

רופאת המשפחה והמטופל מקהילת הלהט"ב

רותי גופן

שלושה מסרים נלמדים

1. קיימים מחסומים שמונעים מלהט"ב קבלת שירותי רפואה כשאר האוכלוסייה: חוסר ידע של רופאים בנוגע לבעיות הרפואיות האופייניות לקהילת הלהט"ב, יחס מפלה לרעה מצד צוותי רפואה ועוד.
2. לקהילת הלהט"ב מאפייני בריאות ייחודיים: שכיחות יתר של חרדה ודיכאון על רקע אפליה לרעה וסטריס לאורך החיים, שיעורים גבוהים של עישון, צריכת חומרים ממכרים ואלכוהול, מחלות שמועברות ביחסי מין בקרב גברים אשר מקיימים יחסי מין עם גברים, שכיחות יתר של גידולי שד בקרב נשים לסביות וביסקסואליות לעומת הטרוסקסואליות ועוד.
3. יש ליצור אווירה ידידותית ומכילה ללהט"ב במרפאות ובבתי החולים כדי שירגישו רצויים ובטוחים לפנות לקבלת שירותי רפואה. נוסף על כך, חשוב לשפר את הידע ואת ההיכרות עם הקהילה בקרב אנשי רפואה וטיפול.

בשלושת העשורים האחרונים התפתחה ההכרה שלאנשי קהילת הלהט"ב - לסביות, הומואים, בי וטרנס - יש מאפיינים וצרכים רפואיים ייחודיים. שכיחות יתר של דיכאון, חרדה ואובדנות, שיעורים גבוהים של עישון וצריכת חומרים ממכרים, שיעורי הדבקה גבוהים של מחלות אשר מועברות ביחסי מין בקרב הגברים וסיכון יתר לפתח גידולי שד בקרב הנשים הם דוגמאות למאפיינים אלה. נוסף על כך, קיימים מחסומים אשר מונעים מלהט"ב קבלת שירותי רפואה כשאר האוכלוסייה. יחס שיפוטי, מזלזל או מפלה לרעה מצד צוותים רפואיים, חוסר ידע של רופאים בנושאים המרכזיים ברפואת להט"ב וחשש של המטופלים בנוגע לחסיון המידע הרפואי הם כמה מהמחסומים (Institute of Medicine 2011). בשל מחסומים אלה להט"ב נמנעים מבדיקות סקר, פונים לקבלת טיפול בעת מצבי חולי מאוחר יותר מהטרוסקסואלים או שאינם פונים כלל (Buchmueller and Carpenter 2010). הדבר עלול לגרום פגיעה של ממש בבריאותם.

* בצירוף "רופאת המשפחה והמטופל" שבכותרת ולאורך כל המאמר הכוונה למגוון האפשרויות: רופאה-מטופלת, רופאה-מטופל, רופא-מטופלת, רופא-מטופל.

ההערכה המקובלת כיום היא כי בין חמישה לעשרה אחוזים מכלל האוכלוסייה הם להט"ב. בסקר שבוצע בשנת 2014 בארצות הברית הזדהו 5.6 אחוזים מהנשאלים בני 18-44 כלהט"ב, 6.7 אחוזים מהנשים ו-4.5 אחוזים מהגברים (Gates 2014). בסקר משנת 2011 דיווחו 8.2 אחוזים על קיום יחסי מין עם בני מינם בימי חייהם, ו-11 אחוזים דיווחו על מידה מסוימת של משיכה מינית לבני מינם (Gates 2011). לפי הערכות עדכניות מהעולם, 0.3-0.5 אחוזים מהאוכלוסייה הכללית הם אנשים טרנסג'נדרים (GenIUSS Group 2014). השכיחות של טרנסג'נדריות באוכלוסייה הולכת ועולה בעשורים האחרונים: החברה מקבלת יותר אנשים טרנסג'נדרים, ולכן הם חוששים פחות להזדהות כשייכים לקהילה וכן מתבצעים יותר סקרים ומחקרים שיש בהם התייחסות לקהילה הטרנסג'נדרית (Arcelus et al. 2015).

מנתונים אלה ברור שרופאים וצוותים רפואיים צריכים להכיר את קהילת הלהט"ב על מאפייניה הייחודיים ולהבין את המחסומים המונעים מחבריה קבלת שירותי רפואה כדי לנטרלם: הפקידים במשרד המרפאה, הצוות הסייעות, הפיזיותרפיסטיות, הדיאטנים, הרופאות והרופאים במרפאות ובבתי החולים, הנהלות המוסדות הרפואיים השונים וקובעי קביעות המדיניות במשרד הבריאות - כולם צריכים להכיר את הקהילה ולאפשר לחבריה חברותיה להרגיש רצויים ובטוחים בעת קבלת שירותי רפואה.

פושגי יסוד בהיכרות עם קהילת הלהט"ב

הייה מינית מתארת את המשיכה הגופנית והרגשית למין השני או לאותו המין. מרבית האנשים מגדירים את עצמם באחת ההגדרות האלה: הטרנסקסואלים - נמשכים למין השני; הומוסקסואלים - גברים שנמשכים לבני מינם; לסביות - נשים שנמשכות לבנות מינם; בייסקסואלים - נמשכים לשני המינים. קיימות כיום עוד כמה הגדרות, ואלה הולכות ונעשות שכיחות יותר בקרב חברי וחברות הקהילה. למשל: פאנסקסואל (נמשך לכל המגדרים); קווייר (אינו מגדיר או מגביל את עצמו להגדרה מסוימת). לפי ההגדרות האלה, הנטייה המינית גמישה ממה שהיה מקובל בעבר.

התנהגות מינית היא אופן התנהגותו של אדם, להבדיל מהנטייה המינית. לדוגמה: מישהי יכולה להגדיר את עצמה לסבית, אך לקיים יחסי מין גם עם גברים. במקרה כזה יש הבדל בין הנטייה המינית להתנהגות המינית. כדי שרופאה תוכל לשמור על בריאות מטופליה, חשוב שהיא תקבל מהמטופל או המטופלת מידע גם בנוגע להתנהגות המינית.

זהות מגדרית מתייחסת להרגשה הפנימית של אדם בנוגע למגדר שהוא משתייך אליו: אם הוא גבר או אישה. בעבר ראו במגדר קטגוריה בינרית - אפשר להיות או גבר או אישה, אולם כיום התפיסה הרווחת היא שמדובר בספקטרום אשר קצהו אחד גבר, והקצה האחר אישה, ורבים מרגישים שהם אינם נמצאים באחד הקצוות, אלא זהותם מורכבת משילוב של חלקים גבריים וחלקים נשיים. המגדר הוא הגדרה מובחנת, שאינה קשורה לנטייה המינית. לכל אדם יש נטייה מינית וזהות מגדרית.

