane HIV/AIDS Group. Cochrane Database of Systematic Reviews. doi: 10.1002/14651858.CD002835.pub3.

# 4. fejezet – Inkluzív egészségügyi ellátórendszer kialakítása Mit kell tennünk?

## 4.1) Általános kérdések

The A heteroszexizmus, a homofóbia, a cisznormativitás rendszer- és intézményi szintű jelenléte az ellátórendszerben megnehezíti az előbújást (Brotman et al. 2002). Korábbi tanulmányok azt mutatták, hogy az előbújásnak központi szerepe van az LMBTI lakosság egészségének és jóllétének szempontából, épp ezért szükséges az LMBTI-pozitív ellátás kialakítása, hogy támogassuk és elősegítsük betegeink számára az előbújás lehetőségét az egészségügyi ellátás során (Brotman et al. 2002; Rosario et al. 2001). (Az előbújással kapcsolatos részletes információkat lásd: „1.5) Az előbújás folyamata (Coming out)" és a „3.2) Mentális egészségi szükségletek" c. fejezeteket.)

### 4.1.1) Intézményi szint – biztonságos terek kialakítása

Bár az LMBTI-egyenlőség egyik fontos mérföldkőveként 1973-ban az Amerikai Pszichiátriai Társaság (APA) – az egyik legnagyobb szakmai szervezet a pszichiátria területén - kijelentette, hogy a homoszexualitás nem mentális betegség, és a homoszexualitás diagnózisát eltávolították a DSM-ből, a nem heteroszexuális, nem cisznemű személyeket továbbra is a patológizáció és deviancia történelmi stigmatizációja övezheti mindennapjaikban és a klinikai környezetben vagy az egészségügyi ellátás során.

Nagyon fontos lenne az egészségügyi egyenlőség intézményi szintű elősegítése. Az intézményi szintű működési elvek, a kisebbségi lakosságról szóló szervezett képzések lehetősége, az egészségügyi intézmények méltányosságról és sokszínűségről szóló kommunikációja, valamint a kialakított terek és környezet mind kulcsfontosságú szerepet játszanak az inkluzív egészségügyi ellátórendszer létrehozásában.

Fontos lenne, hogy a szakmai szervezetek átlátható, naprakész útmutatót nyújtsanak az LMBTI egészségügyi kérdéseket érintő és jóllétet támogató szakmai jó gyakorlatokról, intézmények és egészségügyi szakemberek számára, és ezek az útmutatók tartalmazzanak általános információkat az LMBTI személyek egészségi állapotáról, valamint az egyes szakterületeket érintő specifikus kérdésekről.

### 4.1.1.a) Diszkriminációellenes és inkluziv egészségügyi szabályzatok és intézkedések

Fontos, hogy az intézmények támogassák a sokszínűséget, az egyenlőséget és diverzitást elősegítő írásos irányelvekkel, amelyek kimondják, hogy a szexuális orientáción és nemi identitások alapuló diszkrimináció nem elfogadott, nem megengedett. Lényeges, hogy ezen irányelvek megfelelő információt nyújtsanak az intézmény LMBTI zaklatással, bántalmazással vagy tiszteletlen bánásmóddal kapcsolatos stratégiájáról és az ilyen események kezeléséről a kitett személyek számára, tanácsokkal ellátva őket az incidens jelzésének lehetőségéről és pontos módjáról, valamint arról, hol kaphatnak támogatást az adott helyzetben. Mind a dolgozóknak, mind a betegeknek tisztában kell lenniük azzal, hogy a diszkrimináció minden formája elfogadhatatlan, és ismerniük kell a lehetőségeiket az incidensek jelentését illetően, valamint informáltnak kell lenniük az intézmény ilyen eseményekkel kapcsolatos bevett gyakorlatáról és intézkedéseiről.

Minden intézményben lényeges lenne nyomon követni a betegelégedettséget és az egészségügyi ellátással összefüggő tapasztalatokat, hogy információt kapjunk az intézményszintű diszkriminációellenes irányelvek erősségeiről, hiányairól és torzításairól. A munkatársak, betegek, látogatók és az LMBTI közösség által nyújtott visszajelzések segíthetnek a betegek igényeinek kielégítését szolgáló erőfeszítések során.

A társadalmi igazságosságra és az egészségügyi egyenlőségre összpontosító kezdeményezések sokat tehetnek a gondolkodás elmozdításában, az akadályok megszüntetésében és az LMBTI betegeink számára elfogadóbb környezet kialakításában. Éppen ezért a döntéshozóknak kulcsszerepük van az egyenlőség, a biztonság és az egészséghez való egyenlő hozzáférés kialakításában.

Szükséges lenne olyan irányelvek kidolgozása és elfogadása, amelyek biztosítják az LMBTI-betegek számára az egyenlő látogatás jogát a "család" tágabb és befogadóbb meghatározásának integrálásával. Az LMBTI egyének gyakran szexuális irányultságuk, nemi identitásuk vagy nemi jellegzetességeik miatt elszigetelődnek születési családjuktól, vagy nem rendelkeznek családi kapcsolatokkal (mert nincsenek gyermekeik vagy olyan családtagjaik, akik támogatni tudják őket). Éppen ezért szükséges betegeink számára biztosítanunk a jogot arra, hogy a vizsgálat vagy a kórházi tartózkodás alatt számukra támogatást jelentő személyt, valamint megbízható és támogató helyettes döntéshozót jelöljenek meg. Fontos lenne egy online adatbázis kialakítása a helyettes döntéshozók nyilvántartására, amely tartalmazza a kijelölt helyettes döntéshozók nevét és elérhetőségét, valamint szükséges lenne ezen információkat az általános anamnézisfelvétel részeként lekérdezni, és szükség esetén az egészségügyi ellátók rendelkezésére bocsátani. Ezenkívül, lényeges lenne a látogatási jog kiterjesztése a közvetlen családtagokon és bejegyzett élettársakon túl olyan barátokra vagy ismerősökre, akiket a beteg megjelöl, tehát bármely olyan személyre, aki jelentős szerepet játszik a beteg életében, még akkor is, ha jogilag nem tekinthető családtagnak.

### 4.1.1.b) Multikulturális és sokszínű környezet

***Befogadó környezet***

Az egészségügyi ellátórendszert barátságosabb, biztonságosabb és befogadóbb hellyé kell tennünk LMBTI betegeink és családjaik számára (Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission; 2010). A szexuális és nemi kisebbségek szükségszerűen folyamatosan vizsgálják környezetüket (pl. a kórházi várótermeket, a rendelőket, a mosdókat, stb.) és nyomokat, jelzéseket keresnek, amelyek támogatják őket annak eldöntésében, hogy milyen információkat oszthatnak meg kényelmesen és biztonságosan az egészségügyi szakemberrel. Az intézmények a következő stratégiákkal teremthetnek támogató és befogadó



környezetet LMBTI betegeink vagy klienseink számára (Makadon et al. 2015; GLMA, 2006; Royal College of Nursing and UNISON, 2004; Ashworth 2012):

1. Sokszínűséget támogató, változatos etnikumhoz tartozó azonos nemű párokat és szivárványcsaládokat, nem cisznemű embereket megjelenitő, vagy LMBTI-támogató csoportok és szervezeteket, illetve HIV / AIDS-szervezeteket bemutató poszterek kihelyezése az egészségügyi intézményben.
2. LMBTI tematikájú jelképek, vagy matricák kihelyezése a váróteremben vagy a vizsgálóhelyiségekben (pl. szivárványos zászló, rózsaszín háromszög, uniszex jelzések a mosdóajtón).
3. Életkor és nem szerint javasolt egészségügyi szűrésekről szóló prospektusok/brossúrák biztosítása, amelyek LMBT-specifikus egészségügyi kérdésekről is információt nyújtanak; olyan tájékoztatók és szórólapok kihelyezése, amelyek LMBTI-specifikus egészségügyi kérdéseket és problémákat tárgyalnak, például biztonságos szex, hormonterápia, mentális egészség, szerhasználat, szexuális úton terjedő betegségek.
4. LMBTI specifikus médiumok, köztük LMBTI személyeknek szóló helyi vagy országos magazinok, hírlevelek kihelyezése.
5. Megemlékezés vagy rendezvény szervezése az intézményben olyan eseményekről , mint az AIDS világnap (december 1.), Pride, Homofóbia és Transzfóbia Elleni Világnap (IDAHOT) (május 17.) és a Transznemű Láthatóság Napja (március 31.).
6. Az egyszemélyes mosdók “bármely nem”/ „unisex” jelöléssel történő ellátása. Amenynyiben ez nem lehetséges, olyan irányelv bevezetése, amely lehetővé teszi a transz- és interszexuális betegek számára, hogy a számukra leginkább megfelelő mosdót használják.
7. Az általános és demográfiai adatokat rögzítő betegadatlapok megfelelő átalakítása (pl. jogi név, használt név, nemi identitás, helyettes döntéshozó, amennyiben a nyelv szükségessé teszi: használt személyes névmások ).
8. Az LMBTI láthatóság támogatása a dolgozók körében az előbújást támogató, biztonságos munkahelyi környezet kialakításával.
9. Az LMBTI személyek számára elérhető online és helyi támogató lehetőségek ismerete (weboldalak, non-profit szervezetek, támogató csoportok).

***Diverzitás és csoportközi kontaktus***

Alport csoportközi kontaktus elmélete eredetileg faji és etnikai csoportok találkozásának kontextusára vonatkozik, de könnyen kiterjeszthető más csoportokra is. Az elmélet szerint a különböző csoportok tagjai közötti bizonyos jellemzőkkel rendelkező közvetlen kapcsolatok csökkentik a stigmatizációt, az előítéletek szintjét és fokozzák az elfogadó, nyitott gondolkodást (Major, Mendes és Dovidio, 2013; Licciardello, Castiglione és Rampullo, 2011; Hewstone és Voci, 2009; Pettigrew és Tropp, 2006; Jones et al. 2000). A csoportok közötti kapcsolat növeli a külső csoporttal kapcsolatos ismereteket, és a kiterjedtebb tudás általában segíti a pozitívabb attitűdök kialakulását (Steffens 2004; Szél et al. 2020; Banwari et al. 2015; Dunjić-Kostić et al. 2012; Grabovac et al. 2014; Lopes, Gato és Esteves 2016). A csoportközi kontaktus továbbá csökkenheti a fiziológiai stressz és az önértékelt szorongás szintjét a külső csoport tagjaival kapcsolatban, továbbá elősegíti a külső csoport perspektívájának megértését, így növeli az empátiát és a perspektívaváltás képességét. Az előbújt LMBTI oktatók és egészségügyi szakemberek pozitív irányba befolyásolhatják továbbá a hallgatók és kollégák LMBTI személyekkel kapcsolatos attitűdjét (Kelley et al. 2008; Sequeira, Chakraborti és Panuntim 2012).

Az intézményeknek támogatniuk kell az LMBTI vagy más kisebbségi csoporthoz tartozó munkaerő alkalmazását a sokszínű környezet elősegítésének, valamint a csoportok közötti kontaktus elősegítésének érdekében.

***Képzések***

Javasolt az LMBTI egészségügyi kérdésekkel kapcsolatos speciális képzések biztosítása az alkalmazottak számára (beleértve az adminisztratív és a takarító személyzet is), valamint az LMBTI személyekkel kapcsolatos információk és az esélyegyenlőség előmozdításáról szóló tematikák beépítése a kötelező szintentartó tanfolyamokba. Az LMBTI kérdésekkel összefüggő képzési programokhoz való szélesebbkörű hozzáférés érdekében jobb, ha ezek a képzések ingyen hozzáférhetőek, vagy az intézmény által támogatottak, finanszírozottak. Fontos az ellátók oktatása azt illetően, miért releváns a megfelelő ellátás biztosítása szempontjából a beteg szexuális orientációja, nemi identitása és nemi jellemzői. A képzéseknek és tréningeknek megfelelő módon fel kell készíteniük a kórházi személyzetet arra is, hogy előfetevések, feltételezések és túlzott tolakodás nélkül tudjanak információt gyűjteni a beteg szexuális irányultságáról, nemi identitásáról és nemi jellegezetességeiről. A képzéseknek ki kell terjedniük továbbá arra, hogy az alkalmazottak miként fogadják, kezeljék és támogassák a betegek előbújását és családi kapcsolatait. Egészségügyi dolgozóként érthető információt kell szolgáltatnunk betegeinknek arról, miért szükséges egészségügyi szempontból a nemre, a szexuális identitásra és a nemi jellemzőkre vonatkozó információk lekérdezése, valamint biztosítaniunk kell a betegeinket arról, hogy a megadott információkat bizalmasan, kellő körültekintéssel kezeljük.

### 4.1.1.c) Egyéb megfontolások

Az adatkezelési háttérnek és az informatikai rendszereknek alkalmasnak kell lenniük a nem cisznemű nemi identitással és a szexuális irányultsággal kapcsolatos információk nyilvántartására, továbbá biztosítaniuk kell azt is, hogy a nemi identitással és a szexuális orientációval kapcsolatos érzékeny adatok kezelése és tárolása körültekintő, bizalmas és biztonságos módon történjen.

## 4.1.2) Személyes szint – nyelvhasználat, implicit és explicit attitűdök

Az egészségügyi dolgozók részéről érkező diszkrimináció vagy előítéletek tapasztalata miatt, az LMBTI személyek gyakran halogathatják vagy elmulaszthatják a segítségkérést az ellátás során. A személyes interjúk, felvételi formanyomtatványok kitöltése és a fizikai vizsgálatok nagyon fontos lehetőségek az ellátók számára a megbízható, tiszteletteljes és támogató ellátó-beteg kapcsolat megteremtésére.

Egyéni szinten az egészségügyi szakemberként lehetőségünk van arra, hogy aktív hallgatás és tiszteletteljes, pozitív kommunikáció révén biztonságos környezetet teremtsünk LMBTI betegeink számára az egészségügyi rendszerben.

Az ellátó-beteg interakció minden esetben tudatos, előítéletektől mentes, tiszteletteli és empatikus odafordulást igényel. Csakúgy, mint más betegek, az LMBTI személyek is különböző háttérrel érkezhetnek (életkoruk, etnikai hovatartozásuk vagy rasszuk, társadalmi-gazdasági helyzetük, iskolai végzettségük stb. szempontjából), különböző pozíciókat tölthetnek be és különböző foglalkozással rendelkezhetnek. Amikor olyan LMBTI betegekkel találkozunk, akik eléggé megbíznak bennünk ahhoz, hogy megosszák velünk az orientációjukat vagy a nemi identitásukat, fontos, hogy körbejárjuk velük korábbi egészségügyi ellátórendszerben szerzett tapasztalataikat, valamint, hogy arra bátorítsuk őket, hogy adjanak visszajelzést a jelenlegi találkozóról.

Fontos, hogy tudatosítsuk és megismerjük saját értékeinket és hiedelmeinket annak érdekében, hogy a tanulásunk, személyes fejlődésünk és munkánk szempontjából akadályt jelentő rejtett vagy tudattalan előítéleteinket és sztereotípiáinkat is könnyebben felismerhessünk. Értékeink és meggyőződéseink nyíltan vagy öntudatlanul befolyásolják attitűdjeinket és azt, ahogyan a különböző csoportokat képviselő egyénekkel foglalkozunk az interkulturális találkozások során. Mindannyian rendelkezünk előítéletekkel és rejtett elfogultsággal, de a sokszínűséget támogató képzéseken való részvétel, az önismeret növelése mind hasznos eszközöket nyújthat ezek feltérképezéséhez. Minél több ismerettel rendelkezünk a kulturális diverzitásról, annál valószínűbb, hogy megfelelően tudjuk ellátni a sokszínű, multikulturális közösségeket. A tudás és az önreflexió lehetőséget adhat számunkra, hogy elsajátítsuk a különbözőségek hatékony kezeléséhez és az interkulturális interakcióban való boldoguláshoz szükséges megfelelő készségeket és gyakorlatokat.

### 4.1.2.a) Önreflexiós segédeszköz

Az, hogy sztereotípiákkal rendelkezünk nem önmagában helytelen. Macrae és munkatársai szerint a kategorikus gondolkodás, valamint a sztereotípiák környezetünk feldolgozása során tapasztalataink egyszerűsítésére és világunk komplexitásának csökkentésére szolgálnak. A sztereotipizálás ugyanakkor rendkívül kártékony is lehet, mivel könnyen megbélyegzéshez vagy diszkriminációhoz vezethet. Attitűdjeink vagy a sztereotípiáink közvetlen (explicit) és indirekt (implicit) módon hozzáférhetőek. A kifejezett (explicit) attitűdök általában elfogadóbbak az elvárlt társadalmi normák és a tudattalan elfogultságok láthatatlansága miatt. Az implicit attitűdöket vizsgáló mérések alkalmával ugyanakkor közvetettebb eszközöket használunk, amelyek a fogalmak és a sztereotípiák közötti asszociációk erősségét vizsgálják, így ezek a módszerek hatékonyabban képesek a tudattalan attitűdök megítélésére. Ilyen vizsgálat alkalmával úgy találták, hogy a heteroszexuálisok többsége (84%), valamint a melegek és leszbikusok több mint egyharmada (38%) implicit előítéletességet mutat a szexuális és nemi kisebbségek irányába (Makadon et al. 2015).

Azzal, ha átgondoljuk és összeszedjük az LMBTI személyekkel kapcsolatos személyes meggyőződéseinket és attitűdünket, csökkenthetjük a tudattalan elfogultság hatását. Az alábbi eszköz ezen implicit attitűd tudatosságának növelését, valamint az ellátórendszerben megjelenő stigmatizáció mérését szolgálja:

***Személyes előítéletekhez való hozzáférés:***

- Úgy gondolja, hogy a leszbikus, meleg, biszexuális, transz vagy interszex embereknek nem szabadna betölteniük bizonyos munkaköröket vagy társadalmi pozíciókat? Ha igen, miért?
- Akadályozta-e valaha az, hogy esetleg melegnek vagy leszbikusnak vélik abban, hogy csináljon vagy mondjon valamit?
- Akadályozta-e valaha az, hogy esetleg túl férfiasnak vagy nőiesnek tartják miatta, abban, hogy csináljon vagy mondjon valamit?
- Mit gondolna, mit érezne, ha egy családtagja leszbikus, meleg, biszexuális, transznemű vagy interszex lenne?
- Mit gondolna, mit érezne, ha egy korábbi betege előbújna leszbikusként, melegként, biszexuálisként, transzneműként vagy interszexként?

***Értékek és attitűdök:***

Mik a legelső reakciói az alábbi kijelentéseket olvasva? Mennyire ért vagy nem ért egyet velük és miért?

- A meleg, leszbikus és biszexuális emberek megváltoztathatnák szexuális irányultságukat, ha nagyon akarják.
- Kényelmes számomra a betegeimmel a pénisz-hüvelyi közösülésen kívüli szexuális viselkedésről beszélni.
- A meleg, biszexuális, leszbikus, transz vagy interszex életvitel választás kérdése.
- Kényelmetlenül érzem magam, amikor két, egymás kezét fogó férfit látok nyilvánosan.
- Zavarna, ha valaki melegnek vagy leszbikusnak gondolna.

- Kellemetlen lenne számomra egy biszexuális, transz vagy interszex személlyel randevúzni.
- Ha a gyermekem leszbikus, meleg, biszexuális, transznemű vagy interszex lenne, azt gondolnám, hogy elrontottam valamit vagy rossz szülő vagyok.

***Jogi, politikai és gyakorlati környezet:***

Mennyire ért vagy nem ért egyet az alábbi állításokkal és miért?

- Az (egészségügyi) intézményemnek, ahol dolgozom, vannak előírásai, amelyek megvédik az LMBTI klienseket vagy a betegeket a diszkriminációtól.
- Bajba kerülök a munkahelyemen, ha nem tartom be az LMBTI betegek védelmére vonatkozó irányelveket.
- Az (egészségügyi) intézményben, ahol dolgozom, még soha nem hallottam senkit negatívan vagy elutasítóan nyilatkozni LMBTI-emberekről.
- Az egészségügyi szakembereknek az intézmény, ahol dolgozom, nem okozna nehézséget az LMBTI kollégával együtt dolgozni, függetlenül a beosztásuktól.
- Amióta az intézményben dolgozom, részesültem a betegek HIV-státusának védelmére vonatkozó képzésben.

Előítéleteinket és sztereotípiáinkat személyünk és csoportidentitásunk védelme érdekében alakítjuk ki, éppen ezért nem egyszerű megszabadulnunk tőlük. Annak érdekében, hogy könnyebben feladjuk káros sztereotípiáinkat vagy előítéleteinket, érdemes szorosan szemügyre vennünk azok kialakulásának körülményeit, okait, hasznosságát, valamint azt, milyen potenciális veszélyeket, igazságtalanságokat okozhatnak.

- Miként szolgálnak engem a hiedelmeim?
- Mit veszíthetek, ha megváltoztatom a meggyőződésemet?
- Mi az ára annak, hogy a jelenlegi nézeteim fenntartsam?
- Milyen hozadéka lehet annak, ha megváltoztatom őket?

### 4.1.2.b) Általános anamnézis (kérdések a hatékony és elfogadó ellátó-beteg kommunikációhoz)

Az anamnézisfelvételnek mindig empatikus és tiszteletteli körülmények között kell megtörténnie. Az anamnézisfelvétel során fontos a gendersemleges kifejezések használata, valamint a beteg nemi identitásával és szexuális orientációjával összefüggő szuggesztív kérdések elkerülése. A legjobb, ha nyitott kérdéseket teszünk fel és megfigyeljük, miként hivatkozik a beteg saját magára, illetve partnerére. Célszerű a beteg általi nomenklatúra alkalmazása, amennyiben azok nem tűnnek méltatlannak, lealacsonyítónak vagy bántónak. A szexuális orientáció, a nemi identitás és a nemi jellegzetességek (ahogyan azt a „2. fejezet – Mentális egészség" c. részben részleteztük) összetett és átfogó hatással vannak mentális és fizikai egészségünkre, ezért a megfelelő minőségű ellátás érdekében fontos támogatnunk betegeink nemi identitással és/vagy szexuális orientációval kapcsolatos előbújását. Fontos ugyanakkor tudatosítanunk, hogy az előbújás egy kifejezetten érzékeny folyamat, így ügyelnünk kell arra, hogy tiszteletben tartsuk betegünk előbújással kapcsolatos döntését.

Lényeges, hogy a szexuális orientációval, a nemi identitással és a nemi jellegzetességekkel kapcsolatos adatok normatív sugalmazások nélküli felvétele az anamnézisfelvétel és a betegadatlap szerves részét képezze. Így elkerülhetővé válik, hogy LMBTI betegeink minden egyes ellátás alkalmával újra és újra magyarázkodásra kényszerüljenek. Javasoljuk az LMBTI specifikus kérdések (mint például a használt név, vagy egyes nyelvek esetén a használt személyes névmás(ok), a partner neve és szükség esetén elérhetősége, valamint a helyettes döntéshozó adatai) felvételét az általános betegfelvételi adatlapokra.



Mindezek segíthetnek számunkra elkerülni a félreértéseket és a téves előfeltevéseket, valamint növelhetik az LMBTI betegek kényelmét és magabiztosságát.

Az általános kórtörténet, a sebészeti anamnézis és a családtörténet mellett néhány kockázati magatartást, valamint mentális vagy fizikai egészségi problémát érintő specifikus kérdés megvitatása is fontos LMBTI betegeinkkel, például: túlsúly és elhízás, dohányzás, alkohol- vagy kábítószer-használat kérdése, a fokozott stresszsznek való kitettség, az évészavarok, a tumoros megbetegedések - HPV-vel összefüggő tumorok, emlőrák, végbéltumor - kockázata, valamint a gyűlölet-bűncselekmények és családon belüli erőszak kérdése.

Fontos bátorítanunk LMBTI betegeinket a szűrővizsgálatokon való részvételre, mivel körükben nagyobb a cukorbetegség és a szív- és érrendszeri betegségek rizikója, leszbikus és biszexuális nőknél magasabb továbbá az emlőrák, a méhnyakrák és a petefészek-daganatok kockázata, valamint az MSM-populáció körében inkább fennáll a prosztata-, vastagbél-, anális és hererák rizikója. Lényeges hangsúlyoznunk a külső és belső nemiszervek anatómiájának, a kapott hormonterápiának és a születési nemnek megfelelő szűrővizsgálatok jelentőségét transz betegeink számára.

A biztonságos és megbízható kapcsolat kialakítása lényeges pont a beteginterjúk során a szexuális kórtörténet felvételét megelőzően (CDC 2019; Makadon et al. 2015). Amenyiben más ellátó, hozzátartozó vagy partner is jelen van a vizsgálóban, szólítsuk fel udvariasan arra, hogy legyen kedves elhagyni a vizsgálóhelyiséget vagy a váróban helyet foglalni, és ezt követően kezdjünk csak bele a szexuális egészséggel kapcsolatos kérdések megvitatásába. A konkrét kérdéseket megelőzően érdemes betegünket néhány megnyugtató mondattal tájékoztatni, például "Most fel fogok tenni néhány kérdést szexuális egészségével kapcsolatban. Ezek a kérdések nagyon személyesek lehetnek, de a szexuális egészség fontos az általános egészségi állapot szempontjából. Ezeket a kérdéseket kortól, nemtől, szexuális irányultságtól függetlenül minden betegemnek felteszem."

A szexuális kórtörténet megvitatásakor még fontosabb, hogy a betegek saját kifejezéseit használjuk, valamint, hogy visszatükrözzük a partnerek és a szexuális magatartások leírására használt szóhasználatot. Néhányan nem azonosulnak semilyen szexuális orientációval vagy nemi identitással, ezért azzal is tisztában kell lennünk, hogy az, hogy valaki milyen identitással rendelkezik és milyen szexuális magatartást tanúsít, eltérő lehet és idővel változhat.

Amennyiben páciensünk számunkra ismeretlen kifejezéseket használ vagy ismeretlen magatartási formákról számol be, megkérhetjük, hogy ismételje meg, vagy bizonyos keretek között és az adott helyzetnek megfelelő mértékben magyarázza el számunkra. Tartsuk szem előtt, hogy a beteg zavarban lehet a szexuális kérdések megvitatásakor, és legyünk tisztában saját érzéseinkkel a szexuális kérdések megvitatását illetően. Készüljünk fel betegeinkkel a szexuális viselkedéssel és a szexuális orientációval kapcsolatos kérdések megvitatására és kezeljük megfelelően, ha a beteg válasza kényelmetlen, ismeretlen vagy zavarbaejtő számunkra. Még akkor is, ha a helyzet zavarbaető, vagy kényelmetlen számunkra, a nyitottságunk és érdeklődésünk kifejezése érdekében fordtítsunk figyelmet a non-verbális és verbális kommunikációnkra (CDC 2019; Makadon et al. 2015). Ne feledjük azt sem, hogy nem mindenki aktív szexuálisan, valamint, hogy függetlenül attól, létesít-e szexuális kapcsolatot azonos vagy más nemű személlyel, szexuális orientációját tekintve nem feltétlenül azonosul meleg, leszbikus, biszexuális, vagy más identitással. Mindezek támogatóak lehetnek a beteg számára és segíthetik a félreértések elkerülését. Kulturálisan kompetens ellátóként tartózkodnunk kell a felesleges kíváncsiskodástól, valamint attól,

hogy a beteget az LMBTI közösséggel kapcsolatos információk gyűjtésére öncélúan használjuk.

A transz és interszex betegek szexuális kórtörténetének felvétele során érdemes odafigyelnünk továbbá az alábbi kérdésekre (Makadon et al. 2015):

- Ne legyenek előfetevéseink a beteg viselkedéséről vagy anatómiájáról a megjelenése alapján.
- A rizikótényezők megfontolása céljából tisztázunk a beteggel, hogy átesett-e nemi megerősítő műtéten, és ha igen, milyen beavatkozásokon.
- Vegyük figyelembe, hogy a nemiszervekkel vagy a szexualitással kapcsolatos kérdések megvitatása a testüktől való elhatárolódás miatt egyes betegek számára kifejezetten nehéz, érzékeny és stresszes lehet.

A titoktartás kifejezetten fontos az LMBTI személyek esetén. Nem szabad megosztanunk a beteg szexuális irányultságát, nemi identitását vagy nemi jellegzetességeit olyanokkal, akiknek azt nem feltétlenül szükséges tudniuk a megfelelő ellátás biztosításának érdekében, ellenkező esetben könnyen újratraumatizálhatjuk a beteget és elveszíthetjük bizalmát.

Minden, a beteget érintő adatvédelmi irányelv erre a nagyon érzékeny adatra is vonatkozik!

Az LMBTI populáció kielégítő ellátásának érdekében a fentkienek kívül célszerű lehet LMBTI-barát ellátók listájának összeállítása és fenntartása, így biztosítva azt, hogy LMBTI inkluziv kollégákhoz irányítjuk őket szükség esetén tovább. Érdemes továbbá felhívnunk figyelmüket az LMBTI személyek egészségének szempontjából jelentős, javasolt szűrővizsgálatokra.

### 4.1.2.c) Fizikális vizsgálat

Physical A fizikális vizsgálat az ellátó és a beteg találkozásának egyik legérzékenyebb pontja, amely különösen kiszolgáltatott helyzetbe hozhatja a beteget és még megfelelő körülmények és óvintézkedések mellett is kifejezetten tolakodó lehet. A fizikális vizsgálat még felkavaróbb lehet azoknál a betegeknél, akik valami miatt szégyent vagy elégedetlenséget éreznek testükkel kapcsolatban, a testtel kapcsolatos normatív elvárások (például a szépségideálnak való megfelelés hiánya, túlsúly, fizikai fogyatékosság, szokatlan anatómia stb.), vagy a nemi identitásnak nem megfelelő nemiszervek létezése vagy hiánya által okozott szorongás vagy kényelmetlenség miatt. A fizikális vizsgálat kifejezetten nagy kihívást jelenthet továbbá azoknak, akiknek korábbi negatív tapasztalataik vannak az egészségügyi ellátókkal, vagy akik korábban fizikális, szexuális vagy egyéb bántalmazás elszenvedői voltak.

A fizikális vizsgálat részét képezi az intim testterületek vizsgálata így az emlők, az anus, vagy a nemiszervek vizsgálata is. Ez a legtöbb ember számára nagyon kényelmetlen, de különösképpen riasztó lehet az interszex és transz személyek számára, ugyanakkor a megfelelő általános fizikális vizsgálat és a rendszeres rákszűrések egy része során elkerülhetetlen. Bármilyen fizikális vizsgálat előtt javasolt körüljárni a beteg korábbi tapasztalatait, valamint normalizálni és elismerni az esetlegesen fellépő szorongását. Amennyiben lehetséges, tájékozódjunk a beteg preferenciáiról az általunk használt nyelvvel és kifejezésekkel kapcsolatosan (pl. kismedence bemenet, hüvely helyett), valamint arról, hogy mivel tehető számára kényelmesebbé a helyzet (pl. Szeretné-e, hogy egy másik, akár a beteggel azonos nemű ellátó végeze a vizsgálatot?; Mit szeretne, hogy a kísérője a vizsgálóban, vagy a váróban várakozzon a vizsgálat ideje alatt?). A beteg biztonságérzetének fokozása érdekében tisztázzuk a beteg számára a vizsgálóban jelenlévők szerepét. Mindig kérjünk engedélyt a betegtől, mielőtt megérintenénk, vagy bármilyen



műszert használnánk, vagy vizsgálatot végeznénk a testén. Magyarázzuk el neki továbbá az adott vizsgálat menetét és célját. Biztosítsuk arról, hogy bármilyen kényelmetlenséget vagy kellemetlen érzést kifejezhet a vizsgálat ideje alatt, valamint bármikor kérheti a vizsgálat felfüggesztését, abbahagyását és ezt a kérését azonnal teljesíteni is fogjuk. Amennyiben a beteg a vizsgálat leállítását vagy fefüggesztését kéri, valóban tartsuk tiszteletben kérését!

Ha a vizsgálat sikeres volt, jelezzük azt a betegnek és köszönjük meg az együttműködését. Amennyiben a vizsgálat nem volt sikeres, vagy a betegtől független okok miatt meghiúsult, magyarázzuk el a betegnek, mitörtént. Ha a vizsgálata a betegs zorongása miatt, vagy kifejezett kérésére félbeszakadt vagy nem sikerült, az újratraumatizáció elkerülése céljából validáljuk a beteg vizsgálattal összefüggő érzéseit és kérésének érvényességét. A betegek többsége a vizsgálatok – bármilyen okból adódó - sikertelenséget többnyire saját kudarcának a tekinti.

Igyekezzünk elkerülni a felesleges vizsgálatokat, és észben tartani, hogy a transz vagy az interszex betegek aktuális anatómiája iránti kíváncsiságunk – tehát, ha a vizsgálatnak nincs valós orvosi relevanciája - nem tekinthető valós indokonak a vizsgálat elvégzése szempontjából. Tisztában kell lennünk továbbá azzal a ténnyel, hogy sok LMBTI beteg élt át rossz bánásmódot vagy bántalmazást korábban az ellátás során vagy a mindennapokban, továbbá fontos tudnunk, hogy a fizikális vizsgálat elvégzése PTSD-t provokálhat traumatizált egyéneknél. Ha a betegünk feltételezhetően vagy egyértelműen PTSD tüneteket produkál, fontos továbbküldenünk megfelelő mentálhigiénés ellátásba, ahol megerősítő és támogató környezetben adekvát segítséget és eszközöket kaphat traumatikus tapasztalatai megértéséhez és a traumával összefüggő tüneteivel való megküzdéshez.

### 4.1.2.d) Helytelen feltételezések

A szexuális orientációról, a nemi identitásról és a nemi jellegzetességekről folytatott domináns diskurzusok olyan egészségügyi gyakorlatokat eredményeznek, amelyek nem felelnek meg az LMBTI-személyek sajátos igényeinek, fenntartják elszigeteltségüket és kiszolgáltatottságukat (Brotman et al. 2002). A heteronormativitás és cisznormativitás az egészségügyi ellátórendszerben számos helyzetben megjelenik: amikor az orvos feltételezi, hogy minden női betegnek szüksége van fogamzásgátlásra; amikor a leszbikus párokat kizárják az IVF-kezelésből; amikor transz- vagy interszex személyeket nem a megfelelő nemi hovatartozásuk szerint kezelik; vagy amikor az egészségpromóciós plakátokról és programokból hiányoznak az LMBTI személyek.

A betegközpontú ellátás megvalósulását segítendő, amennyiben szükséges, minden új beteggel történő találkozás előtt tisztázzuk magunkkal előfetevéseinket (Makadon et al. 2015):

| ***Nem javasolt*** | ***Javasolt*** |
|---|---|
| Házas? / Van házastársa? | Van partnere? Kiket tekint a közvetlen családtagjainak? |
| Van barátnője (férfiak esetén)? / Van barátja (nők esetén)? | Kapcsolatban van? Van barátja vagy barátnője? Van most partnerkapcsolata egy vagy több személlyel? |
| Folytatott valaha szexuális viszonyt / volt szexuális kapcsolata nővel (férfiak esetén) / férfival (nők esetén)? | Él nemi életet? Szexuálisan aktív? Kikkel folytat szexuális kapcsolatot? |

- Vannak előfeltevéseim?
- Mik ezek az előfeltevések?
- Melyik előfeltevésem akadályoz(hat) engem abban, hogy nyitottan, odafigyelőn forduljak az adott beteg felé?
- Mik a lehetőségeim arra, hogy az előfetevéseimet félretegyem e találkozó során?

Fontos megjegyeznünk, hogy a neve, külseje vagy hangja alapján nem lehet felismerni valakinek nemi identitását, nemi jellemzőit vagy szexuális irányultságát. A nem megfelelő név, nem (vagy egyes nyelvek esetén a személyes névmások) használata, vagy valaki szexuális orientációját érintő téves feltevések bárki számára zavarba ejtő és méltatlan helyzetet jelentenek. Éppen ezért a legjobb nem előfeltevésekbe bonyolódni a megjelenés alapján a másik nemét, nemi identitását, szexuális orientációját vagy nemi jellegzetességeit illetően (GLMA 2006; Makadon et al. 2015).

Ne feltételezzük, hogy minden betegünk heteroszexuális, cisznemű, vagy endoszex (nem interszex) (The Fenway Institute, 2016). A beteginterjú során az alábbi kérdések használatával a szexualitás sokszinűségére irányuló támogató és elfogadó attitűdünk megmutatásával kaphatunk megfelelő információt a betegről (CDC 2020; Haider et al. 2018; Makadon et al. 2015; Institute of Medicine (US) 2013; Bradford et al. 2012; GLMA 2006).

### 4.1.2.e) Személyes névmások és javasolt kifejezések

Az LMBTI érzékeny és affirmatív oktatás, valamint a szexuális és nemi kisebbségekkel kapcsolatos tapasztalat hiányából adódóan az orvosi szakma gyakran használ medikalizáló, patologizáló, stigmatizáló nyelvezetet, amikor a nemi identitásról, szexuális orientációról vagy nemi jellegekről esik szó. A nem megfelelően használt kifejezések, a stigmatizáló szavak, a nemi identitására való téves hivatkozás és egyéb kommunikációs prolémák negatív hatást gyakorolnak az ellátó-beteg kapcsolatra.

Egyes nyelvek nemsemleges névmásokat használnak, míg más nyelvekben nemspecifikus névmások vannak. Fontos figyelnünk tehát a nyelvhasználatunkra, és megpróbálnunk nemileg semleges kifejezéseket használni a másokkal és különösen

| *Nem javasolt* | *Javasolt* |
|---|---|
| Ön férfi vagy nő? | Hogyan szólíthatom?<br>Szeretném megadni a kellő tiszteletet. Hogyan szólíthatom?<br>Milyen névmásokat használ?<br>Milyen nemmel azonosul?<br>Mi a nemi identitása?<br>Milyen nemet jelöltek ki önnek születéskor? |
| Kapott nemváltó kezelést? | Hozzáfér a nemi megerősítő (egészségügyi) ellátáshoz?<br>Mik a kezelési céljai az élete során? |
| | Mit tud a diagnózisáról / prognózisáról? |
| Házas? | Whom do you consider to be your family? |



nem bináris vagy transz emberekkel folytatott kommunikáció során (CDC 2020; Haider et al. 2018; The Fenway Institute, 2016; Makadon et al. 2015; Institute of Medicine (US) 2013; Bradford et al. 2012).

Mindannyian hibázunk, ezért ha előfeltevésekkel éltünk, ha valakit a halott nevén neveztünk meg, vagy egy betegre nem megfelelő nemet használva hivatkoztunk, egyszerűen udvariasan kérjünk elnézést a tévedésért vagy a rossz név (vagy névmás) használatáért. Ezek a dolgok mind tanulhatók és tanulandók. Egyszerűen fejezzük ki a beteg számára: „Próbálok elfogadón, tiszteletteljesen és inkluzívan kommunikálni önnel, de még csak most tanulom, elnézését kérem, ha néha hibázok."

### 4.1.2.f) A felesleges vagy bántó kérdések elkerülése

Számos LMBTI személy – transzok, interszexek és leszbikusok kifejezetten – gyakran szembesül tolakodó kíváncsiskodással vagy a szexuális orientáción és nemi identitáson alapuló hátrányos megkülönböztetéssel és egyenlőtlen bánásmóddal (Barbara Chaim and Doctor, 2004; Ellis, Bailey és McNeil 2015; Zeeman és Aranda 2020). Az LMBTI személyek gyakran kapnak orvosilag irreleváns vagy tolakodó kérdéseket magánéletükről, nem cisznemű identitás esetén akár fizikai megjelenésükről is, valamint előfordul, hogy orvosi szempontból szükségtelen, kíváncsiskodó és invazív fizikai vizsgálatoknak vetik alá őket. A kíváncsiság az emberi természet elengedhetetlen velejárója, amely megkönnyíti a tanulást, továbbá Ami Schattner szerint „az orvosi oktatás megalapozott elsődleges célja és a szakmai kompetencia elismert összetevője" (Schattner, 2015). A kíváncsiságot értelmezhetjük egy spektrumként is, amelynek egyik végét a megfelelő kíváncsiság, a másikat pedig nem megfelelő kíváncsiság jelenti (Sheperd, Hanckel és Guise, 2019). A nem megfelelő, vagy tolakodó kíváncsiság azokra a kérdésekre utal, amelyek túl személyesek, vagy orvosilag irrelevánsak. Sokan (így az ellátók egy része is) kíváncsiak lehetnek arra, hogy milyen meleg, leszbikus, biszexuális, transz vagy interszex személyként boldogulni és egyes kérdéseikre saját kíváncsiságuk kielégítése céljából szeretnének választ kapni. Tolakodó és udvariatlan kérdések feltevése, a betegeink LMBTI-specifikus információforrásként való felhasználása szakszerűtlen és kártékony, mikroagressziónak tekinthető, valamint nem szolgálja a beteg érdekeit.

Ha nem biztos abban, hogy szüksége- e megkérdeznie valamit a betegtől, tegye fel az alábbi kérdéseket magának (The Fenway Institute 2016; Makadon et al. 2015; Institute of Medicine (US) 2013; Bradford et al. 2012; GLMA 2006; Lee 2000):

- Szükséges ez a kérdés a megfelelő ellátás biztosításához?
- Mit az, amit már tudok a megfelelő ellátás biztosításához?
- Mi az, amit még meg kell tudnom a megfelelő ellátás biztosításához?
- Hogyan tudok az adott információhoz megfelelően érzékenyen hozzájutni?

