

Polscy specjaliści i specjalistki w dziedzinie zdrowia psychicznego i seksualnego pracujący z osobami transpłciowymi i różnorodnymi płciowo – kim są i jakie mają przygotowanie?

Polish mental and sexual health specialists working with transgender and gender diverse persons – who are they and what is their background?

Bartosz Grabski¹, Karolina Koziara², Toni Kania³,
Mateusz Piotr Pliczko¹, Magdalena Ewa Mijas⁴

¹ Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Lekarski, Katedra Psychiatrii, Pracownia Seksuologii

² Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Zdrowia Publicznego, Zakład Epidemiologii i Badań Populacyjnych

³ Edinburgh Napier University, School of Applied Social Sciences, United Kingdom

⁴ Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Zdrowia Publicznego, Zakład Zdrowia i Środowiska

Summary

Aim. This study aimed to present the demographic and professional characteristics of Polish mental and sexual health specialists (MSHS) and their experience in clinical work with transgender and gender diverse (TGD) people.

Method. This cross-sectional study was conducted using the LimeSurvey platform. A total of 239 MSHS with a diverse professional background, at different stages of their careers, with experience of working with TGD patients, completed the survey. Participants were asked to provide demographic (e.g., gender and sexual identity) and professional (e.g., knowledge of leading standards and guidelines of care) data. Descriptive statistics were used.

Results. The mean age of participants was 39.5 years (*SD* 7.92) and the majority were assigned female at birth (73.2%). The sample was composed predominantly of psychotherapists (70%), then psychologists (53%), medical doctors (31%) and certified sexologists (5.9%). The majority (72%) practised in large cities (>500,000); 68.6% reported female gender identity, 24.7% a male identity and 6.3% were TGD; 63.2% were heterosexual, 12.1% homosexual, 12.6% bisexual, and 12.1% reported other sexual identity. Both the significance of religion

and religious practice were significantly decreased compared to general Polish population. Most participants declared that they either do not know the basic guidelines of care for TGD people at all or know them very little. The majority of MSHS rated their professional training as insufficient.

Conclusions. People providing clinical services to TGD patients are a professionally diverse group. There is an urgent need to expand and intensify professional training directed at MSHS on topics related to the health care dedicated to TGD people.

Słowa kluczowe: niezgodność płciowa, dysforia płciowa, specjaliści w dziedzinie zdrowia psychicznego

Keywords: gender incongruence, gender dysphoria, mental health professionals

Wstęp

W Polsce, podobnie jak w całym świecie zachodnim, wrasta widoczność osób transpłciowych i różnorodnych płciowo (*Transgender and Gender Diverse* – TGD). Nie jest przy tym jasne, czy analogicznie do innych krajów [1] wzrasta także liczba zgłoszeń do specjalistek i specjalistów zdrowia psychicznego i seksualnego (*Mental and Sexual Health Specialists* – MSHS¹), gdyż w Polsce nie są prowadzone wiarygodne statystyki w tym zakresie. Obserwując krajowy rynek usług klinicznych, można stwierdzić, że coraz więcej MSHS pozycjonuje się jako wspierające osoby TGD, natomiast wciąż niewiele wiemy o tych MSHS.

Badania zmierzające do scharakteryzowania specjalistek/specjalistów świadczących usługi dla osób TGD, także pod kątem potrzeb i kompetencji MSHS, są nieliczne i pochodzą spoza Polski. Eksplorowano w nich między innymi: znajomość standardów i zaleceń dotyczących opieki nad osobami TGD [2, 3], poczucie kompetencji w świadczeniu medycznych interwencji afirmujących płeć [2, 4], znajomość tych interwencji [4, 5], gotowość do ich wprowadzania i kontynuacji [4], przekonania i odczucia związane z rozmawianiem o nich [2, 3] oraz postrzegane bariery w ich świadczeniu [6].

W literaturze przedmiotu niemalże nieobecny jest jednak temat MSHS zajmujących się opieką nad osobami TGD, pomimo ich znaczącego uczestnictwa nie tylko w procesie tranzycji medycznej, ale także w dbaniu o całościowo rozumiany dobrostan psychiczny tych osób, np. radzenie sobie z negatywnymi skutkami doświadczania stresu mniejszościowego.

Pytanie o charakterystykę osobistą i zawodową polskich MSHS jest interesujące także ze względu na dwie grupy czynników. Pierwsza związana jest z dynamicznie zmieniającym się w ciągu ostatniej dekady spojrzeniem na zjawiska transpłciowości i niezgodności płciowej oraz z szybką ewolucją standardów postępowania i wytycznych klinicznych [7]. Zmiany, które nastąpiły w klasyfikacji DSM-5, a szczególnie w ICD-11, mają charakter paradygmatyczny i zostały szczegółowo omówione w piśmiennictwie polskim [7, 8]. Równocześnie wydane zostały kolejne edycje Standardów opieki WPATH (*Standards of Care World Professional Association for Transgender Health*

¹ W tekście, dla zwięzłości, użyto akronimu MSHS jako inkluzywnego płciowo odpowiednika coraz częściej używanych określeń „osoba specjalistyczna” lub zbitki słownej specjalistka/specjalista. Akronim ten pochodzi od pierwszych liter określenia *Mental and Sexual Health Specialists*.

