



BOLESNA NIECODZIENNOŚĆ AD 2020



**BOLESNA
NIECODZIENNOŚĆ
AD 2020**

BOLESNA NIECODZIENNOŚĆ AD 2020

**Redakcja naukowa
Joanna Zalewska**



Recenzowały
dr Maria Dębińska
prof. dr hab. Anna Firkowska-Mankiewicz

Projekt okładki
ARP Studio Rafał Bielski

Redakcja
Monika Bielska-Łach

Korekta
Hanna Cieśla

Publikacja dofinansowana przez
Akademię Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej
ze środków na działalność statutową

Copyright © by Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej
Warszawa 2021



Uznanie autorstwa – Użycie niekomercyjne 4.0 Polska

ISBN 978-83-66879-55-3
978-83-66879-56-0 e-book

Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii
Grzegorzewskiej
02-353 Warszawa, ul. Szczęśliwicka 40
tel. 22 5893645
e-mail: wydawnictwo@aps.edu.pl

Spis treści

I. Wprowadzenie

Joanna Zalewska

| | |
|--|----|
| Rozdział 1. Zrozumieć bolesną niecodzienność. Antropologia zaangażowana | 11 |
|--|----|

II. Niecodzienność chorowania w okresie pandemii

*Kaja Radzikowska, Paulina Kowalczyk, Laura Włodarska,
Anna Pilecka-Kruk, Aleksandra Ptaszek, Marcin Cieślak,
Aleksandra Galara, Magdalena Łubkowska, Mateusz Muracki,
Patrycja Połaska, Adrianna Stanowska*

| | |
|--|----|
| Rozdział 2. Niecodzienność procedury porady lekarskiej w pandemii | 33 |
| Rozdział 3. Wywiad z pacjentką: „lekarze są pozamykani w przychodniach jak księżniczki na zamku, a dostępu bronią do nich smoczyce – pielęgniarki” | 72 |

III. Niecodzienność przestrzeni międzyludzkiej osób LGBT+

*Dominika Cygan, Kamila Gryczan,
Katarzyna Kowalik, Agata Adamkiewicz, Magdalena Bagnowska,
Julia Fiałka, Aleksandra Gawor, Natalia Kosobudzka, Gabriela
Krawczak, Jakub Makowski, Sandra Petkanić, Weronika Rutkowska,
Karina Walczak*

| | |
|---|----|
| Rozdział 4. Niecodzienne interakcje społeczne: być osobą LGBT+ w dobie paniki moralnej | 85 |
|---|----|

| | |
|--|-----|
| Rozdział 5. Wywiady z osobami LGBT+. „Pierwszy raz się popłakałem, (...) straciłem wiarę w ludzi” | 129 |
|--|-----|

IV. Podsumowanie

Adam Buczkowski

| | |
|--|-----|
| Rozdział 6. „Aż ostatnie słowa nie zostaną wypowiedziane” – doświadczenia niemych i uciszanych w czasach pandemii | 153 |
|--|-----|

| | |
|------------------------|-----|
| Bibliografia | 171 |
|------------------------|-----|

Załączniki

| | |
|--|-----|
| Załącznik nr 1. Kwestionariusz rekrutacyjny do badania „Zmiany w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia w okresie pandemii z perspektywy pacjenta” | 177 |
|--|-----|

| | |
|---|-----|
| Załącznik nr 2. Scenariusz do wywiadu „Zmiany w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia w okresie pandemii z perspektywy pacjenta” | 178 |
|---|-----|

| | |
|--|-----|
| Załącznik nr 3. Spis wywiadów do badania „Zmiany w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia w okresie pandemii z perspektywy pacjenta” | 184 |
|--|-----|

| | |
|---|-----|
| Załącznik nr 4. Scenariusz do wywiadu „Być osobą LGBT+ we współczesnej Polsce” | 187 |
|---|-----|

| | |
|--|-----|
| Załącznik nr 5. Kwestionariusz rekrutacyjny do badania „Być osobą LGBT+ we współczesnej Polsce” | 190 |
|--|-----|

| | |
|--|-----|
| Załącznik nr 6. Spis wywiadów do badania „Być osobą LGBT+ we współczesnej Polsce” | 191 |
|--|-----|

Pamięci Elżbiety Tarkowskiej

I. Wprowadzenie

Joanna Zalewska

Rozdział 1.

Zrozumieć bolesną niecodzienność. Antropologia zaangażowana

Zrozumieć bolesną niecodzienność

W chwili, gdy ta książka została opublikowana, już od prawie dwóch lat wszyscy żyjemy w rzeczywistości niecodziennej. Ową niecodzienność rozumiem jako sytuację, która wytrąca nas z rutyny i nakazuje mierzyć się z tym, co niezwykle, niewyobrażone, nieprzewidywalne. Jest przeciwieństwem codzienności, którą odczuwamy jako banalną, nawykową, przewidywalną (Rogowski, Skrobaccki i Mroczkowska, 2010). Do niecodzienności człowiek stara się zaadaptować, przystosować, zrozumieć ją, „przeciągnąć” niejako w sferę codzienności. Taką próbą oswojenia, zrozumienia niecodzienności jest właśnie ta książka. Powstała wokół projektu badań jakościowych, realizowanego przez studentów na kierunku socjologia w Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w semestrze zimowym roku akademickiego 2020/2021 koordynowanego przez Joannę Zalewską. Celem zajęć była nauka warsztatu prowadzenia badań na temat życia codziennego. Mam bogate doświadczenie dydaktyczne w tym zakresie (por. Zalewska i Cobel-Tokarska, 2014), podpowiadałam studentom tematy związane z życiem codziennym w przestrzeni domowej, z czasem wolnym, ewentualnie z codziennością w pracy. Tematy, które pozwalają uchwycić, jak odtwarza, ale też zmienia się rzeczywistość postrzegana przez ludzi jako banalna, oczywista, normalna, niekwestionowana (Berger i Luckman, 1984). Okazało się jednak, że w porównaniu z codziennością, to niecodzienność bardziej przyciągnęła uwagę studentów. Nic w tym dziwnego, skoro codzienność jest przezroczysta, a niecodzienność wyłamuje się z rutyny, zwraca uwagę, jest opisywalna (Rogowski, Skrobaccki i Mroczkowska, 2010). W badaniach uczestniczyły dwie grupy studentów i obydwie zainteresowały się niecodziennością: studenci z jednej grupy postanowili zbadać procedurę

korzystania z przychodni medycznych w okresie pandemii, zaś uczestnicy drugiej grupy zainteresowali się sytuacją osób LGBT+ w Polsce.

Na pierwszy rzut oka tematy te wydają się odległe od siebie i niepowiązane. Łączy je jednak właśnie to, że obydwie te sytuacje wymykają się codzienności. Przychodnie medyczne w pandemii – przed masowym zastosowaniem szczepionek – funkcjonowały w sposób daleko odbiegający od uregulowanego, choć też niesatysfakcjonującego sposobu ich działania przed pandemią. Procedura, czyli przebieg kontaktu z systemem ochrony zdrowia stał się niecodzienny, problematyczny, budzący poczucie zagrożenia oraz lęk o własne zdrowie, a może nawet i życie. Ta niecodziennność kontaktu ze służbą zdrowia dotykała każdego członka polskiego społeczeństwa. Z kolei przyjęcie tożsamości osoby LGBT+: odkrycie, że własna orientacja nie jest heteroseksualna albo że tożsamość seksualna nie jest cisplciowa¹, oznacza, że kontakty, interakcje społeczne, więzi społeczne przechodzą ze sfery banalnej codzienności do sfery niecodzienności, w której nie wiadomo, czy zostanie się zaakceptowanym jako osoba. Zazwyczaj wszyscy uczestnicy interakcji społecznej dążą do zachowania twarzy, czyli społecznej wartości danej osoby prezentowanej podczas spotkania pozostałych uczestników interakcji (Goffman, 2006a). Proszę więc sobie wyobrazić sytuację, że samo pokazanie swojej prawdziwej twarzy może spowodować pełną przemocy reakcję partnerów interakcji: unikanie spotkań, pogardliwe słowa czy nawet bezpośrednią agresję fizyczną albo groźby podpalenia i zabójstwa. Codzienne funkcjonowanie nie jest wtedy banalne i oczywiste, staje się funkcjonowaniem niecodziennym, również w poczuciu zagrożenia i lęku o własną godność, zdrowie, a może nawet i życie.

Badania poświęcone doświadczeniom pacjentów i procedurze leczenia w opiece ambulatoryjnej zostały przeprowadzone w województwie mazowieckim w miejscowościach różnej wielkości. W badaniach uczestniczyło 13 pacjentów, którzy w okresie pandemii (do listopada 2020 roku) zgłosili się do publicznej przychodni, a ich leczenie nie zakończyło się na

¹ Cisplciowość jest to spójność pomiędzy płcią przypisaną przy narodzinach a tożsamością płciową osoby.

teleporadzie, lecz zostali również zapisani na wizytę lekarską. Część z tych pacjentów spotkała się z koniecznością uzupełniania procedury w placówkach publicznej ochrony zdrowia wizytami w prywatnych placówkach. Doświadczenia pacjentów, jak i funkcjonowanie przychodni, pomimo jednolitych zaleceń na stronie Ministerstwa Zdrowia, były bardzo zróżnicowane. Od miejsca, w którym można było normalnie „na żywo” stanąć w kolejce do rejestracji, by tak zapisać się na teleporadę – pomimo zagrożenia epidemiologicznego, po przychodnię, do której właściwie niemal nie dało się dostać. Pomimo umówionej wizyty lekarskiej, drzwi były zamknięte na klucz, dzwonek nie działał, drzwi były zaklejone, na pukanie nikt nie odpowiadał i trzeba było zadzwonić pod numer telefonu przychodni, który oczywiście był zajęty. Tak więc pandemia wzmożła już wcześniej istniejące problemy: chaos oraz kłopoty z dostępem. Sfera codzienności rozmówców realizowała się tylko w aspekcie samej porady lekarskiej, badani byli zadowoleni z fachowości lekarza i właściwie tylko to nie wzbudzało odczucia niecodziennosci.

Badania poświęcone doświadczeniom osób LGBT+ w relacjach z osobami z bliskiego otoczenia i w kontaktach z otoczeniem dalszym w miejscach publicznych, z przekazami pojawiającymi się w mediach i płynącymi od polityków, zostały przeprowadzone wśród osób zamieszkałych w Warszawie, ale pochodzących z miejscowości o różnej wielkości. W badaniach uczestniczyło 16 osób, były to osoby ze zróżnicowanych powodów należące do kategorii LGBT+. Około dwóch trzecich grupy badanej stanowiły osoby homoseksualne: geje i lesbijki. Udało się jednak również dotrzeć do osób biseksualnych, niebinarnych², aseksualnych³, które stanowią łącznie jedną trzecią grupy badanej. Najłatwiej sfera codzienności realizowała się w kontaktach z przyjaciółmi. Sferą niecodziennosci były miejsca publiczne, gdzie rozmówcy starannie maskowali swoją „twarz”, a ci którzy tego nie robili, spotykali się z przemocą werbalną, sporadycznie nawet fizyczną. Przejawy

² Określenia niebinarna tożsamość płciowa używa się w odniesieniu do spektrum tożsamości płciowych, które nie są wyłącznie kobiece albo męskie i wychodzą poza tę polaryzację.

³ Aseksualność to nieodczuwanie pociągu seksualnego wobec innych osób.

nietolerancji i agresji zintensyfikowały się na przestrzeni kilku miesięcy poprzedzających badania, odbywające się w listopadzie i grudniu 2020 roku.

Omawiane tu sytuacje niecodziennosci zrodziły się na skutek kryzysu, czyli wydarzenia bądź szeregu wydarzeń zakłócających ustalone nawyki i zmuszających do szukania nowych rozwiązań, które z czasem ulegną rutynizacji (Thomas, 1951; za: Szacki, 2005, s. 566) i będą doświadczane jako codzienne. Kategoria codzienności/niecodziennosci dotyczy sfery doświadczenia, pewne sytuacje są doświadczane jako codzienne, a inne jako niecodzienne, kryzys zazwyczaj łączy się z doświadczeniem niecodziennosci. Dla pacjentów pandemia jest kryzysem, każda jej kolejna fala, ale także każda pojawiająca się dolegliwość bólowa jest kryzysem, bowiem znów trzeba się konfrontować z niepewnością, jak w danej chwili pobliska przychodnia funkcjonuje i czy zaufać specjalistom. Dla osób LGBT+ odkrycie własnej tożsamości jest kryzysem, ponieważ zmienia sposób widzenia siebie samej/samego w społeczeństwie, w którym inne rodzaje seksualności poza heteroseksualnością osób cisplciowych są traktowane jako wychodzące poza obręb tego, co uważane jest powszechnie za normalne. Następnie ujawnienie swojej tożsamości osobom z otoczenia, a także poznawanie każdej nowej osoby może okazać się kryzysem w społeczeństwie, w którym akceptacja dla nieheteronormatywnego sposobu życia nie jest powszechną normą. Co więcej, często jeszcze przed odkryciem własnej tożsamości i zrozumieniem jej, kontakty i interakcje społeczne bywały kryzysem – jak bowiem relacjonują rozmówcy, jeszcze zanim oni sami zdawali sobie sprawę, że nie są heteroseksualni albo cisplciowi, rówieśnicy w szkole już to zauważali i dokuczali. Mamy więc sytuację permanentnego kryzysu, konieczność ciągłej świadomej adaptacji, czyli stałe przebywanie w sferze niecodziennej, co zdaniem Zygmunta Baumana (2009) jest w ogóle cechą późnej nowoczesności, którą on nazywał ponowoczesnością. W sytuacjach opisanych w tej książce to doznanie niecodziennosci jest jeszcze bardziej intensywne, a wręcz bolesne.

Bolesność niecodziennosci wiąże się z tym, że konieczność funkcjonowania w rzeczywistości niecodziennej wzbudza silne negatywne emocje. Są to trzy grupy emocji. Po pierwsze, są to odmiany strachu o różnej sile: lęk, strach,

niepokój, przerażenie, poczucie zagrożenia. Po drugie, są to odmiany złości: gniew, niechęć, złość, niezadowolenie. Po trzecie, są to odmiany smutku: przygnębienie, poczucie zranienia, przykrość, ubolewanie, załamanie (przyprządkowanie za: Turner i Stets, 2009). W obydwu raportach z badań są części poświęcone emocjom i doznaniom. Dodatkowo w książce zamieszczone zostały również przykładowe otwarte wywiady pogłębione, ażeby można było usłyszeć oryginalne głosy pacjentów i osób LGBT, zrozumieć, jak zmagają się z niecodziennością i poczuć, jak wyrażają swoje bolesne doznania. Silne emocje i doznania wiążą się z brakiem kontroli nad sytuacją niecodzienną, kryzysową, graniczną. Adam Buczkowski, zajmujący się socjologią medycyny, socjologią ciała i socjologią płci, który dołączył do naszego projektu, aby skomentować i podsumować wyniki projektu, analizuje w tym kontekście w ostatnim rozdziale książki aspekt niewiedzy i braku informacji w badanych sytuacjach.

Praca ta dedykowana jest pamięci profesor Elżbiety Tarkowskiej, gdyż 3 marca 2021 roku minęła piąta rocznica Jej śmierci. Elżbieta Tarkowska była wybitną polską socjolożką, uprawiającą socjologię rozumiejącą, na styku z polem etnologii i antropologii kulturowej. Była moją mentorką, nauczycielką i przyjaciółką, uczyła kilka pokoleń polskich socjologów, skończywszy na kilkunastu rocznikach absolwentów socjologii w Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, gdzie była przez wiele lat dyrektorką Instytutu Filozofii i Socjologii. Elżbieta Tarkowska zawsze postulowała podejmowanie tematów ważnych, gorących, aktualnych w społeczeństwie, a jednocześnie umykających, niedostatecznie obecnych w głównym nurcie polskiej socjologii. Ten postulat sama realizowała, zajmując się tematem biedy i wykluczenia społecznego w potransformacyjnej Polsce. Jednocześnie zawsze kładła nacisk, by w badanych zjawiskach zrozumieć sytuację i oddać głos osobom w niej cierpiącym, zmuszonym bronić swojej godności (Tarkowska, 2000, 2013). W tej książce pragniemy zrealizować postulaty profesor Elżbiety Tarkowskiej.

Z perspektywy czasu (pisząc ten tekst pół roku po zakończeniu projektu) myślę, że studenci sami odczuwają bolesność tych dwu niecodzienności (lub empatyzują z bólem) i dlatego postanowili je ośwoić, stać się

„ekspertami od codzienności” (Rogowski, Skrobacki i Mroczkowska, 2010), którzy pomagają innym zrozumieć, czyli w sposób poznawczy oswoić niecodziennosc. Były to więc badania zaangażowane, nakierowane na to, by pomóc czytelnikom zrozumieć, a rozmówcom pomóc być zrozumianymi. Dlatego, mamy nadzieję, książka ta będzie miała podwójne grono czytelników. Z jednej strony, przedstawiciele nauk społecznych zainteresowanych uchwyceniem aktualnych procesów i doświadczeń. Z drugiej strony, zwykłych obywateli już niejednokrotnie „sparzonych” tymi gorącymi tematami, które nieustannie atakują nas z telewizji i łapią za gardło w mediach społecznościowych, ale wciąż gdzieś w środku wzbudzają niepewność, lęk, złość, przygnębienie i domagają się wyjaśnienia.

W kolejnych częściach tego rozdziału poddam dyskusji perspektywę teoretyczną, w ramach której prezentuję badane problemy, czyli pojęcia życia codziennego, codzienności i niecodziennosci oraz doznaniowe, w tym emocjonalne aspekty niecodziennosci. Następnie przedstawię metodologię badań studenckich. Na koniec omówię strukturę i zawartość książki.

Życie codzienne, codzienność i niecodziennosc

Terminy „życie codzienne” i „codziennosc” stosowane są w socjologii w sposób niejednoznaczny. Można spotkać cztery sposoby użycia tych terminów, wynikające z różnorodnych tradycji i odmiennych sposobów rozumienia tych tradycji. Dlatego warto tę terminologię uporządkować. Po pierwsze, jest to sposób użycia tych pojęć przez historyków z nurtu tzw. nowej historii – mikrohistorii, historii codzienności i doświadczeń oraz historii mówionej [*oral history*] (Tarkowska, 2000, 2009). Zaczynam od historii nie dlatego, że jest to perspektywa najważniejsza, ale dlatego, że jest najbliższa rozumieniu potocznemu i dlatego łatwo zrozumiała, a postulaty nowej historii wpływały również na socjologię (Tarkowska, 2009). Tutaj życie codzienne i codzienność to synonimy. Chodzi o – inspirowane antropologią – odejście od dotychczas podstawowego przedmiotu badań historii, czyli sfery polityki i ideologii, ku historii zwykłych ludzi. Historycy proponują definicję wyliczającą aspekty życia codziennego/codziennosci:

„z jednej strony warunki egzystencji, czyli warunki bytowe (źródła dochodów, koszty utrzymania, sytuacja mieszkaniowa, pożywienie, ubiór, komunikacja), z drugiej – sfera duchowa i obyczajowa (życie kulturalne, rozrywki, mentalność, uczucia, nastroje i postawy)” (Szarota, 1995, s. 5), wskazując również na ważną cechę codzienności, jaką jest powtarzalność (Tarkowska, 2009). W sytuacjach kryzysowych, granicznych, również badają tak rozumianą codzienność. Jest to ujmowane jako badanie codzienności w warunkach niecodziennych, na przykład podczas wojny i okupacji (Tarkowska, 2009).

Drugi sposób rozumienia terminów „codziennosc” i „życie codzienne” oferuje tzw. trzecia socjologia, inaczej socjologia życia codziennego, paradygmat teoretyczno-metodologiczny zaproponowany w 1980 roku przez Jacka Douglasa (Hałas, 2009; Sztompka, 2008, 2009). Tutaj również terminy „codziennosc” i „życie codzienne” nie są rozróżniane. O ile sam Douglas nie proponuje jednoznacznej definicji tego terminu (Hałas, 2009), o tyle na polskim gruncie Piotr Sztompka (2008) definiuje codzienność alias życie codzienne, podając kilka charakterystyk:

- 1) życie codzienne to życie w obecności innych, nawet jeśli nie występują oni fizycznie, tylko są zinternalizowanymi głosami w naszej głowie;
- 2) życie codzienne to zdarzenia powtarzalne, a niekiedy cykliczne;
- 3) życie codzienne przybiera formy rytualne, udramatyzowane;
- 4) życie codzienne angażuje naszą cielesność i emocjonalność, jest spontaniczne;
- 5) życie codzienne jest zlokalizowane w określonych miejscach, a lokalizacja decyduje o jego treści i formie;
- 6) życie codzienne zachodzi w różnych kontekstach społecznych, takich jak życie rodzinne, praca, edukacja, rozrywka, konsumpcja, choroba, religia, polityka;
- 7) życie codzienne ujęte jest w ramy czasowe epizodów, których długość zależy od kontekstu społecznego;
- 8) życie codzienne ma charakter bezrefleksyjny, nawykowy, automatyczny.

Jako przedmiot badań socjologii życia codziennego (czyli, jak sądzę, operacjonalizację ogólnego pojęcia życia codziennego) Piotr Sztompka postuluje

badanie zdarzeń społecznych (2008) lub przestrzeni międzyludzkiej (2009). Zdarzenia społeczne konstytuują życie zwykłych ludzi. Dla potrzeb analizy zdarzenia społeczne należy rozłożyć na elementy pierwsze:

- 1) uczestnicy zdarzenia (aktywni oraz świadkowie);
- 2) kontekst społeczny i reguły, które nakłada na interakcję (nie tylko ramy czasowe, lecz także używany język, ubiór, sposób bycia);
- 3) lokalizacja – również podległa regułom kontekstu społecznego;
- 4) praktyki życiowe, które realizują się poprzez wielość zdarzeń w różnych kontekstach, ale zachowują jednolite znaczenie;
- 5) procedury – przebiegające w czasie sekwencje zdarzeń społecznych;
- 6) rytuały społeczne – gdy zdarzenia mają silnie zaakcentowany aspekt symboliczny, ważniejsze jest, jak się coś robi niż po co.

Z kolei badając przestrzeń międzyludzką, Sztompka postuluje, by analizować również konteksty społeczne i lokalizacje, ale przede wszystkim kładzie tu nacisk na badanie interakcji i więzi społecznych, a nie zdarzeń. Tak więc zastosowanie mają tu Goffmanowskie (2006b) pojęcia do analizy interakcji:

- 1) kontakt społeczny – jest to przelotna interakcja, pozdrowienie czy wymiana spojrzeń;
- 2) spotkanie – osoby łączą się w niewielki krąg fizyczny jako zatwierdzeni uczestnicy przedsięwzięcia;
- 3) i – niewspomniane przez Sztompkę – posiedzenie – spotkanie formalne, gdzie przewodniczący kieruje kolejnością zabierania głosu i znaczeniem.

Następnie ważne są pojęcia z zakresu socjologii powiązań społecznych (których nie definiuję, ze względu na to, że są powszechnie znane w socjologii), czyli stosunku społecznego, więzi społecznej i tożsamości społecznej, decydującej o podziale na grupę własną i obcą. Zdaniem Sztompki (2009, s. 37), przebieg i rodzaj tej granicy – czy jest to wrogość i izolacja wobec obcości, czy niechętna tolerancja wobec odmienności czy też otwarta postawa wobec inności – „wpływają istotnie na klimat społeczny, panujący w zbiorowości”.

W rozdziale na temat niecodzienności chorowania w okresie pandemii analizujemy procedurę zdarzeń społecznych w kontekście społecznym choroby

i w lokalizacji przychodni medycznej. Na procedurę składają się kolejne interakcje społeczne. Najpierw są to interakcje telefoniczne: kontakt z rejestracją oraz teleporada. Wreszcie jest wizyta lekarska oraz w niektórych przypadkach zlecone badania, które za Goffmanem można nazwać posiedzeniami. W pandemii obowiązują nowe reguły w kontekście społecznym choroby, dotyczące ubioru i zasłaniania części ciała, lokalizacji i procedury.

Z kolei w rozdziale na temat sytuacji osób LGBT+ badamy tożsamość społeczną – przebieg i rodzaj granicy pomiędzy osobami utożsamiającymi się jako LGBT+ a resztą społeczeństwa, jak ona wygląda w życiu codziennym naszych rozmówców.

W ramach paradygmatu życia codziennego jako życie codzienne/codziennność należy traktować również te zdarzenia społeczne i przestrzeń międzyludzką, które występują w warunkach niecodziennych. Sztompka (2008) podkreśla, że również odświętność mieści się w tej definicji życia codziennego. Sytuacje graniczne czy kryzysowe w ogóle nie są dyskutowane w tym kontekście. Jako podstawy teoretyczne dla tak zdefiniowanej socjologii życia codziennego Sztompka (2008) podaje trzy teorie socjologiczne: fenomenologię społeczną Alfreda Schütza, etnometodologię stworzoną przez Harolda Garfinkla i socjologię interakcji Ervinga Goffmana, jako zaś prekursora tego podejścia – Georga Simmla.

Trzeci sposób zastosowania terminów życie codzienne i codzienność, również traktowanych jako bliskoznaczne, to użycie instrumentalne. Tradycja tego pojęcia jest bardzo długa, zarówno w światowej (Hałas, 2009), jak i polskiej (Tarkowska, 2009) socjologii. Użycie tego terminu nie ogranicza się tylko do wymienionych przez Sztompkę nurtów. Elżbieta Hałas (2009) pokazuje, że pojęcie codzienności/życia codziennego było obecne u Maxa Webera, w Durkheimowskiej szkole *Annales*, u Norberta Eliasa (który nie chciał być zaliczany do paradygmatu trzeciej socjologii życia codziennego), Pierre’a Bourdieu. Natomiast znaczenia terminu życie codzienne/codziennność były kompletnie różne, w zależności od szerszego kontekstu teoretycznego, czyli aparatu pojęciowego, który wytworzyli lub którym posługiwali się socjologowie. Dla Schütza codzienność jest definiowana

działaniem i intersubiektywnie komunikowanym doświadczeniem aktorów ludzkich. W tradycji Durkheimowskiej, w którą Hałas wpisuje Eliasza i Bourdieua, codzienność konstytuuje praktyki społeczne. Z kolei u Webera codzienność odpowiada historycznie zmiennym warunkom gospodarczym. Duża część autorów prac o codzienności/życiu codziennym w ogóle nie poddaje tego pojęcia dyskusji, podając bardzo krótką zapożyczoną lub autorską definicję adekwatną do analizowanego problemu, zdarza się też mniej więcej przybliżenie tego pojęcia. W tych tekstach pojawiają się rozważania na temat granic tego nieostrego pojęcia i relacji między codziennością a niecodziennością. Rezultatem rozważań jest przekonanie, że granica ta się zaciera: niecodzienność staje się coraz bardziej codzienna, coraz mniej mamy wydarzeń zupełnie niezwykłych, odmiennych od rutyny, szczególnie celebrowanych (Golka, 2009), a codzienność staje się niecodzienna, czyli zmienna, nieprzewidywalna, nieodgadniona (Bauman, 2009).

Czwarty sposób zastosowania terminów życie codzienne, codzienność i niecodzienność znajduje się w jednym tekście, jaki znalazłam, na temat życia codziennego w sytuacji kryzysu (Rogowski, Skrobacki i Mroczkowska, 2010). Autorzy są świadomi bogatej i zróżnicowanej tradycji omawianych pojęć oraz niejednoznaczności nazewnictwa. Proponują następujące rozróżnienie: pojęcie życie codzienne należy odnosić do poziomu praktyk społecznych. Z kolei pojęcie codzienności i niecodzienności do doświadczeń jednostek. Czyli bez względu na to, czy badamy sytuacje rutynowe, odświętne czy graniczne, możemy posługiwać się pojęciem życia codziennego. Jednakże uczestnicy tych sytuacji inaczej będą ich doznawać – albo jako codziennych, czyli przezroczystych, banalnych, oczywistych, normalnych, rutynowych, albo jako niecodziennych – niezwykłych, domagających się oswojenia, poddania kontroli – poznawczej i w działaniu.

Choć paradygmat socjologii życia codziennego (drugie rozumienie) jest krytykowany za to, że nie wnosi nowego spojrzenia (Hałas, 2009), to jednak widzimy pewne korzyści z jego zastosowania. Mianowicie proponuje on eklektyczne łączenie, zestawia ze sobą pojęcia pochodzące z różnych nurtów i porządków, pozwalając uchwycić różne aspekty życia społecznego, które dostrzegamy w ramach obserwacji uczestniczącej. W naszej książce życie

codzienne będzie rozumiane zgodnie z definicją Piotra Sztompki jako zdarzenia społeczne – w badaniu na temat doświadczeń pacjentów oraz jako przestrzeń międzyludzka w badaniu na temat doświadczeń osób LGBT+. Z kolei codzienność i niecodzienność będą rozumiane jako znaczenie nadawane zdarzeniom w doświadczeniu ludzkim, zgodnie z definicją Łukasza Rogowskiego i innych (2010).

Doznaniowe aspekty niecodzienności

Sara Ahmed (2014) zauważa, że w doświadczeniu człowieka trudno rozdzielić doznania cielesne i emocje, jest to rozróżnienie teoretyczne. Konstatację tę obrazuje fakt, że wśród 20 list emocji pierwotnych sporządzonych przez badaczy z różnych dziedzin na dwóch z tych list znajduje się ból – chociażby Karol Darwin zalicza ból do emocji, z kolei na jeszcze innej żądza – również doznanie cielesne (Turner i Stets, 2009). Tam, gdzie ból nie pojawia się na listach emocji, w odmianach smutku pojawia się przykrość, ubolewanie, bycie zbolalym, załamany, udręczony (Turner, Stets, 2009, s. 30). Są to określenia odsyłające do doznania bólu, można więc powiedzieć, że intensywne emocje smutku odczuwane są jako ból psychiczny. Jako że badamy znaczenie nadawane doświadczeniu przez naszych rozmówców, nie będziemy rozdzielać doznań i emocji.

Na listach emocji pierwotnych zawsze pojawiają się cztery: (1) szczęście, (2) strach, (3) złość, (4) smutek (czasem pojawiają się ich odmiany: (1) radość, przyjemność, zadowolenie; (2) niepokój, przerażenie; (3) wściekłość, gniew, niezadowolenie; (4) żal, przygnębienie). Co ciekawe, właśnie wymienione trzy negatywne emocje pierwotne przeważają w doświadczeniu naszych rozmówców, przy czym doświadczone są intensywnie, co jest zobrazowane w tekście cytatami z wypowiedzi rozmówców. W przypadku osób LGBT+ pojawia się ból jako poczucie psychicznego zranienia, więc w zależności od listy można go zakwalifikować do bólu lub smutku. Osoby LGBT+ odczuwają również zaskoczenie – obecne na listach, gdzie emocji pierwotnych jest sześć lub siedem, uzupełnieniem czterech najczęściej wymienianych jest jeszcze wstręt i pogarda (Turner i Stets, 2009, s. 28–29).

Zaskoczenie pojawia się w sytuacji odmiennej reakcji otoczenia niż spodziewana po ujawnieniu własnej tożsamości. Natomiast pacjenci odczuwają niezadowolenie, czyli odmianę złości, tyle że o słabszym natężeniu.

Emocje pierwotne są wyjątkowe w tym sensie, że są uniwersalne – występują we wszystkich społeczeństwach; mają silne podłoże biologiczne – są wbudowane w ludzką neuroanatomię oraz są wspólne dla ludzi i innych naczelnych; są bazowe – na ich fundamencie kształtują się pozostałe emocje, tzw. wtórne (Turner i Stets, 2009). Według Paula Ekmana emocje pierwotne:

- 1) wywołują specyficzną reakcję fizjologiczną;
- 2) poprzedzają je szczególne i powszechne zdarzenia;
- 3) polegają na tym, że istnieje spójność w reakcjach autonomicznego układu nerwowego i w ekspresji emocji za pomocą mimiki, mowy, języka ciała;
- 4) pojawiają się szybko;
- 5) trwają krótko;
- 6) generują automatyczną ocenę bodźca;
- 7) doświadczane są jako sytuacje, które przydarzają się człowiekowi poza jego kontrolą.

Według Theodora Kempera strach i złość pojawiają się w sytuacji zagrożenia, gdyż skłaniają do szybkiej reakcji, gdy jednostce grozi niebezpieczeństwo (Turner i Stets, 2009). Doświadczanie niecodzienności w sytuacji kryzysowej i towarzyszące mu poczucie zagrożenia, o którym mówią rozmówcy, może tłumaczyć powszechną w grupie badanej obecność tych emocji pierwotnych. Z kolei smutek ma ewolucyjnie służyć reintegracji jednostki z grupą, uzyskaniu wsparcia (Turner i Stets, 2009), funkcjonalnie jego obecność można tłumaczyć jako reakcję na brak akceptacji i nieświadome pragnienie rekonstruowania wspólnoty, z której osoba czuje się odrzucona.

Obecność intensywnych emocji pierwotnych – uruchamianych na podstawie mechanizmów ewolucyjnych w sytuacji zagrożenia – pokazuje, jak trudna dla pacjentów i dla osób LGBT+ jest ta niecodzienna sytuacja stale odnawiającego się kryzysu. W momencie badań w takiej sytuacji funkcjonowali od wielu miesięcy.

Podejście jakościowe, rozumiejące, kulturowe Elżbiety Tarkowskiej

Gdybym nie była uczennicą Elżbiety Tarkowskiej, książka ta nigdy nie ujrzałaby światła dziennego. Nie można tego wiedzieć na pewno, ale sądzę, że skoncentrowana byłabym wyłącznie na problematyce interesującej mnie czysto poznawczo, nie miałabym motywacji, aby przeznaczać mój cenny czas pracy na inny temat. Motywacje do podjęcia tej inicjatywy i opracowania raportów studenckich do druku były prospołeczne, inspirowane z jednej strony postawą naukową Elżbiety Tarkowskiej, a z drugiej strony podejściem antropologii zaangażowanej.

Projektując badania nad problematyką ubóstwa w Polsce, Elżbieta Tarkowska zawsze kładła nacisk na aspekty subiektywne, kulturowe i relacyjne biedy, ponieważ były to elementy pomijane w większości publikacjach na ten temat w Polsce. Subiektywne, to znaczy celem jest zrozumieć perspektywę osób doświadczających ubóstwa. Kulturowe, ponieważ ubóstwo to nie tylko niemożność zaspokojenia potrzeb bytowych, lecz także specyficzne doświadczenia związane z byciem ubogim, strategię radzenia sobie, ukształtowany i przystosowany do warunków sposób życia. Relacyjne oznacza, że bycie biednym wyznacza miejsce w społeczeństwie, to jak inni postrzegają człowieka, jak wartościują emocjonalnie i jak traktują, a jednocześnie warunkuje emocje i stosunek do otoczenia człowieka biednego. Pierwsze badania w ramach tej problematyki, nad reprodukcją biedy w dawnych PGR-ach, którymi kierowała Elżbieta Tarkowska, były prowadzone w latach 90. XX wieku w ramach międzynarodowego projektu badawczego koordynowanego przez Julię Szalai na temat społecznej historii ubóstwa w krajach postkomunistycznych. W badaniach uczestniczyły zespoły z Chorwacji, Czech, Polski, Rumunii, Słowacji, Słowenii i Węgier. W Polsce były trzy zespoły badawcze, obok grupy warszawskiej kierowanej przez Elżbietę Tarkowską była grupa łódzka kierowana przez Wielisławę Warzywodę-Kruszyńską i grupa katowicka kierowana przez Kazimierę Wódcz. Wyniki prac zespołu Elżbiety Tarkowskiej zostały opublikowane w książce *Zrozumieć biednego* (2000), która stała się „manifestem stosowanego podejścia do ubóstwa – jakościowego, rozumiejącego, kulturowego”, jak podkreśla sama

Elżbieta Tarkowska (2013, s. 24). Książkę rozpoczyna motto zaczerpnięte z *La misère du monde* Pierre'a Bourdieu (1998, s. 10): „Ne pas déplorer, ne pas rire, ne pas détester, mais comprendre”. Celem było więc zrozumieć osobę doświadczającą biedy i ten cel zaczerpnęłam do naszego kontekstu badawczego, stawiając go w tytule: „Zrozumieć bolesną niecodzienność”. Oczywiście socjologia rozumiejąca nie jest wytworem ani Elżbiety Tarkowskiej, ani Pierre'a Bourdieu, wywodzi się od rozróżnienia filozofa Wilhelma Diltheya na nauki rozumiejące i wyjaśniające. Jak wiemy, zrozumienie jest interpretacją we własnych kategoriach myślowych, które są ukształtowane historycznie, kulturowo, biograficznie, jest więc już zmianą pierwotnego znaczenia, translacją (Geertz, 2003). W książce *Zrozumieć biednego* Elżbieta Tarkowska publikuje również kilka oryginalnych retrospektywnych wywiadów pogłębionych przeprowadzonych z rozmówcami, tak ażeby czytelnik mógł dokonać własnej interpretacji, nieskażonej interpretacją badaczy. Jednakże celem Elżbiety Tarkowskiej nie było jedynie zrozumieć doświadczenia poszczególnych rozmówców, a zrozumieć zjawisko biedy w jej szerszym kontekście historycznym i kulturowym, dlatego inspirowała się podejściami badawczymi różnych dyscyplin: socjologii, antropologii i historii.

Ostatni projekt koordynowany przez Elżbietę Tarkowską (2013) w latach 2009–2013, w którym już uczestniczyłam, dotyczył badania dyskursów ubóstwa i wykluczenia społecznego w Polsce w różnych sferach życia społecznego. Celem było poznać koncepcje i wyobrażenia na temat ubóstwa i ludzi żyjących w biedzie obecne w świecie nauki, polityki, w mediach, instytucjach edukacyjnych, w ośrodkach pomocy społecznej i organizacjach pozarządowych o profilu dobroczynnym, a także wśród samych osób doświadczających ubóstwa. Wyniki wskazują na ciągłość pewnych elementów, na przykład wartościującego stosunku do ubóstwa i moralnej oceny działań ludzi żyjących w biedzie. Można wyodrębnić dwa najogólniejsze, powtarzające się schematy: „dyskurs odrzucenia, wykluczenia i pogardy” oraz „dyskurs współczucia, zrozumienia, wspólnotowości i solidarności”. Co ciekawe, lektura rozdziału na temat życia codziennego osób LGBT+ pozwala zauważyć, że rozmówcy spotykali się z obecnością tych dwu dyskursów w stosunku do osób LGBT+, zarówno w mediach, jak i w miejscach publicznych.

Rozumienie nie jest zadaniem łatwym. Elżbieta Tarkowska (2013, s. 25) wspominała, że jej publikacje spotkały się jednocześnie z zarzutami o uprawianie „socjologii lamentującej”, jak i „socjologii stygmatyzującej”, co zaświadcza o ogromnym znaczeniu relacyjnego wymiaru ubóstwa, czyli wzajemnego postrzegania, wartościowania i traktowania się osób doświadczających ubóstwa i niedoświadczających go. Gdzieś pomiędzy tymi dwiema tożsamościami, blisko granicy pomiędzy nimi sytuuje się badacz, który przez obie grupy może być traktowany jako obcy, ponieważ jego interpretacja jest inna niż interpretacje wewnątrzgrupowe.

Antropologia zaangażowana

Drugą inspiracją do powstania tej książki była antropologia zaangażowana. W 2004 roku w czasopiśmie (*op.cit.*) Agnieszka Kościańska, ówczesnie doktorantka, opublikowała manifest antropologii zaangażowanej *Ku odpowiedzialności. Etnologia w Polsce: tradycje i wyzwania*. Krytykuje w nim nadmierny nacisk na tzw. symboliczne interpretacje oraz refleksyjność, które czynią z antropologii naukę hermetyczną. Postuluje wkład antropologii do dyskursu publicznego oraz uprawianie przez antropologów krytyki społecznej. Jako przykłady podaje analizy relacji polsko-żydowskich dokonywanych przez Joannę Tokarską-Bakir, analizę dominacji dyskursu neoliberalnego w debacie nad transformacją ustrojową w Polsce autorstwa Michała Buchowskiego, zaangażowanie Lecha Mroza na rzecz Romów. Marta Songin-Mokrzan (2014, s. 25) wśród celów antropologii zaangażowanej widzi zastosowanie wiedzy antropologicznej w przestrzeni publicznej.

Naszą ambicją jest realizacja tego celu. Chcielibyśmy, ażeby zgromadzona przez nas w badaniach empirycznych wiedza zaistniała w przestrzeni publicznej, a nie tylko dotarła do przedstawicieli nauk społecznych. Przy czym nie chcemy proponować żadnych konkretnych rozwiązań czy rekomendacji, a jedynie umożliwić dialog czy przybliżyć perspektywę, pomóc w zrozumieniu i w byciu zrozumianym, w oswojeniu niecodzienności i objęciu jej kontrolą poznawczą.

W jaki sposób tego dokonamy? Książka inspirowana jest podejściem dialogowym, czy wręcz wielogłosowym w antropologii. Klasyczna antropologia opierała autorytet etnograficzny na doświadczeniu „bycia tam”, na realnym przebywaniu i poznawaniu odrębnej kultury. Następnie zastąpił ją autorytet oparty na interpretacji. Antropologia interpretacyjna zyskała świadomość tego, że jest jedynie interpretacją, pewnym – uwarunkowanym historycznie i biograficznie – sposobem rozumienia tego, co badacz zdołał zauważyć, zapamiętać i utrwalić za pomocą pisma. Następnie pojawiły się postulaty antropologii opartej na dialogu, udzielania głosu badanym w długich cytatach, publikowaniu wywiadów, czy nawet współtworzenia etnografii (Clifford 2000). W tym nurcie umieszczamy nasze przedsięwzięcie, bowiem składa się ono z wielu głosów. Pierwszym głosem jest głos studentów, którzy byli inicjatorami podjęcia takiej a nie innej problematyki badawczej, decydowali o grupie badanej, planowali scenariusze i prowadzili badania, a następnie analizowali materiały. Głos studentów jest słyszalny w dwu rozdziałach zawierających wyniki badań: w rozdziale drugim „Niecodzienność procedury...” oraz rozdziale czwartym „Niecodzienne interakcje społeczne: być osobą LGBT+ w dobie paniki moralnej”. Głos studentów jest nieco „przykrojony”, nie jest to spontaniczna ekspresja, ale musi spełniać wymogi raportów naukowych, zawierać kontekst teoretyczny prowadzonych badań, opis metody, ścisły opis wyników wedle procedury: opis, ilustracja, interpretacja. Drugi głos należy do osób badanych, aby mogły zostać usłyszane, gdy mówią własnymi słowami, bez pośrednictwa interpretacji badacza, zgodnie z tradycjami antropologii dialogicznej, a także rozumiejącego badania ubóstwa. Ten drugi głos zawierają rozdziały prezentujące wywiady, czyli trzeci i piąty. Wypowiedzi te również nie są w pełni spontaniczne ze względu na to, że miały miejsce podczas wywiadu, czyli Goffmanowskiego posiedzenia, gdzie to badacz zadaje pytania, a rozmówca odpowiada. Jednakże, otwarte wywiady pogłębione dają również pole do bardziej swobodnych wypowiedzi. Trzeci głos, to mój głos, wyrażony w tym rozdziale – pierwszym, w którym – jako badaczka praktyk społecznych w kontekstach społecznych domu, konsumpcji, rozrywki – proponuję pewien sposób rozumienia prezentowanych w książce zagadnień – jako doświadczenia niecodzienności, a jako człowiek wyrażam poruszenie bolesnością tych doświadczeń. Wreszcie, czwarty głos należy do Adama Buczkowskiego, który zna instytucje medyczne jako

socjolog teoretyk oraz jako praktyk pracujący w administracji szpitalnej, a jednocześnie zajmuje się socjologią ciała, seksualności i płci. W rozdziale szóstym przedstawi szersze konteksty teoretyczne zagadnień ochrony zdrowia w Polsce i tożsamości społecznej osób LGBT+, w odniesieniu do nich skomentuje wyniki naszych badań. Czyli będzie to wypowiedź w obrębie dyskursu naukowego. Jak widzimy, żaden z głosów nie wypowiada się spontanicznie, ale są one ograniczone regułami gatunku tekstu, jaki stanowią (raport, wprowadzenie z elementami popularyzującymi, artykuł naukowy) bądź też warunkami wytworzenia wypowiedzi (posiedzenie).

