BIOSTAT

Wiedza lekarzy w trakcie specjalizacji w zakresie równego traktowania osób nieheteroseksualnych w praktyce lekarskiej

---

Raport z badania jakościowego
zrealizowanego na zamówienie
BIURA RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH

Grudzień 2012

Wykaz skrótów:

W tekście raportu, aby zaznaczyć wypowiedzi poszczególnych lekarzy, zastosowano następujące oznaczenia:

- LCZ – Lekarz w trakcie specjalizacji z chorób zakaźnych
- LG – Lekarz w trakcie specjalizacji z ginekologii
- LI – Lekarz w trakcie specjalizacji z interny
- LP – Lekarz w trakcie specjalizacji z proktologii
- LU – Lekarz w trakcie specjalizacji z urologii
- LD – Lekarz dodatkowy, specjalista chorób zakaźnych

Dodatkowo w opisach wypowiedzi zwrócono uwagę na miejscowość, w której pracuje badany: Warszawa lub Łódź.

SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE 3
Wstęp 3
Przedmiot i cele badania 5
Techniki badawcze oraz dobór próby. Charakterystyka badanych. 5
OPIS WYNIKÓW BADANIA 7
Część pierwsza: Pytania wstępne 7
- Informacje o praktyce lekarskiej 7
- Znaczenie niepełnosprawności pacjenta 11
- Znaczenie grupy rasowej/etnicznej pacjenta 15
- Znaczenie orientacji seksualnej pacjenta 16

Część druga: Wiedza lekarzy dotycząca leczenia oraz postępowania z osobą nieheteroseksualną . 21
- Różnica w diagnostyce i leczeniu osób o rożnych orientacjach seksualnych 21
- Schorzenia charakterystyczne dla osób o różnych orientacjach seksualnych 25
- Źródła wiedzy o schorzeniach pacjentów o odmiennych orientacjach seksualnych oraz o postępowaniu z pacjentem nieheteroseksualnym 28

Część trzecia: Wizyta pacjenta nieheteroseksualnego 37
Część czwarta: Lekarze i ich rozmowy dotyczące pacjentów o orientacji innej niż heteroseksualna 47
- Lekarze z doświadczeniem w kontaktach z pacjentami nieheteroseksualnymi 47
- Lekarze bez doświadczenia z pacjentami nieheteroseksualnymi 48
- Style wypowiedzi lekarzy o pacjentach nieheteroseksualnych 48

Część piata: Otoczenie pacjentów – opinia lekarzy 51
- Obecność rodziny podczas wizyt pacjentów 51
- Informowanie o stanie pacjenta osób bliskich emocjonalnie 52
- Partner nieheteroseksualny a informacja o stanie zdrowia pacjenta 53
- Definicja biseksualizmu 54

Część szósta: Uwagi badanych 56
PODSUMOWANIE 58
SPIS TABEL 61
ANEKS 62
Scenariusz IDI 62

WPROWADZENIE

Wstęp

„…Tylko krótka uwaga. Bardzo byłoby dobrze, gdyby świadomość społeczna w dużych, małych miejscowościach i w szerszym gronie wzrosła. Do tego należy chyba przeprowadzić więcej akcji społecznych niż te dotychczas. Nadal jest tak, że osoby nieheteroseksualne traktowane są w troszeczkę inny sposób. Czasem jako dziwacy, czasem jako ktoś chory. To jest dość przykre dla tych osób i dla nas, bo to nie jest profesjonalne."

(LP, Łódź)

Polskie społeczeństwo charakteryzuje się tzw. heteronormatywnością, co oznacza, że obecne w kulturze szeroko pojęte obyczaje, wynikające z przyjętych norm i wyznawanych wartości, łączą się z postrzeganiem płciowości i związanych z nią ról w tradycyjny sposób. Taką opinię zdają się potwierdzać prowadzone przez instytuty badawcze sondaże opinii. Przykładem powyższego mogą być badania cyklicznie prowadzone przez CBOS związane z postawami Polaków wobec osób nieheteroseksualnych oraz ich praw. Z raportów badawczych tego ośrodka badań[1] sporządzonych w roku 2008 oraz 2010 wynika, że polskie społeczeństwo w większości jest wrogo i nietolerancyjnie nastawione do osób o odmiennej niż heteroseksualna orientacji płciowej oraz innych tożsamości płciowych. Co więcej, Polacy nie tylko wykazują się postawą nietolerancyjną, ale także mają jej świadomość. Z badania przeprowadzonego w 2008 roku[2] wynika, że aż 66% respondentów uznaje, że Polacy wrogo odnoszą się do homoseksualizmu. Co interesujące, wskaźnik ten nie zmienił się od 1988 roku. Potwierdziło to późniejsze badanie tego samego instytutu, dotyczące norm i wartości wyznawanych przez obywateli Polski. W 2010 roku 64% ankietowanych stwierdziło, że zachowania homoseksualne są „zawsze złe i nigdy nie mogą być usprawiedliwione"[3], natomiast taki sam odsetek respondentów odpowiedział w podobnym badaniu, że osoby homoseksualne nie powinny mieć prawa do publicznego pokazywania swojego sposobu życia.[4] Mimo wskazujących na nietolerancję wyników, należy zauważyć, że w porównaniu z poprzednimi latami, odsetek osób prezentujący skrajnie negatywne stanowisko wobec ludzi o innej orientacji niż heteroseksualna maleje.

Tak rozpowszechniony pogląd o tym, że osoby nieheteroseksualne (termin ten często rozumiany jest, jako dotyczący jedynie ludzi o orientacji homoseksualnej,

[1] Wszystkie raporty wspomniane we wstępie pochodzą ze strony www.cbos.pl.
[2] Źródło: Komunikat z badań CBOS (2008) pt. *Prawa gejów i lesbijek.*
[3] Źródło: Komunikat z badań CBOS (2010), pt. *Co jest ważne, co można, a czego nie wolno – normy i wartości w życiu Polaków.*
[4] Źródło: Komunikat z badań CBOS (2010), pt. *Postawy wobec gejów i lesbijek.*

jednakże wnioski w tym akapicie można poszerzyć również na grupę osób biseksualnych) stanowią grupę ludzi żyjących w sprzeczności z naturą, a w wersji łagodniejszej, że ich orientacja jest odstępstwem od normy, skutkuje stereotypizacją tych osób oraz rozpowszechnionymi zachowaniami dyskryminacyjnymi także nieuświadomionymi, np. objawiającymi się w języku. Osoby zajmujące się tematyką LGBT wskazują, że istnieje wiele obszarów, w których ludzie nieheteroseksualni są narażeni na zachowania dyskryminujące. Do omawianych obszarów rzeczywistości należą dziedziny takie jak: prawodawstwo, zatrudnienie, edukacja, sport, mieszkalnictwo, a także zdrowie[5]. Dyskryminacja oraz wszystkie jej implikacje w dziedzinie ochrony zdrowia i życia jest w szczególności niebezpieczna, ponieważ nie tylko krzywdzi dane osoby, ale przede wszystkim koliduje z podstawowymi prawami człowieka i obywatela Rzeczpospolitej Polski.

Według notatek i artykułów wydanych przez organizacje zajmujące się dyskryminacją ze względu na orientację seksualną, tego rodzaju nietolerancja i uprzedzenia w dziedzinie opieki medycznej przejawia się zarówno w postępowaniu i nastawieniu lekarzy w kontakcie z pacjentem, jak i w czynionej przez nich diagnostyce. Lekarze nierzadko wykazują się niewiedzą w odniesieniu do potrzeb osób nieheteroseksualnych czy stosowaniem stereotypów. Co więcej, zdarzają się także przypadki złej diagnostyki lub nawet odmowy leczenia ludzi o odmiennej niż dominująca orientacji, nie wspominając o przestarzałym przekonaniu, że homoseksualizm czy biseksualizm jest chorobą. Innym problemem w służbie zdrowia w odniesieniu do osób LGBT wydaje się być także odczuwany przez nie strach przed złym traktowaniem, a nawet ostracyzmem społecznym, na które mogą być narażone w wyniku otwartego przyznania się do swojej orientacji. Rezultatem takiego lęku może być niechęć do przyznawania się lekarzom do swojej tożsamości czy orientacji seksualnej i negatywne konsekwencje związane ze skutecznością lekarzy w leczeniu danego pacjenta i jego przypadku chorobowego. Wskazują na to Michał Pawlęga oraz Agata Loewe w artykule dotyczącym osób LGBT w polityce zdrowotnej: *„Tym samym grupa osób LGBT może mieć utrudniony kontakt z lekarkami/lekarzami, obawiając się ujawnienia orientacji seksualnej, co będzie skutkować niepożądanym wpływem na skuteczność leczenia. Przykładami takich sytuacji są np. (…) unikanie lub odkładanie wizyty u lekarza w obawie przed doznaniem dyskryminacji ze względu na orientację seksualną."*[6]

W związku z powyższym niezwykle ważną kwestią wydaje się być edukowanie lekarzy pod kątem postępowania z pacjentem, w tym nieheteroseksualnym

[5] O problemie wspominają liczne raporty Kampanii Przeciw Homofobii dostępne na stronie internetowej organizacji, np. *Sytuacja społeczna osób biseksualnych i homoseksualnych w Polsce. Raport za lata 2005 i 2006,* pod red. Marty Abramowicz lub *Dyskryminacja ze względu na orientację seksualną i tożsamość płciową w zatrudnieniu,* pod red. Krzysztofa Śmiszka.

[6] Pawlęga M., Loewe A., *O niewidzialności osób LGBT w polityce zdrowotnej,* w:

w kierunku rozumienia sytuacji osoby leczonej. W odpowiedzi na tę potrzebę, zostało zaprojektowane, a następnie przeprowadzone jakościowe badanie społeczne, którego wyniki prezentuje niniejszy raport.

Badanie zostało przeprowadzone przez firmę Biostat w listopadzie oraz grudniu 2012 roku na próbie 10 lekarzy będących w trakcie specjalizacji z wybranych obszarów medycyny, takich jak: choroby zakaźne, ginekologia, interna, proktologia oraz urologia.

Przedmiot i cele badania

Przedmiotem badania, którego wyniki zawiera przedstawiony raport, były postawy lekarzy aktualnie specjalizujących się w dziedzinach medycyny, w których osoby o odmiennej niż nieheteroseksualna orientacji są w sposób szczególny narażone na dyskryminację oraz molestowanie (tworzenie wrogiej atmosfery, naruszanie godności).

Badanie realizuje także cele związane z identyfikacją wśród lekarzy w trakcie specjalizacji:

- Wiedzy dotyczącej leczenia osób nieheteroseksualnych
- Stereotypów związanych z leczeniem osób homo i biseksualnych
- Postaw lekarzy w trakcie specjalizacji wobec osób nieheteroseksualnych
- Wiedzy lekarzy dotyczącej potrzeb osób o orientacji innej niż heteroseksualna:
    - Nastawienia lekarzy do ww. osób
    - Zachowania lekarzy, w szczególności związane z komunikacją językową, podejmowaniem lub nie leczenia, kierowaniem na badania stereotypowo związane z homoseksualizmem, niezależnie od konkretnych objawów danej choroby,
    - Ujawniania bądź nie swojej orientacji seksualnej przez pacjentów

Pozostałe cele badania związane są z potrzebą dostarczenia rekomendacji w omawianym zakresie dla edukacji medycznej, z czym wiąże się próba ukazania wpływu postaw i wiedzy lekarzy na ich decyzje związane z diagnostyką i leczeniem, a także poznanie opinii respondentów na temat ewentualnych treści edukacyjnych związanych z przedmiotem badania.

Techniki badawcze oraz dobór próby. Charakterystyka badanych.

Badanie zostało zrealizowane z zastosowaniem metody wywiadu pogłębionego IDI (ang. *Individual in - Depth Interview*). W terminie od listopada do grudnia zostało przeprowadzonych 10 wywiadów z lekarzami specjalizującymi się w takich

dziedzinach jak: choroby zakaźne, ginekologia, interna, proktologia, urologia, przy czym pięciu z nich posiadało doświadczenie w kontaktach lekarskich z pacjentami nieheteroseksualnymi, a pięciu pozostałych dotąd nie doświadczyło takiej sytuacji lub nie ma takiej świadomości. Badani lekarze praktykują w dwóch miejscowościach – Warszawie oraz w mniejszej – Łodzi. Każdy z respondentów ma już doświadczenie w pracy zawodowej oraz jest w trakcie danej specjalizacji od co najmniej 2 lat.

Przeprowadzono także jeden dodatkowy wywiad z osobą będącą już po specjalizacji. Po uzgodnieniach, mimo że respondentka nie należała do pożądanej grupy badanej, postanowiono włączyć materiał zgromadzony podczas tego wywiadu do analiz końcowych.

Biorąc pod uwagę płeć uczestników badania, większość stanowiły kobiety. Mężczyźni reprezentowali takie specjalizacje jak: ginekologia, choroby zakaźne oraz proktologia. Szczegółowy dobór próby został przedstawiony w tabeli nr 1.

Tabela 1 Szczegółowy dobór próby do badania jakościowego

NR WYWIADU	SPECJALIZACJA	DOŚWIADCZENIE W KONTAKTACH Z PACJENTAMI NIEHETEROSEKSUALNYMI	MIEJSCOWOŚĆ	PŁEĆ RESPONDENTA
1	Choroby zakaźne	Posiada	Warszawa	Mężczyzna
2	Ginekologia	Posiada	Warszawa	Mężczyzna
3	Interna	Nie posiada	Warszawa	Kobieta
4	Proktologia	Nie posiada	Warszawa	Kobieta
5	Urologia	Nie posiada	Warszawa	Kobieta
6	Choroby zakaźne	Nie posiada	Łódź	Kobieta
7	Ginekologia	Nie posiada	Łódź	Mężczyzna
8	Interna	Posiada	Łódź	Kobieta
9	Proktologia	Posiada	Łódź	Mężczyzna
10	Urologia	Posiada	Łódź	Kobieta
11*	Choroby zakaźne	Posiada	Łódź	Kobieta

*11 wywiad został przeprowadzony dodatkowo z osobą, która ukończyła już specjalizację.
Źródło: Opracowanie własne.

OPIS WYNIKÓW BADANIA

Część pierwsza: Pytania wstępne

Pierwszy blok pytań zadany badanym w czasie wywiadów nie dotyczył ściśle przedmiotu badania, ale stanowił baterię tzw. pytań wprowadzających, mających na celu przygotowanie respondenta do części właściwej, a także rozpoznanie jego sytuacji zawodowej oraz opinii dotyczących tematu leczenia osób należących do różnych grup społecznych. Pytano zatem o specjalizację, częstość przyjmowania pacjentów oraz ich typy, a także o znaczenie niepełnosprawności pacjentów, ich grupy wyznaniowej, etnicznej oraz orientacji seksualnej.

- **Informacje o praktyce lekarskiej**

Badani lekarze w większości praktykują w szpitalach, jednak zdarzają się także osoby, które pracują jednocześnie w przychodniach, gdzie spotykają się z różnymi pacjentami i chorobami, na które cierpią. Osoby na specjalizacjach nie potrafiły jednoznacznie stwierdzić czy częściej przychodzą pacjenci stali czy może przypadkowi. Na ogół uznawali zatem, że odsetek osób pojawiających się regularnie i jednorazowo jest porównywalny.

Każda specjalizacja posiada swój własny typ pacjenta, który charakteryzujące się danymi objawami i schorzeniami. Do najczęstszych chorób, z którymi spotykali się respondenci na specjalizacji z interny, należały sezonowe choroby infekcyjne oraz te ogólnie określane, jako internistyczne. U badanych ginekologów, co nie jest zaskoczeniem, dominującą grupą pacjentek są kobiety w ciąży. Nieco bardziej skomplikowane są schorzenia, z którymi spotykają się urolodzy, proktolodzy[7], jak i specjaliści (będący w trakcie specjalizacji) chorób zakaźnych. Wymieniane przez badanych schorzenia zawiera tabela nr 2.

Tabela 2 Choroby, z którym najczęściej spotykają się lekarze w trakcie danej specjalizacji

SPECJALIZACJA	CHOROBA/ DOLEGLIWOŚĆ/ PRZYCZYNA WIZYTY	CYTAT
Choroby zakaźne	• Stłuszczenia wątroby • Choroby	➢ *„ (…) są to pacjenci, najczęściej z przewlekłymi chorobami zakaźnymi i wirusowymi, w kierunku zapaleń wątroby i zakażenia wirusem AIDS,*

[7] Aby ułatwić odbiór czytanego tekstu zastosowano terminy wskazujące na zawód lekarzy (już ukończoną specjalizację), takie jak: proktolog, urolog itd. Niemniej jednak należy pod tymi terminami rozumieć osoby będące na specjalizacji, to znaczy takie, które jeszcze nie są specjalistami w wymienionej dziedzinie medycyny.

SPECJALIZACJA	CHOROBA/ DOLEGLIWOŚĆ/ PRZYCZYNA WIZYTY	CYTAT

	zakaźne, np. borelioza, toksokaroza, toksoplazmoza
	• Przewlekłe choroby zakaźne i wirusowe
	  • Zapalenia wątroby
	  • Zakażenia wirusem HIV
		zapalenia wątroby. Pacjenci ze stłuszczeniami wątroby, różnymi innymi chorobami wątroby w poradniach hepatologicznych, toksycznymi, alkoholowymi również i pacjenci z chorobami zakaźnymi na przykład jakąś boreliozą, toksokarozą, toksoplazmozą i pacjenci z HIV, oczywiście". (LD, Łódź)
		➢ *„Przede wszystkim choroby zakaźne. Jeżeli chodzi o takich pacjentów, z którymi się częściej spotykam, to przede wszystkim pacjenci z wirusowymi zapaleniami wątroby, którzy są w programach terapeutycznych"* (LCZ, Warszawa)
		➢ *„Zapalenia wątroby, w ogóle choroby wątroby, zakażenia HIV, borelioza, choroby zakaźne w ciąży. To są tacy moi główni pacjenci."* (LCZ, Łódź)

Ginekologia	• Ciąża • Badania, np. cytologia • Antykoncepcja	➢ *„Oczywiście największą grupą są kobiety w ciąży, one w 90% przypadków pojawiają się regularnie przynajmniej raz w miesiącu, chyba, że odczuwają niepokojące objawy, wtedy przychodzą częściej. Sporą grupą kobiet, które również pojawiają się regularnie, to te, które dbają o swoje zdrowie i stawiają się na wizytę w celu przeprowadzenia cytologii. Dość liczną grupą są również dziewczyny, których głównym celem wizyty jest przedłużenie antykoncepcji".* (LG, Warszawa) ➢ *„Są to głównie kobiety ciężarne, które raczej w trakcie ciąży odwiedzają lekarza, a po ciąży… jak to kobieta po ciąży, nie wiadomo, kiedy przyjdzie następnym razem."* (LG, Łódź)
Interna	• Tzw. choroby internistyczne • Choroby układu krążenia • Zapalenia wsierdzia • Choroby płuc, w tym zapalenia płuc	➢ *„Prowadzę pacjentów ze schorzeniami internistycznymi, z chorobami układu krążenia, z chorobami płuc, z chorobami przewodu pokarmowego. Dużą część problemów stanowią w okresach infekcyjnych bieżące zachorowania, jakieś zapalenia gardeł, zapalenia płuc. Też schorzenia układu moczowego."* (LI, Warszawa) ➢ *„Trudno wymienić wszystkie schorzenia internistyczne, trudno mi powiedzieć jednoznacznie, że to jakaś nie wiem, jakiś typ choroby albo*

SPECJALIZACJA	CHOROBA/ DOLEGLIWOŚĆ/ PRZYCZYNA WIZYTY	CYTAT
	• Choroby przewodu pokarmowego • Bieżące infekcje	*dolegliwości, który dominował. Z reguły są to chorzy z chorobami internistycznymi, ale często również z jakimiś chorobami psychologicznymi albo psychiatrycznymi, także nie uda mi się odpowiedzieć głębiej na to pytanie".* (LI, Łódź)
Urolog	• Choroby nerek, kamica nerkowa, • Problemy dysuryczne, zaburzenia oddawania moczu • Przerost gruczołu krokowego • Nowotwory • Infekcje	➢ *„Są to schorzenia, które wymagają pewnych korekcji, myślę tutaj o mężczyznach, są też problemy z nerkami, czyli mamy do czynienia z przypadkami, które znamy osobiście, znamy z imienia, jeśli o to Pani pyta. (…) Są to rożne osoby, poczynając od dzieci, np. z kamicą nerkową u dzieci czy z problemami z nerkami, przez mężczyzn i problemy prostaty, jak również i kobiety"* (LU, Warszawa) ➢ *„Gruczolak stercza, rak pęcherza moczowego, rak prostaty, rak nerki, kamica, infekcje układu moczowego"* (LU, Łódź)
Proktolog	• Choroby proktologiczne: • Krwawienie odbytu/okolicy odbytu • Ropnie okołoodbytnicze , • Szczeliny odbytu, • Hemoroidy • Guzy jelita grubego i odbytnicy, okolicy przetoki, • Nietrzymanie stolca	➢ *„W przychodni spotykam się z przypadkowymi ludźmi. Przychodzą z dolegliwościami takimi jak krwawienie odbytu bądź okolicy, bądź z innymi niepokojącymi dolegliwościami. Jeśli chodzi o częstość – to nieliczna jest tylko grupa osób, którzy przychodzą stale."* (LP, Warszawa) ➢ *„Najczęściej są to choroby proktologiczne, bo taki jest profil tej poradni. Są to ropnie okołoodbytnicze, szczeliny odbytu, hemoroidy, guzy jelita grubego, odbytnicy, okolicy przetoki, chorzy z objawem nietrzymania stolca, to jest taki profil pacjentów".* (LP, Łódź)

Źródło: Opracowanie własne.