Egyéni szinten javasolt lehetőségek (The Fenway Institute 2016; Makadon et al. 2015; Institute of Medicine (US) 2013; Bradford et al. 2012; GLMA 2006; Lee 2000):

- Kerülje a megjelenés alapján kialakított feltételezéseket a szexuális irányultságról, a nemi identitásról, a nemi kifejezésről vagy a nemi jellegzetességekről.
- Legyen tisztában előítéleteivel, elfogultságaival és sztereotípiáival.
- Ismerje fel, hogy az identitás és a viselkedés nem mindig egyezik.
- Mindig a betegek megfelelő nevét és névmását használja, még akkor is, ha a beteg nincs jelen. Javítsa ki kollégáit, ha helytelen neveket és névmásokat használnak.
- Ne beszélje ki LMBTI betegeit, és ne viccelődjön az LMBTI személyekkel kapcsolatban.

Reagáljon arra, ha szemtanúja ilyesminek, fejezze ki egyet nem értését.

- Fordítson különös figyelmet a titoktartásra. Csak azokkal beszélje meg a betegek szexuális orientációját, nemi identitását vagy nemi jellegzetességeit, akiknek feltétlenük ismerniük kell azt.
- Különösen figyeljen az LMBTI emberek által gyakrabban tapasztalt egészségi problémákra és egészségügyi egyenlőtlenségekre.
- Ha úgy érzi, hogy felkészült az LMBTI közösség ellátására, fontolja meg, hogy felkerüljön az LMBTI barát szolgáltatókat összefogó adatbázisba (sok országban, többek között Magyarországon is elérhető ilyen lehetőség).
- Mindig frissítse LMBTI személyekkel kapcsolatos ismereteit, LMBTI specifikus képzések látogatásával, irodalom olvasásával, ahogy bármely más szakmai kérdés esetén tenné.

| ***Az ellátás szempontjából releváns és szükséges kérdések:*** | ***Az ellátás szempontjából irreleváns, tolakodó és szükségtelen kérdések:*** |
|---|---|
| Hogyan akadályozza a fájdalma a szex iránti vágyát? | Mennyi partnere volt az élete során? |
| Milyen szót vagy szavakat használna szexuális irányultságának leírására? | Mikor jött rá, hogy meleg / leszbikus / biszexuális / transz / interszex? |
| | Ha csak férfiakkal szexelt, akkor honnan tudja, hogy biszexuális? |
| Volt-e valamilyen műtéte, azon kívül, amiket már megbeszéltünk? Voltak komplikációk a műtétek során? | Van még pénisze? |
| | Valódiak a mellei? |
| Milyen egyéb gyógyszereket, hormonokat használ? | |
| Melyik nemet jelölték ki önnek születéskor? Milyen nemmel azonosul most? | Valóban transz, vagy csak vágyik egy kis figyelemre? |



# 4.2) Specifikus kérdések

Az elmúlt évek vizsgálatai egyértelművé tették, hogy az LMBTI személyeknek jelentős egészségi és egészségügyi egyenlőtlenséggel kell szembenézniük. A szexuális és nemi kisebbségek rosszabb egészségi állapottal jellemezhetőek, mint heteroszexuális, cisznemű társaik. Ezen egészségi különbségek egy része a kisebbségi stressznek köszönhető: annak a krónikus többletszorongásnak, amely a marginalizált csoporthoz tartozás velejárója. A folyamatos distressz jelenlétének köszönhetően a szexuális és nemi kisebbségek bizonyos betegségeknek inkább kitettek. Ugyanakkor fontos leszögeznünk, hogy a kórképek nem önmagukban a szexuális vagy nemi kisebbséghez tartozó egyénhez kötődnek, hanem a személy kisebbségi státuszából adódó specifikus kockázati tényezőkhöz. Éppen ezért az ellátóként nem szabad a megjelenő egészségügyi problémákat a betegek szexuális irányultságának, nemi identitásának vagy nemi jellegzetességeinek tulajdonítanunk - így felelőssé téve őket azokért -, hanem meg kell értenünk a megbélyegzés, a társadalmi kirekesztés, a diszkrimináció és a zaklatás összefüggését a kockázati magatartással a kiszolgáltatott populációk körében.

Az egészségügyi különbségek egy másik eredőjét jelentik azok a korlátok, amelyek megnehezítik az LMBTI személyek egészségügyi ellátáshoz való hozzáférését, például a biztosítás hiánya, a kulturális szempontból hozzáértő ellátók hiánya vagy az orvoshoz fordulás halogatása a korábbi negatív tapasztalatok, átélt diszkrimináció és előítéletek miatt (McKay 2011). Azzal, hogy kulturálisan kompetens ellátás biztosítunk a szexuális vagy nemi kisebbségi betegeink számára, az gészségügyi dolgozóként fontos szerepünk van ezen egészségügyi különbségek eliminálásában.

## 4.2.1) Belgyógyászat

A ***tüdőbetegségek*** jelenléte fokozottnak tekinthető a szexuális és nemi kisebbségek körében, amelynek egy háttértényezője lehet a dohányzás magasabb aránya ebben a közösségben.

A szexuális és nemi kisebbséghez tartozó felnőttek körében magasabb az ***aszthma*** előfordulása cisznemű heteroszexuális társaikkal összevetve (Gao és Mansh 2016; Heck és Jacobson 2006), és kifejezetten jellemző ez a leszbikus és biszexuális nők, valamint a biszexuális férfiak esetén (Meads et al. 2018; Gonzales és Henning-Smith 2017; Ward et al. 2015). Az aszthma hátterében genetikai és környezeti faktorok összeségge áll. Összefüggést mutat megjelenése a dohányzással – amiről számos tanulmány kimutatta, hogy magasabb arányban jelenik meg a szexuális és nemi kisebbségek körében (Cunningham et al. 2018; Jamal et al. 2018) – valamint a hangulatzavarral és szorongással, amelyek szintén inkább jellemzik az LMBTI populációt (Wu et al. 2018).

Néhány tanulmány a ***krónikus obstruktív tüdőbetegség*** (COPD) fokozott megjelenését is véleményezte az LMBTI populációban, különösen a biszexuálisok körében (Gonzales és Henning-Smith 2017). Ezt az emelkedett betegségprevalenciát szintén a magasabb dohányzással magyarázzák, bár vannak olyan tanulmányok, ahol az eredmények dohányzásra történő kontrollálása ellenére is különbségek mutatkoztak (Patterson és Jabson 2018).

A ***kardiovaszkuláris*** megbetegedések (CVD) vezető haláloknak számítanak az európai országok többségében. Rizikófaktoraik (dohányzás, elhízás, alkoholfogyasztás, stressz) alapján a CVD-k magasabb aránya várható az LMBTI közösség körében, ami a nagy epidemiológiai vizsgálatok eredményei alapján angina, myocardiális infarktus, stroke, hypertonia és más szív- és ér-

rendszeri betegségek esetén igazolódni látszik (Everett és Mollborn 2013; Wu et al. 2018). A szív- és érrendszeri megbetegedések kockázatának egyéni kockázati tényezőit Framingham-keretrendszer alkalmazásával számító vizsgálatok igazoltan magasabb CVD-kockázatot azonosítottak az LMB populációban (Caceres et al. 2018; Clark et al. 2015; Conron et al. 2010).

A módosítható kockázati tényezők - az elhízás, a dohányzás, a fizikai aktivitás hiánya, a cukorbetegség, a magas vérnyomás és a magas koleszterinszint - mellett a kisebbségi stressznek is fontos szerepe lehet a szexuális és nemi kisebbségek emelkedett kardiovaszkuláris rizikójában. A kisebbségi stresszre adott reakció patofiziológiai hátterét tekintve akut gyulladásos választreakcióként írható le, amely az anyagcserefolyamatokra, a kardiovaszkuláris szabályozásra, valamint az akut fázisfehérjékre gyakorolt hatásán keresztül befolyásolja a szív- és érrendszer állapotát (Juster et al. 2015; Mays et al. 2018).

A ***diabetes*** előfordulása szintén emelkedett a szexuális és nemi kisebbségek körében, a betegség prevalenciája ugyanakkor nagy változatosságok mutat az egyes alcsoportok esetén. Magasabb a diabetes előfordulása a biszexuális nők körében, de nem mutatnak magasabb rizikót a leszbikus nők (Beach et al. 2018). Férfiak esetében ugyanakkor mind a biszexuális, mind pedig a meleg férfiak közében magasabb - még életkorra és BMIre kontrollált eredményekben is - a diabetes prevalencia (Meads et al. 2018).

### 4.2.1.a) Ajánlások az ellátáshoz

A fenti eredmények alapján a szexuális és nemi kisebbségek ellátása során fontos egyes kórképekkel összefüggő kockázati tényezők szűrése. Az ellátóknak fontos ismerniük ezeket az egészségi állapotban és rizikófaktoroknak való kitettségben megjelenő, az LMBTI populációt érintő különbségeket, hogy azokat megfelelő módon szűrni tudják. Az ***alapellátásnak*** fontos szerepe van az egyszerű egészségügyi szűrővizsgálatok elvégzését tekintve: a rendelői vérnyomás- és vércukorszint mérés, a BMI számítás, a dohányzással, alkoholfogyasztással kapcsolatos kérdések megvitatása még más okból történő konzultáció során is lényegesek. Az alapellátás során történő találkozó továbbá remek lehetőség lehet az egészségpromócióra is – a betegek egészséges táplálkozásra, megfelelő fizikai aktivitásra, a dohányzás, a szerhasználat és alkoholfogyasztás elhagyására, valamint a megfelelő alváshigiénére, a kornak és anatómiának megfelelő szűrővizsgálaton való rendszeres részvételre ösztönzése által.

### 4.2.1.b) Szűrővizsgálatok és intervenciók az alapellátásban

Az alapellátás során kiváló lehetőségünk nyílik az egyszerű egészségügyi szűrések elvégzésére, valamint az általános egészségi állapot felmérésére. Magyarországon a háziorvosoknak ajánlott minden beteget esetén felderíteni a szív- és érrendszeri kockázati tényezők jelenlétét: családi anamnézis; életmód; fizikális vizsgálat (beleértve a súlymérést, a hasi körfogatot, a vérnyomásmérést és a BMI kiszámítását). A hasi elhízás és a magas kardiovaszkuláris kockázati státusszal rendelkező betegek esetén ajánlott továbbá ellenőrizni a metabolikus szindróma egyéb paramétereit (triglicerid, koleszterinszint és vércukorszint) is.

Az LMBTI betegek dohányzási szokásai is jól mérhetőek egyszerű szűrővizsgálati eszközök segítségével, például Fagerstrom féle Nikotinfüggés Teszttel (FTND, lásd a függelékben), vagy annak rövidített verziójával, a felébredést követő első rágyújtásig eltelt idő, és a napi elszívott cigaretták számából számított, a „dohányzás súlyossága" index-szel (HIS) (Heatherton et al. 1991). Serdülők esetén rendelkezésünkre áll a kifejezetten a körükben történő dohányfüggőség mérésére szolgáló nikotinfüggés lista (HONC, lásd a függeléket) is.



A problémaivás és az alkoholfüggőség mérésére mind a CAGE, mind pedig az AUDIT (lásd a függelékben) jól használható az alapellátásban.

Kábítószer-használat Szerhasználatot értékelő kérdőív (CAGE-AID), vagy az élvezeti szerek összességére kiterjedő, WHO által kialakított Alkohol, dohányzás és az anyag bevonása szűrővizsgálat (ASSIST) alkalmasak továbbá pszichoaktív anyagok káros, veszélyes használatának vagy függőség fennállásának felderítésére (Humeniuk és World Health Organization 2010).

Rövid intervenciós kezelések is végrehajthatóak az alapellátás során a dohányzásról való leszokás (5A-k, 5R-k; lásd a függelékben) és alkoholfogyasztás (alkohol-betegek és problémás ivó kezelés minimál intervenció; lásd a függelékben) káros hatásainak csökkentése céljából (Babor és Higgins-Biddle 2001). Súlyosabb esetben speciális dohányzásról való leszokást segítő program igénybevételének javaslata (magatartási tényezőket célzó viselkedésterápiával, vagy gyógyszeres terápiával kombinálva), alkoholfüggőség vagy szerhasználati problémák esetén pedig állapotfelmérésre történő továbbküldés és a lehetséges speciális kezelések jelenthetik a következő lépést.

### 4.2.1.c) LMBTI specifikus intervenciók

Egyre több, kifejezetten a szexuális és nemi kisebbségek számára kialakított program elérhető és biztonyul hatékonynak. Ezeket jellemzően az Egyesült Államokban vagy Ausztráliában fejlesztik ki, így angol nyelven elérhetőek, ám könnyen lefordíthatók és adaptálhatóak más nyelvekre is. A következő részben néhány példát hozunk olyan jó gyakorlatokra, amelyek segíthetik a dohányzásról való leszokást, illetve szer- és alkoholfogyasztás intervenciós vagy testsúlycsökkenést segítő programok.

Az LMBTI populációhoz tartozó dohányosok sajátos igényeinek felismerése, a dohányzásról való leszokást segítő, és a megelőzésre irányuló programok és beavatkozások csoportos leszokási tanácsadás, szociális marketing kampányok vagy okostelefon-alkalmazások formájában kerültek kialakításra az Egyesült Államokban, Kanadában és Ausztráliában. A programok és intervenciók specifikus sajátosságai az LMBTI terekben tartott találkozók, az LMBTI segítők és a dohányzás LMBTI specifikus kiváltó tényezőinek megvitatása, amelyek az átlagos lakosság számára kialakított programokkal és beavatkozásokkal összevetve hatékonyabbnak bizonyultak az LMBTI dohányosok körében (Berger és Mooney-Somers 2016). Az olyan magatartásmódosító leszoktatóprogramokon kívül - mint például az „Utolsó húzás" ("The Last Drag"), vagy a "Pull It Out Projekt" (POP – Pull It Out Projekt), amelyek közösségi alapú, csoportos dohányzásról való leszokást támogató programok - az online (Facebook-alapú) intervenciók is hatékonynak bizonyultak fiatal LMBTI dohányosok esetén (Eliason et al. 2012; Vogel és mtsai 2020).

Szintén jó eredményeket mutatnak a társadalmi kompetencias készséget fejlesztő, kisebbségi stressz elméletet alapul vevő LMBTI-specifikus beavatkozások. Egy online intervenció, amelynek célja a kábítószer-fogyasztás csökkentése a szexuális és nemi kisebbséghez tartozó fiatalok körében, például épp a stressz felismerésére és kezelésére, a kábítószerhasználattal kapcsolatos döntések meghozatalára, továbbá a szerhasználat elutasítására irányuló technikák elsajátítására összpontosít (Schwinn et al. 2015). Egy másik program pedig, a vegyes szerhasználattal (kábítószerekkel és alkoholfogyasztással együttesen) élő, alacsonyabb szocioökonómiai háttérrel rendelkező, fiatal szexuális és nemi kisebbséghez tartozó dohányosok szükségleteit célozza (O'Cleirigh et al. 2018).

További érdekes és hatékonynak bizonyuló példa a súlyproblémákkal küzdő szexuális kisebbséghez tartozó nők intervenciós programja, amely a testtömeggel és fittséggel kapcsolatos egészségi különbségek kezelésére a testmozgást, a társas

támogatást, valamint a táplálkozással és a fizikai aktivitással kapcsolatos oktatási elemeket használ. A program közösségépítő jellegű, támogatja az összetartozásérzést, és a soványság helyett a fizikai erőnlét elérésére koncentrál, miközben elősegíti a leszbikus és biszexuális nők által tapasztalt speciális stresszorok felismerését (Fogel et al. 2016).

## 4.2.2) Onkológia

Feltételezhető, hogy egyes tumortípusok inkább érintik a szexuális és nemi kisebbségeket. Az LMBTI populációra jellemző specifikus kockázati tényezők (pl. dohányzás, alkoholfogyasztás, elhízás vagy HPV-fertőzés) magasabb aránya támogatja bizonyos típusú tumorok gyakoribb előfordulását az LMBTI emberek körében. A szakirodalom alapján érdemes lehet egyes tumorok (anális, emlő, méhnyak, vastagbél, endometrium és prosztata) szűrésére külön figyelmet fordítani az LMBTI populáció esetén (Quinn et al. 2015). Az alábbiakban röviden összefoglaljuk az egyes tumorokkal kapcsolatos epidemiológiai eredményeket, valamint a prevenciós lehetőségeket.

### 4.2.2.a) Anális tumor

Az anális csatorna és a perianális bőrterület elváltozásai olyan ritka tumorok, amelyek inkább érinthetik az MSM populációt. Ezen tumorok etiológiájában fontos szerepet játszik a humán papillomavírus (HPV). A HPV a testnedvek anogenitális régió bőrével vagy különböző nyálkahártyákkal történő érintkezése során átadható, szexuális úton terjedő fertőzés, amely mind közösülés, mind orális szex útján átvihető. Anális szex esetén a HPV fertőzés anális intraepithelialis neoplaziahoz (AIN) vezethet, amely ritka tumornak az MSM populáció inkább kitett lehet (Daling et al. 2004). A megnövekedett tumorrizikó tényezői a szexuális partnerek nagy száma, más szexuális úton terjedő fertőzések jelenléte, a dohányzás, valamint az immunszupresszió, éppen ezért HIV pozitivitás esetén fokozódhat az anális tumorok rizikója.

Az anális tumor magas kockázatú prekurzora (high grade AIN) nagyon gyakori az MSM férfiak esetén, különösen a HIV-fertőzötteknél, és bár a tumor kialakulásának kockázata alacsonyabb, mint a nőkre jellemző méhnyak prekurzorok esetén, az anális intraepithelialis neoplazia (AIN) megjelenésének szűrése megfontolandó (Machalek et al. 2012).

***Megelőzés***

Javasolt a következetes óvszerhasználat, mint a HPV és HIV átvitel hatékony prevenciós eszköze, továbbá megfontolandó lehet a HPV elleni védőoltás alkalmazása is a condylomák és humán papillomavírus asszociált tumorok megelőzése céljából. Egy placebo-kontrollt alkalmazó, kettős-vak vizsgálat során quandrivalens HPV vakcinát alkalmazva csökkent az anális intraepithelial neoplasia-k előfordulása (Palefsky et al. 2011).

### 4.2.2.b) Emlőtumor

A bőrrákok után az emlőrák az egyik leggyakrabban diagnosztizált tumor nők körében. Leszbikusok nők esetén számos emlőtumorra és reproduktív daganatokra potencirozó tényező lehet jelen: kevesebb a várandósságok száma, rövidebb a várandósság és a szoptatás együttes ideje, magas körükben az alkoholfogyasztás és dohányzás előfordulása, továbbá inkább érinti őket az elhízás (Zaritsky és Dibble 2010). Néhány tanulmány az emlőtumor magasabb előfordulását véleményezte szexuális kisebbséghez tartozó nők körében, azonban egy összefoglaló tanulmány szerint ezek a vizsgálatok gyenge módszertani háttérrel készültek, így felmerül, hogy valójában nem rendelkezünk elegendő adattal annak megállapításához, hogy az emlőtumor gyakoribb-e a szexuális kisebbséghez tartozó nők körében (Meads és Moore 2013). A kutatók más megközelítések alkalmazásával is próbálták megbecsülni a tumoros megbetegedések előfordulását a szexuális és nemi kisebbségek körében, aminek során egy tanulmány - a megyei szintű, szexuális orientációra vonatkozó adatok felhasználásával - pozitív összefüggést talált a leszbikus nők számbeli sűrűsége és az emlőrák fokozott előfordulása között (Boehmer, Miao, Maxwell és mtsai 2014).

A közzétett adatok korlátozott eredményei ellenére a kockázati tényezőknek való fokozott kitettség miatt előfordulhat az emlőtumorok magasabb megjelenése a szexuális kisebbséghez tartozó nők körében. Ez a tény a szűrővizsgálatokon való alacsonyabb részvételi aránnyal (Zaritsky és Dibble 2010) együtt a szűrővizsgálatok szexuális kisebbséghez tartozó nők körében történő népszerűsítésének szükségességét jelzi. Az ellátóknak. Ellátóként érdemes felhívnunk betegeink figyelmét az az országos standard eljárásnak megfelelő emlőtumor szűrésen való részvétel jelentőségére. Javasolnunk kell betegeinknek az emlő rendszeres önvizsgálatát, továbbá a magyarországi protokoll szerint minden 45-65 év közötti nőnek kétévente a mammográfiás szűrésen való részvételt.

***Emlőtumor a transz populációban***

Az emlőtumorral transz személyek esetén is érdemes foglalkoznunk. Az ösztrogén emlőszövetre gyakorolt potenciálisan rákkeltő hatása miatt különösen fontos odafigyelnünk az ösztrogénterápiában részesülő transz betegeinkre. A kumulatív kockázat ugyan alacsonyabb, mint a cisznemű nők esetén, de ettől függetlenül fontos szem előtt tartanunk ezen rizikófaktor jelenlétét transz betegünk gondozása esetén. Lényeges kérdés továbbá, hogy az emlőplasztika során használt implantátumok nehézséget jelenthetnek mind a szűrés, mind pedig a tényleges diagnosztika során. A reziduális emlőszövettel rendelkező transz személyek esetén a cisz nőkre vonatkozó előírásokat célszerű követnünk emlőrák szűrés terén. Amennyiben a mammográfia technikailag nem lehetséges, ultrahang és MRI vizsgálat elvégzése javasolt tapintható elváltozások esetén (Puechl és mtsai. 2019).

### 4.2.2.c) Méhnyakrák

A méhnyakrák a negyedik leggyakoribb rák nők körében, annak ellenére, hogy léteznek hatékony elsődleges (oltási) és másodlagos (szűrési) megelőzési lehetőségek, amelyek megakadályozhatnák az esetek többségét. A szexuális kisebbséghez tartozó nők fokozottan veszélyeztetettek lehetnek ménnyakrák szempontjából a szűrővizsgálatokon való alacsonyabb részvétel, valamint egyéb rizikótényezőik miatt. Egy áttekintő tanulmány szerint a heteroszexuális társaikhoz képest a biszexuális nőknél magasabb a méhnyakrák előfordulásának aránya (Robinson et al. 2017).

A méhnyakrák legfontosabb kockázati tényezője a humán papillomavírus fertőzés (HPV). A szexuális érintkezés útján terjedő fertőzés a méhnyak diszplázia és a neoplazia kialakulásának egyik tényezője, amely elváltozások méhnyakrákhoz vezethetnek. A HPV-fertőzés gyakori jelenség szexuális kisebbséghez tartozó nők körében. Egy friss tanulmány szerint a szexuális kisebbséghez tartozó nők több mint fele fertőzött HPV-vel, és körülbelül 37% -uk magas kockázatú HPV-típust hordoz (Branstetter, McRee és Reiter 2017). Fontos a méhnyakrák kialakulása szempontjából továbbá, hogy egyéb kockázati tényezők előfordulása (mint a magasabb BMI érték és a dohányzás) szintén gyakoribb a szexuális kisebbséghez tartozó nők körében.

A HPV oltás véd a magas kockázatú HPV törzsekkel szemben, így hatékony megelőzési lehetőséget nyújthat méhnyakrák kialakulásában. A HPV átvitel megelőzésének másik hatékony eszköze az óvszer vagy más latex barrier használata szexuális együttlét során, amely csökkenthet

továbbá az egyéb nemi úton terjedő fertőzések kockázatát.

Fontos felhívnunk szexuális kisebbséghez tartozó női betegeink figyelmét a rendszeres méhnyakrákszűrés jelentőségére: Magyarországon a szűrés és kenetvizsgálat (Pap-teszt) háromévente javasolt 25-65 év közötti páciensek számára.

***Transz betegek méhnyaktumora***

A transzférfiak többsége rendelkezik méhnyakkal életének egy jelentős részében. Mivel a HPV aránytalanul magas előfordulást mutat a transz közösségben, fokozottan kitettek lehetnek HPV-vel asszociált diszpláziák és tumorok szempontjából. Javasolt, a transzférfiak rendszeres HPV szűrése a szokott irányelvek szerint. A szűrés tényleges kivitelezésekor igen körültekintően kell eljárnunk – révén egy olyan szerv vizsgálata zajlik, amelynek jelenléte önmagabán is komoly szorongást okozhat a beteg számára - , hogy a lehető legkisebb legyen a beavatkozás okozta stressz és traumatizáció (Puechl et al. 2019).

### 4.2.2.d) Colon és rectum tumor

Az emlőtumorhoz hasonlóan a bél- és végbéltumorok esetén sincs közvetlen bizonyíték a szexuális és nemi kisebbségek magasabb érintettségére, ugyanakkor ezen malignitások esetén is fennáll az ismert rizikófaktorok fokozott előfordulása a populáció tagjainak körében (obezitást, dohányzás, alkohol), továbbá számos kisebb tanulmány felveti a szexuális kisebbséghez tartozás és az emelkedett colon és rectum tumor incidencia kapcsolatának lehetőségét (Boehmer, Ozonoff, et al. 2011). Fontos, hogy ellátóként javasoljuk betegeink számára a szakmai ajánlásoknak megfelelő colorectális szűrővizsgálatokon való rendszeres részvételt. Magyarországon kétlépcsős szűrés elérhető az 50 és 70 év közötti populáció számára, amelynek első része az okkult székletvér vizsgálat (Weber-teszt), második lépésként (Weber pozitivitás esetén) pedig colonoszkópia elvégzése javasolt.

### 4.2.2.e) Prosztatatumor

A meleg és biszexuális férfiak prosztatatumora egy keveset vizsgált kérdés, ezért limitált menynyiségű, ellentmondásos adat áll csupán rendelkezésünkre (Simon Rosser et al. 2016). Mindezek ellenére, mivel a prosztatatumor az egyik leggyakoribb tumor férfiak körében, valamint esetükben is fennáll számos egyéb rizikófaktor - így például a dohányzás - magasabb előfordulása, lényeges szem előtt tartanunk a prosztatatumor fokozott előfordulásának lehetőségét.

Magyarországon jelenleg nincs szervezett prosztatatumor-szűrés. Egyrészről megállapították, hogy a prosztata-specifikus antigén (PSA) alapú szűrés nem elég specifikus a tumor jelenlétének szűrésére, mivel számos más körülménynek köszönhetően, például jóindulatú prosztata hipertrófiában és prosztatagyulladásban is megemelkedhet a plazma PSA szint. Továbbá, mivel a tumor jelenlétének észlelésekor nem lehet pontosan meghatározni, hogy okozott volna-e valaha tüneteket, miközben a felesleges kezelés súlyos potenciális mellékhatásokkal (inkontinencia és impotencia) járhat.

A rektális digitális vizsgálat (DRE) vagy a tünetmentes beteg PSA szint mérés általi szűrését minden beteg esetén egyedileg kell mérlegelni, lehetőséget biztosítva számukra a szűrés potenciális előnyeinek és kockázatainak megvitatására.

Azon transz személyeknél, akiknél a nemi megerősítő beavatkozások alkalmával nem kerül sor a prosztata eltávolítására, számolnunk kell a prosztatatumor kockázatával. Bár az androgén-deprivációs kezelés hatására a prosztata atrófiássá válik, a prosztatatumor kockázata - különösen azok között, akik 50 éves kor után kezdik a tranzíciót (hormonterápiát) - ennek ellenére fennállhat. Az ellátónak tájékoztatnia kell a beteget a szűrési lehetőségekről (prosztata-specifikus antigén (PSA) tesztelés, tapintásos vizsgálat). A prosztata tapintásos vizsgálata transz betegeknél a rektális digitalis vizsgálat alkalmazásával, vagy neovagina esetén transvaginalisan történhet (Unger 2014). Transzvaginálisan tapintva a prosztatának a neovaginális fal előtt kell elhelyezkednie és kicsinek vagy nem tapinthatónak kell lennie.

### 4.2.2.f) Endometriális tumor

Szakirodalmi adatok hiányában nem ismert, hogy a leszbikus és biszexuális nőknél nagyobb-e az endometrium rák előfordulása, mint a heteroszexuális társaiknál. A szexuális kisebbséghez tartozó nők körében ugyanakkor magasabb lehet az endometriális tumorok kockázata, mivel gyakoribb esetükben nulliparitás és az orális fogamzásgátló tabletták alacsonyabb arányú használata, továbbá inkább jellemző körükben a magasabb a testtömeg-index (BMI) (Zaritsky és Dibble 2010).

***Endometriális tumorok transz betegeknél***

In situ uterusszal és ováriumokkal rendelkező, panaszmentes transzférfiak esetén nem szükséges rutinszerű endometriális tumorszűrés elvégzése. Amennyiben a betegnél endometriális tumorra utaló tünetek jelentkeznek, elsődleges választásként kismedencei ultrahang vagy a CT vizsgálata elvégzése javasolt (Puechl és mtsai. 2019).

### 4.2.2.g) HIV asszociált tumorok

A modern és hatékony antiretrovirális terápia drámai módon megváltoztatta a HIV-vel összefüggő morbiditást és mortalitást, továbbá jelentősen javította a HIV-fertőzöttek életminőségét. Nem minden HIV-fertőzött kap azonban ART-t, ezért bizonyos, ismerten HIV-fertőzéshez társuló tumoros megbetegedések még mindig előfordulhatnak ebben a populációban. Vizsgálatok szerint a HIV-fertőzött betegek körében fokozott a Non-Hodgkin- és Hodgkin-limfóma, a Kaposi-szarkóma, a méhnyakrák, a tüdőrák, a hepatocelluláris carcinoma, valamint a szájüreg és a garat tumoros megbetegedései (Yarchoan és Uldrick 2018; Silverberg et al. 2015; Engels et al. 2015; al. 2008). A HIV-fertőzött szexuális és nemi kisebbséghez tartozó betegek, akik nem részesülnek hatékony ART terápiában – például mert nincsenek tisztában szeropozitivitásukkal, vagy nem követik a terápiás utasításokat - fokozottan kitettek ezen tumortípusoknak.

## 4.2.3) Pszichiátria

Az LMBTI személyek mentális egészségének tárgyalásakor fontos leszögeznünk, hogy a szexuális vagy nemi kisebbségi csoporthoz tartozás nem önmagában jelenti a mentális rendellenességekkel szembeni fokozott vulnerábilitást. Az LMBTI emberek többsége mentálisan egészséges, jól alkalmozkodó életet él és ellenáll az őt érő stressznek. Ugyanakkor a szexuális vagy nemi kisebbséghez tartozás még mindig magasabb mentális egészségügyi kockázatokkal jár, mint a heteroszexuális és a cisznemű többségi lét. A megbélyegzés, a társadalmi kirekesztés, a diszkriminációnak és a zaklatásnak való folyamatos kitettség fokozott stresszterheléssel jár a kisebbséghez tartozók számára, amely aránytalan megterhelést és fokozott kockázatot jelent esetükben a különféle mentális egészségügyi problémák szempontjából. Az ellátóknak tisztában kell lenniük az LMBTI személyeket kisebbségi státuszukból adódóan érintő sajátos mentális egészségügyi kockázatokkal. Ezen problémák megértése az egyik alapja az LMBTI inkluziv mentális egészségügyi ellátásnak.

### 4.2.3.a) Depreszió, szorongás és pszichés distressz

A szexuális és nemi kisebbségek mentális egészsége egy sokat vizsgált kérdés. (A „2.1. – Mentális egészség” c. fejezet részletes információkat nyújt az LMBTI személyeket érintő mentális betegsé-

gekről, így ezen fejezet inkább csak rövid epidemiológiai összefoglalóként szolgál.)

Az LMBTI személyek körében gyakoribb az affektív zavarok (depresszió és bipoláris hangulatzavar), a disztímia, valamint generalizált és szociális szorongás előfordulása (Wu et al. 2018; Semlyen et al. 2016; Sandfort et al. 2014). Szintén magasabb arányban érinti őket a túlzott alkoholfogyasztás és a kábítószerfüggőség kérdése (Gonzales et al. 2016). Az LMBTI közösség sérülékenységét külön vizsgáló tanulmányok jelentős különbségeket írnak le az az egyes csoportokat illetően. A biszexuális férfiak kifejezetten roszszabb mentális egészségi állapottal rendelkeznek, mint a meleg férfiak (Caceres et al. 2018). Transz személyek körében szintén igen magas a mentális problémák rizikója (Dragon et al. 2017), amely még kifejezettebb transz fiatalok esetén (Grossman és D'Augelli 2007).

Mind a szorongás, mind a depresszió multifaktoriális etiológiával jellemezhető: genetikai, környezeti, pszichológiai faktorok egyaránt szerepet játszanak a kialakulásában, fenntartásában és lefolyásában. Az intrinsic – neurobiológiai, endokrinológiai – okok és az extrinsic – környezeti stresszorok – mind szerepet játszhatnak a mentális problémák kialakulásában és eszkalálódásában. Az orientációjukat, nemi identitásukat és nemi jellegzetességeiket övező társadalmi stigmatizáció miatt az LMBTI személyek fokozott stressznek vannak kitéve. A stigmatizáló környezetben való felnövekedés eredményeként gyakran internalizálják ezeket a negatív attitűdöket és társadalmi stigmákat, így maguk is negatív attitűddel viszonyulnak szexuális orientációjukhoz, nemi identitásukhoz vagy nemi jellemzőikhez (internalizált homo- / bi- / trans- / interfóbia). A negatív társas és társadalmi tapasztalatok, mint a stigmatizáció, az előítéletek, a diszkrimináció, a bántalmazás, az erőszak, az izoláció, a rejtőzködés, a kirekesztés, valamint az ilyen tapasztalatok megismétlődésétől és az elutasítástól való konstans félelem komoly hatással van az LMBTI személyek mentális egészségére. A szorongás és a hangulatzavarok kialakulásához hozzájáruló kockázati tényezők gyakoribb előfordulást mutatnak az LMBTI populációban. Körükben jellemzően magasabb az erőszak elszenvedése és az áldozattá válás kockázata (Andersen és Blosnich 2013), valamint inkább használnak alkoholt és egyéb tudatmódosító szereket (King et al. 2008a).

A krónikus stressz és az intrinsic prediszponáló faktorok együttes jelenléte különösen sérülékennyé teheti depresszió és szorongásos megbetegedések szempontjából a szexuális és nemi kisebbségek csoportját. Az olyan stresszszorok, mint a bántalmazás, a foglalkoztatási diszkrimináció, az iskolai zaklatás és a család elutasítása, gyakrabban érintik a szexuális és nemi kisebbségeket (Bränström 2017).

***Ajánlások az ellátáshoz***

Fontos észrevennünk, hogy az LMBTI személyek mentális problémákkal kapcsolatos fokozott rizikója nem intrinsic módon a szexuális orientációjukból, nemi identitásukból vagy nemi jellegzetességeikből adódik, hanem abból, ahogy a környezetük reagál rájuk. Számos korábbi tanulmány szerint az elfogadó család és a támogató környezet jelentősen csökkentheti ezen kisebbségek mentális fenyegetettségét (Detrie és Lease 2007; Doty et al. 2010; Needham és Austin 2010). Az ellátóknak tudniuk kell, hogy egyes mentális egészséget és jóllétet veszélyeztető helyzet aránytalan módon inkább érinti az LMBTI személyeket. Ezen speciális helyzet teljeskörű megértése és ismerete az LMBTI inkluziv ellátás egyik fontos alapját adja.

A depressziót és a mentális egészséget vizsgáló szűrővizsgálatok, a hangulatzavarokra és mentális problémákra irányuló kórtörténet (depressziós panaszok miatti hospitalizáció, korábbi pszichofarmakonok használata) és családi anamnézis a beteginterjú fontos részét kell képezzék az ***alapellátás*** során.



Az aktuális státusz felmérésére könnyen használhatók az ellátás során a Beck féle depressziós leltár, vagy a PHQ2 (Patient Health Questionnaire-2), amely a PHQ9 (Patient Health Questionnaire-9) első 2 kérdéséből álló igen rövid kérdőív. Amennyiben a beteg anhedonia vagy depresszió konkrét jeleit mutatja, érdemes lehet további vizsgálatok elvégzése a klinikai depresszió kritériumainak való megfelelés irányába.

A szorongás mérésére szintén jól alkalmaható kérdőívek állnak rendelkezésünkre, amelyek hasznos részét képezhetik az alapellátásnak, így a STAI (State Trait Anxiety Inventory – Vonás és állapotszorongást mérő kérdőív) valamint a Hamilton féle szorongás kérdőív (Hamilton Anxiety Rating Scale).

Tovább nehezíti az LMBTI személyek helyzetét ugyanakkor, hogy az ellátókba, pszichiáterekbe és a mentálhigiénés szakemberekbe vetetett bizalom hiánya, valamint a diszkriminációtól való félelem vagy a korábbi negatív tapasztalatok miatt, az érintettek gyakran nem fordulnak segítségért problémáikkal. A félelmük ellensúlyozása érdekében fontos az inkluziv rendelői környezet kialakítása, amelyben a szexuális és nemi kisebbségek elfogadva és biztonságban érezhetik magukat, így teret kapnak mentális problémáik afffirmatív szemléletű, jól képzett szakemberekkel való megvitatására.

A depresszióban szenvedő, szorongó, mentális problémákkal küzdő LMBTI személyek számára is fontos lehet a támogató csoportok és támogató terápiás kapcsolat lehetősége. A kórházak együttműködésével szerveződő sorstárs csoportok hatalmas segítséget jelenthetnek például interszex személyek számára. Az ilyen terápiás lehetőségek ugyanakkor még mindig korlátozottan elérhetőek, így az LMBTI közösségek tagjainak gyakran olyan közegben kell gyógyulniuk, amelyben az ellátók és a többi beteg nem látja őket szívesen, érzéketlenül és közönyösen viszonyul a problémáikhoz, ami további stresszterhelést jelent a segítségre szoruló LMBTI személyek számára.

***LMBTI specifikus intervenciók***

Az LMBTI személyek mentális egészséggel összefüggő szükségleteinek kielégítése céljából az Egyesült Államokban kialakítottak kifejezetten a szexuális és nemi kisebbségek ellátására szolgáló intervenciós programokat, amelyek a csoport specifikus problémáira és nehézségeire fókuszálnak, LMBTI facilitátorokat alkalmaznak és LMBTI terekbe szerveznek találkozókat. Ilyen lehetőségek sajnálatos módon Magyarországon jelenleg nem elérhetőek. Különböző intervenciós megközelítések léteznek, különböző kivitelezéssel. Az alábbiakban találunk néhány példát azokra, amelyek sikeresnek bizonyultak a szexuális és nemi kisebbséghez tartozó emberek mentális egészségének támogatásában. Szerencsére, ahogy egyre több adat áll rendelkezésünkre a különböző alcsoportokról, például a transz személyekről vagy a szexuális kisebbséghez tartozó idősekről, úgy egyre speciálisabb programok kerülnek kialakításra az adott csoport sajátos igényeihez igazodva.

Az ESTEEM (Effective Skills to Effower Effective Men - Hatékony Készségek a Hatékony Férfiak Megerősítésére), egy 10 alkalomból álló készségfejlesztő intervenció a meleg és biszexuális férfiak mentális egészségének javítására, így a fiatal meleg és biszexuális férfiak ismert egészségügyi kockázatainak csökkentésére. Ez egy egyénileg alkalmazandó CBT (kongnitív viselkedésterápiás) intervenció, amely hatékonyan csökkenti a stresszhez kapcsolódó mentális egészségi problémákat (pl. depresszió, szorongás), az érzelemszabályozási képességek fejlesztésével, az elkerülési szokások csökkentésével, valamint a viselkedés motivációjának és önhatékonyságának javításával (Pachankis et al. 2019).

Hasonló program a Rainbow SPARX, amely egy computer alapú kognitív viselkedésterápiás (CCBT) program, amely online játékok segítsé-

gével csökkenti a depressziós panaszokat szexuális kisebbségekhez tartozó fiatalok körében. A program ígéretes eredményeket mutat, így javasolható önsegítő erőforrásként, amely megbélyegzés nélkül felhasználható a mindennapok során, vagy személyes terápiás folyamat mellett (Lucassen és mtsai 2015).

### 4.2.3.b) Öngyilkosság és önsértés

Nehéz feladat az öngyilkosság incidenciájának pontos megítélése az LMBTI személyek körében, ugyanis a szexuális orientáció, nemi identás és nemi jellegzetességek nem képezik a halotti dokumentáció részét, ugyanakkor az epidemiológiai tanulmányok felhívják a figyelmet arra, hogy az öngyilkossági gondolatok és cselekmények magasabb arányban érintik a szexuális és nemi kisebbségeket (King et al. 2008b).

A szexuális kisebbségek körében magasabb az öngyilkossági rizikó, kifejezetten a meleg férfiak és a biszexuális nők körében. A meleg férfiak négyszer inkább, a biszexuális nők hatszor inkább követnek el öngyilkossági kísérletet, továbbá utóbbi csoport körében huszenegyszer gyakoribb a nem öngyilkossági szándékú önsértés (Swannell, Martin, és Page 2016). Hasonlóképp magas az öngyilkossági gondolatok és öngyilkossági kísérletek megjelenése a transz személyek körében (Effrig, Bieschke, és Locke 2011). A nem öngyilkossági szándékú önsértés általában magas a teljes LMBTI spektrumon, kifejezetten magas rizikót mutatnak a transz és biszexuális személyek (Liu et al. 2019).