להט"ב

האוכלוסייה: חוסר להט"ב, יחס מפלה חרדה ודיכאון על שון, צריכת חומרים נשן מקיימים יחסי סקסואליות לעומת

ולים כדי שירגישו שפר את הידע ואת

להט"ב - לסביות, ר של דיכאון, חרדה רי הדבקה גבוהים ח גידולי שד בקרב זר מונעים מלהט"ב לרעה מצד צוותים ש של המטופלים בשל (Institute of מצבי חולי מאוחר (Buchmuel). הדבר

למגוון האפשרויות:

טרנסג'נדר הוא אדם שמרגיש חוסר הלימה בין המין הביולוגי שעזמו נולד ובין הזהות שלו. גבר טרנסג'נדר הוא מי שסומן בלידתו כנקבה, אך מזדהה כגבר, אישה טרנסג'נדרית היא מי שסומנה בלידתה כזכר, אולם היא מזדהה כאישה. בעבר היו מקובלים המונחים F to M (Female to Male) לגבר טרנסג'נדר ו-M to F (Male to Female) לאישה טרנסג'נדרית, אולם מונחים אלה אינם מקובלים עוד. טרנסג'נדרים שונים יגדירו את עצמם באופנים שונים: גבר, גבר טרנסג'נדר, אישה, אישה טרנסג'נדרית, ועוד. יש אנשים טרנסג'נדרים שמרגישים כי החלוקה הבינרית לגברים ולנשים אינה תואמת את זהותם המגדרית, אשר מורכבת משילוב של חלקים גבריים ונשיים יחד. הם יגדירו את עצמם א-בינריים, ג'נדרקוויר ועוד. כל אדם טרנסג'נדר מגדיר עצמו באופן אשר תואם את זהותו. אנשים טרנסג'נדרים מבינים בשלב מסוים בחייהם שזהותם המגדרית שונה מהמין שסומנו בו בלידה, והם מבצעים שינויים שמאפשרים התאמה בין תחושת המגדר שלהם לאופן שהם מזדהים בו: שינוי השם, הלבוש והמראה וכן הליכים רפואיים שונים שיאפשרו התאמה מגדרית. כל אדם עורך את השינויים בהתאם לתחושת המגדר שלו.

הסוגיות הרפואיות הייחודיות ללהט"ב לאורך החיים

המאפיינים הרפואיים של להט"ב מקורם בהיסטוריה ארוכת שנים של סטיגמה ואפליה לרעה של קהילה זו. סטיגמה ואפליה לרעה יכולות להשפיע על הפרט ישירות – רופא שמתייחס בעוינות, חשיפה לאלומות במשך החיים ועוד, ובעקיפין – למשל יצירת אווירה עוינת ללהט"ב בתקשורת או בקרב נותני שירותים רפואיים. למרות ההתקדמות הניכרת שעשתה הקהילה בעשורים האחרונים במאבק לשוויון ובמלחמה בסטיגמה ובאפליה לרעה, גם כיום יש לצערו דעות קדומות כלפי חברי הקהילה וחברותיה (Kahut 2013). בסקר משנת 2013 שנבדק בו מדגם מייצג של להט"ב בארצות הברית ענו 53 אחוזים מהנשאלים שעדיין יש אפליה לרעה של להט"ב בארצות הברית. 58 אחוזים ענו שהיו מושאים לכדיחות להט"ב בפוביות, 26 אחוזים סיפרו שהיו קורבן לאיזמים ולאלימות מילולית או גופנית ו-21 אחוזים דיווחו על אפליה לרעה מצד מעסיק במקום העבודה. עם זאת, חשוב לזכור שלמרות האפליה לרעה, הרוב המכריע של אנשי קהילת הלהט"ב משתלבים היטב בחברה בתחומי החיים השונים. התאוריה המקובלת היום היא שלהט"ב מפתחים חוסן נפשי אל מול כוחות הדיכוי והאפליה לרעה (Herrick et al. 2014).

א. נוער להט"בי

עם גילוי הנטייה המינית או הזהות המגדרית הנוער או הנערה הלהט"ב עלולים להתמודד עם התנגשות בין הנטייה המינית לנורמות המקובלות בחברה שהם חיים בה. בשנות הנעורים, בתהליך גיבוש הזהות המינית וחשיפת הזהות לפני בני משפחה וחברים ("היציאה מהארון"), החשיפה לאלומות, הכריונות והבידוד החברתי שכיחים במיוחד. נוסף על כך, על רקע דחייה של ההורים, בני הנוער הלהט"ב נמצאים בסכנה להיפלט מהבית

ולהיעשות חסרי בית. על רקע כל הגורמים הללו קיימת שכיחות יתר של דיכאון, חרדה, הפרעות אכילה ואובדנות בקרב נוער להט"ב לעומת הטרוסקסואלים, וכן יש שכיחות יתר של עישון, שימוש בחומרים ממכרים ובאלכוהול (HRC 2012). מלבד זה, קיים בקרב בני נוער להט"ב סיכון יתר להדבקה במחלות שמועברות ביחסי מין.

ב. החיים הבוגרים

סטיגמה בנוגע לקבוצת מיעוט באוכלוסייה, דעות קדומות עליה ואפליה שלה לרעה עלולות לגרום לחברי הקבוצה לפתח ביטויים שונים של מצוקה. תופעה זו מכונה "מצוקת המיעוט" (minority stress). גם להט"ב סובלים ממצוקת המיעוט: הם חשופים בשכיחות גבוהה יותר לאלימות, לכידוד חברתי ולאפליה לרעה בתחומים שונים, כגון תעסוקה ולימודים. על רקע זה קיימת בקרבם שכיחות יתר של דיכאון, חרדה, הפרעות בדימוי גוף ואובדנות (Koh and Ross 2006; King et al. 2008). השכיחות גבוהה עוד יותר בקרב להט"ב שנמצאים "בארון" (אנשים שמסתירים את זהותם המינית); לדוגמה, בקרב נשים שמקיימות יחסים עם נשים יש פי 2.5 יותר ניסיונות אובדניים משיש בקרב הטרוסקסואליות (Koh and Ross 2006). על רקע המצוקה קיימת בקרב להט"ב גם שכיחות יתר של עישון, אלכוהול ושימוש בחומרים ממכרים (Cochran et al. 2013). יש לציין כי כאשר להט"ב נמצאים במערכת יחסים זוגית, יציבה ומוכרת חוקית, יש פחות תסמיני דיכאון ופחות סימני מצוקה (Riggle et al. 2005).

נשים לסביות וביסקסואליות (sexual minority women – SMW) ממעטות לפנות לקבלת שירותי רפואה לעומת הטרוסקסואליות, ולכן מבצעות פחות בדיקות סקר של רפואה מונעת כמו פאפ סמיר, שקילה, מדידת לחץ דם, בדיקות שד וממוגרפיה (Denenberg 2010; Buchmueller and Carpenter 2010; O'Hanlan 1995, 99; 1995). לכן חשוב לנסות לפרק מחסומים שמונעים מנשים לסביות וביסקסואליות להגיע למרפאה ולעודד אותן להגיע לבדיקות שגרתיות ולבצע בדיקות סקר, כגון בדיקות פאפ סמיר, בדיקות ממוגרפיה בגיל המתאים, מדידת לחץ דם שגרתית ועוד.

בקרב נשים לסביות וביסקסואליות קיימת שכיחות יתר של השמנה ($BMI > 30$) ב-20 אחוזים יותר מהטרוסקסואליות (Jackson et al. 2016), ואפשר לייחס אותה לשתי סיבות: (1) לרוב שאין הן מקבלות עליהן את אידאל היופי המקובל והמוכתב בידי החברה הפטריארכלית (Eliason and Fogel 2015); (2) לסטרס שגורם אכילה רגשית. כן קיימת בקרבן שכיחות יתר של סרטן שד, ככל הנראה עקב משקל עודף, מיעוט הריונות ולידות, פחות שימוש בגלולות להגנת היריון, יותר שתיית אלכוהול ומיעוט בביצוע בדיקות סקר (Mays and Cochran 2001; Boehmer et al. 2007; 2014; Buchmueller and Carpenter 2010; Clavelle et al. 2005). במחקר WHI (Women's Health Initiative) דווח גם על שכיחות יתר של סרטן צוואר הרחם בקרב לסביות (2.2 אחוזים) וביסקסואליות (2.1 אחוזים) לעומת הטרוסקסואליות (1.3 אחוזים) (Valanis et al. 2000). להבדיל ממה שסברו בעבר, נשים לסביות וביסקסואליות נבאית כסיכון להדבקה בוירוס הפפילומה (Marrazzo 2000), ואולם למרות סיכון זה הן נבצעת בדיקות פאפ פחות מהטרוסקסואליות (Marrazzo et al. 2001).