Prace nad projektem rozpoczęły się z początkiem października 2020 roku, a zakończyły z końcem stycznia 2021 roku. Projekt był realizowany w ramach 30-godzinnego warsztatu „Etnograficzne badanie codzienności” wchodzącego w skład przedmiotu „Socjologia i antropologia codzienności”. Są to zajęcia dla drugiego roku specjalizacji „Socjologia kultury i badań marketingowych” na studiach licencjackich na kierunku socjologia. Ze względu na duże wyzwanie, jakim jest przeprowadzenie całego projektu – od postawienia celu do napisania raportu – w tak krótkim czasie, praca wymagała od studentów ogromnego zaangażowania i zorganizowania. Praca przebiegała wedle planu: 1. Zajęcia wprowadzające. 2. Postawienie celu badań i harmonogram pracy. 3. Stan badań (przegląd literatury tematycznej i stawianie pytań badawczych). 4. Planowanie schematu badań. 5. Tworzenie konspektu badań. 6. Przygotowywanie scenariusza do wywiadu. 7. Wywiad pilotażowy i modyfikacje scenariusza do wywiadu. 8. Prowadzenie wywiadów. 9. Transkrypcja wywiadów. 10. Fiszskowanie materiałów. 11. Analiza materiałów. 12. Pisanie raportu. 13. Pisanie raportu: złożenie w całość, podsumowanie i wnioski. 14. Oddanie raportu, omawianie trudności. 15. Omawianie raportu/ów.

Właściwie już w drugim tygodniu pracy sformułowane zostały wstępne cele badań. Studenci rozmawiali ze sobą poza zajęciami i na drugich z kolei zajęciach w grupie SBM2 studentka Anna Pilecka-Kruk zaproponowała temat funkcjonowania przychodni medycznych w pandemii, a w grupie SBM1 studentka Aleksandra Gawor zaproponowała temat sytuacji osób LGBT+. Wszyscy uczestnicy obu grup poparli zaproponowane tematy.

Na etapie przeglądu literatury chętne osoby przedstawiały referaty na temat dostępnego stanu badań nad naszymi zagadnieniami oraz dokumentami wydanymi przez instytucje państwowe. Na tym etapie wyróżniała się grupa SBM2, gdzie referentki Paulina Kowalczyk, Kaja Radzikowska, Laura Włodarska samodzielnie wyszukiwały, opracowały i przedstawiły literaturę przedmiotu. W grupie SBM1 referaty przedstawiły Dominika Cygan, Kamila Gryczan, Agata Adamkiewicz, Katarzyna Kowalik, Aleksandra Gawor. Na etapie przygotowania konspektu w grupie SBM2 Anna Pilecka-Kruk sporządziła wstępny konspekt podczas zajęć, kierując się uwagami moimi jako koordynatorki projektu i reszty grupy. W grupie SBM1 konspekt redagowałam ja jako kierowniczka projektu z pomocą Zuzanny Jurczak na podstawie dyskusji podczas zajęć. Na etapie przygotowywania scenariusza do badań oraz modyfikacji scenariusza samodzielnością pracy wyróżniła się grupa SBM1. Wywiady pilotażowe wykonały Aleksandra Ptaszek i Sonia Podwyszyńska. Transkrypcje i fiszki na podstawie materiałów wykonali wszyscy studenci, zaś pisemną analizę materiałów w sposób zadowalający – wszyscy z nielicznymi wyjątkami. W grupie SBM2 wnioski z badań częściowo przygotował Marcin Cieślak.

Struktura i zawartość książki

Książka, którą oddajemy Czytelnikom, nie jest obszerna, ale jest wielogłosowa. Omawiane tematy przedstawiamy z różnych perspektyw, na różnym poziomie trudności, ukazując zarówno poziom doświadczeniowy, ludzki, jak i naukowy, socjologiczny. Wprowadzenie przedstawia przedmiot pracy, ogólne założenia i przebieg projektu badawczego oraz propozycję rozumienia badanych zjawisk z punktu widzenia socjologii życia codziennego.

Część druga jest poświęcona procedurze konsultacji lekarskiej w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej. Rozpoczyna ją rozdział drugi zawierający wyniki badań studenckich. Doświadczenia pacjentów i procedura kontaktu zostały opisane w sposób rzetelny, z ukazaniem zróżnicowania opinii a także różnorodnego funkcjonowania przychodni w województwie mazowieckim, przy czym ta różnorodność dotyczyła głównie dostępu do opieki ambulatoryjnej.

W obecnej chwili, gdy już trwa program masowych szczepień, raport na temat przebiegu procedury lekarskiej w opiece ambulatoryjnej w pierwszej fazie pandemii ma wartość historyczną. Zgodnie z podejściem „socjologii dla medycyny” (Firkowska-Mankiewicz, 2013), próbowaliśmy również wychwycić te elementy doświadczenia procedury kontaktu z ochroną zdrowia, które mogą być przydatne w praktyce. W raporcie został sformułowany wniosek, że przychodnie publiczne są nadmiernie obłożone pacjentami: skargi dotyczą dostępu do ochrony zdrowia, obsługi i procedury w przychodniach, kiedy jednak w sytuacji pandemii ograniczono liczbę osób korzystających z przychodni, to obsługa i procedura były satysfakcjonujące dla pacjentów. Rozdział trzeci zawiera wywiad z pacjentką przeprowadzony przez Paulinę Kowalczyk, w którym możemy usłyszeć bezpośrednio głos pacjentki. Ten wywiad został wybrany, ponieważ jest jednym z bogatszych wywiadów: obrazuje jedną z najdłuższych badanych procedur oraz zawiera elementy konsultacji również w placówce prywatnej.

Część trzecia jest poświęcona tożsamości społecznej osób LGBT+ we współczesnej Polsce. W rozdziale czwartym przedstawiono wyniki badań studenckich, które pokazują przebieg i rodzaj granic wokół tożsamości LGBT+. Do interpretacji badań studenci posługują się pojęciem paniki moralnej, jasno zarysowuje się podział na tych, którzy w otoczeniu tolerują, wspierają, pocieszają, oraz na tych, którzy uwłaczają, odczłowieczają, stosują przemoc, można więc mówić o dwóch spolaryzowanych postawach, czyli o transformacyjnej panice moralnej. Rozdział piąty zawiera dwa wywiady, jeden przeprowadzony przez Zuzannę Jurczak, a drugi przez Alicję Skoczeń. Trudno było zdecydować się na jeden wywiad, bowiem sytuacja osób LGBT+ okazała się bardziej skomplikowana niż pacjentów opieki ambulatoryjnej, w pierwszym wywiadzie możemy usłyszeć głos młodego chłopaka geja, odrzuconego przez ojca i wstrząśniętego paniką moralną wobec osób nieheteronormatywnych. Drugi wywiad to zapis głosu osoby niebinarnej.

Część czwarta zawiera tekst Adama Buczkowskiego. Autor umieszcza wyniki badań studenckich w szerszym naukowym kontekście. Pokazuje pandemię jako sytuację graniczną, omawia systemowe słabości publicznego systemu ochrony zdrowia, ale pokazuje też sytuację z drugiej

strony – z perspektywy personelu ochrony zdrowia. Z kolei stosunek do osób LGBT+ ujmuje jako zderzenie dwóch perspektyw, z jednej strony panikę moralną większości, a z drugiej ujawnianie perspektyw mniejszości. Omawia seksualność w czasach indywidualizacji, czyli jak kwestie seksualności i tożsamości się łączą oraz jak konstytuuje się tożsamość grup mniejszościowych. Na koniec Buczkowski odnosi się do socjologii wiedzy, rozpatrując obydwie badane sytuacje jako sytuacje niewiedzy, braku informacji – o pandemii i o orientacji oraz tożsamości seksualnej. Zastanawia się nad zarządzaniem informacją: skąpą, niepewną przez instytucje ochrony zdrowia; wykorzystaniem braku wiedzy w społeczeństwie przez władzę w celach instrumentalnych; osiąganiem tożsamościowej wiedzy przez osoby identyfikujące się w ramach kategorii LGBT+.

II. Niecodzienność chorowania w okresie pandemii

Kaja Radzikowska, Paulina Kowalczyk, Laura Włodarska,
Anna Pilecka-Kruk, Aleksandra Ptaszek, Marcin Cieślak,
Aleksandra Galara, Magdalena Łubkowska, Mateusz Muracki,
Patrycja Połaska, Adrianna Stanowska

Rozdział 2.

Niecodzienność procedury porady lekarskiej w pandemii

Wprowadzenie

System opieki zdrowotnej w Polsce, nazywany potocznie „służbą zdrowia” (zgodnie z terminologią obowiązującą przed reformą tego systemu w 1999 roku), pomimo że określenie to nie odpowiada jego pracownikom, nie cieszy się dobrą opinią wśród obywateli. Z usług publicznej służby zdrowia w roku 2018 zadowolonych było 30% pacjentów (Omyła-Rudzka, 2018). Na przełomie roku 2019 i 2020 wybuchła pandemia COVID-19, której pierwsze pojawienie się odnotowano w Chinach, a do Polski dotarła na początku 2020 roku. Po wybuchu pandemii dostęp do służby zdrowia był ograniczony, ze względu na zalecenia związane z izolacją i zachowaniem dystansu społecznego. Pojawiła się konieczność dostosowania placówek medycznych do nowej sytuacji, na przykład w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej wprowadzono teleporady jako podstawowy sposób konsultacji lekarskiej. W mediach pojawiały się doniesienia na temat utrudnień w funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej, zaś media społecznościowe obiegła fala tragicznych w swoim wydźwięku anegdot na temat ograniczeń w dostępie do placówek medycznych.

Celem naszych badań było uchwycenie zmian w korzystaniu z opieki zdrowotnej w pierwszym okresie pandemii – jeszcze przed rozpoczęciem szczepień przeciwko koronawirusowi, w porównaniu do okresu sprzed pandemii. W roku 2018, gdy tylko 30% respondentów badania CBOS było zadowolonych z publicznej ochrony zdrowia, niezadowolenie wynikało przede wszystkim z długiego czasu oczekiwania na specjalistów i braków personelu. Czyli przekładało się to na problemy z dostępem do systemu opieki zdrowotnej. W związku z tym pacjenci zwracali się ku korzystaniu z usług

prywatnej służby zdrowia, przede wszystkim w zakresie specjalistycznej opieki ambulatoryjnej. Z pomocy lekarza POZ (podstawowej opieki zdrowotnej) 71% pacjentów korzystało w publicznej służbie zdrowia, natomiast 12% w prywatnej. Jeśli chodzi o porady specjalistów, to odpowiednio korzystało 40% i 29% pacjentów (Omyła-Rudzka, 2018). W marcu 2020 roku, bezpośrednio po stwierdzeniu pierwszego przypadku wystąpienia osoby zakażonej w Polsce, 51% Polaków uważało, że państwowa służba zdrowia była nieprzygotowana do podjęcia walki z nadchodzącą pandemią COVID (Pankowski, 2020). Jednakże, jak wynika z badań Procontent (2020), przeprowadzonych na koniec kwietnia 2020 roku, w ciągu trzech pierwszych miesięcy pandemii 30% z badanej grupy 1006 osób brało udział w teleporadzie i z tego 70% osób było zadowolonych. Spośród respondentów badania CBOS z lipca 2020 (Omyła-Rudzka, 2020) 33% kontaktowało się z lekarzem za pomocą teleporady, a 23% udało się na wizytę osobiście do przychodni. Pojawił się również niewielki (3%) odsetek osób, które skorzystały z wizyty online – za pośrednictwem wideorozmowy. Poziom satysfakcji z odbytych wizyt był najwyższy w przypadku wizyty w przychodni (93%) oraz nieco mniejszy jednak wciąż wysoki (86%) w przypadku teleporady. Tutaj najgorzej Polacy oceniają właśnie dostęp do ochrony zdrowia: 37% respondentów zadeklarowało, że z powodu epidemii koronawirusa przełożono lub odwołano im leczenie, w tym zawierały się wizyty lekarskie, badania diagnostyczne, zabiegi, planowe leczenie szpitalne, przyjęcie na Szpitalny Oddział Ratunkowy. Niemniej jednak, w porównaniu z rokiem 2018 wzrósł odsetek osób zadowolonych z funkcjonowania opieki zdrowotnej (z 30% do 36%), a zmalał odsetek osób niezadowolonych (z 66% do 58%) (Omyła-Rudzka, 2020).

Ponieważ w niewielkim badaniu jakościowym, jakie mogliśmy podjąć w ramach zajęć, nie można było zbadać wielu aspektów funkcjonowania ochrony zdrowia, postanowiliśmy skoncentrować się na procedurze porady lekarskiej w opiece ambulatoryjnej, czyli dość powszechnym dla wszystkich obywateli doświadczeniu. Naszym celem było poznać procedurę, czyli konfigurację zdarzeń społecznych przebiegających w określonym czasie (Sztompka, 2008), zlokalizowaną w przychodni medycznej, którą musi pacjent przejść, aby uzyskać satysfakcjonującą poradę lekarską. Typowa, zwykła procedura zdarzeń, doświadczana jako codzienność w okresie przed

pandemią, to rejestracja w przychodni i wizyta lekarska. W pierwszej fazie pandemii procedura ta zmieniła się, dostęp do wizyty u lekarza w przychodni był utrudniony – miejsce wizyty w przychodni zajęła teleporada, konsultacje zaś i badania w przychodni wykonywano w szczególnych przypadkach. Sytuacja ta mogła być doświadczana jako niecodzienna – wzbudzająca lęk, niepokój, poczucie zagrożenia, wymagająca oswojenia i radzenia sobie, „sprowokowania” w jakiś sposób wizyty w przychodni. Żeby poznać funkcjonowanie nie tylko teleporady, lecz także poznać pełną procedurę i dowiedzieć się, na jakich warunkach w praktyce funkcjonują wizyty lekarskie w przychodniach, postanowiliśmy przeprowadzić badania tylko wśród tych pacjentów, którzy skorzystali z teleporady w pierwszym etapie, a następnie zostali umówieni na wizytę lekarską w placówce – w drugim etapie. Ministerstwo Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia wydały odpowiednie dokumenty regulujące funkcjonowanie ochrony zdrowia w okresie pandemii. Dotyczą one między innymi konieczności posiadania wystarczającej liczby stanowisk telefonicznych, rejestracji elektronicznej (obsługi e-mail), by zapewnić płynny przebieg rejestracji (Ministerstwo Zdrowia, 2020a); punktualności – godziny porad ustalają placówki POZ (Narodowy Fundusz Zdrowia, 2020). Każdemu pacjentowi przysługuje teleporada, która jednak nie może być jedyną formą udzielania świadczeń. Wizyta w placówce jest konieczna w czterech przypadkach, należą do nich:

- 1) gdy stan pacjenta wskazuje na konieczność przeprowadzenia badania przedmiotowego (niemożliwego w formie teleporady);
- 2) gdy ustalenie postępowania diagnostyczno-terapeutycznego jest niemożliwe na podstawie informacji zebranych podczas teleporady;
- 3) gdy występują objawy o niejasnym charakterze, znacznym nasileniu – czerwone flagi (objawy alarmujące);
- 4) gdy brak jest spodziewanego efektu terapeutycznego (poprawy stanu zdrowia) po dwóch kolejnych teleporadach (Ministerstwo Zdrowia, 2020a).

Ten dokument zawierający wytyczne na temat udzielania teleporady i konieczności wizyty w placówce był obecny na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia w październiku 2020 roku, a następnie zniknął ze strony Ministerstwa Zdrowia – w styczniu 2021 roku już nie był dostępny.

W regulacjach znajdziemy również informacje na temat stroju zabezpieczającego lekarza, który wykonuje badanie fizykalne (Ministerstwo Zdrowia, 2020b). W naszych badaniach chcieliśmy się dowiedzieć, jak w praktyce funkcjonują te zasady w doświadczeniu pacjentów.

Biorąc pod uwagę, że przed pandemią, pacjenci byli znacznie mniej zadowoleni ze specjalistycznej niż z podstawowej opieki zdrowotnej w publicznej ochronie zdrowia, postanowiliśmy sprawdzić, jak w okresie pandemii wyglądały procedury konsultacji medycznej zarówno u specjalistów, jak i u internistów. Ponadto wyniki badań z 2018 roku wskazywały, że zdecydowana większość pacjentów korzysta z pomocy lekarza ogólnego w ramach publicznej ochrony zdrowia. Jednakże, jeśli chodzi o korzystanie z pomocy lekarzy specjalistów, to proporcje są już bardziej wyrównane, z przewagą 10 punktów procentowych po stronie placówek publicznej służby zdrowia nad placówkami prywatnymi. Uznaliśmy więc, że gdzieś w przebiegu kontaktu ze służbą zdrowia następuje przekierowanie/przejście z systemu publicznego do prywatnego. Postanowiliśmy pozostać otwarci na taki przebieg wydarzeń i prowadzić badania wśród osób, które na początku szukają porady w publicznych placówkach, ale nie wykluczaliśmy tych, którzy ostatecznie albo na pewnym etapie całej procedury korzystali również z placówek prywatnych.

Zwróćmy uwagę, że mamy tu dwa poziomy analizy. Pierwszy poziom, to poziom życia codziennego – procedura porady lekarskiej jako pewna sekwencja zdarzeń społecznych, która uległa zmianie w okresie pandemii. Drugi poziom, to poziom doświadczeń ludzkich, na którym ta procedura jest doświadczana jako niecodzienna (por. rozdz. 1).

Postawiliśmy następujące pytanie badawcze:

Jakie elementy funkcjonowania ambulatoryjnej opieki zdrowotnej są doświadczane jako niecodzienne?

Ażeby na nie odpowiedzieć, stawiamy kilka szczegółowych pytań badawczych:

1. Jak przebiega procedura rozpoznania choroby pacjenta z nową dolegliwością bólową (sekwencja zdarzeń społecznych: kontakt z rejestracją, teleporada, wizyta lekarska u internisty i specjalisty, badania diagnostyczne)?
2. Jakie działania/starania wykonuje pacjent, by uzyskać wizytę lekarską?
3. W jaki sposób w ramach procedury łączą się zdarzenia społeczne w placówkach publicznych ze zdarzeniami w placówkach prywatnej opieki zdrowotnej?
4. Jak zmienił się przebieg procedury rozpoznania choroby pacjenta z nową dolegliwością bólową w porównaniu do sytuacji przed pandemią?
5. Jakie doznania składają się na doświadczanie niecodzienności przez pacjentów?

Postanowiliśmy skoncentrować nasze badania w województwie mazowieckim. Doświadczenia badanych pacjentów będą się odnosić do placówek Oddziału Mazowieckiego NFZ. W ten sposób zdobyte materiały, choć i tak fragmentaryczne, bo oparte, jak wspominaliśmy na niewielkim badaniu jakościowym, ale nie będą tak rozproszone jak wtedy, gdybyśmy nie nałożyli takiego ograniczenia terytorialnego.

Metoda badań

Schemat badań. Osobami badanymi byli pacjenci z nową dolegliwością bólową, którzy zgłosili się do przychodni NFZ (publicznej) po pomoc. Chcieliśmy uzyskać ich relacje na temat drogi, którą przeszli następnie w służbie zdrowia, również jeśli w końcu trafili do przychodni prywatnych. Jednakże kryterium doboru było pierwsze zgłoszenie dolegliwości bólowej w przychodni publicznej. Ze względu na odmienną specyfikę udzielanej pomocy lekarskiej wykluczaliśmy kobiety w ciąży i dzieci, a także osoby poszukujące dostępu do testów i zdiagnozowane pozytywnie na koronawirusa. Koncentrowaliśmy się na placówkach POZ i różnych rodzajach usług w przychodniach, od lekarzy rodzinnych pierwszego kontaktu po specjalistów, badania krwi. Wybieraliśmy takich pacjentów, którzy docelowo zostali

przyjęci w przychodni. Oznacza to, że kryterium doboru było uzyskanie wizyty lekarskiej po teleporadzie. Osoby, które korzystały tylko z teleporady, nie były rekrutowane. Połowę osób badanych stanowiły osoby, które miały wizytę u internisty, zaś połowę u specjalisty. Różnicujemy te dwie sytuacje, ponieważ różnią się w ocenie pacjentów: dostęp do specjalistów (niezadowolenie z publicznych usług, główny powód korzystania z prywatnej służby zdrowia), dostęp do POZ (dominuje zadowolenie, głównie korzystają z publicznej służby zdrowia). Badania prowadziliśmy wśród pacjentów korzystających z NFZ w województwie mazowieckim. Jeśli chodzi o płeć i wiek, to nie stanowią kryteriów doboru grupy badanej. Dla ułatwienia odbioru podajemy kryteria doboru w punktach (por. Załącznik nr 1. Kwestionariusz rekrutacyjny):

- Pacjenci dorośli
- Nowa dolegliwość bólowa
- Pacjenci placówek POZ
- Pierwsze zgłoszenie się do publicznej placówki POZ
- Uzyskanie wizyty w przychodni
- Wizyta u internisty vs wizyta u specjalisty
- Województwo mazowieckie
- Wiek i płeć nie stanowią kryteriów doboru

Technika badań. Jako metodę badania wybrano otwarte wywiady pogłębione, półustrukturyzowane. Polegają one na rozmowie w „cztery oczy” badacza z respondentem. Ich celem jest uzyskanie szczegółowych opinii i informacji od konkretnych osób, spełniających określone przez badacza kryteria doboru próby. Tę technikę wykorzystuje się również w celu wyjaśnienia natury badanego zjawiska, dotarcia do istoty rzeczy, otrzymania informacji, które trudno byłoby uzyskać innymi metodami, na przykład poprzez ankietę. Przeprowadzono tyle wywiadów, ilu jest studentów w grupie – to wynikało z celów ćwiczebnych prowadzonego badania.

Narzędzie badawcze. Grupowo został przygotowany scenariusz do wywiadu. Wszyscy studenci brali udział w jego przygotowaniu. Scenariusz (por. Załącznik nr 2) składa się z następujących bloków: (1) pytania ogólne, (2) teleporada, (3) wizyta u lekarza ogólnego, (4) wizyta u specjalisty,

(5) dodatkowe badania, (6) ostatni kontakt przed pandemią ze służbą zdrowia, (7) konsekwencje dla pacjenta oraz pytania metryczkowe. Po skonstrowaniu narzędzia badawczego został przeprowadzony wywiad pilotażowy przez Aleksandrę Ptaszek. Scenariusz do wywiadu został zmodyfikowany po analizie wywiadu pilotażowego.

Przebieg badania. Otwarte wywiady pogłębione zostały przeprowadzone w dniach od 24 listopada do 12 grudnia 2020 roku. Wywiady odbywały się przy użyciu następujących komunikatorów internetowych: MS Teams, Skype, Messenger. Sześć wywiadów miało miejsce twarzą w twarz. Do trudności można zaliczyć wprowadzenie badacza w błąd na etapie kwestionariusza rekrutacyjnego, kiedy to respondent twierdził, że był w przychodni na wizycie u lekarza, natomiast do takiej wizyty nie doszło. Respondentowi chodziło o wizytę w celu pobrania wymazu do badania na obecność COVID-19.

Charakterystyka grupy badanej. W badaniu uczestniczyło trzynastu respondentów, jedenaście kobiet i dwóch mężczyzn, w wieku od 19 do 66 lat. W zdecydowanej większości były to osoby młode między 20. a 40. rokiem życia, do tej kategorii wiekowej należało dziewięć osób, trzy osoby należały do kategorii między 40. a 50. rokiem życia i jedna osoba miała powyżej 60 lat.

W grupie badanej znalazły się trzy studentki, dwie baristki oraz bankowiec, farmaceutka, pracownik biurowy, nauczycielka, księgowa, elektrotechnik radiologiczny, a także kierowca i pracownik fizyczny. Większość badanych pochodziła z dużych miast, dziewięcioro badanych jako miejsce zamieszkania wskazywało miasto powyżej 500 tysięcy mieszkańców, trzy osoby pochodziły z miast średnich o liczbie ludności około 30–40 tysięcy i jedna osoba ze wsi do około 2 tysięcy mieszkańców. Wszyscy badani korzystali z placówek NFZ. Spis wywiadów znajduje się w Załączniku nr 3.

Metoda analizy. Materiał był analizowany przy zastosowaniu metody analizy danych jakościowych przy pomocy fiszek. Po zebraniu materiału wyodrębniono 13 zagadnień (zgodnie z liczbą studentów uczestniczących

w projekcie). Każdy/a ze studentów/ek zrobił fiszki z wywiadów, czyli fragmenty dotyczące jego/jej zagadnienia. Następnie poddał/a analizie materiał na fiszkach, dzieląc zagadnienie na mniejsze kategorie/elementy tematyczne i opisując wszystkie rodzaje opinii obecnych w wywiadach w zakresie danej kategorii. Oto lista wyodrębnionych zagadnień:

1. Dostęp do przychodni w pandemii (czas oczekiwania, proces rejestracji, włożony wysiłek) (Aleksandra Ptaszek)
2. Teleporada (organizacja i przebieg) (Magdalena Łubkowska)
3. Ocena skuteczności teleporady przez pacjenta (Kaja Radzikowska)
4. Sposób traktowania pacjenta (analiza kontaktu z personelem: uprzejmość, szacunek itp.) (Paulina Kowalczyk)
5. Zastosowanie środków bezpieczeństwa w przychodni (Adrianna Stanowska)
6. Zastosowanie środków bezpieczeństwa w gabinecie lekarskim (Anna Piłeczka-Kruk)
7. Przebieg wizyty w przychodni w pandemii (od wejścia/czekania przed budynkiem do wyjścia) (Marcin Cieślak)
8. Badanie lekarskie (i ocena kompetencji/fachowości lekarza) w pandemii (Mateusz Muracki)
9. Uczucia i emocje pacjenta pojawiające się w kontakcie ze służbą zdrowia (Laura Włodarska)
10. Różnice pomiędzy wizytą u lekarza ogólnego a u specjalisty (Aleksandra Galara)
11. Różnice pomiędzy wizytą w przychodni publicznej i prywatnej (Patrycja Połaska)
12. Poziom satysfakcji pacjenta z korzystania z przychodni w pandemii (Anna Gładysz)
13. Ocena służby zdrowia przed pandemią i w trakcie pandemii – porównanie (Lidia Kowalska)

Na liście wymienieni zostali wszyscy studenci biorący udział w projekcie – w planowaniu i realizacji badań oraz analizie materiału. Natomiast wśród autorów raportu wymienieni są ci studenci, którzy rzeczywiście napisali jego fragment, tzn. dotrwali do końca całego procesu i swoje analizy opracowali w formie pisemnej zgodnie z zasadami pisania raportu z badań jakościowych.

Niecodzienność procedury konsultacji medycznej.

Analiza zebranych materiałów

Opracowany materiał zostanie przedstawiony w następujący sposób. Rozpocniemy od poziomu życia codziennego, czyli od opisanego całej procedury kontaktu z systemem opieki zdrowotnej od początku do końca, czyli od kontaktu z rejestracją poprzez teleporadę do odbycia wizyty lekarskiej. Następnie porównamy kontakt z placówką medyczną podczas wizyty u lekarza ogólnego i u specjalisty, a także procedurę konsultacji w placówce publicznej i prywatnej. Na koniec poddamy analizie niecodzienność, czyli doświadczenia pacjentów z kontaktem z ochroną zdrowia: w jaki sposób czuli się traktowani oraz jakie emocje im towarzyszyły, w jakim stopniu byli zadowoleni i jakie czynniki miały wpływ na ich poziom satysfakcji.

Dostęp do rejestracji w przychodniach

Pierwszą interakcją społeczną w badanej procedurze była rejestracja telefoniczna. Nawiązanie kontaktu z rejestracją trwało od 20 minut (kolejne wskazanie to była jedna godzina) do dwóch dni. Niektórzy nie podali konkretnych interwałów czasowych, ale w większości oceniają czas oczekiwania jako długi.

Numer mam zapisany w telefonie, więc szybko go znalazłam. Jednak musiałam czekać godzinę na linii, ponieważ ciągle była zajęta. (W10 K37)⁴

Trwało to długo, wykonałam kilkanaście telefonów. W przychodni albo nikt nie odbierał, albo było wciąż zajęte. (W8 K33)

Jeśli chodzi o czas oczekiwania, nie było widocznej zależności między wielkością miejsca zamieszkania a czasem dodzwonienia się do rejestracji.

⁴ Skrót W10 oznacza wywiad 10, K37 – kobieta w wieku 37 lat; mężczyźni oznaczeni są literą M.

Przykładowo, w mieście powyżej 500 tysięcy mieszkańców jedna osoba dodzwoniła się szybko, a u innej trwało to dwa dni. Z kolei w małym mieście jeden z rozmówców czekał dwie godziny (miasto około 20 tysięcy mieszkańców), a inny tylko 20 minut (miasto wielkości 40 tysięcy mieszkańców).

Sposobem na skuteczne dodzwonienie się do rejestracji większości osób było oczekiwanie na linii, aż będą pierwsi w kolejce i ktoś odbierze, następnym odnotowanym sposobem było rozłączenie się oraz dzwonienie jeszcze raz i tak do skutku.

Znalezienie dobrego numeru około 10 minut oraz dodzwonienie się do rejestracji około 2 godzin ciągłego oczekiwania na linii. (W1 K44)

W jednym miejscu okazało się, że trzeba przyjść osobiście do przychodni, aby zapisać się na teleporadę w rejestracji. Sytuacja ta miała miejsce w mieście powyżej 500 tysięcy mieszkańców.

Trudno, bo najpierw y, jak zadzwoniłam, dowiedziałam się, do przychodni, tej pierwszego kontaktu, do swojej pani doktor yy, to dowiedziałam się, że za późno dzwonię, więc musiałam pójść tam, zostałam skierowana, żeby tam pójść, później okazało się, że jednak niepotrzebnie tam poszłam, na drugi dzień, że mogłam zadzwonić. No ale udało się zapisać. Y, to wciąż do jakby tego, pierwszego kontaktu, żeby dostać skierowanie. Ee... i jak się zapisałam, no to wtedy pani do mnie zadzwoniła y, moja pani doktor i rzeczywiście dostałam to skierowanie, no ale potem musiałam się dodzwonić i bardzo ciężko było się dodzwonić do tej y, przychodni, gdzie był yy... chirurg, gdzie zostałam skierowana yy..., no ale w końcu mi się udało, mimo że była tam kolejka, byłam dziesiąta, później mnie rozłączyło, mimo że byłam już prawie pierwsza, ale się udało. Yyy. No i przez to udało mi się tak dopiero na ostatnią chwilę umówić spotkanie, w sensie, że musiałam biec (krzywi się i kiwa głową). To było dramatyczne. (W5 K23)

Opisana tu sytuacja jest niezgodna z przepisami sanitarnymi wprowadzonymi w okresie nadal trwającej pandemii. Widoczny jest brak profesjonalizmu oraz chaos w danej placówce.

W jednym z miejsc wystąpił problem sygnału świadczącego o tym, że linia jest zajęta, i od razu odrzucania połączenia po drugiej stronie, co zdenerwowało pacjentkę. Sytuacja ta również miała miejsce w mieście powyżej 500 tysięcy mieszkańców.

Próba skontaktowania się z przychodnią to droga przez mękę. Próbowałam się tam dodzwonić przez blisko 2 dni. Linia telefoniczna jest albo cały czas zajęta, albo nikt nie odbiera, albo wręcz odrzuca połączenie. Po blisko dwóch dniach ktoś wreszcie podniósł słuchawkę, po czym udało mi się umówić na konsultację telefoniczną z moim lekarzem. (W3 K41)

Według większości osób czas oczekiwania na połączenie z rejestracją był długi, ale sama rejestracja już po połączeniu przebiegła pozytywnie i łatwo.

No na początku musiałam dodzwonić się do przychodni. Trwało to dość długo, jak sobie przypominam... no tak z dwie godziny przynajmniej. Jak się udało, to zapisali mnie na tę teleporadę, w sumie nawet szybko, bo na następny dzień już. (W11 K19)

Zdarzył się również przypadek, że osoba połączyła się bardzo szybko i była zadowolona.

Udało się za pierwszym razem, byłam pierwszą osobą w kolejce, więc tylko chwilę poczekałam, aż ktoś odbierze telefon i szybko poszło ustalenie. (W6 K21)

Podsumowując, większość rozmówców uważa, że czas oczekiwania na połączenie jest długi i denerwujący, pojawiły się również dobre opinie. Pacjenci, którzy widzą pozytyw, często dodają, że to po prostu przypadek, bo ktoś nie wytrzymał już na linii lub nie miał czasu a oni akurat wskoczyli na to miejsce.

Teleporada jako „sito przesiewowe” do wizyty w przychodni

Drugim elementem procedury była teleporada. Rzadko była ustalana na konkretną godzinę. Respondenci otrzymywali orientacyjny przedział godzinowy, przeważnie od godziny 8.00 do 15:00. Było to problematyczne, ponieważ respondenci mówili, że były to ich godziny pracy, podczas których nie mogli pilnować telefonu. Czas oczekiwania uniemożliwiał wykonywanie codziennych obowiązków. Obawiali się, co się stanie w przypadku nieodebrania telefonu z teleporadą, czy jest szansa otrzymać drugi telefon, czy należy wznowić proces rejestracji od początku.

Byłam zdenerwowana, ponieważ nie wiedziałam, o której konkretnie godzinie zadzwoni lekarz. Przez co nie mogłam też niczego zrobić w ciągu tych godzin. (W10 K37)

Czas oczekiwania na teleporadę rozciągał się od dwóch godzin do dwóch – trzech dni. Nastroje związane z oczekiwaniem na teleporadę były różne w zależności od czasu oczekiwania. Osoby, które otrzymały teleporadę tego samego dnia po rejestracji, odebrały to pozytywnie, natomiast osoby czekające ponad dzień nie były zadowolone. Pojawił się respondent, który czuł się źle i liczył na szybką pomoc, a czas oczekiwania na teleporadę wynosił u niego dwa dni.

Nie wiedziałem dokładnie, co mi jest i chciałem skontaktować się z lekarzem jak najszybciej. Ale liczyłem się z tym, że będę musiał poczekać jakiś czas i najgorzej, że przedział czasowy był dość długi i musiałem cały czas mieć telefon blisko siebie. (W9 M48)

Miejsce zamieszkania nie warunkuje czasu oczekiwania na teleporadę. W założeniu mogłoby się wydawać, że im większe miasto, tym dłuższy czas oczekiwania i więcej pacjentów w kolejce. Jedna z respondentek z dużego miasta na teleporadę czekała krótko. Respondentka, która czekała na teleporadę dwa–trzy dni, była również z dużego miasta. Zaakcentowała w swojej wypowiedzi, że według niej taki czas oczekiwania jest absolutnie za długi.

Ewentualne opóźnienia wyznaczonego czasu teleporady nie stanowiły dla respondentów większego problemu. Jeśli znali konkretną godzinę teleporady, nie dziwiło ich lekkie obsunięcie w czasie.

Zwyczajnie chyba. Lekarz skontaktował się ze mną w wyznaczonym terminie, opóźnienie może wynosiło pięć minut, omówiłam z nim swoje dolegliwości i po dość szczegółowym wywiadzie dostałam skierowanie do specjalisty. (W7 K66)

Zgodnie z kryterium rekrutacyjnym, na rozmówców wybieraliśmy osoby, które po odbytej teleporadzie były na wizycie lekarskiej, czyli zostały przyjęte w przychodni. Sam proces dostania się na wizytę w placówce nie był jednak oczywisty. Oprócz sytuacji, kiedy to podczas teleporady pacjent został zaproszony na wizytę w placówce, pojawiały się takie, kiedy to on pierwszy wychodził z inicjatywą, a wręcz domagał się wizyty.

Tak, ja inicjowałam i domagałam się tej wizyty. Po kilku teleporadach w końcu się udało. (W8 K33)

Podsumowując, część respondentów deklaruje zadowolenie z przebiegu teleporady, uznają ją za konkretną i sprawną formę kontaktu. Druga część respondentów deklaruje brak zadowolenia. Niezadowolającym pacjentów faktem jest to, że nielicznym tylko wyznaczono konkretną godzinę telefonu. Większość przychodni macierzystych naszych respondentów podawała orientacyjny zakres godzin, w którym powinni oni spodziewać się telefonu. Godziny te były godzinami ich pracy. Niepokoili się, czy będą mogli odebrać telefon. A co w przypadku nieodebrania? Kolejna niewiadoma dla pacjenta kwestia. Jednakże żaden respondent nie miał sytuacji, że nie odebrał telefonu z teleporadą.

Ocena skuteczności teleporady przez pacjenta

Większość badanych była zadowolona z technicznej strony przebiegu teleporady, tylko w jednym przypadku badana odczuła, że zakłócenia na linii utrudniały jej komunikację z lekarzem, lecz usprawiedliwiła słabym zasięgiem w miejscu, w którym się znajdowała.

Przeszkadzał mi słaby zasięg podczas rozmowy, ale tutaj wina leżała już po mojej stronie, jako że przebywałam w miejscu, gdzie był po prostu słaby zasięg. A też nie miałam siły, żeby się przeczłochać do miejsca, gdzie był lepszy. (W4 K39)

Jeśli chodzi o satysfakcję z kontaktu z lekarzem w czasie teleporady, to zdania były podzielone, większość badanych w pozytywny sposób oceniła zarówno kompetencje, jak i zachowanie lekarza podczas rozmowy. Czuli się dobrze potraktowani i uważali przebieg wizyty za merytoryczny i wystarczający:

Dobrze, podejście lekarza było profesjonalne, wiedział, na co zwrócić szczególną uwagę i nie bagatelizował mojego problemu. (W7 K66)

Pojawiły się jednak przypadki, w których badani czuli się potraktowani nieodpowiednio i podawali w wątpliwość wiedzę lekarzy oraz ich podejście do pacjenta.

Była krótka, miałam wrażenie, że lekarz rozmawia ze mną niechętnie lub uważa, że mój problem nie jest ważny. Miałam wrażenie, że lekarz bagatelizuje sprawę, trochę taki brak szacunku z jego strony do mnie. (W8 K33)

Co osoby badane sądzą o samej idei teleporady? Dla wielu pacjentów brak osobistego kontaktu z lekarzem stanowił barierę samą w sobie, badani mieli problem z dokładnym wyjaśnieniem swoich objawów i mimo że część z nich w końcowym rozliczeniu była zadowolona ze swojego kontaktu z lekarzem w czasie rozmowy, to i tak nie uważają teleporady za równie

wartościową formę kontaktu co „klasyczna” wizyta, a jedynie za konieczność, żeby się na nią dostać. W jednym przypadku badana stwierdziła, że taka forma kontaktu jest dla niej w jakiś sposób bardziej komfortowa, ponieważ nie przepada za osobistym kontaktem z obcymi ludźmi, lecz i ona przyznała, że z medycznego punktu widzenia wizyta w przychodni jest lepsza.

Uważam, że teleporada jest nic niewarta, ponieważ naprawdę ciężko jest wytłumaczyć, sprawiło mi to duży problem, wytłumaczenie lekarzowi jak wyglądają moje wgłębienia na nogach. (W3 K41)

W moim odczuciu nic po prostu nie zastąpi bezpośredniego kontaktu z lekarzem, nawet mimo pandemii. (W8 K33)

Pojawiła się również opinia, że teleporada jest po prostu dostosowaniem się do nowej rzeczywistości i w pewnym sensie naturalnym etapem przy rozwoju nowych technologii.

Podsumowując, warunki techniczne samej rozmowy w niemal wszystkich przypadkach były satysfakcjonujące i nie utrudniały kontaktu z lekarzem. Badani w większości uważali lekarzy za profesjonalnych, lecz czasem czuli się też potraktowani jak jedynie kolejny „punkt do odhaczania z ich listy”. W innych przypadkach, mimo starań ze strony lekarzy, natura dolegliwości, z którą zgłosili się na teleporadę oraz brak możliwości wykonania badania fizykalnego, doprowadziły do tego, że badani zmuszeni byli powtórzyć tę samą wizytę już w placówce, przez co teleporadę odczuli jako niepotrzebną stratę czasu. Nawet wśród badanych, którzy byli usatysfakcjonowani przebiegiem ich teleporad, przeważała opinia, że mimo wszystko nic, nawet w czasie pandemii, nie jest w stanie zastąpić osobistego kontaktu z lekarzem.

Zastosowanie środków bezpieczeństwa w przychodni

Trzecim etapem procedury porady lekarskiej była wizyta w przychodni, przy czym zmieniły się reguły zachowania w interakcjach pomiędzy pacjentami a personelem, ponieważ wprowadzono reżim sanitarny. Jak wyglądała realizacja tych zaleceń w przychodniach, które odwiedzali nasi rozmówcy? We wszystkich placówkach przed wejściem była możliwość zdezynfekowania rąk płynem. W znacznej większości była mierzona temperatura przez osobę stojącą przy wejściu. W pozostałych miejscach przy drzwiach znajdował się dzwonek w celu wezwania osoby z rejestracji. W kilku przypadkach przed wejściem pacjent musiał wypełnić ankietę na temat ewentualnego kontaktu z osobą zakażoną koronawirusem.

To jak tylko weszłam, to przy drzwiach było postawione stoisko do dezynfekcji rąk i była pani, która mierzyła temperaturę i potem kierowała mnie od razu do właściwej recepcji, żebym nie błądziła po korytarzach. W środku później była już ta recepcja, pani siedziała za szybą i też mnie dokładnie skierowała do pokoju. (W6 K21)

W jednym miejscu wystąpił problem z wejściem do przychodni z powodu zaklejonych drzwi i brakiem kontaktu z recepcją, co zdenerwowało pacjentkę.

Żeby móc w ogóle wejść, tak jak ja, musiałam być umówiona na godzinę. Miałam ogromny problem z wejściem do przychodni. Jest to upokarzający, wydaje mi się, dla pacjenta proces, ponieważ kiedy przyszedłam pod przychodnię, okazało się, że drzwi do przychodni są zamknięte na klucz, dzwonek, którym mogłabym zadzwonić do drzwi, jest odłączony. Drzwi – całe szklane – są zaklejone plakatami, toteż pielęgniarka nie jest w stanie mnie zobaczyć. Kiedy zaczynałam pukać w drzwi, no to nikt mnie nie słyszał, nikt nie przychodził. Więc jedynym dla mnie rozwiązaniem było próbowanie dodzwonić się do przychodni, tak żeby poinformować pielęgniarkę, że stoję pod drzwiami. Pielęgniarki jednak nie odbierają telefonów. Więc jest to dla pacjenta mocno nieprzyjemna sytuacja, mocno stresująca sytuacja i naganna wręcz. (W3 K41)

W jednym przypadku na drzwiach podany był telefon, pod który należało zadzwonić. Nikt jednak nie odbierał i pacjent wszedł sam.

Przy wejściu był dozownik z płynem do dezynfekcji rąk, aby wejść trzeba było zadzwonić na podany telefon, który wisiał na drzwiach. Natomiast nikt nie odbierał, więc weszłam sama. Była jedna pani za ścianką z pleksi, bez maseczki, spytała, gdzie idę, odpowiedziałam do pani XYZ, powiedziała, że trzecie drzwi. W poczekalni nie było nikogo do mojego gabinetu, natomiast do innych gabinetów czekało parę osób, co drugie krzesło było zaklejone czerwono-białą taśmą. (W1 K44)

Jeśli chodzi o środki bezpieczeństwa w rejestracji, to w dużej części przypadków panie z recepcji znajdowały się za szybą, nie wszystkie jednak miały założone maseczki. Większość rozmówców stwierdziła jednak, że pracownicy przychodni stosowali się do zasad i mieli zasłonięte twarz oraz usta.

Jak wchodziłam do przychodni, stał płyn do dezynfekcji rąk, ale jak przechodziłam do rejestracji, recepcjonistka była za szybą, ale nie miała na sobie maseczki, chociaż siedziała tam z dwiema innymi paniami. Przychodnia wyglądała na czystą. Siedziały dwie osoby w kolejce. Krzesła były rozstawione tak, aby zachować dystans. (W2 K20)

W jednym miejscu niektórzy pracownicy mieli założone zarówno maseczkę, jak i przyłbicę, a także rękawiczki. Wszystkie środki bezpieczeństwa zostały zachowane.

Wszędzie były dozowniki z płynem antybakteryjnym, miałam zmierzoną temperaturę, każdy z pracowników miał założoną poprawnie maseczkę, niektórzy mieli również na nią założoną przyłbicę, wszyscy pracownicy nosili również rękawiczki jednorazowe. (W10 K37)

W jednym przypadku panie w rejestracji siedziały zamknięte w pomieszczeniu.

Byłam jedynym pacjentem w przychodni, na wejściu ankieta o kontaktach z osobami zarażonymi COVID-19, w przychodni było pusto, panie w rejestracji zamknięte nie wychodziły ze swojego pomieszczenia. (W8 K33)

Jeśli chodzi o wygląd poczekalni i zachowanie pozostałych pacjentów, tutaj sytuacja wyglądała różnie. Pacjentów było niewielu, mieli oni założone maseczki. W trzech przypadkach, w poczekalni, miejsca do siedzenia były odpowiednio wydzielone.