Különböző faktorok állhatnak az öngyilkossági cselekmények hátterében szexuális és nemi kisebbségek esetén is, például mentális problémák jelenléte, szerhasználat vagy bántalmazás. A fizikális és szexuális bántalmazásnak való kitettség, a hajléktalanság, a párkapcsolati erőszak mind fokozhatja az öngyilkossági gondolatok és öngyilkossági kísérletek valószínűségéneik előfordulását (McLaughlin et al. 2012). A diszkrimináció összefügg az öngyilkossági cselekményekkel, az összefüggésben fontos mediátorként jelenik meg a szégyenérzetet, belső viszályt és önutálatot provokáló, internalizált homo-, bi-, transz- és interfóbia (McDermott, Hughes, és Rawlings 2018; Puckett et al. 2017). A szülői elutasítás szintén együtt jár a rosszabb mentális egészségi állapottal, valamint az öngyilkossági kisérletek gyakoribb előfordulásával (Ryan et al. 2009).

Az ellátóknak ismerniük kell ezeket az öngyilkossági rizikókat és fontos vizsgálniuk az LMBTI populációban az öngyilkossági gondolatok és cselekmények jelenlétét. Javasolt a munkatársak képzése a potenciális öngyilkosság figyelmeztető jeleinek felismerésére és megfelelő módon történő kezelésére, valamint a szexuális és nemi kisebbséget érintő öngyilkossági rizikók és protektív faktorok ismeretére. Az öngyilkossági kockázatfelmérésre számos kérdőív áll rendelkezésünkre, és fontos, hogy mindig komolyan vegyük az öngyilkossági gondolatokat, különösen akkor, ha a betegeknek konkrét tervei is vannak arra, hogyan vessenek véget életüknek (Ghasemi, Shaghaghi, és Allahverdipour 2015).

### 4.2.3.c) Szerhasználat, problémás alkoholfogyasztás, dohányzás

Az alkohollal és kábítószerekkel való visszaélés ismerten problémát jelent a nemi és szexuális kisebbséghez tartozó lakosság jelentős része számára. A kívülről érkező stressz, a negatív társadalmi attitűdök internalizálása és az egészséget romboló megküzdési stratégiák összetett kapcsolata miatt a szexuális és nemi kisebbséghez tartozók inkább veszélyeztetettek a függőség kialakulásában.

A heteroszexuálisokkal összevetve az LMBTI személyek körében jellemzően magasabb az alkoholfogyasztás (Cunningham 2016; Gonzales 2016), a szexuális kisebbséghez tartozó nők, kifejezetten a biszexuális nők még inkább kitettek alkohol- és kábítószer-használat szempontjából (McCabe 2009; Schuler 2019). A szerhasználat prevalenciáját számos heterogén faktor befolyásolhatja az LMBTI populációban. A szerhasználat tekinthető a nehéz életkörülményekre adott maladaptív megküzdési formának és öngyógyításnak is, amely magyarázhatja a fokozott stresszsznek kitett kisebbségi lakosság függőségének magasabb szintjét. Emellett az LMBTI-barát bárok és szórakozóhelyek, amelyek sok LMBTI személy számára a társasági élet lényeges színterét jelentik, az alkoholfogyasztást és a kábítószer-fogyasztást a társas kapcsolatok rutinjának részévé teszik. Így bizonyos mértékben normalizálják a rekreációs kábítószerfogyasztást és a túlzott alkoholfogyasztást a közösség számára, ami egyrészt fokozza a potenciálisan függőséget okozó szerekhez való hozzáférést az LMBTI emberek számára, másrészt akadályozhatja számukra a függőségből való kilábalást. Fontos tényező továbbá függőség szempontjából, hogy

- az egészségügyi szakemberekkel szembeni bizalmatlanság és az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés akadályai eredményeként
- az LMBTI-emberek ritkábban kérnek orvosi segítséget.

Ezek a körülmények mind a szenvedélybetegség nagyobb kockázatához vezetnek a szexuális és nemi kisebbségi csoportok körében. Ugyanakkor ezek a mintázatok az életkor előrehaladtával változnak - az alkohol és más szerek fogyasztása fiatal felnőttkorban a legmagasabb és az életkor előrehaladtával mind mennyiségét, mind gyakoriságát tekintve csökkennő tendenciát mutat.

A hosszútávú szerhasználat és alkoholfogyasztás ismert fizikális, szellemi és társadalmi következmények társul. Az alkohol- vagy a kábítószer-fogyasztás szexuális együttlét során fokozza a nem biztonságos szexuális gyakorlatok előfordulását, így a nemi úton terjedő fertőzések nagyobb kockázatához vezet. Az alkoholfogyasztás és a kábítószer-fogyasztás összefüggést mutat továbbá az LMBTI személyek áldozattá válásának rizikójával, így a fizikális és szexuális bántalmazás, hajléktalanság és családon belüli erőszak jelenlétével (Mclaughin 2012, Drabble 2013)

A dohánytermékek használata és a dohányzás fokozottan érinti a szexuális és nemi kisebbségeket, amely egy jelentős és folyamatos probléma az egészségi állapotuk szempontjából. A dohányzás prevalenciája jóval magasabb az LMBTI személyek körében, mint az átlag populációban (38.5% vs. 25.3%) (King, Dube, és Tynan 2012), jelentős különbségek vannak ugyanakkor az egyes alcsoportok között: dohányzás tekintetében a biszexuális nőket jellemzi a legmagasabb rizikó (Emory et al. 2016). Számos különböző faktor hozzájárul az LMBTI személyek magasabb dohányzási hajlandóságához. A dohányzás szintén megjelenhet a kisebbségekre jellemző fokozott észlelt pszichés distresszre adott, maladaptív megküzdésként. A bárok és szórakozóhelyek dohányzásra irányuló normalizáló hatása, valamint a dohányipar kifejezetten ezen közösséget célzó marketingfogásai tovább fokozhatják az LMBTI kisebbség kitettségét (Stevens, Carlson, és Hinman 2004; Dilley et al. 2008).

Számos tanulmány felhívja a figyelmet a kisebbségi stressz és az egészségkárosító magatartások (dohányzás, alkohol- és kábítószer-fogyasztás) fokozott jelenlétére. Az észlelt diszkrimináció dohányzás szempontjából is lényeges rizikófaktorként jelenik meg. Azok, akik kevésbé önazonosak kisebbségi identitásukkal (akik körében magasabb az internalizált homofóbia) magasabb intenzítással dohányoznak (Andersen és Blosnich 2013). Az egyéb szerhasználat, a depresszió és az alacsony szocioökonómiai helyzet továbbá szintén korrelál az LMBTI személyek magasabb dohányzási rátájával (Bruce Baskerville et al. 2018).

Az alkohol, a dohány és más szerek használata gyakran a szexuális és nemi kisebbség csoporthoz tartozásának részét képezi. A szindémiás elméletet (syndemic theory) – a kockázati tényezők

vagy az egészséget befolyásoló tényezők szinergikus kölcsönhatása, amely a betegség fokozott rizikójához vezet (Singer és Clair 2003) – gyakran érintett kérdés az LMBTI egészségügyi különbségekkel foglalkozó szakirodalomban (Coulter et al. 2015; Parsons et al. 2012; Mustanski et al. 2007). Az LMBTI közösség számára számos kockázati tényező összefonódik a komplex társadalmi hatásokkal, amelyek egyes kórképek fokozott előfordulását okozhatják a populációban. A kisebbségi stressz és a diszkrimináció, az internalizált stigmatizáció mind alacsony önértékeléshez, depresszióhoz, szerhasználathoz és kockázatos szexuális viselkedéshez vezethetnek. Az STDk - kifejezetten a HIV – fokozott előfordulása további megbélyegzést és önutálatot eredményezhet, ami hozzájárulhat az önpusztító magatartások fokozódásához. A kumulatív hatás így még tovább növeli a negatív egészségi következmények mértékét. Populáció szinten ez azt jelenti, hogy nem elég egyes szindémiás tényezőkre koncentrálnunk, hanem a járulékos kockázati tényezők összességét kell megcéloznunk, ha csökkenteni szeretnénk az LMBTI személyeket értintő egészségi és egészségügyi egyenlőtlenségeket. Lényeges a szindemikus faktorok (depresszió, internalizált homofóbia, gyermekkori bántalmazás és diszkrimináció) egymásra hatásának megfontolása az ellátók részéről a szexuális és nemi kisebbségek függőséggel kapcsolatos ellátása során.

### 4.2.3.d) Testképpel összefüggő kérdések és evészavarok

Az evészavarok fokozott előfordulást mutatnak az LMBTI felnőttek és tinézsderek körében heteroszexuális, cisznemű társaikhoz képest (Parker és Harriger 2020). A magasabb prevalencia öszefüggést mutathat a szexuális és nemi kisebbségek fokozott stresszterhelésével. A szexuális kisebbségek evészavarai összefüggnek az áldozattá válás, a diszkrimináció és a homofóbia által okozott stresszválaszokkal. A kisebbségi stressz összefüggésbe hozható a leszbikus és biszexuális nők falásrohamaival, továbbá a meleg férfiak testükkel kapcsolatos elégedetlenségével (Parker és Harriger 2020).

Az egyes csoportok – például a biszexuállis és meleg férfiak – körében magasabb az evészavarok előfordulása (koplalás, önhánytatás, súlycsökkentő tabletták alkalmazása) (Nagata, Ganson, és Austin 2020). Ennek egy lehetséges magyarázata lehet, hogy a meleg és biszexuális férfiak gyakrabban elégedetlenek a testükkel, így kitettebbek evészavarok szempontjából. A meleg és biszexuális férfiakra, úgy tűnik, nagyobb hatást gyakorolnak a szépségideálra vonatkozó kulturális és társadalmi normák, így inkább érezhetnek vágyat fizikálisan vonzó és vékony testalkat elérésére. Úgy tűnik továbbá, hogy a meleg férfiak közösségi értékei és normái miatt fokozott figyelem irányul a fizikális megjelenésre, amely sokak számára nyomást jelenthet, hogy megfeleljenek ezeknek a szépségideáloknak (Beren et al. 1996). Mások úgy gondolják, hogy mivel a meleg és biszexuális férfiak vonzalmának tárgyai más férfiak, ezért hasonló nyomás és elvásárok helyeződnek rájuk testükkel kapcsolatban, mint a heteroszexuális nőkre, ami a testtel való elégedetlenség nagyobb arányú megjelenéséhez vezet körükben (Siever 1994).

A biszexuális nők szintén magasabb rizikót mutatnak az evészavarok terén, az evészavarok magasabb előfordulási aránya jellemzi őket leszbikus és heteroszexuális nőtársaikkal összevetve (Shearer et al. 2015). Mindazonáltal fontos megjegyezni, hogy az evészavarok előfordulását vizsgáló kutatások eredményei nem következetesek leszbikus nők esetén. Néhány tanulmány szerint nagyobb kockázat jellemzi őket az evészavarokat tekintve (Davids és Green 2011), különösen a falásrohamok esetén (Austin et al. 2009); míg más vizsgálatok nem találtak szignifikáns különbséget a leszbikus és heteroszexuális nők között az evészavarok gyakoriságát tekintetve (Feldman és Meyer 2007). Ugyanakkor a leszbikus nők kevésbé vannak elfoglalva saját fizikai vonzerejükkel, következésképpen kevésbé tűnnek elégedetlennek a testükkel, így kevésbé valószínű, hogy evészavarral összefüggő magatartást tanúsítsanak (Beren et al. 1996; Siever 1994).

Transz személyek körében szintén gyakoribbak a testképre vonatkozó aggodalmak (a testtömegre és testalkatra irányuló aggodalmak; izmosság iránti vágy), valamint az anabolikus szteroidok használata izomépítésre (Calzo et al. 2017; Diemer et al. 2015). Egyes tanulmányok szerint, a transz személyek a férfiasabb vagy nőiesebb megjelenés elérésének érdekében a testalkat és a testsúly manipulációjára szolgáló egészségtelen magatartásformákat vesznek fel (Watson, Veale, és Saewyc 2017), míg más tanulmányok szerint a testtömeg csökkentése eszközként szolgál transz személyek számára az amenorrhea elérésére (Avila, Golden, és Aye 2019).

Az evészavarok jelentős egészségi kockázati tényezőnek tekinthetőek. A kényszeres testsúlykontroll vagy a restriktív evési gyakorlatok, így a purgálás, az éhezés, vagy a testsúlycsökkentő tabletták alkalmazása, súlyosan egészségkárosító hatású lehet. Az anabolikus szteroidok használata növeli az endokrin rendellenességek, a pszichiátriai tünetek, a vese-, máj-, mozgásszervi és szív- és érrendszeri betegségek kockázatát. Az evészavarokkal összefüggő legsúlyosabb kockázatot ugyanakkor a fokozott öngyilkossági és halálozási rizikó jelenti (Arcelus et al. 2011)

## 4.2.4.) Sebészet

### 4.2.4.a) Bevezetés

-A nemi megerősítő műtétek azokat a sebészeti beavatkozásokat jelentik, amelyek támogatják az önazonos külső és belső nemiszervek kialakítását a transz és interszex személyek számára. Ide tartoznak például a hysterectomia, oophorectomia és salpingectomia, orchiectomia, metoidioplasztika, phalloplasztika, vaginoplasztika, valamint a mellkasműtétek (NHS, 2019a).

Habár a sebészeti beavatkozásokat a tranzíció egyik legutolsó lépésének tekintik, és a transz, interszex és non-bináris személyek egy részének nagyon felszabaditó érzést jelenthetnek az ilyen beavatkozások pszichés teherheik vagy szenvedéseik enyhítésére, más transz, interszex és nem-bináris személyek műtét nélkül is jó kapcsolatot tudnak kialakítani testükkel (NHS, 2020; WPATH - SOC7, 2012).

A transzaktivisták régóta hangsúlyozzák a transz személyek ellátásának patologizáló mivoltát, és sürgetik a transz identitások demedikalizálását. Orvosi oldalon a szakemberek azzal érvelnek, hogy a transz diagnózisok, mint a betegségosztályozó rendszerek részei, hasznos segítséget jelentenek a transz emberek számára a nemi megerősítő kezelésekhez való hozzáférésben. Elektív műtétek esetén ugyanakkor a transz személyeknek biztosítani kellene a megfelelő ellátáshoz való hozzáférést terhelő pszichiátriai diagnózisokkal való felcimkézés nélkül. Azoknak a sebészeti és gyógyszeres terápiáknak, amelyek elősegítik a transz személyek mentális és fizikális jóllétét, támogató és stigmatizáció nélküli környezetben, a transz személyek számára pontos és érthető információkat biztosító, kulturálisan kompetens, továbbá a tájékozott beleegyezést támogató ellátók segítségével kellene zajlaniuk. Lényeges, hogy transz betegeinket körültekintően tájékoztassuk az orvosi beavatkozás és kezelés kockázatairól, rövid- és hosszútávú mellékhatásairól és következményeiről, és a paternalisztikus orvosi modell helyett valóban betegközpontú ellátást biztosítsunk számukra, tiszteletben tartva döntéshozatali képességüket, ágenciájukat és autoritásukat.

A nemi megerősítő műtétek és kezelések lehetőségei és követelményei azonban országonként eltérnek (Castagnoli 2010): vannak olyan helyek, például Dánia, ahol ezek a beavatkozások transz felnőttek számára pszichiátriai diagnózis nélkül,

máshol „nemi inkongruencia” (HA6Z, HA60; HA61 kóddal) BNO diagnózissal, vagy más követelményeknek való megfelelés esetén elérhetőek (García és Ayuso-Mateos 2019; Hilden 2020; Kórász 2015).

Magyarországon a nem- és névváltoztatás kérelmezéséhez a Közigazgatási és Igazságügyi Minisztérium Nyilvántartási Osztálya felé két törvényszéki pszichiáter független és egyetértő véleményét kellett benyújtani, amely kimondta a transzszexualitás diagnózisát, mellékelni kellett továbbá egy törvényszéki pszichológusi véleményt. Ez a gyakorlati szigor 2008 és 2020 májusa között némileg enyhült, így a transz felnőttek a nem- és névváltoztatást már egy pszichiátriai és egy pszichológusi vélemény, valamint urológiai vagy nőgyógyászati szakorvosi véleménye alapján kérelmezhették. Az urológiai vagy nőgyógyászati vélemény célja a funkcionális és anatómiai rendellenességek (pl. genetikai vagy hormonális rendellenességek, interszexuális állapotok) kizárása, valamint annak megállapítása volt, hogy a nemi helyreállító műtétnek orvosi ellenjavallata nincs (Kórász, 2015). 2020 május óta egyáltalán nem lehet megváltoztatni a nevet és a nemet a személyes dokumentumokban, ugyanakkor szerencsére a műtétes vagy a gyógyszeres kezeléshez erre nincs is szükség, mindezek ellenére a mindennapokban számos és sokrétű problémát okozhat ez a módosítás a transz személyek számára.

Magyarországon nem áll rendelkezésünkre hivatalos vagy kötelező orvosi protokoll a transz betegek kivizsgálására és kezelésére. A legtöbb magánszolgáltatás a műtét és a hormonkezelés előtt a Transgender Egészségügyi Világszövetség (WPATH) ajánlásait alkalmazza, így a kézikönyv következő részei is a WPATH által kiadott ellátási standardok (Standard of Care 7. kiadás) alapján készültek.

***A nemi helyreállító műtétek elvégzéséhez Magyarországon általában a következőkre van szükség:***

1. Tartósan fennálló, dokumentált, diagnosztizált nemi inkongruencia (konzultáció klinikai pszichológussal);
2. Teljesen megalapozott döntéshozatal és a kezeléshez való hozzájárulási képesség;
3. Nagykorúság;
4. Bármely orvosi ellenjavallat kizárása: hormonális, genetikai és anatómiai státusz vizsgálata (ha jelentős orvosi vagy mentális egészséggel kapcsolatos aggályok merülnek fel, azokat megfelelően kontrollálni kell).

A ***mellkasműtétek*** (mellnagyobbítás, implantátumok behelyezése, zsírfeltötlés vagy mellkasrekonstrukció) során a következő további megfontolások is lényegesek lehetnek:

Habár a hormonterápia már nem feltétel mellkasi rekonstrukciós műtét esetén, a mellnagyobbító műtétek előtt ajánlott lehet feminizáló hormonterápia (minimum 12 hónap) alkalmazása a mell növekedésének maximalizálása, valamint a jobb műtéti (esztétikai) eredmények elérése érdekében (WPATH - SOC7, 2012).

A mellkasműtétek azért jelentősek, mert a mellek jelenléte, a mellkas mérete és formája a nemek megkülönböztető jelzéseiként szolgáló fontos külső jellemzők, amelyek lényeges szerepet játszanak a személy nemének külső szemlélő általi észlelésében a nem reprezentációja szempontjából.

A nemi szervek eltávolítását célzó beavatkozások (méheltávolítás, salpingectomia, oophorectomia, orchiectomia) esetén a WPATH szerint két kompetens mentálhigiénés szakember véleménye szükséges. Javasolják továbbá a műtét előtt legalább 12 hónapon át, folyamatosan a nemi megerősítő hormonterápiát - kivéve, ha a hormonok alkalmazása egészségügyi okból ellenjavallt. A ***gonadectomiát*** megelőző hormonterápia célja elsősorban a reverzibilis ösztrogén vagy tesztoszteron szuppresszió kialakítása, a visszafordíthatatlan műtéti beavatkozáson való átesés előtt. Ezek a kritériumok nem vonatkoznak azokra a betegekre, akiknél a műtéti eljárásokat a nemi diszfóriától eltérő, egyéb orvosi indikációk miatt szükséges elvégezni (WPATH, - SOC7, 2012).

A ***nemi rekonstrukciós műtétek*** (metoidioplasztika, falloplasztika, vaginoplasztika) előtt a WPATH szerint javasolt, hogy a betegek 12 hónapot eltöltsenek a nemi identitásukkal egyező nemi szerepeknek megfelelően, tapasztalatszerzés és társas alkalmazkodás céljából. Bár nem kritériuma a nemi helyreállító műtéteknek, ha bármilyen más ok miatt szükséges, javasolt a rendszeres pszichoterápia, amely felkészíti a betegeket a kapott kezelés következményeire, nehézségeire és egyéb mentális egészségi hatásaira; valamint elősegíti a pozitív megküzdést; és hasznos lehet a beavatkozással járó stressz és szorongás csökkentésében (WPATH, - SOC7 2012).

Szükséges lenne újragondolnunk a nemi helyreállító beavatkozásokkal kapcsolatos eljárásrendjeinket, annak érdekében, hogy azok a betegközpontú megközelítésnek inkább megfelelelje nek, továbbá jobban támogassák és inkább elismerjék a betegek ágenciáját. Fontos lenne továbbá áttekinthető, következetes, betegközpontú szemléletben kialakított szakmai ajánlások bevezetésével tovább támogatni transz betegeink megfelelő ellátását.

## 4.2.4.b) A beavatkozásokról részletesen:

***Mellkasrekonstrukció***

Ahogyan korábban is kiemeltük, a mell és a mellkas formája fontos jellemzők a nem nyilvánosan és magánéletben történő reprezentációjának szempontjából (Richards és Barrett, 2013; Selvaggi 2020), ezért a mellkasműtéteknek jelentős szerepük lehet a megfelelő nem megjelenítése céljából transz személyek életében is. Néhány transz szoros kötéseket, vagy bindereket[1] használ már a műtétet megelőzően, hogy mellkasa megjelenését tekintve laposabbnak tűnjön. A binderek ugyanakkor, túl azon, hogy kényelmetlenek, számos kellemetlen hatással járnak: korlátozzák a légzést, valamint komprimálják a bordakosarat és a gerincet, így hosszútávú viselésük nemcsak kényelmetlen, de fájdalmas és egészségkárosító is lehet (Poudrier et al. 2019). A legtöbb transz vállalja a mellkasműtétet, amely kifejezetten pozitív hatást gyakorol mentális egészségükre és életminőségükre, beleértve a kellemesebb és önazonosabb testformát, valamint a binderek alkalmazásának szükségtelenné válását (Poudrier et al. 2019; Seamont 2018).

Számos technika létezik a laposabb mellkas elérésére, beleértve az emlőszövet csökkentését, a felesleges bőr eltávolítását és a mellbimbók áthelyezését. Biztosítanunk kell betegeink számára, hogy megfelelő és részletes információk birtokában a számukra leginkább passzoló beavatkozáshoz tudják tájékozott beleegyezésüket adni. Tájékoztatnunk kell őket arról is, hogy a mellkasrekonstrukciós beavatkozások rendelkeznek általános (vérzés, fertőzés, hegesedés, nekrózis, hematoma) és speciális (aszimmetria, kontúreltérés, mellbimbó-nekrózis) posztoperatív szövődményekkel, továbbá előfordulhat műtéti eredménnyel összefüggő elégedetlenség (Richards és Barrett 2013; Selvaggi 2020).

***Hysterectomia és salpingo-oophorectomia***

Néhány transz beteg a méh, a petefészkek és a petevezetékek eltávolításán is átesik. A műtétek

1 *A binderek olyan szövetek, ruhadarabok, vagy eszközök, amelyek elősegítik a emlőszövet összenyomását, így a mellek méretének minimalizálását, annak érdekében, hogy a mellkas laposabbnak tűnjön. Kereskedelmi forgalomban kapható binderek, sportmelltartók, kötszerek vagy rugalmas anyagok, illetve réteges öltözködés mind használatban vannak ilyen célból. Fontos tudni azonban, hogy alkalmazásuknak komoly egészségkárosító hatásai is vannak.*

kivitelezésére laparoszkópos, transzvaginális és nyitott hasi műtéttel végezhető technikák is rendelkezésre állnak, különböző indikációs és kontraindikációs profillal. A hysterectomia elvégzése szükséges lehet bizonyos műtéteket megelőzően (vaginectómia, falloplasztika, scrotoplasztika), ugyanakkor a perefészkek megtartása javasolt lehet a csontanyagcsere szempontjából.

***Metoidioplasztika***

Metoidioplasztika a micropénisz kialakítását jelenti, tesztoszteron hatására megnövekedett clitoralis szövet felhasználása és urethroplasztika által, egy falloplasztikánál egyszerűbb beavatkozással. Metoidioplasztika esetén ugyanakkor az állva vizelés lehetősége nem mindig megfelelően biztosított. A beavatkozás pozitivuma viszont, hogy a csiklószövet megtartja erekciós funkcióját és ingerelhetőségét, bár a pénisz gyakran túl rövid a hüvely-pénisz behatolással zajló közösüléshez (Petrovic és Djordjevic 2003).

***Falloplasztika***

A fallopasztika célja egy funkciójában, kinézetében ciszférfiakra jellemző pénisz kialakítása a beteg számára, amely lehetővé teszi a ciszférfiakra jellemző vizelést és közösülést. Néhány esetben esztétikai műtétek is rendelkezésre állnak, a szövődmények vagy a műtéti kockázat csökkentése érdekében, amelynek során csak a pénisz teste kerül kialakításra, a húgycső áthelyezése nélkül.

A falloplasztika első lépése általában a vaginectomia, amely során a hüvely nyálkahártyabélésének eltávolítását követően medence rekonstrukciót végeznek a rectocele vagy cystocele kialakulásának megakadályozása érdekében (Weyers et al. 2010). A következő lépés a fallikus rekonstrukció: a pénisztest és a húgycső létrehozása, általában radiális alkar lebeny segítségével. A funkcionális pénisz kialakítása, valamint az erogén és a tapintásérzet fenntartása érdekében az alkar idegeit anasztomizálják az ilioinguinalis ideggel és a dorzális clitoralis idegekkel, valamint a klitoriszövet egy részét megőrzik és a glans penisnek megfelelően a kialakított péniszen elhelyezik. A tapintási érzékenység helyreállítása után az erekciós protézis biztonságosan kialakítható.

Falloplasztika után műtéti szövődményként nekrózis, hematoma, hegesedés, sipolyok vagy húgyúti szűkület előfordulhatnak.

***Scrotoplasztika***

A herezacskó kialakítását általában a külső nemi szervek autentikusabb megjelenése érdekében igénylik a betegek. Készülhet a nagyajkakból, a genitális tájékról vett vékony vagy vastag bőrautograftokból, heremplantátumokkal vagy anélkül (Lucas et al. 2017).

***Emlőplasztika***

A mellnagyobbítás és emlőrekonstrukciós beavatkozások műtéti eljárása cisz nőknél végzett eljárásokhoz hasonlóan zajlik transz páciensek esetén is, de a laposabb mellkasfal és a mellbimbók anatómiai jellegzetességei miatt néhány fontos szemponttal számolni kell: transz személyek esetén a mellkas általában laposabb és a mellbőség szélesebb lehet, mellbimbójuk oválisabb formájú és oldalra kihelyezettebb lehet (Fakin és Lorenzini 2020). A mellnagyobbítás leggyakoribb technikái a lipofilling és a legtermészetesebb látványt nyújtó, megfelelő méretű implantátum beültetése. A műtét során lehetőségünk van módosítani a mellbimbó helyét az implantátum megfelelő elhelyezkedésének kiválasztásával. Az emlőrekonstrukciós műtétek sebészeti eljárásairól és eredményekről részletes információk olvashatók Miller és munkatársai cikkében (Miller et al. 2019). Ezeket a beavatkozásokat életminőségjavító műveleteknek kell tekinteni, nem pusztán kozmetikai eljárásoknak: a transz egyének testképe, az önbecsült egészsége (amely az egyik legfontosabb egészségügyi mutató), a mentális jólléte és az életminősége ugyanis jelentősen javulnak nemi megerősítő műtéteknek köszönhetően (Jellestad et al. 2018; Lindqvist et al. 2017; van de Grift et al. 2016; Manieri et al. 2014). Mellékhatások vagy szövődmények, mint hematoma, fertőzések, aszimmetria, hegesedés és kapszuláris fibrózis ritkák és korrelációt mutatnak a preoperatív hormonterápiával, a BMI-vel, valamint a behelyezett implantátum méretével (Miller et al. 2019; Fakin és Lorenzini 2020).

***Orchiectomia***

Az orchiectomia a herék eltávolítása. Bizonyos esetekben a herezacskó bőrét megtartják, hogy abból szeméremajkakat hozzanak létre, vagy felhasználják a bőrt a neovagina belső hámborítására. Az orchiectomia elvégzése általában a penectomiával és a vaginoplasztikával egy ülésben ajánlott.

***Penectomia***

A pénisz eltávolítása (penectomia) általában vaginoplasztikával együtt végzik el. A penectomia során a húgycső rövidül és új húgycsőnyílás kerül kialakításra.

***Vaginoplasztika***

A vaginoplasztikát vagy a neo-vagina kialakítását általában az orchiectomiával és a penectomiával egy lépésben végezzük, a pénisz szöveteinek részleges megőrzése mellett. A hüvelyplasztika során hüvely (neovagina), csikló és szeméremajkak kerülnek kialakításra (Pariser és Kim, 2019). A szexuális ingerlékenység megőrzése és a funkcionális hüvely létrehozása fontos a vaginoplasztika során az orgazmus képességének és a kellemes szexuális élet lehetőségének biztosítása érdekében (Selvaggi et al. 2007). A hüvelyplasztika legáltalánosabb eljárása a pénisz inverziója. A beavatkozás során a pénisz bőrét eltávolítják - elég mélyen, a Dartos fascia elválasztásával -, majd ezt a bőrt kifordítva alakítják ki a hüvely hámrétegét (Weyers et al. 2010). Bizonyos esetekben - például azok számára, akik körülmetéltek – az alhas bőrét vagy a herezacskót is használják a megfelelő méretű hüvely kialakításához.

A hüvelyplasztikának - az általános műtéti szövődményeken túl - egyedi szövődményei is lehetnek, így például a hüvely és a szeméremajkak nekrózisa, a vesicovaginális, urethrovaginális, colonovaginális vagy a rectovaginális sipolyok kialakulása, a húgycső szűkülete és a hüvely elégtelen mérete (Pariser és Kim, 2019). A hüvely behatolásához szükséges méretének megőrzése és a hüvelyi szűkület megelőzése érdekében folyamatos dilatációra van szükség (Pariser és Kim, 2019). Továbbá szükséges a hüvely megfelelő lubrikációjáról gondoskodni az irritáció, a fertőzések és a közösüléskor keletkező esetleges sérülések elkerülése végett.

A vaginoplasztika alternatívájaként más műtéti lehetőségek is rendelkezésre állnak, például a zero depth vaginoplasztika, vagy a vulvoplasztika. Ez az eljárás magában foglalja a vulva kialakítását (csikló, nagy- és kisszeméremajkak), valamint a húgycsőnyílás áthelyezését – a hüvelycsatorna létrehozása nélkül (Garcia 2018; Jiang et al. 2018).

***Clitoroplasztika és labiaplasztika***

A clitoroplasztika és a labiaplasztika általában a vaginoplasztikával egy időben történik. A kisajkak leggyakrabban a pénisz bőréből készítik, míg a nagyajkak kialakítására a herezacskó bőrét használják. A penectomia során funkcionális csikló létrehozása érdekében a péniszszövet nagy részét és a pudendális ideget megtartjuk a megfelelő érzékelés biztosítása érdekében. A makk disztális nyálkahártyajának hámjából kerül kialakításra a csiklót fedő redő. Bizonyos esetekben szükség lehet később ismétlő műtétekre a jobb esztétikai eredmények elérése érdekében. (Selvaggi et al. 2007; Garcia 2018; Pariser és Kim, 2019)

***Egyéb műtétek***

Arc- és nyaki műtétek vagy egyéb esztétikai beavatkozások is elvégezhetők annak érdekében, hogy a beteg megjelenése jobban igazodjon nemi identitásákhoz. Transznőknél a leggyakoribb eljárások a pajzsporc plasztikája vagy az ádámcsutka méretének csökkentése, a homlokimplantátum beültetése vagy a homlok rekonstrukciója, az állkapocs- és állcsontműtétek, az orrplasztika, a zygomaticus méretének csökkentése, valamint a derék lipoplasztikája. Transzférfiak részére ádámcsutka implantátum, állkapocs- és arcrekonstrukciós eljárások, valamint a homlok- és az orrplasztika lehetősége is elérhető.

## 4.2.5.) Farmakológia

***A hormonterápia kritériumai megegyeznek a magyarországi műtéti eljárások kritériumaival:***

1. Tartósan fennálló, dokumentált, diagnosztizált nemi inkongruencia (konzultáció klinikai pszichológussal);
2. Teljesen megalapozott döntéshozatal és a kezeléshez való hozzájárulás képesség;
3. Nagykorúság;
4. Bármely orvosi ellenjavallat kizárása: hormonális, genetikai és anatómiai státusz vizsgálata (ha jelentős orvosi vagy mentális egészséggel kapcsolatos aggályok merülnek fel, azokat megfelelően kontrollálni kell).

A WHO és a WPATH véleménye szerint a megfelelő kulturális kompetenciával rendelkező mentálhigiénés szakemberek ajánlása szükséges a terápia megkezdéséhez. A fenti szervezetek javasolják továbbá: 1) pszichoterápiás munka folytatását a kezelést megelőzően, amelynek időtartamát a mentálhigiénés szakembernek kell meghatároznia (általában 3 hónap); vagy 2) 12 hónap időtartamig a nemi identitásukkal egyező nemi szerepek életvitelszerű megélése, tapasztalatszerzés és társas alkalmazkodás céljából. A betegközpontú megközelítés szerint ugyanakkor, a páciens akaratának és ágenciájának tiszteletben tartása mellett, pszichológiai tanácsadás csak akkor szükséges, ha a beteg azt a kezelésről, annak előnyeiről és mellékhatásairól kapott részletes és körültekintő tájékoztatást követően igényli.

A betegeknek fontos megfelelő ismeretekkel rendelkezniük a hormonterápia hatásairól és mellékhatásairól, valamint a kezelés várható prognózisáról ahhoz, hogy tájékozott beleegyezéssel tudják megkezdeni a kezelést.

### 4.2.5.a) Hormonterápiás lehetőségek transznők számára (male to female, MTF)

Az ***ösztrogén*** rendelkezik az egyik legjelentősebb hatással a nők fizikális és érzelmi jellemzőire. Alkalmazható per os, injekciós formában vagy lokálisan (gél, spray vagy tapasz).

A ***tesztoszteron blokkolók*** vagy antiandrogének olyan gyógyszerek vagy hormonok, amelyek antagonizálják vagy blokkolják a tesztoszteront. A leggyakoribb ilyen készítmény a spironolakton, amely csökkenti a tesztoszteron termelését és gátolja annak működését. Mivel a spironolakton hatással van a vízháztartásra, ezért fontos felhívni a páciens figyelmét a folyadékbevitel jelentőségére és a hidratáltság fenntartására, és amennyiben szükséges, rendszeresen ellenőrizni kell a betegek káliumszintjét. A spironolakton leggyakoribb mellékhatásai a túlzott vizelés és a szédülés.

A ***gonadotropin-felszabadító hormon*** (GnRH) analógok (pl. Leuprolid) tesztoszteron blokkolóként is alkalmazhatók, amennyiben a beteg valamiért nem tolerálja a spironolaktont. A GnRH analógok nagyon drágák, de általában jobban tolerálhatók. Alkalmazhatók injekciós formában vagy orrsprayként.



A ***finasterid és a dutasterid*** spironolakton vagy a GnRH analógok ellenjavallata esetén alkalmazható antiandrogének.

A ***progeszteron*** szintén használható részleges tesztoszteron blokkolóként, ha más gyógyszerek nem alkalmazhatók, vagy hatástalannak bizonyultak. Ugyanakkor gyakori mellékhatásként szorongás, depresszió, ingerlékenység, súlygyarapodás és magas koleszterinszint léphet fel.

***A hormonterápia ajánlott szokásos adagjai***

1. *Anti-androgének:*
   - Spironolactone, 100 – 200 mg/nap (400 mg-ig)
   - Cyproterone acetate, 50–100mg/nap
   - GnRH agonisták, 3.75 mg subcután havonta
2. *Orális ösztrogének:*
   - Konjugált ösztrogén , 2.5–7.5mg/nap
   - 17-beta ösztradiol, 2–6mg/nap
3. *Parenterális ösztrogén:*
   - Ösztradiol valerát, 5–20mg i.m./ két hetente vagy ösztradiol-cipionát 2–10mg i.m./ hetente
4. *Transdermális ösztrogének:*
   - Estradiol tapasz, 0.1–0.4mg/2x hetente

***Utánkövetési ajánlások transznők (MtF) hormonterápiája esetén***

- Az első évben 3 havonta, majd 6–12 havonta kontrollvizsgálat.
- Rendszeres szérum tesztoszteron és ösztradiol mérés (tesztoszteron 30 - 100 ng / dl; ösztradiol 100-200 pg / ml).
- Prolaktin és a trigliceridek vizsgálata a hormonkezelés megkezdése előtt és a kontrollvizsgálatok során.
- Káliumszint monitorozása, ha a beteg spironolaktont szed.
- Májfunkciós értékek ellenőrzése 6-12 havonta.
- Az osteoporosis kockázatának kitett betegeknél a hormonkezelés megkezdése előtt ajánlott a csontásványi sűrűségmérést végezni. Rutinszerű szűrővizsgálat 60 éves kort követően javasolt, alacsony nemi hormon szintek mellett korábban.
- Rendszeres emlő- és prosztataszűrés ajánlott.

(Tomlins 2019; WPATH – SOC7 2012; Gardner and Safer 2013; Unger 2016; Weyers et al. 2010; Gooren and Morgentaler 2014; NHS 2019b)

### 4.2.5.b) Hormonterápiás lehetőségek transzférfiak számára (female-to-male, FTM)

A ***tesztoszteronkezelést*** általában (szubkután vagy intramuszkuláris) injekciókkal alkalmazzák, de kapható per os, lokális (gél vagy tapasz) vagy subcután pellet formájában is. A tesztoszteron mellékhatásként magas vérnyomást, ingerlékenységet, puffadást vagy kismedencei görcsöket okozhat. A magas tesztoszteronszint továbbá magas ösztrogénszintet provokálhat, így menstruációs vérzést válthat ki.

A ***progesztagének*** kiegészítő terápiaként alkalmazhatóak a tesztoszteronszint optimalizálása után, a menstruáció visszaszorítása érdekében. A progesztagének szintén okozhatnak hangulatzavart, továbbá fáradtságot és szedációt, achne-t és előnytelen hatással lehetnek a csontok anyagcsereháztartására.

***A hormonterápia ajánlott szokásos adagjai***

1. *Orális*
   - Tesztoszteron undecanoate, 160–240mg/nap
2. *Parenterális (intramusculáris vagy subcután)*
   - Tesztoszteron enanthate 50-200mg / hetente vagy 100–200mg / kéthetente
   - Tesztoszteron cypionate 50-200mg / hetente vagy 100–200mg / kéthetente
   Tesztoszteron undecanoate 1000 mg / 12 hetente

3. *Transdermally*
   - Tesztoszteron 1% gél 2.5 – 10 g/nap
   - Tesztoszteron tapasz 2.5 – 7.5 mg/nap

***Utánkövetési ajánlások transzférfiak (FtM) hormonterápiája esetén***

- Az első évben 3 havonta, majd 6–12 havonta kontrollvizsgálat szükséges.
- Szérum tesztoszteron ellenőrzése a kontrollvizsgálatok során (célérték 300 - 1000 ng / dl). A parenterális tesztoszteron legmagasabb szérumszintje az injekció beadása után 24–48 órával mérhető.
- Hematokrit és a lipidprofil ellenőrzése a hormonkezelés megkezdése előtt és a kontrollvizsgálatok során.
- Az első 6 hónapban folyamatosan, majd azt követően a méhvérzés megszűnéséig szérum ösztradiol szint kontrollálása.
- Az osteoporosis kockázatának kitett betegeknél a hormonkezelés megkezdése előtt javasolt a csontsűrűség mérés. Később rutinszerű szűrővizsgálat javasolt, 60 éves életkort követően, alacsony hormonszintek esetén korábban
- A májfunkciók monitorozása 6-12 havonta.
- FTM betegek rendszeres szűrése ajánlott méhnyakrák és emlőtumor irányába.

(Tomlins 2019; WPATH – SOC7 2012; Carswell and Roberts 2017; Gardner and Safer 2013; Unger 2016; Weyers et al. 2010; NHS 2019b)

## 4.2.5.b) Pubertásblokkolók

A Tanner skála második vagy harmadik stádiumába érő transz gyermekek számára rendelkezésre állnak ***GnRH-analógok*** a másodlagos nemi jellemzők kialakulásának késleltetésére, és a pubertás reverzibilis és ideiglenes felfüggesztésére (WPATH - SOC7, 2012). A GnRh analógok gátolják az agyalapi mirigy szekrécióját, ezért ideiglenesen blokkolják a nemi hormonok (ösztrogén és tesztoszteron) szekrécióját. Ezeket a készítményeket néha „pubertásblokkolóknak" nevezik, mert megakadályozzák az elsődleges és másodlagos nemi jellemzők további fejlődését. Azoknál a serdülőknél, akik számára férfi nemet jelöltek ki születéskor, a GnRH-analógok csökkentik az arc- és testszőrzet növekedését, gátolják a hang elmélyülését és a külső nemi szervek (pénisz és herék) növekedését. Azoknál a fiataloknál, akiknek születéskor női nemet jelöltek ki, a kezelés késlelteti a menarche-t, amenorrhoea-t provokál és gátolja a mellek növekedését.