– SOC WPATH) (wersja siódma [9], która jako pierwsza doczekała się oficjalnego polskiego tłumaczenia [10], oraz wydana w zeszłym roku wersja ósma [11]). Swoje zalecenia opublikowały również inne organizacje międzynarodowe: Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne (American Psychological Association – APA) – *Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People* (APA GPPTGNP) [12] i Towarzystwo Endokrynologiczne (Endocrine Society – ES) – *Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline* (ES CPG) [13]. W 2020 roku ukazały się też pierwsze oficjalne Zalecenia Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego dotyczące opieki nad zdrowiem dorosłych osób transpłciowych – stanowisko panelu ekspertów (Zalecenia PTS) [14]. Istotą powyższych zmian było odstąpienie od postrzegania zróżnicowania tożsamościowego i/lub niezgodności płciowej jako zjawisk psychopatologicznych oraz przejście od modelu opieki opartego na wnikliwej ocenie psychiatrycznej osób TGD do nowych, afirmatywnych modeli opieki – modelu SOC WPATH i modeli świadomej zgody (*Infomed Consent Models* – ICMs) [15].

Drugą grupę czynników stanowi szczególnie i złożony polski kontekst kulturowo-społeczno-prawny, niezmiernie istotny dla codziennego funkcjonowania osób TGD, jak i dla pracy MSHS. Osoby TGD spotykają się z dyskryminacją zarówno w życiu prywatnym i społecznym, jak i w kontaktach z personelem ochrony zdrowia [16]. Z kolei MSHS świadczący opiekę opartą na współczesnych standardach coraz częściej doświadczają presji i ataków ze strony niechętnych transafirmatywnej opiece mediów (np. [17]) lub ze strony części społeczności osób TGD (np. [18]), dążącej do zastąpienia modelu SOC WPATH tzw. silnym ICM [15].

Powyższe czynniki uzasadniają postawienie dwóch podstawowych pytań badawczych:

- (1) Jaka jest charakterystyka osobowa i zawodowa MSHS świadczących usługi i opiekę dla osób TGD w Polsce?
- (2) Jak MSHS świadczący usługi i opiekę dla osób TGD w Polsce oceniają swoją znajomość publikacji przedstawiających obowiązujące standardy diagnostyczne i kliniczne?

Dodatkowe pytania badawcze obejmują zakres świadczonej przez MSHS osobom TGD pomocy i ocenę wystarczalności otrzymanych szkoleń w zakresie pomocy osobom TGD.

Odpowiedź na powyższe pytania pozwoli lepiej planować szkolenia dla MSHS zajmujących się zdrowiem osób TGD.

Material i metoda

W badaniu zastosowano ankietę własnej konstrukcji², która poddana została ocenie pod kątem zrozumiałości zawartych w niej pytań przez kilkuosobową grupę specjalistów i specjalistek (psycholożek/psychologów, lekarek/lekarzy i psychoterapeutek/

² Szczegółowe sformułowania ankiety dostępne u autorów pracy.

psychoterapeutów). Badanie uzyskało pozytywną opinię Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego³. Dane zbierano za pośrednictwem internetowej platformy LimeSurvey od listopada 2022 do marca 2023 roku. Zaproszenia do uczestnictwa w badaniu kierowane były do lekarek/lekarzy, psycholożek/psychologów, psychoterapeutek/psychoterapeutów, seksuolożek/seksuologów na różnych etapach podyplomowego kształcenia zawodowego za pośrednictwem mediów społecznościowych, metodą kuli śniegowej, a także drogą oficjalnej korespondencji adresowanej do towarzystw naukowych, katedr i klinik psychiatrycznych, katedr psychologicznych, szkół psychoterapeutycznych, organizacji pozarządowych oraz centrów szkolenia podyplomowego. Uczestnictwo w badaniu miało charakter anonimowy i dobrowolny. Nie wiązało się z nim również żadne wynagrodzenie.

Ankieta składała się z czterech odrębnych tematycznie modułów, z których trzy pierwsze zostały wykorzystane jako źródło danych do bieżącej analizy. Pierwszy z nich obejmował pytania demograficzne: o rok urodzenia, płeć przypisaną przy urodzeniu, tożsamość płciową i seksualną, wyznanie, częstotliwość uczestnictwa w wydarzeniach o charakterze religijnym oraz postrzeganą istotność religii. Druga część kwestionariusza obejmowała pytania dotyczące profilu zawodowego: o kwalifikacje zawodowe, aktualne miejsce pracy, wielkość miejscowości, w której dana osoba przyjmuje pacjentki/pacjentów TGD, posiadanie certyfikatu seksuologa klinicznego PTS oraz doświadczenie w pracy z dorosłymi osobami TGD (staż pracy, odsetek przyjmowanych pacjentek/pacjentów TGD, z wyszczególnieniem liczby takich osób w ciągu ostatniego roku i miesiąca). Ostatnie pytania tego modułu dotyczyły obszarów wsparcia udzielanego osobom TGD oraz oceny stopnia, w jakim dotychczasowe szkolenia zawodowe były wystarczające do pracy z osobami TGD, dokonywanej na skali od 1 („zdecydowanie niewystarczające”) do 5 („zdecydowanie wystarczające”). Trzecia część ankiety odnosiła się do deklarowanej znajomości Standardów opieki WPATH, Zaleceń PTS, APA GPPTGNP, ES CPG oraz klasyfikacji ICD-11, DSM-5 i ICD-10, ocenianej na sześciostopniowej skali od 0 („wcale”) do 5 („bardzo wysoki stopień znajomości”).