יד ובין הזהות
טרנסג'נדרית
לים המונחים
(Mal) לאישה
ים יגדירו את
וד. יש אנשים
מת את זהותם
ירו את עצמם
ואם את זהותו.
שונה מהמין
המגדר שלהם
ונים שיאפשרו
טיגמה ואפליה
שירות - רופא
ל יצירת אוזירה
קדמות הניכרת
טיגמה ובאפליה
(Kahut 2013)
ענו 53 אחוזים
חוזים ענו שהיו
ומים ולאלימות
במקום העבודה.
קהילת הלהט"ב
ום היא שלהט"ב
(Herrick).

צלולים להתמודד
חיים בה. בשנות
משפחה וחברים
זים במיוחד. נוסף
להיפלט מהבית

גברים שמקיימים יחסי מין עם גברים (הומואים וביסקסואלים) (Men who have sex with Men – MSM), נמצאים בסיכון יתר להדבקה במחלות המועברות ביחסי מין, כגון HIV, עגבת וגונוראה (CDC 2009), ולכן יש חשיבות רבה למניעה בקרב אוכלוסייה זו. המניעה יכולה להיעשות במגוון דרכים:

1. יש לשוחח עם המטופלים ההומואים והביסקסואלים על ההרגלים המיניים שלהם ולעודד אותם לקיים יחסים מוגנים - שימוש בקונדום.
2. חיסונים: כמניעה ראשונית יש להמליץ על ביצוע חיסונים להפטיטיס A ו-B לכלל הגברים המקיימים יחסי מין עם גברים וכן לוורוס הפפילומה עד גיל 26 (CDC 2015).
3. אבחון מוקדם וטיפול מוקדם: למניעה שניונית ושלישונית יש להמליץ לבצע בדיקות סקר למחלות שמועברות ביחסי מין לצורך אבחון וטיפול מוקדם ככל האפשר במקרה הצורך. יש להחליט על תדירות הבדיקות לפי הסיכון האישי של כל מטופל (שם): מי שנמצא בקשר זוגי ומקיים יחסי מין רק עם בן זוגו אינו זקוק לבדיקות בתדירות גבוהה מהרגיל, אולם מי שמקיים יחסי מין עם יותר מפרטנר אחד או עם פרטנרים מרובים, צריך להיבדק אחת לכמה חודשים. נוסף על מניעת נזק למטופל עצמו, טיפול מוקדם מונע הדבקה של פרטנרים ליחסי מין. אשר ל-HIV, ידוע כיום שאבחון וטיפול מוקדמים וירידה של העומס הגניפי אל מתחת לסף הגילוי (Undetectable UD) מונעים הדבקה של פרטנרים ליחסי מין.
4. PEP (PostExposure Prophylaxis): אם מטופל קיים יחסים לא מוגנים, אפשר לתת טיפול למניעת הדבקה ב-HIV ב-72 השעות הראשונות לאחר היחסים הלא מוגנים. ככל שהטיפול ניתן מוקדם יותר בתוך טווח הזמן של 72 השעות, יעילותו גבוהה יותר (שם). לצורך מתן הטיפול יש להתייעץ עם מומחה למחלות זיהומיות, ולכן ברוב המקרים יש להפנות את המטופל לחדר מיון של בית חולים סמוך.
5. PrEP (פרפ): ב-1 בספטמבר 2017 אושר בישראל מתן טיפול פרפ לגברים שמקיימים יחסי מין עם גברים ונמצאים בסיכון להדבקה ב-HIV. נטילה של כדור אחד ביום של הטיפול (Emtrivir או Truvada) מונעת הדבקה ב-HIV ביעילות גבוהה ביותר - יותר מ-90 אחוזים - לעומת אנשים שנמצאים בסיכון ואינם נוטלים את הטיפול (Grant et al. 2010).
6. יש שכיחות יתר של יבלות באיבר המין ובפי הטבעת וכן של סרטן בפי הטבעת - כולם קשורים להדבקה בוורוס הפפילומה. היארעות של גידולים סרטניים בפי הטבעת בגברים שמקיימים יחסים עם גברים היא פי עשרים מזו שבאוכלוסייה הכללית (Anderson et al. 2004; CDC 2017).

בשל כל האמור לעיל ברור כי יש חשיבות ראשונה במעלה לשיחה בנושא הנטייה המינית וההרגלים המיניים של מטופל אשר מקיים יחסים עם גברים. רק שיחה באווירה מקבלת ולא שיפוטית תאפשר למטופל לתת לרופאה מידע מהימן, שבעזרתו יהיה אפשר לאמוד את מידת הסיכון ולהציע את מגוון הבדיקות והטיפולים המספקים הגנה מפני הדבקה במחלות שעוברות ביחסי מין.

הורות: בעשורים האחרונים חל זינוק במספר הילדים הגדלים במשפחות של הורים להט"ב: לסביות שמביאות ילדים לעולם בעזרת תרומת זרע, הומואים שמביאים ילדים בעזרת אם פונדקאית, הורות משותפת (גבר ואישה שאינם זוג ומכירים לצורך הבאת ילד בשיתוף), הורים להט"ב שמאמצים ילדים, להט"ב המגדלים ילדים מקשר הטרוסקסואלי קודם ועוד. יש כיום הוכחות ברורות שילדים אשר גדלים במשפחות עם הורים להט"ב בריאים ומאושרים כמו ילדים אשר גדלים במשפחות עם הורים הטרוסקסואלים (Ellen and Benjamin 2013).

ג. זקנים וזקנות להט"ב

נושא הזקנים בקהילת הלהט"ב נחקר מעט מאוד עד היום, אולם מתוך המחקרים הקיימים עולה תמונה עגומה, וזו דורשת התייחסות ושיפור. זקנים להט"ב חשופים בימי חייהם לאפליה לרעה על רקע דעות קדומות וסטיגמה, ויש שכוחות יתר של בידוד משפחתי וחברתי (GLMA 2011a). על רקע זה הם נוטים להיעזר בתמיכה של חברים, של שכנים או בקהילה ופחות בבני המשפחה הגרעינית (Barker 2002). דיכאון ואובדנות שכיחים יותר בקרב זקנים וזקנות להט"ב לעומת הטרוסקסואלים (Valanis et al. 2000; Shippy 2004).