A pubertáskori testi változások, a megváltozott test tapasztalata jelentős szorongást okozhat a nem cisznemű fiatalok számára. A transz fiatalok öngyilkossági aránya nagyon magas, és még magasabb azok körében, akiktől megtagadták a pubertásblokkolók lehetőségét (Cohen-Kettenis, Delemarre-van de Waal és Gooren, 2008; WPATH - SOC7, 2012). A pubertásblokkolók javíthatják a serdülő transz fiatalok közérzetét, és csökkenthetik a depresszió, a szorongás és az önsértés vagy öngyilkosság kockázatát (Cohen-Kettenis, Delemarre-van de Waal és Gooren, 2008).

A pubertásblokkolók alkalmazásához - azokban az országokban, ahol a kezelés rendelkezésre áll - a betegeknek hosszútávú és intenzív nemi nonkomformitást vagy nemi diszfóriát kell mutatniuk, amely súlyosbodik a pubertás beálltával (A WPATH által javasolt kritériumokkal kapcsolatos részletes információkért lásd az „5. fejezet – LMBTI ellátás specifikus kérdései" részben)

A pubertásblokkoló terápiát általában 12-13 éves korban kezdik, és a gyógyszeres kezelés 2-3 évig fenntartható. Amikor a gyermek elérte az orvosi beleegyezés korát, lehetősége van további beavatkozásokra. A GnRH analóg kezeléseket depóinjekcióként (havonta vagy háromhavonta alkalmaza), bőr alá juttatható pelletként vagy implantátumként adják (az implantátumokat évente szükséges cserélni)( WPATH - SOC7, 2012). A pubertásblokkoló terápiában részesülő gyermekeket rendszeresen ellenőrizni kell a hatékonyság és a mellékhatások szempontjából, például testmagasság és csontsűrűség. A pubertásblokkolók mellékhatásai rövid távon duzzanatokat, súlygyarapodást, hőhullámokat, fejfájást, míg hosszú távon csontsűrűség eltéréseket és termékenységi nehézségeket okozhatnak (WPATH - SOC7, 2012; Cohen-Kettenis, Delemarre-van de Waal és Gooren, 2008).

Számos érv és ellenérv szól az orvosi körökben a pubertásblokkolók mellett és ellen, és a beavatkozás jelenleg csak néhány országban elérhető (Giovanardi 2017).

## 4.2.5.c) Interszex személyek hormonterápiája

Az interszex személyek hormonterápiája magában foglalhatja az mineralokortikoid és glükokortikoid szubsztitúciót (CAH esetén) és/vagy a szexuálszteroidpótlást, ha azok termelődése zavart a gonadectomiát követően. Kétoldali gonadectomia esetén a HRT elengedhetetlen az eltávolított gonadális szövet hormontermelésének helyettesítésére, így az epifízis fugák megfelelő záródása, a szexuális fejlődés, a pszichológiai, kapcsolati és szexuális jóllét biztosítása, valamint a hipogonadizmus mellékhatásainak megelőzése érdekében. A HRT interszex variációk esetén életkoronként és a beteg igénye szerint változhat.

***•Az AIS betegek klasszikus hormonpótló terápiája***

Gyerekek szokásos hormonterápiája: orális etinilösztradiol 2,5–5 µg / nap vagy 50–100 ng / kg / nap, lassan növelve 6 havonta, amíg el nem éri a felnőtt dózist: 20–25 µg / nap.

Felnőttek szokásos hormonterápiája: 20–25 µg / nap etinilösztradiol per os; 2 mg ösztradiol-valerát per os; 0,625 mg konjugált lóösztrogén per os; napi 50 µg ösztradiol transzdermálisan; 50g ösztradiol implantátum félévente ; 250 mg vegyes tesztoszteron-észterek (Sustanon), 4 hetente.

(Lanciotti, Cofini, Leonardi, Bertozzi, Penta, és Esposito, 2019; Han, Goswami, Trikudanathan, Creighton, és Conway, 2008; Huang, Wang és Tian, 2017; Auchus 2010)

Néhány tanulmány megemlíti az ösztrogénterápia melletti tesztoszteron terápia pozitív hatását a CAIS-betegek szexuális vágyára.)

***HRT terápia kongenitális adrenális hiperplázia (CAH) esetén***

Gyerekek szokásos hormonterápiája: 10-15 mg / m2 / nap hidrokortizon 3 adagra osztva; 2–4 mg / m2 / nap prednizolon (a hidrokortizon dózisának egyötöd része) 2 adagra osztva 0,25–0,375 mg / m2 / nap dexametazon naponta egyszer (glükokortikoid helyettesítésre); 0,05–0,2 mg / nap fludrokortizon (mineralokortikoid pótláshoz) (Warne, Grover és Zajac, 2005).

Felnőttek szokásos hormonterápiája: reggel 15–20 mg, ebéd után 5–10 mg hidrokortizon (glükokortikoid helyettesítésre); 0,05–0,2 mg / nap, fludrokortizon-acetát (mineralokortikoid pótláshoz) (Auchus 2010; Warne, Grover és Zajac, 2005).

Androgén túlsúlyban szenvedő nőknél vagy a teherbeesés támogatására más terápiás lehetőséget kell megfontolni.

A sóháztartás zavara miatt rendszeres vérnyomásmérés, orthostasis vizsgálat (ülő és álló helyzetben is ellenőzött vérnyomás), szérum elektrolit szint ellenőrzése (kálium koncentráció), valamint plazma renin aktivitás vagy közvetlen renin szint mérése javasolt.

***Hormonterápia kromoszóma variációk esetén***

A gonadectomiát követő hormonterápia méhvel rendelkező páciensek esetén Huangban és kollégáinak tanulmánya szerint napi 2 mg orális ösztradiolt napi 2 mg-os és 10 mg didrogeszteron adása javasolt havonta, 14 napig a műtétet és az adjuváns kemoterápiát követően, míg a méh nél-

küli betegeknél napi ösztradiol monoterápia (2 mg) alkalmazandó (Huang, Wang és Tian, 2017).

Klinefelter-szindrómában az androgén hormonterápia elősegítheti a testzsír átlagoshoz hasonló eloszlását, valamint az agy fejlődését, ami jobb kognitív és pszichoszociális fejlődést jelent (Tartaglia, Howell, Davis. Kowal, Tanda, Brown, Boada, Alston, Crawford, Thompson, van Rijn, Wilson, Janusz és Ross, 2020).

Mivel az X-triszómia esetén jellemzően alacsony ösztrogénszint áll fent, így megfontolandó a hormonpótlás alkalmazása esetükben, hiszen az ösztrogén fontos szerepet játszik a csontok és a szívérrendszer egészségében, ezért az "EXtraordinarY Babies" projekt vizsgálja majd a korai hormonterápia lehetséges előnyeit (Tartaglia, Howell, Davis. Kowal, Tanda, Brown, Boada, Alston, Crawford, Thompson, van Rijn, Wilson, Janusz és Ross, 2020). Tartaglia és munkatársai mindazonáltal kiemelik, hogy longitudinális vizsgálatok és kromoszómarendellenességek irányába folytatott rutin szűrővizsgálatok volnának szükségesek ahhoz, hogy releváns információink legyenek a kromoszómavariációval rendelkezők teljes populációjáról, és ne csak azokról, akik valamilyen egészségi problémával küzdenek (Tartaglia, Howell, Davis. Kowal, Tanda, Brown, Boada, Alston, Crawford, Thompson, van Rijn, Wilson, Janusz és Ross, 2020).

### 4.2.5.d) A hormonterápiák kockázatai és mellékhatásai

***Fontos érdeklődnünk arról, hogy beteg igényli-e a reproduktív funkciókra vonatkozó terápiás hatások megvitatását a hormonterápiával összefüggésben,*** mivel a hormonok hosszútávú alkalmazása csökkenheti a termékenységet és növelheti a tartós meddőség kockázatát. Ha a beteg szeretné, lehetőséget kell biztosítani számára egészséges ivarsejtek megőrzésére (spermiumok, érett petesejtek vagy embriók krioprezerválására) a hormonterápia megkezdése előtt. A hormonterápia miatt egyes betegeknél csökkenhet a libidó (erektilis funkció és ejakuláció jelentkezhet a penectomia előtti időszakban). Fontos kiemelni azt is, hogy bár a tesztoszteron csökkenti a termékenységet, ha a méh és a petefészkek épek, fennáll a teherbeesés esélye, ezért szükség esetén gondoskodni kell a megfelelő fogamzásgátló eszközökről (óvszer vagy IUD), amennyiben a beteg meg akarja előzni a terherbeesést.

***A tesztoszteron-blokkolók, a progeszteron, az ösztrogének és a GnRH analógok kockázatai és mellékhatásai***

- Vénás thromboemboliás események (mélyvénás trombózis, tüdőembólia)
  - Különösen más kockázati tényezők (40 év feleti életkor, ülőmunka, elhízás, véralvadási zavarok, dohányzás) együttállása esetén
  - A progesztinek harmadik generációja tovább növeli a kockázatot
  - Az ösztrogén transzdermális alkalmazása csökkenti a tromboembólia kockázatát
- Trigliceridémia (HDL-koleszterin, az LDL-koleszterin és a lipoprotein szintjének befolyásolása)
- A cholelitiasis és a hasnyálmirigy-gyulladás kockázatának növekedése
- Súlygyarapodás
- Emelkedett májfunkciós értékek
- Csökkent libidó
- Merevedési zavar
- Meddőség
- Hyperkalemia
- Hypertónia (az ösztrogén emelkedik, míg a spironolakton csökkenti a vérnyomást)
- 2-es típusú cukorbetegség (NIDDM) (különösen azoknál a betegeknél, akiknél a családi anamnézisben cukorbetegség vagy más kockázati tényező szerepel)
- Fokozott kardiovaszkuláris kockázat (ha további kockázati tényezők vannak jelen)
- Hyperprolactinemia, prolactinoma



- A jelenlegi vizsgálatok azt mutatják, hogy nem áll fenn az emlőtumor megnövekedett kockázata, bár a feminizáló hormonok hosszabb időtartamú expozíciója (azaz az ösztrogénkészítményeket szedő évek száma), az emlőtumor családi halmozódása, az elhízás (BMI> 35) és a progesztinek használata valószínűleg fokozzák a tumorrizikót.
- A prosztatarák megnövekedett kockázata

(Lawrence 2007; Cohen-Kettenis, Delemarre-van de Waal and Gooren 2008; Weyers et al. 2010)

***A progesztogének és a tesztoszteron kockázatai és mellékhatásai***

- Polycythemia
- Súlygyarapodás
- Pattanások és férfias kopaszodás
- Alvási apnoe
- Emelkedett májfunkciós értékek
- Dyslipidemia – csökkent HDL, emelkedett LDL és trigliceridéket (különösen a PCOS együttes fennálásakor)
- Növeli a hipomániás, mániás vagy pszichotikus tünetek kockázatát
- Magas vérnyomás
- 2-es típusú cukorbetegség (NIDDM) (ha további kockázati tényezők vannak jelen)
- Szív- és érrendszeri betegségek (ha további kockázati tényezők: súlygyarapodás, családtörténet és policisztás petefészek-szindróma vannak jelen)
- A vizsgálatok eredményei azt mutatják, hogy az emlőtumor vagy a méhnyakrák kockázata nem növekszik.
- Növelheti a petefészek és a méhtumor kockázatát

(Feldman and Safer 2009, Weyers et al. 2010; Lawrence 2007)

## 4.2.6) Szexuális úton terjedő betegségek (STD)

A szexuális úton terjedő betegségek megvitatása során gyakran az MSM („férfiak, akik férfiakkal élnek nemi életet") és a WSW („nők, akik nőkkel élnek nemi életet") kifejezések beszédesebbek, mint az identitások, hiszen pontosabban kapcsolhatók a szexuális tevékenységhez. A HIV és az STD által az LMBTI közösségen belül leginkább az MSM férfiak és transznemű nők érintettek, de minden szexuálisan aktív ember számára fennáll az STDk-kel való fertőződés kockázata. A kockázati magatartást nem a szexuális orientáció, vagy a nemi identitás, hanem a védekezés nélküli közösülés, a szexmunka, a kábítószer általi vagy alkoholos befolyásoltság mellett folytatott szexuális aktivitás, valamint több vagy ismeretlen partner jelentik.

### 4.2.6.a) HIV és szerzett immunhiányos tünetegyüttes (AIDS)

A fertőzést okozó ágens a humán immundeficiencia vírus (HIV), amely a retrovírusok családjába tartozik és két típusa ismert a HIV-1 és a HIV-2. Hasonló epidemiológiai tulajdonságokkal rendelkeznek, a HIV-2 vírus patogenitása némileg alacsonyabb. A fejlett országokban jellemzően a HIV-1 okozza a fertőzések többségét.

A fertőzésátvitel emberek között nem biztonságos szexuális kapcsolat, testnedvek sérült bőrrel vagy nyálkahártyával való érintkezése, vértranszfúzió és intravénás kábítószerhasználat által valósulhat meg, továbbá magas vírusszám esetén az anyatejjel is lehetséges.

Az inkubációs időszak nagy változatosságot mutat, átlagosan 1-3 hónapot követően mutathatóak ki a vírust jelző antitestek. Hetekkel vagy hónapokkal később a HIV fertőzött személy mononucleosis fertőzésre, vagy infuenzára hajazó tüneteket

mutathat (felsőlégúti hurut, láz, fáradékonyság, izom és izületi fájdalom, kiütések, nyirokcsomó duzzanat testszerte), amelyek néhány hétig állnak fenn. A panaszokat követően hónapokig vagy évekig tartó panaszmentes időszak állhat fenn az újabb klinikai manifesztáció előtt. A kezeletlen HIV fertőzés progrediációja során opportunista fertőzések és változatos tumoros megbetegedések jelentkezhetnek, végül a betegség eljuthat a szerzettimmunhiányos tünetegyüttes (acquired immune deficiency syndrome, AIDS) stádiumáig. Az AIDS diagnóziásának kritériuma a 200 sejt/µL alatti CD4+ T sejtszám, vagy a specifikus HIV aszszociált fertőzések megjelenése (pneumocystis pneumonia, kiterjedt candidiasis, tuberculosis, cryptococcus meningitis toxoplasmosis or cytomegalovirus fertőzés). Az AIDS-hez kapcsolódó tumoros megbetegedések jellemzően a Kaposi sarcoma, a Hodgkin és Non-Hodgkin lymphoma, a primer központi idegrendszeri lymphoma-k és a méhnyakrák.

A megfelelő antiretrovírusterápia (ART) alkalmas a virus kordában tartására, valamint az átviteli rizikó csökkentésére. Azok a HIV fertőzöttek, aki hatékony antiretrovírusterápiában részesülnek és vírusszámuk nem detektálható 6 hónapon keresztül, nem jelentenek fertőzésveszélyt partnerükre (Röviden undetectable=untransmittable' (U=U) hivatkozik erre az angol nyelvű szakirodalom).

A megfelelő és következetes óvszerhasználat hatékonyan csökkenti a HIV átvitelt. Bizonyos körülmények között megfontolandó a pre- és posztexpozíciós profilaxis lehetősége. A posztexpozíciós profilaxis (PEP), tehát a rövidtávú antiretrovírus terápia, hatákonynak bizonyult a HIV virus átvitelének megakadályozásában a potenciális expozíciót követően is.

A pre-expozíciós profilaxis (PreP) szintén elérhető azok számára, akik magas kockázatnak vannak kitéve HIV szempontjából. A HIV negatív személy napiszintű, az előírásnak megfelelően alkalmazott antiretrovírus terápiája szintén hatékonyan megelőzi a HIV átvitelt (Chou et al. 2019).

A szexuálisan aktív, magas kockázati csoportú (chemsex-et folytató, számos és ismeretlen partnerrel szexuális kapcsolatot folytató, szexmunkát végző, intravénás kábítószerhasználó) MSM férfiak számára javasolt a 3-6 havonta HIV szűrésen részt venni, magas kockázat nélkül is megfontolandó az évenkénti szűrés. Szexuálisan aktív transz személyeknél szintén javasolt a rendszeres szűrés, amennyiben magas rizikójú csoportba tartoznak (Becasen et al. 2019). Nők esetén a HIV átviteli rizikó alacsonyabb, ugyanakkor ők is érintettek lehetnek, főleg, ha kockázatot jelentő szexuális magatartást folytatnak. Érdemes tehát a felhívni minden beteg figyelmét a szűrővizsgálatok jelentőségére és a fertőzésátvitel szempontjából kockázatos magatartási formákat megvitatni a beteginterjú szexuális egészséggel foglalkozó részében szexuálisan aktív betegeinkkel orientációtól, nemi identitástól és nemi jellemzőktől függetlenül.

Az észlelt eseteket jelenteni kell a megfelelő, lokális, egészségügyi szerv felé (Magyarországon a Nemzeti Népegészségügyi Körpont felé), mivel a fertőzés fennállása megköveteli a kontaktkutatást. Mivel erős stigma övezi továbbra is a HIV fertőzötteket, így kifejezetten fontos a beteg adatainak védelme és a titoktartás.

### 4.2.6.b) Humán papillomavirus (HPV) fertőzés

A humán papillomavírus (HPV) a papillomavírusok családjába tartozó DNS vírus. Megközelítőleg 100 különböző HPV típust ismerünk, amelyek közül 14-et sorolunk a magas kockázatú csoportba. A magas kockázati csoportúak magas karcinogén potenciállal rendelkeznek, tehát fokozzák a méhnyak, pénisz, vulva, vaginális és oropharingeális tumorok megjelenésének rizikóját. Az alacsony rizikójúak fertőzés esetén genitális (condyloma acuminatum) és kiújuló respiratórikus szemölcsöket okoznak.

A HPV átvitele direkt kontaktus útján történik az anogenitális régió bőrének vagy mucosus membránnak testnedvvekkel való érintkezése során, így orális, vaginális és anális szex közben is átvihetőek. A HPV fertőzések a leggyakoribb STD-k, közel minden ember átesik az élete során HPV fertőzésen. Jellemzően az esetek 90%-a tünetmentesen zajlik és 2 év alatt spontán megoldódik. Néhány esetben ugyanakkor, különösen a magas kockázatú törzsek által okozott fertőzések esetén, fennáll a cervicalis dysplasia vagy neoplasia, így a méhnyaktumor kialakulásának rizikója. Az analis régióban a magas kockázatú törzsek intraepiteliális neoplasiat okozhatnak (AIN), amely az analis tumorok egyik rákmegelőző állapota.

A latexbarrierek használata hatékonyan csökkenti a HPV átviteli kockázatát, de nem tudja teljesen eliminálni, mivel transzmisszió rizikója bőr-bőr kontaktus (tehát az latex által nem fedett bőrfelületek érintkezése) során is fennáll. Hatékony védelmet jelent továbbá az immunizáció, ami kampányoltásként elérhető Magyarországon is a 11-12 éves lányok számára. Az immunizáció megfontolandó ugyanakkor nemtől függetlenül a szexuális aktivitás megkezdése előtt. Magyarországon a Gardasil 9, Silgard, Cervarix vakcinák elérhetőek, előbbi a 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58, a 4 komponensű, a 6, 11, 16, 18, míg a két komponenű a 16, 18 törzseket tartalmazzák.

### 4.2.6.c) Hepatitis-A-vírusfertőzés

A hepatitis-A-vírus egy akut vírushepatitist okozó csupasz RNS vírus. A HAV fertőzés nem klasszikus szexuális útontörténő fertőzés, de előfordulnak HAV fertőzéshullámok az MSM populációban (ECDC 2019).

A hepatitis A fertőzés feco-orálisan alakul ki, és kifejezetten ritka a vér útján történő fertőződés. A fejlődő országokban jelent leginkább problémát, a fejlett országokban ugyanis alacsony az előfordulása, bár alkalmanként előfordul a fellángolása. Az inkubációs periódusa 30 nap, ezt követően jelentkeznek a panaszok: láz, rossz közérzet, fogyás, hányinger, hasi diszkomfort, majd néhány nappal később a sárgaság. Akut májelégtelenség ritkán jelentkezik. A betegség klinikai manifesztációja általában 8 hétig tart és nagyon ritkán haladja mega 6 hónapot, krónikus hepatitis-A-fertőzésről nincs tudomásunk.

Fontos a megfelelő higiénés előírások betartása a megelőzés szempotjából – főként az étkezéssel kapcsolatban –, rendelkezésünkre áll továbbá hatákony immunizációs eljárás HAV fertőzés megelőzésére, ami ajánlott lehet MSM férfiak számára. Hazánkban Ambirix, Twinrix és Havrix oltások elérhetőek. Az észlelt fertőzéseket HAV virus estén is kötelezően jelenteni kell a megfelelő szerv felé.

### 4.2.6.d) Hepatitis-B-vírusfertőzés

A hepatitis-B-vírus egy DNS virus. Az átviteli módok között vérrel-vérplazmával való érintkezés (pl. transzfúzió, intravénás kábítószerhasználat), szexuális úton történő fertőződés állnak. A fejlett országokban alacsony (20% alatti) az élethosszig tartó fertőződésveszély, a legtöbb eset a felnőtt populáció körében alakul ki szexuális úton és intravénás kábítószerhasználat következtében.

A felnőtt fertőzöttek közel 50%-a akut szakaszban teljesen panaszmentes. Az inkubációs időszakot (60-90 nap) követően először jellemzően az aspecifikus tünetek jelentkeznek (levertség, láz, fejfájás, izomfájdalom), amelyek 3-10 napig állnak fent. Ezt követi az icterusos szakasz, amely jellemzően 1-3 hétig tart és sárgasággal, világosszürke széklettel, májkörnyéki érzékenységgel és hepatomegáliával járhat. Az ezt követő konvalescens szakasz hónapokig fennállhat. Krónikus hepatiti-B-fertőzés az esetek 10%-ában

alakul ki, de nagymértékben fokozza a cirrózis és a hepatocelluláris carcinoma rizikóját.

A hepatiti-B-fertőzés megelőzésére alkalmas a latex barrierek használata. A hepatitis-B-oltás hatékony megelőzési lehetőséget jelent HBV szempontjából. Magyarországon az életkorhoz kötött kötelező oltási sor része 1999 óta, 8. osztályos tanulók körében, kötelező oltás továbbá némely szakma betöltése esetén. Bár expozíciót követően rendelkezésünkre áll specifikus HVB immunoglobulin készítmény, javasolt lehet fennálló HBV rizikó esetén a rendszeres HBV szűrés HBsAg szint méréssel, valamint az oltással történő immunizálás.

A HBV fertőzés szintén a jelentendő fertőzések közé tartozik, így kötelező az észlelt eseteket a megfelelő szerv felé jelezni.

### 4.2.6.e) Hepatitis-C-vírusfertőzés

A hepatitis-C-vírusfertőzés kórokozója egy burkolt, egyszálú RSN vírus (HCV). Leginkább intravénás kábítószerhasználat, vérátömlesztés és szexuális átvitel útján fertőz. Magas a fertőzésátvitel rizikója latex barrier nélkül folytatott anális közösülés esetén, kifejezetten, ha egyéb STD vagy HIV fertőzés párhuzamosan fennáll.

Európában a krónikus hepatitis-C-fertőzések a populáció 0,5%-3%-át érintik. Akut HCV fertőzés tünetei a fertőzöttek 20-30%-ában jelentkeznek, 6-9 héttel a virus akvirálását követően. Az első tünetek jellemzően fáradtság, hányinger, hányás, láz, izom és izületi fájdalom, hasi fájdalom, étvágycsökkenés, testsúlycsökkenés, sárgaság, sötét vizelet, világosszürke széklet. A betegek körülbelül 80%-ánál alakul ki idült fertőzés, amely évek alatt cirrhosis-sá és hepatocelluláris carcinoma-vá progrediálhat. A HCV-fertőzés inkább válik krónikussá HIV fertőzés jelenlétében, ezért a HIV fertőzöttek körében, ezért célszerű évenként tesztelni HCV irányába a HIV rizikócsoportba tartozó személyeket.

Hepatitis-C-vírusfertőzés ellenes védőoltás még nem áll rendelkezésünkre, a latex barrierek használata javasolt HCV átvitel megelőzése érdekében. Az észlelt fertőzést jelenteni kell az egészségügyi hatóságnál.

### 4.2.6.f) Anogenitális herpes

Az anogenitális herpeszfertőzésekért a herpes simplex vírusok (HSV-1 és HSV-2) felelnek. Bár az anogenitális régió herpeszfertőzése elsősorban HSV-2 vírus esetén jellemző, a HSV-1 is okozhat genitális fertőzést.

A genitális herpes gyakori STD a felnőttek körében. A legtöbb fertőzött nem genitális tüneteket produkál, 25%-uknál jelennek meg visszatérő genitális ulcerációk. Az első fertőződés teljesen észrevétlen maradhat, 10%-ban alakul ki nyilvánvaló megbetegedés hetekig tartó lázzal, gyengeséggel, valamint herpesre jellemző vesiculákkal a vulván, méhnyakon, glans penis-en, fitymán, ánuszon, rectumon. A visszatérő fekélyek általában a vulvát, a perineális bőrt, a combok belső felét és a feneket érintik, ugyanakkor egyéb perianalis vagy genitális területek, valamint a száj is érintettek lehetnek.

A herpes simplex terjedése a fertőzött személy bőrével vagy szekrétumával (hólyagbennékkel) való közvetlen érintkezés útján történik, általában orális szex, anális szex vagy hüvelyi közösülés útján. A latex barrierek használata csökkenti az átvitel kockázatát. A HSV-2 fertőzés növeli a HIV-fertőzésnek való kitettséget, továbbá a HSV-2 fertőzésben szenvedő HIV pozitívak nagyobb valószínűséggel adják tovább a HIV fertőzést. A HSV-2 az egyik leggyakoribb társfertőzés HIV esetén, a HIV pozitívak 60-90% -a érintett.

Rendelkezésünkre állnak az epizódok súlyosságának és gyakoriságának csökkentésére olyan vírusellenes gyógyszerek, mint az aciklovir, a famciklovir és a valaciklovir.



### 4.2.6.g) Gonorrhoea (gonococcus fertőzés; tripper; kankó)

A gonorrhoea a Neisseria gonorrhoeae baktérium által okozott szexuális úton terjedő fertőzés. A gonococcus a fertőzött személyek nyálkahártyájának váladékával terjed, így a hüvelyi, anális és orális szex közbeni szexuális tevékenység során átadható.

A gonococcus fertőzés első jele expozíciót követeően 2-7 nappal a húgycsőből ürülő gennyes váladék, valamint esetenként fájdalmas vizelés (dysuria). A gonorrhoea az esetek kis hányadában teljesen tünetmentes is lehet. A fertőzés másik formája a mucopurulens cervicitis, amely szintén lehet tünetmentes, de előfordulhat rendellenes hüvelyi váladékozás vagy vérzés is. 20% -ban a gonococcus fertőzés endometritishez, salpingitishez vagy kismedencegyulladáshoz (PID) vezethet, amely fokozza a későbbiekben a meddőség és az extrauterine graviditás kockázatát. Előfordulhat garat és anorectalis fertőzés is, amelyek gyakran tünetmentesek, esetenként viszketést, tenesmust (fájdalmas székelést) és váladékozást okozhatnak. Szisztémássá válása esetén disszeminált gonorrhoeás infekció (szepszis), arthritis, meningitis, pericraditis, myocarditis és szeptikus endocarditis is jelentkezhetnek.

A latex barrierek helyes és következetes használata csökkenti a gonococcus átvitel kockázatát. Szexuálisan aktív, rizikómagatartást folytató személyek esetén évente ajánlott a gonorrhoeaszűrés, a magas kockázatú személyek számára (chemsex, számos vagy ismeretlen partnerrel folytatott szex, szexmunka) 3-6 havonta. A szexuális expozíció helyétől függően szükséges a garat és a végbél vizsgálata.

A gonococcus fertőzés általában rövid antibiotikum-kezeléssel megoldható, bár a növekvő antibiotikum-rezisztencia aggodalomra ad okot. A regisztrált eseteket jelenteni kell a megfelelő egészségügyi hatóságnál, valamint szükséges kontaktuskutatás és a szexuális partnerek értesítése.

### 4.2.6.h) Syphilis (lues)

A szifilisz egy nemi úton terjedő bakteriális fertőzés, amelyet a Treponema pallidum okoz. Az átvitel módja közvetlen kapcsolat fertőzött személy bőrén és nyálkahártyáján található elváltozásokból származó váladékokkal orális, anális vagy hüvelyi érintkezés során. A transzplacentáris fertőzés veszélye is fennáll várandóság esetén.

Az elsődleges és másodlagos szifilisz előfordulásának növekedése jellemző az MSM férfiak körében, továbbá a szifilisz fertőzöttek becsült aránya is lényegesen magasabb az MSM populációban (de Voux et al. 2017).

A szifilisz fertőzés klinikailag elsőként egy maculopapulosus primer lézióval jár a behatolási kapunál (a fertőzés inkubációs ideje körülbelül 3 hét), majd 6-12 héttel az elsődleges tünetet követően jelennek meg a másodlagos, generalizált tünetek: a bőr és a nyálkahártyák kiütései, majd hosszú látencia periódust követően a bőr, a csont, a zsigerek, a központi idegrendszer és a szív- és érrendszer késői elváltozásai. Az elsődleges elváltozás (chancre vagy ulcus durum) az expozíció után körülbelül 3 héttel jelenik meg indurált, fájdalommentes, serosus váladékozó fekélyként a behatolási kapunak megfelelően. A fekély jelentkezhet a külső nemi szerveken, a hüvelyen, a végbélen, a végbélnyíláson, vagy az orális nyálkahártyán, vagy a száj körül. 4–6 hét múlva a chancre magától gyógyul és testszerte megjelennek az errupciók. A másodlagos tünetek is spontán megoldódnak heteken belül vagy néhány hónap alatt. A kezeletlen esetek ugyanakkor látens fertőzéssé válnak, amelyek éveken át tartanak, a fertőzöttek harmadánál tercier szifilisz alakul ki.

A latex barrier óvszer használata csökkenti a treponema átvitel kockázatát, de nem akadályozza meg teljesen, hiszen az átvitel az ulcus durummal való érintkezés során jön létre, amelyet elképzelhető, hogy nem fed a barrier.

Szexuálisan aktív, rizikómagatartást folytató személyek esetén évente ajánlott szifilisz szero-

lógia, míg a magas kockázatú személyek számára (chemsex, számos vagy ismeretlen partnerrel folytatott szex, szexmunka) 3-6 havonta szűrés javasolt. A veleszületett szifilisz megelőzhető a korai terhesség idején végzett szifilisz szerológia teszttel, amely a várandósgondozás rutinszerű része.

A szifilisz elsődleges kezelése nagy dózisú parenterális penicillin. A regisztrált eseteket jelenteni kell a helyi egészségügyi hatóságnál, valamint szükséges a kontaktok és a fertőzésforrás felkutatása.

### 4.2.6.i) Chlamydia fertőzés

Chlamydia fertőzést a Chlamydia trachomatis D-től K-ig terjedő típusai okozzák. Hüvelyi, anális és orális szexuális érintkezés útján terjedhet.

Chlamydialis genitális fertőzés elsődlegesen urethritis vagy méhnyak fekély képében jelentkezik. Az urethra fertőzését gyakran nehéz megkülönböztetni a gonococcus fertőzéstől, mivel tünetei hasonlóak, beleértve a váladékozást, a húgycső viszketését és a vizeléskor jelentkező égető érzést (dysuria). Tünetmentes fertőzés az esetek 1–25% -ában fordul elő. A húgycső fertőzésének lehetséges szövődményei lehetnek az epididymitis, a meddőség és a Reiter-szindróma.

A cervix fertőzésnél a klinikai megnyilvánulások hasonlóak lehetnek, mint gonorrhoea esetén: mucopurulens váladékozás, ödéma, erythem és az endocervicalis terület vérzékenysége, amelyek hátterében az endocervicalis epithelium gyulladása áll. A cervicalis chlamydia fertőzések akár 70% -a is tünetmentes lehet. A szövődmények között salpingitis, az endometrium és a petevezetékek gyulladása jelentkezhetnek, amelyek a későbbiekben meddőséghez vagy a méhen kívüli terhesség nagyobb rizikójához, esetleg krónikus kismedencei fájdalomhoz vezetnek. A tünetmentes krónikus fertőzések növelik a szövődmények kockázatát. Az endocervicalis chlamydiasis fokozza továbbá a HIV átviteli kockázatát.

Mivel a gonococcus és a chlamydia fertőzéseket nehéz a klinika kép alapján elkülöníteni, így fertőzésgyanú esetén érdemes mind a két kórokozót lefedő, rövid per os antibiotikum terápiát alkalmazni.

Az L1, L2 és L3 szerotípusok által okozott Lymphogranuloma venereum (LGV) a közelmúltban a proctitis egyik okozójaként jelent meg az MSM férfiak körében (de Vrieze és de Vries 2014).

A latex barrier használata csökkenti a chlamydia átvitel kockázatát. A chlamydiafertőzéses megbetegedéseket jelenteni kell a helyi egészségügyi hatóságnál, valamint szükséges a kontaktok és a fertőzésforrás felkutatása. A rendszeres szexpartnerek egyidejű kezelése ajánlott a ping-pong fertőzések megakadályozása érdekében.

Szexuálisan aktív MSM személyek esetén három területről javasolt mintavétel (a reggeli első vizelet, a garat és a végbél), nők esetén a hüvelyi mintavétel is javasolt. A chlamydia leginkább a szexuálisan legaktívabb 17-25 éves korosztály esetében a leggyakoribb, évenkénti szűrés indokolt lehet szexuálisan aktív személyek esetén, a magas kockázatú személyek számára 3-6 havonta célszerű szűrővizsgálaton részt venni.



# Bibliográfia


- Andersen, Judith P., & John, Blosnich. 2013. "Disparities in Adverse Childhood Experiences among Sexual Minority and Heterosexual Adults: *Results from a Multi-State Probability-Based Sample*" edited by L. Chao. PLoS ONE 8(1):e54691. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0054691
- Arcelus, Jon, Alex J. Mitchell, Jackie Wales & Søren Nielsen. 2011. "Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders: *A Meta-Analysis of 36 Studies*." Archives of General Psychiatry 68(7):724. https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74
- Ashworth, Alice. 2012. "Sexual orientation: a guide for the NHS". Stonewall Group. https://www.stonewall.org.uk/sites/default/files/stonewall-guide-for-the-nhs-web.pdf
- Austin, S. Bryn, Najat, J. Ziyadeh, Heather, L. Corliss, Margaret, Rosario, David, Wypij, Jess Haines, Carlos A. Camargo & Alison E. Field. 2009. "Sexual Orientation Disparities in Purging and Binge Eating From Early to Late Adolescence." *Journal of Adolescent Health,* 45(3):238–45. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.02.001
- Avila, Jonathan T., Neville, H. Golden, & Tandy, Aye. 2019. "Eating Disorder Screening in Transgender Youth." *Journal of Adolescent Health,* 65(6):815–17. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.06.011
- Babor, Thomas F. & John C. Higgins-Biddle. 2001. Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking (AUDIT) A Manual for Use in Primary Care. WHO/MSD/MSB/01.6b. World Health Organization.
- Banwari, G., Mistry K., Soni, A., Parikh, N. & Gandhi, H. 2015. Medical students and interns' knowledge about and attitude towards homosexuality. J Postgrad Med 61(2):95-100
- Barbara, A.M., Chaim, G. & Doctor, F. 2004. Asking the right questions, 2: talking about sexual orientation and gender identity in mental health, counselling, and addiction settings. Toronto (ON): Centre for Addiction and Mental Health.
- Beach, Lauren B., Tom, A. Elasy, & Gilbert Gonzales. 2018. "Prevalence of Self-Reported Diabetes by Sexual Orientation: *Results from the 2014 Behavioral Risk Factor Surveillance System.*" LGBT Health 5(2):121–30. https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0091
- Becasen, Jeffrey S., Christa L. Denard, Mary M. Mullins, Darrel H. Higa, and Theresa Ann Sipe. 2019. "Estimating the Prevalence of HIV and Sexual Behaviors Among the US Transgender Population: A Systematic Review and Meta-Analysis, 2006–2017." American Journal of Public Health 109(1):e1–8. https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304727
- Beren, Susan E., Helen, A. Hayden, Denise, E. Wilfley & Carlos M. Grilo. 1996. "The Influence of Sexual Orientation on Body Dissatisfaction in Adult Men and Women." *The International Journal of Eating Disorders,* 20(2):135–41. https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199609)20:2<135::AID-EAT3>3.0.CO;2-H
- Berger, I. & Mooney-Somers, J. 2016. "Smoking Cessation Programs for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Intersex People: *A Content-Based Systematic Review." Nicotine & Tobacco Research,* ntw216. https://doi.org/10.1093/ntr/ntw216
- Boehmer, U., Miao, X., Maxwell, N.I., & Ozonoff, A. 2014. "Sexual Minority Population Density and Incidence of Lung, Colorectal and Female Breast Cancer in California." BMJ Open 4(3):e004461. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004461
- Boehmer, U., Ozonoff, A., & Miao, X. 2011. "An Ecological Analysis of Colorectal Cancer Incidence and Mortality: Differences by Sexual Orientation." BMC Cancer 11(1):400. https://doi.org/10.1186/1471-2407-11-400

- Bradford, J.B., Cahill, S., Grasso C., & Makadon, H.J 2012. How to gather data on sexual orientation and gender identity in clinical settings. The Fenway Institute. https://fenwayhealth.org/wp-content/uploads/2015/09/Policy_Brief_HowtoGather..._v3_01.09.12.pdf
- Branstetter, A.J., McRee A.L. & Reiter, P.L. 2017. "Correlates of Human Papillomavirus Infection Among a National Sample of Sexual Minority Women." Journal of Women's Health 26(9):1004–11. https://doi.org/10.1089/jwh.2016.6177
- Bränström, R. 2017. "Minority Stress Factors as Mediators of Sexual Orientation Disparities in Mental Health Treatment: A Longitudinal Population-Based Study." Journal of Epidemiology and Community Health 71(5):446–52. https://doi.org/10.1136/jech-2016-207943
- Brotman, S., Ryan, B., Jalbert, Y., & Rowe, B. 2002. The Impact of Coming Out on Health and healthcare Access: The Experiences of Gay, Lesbian, Bisexual and Two-Spirit People. Journal of health & social policy. 15. 1-29. https://doi.org/10.1300/J045v15n01_01
- Bruce, B., Wong, N.K., Shuh, A., Abramowicz, A., Dash, D., Esmail, A., & Kennedy. R. 2018. "A Qualitative Study of Tobacco Interventions for LGBTQ+ Youth and Young Adults: *Overarching Themes and Key Learnings*." BMC Public Health 18(1):155. https://doi.org/10.1186/s12889-018-5050-4
- Caceres, B.A., Brody, A.A., Halkitis, A.N., Dorsen, C., Yu, G., & Chyun, D.A. 2018. "Sexual Orientation Differences in Modifiable Risk Factors for Cardiovascular Disease and Cardiovascular Disease Diagnoses in Men." LGBT Health 5(5):284–94. https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0220
- Calzo, J.P., Blashill, A.J., Brown, T.A., & Argenal, R.L. 2017. "Eating Disorders and Disordered Weight and Shape Control Behaviors in Sexual Minority Populations." Current Psychiatry Reports 19(8):49. https://doi.org/10.1007/s11920-017-0801-y
- Carswell, J. M. & Roberts, S. A. 2017. Induction and Maintenance of Amenorrhea in Transmasculine and Nonbinary Adolescents. Transgender health, 2(1), 195–201. https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0021
- Castagnoli, C. 2010. Transgender Persons' Rights in the EU Member States: European Parliament Directorate General for Internal Policies, Policy Department C: Citizens' Rights and Constitutional Affairs. PE 425.621, Brussels, June. https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/note/join/2010/425621/IPOL-LIBE_NT%282010%29425621_EN.pdf
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 2019. A Guide for the Healthcare Professional: DISCUSSING SEXUAL HEALTH with Your Patients. https://www.cdc.gov/hiv/clinicians/screening/discussing-sexual-health.html
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 2020. Collecting Sexual Orientation and Gender Identity Information. https://www.cdc.gov/hiv/clinicians/transforming-health/health-care-providers/collecting-sexual-orientation.html
- Chou, R., Evans, C., Hoverman, A., Sun, C., Dana, T., Bougatsos, C., Grusing, S., & Korthuis, P.T. 2019. "Preexposure Prophylaxis for the Prevention of HIV Infection: E*vidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force.*" JAMA 321(22):2214. https://doi.org/10.1001/jama.2019.2591
- Clark, C.J., Borowsky, I.W., Salisbury, J., Usher, J., Spencer, R.A., Przedworski, J.M., Renner, L.M, Fisher, C., & Everson-Rose, S.A. 2015. "Disparities in Long-Term Cardiovascular Disease Risk by Sexual Identity: The National Longitudinal Study of Adolescent to Adult Health." Preventive Medicine 76:26–30. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.03.022
- Cohen-Kettenis, P.T., Delemarre-van de Waal, H.A., & Gooren, L. J. (2008). The treatment of adolescent transsexuals: changing insights. *The journal of sexual medicine*, *5*(8), 1892–1897. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00870.x
- Conron, K. J., Mimiaga, M.J. & Landers, S.J. 2010. "A Population-Based Study of Sexual Orientation Identity and Gender Differences in Adult Health." American Journal of Public Health 100(10):1953–60. https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.174169