Spotkałem niewielką liczbę ludzi, były wydzielone miejsca do siedzenia, ale większość osób stała. Do mojego lekarza nie było nikogo, jak przyszedłem, to inna osoba była w środku. (W9 M48)

Pojawiły się też puste placówki.

Poczekalnia jest pusta, pacjentów nie ma w ogóle. (W3 K41)

Podsumowując, każda placówka zaopatrzona była w płyn do dezynfekcji przed wejściem, ale zdarzały się przypadki, gdzie znajdował się on w środku. W wielu miejscach mierzono pacjentom temperaturę, w niektórych przeprowadzano ankiety odnośnie pandemii i także pojawiały się przypadki, gdzie panie stojące przy wejściu zaprowadzały pacjentów w odpowiednie miejsce. Część placówek posiadała dzwonki w celu wejścia do przychodni. Zdarzyły się niestety miejsca, gdzie pacjenci mieli problem z wejściem do środka z powodu braku kontaktu z recepcją czy na przykład oklejonymi drzwiami, przez które nie było słycać pukania. Wiązało się to ze zderowaniem pacjentów i doświadczeniem nieprzyjemnej sytuacji. Jeśli chodzi o recepcje oraz recepcjonistów/recepcjonistki, można stwierdzić, że znaczna większość znajdowała się za specjalną szybą, miała zasłonięte usta oraz nos, a w jednym przypadku nawet maseczką i przyłbicą. Pojawiły się przypadki, kiedy recepcjonistki siedziały zamknięte w pewnym pomieszczeniu, z którego nie wychodziły czy też na przykład zdarzyło się, że panie, które siedziały w recepcji we trójkę, nie miały na sobie maseczki, ale były one za szybą. Co do wyglądu poczekalni oraz innych pacjentów

przychodni, można wywnioskować, że w niektórych placówkach miejsca do siedzenia były odpowiednio wyznaczone, tak by zachować dystans. Większość pacjentów miała założone maseczki, nie zawsze jednak zachowywali między sobą dystans. Ogólnie w przychodni znajdowała się mała liczba osób, pacjentów było niewielu albo jak w kilku przypadkach – wcale.

Zastosowanie środków bezpieczeństwa w gabinecie lekarskim

Najważniejszym punktem procedury konsultacji medycznej była dla naszych rozmówców wizyta w gabinecie lekarskim. I w tej lokalizacji, podobnie jak w całej przychodni, wprowadzono na czas pandemii nowe reguły. W jaki sposób je realizowano? Zaczniemy od tego, czy lekarz miał założony odpowiedni strój podczas badania lekarskiego, czyli: (1) czy miał kombinezon ochronny czy kitel lekarski; (2) rękawiczki; (3) maseczkę i/ lub przyłbicę ochronną na twarz. W zdecydowanej większości przypadków respondenci wskazywali na stosowanie się personelu medycznego do zaleceń odnośnie do ubioru ochronnego, czyli noszenia fartucha lekarskiego. W jednym przypadku respondentka wspomniała o specjalnym stroju ochronnym:

Lekarz miał na sobie specjalny, fikuśny strój ochronny. (W4 K39)

Tylko w jednym przypadku nie pojawiła się kwestia odzieży ochronnej.

Wszyscy, z wyjątkiem trojga respondentów, zwracali uwagę na noszenie przez lekarzy rękawiczek jednorazowych, z czego jedna z respondentek odniosła wrażenie, że raczej nie były one zmieniane każdorazowo:

(...) miała rękawiczki, ale nie sądzę, żeby były zmieniane po każdym pacjencie. (W1 K44)

W jednym z trzech przypadków braku rękawiczek jednorazowych wspomnianych wcześniej respondentka wskazała na całkowity ich brak poprzez stwierdzenie:

Miał na sobie fartuch lekarski, ale to tyle. (W6 K21)

Natomiast w drugim przypadku respondentka zauważyła:

Był ubrany tylko w fartuch lekarski i nie miał nawet założonej maseczki ani rękawiczek ochronnych. (W2 K20)

W ostatnim, trzecim przypadku respondent w tej kwestii się nie wypowiedział. Brak rękawiczek występował w przychodniach znajdujących się zarówno w miastach dużych, jak i małych.

Do zakrywania ust i nosa przy pomocy maseczek ochronnych stosowali się w zasadzie wszyscy lekarze, poza dwoma wyjątkami, kiedy to jedna z respondentek zauważyła, że przyjmująca ją pani doktor specjalistka miała podniszczoną maseczkę zsuniętą poniżej nosa jak również to, że aby napić się wody, zdjęła ją całkowicie:

Pani miała maseczkę, niekoniecznie świeżą i zsuniętą pod nos. W trakcie mojej wizyty pani napiła się wody, zsuwając maseczkę całkowicie z twarzy na brodę. (W1 K44)

Drugi przypadek dotyczył wizyty u specjalisty, który nie zastosował się do konieczności zakrycia ust i nosa, co respondentka opisała w sposób:

(...) i nie miał nawet założonej maseczki. (W2 K20)

W dwóch przypadkach lekarze oprócz maseczki mieli dodatkowo nałożone przyłbice:

(...) lekarz miał na sobie fartuch ochronny, maseczkę, przyłbicę i rękawiczki. (W8 K33)

W jednym przypadku do zakrycia ust i nosa lekarz używał nie maseczki, lecz przyłbicy:

Hmm... lekarz miał na sobie przyłbicę. (W11 K19).

Jeśli chodzi o środki ostrożności podczas badania lekarskiego, to należy wziąć pod uwagę dostępność płynu do dezynfekcji, zachowanie dystansu, obecność kontaktu fizycznego. Na dostępność płynu do dezynfekcji rąk w gabinecie lekarskim zwróciła uwagę tylko jedna osoba spośród trzynastu respondentów, w pozostałych wypowiedziach temat ten się w ogóle nie pojawiał:

(...) no oczywiście musiałam sobie ręce... jak to się mówi... zdezynfekować. (W7 K66)

Zachowanie dystansu podczas wizyty lekarskiej podkreśliły tylko cztery osoby, zwracały uwagę na utrzymywanie dystansu przez samego lekarza:

Lekarz stara się nie zbliżać do pacjenta, jeśli nie musi. (W3 K41)

Drugim sposobem zachowania dystansu było odpowiednie ustawienie krzesła dla pacjentów:

Krzesło, na którym siedziałam, było odsunięte na bezpieczną odległość od biurka lekarza. (W10 K37)

Na temat kontaktu fizycznego czy też jego braku podczas wizyty lekarskiej wypowiedziały się tylko cztery spośród trzynastu rozmówców. Trzy wskazały, że badanie fizyczne w ich przypadku było koniecznym elementem badania, natomiast jedna respondentka powiedziała wyraźnie, że podczas wizyty odbyła się tylko rozmowa i lekarz ograniczył się do obejrzenia zmiany skórnej z odległości:

...zostałam standardowo osłuchana i zajrzała mi do buzi. (W13 K23)

...na dobrą sprawę to była tylko rozmowa, pan doktor kazał mi pokazać tę zmianę na skórze, więc musiałam po prostu trochę podnieść ubranie i podejść bliżej i to tyle. (W6 K 21)

Na dodatkowe działania na rzecz bezpieczeństwa w gabinecie lekarskim uwagę zwróciło pięcioro respondentów, wskazywali na czystość,

zdezynfekowane i zabezpieczone folią aparaty medyczne, wietrzenie pomieszczeń, w których miały miejsce badania oraz konieczność zdezynfekowania sprzętów przed przyjęciem kolejnego pacjenta.

Tak, w momencie, gdy dzwoniłam, Pani z recepcji zaznaczyła, żebyłam punktualnie, aby mieli czas przygotować się na następną osobę po mnie. Przygotować się na następną osobę po tobie – co masz na myśli? Chodzi o jakąś dezynfekcję? Tak, dokładnie. Czuć było zapach środków dezynfekujących. (W2 K20)

Nie różniło się niczym od tego z przychodni. Jedyna różnica to to, że widziałam, że gabinet był wietrzony. (W8 K33)

Podsumowując, z analizy materiału jednoznacznie wynika, że poza nielicznymi wyjątkami, wszystkie zalecenia do stosowania środków ostrożności i bezpieczeństwa, w związku z zaistniałymi warunkami pandemicznymi, są przestrzegane. Respondenci w sposób pozytywny wypowiadają się o środkach bezpieczeństwa stosowanych w służbie zdrowia. Jeśli chodzi o odpowiedni strój oraz zasłanianie ust i nosa doszło, poza przypadkami, w których respondenci o tym nie wspominają, do czterech przypadków naruszeń. W jednym przypadku był to brak stroju ochronnego, w jednym brak rękawiczek ochronnych i w dwóch zsuniecie maseczki z nosa czy twarzy lub też całkowity jej brak, czyli niezastosowanie się do konieczności zasłaniania ust i nosa. Lekarze, jeśli nie jest to konieczne do przeprowadzenia badania, starają się unikać kontaktu fizycznego z pacjentami i zachować niezbędny dystans. Dodatkowo część respondentów zwróciła uwagę na częstą dezynfekcję gabinetów, ich dodatkową wentylację poprzez wietrzenie, zabezpieczenie sprzętów medycznych oraz odpowiednie ustawienie krzesła przeznaczonego dla pacjentów, aby zachować bezpieczny odstęp między lekarzem a pacjentem.

Analiza oceny fachowości lekarskiej

Odczucia pacjentów odnośnie fachowości lekarza podczas teleporady i wizyty nie były rozłożone równomiernie. Większość badanych wyrażała zadowolenie z fachowości lekarza podczas teleporady i wizyty. Negatywne oceny pojawiały się, gdy pacjenci mieli przeczucie podczas teleporady, że lekarz nie ma pewności co do słuszności przepisanych leków.

Po zapytaniu przeze mnie czy leki są dobrze dobrane i skąd ma pewność, że zadziałają, powiedziała, że to raczej to. (W1 K44)

Pacjenci skarżyli się na poczucie upokorzenia, które wywołało w nich zachowanie lekarza: śmiech i prześmiewcze podejście lekarza, a także bagatelizujące podejście – zignorowanie ich problemu.

Po krótkiej dyskusji z żalem skierowała mnie do lekarza specjalisty, czyli do laryngologa i się zaśmiała. Miałam wrażenie, że lekarz bagatelizuje sprawę, trochę taki brak szacunku z jego strony do mnie. (W1 K44)

Atmosfera tworzona przez lekarza wprowadzała pacjentów w stan pośpiechu i poczucie, że nie mają odpowiednio dużo czasu, aby przedstawić swoje dolegliwości w pełni.

Lekarz był miły, ale trochę to wyglądało pobieżnie, czułem, że lekarz jest w rutynie i traktuje swoich pacjentów jak punkty w notesie do odhaczenia, ale mimo wszystko był uprzejmy i nie mam mu tego za złe, nie dziwię się, że musiał być tym już zmęczony. (W12 M32)

Pojawiały się także opinie i wrażenia dokładnie odwrotne niż wyżej wymienione, w równie częstym stopniu. Pacjenci wskazywali na poczucie profesjonalności lekarza w przypadku, kiedy ten okazał szczerze zainteresowanie i służył wyczerpującą poradą.

(...) ja bardzo miło wspominałam moją teleporadę, lekarz faktycznie podszedł bardzo profesjonalnie, jak do człowieka, wytłumaczył mi wszystko od A do Z, więc ja jestem bardzo zadowolona. (W4 K39)

Postawienie diagnozy przez lekarza spotykało się z zadowoleniem pacjenta.

Hmmm, no raczej wyszłam zadowolona, bo miałam postawioną jakąś diagnozę. (W6 K21)

Pozytywna ocena lekarza wiązała się z pozytywnymi odczuciami na temat funkcjonowania całej placówki.

Całkiem dobrze, już sama wizyta poszła sprawnie, nie było po niej komplikacji, też niczym więcej się nie zaraziłam... też mi podobały się te większe środki bezpieczeństwa w placówce i mały kontakt z innymi pacjentami... nie mam chyba żadnych zastrzeżeń. (W11 K19)

Podsumowując, z badań CBOS (Omyła-Rudzka, 2018) wynika, że w ubiegłych latach pacjenci w 70% wyrażali zadowolenie z kompetencji lekarza, 65% uważało, że lekarze angażują się w swoją pracę, w 57% czuli się traktowani z życzliwością i troską, czyli większość badanych wyrażało pozytywną opinię na temat kompetencji i podejścia lekarza.

Nasze badania wskazują, że respondenci, wypowiadając swoje opinie na temat fachowości lekarza podczas wizyty i teleporady, wskazywali na fachowość lekarza w sytuacjach, gdy czuli się potraktowani w sposób przyjazny, serdeczny, a ich problem wydał im się potraktowany poważnie przez rozmówcę. Respondenci wyrażali niezadowolenie z fachowości lekarza, gdy okazał się niemiły, wyśmiewający pacjenta lub jego problem, a problem wydał się potraktowany pobieżnie, lekceważąco i w opinii pacjenta nie został rozwiązany. Co ciekawe, kiedy niektórzy badani wskazywali negatywne aspekty, których doświadczyli, sami często usprawiedliwiali lekarza ze względu na obecną sytuację pandemiczną, wyrażając ostatecznie przychylną i pozytywną opinię mimo swoich uwag.

Badani, których deklarowanym miejscem zamieszkania była wieś i małe miasto, wyrażali bardziej nieprzychylną opinię niż mieszkańcy dużych miast. Dotyczy to zarówno teleporady, jak i wizyty. Mieszkańcy dużych miast częściej byli przekonani o fachowości lekarza, a także usprawiedliwiali zaistniałe niedogodności, wykazując się dużo większą wyrozumiałością.

Różnice pomiędzy wizytą u lekarza ogólnego a wizytą u specjalisty

Czas oczekiwania zarówno w przychodniach rodzinnych, jak i specjalistycznych był zazwyczaj oceniany jako krótki. Czas oczekiwania do lekarza specjalisty wynosił od trzech dni do tygodnia, w przypadku jednego wywiadu miesiąc, ale badana oceniła czas oczekiwania na wizytę jako krótki. Pojawiła się jedna wypowiedź mówiąca o oczekiwaniu na wizytę u specjalisty kilka miesięcy, natomiast respondentka argumentuje to chorobą swojego lekarza.

Myszę, że to bardzo krótko, zważając na fakt, że mamy pandemię, gdzie sądziłam, że będę czekać dużo dłużej. Myszę, że miałam sporo szczęścia, że tak szybko wszystko poszło. (W2 K20)

Prezentowane dane odnoszą się do wizyt lekarskich, które nasi rozmówcy odbyli i na temat których zbieraliśmy wywiady. Jednakże niektórzy rozmówcy w momencie wywiadu byli w trakcie kilkumiesięcznego oczekiwania na wizytę u kolejnego specjalisty w celu dalszej diagnostyki zgłoszonego problemu.

Natomiast czas oczekiwania na wizytę do lekarza pierwszego kontaktu trwał od jednego dnia do czterech dni. Badani wyrażali zdziwienie szybkością przyjmowania na wizyty zarówno w przypadku lekarza specjalisty, jak i lekarza pierwszego kontaktu.

Cztery dni. Uważam, że to nie jest długo. Tyle z reguły musiałam czekać przed wirusem. (W10, K37)

Pojawiła się również opinia, że czas wizyty u lekarza rodzinnego się wydłużył, u specjalisty zaś skrócił.

Myszę, że w przychodni się wydłużył. Natomiast u lekarzy specjalistów się skrócił. (W1 K44)

Jest to spójne z wynikami badań CBOS (Omyła-Rudzka, 2020), gdzie pokazano, że nastąpiły ograniczenia i samoograniczenia w dostępie do lekarzy specjalistów, w związku z tym dla tych, których zapisano, terminy okazały się szybsze.

Wygląd przychodni nie różnił się znacząco w zależności od tego, czy był to lekarz rodzinny czy specjalista. W obu przypadkach przychodnie w większości stosowały się do obostrzeń. Miały wydelegowanego pracownika do mierzenia temperatury, gdzieś w pomieszczeniu znajdował się dozownik z płynem do dezynfekcji, panie w recepcji były zabezpieczone chociaż samą maską i rękawiczkami, a w poczekalni albo ustawiono krzesła tak, aby pacjenci zachowywali dystans, albo umawiano na wizyty tak, aby nie dochodziło do konfrontacji.

Porównajmy teraz przebieg wizyty w przychodniach specjalistycznych i rodzinnych. Zarówno w przychodniach specjalistycznych, jak i rodzinnych, lekarze starają się stosować do narzuconych obostrzeń i ograniczać kontakt z pacjentem do minimum. Kilku pacjentów odniosło jednak wrażenie, że wizyty niewiele różnią się od tych przed pandemią. W przypadku kilku wywiadów z osobami będącymi pacjentami poradni specjalistycznych pojawiła się opinia na temat tego, że lekarze nie stosują się w pełni do obostrzeń, na przykład: nie zakrywają dokładnie ust oraz nosa, nie zmieniają rękawiczek. Oto przykład z przychodni specjalistycznej, wskazujący na stosowanie się do zaleceń sanitarnych:

Maszyny do badań były zafoliowane i łóżko było przykryte jednorazowym papierem, który zresztą zmieniał przy mnie. Oczywiście powiedział mi, żebym chwilę poczekała, bo miał pacjenta przede mną. Zdezynfekował jeszcze maszynę do badania jakimś środkiem.
(W2 K 22)

Tu z kolei przykład nie w pełni stosowania się do obostrzeń:

Pani była ubrana w zielony fartuch oraz miała rękawiczki, ale nie sądzę, żeby były zmieniane po każdym pacjencie. Pani miała maseczkę,

niekoniecznie świeżą i zsuniętą pod nos. W trakcie mojej wizyty pani napila się wody, zsuwając maseczkę całkowicie z twarzy na brodę. (W1 K44)

Takie wypowiedzi nie pojawiły się odnośnie do lekarzy pierwszego kontaktu.

Lekarz miał przyłbicę, miał zwykły strój, chyba fartuch. Była miła atmosfera, ale lekarz nie wydawał mi się być przerażony kontaktem ze mną, gdyby nie przyłbica, to wszystko wyglądało tak jak zawsze. (W12 M32)

Podsumowując, w niektórych specjalistycznych poradniach lekarze niekoniecznie stosują się do obostrzeń, nie mają rękawiczek, maseczek, nie są specjalnie zabezpieczeni. Takich sytuacji nie było w badanych procedurach w przychodniach rodzinnych. Jeśli chodzi o czas oczekiwania, nasi rozmówcy donoszą o zdecydowanie krótszym czasie oczekiwania do specjalistów, co jest spowodowane tym, że ludzie podczas pandemii niezbyt chętnie wychodzą z domów oraz następuje większa selekcja osób kierowanych do gabinetów specjalistycznych, aby nie narażać pracowników ochrony zdrowia.

Różnice pomiędzy wizytą w przychodni publicznej i prywatnej

Czas oczekiwania na wizytę zarówno w przychodni publicznej, jak i prywatnej był oceniany jako krótki. W placówkach publicznych często czas oczekiwania na wizytę wynosił trzy–cztery dni, oceniany przez zdecydowaną większość pacjentów jako krótki. Najkrócej pacjent oczekiwał na wizytę dwie godziny, było to w przypadku odbycia już kilku teleporad oraz długim naleganiu ze strony pacjenta na wizytę. Najdłuższy czas oczekiwania wyniósł kilka miesięcy, spowodowane to było jednak chorobą lekarza, drugi najwyższy czas na wizytę wyniósł miesiąc, w przypadku lekarza specjalisty, co zdaniem pacjenta było krótkim okresem oczekiwania.

Właśnie krótko, trochę się zdziwiłam, bo to było jakieś dwa albo trzy dni od mojego telefonu do przychodni. (W2 K20)

W placówkach prywatnych pacjenci oczekiwali na wizytę od kilku dni do tygodnia. Pacjenci tutaj także ocenili czas oczekiwania jako krótki.

Czekałam około tygodnia a umawiałam się telefonicznie tak jak poprzednio. Myślę, że to bardzo krótko, zważając na fakt, że mamy pandemię, gdzie sądziłam, że będę czekać dużo dłużej. (W2 K20)

Na podstawie wywiadów nie można wskazać dużych różnic w wyglądzie przychodni publicznych i prywatnych. W jednej z dwóch placówek prywatnych oczekujący na wizytę przebywali na zewnątrz.

Lekarze w przychodniach publicznych i prywatnych stosują się do ostrzeżeń związanych z pandemią. W obu rodzajach przychodni pojawiły się przypadki lekarzy specjalistów, którzy nie stosowali się w pełni do ostrzeżeń, pacjenci zwrócili uwagę na źle założone maseczki lub ich brak. Pojawiło się także kilka opinii, według których wizyty nie różniły się znacząco od tych sprzed pandemii.

Z placówek prywatnych skorzystało jedynie dwóch badanych. Pierwszemu z nich lekarz z przychodni publicznej polecił zapis do placówki prywatnej, aby skrócić czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty.

Polecił mi, abym od razu poszła do prywatnej placówki, bo na NFZ będę długo czekała. Zapytał, czy może mi wypisać skierowanie do prywatnego lekarza. Ja chciałam to szybko załatwić, więc się zgodziłam. (W2 K20)

W drugim przypadku pacjent również udał się do przychodni prywatnej, aby wykonać badanie we wcześniejszym terminie.

Mimo skierowania, okazało się, że na wizytę u endokrynologa będę musiała czekać około trzech miesięcy, co mnie mocno zdenerwowało,

ale najgorsze było to, że na badanie u histopatologa, który mógłby mi wykonać biopsję cienkoigłową, która jest konieczna przed wizytą u endokrynologa, czeka się znacznie, znacznie dłużej, a ponieważ jego wynik jest decydujący, to sytuacja zmusiła mnie do wykonania tego badania w prywatnej przychodni. (W3 K41)

Podsumowując, w przychodniach publicznych i prywatnych trudno wyodrębnić znaczące różnice w ich funkcjonowaniu podczas pandemii. W obydwu miejscach czas oczekiwania na wizytę wynosi kilka dni, jednak w przychodniach publicznych występuje większa rozbieżność w okresie oczekiwania, od dwóch godzin do kilku miesięcy. Zdecydowana większość badanych określiła czas oczekiwania na wizytę jako krótki. Oba rodzaje placówek stosują się do obostrzeń, wprowadzając różne środki ostrożności, w tym najczęściej stosowanymi są dezynfekcja rąk oraz mierzenie temperatury. Przypadki, w których lekarze nie przestrzegali w pełni obostrzeń, również pojawiły się zarówno w przychodniach publicznych, jak i prywatnych.

Analiza kontaktu z personelem – sposób traktowania pacjenta

Odczucia pacjentów dotyczące kontaktu z rejestracją są bardzo różne. Część z nich jest zadowolona z kontaktu: szybko udało im się dodzwonić, a sam proces rejestracji odbył się sprawnie:

Udało się za pierwszym razem, byłam pierwszą osobą w kolejce, więc tylko chwilę poczekałam, aż ktoś odbierze telefon i szybko poszło ustalenie. (W6 K21)

Część pacjentów zwracała uwagę na duże trudności z dodzwonieniem się do przychodni – musieli długo czekać na linii.

Jak powszechnie wiadomo, kontakty z przychodniami nie należą do najłatwiejszych. Tym razem nie było inaczej. Infolinia była cały czas

zajęta i próbowałam dodzwonić się do recepcji mojej przychodni prawie godzinę bez przerwy. (W13 K23)

Pojawił się przypadek, gdzie pacjent mógł odczuć, że jego problemy są bagatelizowane.

Pierwszym pytaniem od pani z rejestracji było „czy to coś pilnego, bo na teleporadę umawiane są NAPRAWDĘ ciężkie przypadki?” Po tym musiałam krótko omówić, że mój problem należy do pilnych. (W8 K33)

Odnotowano pojedynczy przypadek pacjentki, która miała problemy przy rejestracji na wizytę do lekarza POZ, natomiast podczas umawiania się do specjalisty w przychodni prywatnej takich problemów nie było.

Tam [do przychodni prywatnej] dodzwoniłam się bez problemu (...) (W3 K41)

W jednym przypadku pojawił się problem braku zrozumienia z osobą odpowiedzialną za kontakt telefoniczny z pacjentami.

Trudno, bo najpierw y, jak zadzwoniłam, dowiedziałam się, do przychodni, tej pierwszego kontaktu, do swojej pani doktor yy, to dowiedziałam się, że za późno dzwonię, więc musiałam pójść tam, zostałam skierowana, żeby tam pójść, później okazało się, że jednak niepotrzebnie tam poszłam, na drugi dzień, że mogłam zadzwonić. No ale udało się zapisać. (W5 K23)

Teraz przejdziemy do analizy kontaktu podczas teleporady. Część pacjentów negatywnie ocenia kontakt z lekarzem podczas teleporady. Wskazują na zbyt krótki czas rozmowy, podczas której ich przypadek traktowany był pobieżnie, rutynowo. Pacjenci zwracają również uwagę na pewną niechęć lekarza oraz bagatelizowanie ich problemu.

Musiałam szybko mówić i zwięźle, ponieważ pani nie miała dla mnie za dużo czasu, nie przedstawiłam dokładnie swoich odczuć na temat dolegliwości. (W1 K44)

Niektórzy pacjenci byli zadowoleni z teleporady – czuli, że lekarz poważnie traktuje ich problem. Wskazywali na profesjonalne zachowanie lekarzy i swoje usatysfakcjonowanie.

Ja bardzo miło wspomynam moją teleporadę, lekarz faktycznie podszedł bardzo profesjonalnie, jak do człowieka, wytłumaczył mi wszystko od A do Z, więc ja jestem bardzo zadowolona. (W4 K39)

W jednym przypadku pacjentka zaniepokojona swoimi dolegliwościami, musiała nalegać na wizytę w przychodni.

Po kilku teleporadach, „leczeniu przez telefon” i długim naleganiu z mojej strony na wizytę w placówce zostałam zaproszona na wizytę w przychodni, publicznej oczywiście. (W8 K33)

W przypadku analizy kontaktu z lekarzem POZ podczas wizyty w przychodni, nie ma podziału na pacjentów zadowolonych i niezadowolonych. Pacjenci głównie wskazują na to, że wizyta wyglądała standardowo – lekarz obejrzał ich wysypkę, osłuchał i zajrzał do gardła, a różniła się tylko ze względu na panujące obostrzenia.

Lekarz miał przyłbicę, miał zwykły strój, chyba fartuch. Była miła atmosfera, ale lekarz nie wydawał mi się być przerażony kontaktem ze mną, gdyby nie przyłbica, to wszystko wyglądało tak jak zawsze. (W12, M32)

Wszyscy pacjenci mają pozytywne odczucia co do kontaktu ze specjalistą. Wskazują na profesjonalizm, efektywność i dobre podejście lekarza.

Uważam, że laryngolog był profesjonalny i konkretny, nie mam zarzutów. (W1, K44)

Pacjenci wskazują też na to, że byli zadowoleni, bo otrzymali diagnozę.

Hmmm, no raczej wyszłam zadowolona, bo miałam postawioną jakoś diagnozę. (W6, K21)

Teraz przejdziemy do analizy kontaktów ze służbą zdrowia przed pandemią. Część pacjentów wskazuje na to, że przed pandemią mieli negatywne odczucia dotyczące kontaktu ze służbą zdrowia. Lekarze przyjmujący w przychodni mieli opóźnienia, co za tym idzie, pacjenci musieli długo czekać w poczekalni, terminy wizyty u specjalisty były zbyt odległe.

Bo musiałam znacznie dłużej czekać w kolejce. To tak ciężko jak masz gorączkę, a w około mnóstwo innych chorych ludzi, łatwiej coś więcej złapać, tak mi się wydaje... no też w sumie jakby chodzić w maseczkach do przychodni, tak jak teraz, to by bezpieczniej było. (W11 K19)

Wcześniej w mojej przychodni mimo wizyt umówionych na konkretne godziny w poczekalni od rana czekali ludzie (...) (W13 K23)

Jeśli chodzi o kontakt z lekarzem przed pandemią, pacjenci wskazują, że wizyta przebiegała raczej sprawnie. Przeprowadzane zostawało standardowe badanie. Jedna z pacjentek podkreśla, że lekarz niezależnie od pandemii podejmuje takie same czynności, aby pomóc pacjentowi.

Lekarz zawsze chyba robi to samo, żeby sprawdzić stan pacjenta. Tak mi się wydaje. (W13 K23)

Pacjenci wskazują też na długie oczekiwanie przy rejestracji.

Tak samo jak teraz, był bardzo długi czas oczekiwania zanim skontaktowałem się z panią w rejestracji. (W9 M48)

Podsumowując, największym problemem dla pacjentów, który występował już przed pandemią, a w trakcie tylko się nasilił, jest kontakt z rejestracją. Pacjenci wskazują na długie oczekiwanie na linii i na problemy z porozumieniem się z osobą odpowiedzialną za kontakt z chorymi. Zgodnie z rozporządzeniem Ministerstwa Zdrowia przychodnie powinny zapewnić taką liczbę stanowisk telefonicznych bądź obsługi elektronicznej, która pozwoli na płynną rejestrację pacjentów. W związku z tym problemy z rejestracją

nie powinny być tak dotkliwe dla badanych. Trudności te nie są związane z wielkością miejscowości, w jakiej znajduje się przychodnia. Odczucia odnośnie teleporady są bardzo różne. Niektórzy pacjenci byli zadowoleni, wynikało to z profesjonalnego podejścia lekarza – pacjenci czuli się odpowiednio potraktowani. Część pacjentów wskazuje jednak na to, że ich problemy były bagatelizowane, a lekarze nie mieli dla nich wystarczająco dużo czasu. Pacjenci, którzy odbyli wizytę w przychodni u lekarza POZ, raczej nie mówią o tym, czy byli zadowoleni – wskazują na to, że wizyta wyglądała standardowo, a od tej sprzed pandemii różniła się zachowaniem środków ostrożności. Wszyscy pacjenci, którzy odbyli wizytę u specjalisty, są nią usatysfakcjonowani. Głównym powodem zadowolenia jest postawienie diagnozy, ale także profesjonalizm i efektywność pracy lekarza. Głównym zarzutem wobec kontaktu ze służbą zdrowia jest czas oczekiwania na wizytę, który może wynikać z opóźnienia lekarzy oraz zachowania innych pacjentów, którzy pomimo tego, że byli umówieni na godzinę, pojawili się w przychodni w innym czasie. Pacjenci przed pandemią byli również niezadowoleni z czasu oczekiwania na wizytę u specjalisty. Natomiast jeśli chodzi o samą wizytę u lekarza, raczej nie mieli zastrzeżeń.

Emocje pacjenta pojawiające się w kontakcie z ochroną zdrowia

Niemal wszystkie opinie dotyczące korzystania z przychodni przed pandemią były negatywne. Gubiono wyniki badań, występowały problemy z kontaktem z rejestracją, występowały opóźnienia.

Ale to było akurat tak, że ja wyjechałam i musiałam dawać pełnomocnictwo, bo zgubili moje wyniki badań. Więc byłam trochę oburzona i było mi smutno. (W5 K23)

Największym problemem zawsze jest dla mnie kontakt z rejestracją, jest to denerwujące. (W9 M48)

Uważam, że był dobry, ale niesatysfakcjonujący. Często musiałam dłużej czekać w przychodni, ponieważ były opóźnienia. (W10 K37)

Tylko jedna osoba wyraziła pozytywną opinię i satysfakcję z wizyty przed pandemią.

Pamiętam, że wszystko poszło bardzo sprawnie i nie było kolejki, bo od razu weszłam do gabinetu, za co byłam bardzo wdzięczna strasznie mnie to ucho bolało. (W6 K21)

Osoby w wieku około 20 lat wyrażają się pozytywnie w stosunku do systemu ochrony zdrowia – poza jedną sytuacją, gdy wyniki badań zostały zgubione – niezależnie od terminu wizyty, czy to po, czy przed pandemią. Jedynym wyjątkiem jest teleporada, o której wyrażają się krytycznie.

...bardzo surrealistycznie, bo mówiłam pani, co mi się dzieje z palcem, a no, ona tego nawet nie widziała i ja nie wiedziałam, jak to opisać (...), no głupie to było. (W5 K23)

Pojawia się duża różnica w odbiorze podejścia lekarza do pacjenta w trakcie teleporady w zależności od miejsca zamieszkania. Osoby mieszkające na wsi lub w małym mieście oceniają je negatywnie, odnoszą wrażenie, że lekarz nie jest nimi zainteresowany.

Nie było problemów technicznych, ale niestety czułam się nieodpowiednio potraktowana i czułam brak profesjonalizmu ze strony lekarki. (W1 K44)

miałam wrażenie, że lekarz rozmawia ze mną niechętnie lub uważa, że mój problem nie jest ważny. (W8 K33)

Natomiast osoby zamieszkujące większe miasta wyrażają się o lekarzach pierwszego kontaktu pozytywnie, podkreślając ich profesjonalizm i chęć niesienia pomocy.

Kiedy już pan doktor oddzwonił, cała teleporada przebiega bardzo sprawnie, bardzo merytorycznie. (...) Lekarz jest pełen dobrych chęci. (W3 K1)

Czułem, że lekarz jest mną zainteresowany i chce mi pomóc.
(W9 M48)

Opinie na temat wizyt w przychodni są bardzo podzielone, bez wyraźnego wspólnego mianownika. Część osób sygnalizowała duże problemy z kontaktem z przychodnią i trudność dostania się na wizytę stacjonarną.

...kontakt z przychodnią jest bardzo utrudniony, następnie dochodzi wrażenie spychania i niechęci do wizyt w przychodni, często słyszę, że pacjenci wręcz wymuszają wizytę w przychodni, bo lekarze nie chcą ich przyjąć. (W8 K33)

Miałam ogromny problem z wejściem do przychodni. Jest to upokarzający, wydaje mi się dla pacjenta, proces, ponieważ kiedy przyszedłam pod przychodnię, okazało się, że drzwi do przychodni są zamknięte na klucz, dzwonek, którym mogłabym zadzwonić do drzwi, jest odłączony. Drzwi – całe szklane – są zaklejone plakatami, toteż pielęgniarka nie jest w stanie mnie zobaczyć. Kiedy zaczynałam pukać w drzwi, no to nikt mnie nie słyszał, nikt nie przychodził. Więc jedynym dla mnie rozwiązaniem było próbowanie dodzwonić się do przychodni, tak żeby poinformować pielęgniarkę, że stoję pod drzwiami. Pielęgniarki jednak nie odbierają telefonów. Więc jest to dla pacjenta mocno nieprzyjemna sytuacja, mocno stresująca sytuacja i naganna wręcz. (W3 K41)

Rozmówczyni, od której pochodzi ten ostatni cytat, mieszkanka dużego miasta, z wyższym wykształceniem, komentuje ograniczony dostęp do przychodni w metaforyczny sposób:

Lekarze są pozamykani w przychodniach jak księżniczki na zamku, a dostępu bronią do nich smoczyce – pielęgniarki. (W3 K41)

Natomiast inni pacjenci chwalili punktualność i zwiększone bezpieczeństwo wynikające ze stosowania się do obostrzeń sanitarnych.

Tak, teraz pomimo panującej pandemii czuję się dużo bezpieczniej w przychodni, która tak naprawdę w większości jest pełna chorych ludzi. Każdy zachowuje odpowiednia odległość, nosi maseczkę, a także nikt nie wpycha się w kolejkę. Nie wchodzi nawet przed danym numerkiem „bo tylko na sekundkę”. (W10 K37)

Wnioski

Celem naszych badań było poznanie niecodziennych doświadczeń pacjentów podczas przebiegu procedury korzystania z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w pierwszej fazie pandemii. Chcieliśmy się dowiedzieć, jak wygląda cała procedura konsultacji lekarskiej, na ile sprawnie ona przebiega, które aspekty satysfakcjonują pacjentów, a które nie. Dlatego nasz schemat badań zakładał otwarte wywiady pogłębione z pacjentami, którzy „przeszli przez sito” teleporad i zostali zaproszeni na wizytę lekarską w przychodni. Rekrutowaliśmy osoby, które zgłaszały się do publicznej opieki medycznej, ale nie odsiewaliśmy tych, które w wyniku niezadowolenia ostatecznie szukały pomocy w przychodniach prywatnych. Chcieliśmy bowiem pozostać otwarci na różne drogi, które przechodzą pacjenci po zgłoszeniu się do publicznej służby zdrowia. Przeprowadziliśmy 13 otwartych wywiadów pogłębionych z mieszkańcami Województwa Mazowieckiego, zamieszkałych w miejscowościach różnej wielkości.

Jakie elementy funkcjonowania ambulatoryjnej opieki zdrowotnej są doświadczane jako niecodzienne? Pod tym kątem przyjrzelśmy się aspektom tego funkcjonowania w przebiegu procedury porady lekarskiej: zachowaniu środków bezpieczeństwa w przychodniach, profesjonalizmowi porady lekarskiej, sposobowi traktowania pacjenta, sprawności procedury przyjmowania pacjenta. Nasi rozmówcy byli zadowoleni z poziomu utrzymywania środków bezpieczeństwa w przychodniach, to dawało im przekonanie, że w przychodniach sytuacja pandemiczna jest pod kontrolą i poczucie bezpieczeństwa, czyli niejako ta niecodziennność pandemii stawała się oswojona, „codzienna”. Od tej reguły było kilka wyjątków w gabinetach lekarzy specjalistów – które zostały zrelacjonowane skrupulatnie i drobiazgowo, ponieważ pozostawały w sferze niecodziennej.

Satysfakcjonował profesjonalizm porady lekarskiej udzielanej w gabinetach lekarskich, natomiast w znacznie mniejszym stopniu teleporady. Nawet jeśli dobrze oceniali fachowość lekarza podczas teleporady, to często jednak problematyczna okazywała się sama umiejętność opisanego lekarzowi objawów chorobowych. Tak więc teleporada pozostawała w sferze niecodzienności, zaś wizyta w przychodni, gdzie utrzymywano środki bezpieczeństwa stawała się sferą codzienności.

Sposób traktowania pacjentów --okazywanie szacunku lub jego brak nie zadowalało szczególnie na poziomie kontaktu telefonicznego z rejestracją: część rozmówców czuła, że ich problemy zdrowotne są bagatelizowane i muszą udowodniać konieczność odbycia teleporady. Rozmówcy pochodzący z małych miast i wsi również nie byli zadowoleni ze sposobu, w jaki traktuje ich lekarz w trakcie teleporady, tymczasem pacjenci z dużego miasta uważali, że lekarz traktował ich z szacunkiem. Trudności z dodzwonieniem się do rejestracji, a także brak wyznaczenia konkretnej godziny teleporady to z jednej strony przejaw braku szacunku dla pacjenta, a z drugiej strony kwestia zdecydowanie obniżająca sprawność procedury obsługi pacjenta – z perspektywy osób badanych. Mnóstwo stresu kosztowało ich nawiązanie kontaktu z rejestracją, a następnie oczekiwanie na teleporadę podczas obowiązków dnia codziennego, przepełnione obawą, co będzie, jeśli nie usłyszą lub nie uda się odebrać telefonu: czy lekarz zadzwoni ponownie czy czeka ich znów czasochłonna próba dodzwonienia się do rejestracji. Kontakt z rejestracją pozostaje więc w sferze niecodzienności i w przypadku kontaktu z rejestracją ta sfera niecodzienności obejmuje również okres przed pandemią, ponieważ jednogłośnie był postrzegany jako nieprzewidywalny i stresujący.

Spodziewaliśmy się pogorszenia opinii pacjentów na temat funkcjonowania ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, kierując się informacjami zawartymi w dyskursie medialnym. Okazało się, że niezadowolenie dotyczy głównie trudności z dostępem do konsultacji medycznej – co jest niezmiennie, a także trudności diagnostycznych podczas teleporady. Natomiast z samej wizyty w przychodni pacjenci są zadowoleni bardziej niż z wizyt przed pandemią, wszystko odbywa się bardziej punktualnie, nie ma tłoku, „wpychania się

przed kolejkę” i innych nieprzyjemnych interakcji z pozostałymi pacjentami, ponieważ przebieg wizyt jest pod znacznie większą kontrolą personelu medycznego. Dostęp do lekarzy specjalistów również się poprawił, zdaniem tych, którym udało dostać się na wizytę. Osoby, które opowiadały nam o zakończeniu swojej przygody z publiczną opieką zdrowotną w prywatnej placówce, oczywiście są bardziej zadowolone z wizyty w prywatnej niż publicznej przychodni. Chwalą głównie łatwiejszy kontakt z rejestracją i szybszy dostęp do specjalistów, co jest zgodne z dotychczasowymi różnicami w zadowoleniu z prywatnej i publicznej opieki medycznej wykazanymi w badaniach reprezentatywnych nad zadowoleniem ze służby zdrowia (CBOS, 2018).

Wyniki naszych badań pokazują więc, że kontakt z ambulatoryjną opieką zdrowotną od dłuższego czasu, również w okresie przed pandemią posiadał elementy niecodzienności związane z dostępem do ochrony zdrowia – kontakty z rejestracją i oczekiwanie na wizytę. Natomiast w procedurze porady lekarskiej w pandemii, która w większości jest doświadczeniem niecodziennym, jest też element codzienności i jest nim sama wizyta u lekarza w przychodni, jeśli w przychodni i w gabinecie lekarskim są podjęte odpowiednie środki ostrożności.

Jakie są konsekwencje dla pacjentów takiego funkcjonowania ambulatoryjnej opieki zdrowotnej? Wyniki naszych badań wskazują, że te konsekwencje mogą być różnorodne dla pacjentów i zależeć od przypadku. Różnorodne dlatego, że w zależności od tego, czy pacjent dostanie się na wizytę czy „utknie” na teleporadzie – jego stopień satysfakcji będzie odmienny. Gdybyśmy zdecydowali się na badania wśród pacjentów, których konsultacje zakończyły się na teleporadzie, prawdopodobnie uzyskalibyśmy niższy poziom satysfakcji. Zależy od przypadku w tym sensie, że w zależności od tego, jaką strategię przyjęć przyjęła dana przychodnia, ma większą lub mniejszą szansę być umówionym na wizytę. Przychodnie bardzo różniły się w tym zakresie. W jednej z przychodni w dużym mieście nadal obowiązywały zapisy na teleporady na miejscu – można było stanąć rano w kolejce do okienka. Z kolei, aby dostać się do innych przychodni, trzeba było wykazać się solidnym samozaparciem i pewnością siebie, stać przed zaklejonymi

plakataami drzwiami, naciskać nie działający dzwonek, a w końcu „wisieć na telefonie”, zanim rejestracja odbierze i ktoś przyjdzie otworzyć drzwi. Na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia w październiku 2020 widniały wytyczne, w jakich przypadkach należy zaprosić pacjenta na wizytę w przychodni. Jednakże w styczniu 2021 roku tych wytycznych nie udało się już znaleźć na stronie ministerstwa. Z kolei nasze badania wskazują, że przychodnie, do których trafiali nasi pacjenci, realizowały te procedury w sposób zróżnicowany.

Wniosek ogólny, jaki można wyciągnąć z naszego badania, dotyczy funkcjonowania przychodni medycznych w Polsce w ogóle, niekoniecznie w pandemii. Wydaje się, że nie tylko lekarzy w Polsce, lecz także placówek medycznych jest po prostu za mało, zbyt wiele pacjentów przypada na jedną placówkę. Świadczy o tym zadowolenie z wizyty w przypadku, gdy tylko część pacjentów placówki może w niej zostać przyjęta.

Rozdział 3.

Wywiad z pacjentką: „lekarze są pozamykani w przychodniach jak księżniczki na zamku, a dostępu bronią do nich smoczyce – pielęgniarki”

W wybranym wywiadzie pacjentka opowiada o dłuższej procedurze medycznej niż większość rozmówców, nie tylko o teleporadzie i wizycie, lecz także o teleporadzie, dwóch wizytach i dwóch badaniach, czyli Czytelnik ma możliwość zapoznać się z szerszym materiałem. Pacjentka reprezentuje typowy (zarówno dla naszej grupy badanej, jak i w reprezentatywnych badaniach CBOS – por. rozdz. drugi) stosunek emocjonalny niezadowolenia (odmiana złości) z dostępu do ochrony zdrowia. Druga kwestia, na którą warto zwrócić uwagę, to fakt, że prywatna opieka zdrowotna jest suplementem publicznego systemu ochrony zdrowia. Prywatny system opieki zdrowotnej funkcjonuje w Polsce jako równoległy, umiejscowiony w niszy rynkowej. Odciąża publiczny system opieki zdrowotnej, zmniejszając kolejki do świadczeń. Odgórnie nie zostały opracowane żadne regulacje współpracy tych dwu systemów (Płonka, 2017). W naszych badaniach mieliśmy do czynienia z doraźnym korzystaniem z usług placówek prywatnych, ze względu na schemat badania, w którym zakładaliśmy dobór rozmówców, którzy szukali pierwotnie pomocy w systemie publicznym. Dwoje naszych rozmówców w trakcie procedury leczenia w przychodni publicznej korzystało z usług w przychodni prywatnej i właśnie jeden z tych wywiadów będzie zaprezentowany poniżej, ażeby pokazać przykład tej suplementarności. Badanie lub konsultacja w placówce prywatnej jest tu elementem/pewnym kolejnym krokiem procedury przebiegającej w systemie publicznym⁵.