Kolejne pytanie zadane respondentom było zbliżone i dotyczyło ogólnej charakterystyki osoby leczonej. Lekarze chorób zakaźnych zwracali uwagę na brak

wiedzy u swoich pacjentów dotyczącej choroby, którą posiadają oraz jej przyczyn. Poza tym uznawali, że właściwie niczym innym się nie wyróżniają, zdarzają się zarówno pacjenci młodzi, jak i starsi, w równym stopniu kobiety jak i mężczyźni. Zdaniem lekarki będącej na specjalizacji chorób zakaźnych w Łodzi, większość zakażeń wirusem HIV dotyczy osób o orientacji homoseksualnej, natomiast geneza innych zakażeń (wirusem HCV, HBV) jest z reguły odmienna:

Wiadomo, że tutaj głównie kojarzy się nam z zakażeniem wirusem HIV i rzeczywiście zdecydowanie bardziej kontakty heteroseksualne, ale takie w naszej łódzkiej populacji i nie tylko, to rzeczywiście kontakty homoseksualne. Natomiast, jeżeli chodzi o zakażenie HBV, HCV to większość pacjentów, których mamy pod opieką to, to zakazili się przez zabiegi medyczne, zakażenia szpitalne, a największa grupa to są pacjenci zakażeni jeszcze w latach 80-tych, 90-tych drogą transfuzji krwi. Jako dziecko np. urodził się jako wcześniak i miał dokonywane transfuzje i teraz jest zakażony HCV czy HBV. (LCZ, Łódź)

Pacjenci lekarzy chorób zakaźnych, zwłaszcza ci, którzy są nosicielami wirusa HIV, podlegają szczegółowemu wywiadowi, który obejmuje między innymi pytanie o ryzykowne kontakty seksualne czy branie narkotyków: „*Natomiast tutaj, jeśli chodzi o zakażenie wirusem HIV to jest to szersza rozmowa z pacjentem, bo tutaj rzeczywiście bardzo dokładnie zbieramy wywiad o ryzykownych kontaktach seksualnych, oczywiście o narkotykach. Tutaj też musimy kłaść nacisk na edukację, pacjent musi wiedzieć, że to nie jest koniec świata."* (LCZ, Łódź)

Ginekolodzy z kolei uznali, że ich pacjentki niczym się nie wyróżniają. Są to kobiety najczęściej młode do 40 roku życia, planujące powiększenie rodziny lub oczekujące potomka, zadbane i wykształcone, co wiąże się z posiadaniem świadomości potrzeby opieki lekarskiej.

Interniści natomiast spotykają się najczęściej z pacjentkami w wieku starszym, około 65/70 roku życia, rzadziej z osobami młodszymi:

„Największą grupą, znaczy najbardziej dominującą grupą to będzie grupa powiedzmy chorych powyżej 65 roku życia. To chyba częściej kobiety, wykształcenie raczej średnie i jeśli chodzi o status społeczny, no to też średni. Drugą najliczniejszą grupą, która tu trafia, to młodsi chorzy i też z przewagą kobiet i raczej z wyższym wykształceniem (…) no i sporadycznie zdarzają się osoby… może nie sporadycznie (…) ci bardzo młodzi i ci bardzo starzy (…) ta grupa jest najbardziej zaniedbana, bo są to z reguły osoby, które nie pracują i nie studiują, są na utrzymaniu albo rodziny albo socjalnym.." (LI, Łódź).

Pacjenci urologów to często starsi mężczyźni, chociaż zdarzają się i takie infekcje, które dotykają zarówno kobiet, jak i dzieci. Starsi pacjenci pojawiają się z problemami gruczołu krokowego, tzw. prostaty, młodsi panowie obawiają się guzów jądra i chorób narządów płciowych, u dzieci z kamicą nerkową, natomiast kobiety dotknięte są

infekcjami związanymi ze współżyciem lub schorzeniami dotyczącymi np. nietrzymania moczu.

Ostatnią grupą lekarzy są osoby na specjalizacji z proktologii. Podobnie jak pozostali badani, medycy z tej grupy stwierdzili, że przychodzą różne grupy pacjentów i poza osobami starszymi pojawiają się także młodzi i trudno jest mówić o jakichkolwiek cechach szczególnych pacjentów: *„Nie ma tutaj różnic, jeżeli chodzi o płeć pacjentów. Zwykle jest to połowa kobiet, połowa mężczyzn, chociaż z częścią chorób proktologicznych zgłaszają się mężczyźni. Wiek bardzo zróżnicowany od osób młodych – 20 letnich, aż do osób, które mają ponad 90., także to jest w dość szerokim zakresie wiekowym."* (LP, Łódź)

W czasie wywiadu, pacjenci opowiadają głównie o swoich schorzeniach i objawach, o tym, co ich boli i czego się w związku z tym obawiają. Niektórzy lekarze, interniści zwracają uwagę, że pacjenci podają także informacje dotyczące ich sytuacji życiowej i osobistej, np. dotyczącej funkcjonowania w rodzinie: *„Oprócz tej sytuacji zdrowotnej to takie dane dodatkowe odnośnie warunków funkcjonowania w domu, czy wymagają opieki, czy mają tą opiekę. Czy wymagają pomocy, no nas interesuje głównie leczenie, to co się przekłada ma leczenie, czyli: kto podaje leki? Czy osoba jest samodzielna? Czy wymaga pomocy rodziny, pracowników z zewnątrz? Czy daje sobie radę przy pomocy tych pracowników czy rodziny? Czy są jakieś upośledzenia, które dodatkowo komplikują tą sytuację zdrowotną? Czy to przyjmowanie leków, czy pacjent jest z koniecznością insulinoterapii, czy sam sobie wstrzyknie, czy ktoś musi przyjść? Czy on widzi w związku z tym, czy on nie widzi, bo to się przekłada na to, w jaki sposób musi być wyedukowany, żeby wstrzyknąć insulinę, obsłużyć pen, czy się będzie ruszał? Czy ma sprawny układ kostno-stawowy? Czy są jakieś tam upośledzenia? (…)".* (LI, Warszawa)

- **<u>Znaczenie niepełnosprawności pacjenta</u>**

Dla lekarzy każdej z badanych specjalności, niepełnosprawność pacjenta, jako taka nie ma większego znaczenia w kontakcie czy też podejściu, istotna jednak jest w sytuacji skomunikowania się z osobą i dotarcia do informacji dotyczących objawów chorobowych, tj. dolegliwości, które odczuwa pacjent. Innymi słowy niepełnosprawność intelektualna czy fizyczna swego rodzaju może być uciążliwa podczas procesu diagnozowania leczenia, w sytuacji braku komunikacji z pacjentem: *Ostatnio mam pacjentkę głuchoniemą, czyli jest problem z komunikacją. Czytają takie pacjentki z ruchu warg lub z kartki,* wtedy też lekarze starają się, aby powoli tłumaczyć osobie chorej, co jej dolega: *nigdy nie miałem kłopotu z pacjentką niepełnosprawną umysłowo, przede wszystkim spokojnie trzeba się komunikować, tłumaczyć* (LG, Łódź). Innymi słowy lekarze deklarują normalne traktowanie osób niepełnosprawnych, ale zdają sobie sprawę, że muszą im niejednokrotnie pomagać przebrnąć ograniczenia. Przy czym pacjentki niepełnosprawne stanowią grupę ryzyka dla ginekologów, w sytuacji, gdy spodziewają się dziecka, na co zwraca uwagę jeden z lekarzy na tej specjalizacji: *„Jeżeli mówimy o samym leczeniu, czy*

prowadzeniu ciąży to niepełnosprawność ma duże znaczenie, kobiety niepełnosprawne i ciężarne to grupa pacjentek podwyższonego ryzyka, a przy uszkodzeniu rdzenia kręgowego sam poród może być przez nią nierozpoznany". (LG, Warszawa)

Również interniści łączą niepełnosprawność z problematyką ich specjalizacji, stwierdzając, że jest to powód do wzmożonej opieki i czujności, a także cierpliwości i empatii, przy czym na te aspekty zwracają uwagę także inni lekarze:

„Moje podejście do takich pacjentów jest identyczne jak do pacjentów pełnosprawnych, tyle, że towarzyszy mi wzmożona czujność, żeby tym pacjentom rzeczywiście dobrze pomóc (…) ma znaczenie przez pryzmat tego, że trzeba się odpowiednio dostosować, żeby odpowiednio pokierować leczeniem, tą częścią nie tylko farmakoterapii… sprawność manualna, sprawność intelektualna, sprawność wzrokowa, to czy on się porusza, to jest ruch, jako element leczenia cukrzycy (…) w związku z czym trzeba to wszystko uwzględnić, jak się prowadzi pacjenta, jakie są wskazania, jakie przeciwwskazania do leków wynikające z tych chorób, które powodują np. niepełnosprawność". (LI, Warszawa)

Jeden z proktologów natomiast zwrócił uwagę na to, że niektóre niepełnosprawności utrudniają terapię: *„Na przykład, jeżeli ma niedowład bądź ma chorobę neurologiczną, która powoduje u niego dysfunkcję narządów, no to modyfikujemy sposób terapii, po to, żeby wybrać dla tych pacjentów jak najlepszy sposób leczenia, w pełni zgodny z ich niepełnosprawnością"* (LP, Łódź)

Poza określeniem istotności niepełnosprawności w kontaktach lekarzy i pacjentów oraz w leczeniu, poproszono również o zdefiniowanie niepełnosprawności. Lekarze na ogół zwracali uwagę na rodzaje niepełnosprawności (fizyczna/psychiczna) i na trudności z niej wynikające.

Tabela 3 Definicje niepełnosprawności

SPECJALIZACJA	ELEMENTY SZCZEGÓLNE DEFINICJI	DEFINICJA - CYTAT
Choroby zakaźne	• Niemożność korzystania z wszystkich zmysłów • Fizyczna i psychiczna • Utrudnienie funkcjonowania w społeczeństwie • Niepełnosprawność rozumiana jako demencja starcza	➢ *„Niepełnosprawność zdefiniowałbym jako niemożność, stan, w którym nie możemy do końca korzystać z wszystkich zmysłów. Na przykład przy niepełnosprawności ruchowej nie możemy do końca korzystać w pełni z naszej woli poruszania się na przykład, czy swobodnego przemieszczania się, podejmowania różnych rzeczy, przedmiotów."* (LCH, Warszawa) ➢ *„Mamy do czynienia*

SPECJALIZACJA	ELEMENTY SZCZEGÓLNE DEFINICJI	DEFINICJA - CYTAT
		z niepełnosprawnością fizyczną, kiedy mamy różne defekty fizyczne, uniemożliwiające lub utrudniające w jakikolwiek sposób funkcjonowanie w naszym społeczeństwie od prostych rzeczy, typu niedosłyszymy, źle chodzimy, czy w ogóle nie chodzimy. Z rożnymi stopniami. Też są ludzie, że tak powiem na różnych stopniach rozwoju. (…) Wiadomo, że osoba, która będzie tutaj umysłowo troszeczkę ograniczona jest z nią trudniej się porozumieć. (LD, Łódź) ➢ *„Zdecydowanie częściej wśród pacjentów z HIV plus my widzimy taką niepełnosprawność - to są delikatne symptomy na przykład wykazano, że pacjent zarażony wirusem HIV ma mózg starszy o 10 lat niż jego rówieśnik, w związku z tym szybciej pojawiają się takie zaburzenia neuropoznawcze, później demencja, czyli jest takie na pozór niezauważalny stopień problemów neuropoznawczych, problemów z (trudno to nazwać upośledzeniem) dysfunkcją umysłową zdecydowanie tak. (…) Jest to niemożliwość, niezdolność do takiego stu procentowego samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie.”* (LCH, Łódź)
Ginekologia	• Utrata sprawności • Nieprawidłowość w budowie czy funkcjonowaniu organizmu (psychologicznie i fizycznie)	➢ *„To każda utrata sprawności lub nieprawidłowość w budowie czy funkcjonowaniu organizmu pod względem psychologicznym, psychofizycznym lub anatomicznym, jednakże uważam, że ludziom tym należą się równe szanse oraz takie same prawa, jakie posiadają pozostali członkowie społeczeństwa.”* (LG, Warszawa)
Interna	• Niepełnosprawność fizyczna	➢ *„To znaczy osoba uzależniona nie jest dla mnie osobą niepełnosprawną,*

SPECJALIZACJA	ELEMENTY SZCZEGÓLNE DEFINICJI	DEFINICJA - CYTAT
	• Niepełnosprawność psychiczna- związana z ograniczeniem świadomości pacjenta i umiejętności podejmowania przez niego decyzji	*natomiast osoba będąca pod wpływem jakichś różnych środków i jakby bez jakiegoś logicznego kontaktu z otoczeniem, no nie wiem, no osoba, która powiedzmy ma we krwi 4 promile alkoholu, no uważam, że jest to osoba, no w tym momencie jest niepełnosprawna. W chwili jeżeli ktoś jest w stanie nadużycia alkoholu, z wysoką zawartością tego alkoholu, to niestety, ale ja to kwalifikuje jako niepełnosprawność, bo to wynika nawet nie z takiej opinii lekarskiej, ale z samych zasad tej medycyny czy psychiatrii, że osoba, która jest pod wpływem środków odurzających, jakby nie jest w stanie świadomie podejmować swoich decyzji, prawda? (…) Ograniczenie jakby mobliności czy też ruchomości własnego ciała"* (LI, Łódź)
Urologia	• Stan długotrwały • Fizyczny i psychiczny stan • Nabyty lub wrodzony	➢ *„Niepełnosprawność fizyczna i psychiczna. Jest to pewien stan długotrwale występujący. Jego specyfiką jest pewnie nieprawidłowość w funkcjonowaniu człowieka. Nabywamy to w trakcie naszego życia bądź rodzimy się wraz z niepełnosprawnością."* (LU, Warszawa) ➢ *„U starszych państwa to są przede wszystkim kłopoty ze stawami biodrowymi i stawami kolanowymi i to jest kłopot z chodzeniem, to jest taki rodzaj niepełnosprawności. Młodzi ludzie to są zaburzenia neurogenne albo rozwojowe albo po urazach i to na przykład są osoby na wózkach. No i trzeci taki stopień, nazwijmy go niepełnosprawnością, to są osoby z otępieniem starczym, to też jest pewien stopień niepełnosprawności"* (LU, Łódź)

SPECJALIZACJA	ELEMENTY SZCZEGÓLNE DEFINICJI	DEFINICJA - CYTAT
Proktologia	• Stan odbiegający od normy • Niedowład psychiczny lub fizyczny • Wrodzony lub nabyty	➢ *„Niepełnosprawność to trwały bądź chwilowy niedowład psychiczny, bądź fizyczny, wrodzony bądź też nabyty. Ogólnie rzecz biorąc to stan człowieka odbiegający od normalnego, pełnosprawnego”* (LP, Warszawa)

Źródło: Opracowanie własne.

➢ **Znaczenie grupy rasowej/etnicznej pacjenta**

Mniejsze znaczenie dla badanych lekarzy wydaje się mieć grupa rasowa, etniczna czy wyznaniowa badanego pacjenta. Lekarze deklarują, że o wyznanie nie pytają i wielu wypadkach taka wiedza jest zbędna. Niektórzy wskazują jednak na pewne utrudnienia w leczeniu osób należących do danej wymienionej grupy. Wśród wyróżnionych grup etnicznych/rasowych oraz religijnych pojawili się:

- Muzułmanie, którzy nie życzą sobie badania przez kobietę i nie jedzą pewnych produktów

„Nie ma to żadnego znaczenia, jedyne co, no to trzeba dołożyć staranności, żeby kogoś nie obrazić, czy nie urazić ze względu na np. jego wyznanie, no może sobie ktoś wyznania muzułmańskiego nie życzyć badania przez kobietę, czy w obecności pielęgniarki. No to są takie rzeczy, o które zawsze można po prostu otwarcie zapytać. Czy można, czy nie, czy wszystko w porządku…” (LU, Łódź)

„Na przykład to, że pacjenci, że niektórzy pacjenci nie jedzą niektórych potraw, a niektóre jedzą. To może nie jest takie, nie ma znaczenia przy diagnostyce, ale na przykład, jeżeli pacjent jest hospitalizowany, a jest np. muzułmaninem i nie będzie jadał mięsa wieprzowego. Musimy mu w jakiś sposób ten pokarm zapewnić, prawda? Więc to musi mieć dla nas znaczenie.” (LD, Łódź)

- Świadkowie Jehowy, którzy nie pozwalają na przetoczenie sobie krwi

„Tak jak np. w przypadku „Jehowych”, to szanuje się ich odmowę do przetoczenia krwi, więc jakby to jest ten taki wyjątek najbardziej znany w medycynie, że te osoby nie życzą sobie przetaczania krwi. Szanuje się ich decyzję, także to nie ma znaczenia” (LI, Łódź);

„Mamy najczęstszy i trudny dla nas kontakt to jest kontakt ze świadkami Jehowy. I są to kontakty istotne dla nas przez sytuację przetaczania krwi, to są sytuacje bardzo trudne.” (LI, Warszawa),

„Nie, jeżeli chodzi o grupę wyznaniową, to Świadkowie Jehowy, ze względu na to, że przy niektórych operacjach oni nie pozwalają sobie na przetaczanie krwi, no to

w takim momencie musimy niestety zmodyfikować nasz sposób postępowania – ten jedyny przypadek. Reszta nie ma żadnego znaczenia" (LP, Łódź)

- Romowie, którzy jako osoby rodzinne, przychodzą licznie do szpitala w odwiedziny

„*Nie ma to znaczenia, jeżeli chodzi o pracę w poradni to nie. Jeżeli chodzi o pracę szpitalną, to są pewne specyficzne zachowania związane z grupami etnicznymi, np. Cyganie są taką specyficzną grupą, że jeżeli rodzi pacjentka, to zawsze w holu jest 40 osób z rodziny i to jest charakterystyczne dla akurat tej grupy etnicznej. A jeżeli chodzi o inne grupy, to nic takiego nie przeżyłem."* (LG, Łódź)

Jedynie dwóch lekarzy (internista oraz lekarz chorób zakaźnych) uznali, że dana grupa etniczna jest bardziej narażona na niektóre schorzenia i inaczej się je leczy:

„Grupa etniczna, rasowa, to tylko tyle, że częściej niektóre schorzenia, częściej występują pewne schorzenia u pacjentów z danych ras i one inaczej troszkę przebiegają, inaczej się leczy nadciśnienie, hiperlipidemię, ale to tylko w takim sensie, znaczy dla mnie jakby, dla lekarza to pacjent, to pacjent. To przekłada się też na merytorykę pracy z pacjentem." (LI, Warszawa)

„Ten, który mieszka w innej strefie klimatycznej, który do nas przyjechał, no ten mógł przywlec stamtąd różne choroby, które u nas nie występują, więc jak on się zgłasza, to dla mnie ma znaczenie, gdzie on przebywał, skąd on przyjechał. Na nasze choroby będzie reagował inaczej." (LD, Łódź)

Może to wynikać, zdaniem lekarza specjalizacji chorób zakaźnych, z faktu wcześniejszego zamieszkiwania w innych warunkach klimatycznych i posiadania kontaktu z innymi bakteriami lub wirusami, w wyniku czego jego organizm nie jest przystosowany do zwalczania typowych dla Polski czynników chorobogennych: *„No to jest ten, który mógł przywlec stamtąd różne choroby, które u nas nie występują, więc jak on się zgłasza, to dla mnie ma znaczenie, gdzie on przebywał, skąd on przyjechał. Na nasze choroby będzie reagował inaczej."*
(LD, Łódź).

Lekarze jednak na ogół jednoznacznie twierdzą, że wyznanie i grupa etniczna nie ma znaczenia. Uważają także, że respektują wolę pacjenta dotyczącą leczenia: *„Każdy pacjent ma prawo podjąć decyzję czy on się chce leczyć tak, czy on się chce leczyć inaczej."* (LI, Warszawa)

„Nie ma znaczenia. Ja nawet nie mam zielonego pojęcia, jakiej orientacji są moje pacjentki. Tak, jak mówię, ja się w większości zajmuję kobietami ciężarnymi, więc one z założenia są kobietami heteroseksualnymi. No, chociaż de facto nie można wykluczyć, że pacjentka ciężarna nie jest homoseksualną…"
(LG, Łódź)

- **<u>Znaczenie orientacji seksualnej pacjenta</u>**

Na koniec pierwszej części, zapytano badanych lekarzy w trakcie specjalizacji o to, czy w ich praktyce lekarskiej ma znaczenie orientacja seksualna pacjenta. W grupie

badanej znaczna część zanegowała znaczenie orientacji w praktyce lekarskiej, mówiąc, że: *„Nie [ma znaczenia], bo jak już mówiłam – leczę człowieka i jego orientacja nie ma wpływu na przebieg leczenia.”* (LP, Warszawa). Lekarze deklarują także, że rzadko rozmawiają z pacjentami na tematy związane z ich seksualnością, chyba, że schorzenie danej osoby może w znaczący sposób wpłynąć na jakość jej życia seksualnego lub być z nim związana, o czym wspomniała internistka z Warszawy:

„Jako internistka rzadko kiedy rozmawiam o orientacji seksualnej, chociaż problemy życia seksualnego pacjentów czasem są poruszane na wizytach. Część schorzeń wpływa na życie seksualne człowieka, więc zdarza się, że omawiam z pacjentami takie zagadnienia. Dla mnie nie [ma znaczenia] myślę, że bardziej dla pacjenta”. (LI, Warszawa).