- Coulter, E. W. S., Kinsky, S.M., Herrick, A.L., Stall R.D., & Bauermeister J.A. 2015. "Evidence of Syndemics and Sexuality-Related Discrimination Among Young Sexual-Minority Women." LGBT Health 2(3):250–57. https://doi.org/10.1089/lgbt.2014.0063
- Cunningham, T.J., Xu, F. & Town, M. 2018. "Prevalence of Five Health-Related Behaviors for Chronic Disease Prevention Among Sexual and Gender Minority Adults — 25 U.S. States and Guam, 2016." MMWR. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 67(32):888–93. https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6732a4
- Daling, J.R., Madeleine, M.M, Johnson, L.G., Schwartz, S.M., Shera, K.A., Wurscher, M.A., Carter, J.J., Porter, P.L., Galloway D.A. & McDougall J.K. 2004. "Human Papillomavirus, Smoking, and Sexual Practices in the Etiology of Anal Cancer." Cancer 101(2):270–80. https://doi.org/10.1002/cncr.20365
- Davids, C.M., & Green, M.A. 2011. "A Preliminary Investigation of Body Dissatisfaction and Eating Disorder Symptomatology with Bisexual Individuals." Sex Roles 65(7–8):533–47. https://doi.org/10.1007/s11199-011-9963-y
- de Voux, A, Kidd, S., Grey, J.A., Rosenberg, E.S., Gift, T.L., Weinstock, H. & Bernstein, K.T. 2017. "State-Specific Rates of Primary and Secondary Syphilis Among Men Who Have Sex with Men — United States, 2015." MMWR. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 66(13):349–54. https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6613a1
- de Vrieze, N.H.N, and de Vries. H.J.C. 2014. "Lymphogranuloma Venereum among Men Who Have Sex with Men. An Epidemiological and Clinical Review." *Expert Review of Anti-Infective Therapy,* 12(6):697–704. https://doi.org/10.1586/14787210.2014.901169
- Detrie, P.M., & Lease, H.S. 2007. "The Relation of Social Support, Connectedness, and Collective Self-Esteem to the Psychological Well-Being of Lesbian, Gay, and Bisexual Youth." J*ournal of Homosexuality*, 53(4):173–99. https://doi.org/10.1080/00918360802103449
- Diemer, E.W., Grant, J.D., Munn-Chernoff, M.A., Patterson, D.A., & Duncan, A.E. 2015. "Gender Identity, Sexual Orientation, and Eating-Related Pathology in a National Sample of College Students." *Journal of Adolescent Health,* 57(2):144–49. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.03.003
- Dilley, J. A., Spigner, C., Boysun, M. J., Dent, C. W. & Pizacani, B. A. 2008. "Does Tobacco Industry Marketing Excessively Impact Lesbian, Gay and Bisexual Communities?" Tobacco Control 17(6):385–90. https://doi.org/10.1136/tc.2007.024216
- Doty, N:D., Willoughby, B.L.B., Lindahl, K.M. & Malik, N.M. 2010. "Sexuality Related Social Support Among Lesbian, Gay, and Bisexual Youth." *Journal of Youth and Adolescence,* 39(10):1134–47. https://doi.org/10.1007/s10964-010-9566-x
- Dragon, C.N., Guerino, P., Ewald, E. & Laffan, A.M. 2017. "Transgender Medicare Beneficiaries and Chronic Conditions: Exploring Fee-for-Service Claims Data." LGBT Health 4(6):404–11. https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0208
- Dunjić-Kostić, B.; Pantović, M.; Vuković, V.; Randjelović, D.; Totić-Poznanović, S.; Damjanović, A.; Jašović-Gašić, M.; & Ivković, M. 2012. Knowledge: A Possible Tool in Shaping Medical Professionals' Attitudes towards Homosexuality. Psychiatr Danub 24(2), 143–151.
- ECDC. 2019. Annual Epidemiological Report for 2016 Hepatitis A. Stockholm: ECDC.
- Effrig, J.C., Bieschke, K.J. & Locke B.D. 2011. "Examining Victimization and Psychological Distress in Transgender College Students." *Journal of College Counseling,* 14(2):143–57. https://doi.org/10.1002/j.2161-1882.2011.tb00269.x
- Eliason, M.J., Dibble, S.L., Gordon, R. & Soliz, G.B. 2012. "The Last Drag: An Evaluation of an LGBT-Specific Smoking Intervention." *Journal of Homosexuality*, 59(6):864–78. https://doi.org/10.1080/00918369.2012.694770

- Ellis S., Bailey L. & McNeil J. 2015. Trans People's Experiences of Mental Health and Gender Identity Services: A UK Study. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 19. 4-20. https://doi.org/110.1080/19359705.2014.960990
- Emory, K., Kim, Y., Buchting, F., Vera, L., Huang, J. &Emery, S.L. 2016. "Intragroup Variance in Lesbian, Gay, and Bisexual Tobacco Use Behaviors: Evidence That Subgroups Matter, Notably Bisexual Women." *Nicotine & Tobacco Research,* 18(6):1494–1501. https://doi.org/10.1093/ntr/ntv208
- Engels, E.A., Biggar, R.J. Hall, H.I., Cross, H., Crutchfield, A., Finch, J.L., Grigg, R., Hylton, T., Pawlish, K.S., McNeel, T.S. & Goedert, J.J. 2008. "Cancer Risk in People Infected with Human Immunodeficiency Virus in the United States." *International Journal of Cancer,*123(1):187–94. https://doi.org/10.1002/ijc.23487
- Everett, B. & Mollborn, S. 2013. "Differences in Hypertension by Sexual Orientation Among U.S. Young Adults." *Journal of Community Health,* 38(3):588–96. https://doi.org/10.1007/s10900-013-9655-3
- Fakin R. & Lorenzini R. 2020. Augmentation Mammoplasty in Trans Women. In: Cordova A., Innocenti A., Toia F., Tripoli M. (eds) Plastic and Cosmetic Surgery of the Male Breast. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-25502-2_16
- Feldman J. & Safer J. 2009. Hormone Therapy in Adults: Suggested Revisions to the Sixth Version of the Standards of Care, International *Journal of Transgenderism,* 11:3, 146182. https://doi.org/10.1080/15532730903383757
- Feldman, M. B. & Meyer, H.I. 2007. "Eating Disorders in Diverse Lesbian, Gay, and Bisexual Populations." *International Journal of Eating Disorders,* 40(3):218–26. https://doi.org/10.1002/eat.20360
- Fogel, S.C., McElroy, J.A., Garbers, S., McDonnell, C., Brooks, J., Eliason, M.J., Ingraham, N., Osborn, A., Rayyes, N., Redman, S.D., Wood, S.F. & Haynes, S.G. 2016. "Program Design for Healthy Weight in Lesbian and Bisexual Women: A Ten-City Prevention Initiative." *Women's Health Issues,* 26:S7–17. https://doi.org/10.1016/j.whi.2015.10.005
- Gao, J. & Mansh, M. 2016. "Sexual Orientation Disparities in the Prevalence of Asthma and Allergic Rhinitis among US Adults." *Annals of Allergy, Asthma & Immunology,* 117(4):435-437.e2. https://doi.org/10.1016/j.anai.2016.07.029
- Garcia MM. 2018. Sexual Function After Shallow and Full-Depth Vaginoplasty: Challenges, Clinical Findings, and Treatment Strategies- Urologic Perspectives. Clin Plast Surg. Jul;45(3):437-446. https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.04.002
- García R.R & Ayuso-Mateos J.L. 2019. CIE-11 y la despatologización de la condición transgénero (ICD-11 and the depathologisation of the transgender condition). Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.).12:65–67.
- Gardner, I. & Safer, J. D. 2013. Progress on the road to better medical care for transgender patients. Current Opinion in Endocrinology, *Diabetes and Obesity*, 20(6): 553-558.
- Gay and Lesbian Medical Association (GLMA). 2006. Guidelines for Care of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Patients. http://www.glma.org/index.cfm?fuseaction=Page.viewPage&pageId=622&parentID=534
- Ghasemi, P., Shaghaghi, A. & Allahverdipour, H. 2015. "Measurement Scales of Suicidal Ideation and Attitudes: A Systematic Review Article." *Health Promotion Perspectives,* 5(3):156–68. https://doi.org/10.15171/hpp.2015.019
- Giovanardi G. 2017. Buying time or arresting development? The dilemma of administering hormone blockers in trans children and adolescents. *Porto biomedical journa*l, 2(5), 153–156. https://doi.org/10.1016/j.pbj.2017.06.001
- Gonzales, G. & Henning-Smith, C. 2017. "Health Disparities by Sexual Orientation: Results and Implications from the Behavioral Risk Factor Surveillance System." *Journal of Community Health,* 42(6):1163–72. https://doi.org/10.1007/s10900-017-0366-z





- Gonzales, G., Przedworski, J. & Henning-Smith, C. 2016. "Comparison of Health and Health Risk Factors Between Lesbian, Gay, and Bisexual Adults and Heterosexual Adults in the United States: Results From the National Health Interview Survey." *JAMA Internal Medicine,* 176(9):1344. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.3432
- Gooren, L. & Morgentaler, A. 2014, Prostate cancer incidence in orchidectomised male-to-female transsexual persons treated with oestrogens. *Andrologia*, 46: 1156-1160. https://doi.org/10.1111/and.12208
- Grabovac, I; Abramovic, M; Komlenovic, G; Milosevic, & M; Mustajbegovic, J. Attitudes towards and knowledge about homosexuality among medical students in Zagreb. Coll Antropol. 2014;38:39-45
- GrApSIA and Audí L. 2014. Past Experiences of Adults with Disorders of Sex Development. Endocrine Development [Internet]. S. KARGER AG; pp. 138–48. https://doi.org/10.1159/000363639
- Grossman, A. H. & D'Augelli, A. R. 2007. "Transgender Youth and Life-Threatening Behaviors." *Suicide and Life-Threatening Behavior,* 37(5):527–37. https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.5.527
- Haider, A., Adler, R.R, Schneider, E., Uribe Leitz, T., Ranjit, A., Ta, C., Levine, A., Harfouch, O., Pelaez, D., Kodadek, L., Vail, L., Snyder, C., German, D., Peterson, S., & Schuur, J.D., Lau, B.D. 2018. Assessment of Patient-Centered Approaches to Collect Sexual Orientation and Gender Identity Information in the Emergency Department: The EQUALITY Study. *JAMA Netw Open.* 1(8):e186506.
- Heatherton, T.F., Kozlowski, L.T., Frecker, R.C. & Fagerstrom K.O. 1991. "The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: A Revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire." Addiction 86(9):1119–27. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x
- Heck, J.E. & Jacobson, J.E. 2006. "Asthma Diagnosis Among Individuals in Same-Sex Relationships." *Journal of Asthma*, 43(8):579–84. https://doi.org/10.1080/02770900600878289
- Hewstone, M. & Voci, A. 2009. Diversity and integration: The role of intergroup contact in process of prejudice reduction and conflict resolution. *Psycologia Sociale*, 4. 9-28.
- Hilden, M. 2020. Patient handbogen: Transkønnethed (kønsinkongruens). https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/sundhedsoplysning/lgbt/transkoennethed--koensinkongruens/
- Humeniuk, R. & World Health Organization. 2010. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Manual for Use in Primary Care. Geneva: World Health Organization.
- Institute of Medicine (US) 2013. Board on the Health of Select Populations. Collecting Sexual Orientation and Gender Identity Data in Electronic Health Records: Workshop Summary. Washington (DC): National Academies Press (US); 4, Existing Data Collection Practices in Clinical Settings. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK154082/
- Jamal, A., Phillips, Gentzke, E.A.S., Homa, D.M., Babb, S.D:, King, B.A. & Neff, L.J. 2018. "Current Cigarette Smoking Among Adults — United States, 2016." MMWR. *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 67(2):53–59. https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6702a1
- Jellestad L., Jäggi T., Corbisiero, S., Schaefer D.J., Jenewein J., Schneeberger, A., Kuhn, A., Garcia Nuñez, D. 2018. "*Quality of Life in Transitioned Trans Persons: A Retrospective Cross-Sectional Cohort Study*", BioMed Research International, 8684625.
- Jiang, D., Witten, J., Berli, J., Dugi, D., 3rd. 2018. Does Depth Matter? Factors Affecting Choice of Vulvoplasty Over Vaginoplasty as Gender-Affirming Genital Surgery for Transgender Women. T*he journal of sexual medicine*, 15(6), 902–906. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.03.085.
- Jones, J., Lynch, P., Tenglund, A., & Gaertner, S. 2000. Toward a diversity hypothesis: Multidimensional effects of intergroup contact. *Applied and Preventive Psychology*, 9. 53-62. https://doi.org/10.1016/S0962-1849(05)80037-X
- Juster, R.P., Hatzenbuehler, M.L., Mendrek, A., Pfaus, J.G., Grant Smith, N., Johnson, F.J., Lefebvre-Louis, J.F., Raymond, C., Marin, M.F., Sindi, S., Lupien, S. & Pruessner, J.C. 2015. "Se-

xual Orientation Modulates Endocrine Stress Reactivity." *Biological Psychiatry,* 77(7):668–76. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2014.08.013

- Kelley, L., Chou, C.L., Dibble, S.L., Robertson, P.A. 2008. A critical intervention in lesbian, gay, bisexual, and transgender health: knowledge and attitude outcomes among second-year medical students. *Teach Learn Med*. 20(3):248-53. https://doi.org/10.1080/10401330802199567
- King, B.A., Dube, S. R. & Tynan, M.A. 2012. "Current Tobacco Use Among Adults in the United States: Findings From the National Adult Tobacco Survey." *American Journal of Public Health,* 102(11):e93–100. https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301002
- King, M., Semlyen, J., Tai, S.S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D. & Nazareth, I. 2008a. "A Systematic Review of Mental Disorder, Suicide, and Deliberate Self Harm in Lesbian, Gay and Bisexual People." BMC Psychiatry 8(1):70. https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-70
- Kórász, K. 2015. A nemi dysphoria jogi vonatkozásai és a kezelés folyamata Magyarországon, *Orv. Hetil*., 156(30), 1214–1220.
- Lawrence, A.A. 2007. Transgender health concerns. In I. H. Meyer & M. E. Northridge (Eds.), The health of sexual minorities: Public health perspectives on lesbian, gay, bisexual, and transgender populations (p. 473–505). *Springer Science + Business Media,* https://doi.org/10.1007/978-0-387-31334-4_19
- Lee R. 2000. How to talk about sex with patients who are not heterosexual. *West J Med*. 172(6):401-2.
- Licciardello, O., Castiglione C. and Rampullo, A. 2011. Intergroup contact, value system and the representation of homosexuality. Procedia – Social and Behavioral Sciences, 30(Supplement C):1467-1471.
- Lindqvist, E. K., Sigurjonsson, H., Möllermark, C., Rinder, J., Farnebo, F., Lundgren, T. K. 2017. Quality of life improves early after gender reassignment surgery in transgender women. European *journal of plastic surgery*, 40(3), 223–226. https://doi.org/10.1007/s00238-016-1252-0.
- Liu, R.T., Sheehan, A.E., Walsh, R.F.L., Sanzari, C.M., Cheek, S.M. & Hernandez, E.M. 2019. "Prevalence and Correlates of Non-Suicidal Self-Injury among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Clinical Psychology Review,* 74:101783. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101783
- Lopes, L; Gato J. and Esteves, M. 2016. Portuguese Medical Students' Knowledge and Attitudes Towards Homosexuality. Acta Médica Portuguesa, 29(11), 684-693
- Louis J. Gooren, Erik J. Giltay, Mathijs C. Bunck, Long-Term Treatment of Transsexuals with Cross-Sex Hormones: Extensive Personal Experience, *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Volume 93, Issue 1, 1 January 2008, Pages 19–25, https://doi.org/10.1210/jc.2007-1809,
- Lucas, J. W., Lester, K. M., Chen, A., Simhan, J. 2017. Scrotal reconstruction and testicular prosthetics. *Translational andrology and urology*, 6(4), 710–721. https://doi.org/10.21037/tau.2017.07.06
- Lucassen, M. F. G., Merry, S.N., Hatcher, S. & Frampton, C.M.A. 2015. "Rainbow SPARX: A Novel Approach to Addressing Depression in Sexual Minority Youth." *Cognitive and Behavioral Practice,* 22(2):203–16. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2013.12.008
- Machalek, D.A., Poynten, M., Jin, F., Fairley, C.K., Farnsworth, A., Garland, S.M., Hillman, R.J., Petoumenos, K., Roberts, J., Tabrizi, S.N., Templeton, D.J. & Grulich, A.E. 2012. "Anal Human Papillomavirus Infection and Associated Neoplastic Lesions in Men Who Have Sex with Men: A Systematic Review and Meta-Analysis." *The Lancet Oncology,* 13(5):487–500. https://doi.org/10.1016/S1470-2045(12)70080-3
- Major B., Mendes W.B. & Dovidio J.F. 2013. Intergroup Relations and Health Disparities: A Social Psychological Perspective. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology*, American Psychological Association, 32(5):514-524.
- Makadon, H.J, Mayer, K.H, Potter, J., Goldhammer, H., American College of Physicians. 2015. The Fenway guide to lesbian, gay, bisexual, and transgender health.



- Manieri, C., Castellano, E., Crespi, C., Di Bisceglie, C., Dell'Aquila, C., Gualerzi, A. & Molo, M. 2014. Medical treatment of subjects with gender identity disorder: the experience in an Italian public health center. I*nternational journal of transgenderism*, 15(2):53–65. https://doi.org/10.1080/15532739.2014.899174
- Mays, VV.M., Juster, R.P., Williamson, T.J., Seeman, T.E.& Cochran. S.D. 2018. "Chronic Physiologic Effects of Stress Among Lesbian, Gay, & Bisexual Adults: Results From the National Health and Nutrition Examination Survey." *Psychosomatic Medicine,* 80(6):551–63. https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000600
- McDermott, E., Hughes, E. & Rawlings, V. 2018. "The Social Determinants of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Youth Suicidality in England: A Mixed Methods Study." *Journal of Public Health,* 40(3):e244–51. https://doi.org/10.1093/pubmed/fdx135
- McKay, B. 2011. "Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health Issues, Disparities, and Information Resources." *Medical Reference Services Quarterly*, 30(4):393–401. https://doi.org/10.1080/02763869.2011.608971
- McLaughlin, K.A., Hatzenbuehler, M.L., Xuan, Z. & Conron. K.J. 2012. "Disproportionate Exposure to Early-Life Adversity and Sexual Orientation Disparities in Psychiatric Morbidity." Child Abuse & Neglect 36(9):645–55. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.07.004
- Meads, C., & Moore, D. 2013. "Breast Cancer in Lesbians and Bisexual Women: Systematic Review of Incidence, Prevalence and Risk Studies." *BMC Public Health,* 13(1):1127. https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1127
- Meads, C., Martin, A., Grierson, J. & Varney, J. 2018. "Systematic Review and Meta-Analysis of Diabetes Mellitus, Cardiovascular and Respiratory Condition Epidemiology in Sexual Minority Women." BMJ Open 8(4):e020776. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020776
- Miller, T. J., Wilson, S. C., Massie, J. P., Morrison, S. D. & Satterwhite, T. 2019. Breast augmentation in male-to-female transgender patients: Technical considerations and outcomes. JPRAS open, 21, 63–74. https://doi.org/10.1016/j.jpra.2019.03.003
- Monstrey, S., Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Blondeel, P., Hamdi, M., Roche, N., Weyers, S., De Cuypere, G. 2009. Penile reconstruction: is the radial forearm flap really the standard technique? Plast Reconstr Surg. 124(2):510-518. https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181aeeb06
- Mustanski, B, Garofalo, R., Herrick, A. & Donenberg, G. 2007. "Psychosocial Health Problems Increase Risk for HIV among Urban Young Men Who Have Sex with Men: Preliminary Evidence of a Syndemic in Need of Attention." Annals of Behavioral Medicine 34(1):37–45. https://doi.org/10.1007/BF02879919
- Nagata, J.M., Ganson, K.T. & Austin. S.B. 2020. "Emerging Trends in Eating Disorders among Sexual and Gender Minorities." *Current Opinion in Psychiatry*, 33(6):562–67. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000645.
- National Health Service (NHS) 2020. Overview – Gender dysphoria. https://www.nhs.uk/conditions/gender-dysphoria
- National Health Service (NHS) Department of Health. 2009. Sexual orientation. A practical guide for the NHS. Crown; London; https://www.merseycare.nhs.uk/media/1839/sexual-orientation-a-practical-guide-for-the-nhs.pdf
- National Health Service (NHS). 2019a. Service specification: Gender Identity Services for Adults (Surgical Interventions). https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/12/nhs-england-service-specification-gender-identity-surgical-services.pdf

- National Health Service (NHS). 2019b Service specification: Gender Identity Services for Adults (Non-Surgical Interventions). https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/07/service-specification-gender-dysphoria-services-non-surgical-june-2019.pdf
- Needham, B.L., & Austin. E.L. 2010. "Sexual Orientation, Parental Support, and Health During the Transition to Young Adulthood." *Journal of Youth and Adolescence,* 39(10):1189–98. https://doi.org/10.1007/s10964-010-9533-6
- O'Cleirigh, C., Elsesser, S.A., King, D., Ehlinger, P.P., Bradford, J.B., Grasso, C. & Mayer, K.H. 2018. "Characteristics and Correlates of Tobacco Use in a Community Sample of Sexual Minority Men and Women: Implications for Smoking Cessation Program Development." LGBT Health 5(3):197–202. https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0157
- Oakbrook Terrace, 2010. Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care: A Roadmap for Hospitals. IL: The Joint Commission. https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/health-equity/aroadmapforhospitalsfinalversion727pdf.pdf?db=web&hash=AC3AC4BED1D973713C2CA6B2E5ACD01B.
- Pachankis, J. E., McConocha, E.M., Reynolds, J.S., Winston, R., Adeyinka, O., Harkness, A., Burton, C.L., Behari, K., Sullivan, T.J., Eldahan, A.I., Esserman, D.A., Hatzenbuehler, M.L., & Safren, S.A. 2019. "Project ESTEEM Protocol: A Randomized Controlled Trial of an LGBTQ-Affirmative Treatment for Young Adult Sexual Minority Men's Mental and Sexual Health." *BMC Public Health,* 19(1):1086. https://doi.org/10.1186/s12889-019-7346-4
- Palefsky, J.M., Giuliano, A.R., Goldstone, S., Moreira, E.D., Aranda, C., Jessen, H., Hillman, R., Ferris, D., Coutlee, F., Stoler, M.H., Marshall, J.B., Radley, D., Vuocolo, S., Haupt, R.M., Guris, D. & Garner, E.I.O. 2011. "HPV Vaccine against Anal HPV Infection and Anal Intraepithelial Neoplasia." *New England Journal of Medicine,* 365(17):1576–85. https://doi.org/10.1056/NEJMoa1010971
- Pariser, J.J. & Kim, N. 2019. Transgender vaginoplasty: techniques and outcomes. *Translational andrology and urology,* 8(3), 241–247. https://doi.org/10.21037/tau.2019.06.03
- Parker, L.L., & Harriger, J.A. 2020. "Eating Disorders and Disordered Eating Behaviors in the LGBT Population: A Review of the Literature." *Journal of Eating Disorders,* 8(1):51. https://doi.org/10.1186/s40337-020-00327-y
- Parsons, J.T., Christian Grov, C. & Golub, S.A. 2012. "Sexual Compulsivity, Co-Occurring Psychosocial Health Problems, and HIV Risk Among Gay and Bisexual Men: Further Evidence of a Syndemic." *American Journal of Public Health,* 102(1):156–62. https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300284
- Patterson, J.G. & Jabson, J.M. 2018. "Sexual Orientation Measurement and Chronic Disease Disparities: National Health and Nutrition Examination Survey, 2009–2014." Annals of Epidemiology 28(2):72–85. https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2017.12.001
- Perovic S.V. & Djordjevic M.L. 2003. Metoidioplasty: a variant of phalloplasty in female transsexuals. BJU Int. Dec;92(9):981-5. https://doi.org/10.1111/j.1464-410x.2003.04524.x
- Pettigrew T.F. & Tropp, L.R. 2006. A meta-analytic test of intergroup contact theory. *Journal of Personality and Social Psychology,* 90(5):751-783.
- Poudrier, G., Nolan, I. T., Cook, T. E., Saia, W., Motosko, C. C., Stranix, J. T., Thomson, J. E., Gothard, M. D., & Hazen, A. (2019). Assessing Quality of Life and Patient-Reported Satisfaction with Masculinizing Top Surgery: A Mixed-Methods Descriptive Survey Study. Plastic and reconstructive surgery, 143(1), 272–279. https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000005113
- Puckett, J.A., Newcomb, M.E., Ryan, D.T., Swann, G., Garofalo, R. & Mustanski, B. 2017. "Internalized Homophobia and Perceived Stigma: A Validation Study of Stigma Measures in a Sample of Young Men Who Have Sex with Men." *Sexuality Research and Social Policy,* 14(1):1–16. https://doi.org/10.1007/s13178-016-0258-5





- Puechl, A. M., Russell, K. & Gray, B.A. 2019. "Care and Cancer Screening of the Transgender Population." *Journal of Women's Health,* 28(6):761–68. https://doi.org/10.1089/jwh.2018.6945
- Quinn, G. P., Sanchez, J.A., Sutton, S.K., Vadaparampil, S.T., Nguyen,G.T., Green, B.L., Kanetsky, P.A. & Schabath. M.B. 2015. "Cancer and Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender/Transsexual, and Queer/Questioning (LGBTQ) Populations: Cancer and Sexual Minorities." CA: *A Cancer Journal for Clinicians,* 65(5):384–400. https://doi.org/10.3322/caac.21288
- Richards, C. & Barrett, J. 2013. The case for bilateral mastectomy and male chest contouring for the female-to-male transsexual. Annals of the Royal College of Surgeons of England, 95(2), 93–95. https://doi.org/10.1308/003588413X13511609957290.
- Robinson, K., Galloway, K. Bewley, S. & Meads, C. 2017. "Lesbian and Bisexual Women's Gynaecological Conditions: A Systematic Review and Exploratory Meta-analysis." BJOG: An *International Journal of Obstetrics & Gynaecology,* 124(3):381–92. https://doi.org/10.1111/1471-0528.14414
- Rosario, M., Hunter, J., Maguen, S., Gwadz, M., Smith, R. 2001. The coming-out process and its adaptational and health-related associations among gay, lesbian, and bisexual youths: stipulation and exploration of a model. *Am J Community Psychol*., 29(1):133-60.). https://doi.org/10.1023/A:1005205630978
- Rosser, B. R.S., Merengwa, E., Capistrant, B.D., Iantaffi, A., Kilian, G., Kohli, N., Konety, B.R., Mitteldorf, D. & West, W2016. "Prostate Cancer in Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex with Men: A Review." *LGBT Health,* 3(1):32–41. https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0092
- Royal College of Nursing and UNISON. Not 'Just' a Friend: Best Practice Guidance on healthcare for Lesbian, Gay and Bisexual Service Users and Their Families. London, UK: Royal College of Nursing and UNISON; 2004.
- Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R.M. & Sanchez, J. 2009. "Family Rejection as a Predictor of Negative Health Outcomes in White and Latino Lesbian, Gay, and Bisexual Young Adults." *1iu8ülóji89gz6ws2e3aw*123(1):346–52. https://doi.org/10.1542/peds.2007-3524
- Sandfort, T. G. M., de Graaf, R., ten Have, M., Ransome, Y. & Schnabel, P. 2014. "Same-Sex Sexuality and Psychiatric Disorders in the Second Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS-2)." *LGBT Health,* 1(4):292–301. https://doi.org/10.1089/lgbt.2014.0031
- Schattner A. (2015). Curiosity. Are you curious enough to read on?. *Journal of the Royal Society of Medicine,* 108(5), 160–164. https://doi.org/10.1177/0141076815585057.
- Schwinn, T.M., Thom, B., Schinke, S.P. and Hopkins, J. 2015. "Preventing Drug Use Among Sexual-Minority Youths: Findings From a Tailored, Web-Based Intervention." *Journal of Adolescent Health,* 56(5):571–73. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.12.015
- Seamont MMH, (2018) Becoming "The Man I Want to Be": Transgender Masculinity, Embodiment, and Sexuality.
- Selvaggi G, Monstrey S, Ceulemans P, T'Sjoen G, De Cuypere G, Hoebeke P. 2007. Genital sensitivity after sex reassignment surgery in transsexual patients. Ann Plast Surg. 58(4):427-33. https://doi.org/10.1097/01.sap.0000238428.91834.be.
- Selvaggi G. 2020. Mastectomy in Trans Men. In: Cordova A., Innocenti A., Toia F., Tripoli M. (eds) *Plastic and Cosmetic Surgery of the Male,* Breast. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-25502-2_17
- Semlyen, J., King, M., Varney, J. & Hagger-Johnson, G. 2016. "Sexual Orientation and Symptoms of Common Mental Disorder or Low Wellbeing: Combined Meta-Analysis of 12 UK Population Health Surveys." BMC Psychiatry 16(1):67. https://doi.org/10.1186/s12888-016-0767-z
- Sequeira G. M., Chakraborti C., & Panuntim B. A. (2012). Integrating Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Content Into Undergraduate Medical School Curricula: A Qualitative Study. Ochsner J.12(4):379-82.

- Shearer, A., Russon, J., Herres, J., Atte, T., Kodish, T. & Diamond, G. 2015. "The Relationship between Disordered Eating and Sexuality amongst Adolescents and Young Adults." Eating Behaviors 19:115–19. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.08.001
- Shepherd A, Hanckel B. & Guise A. 2019. Trans health and the risks of inappropriate curiosity The BMJ Opinion. https://blogs.bmj.com/bmj/2019/09/09/trans-health-and-the-risks-of-inappropriate-curiosity
- Siever, M.D. 1994. "Sexual Orientation and Gender as Factors in Socioculturally Acquired Vulnerability to Body Dissatisfaction and Eating Disorders." *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 62(2):252–60. https://doi.org/10.1037/0022-006X.62.2.252.
- Silverberg, M.J., Lau, B., Achenbach, C.J., Jing, Y., Althoff, K.N., D'Souza, G., Engels, E.A., Hessol, N.A., Brooks, J.T., Burchell, A.N., Gill, M.J., Goedert, J.J., Hogg, R., Horberg, M.A., Kirk, G.D., Kitahata, M.M., Korthuis, P.T., Mathews, W.C., Mayor, A., Modur, S.P., Napravnik, S., Novak, R.M., Patel, P., Rachlis, A.R., Sterling, T.R., Willig, J.H., Justice, A.C., Moore, R.D., Dubrow, R. 2015. "Cumulative Incidence of Cancer Among Persons With HIV in North America: A Cohort Study." *Annals of Internal Medicine,* 163(7):507. https://doi.org/10.7326/M14-2768
- Singer, M. & Clair, S. 2003. "Syndemics and Public Health: Reconceptualizing Disease in Bio-Social Context." *Medical Anthropology Quarterly,* 17(4):423–41. https://doi.org/10.1525/maq.2003.17.4.423
- Steffens, M.C., & Wagner, C. 2004. Attitudes Toward Lesbians, Gay Men, Bisexual Women, and Bisexual Men in Germany. *Journal of Sex Research,* 41(2), 137–149. https://doi.org/10.1080/00224490409552222
- Stevens, P., Carlson, L.M. & Hinman J.M. 2004. "An Analysis of Tobacco Industry Marketing to Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Populations: Strategies for Mainstream Tobacco Control and Prevention." Health Promotion Practice 5(3_suppl):129S-134S. https://doi.org/10.1177/1524839904264617
- Swannell, S., Martin, G. & Page, A. 2016. "Suicidal Ideation, Suicide Attempts and Non-Suicidal Self-Injury among Lesbian, Gay, Bisexual and Heterosexual Adults: Findings from an Australian National Study." *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry,* 50(2):145–53. https://doi.org/10.1177/0004867415615949
- Szél, Zs., Kiss, D., Török, Zs., & Gyarmathy, V.A. (2020). Hungarian Medical Students' Knowledge About and Attitude Toward Homosexual, Bisexual, and Transsexual Individuals. J.Homosex. 67(10), 1429-1446.
- The Fenway Institute. 2016. Providing Inclusive Services and Care for LGBT People: A Guide for healthcare Staff. https://www.lgbtqiahealtheducation.org/publication/learning-guide/
- Tomlins L. 2019. Prescribing for transgender patients. *Australian prescriber,* 42(1), 10–13. https://doi.org/10.18773/austprescr.2019.003
- Unger C.A. 2016. Hormone therapy for transgender patients. *Translational andrology and urology,* 5(6), 877–884. https://doi.org/10.21037/tau.2016.09.04.
- Unger, C.A. 2014. "Care of the Transgender Patient: The Role of the Gynecologist." American *Journal of Obstetrics and Gynecology.* 210(1):16–26. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.05.035
- van de Grift TC, Kreukels BP, Elfering L, Özer M, Bouman MB, Buncamper ME, Smit JM, Mullender MG. 2016. Body image in transmen: multidimensional measurement and the effects of mastectomy. J Sex Med. 13(11):1778–1786. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.09.003
- Vogel, E.A., Ramo, D.E., Meacham, M.C., Prochaska, J.J., Delucchi, K.L. and Humfleet, G.L. 2020. "The Put It Out Project (POP) Facebook Intervention for Young Sexual and Gender Minority Smokers: Outcomes of a Pilot, Randomized, Controlled Trial." Nicotine & Tobacco Research 22(9):1614–21. https://doi.org/10.1093/ntr/ntz184





- Ward, Brian W., Sarah S. Joestl, Adena M. Galinsky, & James M. Dahlhamer. 2015. "Selected Diagnosed Chronic Conditions by Sexual Orientation: A National Study of US Adults, 2013." Preventing Chronic Disease 12:150292. https://doi.org/10.5888/pcd12.150292
- Watson, R.J., Veale, J.F. and Saewyc, E.M. 2017. "Disordered Eating Behaviors among Transgender Youth: Probability Profiles from Risk and Protective Factors: DISORDERED EATING BEHAVIORS AMONG TRANSGENDER YOUTH." *International Journal of Eating Disorders,* 50(5):515–22. https://doi.org/10.1002/eat.22627
- Weyers, S., De Sutter, P., Hoebeke, S., Monstrey, G., 'T Sjoen, G., Verstraelen, H., Gerris, J. (2010). Gynaecological aspects of the treatment and follow-up of transsexual men and women. Facts, views & vision in ObGyn, 2(1), 35–54.
- World Professional Association for Transgender Health. 2012. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Conforming People [7th Version]. https://www.wpath.org/publications/soc
- Wu, L, Sell, R.L., Roth, A.M. & Welles, S.L. 2018. "Mental Health Disorders Mediate Association of Sexual Minority Identity with Cardiovascular Disease." *Preventive Medicine,* 108:123–28. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.01.003
- Yarchoan, R., & Uldrick T.S. 2018. "HIV-Associated Cancers and Related Diseases" edited by D. L. Longo. *New England Journal of Medicine,* 378(11):1029–41. https://doi.org/10.1056/NEJMra1615896
- Zaritsky, E. & Dibble, S.L. 2010. "Risk Factors for Reproductive and Breast Cancers among Older Lesbians." Journal of Women's Health 19(1):125–31. https://doi.org/10.1089/jwh.2008.1094
- Zeeman, Laetitia, & Kay Aranda. 2020. "A Systematic Review of the Health and Healthcare Inequalities for People with Intersex Variance." *International Journal of Environmental Research and Public Health,* 17(18):6533. https://doi.org/10.3390/ijerph17186533

# 5. fejezet– Az LMBTI ellátás specifikus kérdései

5

## 5.1) Group specifications

### 5.1.1.) Transgender-specific health issues

As a result of several trans activists' and mental health professionals' criticism of DSM's and ICD's stigmatizing, pathologizing view on transgender identities, though ICD11's current edition still contains diagnosis for "Gender Incongurence", it has been removed from mental disorders, and is discussed in a different chapter, called "Conditions related to sexual health" (WHO – ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics 11, 2021; APA, 2017; Rodríguez, Granda and González, 2018). Therefore, trans patients can seek medical support or help in transition without some of the stigmatisation caused by medicalisation (Rodríguez, Granda and González, 2018).

#### 5.1.1.a) Mental health in general

Although several trans activists and physicians opposed it because it stigmatises and pathologises transgender identities, DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) still contains a diagnosis for "Gender Incongurence" which suggests that it is a mental disorder(WHO – ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics 11, 2021; APA, 2017; Rodríguez, Granda and González, 2018). The reason given for this decision was to facilitate access to care (Rodríguez, Granda and González, 2018).

***DSM 5 uses these diagnostic criteria for adults/adolescents and for children:***

In adolescents and adults, at least two of the following conditions should exist for at least six months for diagnosis of gender dysphoria to be given:

1. A marked incongruence between one's experienced/expressed gender and primary and/or secondary sex characteristics
2. A strong desire to be rid of one's primary and/or secondary sex characteristics
3. A strong desire for the primary and/or secondary sex characteristics of the other gender
4. A strong desire to be of the other gender
5. A strong desire to be treated as the other gender
6. A strong conviction that one has the typical feelings and reactions of the other gender

Whereas in the case of children, distress and functional disorders must be associated with two of the following requirements in order to assign a diagnosis, and the conditions must last for at least half a year:

1. A strong desire to be of the other gender or an insistence that one is the other gender
2. A strong preference for wearing clothes typical of the opposite gender
3. A strong preference for cross-gender roles in make-believe play or fantasy play
4. A strong preference for the toys, games or activities stereotypically used or engaged in by the other gender
5. A strong preference for playmates of the other gender
6. A strong rejection of toys, games and activities typical of one's assigned gender
7. A strong dislike of one's sexual anatomy
8. A strong desire for the physical sex characteristics that match one's experienced gender

These criteria and the pathologizing approach do not satisfy the requirements of patient-centered care and are not supportive for gender nonconforming youth and their families.

### 5.1.1.b) Mental health of transgender youth

Supporting children and adolescents with transgender identities must include providing a safe environment for children to express their gender identity without being humiliated, abused or rejected (James et al. 2015; Aramburu, 2016). Mental health professionals can assist parents in developing reassuring options for the child in the aim of exploring experiences of living in another gender role (eg: cross-dressing during holidays, using the preferred name and pronouns at home) and to continuously expand the circumstances of living according to preferred gender along with the needs of the child. If the parents or caregivers are not willing to cooperate and behave dismissively, health professionals should explain to them the adverse effects of rejection and negative attitudes on their child's mental and physical health.

***Mental health professionals should:***

1. not dismiss, criticise, or judge nonconforming gender identities.
2. be open for non-binary gender identities.
3. support the child by using the correct pronouns.
4. maintain a safe and supportive environment during encounters.
5. be present as an ally and educate their young clients and their families about the therapeutic options.
6. conduct a comprehensive evaluation of the child's and the family's functioning and difficulties (strengths and weaknesses of emotional functioning, the child's peer and other social connections, the child's intellectual functioning).
7. inform patients and their caregivers about the possibilities and limitations of accessible treatments.
8. support the family and the child in managing uncertainty and anxiety.
9. help the family and the child in communicating and managing the transition with their community and institutions (e.g., school or registry office).

(WPATH – SOC7 2012; Benestad 2009; Jones et al. 2019)

***Interventions for children and adolescents***

According to the WPATH the Following Criteria for Puberty-Suppressing Hormones must be met:

1. "The adolescent has demonstrated a long-lasting and intense pattern of gender nonconformity or gender dysphoria (whether suppressed or expressed);
2. Gender dysphoria emerged or worsened with the onset of puberty;
3. Any coexisting psychological, medical, or social problems that could interfere with treatment (e.g., that may compromise treatment adherence) have been addressed, such that the adolescent's situation and functioning are stable enough to start treatment;
4. The adolescent has given informed consent and, particularly when the adolescent has not reached the age of medical consent, the parents or other caretakers or guardians have consented to the treatment and are involved in supporting the adolescent throughout the treatment process." (WPATH – SOC7 2012; Hembree et al. 2009)

***1. Fully reversible interventions.*** The usage of suppressing hormones for reducing the effect of oestrogen or testosterone with the aim of delaying the physical changes in secondary sex characteristics in puberty. Progestins or other medications (such as spironolactone) also decrease androgen secretion. Continuous oral contraceptives or depot injections can be used in order to suppress menstrual cycles. Puberty-delaying hormones (such as gonadotropin-releasing hormone [GnRH] analogs) are available – after a proper and long-run psychological evaluation – as a medical intervention in some countries, with advantageous effects on mental health of trans youth, and they are seen as life-saving interventions, although the long-term consequences are still relatively unknown (de Vries et al. 2014; et al. Chew 2018; Rew et al. 2021; Biggs 2020). However, Rew highlights in her review that puberty blockers have long been used in the case of precocious puberty as standard of care with rare adverse physical and psychological effects (Rew et al. 2021). Mood swings, emotional instability, and changes in body composition (increased fat, decreased body mass, bone turnover, and height velocity) were reported as side-effects (Chew et al. 2018; Rew et al. 2021). Puberty blockers maintain Tanner stage II. for allowing more time to monitor gender identity development without the increasing anxiety and dysphoria that accompanies the development of sex characteristics. The Endocrine Society Clinical Practice Guideline states that a paediatric endocrinologist should closely monitor the process of hormonal suppression in order to follow up on the patient's development and prevent side effects (deviation in height, and lower bone density) (Hembree et al. 2009).

***2. Partially reversible interventions.*** The usage of hormones in aim of feminising or masculinizing the physical appearance and other characteristics. Some of these interventions, such as virilisation and gynecomastia, can only be restored by surgeries.