ד. הקהילה הטרנסג'נדרית

הקהילה הטרנסג'נדרית היא קבוצה ייחודית בקהילת הלהט"ב. השתייכותה לקהילה קשורה לא לנטייה המינית אלא לזהות המגדרית. קשה מאוד להעריך את גודל הקהילה הטרנסג'נדרית בישראל. על פי הערכות עדכניות מהעולם מדובר ב-0.3-0.5 אחוזים מהאוכלוסייה הכללית (GenIUSS Group 2014). קהילה זו נמצאת בסיכון גבוה במיוחד בשל חשיפה גבוהה לאלימות, לאפליה לרעה ולבידוד חברתי (GLMA 2011b) ובשל שיעורים גבוהים של חוסרי בית, עוני וזנות בקרבה. יש בה שכוחות גבוהה ביותר של דיכאון, חרדה ואובדנות. מחקר משנת 2014 מצא כי 64 אחוזים מתוך 573 נשים טרנסג'נדריות שנסקרו סבלו מדיכאון (Nemoto et al. 2014). נוסף על כך, כמו בקרב כל הלהט"ב, יש בקהילה זו שכוחות גבוהה של עישון, שימוש בחומרים ממכרים ושל אלכוהול (Institute of Medicine 2011). לעברנו, אנשים טרנסג'נדרים סובלים במיוחד מאפליה לרעה ומקושי ניכר בקבלת שירותי

הפאה, ולכן חשוב מאוד להכיר את הקהילה הזאת ואת צרכיה הרפואיים.

בתהליך התאמת המגדר (שנקרא בעבר "תהליך לשינוי מין") יש כמה רבדים של טיפול. אנשים טרנסג'נדרים שונים יודקקו לרבדים שונים, ויש להתאים לכל אדם טרנסג'נדר שיטת טיפולי מותאם אישית; לא לכולם מתאים אותו הטיפול (WPATH 2011).

ג. טיפול הורמונלי: זהו נדבך מרכזי בתהליך, והוא מאפשר שינוי ראשוני של המגדר לכיוון המגדר הרצוי (שם).

ב. טיפולים ניתוחיים: ניתוחי פנים וצוואר, ניתוחי חזה וניתוחים של איברי המין הם חלק חשוב בתהליך התאמת המגדר. לא כולם זקוקים לטיפולים ניתוחיים, אולם מי שכן זקוק להם, יש לבנות עימו את תוכנית הניתוחים הרצויה בשבילו. חשוב לדעת כי בקרב

Men who have – M
ביחסי מין, כגון HIV,
אוכלוסייה זו. המניעה

רגלים המיניים שלהם

הפטיטיס A ו-B לכלל
ד גיל 26 (CDC 2015).

להמליץ לבצע בדיקות
ם ככל האפשר במקרה

של כל מטופל (שם): מי
בדיקות בתדירות גבוהה

עם פרטנרים מרובים,
פל עצמו, טיפול מוקדם

ואבחון וטיפול מוקדמים
(Undetected) מונעים הדבקה

לא מוגנים, אפשר לתת
ור היחסים הלא מוגנים.

ות, יעילותו גבוהה יותר
ת זיהומיות, ולכן ברוב

מוך.

פרפ לגברים שמקיימים
של כדור אחד ביום של

ות גבוהה ביותר – יותר
לים את הטיפול (Grant)

של סרטן בפני הטבעת -
גידולים סרטניים בפני

זו שבאוכלוסייה הכללית

ה בנושא הנטייה המינית
ק שיחה באווירה מקבלת

צורתו יהיה אפשר לאמוד
פקים הגנה מפני הדבקה

3. ניהול לשינוי מין; בשנת 2014 עודכן נוהל זה ופורסם כחוזר של משרד הבריאות.¹
4. פסיכותרפיה: תהליך התאמת המגדר הוא אתגר רגשי גדול, ומומלץ לאפשר ליווי פסיכותרפי לכל אדם טרנסג'נדר אשר מביע קושי בתהליך ומעוניין בליווי (שם).
4. רפואה אסתטית ושימוש באביזרים: הסרת שיער מהפנים ומהגוף היא טיפול שכיח בקרב נשים טרנסג'נדריות. גברים טרנסג'נדרים משתמשים בביינדרים (חזייה ייעודית הדוקה אשר מאפשרת השטחה של השדיים, ולפיכך בעת לכישת חולצה החזה ייראה גברי) ובאביזרים אחרים (שם).

המסד הרפואי וקהילת הלהט"ב

להתייחסות המסד הרפואי ללהט"ב יש השפעה דרמטית על הסטיגמה, על הדעות הקדומות ועל המאבק נגד דחיקת של להט"ב לשולי החברה. רק בשנת 1973 הוצאה ההומוסקסואליות מספר המחלות הפסיכיאטריות - ה-DSM, אולם גם לאחר שנה זו המשיכו רופאים להפנות מטופלים לטיפולים ש"ירפאו" אותם מנטייתם המינית. נמצא כי טיפולים אלה, המכונים "טיפול המרה" (טיפולים לשינוי הנטייה המינית) אינם יעילים והם עלולים אף לגרום נזק של ממש, בעיקר חדרה, דיכאון ואובדנות (APA 2000). בשנת 2011 הוציאה הסתדרות הפסיכולוגים בישראל נייר עמדה חד-משמעי נגד טיפולים אלה וקבעה שהם אינם יעילים ואף אינם אתיים.² שלוש שנים אחר כך, ב-2014, אימצה מועצת הפסיכולוגים את נייר העמדה הזו, וגם משרד הבריאות אימץ אותו ופרסם אזהרה מפני טיפולים אלה.³ בינואר 2019 הוציאה ההסתדרות הרפואית בישראל נייר עמדה שקבע חד-משמעית כי טיפולי המרה אתיים אינם עומדים באמות מידה מקצועיות. חרדה ואף אובדנות בקרב המופנים אליהם. הנייר מזיקים אלה, שעלולים להגביר דיכאון, חרדה ואף אובדנות בקרב המופנים אליהם. הנייר נכתב ביוזמת היו"רים המשותפים של החברה לרפואת להט"ב, ד"ר רותי גופן וד"ר גל וגנר, והשתתפו בכתיבתו איגודים רבים מההסתדרות הרפואית: איגוד רופאי המשפחה, איגוד הפסיכיאטרים, איגוד רופאי הילדים, החברה לרפואת ילדים ומתבגרים, ועוד.⁴

בשנת 2013 הוצאה האבחנה Gender identity disorder (GID) מהמהדורה החמישית של ה-DSM, המדריך האמריקני לאבחנות פסיכיאטריות, ובכך סומנה ההבנה של המסד הרפואי שטרנסקסואליות איננה פתולוגיה. במקום GID נותרה ב-DSM5 האבחנה "דיספוריה מגדרית", המתייחסת למצוקה שאנשים טרנסג'נדרים עלולים להרגיש ומקורה בחוסר ההלימה בין המין הביולוגי למגדר.

- 1 חוזר משרד הבריאות מס' 16/2014, ניתוחים לשינוי מין; תיקון פגמים במצבים של HERMAPHRODITISM ודומיהם, 12.5.2014.
- 2 הסתדרות הפסיכולוגים בישראל, נייר עמדה בנושא טיפולי המרה, נובמבר 2011.
- 3 ראו באתר משרד הבריאות, <http://tinyurl.com/ya7zjzj6>
- 4 ההסתדרות הרפואית בישראל, נייר עמדה בנושא טיפולים לשינוי הזהות והנטייה המינית, ינואר 2019

בעשורים האחרונים יש מגמה של קבלה והכלה של קהילת הלהט"ב בקרב רופאים, רופאות וצוותי רפואה, אולם התהליך טרם הושלם. אנו עדיין עדים לאי-נוחות של רופאות ורופאים בטיפול בלהט"ב, ואף למקרי להט"ב בפוביה מצידם. בסקר משנת 2003 נמצא כי 71 אחוזים מהרופאים והרופאות לא שאלו על הנטייה המינית, מהם 93 אחוזים נמנעו מלשאל בשל מבוכה (Bonvicini and Perlin 2003). הקבוצה שעדיין הכי סובלת מאפליה לרעה בקבלת שירותי רפואה היא הטרנסג'נדרים, שגם כיום סובלים מסטיגמה ומדעות קדומות קשות מצד רופאים, רופאות וצוותים רפואיים. בסקר משנת 2011 דיווחו 24 אחוזים מהטרנסג'נדרים על אפליה לרעה בקבלת טיפול רפואי במרפאה או בבית חולים (Grant et al. 2011).