Ta sama osoba, mimo że uznała, że orientacja nie jest dla niej, jako lekarza istotna, dodała: *„orientacja może być istotna o tyle tylko, że czasem pewne grupy charakteryzujące się pewną orientacją mogą stanowić ryzyko jakichś tam poszczególnych chorób, ale to jest przez pryzmat, ale tylko jeśli ta orientacja wchodzi w charakter takiego kwalifikowania do prawdopodobieństwa występowania jakichś chorób, zaburzeń somatycznych, ale absolutnie nie ma nic wspólnego z leczeniem”* (LI, Warszawa). Inni lekarze również wydają się wahać w ocenie znaczenia orientacji seksualnej pacjentów. Lekarz w trakcie specjalizacji z urologii mówi: *„Nie ma to [orientacja pacjenta] znaczenia, aczkolwiek w przypadku chorób przenoszonych drogą płciową, rzeczywiście może to mieć znaczenie.”* (LU, Warszawa)

Podobnego zdania byli także lekarze w trakcie specjalizacji z chorób zakaźnych. Stwierdzili, że są pewne choroby, na które częściej zapadają osoby nieheteroseksualne, dlatego w sytuacji kontaktu z pacjentem o innej niż heteroseksualna orientacji, lekarze mogą podejrzewać pewne jednostki chorobowe: *„To ewentualnie przy niektórych chorobach, które wiążą się ze zwiększonym ryzykiem zapadalności, takie osoby, jeżeli wiem, że są innej orientacji, no to powiedzmy, że bardziej zwracam uwagę na możliwość występowania pewnych jednostek chorobowych.”* (LCZ, Warszawa)

Lekarze chorób zakaźnych stanowczo konstatują, że orientacja seksualna wiąże się z preferencjami dotyczącymi pewnych zachowań seksualnych i jest związana z określonymi chorobami zakaźnymi, ma więc znaczenie w ich praktyce lekarskiej. Przykładowo wiedza o orientacji pacjenta jest potrzebna, zdaniem cytowanego powyżej lekarza chorób zakaźnych, ponieważ pozwala go ukierunkować na pewnego rodzaju schorzenia, które wiążą się, w jego mniemaniu, z daną orientacją. Co więcej, osoby nieheteroseksualne są utożsamiane z tzw. przygodnymi, ryzykownymi zachowaniami seksualnymi. Wspomniały o tym dwie lekarki z Łodzi:

„Ma znaczenie, dlatego, że są różne sposoby przenoszenia chorób, są różne sposoby narażenia. Każda orientacja seksualna niestety ma inne zachowania seksualne, jak to się mówi, bo tak: że na przykład homoseksualne grupy są bardziej

chętne do nawiązywania przygodnych kontaktów seksualnych. I to niestety trzeba powiedzieć, ze tak jeszcze jest. Był moment, kiedy te osoby, że tak powiem przestraszyły się. Chyba tak to trzeba powiedzieć, przede wszystkim zakażeniem HIV. I to się ładnie wszystko naprostowało. Teraz już słyszy się o tym wirusie, że jest ładnie do opanowania (…) i jest to na zasadzie: dostaniemy leki, czujemy się świetnie, nic nam się nie dzieje. Więc te zachowania takie nam się tutaj rozszerzyły i znowu mamy do czynienia z tym, że te osoby, zwłaszcza młodzi mężczyźni homoseksualni jednak mają tendencję do ryzykownych zachowań, czyli do częstej zmiany partnerów." (LD, Łódź)

W powyższej wypowiedzi osoby po specjalizacji godnym uwagi jest fakt, że lekarka ta jednoznacznie potwierdza panujący stereotyp, umacniając go (mimo że jej późniejsze wypowiedzi były odmienne od powyższej). Podobnej opinii jest inna lekarka będąca jeszcze w trakcie specjalizacji: *„Ale tak jak mówię, czy przychodzi pacjent taki czy taki to tutaj nie ma znaczenia. Ale grupa [pacjentów homoseksualnych] do lekarzy chorób zakaźnych trafia zdecydowanie częściej niż do lekarzy innych specjalności."* (LCZ, Łódź), która zwraca uwagę, że jej wiedza oparta jest na statystykach zamieszczonych na stronach *Krajowego Centrum do Spraw AIDS*, które w wymiarze globalnym zakłóca Afryka, gdzie wiele par heteroseksualnych jest zarażonych wirusem HIV.

„Myślę jednak, że takie osoby [nieheteroseksualne] przychodząc z pewnym problemem byłby bardziej otwarte, może nie na początku, ale przynajmniej postawiłby sprawę jasno i przyszłyby dlatego, iż miały na względzie dobro swoje i swojego partnera"
(LU, Warszawa)

Natomiast szerzej na tematy związane z orientacją seksualną pacjentów i sposobem ich diagnozowania oraz leczenia, badani lekarze wypowiadali się odpowiadając na pytania w kolejnych blokach tematycznych.

Przed przejściem do części właściwej badania, poproszono respondentów o zdefiniowanie własnymi słowami pojęcia orientacja seksualna. Na ogół lekarze podawali bardzo podobne wyjaśnienia tego terminu, zwracając uwagę na takie elementy jak pragnienie zaspokajania potrzeb seksualnych z osobą danej płci czy utożsamiali tę cechę z pociągiem seksualnym, a także wewnętrznym poczuciem oraz preferencją. Wyjątkowe na tle pozostałych odpowiedzi słowa padły z ust ginekologów, którzy w jednym zdaniu z pojęciem orientacji seksualnej zestawiali termin dewiacji seksualnej. Lekarze wymieniali trzy rodzaje orientacji seksualnych: heteroseksualną, homoseksualną oraz biseksualną. Tylko jeden lekarz – zajmujący się ginekologią, zaliczył do orientacji seksualnych także transseksualizm i zdefiniował go jako zaburzenie rozpoznania własnej płci, zestawiając jednocześnie orientacje z dewiacjami seksualnymi, które utożsamia z fetyszami – przedmiotami.

Tabela 4 Definicje orientacji seksualnej

SPECJALIZACJA	DEFINICJA
Choroby zakaźne	➢ *„Orientacja seksualna, czyli chęć zaspokajania naszych potrzeb seksualnych z osobą konkretnej płci czy to homoseksualną czy heteroseksualną czy biseksualną. Jakoś tak”* (LCZ, Warszawa) ➢ *„Powiedziałabym, że to taka preferencja seksualna. Komuś bardziej odpowiadają kontakty intymne z mężczyznami czy kobietami. I tak jak mówię orientacje to: homoseksualne, heteroseksualne i biseksualne.”* (LCZ, Łódź) ➢ *„No mamy orientację homoseksualną, heteroseksualną, biseksualną, prawda? No, bo na tym polega. Czyli pociąg do osób tej samej płci, odrębnej płci, znaczy przeciwnej płci i niektóre osoby, jak to twierdzą seksuolodzy, są tzw. biseksualna, czyli mają zarówno możliwość, pociąg seksualny do tej swojej płci, jak i do przeciwnej. Nie jest to żadna patologia, tylko po prostu tak mamy, jesteśmy tak zranieni, i musimy to akceptować.”* (LD, Łódź)
Ginekologia	➢ „*Orientacja seksualna, czyli trwały seksualny pociąg do osób określonej płci. Są trzy rodzaje, pomijając wszystkie dewiacje: heteroseksualizm – pociąg do osób przeciwnej płci, homoseksualizm – pociąg do osób tej samej płci, biseksualizm – pociąg do osób obu płci”* (LG, Warszawa) ➢ *„Orientacja seksualna, to jest wewnętrzne poczucie pacjenta, jaka płeć jest dla niego atrakcyjna. Mamy orientacje heteroseksualne, homoseksualne, biseksualne, transseksualne, czyli osoby z zaburzeniami rozpoznania własnej płci. Mogą być też orientacje skierowane ku rzeczom, czyli różnego rodzaju dewiacje”.* (LG, Łódź)
Interna	➢ „*Orientacja seksualna jest to preferencja danego człowieka do rodzaju stosunków seksualnych, jakie podejmuje.”* (LI, Warszawa) ➢ *„Z tego co mi wiadomo, to mamy orientację hetero, homo i biseksualną, prawda? Najbardziej dużą jest heteroseksualna, następnie chyba biseksualna, a homoseksualna to jest raczej ta najmniejsza grupa”* (LI, Łódź)
Urologia	➢ Lekarze na specjalizacji urologicznej nie zdefiniowali orientacji seksualnej, odpowiedzieli jedynie na pytania dotyczące znaczenia orientacji w procesie leczenia.

SPECJALIZACJA	DEFINICJA
Proktologia	➢ *„Orientacja to zainteresowanie osobami danej płci, preferencje. Generalnie są to pacjenci heteroseksualni, biseksualni, homoseksualni”* (LP, Warszawa) ➢ *„Nie jestem fachowcem, być może jakiś błąd tu popełnię, ale jest orientacja heteroseksualna, homoseksualna i biseksualna”* (LP, Łódź)

Źródło: Opracowanie własne.

Część druga: Wiedza lekarzy dotycząca leczenia oraz postępowania z osobą nieheteroseksualną

Następny blok pytań dotyczył wiedzy, którą posiadają lekarze po ukończonych studiach, na temat leczenia pacjentów oraz postępowania z nimi, w szczególności zaś z pacjentami nieheteroseksualnymi. Zapytano lekarzy będących na wybranych specjalizacjach, zarówno tych, którzy spotkali się już z pacjentem nieheteroseksualnym, jak i tych, którzy dotąd nie mieli okazji lub nie wiedzą, że ich pacjent nie był heteroseksualny. Odpowiedzi lekarzy posiadających takie doświadczenia i tych ich pozbawionych nie różniły się zasadniczo między sobą. Dla internistów orientacja seksualna pacjenta wydaje się nie mieć wielkiego znaczenia, w przeciwieństwie do urologów, ginekologów oraz w szczególności do proktologów i lekarzy chorób zakaźnych. Osoby na specjalizacjach medycznych, które uznały, że orientacja seksualna nie ma w diagnostyce znaczenia, zaznaczały, że wyjątkiem jest podejrzenie choroby przenoszonej drogą płciową (np. AIDS), wtedy też wskazane jest zapytać o preferencje seksualne pacjenta. Konieczność pytania o orientację lekarze wiązali z opiniami, zgodnie z którymi osoby nieheteroseksualne (zwykle homoseksualne) nierzadko podejmują kontakty seksualne uznawane za ryzykowne. Zdaniem przyszłych specjalistów, wiedza o życiu intymnym (orientacji) chorych, którymi się zajmują lub zajmą w przyszłości, może nakierunkować ich na daną chorobę i ułatwić postawienie diagnozy, a także uchronić ich przed ewentualnym zakażeniem (jednostkowa opinia). Niemniej jednak pojawiały się także głosy negujące tego typu stwierdzenia. Nie będąc jednogłośnymi w kwestii diagnostyki, badani wszystkich specjalizacji uznali, że nie ma żadnej różnicy pomiędzy leczeniem osób niehetero oraz heteroseksualnych.

- **Różnica w diagnostyce i leczeniu osób o rożnych orientacjach seksualnych**

Interniści zgodnie stwierdzili, że wiedza o orientacji seksualnej pacjenta nie jest wymagana w jego diagnostyce i leczeniu, co wynika z charakteru chorób, którymi się zajmują. Wyjątek stanowią dolegliwości z pogranicza interny i np. chorób zakaźnych, zwłaszcza przenoszonych drogą płciową:

„Chyba w mojej specjalizacji nie ma to większego znaczenia, a jeśli już zdarzyłyby się przypadki to one są raczej z pogranicza interny z innymi, ogólnie mam na myśli jakąś nie wiem, czy ginekologię czy choroby zakaźne, głównie z tego pogranicza, ale tak jak mówię – w samej internie wydaje mi się, że nie ma to żadnego znaczenia, jakiej orientacji jest chory (…) z pogranicza interny a chorób zakaźnych, gdzie, gdzie nie wiem, muszę oszacować ryzyko występowania właśnie chorób zakaźnych, które jednak częściej są przenoszone drogą płciową i przypuszczam, nie przypuszczam, tylko wiem, że grupa tych osób homoseksualnych jest częstsza no i tutaj to ma znaczenie” (LI, Łódź).

Przytaczane słowa wypowiedziała osoba, która posiadała kontakt zawodowy z pacjentem nieheteroseksualnym, natomiast osoba bez takich doświadczeń odpowiedziała bardzo podobnie, również wskazując na to, że wiedza ta nie jest niezbędna: *„Uogólniając najczęściej jest to [orientacja w diagnostyce] nieistotne, tak myślę. To czym najczęściej się zajmuję, choroby układu krążenia, infekcje to nie ma bezpośredniego związku z orientacją seksualną.* Przy czym osoba ta w następnych słowach zaprzeczyła sobie mówiąc, że jednak w niektórych sytuacjach informacja o orientacji seksualnej byłaby konieczna. Podobnie jak internista posiadający doświadczenie, drugi badany lekarz tej specjalizacji również uznał, że takimi przypadkami są choroby przenoszone drogą płciową, na które narażone w większym stopniu są osoby nieheteroseksualne:

„Mi jako lekarzowi trochę jest potrzebna wiedza o seksualności pacjenta, są pewne zachowania w ramach grup homoseksualnych, które w tej chwili może się już też zmniejsza ilość tych zachowań, które wpływają na występowanie pewnych chorób i w tym aspekcie jest to istotne (…) Ja nie mam w sobie czegoś takiego, jak tendencji to stygmatyzowania." (LI, Warszawa)

Młoda internistka, jak wynika z powyżej przytoczonej wypowiedzi, uznała za stosowne zaznaczyć, że jest daleka od stygmatyzowania takich osób i w kolejnych słowach postanowiła wyjaśnić swój pogląd na temat zachowania grup homoseksualnych, zwracając uwagę, że obecnie przytoczona przez nią sytuacja ulega zmianie, chociaż wciąż jest zauważalna:

„To taki sztandar to jest - każdy rozumie, że zachowania homoseksualne sprzyjały przenoszeniu zakażeń wirusem HIV kiedyś tak było, jak dokładnie nie wiedzieli. Teraz też tak jest w grupach homoseksualnych, które nie wiedzą jak się zabezpieczać (…)". (LI, Warszawa)

Z wypowiedzi badanych wynika, że informacje o orientacji seksualnej pacjenta mogłyby być przydatne w diagnostyce chorób zakaźnych, gdyż mogłyby ułatwić rozpoznanie choroby.

„Jeżeli zdarzało się w życiu moim, że jakieś tam kontakty z osobami, które mają orientację homoseksualną… nie da się przejść praktyki nie mając kontaktu z osobą homoseksualną skoro jest ich statystycznie ileś tam, musieliśmy zatem się z nimi zetknąć i nie jest to tak bardzo przekładane, nie jest tak bardzo istotne skoro nie ukuło nas to w życie." (LI, Warszawa)

Powyższe opinie podzielały także osoby będące na specjalizacji ginekologicznej, dla których pytanie o orientację nie jest rutynowe i niezbędne w diagnostyce. Osoby te różniły się natomiast podejściem do tematu osób homoseksualnych i chorób, które te osoby dotykają. Lekarz bez doświadczenia w kontaktach z osobami nieheteroseksualnymi wykazał się postawą niegeneralizującą i uznał, że ludzie o każdej z orientacji seksualnych są narażeni w równym stopniu na infekcje przenoszone drogą płciową, ponieważ nie orientacja jest tu czynnikiem warunkującym, lecz styl życia:

„Myślę, że w przypadku niektórych chorób przenoszonych drogą płciową mogłoby to mieć znaczenie, ale sądzę, że w dzisiejszych czasach te osoby heteroseksualne, zwłaszcza w naszej kulturze, polskiej, są tak samo narażone na różnego rodzaju infekcje, jak osoby homoseksualne, myślę, że tutaj te choroby przenoszone drogą płciową bardziej mogłyby dotyczyć mężczyzn niż kobiet i wydaje mi się, że w mojej praktyce nie ma to za dużego znaczenia, zwłaszcza biorąc pod uwagę grupę pacjentek, jaką ja się zajmuję, nie sądzę żeby to miało znaczenie. Myślę nawet, że kobiety homoseksualne mają mniejsze ryzyko przeniesienia różnego rodzaju infekcji niż pary heteroseksualne. Wydaje mi się, że istotny jest rodzaj życia seksualnego, intensywność tego życia, a nie to czy to jest życie homoseksualne, czy heteroseksualne." (LG, Łódź)

„Nie ma takiej różnicy [w leczeniu]. Powiadamiam, że partner czy partnerka powinna się leczyć, to samo dotyczy par heteroseksualnych, bo jeżeli ktoś przychodzi z kłykcinami, to wiadomo, ze partner czy partnerka też się musi zgłosić do badania, czy do leczenia, bo to może mieć dalej wpływ na życie. Jeśli pacjent heteroseksualny, ma posiew nasienia dodatni, a u partnerki występują non stop infekcje, to czy to jest homoseksualny partner, czy heteroseksualny, no to obydwoje powinni się poddać leczeniu. (LU, Łódź)

Natomiast osoba, która leczyła w swojej karierze pacjenta o odmiennej niż heteroseksualna orientacji miała opinię potwierdzającą stereotyp:

„Pacjenci heteroseksualni w stałych związkach regularnie dbający o swoje zdrowie są w minimalnym stopniu narażeni na zakażenie chorobami przenoszonymi drogą płciową, natomiast homo i biseksualiści oraz pacjenci, którzy są bardzo aktywni seksualnie i często zmieniają partnera często trafiają do mnie jednorazowo z typowymi przypadłościami dla takiego trybu życia, czyli kiła, wirus HPV, grzybica pochwy, opryszczka narządów płciowych, rzeżączka, czy najgroźniejsza choroba XXI wieku – AIDS." (LG, Warszawa)

Jak wykazało badanie, urolodzy również uważają, że wiedza o orientacji pacjenta jest potrzebna tylko w niektórych przypadkach chorób, czyli najczęściej przy okazji schorzeń przenoszonych drogą płciową. Jeden z nich, podobnie jak jeden z ginekologów jest skłonny przypisywać częściej tego typu choroby homoseksualistom, chociaż osoba ta zaznaczyła później, że orientacja pacjenta nie ma dla niej znaczenia w leczeniu. Mimo że osoba ta uważa za stosowne zapytać o orientację w przypadku podejrzenia o zakażenie drogą płciową, nie podaje żadnego powodu tej konieczności:

„To wszystko zależy od schorzenia, z którym pacjent się do nas zjawia. Przy kamienicy, proszę mi wierzyć, to nie ma najmniejszego znaczenia. Natomiast gdybyśmy mieli do czynienia z chorobą przenoszoną drogą płciową należałoby się skonsultować, zapytać pacjenta. Często ten pacjent, myślę, że zadeklarowałby, iż

jest homoseksualistą i być może dana przypadłość jest związana z jego orientacją seksualną." (LU, Warszawa)

Drugi lekarz na specjalizacji z urologii, posiadający doświadczenie w kontaktach z tego typu pacjentem, stwierdził, że orientacja nie ma znaczenia w pierwszym momencie, nie podając jednak, na jakim etapie diagnozy lub leczenia informacja ta jest istotna. Uznał natomiast, że niezależnie od swojej orientacji, chory powinien się leczyć, aby nie zagrozić zdrowiu, a nawet życiu swojego partnera.

Najbardziej jednoznacznie na temat znaczenia wiedzy o orientacji seksualnej pacjenta wyrazili się badani lekarze na specjalizacji z proktologii. Uznali oni, że wiedza ta ma znaczenie (jednak nie odpowiedzieli na pytanie jakie, stąd pewnie pod terminem *znaczenie w leczeniu* rozumieli *związek orientacji i schorzenia)*, a osoby nieheteroseksualne – w domyśle homoseksualne, są bardziej narażone na pewne schorzenia lub nawet cierpią na inne dolegliwości:

„Ma to znaczenie, dlatego, że niektóre schorzenia, związane są z tą właśnie orientacją, tu mówię akurat o homoseksualnej. Jakby ta orientacja jest czasem powodem tych niektórych schorzeń, więc tutaj to ma znaczenie ze względów czysto medycznych, nie społecznych". (LP, Łódź)

„Pacjenci nieheteroseksualni są narażeni na inne schorzenia końcowego odcinka pokarmowego niż pacjenci heteroseksualni. Tutaj począwszy od najbardziej niebezpiecznych np. pasożyta jelit, licznych chorób przenoszonych drogą płciową, przez choroby weneryczne, również seks oralny uprawiany przez homoseksualistów prowadzi do zapalenia wątroby typu A i B. Skończywszy na najbardziej niebezpiecznych dla życia – chorobie AIDS." (LP, Warszawa)

Proktolog z Warszawy nie posiadał doświadczenia w kontakcie z pacjentami nieheteroseksualnymi, mimo to stwierdził, że w kontaktach z pacjentem innej orientacji seksualnej niż heteroseksualna, trzeba zachować szczególna ostrożność, aby nie zarazić się wirusem HIV. Element ten został wskazany, jako różnica w leczeniu pacjentów danej orientacji: *„Różnica polega na tym, że trzeba bardziej uważać, żeby nie zarazić wirusem HIV siebie i innych pacjentów, żeby nie przenieść tej choroby".* (LP, Warszawa) Nikt inny nie podzielił jego obaw.

W przytaczanej wypowiedzi proktologa z Warszawy pojawiła się kwestia zapadalności osób nieheteroseksualnych na zapalenia wątroby typu A i B. Na ten sam element zwróciła uwagę także lekarka specjalizacji chorób zakaźnych, nie podała ona jednak przyczyny, którą wyartykułował badany proktolog: stosunek oralny: *„No tak, teoretycznie to jest zakażenie drogą pokarmową [wirusowe zapalenie wątroby typu A] – żółtaczka pokarmowa. (…). Na dziesięciu przyjętych pacjentów, to połowa, to byli tego typu pacjenci [nieheteroseksualni] (…)z czym to było związane, trudno jest nam powiedzieć. Może dlatego, że ogólnie młode osoby nie miały odporności i chorowały"* (LD, Łódź)

Co więcej, zdanie badanych lekarzy specjalizujących się w dziedzinie chorób zakaźnych jest zbliżone do opinii proktologów, ponieważ uważają oni, że pewne jednostki chorobowe są bardziej charakterystyczne dla osób homoseksualnych (w wypowiedziach obu badanych lekarzy chorób zakaźnych, jako przykład chorób, na które narażone są zwłaszcza osoby nieheteroseksualne, podano AIDS – wirus HIV) dlatego też wiedza o orientacji seksualnej pacjenta jest dla nich ważna:

„Raczej wydaje mi się, jeśli chodzi o leczenie nie ma to znaczenia, natomiast jeżeli chodzi o stawianie diagnozy to tak jak powiedziałem wcześniej, ma to znaczenie takie, że no powiedzmy u osób homoseksualnych zdarza się, że podejrzewałbym powiedzmy częściej występowanie pewnych jednostek chorobowych niż u osób heteroseksualnych." (LCZ, Warszawa)

„Jest ważna, gdy mamy właśnie grupę zakażonych homoseksualnie, znaczy się w ogóle osób homoseksualnych, bo jest większe prawdopodobieństwo, że ta osoba jest zakażona wirusem HIV z tego względu na ryzykowne zachowania zwłaszcza w tej grupie. Części partnerzy, liczni partnerzy, plus kontakty analne, które wiadomo, że zwiększają jakby szanse przenoszenia choroby drogą płciową m.in. HIV czy kiły.(…) Tak, bo po prostu zdecydowanie te kontakty są bardziej ryzykowne i po prostu ta grupa częściej zmienia partnera, rzadko to jest partner na całe życie" (LCZ, Łódź)

Nieco odmiennego zdania jest lekarka z już posiadaną specjalizacją, która uważa, że nie można już mówić o orientacji jako przyczynie narażenia, lecz o trybie życia i tzw. ryzykownych zachowaniach seksualnych. Lekarka powtarzała także, że tego rodzaju pogląd jest zasadniczo nowy w medycynie.