⁵ Istnieje druga strona monety suplementarności. Otóż placówki prywatne nagminnie przerzucają na publiczny system opieki zdrowotnej odpowiedzialność i ekonomiczne koszty radzenia sobie z powikłaniami leczenia w placówkach prywatnych (Godlewski i in., 2015).

Prowadzenie wywiadu i sporządzenie transkrypcji: Paulina Kowalczyk, 27 listopada 2020

Tabela 1. Informacje społeczno-demograficzne na temat rozmówczynie

| | |
|----------------------|--|
| Płeć | kobieta |
| Wiek | 41 |
| Miejsce zamieszkania | miasto duże: pow. 500 tys. mieszkańców |
| Wykształcenie | wyższe |
| Zawód | farmaceutka |
| Przedział dochodów | odmowa odpowiedzi |

Co się stało, że postanowiła Pani skontaktować się ze służbą zdrowia?

Zauważyłam zmiany, zastanowiło mnie to, ponieważ na lewej łydce pojawiło się niewielkie wgłębienie, którego wcześniej nie było. Było to dla mnie bardzo zastanawiające, ponieważ nie było spowodowane żadnym urazem, naciskiem. Obserwowałam sobie je przez kilka dni z rzędu, ale nie zniknęło, więc stwierdziłam że muszę szukać pomocy.

Jakie podjęła Pani kroki w związku z tym?

Sama obserwowałam to przez około 2–3 tygodnie, żeby upewnić się, że to nie znika i że nie jest spowodowane jakimś naciskiem. Potem wiedząc jak w obecnych czasach utrudniony jest dostęp do służby zdrowia postanowiłam najpierw spróbować znaleźć jakieś rozwiązanie, wytłumaczenie sama. Zagłębiłam się w ten temat w Internecie. Wszystko podpowiadało mi, że w tym celu warto jest wykonać badanie poziomu D-dimerów, które może wskazać bądź wykluczyć ryzyko istnienia zakrzepicy. To badanie nie kosztuje wiele nawet kiedy jest robione odpłatnie, a więc udałam się do laboratorium na pobranie krwi i odebrawszy wyniki popołudniu... No ich wynik mnie lekko zastanowił, gdyż poziom D-dimerów był podwyższony. Mocno mnie to zastanowiło, ponieważ w zeszłym roku miałam wykonywane rutynowe badania, cały komplet, w tym także Dopplera nóg i ono wtedy wykluczyło całkowicie możliwość zakrzepicy. Toteż wtedy postanowiłam

zwrócić się do lekarza swojego rodzinnego z prośbą o konsultację tego problemu.

Kiedy próbowała się skontaktować Pani z lekarzem?

Myślę, że było to tak mniej więcej około dwóch miesięcy temu.

Jaka to była placówka?

Zadzwoiłam do swojej przychodni rejonowej, do miejsca pracy mojego lekarza rodzinnego.

Ile czasu musiała Pani poświęcić na to, aby skutecznie się skontaktować?

Próba skontaktowania się z przychodnią to droga przez mękę. Próbowałam się tam dodzwonić przez prawie dwa dni. Linia telefoniczna jest albo cały czas zajęta, albo nikt nie odbiera, albo wręcz odrzuca połączenie. Po około dwóch dniach ktoś wreszcie podniósł słuchawkę, po czym udało mi się umówić na konsultację telefoniczną z moim lekarzem.

A czy sam proces rejestracji na teleporadę przeszedł sprawnie?

Tak, proces rejestracji na teleporadę przebiegł sprawnie. Problematiczne jest jedynie dodzwonienie się do przychodni.

Jak długo czekała Pani na teleporadę z lekarzem?

Około dwóch, trzech dni.

Czy to Pani zdaniem długi czas oczekiwania?

Absolutnie za długo.

Jak się Pani czuła w czasie tego oczekiwania?

Fatalnie, bo nie wiedziałam, co mi dolega.

A jak wyglądała sama teleporada?

Kiedy już pan doktor oddzwonił, cała teleporada przebiega bardzo sprawnie, bardzo merytorycznie. Jest to może o tyle niezręczne, że ciężko jest przez telefon wytłumaczyć objawy jakie się ma. Lekarz jest pełen dobrych chęci. Niestety nie jest w stanie zobaczyć, dotknąć, zbadać, pacjenta.

Jak bardzo utrudniło to rozmowę?

Nie tyle utrudniło rozmowę, co utrudniło diagnostykę lekarzowi, ponieważ nie zawsze można się dobrze zrozumieć z lekarzem. Mnie się akurat udało, ale wiem, że nie wszyscy mają takie szczęście.

A czy podczas teleporady pojawiły się problemy techniczne?

Nie. Jednym problemem, który mogę wskazać to jest podejście...nie wiem czy przychodni czy lekarza, ponieważ teleporady nie można umówić na godzinę. W przychodni słyzy się informację, że pan doktor będzie dzwonił, na przykład we wtorek między godziną 14 a 17. Wtedy ja jako pacjent rzeczywiście no było to dla mnie problematyczne, ponieważ do 15 jestem w pracy i przez tę pierwszą godzinę, kiedy tak naprawdę powinnam dyżurować przy telefonie, nie mogłabym odebrać, ponieważ no w pracy nie mogę tego z robić z uwagi na charakter mojej pracy. Poza tym z pracy wracam samochodem do domu i też nie zawsze mogę odebrać, a jeżeli lekarz zadzwoni, a ja nie odbiorę to wcale nie mam pewności, że zadzwoni jeszcze raz. Więc jest to mocno nieprecyzyjne umawianie pacjenta nie na daną godzinę, bo mało kto może sobie pozwolić na to, żeby przez trzy, cztery czy pięć godzin dyżurować przy telefonie i czekać aż ktoś do niego zadzwoni.

Czy podczas teleporady pojawił się temat wizyty w przychodni?

Początkowo nie. Pan doktor długo rozmawiał ze mną, zapoznał się z tym, co miałam do powiedzenia, że najpierw sama próbowałam się zdiagnozować, potem z wynikiem moich badań. No okazało się, że no nie może tak być, że jest to rzeczywiście jakaś wskazówka alarmowa do szukania przyczyny, diagnozy. Lekarz stwierdził, że częstym powodem podniesienia się poziomu D-dimerów po wykluczeniu zakrzepicy mogą być różne schorzenia endokrynologiczne. Wtedy zdecydował o tym, że najlepiej byłoby wykonać u mnie badanie USG, które może w jakiś sposób potwierdzić bądź wykluczyć jakieś schorzenie endokrynologiczne.

Czy, jeśli dobrze zrozumiałam, to lekarz zainicjował temat wizyty?

Znaczy nie tyle samej wizyty, co wizyty połączonej z badaniem.

Jak wyglądała rejestracja na wizytę połączoną z badaniem?

W tym celu musiałam ponownie dodzwonić się do przychodni i umówić kolejną wizytę u niego, tym razem z podkreśleniem jego zgody na wizytę osobistą w przychodni. Pielęgniarki odbierające telefony absolutnie nie chcą umawiać pacjentów na wizyty w przychodni. Dopiero po dwukrotnym podkreśleniu, że jest to na polecenie lekarza i przy sprawdzeniu, że lekarz w moim akcie wpisał adnotację o konieczności przyścia do przychodni na wykonanie badania USG i konsultację, dopiero umówiły mnie na wizytę.

Jak długo trwało oczekiwanie na wizytę?

Okolo cztery dni.

Czy to długo Pani zdaniem?

Na chwilę obecną tak. Tego typu badania, w sytuacjach kiedy przychodnie są puste i tego typu wizyty powinny być wykonywane następnego dnia.

Czy miała Pani obawy przed wizytą?

Przed wizytą w przychodni?

Tak.

Absolutnie nie.

A jak wyglądała przychodnia i procedury wejścia do niej?

Żeby móc w ogóle wejść, tak jak ja musiałam być umówiona na godzinę. Miałam ogromny problem z wejściem do przychodni. Jest to upokarzający wydaje mi się dla pacjenta proces, ponieważ kiedy przyszłam pod przychodnię okazało się, że drzwi do przychodni są zamknięte na klucz, dzwonek, którym mogłabym zadzwonić do drzwi jest odłączony. Drzwi – całe szklane – są zaklejone plakatami, toteż pielęgniarka nie jest w stanie mnie zobaczyć. Kiedy zaczynałam pukać w drzwi no to nikt mnie nie słyszał, nikt nie przychodził. Więc jedynym dla mnie rozwiązaniem było próbowanie dodzwonić się do przychodni, tak żeby poinformować pielęgniarkę, że stoję pod drzwiami. Pielęgniarki jednak nie odbierają telefonów. Więc jest to dla pacjenta mocno nieprzyjemna sytuacja, mocno stresująca sytuacja i naganna wręcz.

Czy uważa Pani, że w przychodni zachowano wszystkie środki ostrożności?

Znacząca pielęgniarka przychodzi w normalnym fartuchu, ma założoną tylko maseczkę i rękawiczki jednorazowe. Przy drzwiach miałam zmierzoną temperaturę, dopiero po stwierdzeniu, że moja temperatura jest w normie mogłam wejść do przychodni.

Jak wygląda poczekalnia?

Poczekalnia jest pusta, pacjentów nie ma w ogóle.

Czy sama wizyta odbyła się punktualnie?

Nie odbyła się punktualnie, bo chociaż ja przyszedłam punktualnie na wizytę, to około 15 minut dobijałam się do drzwi przychodni, żeby ktokolwiek mnie wpuścił.

Czy podczas rejestracji pielęgniarki podkreślały, żeby przybyła Pani punktualnie?

Kilkakrotnie.

Jak wyglądał sam gabinet lekarski i lekarz?

Lekarz jest ubrany podobnie jak pielęgniarki. Miał na sobie fartuch jednorazowy, maseczkę chirurgiczną i jednorazowe rękawiczki.

Jak wyglądało badanie?

Lekarz stara się nie zbliżać do pacjenta, jeśli nie musi, natomiast samo badanie zostało wykonane w standardowy sposób.

Jak się Pani czuła podczas tego badania?

Jedyną trudność polega, ponieważ czułam się normalnie, jedyną trudność przy tym akurat badaniu polega na tym, że przy badaniu USG tarczycy i nacisku na gardło gorzej oddycha się przez maseczkę.

Czy uważa Pani, że lekarz był odpowiednio zabezpieczony?

Myszę, że tak.

Czy badanie różniło się czymś od badania przed pandemią?

Nie.

Czy podczas tej wizyty pojawił się temat wizyty u specjalisty?

Tak, ponieważ w trakcie wykonywania badania okazało się, że mam torbiel na tarczycy, która wymaga dalszych konsultacji. Tym samym lekarz po zakończeniu badania USG, zrobił opis badania, wręczył mi go razem ze zdjęciami. Wy tłumaczył mi dalszą procedurę, mianowicie to, że muszę znaleźć się pod opieką endokrynologa w celu dalszej diagnostyki, ale żeby przyspieszyć sytuację wypisał mi skierowana na badania wykonywane z krwi, które pozwolą endokrynologowi na szybsze zdiagnozowanie mnie.

Dobrze zrozumiałam, że zaleceniem lekarza był kontakt ze specjalistą?

Tak.

Jak to się stało, że doszło do wizyty u specjalisty?

Miałam skierowanie i okazało się, że na wizytę u endokrynologa będę musiała czekać około trzech miesięcy, co mnie mocno zdenerwowało, ale najgorsze było to, że na badanie u histopatologa, który mógłby mi wykonać biopsję cienkoigłową, która jest konieczna przed wizytą u endokrynologa czeka się znacznie, znacznie dłużej, a ponieważ jego wynik jest decydujący to sytuacja zmusiła mnie do wykonania tego badania w prywatnej przychodni.

Jak wyglądał proces rejestracji w przychodni prywatnej?

Tam dodzwoniłam się bez problemu i okazało się, że pan doktor tego typu badanie wykonuje raz w tygodniu i tam zostałam umówiona od ręki na wykonanie tego badania. Czekałam kilka dni.

Czy miała Pani obawy przed wizytą?

Obawy dotyczyły tylko wyniku badania, ale nie sytuacji pandemicznej.

Czy miała Pani podobne problemy z wejściem do przychodni jak w przypadku placówki publicznej?

Nie.

Jak wyglądała przychodnia?

W podobny sposób jak placówka państwowa. Oczekiwać na wizytę należało przed przychodnią. Po wejściu do przychodni sytuacja wyglądała analogicznie. Wszystkie środki bezpieczeństwa zostały zachowane, a wizyta odbyła się punktualnie.

Jak wyglądał gabinet lekarski i lekarz?

Podobnie. Gabinet wyglądał w sposób standardowy, a w ubraniu lekarza zmieniło się jedynie to, że ma na sobie maseczkę jednorazową. Czułam się bezpiecznie.

Czy badanie różniło się czymś od badania przed pandemią?

Nie.

Czy pojawił się temat skierowania na dodatkowe badania?

W trakcie tej wizyty lekarz był w stanie powiedzieć mi, że najprawdopodobniej jest to niezłośliwa torbiel tarczycy, ale kazał mi się zgłosić po wyniki za około tydzień. Te wyniki otrzymałam drogą mailową. Doradził mi, że po otrzymaniu wyników i wykonaniu badań z krwi powinnam się zapisać do poradni endokrynologicznej i tam pozostawać pod jego stałą opieką. Obecnie jestem zapisana i czekam na wizytę.

Jak długo musi Pani czekać na dalszą diagnostykę?

Około dwa miesiące.

Spróbujmy cofnąć się myślami do czasu sprzed pandemii. Czy pamięta Pani, kiedy ostatni raz kontaktowała się z lekarzem przed pandemią?

Kilka miesięcy przed rozpoczęciem pandemii. Nie pamiętam dokładnie.

Jaka była przyczyna kontaktu?

Mocne przeziębienie, osłabienie organizmu.

Jak wyglądał tamten kontakt z recepcją?

Przed wszystkim dużo łatwiej można się było umówić na wizytę. Po pierwsze pielęgniarki odbierały telefon, a po drugie przychodnia była otwarta

i można było osobiście umówić się na wizytę. Wydaje mi się, że czas oczekiwania na wizytę był podobny, czekało się dwa trzy dni. Jednak to wtedy było dla mnie zrozumiałe i tłumaczyło się po prostu normalnym stanem – pacjenci korzystają z możliwości wizyty u lekarza.

Jak wyglądał tamten kontakt z lekarzem?

Rutynowa wizyta lekarska. Po umówieniu na dzień, przyjechałam do przychodni, przede mną czekało kilka osób, ponieważ jak zwykle lekarz miał obsuwę. Poczekałam na swoją kolej, weszłam do gabinetu, zostałam zbadana, zdiagnozowana, otrzymałam recepty i koniec wizyty.

Czy zauważa Pani istotne różnice w działaniu służby zdrowia przed i w trakcie pandemii?

Zauważam ogromne różnice.

Jakie to są różnice?

Strasznie, ale to strasznie utrudniony dostęp do służby zdrowia. Ale tylko do publicznej służby zdrowia. W szczególności lekarzy w POZ, ponieważ umówienie się na wizytę w poradni specjalistycznej nie stanowiło problemu.

Jak ocenia Pani te różnice?

Absolutnie negatywnie

Którą formę kontaktu uważa Pani za lepszą: teleporadę czy wizytę?

Uważam, że teleporada jest nic nie warta, ponieważ naprawdę ciężko jest wytłumaczyć, sprawiło mi to duży problem wytłumaczenie lekarzowi jak wyglądają moje wgłębienia na nogach.

Czy kontakt ze służbą zdrowia w okresie pandemii był satysfakcjonujący?

Absolutnie nie. Jest to mocno niesatysfakcjonujące, mocno frustrujące i stresujące każdego pacjenta. Podejście lekarzy i pielęgniarek pracujących w POZ jest mocno naganne.

A jeśli chodzi o kontakt z prywatną placówką, to czy była Pani usatysfakcjonowana?

Tak.

Czy kontakt z placówką POZ przed pandemią był satysfakcjonujący?

Raczej tak.

Dlaczego?

Ponieważ można się było dostać do tego lekarza, można było umówić się na wizytę, spotkać się z nim. Zostawała udzielona normalna pomoc, a w tej chwili jest to utrudnione. Lekarze są pozamykani w przychodniach jak księżniczki na zamku, a dostępu bronią do nich smoczyce – pielęgniarki.

Czy udało się Pani za pomocą teleporady omówić wszystkie występujące dolegliwości?

Teleporada stanowi dużą barierę, natomiast ja ze swoim schorzeniem poniekąd znalazłam rozwiązanie, ale w moim przypadku było raczej proste.

Czy czas oczekiwania na wizytę przed i w trakcie pandemii uległ zmianie?

Raczej nie, mniej więcej jest porównywalny.

Jak ocenia Pani efektywność pracy lekarza w placówce POZ i prywatnej?

Jeżeli chodzi o ocenę placówki prywatnej, oceniam ją bardzo dobrze. Jeżeli chodzi o placówkę publiczną POZ, oceniam ją fatalnie. Zarówno pracę pielęgniarek, jak i dostępność lekarzy.

III. Niecodzienność przestrzeni międzyludzkiej osób LGBTQ+

Dominika Cygan, Kamila Gryczan,
Katarzyna Kowalik, Agata Adamkiewicz,
Magdalena Bagnowska, Julia Fiałka, Aleksandra Gawor,
Natalia Kosobudzka, Gabriela Krawczak, Jakub Makowski,
Sandra Petkanić, Weronika Rutkowska, Karina Walczak

Rozdział 4.

Niecodzienne interakcje społeczne: być osobą LGBT+ w dobie paniki moralnej

Wprowadzenie

Do społeczności LGBT należą wszystkie osoby o innej orientacji niż heteroseksualna lub innej tożsamości płciowej niż cisplciowa. Sam skrót LGBT rozwija się, jako 'lesbijki, geje, osoby biseksualne i osoby transseksualne'. Skrót ten obecnie zapisuje się w formie LGBT+, aby dać do zrozumienia, że litery, które zawiera, nie oddają wszystkich alternatywnych tożsamości i orientacji. Istnieją różne warianty tego skrótowca, dodaje się doń inne litery w zależności od kontekstu, aby uwzględnić konkretne tożsamości lub orientacje seksualne. Przykładowo można mówić o osobach interplciowych, u których biologiczne cechy płci nie są jednoznacznie określone, co oznacza się dodając do skrótowca literę I. Dodać można również literę A na oznaczenie aseksualnej orientacji seksualnej. Kolejną często dodawaną literą jest Q na określenie osób *queer*, czyli nie-heteroseksualnych, nie-heteronormatywnych, nie-cisplciowych lub też osób niepewnych tożsamości seksualnej (questioning).

Celem naszego projektu badawczego było zbadanie, jak wygląda sytuacja osób LGBT+ współcześnie w Polsce. Osoby z mniejszości seksualnych spotykają się od lat z mową nienawiści, a nawet aktami przemocy, sytuacje takie bywały opisywane w mediach. W wyniku tego osoby LGBT+ mogą się obawiać przyznać do swojej orientacji i ją okazywać, nawet w kręgu rodzinnym. Przykładowo, niewiele ponad połowa (55%) ojców wie, że ich dziecko należy do mniejszości seksualnej, a z tego tylko 61% ojców to akceptuje. Najbardziej akceptujące są siostry i matki – siostry w 80% akceptują, a matki w 75%. Jedynie 44% spędzało święta religijne wraz z partnerem czy partnerką. Wśród tych, którzy deklarowali, że zawsze są wspólnie

zapraszani: u 32% badanych były to święta, u 26% imieniny lub urodziny kogoś w rodzinie. U 22% rodziny zapraszały pary jedнопłciowe na śluby, pogrzeby lub chrzciny (Mizelińska, Abramowicz, Stasińska 2014).

Powyższe dane pochodzą sprzed okresu, kiedy – latem 2020 roku podczas kampanii wyborczej przed wyborami na prezydenta Polski – osoby LGBT stały się osią sporu politycznego i gorącym tematem w dyskursie medialnym. Do zrozumienia tej sytuacji proponujemy pojęcie paniki moralnej. Jest to zjawisko nagłego rozprzestrzeniania się niepokoju społecznego, spowodowanego zagrożeniem dla wartości danej społeczności. Rodzajem paniki moralnej jest transformacyjna panika moralna, która rodzi się wtedy, gdy staje się widoczna pewna kategoria społeczna, która budzi niepokój części społeczeństwa, ale też poparcie innych. Jest sygnałem do transformacji ładu normatywnego społeczeństwa. Wyróżnia się trzy przyczyny panik moralnych: niepokój oddolny, inżynieria społeczna elit, działania grup interesu (Zielińska, 2015).

Powróćmy teraz do osób LGBT+: jest to kategoria społeczna, której widoczność budzi niepokój części społeczeństwa. Od kilku lat zdarzają się oddolne niepokoje społeczne, objawiające się w aktach agresji wobec osób nieheteronormatywnych ze strony ruchów społecznych związanych z ideologią nacjonalistyczną. Konserwatywny odłam kościoła, w tym opiniotwórcze radio Maryja, możemy traktować jako grupę interesu zaangażowaną w panikę moralną – ojciec Tadeusz Rydzyk (założyciel i prezes Radia Maryja) miał wiele negatywnych wypowiedzi na temat osób LGBT+. Sytuacja zaostrzyła się podczas kampanii wyborczej przed wyborami na prezydenta Polski, kiedy to kandydat na prezydenta Andrzej Dudę ukuł termin „ideologii LGBT” – jak zobaczymy w wypowiedziach rozmówców – dotkliwie bolesny dla osób LGBT+. W tym momencie pojawił się trzeci element, czyli inżynieria społeczna elit. Niektóre gminy ogłosiły się jako strefy wolne od LGBT, co zyskało poparcie rządu (Bąk, 2020; Tragarz, 2020). Politycy od czasu kampanii wyborczej kontynuują oraz powielają określanie osób LGBT+ jako ideologii.

Jako socjologowie wiemy, że poprzez odbicie naszej osoby w oczach innych ludzi poznajemy samych siebie (Szacka, 2003). To, jak człowieka widzą

inni, kształtuje jego obraz samego siebie. Na określenie tego procesu Charles Cooley ukuł termin jaźni odzwierciedlonej. Dlatego zastanawiamy się, jak młodzi ludzie, którzy nie żyją według heteronormatywnych standardów, czują się postrzegani i traktowani w dobie paniki moralnej przeciwko osobom LGBT+. W ramach programu badań życia codziennego Piotr Sztompka (2009) postuluje badanie tożsamości społecznej poprzez analizę przebiegu i rodzaju granicy pomiędzy daną grupą określaną się jako „my” a resztą społeczeństwa: „czy są to mury wrogości i nienawiści, czy izolacja od obcości, czy niechętna tolerancja wobec odmienności, czy otwarta postawa wobec inności” (Sztompka, 2009, s. 37).

Przebieg i rodzaj granicy widać w interakcjach społecznych. Jeśli aktorzy społeczni w interakcji podtrzymują zachowanie twarzy, czyli pozytywnych wartości społecznych prezentowanych przez osobę (Goffman, 2006a) pozostałych uczestników rozmowy, to możemy mówić o interakcjach codziennych. W ramach takich interakcji twarz jednostki zostaje rozpoznana i zaakceptowana. Natomiast podważanie, negowanie, niedowierzanie, wreszcie krytykowanie czy atakowanie twarzy danego uczestnika, czyli wartości społecznych przez niego reprezentowanych, to sytuacja bardzo rzadko występująca w spotkaniach. Wywoływać więc może doświadczanie niecodzienności: negatywne doznania, emocje i poczucie zagrożenia.

Ażebym zrozumieć tożsamość społeczną osób LGBT+, skoncentrujemy się, po pierwsze, na odkrywaniu siebie, swoich potrzeb i preferencji oraz na momencie, w którym rozmówcy uznali, że są osobą LGBT+. Po drugie, większa część naszych analiz dotyczy tego, jak wyglądają interakcje społeczne osób LGBT+: jak są traktowani przez otoczenie społeczne i czy jakiś wpływ na sposób ich traktowania ma ich przynależność do kategorii LGBT+. Otoczenie rozumiemy w sposób szeroki, począwszy od rodziny, przyjaciół, znajomych, poprzez kolegów, osoby w szkole i miejscu pracy, po przestrzeń publiczną, ale także media i polityków. W ramach tego pytania interesuje nas również zmienność w czasie stosunku osób z otoczenia do osób LGBT+. Jeśli panika moralna wokół osób LGBT+, obecna w dyskursie medialnym, wpływa jakoś na zachowanie otoczenia wobec nich, okaże się to właśnie podczas uzyskiwania odpowiedzi na drugie pytanie badawcze.

Zapytamy więc jeszcze po trzecie, jakie są przyczyny – zdaniem naszych rozmówców – paniki moralnej wobec osób LGBT+. Stawiamy zatem następujące pytania badawcze:

1. W jakiej sytuacji osoby LGBT+ odkryły swoją odmienną tożsamość seksualną/orientację seksualną?
2. Jak osoby LGBT+ są traktowane przez otoczenie społeczne?
3. Jakie są przyczyny paniki moralnej w stosunku do osób LGBT+, zdaniem osób LGBT+?

Metoda badań

Technika badań. Badania były prowadzone metodą otwartych wywiadów pogłębionych, umożliwiających osobom badanym swobodną wypowiedź na dany temat. Liczba przeprowadzonych wywiadów była zgodna z liczbą uczestników warsztatu ze względu na cele ćwiczebne tych zajęć.

Narzędzie badawcze. Grupowo został przygotowany scenariusz do rozmowy (por. Załącznik nr 4). Wszyscy studenci w grupie mieli swój wkład i każdy(a) przygotował(a) przynajmniej jedno pytanie. Scenariusz składał się z następujących bloków tematycznych: (1) blok ogólny, (2) *coming out*, (3) identyfikacja ze środowiskiem, (4) reakcja otoczenia społecznego oraz z pytań metryczkowych. Scenariusz został sprawdzony w trakcie wywiadu pilotażowego przeprowadzonego przez Sonię Podwyszyńską.

Dobór grupy badanej. Postanowiliśmy przeprowadzić otwarte wywiady pogłębione z osobami, które zrobiły *coming out* – czyli ujawniły otoczeniu swoją orientację lub tożsamość seksualną i próbują żyć zgodnie ze swoją tożsamością nieheteroseksualną. Termin *coming out*, choć pochodzi z języka angielskiego, jest nagminnie używany przez naszych rozmówców i dlatego będzie stosowany w naszym raporcie. Chcieliśmy poznać doświadczenia osób, które można zaliczyć do kategorii LGBT+ z różnych względów: dwie trzecie grupy badanej to osoby o orientacji homoseksualnej, podzielone na równoliczne grupy kobiet i mężczyzn. Z kolei jedną trzecią grupy badanej stanowią przedstawiciele innych kategorii: osób biseksualnych,

transseksualnych, aseksualnych i niebinarnych. Taki podział wynikał z tego, że znacznie łatwiej było nam dotrzeć do lesbijek i gejów niż do osób zaliczanych do innych kategorii. Aby pod względem innych kryteriów grupa badana pozostała jednolita, postanowiliśmy badać ludzi młodych w wieku od 18 do 30 lat, zamieszkałych w Warszawie. Rozmówcy byli rekrutowani na podstawie kwestionariusza rekrutacyjnego (por. Załącznik nr 5).

Charakterystyka grupy badanej. Przeprowadzono 16 wywiadów. Osoby badane były w wieku od 19 do 30 lat. W grupie było sześciu mężczyzn, osiem kobiet i dwie osoby niebinarne. Wszyscy zamieszkiwali w Warszawie, ale pochodzili z miejscowości różnej wielkości: siedem osób pochodzi z dużego miasta, dwie osoby ze średniego miasta, pięć osób z małego miasta, dwie osoby ze wsi. Jedenaście osób posiada wykształcenie średnie, jedna zawodowe, a cztery osoby wyższe. Spis wywiadów znajduje się w Załączniku nr 6.

Przebieg badań. Badania prowadzono od 3 do 11 grudnia 2020 roku. Dziewięć wywiadów przeprowadzono zdalnie (poprzez platformy internetowe Skype, Zoom, Video Messenger, Discord), a sześć wywiadów przeprowadzono w domu osoby badanej lub badacza. Długość wywiadów waha się od 30 minut do 1 godz. 45 minut.

Metoda analizy materiału. Materiał był analizowany przy zastosowaniu metody analizy danych jakościowych przy pomocy fiszek. Po zebraniu materiału wyodrębniono 16 zagadnień (zgodnie z liczbą studentów uczestniczących w projekcie). Każdy/a ze studentów/studentek zrobił/a fiszki z wywiadów, czyli fragmenty dotyczące jego/jej zagadnienia. Następnie poddał/a analizie materiał na fiszkach, dzieląc zagadnienie na mniejsze kategorie/elementy tematyczne i opisując wszystkie rodzaje opinii obecnych w wywiadach w zakresie danej kategorii. Oto lista wyodrębnionych zagadnień:

1. Narracja o odkryciu swojej orientacji/tożsamości seksualnej (Karina Walczak)
2. Kulturowe wzory: rola przekazów kultury (filmy, seriale, książki, źródła naukowe i popularnonaukowe, forów internetowych) oraz rola

rówieśników w odkryciu tożsamości/orientacji seksualnej (Zuzanna Jurczak)

3. *Coming out* – jako proces (Katarzyna Kowalik)
4. Zmiana w relacjach społecznych po zrobieniu *coming out* z osobami z otoczenia (z rodziną i znajomymi) (Dominika Cygan)
5. Postrzeganie i traktowanie osób LGBT+ przez rodzinę (Alicja Skoczeń)
6. Postrzeganie i traktowanie osób LBGT+ przez przyjaciół/bliskich znajomych (Agata Adamkiewicz)
7. Postrzeganie i traktowanie osób LGBT+ przez dalszych znajomych oraz w szkole i pracy (Sandra Petkanić)
8. Stosunek do osób LGBT+ w miejscach publicznych (Jakub Makowski)
9. Stosunek otoczenia (bliższego i dalszego) do związków osób LGBT+ (Weronika Rutkowska)
10. Stosunek do osób LGBT+ w mediach (Magdalena Bagnowska)
11. Stosunek do osób LGBT+ władzy państwowej i polityków (Natalia Kosobudzka)
12. Przemoc (fizyczna i psychiczna) wobec osób LGBT+ (Kamila Gryczan)
13. Emocje: jakie przeżywają emocje względem reakcji otoczenia na ich orientację/tożsamość seksualną (co czują, gdy są traktowani tak lub inaczej/dobrze lub źle) (Gabriela Krawczak)
14. Identyfikacja i kontakty ze środowiskiem i osobami LGBT+ (formalne, nieformalne)
15. Działalność i aktywizm na rzecz osób LGBT+ (formalna, nieformalna) (Ola Gawor)
16. Czy Polska jest krajem przyjaznym dla osób LGBT+ (Julia Fiałka)

Na przedstawionej liście zostali wymienieni studenci biorący udział w projekcie – w planowaniu i realizacji badań oraz analizie materiału (jedna ze studentek, prowadząca wywiad pilotażowy, zrezygnowała ze studiów wcześniej i dlatego nie została tu wymieniona). Natomiast wśród autorów raportu wymienieni są ci studenci, którzy rzeczywiście napisali jego fragment, tzn. dotrwali do końca całego procesu i swoje analizy opracowali w formie pisemnej zgodnie z zasadami pisania raportu z badań jakościowych.

Być osobą LGBT+. Analiza zebranego materiału

Opracowany materiał przedstawimy w następującej kolejności. Rozpocznemy od omówienia narracji rozmówców na temat odkrycia własnej orientacji/tożsamości seksualnej oraz wyjawienia własnej orientacji/tożsamości otoczeniu. Następnie przedstawimy, jak nasi rozmówcy są traktowani przez otoczenie społeczne bliskie i dalsze, począwszy od rodziny, poprzez przyjaciół, znajomych, szkołę, pracę, miejsca publiczne, media i polityków. Wreszcie, jakich emocji doświadczają w związku z reakcjami otoczenia oraz jak postrzegają Polskę, czy jest krajem, w którym osoby LGBT chcą żyć.

Narracja o odkryciu własnej orientacji/tożsamości seksualnej

Rozmówcy jako dzieci i nastolatki nie były pewne swojej orientacji seksualnej, często miały wątpliwości i czuły się dezorientowane. Czuli podświadomie swoją orientację, ale nie potrafili w niektórych przypadkach zrozumieć tego.

Ale wydaje mi się, że takie jakby zainteresowanie budowaniem kontaktów z kobietami miałam już wcześniej. Kiedyś sobie przypomniałam sytuację, że nawet w podstawówce miałam taką bliską koleżankę, z którą kiedyś pocałowaliśmy się w usta, tak po prostu i było to dla mnie bardzo ciekawe przeżycie. Wtedy jeszcze jakoś nie łączyłam tego z seksualnością jako taką, ale no było to dla mnie na pewno coś szczególnego. (W14)

Dopiero wraz z okresem dojrzewania zaczęli wyraźniej dostrzegać własną orientację seksualną. Większość odkryła swoją orientację w nastoletnim wieku, pomiędzy 13. a 19. rokiem życia.

Yym... Generalnie to wydaje mi się, że tak ostatecznie to było tak między 1 a 2 klasą gimnazjum, nie powiem, że jakby od zawsze wiedziałam, ale tak teraz z perspektywy czasu, osoby, które już tak

5–6 lat ogarnia swoją orientację, to widzę zależności już od dzieciństwa i jak oglądałam bajki zastanawiałam się, widząc np. ee... postaci kobiece czy chcę nimi być, czy mi się, no nie wiem, podobają [lekki uśmiech]. No ale tak jak mówiłam, między 1 a 2 gimnazjum. (W12)

Część osób badanych przy odkrywaniu własnej orientacji bała się reakcji swoich bliskich.

Przed wszystkim na początku zaczęłam strasznie obawiać się o to, co powiedzą i pomyślą moi rodzice, moi przyjaciele i ogólnie moje otoczenie i strasznie bałam się z kimkolwiek o tym porozmawiać, bo po prostu bałam się takiego negatywnego odbioru. (W8)

Część osób odkrywała swoją orientację podczas oglądania filmów/czytania książek – te zewnętrzne bodźce pomogły zrozumieć im swoją orientację.

Zawsze w jakichś gazetkach czy czymś takim bardziej zwracałem uwagę na mężczyzn, na męskie ciało. Podobało mi się bardziej, początkowo jedynie wizualnie, a dopiero później dodatkowo seksualnie. (W2)

Ymm... [dłuższe zastanowienie] W tamtym czasie dużo czytałam książek z serii o nocnych łowcach i tam jest właśnie postać biseksualnego czarownika i było w paru książkach wspomniane o jego relacjach i damsko-męskich i męsko-damskich [chwila zastanowienia] i to chyba dało mi jedne z takich pierwszych myśli, że no mogę być taka, jak ten bohater, no i wtedy też zaczęłam trochę szukać takich emm... mediów związanych z tym tematem, no i tak. (W12)

Bodźcem, który wyzwał świadomość nieheteroseksualnej orientacji, często było to, że podobały im się osoby tej samej płci lub zauważyły brak pociągu do płci przeciwnej.

Wydaje mi się, że z tego, co pamiętam, to było jakoś na przełomie gimnazjum, chyba w wieku 15 lat to jakoś 2 klasa gimnazjum.

Zdałem sobie z tego sprawę, gdy zauważyłem, że podoba mi się kolega z klasy. (W6)

Generalnie ja od zawsze miałam więcej kolegów niż koleżanek, ale nigdy z żadnym nie łączyło mnie nic silniejszego i generalnie kiedy moje koleżanki opowiadały o chłopakach, jak chodziły na randki i tego typu rzeczy, ja nigdy nic nie opowiadałam, bo po prostu nie miałam co opowiadać. Nigdy nie miałam tak, że podobał mi się jakiś chłopak, że coś poczułam do jakiegoś chłopaka. Po prostu zdałam sobie sprawę, że mam inne preferencje. (W8)

Choć rozmówcy czuli, że są inni już od wczesnych lat i przeczuli swoją orientację, to jednak często, gdy to odkrycie zaczynało kiełkować w ich świadomości, próbowali to ukryć i testowali, czy aby na pewno mają rację. Własną orientację seksualną niektórzy odkrywali powoli poprzez eksperymentowanie. Czasami niektórzy z badanych wypierali swoją orientację i próbowali być heteroseksualni.

Jak zaczęło do mnie dochodzić, to w zasadzie na początku nie do końca wydawało mi się, że jestem osobą biseksualną, ponieważ jak odkryłam, że bardzo pociąga mnie moja koleżanka z licealnej ławki, to byłam przekonana, że jestem lesbijką, a nie osobą biseksualną. To dlatego, że miałam wtedy chłopaka, z którym też rozpoczęłam współżycie seksualne i nie dawało mi ono satysfakcji. Z perspektywy czasu wiem, że złożyło się na to bardzo wiele czynników, m. in. też to, że bardzo wiele na temat swojej seksualności musiałam nauczyć się przez lata, przez różne eksperymenty. (W14)

Kiedy zaczęli pogłębiać swoją wiedzę na temat osób nieheteroseksualnych, to jasno zdawali sobie sprawę ze swojej orientacji. Rozmówcy w większości nie mieli problemów z samoakceptacją swojej orientacji.

Nie, zawsze byłem szczęśliwy z tego, że jestem, jaki jestem, nigdy nie miałem problemów z samoakceptacją. (W4)

Natomiast niektórzy badani nie rozumiejąc swojej orientacji, próbowali być heteroseksualni.

Wiedziałem, że coś jest nie tak, ale i tak miałem dziewczynę, ale w ogóle mnie to jakby nie kręciło. (W1)

Podsumowując, u większości rozmówców odkrycie własnej orientacji/ tożsamości nastąpiło w okresie nastoletnim. Wcześniej osoby badane nie potrafiły zrozumieć swojej orientacji, jednakże podświadomie ją czuły. Respondenci nie mieli problemów z akceptacją własnej orientacji, natomiast obawiali się braku akceptacji u bliskich, czuli związaną z tym dezorientację i brak pewności. Duży wpływ na odkrycie orientacji miały „eksperymenty” respondentów i wpływ bodźców zewnętrznych, takich jak książki czy filmy. Rozmówcy bardzo często zaczęli uświadamiać sobie swoją odmienną orientację, kiedy zaczynały im się podobać osoby będące tej samej płci. Część badanych próbowała wchodzić w heteroseksualne relacje, gdyż nie byli pewni co do swojej orientacji lub jeszcze jej nie odkryli. Nasuwa się wniosek, że badani przy odkrywaniu własnej tożsamości/ orientacji seksualnej na początku często mieli problem z jej identyfikacją, natomiast większość badanych zaakceptowała swoją orientację, przychodziło im to naturalnie.

Coming out jako proces

Powiedzenie osobom ze swojego otoczenia o własnej orientacji lub tożsamości seksualnej nazywa się potocznie *coming out*. Jak przebiegał *coming out*? Najczęściej osoby badane mówiły wprost, że są nieheteronormatywne. Potrzebowały zrozumienia, czuły, że ta informacja ciąży na nich, chciały powiedzieć o tym bliskim. W kilku przypadkach dokonały *coming outu* przed znajomymi internetowymi. W niektórych przypadkach osoby badane powiedziały o swojej orientacji/tożsamości seksualnej w sposób nieplanowany podczas kłótni.

Nie planowałem tego, coming out wyszedł od kłótni z moim ojcem (...). (W2)

I pokłóciłam się z nią [siostrą] kiedyś i wykrzyczałam jej to, że Julka jest moją dziewczyną, i że nikt mnie nie rozumie itd. (W15)

Czasem *coming out* następował po wyznaniu kogoś innego, osoba badana była dzięki temu ośmielona. Najczęściej inni sami domyślali się nieheteronormatywności osób badanych.

Czy rozmówcy obawiali się *coming outu*? Większość badanych bardzo obawiała się swojego *coming outu*, jeszcze przed tym wydarzeniem, czasem nawet jeśli wiedziała, że spotka się z akceptacją. Również na samym początku podczas *coming outu* pojawiał się strach, który z czasem znikał. Niektórzy badani obawiali się „wyoutowania” tylko przed niektórymi, najczęściej przed rodziną.

No może przed niektórymi osobami no na przykład, jeżeli mówimy o mamie, no to tak, bałam się. (W5)

Respondenci, którzy kompletnie nie bali się swojego *coming outu* byli w mniejszości.

Czy osoby badane przygotowywały się do *coming outu*? Część osób myślała od jakiegoś czasu o „wyoutowaniu się”, było to dla nich bardzo ważne i emocjonalne wydarzenie.

Generalnie, podeszłam do niej i powiedziałam, że muszę z nią poważnie porozmawiać, że chcę jej o czymś powiedzieć. (W8)

Wiele osób robiło *coming out* bez przygotowania, spontanicznie, często wychodziło to po prostu podczas rozmowy. Były również sytuacje, gdzie osoba badana wyoutowała się przez przypadek.

[tata] znalazł mnie kiedyś jak spałem i włączone były u mnie na telefonie na Tumblr pary homoseksualne i również akty seksualne itd. I kiedy to znalazł, to przebudził mnie ymm... po czym zaczął mi zadawać takie krępujące pytania i na następny dzień pokłóciłem się z nim bardzo. (W2)

W jednej sytuacji osoba badana została spytana o orientację, więc nie miała jak się do tego przygotować:

(...) mama sama z siebie wyszła do mnie z takim tematem. (W9)

Podsumowując, *coming out* w wielu przypadkach był planowany i przemyślany, osoby badane potrzebowały wygadać się komuś, zawsze osobie, którą uważały za bliską. Niekiedy *coming out* następował naturalnie, w rozmowie. Większość badanych bała się tego wydarzenia, wielu z badanych nawet bardzo, mimo że często wiedziały, że raczej spotkają się z akceptacją. Po pierwszym *coming out* łatwiej było im dokonywać kolejnych.

Przemiany więzi rodzinnych po *coming out*

W przypadku relacji z matką mamy sytuacje zróżnicowane. Najczęściej jednak to matki szybciej akceptują swoje dziecko niż pozostali członkowie rodziny. Żaden z badanych nie stracił kontaktu ze swoją matką. W większości przypadków relacje stały się nawet silniejsze.

*Z mamą relacja mi się zacieśniła, ale to raczej po dłuższym czasie, bo po tym, jak się przed nią wyoutowałam, nie byłam od razu w stanie z nią o tym rozmawiać i do tematu wróciłam po kilku miesiącach i po tym raz na jakiś czas poruszyliśmy temat orientacji. Mama zadawała mi pytania, ale nie czułam się jeszcze wystarczająco swobodnie, żeby o tym mówić. Dopiero później zaczęłam więcej o tym rozmawiać, kiedy zaczęłam spotykać się z kolejną dziewczyną. Od tamtej pory mamy z mamą zupełnie otwartą relację i myślę, że ten *coming out* się do tego przyczynił, do zacieśnienia naszej więzi też na innych obszarach. (W11)*

W niektórych przypadkach ta relacja ulega zmianom w czasie po *coming out*. W pierwszym momencie jest trudno, matka wypiera słowa swojego dziecka o tym, że jest inne, jednak po pewnym czasie akceptuje to i toleruje:

Z rodzicami (hmm), z mamą faktycznie na początku była spina, mieliśmy taki stop, że ze sobą nie rozmawiamy, tylko się mijamy. Po czasie wszystko wróciło do normy. Jest dobrze, tak jak było dawniej. Traktuje to normalnie, zaakceptowała to. (W3)

Były również przypadki, że relacje nie uległy żadnej zmianie, było tak jak przed *coming out*.

Nie, nie nie. Na pewno nie. Jeśli chodzi o orientację, to nie miało to żadnego wpływu na relacje. Ani z rodzicami ani nic? Tak, totalna akceptacja. (W5)

O relacjach z ojcem było mniej informacji, część rozmówców jeszcze nie zrobiła *coming outu* przed swoim ojcem/ojczymem lub o tym nie wspominała. Osoby, które wyjawily prawdę, zostały zaakceptowane przez swoich ojców/ojczymów, a ich relacja stała się bardziej otwarta.

No jak wspomniałam, to z ojczymem, ale tylko w pozytywną stronę. Bardziej się otworzył, tak, poznał ten świat od bardziej, nie wiem środkowej strony, a nie tylko to, że widział tak zwanych „pedałów” na ulicy i go to bolało pewnie gdzieś tam głębiej, dalej tak jest, ale myślę, że w mniejszym stopniu, teraz wie i rozumie, że to jest normalny człowiek. (W9)

U niektórych relacja nie uległa żadnej zmianie, była taka, jak przed *coming outem*.