כיצד אפליה לרעה וסטיגמה משפיעות על הבריאות ומהם המחסומים המונעים מלהט"בים קבלת שירותי רפואה כשאר האוכלוסייה?

כאמור, להט"ב סובלים לאורך חייהם מ"מצוקת המיעוט". כפי שאנשים מהמגזר הערבי או מהעדה האתיופית סובלים מאפליה לרעה על רקע דעות קדומות וסטיגמה, כך גם להט"בים. אומנם המצוקה נוצרת על רקע תהליכים חיצוניים, אולם מתקיימים גם תהליכים בפנימיים.

לדוגמה, הומוסקסואל שחווה אירוע של אלימות (אירוע חיצוני) עלול לפתח חוסר ביטחון חרדה על רקע אירוע זה (תהליך נפשי פנימי). כך סטיגמה ואפליה לרעה בתחומים שונים לאורך החיים גורמות לעלייה בשכיחות תחלואה פסיכיאטרית: חרדה, דיכאון ואובדנות. בעקבות מצוקה זו יש שכיחות יתר של עישון, שתיית אלכוהול מופרזת ושימוש בחומרים ממכרים.

מלבד זאת, מחקרים מצביעים על כך שלהט"ב פונים פחות לקבלת שירותי רפואה ובמצבי חולי פונים לקבלת טיפול רפואי בשלב מאוחר יותר לעומת האוכלוסייה הכללית או שאינם פונים כלל (Krehely 2009). עקב כך הם מבצעים פחות בדיקות סקר של רפואה מונעת ופונים פחות לבדיקות רפואיות. מדוע אינם פונים או פונים מאוחר? גם כאן לסטיגמה ולאפליה לרעה יש תפקיד מרכזי.

מחסומים שפוגעים בנגישות של שירותי רפואה משפיעים השפעה ישירה על תחלואה על תמותה. חוסר ידע של רופאים בנושאים המרכזיים ברפואת להט"ב הוא גורם חשוב בתחלואת להט"ב, לדוגמה: מטופל צעיר עם פריחה ממושטת לא נשאל בנוגע לנטייתו המינית ואובחן כסובל מאלרגיה. בתשואל קצר התברר שהוא הומוסקסואל, קיים יחסי זן לא מוגנים, והאבחנה הנכונה היא סיפיליס. פספוס כזה עלול להיות מסכן חיים ממש (Lambda Legal 2010).

מלבד חוסר ידע, רופאות ורופאים רבים אינם יודעים כיצד לפנות אל המטופל ולשאל אותו בנוגע לנטייה המינית או לזהות המגדרית (Kitts 2010). אי אפשר לדעת מה הנטייה המינית של מטופל, ולכן לצורך היכרות וקבלת פרטים חשובים להבנת ההיסטוריה הרפואית יש לשאול כל מטופל ברגישות וללא שיפוטיות על זהותו המינית. אם עולה סוגיה של זהות מגדרית, גם כאן יש לשאול באופן מכיל, מקבל ולא שיפוטי.

חיים (שם). בישראל קיים
ל משרד הבריאות.¹
ל, ומומלץ לאפשר ליווי
מעוניין בליווי (שם).
מהגוף היא טיפול שכיח
בביינדרים (חזייה ייעודית
בישת חולצה החזה ייראה

סטיגמה, על הדעות הקדומות
19 הוצאה ההומוסקסואליות
ה זו המשיכו רופאים להפנות
כי טיפולים אלה, המכונים
הם עלולים אף לגרום נזק
נת 2011 הוציאה הסתדרות
לה וקבעה שהם אינם יעילים
הפסיכולוגים את נייר העמדה
טיפולים אלה.³ בינואר 2019
וד-משמעת כי טיפולי המרה
ופאים לא להפנות לטיפולים
בקרב המופנים אליהם. הנייר
ב, ד"ר רוני גופן וד"ר גל וגנר,
איגוד רופאי המשפחה, איגוד
ומתבגרים, ועוד.⁴

(GID) מהמהדורה החמישית
ככך סומנה ההבנה של המסד
G נותרה ב-DSM5 האבחנה
נדרים עלולים להרגיש ומקורה

במצבים של HERMAPHRODITISM

מרה, נובמבר 2011.

נוי הזהות והנטייה המינית, ינואר 2019.

גם יחס להט"בופובי של צוותי רפואה פוגע בנגישות של שירותי הרפואה: מפגשים עם מטפלים ואנשי צוות שהביעו יחס מזלזל, מפלה לרעה או מעליב בעקבות חשיפת הזהות המינית יגרמו למטופל להט"ב להפחית את פניותיו לקבלת שירותי רפואה (Buchmueller and Carpenter 2010).

מלבד הגורמים החיצוניים המהווים חסמים לקבלת שירותי רפואה יש גם גורמים פנימיים שמשפיעים על אי-קבלת שירותי רפואה. אחד העיקריים שבהם הוא להט"בופוביה מופנמת - שנאה עצמית של להט"בים על רקע הפנמת הדעות הקדומות והסטיגמה שבהן נתקלו בחייהם אשר גורמת להם לחשוש מפנייה לשירותי רפואה, בעיקר כאשר מדובר בבעיה רפואית שקשורה לנטייה המינית. גורם נוסף הוא ניסיונות שליליים קודמים במפגשים עם רופאים או רופאות, היוצרים בקרב המטופל חוסר אמון וחשש לפנות בעתיד. אחד הפתרונות היעילים לשיפור הנגישות של שירותי רפואה ללהט"ב הוא הקמת מרפאות ייעודיות לקהילה זו. כך המטופל יוכל להיות בטוח שיגיע למרפאה ויקבל טיפול מקצועי וידידותי, ללא חשש מפני אפליה לרעה או דעות קדומות. כמעט בכל הערים הגדולות בעולם המערבי קיימות מרפאות כאלה, אך בישראל שכיחותן נמוכה. בשנת 2009 נפתחה המרפאה הראשונה לקהילת הלהט"ב - מרפאת גן מאיר. מרפאה זו הוקמה בידי שני רופאי משפחה מומחים - ד"ר רותי גופן וד"ר גל וגנר. היא מקבלת מטופלים של שירותי בריאות כללית בלבד. בינואר 2017 נפתחה מרפאת כיכר הבימה של מכבי שירותי בריאות בידי ד"ר רותי גופן וד"ר ליה עשת. למבוסחי שתי הקופות האחרות, לאומית ומאוחדת, עדיין אין פתרון ייעודי. נוסף על כך, בשנת 2016 הקימו ד"ר גופן וד"ר וגנר את החברה לרפואת להט"ב בהסתדרות הרפואית בישראל. מטרת חברה זו היא לשפר את ההיכרות והידע של רופאים, רופאות וצוותי רפואה עם הנושאים המרכזיים ברפואת להט"ב, הוצאת ניירות עמדה בנושאי בריאות הנוגעים לקהילת הלהט"ב וכן העלאת המודעות לבריאות בתוך קהילת הלהט"ב.

איך ליצור אווירה מכילה וידידותית ללהט"ב במרפאת?