- **Schorzenia charakterystyczne dla osób o różnych orientacjach seksualnych**

Odpowiadając na poprzednie pytania, lekarze częściowo poruszali temat schorzeń, które są charakterystyczne dla osób nieheteroseksualnych (choroby przenoszone drogą płciową), zdając sobie jednocześnie sprawę z tego, że wiele z nich jest nie tyle uzależnionych od rodzaju orientacji, co od trybu życia prowadzonego przez konkretną osobę. Niektórzy lekarze nie byli jednak wolni od stereotypów.

Interniści zdają sobie sprawę z tego, że nie można generalizować, jednak w ich przypadku stereotyp, nawet niepotwierdzony ich doświadczeniem, wydaje się być bardzo silnie zakorzeniony. Osoby aktualnie specjalizujące się w dziedzinie interny, wskazywały na schorzenia charakterystyczne i dominujące u osób nieheteroseksualnych i były to: choroby przenoszone drogą płciową, weneryczne, choroby zakaźne, np. AIDS. Niemniej jednak uznały one także, że to nie orientacja jest przyczyną, lecz styl prowadzonego życia. Inną kwestią jest, że stereotypowo, co potwierdzają badani, tego rodzaju niebezpieczny styl życia jest przypisywany osobom o orientacji nieheteroseksualnej:

„Ale to wynika nie z samego zachowania osób orientacji homoseksualnej bo jeżeli jest orientacja homoseksualna, która uprawia seks ulubioną drogą w taki sposób, że się zabezpiecza przed przenoszeniem chorób to na te choroby nie zapada. Osoba heteroseksualna zachowująca się w ten sposób, która przylgnęła do grupy homoseksualnej, czyli często zmiana partnerów to jest taka charakterystyka tych pacjentów. Tak chyba jednak jest, że częsta zmienność partnerów przyporządkowana jest dla osób homoseksualnych stąd oni sobie te infekcje przenoszą. Jeżeli partnerzy heteroseksualni zachowują się w ten sam sposób również sobie te choroby przenoszą, w związku z czym to nie jest tylko profil pacjenta homo czy hetero, ale jest to profil charakterystyczny dla takich konkretnych zachowań." (LI, Warszawa)

„Myślę, że [osoby nieheteroseksualne] *mają potrzebę, żebyśmy ich akceptowali i żebyśmy im, że tak powiem, traktowali jak każdego innego człowieka i tutaj w tym kierunku należy iść."* (LD, Łódź)

„Teoretycznie są, prawda, chodzi głównie o choroby zakaźne, o choroby weneryczne czyli AIDS, czy choroby przenoszone drogą płciową, aczkolwiek ja powiem szczerze, że nie zdarzyło mi się, żeby w przypadku, kiedy trafił się - byli tacy chorzy, nie potwierdziło się mi to, czy oni są orientacji homoseksualnej albo biseksualnej. To były osoby heteroseksualne. Mimo wszystko, mimo że jakby nie należą do tej grupy ryzyka. Chodzi o styl życia." (LI, Łódź)

Niezwykle istotną kwestią wydaje się być wątek poruszony przez internistkę z Łodzi, która wprost twierdzi, że zna „teorię" schorzeń osób nieheteroseksualnych, ale jej praktyka, a posiadała ona dotąd pacjentów nieheteroseksualnych, nie pozwala potwierdzić tych wiadomości.

Nie innego zdania są także badani ginekolodzy. Jeden z nich wymienił typowe dla nieheteroseksualnych schorzenia (choroby weneryczne, przenoszone drogą płciową, AIDS, choroby zakaźne, HPV), natomiast drugi na wzór internistów szczególną uwagę zwrócił na to, że istotne w przypadku schorzeń jest zachowanie pacjentów – rodzaj i intensywność życia seksualnego, nie zaś ich orientacja:

„Ja nie sądzę, żeby istotny był homoseksualizm, czy heteroseksualizm, tylko sposób życia. Jeżeli pacjentka zmienia w ciągu roku 30 partnerów, to sądzę, że jest to niezależne, czy jest to kobieta czy mężczyzna, jest na pewno czynnikiem ryzyka chorób przenoszonych drogą płciową, Natomiast, jeżeli ma jednego, stałego partnera, to moim zdaniem, niezależnie, czy jest to kobieta, czy mężczyzna, nie wpływa to na postępowanie z taką pacjentką. Czyli cały czas podkreślam – nie tyle, jakiej płci jest partner, natomiast, rodzaj i intensywność życia seksualnego ma tutaj znaczenie. (…) Jeżeli ktoś ma jednego partnera, przez całe życie, to niech on będzie wszystko jedno, jakiej orientacji seksualnej, bo tutaj głównie mam na myśli choroby przenoszone drogą płciową, no to, jeżeli ma się jednego, wiernego partnera, niezależnie, jakiej płci to jest partner, to ryzyko infekcji jest małe, prawda? Jeżeli ma

się partnera albo partnerkę biseksualną, która ma 10 partnerów tygodniowo i jeszcze jedną partnerkę, to wiadomo, że jest szansa przeniesienia tej infekcji bardzo duża. Przy czym wydaje mi się, że przy takich kontaktach homoseksualnych, między kobietą, a kobietą, gdzie nie dochodzi do penetracji, to ryzyko infekcji jest jednak mniejsze, niż np. między mężczyznami homoseksualnymi." (LG, Łódź)

Opinie te podzielali także lekarze na specjalizacji z urologii, zwracając szczególną uwagę na rodzaj praktykowanych stosunków płciowych, nie zaś na płeć partnerów, czy też ich orientację. Postanowili zauważyć, że stosunki analne dotyczą nie tylko par homoseksualnych, ale także nierzadko heteroseksualnych:

„Tak jak powiedziałam, są choroby ściśle związane z orientacją seksualną, albo samym rodzajem seksu, który preferuje, w końcu osoby heteroseksualne również mogą preferować seks analny bądź mogą być bardziej aktywne seksualnie, mieć wielu partnerów i tą drogą przenosić choroby, choroby przenoszone drogą płciową. W związku z tym sama orientacja nie ma znaczenia. Znaczenie ma raczej jak jesteśmy aktywni, jak bardzo jesteśmy aktywni seksualnie i jak wielu mamy partnerów, z jakiego środowiska, czy jest ich dużo czy mało, czy istnieje zagrożenie czy na przykład zaraziliśmy się wirusem HIV, czy są tego świadome. Duża część polskiego społeczeństwa nie jest świadoma tego faktu." (LU, Warszawa)

„Mam kolegę, który jest homoseksualistą, jest bardzo dobrym moim kolegą, jest normalnym mężczyzną i nie wiem dlaczego miałbym w stosunku od niego, czy jako lekarz w stosunku do niego postępować inaczej, niż w stosunku do jakiegokolwiek innego pacjenta." (LG, Łódź)

„Ja przyznam szczerze, że jeżeli para heteroseksualna uprawia seks analny bez zabezpieczenia, to jest narażana tak samo jak para homoseksualna uprawiająca seks analny bez zabezpieczenia, to nie ma znaczenia. Znaczenie ma zachowanie seksualne wywołujące, natomiast nie orientacja. Bo nie ukrywajmy, że pary heteroseksualne również uprawiają seks analny. Ani HIV, ani opryszczka, ani kłykciny, ani proste infekcje, nie dotyczą którejś z tych grup, wręcz przeciwnie, jeżeli ktoś gdzieś zboczył na jakąś ścieżkę inną, to czasami jest tak, że częściej poddaje się kontroli, mając gdzieś tam w głowie, że „ja to zachowuje się inaczej niż wszyscy, więc powinienem się zbadać", co oczywiście nie jest prawdą, bo te 16 tysięcy ludzi z HIV aktywnym w Polsce, to nie są wyłącznie homoseksualiści." (LU, Łódź)

Badani proktolodzy byli tego samego zdania, zwracając uwagę na styl życia pacjenta, nie zaś na jego orientację seksualną*: „Przyczyną czasem jest orientacja, chociaż niekoniecznie, bo na przykład mówimy tu konkretnie o tym, że pacjenci homoseksualni ze względu na stosunki analne czasami mają uszkodzone zwieracze po prostu, ale zdarzać to się może również w przypadku kobiet, które praktykują analne stosunki. Także nie zawsze to dotyczy pacjentów homoseksualnych"* (LP, Łódź) aczkolwiek ta sama osoba jednocześnie przyznała, że związana z tą

preferencją rodzaju stosunku seksualnego dolegliwość nietrzymania stolca u mężczyzn homoseksualnych występuje częściej niż u osób heteroseksualnych płci męskiej.

Jeden z lekarzy specjalizujących się w dziedzinie chorób zakaźnych, zwrócił uwagę na kwestię choroby, która nieraz kojarzy się ze środowiskiem osób LGTB, twierdząc, że aktualnie zarażenia wirusem HIV nie dotyczą w większości osób homoseksualnych: *„Myślę że to teraz już się troszeczkę wyrównuje chodzi mi tu głównie o zarażenia wirusem HIV. Jeszcze kilka lat temu dominowali pacjenci homoseksualni jeżeli chodzi o zarażenie się tym wirusem. W tej chwili to się troszeczkę zmienia. Podobna liczba zachorowań zdarza się również u osób heteroseksualnych czy kobiet na przykład."* (LCZ, Warszawa)

„Myślę, że jeśli ktoś pracuje w innej dziedzinie niż zakaźny to ma bardzo mały taki dostęp. Natomiast nawet jeśli robiąc specjalizację z chorób zakaźnych myślę, że ten dostęp powinien być większy." (LCZ, Łódź)

Inny lekarz tej specjalizacji, powołując się na statystyki był innego zdania. Uznał, że odsetki osób z danej grupy zarażone wirusem HIV są zachwiane przez heteronormatywną Afrykę, natomiast w wypowiedziach o zarażonych wirusem HIV używał pojęcia orientacji seksualnej i jej rodzajów.

„Ze względu na ryzykowne zachowania - częściej kiła, częściej rzeżączka, częściej HIV, mimo że jeśli spojrzy się na cały świat to na cały świecie dominują zarażenia heteroseksualne, ale to Afryka tą statystykę zaburza. Natomiast w Polsce w ostatnim czasie największa zachorowalność jest w grupie homoseksualnej" (LCZ, Łódź)

- **<u>Źródła wiedzy o schorzeniach pacjentów o odmiennych orientacjach seksualnych oraz o postępowaniu z pacjentem nieheteroseksualnym</u>**

Niemal wszyscy badani lekarze będący w trakcie swoich specjalizacji doświadczyli w czasie studiów zajęć z postępowania z pacjentem, kontaktowania się z nim oraz ogólnie dotyczących psychologii osoby chorej. Pomimo to uczestnicy wywiadów pogłębionych twierdzili, że zajęcia te były zupełnie niewystarczające. Co więcej, podczas tych zajęć właściwie nie poruszano lub robiono to sporadycznie i pobieżnie problematyki pacjentów nieheteroseksualnych. Zdania, co do potrzeby takich treści były podzielone. Osoby sprzeciwiające się pomysłowi wprowadzenia takich kursów czy publikacji stwierdzają, że jest to niepotrzebne, ponieważ leczenie osób o odmiennej orientacji seksualnej niczym się nie różni od leczenia osoby heteroseksualnej. Lekarze ci wskazywali również na fakt tego, że ludzie z perspektywy medycyny nie różnią się ze względu na płeć.

Źródła wiedzy podawane przez badanych lekarzy były podobne, aczkolwiek w wielu przypadkach zostały uznane za niewystarczające. Należały do nich treści zdobyte w czasie studiów, wydania książkowe, artykuły w magazynach medycznych, literatura obcojęzyczna, natomiast szkolenia i kongresy pojawiały się rzadko

w doświadczeniach badanych. Ważnym źródłem wiedzy jest także inny lekarz, z którymi osoby w trakcie specjalizacji chętnie się konsultują. W związku z tym, że wiedza dotycząca postępowania z pacjentem, w tym nieheteroseksualnym, została uznana za niewystarczającą, badani uznali, że przydałyby się zajęcia lub publikacje, które w sposób pogłębiony poruszałyby tematykę psychologii pacjenta.

W czasie studiów medycznych nie było zajęć poświęconych pacjentom nieheteroseksualnym lub też były, ale ich jakość była bardzo niska. Jeżeli uczelnia organizowała tego rodzaju wykłady, ćwiczenia czy seminaria, to dotyczyły one z reguły ogólnych zagadnień z psychologii pacjenta. Alarmującym wydaje się być fakt tego, że zdaniem lekarzy będących na specjalizacji, wiedza w ten sposób przekazywana - zakładając, że w ogóle ją prezentowano, była niewystarczająca. Poniżej liczne wypowiedzi lekarzy wskazujące na brak lub niewystarczający zakres zajęć.

„To znaczy jako takich wykładów, czy zajęć, czy czegokolwiek a propos specjalnego traktowania takich osób albo specjalnego leczenia, czy też nawet w podejściu do rozmowy, czy obcowania z taką chorobą [charakterystyczną dla os. nieheteroseksualnych], to takich zajęć nie było. Natomiast były zajęcia w ramach zajęć z psychiatrii, raczej informujące o takim zjawisku, o takich chorych, jakaś podana statystyka i podana statystyka właśnie, jeśli chodzi o częstość występowania różnych chorób. Natomiast samych jakby zajęć, nie wiem, ze specjalnego traktowania, czy konkretnie odrębnego traktowania tych chorych, nie było (…) faktem jest, że było to typowo informacyjne. Tak jakby sucha wiedza” (LI, Łódź)

„…ale wydaje mi się, że jeżeli pacjent zachowuje się w sposób jakby naturalny i swoją sytuację jakby akceptuje, to doktor też akceptuje taką sytuację i nie ma jak by znaczenia jakby, jakiej on jest orientacji i wymaga takiej samej opieki, dokładnie takiej samej, jak każdy inny chory. Natomiast jeśli ten chory nie akceptuje danej sytuacji, tak? I potrzebuje jakiegoś wsparcia psychicznego, no to wtedy staramy się pomóc takiemu choremu, jak najbardziej mu się to należy. Jeśli chory się zgłasza się z taką potrzebą do doktora, to doktor powinien w związku z tym cos zrobić, w tym kierunku coś zrobić, ale jeśli sam chory jest pogodzony, czy też sam siebie akceptuje i to jest jego wybór, to myślę, że tutaj, jeśli chodzi o opiekę lekarską to nie powinno być żadnej różnicy, jeśli chodzi o innych chorych, tak? Tu styl życia ma duży wpływ, a nie orientacja.”
(LI, Łódź)

„To znaczy na studiach, jako tako raczej się nie mówiło o jakichś schorzeniach związanych z orientacją, więc ja mówię tylko skąd ogólnie mam wiedzę, a tak no ten kurs [kurs w ramach doskonalenia o problemach seksualnych], o którym wspominałam o problemach seksualnych. (…) W zasadzie coś tam było wspomniane [o postępowanie z pacjentem], ale żeby jakoś tak porządnie to nie.” (LI, Warszawa)

„Trudno mi sobie w tej chwili przypomnieć czy na studiach była wzmianka o tym, że leczenie osób nieheteroseksualnych miałoby się różnić od leczenia osób

heteroseksualnych. (…) Nie przypominam sobie, aczkolwiek ten temat powinien być szeroko omawiany ze względu na specyficzną psychikę tych pacjentów, z reguły są to ludzie zamknięci, którym trudno mówić o swoich problemach albo całkowicie otwarci, wręcz obnoszący się ze swoją orientacją. Generalnie są to trudni pacjenci." (LG, Warszawa)

„Tak. Na studiach oczywiście spotkaliśmy się z takimi zagadnieniami jest to w ramach programu nauczania. Również na stażu w szpitalu, natomiast uważam, że wiedza, która znajduje się w naszych podręcznikach, również informacje przekazywane nam są moim zdaniem dosyć skromne i niewystarczające. Ale jest to moja subiektywna opinia.(…) Z pacjentem ogólnie? Oczywiście. [były zajęcia dotyczące postępowania z pacjentem] To w ramach programu." (LU, Łódź)

„Szczerze mówiąc, chyba raz tylko. To jest bardzo rzadko poruszany temat [leczenia i postępowania z pacjentem nieheteroseksualnym]. To było szkolenie, zajęcia interdyscyplinarne – urolog, ginekolog, seksuolog i proktolog właśnie. I tam rozmawialiśmy na temat np. trzymania stolca u osób, które mają różne orientacje seksualne. (…) To na pewno wymaga douczenia." (LP, Łódź)

„W jakimś stopniu tak. Obawiam się, że niestety nie jest wystarczająca. Myślę, że za mało czasu poświęcamy takim kwestiom. Być może, dlatego, że jesteśmy moim zdaniem dość klaustrofobicznym społeczeństwem i nie zajmujemy się tymi tematami, a to jest przecież część naszej istoty. Nie każdy człowiek jest heteroseksualny, tak jesteśmy skonstruowani, należy to zaakceptować. Należy pamiętać o tym, że problemy z tym związane również wymagają leczenia, a nawet szczególnie należy się tym zająć, ponieważ często pacjenci mają opory natury psychologicznej i boją się przyjść ze swoimi schorzeniami, wstydzą się niestety nadal swojej orientacji." (LU, Warszawa)

„Niech pomyślę. Tak było tylko kilka godzin poświęconych leczeniu osób nieheteroseksualnych, lecz moim zdaniem wiedza przedstawiona tam nie była zbyt wystarczająca, była raczej bardzo ogólna. (…)Tak, było kilka godzin poświęconych tej tematyce, ale były to zajęcia prowadzone w formie symulacji wizyty takiego

„Chyba potrzeby mają takie same, przyznam szczerze dziwne jest to pytanie. Bo to są tacy sami ludzie, no nie mają trzech nóg, używają tak samo prezerwatyw, jak ci, co są heteroseksualni, i chcą używać, a jeśli mają jakieś inne potrzeby, to dotyczą życia emocjonalnego i oni je realizują właśnie w taki a nie inny sposób. Takich grup, które w związku z tym powinniśmy traktować w sposób specjalny, to można każdą grupę wymienić osób – prawo, leworęcznych, wysokich, niskich, każdy ma jakieś swoje wyjątkowe potrzeby. Mały się będzie domagał podnóżka przy wejściu na wersalkę, duży dłuższego łóżka w szpitalu, no dla każdego jego wyjątkowa jakaś tam cecha tworzy jakąś potrzebę, której nie zawsze jesteśmy w stanie zrealizować." (LU, Łódź)

„Niewątpliwie dopóki sam pacjent nie zdradzi nam swojej orientacji seksualnej, rozmowa z takim pacjentem przebiega w sposób naturalny, niczym nie różniący się od pacjentów heteroseksualnych, a po ujawnieniu swojej orientacji uważam, ze ton rozmowy nie powinien się zmienić. Każdy pacjent ma prawo do równego traktowania i leczenia bez względu na orientację seksualną." (LG, Warszawa)

pacjenta nieheteroseksualnego. Jednak wiadomo, że w rzeczywistości podczas wizyty takiego pacjenta mogą zajść nieprzewidziane w programie sytuacje, okoliczności." (LP, Warszawa)

„Nie, nie przypominam sobie takiego szkolenia czy kursu, który by poruszał problem leczenia akurat osób nieheteroseksualnych. (…) Tak [były zajęcia z kontaktowania się z pacjentem], jeżeli chodzi o postępowanie, o kontaktowanie z pacjentem to tak." (LCZ, Warszawa)

Poza studiami, wiedzę w temacie pacjentów nieheteroseksualnych oraz pacjentów ogólnie, badani lekarze czerpią nie tylko ze studiów, ale także z artykułów i pism medycznych, głównie obcojęzycznych, publikacji książkowych czy internetowych oraz z kontaktów z innymi lekarzami. Cennym źródłem wiedzy jest także przede wszystkim własna praktyka lekarska. Niemniej jednak część młodych lekarzy nie zna i nie czyta żadnych źródeł, natomiast pozostali, którzy czytają, nie są w stanie podać tytułów publikacji, którymi są zainteresowani:

„Głównie, właśnie, głównie książki pod redakcją profesora Starowicza i jego syna. Nie przypomnę sobie w tym momencie tytułów dokładnie, jeszcze mam dwie pozycje innych autorów. Niedawno był też kongres, kongres taki: kobieta i mężczyzna w świecie współczesnym i ich życie, o ich płciowości, nie pozwolił mi czas na to żeby uczestniczyć w tym kongresie natomiast myślę, że wiele lekarzy mogło w tym uczestniczyć i że to też jest takie właśnie kongresy, różne szkolenia są też dobrą forma żeby, żeby zdobywać aktualną wiedzę związaną także z życiem seksualnym człowieka. (…) Żebym pani teraz powiedziała jakieś tytuły, artykuły to nie powiem pani tytułów, artykułów żadnych, które przeczytałam. Te, które poczytujemy to są artykuły czy z medycyny praktycznej, czy jakieś takie serie, ale żebym powiedziała że z książki takiej a takiej, artykuł taki a taki to nie pamiętam. Są to często pisma medyczne, biuletyny wychodzące cyklicznie, które na bieżąco się czyta." (LI, Warszawa)

„Konkretny tytuł niestety nie. Ale myślę, że można by było znaleźć jakąś pozycję. Natomiast tak jak mówiłam, mamy dostęp do Internetu, mamy znajomych, mamy literaturę, jeżeli nie polskojęzyczną to zawsze obcojęzyczną – można zasięgnąć porady, zawsze znajdziemy kogoś, kto się będzie specjalizował w tym temacie. Nawet, jeśli nie będziemy do końca zorientowani w danym przypadku mamy, z kim konsultować dany przypadek i to jest najważniejsze." (LU, Łódź)