Analiza statystyczna

W analizie uwzględniono dane pochodzące od 239 osób – MSHS posiadających doświadczenie w pracy klinicznej z osobami TGD. Braki danych nie miały charakteru systematycznego, w związku z tym zostały pominięte w statystykach opisowych. Do opisu miar tendencji centralnej dla zmiennych ciągłych użyto średniej (M) i/lub mediany (Med) wraz z informacją o odchyleniu standardowym (SD) i/lub rozstępie kwartylowym (IQR). Zmienne o charakterze jakościowym przedstawiono z użyciem liczebności (N) oraz odsetków (%). Dla obliczonych odsetków podano również 95% dolne i górne przedziały ufności (CI).

³ Nr opinii: 1072.6120.230.2022

Wyniki

Osoby uczestniczące w badaniu

Średni wiek osób badanych wyniósł 39,5 lat ($SD = 7,92$; Min.-Max.: 26–59; Med. 38; Q1 33,5, Q3 45), a większość w badanej próbie stanowiły osoby o przypisanej płci żeńskiej (73,2%). Pełna charakterystyka demograficzna badanej próby została przedstawiona w tabeli 1, natomiast charakterystyka zawodowa w tabeli 2.

Znajomość dokumentów

Deklarowana znajomość podstawowych dokumentów związanych z diagnozowaniem i postępowaniem klinicznym wahała się w szerokich granicach. Tylko od 1,5% do 2,0% osób uczestniczących w badaniu w ogóle nie znało klasyfikacji ICD-10, ICD-11 i DSM-5, przy czym od 31,2% do 57,1% znało je w stopniu bardzo wysokim. Od 26,3% do 68% MSHS w ogóle nie znało jednego z podstawowych standardów/zaleceń dotyczących opieki nad osobami TGD (SOC 7 WPATH, Zaleceń PTS, APA GPPTGNP, ES CPG), z kolei od 4,9% do 30,7% znało go w stopniu bardzo wysokim. Aż 30 osób (12,5%) w badanej próbie nie znało żadnego z wymienionych dokumentów. Znajomość wszystkich czterech dokumentów na bardzo wysokim lub wysokim poziomie wskazało 10 osób (4,1%). Szczegółowe wyniki dotyczące wymienionych dokumentów zestawiono na diagramie.

Zakres pomocy

Najczęściej udzielaną osobom TGD formą pomocy była psychoterapia – zarówno związana z procesem tranzycji (psychoterapia przed tranzycją – 38,08%; psychoterapia w trakcie tranzycji – 35,15%), jak i niezwiązana z tym procesem (56,49%). Szczegółowe dane związane z zakresem pomocy zestawiono w tabeli 2.

Wystarczalność szkoleń

W badanej próbie 2,9% osób uznało szkolenia w zakresie opieki zdrowotnej dla TGD za zupełnie wystarczające, a 17,6% za wystarczające. Z kolei 21,9% i 37,6% uznało, że były one – odpowiednio – zupełnie niewystarczające lub niewystarczające.

Tabela 1. Charakterystyka demograficzna badanej próby

Charakterystyka	N	%	Dolny CI dla %	Górny CI dla %
Seksualność				
Tożsamość płciowa				
Kobieta	164	68,6	62,7	74,5
Mężczyzna	59	24,7	19,2	30,2
Transpłciowa/inna	15	6,3	3,2	9,4

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Brak odpowiedzi	1	0,4		
Używane zaimki				
Żeńskie	164	68,6	62,7	74,5
Męskie	64	26,8	21,2	32,4
Neutralne	11	4,6	1,9	7,3
Tożsamość seksualna				
Heteroseksualna	151	63,2	57,1	69,3
Homoseksualna	29	12,1	8,0	16,3
Biseksualna	30	12,6	8,4	16,8
Inna	29	12,1	8,0	16,3
Wiara				
Wyznanie				
Rzymsko-katolickie	70	29,3	23,5	35,1
Niewierząca/niewierzący	137	57,3	51,1	63,6
Inne	10	4,2	1,6	6,7
Nie wiem	12	5	2,3	7,8

* W tabeli nie uwzględniono braków danych, które wynosiły mniej niż 5%.