1. סימנים בחדר ההמתנה שהמרפאה ידידותית ללהט"ב: עבודות מחקר מצביעות על כך שכאשר להט"ב מגיעים לקבלת שירותי רפואה הם סורקים את הסביבה במרפאה או בבית החולים כדי להבין אם השירות שניתן במקום ידידותי ללהט"ב (GLMA 2011a). יצירת סביבה ידידותית ומכילה ללהט"ב יכולה להכתיב את הטון כולו בעת המפגש עם המטופל. דמיינו לעצמכם כי מטופלת לסבית נכנסת למרפאתכם. כבר בכניסה יש מעמד עם עלוני פרסום ומידע שפונים ליחידים, לזוגות או למשפחות הטרוסקסואליות בלבד, לדוגמה עלון מידע שממליץ על שירותי ליווי היריון ובו נראים אימא, אבא וילד, או אישה בהיריון וכן זוגה. חשוב ליצור במרפאה סביבה מכילה ובטוחה ללהט"ב, ויש להתחיל בחדר ההמתנה: אפשר שיהיו בו עלוני מידע אשר מכוונים ללהט"ב, למשל עלון שייראו בו זוג נשים או זוג גברים. אפשר להציב בחדר ההמתנה או על שולחן הרפואה דגל גאווה קטן שיסמן כ

להט"ב רצויים במרפאה. יש רופאים אשר עונדים סיכת גאווה קטנה על דש החלוק כדי לסמן למטופלים ולמטופלות הלהט"ב שהם רצויים ואינם שקופים במרפאה.

2. כיצד לשאול על מצב משפחתי, על נטייה מינית ועל התנהגות מינית? נחזור אל המטופלת הלסבית במרפאה. בריאיון ההיכרות תשאל הרופאה על מצבה המשפחתי: "את רווקה או נשואה?" אבל היא חיה עם בת זוג ואינה יכולה להתחתן בארץ, ולכן השאלה הזאת אינה רלוונטית לה. בריאיון ההיכרות אפשר ליצור בקלות אווירה פתוחה ומזמינה. יש להימנע מלהניח מה הנטייה המינית או מצבה המשפחתי של המטופלת או המטופל. מאחר שאי אפשר לדעת אם מטופל הוא להט"ב על סמך המראה החיצוני, אין לנסות לבחון או לנחש מה הנטייה המינית שלו, גם לא על פי סימנים חיצוניים כמו טבעת נישואים, שכן זו יכולה להעיד שהמטופלת העונדת אותה נשואה לאישה. הנחה מוטעית בנוגע לנטייה המינית עלולה לפגוע באמון של המטופלת (שם). שאלות בנוגע למצב המשפחתי יש לשאול ברגישות ובאופן שמאפשר למטופלים להט"ב לספר על עצמם. יש לשאול: "האם את חיה בזוגיות? האם יש בן זוג או בת זוג?" את השאלה בנוגע לנטייה המינית וההתנהגות המינית מומלץ לשאול כך: "האם את מקיימת יחסי מין עם גברים, עם נשים או גם וגם?" אם הרופאה נבוכה לשאול ישירות על מיניות, היא יכולה לשאול: "האם את אוהבת גברים או נשים?" שאלה כזאת מאפשרת לענות בכנות ויוצרת אווירה פתוחה בשיחה. אם יש במרפאה טופסי היכרות חשוב שיהיו מכילים ללהט"ב: בסעיף המצב המשפחתי חשוב שתהיה האפשרות "חי בזוגיות", "חיה בזוגיות", לצד "נשוי", "נשואה" ו"רווק" או "רווקה". לאחר שחשף מטופל להט"ב את נטייתו המינית, חשוב להיזהר מליפול לתפיסות סטראוטיפיות. יש להתייחס אליו בכבוד ולקבל אותו. נוסף על כך, יכול להיות פער בין הנטייה המינית להתנהגות המינית. למשל, אישה שמזדהה כלסבית ייתכן שהיו לה יחסים עם גברים בעבר, וגבר שמזדהה כהטרנסקסואל ייתכן שהוא מקיים יחסים גם עם גברים. לעיתים לוקח למטופל זמן עד שהוא חושף את נטייתו המינית בפני הרופאה. יש לכבד זאת. לאנשים שונים יש קצב שונה בחשיפת הנטייה המינית מול הרופאה המטפלת.

3. משפחות: בקרב מטופלים ומטופלות להט"ב שחיים בזוגיות עם ילדים חשוב להתייחס לילדים כילדים של שני בני הזוג או בנות הזוג. לילד זוג הורים, אבא ואבא או אימא ואימא, כך יש להתייחס לתא המשפחתי. אם יש צורך לשאול בנוגע לקשר הגנטי לאחת האימהות, יש לשאול: "מי מהאימהות ילדה את הילד?" או במקרה של אבות: "למי מהאבות הילד קשור גנטי?" אולם גם כאן ההתייחסות היא לשני ההורים כהורים לכל דבר ועניין. חשוב לדעת שלהט"ב רבים מגדלים ילדים בכל מיני מסגרות משפחתיות: הורות משותפת - גבר ואישה שמולידים ומגדלים יחד ילדים ואין ביניהם קשר זוגי, ילדים מקשר נישואים קדם של אחד מבני הזוג, משפחות עם יותר משני הורים, למשל שתי אימהות ושני אבות שמגדלים יחד ילדים ועוד. אם בעת ביקור ההיכרות או לאחר מכן מתקיימת שיחה פתוחה על המצב המשפחתי, קרוב לוודאי שסוגיה זו תעלה והמטופל יספר על המסגרת

רפואה: מפגשים עם קבוצת חשיפת הזהות (Buchmueller)

ואה יש גם גורמים הם הוא להט"ב פופוביה הקדומות והסטיגמה פואה, בעיקר כאשר נותן שליליים קודמים וחשש לפנות בעתיד. ללהט"ב הוא הקמת מרפאה ויקבל טיפול. כמעט בכל הערים. נגן נמוכה. בשנת 2009 אה זו הוקמה בידי שני מטופלים של שירותי מכבי שירותי בריאות, לאומית ומאוחדת, ד"ר וגנר את החברה לשפר את ההיכרות רפואת להט"ב, הוצאת המודעות לבריאות

חקר מצביעות על כך יבה במרפאה או בבית (GLMA 2011). יצירת המפגש עם המטופל. סה יש מעמד עם עלוני ות בלבד, לדוגמה עלון, או אישה בהיריון ובן התחיל בחדר ההמתנה:

רשימת המקורות

הראו בלי שום ספק שהילדים מאושרים, בריאים ומצליחים בחיים בדיוק כמו ילדים במשפחות הטרוסקסואליות (Ellen and Benjamin 2013).

4. נוער: יש לזכור כי בני נוער להט"ב נמצאים בסיכון יתר: הם חשופים יותר להצקות ולאלימות, סובלים יותר מבידוד חברתי וסובלים יותר מדיכאון, מחרדה ומאובדנות. כן יש בקרבם שכיחות יתר של עישון סיגריות, אלכוהול וחומרים ממכרים, והם בסיכון יתר למחלות שעוברות ביחסי מין. לכן אם יש בני נוער בטיפולך, יש חשיבות רבה שבני נוער להט"בים ירגישו בטוחים במרפאתך ויוכלו להיעזר בכך בעת מצוקה (GLMA 2011a).