***3. Irreversible interventions.*** These are surgical procedures in order to modify the genitals or change the appearance. Genital surgery should only be performed if the patient has lived according to the congruent gender for at least a year, and when they have reached the age of majority. For female-to-male patients, chest surgery might be carried out earlier, after one year of testosterone treatment.

(Hembree et al. 2009; WPATH – SOC7, 2012)

### 5.1.1.c) Adult trans individuals

Several studies have indicated clinically significant levels of anxiety and depression, and increased distrust of other people in transgender adults; they are also more likely to report suicidal ideation and attempts, to take psychotropic medications, and to struggle with problematic drinking (Institute of Medicine, (US) 2011; Mathy, Lehmann and Kerr 2003. Suicidal ideation is high among trans people, and it is more likely to be reported by trans men than trans women, though trans women are more likely to attempt suicide (Xavier 2000; Haas, Rodgers and Herman 2014; Adams and Vincent 2019; Peterson et al. 2017).

The recommendation for standards of care for trans individuals published by the ***World Professional Association for Transgender Health*** (WPATH) is available in 18 languages. The standard of care provides guidance from professionals based on the current literature, knowledge and clinical experiences in the assessment and treatment for trans people. However, as we highlighted in previous chapters, medical discourse about trans people and the transition itself is often pathologizing and medicalising. Therefore, medical and psychological guides and standards in connection with trans identities should be approached more critically. We must strive to establish a dialogue with our trans patients, and to subject ourselves to self-examination in connection with our prejudice and paternalistic ways of speaking about and treating our trans patients. We should apply a more accepting and affirming attitude and communication for the sake of our trans patients' mental (and physical) well-being. We must take some steps toward cultural humility and reflect on our privileges and our power given by our status as professionals.

*Trans individuals should be provided trans-specific mental healthcare in an affirmative manner with the aim of reducing their mental health difficulties, and their risk for suicide.*

Mental health professionals should assess the patient's history of distress in connection with their sex assigned at birth, the presence or absence of supporting relationships, the effects of experienced social attitudes, stigma, discrimination and normalisation as well as their general mental health status. Medical and mental health professionals should estimate their patients' resources and abilities for coping with their stigmatised identities. Providers should also evaluate their patients' opportunities to apply constructive coping mechanisms and provide information about supportive services.

With adequate support and information given, transgender adults should have the opportunity to access interventions (e.g.: surgery or hormontherapy) in order to reduce their distress caused by the mismatch in their gender identity and sex characteristics.

***Hormone therapy for adults***

Professionals should encourage, guide, and assist their patients in providing fully informed consent and preparing for hormone therapy, and rule out any significant coexisting mental health concerns. If the patient so wishes, reproductive options should also be discussed before initiating hormone therapy.

Trans individuals who undergo gender affirming treatment are in most cases satisfied, regrets or intentions to reverse the procedure are extremely rare, which also reinforces the fact that a patient-centered approach and the respect for patient agency is important and expedient in the case of caring for trans patients, therefore paternalistic, medicalizing procedures are not required (Lawrence 2003; van de Grift et al. 2018). Family or social support, psychological preparedness, and positive surgical experience without complications are predictors of good health outcomes for transgender individuals after surgery (Lawrence 2003; Papadopulos 2017; van de Grift 2018).

Trans people require postoperative care (including prescribed hormones) and follow-up in order to control their long-term health outcomes (Monstrey et al. 2009). Healthcare professionals need to draw patients' attention to necessity and desirability of continuous care: the monitoring of the short- and long-term effects of interventions (gonadectomy, other surgeries and/or the long-term, high-dose hormone therapy), the need of recommended screening tests aligned with the guidelines, and other benefits of effective follow-up. The purpose of the postoperative follow-up process is to prevent adverse side effects, perform specific screening, and treat any conditions or diseases in connection with the patient's hormonal or surgical treatment. Post-treatment care should be a teamwork including the surgeon, the endocrinologist, the general practitioner and the mental health provider or psychotherapist who took part in a therapeutic team in order to support the patient.

The prostate is not removed during vaginoplasty, therefore trans women should be screened for prostate hyperplasia and tumours. A PSA screening is not necessary routinely for trans women, as PSA levels can be low due to the effect of feminising hormones in case of cancer, but it is recommended for high risk patients over the age of 45.

Residual tissues may remain after breast removal surgeries, hence regular chest examination should be performed for trans men (if mammographic screening cannot be done) (Weyers et al. 2011; Burcombe et al. 2003). Transgender patients with intact cervix or after vaginoplasty should be screened for HPV (in every 3-5 years), and vaginal or cervical neoplasia regularly. If the cervix is fully removed and there is no evidence of previous high grade HPV colonisation, there is no need for further screening.

Trans people with intact uterus or ovaries should be screened after hormone therapy with the aim of ruling out PCOS. There is no evidence for a heightened risk of ovarian cancer for trans patients, though nulliparity and genetic mutations can exert their effect, therefore those who have definite risk factors should be screened every 1-3 years. Oophorectomy is suggested if the patient does not wish to maintain fertility, and the surgery is not contraindicated.

Just like in the case of cis women, lower urogenital infections affect trans women more frequently due to the shortened urethra. In some cases, postoperative anatomy does not ensure undisturbed urination, micturination, urinary incontinence and other bladder disorders may occur after surgery (Hoebeke et al. 2005; Kuhn, Hiltebrand and Birkhaeuser 2007). In other cases, patients do not undertake certain interventions (e.g., vaginectomy) in which case genital complaints, such as pruritus or burning can occur in the vagina due to vaginal dryness; therefore we must delicately draw patients' attention to using lubricants in order to relieve discomfort and prevent infections (Bizic, Kojovic, Duisin, Stanojevic, Vujovic, Milosevic, Korac, and Djordjevic, 2014; Meltzer 2016).

Primary care physicians should be able to provide proper care of their trans patients who have a surgical history and/or hormone therapy. GPs need to be aware of the most common physical health issues in connection with the transition in order to be able to refer the patient to the appropriate specialist if necessary.

An inadequate follow-up process can result in underserving the patients and leaving preventable adverse health effects or early stages of cancers to be undiagnosed; at the same time, over-screening can lead to unnecessary interventions and high costs for the healthcare system.

Some interventions or examinations can be physically or emotionally cumbersome for some trans or non-binary people, especially in the case of examinations of the external or internal genitalia or the urogenital system.

***Sexual functioning***

Sexual and reproductive health among transgender individuals also has some unique considerations. Hormone therapy may have an effect on fertility, although little research has been conducted on the reproductive health needs of this population. Transgender people may struggle with problems in sexual functioning: both transgender women and men have reported sexual arousal difficulties, lower sexual desire, and difficulties with orgasmic ability (Institute of Medicine (US), 2011).

Feminizing hormones are expected to lower sexual desire, but no evidence has been presented to confirm this; at the same time, masculinizing hormone therapy increases sexual arousal and orgasmic ability (Klein and Gorzalka 2009). Surgical procedures and techniques have been improved, resulting in better after-surgery orgasmic ability for both trans men and trans women (Garcia 2018; Selvaggi et al. 2007; Lawrence 2005). In case of both male HRT and vaginoplasty we should draw patients' attention on ensuring proper lubrication on a daily basis, and especially when having vaginal sexual intercourse, because both male HRT and vaginoplasty is associated with vaginal dryness, therefore artificial lubrication is important in order to prevent tissue damage and infections (Bizic, Kojovic, Duisin, Stanojevic, Vujovic, Milosevic, Korac, and Djordjevic, 2014; Meltzer 2016).

#### 5.1.1.d) Caring for trans elderly

Trans people may delay transition with the aim of avoiding discrimination in employment and their everyday life. They might choose not to come out as trans for decades, they may have spent decades in the closet or subjected to stigmatisation and discrimination (Porter et al. 2016). We must keep in mind that if hormone therapy is started at a late age, it will be less effective, and the basic health status of the elderly may affect prescribability. Still some studies indicate that hormone therapy started at a late age has a beneficial effect on the lives of trans people (Lawrence 2003; Porter et al. 2016). Elderly trans individuals often have been previously married or have had children, therefore just like for trans children, in their case we might have to pay more attention to the support of their family (Persson 2009; Porter et al. 2016).

When caring for trans older adults, we also should be aware that they tend to be less supported by their family, might be isolated from their loved ones, they are more likely to be unemployed, therefore they are more likely to live alone and in inadequate housing. Having adequate knowledge of the country-specific drug financing system is also important when we are caring for older trans people, as in some countries hormone therapy for trans people is not or just minimally supported by the health insurance system, which further worsens the situation of elderly trans people.

### 5.1.2.) Intersex-specific health issues

Intersex bodies are in principle physically healthy. Intersexl variations as an umbrella term is used to describe people living with congenital, atypical chromosomal, hormonal and/or anatomical sex traits, therefore we must keep in mind that it is a diverse group. There are also huge differences in how the medical profession uses the term "intersex" and how it groups intersex variations (Jones 2018). Tartaglia and collegues highlight in their study that results from early studies on sex chromosome trisomies must be handled with caution, because of their low sample size, crossectional method, sampling and ascertainment biases (due to the tendency that only severe cases of SCTs were recognised before genetic testing were available), and because treatment trials also often lack randomised control and blinded settings (Tartaglia, Howell, Davis. Kowal, Tanda, Brown, Boada, Alston, Crawford, Thompson, van Rijn, Wilson, Janusz and Ross, 2020). These methodological issues appeared previously also in a study by Pieters and colleagues (Pieters, Kooper, van Kessel, Braat and Smits, 2011). Based on the reasons above, some of these findings cannot be generalised for the whole intersex population.

Being intersex or having an intersex variation does not mean that the body is dysfunctional. Some mental or physical health issues of intersex individuals are related to their intersex variation, or the treatments they have received, while others are independent from it. We should also take into account that degrading intersexuality to a mere diagnosis and medicalizing intersex variations has a profound negative effect on intersex people's mental and physical health, it affects their individual and social identities and possibilities, their connections and social relations (Knight 2017; Amnesty International 2017; GrApSIA 2015).

#### 5.1.2.a) Mental health

The medical profession has considered people with intersex bodies unable to integrate into society, therefore intersex infants, children, and youth are often subjected to unnecessary and irreversible sex determining surgeries (Jones et al. 2019). Children are usually able to categorise their own gender by the age of 3, and gender identity becomes relatively consistent by the age of 6, although we should notice that fluidity or variance can still occur later in some cases. Intersex individuals often feels uneasy due to a mismatch between their sex assigned at birth and their gender: women with complete androgen insensitivity syndrome and congenital adrenal hyperplasia who have been raised according to female gender norms experience these difficulties less frequently, while children with the most common occurrences of male intersex conditions (impairment in testosterone biosynthesis or in tissue responsiveness to dihydrotestosterone and/or testosterone due to 5a-RD-2 – 5alpha-reductase-2 deficiency or 17b-HSD-3 -17β-hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency) who were raised as female have a much higher (59% and 39%) prevalence of gender dysphoria (Mendonca et al. 2000; Mains et al. 2008; Cohen-Kettenis 2005).

Unwanted surgeries have severe long-term consequences on intersex individuals' mental and physical health because they cause irreversible physical and psychological harm (Amnesty International, 2017; Knight 2017; Bauer and Truffer, 2019). Some intersex people report grief and a sense of loss of autonomy due to these non-consensual sex assignment surgeries, often performed in early childhood. As a consequence of these undesired surgeries (most notably chest surgeries and those that cause scarring) they might feel alienated from themselves and their own bodies (Jones et al. 2019; Knight 2017; GrApSIA and Audí, 2014). Experienced negative attitudes and discrimination cause lower self-esteem and a damaged body image. Intersex people often face societal and medical pressure to resolve their gender identity and adjust to gender norms and binary sex characteristics (Jones 2016; Knight, 2017, Amnesty International, 2017; Bauer and Truffer 2019). This causes severe distress and prevents them from exploring and expressing their own – in some cases non-binary – gender identity. All the factors mentioned above could explain why self-harm, suicidal thoughts and suicide attempts are particularly frequent in the intersex population. Certain medical practitioners in some countries now acknowledge that parents should consider leaving their child's body intact with the aim of preserving the child's autonomy, dignity, sexual function and fertility options (Knight 2017). Although some health facilities still support early surgeries with the aim of providing opportunity for children to "grow up with more normally appearing genitalia" and "minimising parental anxiety", human rights approaches argue that these kinds of mutilations are unnecessary and should not be considered as therapeutic (Knight 2017; Jones et al. 2019).

In many cases, intersex people are advised by doctors to conceal their intersex condition, which can be a huge burden for both the family and the individual. Parents and caregivers often conceal their children's intersexuality even from the child themselves due to the recommendation or suggestion of doctors (Danon and Krämer 2017). In consequence, some people with intersexual variation receive little or no information about

their condition, its progression, and their options of receiving or rejecting treatment. Informing and supporting patients and their caregivers in connection with intersexual variations is essential. Keeping our patients and their relatives up to date with the continuously developing techniques and treatments is desirable in order to give proper care for intersex youth and ensure the opportunity for both caregivers and the patients themselves to give informed consent and not to regret their decisions about the surgery performed or treatment received.

It is also very important that intersex individuals and their relatives receive appropriate support: we should inform them about the opportunity and benefit of peer support groups and recommend them experienced, affirmative, culturally competent mental health services.

### 5.1.2.b) Physical health

Physical health issues in connection with the intersex condition itself or as a result of performed surgeries and received treatment should be acknowledged. Some information has already been provided in Chapter 2. (2.2.3 Physical health problems affecting specific groups), therefore in this chapter we would like to focus first on the effects of gonadectomy and the methods and side-effects of hormonal replacement therapies, then we would like to provide some additional informations on the different intersex variations.

***Surgery***

In the case of intersex variations, two types of surgeries must be mentioned: 1) normalising surgeries of the external genitals and 2) gonadectomy.

The first group of surgeries (normalizing surgeries) includes several techniques or procedures (e.g., vaginoplasty, labiaplasty, clitoral reduction surgeries, phalloplasty, scrotoplasty, and urethroplasty) in order to produce anatomy which is better suited to the expected external genitalia / typical male / female sex characteristics (Zhang, Pan, Ji, Wang, Shen, Liu, Lu, and Zhou, 2013; Creighton 2001; Bauer and Truffer 2019; Zeeman and Aranda 2020). These surgeries are justified by supporting better psychosocial adaptation, although many medical and civil reports draw attention to their detrimental effects (e.g., scarring, trauma, incontinence, decrease or loss of sexual sensation, lifelong hormone replacement therapy and its side-effects) (GrApSIA and Audí, 2014; Zeeman and Aranda, 2020; Knight 2017; Bauer and Truffer, 2019; Amnesty International, 2017). Normalizing surgeries on young intersex children before they could declaire their gender identity involve the risk of assigning the wrong sex (Zeeman and Aranda, 2020; Knight 2017; Bauer and Truffer, 2019; Amnesty International, 2017).

The second group involves the removal of the testicles, ovaries, ovotestes or streak gonads. The most widespread argument for gonadectomy is the assumed elevated risk for certain gonadal malignities, though current research challenges the necessity for gonadectomy, and promotes watchful waiting (screening and follow-up) (Knight, 2017; Dicken, Billmire, Krailo, Xia, Shaikh, Cullen, Olson, Pashankar, Malogolowkin, Amatruda, Rescorla, Egler, Ross, Rodriguez-Galindo and Frazier, 2018; Huang, Wang and Tian, 2017; Looijenga, Hersmus, Oosterhuis, Cools, Drop and Wolffenbuttel, 2007; Slowikowska-Hilczer, Szarras-Czapnik, Wolski, Oszukowska, Hilczer, Jakubowski, Walczak-Jedrzejowska, Marchlewska, Filipiak, Kaluzewski, Baka-Ostrowska, Niedzielski and Kula, 2015; Kathrins and Kolon, 2016; Lanciotti, Cofini, Leonardi, Bertozzi, Penta, and Esposito, 2019). In order to estimate the actual risk for malignancy and to prevent unnecesarry gonadectomies, Cools and colleagues suggest a new categorisation of germ cell tumor risk, which can establish a better background for watchful waiting (prosponing gonadectomy as long as possible, but at least until puberty), therefore might preserve the fertility of intersex people (Cools, Drop, Wolffenbuttel., Oosterhuis and Looijenga, 2006; Looijenga, Hersmus, Oosterhuis, Cools, Drop and Wolffenbuttel, 2007; Knight 2017; Parliament of Australia 2012).

Surgeries performed with informed consent and with the aim of affirming the assigned gender in alignment with the individual's wish, or as well as hormonal balance caused by medication can be considered as positive health outcomes, but we must notice that several mental and physical health risks are related to early surgical treatments, often carried out without consent, and the follow-up hormone replacement therapy is given in order to moderate the effects of gonadectomy and castration.

Certain medical practitioners in some countries now acknowledge that parents should consider leaving their child's body intact with the aim of preserving the child's autonomy, dignity, sexual function and fertility options (Knight 2017). Although some health facilities still support early surgeries with the aim of providing opportunity for children to "grow up with more normal-appearing genitalia" and "minimising parental anxiety", human rights approaches argue that these kinds of mutilations are unnecessary and should not be considered as therapeutic (Knight 2017; Jones et al. 2019).

***Hormone replacement therapy***

Hormone replacement therapy (HRT) is mandatory after bilateral gonadectomy in order to replace hormone production in the gonadal tissue and thus ensure pubertal development and psychological and relational/sexual wellness, maintain secondary sexual features and prevent other health-threatening side effects of hypogonadism such as osteomalacy and osteoporosis. The choice of medication form should be guided by the patient's needs and preference. HRT differs depending on the time of the gonadectomy.

Testosterone (or other androgen therapy) can be administered orally, or both in a transdermal and injectable form (see details in Chapter 4.2.5.) Pharmacology). Usually 8–10 mg/kg testosterone is used for long-term replacement therapy. Testosterone implants (400–800 mg in every 3–6 months), ointments, gels or patches may provide more stable testosterone levels than intramuscular injections; oral testosterone is rarely used.

Oestrogen replacement is available in oral (ethinylestradiol, conjugated equine estrogen, estradiol valerate, estrone), subcutane (estradiol), transdermal (estradiol) or other forms (nasal spray, vaginal cream, pessary). The optimal dose of estrogen for hormone replacement therapy is yet unkown; for the maintenance of bone mineralisation, conjugated equine estrogen 0.625mg; estradiol valerate 2mg; estropipate (piperazine estrone sulfate) 1.25mg are suggested based on studies on postmenopausal women.

Progesteron in order to prevent osteoporosis in women can be administered periodically (medroxyprogesterone 10 mg or dydrogesterone 10mg for 14 days per month). For ensuring amenorrhea, the continuous application of progresterones is recommended.

In the case of decreased bone mineralisation, regular physical activities, as well as increased calcium and vitamin D intake could be considered (Kamoun, Feki, Sfar and Abid, 2013; Warne, Grover and Zajac, 2005).

In summary, health issues in connection with received hormonal treatment and gonadectomy or castration include lower bone density, higher risk for osteoporosis, mood disorders, depression or aggression, weight gain or sexual dysfunction, and increased risk of blood-clotting.

Hormone therapies have their own risks and benefits as we highlighted in Chapter 4. (see Chapter 4.2.5.d) Risks and side effects of hormone therapies). Oestrogen therapy increases

the risk of thromboembolic events (myocardial infarction, stroke, deep vein thrombosis), while increased risk of osteoporosis, cardiovascular diseases, cognitive decline, and Parkinson disease has been reported in the case of oestrogen deficiency (Warne, Grover and Zajac, 2005; Ko, King, Williams, Creighton and Conway, 2017).

***Reproductive health***

In the case of intersex variations, we should address health issues connected to reproductive health and sexual health due to gonadal dysmorphism and dysfunction, or in some cases early medical interventions applying surgical or chemical sterilisation (Jones et al. 2016; GrApSIA and Audí, 2014). In a large Australian study almost two-third of intersex individuals indicated that their intersex variation or the treatment received had affected their sexual life (Jones 2016). Modern medical technologies can effectively target infertility or support conception if the function and anatomy of the appropriate internal genitals allow it.

***Some detailed information on the most common intersex conditions:***

(The information below must be carefully and critically handled due to the medicalizing view of intersexual conditions in general and the limited size of the examined population. The following results are presented using medical categories according to a clinical nomenclature which is found to be pathologizing by several people in the intersex community. Performing studies in a more inclusive perspective, taking into account the actual problems and experiences of those who are affected would be necessary / desired.)

***Complex hypospadias***

Male children with complex hypospadias have a dislocated urethra opening (CDC, 2020). The opening of the urethra might be found on the underside of penis (between the penis and the scrotum, or between the anus and scrotum). 32% of the children with hypospadias have undescended or missing testicles, 15% have inguinal hernia (Jones and Leonard 2019). Some of the earlier studies suggest that erectile dysfunction, ejaculatory disturbances and urinary tract infections tend to be more common among people with hypospadiasis than in the average population, but a large variance has been shown between the results of the different studies (Urology care foundation 2021; Jones and Leonard 2019; Bubanj, Perovic, Milicevic, Jovcic, Marjanovic and Djordjevic, 2004; Singh, Jayanthi and Gopalakrishnan, 2008). We must also keep in mind that the literature on the sexual health of people living with hypospadiasis is not so wide and also that anejaculation or dissatisfaction with erection might be the mental and physical consequence of previous surgeries (Jones and Leonard, 2017; Örtqvist, Fossum, Andersson, Nordenström, Frisén, Holmdahl and Nordenskjöld, 2017).

***Congenital adrenal hyperplasia***

This condition develops because the steroid 21-hydroxylase enzyme is missing or ineffective. As a result of this, the secretion of cortisol and aldosterone are inadequate, therefore electrolyte abnormalities or adrenal crisis can potentially occur (Jones and Leonard, 2017; Knight 2017; Speiser, Arlt, Auchus, Baskin, Conway, Merke, Meyer-Bahlburg, Miller, Murad, M. H., Oberfield, and White, 2018). Children with CAH are usually born with atypical genitals (Jones and Leonard, 2017; Knight 2017; Kamoun, Feki, Sfar and Abid, 2013; Papadakis, Kandaraki, Tseniklidi, Papalou and Diamanti-Kandarakis, 2019; Merke and Poppas, 2013). Close attention to electrolyte levels and lifelong mineralocorticoid and glucocorticoid supplements are required (Knight 2017; Merke and Poppas, 2013). For CAH children with an XY genotype there is a higher risk for testicular cancer (Jones and Leonard, 2017; Speiser, Arlt, Auchus, Baskin, Conway, Merke, Meyer-Bahlburg, Miller, Murad, M. H., Oberfield, and White, 2018; Merke and Poppas, 2013; Kamoun, Feki, Sfar and Abid, 2013). In the case of an XX genotype with irregular menses, dyspareunia and PCOS are more common (Speiser, Arlt, Auchus, Baskin, Conway, Merke, Meyer-Bahlburg, Miller, Murad, M. H., Oberfield, and White, 2018; Kamoun, Feki, Sfar and Abid, 2013). As a result of the treatment, obesity, hypertension, osteopenia, osteoporosis, insulin resistance or metabolic syndrome can develop (Jones and Leonard, 2017, Kamoun, Feki, Sfar and Abid, 2013; Merke and Poppas, 2013). Reduced fertility is typical for both men and women with CAH, especially for those who live with a salt wasting form (Jones and Leonard, 2017; Papadakis, Kandaraki, Tseniklidi, Papalou and Diamanti-Kandarakis, 2019; Kamoun, Feki, Sfar and Abid, 2013). Hormonal imbalances during adolescence might elevate the risks of some co-morbidities (Merke and Poppas, 2013).

***Androgen insensitivity syndrome***

Individuals with androgen insensitivity have XY chromosomes, but due to the partial (PAIS) or complete (CAIS) insensitivity to androgens (testosteron) they typically have female (CAIS) or atypical (PAIS) sex characteristics (Tyutyusheva, Mancini, Baroncelli, D'Elios, Peroni, D., Meriggiola and Bertelloni, 2021; Jones and Leonard, 2017). The testicles are present, but usually undescended and can be found in the abdominal cavity, in the inguinal canal, or in the labia majora. The uterus, the cervix and the proximal vagina are missing (due to the absent differentiation of the Wolffian structures), and the distal vagina has an average 2.5 to 8 cm length (Tyutyusheva, Mancini, Baroncelli, D'Elios, Peroni, D., Meriggiola and Bertelloni, 2021; Jones and Leonard, 2017; Lanciotti, Cofini, Leonardi, Bertozzi, Penta and Esposito, 2019). AIS patients seem to have a unique hormonal profile which differs from the physiological male or female ones (Lanciotti, Cofini, Leonardi, Bertozzi, Penta and Esposito, 2019; Fallat and Donahoe, 2006). The condition is usually associated with infertility but the actual prevalence or causes cannot be identified due to the widespread presence of early gonadectomy. According to some studies, people with AIS have normally functioning testes which must be reserved as long as possible in order to provide endogen hormone production (Tyutyusheva, Mancini, Baroncelli, D'Elios, Peroni, D., Meriggiola and Bertelloni, 2021; Fallat and Donahoe, 2006). Patients with androgen insensitivity syndrome might have higher risk for testicular cancer, but in AIS the occurrence of a malignant tumor is unusual before puberty, and there is no consensus among the results (Lanciotti, Cofini, Leonardi, Bertozzi, Penta and Esposito, 2019; Fallat and Donahoe, 2006; Dicken, Billmire, Krailo, Xia, Shaikh, Cullen, Olson, Pashankar, Malogolowkin, Amatruda, Rescorla, Egler, Ross, Rodriguez-Galindo and Frazier, 2018; AI; Looijenga, Hersmus, Oosterhuis, Cools, Drop and Wolffenbuttel, 2007). In the case of our AIS patients we must also pay special attention to the elevated risk of osteopenia and osteoporosis due to androgen resistance and as a major side-effect of gonadectomy (Lanciotti, Cofini, Leonardi, Bertozzi, Penta and Esposito, 2019; Tyutyusheva, Mancini, Baroncelli, D'Elios, Peroni, D., Meriggiola and Bertelloni, 2021; Jones and Leonard, 2017; Bauer and Truffer, 2020). They might experience difficulties during penile-vaginal penetrative sexual intercourse in the case of vaginal shortness or penis-vagina size disproportion (GrApSIA and Audí, 2014). They might also express gender nonconformity, disconnect from or reject the sex assigned at birth (Jones and Leonard, 2017).

***Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome (Vaginal agenesis)***

People with MRKH have normal external genitals and functional ovaries but the vagina and uterus are underdeveloped or absent. The condition often remains undetected until the onset of primary amenorrhea (Jones and Leonard 2019). Sexual dysfunction (dyspareunia due to the shortness of the vagina), infertility, skeletal and renal abnormalities and heart malformations are more common among individuals affected by this syndrome (Medline Plus 2017; Jones and Leonard 2019).

***Triple X syndrome (47XXX)***

The Triple X syndrome is the most common sex chromosome aneuploidy among women (Skuse, Printzlau and Wolstencroft, 2018; Jones and Leonard 2017). In physical appearance, tall stature, clindodactyly and infant hypotonia as minor physical characteristics can be present (Tartaglia, Howell, Sutherland, Wilson and Wilson, 2010; Jones and Leonard 2017; Skuse, Printzlau and Wolstencroft, 2018). They are occasionally affected by congenital heart abnormalities (coarctation aortae, pulmonal stenosis, septal defects), diseases of the kidney and urinary tract, ovarian malformations and premature menopause (Tartaglia, Howell, Sutherland, Wilson and Wilson, 2010; Skuse, Printzlau and Wolstencroft, 2018; Tartaglia, Howell, Davis. Kowal, Tanda, Brown, Boada, Alston, Crawford, Thompson, van Rijn, Wilson, Janusz and Ross, 2020). Women with a triple X syndrome might have increased risk of learning disabilities, behavioural and emotional difficulties and delayed development of speech, language and motor skills (Tartaglia, Howell, Sutherland, Wilson and Wilson, 2010; Hutaff-Lee, Cordeiro and Tartaglia, 2013; Skuse, Printzlau and Wolstencroft, 2018, Van Rijn 2019).

***Klinefelter syndrome (47XXY)***

Klinefelter syndrome is one of the most common intersex variations. It usually remains undetected until a later age, and two-thirds of the cases are never identified (Jones and Leonard 2017; Skuse, Printzlau and Wolstencroft, 2018). Relative deficits in executive functions, working memory and in some domains of social attention, learning and language difficulties are more common among people with this intersex variation (Jones and Leonard 2017; Ross, Roeltgen, Stefanatos, Benecke, Zeger, Kushner, Ramos, Elder and Zinn, 2008; Van Rijn 2019; Skakkebaek, Moore, Pedersen, Bojesen, Kristensen, Fedder, Laurberg, Hertz, Østergaard, Wallentin M. and Gravholt, 2017). According to some results, people with Klinefelter syndrome usually have small testicles and primary testicular insufficiency, therefore they might have reduced fertility. They have higher risk for metabolic syndrome, cardiovascular and autoimmune diseases (Lupus, Sjogren, rheumatoid arthritis) and non-Hodgkin lymphoma (Jones and Leonard 2017; Skuse, Printzlau and Wolstencroft, 2018; Kathrins, M. and Kolon, 2016; Ji, Zöller, Sundquist and Sundquist, 2016). They also have an increased risk for breast and lung cancers (Fallat and Donahoe, 2006; Jones and Leonard 2017; Skuse, Printzlau and Wolstencroft, 2018; Falhammar, Claahsen-van der Grinte, Reisch, Slowikowska-Hilczer, Nordenström, Roehle, Bouvattier, Kreukels and Köhler, 2018).

***Turner syndrome (45X0)***

Individuals with Turner syndrome have characteristic appearances, they usually have a webbed neck, a lower hairline at the back of the neck, lymphedema of the hands and feet (Jones and Leonard 2017). Their fertility is reduced due to ovarian hypofunction or premature ovarian failure. Skeletal abnormalities, kidney problems, congenital heart issues (e.g., coarctatio aortae) and inner ear problems are more common among them. They have higher risks for some behavioural and cognitive difficulties (Jones and Leonard 2017; Skuse, Printzlau and Wolstencroft, 2018). They have higher risk for several health issues such as: diabetes, stroke, inflammatory bowel disease, neuroblastoma, gonadal and bowel cancers (Jones and Leonard 2017; Ji, Zöller, Sundquist, and Sundquist, 2016; Schoemaker, Swerdlow, Higgins, Wright, Jacobs and UK Clinical Cytogenetics Group. 2008). Due to all these health issues, they have an increased overall death rate (Jones and Leonard, 2019).

We should affirm and value intersex variations and consider them as healthy expressions of human diversity. We should pay attention to informing patients and their relatives in order to be able to get their informed consent and to prevent regretted or unnecessary irreversible surgical interventions. We should also guarantee training and care with a feminist and psychosocial perspective for professionals during or prior to transmitting information and dealing with patients.

Some intersexual people may avail of surgical procedures or hormonal treatment (with informed consent) at some point of their lives. In both cases their post-treatment care and follow-up is necessary so that long-term health outcomes can be monitored. Healthcare providers must highlight the necessity of monitoring the short- and long-term effects and suggest screening tests aligned with the guidelines and other benefits of post-treatment follow up. Post-treatment care of intersex patients must also be provided by a therapeutic team including both medical and mental health professionals (surgeon, endocrinologist, general practitioner and mental health provider or psychotherapist).

## 5.1.3) Specific health issues of bisexual individuals

Bisexual individuals are at risk of excessive stress, due to the stigmatisation of bisexual identity as an illegitimate identity, “just a phase”, or a transition between heterosexuality and homosexuality flourish both within the LGBT community and in mainstream society (Maimon et al. 2019). Bisexuals are labelled to be sexually irresponsible and even more promiscuous than other sexual minorities (Friedman et al. 2014). Bisexual individuals may experience unique barriers to disclosure due to the aforementioned biases, which may result in a lack of community attachment and group support.

Due to the more pervasive exclusion and perceived stigmatisation, the bisexual community deserves more attention in connection with health and health needs (Brewster and Moradi, 2010; Dodge et al. 2016). In studies not examining sexual minorities as a homogenous group, bisexual individuals report worse mental health (higher rates of anxiety, depression, mental illness, suicidality, and self-harm) and more mental healthcare utilisation than their gay and lesbian peers (Jorm et al. 2002; Tjepkema 2008; Steele et al. 2009; Wu et al. 2018; Dragon et al. 2017; Bränström 2017; Scott, Lasiuk and Norris 2016; Lhomond et al. 2014; Jabson, Farmer and Bowen 2014). Other studies have also indicated a higher occurrence of cardiovascular diseases, acute myocardial infarct, chronic bronchitis, asthma and diabetes in the bisexual population (Landers, Mimiaga and Conron 2011; Matthews and Lee, 2014; Conron, Miagama and Landers 2010). Bisexual women have a higher BMI than their heterosexual counterparts. Bisexual women are less likely to participate in routine medical screenings (such as mammography or Human Papilloma Virus screening), but more likely to have a regular HIV screening (Miller et al. 2007). They are also less likely than their heterosexual counterparts to have ever given birth, therefore they have a higher risk for breast, ovarian and endometrial cancers (Miller et al. 2007). When reporting same-sex activity during a medical encounter, bisexual women tend not to be offered birth control or STI counselling, because they are assumed to be homosexual and not at risk for pregnancy or STIs. Due to these false assumptions and the lack of adequate healthcare, bisexual women use emergency contraception and abortion more frequently than heterosexual women.

In contrast, bisexual men get tested for HIV with less likelihood than their gay peers, but more likelihood than heterosexual men, although they are at increased risk for sexually transmitted infections (STIs) compared to exclusively heterosexual men (Matthews and Lee 2014; Fredriksen-Goldsen et al. 2017; Lunn et al. 2017; Garland-Forshee et al. 2014; Mays et al. 2018; Blosnich et al. 2014). Bisexual men report more risk behaviour (such as more sex partners, condomless sex, alcohol or substance use before sex) in connection with the-

ir sexual lives than heterosexual or homosexual individuals (Everett et al. 2014; Agronick et al. 2004; Mercer et al. 2009; Jeffries 2010; Dodge et al. 2013). Alcohol dependence, smoking and other drug usage are higher among bisexual-identified women and men (Fredriksen-Goldsen et al. 2017; Garland-Forshee et al. 2014; Lhomond et al. 2014; Conron, Mimiaga and Landers, 2010).

Health professionals therefore must be aware of the unique risk factors and health needs of the bisexual population, pay attention to inclusive language when asking questions about the patient's partner, sexual life, and sexual experiences. They must avoid assumptions on the basis of the information heard and encourage patients to define and express their sexual orientation.

## 5.1.4) The health of homosexually experienced heterosexual persons

There is a notable difference between sexual identification and sexual attraction or behaviour. Previous studies have reported a 2-4% difference when people were asked about current same-sex attraction or same-sex sexual behaviour and current sexual orientation identity (Smith et al. 2003; Mosher, Chandra and Jones, 2005; Conron, Mimiaga and Landers, 2010; Chandra et al. 2011). In general, the vast majority (84-95%) of the population identify themselves as heterosexual, around 3-7% identify as a sexual minority (Smith et al. 2003; Conron, Mimiaga and Landers, 2010; Pachankis and Bränström, 2019). Approximately 6-9% are "homosexually experienced heterosexuals", people who are heterosexual with homosexual experiences or attractions; they can be located on the spectrum of sexual orientation, attractions, and behaviours somewhere between heterosexual and bisexual (England, Mishel and Caudillo, 2016).

Some current studies have found mental and physical health differences between homosexually experienced heterosexual individuals compared to the LGB population or exclusively heterosexual peers (including depression, suicidality, anxiety, self-harm, body dissatisfaction, disordered eating, obesity, STIs, teenage pregnancies, abnormal Pap results, general physical health problems, sexual risk taking, and substance use) (Lhomond et al. 2014; Caceres et al. 2018; Mays et al. 2018; Patterson et al. 2018). These differences cannot be exclusively explained with Meyer's minority stress model, because that requires explicit minority identity, belonging to a sexual-minority community, or being perceived as being a member of a minority. Heterosexually identified MSM and WSW individuals more frequently suffer from certain chronic diseases or live with health limitations and non-HIV-related health conditions (Cochran and Mays 2007).

Some potentially stress-related health conditions and symptoms (heart disease, liver disease, digestive problems, headaches, asthma, back pain, chronic fatigue) also affect homosexually experienced heterosexual men and women more than exclusively heterosexual individuals. These differences can be explained with the well-known association between psychosocial distress and sexual orientation. The concordance between sexual orientation, sexual attraction and sexual experience is associated with distress in both women and men. Homosexually attracted individuals struggle with higher psychosocial distress, even without actual homosexual experience, than heterosexual peers, and the highest stress level appears in individuals with homosexual attraction but no homosexual experience (Smith et al. 2003).

A review has also found that homosexually experienced heterosexual individuals experienced more victimisation or adverse life experiences (e.g., abuse), and engage more often in risk behaviours (smoking, substance use, or sexual risk) compared to exclusive heterosexuals (Vrangalova and Savin-Williams, 2014). Another factor which might affect this group is the lack of protective peer support, hence they do not participate in LGBTI community events because of the lack of sexual identity integration, therefore they are not integrated to the minority group. Homosexually experienced heterosexuals reported more uncertainty and exploration about sexual orientation and slightly higher fluidity in gender identity.

On a personal level of coping with any minority identity, integrating one's group membership, such as ethnicity or sexual orientation, into the global self-image is essential. Those who strongly identify with the minority group tend to report more positive psychological well-being (Molix and Bettencourt 2010). Minority studies suggest that understanding and exploring identity, being able to develop a positive attitude toward one's own minority group membership and identity are important mediators of mental wellbeing (Ghavami et al. 2011).

# 5.2) Age-specifications

## 5.2.1) LGBTI youth

Adolescence and young adulthood is a challenging phase of development, the time of discovering and constructing one's identity, including sexual and gender identities. Young people face a multitude of physical, emotional and sexual changes; discover, accept and come to terms with their identity. This process is complicated for all adolescents, but for sexual or gender minority youth it can be even more difficult, especially if their inner recognition of being LGBTI clashes with the norms of their environment – primarily the family and the community.

Young LGBTI people are more dependent on their families and peers than people of older age groups. Young people rely financially on their families, and their family members, especially the parents, play a crucial role in adolescent development. The relationship with their parents – which affects the development of healthy relationships later in life – may be disrupted if they experience rejection because of their sexual orientation or gender identity (Katz-Wise, Rosario, and Tsappis 2016).

Peers have an equally important part in social development. The acceptance, support or disapproval of peers or family members can be crucial in either forming a healthy inner self or starting a lifelong battle with shame and self-hatred. For sexual and gender minority adolescents it is important to have contact with other LGBTI youth or role models and to have connection with individuals who have similar experiences (Doty et al. 2010). If they spend this critical period of development surrounded with stigma, discrimination or disapproval from their families, peers and other adults (such as teachers, coaches, religious leaders), young LGBTI people might find themselves isolated, marginalised and may start to internalise feelings of shame and hatred. This all has a significant impact on health and wellbeing. Research suggests that the health disparity afflicting LGBTI people starts in adolescence. LGBTI adolescents are more exposed to stress; have higher levels of alcohol, marijuana and illicit drug use; higher risks of depression and other mental health problems, suicide and risky sex behaviours (Liu et al. 2020; Becerra-Culqui et al. 2018; Goldbach et al. 2014; Saewyc et al. 2006).

Healthcare professionals are in a position where they can assist LGBTI youth during this difficult period and can help them overcome the challenges and go on to lead healthy, fulfilling, well-adjusted lives.

### 5.2.1.a) Stages of adolescence

Adolescence and young adulthood can be divided into 3 developmental stages, each having different associated concerns for sexual and gender minorities.

Early adolescence (10-14 years) may be the time when young people start to feel something is different about them but do not yet understand what. They may become victims of teasing, bulylying, and marginalisation. The start of menstruation and the development of secondary sexual characteristics can be stressful for transgender youth.

Middle adolescence (14-17 years) is often the start of risky sexual experimentation, with consequent risk of HIV and other STIs. Concerns regarding self-identity may add to the mental burden at this age.

Late adolescence (17+ years) – is typically the start of independent living, with associated responsibility and possibilities (potentially increased freedom to come out). This is also often the time of the first independent medical appointment.

### 5.2.1.b) Caring for LGBTI adolescents

The goals of treating LGBTI adolescents are the same as for all young people: to promote healthy development, social and emotional wellbeing and to promote and ensure physical health. Healthcare professionals are in a good position to assist youth who are struggling with coming to terms with their sexual orientation or gender identity. They may have an important role in assisting young patients in a healthy discovery, autonomy, and self-acceptance of their orientation or identity and help to ease the transition into a healthy adulthood. The clinical setting may be in some cases the only place where youth feel safe to seek assistance and guidance. The basis of caring for LGBTI youth is creating an environment in which young people feel comfortable asking questions, can seek help and support, and can obtain medical services. Making the adolescent feel secure within clinical interaction is critical in founding a trustful patient-provider relationship.

Healthcare professionals may also be in a position to help their young patients by improving their situation in their families. They can offer guidance or ease the fear or misconceptions of parents or guardians of LGBTI youth by providing guidance and factual information about LGBTI issues. They can also inform the parents that their negative reactions may be harmful to their child's physical and mental health (Ryan et al. 2009).