„Oczywiście podstawy dały mi moje studia, następnie na stażu, to co każdy lekarz musi wchłonąć, czyli wiedza, którą otrzymujemy w ramach książek jak i od naszych

profesorów. Potem praktyka i tak naprawdę praktyka jest naszym największym, najlepszym nauczycielem. Proszę mi wierzyć dużo można się nauczyć pracując z pacjentem. Na pewno dużo więcej niż poznając fachową wiedzę, aczkolwiek każda informacja jest dla na ważna, potem możemy ją przełożyć na rzeczywistość. Głównie czerpiemy informacje od profesorów, doktorów, z którymi współpracujemy." (LU, Warszawa)

„No można szukać na polskich stronach, bo to na wszystkich od Medycyny Praktycznej, po wymiany poglądów lekarzy na Konsylium 24, po Pub Net, czyli te publikacje międzynarodowe, które są istotne." (LD, Łódź)

„Przynajmniej z piśmiennictwa wynika, że na przykład, jeżeli było pierwsze rozpoznanie takie, że osoba ma wirusa HIV, rzeczywiście było tak na początku nawet w piśmiennictwie, ze jest to choroba homoseksualnych mężczyzn, co się okazywało oczywiście totalną bzdurą i nieprawdą, ale wynikało to chyba głównie z tego, że jednak te osoby nie tworzyły stałych związków" (LD, Łódź)

„Głównym źródłem wiedzy na temat leczenia takich osób jest literatura obcojęzyczna. Na chwilę obecną chyba nie jestem w stanie sobie przypomnieć żadnej pozycji literatury, tytułu, jednakże żadna z nich moim zdaniem nie jest wyczerpująca"
(LP, Warszawa)

„Nie, po prostu jak się czyta książki na temat HIV czy AIDS to tam to jest podkreślane, że ta grupa. Na wiedzy przede wszystkim. (…) takie informacje można znaleźć na stronie internetowej Krajowego Centrum do spraw AIDS" (LCZ, Łódź)

„Tak znam, np. polskie czasopismo, które zajmuje się HIV, AIDS, nazywa się HIV & AIDS Review (…) polskie rekomendacje Polskiego Towarzystwa ds. HIV, AIDS, czy np. „HIVmetes", książka pana profesora Rotrsto z Niemiec, ale ja się tą tematyką zajmuję to są już bardzo, bardzo szczegółowe rzeczy, a takie dla przeciętnego lekarza, lekarza rodzinnego to warto, żeby sobie na rekomendacje Polskiego Towarzystwa ds. HIV, AIDS ewentualnie zerknął." (LCZ, Łódź)

Ciekawą odpowiedź na pytanie o źródła pisane wiedzy dał ginekolog z Warszawy, który mówiąc o literaturze dotyczącej homoseksualistów poruszył temat ich orientacji w kontekście choroby, co w pewnych kręgach jest popularnym poglądem: *„Jeśli chodzi o literaturę dotyczącą leczenia homoseksualistów, to pamiętam było kilka tytułów dotyczących ich leczenia, jednak do dnia dzisiejszego głosy na temat czy nie heteroseksualizm jest chorobą są podzielone".* (LG, Warszawa)

Jak już zostało wspomniane, w ocenie respondentów, wiedza przekazywana na studiach oraz ta dostępna im – jeśli jest - w różnych źródłach wydaje się być niewystarczająca. Zapytano więc uczestników wywiadu o to, jakich informacji potrzebowaliby, aby pewniej wchodzić w wybrany przez siebie zawód i radzić sobie w sytuacjach kontaktu z pacjentami, także nieheteroseksualnymi.

Wśród propozycji treści, jakie powinny być przekazywane w trakcie studiów, pojawiły się:

- kształcenie tolerancji i uświadomienie różnorodności:
    - *„Natomiast być może przydałoby się, bo niektórzy wtedy nie są tolerancyjni (śmiech) i często tacy chorzy są, uważam pokrzywdzeni przez doktora, który jakby, mówiąc brzydko – mało profesjonalnie podchodzi do problemu. Także i być może takie zajęcia by się przydały, ale nie wiem czy to, w zasadzie powinien od nas tego wymagać ten zawód sam w sobie, nie wiem czy nie byłoby niezbędnym kształcenie lekarzy w tym kierunku pod względem tolerancji. To samo z siebie powinno wynikać a nie wiem czy musiałby być do tego specjalnie wliczany."* (LI, Łódź)
    - *„Myślę, że można by było, chociaż jest to praca z dużą grupą osób, więcej pracy i troski włożyć w to, żeby przygotować nas bardziej profesjonalnie i oswoić nas z faktem, że nasza orientacja seksualna, która nie jest heteroseksualną, jest po prostu faktycznym stanem rzeczy i jest normalną – nie przypadłością czy chorobą – tylko sposobem na życie, tacy po prostu się urodziliśmy, bądź tacy jesteśmy, taką decyzję podjęliśmy i należy to uszanować."* (LU, Warszawa)
    - *„Najważniejsze jest tak naprawdę uświadomienie. Zacząć od tego, że wszyscy jesteśmy tacy sami. Czy mamy orientację taką, czy inną."* (LD, Łódź)
- informacje powinny zostać ukonkretnione i uporządkowane:
    - *„Nie jest to dużo informacji jakieś ukonkretnienie i uporządkowanie mogłoby zaistnieć. Myślę, że miałoby to sens, dlatego, że problem się przenosi chyba jest trochę generalnie niedoprecyzowany, chyba jest tak że jedziemy po stereotypach w patrzeniu na ten problem. Więc pewne usystematyzowanie, udefiniowanie by się przydało. Dostęp do informacji jest mały to są informacje przy okazji czegoś tam poprzez jednostkę chorobową, na którą chorują czasem też te osoby. Chciałabym wiedzieć coś więcej, żeby ktoś mi to usystematyzował, powiedział czy to co ja sobie tam uzbierałam czy to jest mądrze, czy głupio? Żeby mi coś wystandaryzował żebym ja mogła się czuć pewniejsza w tym, co sobie uzbierałam z różnych źródeł informacji i ułożyłam po swojemu. Potrzebowałabym informacji czy są jakieś choroby, na które chorują osoby homo czy heteroseksualne mają jakiś swój zestaw chorób? Czy nie mają zestawu chorób?"* (LI, Warszawa)

- Kształcenie związane z psychologią takiej osoby. Wiedza o tym, jak podchodzić do takiego pacjenta, zwłaszcza w sytuacji, gdy on obawia się wizyty u lekarza:
    - *„Zdecydowanie więcej powinno być zagadnień psychologicznych związanych z pacjentami nieheteroseksualnymi, ponieważ często są to ludzie bardzo wrażliwi i czasami zwykły gest czy słowo potrafią takiego pacjenta urazić i sprawić, że mimo i tak już mało komfortowych okoliczności, może poczuć się poniżony, obrażony. Generalnie mało wiemy na temat zachowań osób nieheteroseksualnych."* (LG, Warszawa)
    - *„Poza tym, sposób, czy temat rozmowy, wymuszają pewne wymogi dotyczące np. specjalności zabiegowej, inaczej się rozmawia i o inne rzeczy się pyta, inaczej w specjalnościach zachowawczych, czego innego, w co innego się drąży, powiedzmy i na co innego się zwraca uwagę. Sposób kontaktu z pacjentem, o co zapytać - wszyscy wiedzą, uczymy się tego z książek, a kontakt to tyle o ile."* (LU, Łódź)
    - *„Moim zdaniem, tak jak wspomniałam wcześniej, można więcej czasu poświęcić przygotowaniu lekarza na takich pacjentów i choroby."* (LU, Warszawa)
    - *„Taki zestaw informacji zebranych dla dobra chorych, że już się ich nie dopytujemy, żeby było łatwiej pracować z tymi pacjentami, bo oni są często drażliwi, nie umiemy z nimi pracować. Każdy opracował sobie metodę co sobie wyobraża, że tak będzie robił, ale zwłaszcza osoby, które rzadko spotykają się z takim pacjentem. Bardzo trudne jest, jeśli chodzi o pracę w intymnych dziedzinach pracy z pacjentem i to nie będzie chyba tylko dotyczyło pacjenta w aspekcie homo - hetero seksualności czy biseksualności, ale zawsze jeśli rozmawiamy o sprawach osobistych z pacjentem, które nam wychodzą przy okazji chorób - no bo ja nie jestem psychologiem tak? Ja nie jestem psychologiem aczkolwiek etap pracy w szpitalu jak są wolniejsze chwile taki jest moment, kiedy rozgadują się pacjenci i zaczynają zjeżdżać na tematy poboczne. Jeśli chodzi o to główny nurt naszej pracy, zaczynamy wchodzić w sprawy osobiste, ale to trzeba pacjenta rozgadać, mieć dla niego czas, nie każdy pasuje dla każdego i nie każdy każdemu chce opowiadać. Ja nie wiem czy to się da ustandaryzować, jako tak, ale jakieś takie podpowiedzi jak pracować z tym pacjentem od strony psychologicznej by nam się przydały bo my nie specjalnie umiemy każdy z nas wypracował sobie jakaś metodę na własną rękę, ale też jakiś zarys, podpowiedzi by nam się przydały bo nie każdy z nas sobie z tym dobrze radzi."* (LI, Warszawa)

- *„Ja myślę, że nie byłoby błędem, żeby ktoś, nawet z punktu widzenia psychologicznego, przedstawił nam, w jaki sposób rozmawiać – bo my oczywiście potrafimy z tymi pacjentami rozmawiać, ale są to pacjenci, którzy nie są zbyt chętni do tego, żeby przybliżyć nam swoje problemy, bo bardzo często jest tak, że my wiemy, że pacjent nie jest heteroseksualny, ale mimo wszystko neguje to. Nie uznajemy tego przecież za chorobę, jednak jest to u dużej części pacjentów dosyć wyraźne, ze negują pewnego rodzaju zachowania, więc być może z takiego podejścia do pacjentów przydałoby się trochę podszkolić nas jako lekarzy."* (LP, Łódź)
- *„Zawsze takie, mówię człowiek całe życie się uczy. Czyli bardziej nie od strony medycznej wiedzy, takiej społecznej, psychologicznej (…) Myślę, że np. kursy online, czy jakaś taka rozmowa online z pacjentem. Myślę, że aspekty psychologiczne, sposób prowadzenia rozmowy."* (LCZ, Łódź)

- Kształcenie postawy wobec pacjenta agresywnego
  - *„Natomiast proszę zwrócić uwagę, że nikt nie przygotowuje również nas, jak bronić się przed brakiem kultury, agresją ze strony pacjentów i myślę, że nikt mechanikowi samochodowemu tak nie napyskuje, jak doktorowi."* (LU, Łódź)
  - *„Też te grupy takie różniące się często są trudne w kontakcie z innymi osobami - my to widzimy grupy osób troszkę o innych profilach psychologicznych nie tylko w zakresie homoseksualności, że oni jak mają coś do ukrycia to są zaczepni, obronni to wystawiają pazury, są agresywni w stosunku do nas na wszelki wypadek już, bo ktoś będzie go negatywnie oceniał. My to widzimy, to widać w drzwiach ktoś wchodzi na razie krzyczy a potem zobaczymy dopiero o co mu chodzi. To moja prywatna ocena, że to dotyczy wszystkich ludzi pani może mieć inne zdanie, ale w mojej ocenie dotyczy określonych cech charakteru"* (LI, Warszawa)

Poza rekomendacjami, jakie wyartykułowali w czasie wywiadu badani, pojawiły się także głosy, że zajmowanie się w sposób szczególny grupą osób nieheteroseksualnych, tj. ich diagnostyką, leczeniem oraz postępowaniem z nimi jest bezpodstawne i stygmatyzuje ich w pewien sposób. Opinię taką posiadało kilka osób, które uznały, że wszelkie dodatkowe publikacje poruszające wyłącznie problematykę leczenia osób LGBT są zbędne. Głównym argumentem lekarzy posiadających taką opinię była kwestia równego traktowania osób różnych orientacji:

„Ten podział jest dla mnie sztuczny bardzo, na chorego homoseksualistę i chorego heteroseksualistę. Nawet sobie nie wyobrażam jak miałaby ta książka wyglądać… na przykład rozdział: <<Leczenie grypy u homoseksualisty>> a za chwilę <<Leczenie

grypy u heteroseksualisty>>… [śmiech]. Nie wyobrażam sobie takiego czegoś. (…) Nie, nie widzę takiej potrzeby. Tak samo gdybyśmy napisali książkę: <<Leczenie grypy u cukrzyków>> albo <<Leczenie grypy u kobiet z padaczką>>. No dla mnie to jest bardzo sztuczny podział. Jest to tak samo normalna osoba, jak każdy inny, to jest moja opinia." (LG, Łódź)

„To jest człowiek jak każdy inny. Podlega prawom społecznym tak, jak każdy inny. Nie są to pacjenci wyodrębnienia ze społeczeństwa innymi przepisami. To, że są poddani ostracyzmowi, to nie znaczy, że ja ich poddaje ostracyzmowi, to jest uważam sprawa wewnętrzna każdej osoby (…) Największą krzywdą, jaką by zrobić, byłoby napisać książkę dotyczącą postępowania z takimi osobami. To by znaczyło, że to są zwierzątka w zoo, które nie panują nad swoimi emocjami, czy odruchami. Czego mamy się bać? Nagłego wzwodu? No nie rozumiem. Dla mnie to jest w ogóle postawione na głowie." (LU, Łódź)

„Ja w ogóle nie rozumiem problemu, może zacznijmy od tego, bo dla mnie to nie jest problem. Ja nie potrzebuję jakiś szczególnych informacji na temat sposobu postępowania czy rozmawiania z pacjentem hetero czy nie hetero czy biseksualnym, bo dla mnie to nie ma żadnego znaczenia z punktu widzenia stawiania diagnozy czy postępowania terapeutycznego. Myślę, że coś takiego nie jest potrzebne, tak mi się wydaje. (…) Uważam, że nie. Ja tak samo rozmawiam z pacjentem heteroseksualnym, jak i nieheteroseksualnym. Często może nawet nie wiem, jaką pacjent ma orientację seksualną, bo często to dla mnie nie ma większego znaczenia." (LCZ, Warszawa)

„To nie jest problem jakiś bardzo potężny, nie ma konieczności, tak myślę, przeprowadzania jakichś wielkich szkoleń, bo raz, to dotyczy nie aż tak dużej grupy populacji, a dwa dotyczy tylko części lekarzy, którzy zajmują się tą tematyką, więc nie wymaga to jakichś bardzo wielkich szkoleń, ale na pewno te szkolenia by się przydały." (LP, Łódź)

Pojawiła się także opinia, że nawet nie tyle lekarzy należy edukować w zakresie kontaktowania się z pacjentem nieheteroseksualnym, co całe społeczeństwo: *„Szczerze mówiąc, ja nie wiem czy konieczne byłyby, czy przydatne dla lekarzy, jako lekarzy te szkolenia. Na pewno przydatne by było jakieś większe nagłośnienie ogólnopolskie takie, żeby tym ludziom się po prostu żyło trochę lepiej. Bo teraz idziemy w złym kierunku. Zaczynamy spychać tych ludzi na margines."* (LD, Łódź)

Część trzecia: Wizyta pacjenta nieheteroseksualnego

Kolejnym poruszanym aspektem dotyczącym sytuacji osób nieheteroseksualnych w służbie zdrowia były ich wizyty u lekarzy danych specjalizacji. Badanym medykom zadano pytania projekcyjne, polegające na odtworzeniu (w przypadku lekarzy, którzy posiadali doświadczenie z osobami nieheteroseksualnymi) lub na wyobrażeniu (doktorzy bez takich doświadczeń) takiej wizyty, jej atmosfery oraz ogólnych odczuć z nią związanych. Jak niejednokrotnie stwierdzili badani, wizyty osoby nieheteroseksualnej bywają bardzo trudne, co wynika z jej obaw przed rozmawianiem o swojej orientacji, co z kolei rodzi w takim pacjencie napięcie, zdenerwowanie, a czasami również agresję. Na taki stan emocjonalny pacjentów o orientacji nieheteroseksualnej zwróciło uwagę wielu lekarzy, także tych, którzy dotąd nie leczyli pacjenta nieheteroseksualnego:

„Tacy ludzie są często zamknięci i niechętni, a przynajmniej do publicznych [wyznań] *- wykluczając oczywiście zjazdy, na których potrafią się z tym obnażać publicznie. Nie są chętne publicznie o tym mówić, przy innych osobach. Także należy uszanować ich prywatność, prawo do zachowania tajemnicy i na pewno trzeba delikatniej postępować. Musimy mieć na względzie, iż ten pacjent może być innej orientacji seksualnej, może nie chcieć o tym mówić przy innym pacjencie, aczkolwiek proszę mi wierzyć, w szpitalach trochę trudno jest wyizolować taką osobę od innych leżących w jednym pokoju."* (LU, Warszawa)

W przypadku pytań dotyczących projekcji wizyty pacjenta nieheteroseksualnego, wyróżniono dwie grupy respondentów. Osoby posiadające dotąd doświadczenie w leczeniu kogoś o innej niż heteroseksualna orientacji zostały poproszone o przypomnienie sobie np. charakterystycznej wizyty z udziałem takiej osoby. Natomiast lekarze, którzy nie posiadali dotąd takich pacjentów mieli za zadanie wyobrazić sobie taką wizytę. Wszystkich respondentów poproszono o jej opisanie z takimi szczegółami, jak ubiór i zachowanie pacjenta.

Jak się okazało, odpowiedzi obu grup nie różniły się znacząco od siebie. Jedynie jedna osoba (bez doświadczenia) podała rysopis odpowiadający popularnym stereotypom, zgodnie z którym osoba nieheteroseksualna (raczej homoseksualny mężczyzna) jest zadbana – w fryzurze *niemalże od fryzjera* – a także skoncentrowana na sobie i być może odrobinę ekscentryczna w ubiorze. Niemniej jednak i osoby z doświadczeniem w leczeniu pacjentów nieheteroseksualnych podawali charakterystyki osób bardzo zadbanych, chociaż nie wskazywano na przesadę w tej dziedzinie. Wielu doktorów podkreśla jednak, że osoba nieheteroseksualna nie wyróżnia się niczym szczególnym spośród innych pacjentów. Lekarze stwierdzili, że osoby takie odczuwają lęk przed kontaktem z medykami, w wyniku czego są zamknięci i wycofani, i mają trudności z opowiadaniem o sobie i swoich dolegliwościach. W rezultacie, zdaniem jednej z lekarek, osoba nieheteroseksualna przychodzi do lekarza, np. do internisty, nie tylko po diagnozę, ale aby zostać wysłuchaną i otrzymać poradę, bo sama nie chce zwrócić się ze

swoim problemem do specjalisty, np. psychologa. Należy jednak zauważyć, że badani mówiąc o problemach psychologicznych osób nieheteroseksualnych nie maja na myśli ich orientacji, a jedynie depresje i załamania nerwowe, które są wynikiem nieakceptacji samego siebie lub też braku tolerancji ze strony środowiska. Nierzadko, zdaniem badanych, osoby te przychodzą lub przyszłyby w celu uzyskania informacji o zdrowiu seksualnym, w tym o zagrożeniach związanych z chorobami przenoszonymi drogą płciową.