5. הקהילה הטרנסג'נדרית: בנוגע למטופלים ולמטופלות טרנסג'נדרים, חשוב שיהיו בחדר ההמתנה סימנים שהמרפאה ידידותית לטרנס. יש לכבד את המגדר של המטופל או המטופלת ולפנות במגדר הנכון: אל אישה טרנסג'נדרית יש לפנות בלשון נקבה, ואל גבר טרנסג'נדר יש לפנות בלשון זכר. אם המטופל מיידע אותך בנוגע לשם פרטי חדש, יש לכבד זאת גם אם בתיק הרפואי מצוין שם אחר ולפנות בשם החדש. אם אינך יודע מה המגדר של המטופל או איך הוא רוצה שתפנה אליו, יש לשאול ישירות: "האם אתה רוצה שאפנה אליך בלשון זכר או בלשון נקבה?" חשוב ללמד גם את הפקידים, את האחיות ואת הצוות כולו לפנות למטופל בדרך שמכבדת את המגדר שלו. חשוב להימנע משאלות פולשניות שאינן רלוונטיות לטיפול ונובעות רק מסקרנות. יש לשאול רק מה שרלוונטי לטיפול הרפואי. אם המטופל מבקש לשתף אותך בדברים שחורגים מן הטיפול הרפואי, יש לאפשר לו זאת, אולם חשוב לכבד את פרטיותו. לעיתים בעת ביקור של מטופלים טרנסג'נדרים, הרופאים רוצים ללמד סטודנטים או מתמחים. אפשר לעשות זאת רק אם המטופל מסכים. יש להימנע מלעשות כן בפולשנות ובדרך שעלולה לפגוע. יש להקפיד לא לחשוף שהמטופל טרנסג'נדר לפני אנשי צוות או אנשים אחרים שאינם קשורים לטיפול בו. מומלץ מאוד ללמוד ולהכיר את תחום הרפואה לקהילה הטרנסג'נדרית. הנושא אינו מסובך, ובעזרת הידע הרפואי אפשר לעזור מאוד למטופלים (Transgender Law Center, 2005).

האם לכתוב בתיק הרפואי מידע בנוגע לנטייה המינית או בנוגע לזהות המגדרית? ההמלצה בארצות הברית היא בהחלט לכתוב זאת בתיק כמו כל פרט בריאות אחר שמקבלים מהמטופל (The Joint Commission 2011), אולם מכיוון שבארץ עדיין יש דעות קדומות ומתוך רצון לאפשר למטופלים לספר על נטייתם המינית או על זהותם המגדרית למי שהם בוחרים, עדיף לכתוב זאת בתיק באופן שיהיה חשוף לעיני הרופאה המטפלת בלבד. אב הנטייה המינית או הזהות המגדרית רלוונטיות לטיפול, יש לציין זאת באופן מכבד במכתב ההפניה או במסמך הרלוונטי.

רפואה טובה צריכה להינתן באווירה מקבלת וידידותית לכולם, ובכלל זה ללהט"ב. כד שהמטופלים והמטופלות שלכם יוכלו לספר לכם על עצמם לא נדרש מאמץ רב. היכרות עם המטופלים לאורך זמן ויחסי אמון ינטרלו חששות, מבוכה ומחסומים ויאפשרו קבלת טיפול רפואי מקצועי, שוויוני ומכבד.

רשימת המקורות

Anderson, J. S., C. Vajdic, and A. E. Grulich, 2004. "Is Screening for Anal Cancer Warranted in Homosexual Men?," *Sexual Health* 1(3), pp. 137-140.

APA, 2000. "Position Statement on Therapies Focused on Attempts to Change Sexual Orientation (Reparative or Conversion Therapies)," *American Journal of Psychiatry* 157(10), pp. 1719-1721.

Arcelus, J., et al., 2015. "Systematic Review and Meta-Analysis of Prevalence Studies in Transsexualism," *European Psychiatrists* 30(6), pp. 807-815.

Barker, J. C., 2002. "Neighbors, Friends, and other Nonkin Caregivers of Community-Living Dependent Elders," *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 57(3), pp. 158-167

Boehmer, U., D. J. Bowen, and G. R. Bauer, 2007. "Overweight and Obesity in Sexual-Minority Women: Evidence from Population-Based Data," *American Journal of Public Health* 97(6), pp. 1134-1140.

Boehmer, U., X. Miao, N. I. Maxwell, and A. Ozonoff, 2014. "Sexual Minority Population Density and Incidence of Lung, Colorectal and Female Breast Cancer in California," *BMJ Open* 4(3), e004461.

Bonvicini, K. A., and M. J. Perlin, 2003. "The Same But Different: Clinician-Patient Communication with Gay and Lesbian Patients," *Patient Education and Counseling* 51(2), pp. 115-122.

Buchmueller, T., and C. S. Carpenter, 2010. "Disparities in Health Insurance Coverage, Access, and Outcomes for Individuals in Same-Sex Versus Different-Sex Relationships, 2000-2007," *American Journal of Public Health* 100(3), pp. 489-495.

CDC, 2009. *HIV/AIDS Surveillance Report: Cases of HIV Infection and AIDS in the United States and Dependent Areas, 2007*, Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.

—, 2015. *Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines*, Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.

—, 2017. *Human Papillomavirus (HPV), HPV and men Fact Sheet*, January 3, 2017. www.cdc.gov/STD/HPV/STDFact-HPV-and-men.htm

Clavelle, K., et al., 2015. "Breast Cancer Risk in Sexual Minority Women during Routine Screening at an Urban LGBT Health Center," *Womens Health Issues* 25(4), pp. 341-348.

Cochran, S. D., F. C. Bandiera, and V. M. Mays, 2013. "Sexual Orientation-Related Differences in Tobacco Use and Secondhand Smoke Exposure among US Adults Aged 20 to 59 Years: 2003-2010 National Health and Nutrition Examination Surveys," *American Journal of Public Health* 103(10), pp. 1837-1844.

Denenberg, R., 1995. "Report on Lesbian Health," *Womens Health Issues* 5(2), pp. 81-91; discussion 92-93.

Eliason, M. J., and S. C. Fogel, 2015. "An Ecological Framework for Sexual Minority Women's Health: Factors Associated with Greater Body Mass," *Journal of Homosexuality* 62(7), pp. 845-882.

כמו ילדים
יותר להצקות
מאובדנות. כן
והם בסיכון יתר
רבה שבני נוער
(GLMA 2011a).

טרנסג'נדרים, חשוב שיהיו
את המגדר של המטופל
יש לפנות בלשון נקבה, ואל
אותך בנוגע לשם פרטי חדש,
אם אינך יודע מה
אול ישירות: "האם אתה רוצה
את הפקידים, את האחיות
שלו. חשוב להימנע משאלות
יש לשאול רק מה שרלוונטי
שחורגים מן הטיפול הרפואי,
בעת ביקור של מטופלים
אפשר לעשות זאת רק אם
שעלולה לפגוע. יש להקפיד לא
אחרים שאינם קשורים לטיפול
הטרנסג'נדרית. הנושא אינו
Transgender Law Center) מ

או בנוגע לזהות המגדרית?
כל פרט בריאות אחר שמקבלים
שבארץ עדיין יש דעות קדומות,
ועל זהותם המגדרית למי שהם
הרופאה המטפלת בלבד. אם
לציין זאת באופן מכבד במכתב