Healthcare providers working with youth should be prepared to address aspects of sexual health when caring for adolescent patients. Discussing sexuality, sexual activity or sexual risk behaviours with patients requires an open approach free of assumptions and judgements. A provider should learn to ask questions about the sexuality, sexual orientation, and gender identity of all their patients, and must be prepared to address the concerns about gender and sexual identity, the social and psychological issues connected to this status.

Confidentiality is essential when caring for adolescents and young people. They may not want to share with their parents that they seek healthcare and they might be afraid of them discovering it. For LGBTI adolescents, there is an additional fear that their parents will learn about their identity or orientation and this fear may lead to forgoing seeking healthcare. It is crucial therefore that confidentiality is protected by every member of the clinic.

Young patients may feel uncomfortable discussing sensitive topics in the presence of their parents or guardians. Furthermore, they may even feel reasonable fear about the disclosure of their sexual orientation or gender identity and may choose to withhold this information. To avoid this, the opportunity of conducting interviews with adolescent patients in the absence of parents or guardians should be given.

Healthcare professionals should keep in mind that even at a young age, LGBTI people are at a higher risk of engaging in hazardous behaviours. Therefore, taking a careful medical history, including questions addressing their sexual activity; mental health; smoking, alcohol, and substance use; safety, violence and victimisation is important. The goals of treating LGBTI adolescents are to promote social and emotional well-being, physical health and support healthy development.

### 5.2.1.c) Patient interview with LGBTI adolescents

As adolescents in general are usually a healthy population, the chief complaint may not be the main reason for the visit, so it is always advisable to use the opportunity to ask the young person if they have any other problems, questions or want anything else checked while there. The patient interview therefore is often the most important part of the medical encounter.

When discussing sexual orientation or gender identity, clinicians should avoid making assumptions about the patient's self-identification, rather, use the patient's own terminology for their identity, even if it does not match their sexual behaviours. For adolescents it is typical to dismiss categorisation and labels, and youth nowadays embraces bisexuality and sexual fluidity more willingly than previous generations.

Adolescents are usually physically healthy, though LGBTI youth are at a higher risk of engaging in hazardous behaviours than their heterosexual and cisgender peers. Screening for health risks should be an important part of medical history taking, with a focus on key social and behavioural areas like home, school, activities and sexual life.

### 5.2.1.d) Sexual health

Questions and concerns regarding sex, dating and sexuality are often in the centre of the thinking of adolescent patients, but they may be embarrassed to openly speak or ask questions in clinical settings. Normalising the topic by speaking openly about sexuality, using a relaxed tone of voice can help. It can also be useful to remind the patient at this point that the discussion is confidential.

Asking straightforward, easily understandable questions, like "Are you currently dating or in a relationship with a boy or a girl?" "Are you having sex?" is a good technique to start the discussion. Providers should use gender neutral language (partner instead boyfriend/girlfriend) when asking about romantic or sexual partners. Follow-up questions need to specify the details of sexual activity, the use of protection, and the types of sex patients are having, including asking about anal and oral sex. These may not be considered by some as "being sexually active" (especially by young women, since they do not carry the risk of pregnancy) nevertheless, may constitute a risk of acquiring STIs. It is also important to ask about condom use and seize the opportunity for targeted prevention education. Clinicians should be specific as to the anatomy but avoid medical jargon and use expressions understood by the adolescents.

When discussing sexual health issues, usually young gay and bisexual men and transgender youth are in focus – as they have disproportionately high rates of HIV and other sexually transmitted diseases (STDs) (Mayer 2011) – but the topic should be discussed also with young lesbian and bisexual women. They are usually thought to be less at risk of acquiring HIV and other STDs, although they might be having or have had sex with men, and even engage in risky sex with male partners (Ybarra et al. 2016). It is also important to address pregnancy risks and the need for contraception. Even if a person identifies as a lesbian, it is important to ascertain the actual sexual behaviour (whether they have sex with men) as in that case they may be at risk for unplanned pregnancy (Charlton et al. 2013). Transgender men also may be at increased risk for unplanned pregnancy and in need of contraceptive and conception counselling (Light et al. 2018).

### 5.2.1.e) Mental health

Adolescence is often the time when mental health problems, such as depression, anxiety and psychosis, first appear. It is a difficult phase for every young person, and LGBTI youth may experience additional distress caused by the stigma connected to their identity. Life changes and transitions, normal to adolescence, are often major psychological stressors (starting or leaving school, university, starting independent living, etc.) and for LGBTI youth this is added to the stress experienced by being a sexual or gender minority. These external stressors may trigger anxiety or depressive episodes.

Suicide is the leading cause of death among LGBTI youth. While it is difficult to estimate the actual number of suicides among LGBTI people (as sexual orientation is not recorded in death certificates, and many who attempt or commit suicide may have never discussed their identity), it is known that in epidemiological studies LGBTI youth report suicidal thoughts and suicide attempts much more often (di Giacomo et al. 2018; Liu et al. 2020). Based on the above, it is safe to state that young LGBTI people are at an increased risk of suicide, especially those who lack appropriate social support. Experiences of isolation, depression; family dysfunction, loss of family or friends; alcohol and other substance use are contributing factors (Russell and Toomey 2012; Seil et al. 2014).

Research shows that distressed patients frequently visit their primary care providers in the weeks and months before the completed suicide (Schulberg et al. 2004). This can provide an opportunity for early intervention, and also emphasises the importance of checking the signs of mental distress. Using simple screening tools like the Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2) can help to identify at-risk youth.

It is recommended to assess the psychological wellbeing of young people at the clinical visit, by asking about behavioural health, medications, hospitalisations, and family history of mental illness. It is also useful to ask if they have social support (someone to turn to when feeling sad or depressed) and about school, home, and peers (whether they feel isolated). Additionally, questions regarding comfort level with their sexual minority identity may help identify young people who could benefit from referral to youth-focused LGBTI support groups, if such support groups are available.

### 5.2.1.f) Smoking, alcohol and substance use

Trying out alcohol, drugs and tobacco is often part of normal adolescent experimentation. Some young LGBTI people may use substances as self-medication in emotionally painful situations or as a coping strategy. LGBTI friendly bars, clubs and social settings are an important – and safe – environment for sexual and gender minority youth, however, frequenting such places may contribute to alcohol and drug use among young LGBTI people.

Studies show that sexual and gender minority youth is at high risk for substance use and substance use disorders (SUDs), especially bisexual youth and young lesbians (Marshal et al. 2008). They also start smoking and consuming alcohol earlier (Schuler and Collins 2019).

The problem associated with the use of alcohol or illicit substances – beside the physiological effects and the risk of dependence – is the danger of destructive behaviours such as high-risk sexual encounters, suicide attempts and motor accidents.

Assessing the use of alcohol and illicit drugs should be performed by asking direct questions in a non-judgemental and unprejudiced manner. For many LGBTI youth the clinical setting may be the only opportunity to ask about the potentially harmful effects of the substances used and get accurate information. It is important therefore not to scare and alarm young people but seize the opportunity and focus on prevention

and harm reduction. Harm reduction strategies emphasise personal safety (consistent condom use, not driving under the influence) and help to resist peer pressure.

### 5.2.1.g) Safety, violence, victimisation

Many LGBTI youth experience verbal abuse, threats, and physical violence. Violence is among the leading causes of mortality in high-income countries and LGBTI youth is at especially high risk of being survivors of violence. Many of them experience periods in their lives when they are in fear for their personal safety. Continued exposure to bullying and victimisation can lead to negative mental and physical health outcomes, such as depression, anxiety, alcohol and substance use, low self-esteem and suicide attempts (Goldbach et al. 2014; Shields et al. 2012).

Schools are often the places where bullying takes place. Students who are more frequently harassed because of their sexual or gender minority status have lower grades, miss more days, and have lower educational aspirations (are less likely to plan to pursue post-secondary education) than students who are victimised less often. It implies that school bullying may have a long-term effect on the survivor's future (Kosciw et al. 2012).

Equally important – because of its severe consequences – is the violence which occurs at home. Parental violence can include physical or verbal abuse, excluding the child from family events, blocking access to friends and resources, and blaming the child when attacked for their sexual orientation or gender identity. This parental behaviour can have serious consequences for the physical and mental health of LGBT youth (Katz-Wise et al. 2016).

Experiencing violence at school or home may lead to the isolation of the young LGBTI person. If the violence comes from a person responsible for them, or whom the youth should be able to rely on – like teachers, coaches, religious leaders, or the police – the survivor may feel confused about who to turn to for help. In these circumstances the healthcare provider might be the only person they can rely on for support or guidance. It is important therefore to ask the adolescents how things are at home, at school, with peers; and whether they feel safe in their relationships and at the places they attend.

Providers should offer general support for the young person and assure that they are available when needed for help or advice in the future.

### 5.1.2.h) Physical examination, screening and immunisation

Physical examination, screening and immunisation of LGBTI youth is conducted according to the national guidelines (In Hungary the 51/1997. (XII. 18.) NM decree specifies the mandatory childhood screenings). Annual visits should include a comprehensive physical examination, and screening for the health issues discussed above (including mental health problems, smoking, alcohol or substance use and STIs). Checking the BMI index and asking about diet and eating habits is also important, as sexual minorities are more affected by obesity (especially bisexuals and lesbian women) and eating disorders (especially bisexual and transgender men).

Providers should be aware that for transgender and intersex youth the physical examination can be an extremely discomforting experience and therefore should proceed with patience and caution.

Beside age-appropriate vaccinations according to the national guidelines, LGBTI youth should be offered vaccination against Hepatitis A and B (if not included) and HPV. Beginning from ages 11-12, girls – and persons assigned female at birth – should be vaccinated to prevent cervical cancer, and adolescent boys as a prevention of HPV-associated genital and anal warts as well as anal cancer.

## 5.2.2.) LGBTI seniors

Older LGBTI people experience disparities in mental and physical health just the same as sexual minority people in general. There are, however, problems and challenges unique to this age group. Elderly LGBTI people must tackle the mental and physical health consequences of life-long invisibility. The lack of recognition of partners within healthcare settings has special consequences for them in the case of illness or death. They may have less family support and be more isolated socially. Experiencing prejudice from staff or other residents makes it difficult for them to use services such as nursing homes or residential care homes. Healthcare professionals should be informed as to the specific challenges faced by elderly LGBTI people and be prepared to provide culturally competent care for them.

When defining older LGBTI people we use the term 'elderly' or older person for a chronological age of 65 years or above. This definition implies that elderly LGBTI people grew up and spent a considerable part of their lives in an era when being a sexual minority was viewed as a crime or as a mental illness. The consequences of facing criminalisation, familial and community rejection, employment discrimination and medical pathologisation amount to considerable levels of minority stress with all its negative health effects. In Hungary, a homosexual act was a criminal offence until 1961 and only much after the American Psychiatric Association (APA) removed the diagnosis from the Diagnostic and Statistical Manual (DSM) in 1973 did the medical profession in Hungary cease to treat homosexuality as a psychiatric disease. Coming out – or being outed by others – could result not only in persecution or forced hospitalisation by authorities, but also in great amounts of hatred, homophobia and transphobia from society. The AIDS epidemic itself eventuated an increased intolerance towards LGBTI people (mostly towards gay men) in the last two decades of the 20th century (Ruel and Campbell 2006). Other specific traumas also afflict LGBTI people more often. In some groups and places, being an older gay person almost certainly entails having lost loved ones due to AIDS (Genke 2004). These life experiences of older LGBTI people impact their psychological and social functioning.

As a consequence of the long-term concealment of sexual orientation or gender identity and exposure to discrimination, older LGBTI are more susceptible to poor health. They are more likely to have experienced homo-, bi- or transphobia in healthcare situations, and are more willing to keep their identity hidden from their clinician or more likely to avoid healthcare altogether. Therefore, in order to provide optimal care, it is important to create an environment in which older LGBTI people feel respected and welcome and where they can feel safe to disclose their sexual orientation or gender identity.

### 5.2.2.a) Physical health

Physical health problems of older LGBTI people are similar to those of the general population, certain aspects however require particular attention. Older sexual or gender minority people may be at greater risk of cardiovascular diseases, as certain CVD risk factors (smoking, alcohol and drug consumption, stress and in some subgroups obesity) are more common among them.

Similarly, due to higher rates of cancer risk factors in their lives they may be more affected by cancers. Smoking and alcohol use elevates the risk of almost every cancer type. HPV infection constitutes a specific risk for cervical and anal cancers, nulliparity and obesity for ovarian and breast cancers, while HIV infection is associated

with HIV related cancers, such as Kaposi's sarcoma, non-Hodgkin lymphoma, cervical cancer, angiosarcoma, primary central nervous system lymphoma.

### 5.2.2.b) Sexual health

It is important to address the topic of sexual health in older LGBTI people too. More than half of the people above 65 are sexually active, and both they and their healthcare providers often underestimate the risk of STIs. WSW who had been sexually active with both men and women are at the same risk of STIs as heterosexual women. Sexually active older MSM transgender people are at risk of acquiring HIV and STIs, and the fact that they are less likely to use condoms and have in general less knowledge about STIs adds to their risk. Hiding sexual orientation or gender identity from the provider increases this risk, as consequently they are less likely to receive appropriate sexual health counselling. It is advisable for older MSM that they should be screened for STIs and HIV with the same regularity as the younger generations.

HIV and AIDS is often diagnosed later among older patients due to several factors. Older LGBTI people are less likely to participate in screening programs. Healthcare providers often do not consider it as a likely diagnosis, and the symptoms are often mistaken for other age-related problems. Older patients might be coping with other diseases that can mask the signs of AIDS. Moreover, AIDS often progresses more rapidly, and elderly patients may be at greater risk of HIV disease progression and poorer response to treatment (Pratt et al. 2010).

The prevalence of erectile dysfunction rises with age, and sexually active men often start using PDE5 inhibitors (such as sildenafil – Viagra) to deal with this problem. The abuse of PDE5 inhibitors is more prevalent among MSM, and their use is associated with risky sexual behaviours (Fisher et al. 2011). Precaution is needed, as many drugs taken by older LGBTI people can interact with PDE5 inhibitors. The drug interaction between PDE5 inhibitors and nitrates (nitroglycerin, isosorbide dinitrate, isosorbide mononitrate) are known the best, and the use of PDE5 inhibitors in patients receiving nitrates is contraindicated. Less is known about the interaction with HIV protease inhibitors (PIs) (especially ritonavir), whose coadministration may significantly increase the plasma concentrations of PDE5 inhibitors. PDE5 inhibitors may also potentiate the hypotensive effect of alpha blockers, resulting in symptomatic hypotension.

### 5.2.2.c) Mental health

There is little data about the prevalence of mental health problems among older LGBTI adults. The fact that most of them experienced discrimination, homo- or transphobia and persecution over a long period of time indicates that they may be more vulnerable to mental health problems. Examining population-based data, the results indicate that older LGBTI people face an elevated risk of disability and mental distress, they are more likely to smoke and engage in excessive drinking compared to their heterosexual counterparts (K. I. Fredriksen-Goldsen et al. 2013).

***Isolation and loneliness***

Older LGBTI people have similar concerns about aging as the general older cohort, they are anxious about loneliness, health and financial problems. In addition to expected losses associated with the aging process itself, they tend to worry about rejection by their children and grandchildren if they came out to their family and have concerns about discrimination in healthcare, employment, housing, and long-term care (Quam and Whitford 1992).

Older LGBTI adults are more likely to live alone and have fewer children (Karen I. Fredriksen-Goldsen et al. 2013). They are more likely to have experienced divorce, be childless, or have less contact with their children than their heterosexual counterparts (Fokkema and Kuyper 2009). Isolation and loneliness are higher among them than among their heterosexual peers (Kim and Fredriksen-Goldsen 2016). Older LGBTI people may not be able to access the support of their family and/or the LGBTI community as easily as younger LGBTI people. In consequence, they have to rely more often on social services and are more excluded from classic forms of social support.

Long-term care is often unprepared to adequately respond to the needs of LGBTI people. In a US study, residents of a long-term care facility experienced harassment from staff or other residents, denial of letting the spouse or partner make decisions for an LGBTI resident and refusal to refer to transgender residents with their preferred name or pronouns (National Senior Citizens Law Center et al. 2011). Encountering this kind of prejudice from staff or other residents makes it difficult to use services such as nursing homes or residential care homes.

***End-of life issues***

Disenfranchised grief – grief that is not acknowledged by society – is often experienced by LGBTI people, especially by the older generation. It may appear on the personal level: mourning, when a partner dies, remains invisible and unacknowledged if the same-sex relationship was not disclosed. On the public level it can mean that the surviving same-sex partner is excluded from making funeral arrangements or other decision-making.

Older LGBTI people also face challenges within healthcare situations in relation to decision-making around the healthcare of a partner (like hospital visits, next-of-kin) if the partnership is not recognised by law. Healthcare providers have an important role in helping their patients plan for the end of their lives and for situations in which they are incapable of making decisions. Older LGBTI persons living in countries where their partnerships are not legally recognised are in particular need of advance planning. In Hungary, different possibilities exist for addressing this eventuality. A living will – a statement about the type and extent of treatment one requires, on the assumption that they will not be able to make that at the relevant time – is a possibility in order to make decisions in advance. A healthcare power of attorney is a legal document that designates a specific individual to make decisions on the patient's behalf.

# 5.3) Other specifications

## 5.3.1) Family (rainbow families, families with LGBTI children)

Rainbow families are families with LGBTI members. The term is usually used for families where the parents are members of the LGBTI community, but in this chapter of the handbook we will also mention families where the child belongs to LGBTI population with heterosexual, cisgender parents.

### 5.3.1.a) LGBTI parenting

A significant number of LGBTI people are already parents or would like to have children in the future. There are several options for LGBTI people to become parents, some of which are accessible, while others are not available, illegal or completely unregulated depending on the legal framework of their country of residence.

Assisted reproduction, surrogacy, co-parenting, and adoption can all be the foundations of a rainbow family, though regulations in different countries regarding the options of LGBTI parenthood vary widely. We should be aware of the current regulations of our country regarding these methods. In some cases, rainbow families involve two parents (two mothers, two fathers, one mother and one father), while in other cases there are more parents (e.g., polyamorous relationships or co-parenting). Try to avoid any assumptions about the adults accompanying the child, try to wait for them to explain their relations, or ask them to do so if you have any questions about it. In some cases, family members come out as a rainbow family, in this case they can name each other in many different ways (spouse, partner, wife, husband, father, dad, mom, mother etc.), while in other cases they conceal their relations, as the relationships of LGBTI individuals are still very often stigmatised. Creating a welcoming environment for LGBTI people might help them to clarify their connections. Try not to use a language which excludes any of the parents or make assumptions about their relations to each other or to the child, because it can be very hurtful for rainbow families.

### 5.3.1.b) Forming a rainbow family

Rainbow families include biological, non-biological, foster or stepchildren/parents. Legal, medical, familial, and financial issues might all influence LGBTI adults' possibilities for having children.

In some cases, the children were born in a previous heterosexual relationship before their parents' coming-out, and after separation or divorce they became members of a rainbow family. One of the most common options to form a rainbow family is adoption: depending on the current regulation of the country, one or both parents can be adoptive parents of the child or children. Another possibility of forming a rainbow family is assisted reproduction or home insemination with an anonymous or known (e.g., a friend or acquaintance) sperm-donor. In some cases, LGBTI adults might decide to choose co-parenting as an option and raise the children together with a friend or another couple. Gay and bisexual men, or trans and intersex individuals who do not have the opportunity to deliver a child or participate in artificial insemination might consider surrogacy. In the case of surrogacy, a woman carries the child either by having her own oocyte inseminated or with embryo transplantation.

Cross-sex hormone therapies and sex assignment surgeries can be a significant burden for trans individuals in connection with starting a family, so it is important to inform them about their possibilities for having children in the future (e.g., avoiding hysterectomy, oocyte, sperm or embryo freezing, adoption, surrogate motherhood) before hormone therapy or surgery.

***Barriers to healthcare access***

Intake forms, medical history forms and administrative systems often do not make it possible to clarify the real circumstances of the child and consequently, same-sex couples often experience lack of respect for their partnership, parenthood, and family (Shields et al. 2012). Health professionals often exclude the non-biological parent and assume that they are "just" a friend, a sibling, or a grandparent. Same-sex couples therefore frequently face a lack of recognition of their partnership, parenthood, and family during medical encounters.

Visitation rights and decision-making power can also be an important issue in the case of rainbow families, because the partnership or the parenthood is often not recognised by the law, and healthcare staff also often denies recognition to the non-biological or non-adoptive parent or same-sex partner. Hayman and colleagues found that in some cases only male partners were allowed to accompany women patients, non-biological parents were excluded from the neonatal intensive care unit, or they were denied receiving information about the child (Crouch et al. 2012; Hayman et al. 2013; Hočevar 2014).

***Rainbow children in straight families***

The handbook contains detailed information about the health needs of LGBTI youth in Chapter 5.2.1., yet we consider it important to mention the following here as well:

LGBTI youth have a higher risk for several mental and physical health issues (including but not limited to depression, anxiety, PTSD, suicidal thoughts, attempting suicide, smoking, alcohol and drug usage, STIs, teenage pregnancy, bulylying, harassment, abuse).

Health and social care workers must be aware of the special needs and risks of LGBTI children in order to provide them with adequate care.

In some cases, we need to provide an opportunity for our paediatric patients to have a private consultation with us without their parents, in case they want to share or discuss information which they cannot disclose or share in front of the parent. This may be particularly important in the case of LGBTI youth to provide them an opportunity to reveal their sexual orientation and gender identity, to discuss sexual health, or to explore school bullying or domestic violence.

## 5.3.2) Intersectionality

LGBTI individuals are often treated as a homogeneous group, though they experience multiple forms of discrimination, marginalisation, or harassment due to their parallel group identities (sexual orientation, race/ethnicity, gender, disability, age, immigrant status, educational level or socio-economic status) (Dyar et al. 2019). LGBTI individuals may experience ageism, sexism, racism, ableism alongside homophobia, biphobia or transphobia due to their multiple identities, which might cause them to be more exposed to the adverse mental and physical health effects of minority stress.

Some of the current literature explores that multiple identities have a synergistic impact on the health of LGBTI people: non-white LGBTI individuals experience homophobia and transphobia within their racial or ethnic minority communities and racial micro-aggressions or discrimination in the LGBTI community. Therefore, their multiple minority identities might further restrict the opportunities for gaining support

and have more adverse effects on their physical and mental health.

Other studies suggest that LGBTI people of colour may have better coping and higher resilience due to experiencing and establishing their racial identity from birth in a protective and supportive community, therefore they have an opportunity to learn and develop identity-protecting skills and cope better with stigmatised identities (Meyer 2015; Moore 2010; Bowleg et al. 2003). Dyar and colleagues in their multi-dimensional research have found that bisexual people have the highest risk for the physical conditions investigated (such as gastrointestinal conditions, cardiovascular disease, high blood pressure, high cholesterol, hepatic disease, arthritis, obesity, diabetes or stroke) regardless of their racial identity, while LGB latino and black individuals reported to have better physical health than white sexual minority individuals (Dyar et al. 2016).

When using intersectionality theory, we must take into account not only racial and ethnic affiliation but also other group identities. Previous studies have highlighted health disparities developed on the basis of social determinants or socio-economic disadvantages such as housing, poverty, level of education, occupational level, health literacy and language barriers (Adler and Rehkopf 2008; Solar and Irwin 2010). LGBTI individuals – especially LGBTI people of colour – have a higher risk for unemployment, poverty, and homelessness, therefore these factors should also be considered as adverse effects on general health and barriers to receiving proper healthcare.

LGBTI immigrants and refugees also have a special position due to their double marginalisation, and they also have poorer health outcomes and significant difficulties when trying to access healthcare. LGBTI immigrants and refugees might come from countries where their sexual orientation or gender identity is criminalised and where disclosing their LGBTI identity may have resulted in punishment, rape or torture (Haley and Kothary 2016). In the case of immigrant or refugee patients, we might experience language barriers, misunderstandings or cultural differences more often. In order to minimise the effect of cultural and language differences, it is recommended to ask open but clear questions and to use the patient's expressions in terms of sexual orientation, partner and gender identity.

## 5.3.3) Domestic violence/ intimate partner violence

Domestic violence and intimate partner violence can also occur in same-sex relationships and affect trans, intersex and non-binary survivors.

In many cases, LGBTI survivors do not seek help from survivor support programs because they fear that they will not be welcomed and accepted there. Some of the domestic violence programs are not prepared to address the needs of gay, lesbian, bisexual and trans survivors. The dominant view on the dynamic of domestic or intimate partner violence says that the man is the abuser and the woman is the survivor, making it difficult for the victim, the environment and the provider to recognise intimate partner violence in LGBTI relationships.

*There are some specific concerns in the case of intimate partner violence or domestic violence in same-sex relationships:*

Due to the heteronormative and cisnormative social environment and the lack of representation of LGBTI relationships in the media (movies, books, music etc.), sexual and gender minority individuals can rarely see examples of happy, loving, stable same-sex relationships. Social discourse still often labels non-heterosexual and transgender individuals as perverted and unnatural. In many cases LGBTI individuals are rejected and disowned even by their own families, which might confirm their incapability for a positive, supportive, loving relationship, thus increasing the risk for an abusive relationship. Shame and self-doubt and negative self-image can be easily used against LGBTI survivors (Rollé et al. 2019). In other cases, LGBTI people are not rejected explicitly but not allowed to talk about their partner or their private lives. Homophobia, transphobia, biphobia, intersexphobia and enbyphobia experienced in the society and the (birth) family create isolation which favours the abuser ("Your mother only says it because she doesn't accept our relationship, I would never hurt you"). Traditional gender role socialisation (e.g., encouraging little boys to hide their emotions and punishing or humiliating them if they fail to do so) can also prevent adult men or transgender women as survivors from seeking help. It is challenging for trans women to ask for help from women-centred organisations, because they are afraid of being denied help because of their sex assigned at birth. Trans men cannot ask for help at a women-centred service, because those services can no longer provide for them. Both trans women and men might postpone or refuse to seek shelter or assistance from a service that is appropriate for their gender identity out of fear that the service will not perceive them as "real" women / men or that they will be ridiculed or further abused. Trans survivors, especially if abused by women, often fear that their stories will not be believed (Calton, Cattaneo and Gebhard 2015).

Discussing sexuality or sexual life is often considered a taboo. Growing up with the message that their relationship and sexuality is perverted, shameful and abnormal, LGBTI people find it even harder to discuss sexual abuse, even if it would be necessary. When they are sexually abused, LGBTI people often conceal it because they do not want to misrepresent the community or reinforce stereotypes (Rollé et al. 2019; Calton, Cattaneo and Gebhard, 2015). Even in heterosexual relationships, abusers often use sexual abuse as a tool for securing the survivor's silence. Trans or intersex survivors who have a unique body might find it extremely stressful and difficult to discuss abuse with a lawyer, provider or social worker.

Threats are also common tools for abusers in the aim of maintaining power imbalance and control over survivors. In the case of LGBTI survivors, several additional opportunities are given for the abuser to control their victim. For sexual and gender minority people who are still in the closet, the threat of "outing" someone at school or at the workplace, to employers or significant relations can be extremely intimidating (Carvalho et al. 2011). Survivors who are not out about their sexual orientation or gender identity are further hindered in seeking help, because they are not willing to disclose their orientation or gender identity (Calton, Cattaneo and Gebhard 2015).

When children are also involved in intimate partner violence, it also aggravates the situation of the survivor that in the case of same-sex relationships, the birth parent or adoptive parent has all the rights regarding the child. This means that if the survivor is not the biological parent or adoptive parent, they might have to leave their children or must engage in precarious legal proceedings for custody, in which they are exposed to system-level abuse and forced contact with the abuser. Perceived discrimination, prejudice and ignorance about LGBTI individuals confirms gender and sexual minority survivors' fear that it is extremely unlikely that the court would grant them custody over their children.

Even if LGBTI survivors ask for help, several barriers still affect them: (1) most providers would view intimate partner violence in a heterosexual framework, (2) they might face insensitivity, or lack of awareness of their specific needs; (3) they might experience further abuse or discrimination (Campo and Tayton 2015).

According to Fileborn, reporting LGBTI domestic violence is also hindered because the survivors do not want to picture the community in a negative way, or do not wish to become alienated, and they are also afraid that their experience will not be taken seriously by police or they will be discriminated (Fileborn, 2012).

*If you suspect intimate partner violence, create an opportunity to ask the patient questions in a safe environment, regardless of gender, gender identity or sexual orientation.*

***The New York City Gay & Lesbian Anti-Violence Project (2000) have published a useful collection about the tools of power & control in lesbian, gay, transgender and bisexual relationships. It lists both LGBT specific and non-specific tools that often occur in abusive relationships:***

***Heterosexism*** – Perpetuating and utilising the invisibility of LGB relationships to define relationship norms. Using heterosexual roles to normalise abuse and shame the partner for same sex and bisexual desires. Using cultural invisibility to isolate the partner and reinforce control. Limiting connection to the community.

***Homo/Biphobia*** – A part of heterosexism. Using the awareness of fear and hatred of lesbians, gay men and bisexual persons to convince the partner of the danger in reaching out to others. Controlling the expression of sexual identity and connections to the community. Outing the partner's sexual orientation. Shaming. Questioning the partner's status as a "real" lesbian or gay man, or bisexual person.

***Transphobia*** – Using the fear and hatred of anyone who challenges traditional gender expression, and/or who is transsexual, to convince the partner of the danger in reaching out to others. Controlling and questioning the expression of gender identity, controlling connections to the community. Outing the partner's gender identity. Shaming. Questioning the validity of the partner's gender.

***Intersexphobia*** – Using the fear and hatred of anyone who has variant sex characteristics, challenges traditional gender expression, and/or who is intersex to convince the partner of danger in reaching out to others. Controlling and questioning the expression of gender identity, controlling connections to the community. Outing the partner with their gender or sex characteristics. Shaming. Questioning the validity of the partner's gender.

***Enbyphobia*** – Using the fear and hatred of anyone who challenges traditional gender expression and/or who is non-binary, to convince the partner of the danger in reaching out to others. Controlling and questioning the expression of gender identity, controlling connections to the community. Shaming. Questioning the validity of the partner's gender.

***HIV-related abuse*** – Threatening to reveal the partner's HIV status to others. Blaming the partner for having HIV. Withholding medical or social services. Telling the partner they are "dirty". Using illness to justify abuse.

***Isolation*** – Restricting the partner's freedom, controlling their personal social contacts, access to information and participation in groups or organisations. Limiting the who, what, where and when of daily life. Restraining their movement, locking the partner in or out.

***Threats*** – Making physical, emotional, economic, or sexual threats. Threatening to harm the partner's family or friends. Threatening to make a report to city, state or federal authorities that would jeopardise the partner's custody, economic situation, immigration, or legal status. Threatening suicide.

***Intimidation*** – Creating fear by using looks, actions, gestures and destroying personal items, mementos, or photos. Breaking windows or furniture. Throwing or smashing objects. Trashing clothes, hurting or killing pets.



***Economic abuse*** – Controlling economic resources and how they are used. Stealing money, credit cards or checks. Running up debt. Fostering total economic dependency. Using the economic status to determine relationship roles/norms, including controlling the purchase of clothes, food, etc.

***Psychological & emotional abuse*** – Criticising constantly. Using verbal abuse, insults, and ridicule. Undermining the partner's self-esteem. Trying to humiliate or degrade the partner in private or public. Manipulating the partner with lies and false promises. Denying the partner's reality.

***Entitlement*** – Treating the partner as inferior based on race, religion, ethnicity, education, wealth, politics, class privilege or lack of, physical ability. Demanding that one's own needs always come first. Interfering with a partner's job, personal needs and family obligations.

***Using children*** – Threats or actions to take the children away or have them removed. Using children to relay messages. Threats to or actual harm to children. Revealing or threatening to reveal the partner's sexual orientation or gender identity to children or others to jeopardize parent-child relationship, custody or relationships with family, friends, school, or others.

***Physical abuse*** – Slapping, hitting, shoving, biting, choking, pushing, punching, beating, kicking, stabbing, shooting, or killing. Using weapons.

***Sexual abuse*** – Forcing sex. Forcing specific sex acts or sex with others. Physical assaults to "erogenous" body zones. Refusing to practice safer sex. In S&M refusing to negotiate or not respecting contract/scene limits or safe words.

## 5.3.4) Homelessness

Due to several factors such as family rejection, lack of support, unhealthy coping mechanisms and more frequent mental health issues, LGBTI people are more likely to be homeless than heterosexual, cisgender peers (Cochran et al. 2002; Corliss et al. 2011; Rosario, Schrimshaw and Hunter 2012).

LGBTI people are at risk for a number of factors that contribute to homelessness.

Experiences of stigmatisation, discrimination and bullying and the lack of a supporting and accepting environment induce lower self-esteem, shame, guilt and self-blame, which further isolate LGBTI individuals and might lead to running away and homelessness.

LGBTI youth often face discrimination at home or in foster care, and this can cause the breakdown of family relations and rejection. In some cases, their caregivers force LGBTI youth to leave their home, either because they suspect their gender identity or sexual orientation or after their coming out (Choi 2015; Fraser 2019).

LGBTI youth also face higher levels of verbal, emotional, physical or sexual harassment or abuse at home or in foster care on the basis of their sexual orientation or gender identity, which might be an important background factor of running away (Fraser et al. 2019; Choi et al. 2015; Keuroghlian, Ard and Makadon 2014).

Once they become homeless, LGBTI people will be even more exposed to adverse health effects.

Homeless LGBTI youth have a higher risk for mental disorders, major depression, PTSD, suicidal ideation or suicide attempts than heterosexual and cisgender peers, and they have also reported worse physical health (Choi et al. 2015). The increased risk for abuse or sexual victimisation increases after they have become homeless: homeless LGBTI people also face greater risk of being physically or sexually abused on the streets. Living on the streets and lacking any support or stability and financial resources, homeless LGBTI

people may engage in survival sex and sex work, exposing themselves to additional risks such as STIs and HIV (Fraser et al. 2019).

There is a bilateral relation between alcohol dependence, substance use, mental health disorders and homelessness.

Seeking help in healthcare institutions or in social care becomes even more challenging for LGBTI people when they are living on the street, due to stigmatisation and discrimination toward homeless individuals.

***Guidelines suggest the following for social workers in order to care for homeless LGBTI youth (National Alliance to End Homelessness, 2009; Choi et al. 2015):***

- Create a safe and inclusive environment for LGBTI individuals;
- Provide LGBTI competency training to all agency employees and volunteers;
- Treat LGBTI youth respectfully and ensure their safety;
- Address their identity properly and respectfully during the intake process;
- Support LGBTI youth;
- Ensure them access to education, medical care, and mental healthcare;
- Inform LGBTI youth about LGBTI programs, NGOs and services;
- Develop connections to LGBTI organisations and the LGBTI community;
- Refer them to LGBTI inclusive health professional if necessary.



# References


- Adams, N.J.& Vincent, B. 2019. Suicidal Thoughts and Behaviors Among Transgender Adults in Relation to Education, Ethnicity, and Income: A Systematic Review. *Transgender health,* 4(1), 226–246. https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0009
- Adler, N.E. & Rehkopf, D.H. 2008. U.S. disparities in health: descriptions, causes, and mechanisms. *Annual review of public health*, 29, 235–252. https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090852
- Agronick, G., O'Donnell, L., Stueve, A., Doval, A.S., Duran, R., Vargo, S. 2004. Sexual behaviors and risks among bisexually- and gay-identified young Latino men. *AIDS Behav*; 8(2):185–97.
- American Psychiatric Association. 2017. Gender Dysphoria Diagnosis. https://www.psychiatry.org/psychiatrists/cultural-competency/education/transgender-and-gender-nonconforming-patients/gender-dysphoria-diagnosis
- Amnesty International. 2017. First, Do No Harm: Ensuring the Rights of Children with Variations of Sex Characteristics in Denmark and Germany Report. https://www.amnesty.org/download/Documents/EUR0160862017ENGLISH.PDF
- Aramburu A.C. 2016. Gender nonconforming and transgender children/youth: Family, community, and implications for practice. Journal of the American Association of Nurse Practitioners. 28. https://doi.org/10.1002/2327-6924.12363
- Bauer M. and Truffer D. 2019. Intersex Genital Mutilations Human Rights Violations Of Children With Variations Of Reproductive Anatomy. https://intersex.shadowreport.org/public/2019-CRC-Malta-NGO-Zwischengeschlecht-Intersex-IGM.pdf
- Becerra-Culqui, T.A., Liu, Y., Nash, R. Cromwell, L., Flanders, W.D., Getahun, D., Giammattei, S.W., Hunkeler, E.M., Lash, T.L., Millman, A., Quinn, V.P., Robinson, B., Roblin, D., Sandberg, D.E., Silverberg, M.J., Tangpricha, V. & Goodman, M. 2018. "Mental Health of Transgender and Gender Nonconforming Youth Compared With Their Peers." *Pediatrics* 141(5):e20173845. https://doi.org/10.1542/peds.2017-3845.
- Benestad, E.E.P. 2009. Addressing the disturbed, like ripples in water: Intervention with the social networks of children who transe. Sexual and Relationship Therapy. 24. 207-216. 10.1080/14681990902934735.
- Biggs, M. 2020. Puberty Blockers and Suicidality in Adolescents Suffering from Gender Dysphoria. Arch Sex Behav 49, 2227–2229 https://doi.org/10.1007/s10508-020-01743-6
- Bizic, M., Kojovic, V., Duisin, D., Stanojevic, D., Vujovic, S., Milosevic, A., Korac, G., & Djordjevic, M. L. 2014. An overview of neovaginal reconstruction options in male to female transsexuals. *TheScientificWorldJournal*, *2014*, 638919. https://doi.org/10.1155/2014/638919
- Blosnich, J.R., Farmer, G.W., Lee, J.G., Silenzio, V.M., & Bowen, D.J. 2014. Health inequalities among sexual minority adults: evidence from ten U.S. states, 2010. American journal of preventive medicine, 46(4), 337–349. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2013.11.010.
- Bowleg, L., Huang, J., Brooks, K., Black, A., & Burkholder, G. 2003. Triple Jeopardy and Beyond: Multiple Minority Stress and Resilience Among Black Lesbians. Journal of Lesbian Studies, 7(4), 87–108. https://doi.org/10.1300/J155v07n04_06.
- Bränström R. 2017. Minority stress factors as mediators of sexual orientation disparities in mental health treatment: a longitudinal population-based study. Journal of epidemiology and community health, 71(5), 446–452. https://doi.org/10.1136/jech-2016-207943.

- Brewster, M.E. & Moradi, B. 2010. Perceived experiences of anti-bisexual prejudice: Instrument development and evaluation. Journal of Counseling Psychology, 57(4), 451–468. https://doi.org/10.1037/a0021116.
- Bubanj, T.B., Perovic, S.V., Milicevic, R.M., Jovcic, S.B., Marjanovic Z.O. & Djordjevic M.M. 2004. Sexual Behavior and Sexual Function of Adults After Hypospadias Surgery: A Comparative Study. Journal of Urology [Internet]. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health); 171(5), 1876–9. https://doi.org/10.1097/01.ju.0000119337.19471.51
- Burcombe, R. J., Makris, A., Pittam, M. and Finer, N. 2003. Breast cancer after bilateral subcutaneous mastectomy in a female-to-male trans-sexual. Breast (Edinburgh, Scotland), 12(4), 290–293. https://doi.org/10.1016/s0960-9776(03)00033-x
- Caceres, B.A., Brody, A.A., Halkitis, P.N., Dorsen, C., Yu, G., & Chyun, D.A. 2018. Sexual Orientation Differences in Modifiable Risk Factors for Cardiovascular Disease and Cardiovascular Disease Diagnoses in Men. *LGBT health,* 5(5), 284–294. https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0220
- Calton, J., Cattaneo, L.B. & Gebhard, K.T. 2015. Barriers to help seeking for lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer survivors of intimate partner violence. Trauma, Violence and Abuse.
- Campo M & Tayton S. 2015. Intimate partner violence in lesbian, gay, bisexual, trans, intersex and queer communities CFCA Practitioner Resource. Melbourne: Australian Institute of Family Studies. https://aifs.gov.au/cfca/publications/intimate-partner-violence-lgbtiq-communities.
- Carvalho, A.F., Lewis, R.J., Derlega, V.J., Winstead, B.A., & Viggiano, C. 2011. Internalised sexual minority stressors and same-sex intimate partner violence. *Journal of Family Violence*, 26, 501-509.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) – National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities, 2020. Facts about Hypospadias. https://www.cdc.gov/ncbddd/birthdefects/hypospadias.html
- Chandra, A., Mosher, W. D., Copen, C. & Sionean, C. 2011. Sexual behavior, sexual attraction, and sexual identity in the United States: data from the 2006-2008 National Survey of Family Growth. *National health statistics reports,* (36), 1–36.
- Charlton, B.M., Corliss, H.L., Missmer, S.A., Rosario, M., Spiegelman, D. & Austin. S.B. 2013. "Sexual Orientation Differences in Teen Pregnancy and Hormonal Contraceptive Use: An Examination across 2 Generations." *American Journal of Obstetrics and Gynecology,* 209(3):204.e1-204.e8. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.06.036
- Chew, D., Anderson, J., Williams, K., May, T. & Pang, K. 2018. Hormonal Treatment in Young People With Gender Dysphoria: A Systematic Review. Pediatrics, 141(4), e20173742. https://doi.org/10.1542/peds.2017-3742.
- Choi, S., Wilson, B. D, Shelton, J. & Gates, G. J. 2015. Serving Our Youth 2015: The Needs and Experiences of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning Youth Experiencing Homelessness. UCLA: The Williams Institute. Retrieved from https://escholarship.org/uc/item/1pd9886n.
- Cochran, B. N., Stewart, A. J., Ginzler, J. A., & Cauce, A. M. 2002. Challenges faced by homeless sexual minorities: comparison of gay, lesbian, bisexual, and transgender homeless adolescents with their heterosexual counterparts. *American journal of public health,* 92(5), 773–777. https://doi.org/10.2105/ajph.92.5.773.
- Cochran, S. D. & Mays, V. M. 2007. Physical health complaints among lesbians, gay men, and bisexual and homosexually experienced heterosexual individuals: results from the California Quality of Life Survey. *American journal of public health*, 97(11), 2048–2055. https://doi.org/10.2105/AJPH.2006.087254.
- Cohen-Kettenis P.T. 2005. Gender change in 46,XY persons with 5alpha-reductase-2 deficiency and 17beta-hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency. Archives of sexual behavior, 34(4), 399–410. https://doi.org/10.1007/s10508-005-4339-4.