Tabela 5 Charakterystyka pacjenta nieheteroseksualnego

SPECJALIZACJA	CECHY PACJENTA, NA KTÓRE ZWRÓCONO UWAGĘ	CYTATY
Wyobrażenie wizyty pacjenta nieheteroseksualnego – odpowiedzi lekarzy niemających doświadczenia takiej wizyty		
Choroby zakaźne	➢ Skoncentrowany na sobie ➢ Przestraszony na początku ➢ Wygląd inny- zadbany, indywidualista ➢ Przychodzi, bo miał ryzykowny kontakt	➢ *„To jest taki pacjent dość skoncentrowany na sobie. Powiedziałabym, że na początku trochę przestraszony. Moim zdaniem, w swoim ubiorze coś na pierwszy rzut oka wygląda inaczej. Wygląda inaczej niż inna osoba. Może mieć np. bardziej zadbaną fryzurę, bardziej dopracowany strój. Jeśli w kolejce stoi np. narkoman to widać bardzo wielką różnicę. Fryzura niemalże od fryzjera. Ubrany dość charakterystycznie. Widać, że w swój strój, ubiór… widać, że z jakimś pomysłem na siebie. Ma własną wizję na swój strój. Tak na dzień dobry ten pacjent wygląda.”* ➢ *„Miałby właśnie w tej grupie ryzykowny kontakt seksualny i właśnie chce się przetestować, albo jakieś problemy skórne i teraz się boi, że nie ma kiły. Że to najczęściej bardziej z problemami medycznymi albo ze względu na ryzykowne zachowanie w wywiadzie.”* ➢ *„To znaczy na początku jest przestraszony. Trudno mu mówić o jakiś tam powiedzmy swoich problemach, zarówno o medycznych, jak i później wynikających z ryzykownych zachowań.”* (LCZ, Łódź)
Ginekologia	➢ Normalna kobieta	➢ *„No to jest normalna kobieta, taka sama jak*

SPECJALIZACJA	CECHY PACJENTA, NA KTÓRE ZWRÓCONO UWAGĘ	CYTATY
	➢ W każdej grupie wiekowej ➢ Nie przychodzi dla antykoncepcji, ale pyta o elementy życia seksualnego- pytania jak każda inna kobieta ➢ Przychodzą na cytologię, mają torbiel ➢ Mogą być w ciąży ➢ Konsultacja dotycząca zajścia w ciążę – informacje o inseminacji	*każda inna, która przychodzi wcześniej. Sądzę, że to może być pacjentka w każdej grupie wiekowej, ponieważ homoseksualne zdarzają się tak samo jak i heteroseksualne. Przypuszczam, że jedne i drugie są zadbane"* ➢ *„Myślę, że nie może przyjść ze sprawą dotyczącą antykoncepcji. Oprócz tego, uważam, że taka kobieta może mieć każdą taką dolegliwość jak kobieta heteroseksualna. (…)Hipotetycznie, może* [chce skonsultować] *jakieś elementy dotyczące życia seksualnego, ale to raczej sądzę, że tutaj pomoc seksuologa byłaby bardziej potrzebna niż moja."* ➢ *„Jeżeli chodzi o ciążę, jak najbardziej, zapraszam. Natomiast jeżeli chodzi o to, że pacjentka nie chce odbyć stosunku z mężczyzną w celu ciąży, a chce mieć dziecko, to jak najbardziej metoda zapłodnienia, czy inseminacji, czyli podania nasienia dawcy do jamy macicy, z banku nasienia, czy metoda zapłodnienia pozaustrojowego. (…) Ale to ja niestety nie mógłbym jej pomóc, ponieważ nie zajmuję się tym. To muszą być firmy wyspecjalizowane w bankowaniu nasienia"* (LG, Łódź)
Interna	➢ Normalna osoba ➢ Kobieta/mężczyzna ➢ Dowolny wiek ➢ Ubrany normalnie ➢ Problem zdrowotny, jak każdy z nas ➢ Cel jego wizyty to	➢ *„No, ale co wychodzimy z założenia, że on koniecznie musi się różnić od takiego normalnego pacjenta, który jest „normalny"? (…)Ale on musi być inny? Chyba nie. Ja bym chciała powiedzieć, że w mojej opinii on nie jest inny(…)"* ➢ *„Może być to kobieta może być to mężczyzna, bo zjawiska homoseksualne występują u kobiet i mężczyzn. Może być w wieku też każdym, aczkolwiek jest okres wylęgania uświadamiania sobie skłonności*

SPECJALIZACJA	CECHY PACJENTA, NA KTÓRE ZWRÓCONO UWAGĘ	CYTATY
	seans psychologiczny – wtedy wysyła się go do specjalisty ➢ Pyta, czy jest chory i co to jest „homoseksualizm" i „Biseksualizm"	*homo czy biseksualnej więc w tym okresie, kiedy oni nie przyznają się sami przed sobą pewnie nie przyznają się również przed nami. Ale ktoś, kto ma tendencje homoseksualne czy biseksualne ma je chyba zakodowane w swoim mózgu od zawsze, więc nie może mieć wieku też. Może być w każdym wieku ja to tak widzę."* ➢ *„To, że ludzie ubierają się dziwacznie nie dotyczy zachowań homo czy biseksualnych może być ubrany w garnitur klasyczny, może być ubrany w garnitur dziwaczny może mieć kapelusz dziwaczny ubrany jedyny wyróżniający czynnik, jaki ja „widzę z ubioru jest tablica – jestem homoseksualistą". Bo innego czynnika różniącego nie widzę."* ➢ *„On z tym całym bałaganem może przyjść do internisty. Nie pójdzie do psychiatry czy psychologa. Nie. Nie, bo psychiatra tez jest „wystygmatyzowany" w społeczeństwie a zwłaszcza w grupach, które maja gdzieś tam problem tak zwany psychiatryczny, z pogranicza psychiatrii i psychologii. On nie pójdzie do psychiatry albo psychologa, bo to go stygmatyzuje my polecimy do psychologa, bo my sobie pogadamy z nim, ale on jak ma prawdziwy problem do psychologa to on nie pójdzie bo on się wtedy czuje gorszy i tak funkcjonuje stereotyp w naszym społeczeństwie dlatego tez ci ludzie chodzą gdzieś indziej."* ➢ *„Natomiast z tym, że ma bałagan w głowie to on powinien iść do psychologa lub psychiatry, bo zawsze psycholog lub psychiatra będzie wiedział lepiej, co mu zrobić jak mu to w głowie ułożyć. Posyłamy go do specjalisty, ale nie dlatego ze jest głupi tylko żeby on mu pomógł przejść przez tą sytuację, żeby nie było tak że mu napisałam „głupek numer jeden" bo jest*

SPECJALIZACJA	CECHY PACJENTA, NA KTÓRE ZWRÓCONO UWAGĘ	CYTATY
		homoseksualistą. Żeby to nie poszło przez stereotyp stygmatu, tylko po prostu żeby mu ktoś pomógł poukładać w głowie, znaleźć się w tej sytuacji, która zapewne jest dla niego trudna skoro przyszedł do mnie się wygadać ." (LI, Warszawa)
Urologia	➢ Przychodzi z wątpliwościami dotyczącymi chorób przenoszonych drogą płciową ➢ Osoba bardziej zamknięta ➢ Lekarz bardziej delikatny ➢ Mężczyzna (dopiero później kobieta) ➢ Osoba młodsza ➢ Zachowanie normalne – zarówno otwarty, jak i skryty	➢ *„Samą wizytę? Myślę, że taka osoba przychodząc do mnie z jakimś konkretnym problemem i chcący mnie poinformować o swojej orientacji, przyszłaby pewnie z pewnymi wątpliwościami związanymi z ewentualnym zarażeniem się chorobą przenoszoną drogą płciową."* ➢ *„Tak sobie wyobrażam, że na pewno byłaby to osoba bardziej zamknięta. Trzeba podejść do takiego pacjenta z większą empatią, starać się zrozumieć jego sytuację, pomóc mu. Musi nam zaufać, musi nas potraktować, jako profesjonalistów i ufać, że nie zdradzimy jego tajemnicy."* ➢ *„Jak wygląda? Nie wiem, powiedzmy, że mężczyzna. Może też to być kobieta. Działa to w dwie strony."* ➢ *„Myślę, że łatwiej byłoby osobie młodszej. Starsze osoby są bardziej zamknięte i mniej skore (mimo wszystko), aby podjąć próbę leczenia i dopiero w momencie gdy choroba przybiera bardzo groźną postać, pojawiają się już w szpitalu."* ➢ *„Może być tak, że zachowuje się całkowicie normalnie. Może mieć do tego całkowicie zdroworozsądkowe podejście. A może mieć niezbyt miłe doświadczenie z przeszłości i może mieć blokadę psychiczną i nie chcieć się tak szybko otworzyć, aczkolwiek wie, że coś jest nie tak, kryje się ze swoją orientacją seksualną albo opowiada nam pokrętnie jakie schorzenia zauważył, jakie*

SPECJALIZACJA	CECHY PACJENTA, NA KTÓRE ZWRÓCONO UWAGĘ	CYTATY
		są objawy." (LU, Warszawa)
Proktologia	➢ Nie ma żadnej różnicy ➢ Wygląda normalnie ➢ Przychodzi, żeby się wyleczyć i dowiedzieć co się z nim dzieje ➢ Nie ma większej różnicy w zachowaniu niehetero i heteroseksualnej osoby. Ewentualnie bardziej się boi lub jest zawstydzona. To zależy od osoby.	➢ *„Przychodzi do mnie pacjent nieheteroseksualny… Myślę, że niczym się nie wyróżnia od normalnego pacjenta. Leczy się go w taki sam sposób. Podejście jest takie samo jak i do każdego innego pacjenta. Nie, moim zdaniem, nie ma żadnej różnicy."* ➢ *„Zupełnie normalnie wygląda. Przychodzi po pomoc, żeby się wyleczyć, dowiedzieć się co się z nim dzieje."* ➢ *„Myślę, że nie ma większej różnicy w zachowaniu. Może, wyobrażam sobie czuć wstyd albo bać się reakcji, ale właściwie… czy ja wiem? Równie dobrze może być pewny siebie. To zależy od osoby."* (LP, Warszawa)
Opis wizyty pacjenta nieheteroseksualnego – odpowiedzi lekarzy mających doświadczenia takiej wizyty		
Choroby zakaźne	➢ Normalne zachowanie ➢ Lekarz poznał orientację poprzez fakt przybycia pacjenta z partnerem ➢ Potrzeby maja takie same jak pacjenci	➢ *„Pamiętam taka sytuację. Nie miało to dla mnie większego znaczenia. Zorientowałem się, że osoba jest nieheteroseksualna, dlatego że był partner przy niej, natomiast nie zwróciłem szczerze mówiąc na nic uwagi, ponieważ ta osoba zachowywała się normalnie tak jak się normalnie zachowuje standardowy pacjent heteroseksualny."* ➢ *„Wydaje mi się, że nie, że są podobne jak u pacjentów heteroseksualnych."* ➢ *„Czułem się normalnie. Nie miało to dla*

SPECJALIZACJA	CECHY PACJENTA, NA KTÓRE ZWRÓCONO UWAGĘ	CYTATY
	heteroseksualni	*mnie większego znaczenia."* (LCZ, Warszawa)
Ginekologia	➢ Nie ma różnicy zachowań, poza trudnością opowiadania o własnych problemach ➢ Lekarz dowiedział się o orientacji w czasie wywiadu lekarskiego ➢ Wiedza o orientacji seksualnej pacjenta(-ki) nie zrobił na lekarzu wrażenia ➢ Celem wizyty takiej osoby była chęć leczenia oraz pozyskanie informacji na temat schorzenia i jego ewentualnych komplikacji	➢ *„Tak jak już wspominałem, pacjenci ci nie przejawiają innych zachowań od pacjentów heteroseksualnych, poza tym, ze trudniej im opowiadać o swoich problemach."* ➢ *„Bezpośrednio od niego w trakcie wywiadu zdrowotnego.(…) nie przypominam sobie, żebym był tą sytuacją specjalnie zażenowany. W dzisiejszych czasach lekarze powinni być profesjonalistami i nie powinni ukazywać swoich emocji przed pacjentem."* ➢ *„Nie, pacjenci hetero i nieheteroseksualni pragną przede wszystkim wyleczyć swoje dolegliwości ewentualnie dowiedzieć się jak najwięcej na temat schorzenia, jakie je dotknęło i komplikacji, jakie mogą grozić."* (LG, Warszawa)
Interna	➢ Zwykły człowiek (aczkolwiek lekarz mówi o tym, że nie zorientowałby się o orientacji seksualnej pacjenta, gdyby nie fakt, że jest zaniedbany) ➢ Młody mężczyzna	➢ *„Gdyby nie to , że była to osoba troszkę zaniedbana higienicznie, to absolutnie nic nie wskazywało na to, że jest to osoba, która nie wiem, manifestuje się inną orientacją seksualną albo w ogóle rzuca się w oczy. Zupełnie zwykły, szary człowiek, młody mężczyzna, typowy chory, który przychodzi od tak do doktora. Nie różni się od przeciętnego Polaka."* ➢ *„Byłam zaskoczona, bo jest to rzadkość, ale też nie… Jak z każdym chorym, poza tym,*

SPECJALIZACJA	CECHY PACJENTA, NA KTÓRE ZWRÓCONO UWAGĘ	CYTATY
	➢ Lekarka czuła zaskoczenie wizytą, ponieważ pacjenci nieheteroseksualni stanowią jej zdaniem „rzadkość” ➢ Podobne zaskoczenie odczuwała w związku z tym, że chory powiedział jej o swojej orientacji ➢ W czasie wywiadu, lekarka zadała dodatkowe pytania, które „trzeba zadać takiej osobie”. Dotyczyły one chorób zakaźnych ➢ Na jego potrzeby nie miała wpływu jego orientacja seksualna	*że byłam bardzo zaskoczona mimo wszystko na samym początku, no bo jest to rzadkość, tak? No i rzadkość przynajmniej, ze chory o tym mówił.”* ➢ *„Sam powiedział, szczerze i otwarcie. Nie było tu żadnej różnicy. Czułam, że szczerze rozmawia i że też mogę zadawać pytania wprost, ale pytania były standardowe, takie konkretne względem każdego chorego, nie było tu jakiegoś nacisku, no poza ewentualnymi możliwościami ewentualnego zakażenia. To u takiego chorego trzeba zadać[8]. Zakładam, że odpowiadał szczerze, tak, reszta pytań niczym nie różni się niż u standardowego innego chorego.(…) Nie krępujące, tylko byłam zaskoczona tym”* ➢ *„Nie, każda z tych grup na pewno ma inne warunki i inne potrzeby, natomiast na pewno na te potrzeby nie ma wpływu orientacja, tak mi się wydaje, że w większości nie ma wpływu orientacja seksualna .”* (LI, Łódź)
Urologia	➢ Młody człowiek (mężczyzna), świadomy swoich	➢ *„Tak, to młody człowiek, który na wstępie poinformował o swoim homoseksualizmie i w związku z tym wyraźnie mówił, że on się od pewnego czasu już leczył, miewał takie*

[8] Tego typu stwierdzenie pojawiło się w jeszcze jednym wywiadzie, w którym lekarka mówiła o potrzebie pogłębienia wywiadu z osobą nieheteroseksualną. Dopiero pod koniec swojej wypowiedzi badana postanowiła się poprawić: *„Pogłębić wywiad, to jest to, co mówiłam wcześniej. Po prostu, przy niektórych zakażeniach, bo wiadomo, że jak to będzie internista w POZ, bo takie osoby najczęściej tam będą trafiać, to nawet jeśli się dowie, że jest takiej orientacji, to można się podpytać. W jaki sposób się w przeszłości zachowywał, ilu miał tych partnerów, czy miał jednego stałego, czy nie. No, ale to dotyczy też orientacji heteroseksualnej i też dobrze jest się wypytać”.* (LD, Łódź)

SPECJALIZACJA	CECHY PACJENTA, NA KTÓRE ZWRÓCONO UWAGĘ	CYTATY
	dolegliwości ➢ Sam poinformował o swojej orientacji ➢ Gdy pacjent poinformował sam o swojej orientacji, lekarce zrobiło się miło, w związku z tym, że obdarzył ją zaufaniem ➢ Lekarka nie czuła dyskomfortu słuchając wyznania pacjenta ➢ Zachowanie stereotypowe (sympatyczny, rozgadany, być może odrobinę niepoważny)	*dolegliwości, wie, z czym są związane, ale w tej chwili te dolegliwości nawróciły i dlatego się zgłosił. To nie była osoba, która cokolwiek ukrywała. To przede wszystkim była infekcja układu moczowego i zapalenie stercza."* ➢ *„Tak, oczywiście.... No zachowywał się w taki sposób, w jaki określa się osoby homoseksualne, płci męskiej...* *Był bardzo elokwentny, bardzo rozgadany, sympatyczny, ale tak się zachowuje wiele osób. I gdyby mi nie powiedział, że jest homoseksualistą, to może wzięłabym to za objaw niedojrzałości, jakiejś może no nie wiem, takiej... No może zawstydzenia wizytą u urologa, kobiety - no, bo to różnie ludzi reagują. Jedni się zamykają, drudzy za dużo gadają."* ➢ *„No bardzo miło mi było, to było dla mnie bardzo miłe, że on no potraktował mnie jak partnera, z pełnym zaufaniem, jak doktora, który zachowa wszystko dla siebie i potraktuje go normalnie."* ➢ *„Nie, absolutnie nie. Obcujemy z ciałem ludzkim na różne możliwe sposoby, ze starym, młodym i to nie stwarza w pewnym momencie już jakiegoś problemu."* (LU, Łódź)
Proktologia	➢ Młody człowiek, ok. 30 lat ➢ Objawy nietrzymania stolca ➢ Zadbany, dobrze ubrany ➢ Wykształcony,	➢ *„Młody człowiek, około 30 lat, z objawami nietrzymania stolca."* ➢ *„Dobrze ubrany, estetyczny, inteligentny, wykształcony."* ➢ *„Normalnie, jak przy każdym innych chorym. Nie ma absolutnie żadnej różnicy w moim samopoczuciu* [po usłyszeniu informacji o orientacji]. *Tutaj akurat ten pacjent sam powiedział, był w miarę szczery*

SPECJALIZACJA	CECHY PACJENTA, NA KTÓRE ZWRÓCONO UWAGĘ	CYTATY
	inteligentny ➢ Lekarz o orientacji dowiedział się od pacjenta. Lekarz nie wskazywał na zakłopotanie, przeciwnie – profesjonalnie docenił szczerość. ➢ Nie mają raczej specjalnych potrzeb w trakcie wizyt lekarskich	*i powiedział, jakie mogą być ewentualne powody tej choroby."* (LP, Łódź)

Źródło: Opracowanie własne.

Część czwarta: Lekarze i ich rozmowy dotyczące pacjentów o orientacji innej niż heteroseksualna

W kolejnej części wywiadu, respondenci zostali zapytani o to czy przeprowadzają rozmowy na temat pacjentów, w tym o orientacji nieheteroseksualnej, a następnie poproszono ich o przybliżenie konwersacji w swoim środowisku lub otoczeniu lekarskim dotyczących kontaktów z pacjentami różnych orientacji seksualnych. Wielu lekarzy konsultuje swoje przypadki medyczne, niemniej jednak nieczęsto skupiają się na elementach życia prywatnego pacjentów. Rozmowy, które prowadzą dotyczą najczęściej konkretnych schorzeń.

- **Lekarze z doświadczeniem w kontaktach z pacjentami nieheteroseksualnymi**

Wśród lekarzy, którzy mieli kontakt z pacjentami nieheteroseksualnymi pojawiają się opinie, zgodnie z którymi temat orientacji seksualnej w ich środowisku medycznym, jest poruszany w kontekście merytorycznym: *„Nie jest to ciekawostką, rozmawiamy tylko z punktu widzenia czysto medycznego. Jeśli ten temat jest poruszany, to tylko zawodowo, gdy podejrzewamy, że to może mieć jakiś związek ze sobą, bo jeśli nie podejrzewamy związku, to ten temat też nie jest podejmowany".* (LI, Łódź)

Potwierdza to także inna wypowiedź: *„Jeżeli czegoś nie jesteśmy pewni, czy mamy wątpliwości, czy mamy jakiegoś ciekawego pacjenta z rzadkim schorzeniem albo z jakimś wyjątkowym przebiegiem, no to jasne, że dyskutujemy - ale to dotyczy tak jak mówię, rozpoznań medycznych, czy sytuacji klinicznych, a nie tego czy ktoś przyszedł w spódnicy czy nie".* (LU, Łódź)

Dwoje lekarzy zwróciło jednak uwagę również na to, że poza omawianiem przypadków z punktu widzenia czysto medycznego, lekarze wyrażają także osobistą opinię na temat tych pacjentów*: „Tak, wśród lekarzy często są omawiane przypadki pacjentów nieheteroseksualnych. Poza przypadkami medycznymi, często lekarze wyrażają swoją osobistą opinię na temat tych pacjentów. Dla większości lekarzy nie ma znaczenia, jakiej orientacji seksualnej jest pacjent, jednak zdarzają się wyjątki, gdzie bardzo negatywnie się odnoszą do pacjentów nieheteroseksualnych."* (LG, Warszawa).

I jeszcze: *„Znaczy, może czasami, w ramach powiedzmy no nie wiem ciekawostki, zwracali uwagę niektórzy koledzy czy koleżanki na to, że ktoś jest innej orientacji seksualnej. Natomiast nie miało to podtekstu merytorycznego w każdym bądź razie. Bardziej, jako taka ciekawostka."* (LZ, Warszawa)

Inne spostrzeżenie respondentów, dotyczyło relacji pomiędzy wiekiem lekarzy, a stopniem ich pozamedycznego zainteresowania pacjentami nieheteroseksualnymi. Zdaniem jednego z nich, najlepsi dla tych pacjentów są lekarze, mający już za sobą pewną praktykę, zaś dla najmłodszych i najstarszych medyków w większym stopniu stanowią oni „sensację": *„Najlepsza grupa lekarzy dla takich pacjentów, to lekarzy,*

którzy mają przynajmniej 10 lat praktyki, mają już jakieś doświadczenie, a są jeszcze na bieżąco, uczą się cały czas". (LP, Łódź)

- **Lekarze bez doświadczenia z pacjentami nieheteroseksualnymi**

Kwestia związku wieku lekarza i jego postępowania w kontekście kontaktów z osobami nieheteroseksualnymi pojawiła się także wśród tych respondentów, którzy nie mieli doświadczenia w leczeniu pacjentów o orientacji innej niż heteroseksualna. Zwraca się w tym wypadku uwagę na większą tolerancję i akceptację osób nieheteroseksualnych wśród młodszych lekarzy: *„Ja myślę, że my, czyli młodsza grupa wiekowa, że tak powiem, bardziej potrafimy zaakceptować to zjawisko, bo ono jest coraz bardziej znane powszechnie, natomiast te pokolenia starsze one się mniej z tym zetknęły było to bardziej stygmatyzowane".* (LI, Warszawa)

Badani z tej grupy twierdzili także, że temat orientacji seksualnej nie ma znaczenia ani dla nich osobiście, ani dla środowiska lekarskiego, zwracając np. uwagę na tzw. „nowoczesność podejścia": *„Tak, ogólnie lekarze XXI wieku mają na tyle rozwiniętą świadomość i wiedzę na temat różnych orientacji seksualnych, że nie mają raczej problemów, tak myślę".* (LP, Warszawa)

Chociaż ten sam lekarz zauważa również, że: *„Jednakże zdarzają się jednostki, które nie ukrywają pogardy dla osób nieheteroseksualnych, ale to jest już podłoże osobiste, osobistych przekonań, które według mnie nie powinny mieć wpływu na wykonywanie zawodu. Lekarz powinien być profesjonalny".* (LP, Warszawa)

- **Style wypowiedzi lekarzy o pacjentach nieheteroseksualnych**

Jak wynika z analizy językowej wypowiedzi respondentów, lekarze nie używają popularnie wykorzystywanych określeń dotyczących osób nieheteroseksualnych, takich jak: „gej" czy „lesbijka". W trakcie wywiadów nie użyto także określeń powszechnie uważanych za obraźliwe czy sugerujących negatywną ocenę osób nieheteroseksualnych, co może świadczyć o neutralnej postawie respondentów do omawianej grupy pacjentów, a także o profesjonalizmie zawodowym lekarzy. Określenie „gej" pojawiło się tylko raz w wypowiedzi lekarza chorób zakaźnych podczas przytaczania słów rodziny chorego homoseksualisty, był to zatem jedynie cytat, a nie własna wypowiedź respondenta. Badani lekarze używali określeń „pacjent", „osoba" najczęściej z przymiotnikiem „homoseksualny/alna" (co wskazuje na to, że termin nieheteroseksualność rozumiany jest jako homoseksualność), a także używano stwierdzenia „te grupy społeczne", co wskazuje na rzeczowe i profesjonalne podejście do tematu. Co więcej, lekarze wykorzystywali określenia takie jak „inna" i „odmienna" orientacja, przy czym żaden z badanych nie wyraził opinii, że „gorsza" czy „odchylona od normy". Przeciwnie, wyraźnie podkreślano, że osoby nieheteroseksualne są „normalne", „takie jak my", „jak każdy z nas" oraz że są „zwykłymi ludźmi". Kilku lekarzy odniosło się także do teorii, jakoby orientacja nieheteroseksualna była chorobą, zdecydowanie odrzucając tę koncepcję, jako

niezgodną z prawdą. Ponadto nie można także uznać, że badani lekarze uważają kwestię pacjentów nieheteroseksualnych za problem. Jeden z lekarzy specjalizacji chorób zakaźnych wprost wyznał, że temat ten nie stanowi dla niego zagadnienia: *„Ja w ogóle nie rozumiem problemu może zacznijmy od tego bo dla mnie to nie jest problem."* (LCZ, Warszawa). Podobnie inni lekarze, także znajomi respondentów – co wynika z wypowiedzi badanych– wydają się nie „mieć problemu z orientacją pacjenta".