לכולם, ובכלל זה ללהט"ב. כדי
לא נדרש מאמץ רב. היכרות
בזכה ומחסומים ויאפשרו קבלת

- Ellen, C. P., and S. Benjamin, 2013. "Promoting the Well-Being of Children Whose Parents are Gay or Lesbian," *Pediatrics* 131(4), pp. 827-830.
- Gates, G. J., 2011. *How Many People are Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender?* The Williams Institute, UCLA School of Law.
- , G. J., 2014. *LGB/T Demographics: Comparisons among Population-Based Surveys*, The Williams Institute, UCLA School of Law.
- GenIUSS Group, 2014. *Best Practices for Asking Questions to Identify Transgender and Other Gender Minority Respondents on Population-Based Surveys*, The Williams Institute, UCLA School of Law.
- GLMA, 2011a. *Guidelines for Care of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Patients*, Washington DC: Gay and Lesbian Medical Association.
- , 2011b. *Healthy People 2010: Companion Document for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Health*, Washington DC: Gay and Lesbian Medical Association.
- Grant, J. M., et al., 2011. *Injustice at Every Turn: A Report of the National Transgender Discrimination Survey*, Washington DC: National Center for Transgender Equality: National Gay and Lesbian Task Force.
- Grant, R. M., et al., 2010. "Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men," *The New England Journal of Medicine* 363(27), pp. 2587-2599.
- Herrick, A. L., R. Stall, H. Goldhammer, J. E. Egan, and K. H. Mayer, 2014. "Resilience as a Research Framework and as a Cornerstone of Prevention Research for Gay and Bisexual Men: Theory and Evidence," *AIDS and Behavior* 18(1), pp. 1-9.
- HRC, 2012. *Growing Up LGBT in America: HRC Youth Survey Report Key Findings*, Washington DC: Human Rights Campaign.
- Institute of Medicine, 2011. *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding*, Washington DC: National Academies Press.
- Jackson, C. L., et al., 2016. "Sexual Orientation Identity Disparities in Health Behaviors, Outcomes, and Services Use among Men and Women in the United States: A Cross-Sectional Study," *BMC Public Health* 16(1), pp. 1-11.
- Kahut, A., 2013. *The Global Divide on Homosexuality Greater Acceptance in More Secular and Affluent Countries*, Washington DC: Pew Research Center.
- King, M., et al., 2008. "A Systematic Review of Mental Disorder, Suicide, and Deliberate Self Harm in Lesbian, Gay and Bisexual People," *BMC Psychiatry* 8(1), pp. 1-17.
- Kitts, R. L., 2010. "Barriers to Optimal Care between Physicians and Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning Adolescent Patients," *Journal of Homosexuality* 57(6), pp. 730-747.
- Koh, A. S., and L. K. Ross, 2006. "Mental Health Issues: A Comparison of Lesbian, Bisexual and Heterosexual Women," *Journal of Homosexuality* 51(1), pp. 33-57.
- Krehely, J., 2009. "How to Close the LGBT Health Disparities Gap," *Center for American Progress*, December 21, 2009.

- Lambda Legal, 2010. *When Health Care Isn't Caring: Lambda Legal's Survey on Discrimination Against LGBT People and People Living with HIV*, New York: Lambda Legal.
- Marrazzo, J. M., 2000. "Genital Human Papillomavirus Infection in Women Who Have Sex with Women: A Concern for Patients and Providers," *AIDS Patient Care and STDs* 14(8), pp. 447-451.
- Marrazzo, J. M., et al., 2001. "Papanicolaou Test Screening and Prevalence of Genital Human Papillomavirus among Women Who Have Sex with Women," *American Journal of Public Health* 91(6), pp. 947-952.
- Mays, V. M., and S. D. Cochran, 2001. "Mental Health Correlates of Perceived Discrimination among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in the United States," *American Journal of Public Health* 91(11), pp. 1869-1876.
- Nemoto, T., B. Bödeker, M. Iwamoto, and M. Sakata, 2014. "Practices of Receptive and Insertive Anal Sex among Transgender Women in Relation to Partner Types, Sociocultural Factors, and Background Variables," *AIDS Care* 26(4), pp. 434-440.
- O'Hanlan, K. A., 1995. "Lesbian Health and Homophobia: Perspectives for the Treating Obstetrician/Gynecologist," *Current Problems in Obstetrics Gynecology and Fertility* 18(4), pp. 97-133.
- Riggle, E. D., S. S. Rostosky, and C. S. Reedy, 2005. "Online Surveys for BGLT Research: Issues and Techniques," *Journal of Homosexuality* 49(2), pp. 1-21.
- Shippy, R., M. H. Cantor, and M. Brennan, 2004. "Social Networks of aging Gay Men," *The Journal of Men's Studies* 13(1), pp. 107-120.
- The Joint Commission, 2011. *Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care for the Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Community: A Field Guide*, Oak Brook Terrace, IL: The Joint Commission.
- Transgender Law Center, 2005. *10 Tips for Working with Transgender Individuals: A Guide for Health Care Providers*, Transgender Law Center.
- Valanis, B. G., D. J. Bowen, T. Bassford, E. Whitlock, P. Charney, and R. A. Carter, 2000. "Sexual Orientation and Health: Comparisons in the Women's Health Initiative Sample," *Archives of Family Medicine* 9(9), pp. 843-853.
- WPATH, 2011. *The Standards of Care (SOC) for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People*, Version 7, East Dundee, IL: World Professional Association for Transgender Health.

- Ellen, C. P., and S. Benjamin, 2000. "The Health of Lesbian, Gay, and Bisexual People," *Psychiatry* 63(1), pp. 1-10.
- Gates, G. J., 2011. *How to Be Gay, Lesbian, or Bisexual in America*, New York: The Williams Institute, UC Berkeley.
- , G. J., 2014. *LGBT in America*, New York: The Williams Institute, UC Berkeley.
- GenIUSS Group, 2014. *Bisexual, Transgender, and Gender Nonconforming Other Gender Minorities in the United States*, Los Angeles: The Williams Institute, UCLA School of Public Health.
- GLMA, 2011a. *Guidelines for the Professional Practice of Health Care Providers Working with Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People*, Washington DC: Gay and Lesbian Medical Association.
- , 2011b. *Healthy People 2020: Transgender (LGBT) Health*, Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Grant, J. M., et al., 2011. *Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Discrimination Survey*, Los Angeles: National Gay and Lesbian Task Force.
- Grant, R. M., et al., 2010. "The Health of Lesbian, Gay, and Bisexual People: Have Sex with Men," *The Journal of Men's Studies* 19(1), pp. 1-10.
- Herrick, A. L., R. Stall, H. O'Neil, et al., 2009. "The Health of Bisexual Men: Theory and Research," *Journal of Homosexuality* 56(1), pp. 1-10.
- HRC, 2012. *Growing Up Lesbian, Gay, Bisexual, or Transgender*, Washington DC: Human Rights Campaign.
- Institute of Medicine, 2011. *Transgender People: Building a Foundation for Health and Well-Being*, Washington DC: National Academies Press.
- Jackson, C. L., et al., 2016. "The Health of Transgender People: Outcomes, and Services Utilization in a National Cross-Sectional Study," *BMC Public Health* 16(1), pp. 1-10.
- Kahut, A., 2013. *The Global Burden of Disease in High Income and Affluent Countries*, Washington DC: World Health Organization.
- King, M., et al., 2008. "A Systematic Review of Self-Harm in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations," *Journal of Affective Disorders* 107(1-3), pp. 1-10.
- Kitts, R. L., 2010. "Barriers to Health Care for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Gender Nonconforming People," *Journal of the American Medical Association* 304(6), pp. 730-747.
- Koh, A. S., and L. K. Ross, 2000. "The Health of Lesbian and Heterosexual Women," *Journal of the American Medical Association* 284(1), pp. 1-10.
- Krehely, J., 2009. "How to Close the Health Care Gap for Transgender People," *Progress*, December 21, 2009.