- Conron, K. J., Mimiaga, M. J.,& Landers, S. J. 2010. A population-based study of sexual orientation identity and gender differences in adult health. American journal of public health, 100(10), 1953–1960. https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.174169.
- Cools, M., Drop, S. L., Wolffenbuttel, K. P., Oosterhuis, J. W. and Looijenga, L. H. 2006. Germ cell tumors in the intersex gonad: old paths, new directions, moving frontiers. *Endocrine reviews, 27*(5), 468–484. https://doi.org/10.1210/er.2006-0005
- Corliss, H. L., Goodenow, C. S., Nichols, L., & Austin, S. B. 2011. High burden of homelessness among sexual-minority adolescents: findings from a representative Massachusetts high school sample. *American journal of public health*, 101(9), 1683–1689. https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300155https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300155
- Creighton S. 2001. Surgery for intersex. Journal of the Royal Society of Medicine, 94(5), 218–220. https://doi.org/10.1177/014107680109400505Crouch, S., Waters, E., Mcnair, R. Power, K. and Davis, E. 2012. ACHESS – The Australian study of child health in same-sex families: Background research, design and methodology. *BMC public health*. 12. 646. 10.1186/1471-2458-12-646.
- Cunningham T.J., Xu, F. & Town, M. 2016. Prevalence of Five Health-Related Behaviors for Chronic Disease Prevention Among Sexual and Gender Minority Adults – 25 U.S. States and Guam, MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2018;67(32):888-93.
- Danon, L. M., and Krämer, A. 2017. Between Concealing and Revealing Intersexed Bodies: Parental Strategies. *Qualitative health research*, 27(10), 1562–1574. https://doi.org/10.1177/1049732317697100.
- de Vries, A. L., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C., Doreleijers, T. A., and Cohen-Kettenis, P. T. 2014. Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. Pediatrics, 134(4), 696–704. https://doi.org/10.1542/peds.2013-2958,https://doi.org/10.1542/peds.2013-2958
- di Giacomo, E, Krausz, M., Colmegna, F., Aspesi, F. & Clerici, M. 2018. "Estimating the Risk of Attempted Suicide Among Sexual Minority Youths: A Systematic Review and Meta-Analysis." JAMA Pediatrics 172(12):1145. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.2731
- Dicken, B. J., Billmire, D. F., Krailo, M., Xia, C., Shaikh, F., Cullen, J. W., Olson, T. A., Pashankar, F., Malogolowkin, M. H., Amatruda, J. F., Rescorla, F. J., Egler, R. A., Ross, J. H., Rodriguez-Galindo, C. & Frazier, A. L. 2018. Gonadal dysgenesis is associated with worse outcomes in patients with ovarian nondysgerminomatous tumors: A report of the Children's Oncology Group AGCT 0132 study. *Pediatric blood & cancer, 65*(4),
- Dodge, B., Herbenick, D., Friedman, M. R., Schick, V., Fu, T. J., Bostwick, W., Bartelt, E., Muñoz-Laboy, M., Pletta, D., Reece, M., & Sandfort, T. G. 2016. Attitudes toward Bisexual Men and Women among a Nationally Representative Probability Sample of Adults in the United States. PloS one, 11(10), e0164430. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0164430.
- Dodge, B., Schnarrs, P.W., Reece, M., Martinez, O., Goncalves, G., Malebranche, D., Van Der Pol, B., Nix, R., Fortenberry, J.D. 2013. Sexual behaviors and experiences among behaviorally bisexual men in the midwestern United States. *Arch Sex Behav.*42(2):247–56.
- Doty, Nathan Daniel, Brian L. B. Willoughby, Kristin M. Lindahl, and Neena M. Malik. 2010. "Sexuality Related Social Support Among Lesbian, Gay, and Bisexual Youth." *Journal of Youth and Adolescence,* 39(10):1134–47. https://doi.org/10.1007/s10964-010-9566-x
- Dragon, C. N., Guerino, P., Ewald, E., & Laffan, A. M. 2017. Transgender Medicare Beneficiaries and Chronic Conditions: Exploring Fee-for-Service Claims Data. LGBT health, 4(6), 404–411. https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0208.
- Dyar, C., Taggart, T. C., Rodriguez-Seijas, C., Thompson, R. G., Jr, Elliott, J. C., Hasin, D. S., & Eaton, N. R. 2019. Physical Health Disparities Across Dimensions of Sexual Orientation, Race/Ethnicity, and

Sex: Evidence for Increased Risk Among Bisexual Adults. *Archives of sexual behavior,* 48(1), 225–242. https://doi.org/10.1007/s10508-018-1169-8.

- England P, Mishel E, & Caudillo M. 2016. Increases in Sex with Same-Sex Partners and Bisexual Identity Across Cohorts of Women (but Not Men). *Sociological Science*, 3. 951-970. 10.15195/v3.a42.
- Everett B.G., Schnarrs P.W., Rosario M., Garofalo R., Mustanski B. 2014. Sexual orientation disparities in sexually transmitted infection risk behaviors and risk determinants among sexually active adolescent males: results from a school-based sample. Am J Public Health. 104(6):1107–12.
- Falhammar, H., Claahsen-van der Grinten, H., Reisch, N., Slowikowska-Hilczer, J., Nordenström, A., Roehle, R., Bouvattier, C., Kreukels, B.P.C. & Köhler B. 2018. "Health Status in 1040 Adults with Disorders of Sex Development (DSD): A European Multicenter Study." Endocrine Connections 7(3):466–78. https://doi.org/10.1530/EC-18-0031
- Fallat, M. E. & Donahoe, P. K. 2006. Intersex genetic anomalies with malignant potential. *Current opinion in pediatrics*, *18*(3), 305–311. https://doi.org/10.1097/01.mop.0000193316.60580.d7
- Fileborn, B. 2012. Sexual violence and gay, lesbian, bisexual, trans, intersex, and queer communities. Australian Centre for the Study of Sexual Assault (ACSSA) Resource Sheet. Melbourne: Australian Institute of Family Studies. http://ww3.aifs.gov.au/acssa/pubs/sheets/rs3/
- Fisher, D.G., Reynolds, G.L., Ware, M.R. & Napper, L.E. 2011. "Methamphetamine and Viagra Use: Relationship to Sexual Risk Behaviors." *Archives of Sexual Behavior,* 40(2):273–79. https://doi.org/10.1007/s10508-009-9495-5
- Fokkema, T. and Kuyper, L. 2009. "The Relation Between Social Embeddedness and Loneliness among Older Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in the Netherlands." Archives of Sexual Behavior 38(2):264–75. https://doi.org/10.1007/s10508-007-9252-6
- Fraser, B., Pierse, N., Chisholm, E., & Cook, H. 2019. LGBTIQ+ Homelessness: A Review of the Literature. International journal of environmental research and public health, 16(15), 2677. https://doi.org/10.3390/ijerph16152677
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Emlet, C. A., Kim, H. J., Muraco, A., Erosheva, E. A., Goldsen, J. & Hoy-Ellis, C. P. 2013. "The Physical and Mental Health of Lesbian, Gay Male, and Bisexual (LGB) Older Adults: The Role of Key Health Indicators and Risk and Protective Factors." The Gerontologist 53(4):664–75. https://doi.org/10.1093/geront/gns123
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H. J., Shui, C., & Bryan, A. 2017. Chronic Health Conditions and Key Health Indicators Among Lesbian, Gay, and Bisexual Older US Adults, 2013-2014. American *journal of public health,* 107(8), 1332–1338. https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.303922.
- Fredriksen-Goldsen, K.I., Kim, H.J., Barkan, S.E., Muraco, A. & Hoy-Ellis, C.P. 2013. "Health Disparities Among Lesbian, Gay, and Bisexual Older Adults: Results From a Population-Based Study." *American Journal of Public Health*, 103(10):1802–9. https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301110
- Friedman, M.R., Dodge, B., Schick, V., Herbenick, D., Hubach, R., Bowling, J., Goncalves, G., Krier, S., Reece, M. 2014. From bias to bisexual health disparities: Attitudes toward bisexual men and women in the United States. LGBT Health.1:309–18.
- Garcia M.M. 2018. Sexual Function After Shallow and Full-Depth Vaginoplasty: Challenges, Clinical Findings, and Treatment Strategies- Urologic Perspectives. Clin Plast Surg. 45(3):437-446. https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.04.002
- Garland-Forshee, R. Y., Fiala, S. C., Ngo, D. L., & Moseley, K. 2014. Sexual orientation and sex differences in adult chronic conditions, health risk factors, and protective health practices, Oregon, 2005-2008. Preventing chronic disease, 11, E136. https://doi.org/10.5888/pcd11.140126.
- Genke, J. 2004. "Resistance and Resilience: The Untold Story of Gay Men Aging with Chronic Illnesses." Journal of Gay & Lesbian Social Services 17(2):81–95. https://doi.org/10.1300/J041v17n02_05



- Ghavami, N., Fingerhut, A., Peplau, L. A., Grant, S. K., & Wittig, M. A. 2011. Testing a model of minority identity achievement, identity affirmation, and psychological well-being among ethnic minority and sexual minority individuals. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 17(1), 79–88.
- Goldbach, J.T., Tanner-Smith, E.E., Bagwell, M. & Dunlap, S. 2014. "Minority Stress and Substance Use in Sexual Minority Adolescents: A Meta-Analysis." *Prevention Science,* 15(3), 350–63. https://doi.org/10.1007/s11121-013-0393-7
- GrApSIA & Audí L. 2014. Past Experiences of Adults with Disorders of Sex Development. Endocrine Development [Internet]. S. KARGER AG; pp. 138–48. https://doi.org/10.1159/000363639
- GrApSIA. 2015. Tratamiento y afrontamiento del SIA: una tarea compartida (Treating and dealing with AIS: a shared task). Rev Esp Endocrinol Pediatr. 6 Suppl(2), 28-34. https://doi.org/10.3266/RevEspEndocrinolPediatr.pre2015.Nov.329
- Haas, A., Rodgers, P. & Herman, J. 2014. Suicide Attempts Among Transgender and Gender Non-Conforming Adults: Finding of the National Transgender Discrimination Survey. https://doi.org/10.13140/RG.2.1.4639.4641
- Haley, S. and Kothary, V. 2016. Immigrant and International LGBT Health. https://doi.org/10.1007/978-3-319-19752-4_22
- Hayman, B., Wilkes, L., Jackson, D. & Halcomb, E. (2013). 'De Novo lesbian families: legitimizing the other Mother', *Journal of GLBT Family Studies, 9,* 273–287, https://doi.org/10.1080/1550428X.2013.781909
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer, W. J., 3rd, Spack, N. P., Tangpricha, V., Montori, V. M., and Endocrine Society 2009. Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism, 94*(9), 3132–3154. https://doi.org/10.1210/jc.2009-0345.
- Hočevar, A. 2014. Children in rainbow families. Annual of Social Work. 21. 83. https://doi.org/10.3935/ljsr.v21i1.8
- Hoebeke P, Selvaggi G, Ceulemans P, De Cuypere G, T'Sjoen G, Weyers S, Decaestecker K, Monstrey S. 2005. Impact of sex reassignment surgery on lower urinary tract function. Eur Urol. 47(3):398-402. https://doi.org/10.1016/j.eururo.2004.10.008.
- Huang, H., Wang, C. & Tian, Q. 2017. Gonadal tumour risk in 292 phenotypic female patients with disorders of sex development containing Y chromosome or Y-derived sequence. Clinical endocrinology, 86(4), 621–627. https://doi.org/10.1111/cen.13255
- Hutaff-Lee, C., Cordeiro, L & Tartaglia, N. (2013). Cognitive and medical features of chromosomal aneuploidy. Pediatric Neurology Part I, 273–279. https://doi.org/10.1016/b978-0-444-52891-9.00030-0
- Institute of Medicine (US) 2011. Committee on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health Issues and Research Gaps and Opportunities. The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding. Washington (DC): National Academies Press (US); 5, Early/Middle Adulthood. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64798/
- Jabson, J. M., Farmer, G. W., & Bowen, D. J. 2014. Stress mediates the relationship between sexual orientation and behavioral risk disparities. *BMC public health*, 14, 401. https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-401
- James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. 2016. The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey. Washington, DC: National Center for Transgender Equality. https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-Full-Report-Dec17.pdf
- Jeffries, W.L. 2010. HIV testing among bisexual men in the United States. AIDS Educ Prev. 2010; 22(4), 356–70.
- Ji, J., Zöller, B., Sundquist, J. & Sundquist, K. 2016. Risk of solid tumors and hematological malignancy in persons with Turner and Klinefelter syndromes: A national cohort study. *International Journal of Cancer,* 139(4), 754–758. https://doi.org/10.1002/ijc.30126

- Jones, T. 2016. The needs of students with intersex variations, Sex Education, 16(6), 602-618, https://doi.org/10.1080/14681811.2016.1149808
- Jones, T. 2018. Intersex Studies: A Systematic Review of International Health Literature. *SAGE Open*. https://doi.org/10.1177/2158244017745577
- Jones, T. & Leonard, W. 2017. Health and wellbeing of people with intersex variations: background paper. Melbourne: Victorian Government Department of Health and Human Services. https://research-management.mq.edu.au/ws/portalfiles/portal/100001677/Health_and_wellbeing_of_people_with_intersex_variations.pdf.
- Jones, T. Leonard, W., State of Victoria, Department of Health and Human Services. 2019. Health and wellbeing of people with intersex variations: information and resource paper: Department of Health and Human Services (Vic). https://www2.health.vic.gov.au/about/populations/lgbti-health/health-of-people-with-intersex-variations.
- Jones, T., Hart, B., Morgan, C., Gavi, A., William, L. & Jayne, L. 2016. Intersex: Stories and Statistics from Australia. 10.1164/OBP.0089.
- Jorm, A.F., Korten, A.E., Rodgers, B., Jacomb, P.A., Christensen, H. 2002. Sexual orientation and mental health: Results from a community survey of young and middle-aged adults. *British Journal of Psychiatry*. 180(5), 423-427.
- Kamoun, M., Feki, M. M., Sfar, M. H. & Abid, M. 2013. Congenital adrenal hyperplasia: Treatment and outcomes. *Indian journal of endocrinology and metabolism*, *17*(Suppl 1), S14–S17. https://doi.org/10.4103/2230-8210.119491
- Kathrins, M. & Kolon, T. F. 2016. Malignancy in disorders of sex development. Translational Andrology and Urology, 5(5), 794–798. https://doi.org/10.21037/tau.2016.08.09
- Katz-Wise, S.L., Rosario, M. & Tsappis. M. 2016. "Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth and Family Acceptance." Pediatric Clinics of North America 63(6), 1011–25. https://doi.org/10.1016/j.pcl.2016.07.005
- Keuroghlian, A. S., Shtasel, D., and Bassuk, E. L. 2014. Out on the street: A public health and policy agenda for lesbian, gay, bisexual, and transgender youth who are homeless. American Journal of Orthopsychiatry, 84(1), 66–72. https://doi.org/10.1037/h0098852.
- Kim, Hyun-Jun, & Karen I. Fredriksen-Goldsen. 2016. "Living Arrangement and Loneliness Among Lesbian, Gay, and Bisexual Older Adults." The Gerontologist 56(3):548–58. https://doi.org/10.1093/geront/gnu083
- Klein, C., & Gorzalka, B.B. 2009. Sexual functioning in transsexuals following hormone therapy and genital surgery: a review. The journal of sexual medicine, 6(11), 2922–2941. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01370.x
- Knight, K. 2017. "I Want to Be Like Nature Made Me" Medically Unnecessary Surgeries on Intersex Children in the US.
- Ko, J., King, T., Williams, L., Creighton, S. M. and Conway, G. S. 2017. Hormone replacement treatment choices in complete androgen insensitivity syndrome: an audit of an adult clinic. Endocrine connections, 6(6), 375–379. https://doi.org/10.1530/EC-17-0083.
- Kosciw, J.G., Palmer, N.A., Boesen, M.J, Bartkiewicz, M.J., Greytak, E.A. & Gay Lesbian and Straight Education Network (Glsen). 2012. The 2011 National School Climate Survey: The Experiences of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Youth in Our Nation's Schools. Gay, Lesbian and Straight Education Network.
- Kuhn, A; Hiltebrand, R & Birkhaeuser, M. 2007. Do transsexuals have micturition disorders? European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology. 131, 226-30. 10.1016/j.ejogrb.2006.03.019.





- Lanciotti, L., Cofini, M., Leonardi, A., Bertozzi, M., Penta, L. & Esposito, S. 2019. Different Clinical Presentations and Management in Complete Androgen Insensitivity Syndrome (CAIS). *International journal of environmental research and public health*, *16*(7), 1268. https://doi.org/10.3390/ijerph16071268.
- Landers, S. J., Mimiaga, M. J., & Conron, K. J. 2011. Sexual orientation differences in asthma correlates in a population-based sample of adults. *American journal of public health*, 101(12), 2238–2241. https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300305.
- Lawrence A. A. 2003. Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. Archives of sexual behavior, 32(4), 299–315. https://doi.org/10.1023/a:1024086814364.
- Lawrence A.A. 2005. Sexuality before and after male-to-female sex reassignment surgery. Archives of sexual behavior, 34(2), 147–166. https://doi.org/10.1007/s10508-005-1793-y.
- Lhomond, B., Saurel-Cubizolles, M. J., Michaels, S., & CSF Group 2014. A multidimensional measure of sexual orientation, use of psychoactive substances, and depression: results of a national survey on sexual behavior in france. Archives of sexual behavior, 43(3), 607–619. https://doi.org/10.1007/s10508-013-0124-y.
- Light, A., Wang, L.F., Zeymo, A. & Gomez-Lobo, V. 2018. "Family Planning and Contraception Use in Transgender Men." Contraception 98(4), 266–69. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.06.006
- Liu, R.T., Walsh, R.F.L., Sheehan, A.E., Cheek, S.M. & Carter S.M. 2020. "Suicidal Ideation and Behavior Among Sexual Minority and Heterosexual Youth: 1995–2017." Pediatrics 145(3), e20192221. https://doi.org/10.1542/peds.2019-2221
- Looijenga, L. H., Hersmus, R., Oosterhuis, J. W., Cools, M., Drop, S. L. & Wolffenbuttel, K. P. 2007. Tumor risk in disorders of sex development (DSD). *Best practice & research. Clinical endocrinology & metabolism*, *21*(3), 480–495. https://doi.org/10.1016/j.beem.2007.05.001
- Lunn, M.R., Cui, W., Zack, M.M., Thompson, W.W., Blank, M.B. & Yehia, B.R. 2017. Sociodemographic Characteristics and Health Outcomes Among Lesbian, Gay, and Bisexual U.S. Adults Using Healthy People 2020 Leading Health Indicators. *LGBT health*, 4(4), 283–294. https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0087.
- Mahfouda, S., Moore, J.K., Siafarikas, A., Hewitt, T., Ganti, U., Lin, A. & Zepf, F.D. 2019. Gender-affirming hormones and surgery in transgender children and adolescents. The lancet. *Diabetes & endocrinology*, 7(6), 484–498. https://doi.org/10.1016/S2213-8587(18)30305-X.
- Maimon, M.R., Sanchez, D.T., Albuja, A.F. & Howansky, K. 2019. Bisexual identity denial and health: Exploring the role of societal meta-perceptions and belonging threats among bisexual adults. Self and Identity. Advance online publication. https://doi.org/10.1080/15298868.2019.1624275.
- Mains, L.M., Vakili, B., Lacassie, Y., Andersson, S., Lindqvist, A. & Rock, J.A. 2008. 17beta-hydroxysteroid dehydrogenase 3 deficiency in a male pseudohermaphrodite. Fertility and sterility, 89(1), 228.e13–228.e2.28E17. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.02.048.
- Marshal, M. P., Friedman, M.S., Stall, R., King, K.M., Miles, J., Gold, M.A., Bukstein, O.G. & Morse, J.Q. 2008. "Sexual Orientation and Adolescent Substance Use: A Meta-Analysis and Methodological Review." Addiction 103(4):546–56. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02149.x
- Mathy, R.M., Lehmann, B.A. & Kerr, D.L. 2003. Bisexual and transgender identities in a nonclinical sample of north Americans: Suicidal intent, behavioral difficulties, and mental health treatment. *Journal of Bisexuality*. 3(3–4), 93–109.
- Matthews, D.D., & Lee, J.G. 2014. A profile of North Carolina lesbian, gay, and bisexual health disparities, 2011. *American journal of public health, 104*(6), e98–e105. https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301751.
- Mayer, K.H. 2011. "Sexually Transmitted Diseases in Men Who Have Sex With Men." Clinical Infectious Diseases 53(suppl_3):S79–83. https://doi.org/10.1093/cid/cir696

- Mays, V. M., Juster, R. P., Williamson, T. J., Seeman, T. E., & Cochran, S. D. 2018. Chronic Physiologic Effects of Stress Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults: Results From the National Health and Nutrition Examination Survey. Psychosomatic medicine, 80(6), 551–563. https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000600
- MedlinePlus (2017) Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome. https://medlineplus.gov/download/genetics/condition/mayer-rokitansky-kuster-hauser-syndrome.pdf
- Meltzer, T. 2016. Vaginoplasty procedures, complications and aftercare. UCSF Transgender Care. https://transcare.ucsf.edu/guidelines/vaginoplasty
- Mendonca, B.B., Inacio, M., Arnhold, I.J., Costa, E.M., Bloise, W., Martin, R.M., Denes, F.T., Silva, F.A., Andersson, S., Lindqvist, A., & Wilson, J.D. 2000. Male pseudohermaphroditism due to 17 beta-hydroxysteroid dehydrogenase 3 deficiency. Diagnosis, psychological evaluation, and management. Medicine, 79(5), 299–309. https://doi.org/10.1097/00005792-200009000-00003.
- Mercer, C.H., Hart, G.J., Johnson, A.M., Cassell, J.A. 2009. Behaviourally bisexual men as a bridge population for HIV and sexually transmitted infections? Evidence from a national probability survey. Int J STD AIDS. 20(2), 87–94.
- Merke D.P. & Poppas D.P. 2013. Management of adolescents with congenital adrenal hyperplasia. Lancet Diabetes Endocrinol. 1(4), 341-52. https://doi.org/10.1016/S2213-8587(13)70138-4
- Meyer, I. H. 2015. Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 2(3), 209–213. https://doi.org/10.1037/sgd0000132.
- Miller, M., André, A., Ebin, J., & Bessonova, L. 2007. Bisexual health: An introduction and model practices for HIV/STI prevention programming. New York: National Gay and Lesbian Task Force Policy Institute, the Fenway Institute at Fenway Community Health, and BiNet USA.
- Mirbolouk, M., Charkhchi, P., Kianoush, S., Uddin, S.M.I., Orimoloye, O.A., Jaber, R., Bhatnagar, A., Benjamin, E.J., Hall, M.E., DeFilippis, A.P., Maziak, W., Nasir, K., Blaha, M.J. 2018. Prevalence and Distribution of E-Cigarette Use Among U.S. Adults: Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2016. Ann Intern Med.169(7):429-38.
- Molix, L. and Bettencourt, B.A. 2010. Predicting Well-Being Among Ethnic Minorities: Psychological Empowerment and Group Identity. *Journal of Applied Social Psychology*, 40: 513-533. https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2010.00585.x.
- Moore, M. 2010. Chapter 7. Black and Gay in L.A.. In D. Hunt & A. Ramon (Ed.), Black Los Angeles (pp. 188-212). New York, USA: New York University Press. https://doi.org/10.18574/9780814790922-009.
- Mosher, W. D., Chandra, A., & Jones, J. 2005. Sexual behavior and selected health measures: men and women 15-44 years of age, United States, 2002. Advance data, (362), 1–55.
- National Alliance to End Homelessness. National recommended best practices for serving LGBT homeless youth. Washington, DC: 2009. Retrieved from http://www.endhomelessness.org/library/entry/national-recommended-best-practices-for-serving-lgbt-homeless-youth.
- National Senior Citizens Law Center, National Gay and Lesbian Task Force, Services & Advocacy for GLBT Elders, Lambda Legal, National Center for Lesbian Rights, and National Center for Transgender Equality. 2011. LGBT Older Adults in Long-Term Care Facilities: Stories from the Field.
- Örtqvist, L., Fossum, M., Andersson, M., Nordenström, A., Frisén, L., Holmdahl, G. and Nordenskjöld, A. 2017. Sexuality and fertility in men with hypospadias; improved outcome. Andrology, 5, 286-293. https://doi.org/10.1111/andr.12309
- Pachankis, J. E., and Bränström, R. 2019. How many sexual minorities are hidden? Projecting the size of the global closet with implications for policy and public health. PloS one, 14(6), e0218084. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218084





- Papadakis, G., Kandaraki, E. A., Tseniklidi, E., Papalou, O. and Diamanti-Kandarakis, E. 2019. Polycystic Ovary Syndrome and NC-CAH: Distinct Characteristics and Common Findings. A Systematic Review. *Frontiers in endocrinology*, *10*, 388. https://doi.org/10.3389/fendo.2019.00388
- Papadopulos, N. A., Lellé, J. D., Zavlin, D., Herschbach, P., Henrich, G., Kovacs, L., Ehrenberger, B., Kluger, A. K., Machens, H. G. and Schaff, J. 2017. Quality of Life and Patient Satisfaction Following Male-to-Female Sex Reassignment Surgery. The journal of sexual medicine, 14(5), 721–730. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.01.022
- Parliament of Australia – Senate Community Affairs Committees . 2012. The involuntary or coerced sterilisation of people with disabilities in Australia. Chapter 4. https://www.aph.gov.au/parliamentary_business/committees/senate/community_affairs/involuntary_sterilisation/sec_report/c04
- Patterson, J. G., and Jabson, J. M. 2018. Sexual orientation measurement and chronic disease disparities: National Health and Nutrition Examination Survey, 2009-2014. Annals of epidemiology, 28(2), 72–85. https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2017.12.001
- Persson, D. I. 2009. Unique Challenges of Transgender Aging: Implications From the Literature. Journal of Gerontological Social Work, 52(6), 633–646. https://doi.org/10.1080/01634370802609056
- Peterson, C. M., Matthews, A., Copps-Smith, E. and Conard, L. A. 2017. Suicidality, Self-Harm, and Body Dissatisfaction in Transgender Adolescents and Emerging Adults with Gender Dysphoria. Suicide & life-threatening behavior, 47(4), 475–482. https://doi.org/10.1111/sltb.12289https://doi.org/10.1111/sltb.12289
- Pieters, J. J., Kooper, A. J., van Kessel, A. G., Braat, D. D. and Smits, A. P. 2011. Incidental prenatal diagnosis of sex chromosome aneuploidies: health, behavior, and fertility. ISRN obstetrics and gynecology, 2011, 807106. https://doi.org/10.5402/2011/807106
- Porter, K.E., Brennan-Ing, M., Chang, S.C., Dickey, I.M., Singh, A.A., Bower, K.L, Witten, T.M. 2016. Providing Competent and Affirming Services for Transgender and Gender Nonconforming Older Adults, Clinical Gerontologist, https://doi.org/10.1080/07317115.2016.1203383
- Power & Control in Lesbian, Gay, Transgender & Bisexual Relationships. Building Safer Communities for Lesbian, Gay, Transgender, Bisexual and HIV-Affected New Yorkers © 2000. New York City Gay & Lesbian Anti-Violence Project. https://vawnet.org/sites/default/files/materials/files/2016-08/LGBTPCWheel.pdf
- Pratt, G., Gascoyne, K., Cunningham, K. & Tunbridge, A. 2010. “Human Immunodeficiency Virus (HIV) in Older People.” Age and Ageing 39(3):289–94. https://doi.org/10.1093/ageing/afq009
- Quam, J. K. & Whitford, G. S. 1992. “Adaptation and Age-Related Expectations of Older Gay and Lesbian Adults.” The Gerontologist 32(3):367–74. https://doi.org/10.1093/geront/32.3.367
- Rew, L., Young, C.C., Monge, M. & Bogucka, R. 2021. Review: Puberty blockers for transgender and gender diverse youth—a critical review of the literature. Child Adolesc Ment Health, 26: 3-14. https://doi.org/10.1111/camh.12437.
- Rodríguez M.F., Granda M.M. & González V. 2018. Gender Incongruence is No Longer a Mental Disorder. *J Mental Health & Clin Psychology*. 2(5): 6-8
- Rollè, L., Giardina, G., Caldarera, A. M., Gerino, E., & Brustia, P. 2019. "When intimate partner violence meets same sex couples: A review of same sex intimate partner violence": Corrigendum. *Frontiers in Psychology*, 10, Article 1706. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01706.
- Rosario, M., Schrimshaw, E. W., & Hunter, J. 2012. Risk Factors for Homelessness Among Lesbian, Gay, and Bisexual Youths: A Developmental Milestone Approach. *Children and youth services review*, 34(1), 186–193. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.09.016
- Ross, J. L., Roeltgen, D. P., Stefanatos, G., Benecke, R., Zeger, M. P., Kushner, H., Ramos, P., Elder, F. F. & Zinn, A. R. 2008. Cognitive and motor development during childhood in boys with Klinefelter

syndrome. American journal of medical genetics. Part A, 146A(6), 708–719. https://doi.org/10.1002/ajmg.a.32232
- Ruel, E. & Campbell, R. T. 2006. "Homophobia and HIV/AIDS: Attitude Change in the Face of an Epidemic." Social Forces 84(4):2167–78. https://doi.org/10.1353/sof.2006.0110
- Russell, S.T., & Toomey, R.B. 2012. "Men's Sexual Orientation and Suicide: Evidence for U.S. Adolescent-Specific Risk." Social Science & Medicine 74(4):523–29. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.07.038
- Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R. M. & Sanchez, J. (2009). Family Rejection as a Predictor of Negative Health Outcomes in White and Latino Lesbian, Gay, and Bisexual Young Adults. *Pediatrics, 123*(1), 346–52. https://doi.org/10.1542/peds.2007-3524
- Saewyc, E., Skay, C., Richens, K., Reis, E., Poon, C. & Murphy, A. 2006. "Sexual Orientation, Sexual Abuse, and HIV-Risk Behaviors Among Adolescents in the Pacific Northwest." *American Journal of Public Health*, 96(6):1104–10. https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.065870
- Schoemaker, M. J., Swerdlow, A. J., Higgins, C. D., Wright, A. F., Jacobs, P. A. & UK Clinical Cytogenetics Group. 2008. Cancer incidence in women with Turner syndrome in Great Britain: a national cohort study. The Lancet. *Oncology*, 9(3), 239–246. https://doi.org/10.1016/S1470-2045(08)70033-0.
- Schulberg, H.C., Bruce, M.L., Lee, P.W., Williams, J.W. & Dietrich, A.J. 2004. "Preventing Suicide in Primary Care Patients: The Primary Care Physician's Role." General Hospital Psychiatry 26(5):337–45. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2004.06.007
- Schuler, M.S., & Collins. R.L. 2019. "Early Alcohol and Smoking Initiation: A Contributor to Sexual Minority Disparities in Adult Use." *American Journal of Preventive Medicine,* 57(6):808–17. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.07.020
- Scott, R. L., Lasiuk, G. & Norris, C. 2016. The relationship between sexual orientation and depression in a national population sample. *Journal of clinical nursing,* 25(23-24), 3522–3532. https://doi.org/10.1111/jocn.13286
- Seil, K.S., Desai, M.M. & Smith. M.V. 2014. "Sexual Orientation, Adult Connectedness, Substance Use, and Mental Health Outcomes Among Adolescents: Findings From the 2009 New York City Youth Risk Behavior Survey." *American Journal of Public Health,* 104(10):1950–56. https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302050
- Selvaggi G, Monstrey S, Ceulemans P, T'Sjoen G, De Cuypere G, Hoebeke P. 2007. Genital sensitivity after sex reassignment surgery in transsexual patients. Ann Plast Surg. 58(4):427-33. https://doi.org/10.1097/01.sap.0000238428.91834.be
- Sherer, I, Baum, J, Ehrensaft, D, Rosenthal, SM. 2015. Affirming gender: Caring for gender atypical children and adolescents. Contemporary Pediatrics. 32. 16-19.
- Shields, J.P., Whitaker, K., Glassman, J., Franks, H.M. & Howard, K. 2012. "Impact of Victimization on Risk of Suicide Among Lesbian, Gay, and Bisexual High School Students in San Francisco." Journal of Adolescent Health 50(4):418–20. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.07.009
- Shields, L., Zappia, T., Blackwood, D., Watkins, R., Wardrop, J. & Chapman, R. 2012. Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Parents Seeking healthcare for Their Children: A Systematic Review of the Literature. Worldviews on Evidence-Based Nursing, 9: 200-209. https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2012.00251.x.
- Singh, J. C., Jayanthi, V. R. & Gopalakrishnan, G. (2008). Effect of hypospadias on sexual function and reproduction. Indian journal of urology (IJU): journal of the Urological Society of India, 24(2), 249–252. https://doi.org/10.4103/0970-1591.40623.
- Skakkebaek, A., Moore, P. J., Pedersen, A. D., Bojesen, A., Kristensen, M. K., Fedder, J., Laurberg, P., Hertz, J. M., Østergaard, J. R., Wallentin M. & Gravholt, C. H. 2017. The role of genes, intelligence, personality, and social engagement in cognitive performance in Klinefelter syndrome. Brain and Behavior, 7(3), e00645. https://doi.org/10.1002/brb3.645
- Skuse, D., Printzlau, F. & Wolstencroft, J. 2018. Sex chromosome aneuploidies. Handbook of Clinical Neurology, 355–376. https://doi.org/10.1016/b978-0-444-63233-3.00024-5
- Slowikowska-Hilczer, J., Szarras-Czapnik, M., Wolski, J. K., Oszukowska, E., Hilczer, M., Jakubowski, L., Walczak-Jedrzejowska, R., Marchlewska, K., Filipiak, E., Kaluzewski, B., Baka-Ostrowska, M., Niedzielski, J. & Kula, K. 2015. The risk of neoplasm associated with dysgenetic testes in prepubertal and pubertal/adult patients. *Folia histochemica et cytobiologica, 53*(3), 218–226. https://doi.org/10.5603/FHC.a2015.0021
- Smith, A. M., Rissel, C. E., Richters, J., Grulich, A. E., & de Visser, R. O. 2003. Sex in Australia: sexual identity, sexual attraction and sexual experience among a representative sample of adults. *Australian and New Zealand journal of public health*, 27(2), 138–145. https://doi.org/10.1111/j.1467-842x.2003.tb00801.x.
- Solar O. & Irwin A. 2010. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinats of Health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice).
- Speiser, P. W., Arlt, W., Auchus, R. J., Baskin, L. S., Conway, G. S., Merke, D. P., Meyer-Bahlburg, H., Miller, W. L., Murad, M. H., Oberfield, S. E. and White, P. C. 2018. Congenital Adrenal Hyperplasia Due to Steroid 21-Hydroxylase Deficiency: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism, 103*(11), 4043–4088. https://doi.org/10.1210/jc.2018-01865
- Steele L.S., Ross L.E., Dobinson C., Veldhuizen S. & Tinmouth J. 2009. Women's sexual orientation and health: Results from a Canadian population-based survey. Women & Health; 49(5):353-367.
- Tartaglia N., Howell S., Davis S,. Kowal K., Tanda T., Brown M., Boada C., Alston A., Crawford L., Thompson T., van Rijn S., Wilson R., Janusz J. & Ross J. 2020. Early neurodevelopmental and medical profile in children with sex chromosome trisomies: Background for the prospective eXtraordinarY babies study to identify early risk factors and targets for intervention. Am J Med Genet Part C. 184C: 428– 443. https://doi.org/10.1002/ajmg.c.31807Tjepkema, M. 2008. healthcare use among gay, lesbian and bisexual Canadians. Health Rep. 19(1):53-64.
- Tartaglia, N. R., Howell, S., Sutherland, A., Wilson, R & Wilson, L. 2010. A review of trisomy X (47,XXX). *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 5(1) https://doi.org/10.1186/1750-1172-5-8
- Tyutyusheva, N., Mancini, I., Baroncelli, G.I., D'Elios, S., Peroni, D., Meriggiola, M.C. & Bertelloni, S. 2021. Complete Androgen Insensitivity Syndrome: From Bench to Bed. *International journal of molecular sciences, 22*(3), 1264. https://doi.org/10.3390/ijms22031264.
- Urology Care Foundation. 2021 Urology A-Z: Hypospadias. https://www.urologyhealth.org/urology-a-z/h/hypospadias
- van de Grift T.C, Elaut E., Cerwenka S.C., Cohen-Kettenis P.T., Kreukels B.P.C. 2018. Surgical Satisfaction, Quality of Life, and Their Association After Gender-Affirming Surgery: A Follow-up Study. *Journal of Sex & Marital Therapy, (44)*2, 138–148. https://doi.org/10.1080/0092623X.2017.1326190.
- Van Rijn, S. 2019. A review of neurocognitive functioning and risk for psychopathology in sex chromosome trisomy (47,XXY, 47,XXX, 47, XYY). *Current Opinion in Psychiatry*, 32(2), 79–84. https://doi.org/10.1097/yco.0000000000000471
- Vrangalova, Z., & Savin-Williams, R. C. 2014. Psychological and physical health of mostly heterosexuals: a systematic review. *Journal of sex research*, 51(4), 410–445. https://doi.org/10.1080/00224499.2014.883589.
- Warne, G.L., Grover, S. & Zajac, J.D., 2005. Hormonal Therapies for Individuals with Intersex Conditions. *Treatments in Endocrinology*, 4(1), pp.19–29. https://doi.org/10.2165/00024677-200504010-00003

- World Health Organisation (WHO) 2021. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version:05/2021). https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity%2f577470983
- Wu, L., Sell, R. L., Roth, A. M., & Welles, S. L. 2018. Mental health disorders mediate association of sexual minority identity with cardiovascular disease. *Preventive medicine*, 108, 123–128. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.01.003.
- Xavier J.M. 2000. Final report of the Washington Transgender Needs Assessment Survey. Survey of 252 transgendered and gender variant persons in Washington, DC, from September 1999 to January 2000 with regard to their access of routine, transgender-related and HIV-related healthcare and housing services. Unpublished draft.
- Ybarra, M.L., Rosario, M., Saewyc, E. & Goodenow, C. 2016. "Sexual Behaviors and Partner Characteristics by Sexual Identity Among Adolescent Girls." *Journal of Adolescent Health,* 58(3):310–16. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.11.001
- Zeeman, L. & Aranda, K. 2020. A Systematic Review of the Health and Healthcare Inequalities for People with Intersex Variance. International journal of environmental research and public health, 17(18), 6533. https://doi.org/10.3390/ijerph17186533
- Zhang, H., Pan, J., Ji, H., Wang, Y., Shen, W., Liu, L., Lu, G. and Zhou, Z. 2013. Long-term evaluation of patients undergoing genitoplasty due to disorders of sex development: results from a 14-year follow-up. TheScientificWorldJournal, 2013, 298015. https://doi.org/10.1155/2013/298015 K. 2015. The DSM-5 Diagnostic Criteria for Gender Dysphoria. 10.1007/978-88-470-5696-1_4.

# Hasznos források

***LGBTIQA+ communities – Glossary of common terms.*** CFCA Resource Sheet.
Australian Institute of Family Studies (2019).
https://aifs.gov.au/cfca/publications/lgbtiq-communities

***ILGA Europe Glossary.*** ILGA Europe (2015).
https://www.ilga-europe.org/sites/default/files/glossary_october_2015_edition.pdf

***LGBTQIA+ Glossary of Terms for healthcare Teams.*** The Fenway Institute –
The National LGBT Health Education Center (2020).
https://www.lgbtqiahealtheducation.org/publication/lgbtqiaglossary-of-terms-for-health-care-teams/

***Glossary of LGBT Terms for healthcare Teams.*** The Fenway Institute –
The National LGBT Health Education Center (2016).
https://www.lgbtqiahealtheducation.org/wp-content/uploads/LGBT-Glossary_March2016.pdf

***Glossary of Gender and Transgender Terms.*** The Fenway Institute –
The National LGBT Health Education Center (2010).
https://fenwayhealth.org/documents/the-fenway-institute/handouts/Handout_7-C_Glossary_of_Gender_and_Transgender_Terms__fi.pdf

***Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health.*** Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
https://www.cdc.gov/lgbthealth/index.htm

***APA Publications Related to LGBT Psychology***
https://www.apadivisions.org/division-44/resources/publications