Tabela 2. Charakterystyka zawodowa badanej próby

Charakterystyka	N	%	Dolny CI dla %	Górny CI dla %
Zawód				
Lekarka/lekarz (nie terapeutka/terapeuta)	54	22,6	17,3	27,9
Psycholożka/psycholog (nie terapeutka/terapeuta)	17	7,1	3,9	10,4
Lekarka/lekarz i terapeutka/terapeuta	20	8,4	4,9	11,9
Psycholożka/psycholog i terapeutka/terapeuta	110	46,0	39,7	52,3
Terapeutka/terapeuta (nie lekarka/lekarz, nie psycholożka/psycholog)	38	15,9	11,3	20,5
Szkolenia terapeutyczne				
Bez szkoleń	54	32,1	17,3	27,9
W trakcie szkoleń	58	34,5	18,8	29,7
Certyfikat	56	33,3	18,1	28,8
Nurt				
Psychodynamiczny	50	31,3	15,8	26,1
CBT	69	43,2	23,1	34,6

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Systemowy	18	11,3	4,2	10,9
Inny	23	14,4	5,9	13,4
Specjalizacja psychologiczna				
Brak specjalizacji	85	66,9	58,7	75,1
Psychologia kliniczna	18	14,2	8,1	20,3
Psychoseksuologia	7	5,5	1,5	9,5
Inna specjalizacja	18	14,2	8,1	20,3
Osoby posiadające certyfikat PTS	14	5,9	2,9	8,8
Długość pracy z osobami TGD				
<1 rok	30	14	8,4	16,8
1 rok	185	86	72,1	82,7
Odsetek, jaki stanowią pacjentki/pacjenci TGD				
≤20	172	80,00	74,65	85,35
30–40	19	8,84	5,04	12,63
50–60	9	4,19	1,51	6,86
70–80	12	5,58	2,51	8,65
≥80	3	1,40	–0,17	2,96
Przeciętna liczba pacjentek/pacjentów TGD	Med (IQR)		M (SD; Min-Max)	
W ciągu roku	4 (8)		22,2 (105; 0–1000)	
W ciągu miesiąca	2 (4)		4,5 (10,7; 0–120)	
Obszar pomagania				
Diagnoza psychologiczna na potrzeby tranzycji	44	18,41	13,5	23,3
Opiniowanie sądowe	8	3,35	1,1	5,6
Psychoterapia przed tranzycją	91	38,08	31,9	44,2
Psychoterapia w trakcie tranzycji	84	35,15	29,1	41,2
Psychoterapia niezależna od tranzycji	135	56,49	50,2	62,8
Diagnoza psychiatryczna na potrzeby tranzycji	24	10,04	6,2	13,9
Diagnoza psychiatryczna niezależna od tranzycji	56	23,43	18,1	28,8
Miejsce praktykowania (miejscowość)				
<10–100 tys.	31	13,0	8,5	17,5
100–500 tys.	34	14,2	9,8	18,7
500 tys. – 1 mln	89	37,2	31,1	43,4
>1 mln	85	35,6	29,5	41,6
Miejsce praktykowania (typ placówki)				
Praktyka prywatna	162	67,78	61,9	73,7

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Specjalistyczna publiczna przychodnia	48	20,08	15,0	25,2
Specjalistyczna niepubliczna przychodnia	50	20,92	15,8	26,1
Wielospecjalistyczny szpital publiczny	59	24,69	19,2	30,2
NGO	30	12,55	8,4	16,8
Szkoła	11	4,60	1,9	7,3
Inne	14	5,86	2,9	8,8

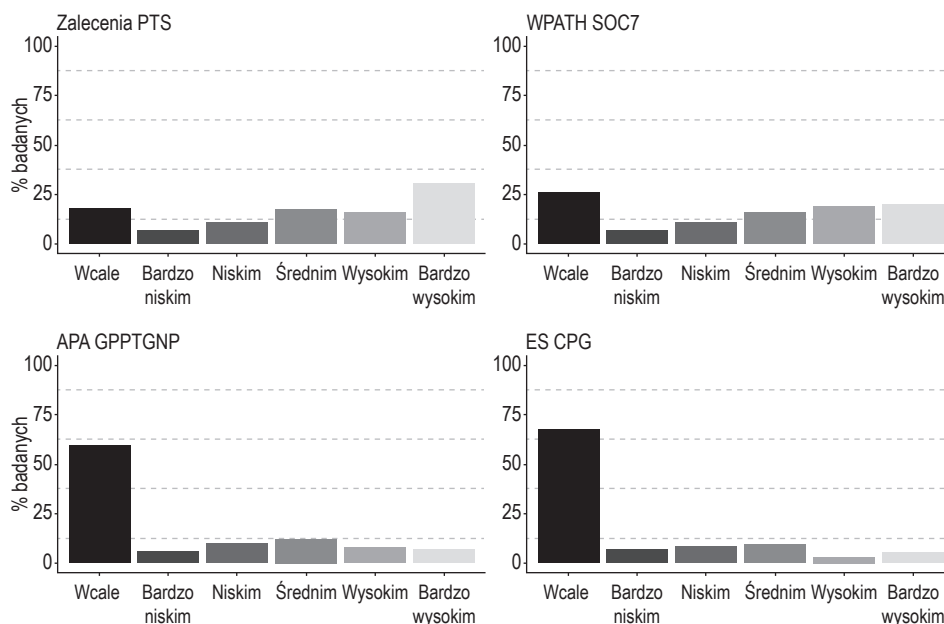


Diagram. Deklarowana przez MSHS znajomość podstawowych zaleceń i standardów

Dyskusja

Celem prezentowanego badania było poznanie charakterystyki osobowej i zawodowej MSHS pracujących z osobami TGD oraz deklarowanej przez nich znajomości wiodących zaleceń i standardów dotyczących pracy z tą grupą pacjentek/pacjentów.