Analizując warstwę językową trudno również mówić o ambiwalencji nastawienia lekarzy do pacjentów, ponieważ ich wypowiedzi na ogół były spójne. Od tej reguły występował jednak jeden wyjątek. Badani medycy z jednej strony uznawali, że pewnego rodzaju schorzenia nie są zależne od orientacji i nie ma ona znaczenia dla lekarza, ponieważ osoby nieheteroseksualne „niczym się nie różnią" od heteroseksualnych, z drugiej natomiast stwierdzali, że osoby nieheteroseksualne (z naciskiem na homoseksualne) częściej podejmują ryzykowne zachowania seksualne i zapadają na „charakterystyczne dla ich grupy" schorzenia. Tego rodzaju nieścisłość występowała niemal w każdym wywiadzie, czego niektóre przykłady przedstawiono poniżej.

W dużym stopniu ambiwalencję można było zauważyć u dodatkowej respondentki, która kilkukrotnie zauważała, że z orientacją „się rodzimy" jest więc naturalną cechą człowieka, a następnie akcentowała, że osoby nieheteroseksualne częściej podejmują tzw. ryzykowne zachowania seksualne, określane także jako „przygodne", dając do zrozumienia, że łączą się one i wynikają z samej orientacji. W wypowiedzi tej samej osoby pojawiły się słowa zarówno bezpośrednio (respondentka zaprzeczyła sama sobie) jak i pośrednio świadczące o przypisywaniu ryzykownych zachowań grupie osób homoseksualnych. Lekarka z góry założyła, że jej dwudziestoletni, zarażony wirusem HIV pacjent miał wielu partnerów, których należy powiadomić o niebezpieczeństwie.

Podobnie młoda internistka z Łodzi, uważa, że osoby nieheteroseksualne stanowią tzw. „grupę ryzyka". Wypowiedź lekarki jest jednak niespójna, ponieważ jednocześnie wspominając o narażeniu na pewne choroby osób nieheteroseksualnych, dodaje, że jej doświadczenie „nie potwierdza" tej teorii, a zakażenia wynikają ze stylu życia chorego, przy czym następnie przyznaje, że *„jeśli orientacja seksualna stwarza ryzyko takiej choroby, to czasem się ten temat porusza [orientacji z innymi lekarzami]"* (LI, Łódź). O utożsamianiu omawianego stylu życia z orientacją świadczyły również słowa dotyczące wywiadu z chorym. Osobom o orientacji nieheteroseksualnej – mówi lekarka – trzeba zadać pytanie o możliwości ewentualnego zakażenia, a reszta pytań *„nie różni się niż od standardowego chorego"*.

Pogląd o grupach ryzyka wiązanych w jakimś stopniu (nie zawsze wprost) z orientacją ukazuje się w wypowiedzi internisty z Warszawy: *„Grupy*

charakteryzujące się pewną orientacją mogą stanowić ryzyko jakichś tam poszczególnych chorób" (LI, Warszawa), a także łódzkiego proktologa: *„Ta orientacja jest czasem powodem tych niektórych schorzeń, więc tutaj to ma znaczenie, ze względów czysto medycznych, nie społecznych".* (LP, Łódź) oraz warszawskiego internisty: *„Są pewne zachowania w ramach grup homoseksualnych, (…) które wpływają na występowanie pewnych chorób i w tym aspekcie jest to istotne."* (LI, Warszawa). Ostatnia z cytowanych osób uważa, że te zachowania w grupie nieheteroseksualnych pacjentów są coraz rzadsze. Ten sam lekarz stwierdził też, że omawiane zachowania nie łączą się z orientacją, lecz ze stylem życia, wielokrotnie zaprzeczając własnym słowom, co świadczy o tym, że pomiędzy świadomą deklaracją a sposobem mówienia zachodzi sprzeczność. Podobne sytuacje miały miejsce w większości wywiadów.

Znacznie chętniej badani wypowiadali się o sytuacji osób homoseksualnych w społeczeństwie polskim. Wspominano o „stygmatyzacji" „napiętnowaniu", „strofującym" czy „klaustrofobicznym społeczeństwie", – zwłaszcza w małych miasteczkach – oraz o negatywnym stosunku Kościoła Katolickiego. Niektórzy uznają, że chociaż sami nie mają z tym kontaktu, to jednak negatywne zachowania wobec osoby nieheteroseksualnej nie należą do rzadkości: *„zakładam, że się to zdarza i zapewne dość często"* oraz *„jesteśmy w mało tolerancyjnym społeczeństwie i mało profesjonalnym, także jednak jakieś nasze zagorzałe przekonania biorą górę"* (LI, Łódź). Pozostaje jeszcze kwestia rodziny i tradycji polskiego społeczeństwa, z których pochodzi przekonanie o inności, nienaturalności tych osób i negatywne uprzedzenia: *„My żyjemy w społeczeństwie i mamy określony zestaw zachowań, tradycje rodzinne jakieś tam tworzenie rodzin, tworzenie związków, to ze mamy dzieci rodziny takie czy owakie i to naprawdę jest trudne, żeby mieć wśród najbliższych homoseksualistów czy biseksualistę."* (LI, Warszawa)

Część piata: Otoczenie pacjentów – opinia lekarzy

- **Obecność rodziny podczas wizyt pacjentów**

Z wypowiedzi respondentów wynika, że to, czy ktoś z rodziny towarzyszy pacjentowi w trakcie wizyty u lekarza oraz która z osób z rodziny najczęściej dotrzymuje mu towarzystwa, w dużej mierze uzależnione jest od wieku pacjenta oraz specjalności lekarza, do którego udaje się na wizytę. Zawsze jednak jest to osoba emocjonalnie bliska. I tak, zdaniem ginekologów, kobietom w ciąży towarzyszą ich partnerzy, mężowie, natomiast matki towarzyszą swoim córkom, przyprowadzając je na pierwszą wizytę: *„Tak, bardzo często przychodzą kobiety w ciąży ze swoimi partnerami, matki z córkami, które nie ukończyły 16 roku życia, bądź przyprowadzają je na pierwszą wizytę”.* (LG, Warszawa)

Inny zauważa jednak, że o ile mężowie dość często towarzyszą żonom w trakcie porodu, to jednak rzadko pojawiają się podczas ich wizyt w poradni: *„Podczas porodu w większości, w 90% jest mąż, jest matka, natomiast podczas wizyt w poradni bardzo rzadko”.* (LG, Łódź)

Pozostali lekarze również wskazywali na to, że pacjentom najczęściej dotrzymują towarzystwa ich partnerzy. Poza tym, jeżeli chorymi są dzieci, to przychodzą z nimi rodzice, a w przypadku osób starszych – ich dzieci: *„ W grupie osób młodszych, czy powiedzmy poniżej 65-go roku życia to najczęściej u młodszych partner, partnerka – żona, mąż, u osób bardzo młodych – często rodzice no a u osób starszych – dzieci albo nikt”.* (LI, Łódź)

„Często to bywa drugi współmałżonek, syn, córka, rzadziej wnuki, najczęściej ci najbliżsi, którzy są, częściej córka niż syn. Myślę, że tutaj ciężko jakieś reguły stworzyć, tak”. (LI, Warszawa)

„Najczęściej osoba najbliższa, czyli współmałżonek, czasem partner. Mamy teraz dużo związków [lekki śmiech] partnerskich… usankcjonowane prawem. Rodzice oczywiście również. Zdarzają się dzieci [towarzyszące] *w przypadku osób starszych. Te osoby, którym ufamy”. (*LU, Warszawa)

„Często są, że tak powiem rodziny pacjentów. Najczęściej są to osoby, które mieszkają z daną osobą czy to są rodzice, czy partnerzy. Bardzo często.” (LCZ, Warszawa)

„Ja na ogół przyjmuję samego pacjenta. Pytam się, jeżeli pacjent nie jest ubezwłasnowolniony i już jest pełnoletni (a do mnie zazwyczaj przychodzą pacjenci pełnoletni) to raczej przyjmuję go samego bez obecności żadnego członka rodziny. Natomiast, jeżeli pacjent jest niepełnosprawny albo, jeśli bardzo sobie życzy wizyty kogoś najbliższego to najczęściej jest to mama”. (LCZ, Łódź)

- **Informowanie o stanie pacjenta osób bliskich emocjonalnie**

Lekarze zostali także poproszeni o wyrażenie swojej opinii na temat sytuacji, w których o stanie pacjenta, są informowane osoby bliskie emocjonalnie, lecz niezwiązane więzami krwi ani w sposób prawny, tacy jak konkubent czy partner. Medycy zgodnie zwracali uwagę na to, że kluczowe znaczenie ma wola pacjenta i to, kogo upoważni do informowania o swoim stanie zdrowia poprzez wypełnienie stosownych dokumentów. W takiej sytuacji lekarze nie mają żadnych wątpliwości, co do kwestii udzielania informacji: *„Znaczy, zawsze w dokumentacji medycznej prosimy żeby pacjent zaznaczył osobę, która jest upoważniona do otrzymywania informacji na temat jego stanu zdrowia. Zdarzają się pacjenci, którzy wpisują tam swoich konkubentów, przyjaciół, partnerów. I tylko w sytuacjach, kiedy jest to wyraźnie, jasno określone w dokumentacji, że dana osoba jest upoważniona do otrzymywania takich informacji, ja takich informacji udzielam".* (LI, Warszawa)

„Ja staram się zawsze pytać pacjenta, kogo mogę poinformować o stanie zdrowia. Jeżeli pacjent wyrazi zgodę, to informuję, jeśli nie, to nie". (LP, Łódź)

„Na chwilę obecną jest to prawnie zakazane, przez tajemnicę zawodową, lekarską. Chyba, że pacjent wyrazi pisemną zgodę na wydanie informacji dotyczącej swojego stanu zdrowia. Jeżeli się zgodzi, to wtedy nie ma problemu". (LP, Warszawa)

„Ja uważam, że jeżeli osoba chora nie ma nic przeciwko temu, żeby informować osobę nie związana więzami krwi to ja nie widzę powodu, dlaczego miałbym tego nie zrobić. Uważam, że ma do tego prawo i myślę, że to jest dobre. Wszystko zależy od pacjenta. Jeżeli pacjent ma życzenie żeby osoba bliska emocjonalnie wiedziała o jego stanie zdrowia to uważam, że jest to w porządku". (LCZ, Warszawa)

Należy jednak zwrócić uwagę, że zdarzają się sytuacje, w których pacjent jest nieprzytomny i nie wypełnił wcześniej dokumentów dotyczących upoważnienia osób trzecich do otrzymywania informacji o jego stanie zdrowia. Zgodnie z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, do otrzymywania takich informacji upoważnione są osoby bliskie, tj. w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p.[9] — małżonkowie, krewni lub powinowaci do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciele ustawowi, osoby pozostające we wspólnym pożyciu (będące z pacjentem w trwałym związku bez nadania prawnej formy małżeństwa, tzw. konkubinat) lub osoby wskazane przez pacjenta. W takich sytuacjach lekarze informują najbliższą rodzinę lub poszukują konkretnych wskazań dotyczących osób, w starszej dokumentacji medycznej (jeśli mają do niej dostęp):

[9] U.p.p. – Ustawa o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta.

„Są sytuacje ekstremalne, gdy pacjent jest nieprzytomny, to wówczas staramy się informować tą najbliższą rodzinę wskazaną przez pacjenta we wcześniejszych dokumentacjach medycznych lub aktualnych, gdy stan pacjenta się pogorszył, ale generalnie, jeśli to nie jest pacjent nieprzytomny, bez kontaktu to my rozmawiamy z pacjentem." (LCZ, Łódź)

„Gorzej z tym, jak pacjent np. nieprzytomny i nie wiadomo kogo informować. To wtedy pod względem prawa, powinniśmy poinformować najbliższą rodzinę, a nie partnera". (LD, Łódź)

Jak wynika z wypowiedzi badanych, niektórzy lekarze nie znają dokładnie przepisu dotyczącego informowania osób trzecich o zdrowiu pacjenta i są przekonani, że mają prawo informować o stanie chorego osoby jedynie należące do rodziny, chyba, że pacjent życzy sobie inaczej:

„Generalnie mamy prawo poinformować o stanie pacjenta tylko taką osobę, która jest rodziną, bądź która została wskazana przez pacjenta, jako osoba upoważniona." (LU, Warszawa)

„Jeżeli tyle lat ze sobą mieszkają, no to chyba są najbardziej ze sobą związani, prawda? Bardziej są też zainteresowani, co się z tą drugą osobą dzieje i tak naprawdę tutaj też powinni mieć możliwość [otrzymania informacji] jako osoby najbliższe." (LD, Łódź)

- **Partner nieheteroseksualny a informacja o stanie zdrowia pacjenta**

Kontynuując temat informowania bliskich osób o stanie zdrowia pacjenta, badani lekarze mieli sobie wyobrazić sytuację, w której partner/partnerka pacjenta nieheteroseksualnego pyta o stan jego zdrowia i co w takiej sytuacji zrobiłby dany respondent. Również i tutaj pojawiały się odpowiedzi, w których respondenci podkreślali wagę upoważnienia, w którym pacjent wskazuje odpowiednią osobę, którą można poinformować: *„Jeżeli mam zgodę pacjenta to oczywiście informacje zostaną przekazane jeżeli takiej zgody nie ma to niestety, ale nie."* (LG, Warszawa)

„No muszę mieć po pierwsze pewność, że to jest osoba, którą partner, pacjent upoważnił do otrzymywania takich informacji, że pacjent chce żeby ta osoba wiedziała coś na temat jego stanu zdrowia. I myślę, że w takiej sytuacji jest to jak najbardziej normalna sprawa".(LI, Warszawa)

„Sprawdzam czy pacjent wpisał tę osobę na listę uprawnionych do uzyskania informacji, jeśli tak, to informuję, niezależnie od orientacji. Jeśli pacjent nie zdąży wpisać, informuję tylko rodzinę". (LP, Łódź)

„Jeżeli został upoważniony do udostępnienia informacji o stanie zdrowia to nie widzę przeszkód do udzielenia informacji. Jeśli jednak nie, to nie ma mowy o udzielaniu takich informacji". (LP, Warszawa)

„Jeżeli mam zgodę tego pacjenta na informowanie, to informuję, jeśli nie mam, to nie informuję”. (LU, Łódź)

„Jest regulamin szpitala. W regulaminie szpitala pacjent przyjmowany do szpitala wpisuje w historii choroby, kogo mam informować i ja nie zastanawiam się, nie jest to ujęte czy to jest matka, czy to jest syn, czy to jest partner. Ważne jest imię i nazwisko. Jeżeli osoba chora ma ochotę poinformować o tym swojego partnera czy partnerkę, niekoniecznie rodzica albo niekoniecznie związaną osobę więzami krwi, to ja uważam, że to jest w porządku, że to jest dobre rozwiązanie. Decyduje o tym osoba chora”. (LCZ, Warszawa)

Z wypowiedzi dwóch lekarzy wynika, że dopóki pacjent jest przytomny, to relacja doktor - chory jest najważniejsza. To osoba leczona jest informowana o wszystkim, a ktoś, z kim pacjent jest w związku formalnym bądź nieformalnym może uczestniczyć w tych rozmowach. Kwestie upoważnienia mają natomiast znaczenie wówczas, gdy pacjent nie jest w stanie sam decydować o sobie: *„Tak samo jak w przypadku heteroseksualnej* [pary], *póki nie ma problemów psychicznych, póki nie ma takich problemów, że pacjent nie jest w stanie podejmować własnej decyzji to jest to relacja lekarz-pacjent. Natomiast ta osoba uprawniona pojawia się w zasadzie w momencie, kiedy sam pacjent nie jest w stanie podejmować jakieś decyzji”.* (LCZ, Łódź)

„Jeżeli jest świadomy i wyraża swoją wolę, widzę, że chce, to zawsze zapytam pacjenta, bo najlepiej przy nim, wszystko powiedzieć. Wtedy mam jedną osobę poinformowaną i drugą osobę poinformowaną. W tym samym stopniu, w tym samym czasie i jest mi też dużo prościej, bo mogę na to poświecić dużo mniej czasu i też jest prościej, bo czasem sobie jedna osoba pytanie jakieś do mnie przypomni, coś jeszcze chciałaby wiedzieć.” (LD, Łódź)

- **<u>Definicja biseksualizmu</u>**

Na koniec wywiadu badani lekarze zostali poproszeni o zdefiniowanie terminu biseksualizm. Wszyscy rozumieli to słowo w sposób podobny, posługując się w swoim wypowiedziach takimi słowami jak: *pociąg seksualny do osób obojga płci, orientacja skierowana do osób obojga płci, upodobanie do obojga płci, utrzymywanie stosunków płciowych zarówno z mężczyzną, jak i kobietą („seksualna uniwersalność”), zakochanie się w przedstawicielach obojga płci,* a nawet pojawiały się takie sformułowania jak: *orientacja seksualna łącząca w sobie homo i heteroseksualną.* Badani zwracali zatem uwagę zarówno na aspekt biologiczny – fizyczny, jak i – w mniejszości – uczuciowy biseksualistów.

Tabela 6 Definicje biseksualizmu

SPECJALIZACJA	DEFINICJA
Choroby zakaźne	➢ *„Rozumiem je, jako pociąg seksualny do osób obojga płci: mężczyzn i kobiet”.* (LCZ, Warszawa) ➢ *„To jest orientacja poligamiczna to w zasadzie nie można tak powiedzieć. Orientacja seksualna skierowana zarówno ku mężczyzno, jak i kobietom”.* (LCZ, Łódź)
Ginekologia	➢ *„Upodobanie seksualne obu płci”.* (LG, Warszawa) ➢ *„Biseksualista to jest osoba, która utrzymuje stosunki płciowe, czy jakieś inne relacje seksualne z partnerami obydwu płci”.* (LG, Łódź)
Interna	➢ *„Rozumiem to pojęcie, rozumiem, że osoba biseksualna jest to osoba, która podejmuje czasem stosunki homo albo heteroseksualne, które… no taką uniwersalną seksualność”* (LI, Warszawa) ➢ *„To są osoby tak jakby [uśmiech] będące w jednej i drugiej orientacji naraz. Będące i hetero i homoseksualne”* (LI, Łódź)
Urologia	➢ *„Biseksualizm jest to po prostu orientacja seksualna, która łączy w sobie hetero i homoseksualizm. Czyli preferujemy osoby obydwojga płci, jako nasi partnerzy seksualni” [lekki śmiech]* (LU, Warszawa) ➢ *„Tak jak w treści pojęcia jest – tak ja to dokładnie rozumiem. Osoby, które preferują, jako partnerów seksualnych partnerów obojga płci. Po prostu”* (LU, Łódź)
Proktologia	➢ *„Moim zdaniem jest to zainteresowanie bądź upodobanie sobie obojga płci”* (LP, Warszawa) ➢ *„Że można się równie dobrze zakochać w kobiecie, jak i w mężczyźnie, tak to rozumiem”* (LP, Łódź)

Źródło: Opracowanie własne.

Część szósta: Uwagi badanych

W czasie wywiadów respondenci nierzadko dodawali pewne uwagi od siebie. Dotyczyły one zarówno swego rodzaju postulatów i nadziei na poprawienie sytuacji osób nieheteroseksualnych, jak i wiązały się z ich spostrzeżeniami. W wywiadach pojawiły się opinie dotyczące polskiego społeczeństwa i jego kondycji w kontekście tolerancji i akceptacji osób o innej niż heteroseksualna orientacja. Zwracano uwagę przede wszystkim na małe miejscowości, w których osoby nieheteroseksualne wciąż muszą się ukrywać, inaczej będą napiętnowane. Refleksje dotyczyły także starszych lekarzy, którzy zdaniem niektórych są bardziej uprzedzeni do osób LGB:

*„Moim zdaniem jeszcze troszkę zbyt skromną [*wiedzę posiadam*], ale być może wynika to z tego że jesteśmy dosyć takim strofującym społeczeństwem, szczególnie w małej miejscowości, z ludźmi z którymi mam do czynienia, mogę tylko podkreślić że te osoby są dosyć zamknięte i niechętne do rozmów na te tematy, czyli seksualności. I być może ta wiedza mogłaby być troszkę szersza również dla pacjentów. Nie chodzi tylko o wiedzę lekarzy, ale o świadomość pacjenta. Po prostu większa świadomość społeczna, mniej oporów, być może więcej osób z podobnymi preferencjami seksualnymi, większy dostęp do informacji, Internet, zróżnicowanie, akceptacja społeczna. To jest bardzo istotne."* (LU, Łódź)

„Z przykrością stwierdzam, że jesteśmy… Jakby to ująć ładnie, żeby nikogo nie urazić? Jest starsze pokolenie lekarzy (tak samo jak bywa z ludźmi innego fachu, innej profesji) i młodsze pokolenie. Młodsi ludzie są bardziej otwarci. Lekarze, którzy wywodzą się z mniejszych miejscowości mają większy problem z zaakceptowaniem odchyleń od normy - inna orientacja seksualna jest dla niektórych odchyleniem, aczkolwiek w rzeczywistości jest to normalny stan rzeczy. Natomiast osoby bardziej otwarte są to osoby młodsze, z większych miejscowości, bądź starsze, ale też z większych miejscowości. Jest tutaj problem, jeżeli chodzi o podejście niestety również wśród lekarzy. Myślę, że można by było, chociaż jest to praca z dużą grupą osób, więcej pracy i troski włożyć w to, żeby przygotować nas bardziej profesjonalnie i oswoić nas z faktem, iż nasza orientacja seksualna, która nie jest heteroseksualną, jest po prostu faktycznym stanem rzeczy i jest normalną - nie przypadłością, nie chorobą, tylko naszym sposobem na życie, tacy po prostu się urodziliśmy bądź tacy jesteśmy, taką decyzję podjęliśmy i należy to uszanować." (LU, Warszawa)

„Myślę ,że jak się patrzy na to jako Kowalski, a nie doktor, jak się patrzy jako społeczeństwo na homoseksualizm, to jest to jakieś piętnowanie, bo nie umiemy sobie poradzić tak na prawdę z problemem homoseksualizmu czy biseksualizmu. Ja nie mam lub nie wiem, że mam wśród bliskich mi osób homo czy biseksualistów, moje koleżanki tak samo uważają, że nie wiedzą żeby mieli. Teoretyzowanie na ten temat, że my dzielnie reagujemy na homoseksualizm i biseksualizm, i jest nam to obojętne jest proste." (LI, Warszawa)

Jedna lekarka, mimo że dostrzega braki w zakresie tolerancji wobec osób nieheteroseksualnych, zauważa także poprawę dokonująca się w tej dziedzinie na przestrzeni ostatnich lat. Zmiana ta ma również swoje odzwierciedlenie w zajęciach przeprowadzanych na medycynie i treściach dotyczących osób nieheteroseksualnym, przekazywanym studentom: *„Teraz my jesteśmy bardziej otwarci. Wykładowcy są dużo młodsi. Społeczeństwo jest zupełnie inne, więc też ta nasza świadomość i ten sposób rozmawiania z pacjentem i z innym lekarzem, i studentem jest zupełnie inne, bo dla nas teraz to wszystko jest normalne, prawda, a wiadomo, że kilkadziesiąt lat temu, tak nie było."* (LD, Łódź)

Na koniec badania wprost zapytano badanych o ich refleksje związane zarówno z tematem badania, jak i sposobem jego przeprowadzenia. Pięciu lekarzy pokusiło się w tym miejscu, aby zaapelować o ważne dla nich i ich pacjentów sprawy. Słowa badanych dotyczące konieczności podejmowania leczenia, uświadamiania społeczeństwa i uczenia go tolerancji, a także związane z nadziejami respondentów na zmiany.