Potem powiedziała mojemu ojcu. Odebrała mi możliwość wybrania momentu. Powiedział, że zawsze będę dla niego córką, ale nie zmieniło to za bardzo nic w naszych relacjach, bo one i tak już były napięte. (W13, osoba niebinarna transmęska, która przeszła operację korekcji płci)

Tylko w jednym przypadku wspomniana była relacja z bratem. Relacja ta nie uległa żadnej zmianie, jednak badany nie był zadowolony z reakcji swojego brata na jego *coming out*:

Reakcja brata całkowicie mnie zawiodła, bo był obojętny i nie wykazał żadnego zrozumienia [lekkie podniesienie tonu] nawet nie zapytał, czy nie mam jakichś problemów w związku z tym i ogólnie o nic, a miałam z nim zawsze dobry kontakt, więc to tym bardziej bardzo przykre. (W12)

Przed siostrą nikt nie zrobił typowego *coming outu*. Był jeden badany, u którego siostra sama się domyśliła, że jej brat jest gejem, jednak ich relacja nie uległa zmianie.

Jeśli chodzi o relacje z dalszą rodziną, to były różne, zazwyczaj się nie zmieniały lub były neutralne. W jednym przypadku został zerwany kontakt z jedną osobą z rodziny, jednak z resztą był bez zmian.

(...) tak, z tamtą kuzynką i to tyle, bardzo się bałem, że utracę kontakt również z moimi kuzynami, nie znałem ich podejścia, stresowało mnie to. Nie wydawali mi się, że są tolerancyjni, ale ostatecznie traktują mnie jak swojego ziomka, wspierają mnie, no są po prostu świetni. (W2)

Podsumowując, w większości przypadków relacje z najbliższymi się nie zmieniły. Osoby, które zrobiły *coming out*, robiły to częściej najpierw wobec matki a dopiero później wobec ojca i dalszej rodziny. Większość osób opowiadała, że ich relacja z najbliższymi uległa poprawie, zaczęli oni interesować się bardziej środowiskiem LGBT+, aby jak najlepiej zrozumieć taką osobę. Większość badanych osób mogła liczyć na wsparcie oraz zrozumienie ze strony rodziny. Jednak nie wszyscy akceptowali odmienną orientację badanej osoby, były przypadki, gdzie na początku widać było niezrozumienie a nawet niedowierzanie, że taka sytuacja ma miejsce, dopiero po pewnym czasie lub w wyniku różnych wydarzeń reakcje ta ulegała zmianie na lepsze i relacja się poprawiała. Mało osób wspomina o relacji z rodzeństwem, głównie skupiają się na rodzicach. Nikt w wyniku swojego *coming outu* nie stracił kontaktu z rodzicami czy rodzeństwem.

Otwarta postawa wobec inności: przyjaciele wobec osób LBGT+

Większość badanych najczęściej spotykała się z tolerancją, akceptacją i pozytywnym nastawieniem przyjaciół czy bliskich znajomych, gdy badany informował ich o swojej orientacji. Większość relacji z przyjaciółmi została na tym samym poziomie albo się poprawiła. Zaczęli być bardziej otwarci i wspierali rozmówców.

Z rówieśnikami nie uległy zmianie, mogą nawet powiedzieć, że się jeszcze bardziej zbliżyliśmy do siebie. Jak ja zacząłem swój coming out, to zaczęła się taka lawina zwierzeń, nie mamy przed sobą żadnych sekretów, o wszystkim ze sobą rozmawiamy. Staliśmy się bardziej życzliwi. (W3)

Zdarzyło się, że na początku bliscy znajomi uważali wyznanie o innej orientacji za żart, jednak po chwili dawali do zrozumienia, że całkowicie to rozumieją, wspierają, nic się nie zmienia i nadal pozostają w stałym, dobrym kontakcie z badanym.

Pierwszy coming out to było jakoś, jak miałem chyba 15 lat przed moją najlepszą przyjaciółką, powiedziałem jej to wprost, że jestem gejem i wyznałem wtedy, że podoba mi się pewien chłopak. Wiadomo jak to w tym wieku, najpierw były śmiechy, a później ona zapytała „Aha, ty mówisz poważnie?”, „Rozumiem”. Zapewniła mnie, że nie mam się czym przejmować, a ona totalnie to akceptuje i będzie mnie wspierała. Do dziś się z nią przyjaźnię, wszystko wyszło super. (W3)

Zdarzał się też brak większej reakcji, ewentualnie nieznaczny uśmiech i powrót do codziennych spraw. Zazwyczaj nie były to negatywne reakcje, raczej pozbawione były większych emocji, były dość neutralne.

Na Comic Conie ze znajomymi. Wtedy jak ogólnie była rozmowa to przyznałam, że wolę dziewczyny. I tak jak mówiłam, nikt nic nie mówił po prostu się uśmiechnęli i tyle. (W10)

Zdarzyły się utraty kontaktu z przyjaciółmi. Osoby badane nie zostały zaakceptowane, przez co utraciły zawarte dawniej przyjaźnie. Utrata ta następowała po czasie, w którym bliska osoba została poinformowana przez badanego o innej orientacji seksualnej.

Potem była moja najlepsza przyjaciółka i bardzo bałam się jej reakcji, ale no bardzo zawiodłam się na jej reakcji, bo praktycznie jak jej powiedziałam, liczyłam na to, że albo da mi spokój i nie będzie kwestionować tego, co mówię, albo zapyta się po prostu o to, a ona jakby sama nastawiła się dosyć bojowo i zaczęła negować wszystko, bo nie byłam jej w stanie dać konkretnego przykładu na zasadzie, czy ktoś mi się podoba no i potem do końca gimnazjum jak znowu chciałam poruszyć ten temat, to udawała, że mnie nie słyszy i sama to wypierała i w 3 klasie praktycznie całkowicie się ode mnie odsunęła i ostatecznie straciłyśmy kontakt. (W12)

Na koniec omówimy przypadki nietolerancji i nieakceptacji ze strony przyjaciół lub znajomych. Najrzadziej występowało całkowite niezrozumienie ze strony bliskich znajomych czy przyjaciół. Osoby, które dowiadywały się o innej orientacji badanego, nie wykazywały żadnego wsparcia a wręcz chciały zmieniać go na siłę, przekonywały, że coś jest z nim nie tak.

Są też te sytuacje, gdzie to jest inaczej, czy jak, czy na pewno, a może ci się troszkę tam w głowie albo coś tego typu i na choma zmuszanie przy pierwszej lepszej rozmowie, a może byś zmieniła tę orientację, wydaje ci się czy coś takiego, no i to chyba na tyle. Miałam takiego znajomego, w porządku chłopak, tylko np. cały czas powtarzał i powtarzał, że może bym jednak zmieniła orientację, a może byśmy razem gdzieś coś tam do łóżka poszli, czy coś. No i to jest męcząca taka reakcja, jeśli rozmawia się z kimś w porządku, a zaraz już wciska te swoje słówka i tam dogryza na temat LGBTQ czy mojej orientacji. W taki sposób, że może nie boli, ale męczy, no to zerwałam tę znajomość. (W9)

Podsumowując, większość badanych spotykała się z pozytywną lub neutralną reakcją ze strony bliskich znajomych lub przyjaciół. Zdarzały się również przypadki nietolerancji, a co za tym idzie odwracania się od osób LGBT+. Taka postawa sprawiała przykrość naszym rozmówcom.

Od wrogości ku otwartości: stosunek wobec osób LGBT+ w szkole i w pracy zmieniał się wraz z wiekiem

W szkole nie dochodziło do przemocy fizycznej, częściej zdarzała się przemoc słowna, ale ona także nie występowała za często. Większość osób nie spotkała się z bezpośrednią przemocą, ani fizyczną, ani psychiczną, ale podejrzewają, że za plecami ludzie komentowali i wytykali je palcami – jednak bezpośrednio nikt się nie znęcał. Częściej zdarzały się sytuacje, że osoby w szkole, klasie zaczynały ignorować i urywały kontakt po poznaniu orientacji danej osoby.

Pamiętam jeszcze, taki jeden piłkarz z liceum, zawsze gadaliśmy na przerwach, śmialiśmy się, a jak się dowiedział, to przestał mi nagle podawać rękę na korytarzu i się na mnie nawet nie patrzył. (W3)

Tak, straciłem kontakt z takimi czterema dziewczynami z mojej klasy. Przyznam, że nigdy ich nie lubiłem. Jednak jak im powiedziałem, to zareagowały w stylu „okej”, ale później totalnie przestały się do mnie odzywać. Powiem ci, że umknęła mi ta sprawa wcześniej, zapomniałem o ich istnieniu, teraz dopiero mi się ta sytuacja przypomniała. (W3)

W niektórych przypadkach kontakt ten został zerwany na początku, jednak po pewnym czasie został odnowiony.

Był jeszcze jeden kolega, który możliwe, że się domyślił i zerwał ze mną kontakt, ale teraz wrócił i nigdy nie pytałem go o powód zerwania kontaktu, bo wszystko wróciło do normy. (W4)

Im starsze są osoby w danej instytucji, tym lepiej. Przemoc fizyczna i słowna częściej zdarzała się w szkołach podstawowych, gimnazjum. Rzadziej w liceum, a na studiach było już bardzo dobrze.

Na uczelni, nie oszukujmy się, to jest niebo a ziemia w porównaniu z liceum. Tutaj przychodzą już ludzie z większym bagażem doświadczeń, ludzie bardziej inteligentni, więc tutaj spodziewasz się większości osób tolerancyjnych. (W3)

W pracy koledzy/koleżanki/przełożeni itd. ignorują orientację danych osób, nie zauważają tego albo starają się nie zauważać. Raczej zachowują się, jakby to było coś normalnego. Nie ma zachowań agresywnych. Czasem osoby reagowały pozytywnie, zapewniały, że orientacja danej osoby to nie jest dla nich problem i okazywały wsparcie.

Jeżeli ktoś się dowiedział, np. z pracy szef, to zauważyłam taką potrzebę ze strony tych osób wyrażenia tego, że mnie akceptują, to nie jest dla nich żaden problem i głośniejsze zaznaczanie, że znają takie osoby i zawsze będą je szanować. (W7)

Podsumowując, w instytucjach, do których uczęszcza młodzież i dorośli, nie ma już takiego „dokuczania”, jakie występowało w szkołach podstawowych/gimnazjalnych. W pracy orientacja nie wpływa na wykonywaną pracę i pracownicy albo nie zwracają na to uwagi, albo starają się nie zwracać uwagi. Jest także sporo pozytywnych reakcji i wsparcia.

Poczucie zagrożenia osób LGBT+ w miejscach publicznych

Na początku trzeba wspomnieć, że nie wszyscy rozmówcy odważali się zachowywać naturalnie w miejscach publicznych, część decydowała się ukrywać swoją orientację lub tożsamość seksualną, już samo to wskazuje na istniejące poczucie zagrożenia wśród rozmówców. Niektórzy chętnie pokazują otwarcie, że są osobami LGBT+, ażeby zmanifestować swoją przynależność czy wsparcie dla społeczności LGBT+, poprzez elementy

takie jak czapki, przypinki, koszulki lub inne dodatki z symbolami lub kolorystyką kojarzącą się ze środowiskiem LGBT+.

Nie wiem, czy manifestacją jest flaga tęczowa, która wisi w moim oknie (śmiech). To jest jeden ze sposobów, tęczowe skarpetki czy jakieś T-shirty, które deklarują przynależność albo wspieranie. Właśnie w taki sposób ciuchy, przypinki czy np. ta flaga. (W7)

W przypadku, kiedy rozmówcy odpowiadali, że nie chcą ujawniać swojej orientacji czy tożsamości w miejscach publicznych, można zauważyć dwie dominujące postawy. Pierwsza wynika z tego, że uważają, że przesadne okazywanie uczuć w przestrzeni publicznej jest nie na miejscu i nie robiliby tego niezależnie od ich orientacji.

Nie, ja nie jestem osobą, która pokazuje swoją orientację, szczególnie w miejscach publicznych, nie lubię tego robić i nie lubię też, jak osoby heteroseksualne aż tak nadmiernie, przesadnie pokazują swoją orientację i chodzi mi tutaj o nadmierne ukazywanie uczuć. Wydaje mi się, że jakby no niektóre rzeczy powinniśmy zachować dla siebie. (W8)

Drugim wskazywanym powodem zachowań nakierowanych na ukrywanie swojej orientacji jest strach przed reakcją otoczenia oraz o własne zdrowie, lub po prostu wynika z chęci uniknięcia nieprzyjemnych sytuacji z tym związanych.

Kiedyś tak, od mniej więcej dwóch lat nie, od momentu kiedy po prostu zaczęliśmy się bać, ja i moi znajomi o siebie i zaczęliśmy się bać ataków, które się zdarzały czy w komunikacji, czy na przystanku, czy na ulicy, czy obrażania [...] zdarzały się takie sytuacje takich otwartych ataków na mnie i na moich bliskich i po prostu boimy się i ja się boję i ludzie z mojego otoczenia do tego stopnia, że, jak facet zaatakował mnie i koleżankę w tramwaju pijany i zaczął nam machać odpaloną zapalniczką przed twarzami i grozić, że nas podpali po prostu przez, to było w wakacje, przez bardzo długi czas jeździliśmy

tylko taksówkami, żeby jakby unikać komunikacji miejskiej i możliwości takich ataków. (W16)

Reakcje otoczenia są bardzo różne, choć w wywiadach zostało wspomniane tylko kilka takich sytuacji. Zdarzają się postawy tolerancyjne i wspierające, poniżej cytujemy wspomnienie o imprezie rave'owej:

Siedziałem z moim byłym i przyszli do nas kibole. Chcieli papierosa i zaczęli z nami gadać i okazali się tolerancyjni i powiedzieli, że super razem wyglądamy i że też nie jesteśmy takimi gejami... takimi, którzy się obnoszą, tylko takimi normalnymi. Odnosili się do nas bardzo w porządku. (W2)

Oraz z wizyty u dentysty:

Bardzo szybko obie panie, które ze mną rozmawiały, poczuły się w obowiązku nadrobić całą krzywdę, które wyrządza całe społeczeństwo, czuje się, że ta osoba chce ci nadpłacić te wszystkie krzywdy, które ci wyrządza rząd. (W7)

Jednakże niestety zdarzają się też sytuacje negatywne, takie jak przypadek wspomniany powyżej z wywiadu numer 16, natomiast poza tą sytuacją badani częściej wspominają, że częściej słyszeli o aktach przemocy, niż jej doświadczali, co na pewno wpływa na to, że duża część postanawia nie manifestować swojej tożsamości, aby właśnie uniknąć takich sytuacji.

Może nie mnie osobiście, ale ogólnie zaczęła się na nas taka nagonka, jak np. idę gdzieś na uczelnię i widzę ciągle jakieś osoby zbierające podpisy przeciwko osobom LGBT albo stoją z jakimiś transparentami i to po prostu no jest takie przytłaczające. (W12)

Podsumowując, osoby ze środowiska LGBT+ bardzo często decydują się na ukrywanie swojej orientacji/tożsamości. W sytuacji, gdy reakcje napotkanych ludzi są tak różne, jak przytoczone w przeprowadzonych przez nas wywiadach, jest to decyzja całkowicie zrozumiała, ponieważ bardzo ciężko jest przewidzieć, jaka będzie reakcja otoczenia.

Stosunek otoczenia do związków osób LGBT+

Jedenaścioro z szesnaściorga badanych wypowiedziało się na temat związków. Jeśli chodzi o stosunek matki do związków osób LGBT, respondenci wskazywali w większości wywiadów na pozytywny odbiór matek w kwestii ich związku. Matki nie tylko akceptowały, lecz także lubiły partnerów respondentów.

(...) a moja mama lubi Dawida też, zawsze też chętnie się o niego pyta, co tam u niego itd. Jakies tam często teraz właśnie daje komentarze typu, opowiadałem, że byliśmy w Łodzi, a mama mówi, że, no, na randce, na randce pewnie w Łodzi, a ja mówię, że, no, na randce, a co. (W5)

W jednym przypadku informacja o związku córki nie wywołała reakcji w matce, była ona obojętna:

Mama była obojętna. (W14)

W innym przypadku niewiadomy był stosunek matki, ponieważ nie była ona poinformowana o związku.

Co do rodziny, to nie wiem, czy akceptują mój związek, bo po prostu o nim nie wiedzą, ale lubią go. Nie powiedziałem, że jestem w związku, ale nie ukrywam jego istnienia. (W4)

Badania ilościowe wskazują, że matki stosunkowo często akceptują związki osób LGBT (70%) oraz że matki częściej akceptują związki, jeśli ich dziecko jest płci męskiej (Mizieleńska, Abramowicz, Stasińska, 2014).

Stosunek ojców jest bardziej zróżnicowany. W jednym przypadku jest on obojętny, nie wykazuje reakcji ani pozytywnych, ani negatywnych, przypomina to bardziej zignorowanie tej wiadomości.

Ze strony ojca w ogóle nie usłyszałem niczego, ani pozytywnych słów, ani negatywnych, zupełnie jakby zignorował i nie wnikał. (W2)

Z kolei w innym przypadku reakcja ojca była bardziej negatywna, skłaniała się ku rozczarowaniu. Było to dla ojca trudniejsze do zaakceptowania.

(...) tata był trochę, powiedzmy, rozczarowany, pogubiony w tym.
(W14)

Najczęstszym stosunkiem ojców do partnerów jest akceptacja, która czasami przeradza się w stosunek pozytywny. Wynika to z tego, że ojcowie nie wiedzą o związkach. W tych sytuacjach badany zawsze był mężczyzną o orientacji homoseksualnej.

(...) mój tata lubi Dawida jako kolegę/współlokatora, zawsze o niego pyta itd. No bo wiadomo dlaczego, bo nie wie, że to jest mój chłopak.
(W5)

Zgodnie z poprzednimi badaniami nadal respondenci najrzadziej mówią o związku ojcu (55%), pewnie wynika to z tego, że ojcowie najrzadziej akceptują związki badanych (61%) (Mizieleńska, Abramowicz, Stasińska, 2014).

W jednym tylko wywiadzie pojawia się stosunek rodzeństwa do związku osoby badanej, jest pozytywny, siostra lubi chłopaka respondenta.

No to tak, moja siostra Julita tak bardzo lubi Dawida. (W5)

Odpowiedź ta zgadza się z poprzednimi badaniami (Mizieleńska, Abramowicz, Stasińska, 2014), które mówią, że siostry najczęściej, bo w 85%, akceptują związki badanych.

W stosunku dalszej rodziny nie ma postaw negatywnych. Przeważają te, które ograniczają się do akceptacji związku. W jednej sytuacji dalsza rodzina wie o homoseksualnym związku i go akceptuje, jednak by nie dochodziło do niezręcznych sytuacji, badana nie chodzi na imprezy rodzinne ze swoją dziewczyną.

(...) Moja rodzina bliższa czy dalsza wie i zaakceptowali to. Z niektórymi osobami z mojej rodziny się po prostu nie widzujemy, bo nie chce tego moja mama, bo nie chce tego moja babcia, ludzie wiedzą w rodzinie, ale nie chcą narażać nas na niezręczne sytuacje. (W7)

W tym samym przypadku badana jest bardziej zaakceptowana w rodzinie swojej dziewczyny niż jej dziewczyna w jej rodzinie.

Ja z moją teściową i teściem mamy bardzo dobre relacje, widzujemy się bardzo często i jestem w pełni zaakceptowana, jako członek rodziny. Przez te trzy lata i kilka miesięcy poznaliśmy się bardzo dobrze, czuję się częścią tamtej rodziny. A jeżeli chodzi o moją rodzinę, to tutaj jest trochę gorzej, ale to już na początku mówiłam, że u mnie to wszystko idzie w wolniejszym tempie. (W7)

W badaniach ilościowych 56% dalszej rodziny wiedziało o związku (Mizieleńska, Abramowicz, Stasińska, 2014), tutaj respondenci, którzy wypowiadali się o dalszej rodzinie (3 osoby na 11, które wypowiadały się o związkach), mówili, że jest ona poinformowana o związku i go akceptuje.

W sytuacjach, w których był poruszany stosunek przyjaciół do związków, zawsze był on pozytywny. Przyjaciele czy znajomi lubią partnerów osób badanych.

(...) Moi znajomi akceptują nasz związek i lubią mojego partnera. (W4)

W jednej sytuacji jest powiedziane, że przyjaciele uwielbiają partnera.

Przyjaciele tak? No to uwielbiają, no wiadomo, Dawid to jest po prostu moja najbliższa przyjaciółka w sumie, Kasia to przecież w Dawidzie wielce zakochana. (W5)

Z literatury przedmiotu wynika, że 98,5% osób badanych mówi o tym, że ich przyjaciele wiedzą o związku (Mizieleńska, Abramowicz, Stasińska,

2014), może to być spowodowane tym, że przyjaciele mają pozytywny stosunek do tych związków, co pokazują te badania.

Jeśli chodzi o stosunek dalszego otoczenia, większość badanych przyznała, że starają się być bardzo powściągliwi w kwestii okazywania uczuć w miejscach publicznych, a najczęściej okazywanie ich ogranicza się do trzymania się za rękę. W jednym przypadku partnerzy czują się bardziej swobodnie za granicą niż w Polsce.

Nie, to w Polsce nie, w ogóle totalnie nie, w Polsce to wyglądamy na zewnątrz zupełnie jak kumple mam wrażenie albo kumpel hetero z kumplem homo. No bo wiadomo, że Dawid wygląda tak w sumie normalnie. Także w Polsce nie, natomiast za granicą tak, za granicą to gdzieś w Berlinie, w Kopenhadze czy w innej Grecji to chętnie jakby mogą mu dać buziaka czy coś, no bo czuję po prostu się zupełnie inaczej, nie. (W5)

W większości przypadków jednak nie można zauważyć żadnych reakcji otoczenia.

Wydaje mi się, że nie. Nie przypominam sobie, żeby ktoś się na nas dziwnie patrzył. Raczej nic nie zauważyłem. (W3)

Partnerzy wolą nie okazywać uczuć publicznie, obawiają się sytuacji konfliktowych.

Nie, on w ogóle naciskał, żeby nawet nie trzymać się za rękę, ale to wiadomo, że chodziliśmy po wsi, a nie po mieście typu Warszawa. Z tego, co widzę, obecny mój partner ma odwrotnie, to znaczy ja go stopuję. Jak kiedyś chciał mnie pocałować w pociągu WKD, to mówiłem że lepiej nie. – Czyli nie było takiej sytuacji okazania miłości publicznie? – Dokładnie, specjalnie unikałem, bo nie lubię wchodzić w niepotrzebne spory. (W2)

W jednym przypadku występuje ukrywanie związku przed sąsiadami, żeby uniknąć plotkowania.

To zależy tak, bo dla mnie to nie jest problem, dla niej jest gdzieś blisko domu, czy coś, bo sąsiedzi stare, czy jak to mówi „stają i będą gadać” i coś tam będą plotki chodzić, a tam dalej od domu nie mamy większego problemu. (W9)

Mało osób informuje sąsiadów o swoich związkach, tylko 51% respondentów w badaniach ilościowych opowiedziało się za tym (Mizieleńska, Abramowicz, Stasińska, 2014).

Podsumowując, nasze badania potwierdzają wnioski z badań ilościowych, że ojcowie nie są informowani przez respondentów o swoich związkach (Mizieleńska, Abramowicz, Stasińska, 2014). W odwrotnej sytuacji są matki, większość z nich wie o związkach ich dzieci. Nie tylko akceptują partnerów, lecz także ich lubią. Stosunki matek do związków prawie się nie różnią i są pozytywne. Miejsce pochodzenia respondentów nie ma wpływu na to, czy ich rodzice zareagują bardziej pozytywnie na wiadomość o związku. Natomiast problem z akceptacją występuje u dalszej rodziny – im dalsza rodzina, tym trudniej przychodzi akceptacja związków osób LGBT+. Respondenci ograniczają się do informowania dalszej rodziny o związku, nie ma głosów, że rodzina ta lubi partnerów czy chętnie ich zaprasza na uroczystości rodzinne. Odwrotna sytuacja jest z przyjaciółmi, którzy w pełni akceptują związki swoich znajomych. Większość osób woli nie okazywać uczuć publicznie, by nie narazić się na nieprzyjemne sytuacje, wolą zapobiegać takiej sytuacji, niż ją później przeżywać. Odnosząc się do kategorii niecodzienności, można powiedzieć, że rozmówcy unikają doświadczenia niecodzienności w swoich interakcjach społecznych, nawet za cenę rezygnacji z wyrażania swoich uczuć w sposób, w jaki mogą to robić osoby heteronormatywne oraz rezygnacji ze spędzania z partnerem/partnerką okazji społecznych, które zgodnie z obyczajowością partnerzy heteronormatywni spędzają wspólnie.

„Czułam, jak to człowieczeństwo jest mi zabierane”. Stosunek do osób LGBT+ w dyskursie medialnym

Jak mówią media? Zdecydowana większość odebrała pojęcie „media” w kontekście serwisów informacyjnych. Wszyscy respondenci od razu jasno określili, że negatywnie oceniają stosunek tych mediów do społeczności LGBT+. Niektórzy podkreślili, że chodzi im dokładnie o pewną konkretną stację, bez podawania wprost jej nazwy, co było jasnym sygnałem, że zakładają, że jest to oczywiste. Reszta respondentów wprost mówiła o stacji TVP.

Wiadomo, ze strony prawicowej ta sama gadka, co była w wakacje, czyli, że jesteśmy prowokatorami, jesteśmy źli, chcemy zniszczyć polską rodzinę i polską kulturę. No proszę, bez przesady. (W1)

Tak zdecydowanie, zdecydowanie zwłaszcza w telewizji państwowej i jakby widzę to tylko i wyłącznie w Internecie, bo nie oglądam telewizji na co dzień, to jest nie na moje nerwy, ale jak czasami czytam to, co się dzieje i jak widzę te paski z TVP i te newsy, sekcje komentarzy to też bardzo często, to, to po prostu jest jakiś dramat, to, co się dzieje i to jak ludzie otwarcie obrażają innych. (W16)

Zdarzały się jednak osoby, które zauważały, że w mniej konserwatywnych mediach wizerunek środowiska jest przedstawiany bardziej pozytywnie.

A jeśli chodzi o wypowiedzi mediów takich bardziej centrowych, mam wrażenie, że wypowiadają się o osobach LGBT bardziej pozytywnie, środowiska liberalne biorą stronę tej bardziej lewicowej strony, z którą osoby LGBT identyfikują się na pewno bardziej niż z prawicową. (W1)

Jedna osoba wyraziła zadowolenie z samego faktu, że o samej tematyce LGBT+ mówi się więcej (w kontekście różnych mediów).

Myszę, że coraz więcej się pojawia treści, które pokazują pary nieheteronormatywne. No cieszy mnie to. Pokazuje to, że społeczeństwo nabiera wiedzy na ten temat. (W2)

Spora część odpowiadających zauważa związek między sposobem wypowiedzenia się mediów a silnie działającą aktualnie partią polityczną. Kilukrotnie padał przykład kampanii prezydenckiej Andrzeja Dudy, jako takiej, która przyczyniła się negatywnie do sposobu wypowiadania się w mediach o środowisku LGBT+.

– Czy zauważyłeś jakieś zmiany w sposobie mówienia o mniejszościach seksualnych w mediach? – Tak, zdecydowanie. Przez kampanię prezydencką i potem...tak. (W13)

Jaki wpływ ma przekaz medialny na jednostkę? W kontekście postrzegania samego siebie większość respondentów dosyć zdecydowanie odpowiadało, że nie miało to na nich żadnego wpływu (z pojedynczymi wyjątkami).

– Czy przekaz mediów i władz wpływa na twoje postrzeganie siebie, poczucie bezpieczeństwa w społeczeństwie? – Postrzeganie siebie przez przekaz mediów lub władzy nie zmieniło się, jakby cały czas myślę tak, jak myślałem wcześniej (...). (W4)

Na samym początku czułam, jak to człowieczeństwo jest mi zabierane, ale w pewnym momencie coś we mnie po prostu pękło i od tamtego momentu miałam takie „nie, mam to w dupie, mam to po prostu w dupie, to nie jest na moją głowę”. (W10)

W kontekście wpływu na poczucie bezpieczeństwa, zdecydowana większość powiedziała, że wpływa na nią negatywnie.

– Czy przekaz mediów i władz wpływa na twoje postrzeganie siebie, poczucie bezpieczeństwa w społeczeństwie? – Na poczucie bezpieczeństwa tak, bo, bo jednak każde kolejne wybory pokazują, że ta partia ma duży elektorat i to wśród, jednak no sondaże są nieubłagane wśród gorzej wyedukowanych łatwiej, łatwiejszych do ogłupienia ludzi i też czyta się o atakach na ludzi ze społeczności LGBT, czyta się o przemocach fizycznej, psychicznej i ja się tego obawiam, zwłaszcza, że w jakimś stopniu mnie to wcześniej spotkało, więc tak widzę wpływ tego... (W16)

Podsumowując, respondenci bardzo źle wypowiadają się o stosunku mediów do środowiska LGBT, często padały konkretnie komentarze odnośnie stacji TVP. Jasne jest, że przekazy medialne wpływają niekorzystnie na poczucie bezpieczeństwa respondentów, ale też, jak twierdzą oni, nie wpływają na postrzeżenie siebie.

„Traktują osoby LGBT jako straszak na obywateli”. Władza państwowa i politycy wobec osób LGBT+

Wszyscy respondenci wykazują negatywny stosunek do władzy. Oceniają rządy władzy jako odzierające z godności osoby LGBT+, padają stwierdzenia, że władza manipuluje społeczeństwem. Również bardzo negatywnie oceniają minioną kampanię prezydencką, padają stwierdzenia, że była to kampania nienawiści, bardzo przykra i bolesna. Jeden z respondentów wyraża nadzieję na to, że część społeczeństwa dostrzegła manipulację rządu podczas kampanii i zmieni swoje nastawienie do osób LGBT+.

W ostatnim czasie miała miejsce kampania wyborcza na prezydenta, gdzie było powielane określenie osób LGBT+ jako ideologia. Jak oceniasz tę kampanię? – Oczywiście uwłaczająco i dla samych jej twórców, jak i do osób, do których celuje. Ale niestety rząd Prawa i Sprawiedliwości jest bardzo dobry, jeśli chodzi o manipulacje na każdym polu i zrobili to w taki sposób, gdzie część ludzi zaczęła nas mieć faktycznie za tego wymaginowanego wroga, za którego, myślę, mogli nas wcześniej nie mieć. A część ludzi poszła w zupełnie drugą stronę i zobaczyli, że to już jest przesada, że oni przesadzają. Po prostu kampania bardzo nieczysta, bardzo oparta na kłamstwie i przekupstwie ludzi. (W1)

Rozmówca zauważa podział respondentów na dwie grupy o sprzecznym stosunku wobec kategorii społecznej LGBT+, co jest cechą charakterystyczną transformacyjnej paniki moralnej. Jako źródło paniki moralnej postrzega partię rządzącą Prawo i Sprawiedliwość.

Dwoje z respondentów wyraziło opinię, że rząd powinien być dla wszystkich i wspierać tych najbardziej wykluczonych, a działa wręcz przeciwnie, szerząc wrogość do osób z mniejszości seksualnych, co jest zgodne z opinią poprzedniego rozmówcy:

Nie podobało mi się to, co było mówione na tej kampanii i uważam, że hasła, które tam padały, jakby budziły jeszcze większą nienawiść do osób z mniejszości seksualnych i uważam, że takie słowa, które padły, paść nie powinny i że osoby rządzące Polską powinny wspierać wszystkie mniejszości, a nie szerzyć wrogość. (W8)

No, kampania słaba, do dupy, ciężko nazwać człowieka ideologią, ale jakoś bardzo na mnie to nie wpłynęło. Troszkę rozśmieszyło tak, ten sposób poglądów, kogoś, kto ma rządzić tym państwem, na to. Myślę, że prezydent powinien być przede wszystkim dla wszystkich, a nie umniejszać komuś, a komuś dawać więcej tak i celować tylko w część odbiorców jak starsze osoby, które nie rozumieją tak na prawdę i nie powinien nazywać człowieka ideologią, bo ideologie mogą być różne, ale człowiek jest człowiekiem i może mieć swoją jakąś ideologię, ale sam nią nie jest tak. (W9)

Respondenci oceniają nastawienie partii rządzącej do osób LGBT+ jako bardzo wrogie. Podejście władzy oceniane jest jako szerzące nienawiść oraz zagrażające zdrowiu psychicznemu. Respondenci uważają, że rząd traktuje ich jako podludzi, poniża ich, zabiera im prawa i wykazuje wobec nich pogardę:

– Czy zauważyłeś jakąś reakcję władz i mediów? Jeśli tak, to jaką? – Reakcja polskich władz no... co tu wiele mówić, jakby wszyscy wiemy, jak to wygląda, najlepiej to nie powinniśmy mieć żadnych praw i siedzieć w domu, obecna władza pogarsza tylko sytuację. (W6)

Wśród respondentów panuje przekonanie, że władza traktuje społeczność LGBT+ jako „straszaka” na resztę społeczeństwa, chcąc w ten sposób negatywnie nastawić ludzi do osób z mniejszości seksualnych:

– Czy zauważyłeś jakieś zmiany w sposobie mówienia o mniejszościach seksualnych w mediach? – Trochę odczułem, na przykład podczas wyborów prezydenckich, że jesteśmy taką kartą przetargową. Nigdy nie byłem osobą pravicową, ale kiedyś myślałem, że może oni nie są wcale tacy źli, że każdy zasługuje na szacunek. Ale w momencie, kiedy zauważyłem, jak to wszystko zaczęło wyglądać, że traktują osoby LGBT jako straszak na obywateli i innych ludzi, to totalnie zmieniłem do tego stosunek i szacunek zniknął, jakikolwiek. (W1)

– Jak oceniasz podejście partii rządzącej do osób z mniejszości seksualnej? – No, myślę, że nie ma podejścia, jest tylko złe nastawienie, pogarda. Używają nas jako straszenie innych, niszczenie polskich rodzin, jest to okropne, cały czas tylko dzielą tym społeczeństwo. (W8)

Tylko jedna osoba odbiega swoimi poglądami na temat partii rządzącej od reszty respondentów. Kobieta, lat 30 uważa, że, mimo iż nastawienie władzy do osób LGBT+ jest negatywne i przedstawia się te osoby w bardzo negatywnym świetle, to ma to plusy dla osób z mniejszości seksualnych. Twierdzi, że obecny rząd ma nienaukowe, oparte na stereotypach podejście, jednak ważne jest, aby mówić o środowiskach LGBT+, by reszta społeczeństwa zdawała sobie sprawę, że tacy ludzie istnieją:

– Czy zauważyłaś jakieś zmiany w sposobie mówienia o mniejszościach seksualnych w mediach? – W ostatnim czasie... No tak, ja zauważyłam, wydaje mi się, że ogólnie więcej mówi się teraz o osobach LGBTQ+. Też jest to w negatywnym świetle przedstawione, ale wydaje mi się, że jest w tym jakiś plus, że w ogóle się o tym mówi. Pamiętam, że za „wcześniejszych” czasów, jakieś 10 lat temu, to była inna partia rządząca. Teraz się mówi, że obecna partia rządząca jest bardzo agresywna wobec tej społeczności, podobno wcześniejsza była mniej agresywna, ale tak naprawdę wcześniej ta społeczność była przezroczysta, niewidzialna, było bardzo trudno dotrzeć do tych informacji. A teraz, ponieważ mówi się o tym bardzo dużo, chociaż mówi się o tym w złym świetle, to wydaje mi się, że plus tego jest taki, że tych informacji jest więcej. I być może osoby, które nie

są świadome jeszcze swojej seksualności, będą miały bodziec, żeby pogłębić poszukiwania. Ja widzę coś pozytywnego w tym, że bardzo dużo się teraz mówi o osobach nieheteronormatywnych. Więc tak, widzę to zmianę. (W14)

– Jak oceniasz podejście partii rządzącej do osób z mniejszości seksualnej? – Myślę, że jest nienaukowe i oparte na stereotypach. Uważam, że nie ma świadomości tego, czym jest orientacja seksualna, czym jest płeć, choćby kulturowa [gender]. Myślę, że tutaj po prostu nie ma wiedzy wśród osób, które się wypowiadają. Nie wiem czy wśród całej partii, bo nie znam też tych osób. Wiem, że komunikaty, które wysyłają do mediów, świadczą o tym, że mają braki w edukacji na ten temat. (W14)

Ostatnie wydarzenia wpłynęły w sposób negatywny na poczucie bezpieczeństwa naszych rozmówców. Badani wypowiadają się, że przed ostatnią kampanią prezydencką, która miała miejsce na przełomie czerwca i lipca tego roku, mniej się bali:

– Czy przekaz mediów i władz wpływa na Twoje postrzeganie siebie, poczucie bezpieczeństwa w społeczeństwie? – Oczywiście prawicowi politycy sprawiają, że nie czuję się tutaj absolutnie bezpiecznie i mimo wszystko jeszcze dwa lata temu niecałe trochę mniej bałem się wyjść na ulicę, załóżmy w nocy. Moje bezpieczeństwo zostało naruszone, bo teraz zdarzyło mi się parę razy, wiedząc, że będę wracał później, ubrać się jakoś mniej oczywiście, żeby nie dostać po mordzie w nocy, idąc ulicą. (W1)

– Czy przekaz mediów i władz wpływa na Twoje postrzeganie siebie, poczucie bezpieczeństwa w społeczeństwie? – No na pewno wpływa na poczucie bezpieczeństwa, jak były te wybory które się teraz odbywały prezydenckie, no to przecież, mimo że się odbywało w pandemii, to i tak główny temat to była ideologia LGBT, czy zalegalizować czy nie, no i to wszystko podburza ludzi i ja to widzę, bo ja będąc w Warszawie od 4 lat zawsze, zachowując się i ubierając tak samo itd. Czyli no nie

tak za bardzo, jak wiesz, większość, zawsze troszkę się wyróżniałem, przez trzy lata do tej kampanii prezydenckiej no to nie miałem żadnego, nawet psychicznego, wiesz, w moją stronę komentarza, a w ciągu ostatniego roku zdarzyło się trzy sytuacje plus jedna, gdzie mnie facet kopnął, no to po prostu widać, co się dzieje. (W5)

Wzrost poczucia zagrożenia i lęku bezpośrednio po kampanii prezydenckiej wskazuje na genezę paniki moralnej zgodną z modelem inżynierii elit.

Jeden z badanych – mężczyzna, lat 23, uważa, że niektóre sytuacje wpływają negatywnie na jego bezpieczeństwo, twierdzi, że zwiększyło się wsparcie od znajomych oraz społeczeństwa dla osób z mniejszości:

– Czy przekaz mediów i władz wpływa na Twoje postrzeganie siebie, poczucie bezpieczeństwa w społeczeństwie? – Postrzeganie siebie przez przekaz mediów lub władzy nie zmieniło się, jakby cały czas myślałem tak, jak myślałem wcześniej, a poczucie bezpieczeństwa, hmm, nie powiedziałbym, że się zwiększyło, ale dochodzą do mnie informacje o wspieraniu takich osób. Ale też niektóre przykłady wpływają negatywnie na moje poczucie bezpieczeństwa. (W4)

Dwie osoby badane, mężczyzna lat 21 (W6) i kobieta lat 30 (W14) – wyповідаją się, że ostatnie wydarzenia nie miały wpływu na poczucie własnego bezpieczeństwa.

Podsumowując, respondenci bardzo negatywnie oceniają zarówno partię rządzącą, jak i ich stosunek do środowiska LGBT+. Bardzo emocjonalnie odpowiadają na pytania odnośnie do władzy, nie widzą szans na polepszenie swojej sytuacji, dopóki u władzy będzie obecna partia. Respondenci wykazują zachwiane poczucie bezpieczeństwa. Twierdzą, że na przestrzeni kilku miesięcy poczucie ich bezpieczeństwa zdecydowanie zmalało. Można wnioskować, że mamy do czynienia z modelem inżynierii elit z zakresu paniki moralnej, czyli z paniką stymulowaną odgórnie przez obecną elitę polityczną. Jest to transformacyjna panika moralna, o czym świadczy podział społeczeństwa, jeśli chodzi o stosunek do osób LGBT+.

„Nawet jak jeszcze nie byłem ujawniony i sam tego nie czułem, to przecież w szkole to zawsze były jakieś dogryzki do mnie, że coś tam peda!”. Przemoc (fizyczna i psychiczna) wobec osób LGBT+

Oznaki przemocy w rodzinie. W rodzinie przemoc pojawiała się bardziej w formie niezrozumienia, braku akceptacji lub niejasnych czy nieprzychylnych reakcji, co wywierało psychiczne skutki wśród osób badanych. Gdy badany informował bliskich o swojej orientacji, zdarzało się, że z ust rodziny padały słowa nienawiści.

(...) mój tata negatywnie zareagował na mój coming out, ale nie mogę tego nazwać przemocą, ale usłyszałam od niego kilka takich słów nienawiści, które no gdzieś tam mnie w środku ruszyły (...). (W8)

W rodzinie to wiadomo, reakcja mamy i babci to była jakaś tam przemoc psychiczna. (W1)

Nie, no jedyne to, co mój ojciec, który mnie wyrzucił z rodziny, mówiąc, że nie przynależę do tej rodziny i że jest mu wstyd, co powiedzą ludzie na wsi i jak ja sobie wyobrażam dalsze życie. To było nieprzyjemne bardzo, to było dość dawno. (W2)

Natomiast widoczny jest również brak większej reakcji i jakichkolwiek negatywnych komentarzy na temat orientacji badanych. Rodziny okazały się tolerancyjne i wolne od przejawów przemocy bądź nienawiści.

Co do rodziny, to obie strony mojej rodziny są tolerancyjne i nigdy nie komentowały mojego zachowania. (W4)

Oznaki przemocy w szkole. W środowisku szkolnym przemoc ta była głównie psychiczna. Badani wspominali o wyzwiskach czy zaczepkach ze strony rówieśników. Sytuacje pojawiały się najczęściej na etapie nauki

w gimnazjum oraz liceum. Badani wskazywali na to, że zdarzało się, że niemiłe zachowania rówieśników dotyczyły ich i wywoływały chwilową przykrość, natomiast zazwyczaj nie brali tego do siebie. Okresu lat szkolnych badani nie wspominają pozytywnie.

(...) w szkole całą podstawówkę i gimnazjum nie będąc jeszcze nawet świadomym, leciały wyzwiska (...), dlatego nie wspominam zbyt dobrze tamtego okresu. (W1)

(...) nawet jak jeszcze nie byłem ujawniony i sam tego nie czułem, to przecież w szkole to zawsze były jakieś dogryzki do mnie, że coś tam pedał, no to po prostu pedał, ciota i jakiś tam babiarsz, bo miałem tam zawsze więcej koleżanek niż kolegów i to wszystkich kłuło, jakieś tam wyzwiska leciały. (W5)

W szkole, w liceum i była to bardziej przemoc psychiczna, natomiast nie wywarło to na mnie większego wrażenia, oczywiście było mi trochę przykro, ale mam dosyć silny charakter i niełatwo mnie złamać. (W6)

Zdarzyły się przypadki wykluczenia, pewnej izolacji osób LGBT, gdzie odwracali się od nich najlepsi przyjaciele, nakłaniający przy tym resztę grupy do wyśmiewania i separacji osoby badanej.

(...) byłem raczej takim kozłem ofiarnym i popychadłem w tamtych czasach ze względu na te moje cechy... (W1)

Chyba w gimnazjum, kiedy ta przyjaciółka się ode mnie odwróciła, nakłaniała inne osoby do jakiegoś takiego wykluczenia mnie no i ogólnie stwarzała nieprzyjemne sytuacje, o których nie bardzo chcę mówić. (W12)

Przemoc przejawiała się również w postaci wandalizmu, niszczenia cudzej własności, która mogła mieć dla osoby badanej większe znaczenie czy w pewnym sensie wartość.

W drugim moim liceum mieliśmy szafki. Takie jak na amerykańskich filmach. Ja na swoją nakleiłem jakieś z hasłami antytransfobicznymi i ktoś mi je zdrapał. Notorycznie to się zdarzało, gdy przyklejałem nowe. (W13)

Przemoc w przestrzeni publicznej. Badani opisywali sytuacje związane z wyzwiskami w ich kierunku ze strony przechodniów, osób jadących tym samym autobusem bądź tramwajem. Najczęściej padały one z ust miejscowych „meneli”, spotykanych dresiarzy, czy zadziwiająco z ust starszych kobiet, które głośno komentowały zachowania, ubiór, czy inne aspekty związane z orientacją osób badanych.