Wybrana charakterystyka osobowa MSHS

W badanej grupie dominowały osoby młode. Fakt ten interpretować można zarówno jako następstwo zwiększonej reprezentacji tych osób w przestrzeni internetowej [19], w której prowadzone (i częściowo reklamowane) było badanie, i/lub jako efekt wzrastającego zainteresowania populacją pacjentek/pacjentów TGD wśród młodszego

segmentu MSHS. Jest też możliwe, że osoby TGD częściej poszukują pomocy u młodszych MSHS, spodziewając się większej otwartości, akceptacji i posiadania zaktualizowanej nowoczesnej wiedzy w tej grupie. Starsi MSHS, wykształceni w okresie obowiązywania innego paradygmatu, mogą być kojarzeni z opresyjnym i patalogizującym stosunkiem psychiatrii i seksuologii do transpłciowości i różnorodności płciowej. Zjawiska te postrzegano bowiem w przeszłości w kategoriach psychopatologicznych jako następstwa zaburzeń w rozwoju psychospołecznym jednostki. Ponadto klasyczny model kwalifikacji do medycznych interwencji afirmujących płę zakładał przedłużony i ekstensywny proces diagnostyczno-terapeutyczny, uznawany obecnie za przejaw tzw. gatekeepingu [7, 8]. Z badań wynika, że młodszy, niedawno przeszkoleni MSHS czują się bardziej komfortowo w pracy z różnorodnością płciową oraz z mówieniem o zaimkach i językowych formach rodzajowych w gabinecie, podczas gdy starsi, niechętni bądź uprzedzeni wobec tej tematyki i psychoanalitycznie zorientowani MSHS deklarują największe trudności w tym obszarze [20].

W badanej grupie przeważały pod względem liczebności osoby zarówno z przypisaną, jak i odczuwaną płcią żeńską. Odzwierciedlać to może wysoką reprezentację kobiet w zawodach związanych z pomaganiem [21]. Co więcej, badania wskazują, że kobiety MSHS, zwłaszcza te, które znają osoby transpłciowe lub przeszły szkolenia poruszające tematykę wielokulturowości, mają tendencję do deklarowania bardziej pozytywnego podejścia do osób TGD [22–24]. Interesującym wynikiem naszego badania jest również wysoka reprezentacja osób LGBTQ+ w badanej próbie. Dostępne dane ujawniają, że przynajmniej kilka procent populacji identyfikuje się jako osoby LGBTQ+ [25]. Można zatem przyjąć, że w badanej próbie MSHS, w której ponad jedna trzecia zadeklarowała tożsamość seksualną inną niż heteroseksualna i/lub tożsamość płciową inną niż cisplciowa, osób tych mogło być nawet kilkakrotnie więcej niż w populacji ogólnej. Tak duża różnica może wynikać z niedoszacowania liczebności tej subpopulacji w badaniach populacyjnych (życie w ukryciu i nieujawnianie swojej tożsamości w badaniach) [25], a zarazem z większego poczucia bezpieczeństwa MSHS w jej ujawnianiu. Dodatkowo osoby przynależące do stygmatyzowanej mniejszości mogą wykazywać się też szczególnego rodzaju motywacją, aby angażować się w opiekę nad zdrowiem osób TGD. Mogą to być np. empatia i wiedza wynikające z własnego doświadczenia, w tym z doświadczania stresu mniejszościowego, a wspieranie innych osób LGBTQ+ można traktować jako zarazem efekt, jak i źródło rozwoju i integracji własnej tożsamości mniejszościowej [26, 27].

Należy jednak wspomnieć, że bycie jednocześnie MSHS i osobą LGBTQ+ może rodzić przynajmniej dwa rodzaje zagrożeń. Po pierwsze, nieprzepracowane własne mniejszościowe doświadczenia stresowe, tj. urazy wynikające z dyskryminacji oraz zinternalizowana opresja, stwarzają ryzyko nadmiernej identyfikacji z pacjentką/pacjentem, a zatem nierozróżniania własnych procesów psychicznych od procesów tej osoby. Po drugie, własne doświadczenia mniejszościowe nieoparte odpowiednią wiedzą (np. z obszaru zdrowia osób TGD) i szkoleniami stwarzają ryzyko iluzji wystarczającego przygotowania merytorycznego do pracy z tą populacją i zaniedbywania obowiązku ustawicznego poszerzania swoich kompetencji zawodowych [28, 29].

Inną znaną charakterystyką badanej próby była religijność. Większość polskiej populacji opisywana jest jako należąca do wspólnoty Kościoła rzymskokatolickiego (KRK) [30], tymczasem ponad połowa badanych identyfikowała się jako osoby niewierzące. Jako że pierwszoplanowa narracja w dominującym w Polsce KRK jest raczej skrajnie zachowawcza lub wręcz niechętna osobom LGBTQ+, taka charakterystyka badanej próby nie jest zaskoczeniem. Wśród badanych były także osoby wierzące i praktykujące, co prowokuje pytanie, czy afirmująca praktyka kliniczna może stanowić dla nich wyzwanie. Przedmiotem naszej analizy nie była jednak ocena związków religijności MSHS z jakością oferowanej przez nich opieki osobom TGD czy z ich wyborami klinicznymi.