„Skieruję apel do pacjentów i lekarzy. Najpierw do pacjentów – nie lekceważmy dolegliwości odbytu, zwłaszcza krwawienia, zgłaszajmy się do lekarzy zanim zacznie coś boleć. A apel do lekarzy jest taki, żebyśmy badali swoich pacjentów. Jeżeli nie mamy już możliwości, to kierujmy ich do specjalistów".
(LP, Warszawa)

„Nie wiem, czy Państwo mają na to wpływ… To jest świadomość społeczna, czyli pracowanie nad tym, aby społeczeństwo akceptowało nawet nie tylko osoby homoseksualne czy biseksualne, bo to nie jest choroba. To jest po prostu nasza preferencja."
(LU, Łódź)

„Jeżeli coś z tego badania naprawdę miałoby wyniknąć dobrego, to chciałabym, żeby w jakiś sposób można było dotrzeć do niekoniecznie lekarzy. To znaczy do lekarzy też, bo jak całe społeczeństwo, to i do lekarzy. Tak, żeby każdy jak najbardziej był tolerancyjny"
(LD, Łódź)

PODSUMOWANIE

„Myślę, że pomysł na badanie jest całkiem fajny. Ciekawa jestem jego wyników, ale chyba raczej nadal jesteśmy w mało tolerancyjnym społeczeństwie i mało profesjonalnym. Także jednak jakieś nasze zagorzałe przekonanania biorą górę nad naszym, jakby profesjonalnym wykonywaniem pracy i to niekoniecznie chyba pracę lekarza, ale myślę, że w wielu innych zawodach, tez się to odnajduje. To rzuca się w oczy."

(LI, Łódź)

Podsumowując przeprowadzone badanie warto zwrócić uwagę na wypowiedź młodej internistki z Łodzi, która podkreśliła fakt tego, że mimo iż rzeczywistość ulega zmianie, a młodzi lekarze uważają, że są wolni od uprzedzeń i *orientacja seksualna nie ma dla nich żadnego znaczenia w leczeniu pacjenta,* to jednak stereotypy tkwiące głęboko w społeczeństwie wciąż pozostają. Badanie to ukazało, że w dużej mierze opinia lekarki była trafna. Nawet jeżeli z całych sił pragniemy myśleć, że tradycyjnie postrzeganie osób LGBT nas nie dotyczy, to jednak fakt funkcjonowania w kulturze heteronormatywnej ma duży wpływ, także na lekarzy.

Lekarze na ogół negują, że orientacja seksualna ma znaczenie w praktyce lekarskiej, deklarując przy tym, że rzadko rozmawiają z pacjentami na tematy związane z ich seksualnością, za wyjątkiem tych sytuacji, w których schorzenie danej osoby może w znaczący sposób wpłynąć na jakość jej życia seksualnego. Jednak na podstawie opinii badanych można wskazać na pewne zależności. Według lekarzy chorób zakaźnych grupa pacjentów o orientacji homoseksualnej trafia do nich zdecydowanie częściej niż do lekarzy innych specjalności. Spośród wszystkich badanych medyków, jedynie interniści kategorycznie stwierdzali, że orientacja seksualna nie ma znaczenia dla ich praktyki lekarskiej. Natomiast urolodzy, ginekolodzy, proktolodzy, a zwłaszcza lekarze chorób zakaźnych uznali, że orientacja seksualna nie ma znaczenia w diagnostyce, za wyjątkiem podejrzenia choroby przenoszonej drogą płciową, kiedy to wskazane jest zapytanie o orientację seksualną pacjenta. Na ogół lekarze nie tłumaczą jednak dlaczego pytają o orientację w sytuacji podejrzenia o choroby związane z życiem intymnym, ale z ich wypowiedzi wynika, że wiedza ta naprowadza ich na zdiagnozowanie danej dolegliwości (co wiąże się ze stereotypem osoby nieheteroseksualnej zarażonej chorobą przenoszoną drogą płciową, także HIV). Co więcej, jeden lekarz wprost powiedział, że znając orientację seksualną swego pacjenta jest ostrożniejszy, co wiąże się z jego przekonaniem, że osoby nieheteroseksualne częściej zarażone są wirusem HIV. Wszyscy lekarze zgodnie jednak podkreślali, że preferencje seksualne nie mają znaczenia w samym leczeniu.

Niemal wszyscy badani lekarze będący w trakcie specjalizacji uczestniczyli w trakcie studiów w zajęciach dotyczących postępowania z pacjentem,

kontaktowania się z nim oraz psychologii osoby chorej. Twierdzili jednak przy tym, że zajęcia te były zupełnie niewystarczające. Ponadto w trakcie ich trwania problematyka pacjentów nieheteroseksualnych pojawiała się sporadycznie. Zdania na temat potrzeby organizowania zajęć z tematyki osób LGB były podzielone. Część respondentów nie dostrzegała tej konieczności, ponieważ leczenie osób nieheteroseksualnych, ich zdaniem, nie różni się niczym od osób heteroseksualnych. Inni natomiast wskazali na wiedzę z tego zakresu, która powinna się pojawić w czasie studiów. Oczekiwania dotyczyły treści związanych z psychologią przyjmowania pacjenta i kontaktowania się z nim.

Według badanych, temat orientacji seksualnej pacjentów, pojawia się w trakcie rozmów w środowisku lekarskim głównie w kontekście medycznym. Zauważa się jednak, że np. wśród starszych lekarzy temat ten częściej pojawia się w rozmowach pozamedycznych, niż wśród lekarzy w średnim lub młodym wieku, o pewnej praktyce, którzy jednak ciągle się jeszcze uczą.

To, kto towarzyszy pacjentom w trakcie ich wizyt u lekarza jest głównie uzależnione od wieku pacjenta. I tak najczęstszymi towarzyszami pacjentów są ich partnerzy życiowi. W przypadku dzieci, są to rodzice, natomiast w przypadku osób starszych, ich dzieci.

W sytuacjach udzielania informacji o stanie pacjenta osobom, które nie są związane więzami krwi ani w sposób prawny, kluczowe znaczenie odgrywa kwestia upoważnienia danej osoby do udzielania takich informacji o pacjencie tym, którym chce on takich informacji udzielić.

Warto również zauważyć, że z wypowiedzi badanych wynika, że pod pojęciem *orientacja nieheteroseksualna* rozumieją oni najczęściej homoseksualizm, natomiast pytani o pacjentów o odmiennej niż heteroseksualna orientacji, lekarze (z wyjątkiem ginekologów) nierzadko byli bardziej skłonni mówić o mężczyznach niż o kobietach. Być może częste utożsamianie osoby nieheteroseksualnej z homoseksualnym mężczyzną jest przejawem stereotypu, który panuje w heteronormatywnym społeczeństwie. Niemniej jednak wśród badanych lekarzy pojawiły się także inne, często niepoparte dowodami przeświadczenia związane z omawianą grupą społeczną. Przykładowym lekarskim stereotypem dotyczącym osób nieheteroseksualnych jest przekonanie o tym, że osoby te częściej niż ludzie heteroseksualni zmieniają partnerów i zapadają na choroby zakaźne, zwłaszcza zaś na AIDS (są nosicielami wirusa HIV). Niemal wszyscy badani zwrócili na to uwagę, przy czym część argumentowała tę opinię wnioskami z własnego doświadczenia, inni opierali się na informacjach zawartych w publikacjach lub na opinii znajomych. Co zaskakujące, przeświadczenie to nie było obce nawet młodej internistce z Łodzi, chociaż wprost zadeklarowała, że jej lekarskie doświadczenie przeczy tezie, że osoby nieheteroseksualne są bardziej narażone lub częściej zapadają na choroby przenoszone drogą płciową w tym AIDS. Lekarka, która posiadała doświadczenie w prowadzeniu pacjentów nieheteroseksualnych,

stwierdziła, że wszyscy jej dotychczasowi pacjenci zarażeni chorobami przenoszonymi drogą płciową byli heteroseksualni. Co więcej, lekarze mają świadomość tego, że podatność na ww. choroby nie zależy od orientacji seksualnej pacjenta, lecz od jego stylu życia i kontaktów seksualnych, mimo to jednak osoby nieheteroseksualne nierzadko są postrzegane, jako te, które częściej podejmują się tzw. ryzykownych zachowań intymnych. W wypowiedziach dwóch badanych lekarzy (pierwszy na specjalizacji z chorób zakaźnych bez doświadczenia z pacjentem nieheteroseksualnym, drugi na specjalizacji z urologii z doświadczeniem w leczeniu pacjenta o takiej orientacji) pojawił się jeszcze jeden popularny stereotyp, związany z ubiorem i zachowaniem homoseksualnego mężczyzny. Zdaniem pierwszego z lekarzy osoba nieheteroseksualna jest przesadnie zadbana i doskonale wystylizowana, można więc stwierdzić, że jest typem tzw. osoby metroseksualnej, natomiast drugi lekarz zwrócił uwagę na radosne u niedojrzałe zachowanie takiego pacjenta, przy czym utożsamił je z jego orientacją seksualną (*„zachowywał się w taki sposób, w jaki określa się osoby homoseksualne*”).

Kończąc rozważania dotyczące postaw lekarzy będących w trakcie specjalizacji dotyczących osób nieheteroseksualnych, warto zastanowić się nad kierunkiem badań społeczeństwa heteronormatywnego i jego postaw wobec osób o odmiennej niż ich własna orientacji seksualnej. Biorąc w tym kontekście pod uwagę grupę zawodową, jaką tworzą lekarze, wydaje się zasadne zwrócenie``````` szczególnej uwagi na ich wiedzę dotyczącą prawnych możliwości informowania o stanie pacjenta osób w tzw. wspólnym pożyciu (w tym osób nieheteroseksualnych) i rozumienia tego przepisu, a także na aspekt psychologiczny ich pracy z osobami homo czy biseksualnymi. Uczestnicy przeprowadzonych wywiadów zwracali szczególną uwagę na to, że osoby nieheteroseksualne nierzadko przychodzą do lekarza po to, aby przede wszystkim z kimś porozmawiać, przy czym często są przy tym przestraszone. Pozostaje więc pytanie, czy lekarze wiedzą jak z psychologicznego punktu widzenia ułatwić to spotkanie. Być może warto by w przyszłych badaniach zapytać psychologów o ich punkt widzenia, zwłaszcza, że zdaniem niektórych lekarzy, osoby homoseksualne w heteronormatywnym społeczeństwie cierpią na wszelkiego rodzaju depresje i załamania nerwowe, a także tworzą sobie niespójna tożsamość, internalizując przekonania homofobiczne, co może prowadzić nawet do samobójstw. Warto także zapytać o postawy i stereotypy lekarzy będących już po specjalizacji, którzy posiadają wieloletnie doświadczenie, w tym także o źródła ich przeświadczeń dotyczących osób nieheteroseksualnych, zwłaszcza zaś specjalistów z dziedziny chorób zakaźnych i proktologii, dla których orientacja seksualna pacjenta wydaje się mieć bardzo duże znaczenie.

SPIS TABEL

Tabela 1 Szczegółowy dobór próby do badania jakościowego 6
Tabela 2 Choroby, z którym najczęściej spotykają się lekarze w trakcie danej specjalizacji..... 7
Tabela 3 Definicje niepełnosprawności..... 12
Tabela 4 Definicje orientacji seksualnej 19
Tabela 5 Charakterystyka pacjenta nieheteroseksualnego..... 38
Tabela 6 Definicje biseksualizmu..... 55

ANEKS

Scenariusz IDI

SCENARIUSZ IDI

Szanowny(a) Panie(ni),

uczestniczy Pan(i) w badaniu jakościowym przeprowadzanym przez firmę BIOSTAT na zlecenie Biura Rzecznika Praw Obywatelskich nt. praktyki lekarskiej Pana/i specjalizacji…….. . Celem jest poznanie Państwa opinii dotyczącej doświadczeń płynących z Państwa zawodu i stworzenie m.in. rekomendacji dla edukacji medycznej.

Badanie jest anonimowe, składa się z kilku części i posiada formę rozmowy. Badanie nie potrwa dłużej niż 60 minut.

Pragnę uprzedzić, iż z uwagi na potrzebę kompletności uzyskiwanych od Pana(i) danych, badanie będzie rejestrowane.

Zapraszamy do udziału w badaniu!

PYTANIA WSTĘPNE:

1. Proszę opowiedzieć kilka słów o sobie (specjalizacja, staż odbywanej specjalizacji).
2. Jak często przyjmuje Pan(i) pacjentów? Czy są to pacjenci przypadkowi, czy też regularnie pojawiający się na wizytach lekarskich? Jakiego rodzaju schorzenia lub inne powody prowadzenia pacjenta/pacjentki najczęściej Pan(i) spotyka?
3. Jakby Pan(i) opisał/a swojego pacjenta? Proszę podać ogólną charakterystykę. Jakie informacje o sobie podają pacjenci? Czy są jakieś cechy znaczące, które Pan(i) zauważa, kiedy przyjmuje Pan(i) pacjenta? Jakie?
4. Czy w Pana(i) praktyce lekarskiej ma znaczenie (np. w kontaktach) niepełnosprawność pacjenta? Jakie?
   Jak zdefiniował(a)by Pan(i) niepełnosprawność? Co – zgodnie z Pana/i doświadczeniem – wyróżnia takich pacjentów?
5. Czy w Pana(i) praktyce lekarskiej ma znaczenie (np. w kontaktach) grupa etniczna/rasowa oraz wyznaniowa pacjenta? Jakie?
6. Czy w Pana(i) praktyce lekarskiej ma znaczenie (np. w kontaktach) orientacja seksualna pacjenta? Jakie? Jak zdefiniował(a)by Pan(i) orientację seksualną? Proszę podać jej rodzaje.

CZĘŚĆ PIERWSZA – WIEDZA LEKARZY

1. Czy Pana(i) zdaniem wiedza nt. orientacji seksualnej pacjenta jest istotna dla stawiania diagnozy oraz leczenia (w Pana/i specjalizacji)? Jakie? Proszę scharakteryzować.
2. Czy jest jakaś różnica w leczeniu i diagnostyce osób w zależności od ich orientacji seksualnej? Na czym ona polega?
3. Czy są schorzenia, na które osoby o orientacji nieheteroseksualnej są bardziej narażone niż pacjenci heteroseksualni? Proszę o nich opowiedzieć. Jeżeli tak, skąd czerpie lub czerpał(a) Pan(i) wiedzę na temat tych schorzeń oraz ich leczenia?
4. Czy na studiach/kursach/szkoleniach zetknął/ęła się Pan/i z tematem leczenia osób o orientacji nieheteroseksualnej? Co Pan/i sobie przypomina? W jakich okolicznościach? Czy wiedza ta Pana/i zdaniem była wystarczająca?

5. Czy zna Pan(i) jakąś fachową literaturę z tej tematyki? Jaką? Czy zna Pan(i) inne dostępne źródła zajmujące się tą problematyką? Proszę o nich krótko opowiedzieć. Co Pan/i o nich myśli?
6. Jaki jest wg Pana(i) dostęp do wiedzy na temat schorzeń dotyczących w szczególności osób nieheteroseksualnych oraz ich potrzeb? Czy wiedza, jaką Pan/i dysponuje jest w Pana/i ocenie wystarczająca? Jakie informacje z tej tematyki Pana(i) zdaniem byłyby przydatne?
7. Czy na studiach/kursach/szkoleniach itd. były organizowane zajęcia dotyczące postępowania z pacjentem, kontaktowania się z nim? Proszę opowiedzieć.
    - Jeżeli tak, czy na tych zajęciach omawiano postępowanie z pacjentem z różnych grup społecznych, jak np. z niepełnosprawnymi czy osobami nieheteroseksualnymi? Jeśli tak, jakie zagadnienia poruszano?
8. Jaki jest wg Pana(i) dostęp do informacji na temat sposobu postępowania, rozmawiania z pacjentami nieheteroseksualnymi? Jakie informacje z tej tematyki Pana(i) zdaniem byłyby przydatne?
9. Czy sposób postępowania, rozmawiania z pacjentami nieheteroseksualnymi da się ubrać w określone zasady, reguły - czy można rozpowszechniać je jako pakiet wiedzy?

CZĘŚĆ DRUGA – DOŚWIADCZENIA WIZYT

I. Dla lekarzy z doświadczeniem w kontaktach z pacjentami nieheteroseksualnymi:

10. Proszę przypomnieć sobie wizytę (np. ostatnią) osoby nieheteroseksualnej. Proszę ją opisać. Co zwróciło Pana/i uwagę? Proszę o tym więcej opowiedzieć.
    - Jak się Pan/i czuł/a w tej sytuacji?
11. Skąd się Pan(i) dowiedział(a) o orientacji seksualnej swojego pacjenta? Proszę opowiedzieć o tej sytuacji.
    - Wyobrażam sobie, że taka sytuacja mogła być dla Pana/i jakoś krępująca. Jak się Pan/i czuł/a w tej sytuacji?
12. Jak wynika z Pana/i doświadczenia, czy pacjenci heteroseksualni i nieheteroseksualni mają inne potrzeby w kontekście wizyt lekarskich? Jakie? Z jakiego powodu? Proszę coś więcej o tym powiedzieć.
13. Czy omawiana wizyta jakoś na Pana(ią) wpłynęła? Czy coś się wydarzyło w jej wyniku? (Czy rozmawiał/a Pan/i o danym przypadku z innymi lekarzami? Czy poszukiwał(a) Pan/i informacji związanych z leczeniem pacjenta nieheteroseksualnego? Jakich?)

II. Dla lekarzy bez doświadczenia w kontaktach z pacjentami nieheteroseksualnymi:

14. Proszę sobie wyobrazić wizytę pacjenta nieheteroseksualnego, proszę ją opisać.
15. Jak wygląda ten pacjent? Z jaką sprawą do Pana(i) przychodzi? Jakie może mieć pytania, wątpliwości? Jakiej szuka pomocy?
16. Jak się zachowuje taki pacjent? Proszę opisać.
17. Czy Pana(i) zdaniem pacjenci heteroseksualni i nieheteroseksualni mają inne potrzeby w kontekście wizyt lekarskich? Dlaczego?

CZĘŚĆ TRZECIA – LEKARZE

I. Dla lekarzy z doświadczeniem w kontaktach z pacjentami nieheteroseksualnymi:

18. Czy przypomina sobie Pan/i sytuację, kiedy w Pana/i środowisku koleżanki i koledzy opowiadali o kontaktach pacjentem heteroseksualnym i nieheteroseksualnym podczas wizyt? Czego dotyczyły? Proszę opowiedzieć o tych sytuacjach.

II. Dla lekarzy bez doświadczenia w kontaktach z pacjentami nieheteroseksualnymi:

1. Czy przypomina sobie Pan/i sytuację, kiedy w Pana/i otoczeniu koleżanki i koledzy opowiadali o kontaktach pacjentem heteroseksualnym i nieheteroseksualnym podczas wizyt? Czego dotyczyły? Proszę opowiedzieć o tych sytuacjach.

CZĘŚĆ CZWARTA – OTOCZENIE PACJENTÓW

2. Jak często zdarza się, że podczas wizyt są także obecne rodziny pacjentów? Która osoba z rodziny najczęściej pojawia się z pacjentem podczas wizyt?
3. Jaka jest Pana(i) opinia na temat informowania o stanie pacjenta osób bliskich emocjonalnie, ale nie związanych więzami krwi ani prawnie (konkubent, partner)? Co Pan(i) sądzi o takiej sytuacji?
4. Proszę sobie wyobrazić taką sytuację: Partner Pana(i) pacjenta nieheteroseksualnego pyta o stan zdrowia tej osoby. Co Pan(i) robi w tej sytuacji? Jakie jest Pana(i) zdanie o takiej sytuacji?

CZĘŚĆ PIĄTA: DEFINICJE

5. Czy słyszał Pan/i o pojęciu biseksualizm? Jak je Pan/i rozumie?

6. Czy jest coś co chciałby/aby Pan/i dodać w temacie badania? Podzielić się jakąś uwagą, refleksją, której nie poruszyliśmy w czasie rozmowy?

Dziękujemy za udział w badaniu!