A jeśli chodzi o mieszkanie w małym mieście, to czasem, kiedy założyłem na przykład płaszcz zamiast kurtki, albo jakieś inne buty, to zdarzały się osoby, które z drugiej strony jezdni krzyknęły „pedał” albo coś takiego, ale spływało to po mnie. W Warszawie tutaj miałam ze dwa albo trzy razy taką sytuację, że szedłem z chłopakiem, nawet nie będąc ubrani „jednoznacznie”, a jacyś żule albo patusy krzyczały czy „zrobimy im loda” albo „haha pedały”. (W1)

No i też w Warszawie się zdarzały też jakieś tam wyzwiska w tle typu siedzę sobie na przystanku autobusowym na Parku Olszyna i jakiś bus z Ukraińcami jedzie i coś tam krzyczą do mnie, gwizdzą, albo w metrze, no takie sytuacje. (W5)

Bardziej to się dzieje w przestrzeni publicznej i od obcych osób i nawet, nawet starsze panie w tramwaju potrafią głośno komentować i to jest także nawet nie podchodzą tylko potrafią gdzieś z odległości krzyczeć, że „obrzydlivcy”, że jakieś, jakieś inne teksty, że „jak tak można? To jest obrzydliwe”... (W16)

Oprócz wyzwisk, zaczepki i krzywych spojrzeń, które najczęściej nie miały wpływu na badanych, zdarzały się sytuacje bezpośrednich gróźb i przemocy fizycznej. Opisane zostały skrajne przypadki pobicia, gróźb podpalenia czy nawet śmierci. Interweniować musiały w tej sprawie odpowiednie służby.

No i puste metro, ja sobie siedzę w ten sposób i tutaj mam telefon i sobie po prostu oglądam i jakiś facet tak siedział po przekątnej i siedział, pociąg wjechał na stację jakąś tam, wstał i coś tam powiedział, że „usiądź, jak chłopak, jak ty kurwa siedzisz” i z całej siły mnie kopnął tutaj w nogę i to była moja pierwsza przemoc fizyczna. (W5)

A z ostatnich sytuacji to na osiedlu u mnie miałem wywieszoną flagę tęczaową, a moja współlokatorka osób trans, to z trzy-cztery razy ktoś nam groził śmiercią albo podpaleniem z moich sąsiadów. Były też groźby do skrzynki. Zgłosiłem to na policję. Potem jeden ze sprawców przyjechał mi za to grozić. (W13)

(...) więc ataki słowne i groźby pobicia najczęściej w autobusach i tramwajach, na ulicy, na przystanku, głównie ze strony dresików i chłopaczków takich w młodym wieku, czasami jakieś babki z wózkami... (W16)

Zdarzało się, że badani odczuwali lęk przed osobami zaczepiającymi, co skutkowało obawami przed samotnym przemieszczaniem się w mieście komunikacją szczególnie w późnych godzinach, co mogło skończyć się agresją wobec osób badanych.

Raz było bardzo nieprzyjemnie, wracaliśmy około drugiej w nocy z centrum miasta i właśnie jakaś dwójka typów szła za nami, zaczęli krzyczeć, ale mieliśmy szczęście, że akurat podjechał nocny autobus i wsiedliśmy w niego, bo gdyby nie on, to czuję, że mogłoby być później bardzo źle. (W1)

Brak doświadczeń z przemocą. Znaczna część badanych osób nie spotkała się bezpośrednio z przemocą fizyczną czy psychiczną w żadnym z omówionych środowisk. Analizując wypowiedzi, można zauważyć, że wpływ na to może mieć otoczenie, w którym funkcjonuje badany, okazujące wysoką tolerancję i wsparcie, oraz sposób, w jaki się badany ubiera i zachowuje – jeśli wkłada wysiłek w ukrycie tej części swojej tożsamości.

Nie, tylko i wyłącznie to to, co czytam na portalach, mnie bezpośrednio nie spotkało. (W7)

Nie, ale to po prostu ze względu na to, że jestem w takim bardzo supportującym albo w otoczeniu innych osób LGBT. (W11)

Ze względu na to, że nie widać po mnie w jednoznaczny sposób mojej orientacji, nie spotkałem się też z żadnymi przejawami przemocy. (W4)

Podsumowując, część rozmówców nie doświadczyła żadnej przemocy. Doznali oni zrozumienia, akceptacji oraz wsparcia ze strony bliskiego otoczenia. Zdarzały się przypadki, w których badani spotkali się z przemocą w środowisku szkolnym, głównie w gimnazjum i liceum oraz w rodzinie, polegało to na izolacji lub nękanii, przezywaniu i wyśmiewaniu czy izolacji przez rówieśników, a w rodzinie był to brak zrozumienia i akceptacji. Jako miejsce przemocy, wzbudzające strach, badani wskazywali przestrzeń publiczną (przystanki autobusowe, środki komunikacji publicznej), tam dochodziło nawet do agresywnych zaczepek czy do kopnięcia przez nieznanego jednego z badanych.

Emocje osób LGBT+ w przestrzeni międzyludzkiej

Jakie rozmówcy przeżywają emocje w związku z reakcją otoczenia na ich orientację/tożsamość seksualną? Najczęstszą emocją pojawiającą się w związku z reakcją otoczenia, o której wspominają badani, jest strach. Czasami mowa o stresie lub też przerażeniu. Strach najczęściej pojawia się przed *coming outem*, ale również w związku z nagonką ze strony mediów i rządzącej partii. Rozmówcy przed *coming outem*, często na podstawie swoich doświadczeń, spodziewają się braku zrozumienia, odrzucenia, popsucia relacji, wyśmiania kwestionowania tego, o czym mówią czy utraty dachu nad głową.

Bałę się swojego coming outu?

Bałem się jak... emm... tak niesamowicie się bałem, miałem nawet myśli samobójcze przez to, ponieważ mega mnie to zażenowało, ponieważ nie dowiedziała się tego na początku moja mama, która jest

liberałem i jest bardzo otwarta, tylko mój ojciec, który jest totalnie zamknięty. Do tego nie dowiedział się z moich ust, tylko widząc taką sytuację. To bardzo uwydatniło ten stres, bo to było co innego, gdybym ja sam mu o tym powiedział. To jest inny zupełnie poziom. No mega mnie to stresowało. (W2)

Ostatecznie często strach czy lęk przed *coming outem* okazuje się niepotrzebny, a badani mówią o pozytywnym zaskoczeniu związanym z reakcją na *coming out* i poczuciu wsparcia i akceptacji.

Wszyscy byli pozytywnie zaskoczeni o dziwo, fakt, zdarzały się podczas życia jakieś osoby, które mówiły „o to nieprawda, wydaje Ci się czy coś”, no ale w większości przypadków to było miłe zaskoczenie i akceptacja. (W9)

Zaskoczenie pozytywne reakcją bliskich czasami współwystępuje z zaskoczeniem negatywnym reakcją osób z dalszego otoczenia społecznego.

Z mamą zaskoczyła mnie później pewna sytuacja. Pamiętam, że ktoś ze szkoły, jakiś rodzic miał problem z tym, że jestem gejem, bo patrzy na to jego dziecko i boi się chodzić do szkoły, dosłownie taka sytuacja się wydarzyła. Wtedy moja mama wzięła sprawy w swoje ręce i zaczęła mnie bronić. To mnie bardzo pozytywnie zaskoczyło. (W3)

Czasami jednak obawy badanych okazują się być słuszne, co bywa dla nich bolesnym przeżyciem. Bywają negatywnie zaskoczeni, bądź zawiedzeni reakcją na *coming out*. Nie zawsze otrzymują wsparcie i zrozumienie, na które liczą.

Jeśli chodzi o rodzinę, najpierw powiedziałam mamie, potem bratu, tata nie wie nadal. Mamie, gdy powiedziałam pierwszy raz, miałam jakieś 15 lat [załamanie głosu] ona w ogóle tego nie przyjęła, więc zostawiłam temat na kolejne lata i dopiero jakoś, nie wiem, może rok temu, postanowiłam jej znów powiedzieć, to w ogóle było chyba przy okazji wyborów prezydenckich, gdy no załamała mnie wiadomość o wygranej Dudy i dopiero wtedy za drugim razem to

do niej dotarło, ale zareagowała tak eee... na zasadzie, dobra, niech ci będzie, jak już musisz. (W12)

Inną sytuacją związaną z reakcją na orientację/tożsamość, o której mówią badani, jest nagonka na osoby LGBT+ i sianie paniki moralnej ze strony mediów. Często pojawia się mowa o strachu, zaburzonym poczuciu bezpieczeństwa czy wręcz poczuciu zagrożenia. Badani boją się głównie tego, jak przekazy medialne są w stanie wpłynąć na zaakceptowanie w społeczeństwie. Boją się również możliwości doświadczenia przemocy, ze względu na przedstawianie ich społeczności jako zagrożenia, które należy zwalczać.

Czy przekaz mediów i władz wpływa na Twoje postrzeganie siebie, poczucie bezpieczeństwa w społeczeństwie?

(...) Na poczucie bezpieczeństwa tak, zdecydowanie. Nie czuję się bezpiecznie w miejscu, w którym żyję. Z wielu względów. Między innymi z tego względu, że jestem kobietą, a po drugie, z tego względu, że bałabym się, na przykład, gdybym doszła na jakieś wysokie stanowisko, byłabym osobą znaną, bałabym się powiedzieć w tym państwie, że jestem biseksualna. Nie czuję się bezpiecznie nie w takiej sferze, że ktoś mi zrobi krzywdę fizyczną, tylko, że no właśnie, że mogłabym być gnębiona. (W15)

Zaburzone poczucie bezpieczeństwa, a także złość i generalne złe samopoczucie pojawiają się także w bezpośrednich sytuacjach, w których badani doświadczają przemocy ze względu na swoją orientację/tożsamość.

Moje poczucie bezpieczeństwa się zmniejszyło diametralnie w momencie, kiedy gość, jeden z tych sprawców [rzucających groźby w stronę osoby] mieszka w tym samym bloku tylko na innej klatce. Drugi sprawca mieszka w bloku obok i ma okno z widokiem na mnie. Nie tylko pogorszyło się moje poczucie bezpieczeństwa jako osoby, ale też jako członka społeczności. Sporo mówiło się o bliższych/dalszych osobach mi, które decydowały się na wyjazd z kraju. Rodzice też nie chcą, abym mieszkał w tej okolicy, bo nie czujemy się tutaj dobrze. (W13)

W związku z podejściem partii rządzącej (w tym kampanii prezydenckiej i nazywania społeczności LGBT+ ideologią) i nagonki mediów rządowych na osoby LGBT+, poza strachem i zaburzonym poczuciem bezpieczeństwa pojawia się smutek, przygnębienie, złość, rozbawienie, bądź niedowierzanie. Badani czują się również odczłowiczani, pozbawiani podmiotowości, nierozumiani czy przytłoczeni. Generalnie znacznie przeważają emocje negatywne.

Jestem osobą, która nie okazuje zbyt wielu emocji, aczkolwiek szczerze mogę przyznać, że po obejrzeniu tej kampanii w całości i gdy ludzie zaczęli popierać i krzyżeć łącznie z prezydentem, że jest to słuszne, to pierwszy raz się popłakałem praktycznie tak ten... i to nie dlatego, że odebrałem to jako atak na moją osobę, tylko po prostu nie wierzyłem... straciłem wiarę w ludzi, że krzyczą razem z nim takie pierdoły w ogóle wyjęte z kontekstu. (jąka się i gubi w słowach) no nie da się tego nazwać nawet. Jak ja to usłyszałem, to myślałem na początku, że to jest żart. To jest przykre. (W2)

Podsumowując, w sytuacji przed *coming outem* badani często nastawiają się na najgorszą wersję zdarzeń i przeważają u nich emocje negatywne, głównie strach. Po *coming outcie* emocje są różne, zależne od reakcji osób, wobec których badani się „outują”. Generalnie można jednak powiedzieć o przewadze pozytywnych emocji, z przewagą pozytywnego zaskoczenia reakcją. Nagonka na osoby LGBT+ ze strony mediów i partii rządzącej zdecydowanie budzi przede wszystkim negatywne emocje, ze szczególnym podkreśleniem strachu i poczucia zagrożenia. Doświadczane przez badanych akty przemocy również są przyczyną negatywnych uczuć.

Czy Polska jest krajem przyjaznym do życia dla osób LGBT+?

Większość odpowiedzi wykazuje, że rozmówcy w przyszłości planują wyjechać za granicę. Odkładają tę decyzję w daleką bądź niedaleką przyszłość:

Powiem tak, w Polsce czuję się dość dobrze, ponieważ mam tu rodzinę, przyjaciół, natomiast, czy wiąże z nią przyszłość, hmm to jest to dość ciężkie pytanie na ten moment, ponieważ od zawsze chciałem wyjechać do Hiszpanii i tam zamieszkać, bo wiem, że dopóki sytuacja w Polsce nie zmieni się, to przyszłość tu nie będzie możliwa na dłuższą metę, taka jak na przykład zawarcie ślubu, co w Polsce na ten moment jest to niemożliwe i pewnie szybko się to nie zmieni, zwłaszcza przy obecnym rządzie. Dlatego też myślę, że pewnie w niedalekiej przyszłości wyjadę z kraju. (W6)

Pozostanie w Polsce jest kwestią ich pracy, studiów, rodziny, przyjaciół czy też w jednej odpowiedzi było przyznanie się do słabej znajomości języka angielskiego i bariery w tym związanej.

Powiem tak, ze względu na rodzinę ciężko będzie mi się wyprowadzić za granicę. Od zawsze mam też problem z angielskim, próbuję się powoli uczyć. Jeżeli będzie trzeba, jeżeli ludzie faktycznie będą nas postrzegać jak zwierzęta, to istnieje duże prawdopodobieństwo, że wyprowadzę się z Polski. Innej opcji nie przewiduję, jeśli się nic nie poprawi w tym kraju. (W10)

Kilka osób zadeklarowało chęć pozostania w Polsce na stałe, chcą wiązać z nią przyszłość, mimo sytuacji politycznej w kraju. Ich zdaniem nie jest to wystarczający argument do opuszczenia ojczyzny i pozostawienia bliskich.

Jest mi trudno powiedzieć, dlatego że przez lata nie sądziłam, że będę mogła tutaj żyć i mieszkać, i czuć się dobrze. Ale teraz ta perspektywa moja się zmienia i też z uwagi na to, że jestem w takim miejscu, że żyjąc w jednym miejscu, mogę pracować dla różnych firm na całym świecie, nie mam ograniczeń związanych z np. barierą językową, mam dość dobre kompetencje do pracy w projektach międzynarodowych. Nie muszę się otaczać ludźmi, którzy mi nie pasują. Nie oglądam telewizji, pomimo tego, że pracuję dla polskiej firmy, w polskim projekcie, to otaczam się ludźmi, z którymi moje wartości są zbieżne. Nie mam takiego poczucia, że żyję w miejscu, które mnie osłabia na co dzień. Oczywiście, wiem, że są politycy, którzy mówią przykre rzeczy czy rzeczy, które nie są naukowe. Jednak ja podjęłam decyzję, że nie

zamierzam pozwolić sobie na to, żeby coś zewnętrznego sterowało moim życiem, moim poczuciem szczęścia i tym, czy w danym miejscu będzie mi dobrze. To ja decyduję, czy jest mi dobrze w danym miejscu, a nie to, co powie jakiś polityk. (W14)

Podsumowując, większość naszych rozmówców nie czuje się dobrze w Polsce, mimo że mają tu rodzinę, przyjaciół, to nie planują w niej przyszłości. Najczęstszą odpowiedzią, dlaczego tak się czują, jest traktowanie ich przez społeczeństwo, na co wpływa propaganda skierowana w ich stronę, głównie przez media publiczne i negatywny stosunek rządu wobec osób LGBT.

Część osób zadeklarowała, że mimo wielu nieprzyjemnych sytuacji w Polsce, chcą dać szansę i poczekać na zmianę rządu, mają nadzieję, że wtedy sytuacja w kraju się poprawi i nie będą chcieli wyjechać. Natomiast mała część osób zadeklarowała, że czują się dobrze w Polsce, natomiast, jeśli sytuacja w kraju nie zmienia się, to planują wyjechać za granicę.

Podsumowanie

Celem naszych badań była próba zrozumienia, jak to jest być osobą LGBT+ we współczesnej Polsce w kontekście panującej paniki moralnej wobec tej grupy osób. Przeprowadziliśmy 16 otwartych wywiadów pogłębionych.

Pierwsze pytanie badawcze brzmiało: Jak osoby LGBT+ odkryły swoją tożsamość. Osoby badane opowiadają, że w okresie dzieciństwa i młodości czuły się inne niż rówieśnicy pod względem seksualnym lub tożsamościowym, jednak nie do końca rozumiały te różnice i nie czuły się z tym komfortowo. Dopiero poznanie własnej orientacji lub tożsamości seksualnej sprawiło, że zaakceptowały kim są, poczuły się spokojniej i zaakceptowały orientację lub tożsamość seksualną. Natomiast lęk budziło w nich to, czy zostaną zaakceptowane przez innych – rodzinę, przyjaciół, znajomych czy uogólnionego innego.

Drugie pytanie brzmiało: Jak traktowane są osoby LGBT+ przez otoczenie w ich własnej opinii. Funkcjonowanie w naszym heteronormatywnym

społeczeństwie wymaga od osób LGBT+ tzw. *coming outu* – ujawnienia się, który jest niecodzienną interakcją, wzbudzającą strach rozmówców przed utratą wcześniej ugruntowanych relacji. Opinie o ujawnieniu własnej orientacji bądź tożsamości były podzielone. Większość naszych rozmówców obawiała się odrzucenia, *coming out* był jednak planowany i przemyślany, sporadycznie następował spontanicznie. Nie było przypadków zerwania więzi w sferze rodzinnej po ujawnieniu własnej orientacji lub tożsamości przez rozmówców, lecz były sytuacje utraty przyjaciół i znajomych. *Coming out* występował najpierw przed matką i przyjaciółmi, a dopiero w dalszej kolejności przed ojcem, dalszą rodziną czy znajomymi. I ta kolejność ma potem odzwierciedlenie w jakości relacji osób nieheteronormatywnych: z matką i przyjaciółmi więzi się zacieśniają bądź nie ulegają zmianie; w przypadku zaś ojca, dalszej rodziny i znajomych sytuacja jest bardziej zróżnicowana i mniej bezpieczna. Możemy więc powiedzieć, że interakcje z matką i przyjaciółmi wracają do bezpiecznej codzienności, jednak interakcje z ojcem, dalszą rodziną i znajomymi pozostają nadal w sferze niecodziennej.

Miejsca publiczne nie są dla naszych rozmówców bezpieczną przestrzenią. Źródłem lęku jest uogólniony inny, ludzie spotykani w miejscach publicznych. Tożsamość rozmówców jest uznana w najbliższym otoczeniu, w którym czują się bezpiecznie, ale jest zagrożona i zazwyczaj ukrywana w miejscach publicznych. Miejsca publiczne są więc miejscami niecodzienności dla naszych rozmówców: miejscami strachu i interakcji zagrażających nie tylko twarzy, lecz także bezpieczeństwu osobistemu.

Jeśli chodzi o stosunek do osób LBGT+ w mediach, to osoby badane oceniają bardzo negatywnie sposób przedstawiania osób nieheteronormatywnych w Telewizji Polskiej oraz w mediach konserwatywnych/prawicowych. Wpływa to na ich poczucie bezpieczeństwa w miejscach publicznych. Natomiast niektórzy wskazują, że w mediach centrowych i lewicowych podawane są rzetelne informacje na temat działań środowisk LGBT+.

Trzecie pytanie brzmiało: Czy – zdaniem osób LGBT+ – działania władz przyczyniają się do paniki moralnej wobec osób nieheteronormatywnych,

czyli – innymi słowy – czy jest to model inżynierii społecznej elit. Poczucie zagrożenia wzrosło od czasu kampanii prezydenckiej Andrzeja Dudy. Rozmówcy oceniają stosunek partii dominującej w Parlamencie, czyli Prawa i Sprawiedliwości, do osób LGBT+ jako bardzo negatywny. W sposób bardzo emocjonalny wypowiadają się na temat obecnej władzy. Twierdzą, że na przestrzeni kilku miesięcy poczucie ich bezpieczeństwa zdecydowanie zmalało i wiąże się to właśnie ze stosunkiem władzy wobec osób LGBT+. Rozmówcy postrzegają kampanię prezydencką w roku 2020 i określenie, które padło z ust kandydata na prezydenta Andrzeja Dudy, „ideologia LGBT”, jako początek paniki moralnej wobec osób LGBT+. Od tej pory cały czas postrzegają stosunek TVP i mediów prawicowych jako bardzo negatywny. Wyniki wskazują, że mamy do czynienia z modelem inżynierii elit paniki moralnej, czyli panika moralna jest stymulowana przez władze.

Rozdział 5.

Wywiady z osobami LGBT+.

„Pierwszy raz się popłakałem, (...) straciłem wiarę w ludzi”

Pierwszy z wywiadów przeprowadzony jest z gejem, pochodzącym ze wsi, który borykał się z brakiem akceptacji a nawet tolerancji w otoczeniu, również ze strony własnego ojca. Młody człowiek bardzo boleśnie przeżył wypowiedź Andrzeja Dudy na temat „ideologii LGBT” i aprobatę dla tego określenia wśród jego słuchaczy, oglądając przekaz telewizyjny popłakał się. Jest to wywiad poruszający emocjonalnie i daje możliwość zidentyfikowania się z postawami i odczuciami rozmówcy, który jawi się jako typowy, normalny, zwykły przedstawiciel polskiego społeczeństwa.

Drugi wywiad jest z osobą niebinarną, która na samym początku rozmowy mówi, że bardzo dobrze, że takie badania są prowadzone, że ma nadzieję, że głos osób LGBT przebije się do większości społeczeństwa. Niebinarność jest właściwością od bardzo niedawna widzialną w dyskursie medialnym, w związku z tym może mniej rozumiałą niż homoseksualność czy biseksualność, dlatego zgodnie z życzeniem osoby badanej zamieszczam wywiad w tym tomie.

1. Wywiad z Gejem

Prowadzenie wywiadu i sporządzenie transkrypcji: Zuzanna Jurczak

Tabela 2. Informacje społeczno-demograficzne na temat rozmówcy:

| | |
|----------------------|-----------|
| Płeć | mężczyzna |
| wiek | 19 |
| Miejsce pochodzenia | wieś |
| Miejsce zamieszkania | Warszawa |
| wykształcenie | średnie |
| zawód | student |
| Orientacja seksualna | gej |

Czy możesz opowiedzieć coś o sobie?

Pochodzę ze Śląska, mieszkam w Warszawie ze względu na studia.

Czy pamiętasz, kiedy odkryłeś w sobie swoją orientację seksualną? Czy możesz o tym opowiedzieć?

Od zawsze wiedziałem że jestem gejem, już w dzieciństwie podobali mi się faceci bardziej, niejednokrotnie dawałem takie znaki, na przykład w serialu czy filmie podobali mi się mężczyźni i bardziej na nich zwracali tam uwagę. Mój przyjaciel już wiedział, że coś jest na rzeczy, a ja jeszcze nie zdawałem sobie sprawy. Później podszedłem do tego bardziej konkretnie, gdyż rozwijały się zainteresowania seksualne i tak dalej. Wiedziałem, że coś jest nie tak ale i tak, miałem dziewczynę, ale w ogóle mnie to jakby nie kręciło.

Jaka była Twoja pierwsza reakcja?

Na początku jakby ze względu na to że wychowywałem się w rodzinie katolickiej, to po prostu nie dopuszczałem tego do siebie, nie myślałem też tak o tym. Lecz gdy już wiedziałem o tym jednoznacznie, to dopuściłem to do siebie i zaakceptowałem. I żyłem w zgodzie ze sobą, nie chciałem działać wbrew sobie, ale też nie chciałem wchodzić więcej w związki z kobietami, bo nie chciałem ich skrzywdzić, nie chciałem zawieść takiej osoby.

Czy wystąpił jakiś bodziec zewnętrzny, który wpłynął na takie spojrzenie na swoją osobę?

Zawsze w jakiś gazetkach czy czymś takim bardziej zwracałem uwagę na mężczyzn, na męskie ciało. Podobało mi się bardziej, początkowo jedynie wizualnie, a dopiero później dodatkowo seksualnie.

Czy wystąpiły u ciebie jakieś problemy z samoakceptacją?

Nie, bo gdy jeszcze się na tym nie skupiałem, to myślałem, że to jest normalne, że poszukuję jakiś autorytetów czy coś takiego, aczkolwiek później gdy już dostrzegłem pociąg seksualny, to po prostu zaakceptowałem, tak jak już wcześniej powiedziałem. Kobięce ciało kompletnie mnie nie pociągało, kompletnie na odwrót.

Czy pogłębiałeś wiedzę na temat osób nieheteronormatywnych? Jeśli tak, to w jaki sposób?

Nie pogłębiałem jako tako wiedzy na ten temat. Dopiero wraz z poznawaniem większej liczby takich osób.

Przed kim zrobiłeś swój pierwszy coming out? Jak on przebiegał? Czy możesz opowiedzieć tę sytuację?

Nie planowałem tego, coming out wyszedł od kłótni z moim ojcem, który jest radykałem (śmieje się) religijnym... jeśli o to chodzi. I.. i.. znalazł mnie kiedyś, jak spałem i włączone były u mnie na telefonie na Tumblr pary homoseksualne i również akty seksualne itd. I kiedy to znalazł, to przebudził mnie ymm... po czym zaczął mi zadawać takie krępujące pytania i na następny dzień pokłóciłem się z nim bardzo, mama chciała ze mną porozmawiać no i ona jest akurat osobą bardzo tolerancyjną, wobec czego zaakceptowała to od razu i nie było żadnego problemu. Przegadała to jakoś z ojcem, dłużej mu to zajęło, ale też mnie zaakceptował.

A potem? Jak wyglądało ujawnianie osobom z otoczenia Twojej orientacji?

To było po prostu po mnie widać, że jestem gejem, jakby nie wiem, ale ludzie to widzieli. Powiedziałem to moim najbliższym przyjaciółkom i one

to zaakceptowały. Była jedna moja kuzynka, która się we mnie bardzo zauroczyła, no i kiedy się o tym dowiedziała, to mnie wyzwała od jakiegoś dziwnego, aczkolwiek ona też jest fanatyczką religijną, bo z takiej rodziny się wywodzi. Mieszka w tej samej miejscowości, z której ja się wywodzę. Ona jedynie tak zareagowała, ale nie wchodziłem z nią w żadne interakcje i powiedziałem po prostu, żeby się... no (śmieje się) Później jeśli chodzi o innych, to po coming outcie przed rodzicami to już mówiłem każdemu, bo skoro rodzice to zaakceptowali, to czemu inna osoba w moim wieku miałaby tego nie zaakceptować, kompletnie nie miałem oporów przed tym. To też nie polega na tym, że podchodzę do każdego i mówię „ej jestem gejem” bo bardziej gdy ktoś zapyta, to mówię prawdę, bo się nie wstydzę. Jeżeli chodzi o dalszą rodzinę, to moja mama poinformowała na przykład moich dziadków po tym, jak naciskali, dopytując, czy mam jakąś dziewczynę. Ja mam to szczęście, że moi dziadkowie również to zaakceptowali.

Czy relacje z rodzicami lub rówieśnikami uległy jakiejś zmianie? Nie uległy żadnej zmianie tak na dłuższą metę?

Ani trochę, zupełnie.

Bałeś się swojego coming outu?

Bałem się jak... emm... tak niesamowicie się bałem, miałem nawet myśli samobójcze przez to, ponieważ mega mnie to zażenowało, ponieważ nie dowiedziała się tego na początku moja mama, która jest liberałem i jest bardzo otwarta, tylko mój ojciec, który jest totalnie zamknięty. Do tego nie dowiedział się z moich ust, tylko widząc taką sytuację. To bardzo uwydatniło ten stres, bo to było co innego, gdybym ja sam mu o tym powiedział. To jest inny zupełnie poziom. No mega mnie to stresowało.

Czy identyfikujesz się ze środowiskiem LGBTQ+?

Jako tako nie identyfikuję, w zasadzie tak, ale nie uważam, że jestem typowym przykładem. Niekoniecznie przepadam za samym środowiskiem, gdyż uważam je za takie ekstrawertyczne, przekazujące zbyt huczne... ymm... uważam sam osobiście, że można mówić o tym problemie, ale oni sami mówią o tym w formie hucznych imprez i to jest dla mnie trochę

przerysowane, nie popieram tego na dłuższą metę, ale rozumiem to wszystko, rozumiem całe zjawisko. Ja nie mogę się też aż tak odnosić, ponieważ nie miałem aż takich sytuacji, nie doświadczyłem szkalowania ani nic na tym tle, no, aczkolwiek ja też jestem taką osobą, że nie przepadam za pokazywaniem tego całemu światu, że jestem gejem.

Czy ktoś z twojego najbliższego otoczenia należy do mniejszości seksualnej? Kto, jakie macie relacje?

Moja przyjaciółka jest lesbijką, hah... bardzo dużo. W zasadzie duża część, 1/4 moich znajomych, 1/3 nawet to środowisko lesbijek, gejów itp.

Czy poszukujesz towarzystwa osób LGBTQ+? Dlaczego?

Tak, jak najbardziej, ale to też zależy od osoby, tylko bardziej patrzę na osobę niż na preferencje seksualne.

Czy manifestujesz jakoś swoją orientację? Jeżeli tak, to w jaki sposób?

Nie okazuję tego, też jestem obecnie w fazie rozwijającej się relacji z chłopakiem i nie popieram takiego obnoszenia się typu całowania się w przestrzeni publicznej. Chodzenie za rękę jeszcze w porządku, całowanie się itp. to jest dla mnie przesada, ale tak samo w przypadku osób hetero. To może po prostu zniesmaczać.

Czy śledzisz lub należysz do grup LGBT?

Jako tako nie, aczkolwiek przynależę do grup, które działają wbrew rządowi (śmieje się), jest to coś podobnego. Oczywiście poza tym też wspierają ruch LGBT.

Czy działasz aktywnie na rzecz osób LGBT?

Staram się, na przykład gdy mam urodziny, to daję pieniądze na fundację wspierające osoby LBTT i społeczność LGBT, bywałem na paradach równości, ale też nie uczestniczyłem w nich tak żywo, nie występowałem itp. po prostu brałem udział poniekąd też z ciekawości.

Czy należysz do jakiejś organizacji?

Nie.

Jak zazwyczaj ludzie reagują, gdy ujawniasz swoją orientację/tożsamość seksualną? Czy możesz opowiedzieć jakies przykładowe sytuacje?

Zasadniczo nie mówię każdemu o tym, myślę, że niektóre osoby to czują i nawet o to nie pytają, nie ukrywam tego. To dość osobiste pytanie więc nie mówię tego głośno. Jedyna reakcja negatywna to tej kuzynki, na szczęście nigdy nikt mi nie powiedział.

Okej, a przypominasz sobie jakąś miłą reakcję?

Ciekawa reakcja była na rave (śmieje się). Siedziałem z moim byłym i przyszli do nas kibole. Chcieli papierosa i zaczęli z nami gadać i okazali się tolerancyjni i powiedzieli, że super razem wyglądamy i że też nie jesteśmy takimi gejami, takimi, którzy się obnoszą, tylko takimi normalnymi. Odnosili się do nas bardzo w porządku.

Czy spotkałeś się z przemocą (fizyczną lub psychiczną), nienawiścią w różnych środowiskach? (szkoła, praca, rodzina)

Nie, no jedyne to, co mój ojciec, który mnie wyrzucił z rodziny mówiąc, że nie przynależę do tej rodziny i że jest mu wstyd, co powiedzą ludzie na wsi i jak ja sobie wyobrażam dalsze życie. To było nieprzyjemne bardzo, to było dość dawno...

A właśnie ile miałeś wtedy lat?

Wtedy bodajże miałem 15 lat.

Czy przez swoją orientację utraciłeś kontakty z ludźmi z twojego otoczenia?

Tak, z tamtą kuzynką i to tyle, bardzo się bałem, że utracę kontakt również z moimi kuzynami, nie znałem ich podejścia, stresowało mnie to. Nie wydawali mi się tolerancyjni, ale ostatecznie traktują mnie jak swojego ziomka, wspierają mnie, no są po prostu świetni.

Czy jesteś w związku?

Nie jest to jeszcze związkiem, ale myślę, że niedługo przerodzi się w relację.

Jak to wyglądało w poprzednim związku, czy rodzina i bliscy akceptowali?

Moja babcia myślę, że zdawała sobie sprawę razem z moim dziadkiem, gdy on mnie odwiedzał. Ze względu na mój stan psychiczny siedzieli ze mną, bo miałem wtedy dość ciężko. On przyjechał, żeby ze mną posiedzieć razem ze swoją przyjaciółką, i następnego dnia też sam. No raczej wątpię, że nie wiedzieli, kim on dla mnie jest, nie mieli żadnego problemu. Moja mama powiedziała, że razem fajnie wyglądamy. Ze strony ojca w ogóle nie usłyszałem niczego, ani pozytywnych słów ani negatywnych, zupełnie jakby zignorował i nie wnikał.

Jak zachowujecie się, gdy jesteście razem z partnerem w miejscach publicznych? (czy okazujecie sobie miłość?). Jaka jest reakcja otoczenia?

Nie, on w ogóle naciskał, żeby nawet nie trzymać się za rękę, ale to wiadomo, że chodziliśmy po wsi, a nie po mieście typu Warszawa. Z tego, co widzę, obecny mój partner ma odwrotnie, to znaczy ja go stopuję. Jak kiedyś chciał mnie pocałować w pociągu WKD, to mówiłem że lepiej nie.

Czyli nie było takiej sytuacji okazania miłości publicznie?

Dokładnie, specjalnie unikałem, bo nie lubię wchodzić w niepotrzebne spory.

Czy w ostatnim czasie zauważyłeś jakieś zmiany w sposobie traktowania Cię przez otoczenie w różnych środowiskach (szkoła, praca, rodzina)?

Nie.

Czy zauważyłeś jakieś zmiany w sposobie mówienia o mniejszościach seksualnych w mediach?

Tak, zależy w jakich mediach oczywiście. Myślę, że coraz więcej się pojawia treści, które pokazują pary nieheteronormatywne. No cieszy mnie to. Pokazuje to, że społeczeństwo nabiera wiedzy na ten temat.

Czy w obliczu ostatnich wydarzeń zaobserwowałeś mniejszą lub większą aktywność społeczną środowisk LGBTQ+?

Większą ze względu na obecną sytuację polityczną.

Czy zauważyłeś jakąś reakcję władz i mediów? Jeśli tak, to jaką?

Głównie negatywną ze strony władz i osób popierających ją. Ja na przykład znam... moja znajoma, ona głosowała na PIS, pomimo że są liberałami, znaczy się nie wchodzi w ogóle w te tematy, to głosowali na ten PIS, mimo że ma przyjaciół homoseksualnych itd. No i nie rozumiem tego.

Czy przekaz mediów i władz wpływa na Twoje postrzeganie siebie, poczucie bezpieczeństwa w społeczeństwie?

Postrzeganie siebie zdecydowanie nie, a poczucie bezpieczeństwa tak, znam sytuacje wśród moich znajomych, gdzie po prostu ktoś został pobity przez narodowców, bo... bo pedał, no. Myślę, że to co się obecnie dzieje w kraju, uwydatnia te skrajne środowiska, podjudza ich i daje im takie przekonanie, że to, co robią i to, co oni pierdołą, to jest słuszne. No i fakt, że wspiera to władza, to czują się bezkarnie.

To jak oceniasz podejście partii rządzącej do osób z mniejszości seksualnej?

No uważam, że to, co mówią, jest po prostu karygodne i nie zdają sobie sprawy, że to wpływa na zdrowie psychiczne wielu osób i zaognia spory. Zagraża to zdrowiu i życiu, szczególnie, że są przypadki pobić i napaści. To jest skrajnie niebezpieczne i skrajnie bezmyślne.

W ostatnim czasie miała miejsce kampania wyborcza na prezydenta, gdzie było powielane określenie osób LGBT+, jako ideologia. Jak oceniasz tę kampanię?

Jestem osobą, która nie okazuje zbyt wielu emocji, aczkolwiek szczerze mogę przyznać, że po obejrzeniu tej kampanii w całości i gdy ludzie zaczęli popierać i krzyczeć łącznie z prezydentem, że jest to słuszne, to pierwszy raz się popłakałem praktycznie tak ten... i to nie dlatego, że odebrałem to jako atak na moją osobę, tylko po prostu nie wierzyłem... straciłem wiarę w ludzi, że krzyczą razem z nim takie pierdoły w ogóle wyjęte z kontekstu. (jąka się i gubi w słowach) no nie da się tego nazwać nawet. Jak ja to usłyszałem, to myślałem na początku, że to jest żart. To jest przykre.

Czy sytuacja ta miała wpływ na twoje życie codzienne? (np. na to, jak ludzie traktują Cię na co dzień?: szkoła, praca, rodzina)

Zauważyłem większe wsparcie, jeśli chodzi o otoczenie oczywiście, większe zwerbowanie moich znajomych na wybory, to na pewno. A na mnie był największy, bo bardzo źle się czułem po tym psychicznie, załamany byłem, bo wiedziałem, że jeśli wygra ta partia, to nie będzie dobrze.

Jak się czujesz w Polsce i czy wiążesz z nią przyszłość?

Nie wiąże przyszłości z Polską, czekam na wyjazd stąd, miarka się przebrała, nawet jeśli zmieni się władza, to nie chcę tu żyć, bo dalej bym miał świadomość, że takie osoby tu są. Na dłuższą metę bym nie czuł się bezpiecznie, idąc na przykład do restauracji z partnerem, będąc w jakiejś dłuższej relacji.

2. Wywiad z Osobą Niebinarną

Prowadzenie wywiadu i sporządzenie transkrypcji: Alicja Skoczeń

Tabela 3. Informacje społeczno-demograficzne na temat rozmówcy

| | |
|----------------------|-----------------------|
| Płeć | Osoba niebinarna |
| Wiek | 27 |
| Miejsce pochodzenia | Warszawa |
| Miejsce zamieszkania | Warszawa |
| Wykształcenie | Wyższe |
| Zawód | Nauczyciel/wychowawca |

Wywiad przeprowadzony online

Na początek chciałabym zadać Ci kilka pytań, które pozwolą mi lepiej Cię poznać. Czy możesz powiedzieć coś o sobie?

Jasne. Mam 27 lat. Moja orientacja oraz tożsamość nie wpisują się w heteronormatywny schemat, więc u mnie to jest dosyć skomplikowane, bo mam

wrażenie, że moja seksualność nieodzownie łączy się z tym, jak postrzegam swoją płć. Co jeszcze mogę powiedzieć, na co dzień pracuję z młodzieżą, jestem wychowawcą, skończyłam APS i cieszę się, że ktoś chce takie badanie podjąć, bo jest to dosyć trudne przynajmniej dla mnie i dla osób z mojego otoczenia, które są członkami społeczności LGBT+, więc fajnie, że takie tematy są podejmowane.

Ok, przejdźmy może teraz do kolejnego pytania. Czy pamiętasz, kiedy odkryłaś, że jesteś niebinarna?

Samo odkrycie to myślę, że to było liceum, w momencie, kiedy człowiek jakoś bardziej wychodzi spod skrzydeł rodziców i zaczynają się jakieś eksperymenty ze swoją seksualnością i bardziej otwiera się na innych ludzi i takie bardziej dojrzałe emocje są. Aczkolwiek z perspektywy czasu patrząc, to przesłanki tego już w przedszkolu były, że ja zawsze miałam problem z tą akceptacją narzuconych ról płciowych. Tak samo, jak w przypadku mojej orientacji nigdy nie ograniczałam się do zainteresowania jedną płcią i zawsze mówiłam otwarcie, że aktualnie jestem zakochana w koleżance z przedszkola, a w jednym momencie w koledze. I tak samo było z postrzeganiem mojej płci w sensie, że nigdy nie byłam w stanie zaakceptować tego, że ktoś mi narzuca, że coś jest tylko dla dziewczyn, albo, że coś jest tylko dla chłopców. Na szczęście, tak jakby moja mama, czy u nas w domu nie było takiego ścisłego podziału, że ja nie mogę czegoś robić, bo, bo to jest chłopięce zajęcie, bardziej to się brało w przedszkolu, w szkole, wśród takich osób starszych, które bardziej miały utarte te role płciowe, również wpojone przez swoich rodziców, że dla konkretnej grupy, a nie, nie dla ludzi po prostu.

Rozumiem. Kolejne pytanie to „Jaka była Twoja pierwsza reakcja?”

Dla mnie to było totalnie normalne, w sensie, ja się wychowywałam w czasie tego nastoletniego życia z mamą, mój tata już z nami nie mieszkał, moja mama zawsze mówiła, że najważniejsze, żebyśmy byli szczęśliwi i, że czy jesteśmy hetero, czy homoseksualni, czy chcemy być osobami transpłciowymi czy niebinarnymi, najważniejsze, żebyśmy byli szczęśliwi, żebyśmy żyli w zgodzie z samym sobą. Nie mieliśmy w domu takiego tradycyjnego, patriarchalnego modelu, też moja mama nie jest osobą religijną, więc ja jakby

miałam zawsze tę świadomość, że totalnie na luzie mogę być z kim chcę i jakby z jej strony nie zostanie nigdy odrzucona, nie zostanie wyrzucona z domu, bo też znam historię osób homoseksualnych czy transpłciowych, które po prostu były wyklinywane przez swoją rodzinę i traciły dach and głową. Fajnie, że moja mama pozwoliła nam przygarniać różne osoby do domu. Na przykład, jak ojciec mojej przyjaciółki ją wyrzucił z mieszkania, tylko dał jej pięć minut na spakowanie się, to po prostu ona zamieszkała u nas. Jakby u nas zawsze było taką bezpieczną przestrzenią dla wszystkich, więc, więc ja jakoś tak jakoś miałam dobre środowisko do tego, żeby żyć w zgodzie z tym, jak się czuję. I jak się z tym utożsamiam.

Czy wystąpił jakiś bodziec zewnętrzny, który wpłynął na takie spojrzenie na swoją osobę (filmy, seriale, praca)?

Nie, w sensie myślę, że nie myślę, że, że tutaj jakby te media nie miały jakiegoś takiego dużego wpływu na mnie też, też nie jestem w stanie jakby sięgając, gdzieś tam wstecz w pamięci, znaleźć jakiegoś takiego przełomowego momentu. Dla mnie to po prostu było normalne. Tak się czułam od zawsze i trochę też zawsze w momencie, że czułam się artystką, że mam taką artystyczną duszę, że jestem taka, że mam taką rodzinę, że jakby upatrywano, ale to było wewnątrznie we mnie, tylko raczej inni mówili, że jestem taką niecodzienną osobowością, lecz także nikt nigdy nie mówił otwarcie, czy to chodzi o moją orientację, czy o tożsamość płciową.

Czy wystąpiły u Ciebie kiedykolwiek problemy z samoakceptacją z tego powodu?

Nie w sensie, w sensie wystąpiły u mnie różne problem depresyjne i inne epizody, ale nigdy nie było to związane z moją orientacją czy tożsamością płciową.

Rozumiem. Czy pogłębiałaś wiedzę na tematy osób nieheteronormatywnych, jeśli tak, to w jaki sposób?

I tak i nie w sensie, tak w Internecie, gdzieś przez LAMBDEę przez Miłość nie wyklucza i inne stowarzyszenia i jakieś materiały wypuszczane przez właśnie fundacje, które zajmują się osobami LGBTQ+, ale to było takie na zasadzie, żeby bardziej wiedzieć, jak rozmawiać z innymi, bo, bo to nie

jest takie, takie super proste, w sensie, jak jest się osobą transpłciową czy osobą po prostu nieheteronormatywną to od razu zwłaszcza teraz jest, jest to takie, że nawet się nie chce tłumaczyć, że, że ludzie są tak mocno nastawieni, taka nagonka jest, że, że to jest trudne i bardzo ciężko jest komuś wytłumaczyć, że no to jest trochę tak, że rzeczywiście jestem dziewczyną, ale też czasami mówię o sobie w formie męskiej, bo, bo czasami tak czuję i to nie jest zaburzenie psychiczne, że mam rozdwojenie jaźni, tylko po prostu nie wpisuję się w żaden model w pełni. Jest tyle różnych odmian, że też bardzo ciężko jest to wytłumaczyć, po prostu jakoś tak czuję inaczej niż, jak się ubiera. Dla mnie to jest po prostu takie naturalne, ja po prostu taka jestem i na przykład teraz mówię o sobie w formie żeńskiej, a gadałybyśmy jutro i normalnie wrzucałabym zaimki, które są przypisane mężczyznom i często zdarza mi się takie coś, że mówię, że zrobiłem coś, że poszedłem i dla mnie jest to całkowicie naturalne i nie ma tak, że mówię raz tak, a raz tak po prostu czasami czuję tak, że mówię o sobie w żeńskiej formie, czasami czuję inaczej i mówię o sobie bardziej w męskiej formie.