Znajomość zaleceń, wytycznych i standardów

Wyniki dotyczące deklarowanej znajomości podstawowych zaleceń i standardów związanych z opieką nad pacjentkami/pacjentami TGD należy uznać za niepokojące. Ma to szczególne znaczenie w kontekście rosnącego zapotrzebowania na transafirmatywną opiekę kliniczną oraz proliferacji instytucji i osób (głównie w przestrzeni prywatnej) reklamujących się jako wyspecjalizowane w tym zakresie.

Najważniejszym i jedynym krajowym dokumentem, który w sposób ramowy opisuje zasady opieki nad zdrowiem dorosłych osób TGD, są Zalecenia PTS [14]. Opublikowane zostały jesienią 2020 roku, na dwa lata przed rozpoczęciem naszego badania. Tym bardziej niepokoi więc fakt, że blisko jedna piąta MSHS w ogóle nie zna tego dokumentu, a kilkanaście procent zna go słabo. Informacja o jego opracowaniu została zamieszczona na stronie internetowej PTS, a opublikowany został w znanym i szanowanym czasopiśmie w otwartym dostępie.

Sytuacja nie wygląda lepiej w wypadku kolejnego istotnego dokumentu, jakim są Standardy opieki WPATH [9]. Oceniana w naszym badaniu wersja siódma standardów została przetłumaczona na język polski kilka lat temu i jest dostępna bezpłatnie na stronach Stowarzyszenia. Mimo to ponad 40% badanych MSHS albo w ogóle nie znało tego dokumentu, albo znało go w stopniu bardzo niskim lub niskim. Wyniki te pokrywają się z wnioskami Mollitta [20], który również stwierdził, że uczestniczący w jego badaniu brytyjskie psychoterapeutki i brytyjscy psychoterapeuci wykazywali się niskim stopniem znajomości Standardów opieki WPATH [9].

W naszym badaniu zalecenia APA [12] nieznane były blisko 60% badanych, a Zalecenia Towarzystwa Endokrynologicznego [13] – blisko 70% respondentów i respondentek. Drugi wynik jest zbliżony z rezultatami jednego z badań, w którym ujawniono, że połowa z uczestniczących w nim endokrynologów/endokrynolożek w ogóle nie czytała ES CPG [2]. Oba dokumenty dostępne są wyłącznie w języku angielskim, co jedynie częściowo może tłumaczyć otrzymane wyniki. Wprawdzie zalecenia bądź wytyczne endokrynologiczne nie muszą być znane MSHS, trudno jednak utrzymać taki argument z punktu widzenia Zaleceń PTS [14], wskazujących na znaczenie psychoedukacji także w odniesieniu do HIAP. Czy możliwe jest profesjonalne edukowanie innych bez znajomości podstawowych dokumentów? Trudno przy tym wyjaśnić nieznaną dokumentu adresowanemu bezpośrednio do psycholożek/psychologów [12].

W świetle powyższych wyników nasuwają się następujące pytania:

- (1) Jakie okoliczności sprawiają, że tak wielu MSHS ujawnia niewystarczającą znajomość wymienionych dokumentów?
- (2) W jaki sposób można zwiększyć dostępność tych zaleceń i zachęcić MSHS do aktualizowania swojej wiedzy na ich temat?
- (3) Skoro MSHS nie korzystają z opracowywanych przez gremia eksperckie standardów postępowania i zaleceń, z jakich źródeł pozyskują wiedzę na temat zasad pracy/wspierania osób TGD?
- (4) Czy i w jaki sposób ujawniona przez MSHS niewystarczająca znajomość wskazanych dokumentów przekłada się na postępowanie i jakość pracy z pacjentkami/pacjentami TGD?
- (5) Czy i w jaki sposób przynależność do społeczności LGBTQ+ przekłada się na poczucie kompetencji oraz praktykę w pracy z osobami TGD?

Odpowiedź na te pytania wymagałaby dalszych badań. Powyższa ocena MSHS oparta jest na założeniu, że dotyczy ona osób rutynowo pomagających osobom TGD, a nie specjalistów spotykających się z pacjentkami/pacjentami TGD incydentalnie. Ze względu na charakter ich pracy (opieka nad zdrowiem drugiego człowieka) należy jednak pozostać przy najwyższych możliwych standardach oceny profesjonalnej wiedzy.