Jak zrobiłaś swój pierwszy *coming out*, to znaczy, jak on przebiegał czy możesz opowiedzieć tę sytuację?

Wydaje mi się, że to też było w liceum przed, przed koleżankami i one bardzo dobrze to przyjęły. Mojej mamie po prostu powiedziałam, że tak czuję, więc czasem mówię o sobie w formie męskiej, ale jakby nie wiąże się to z tym, że będę zmieniać płeć i będę osobą transpłciową, że jakby, że żeby we mnie jest ten pierwiastek i ten drugi i obydwa gdzieś współlistnieją nie jest tak, że jeden wyklucza drugi. Myślę, że to jest trochę łatwiejsze dla osoby, które przechodzą całą tę korektę płci, mają ciężiej w życiu, bo jednak jest to ciężiej środowisku zrozumieć. Na przykład, mój brat zdalnie przeszedł z tym do porządku dziennego. Jak mu to tłumaczyłam, powiedział po prostu „Aha ok”. Nie ma z tym problemu i ogólnie większość osób z grupy rówieśniczej traktuje to totalnie, jak coś normalnego. Jedyne, co to też są osoby w rodzinie, z którymi ja nie mam jakiejś bliskiej relacji, jakieś ciotce, wujkowie, tak samo na przykład mój tata nie wie, bo mój tata, jakby po odejściu, ma jakieś traumatyczne wspomnienia, jakiś facet próbował go wykorzystać i jest bardzo negatywnie nastawiony, więc wiedziałam, że skoro nasza relacja na tyle nie jest zwięzła, nie ma sensu ani sobie, ani

jemu wyrzucać takich, takich nerwów i po prostu nie wyoutowałam się przed częścią osób.

Mhm. A potem, jak wyglądało ujawnienie z otoczenia Twojego, Twojej tożsamości?

To zazwyczaj jest tak, że ktoś mnie poprawia, że, że użyłam nie tej formy. Ja mówię „nie, no ja używam zamiennie tych form” po prostu tak to mówię i wiesz jakby ja teraz staram się bardzo uważnie dobierać otoczenie i i tak naprawdę mam niewielkie grono znajomych. W tym dużo osób, na przykład w pracy, jest mocno starszych ode mnie, więc, więc tutaj nie ma takiego problemu. Ja zrobiłam jakieś, jakoś tak na studiach zrobiłam strasznie duże czystki w social mediach i po prostu wszystkie osoby o takich skrajnie prawicowych poglądach i takich agresywnych formach wypowiedzi usuwałam i blokowałam na Facebooku po to, żeby odsunąć od siebie jakieś ataki i negatywne reakcje jakby jak najdalej. Bo niestety takie epizody też się zdarzały nie wśród znajomych, a po prostu na ulicy i zdarzało się, że jak jechałam z koleżanką i na przykład grożono nam, że podpalą nam te kolorowe łby i różne takie akcje się zdarzały, więc, więc ja po prostu zaczęłam siebie chronić i swoje życie prywatne bardziej.

Czy relacje z rodzicami lub rówieśnikami uległy jakiejś zmianie?

Z mamą nie, z tatą też nie, bo jakby on tego nie wie, z rówieśnikami tak, w sensie ja z kilku tysięcy znajomych zredukowałam do stu pięćdziesięciu tam chyba osób i często też tak ktoś zaczyna sklejać treści, które mi nie odpowiadają, po prostu usuwam takie osoby, żeby, żeby nie mieć takich osób, gdzieś w swoich znajomych, więc mocno uszczupliło się grono moich znajomych.

Jak sądzisz, dlaczego?

No od kilku lat jest taki wyraźny podział na MY i ONI, tak w społeczeństwie i jakby ludzie bardzo mocno czują się w obowiązku, żeby oceniać innych i wypowiadać się na wszystkie możliwe tematy i ja po prostu, jak tylko ktoś na przykład bardzo, bardzo szybkim filtrem były zdjęcia profilowe, jak ktoś wrzucał, na przykład młodzieży wszechpolskiej sobie naklejkę na zdjęcie profilowe albo Korwina, to z automatu go usuwałam

i ktoś jakieś treści pro-life i atakujące LGBT wrzucał, od razu ich usuwałam, więc bardzo szybkie czystki, bo jakby jeśli ktoś atakuje tę społeczność, to atakuje mnie i osoby mi bliskie, to z automatu przestaje być mi bliską osobą, więc, więc jakby to te uprzedzenia i brak możliwości dialogu, bo ja kiedyś, ten, na początku, gdzieś jeszcze w liceum wdawałam się w dyskusje, na początku studiów, tłumaczyłam, że to nie jest tak, że, że strach ma wielkie oczy, że hej znamy się nie, nie od dziś, ktoś mówi „nie, ty jesteś okej, ale ci geje i te lezby paskudne i feministki to nie”. Tak no, ale, no to tak nie działa, że ja jestem inna, bo mnie znasz, nie wszyscy, wszyscy są po prostu, nie jest tak, jak Ty to sobie wyobrażasz, tak? I nie chciało mi się już tego tłumaczyć, ja po prostu, gdzieś przestałam się starać tych ludzi przekonywać.

Mhm. Czy podczas procesu *coming outu* spotkałaś się z niezrozumieniem i jeśli tak, to u kogo?

Tak, głównie z takimi podśmiechujkami, ja bardzo długo postrzegałam siebie jako osobę biseksualną. Teraz myślę, że to nie jest aż takie no proste, w sensie, że myślę, że ja jestem w stanie wejść w relacje, pokochać i emocjonalnie się związać z każdą osobą, więc nie tylko kobietą i mężczyzną, lecz także z osobami transpłciowymi, z osobami, które w ogóle, jakby do żadnej płci się nie przypisują, bo też często jest tak, że potrafię związać relacje z kimś tylko uczuciową, nie musi być między nami, jakiś relacji cielesnej, ale jakby obecność i ten i to jest głębsze uczucie niż jest, po prostu jest to relacja emocjonalna, zaangażowanie, ale jest bez seksu jakby, więc ja myślę, że gdzieś ten mój biseksualizm idzie w kierunku nawet szerszego tego i może nawet jest to jakiś asekualizm czy coś takiego.

Czy bałaś się swojego *coming outu*?

Teraz to już nie pamiętam tak naprawdę, bo ja jakby jestem z tym pogodzona od bardzo, bardzo dawna i i w sumie ciężko mi się do tego odnieść, myślę, że jak jest się nastolatkiem to, to to wszystko wydaje się straszne i człowiek się bardzo boi odrzucenia z każdej strony. No na pewno moja relacja z mamą w tamtym czasie była dużym ułatwieniem. Myślę, że trochę się wstydziłam w sensie takim, że dużo ludzi śmieje się,

że i osoby biseksualne i osoby niebinarne płciowe to po prostu niezdecydowani, i bardzo często z czymś takim się spotykam, to nie jest tak, że, że ja się nie chcę decydować czy coś, to jest zupełnie nie tak, to byłoby dużym uproszczeniem, żeby tak mówić o osobach takich po prostu jest to dużo bardziej złożone i w sferze emocjonalnej i i psychicznie inaczej się do tego podchodzi niż takie po prostu „a zostawię sobie taką furtkę” i myślę, że to bardziej, bardziej się bałam takiego wyśmiewania i bardzo mnie irytowało zawsze mówienie, że biseksualiści są niezdecydowani po prostu.

Czy *coming out* przeszedł po Twojej myśli czy zaskoczyło Cię coś pozytywnie czy negatywnie?

Wśród aktualnych znajomych tych, którzy są ze mną od dawna i ten, ta taka totalna akceptacja, taka, takie zdalne „spoko, okej, tak, tak się czujesz, może nawet nie do końca to rozumiem, ale szanuję to masz do tego prawo”, więc wśród moich bliskich to było fajne.

Czy identyfikujesz się ze środowiskiem LGBTQ+?

Tak, bardzo mocno, mam mnóstwo znajomych, tak naprawdę w każdej możliwej mniejszości wydaje mi się i jakby czuję potrzebę otoczenia się takimi ludźmi, bo, bo mam wrażenie, że trochę, trochę bardziej rozumieją? Trochę bardziej współodczuwają to, co, nas otacza, to, co się dzieje, to jak, jak traktuje się społeczność LGBTQ, bo sojusznicy heteronormatywni i mogą być wsparciem, jak najbardziej, ja nie chcę umniejszać nikomu, ale, ale samemu się tego nie wyświadcza, bo czasami ciężko zrozumieć też tę frustrację, jaka może się pojawić po stronie osób LGBTQ.

Czy ktoś z Twojego najbliższego otoczenia należy do mniejszości seksualnej, kto i jakie macie relacje?

Bardzo dużo moich przyjaciółek, koleżanek, bliższych dalszych kolegów gejów, pracowałam też przez bardzo długi czas z osobą transpłciową. Teraz jakby jesteśmy na stopie koleżeńskiej, ale te relacje są rzadsze, wcześniej widywałyśmy się po prostu codziennie w pracy, ale tak, jak zarówno przyjaciół, koleżanek, kolegów, znajomych mam osoby z różnych, jakby grup mniejszości seksualnych.

Czy poszukujesz towarzystwa osób LGBTQ+?

Nie jakoś na siłę, w sensie nie jest to jakiś wymóg, że musi być taka osoba, na pewno nie otaczam się osobami, które otwarcie krytykują i obrażają takie osoby, ale nie, nie, jakby nie mam problemu z tym, żeby spędzać czas tylko z heteronormatywnymi czy płciowymi osobami, a jakby też z osobami LGBT spędzam dużo czasu.

Czy śledzisz, należysz do grup o tematyce LGBTQ+?

I tak, i nie, w sensie śledzę w social mediach i grupę Stonewall i Lambdę i jakieś inne organizacje i fundacje i w ogóle, które dosyć mocno są związane z tą tematyką. Ja też mocno jakby ruch drag queen i jakieś queerowe akcje zagraniczne obserwuję, ale, ale kiedy jest tak źle, że czuję jakąś taką przemożną potrzebę, żeby bardzo mocno się tam udzielać.

Czy manifestujesz, starasz się pokazać, sprawiasz, żeby była widoczna Twoja orientacja, tożsamość, przepraszam?

Kiedyś tak, od mniej więcej dwóch lat nie, od momentu kiedy, po prostu zaczęliśmy się bać, ja i moi znajomi o siebie i zaczęliśmy się bać ataków, które się zdarzały czy w komunikacji, czy na przystanku, czy na ulicy, czy obrażania nas nawet w czasie, w czerwcu, gdzie zawsze przez miesiąc chodziliśmy z tęczowymi torbami, przypinkami, w skarpetkach kolorowych, w kwiatkach i gdzieś tam pokazywaliśmy się w ramach tego miesiąca dumać, no ja od dwóch lat nie uczestniczę w tym, bo, bo zdarzały się takie sytuacje takich otwartych ataków na mnie i na moich bliskich i po prostu boimy się i ja się boję i ludzie z mojego otoczenia do tego stopnia, że jak facet zaatakował mnie i koleżankę w tramwaju pijany i zaczął nam machać odpaloną zapalniczką przed twarzami i grozić, że nas podpali po prostu przez, to było w wakacje, przez bardzo długi czas jeździliśmy tylko taksówkami, żeby jakby unikać komunikacji miejskiej i możliwości takich ataków.

Rozumiem. Czy działasz aktywnie na rzecz osób LGBTQ+?

To zależy w sensie ostatnio, ostatnio dużo się działo i dużo ludzi wyszło na ulicę i to było połączone i prawa kobiet i wkurzone osoby właśnie z grona LGBTQ, bo ile można słuchać tych wszystkich oszczerstw i, tego,

co jak nakręcane, jest nagonka ze strony partii rządzącej i ma, więc tak uczestniczę w tych protestach, które były ostatnio. W Internecie często się wypowiadam, ja pracuję na co dzień z młodzieżą, więc mocno stawiam na po prostu dialog z nimi i tłumaczenie im, bo wierzę, że to ma większy sens, co roku też jakby jeden procent przekazuję na Lambdę, więc z jednej strony tak, z drugiej strony na pewno są ludzie, którzy robią więcej, ja totalnie wycofałam się z, tak, jak mówiłam wcześniej z prób nawracania, gdzieś takich skrajnie prawicowych osób, bo to nie ma sensu, jakby też teraz zwłaszcza w tym roku moje życie przeniosło się do Internetu i do pracy, więc ciężko jest mówić zdecydowanie poza domem, poza Internetem.

Czy należysz do jakichś organizacji?

Nie.

Jakiego rodzaju aktywizmu się podejmujesz?

Poza uświadamianiem młodzieży i to też jest takie mocno nieoficjalne w sensie, nie jestem oddelegowana do tego przez mojego pracodawcę, po prostu w czasie pracy, jak rozmowa z młodzieżą zjeździe na taki temat, to otwarcie im mówię, ale to nie jest jakiś sex ed czy jakieś zajęcia dedykowane takiemu aktywizmowi i promowaniu wiedzy na temat środowisk LGBT, no, a po za tym to, to czasami w Internecie z kimś porozmawiam, wypowiem się, ale zawsze, zawsze raczej na takich mniej lajtowych forach niż wśród osób o skrajnych poglądach prawicowych.

Jak zazwyczaj ludzie reagują, gdy ujawniasz swoją tożsamość seksualną?

Od dwóch lat tak właściwie poza zaufanym gronem bliskich raczej nie ujawniam, bo też jakby no ten ostatni rok to w ogóle było mało okazji ku temu, jak byliśmy odizolowani. Wcześniejszy rok też, jakby ja byłam dosyć wycofana i ze względu na zdrowie i w ogóle, więc, więc dużo rzeczy się na to nałożyło tak że ciężko, ciężko mi to określić, bo od dwóch lat ja tak właściwie jestem bardzo wycofana, a nastroje polityczne też nie sprzyjają temu, to ja się czasami, czasami jest tak, że ja jestem tak załamana, że myślę, że my stąd nie wyjedziemy z tego kraju to, to nic się nie zmieni i odechciewa się tutaj cokolwiek robić.

Czy spotkałaś się z przemocą fizyczną lub psychiczną nienawiścią w różnych środowiskach takich, jak szkoła, praca, rodzina?

Rodzina, praca ta, w której aktualnie pracuję, nie. W szkole i w czasie studiów na APS-ie i w czasie szkoły średniej zdarzały się zwłaszcza w szkole średniej, gdzie jeszcze korwinizm był tą chorobą wieku nastoletniego u wielu chłopców tak, to były różne dyskusje na temat orientacji i tożsamości płciowej i wyśmiewania. Na APS-ie po prostu mieliśmy w grupie jednego takiego typowego dresika, który też często nie personalnie do mnie czy do kogoś o innej orientacji, tylko po prostu wchodził w dyskusje nawet z wykładowcami i mocno swoje poglądy demonstrował i obrażał. Bardziej to się dzieje w przestrzeni publicznej i od obcych osób i nawet, nawet starsze panie w tramwaju potrafią głośno komentować i to jest także nawet nie podchodzą tylko potrafią gdzieś z odległości krzyczeć, że „obrzydliwcy”, że jakieś, jakieś inne teksty, że „jak tak można? To jest obrzydliwe” i na przykład takie emocje wzbudza tęczowa torebka z Tigera, więc, więc ataki słowne i groźby pobicia najczęściej w autobusach i tramwajach, na ulicy, na przystanku, głównie ze strony dresików i chłopaczków takich w młodym wieku, czasami jakieś babki z wózkiem, ale to też takie dosyć mocno wpisujące się w pewien schemat takich praskich rejonów, że tak trochę powiem, nie wiem, nie chcę ich obrazić to trochę takie dresiarzy i takie tego typu kobiety, no i starsze panie też, też starsze panie potrafią atakować często, no, ale tak groźby, podpalenia czy pobicia no to ze strony mężczyzn przed trzydziestką najczęściej.

Czy przez swoją tożsamość utraciłaś kontakt z ludźmi z Twojego otoczenia?

Tak, tak, tak, tak, jak Ci mówiłam, że, ale to też nie była ich decyzja, że oni zerwali ze mną kontakt i ja też nie jakoś nie czułam straty, ja sama tych ludzi usunęłam ze swojego otoczenia.

Czy jesteś teraz w związku?

Tak.

Czy rodzina, bliscy akceptują Twój związek? Lubią Twojego chłopaka/Twoją dziewczynę?

Tak, tak nie ma z tym problemu.

Jak zachowujecie się, gdy jesteście razem z partnerem/partnerką w miejscach publicznych, czy okazujecie sobie miłość, jaka jest reakcja otoczenia?

Nie, w sensie niezależnie od tego czy aktualnie jestem z osobą tej samej płci czy przeciwnej płci, nauczyłam się nie okazywać uczuć publicznie i to się też wzięło z tego, że czasami nawet położenie głowy na ramieniu koleżanki w autobusie, gdzie to nie była w ogóle moja partnerka, spotykało się z jakimś komentarzem i jakby ja nieważne z kim jestem, nie okazuję tych uczuć, bo, bo spotykam się z takimi sytuacjami i, i taki sobie wyrobiłam schemat, żeby publicznie nie okazywać uczuć.

Czy w ostatnim czasie zauważyłaś jakieś zmiany w sposobie traktowania cię przez otoczenie w różnych środowiskach, tak, jak właśnie wcześniej mówiłaś szkoła, praca, rodzina?

Nie, zauważyłam za to, że jakby coraz więcej ludzi czuje, że może i nawet musi się wypowiedzieć na temat osób LGBT i może bezkarnie je obrażać i, że jakby ludzie nie zdają sobie sprawy, że ich słowa mają wpływ na kogoś i mogą zranić i po prostu taka bezmyślność napędzana też przez to, jak wypowiadają się politycy, przez to, jak wypowiadają się ludzie w telewizji, mam wrażenie, że to jest powiązane w jakiś sposób.

Czy zauważyłaś jakieś zmiany w sposobie mówienia o mniejszościach seksualnych w mediach?

Tak, zdecydowanie, zdecydowanie zwłaszcza w telewizji państwowej i jakby widzę to tylko i wyłącznie w Internecie, bo nie oglądam telewizji na co dzień, to jest nie na moje nerwy, ale jak czasami czytam to, co się dzieje i jak widzę te paski z TVP i te newsy, sekcje komentarzy to też bardzo często, to, to po prostu jest jakiś dramat, to, co się dzieje i to jak ludzie otwarcie obrażają innych. Dosłownie mam wrażenie, że LGBT jest brane jako ideologia nie, nie jako drugi człowiek i, i tak jak prezydent nazwał ruch LGBT ideologią, tak ludzie przestali postrzegać swojego sąsiada, sąsiadkę, koleżankę z klasy nie to jest po prostu jakiś mityczny twór, który jest zły i trzeba się go bać i trzeba chronić dzieci, rodzinę. Można, można no jakby nazywać ludzi, którzy są w tej grupie zboczeńcami, wynaturzeńcami, przypisywać wszystko, co najgorsze i to w ogóle

nie trafia w drugiego człowieka, który jest wrażliwy i któremu to sprawia przykrość, nie i właśnie przez to jakie są nastroje w Internecie, w mediach i w polityce. Ja czasem mam wrażenie, że, że tu nie ma szans w tym kraju na normalne życie, że jedną opcją jest wyjechanie za granicę i też coraz bliższa jestem tego, żeby ten kraj opuścić.

Czy w obliczu ostatnich wydarzeń zaobserwowałaś mniejszą lub większą aktywność środowisk LGBTQ+?

No od kiedy strajk kobiet zaczął intensywniej działać, to też wsparcie ruchu LGBT jest, jest duże i na protestach i wszędzie mocno wyraźne w tym roku mało było parad tak naprawdę, tak jak zwyczaj i Poznańska Parada Równości i Warszawaska i wszystkie, wszystkie po kolei są dosyć głośne i widać to, fajne są relacje z tego, w tym roku tego zabrakło, ale tak generalnie wsparcie osób LGBT dla strajku kobiet i tego, co się dzieje ostatnio w polityce jest dosyć inna i też, też w czasie kampanii prezydenckiej, jak była ta akcja LGBT to ideologia, a nie ludzie, wtedy też było duże takie, że aktywizacja środowiska i od tego tak naprawdę cały czas jest, coś się dzieje, co wymaga większego zaangażowania tak, że tak ja, ja widzę zaangażowanie tego środowiska w i jakby w odpowiedzi na, na to, co się dzieje ze strony środowiska LGBT.

Czy zauważyłaś jakąś reakcję u władzy i mediów na to, co się dzieje?

Trochę, trochę to jest już o tym mówiłam w sensie, że jest straszna nagonka, z drugiej strony to, co się dzieje aktualnie w Polsce, to w ogóle jakiś, jakaś kpina, ciężko, ciężko mi się w ogóle wypowiadać na, na temat tej sytuacji, bo, no bo nie jest dobrze i nie jest kolorowo i jeśli ludzie tacy, jak ja, którzy skończyli studia i chcieliby zacząć żyć normalnie, widzą jedyną swoją szansę na normalne życie, wyjeżdżając z tego kraju, to nie dzieje się dobrze i co mogę powiedzieć, widzę olbrzymią hipokryzję władz, zwłaszcza w obliczu tych ostatnich seks skandali w Brukseli i tych orgii, widzę, jak rozpada się Kościół katolicki i widzę, jak wszystko jest zamiatane pod dywan i wszystko jest obracanie kota ogonem jedno wielkie w mediach i przez partię rządzącą, więc ciężko mi nie używając wulgaryzmów, ani w ogóle się wypowiadać na ten temat.

Czy przekaz mediów i władz wpływa na Twoje postrzeganie siebie, poczucie bezpieczeństwa w społeczeństwie?

Na poczucie bezpieczeństwa tak, bo, bo jednak każde kolejne wybory pokazują, że ta partia ma duży elektorat i to wśród, jednak no sondaże są nieubłagane, wśród gorzej wyedukowanych łatwiej, łatwiejszych do ogłupienia ludzi i też czyta się o atakach na ludzi ze społeczności LGBT, czyta się o przemocach fizycznej, psychicznej i ja się tego obawiam, zwłaszcza, że w jakimś stopniu mnie to wcześniej spotkało, więc tak widzę wpływ tego, jak politycy rządzący nastawiają ludzi przeciwko sobie i, i ja się tego osobiście boję i wkurza mnie to też równocześnie i to jest takie niby z jednej strony przyjmują opłatek, z drugiej chcą walić pięściami i głową w ścianę ze złości.

W ostatnim czasie miała miejsce kampania wyborcza na prezydenta, gdzie było powielane określenie osób LGBTQ+ jako ideologia, jak oceniasz tę kampanię?

No to jest przykre i to jest bolesne trochę, trochę już czasu od tego minęło, ale jakby no obracając się w tym środowisku, często jest tak, że na przykład siedzimy ze znajomymi i znam ludzi, którzy są w związku przez parę ładnych lat, tak sześć, siedem lat, mają wspólne mieszkania, mają wspólne gospodarstwo domowe, zwierzęta, a w momencie, kiedy coś się wydarzy, to one prawnie żyją osobno i o ile takie nazywanie kogoś ideologią jest przykre i bolesne, to jakby nie robienie nic z prawem, które nie pozwala zawierać związków partnerskich, to przekłada się na komfort życia, bo na przykład moja koleżanka ma dużo starszą od siebie partnerkę i ona się boi, że jej się kiedyś, nie daj Boże, stanie, na przykład podczas powrotu z pracy Anka będzie miała wypadek samochodowy, to ona nawet nie uzyska informacji w szpitalu, nie będzie mogła decydować, co dalej, jak ma przebiegać leczenie, a rodzina, z którą Anka nie ma kontaktu, będzie mogła decydować, mimo że sama zainteresowana tak nie chciałaby tego. W ogóle, więc, więc to jest przykre i to jest wkurzające zarazem.

Czy sytuacja ta miała wpływ na Twoje życie codzienne?

I tak i nie w sensie my się możemy śmiać z tej partii, możemy robić memy możemy wysyłać sobie, mówić, że ich nie szanujemy, ale jednak oni rządzą tym krajem i oni mają swój elektorat, więc z jednej strony, mówimy,

że, mówi się, że dobra walić to, to po mnie spływa, to mnie nie obchodzi, a z drugiej strony to daje przekonanie, że w tym kraju nie ma dla mnie miejsca i, i, że to nie jest miejsce, gdzie ja docelowo będę żyć.

Czyli źle się czujesz w Polsce, tak? Nie wiążesz z nią przyszłości?

Tak, zdecydowanie. Tak od kilku lat coraz głośniej o tym mówię, że chciałabym wyjechać, że jest coraz gorzej i w tym momencie, jakby nie tylko stosunek do środowiska LGBT, lecz także ogólnie to, co robi rząd sprawia, że jestem coraz bliższa tego, żeby opuścić ten kraj.

Dobrze, dziękuję bardzo za wywiad, cześć.

Dziękuję. Cześć.

IV.

Podsumowanie

Adam Buczkowski

Rozdział 6.

„Aż ostatnie słowa nie zostaną wypowiedziane” – doświadczenia niemych i uciszanych w czasach pandemii

Prezentowana publikacja dotyczy dwóch problemów współcześnie odczuwanych przez młode osoby – studentów, których natura dotyczy zachowań ludzi w pandemii SARS-CoV-2, oraz doświadczeń osób będących członkami tożsamościowych grup mniejszościowych. Oba tematy są przedstawione za pośrednictwem wywiadów, opowieści o życiu tu i teraz, o relacji z innymi i własnych doświadczeń. Są to narracje opowiadane, przeżywane, z podziałem ról na autora i słuchacza, którzy czasem mogą zamienić się miejscami, a może nawet powinni zamienić się miejscami?

Dobry film powinien rozpoczynać się od trzęsienia ziemi

W filmie *Jakub kłamca* Petera Kassowitza z 1999 roku główny bohater, tytułowy Jakub, przekazuje zmyślane informacje z radia o niemieckich klęskach na froncie, dając nadzieję na wyzwolenie współwięźniom z żydowskiego getta w czasie II wojny światowej. Idea kryjąca się za tym filmem jest zwykle interpretowana poprzez powiązanie jej z tragedią Holokaustu, jest to kolejny obraz o Zagładzie.

Co łączy film Kassowitza i wybory badawcze studentów przedstawione w tej pracy? Na to pytanie pozornie trudno jest odpowiedzieć. Częścią wspólną jest przywołane w powyższym nagłówku „trzęsienie ziemi”, sytuacja graniczna, odbiegająca od normy, nieoczywista, wymagająca zawieszenia dotychczasowego rozumienia świata i zmuszająca do wysiłków ponownej interpretacji zastanej, ale i gwałtownie zmieniającej się na naszych oczach rzeczywistości. Sytuacja pandemii SARS-CoV-2, szczególnie w jej prezentacji medialnej, pokazywana była jako katastrofa na miarę wojny.

Wszyscy pamiętamy marzec roku 2021 – opustoszałe ulice polskich miast, pozornie uspokajające wypowiedzi władz, z jednej strony bagatelizujących nadchodzące zagrożenie, a z drugiej chyba równie poważnie przerażonych nadciągającymi nieprzewidywalnymi problemami. Sprzeczne komentarze i chaotyczne, paniczne reakcje decydentów pragnących zapewnić poczucie panowania nad sytuacją, czego przykładem są zakupy niesprawnych respiratorów, „choćby od diabła” – jak to określił ówczesny minister zdrowia – czy medialne transporty samolotowe maseczek chirurgicznych, które – jak się okazało – nie spełniały wymogów sanitarnych. Dla nas wszystkich znakiem zmian były kolejki przed sklepami, czy ostrzegawcze komunikaty emitowane przez samochody policyjne jeżdżące po ulicach miast, a angielska fraza „lock-down”, zamknięcie zakładów pracy i całego sektora handlu i usług, w przyspieszonym kursie języka angielskiego, zaczęła być powtarzana i odmieniana przez każdą polską rodzinę.

O ile pandemia SARS-CoV-2 miała przyczynę leżącą po stronie „naturalnych ram” interpretacji sytuacji, jakby to określił Goffman (2010), to powtórne trzęsienie ziemi wywołane zostało już siłami ram społecznych w czerwcu 2020 roku, tutaj przebranych w politycznie motywowane próby mobilizacji elektoratu, przed nadciągającymi wyborami na Prezydenta Polski. „Próbuje się nam proszę państwa wmówić, że to ludzie, a to jest po prostu ideologia” – te słowa urzędującego ówczesnie Prezydenta Polski, Andrzeja Dudy, kandydującego ponownie, w jednym z mniejszych polskich miast, na temat osób homoseksualnych, stały się jednym z głównych tematów rozwijającej się kampanii wyborczej. Wypowiedź ta stała się chyba kulminacją narastającej fali nacechowanych negatywnymi epitetami wypowiedzi skierowanych przeciwko grupie osób powiązanych odmiennością seksualną. Wcześniejsze wypowiedzi o „tęczowej zarazie” Marka Jędraszewskiego, jednego z arcybiskupów Kościoła katolickiego, czy oświadczenia polityków konserwatywnych niższej kategorii nie wywołały tak istotnego rezonansu w przestrzeni społecznej. Moralna krucjata prowadzona od pewnego czasu przez środowiska konserwatywne stoi przecież w całkowitej sprzeczności w wynikami badań naukowych dotyczących seksualności człowieka oraz podążającymi za nimi zmianami kulturowymi i społecznymi.

Drugie trzęsienie zostało zatem wywołane siłami, a w zasadzie słowami ludzi.

Wspólny mianownik obu tych sytuacji jest dość szeroki. Przede wszystkim jest to gwałtowne zetknięcie zdarzenia niezgodnego z ustalonym porządkiem świata, jest radykalnym zaprzeczeniem „normalności”, która wydawała się tak wszechobecna, tak niezauważalna jak powietrze. Podobieństwem jest też subiektywna reakcja na oba te zdarzenia grup osób, których dotyczy – jest nim strach płynący z zewnątrz oraz często ucieleśniony lęk, a także tego konsekwencje – poczucie izolacji, depresja, alienacja i inne problemy psychiczne. Jak pokazują wywiady umieszczone w tym tomie, doświadczenia osób LGBT i pacjentów próbujących uzyskać pomoc medyczną w czasach pandemii SARS-CoV-2, są do siebie bardzo podobne.

W klasycznym wymiarze ludzkich doświadczeń w konstruowaniu świata obsadzenie obu pól dychotomii natura – kultura jest kolejnym wspólnym obszarem badanych przez studentów zjawisk. Po stronie natury leżałaby zatem pandemia, mająca swe źródła w niezależnych od człowieka, niewidocznych gołym okiem mikrobach, a po stronie kultury – naukowe i medyczne próby definiowania etiologii i sposobów zwalczania wirusa. Seksualność również w ludzkich społeczeństwach wyraża się na obu polach tej dychotomii – seksualność ma swe źródła biologiczne, ale też kultura wskazuje na różnorodność wyrażania tego popędu.

Jeszcze jednym łącznikiem jest wymiar władzy, tutaj objawiającej się poprzez dominujący dyskurs, wiedzę niespecjalistyczną rozpowszechnioną w społeczeństwie. Mamy zatem perspektywę pacjentów, których dyskurs wydaje się dominujący, zestawionych z odczłowieczonym – w percepcji badanych – urzędniczym systemem ochrony zdrowia. Osoby tworzące ten system w przestrzeni medialnej są w zasadzie nieme (a w zasadzie „niesłyszane”), ich głos z rzadka przebija się przez głosy większości, którą są pacjenci. W tej pracy słyszymy głos innej mniejszości, osób ze środowiska LGBT, grupę podporządkowaną symbolicznie, uciskaną przez heteroseksualną większość kulturową w sytuacji ideologicznie i politycznie motywowanych ataków.

W obu grupach naturalną potrzebą jest jednak potrzeba potwierdzenia oczekiwanego porządku społecznego świata, a drogą do jej odnalezienia wydaje się informacja skierowana do większości.

Doświadczenia „niemych”

Sytuacja pandemii SARS-CoV-2 i doświadczenia pacjentów pokazują widoczne problemy publicznego systemu ochrony zdrowia w Polsce. Z perspektywy pacjentów to przede wszystkim długi czas oczekiwania na udzielanie świadczeń, nieuprzejmy, mało empatyczny personel, niska jakość infrastruktury oraz wyposażenia szpitali i przychodni, co szczególnie łatwo zaobserwować, zestawiając je z wizerunkiem placówek medycznych sektora prywatnego, a także wyobrażeniami medialnymi z popularnych seriali (np. fikcyjny Szpital Leśna Góra z serialu *Na dobre i na złe*).

Doświadczane zamknięcie systemu na pacjentów, co jedna z badanych metaforycznie spuentowała jako sytuację, gdy „lekarze są pozamykani w przychodniach jak księżniczki na zamku, a dostępu bronią do nich smoczyce – pielęgniarki”, to prawdopodobnie dominująca perspektywa osób korzystających z usługi medycznej, co potwierdzają prezentowane wywiady.

Uderzające jest jednak istnienie tylko jednej perspektywy i w zasadzie całkowity brak w refleksji badanych pacjentów czegoś innego – a mianowicie perspektywy samego personelu ochrony zdrowia. Bez pokazania i zrozumienia sytuacji, w jakiej znajdują się medycy, nie sposób pojąć przyczyny zrozumiałego przecież niezadowolenia z dostarczanych usług, a przedstawiana relacja ograniczy się jedynie do katalogowania problemów doświadczanych przez potrzebujących pomocy pacjentów. Dlatego w dalszej części tego opracowania będzie przedstawiona perspektywa pracowników ochrony zdrowia, dla dopełnienia samego obrazu, oraz dla zrozumienia głębszych przyczyn zjawisk obserwowanych przez pacjentów.

Wydaje się, że nie jest to nic nowego, wszakże niewiele osób dostrzega trud pracy ludzi w sektorze usług. Praca kasjerek i kasjerów w supermarketach,

kosmetyczek, fryzjerów, pracowników call-center, stewardes itd. rzadko kiedy jest postrzegana w relacjach współpracy w realizacji wspólnego celu, z dostrzeżeniem subiektywnej perspektywy „drugiej strony”, a bardzo często pozostaje w relacji „klient nasz pan”.

Figura „klienta Pana” często uwidacznia się wręcz w feudalnej władzy klienta nad pracownikiem usług, co przejawia się w bezwzględnym żądaniu dostarczenia usługi najwyższej jakości, przy najniższym koszcie, bez akceptacji jakiegokolwiek słabości, zmęczenia, zawahania, czy popełnienia niedokładności i błędu. Jeśli takie sytuacje wystąpią, „klient Pan” ma prawo się oburzyć, często poprzez różnego typu wyrażenia emocjonalne kierowane bezpośrednio do pracownika sektora usług z żądaniem natychmiastowego zadośćuczynienia. Wobec personelu „klient Pan” kieruje jedynie swoje żądania, nie wykazując jakiegokolwiek zrozumienia dla ich emocji.

O takich reakcjach wobec personelu medycznego media informują od wielu lat. Agresja bezpośrednia i przemoc słowna wobec ratowników medycznych udzielających świadczeń medycznych na miejscu zdarzenia stała się problemem społecznym omawianym nawet na poziomie gremiów rządowych. Brak szacunku wobec personelu medycznego przyjmuje także inną postać, wspieraną przez sprzyjające obecnej władzy media i ich pogardliwe relacje dziennikarskie w internecie, wzmacniane przez rządowe akcje informacyjne sugerujące ukrywanie błędów medycznych przez lekarzy. Przykładem tego jest choćby głośny i odbijający się echem do dziś w środowisku medycznym komentarz ministra sprawiedliwości Zbigniewa Ziobro wobec jednego z lekarzy – „już nikt nigdy przez tego pana życia pozbawiony nie będzie” (będący pokłosiem indywidualnego sporu sądowego), a to tylko jeden z przykładów.

Inny przykład, wskazujący na feudalny stosunek do personelu, to problem przygotowania higienicznego niektórych pacjentów do badania lekarskiego. Codziennosc trudnych doświadczeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych zaniedbanym i zanieczyszczonym osobom bezdomnym lub nadużywającym alkoholu w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych jest wyrażana jedynie w rozmowach wewnątrz środowiska (choć problem nie

dotyczy jedynie osób zmagających się z bezdomnością/chorobą alkoholową). Pytanie, czy lekarz ma prawo odmówić badania w sytuacji, gdy pacjent przychodzi do niego nieumyty (nieprzygotowany), nadal nie zostało jednoznacznie społecznie rozstrzygnięte. W sensie prawnym lekarz ma prawo odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego (jeśli stan pacjenta jest stabilny, w sytuacjach ratujących życie lekarz ma obowiązek udzielić pomocy), ale powinien wskazać innego lekarza.

Niskie zarobki w publicznej ochronie zdrowia powodują jeszcze jedno zjawisko – podejmowania pracy w wielu podmiotach, co prowadzi do permanentnego przemęczenia, osłabienia wrażliwości, niekiedy wręcz do śmierci lekarzy dyżurujących bez przerw przez kilka dób, o czym okresowo informują media. Wprawdzie nieczęste sytuacje, gdy pielęgniarki czy ratownicy medycznie pracujący po 500 godzin miesięcznie (średnio ponad 16 godzin dziennie, bez dni wolnych), to skrajne przypadki racjonalizowania przez personel medyczny sytuacji niedofinansowania ochrony zdrowia w Polsce, wydaje się jednak, że dominującym odczuciem, które podziela personel medyczny w Polsce, jest fizyczne i psychiczne przemęczenie. Dodatkowo obciążającym czynnikiem jest jeszcze poczucie bycia „społecznie niemy”, niesłyszany, ponieważ doświadczenia pracowników sektora usług nie mają obecnie możliwości dojścia do głosu, nie mają także wsparcia tożsamościowego, jakie mogą uzyskać inne grupy, na przykład omawiana w dalszej części tego opracowania mniejszość LGBT. Środowisko medyczne nie posiada wspólnej tożsamości, jest podzielone na grupy zawodowe, pozostające między sobą w stanie swoistego napięcia, co jest często wykorzystywane przez władze polityczne.

„Ciemny lud” pracowników medycznych nie posiada więc – w sensie społecznej percepcji – własnego głosu, jest niemy, pozbawiony podmiotowości, bywa też często wręcz odczłowieczony. Przypomina sytuację wielu innych „dyskursywnie niemych” grup społecznych, jak osoby biedne, bezdomne, przynależące do odmiennych zbiorowości etnicznych czy grup o odmiennej tożsamości seksualnej. Sytuacja ta dotyczy pracowników ochrony zdrowia, którzy mają wykonywać swoją pracę bez wpływu okoliczności zewnętrznych, jaką jest na przykład organizacja systemu ochrony zdrowia i tego

konsekwencje oraz niezależnie od samego stosunku pacjenta do personelu. A te czynniki w dużym stopniu determinują doświadczenia obu stron interakcji – i pacjentów, i personelu.

Organizacja systemu ochrony zdrowia jest prawdopodobnie główną determinantą wpływającą na emocje i doświadczenia. Prac dotyczących tego zagadnienia jest wiele, stanowi to jedno z podstawowych rozważań i jednocześnie wyzwań organizacyjnych w państwach europejskich. Pomimo istnienia wielu modeli organizacji ochrony zdrowia, żaden z nich nie stał się na tyle efektywny, by stać się dominującym wzorem organizacji w innych państwach. Głównym ograniczeniem jest konieczność funkcjonowania w rzeczywistości gospodarczo-ekonomicznej. Działalność podmiotów ochrony zdrowia jest więc z jednej strony objęta misją, co kiedyś znajdowało swój wyraz w terminie „służba zdrowia”, z drugiej zaś znajduje się rachunek ekonomiczny i – w porównaniu do podmiotów działających na wolnym rynku – ograniczenia z nim związane wynikające ze sposobu finansowania i rozliczania świadczeń przez publicznego płatnika NFZ oraz prawnego zakazu udzielania płatnych świadczeń pacjentom przez podmioty publiczne. W sensie makrostrukturalnym ograniczenia te dotyczą przede wszystkim kilku zjawisk: asymetrii informacji pomiędzy pacjentem i personelem – to personel dysponuje pełnią informacji o zakresie usługi, którą można zaproponować pacjentowi. Prowadzi to do braku możliwości podejmowania przez pacjentów w pełni racjonalnej decyzji odnośnie do zakupu usług, co jest jednym z dogmatów wolnego rynku. Drugim ograniczeniem rynkowego podejścia do zdrowia jest ryzyko generowania popytu na usługi medyczne – pacjent raczej nie zakwestionuje konieczności badania kontrolnego, a – w sytuacji asymetrii informacji – personel może wręcz w nieograniczony sposób generować zapotrzebowanie na usługi medyczne, co zdecydowanie obciąża trzecią stronę tej relacji, czyli płatnika publicznego NFZ.

Kolejnym czynnikiem wpływającym na organizację systemu ochrony zdrowia jest ryzyko hazardu moralnego, czyli braku konsekwencji dla pacjentów, którzy nie podejmują zaleceń wydanych przez personel lub prowadzą styl życia, którego elementy mogą prowadzić do konieczności zwiększenia

kosztów świadczenia usług. W rynkowym systemie ubezpieczeniowym działania o podwyższonym ryzyku wystąpienia szkody prowadzą do wzrostu kosztu składki, w systemie ochrony zdrowia – ze względów na wartość równego dostępu do ochrony zdrowia niezależnie od stylu życia – wyższa składka nie jest naliczana.

Inną ważną zmienną wpływającą na organizację ochrony zdrowia, i w konsekwencji doświadczenia pacjentów przedstawiane w tym tomie, stała się sytuacja pandemii. Warto podkreślić, że wielkość systemu ochrony zdrowia (np. liczba łóżek w szpitalach, personelu, sprzętu, nakładów finansowych itp.) została wyznaczona jako zmienna statystyczna historycznych poziomów zapotrzebowania na te usługi. Pojawienie się nowej, licznej grupy pacjentów doprowadziło do sytuacji, w której dotychczasowy system organizacyjny ochrony zdrowia nie był w stanie, bez szkody dla dotychczasowych pacjentów, wchłonąć osoby zarażone SARS-CoV-2. Pandemia doprowadziła więc do paraliżu systemu ochrony zdrowia, ograniczając możliwości przyjęcia tych pacjentów, dla których system został skalibrowany, czego przykładów niedawno dostarczały nam media, pokazując kolejki karettek pogotowia z pacjentami czekającymi wiele godzin na badanie i leczenie w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych. Nowość sytuacji epidemicznej wynikała także z niepewności co do źródeł transmisji wirusa, jego rozwoju, możliwości przetrwania poza organizmem żywiciela, metod leczenia, ograniczania i zapobiegania rozwojowi infekcji.

Reakcja władz państwa również naznaczona była (i jest) niepewnością – co jest oczywiście zrozumiałe w sytuacji wystąpienia całkowicie nowej sytuacji epidemicznej. Przykładem tego była zmienność i wydawanie wielu nieprecyzyjnych aktów prawnych, a część z nich z praktycznie natychmiastową wykonalnością, stąd prawdopodobnie uwagi pacjentów odnośnie do niedostatecznej liczby stanowisk telefonicznych, rejestracji elektronicznej (obsługi e-mail) w momencie wdrożenia systemu teleporady. Nawet w sytuacji pandemii w myśleniu o natychmiastowej gotowości do realizacji zadań wymagających przygotowania logistyki, infrastruktury, zatrudnienia i przeszkolenia personelu, widać cechy myślenia magicznego. Nie dziwi zatem reakcje pacjentów – co również można zauważyć w prezentowanych

wynikach badań – zwracających uwagę na nieprzygotowanie placówek do oczekiwanego poziomu świadczenia usług wobec pacjentów.

Konsekwencje funkcjonowania zawodowego w takiej sytuacji organizacyjnej i epidemicznej dla personelu medycznego są łatwe do przewidzenia, ale społecznie niedostrzegalne. Trzeba także pamiętać, że personel medyczny to również ludzie, którzy współodczuwają sytuację przerwania, niepewności, braku informacji, chaotycznych, niespójnych lub niemożliwych do natychmiastowego wykonania regulacji normatywnych tworzonych przez władze polityczne. Podnosi to i tak wysoki poziom stresu sytuacyjnego, który jest istotnym czynnikiem ryzyka wypalenia zawodowego (Maslach i Leiter, 2011).

Autor prezentowanego opracowania prowadził nieustrukturyzowaną obserwację uczestniczącą w jednym z miejskich szpitali o profilu ogólnym średniej wielkości w Warszawie, w okresie od początków wystąpienia pandemii w marcu 2020 roku aż do końca wakacji 2021 roku, przy czym obserwacja prowadzona była z perspektywy części administracyjnej szpitala. Informacje przedstawione w dalszej części tego opracowania będą zatem pochodziły z obserwacji naocznej, zaangażowanej.