Ograniczenia i mocne strony badania

Wyniki naszego badania powinny być rozpatrywane w kontekście jego ograniczeń. Do najważniejszych należą: (1) niereprezentatywny charakter badanej próby uniemożliwiający uogólnianie wyników na całą populację MSHS pracujących z osobami TGD (jednakże znajomość podstawowych dokumentów jest sprawą o tak pierwszorzędny dla bezpieczeństwa i dobra pacjentek/pacjentów charakterze, że wykazane deficyty w tym obszarze wśród jakiegokolwiek grupy specjalistycznej należy uznać za wysoce niepokojące); (2) metoda internetowa oparta na samoopisie, ze wszystkimi tego konsekwencjami dla trafności i reprezentatywności uzyskiwanych w ten sposób prób (np. dominacja osób młodszych), jak i możliwymi zniekształceniami otrzymanych wyników (np. zbyt surowa lub łagodna ocena posiadanej wiedzy) [31]; (3) włączenie do badania osób, które miały jakiekolwiek doświadczenie w pracy z osobami TGD (pojawia się w związku z tym pytanie, czy jest to grupa, dla której pacjentki/pacjenci TGD stanowią obszar specjalizacji klinicznej; w naszej próbie u większości MSHS osoby TGD stanowiły 10–20% wszystkich pacjentek/pacjentów, co w połączeniu z szacowanym udziałem osób TGD w populacji ogólnej [32] należy uznać za marker znacznego zaangażowania w pomoc właśnie tej grupie pacjenckiej). Projektując przyszłe badania, warto posłużyć się alternatywnymi metodami doboru do próby, które owocują próbami zbliżonymi do reprezentatywnych (np. *Respondent Driven Sampling* [31, 33]) a także uwzględnić bardziej rozbudowane narzędzia pozwalające na weryfikację deklarowanej znajomości dokumentów.

Nasze badanie ma jednak mocne strony: (1) jest to pierwsze badanie sprawdzające charakterystykę osobową i zawodową MSHS pomagających osobom TGD, w tym oce-

niające znajomość podstawowych zaleceń/standardów; (2) znaczna liczebność próby; (3) duże zróżnicowanie MSHS w zakresie podstawowego wykształcenia, etapu i charakteru poddyplomowego kształcenia się oraz doświadczenia w pracy z osobami TGD.

Wnioski

1. MSHS świadczący usługi kliniczne dla osób TGD stanowią bardzo zróżnicowaną grupę i osoby uczące powinny brać to pod uwagę, planując szkolenia zawodowe.
2. Istnieje pilna potrzeba intensyfikacji kierowanych do MSHS szkoleń zawodowych mających na celu wzmocnienie znajomości obowiązujących zaleceń/standardów opracowywanych przez towarzystwa naukowe i profesjonalne.
3. W świetle szybko ewoluującej wiedzy i zasad postępowania MSHS muszą proaktywnie dbać o aktualizowanie swoich kompetencji w zakresie standardów pracy z osobami TGD. Realizację tego etycznego obowiązku ułatwia dostępność informacji drogą internetową.

Piśmiennictwo

1. Zucker KJ. *Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity*. Sex. Health 2017; 14(5): 404–411.
2. Irwig MS. *Transgender care by endocrinologists in the United States*. Endocr. Pract. 2016; 22(7): 832–836.
3. Unger CA. *Care of the transgender patient: A survey of gynecologists' current knowledge and practice*. J. Womens Health (Larchmt). 2015; 24(2): 114–118.
4. Shires DA, Stroumsa D, Jaffee KD, Woodford MR. *Primary care providers' willingness to continue gender-affirming hormone therapy for transgender patients*. Fam. Pract. 2018; 35(5): 576–581.
5. Davidge-Pitts C, Nippoldt TB, Danoff A, Radziejewski L, Natt N. *Transgender health in endocrinology: Current status of endocrinology fellowship programs and practicing clinicians*. J. Clin. Endocrinol. Metab. 2017; 102(4): 1286–1290.
6. Snelgrove JW, Jasudavicius AM, Rowe BW, Head EM, Bauer GR. *"Completely out-at-sea" with "two-gender medicine": A qualitative analysis of physician-side barriers to providing healthcare for transgender patients*. BMC Health Serv. Res. 2012; 12: 110.
7. Grabski B. *Modele opieki i standardy postępowania*. W: Grabski B, Mijas M, Dora M, Iniewicz G. red. *Dysforia i niezgodność płciowa. Kompendium dla praktyków*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie; 2020. S. 43–64.
8. Mijas M, Koziara K. *Klasyfikacja i ewolucja rozumienia zjawiska transpłciowości w seksuologii oraz współczesnych systemach diagnostycznych*. W: Grabski B, Mijas M, Dora M, Iniewicz G. red. *Dysforia i niezgodność płciowa. Kompendium dla praktyków*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie; 2020. S. 3–40.
9. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J i wsp. *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7*. Int. J. Transgender. 2012; 13(4): 165–232.

10. WPATH. *Standardy opieki zdrowotnej dla osób transseksualnych, transpłciowych i różnorodnych płciowo*. https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_Polish.pdf?t=1573660119 (dostęp: 5.07.2023).
11. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB i wsp. *Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8*. Int. J. Transgend. Health 2022; 23(Suppl 1): S1–S259.
12. APA. *Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People*. Am. Psychol. 2015; 70(9): 832–864. <https://www.apa.org/practice/guidelines/transgender.pdf> (dostęp: 5.07.2023).
13. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH i wsp. *Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: And Endocrine Society clinical practice guideline*. J. Clin. End. Met. 2017; 102(11): 3869–3903.
14. Grabski B, Rachóń D, Czernikiewicz W, Dulko S, Jakima S, Muldner-Nieckowski Ł i wsp. *Zalecenia Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego dotyczące opieki nad zdrowiem dorosłych osób transpłciowych – stanowisko panelu ekspertów*. Psychiatr. Pol. 2021; 55(3): 701–708.
15. Ashley F, St Amand CM, Rider GN. *The continuum of informed consent models in transgender health*. Fam. Pract. 2021; 38(4): 543–544.
16. Mulak A. *Osoby transpłciowe*. W: Winiewski M, Świder M. red. *Sytuacja społeczna osób LGBTa w Polsce. Raport za lata 2019–2020*. Warszawa: Kampania Przeciw Homofobii, Stowarzyszenie Lambda Warszawa; 2021. S. 311–332.
17. Pospieszalski J. *Transseksualność na siłę*. <https://dorzeczy.pl/kraj/355138/jan-pospieszalski-transseksualnosc-na-sile-kto-niszczy-nasze-dzieci.html> (dostęp: 5.07.2023).
18. Nina Kuta, Dag Fajt. *Tranżycja na żądanie, czyli model świadomej zgody*. <https://tranzycja.pl/publikacje/tranzycja-na-zadanie/?section=ale-co-z-osobami-niepelnoletnimi&q=swia> (dostęp: 5.07.2023).
19. Centrum Badań Opinii Społecznej. *Komunikat z badań. Korzystanie z Internetu w 2022 roku*. https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2022/K_077_22.PDF (dostęp: 6.07.2023).
20. Mollitt PC. *Exploring cisgender therapists' attitudes towards, and experience of, working with trans people in the United Kingdom*. Couns. Psychother. Res. 2022; 22(4): 1013–1029.
21. Główny Urząd Statystyczny. *Pracujący w gospodarce narodowej w Polsce w grudniu 2022 r.* <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/pracujacy-zatrudnieni-wynagrodzenia-koszty-pracy/pracujacy-w-gospodarce-narodowej-w-polsce-w-grudniu-2022-r-,27,1.html> (dostęp: 6.07.2023).
22. Bailey JM, Vasey PL, Diamond LM, Breedlove SM, Vilain E, Epprecht M. *Sexual orientation, controversy, and science*. Psychol. Sci. Public Interest 2016; 17(2): 45–101.
23. Nisley EA. *Counseling professionals' attitudes toward transgender people and responses to transgender clients*. Dissertations, 2010; 614. <https://scholarworks.wmich.edu/dissertations/614> (dostęp: 17.07.2023).
24. Kanamori Y, Cornelius-White JH. *Big changes, but are they big enough? Healthcare professionals' attitudes toward transgender persons*. Int. J. Transgend. 2016; 17(3–4): 165–175.
25. Kanamori Y, Cornelius-White JH, Pegors TK, Daniel T, Hulgus J. *Development and validation of the transgender attitudes and beliefs scale*. Arch. Sex. Behav. 2017; 46(5): 1503–1515.
26. Mijas M, Iniewicz G, Grabski B. *Stadialne modele formowania się tożsamości homoseksualnej. Implikacje dla praktyki terapeutycznej*. Psychiatr. Pol. 2012; 46(5): 815–828.
27. Długolecka A. *Coming out i konstruowanie tożsamości LGB*. W: Iniewicz G, Mijas M, Grabski B. red. *Wprowadzenie do psychologii LGB*. Wrocław: Continuo; 2012. S. 176–198.

28. Dworkin SH. *Terapia indywidualna osób LGB*. W: Pereza RM, DeBorda KA, Bieschke KJ. red. *Podręcznik poradnictwa i psychoterapii osób homoseksualnych i biseksualnych*. Warszawa: Kampania Przeciw Homofobii; 2014. S. 165–190.
29. Bąk D, Iniewicz G. *Praktyczne aspekty terapii osób LGB*. W: Iniewicz G, Mijas M, Grabski B. red. *Wprowadzenie do psychologii LGB*. Wrocław: Continuo; 2012. S. 337–357.
30. Główny Urząd Statystyczny. *Życie religijne w Polsce. Wyniki badania spójności społecznej 2018*. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/inne-opracowania/wyznania-religijne/zycie-religijne-w-polsce-wyniki-badania-spojnosci-spolecznej-2018,8,1.html> (dostęp: 6.07.2023).
31. Binson D, Blair J, Huebner DM, Woods WJ. *Sampling in surveys of lesbian, gay and bisexual people*. W: Meyer IH, Northridge ME. red. *The health of sexual minorities*. New York: Springer; 2007. S. 375–418.
32. Winter S, Diamond M, Green J, Karasic D, Reed T, Whittle S i wsp. *Transgender people: Health at the margins of society*. *Lancet*. 2016; 388(10042): 390–400.
33. Gile KJ, Handcock MS. *Respondent-driven sampling: An assessment of current methodology*. *Sociol. Methodol.* 2010; 40(1): 285–327.

Adres: Magdalena Ewa Mijas
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
Wydział Nauk o Zdrowiu
Instytut Zdrowia Publicznego, Zakład Zdrowia i Środowiska
e-mail: magdalena.mijas@uj.edu.pl

Otrzymano: 21.07.2023

Zrecenzowano: 20.09.2023

Otrzymano po poprawie: 24.10.2023

Przyjęto do druku: 24.10.2023