Dla sytuacji doświadczeń personelu ważne jest zaznaczenie sytuacji nadzwyczajnej, szpital częściowo bowiem został przekształcony w tzw. szpital covidowy, to znaczy taki, w którym duża część oddziałów przyjmowała jedynie pacjentów z rozpoznaniem zakażeniem SARS-CoV-2 w stanie wymagającym hospitalizacji, w tym intensywnego leczenia tlenem oraz respiratoroterapii.

Najtrudniejszymi chwilami dla personelu były: początek pandemii i pierwsza fala oraz druga fala, jeszcze przed pojawieniem się szczepionek, a związane to było przede wszystkim z elementarnym brakiem informacji na temat etiologii wirusa SARS-CoV-2. Gorączkowe poszukiwanie informacji, przygotowywanie procedur zestawione ze sprzecznymi, niekiedy wyolbrzymionymi lub zniekształconymi wyobrażeniami na temat potencjalnych konsekwencji epidemii, powodowały u części personelu reakcję wręcz

instynktownie zwierzęcą. Nasiloną absencją części młodszego personelu (szczególnie kobiet–lekarek i pielęgniarek) związana była z obawami o życie i zdrowie własne oraz najbliższych, w tym dzieci. Uciekać i chować się – te najczęściej zalecane strategie zachowania w sytuacji niezrozumiałego zagrożenia, znalazły tu swoje potwierdzenie. Część personelu, pracująca w kilku miejscach, ograniczyła swoją aktywność tylko do swojego głównego miejsca pracy, co spowodowało dodatkowe osłabienie zespołów lekarsko–pielęgniarskich.

Nieoczekiwany, acz spodziewany (taka sama sytuacja zdarzyła się przecież w większości szpitali) wybuch ogniska epidemicznego SARS-CoV-2 w jednym z oddziałów i jego rozszerzenie się na kolejne oddziały, konieczność ewakuacji pacjentów, przesunięcia personelu na kwarantannę, związana z tym wrzawa medialna, spowodowały zwiększenie chaosu i poczucia subiektywnego zagrożenia oraz utraty panowania nad sytuacją. Praca zdalna, nawet w części administracyjnej, okazała się mało efektywna, przede wszystkim ze względu na niewystarczającą infrastrukturę informatyczną – słabą przepustowość łączy, brak komputerów itd.

Pierwsze fazy pandemii to także zwielokrotnienie siły rażenia dotychczasowych problemów związanych z finansowym funkcjonowaniem szpitala. Konieczność uzupełnienia zapasów środków dezynfekcyjnych i środków ochrony osobistej dla personelu w sytuacji wielokrotnego wzrostu cen tych materiałów, braki tego asortymentu na rynku, dodatkowo potęgowała obawy o możliwość poradzenia sobie w tej sytuacji.

Wkrótce nadeszło wsparcie ze strony organizacji pozarządowych, a później także i agend rządowych, a przede wszystkim samorządowych. Nawet osoby fizyczne kontaktowały się ze szpitalem, pragnąc przekazać indywidualne darowizny, czy to materiałów medycznych, środków dezynfekcyjnych, posiłków, produktów higienicznych dla pacjentów, a niekiedy także podstawowego sprzętu medycznego. Wciąż dominującym uczuciem była jednak niepewność rozwoju sytuacji i strach przed negatywnymi indywidualnymi konsekwencjami zdrowotnymi dla personelu i ich rodzin. Przypadek przeniesienia zakażenia wirusem pomiędzy pracownikami

wspólnie dojeżdżającymi samochodem do pracy, a później przeniesienie go na rodziny, to tylko jeden z przykładów nieprzewidywanych konsekwencji rutynowego dotychczas działania.

W tym kontekście warto ponownie zestawić perspektywę pacjenta oczekującego na uzyskanie profesjonalnej, dobrze zorganizowanej usługi i przedstawioną wcześniej perspektywę personelu, zmagającego się z obiektywnie utrudnionymi warunkami pracy oraz pacjentami oczekującymi, oprócz usługi, często też zapewnienia o bezpieczeństwie epidemicznym i kontroli sytuacji. Jedna z badanych pacjentek zaobserwowała, że (mowa o lekarce): „pani miała maseczkę, niekoniecznie świeżą i zsuniętą pod nos, w trakcie mojej wizyty pani napiła się wody, zsuwając maseczkę całkowicie z twarzy na brodę” (W1, K44), wskazując na – jak się domyślamy – poważne złamanie zasad bezpieczeństwa epidemicznego.

Praca emocjonalna wykonywana przez personel medyczny jest więc porównywalna z sytuacją analizowaną w klasycznych badaniach stewardes prowadzonych przez Hochschild (2009), które mają powściągać własne emocje i uspokajać podróżnych w samolocie podczas poważnych turbulencji i nieznanego zagrożenia płynącego ze świata zewnętrznego, nawet z ograniczoną możliwością zaspokajania własnych potrzeb fizjologicznych (napicie się wody – we wskazanym wcześniej przykładzie).

Również mieszane oceny zebrał w badaniu system tzw. teleporady, sytuacji, w której udzielano pacjentom usług za pośrednictwem telefonu (rzadziej za pośrednictwem platform umożliwiających kontakt wizyjny). Intencją wprowadzenia takiego rozwiązania było ograniczenie bezpośredniego kontaktu pomiędzy pacjentami oczekującymi na usługi medyczne, co mogło stanowić rozsadnik nowych zakażeń. Realizacja tego założenia napotkała na duże trudności u pacjentów, głównie związane z technicznym funkcjonowaniem systemu, ale też – co zauważają sami badani – niemożnością skutecznego porozumienia się z lekarzem i innym personelem medycznym. Jedna z badanych określiła to następująco: „ciężko przez telefon wytłumaczyć objawy, jakie się ma, lekarz jest pełen dobrych chęci, niestety nie jest w stanie zobaczyć, dotknąć, zbadać

pacjenta” (K41), a inna opisała to jeszcze inaczej: „ponieważ nie zawsze można się dobrze zrozumieć z lekarzem”.

Ten brak pełnego porozumienia można ująć antropologicznie jako problem w interpretacji cudzych doświadczeń we własnych kategoriach myślowych (Geertz, 2003). Medycyna identyfikuje ten problem i próbuje go rozwiązać już od dłuższego czasu (Jewson, 1976). Historycznie, w najstarszym paradygmacie kontaktu lekarza z pacjentem, dominował przede wszystkim kontakt osobisty, lekarz wysłuchiwał objawów opisywanych przez pacjenta i na tej podstawie podejmował decyzje terapeutyczne. Często zdarzało się także, że opis objawów był przekazywany przez posłańców, lub na karteczkach, bez możliwości badania palpacyjnego, które nie było akceptowane z przyczyn kulturowych (szczególnie wobec kobiet), co dodatkowo wywoływało problemy translacyjne, lekarz mógł zrozumieć jedynie to, co opisał, swoim niedoskonałym, niemedycznym językiem pacjent. Było to niestety postępowanie często nieskuteczne. W kolejnym paradygmacie, medycyny klinicznej, lekarz izolował pacjenta i poddawał go skrupulatnej obserwacji, w celu przekroczenia bariery komunikacyjnej. Na tym etapie pojawiły się także możliwości badania palpacyjnego, w której na przykład interniści byli w stanie na podstawie ucisku jamy brzusznej ocenić stan organów wewnętrznych. W obecnym paradygmacie, medycyny diagnostycznej, badanie podmiotowe jest tylko jednym z elementów stawiania diagnozy, istotniejsze jest badanie przedmiotowe, w którym niejako poza świadomością pacjenta bada się stan jego ciała. Stosowana dziś diagnostyka laboratoryjna i obrazowa oraz badania dynamiczne, podczas których obserwuje się zmiany zachodzące w organizmie w czasie rzeczywistym, to próby ominięcia bariery translacji pomiędzy objawami językowo wyrażanymi przez pacjenta i rzeczywistym stanem jego zdrowia.

Ryle (2009) zauważa, że istnieją dwa rodzaje wiedzy – „wiedza że” i „wiedza jak”. „Wiedza że” jest najczęściej wiedzą wyuczoną, często o charakterze technicznym, rutynowym, przewidywalnym. „Wiedza jak” jest często wiedzą płynącą z doświadczenia, a w przypadku własnego zdrowia, jest często wiedzą ucieleśnioną. Podstawową trudnością związaną z jej wyrażaniem jest granica posiadania odpowiedniego języka, zdolnego wyrazić

to, co czuje ciało. Stąd też prawdopodobnie płyną trudności pacjentów w kontakcie z lekarzem w ramach teleporady. Dlatego też, rozumiejąc intencje związane z wprowadzeniem tej formy kontaktu, teleporada będzie mogła być prawdopodobnie stosowana jedynie do prostszych czynności, na przykład przedłużenie recepty na lek lub wydanie zlecenia na środki medyczne, badanie diagnostyczne czy na podstawowe badania screeningowe, pozwalające na identyfikację pacjentów z grup ryzyka epidemicznego, jak to zastosowane w przypadku objawów sugerujących kolonizację wirusem SARS-CoV-2.

Doświadczenia uciszanych

Drugi temat poruszany w prezentowanym tomie to zjawisko związane z tożsamością osób nieheteronormatywnych, często też określanych skrótem LGBT. Istota odmienności tej grupy powiązana jest ze zjawiskiem seksualności i przemianami jej współczesnego rozumienia. Obecna kultura jest wypełniona treściami odnoszącymi się do seksualności. Socjologowie (np. Giddens, 2006) od pewnego czasu zauważają, że współcześnie obserwujemy zasadniczą zmianę definiowania seksualności. Media dostarczają informacji, które zarówno wytwarzają, jak i odbijają, w sprzężeniu zwrotnym, zachodzące zmiany społeczno-kulturowe. Powszechność treści o charakterze seksualnym wydaje się podkreślać ważność tej sfery życia dla współczesnego człowieka. Porady na temat rozwoju i urozmaicenia życia seksualnego, zdjęcia celebrytów i ich ciał w erotycznych pozach, wyniki sondaży na temat zachowań seksualnych to informacje docierające do odbiorców mimochodem, znajdujemy je pomiędzy doniesieniami o konfliktach i ofiarach wojny a ostrzeżeniami o zmianach klimatycznych. Seksualność często przedstawiana jest także w kontekście tajemniczego, innego świata perwersji, budzącego lęk, odrazę czy powszechne potępienie. Homoseksualne parady równości z występami drag-queen, kluby gejowskie, relacje BDSM pojawiające się w filmach kina popularnego (np. *50 twarzy Greya*), nadużycia pedofilskie, a wszystko to wzmacniane przez przekazy medialne, mogą powodować u niektórych osób poczucie paniki moralnej (Zielińska, 2015). Wielość nowych zjawisk

seksualnych rodzi poczucie chaosu interpretacyjnego i skutkuje niekiedy katastroficznymi tezami o upadku kultury i cywilizacji Zachodu, pojawiającymi się w dyskursie konserwatywnym. Panika moralna może być tu z jednej strony postrzegana jako funkcjonalna próba przywrócenia ładu społecznego dotyczącego sfery seksualnej współczesnych społeczeństw, z drugiej strony rodzi pytanie o formy społecznego konstruowania wiedzy o seksualności człowieka.

W cywilizacji Zachodu można napotkać co najmniej trzy paradygmaty rozumienia seksualności, wszystkie oceny są wciąż częścią kultury (i praktyki) współczesnej (Buczkowski, 2017a).

Najstarsza kultura seksualna związana jest z dyskursem religijnym, w nim bowiem została wyraźnie zdefiniowana. Jej podstawową funkcją jest zachowanie zbiorowego ładu kolektywnego, dla którego emocjonalne, cielesne doświadczenia seksualne stanowiły poważne wyzwanie. Seksualność w tym paradygmacie została w odróżnieniu od zagrożenia podobieństwem do zachowań biologicznych, zwierzęcych, zdefiniowana w kontekście sacrum, wraz z wyraźnymi granicami zachowań akceptowalnych (funkcja prokreacji i zachowania ciągłości biologicznej wspólnoty) i zabronionych, które nie posiadały tego znaczenia (zachowania grzeszne). Ten typ wiedzy o seksualności w kulturze europejskiej dominował przez całe stulecia, aż do wieku XIX i rozwoju nowego, pozytywistycznego paradygmatu postrzegania seksualności.

Seksuologia stała się nauką, która bez obciążenia religijnego dogmatyzmu próbowała odkryć prawdę o ludzkich zachowaniach seksualnych. Pierwsze prace seksuologów dotyczyły zjawiska seksualnej odmienności, a dalej w tym paradygmacie podejmowano wręcz encyklopedyczne próby skatalogowania wszystkich odmienności zachowań, marzeń i fantazji związanych z tą sferą życia człowieka. Dopiero w połowie XX wieku seksuologowie bardziej zainteresowali się seksualnością zwykłego człowieka. Warto także zauważyć emancypacyjny, w porównaniu do dyskursu religijnego, wymiar praktyki wytwarzania informacji o seksualności w dyskursie seksuologicznym.

Wreszcie trzecią kulturą seksualną, najnowszą w sensie historycznym, jest kultura indywidualistyczna. W refleksji socjologicznej jest też definiowana jako „seksualność plastyczna” (Giddens, 2006). Najważniejszą cechą tego paradygmatu jest indywidualny, podmiotowy charakter aktywności seksualnej, to doświadczenia człowieka i subiektywna cielesna interpretacja płynących zeń doznań. We wcześniejszych kulturach był on albo pomijany (w kulturze religijnej), albo formatowany do założonych tez normy seksualnej (kultura seksuologiczna). Kultura indywidualistyczna z kolei ma wymiar transgresyjny w odniesieniu do religijnych norm moralnych, jak i norm seksuologicznych, odnoszących się do głosu „normalności” i większości.

Pojawienie się tej kultury jest efektem dwudziestowiecznych przemian społecznych i kulturowych społeczeństw Zachodu, związanych z rozwojem poczucia intymności, poprawą warunków higienicznych oraz osłabieniem dotychczasowych norm definiujących seksualność, przede wszystkim na skutek migracji i zerwania więzi z tradycyjną wspólnotą oraz atomizacji życia w dużych skupiskach miejskich. Podstawową wartością staje się tu możliwość nieskrępowanego doświadczenia i kreowania własnego ciała, powiązanie cielesności z tożsamością, co oczywiście prowadzi także do odmiennego konceptualizowania przeżyć seksualnych.

Seksualność staje się obszarem indywidualnego doświadczenia ciała i emocji, budowania indywidualnej tożsamości, rozwijania fantazji i realizowania pragnień pozwalających na przekraczanie kolejnych kulturowych i społecznych granic. Indywidualizacji seksualności w wymiarze wiedzy sprzyja internet, który daje możliwość wymiany informacji, opinii, doświadczeń oraz kultywowania praktyk seksualnych, które nawet współczesna seksuologia traktuje z dużym dystansem. Kultura intensyfikacji emocji seksualnych odzwierciedla się również w rozwoju internetowej pornografii, która zaczęła być już dostrzegana jako źródło zmiany i zagrożenia w odniesieniu do tradycyjnej roli mężczyzny (Zimbardo, Coulombe, 2015). Współcześnie wiedza na temat zachowań seksualnych staje się już nie tylko adaptacją popularyzatorskich opracowań seksuologicznych, lecz także autonomicznym, niekontrolowanym systemem wiedzy niespecjalistycznej,

rozpowszechnianej za pośrednictwem Internetu (Buczkowski, 2017b). Na gruncie paradygmatu indywidualizowania seksualności rozwija się także kultura LGBT i jej specyficzny przejaw, jakim jest powiązanie tożsamości z zachowaniami seksualnymi u osób homoseksualnych. Budowanie tożsamości grupowej wydaje się także mechanizmem obronnym przed „mówieniem” o dewiacyjnej, nienormalnej tożsamości seksualnej, będącej pochodną dyskursu religijnego i seksuologicznego.

Klasyczne koncepcje nabywania tożsamości seksualnej (Długołęcka, 2012) akcentują jej fazowy charakter. „Pomieszanie” i „zestawianie tożsamości”, dwie pierwsze fazy, według koncepcji Vivienne Cass, miały być reakcją na brak społecznej akceptacji homoseksualności. Kolejne dwie fazy powiązane są zwykle z wytworzeniem własnej tożsamościowej odmienności. „Tolerancja” i „akceptacja dla nowej tożsamości” są wspierane przez doświadczenia i wiedzę płynącą ze środowiska osób LGBT. Obecnie wiedza ta jest już dostarczana przez szeroki kontekst kultury, również tej dostarczającej wiedzy negatywnej dotyczącej homoseksualności. O ile zatem w koncepcji Cass wytworzenie tożsamości geja dokonywało się w relacji ze środowiskiem, ponieważ dostarczało ono jedynej niezapośrednionej wiedzy o odmiennych seksualnościach, to współcześnie – jak da się również zauważyć w prezentowanych wywiadach – etap pomieszania i zestawiania tożsamości seksualnej nie jest już niekiedy tak bardzo dotkliwy i realizuje się w przyspieszonym trybie. Kluczowym czynnikiem dla zauważenia i interpretacji swojej odmienności jest wiedza, informacja, często poparta indywidualnym przekazaniem doświadczeń o możliwości bycia odmiennym.

W badaniach nad źródłami odmienności seksualnej prawie zawsze pojawia się to samo pytanie: od kiedy wiesz, że jesteś inny? Badani podkreślali, że ucieleśnione doświadczenie inności towarzyszyło im od zawsze, od kiedy pamiętają. „Wiedziałem, że coś jest nie tak, ale i tak miałem dziewczynę”, mówi jeden z gejów, potwierdzając jednocześnie ważność dostosowania się adolescentów do norm grupy rówieśniczej. Niezależnie od ukrytego założenia tkwiącego w tym pytaniu, wszak osobom heteroseksualnym nikt nie zadaje pytania o źródła ich seksualnego ukierunkowania, istotne jest

dzisiejsze poczucie swoistej łatwości w odkrywaniu swojej inności. Jest to prawdopodobnie pochodna dostępnych kulturowo informacji o odmiennych seksualnościach.

W porównaniu do przeszłości obserwujemy, że coraz mniej jest przypadków ukrywania przed samym sobą swojej odmienności, coraz rzadziej osoby nieheteronormatywne przeżywają życie w wypartej niezgodzie z samym sobą, w niepewności, kim się jest, w zamknięciu w heteroseksualnej, znormalizowanej relacji, do której tylko czasem dopuszcza się „wstydlive lub brudne” fantazje o byciu sobą, o spełnieniu tych pragnień, które dają poczucie tożsamości z „wewnętrzną naturą”, co było częstą praktyką jeszcze niedawno. Autor *Sodomy* (Martel, 2019) sugeruje nawet, że dla wielu homoseksualnych mężczyzn (zapewne też i kobiet), kariera w instytucji religijnej Kościoła katolickiego, aż do połowy XX wieku, była jedną z niewielu dopuszczalnych, społecznie akceptowanych, a nawet dostarczającą pozytywnej gratyfikacji, formą ucieczki od nieszczęścia odgrywania ról heteroseksualnych małżonków.

Współcześnie coraz częściej zauważa się już zupełnie inne podejście do odkrywania i tworzenia swojej seksualności, pogodzonej z sobą, naturalnej w kulturowej nienaturalności, pewnej siebie i walczącej o siebie. Stąd być może panika moralna części środowisk konserwatywnych, zauważających medialną i społeczną wszechobecność nie tylko homoseksualności, ale też innych seksualności. „Homoseksualność jest zaraźliwa” zauważa więc w tym kontekście profesor Jan Duda, ojciec Prezydenta Andrzeja Dudy. Wydaje się, że ta konstatacja jest poparta rzeczywistą obserwacją narastającej coraz większej wewnętrznej siły osób nieheteronormatywnych w naszej kulturze, oczywiście zinterpretowanej w nieprawidłowym kierunku, oraz medialnych dostępności powieści i seksualnej „inności”.

Niezgodne z obserwacjami świata rzeczywistego ideologiczne próby uciszenia głosu osób homoseksualnych są więc prawdopodobnie skazane na porażkę, ponieważ raz odkryta w kulturze prawda o seksualności harmonicznie rozbrzmiewa echem na całą kulturę, rezonując z innymi seksualnymi odmiennociami.

Scena zakończenia

W ostatniej scenie wspomnianego wcześniej filmu *Jakub kłamca* narrator głosem głównego bohatera, pod koniec wypowiada tajemnicze słowa podsumowania: „zasłona nie opadnie, aż ostatnie słowa nie zostaną wypowiedziane”. Słowa o odkrywaniu w sobie tożsamości nieheteroseksualnej, o ważności otwierania się na siebie samego/siebie samą wybrzmiewają zatem za każdym razem, gdy w przestrzeni medialnej pojawiają się ideologiczne komunikaty wysycone niechęcią czy wręcz nienawiścią. Każdy „inny”, słysząc opowieść o byciu sobą, słyszy tę samą opowieść: „na scenie życia, przedstawienie trwa aż do ostatniego słowa, ponieważ autorem opowieści jesteś właśnie ty”. Paradoksalnie zatem, im częściej współcześnie wszystkim „innym” odbiera się prawo do bycia społecznie widzianym i słyszonym, tym więcej dostarcza się im słów do budowania, wzmacniania i utrwalania własnej tożsamości.

Ten sam proces „wypowiedzenia siebie” powinien także nastąpić u personelu medycznego, a usłyszenie ucieleśnionego doświadczenia pracy emocjonalnej to również warunek symbolicznego katharsis dla pacjentów, by „klient Pan” był jedynie retoryczną figurą z przeszłości.

Bibliografia

- Ahmed Sara (2014). *The Cultural Politics of Emotion*. Edynburg: Edinburgh University Press.
- Bauman Zygmunt (2009). Niecodzienność nasza codzienna... W: M. Bogunia-Borowska (red.), *Barwy codzienności. Analiza socjologiczna* (s. 77–94). Warszawa: WN Scholar.
- Bąk Maciej (2020). Zbigniew Ziobro dał „wolnej od LGBT” gminie Tuchów trzy razy więcej pieniędzy niż miała dostać od Unii Europejskiej. *Bezprawnik* 18.08.2020. <https://bezprawnik.pl/pieniadze-dla-gminy-wolnej-od-lgbt/> (dostęp 5.11.2020).
- Berger Peter, Luckmann Thomas (1984). *Spoleczne tworzenie rzeczywistości*. Warszawa: PIW.
- Bourdieu Pierre (red.) (1998). *La Misère du monde*. Paryż: Editions du Seuil.
- Buczowski Adam (2017a). Seksualność, wiedza i moralność. W: M. Zemło, A. Jabłoński, J. Szymczyk (red.), *Studia nad wiedzą*. T. 9: *Wiedza a moralność* (s. 73–91). Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Buczowski Adam (2017b). Zjawisko „zdrady kontrolowanej” jako przykład kulturowej nienormatywności seksualnej. *Forum Socjologiczne*, 8, 147–161.
- Clifford James (2000). *Kłopoty z kulturą. Dwudziestowieczna etnografia, literatura i sztuka*. Warszawa: Wydawnictwo KR.
- Cybulska Agnieszka, Pankowski Krzysztof (2018). *Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych*. CBOS, Nr 97/2018. Komunikat z badań.
- Długolecka Alicja (2012). Coming out i konstruowanie tożsamości LGB. W: G. Iniewicz, M. Mijas, B. Grabski (red.), *Wprowadzenie do psychologii LGB*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo.
- Drozdowski Rafał, Frąckowiak Maciej, Krajewski Marek, Kubacka Małgorzata, Modrzyk Ariela, Rogowski Łukasz, Rura Przemysław, Stamm Agnieszka (2020). *Życie codzienne w czasach pandemii, Raport z pierwszego etapu badań*. http://socjologia.amu.edu.pl/images/pliki/r%C3%B3%C5%BCne_prezentacje_etc/%C5%BBycie_codzienne_w_czasach_pandemii_-_Wydzia%C5%82_Socjologii_UAM_-_WWW.pdf. (dostęp 22.10.2020).
- Firkowska-Mankiewicz Anna (2013). Od socjologii medycyny do socjologii ciała – ewolucja dyscypliny. W: A. Firkowska-Mankiewicz, T. Kanasz, E. Tarkowska (red.), *Krótkie wykłady z socjologii. Kategorie, problemy, subdyscypliny*. Warszawa: Wydawnictwo APS.

- Geertz Clifford (2003). *Opis gęsty – w stronę interpretatywnej teorii kultury*. W: M. Kempny, E. Nowicka (red.), *Badanie kultury. Elementy teorii antropologicznej* (s. 35–58). Warszawa: WN PWN.
- Giddens Anthony (2006). *Przemiany intymności: seksualność, miłość i erotyzm we współczesnych społeczeństwach*. Warszawa: WN PWN.
- Godlewski Dariusz, Godlewska Katarzyna, Witek Anna, Wojtyś Piotr (2015). *Analiza stanu zdrowia i potrzeb opieki zdrowotnej na najbliższe lata*. Instytut Wolności: http://instytutwolnoscip.l/wp-content/uploads/2018/07/Analiza_stanu_zdrowia_i_opieki_zdrowotnej_na_najblisze_lata_RAPORT_INSTYTUTU_WOLNOCI.pdf (dostęp 17.06.2021).
- Goffman Erving (2006a). *Rytuał interakcyjny*. Warszawa: WN PWN.
- Goffman Erving (2006b). *Porządek interakcyjny*. W: A. Jasińska-Kania, L. Nijakowski, J. Szacki, M. Ziółkowski (red.), *Współczesne teorie socjologiczne*. T. 1 (s. 293–315). Warszawa: WN Scholar.
- Goffman Erving (2010). *Analiza ramowa. Esej z organizacji doświadczenia*. Kraków: Zakład Wydawniczy Nomos.
- Golka Marian (2009). *Czy istnieje jeszcze nie-codziennosc?* W: M. Bogunia-Borowska (red.), *Barwy codzienności. Analiza socjologiczna* (s. 65–76). Warszawa: WN Scholar.
- Hałas Elżbieta (2009). *Powrót do codzienności? Szkic problematyki socjologii życia codziennego*. W: M. Bogunia-Borowska (red.), *Barwy codzienności. Analiza socjologiczna* (s. 51–64). Warszawa: WN Scholar.
- Hochschild Arlie Russell (2009). *Zarządzanie emocjami: komercjalizacja ludzkich uczuć*. WN PWN.
- Jewson Nicholas (1976). *The disappearance of the sick-man from medical cosmology, 1770–1870*. *Sociology*, 10, 225–244.
- Kościańska Agnieszka (2004). *Ku odpowiedzialności. Etnologia w Polsce: tradycje i wyzwanie*. (*op.cit.*), 19–20(6–7), 12–13.
- Krajewski Marek (2020). *Retradycjonalizacja w czasach zarazy*. https://www.academia.edu/44227241/Retradycjonalizacja_w_czasach_zarazy
- Martel Frédéric (2019). *Sodoma: hipokryzja i władza w Watykanie*. Warszawa: Agora.
- Maslach Christina, Leiter Michael P. (2011). *Prawda o wypaleniu zawodowym : co zrobić ze stresem w organizacji*. Warszawa: WN PWN.
- Ministerstwo Zdrowia (2020a). *Wytyczne konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej dotyczące teleporad w podstawowej opiece zdrowotnej udzielanych w czasie epidemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2*. https://arnica.org.pl/wp-content/uploads/2020/08/Wytyczne_teleporady_graficzna.pdf?fbclid=IwAR3Kit9ItLAHbCluAvwsHkWJqOGdURl0XfzWBqjRefPzm_mj1syvNFJ4kkc. (dostęp 23.10.2020).

- Ministerstwo Zdrowia (2020b). *Wytyczne dla poszczególnych zakresów i rodzajów świadczeń: punkt 27 – Wytyczne konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej i Głównego Inspektora Sanitarnego dotyczące minimalnych środków ochrony osobistej dla personelu podstawowej opieki zdrowotnej*. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-dla-poszczegolnych-zakresow-i-rodzajow-swadczen> (dostęp 27.12.2021).
- Mizielińska Joanna, Abramowicz Marta, Stasińska Agata (2014). *Życie rodzinne osób nieheteroseksualnych*. Warszawa: raport z badań.
- Narodowy Fundusz Zdrowia (2020). *Teleporady dotyczące koronawirusa w przychodniach*. <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/teleporady-dotyczace-koronawirusa-w-przychodniach,7621.html>. (dostęp 14.01.2021).
- Omyła-Rudzka Małgorzata (2018). *Opinie na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej*. CBOS, Nr 89/2018. Komunikat z badań.
- Omyła-Rudzka Małgorzata (2020). *Opieka medyczna w czasie epidemii*. CBOS, Nr 88/2020. Komunikat z badań.
- Pankowski Krzysztof (2020). *Poczucie zagrożenia u progu epidemii koronawirusa*. CBOS, Nr 40/2020, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K_040_20.PDF
- Płonka Maria (2017). Prywatne ubezpieczenia zdrowotne a publiczny system opieki zdrowotnej w Polsce. *Annales H (LI,6)*, 321–329.
- Procontent Communication. (2020). *Zdalne wizyty lekarskie*. https://www.procontent.pl/wp-content/uploads/2020/05/Raport-Procontent_Zdalne_wizyty_lekarskie.pdf. (dostęp 22.10.2020).
- Rogowski Łukasz, Skrobaccki Radosław, Mroczkowska Dorota (2010). Codziennosc w kryzysie. Codziennosc i niecodziennosc jako formy zycia codziennego. *Kultura i Spoleczenstwo*, 1, 35–47.
- Ryle Gilbert (2009). *The Concept of Mind*. London & New York: Routledge.
- Serwis Ministerstwa Zdrowia i NFZ (2020). *Pacjent w czasie koronawirusa*. <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/pacjent-w-czasie-koronawirusa> (dostęp 14.01.2021).
- Songin-Mokrzan Marta (2014). *Zwrot ku zaangażowaniu. Strategie konstruowania nowej tożsamości antropologii*. Wrocław–Łódź: Polskie Towarzystwo Ludoznawcze, T. 53.
- Szacka Barbara (2003). *Wprowadzenie do socjologii*. Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Szacki Jerzy (2005). *Historia myśli socjologicznej*. Warszawa: WN PWN.
- Szarota Tomasz (1995). *Życie codzienne w stolicach okupowanej Europy. Szkice historyczne. Kronika wydarzeń*. Warszawa: PIW.
- Sztompka Piotr (2008). Życie codzienne – temat najnowszej socjologii. W. P. Sztompka, M. Bogunia-Borowska (red.), *Socjologia codzienności* (s. 15–52). Kraków: Wydawnictwo Znak.

- Sztompka Piotr (2009). *Przestrzeń życia codziennego*. W: M. Bogunia-Borowska (red.), *Barwy codzienności. Analiza socjologiczna* (s. 29–50). Warszawa: WN Scholar.
- Tarkowska Elżbieta (red.) (2000). *Zrozumieć biednego. O dawnej i obecnej biedzie w Polsce*. Warszawa: Typografia.
- Tarkowska Elżbieta (2009). Źródła i konteksty socjologii życia codziennego. W: M. Bogunia-Borowska (red.), *Barwy codzienności. Analiza socjologiczna* (s. 95–118). Warszawa: WN Scholar.
- Tarkowska Elżbieta (red.) (2013). *Dyskursy ubóstwa i wykluczenia społecznego*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Tragarz Krzysztof (2020). Gmina Tuchów nie dostała pieniędzy z UE, bo jest „strefą wolną od LGBT”. Ziobro przyznał jej 250 tys. zł, *NOIZZ*, 18.08.2020. <https://noizz.pl/lgbt/gminy-anty-lgbt-ukarane-przez-ue-dostana-pieniadze-od-ziobry/mjclhtl> (dostęp 5.11.2020).
- Turner Jonathan, Stets Jan (2009). *Socjologia emocji*. Warszawa: WN PWN.
- Zalewska Joanna, Cobel-Tokarska Marta (red.) (2014). *Od obyczaju do mody. Przemiany życia codziennego*. Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Zimbardo Philip, Coulombe Nikita (2015). *Gdzie ci mężczyźni?* Warszawa: WN PWN.
- Zielińska Iwona (2015). *Panika moralna. Homoseksualność w dyskusjach medialnych*. Kraków: Zakład Wydawniczy Nomos.

Załączniki

Załącznik nr 1.

Kwestionariusz rekrutacyjny do badania „Zmiany w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia w okresie pandemii z perspektywy pacjenta”

Zmiany w funkcjonowaniu służby zdrowia w okresie pandemii z perspektywy pacjenta

Kwestionariusz rekrutacyjny *(do zadania przy pierwszym kontakcie z rozmówcą):*

1. Czy w okresie pandemii korzystał(a) Pan/Pani z pomocy służby zdrowia (NFZ) z powodu nowej dolegliwości bólowej (ponieważ pojawiła się jakaś nowa choroba/niedomaganie)? (jeśli tak, przechodzimy do dwa, jeśli nie, to nie rekrutujemy).
2. Czy była to publiczna czy prywatna służba zdrowia? (jeśli publiczna, to 4, jeśli prywatna to 3).
3. Czy od razu zgłosił(a) się Pan/Pani do prywatnej służby zdrowia, czy najpierw próbował/a w publicznej? (jeśli w publicznej to dalej, jeśli od razu do prywatnej, to nie rekrutujemy).
4. Czy była to tylko teleporada czy także wizyta w poradni/przychodni? (jeśli tylko teleporada, nie rekrutujemy; jeśli wizyta, przechodzimy dalej).
5. Czy na wizycie był(a) Pan/Pani u lekarza ogólnego czy specjalisty? (w zależności wpisać w odpowiednie miejsce w tabeli; jeśli była wizyta najpierw u internisty, a potem specjalisty, to wpisujemy specjalista).

Załącznik nr 2.

Scenariusz do wywiadu „Zmiany w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia w okresie pandemii z perspektywy pacjenta”

Zmiany w funkcjonowaniu służby zdrowia w okresie pandemii z perspektywy pacjenta

Dzień dobry, nazywam się XYZ, jestem studentem/studentką socjologii w Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie. Przeprowadzam badanie dotyczące zmian w korzystaniu ze służby zdrowia w okresie pandemii z perspektywy pacjenta. Na przełomie roku 2019 i 2020 wybuchła pandemia COVID-19, której pierwsze pojawienie się odnotowano w Chinach a do Polski dotarła na początku 2020 roku. Kondycja służby zdrowia w okresie pandemii jest bardzo istotna. Dlatego ważne jest poznanie jej funkcjonowania i doświadczeń pacjentów.

Informuję, że badanie jest w pełni anonimowe, to oznacza, że Pan/Pani imię i nazwisko nie pojawi się nigdzie w opracowaniu ani w raporcie. Przysługuje Panu/Pani prawo do odstąpienia od udziału w badaniu w dowolnym momencie, a także możliwość nie udzielenia odpowiedzi na jakieś pytanie. Rozmowa będzie nagrywana, a zapis głosowy zostanie zniszczony po sporządzeniu transkrypcji z wywiadu. Czy wyraża Pan/Pani zgodę, abym włączył/a teraz nagrywanie?

PYTANIA OGÓLNE:

1. Co się stało, że postanowił(a) Pan/Pani skontaktować się ze służbą zdrowia? (Dajemy przestrzeń do wypowiedzi, dopytujemy: *Jaka była przyczyna Pana/Pani kontaktu z przychodnią? Jakie objawy wystąpiły?*, tylko jeśli osoba sama nie wygeneruje tych informacji).
2. Jak te próby kontaktu ze służbą zdrowia wyglądały, proszę opowiedzieć? (Dajemy przestrzeń do wypowiedzi. Dopytujemy: *kiedy to było, czy*

wiedział(a) Pan/Pani, jak się kontaktować ze służbą zdrowia w okresie pandemii, jaka to była placówka, tylko jeśli osoba sama z siebie nie wygeneruje tych informacji).

3. Ile czasu musiał Pan/Pani poświęcić na to, aby skutecznie się skontaktować? Czy to dużo Pana/Pani zdaniem? Dlaczego?
4. Jak przebiegała rejestracja? Czy sprawnie, czy wystąpiły jakieś problemy?
5. Czy udało Panu/Pani się umówić na teleporadę czy wizytę w placówce?

TELEPORADA

1. Jak długi był okres oczekiwania na teleporadę? (*Czy to długo, czy krótko Pana/Pani zdaniem? Dlaczego tak długo?*).
2. Jak się Pan/Pani czuł(a) w czasie tego oczekiwania?
3. Jak wyglądała teleporada?
4. Jak się Pan/Pani czuł/a podczas tej teleporady? Dlaczego? (*Czy lekarz potraktował Pana/Panią z szacunkiem?*).
5. Czy podczas teleporady pojawiły się jakieś problemy? (techniczne, inne, czy coś utrudniało rozmowę)?
6. Czy pojawił się temat wizyty w przychodni lub u specjalisty? Dlaczego? (Dajmy przestrzeń, jeśli się nie pojawi odpowiedź na takie pytania, to dopytajmy: *Kto zainicjował temat wizyty – pacjent czy lekarz, dlaczego była ona potrzebna?*).
7. Czy pojawił się temat skierowania na dodatkowe badania? (tak samo, jak w pytaniu powyżej; pytania o to, jak wyglądały dodatkowe badania, są w bloku osobnym scenariusza – poniżej; w zależności od przebiegu historii pacjenta: jeśli najpierw był na badaniach, a potem u lekarza – taką kolejność przyjmujemy).
8. Czy to była jedyna teleporada, jeśli nie, to jak wyglądały kolejne?

WIZYTA U LEKARZA OGÓLNEGO

1. Jak to było, że doszło do wizyty w placówce? (Dajemy przestrzeń na szerszą wypowiedź. Jeśli się nie pojawiło, to dopytujemy: *Jaka to była placówka (prywatna/publiczna; przychodnia/poradnia)*).
2. Jak długo trwało oczekiwanie na wizytę? (*Czy to długo, czy krótko Pana/Pani zdaniem? Dlaczego tak długo/krótko?*).

3. Czy miał(a) Pan/Pani obawy przed wizytą? Jakież? (jeśli się nie pojawi: *Czy również jakieś związane z bezpieczeństwem w okresie pandemii? – ale inne – ze stanem swojego zdrowia też nas interesują*).
4. Jak wyglądała przychodnia, kontakty z personelem i innymi pacjentami? (co się dzieje przy wejściu, jak wygląda kontakt z recepcjonistką, jak wygląda poczekalnia).
5. Jakie zachowano środki ostrożności związane z pandemią?
6. Czy zachowano odpowiednie środki ostrożności? Dlaczego Pan/Pani tak sądzi?
7. Czy wizyta odbyła się punktualnie? Czy podkreślano, by przybył(a) Pan/Pani punktualnie?
8. Jak wyglądał lekarz i gabinet lekarski? Czy lekarz miał jakiś specjalny strój?
9. Jak wyglądało badanie przez lekarza? Jak zachowane były środki ostrożności? Czym się różniło od badania przed pandemią?
10. Jak się Pan/i czuł podczas tego badania? (pytamy jak najbardziej ogólnie, jeśli się nie pojawi, to dopytujemy: *jakie miał/a Pan/Pani odczucia odnośnie sposobu przestrzegania zasad bezpieczeństwa przez lekarza*).
11. Czy pojawił się temat wizyty w przychodni lub u specjalisty? Dlaczego? (Dajmy przestrzeń, jeśli się nie pojawi odpowiedź na takie pytania, to dopytajmy: *Kto zainicjował temat wizyty – pacjent czy lekarz, dlaczego była ona potrzebna?*).
12. Czy pojawił się temat skierowania na dodatkowe badania? (tak samo, jak w pytaniu 11; pytania o to, jak wyglądały dodatkowe badania są w bloku osobnym scenariusza – poniżej).
13. Czy były jeszcze dalsze wizyty? Jak one wyglądały?

WIZYTA U SPECJALISTY (*robimy, jeśli w punkcie 11. – tak*)

1. Jak to było, że doszło do wizyty u specjalisty? (Dajemy przestrzeń na szerszą wypowiedź, jeśli samo nie padło, to dopytujemy: *Jaki to był specjalista? W jakiej placówce prywatna/publiczna; przychodnia/poradnia?*)
2. Jak długo trwało oczekiwanie na wizytę? (*Czy to długo, czy krótko Pana/Pani zdaniem? Dlaczego tak długo/krótko?*).
3. Czy miał(a) Pan/Pani obawy przed wizytą? Jakież? (jeśli się nie pojawi: *Czy również jakieś związane z bezpieczeństwem w okresie pandemii? – ale inne – ze stanem swojego zdrowia też nas interesują*).

4. *Jeśli badanie w innej placówce niż pierwsza wizyta:* Jak wyglądała przychodnia, kontakt z recepcją i pacjentami? (co się dzieje przy wejściu, jak wygląda kontakt z recepcjonistką, jak wygląda poczekalnia).
5. Czy zachowane zostały środki bezpieczeństwa związane z pandemią? Jakie?
6. Czy to odpowiednie środki bezpieczeństwa? Dlaczego Pan/Pani tak sądzi?
7. Czy wizyta odbyła się punktualnie? Czy proszono, by przybył(a) Pan/Pani punktualnie?
8. Jak wyglądał gabinet lekarski i lekarz? (*Jaki miał strój?*)
9. Jak wyglądało badanie przez lekarza? Jakie zachowane były środki ostrożności? Czym się różniło od badania przed pandemią?
10. Jak się Pan/Pani czuł(a) podczas tego badania? (pytamy jak najbardziej ogólnie, jeśli się nie pojawi, to dopytujemy: *Jakie miał/a Pan/Pani odczucia odnośnie do sposobu przestrzegania zasad bezpieczeństwa przez lekarza.*)
11. Czy pojawił się temat skierowania na dodatkowe badania? (tak samo jak w pytaniu powyżej; pytania o to, jak wyglądały dodatkowe badania są w bloku osobnym scenariusza – poniżej).
12. Czy były jeszcze dalsze wizyty u specjalisty? Jak one wyglądały?

DODATKOWE BADANIA

1. Jakie to były badania?
2. Jak długo trwało oczekiwanie na badanie? (*Czy to długo, czy krótko Pana/Pani zdaniem? Dlaczego tak długo/krótko?*).
3. Czy miał(a) Pan/Pani obawy przed badaniem? Jakie?
4. Czy zachowane zostały środki bezpieczeństwa związane z pandemią? Jakie?
5. *Jeśli badanie w innej placówce niż dotychczasowe wizyty:* Jak wyglądała przychodnia, kontakty z recepcją i innymi pacjentami? (co się dzieje przy wejściu, jak wygląda kontakt z recepcjonistką, jak wygląda poczekalnia).
6. Czy badanie odbyło się punktualnie? Czy proszono Pana/Panią o punktualne przybycie?
7. Jak wyglądał gabinet i osoba wykonująca badanie? (*specjalny strój?*).

8. Jak wyglądało samo badanie? Jakie zachowane były środki ostrożności? Czy się różniło od badania przed pandemią?
9. Jak się Pan/Pani czuł(a) podczas badania? (*Jakie odczucia wobec zachowania środków ostrożności*).

OSTATNI KONTAKT ZE SŁUŻBĄ ZDROWIA PRZED PANDEMIĄ

1. Spróbujmy cofnąć się myślami do czasu sprzed pandemii. Czy pamięta Pan/Pani, kiedy ostatni raz kontaktował(a) się z lekarzem przed pandemią?
2. Jaka była wtedy przyczyna kontaktu – jakie samopoczucie i objawy?
3. Jak wyglądał tamten kontakt z recepcją? (jak wyglądały zapisy, czy długo się czekało).
4. Jak wyglądał tamten kontakt z lekarzem? (czy to teleporada, czy wizyta, jak wyglądało badanie)?

KONSEKWENCJE DLA PACJENTA

1. Czy zauważa Pan/Pani istotne różnice w działaniu służby zdrowia przed i w trakcie pandemii? Jakież?
2. Jak ocenia Pan/Pani te różnice?
3. Którą formę kontaktu uważa Pan/Pani za lepszą (teleporadę czy wizytę)? (zarówno obecnie – w pandemii, jak i zazwyczaj – skoro tu nie jest doprecyzowane, to każdy może się wypowiedzieć o obydwu tych sytuacjach. Jeśli się wypowie o jednej, to dopiero wtedy dopytajcie o drugą).
4. Czy kontakt ze służbą zdrowia – teraz w okresie pandemii – był satysfakcjonujący? Dlaczego?
5. Czy kontakt ze służbą zdrowia przed pandemią był satysfakcjonujący? Dlaczego?
6. Czy omówił(a) Pan/Pani wszystkie występujące dolegliwości, czy też forma kontaktu (poprzez teleporadę) stanowiła jakąś barierę w kontakcie z lekarzem?
7. Czy czas oczekiwania na wizytę wydłużył się, czy może skrócił? Jak bardzo dało się to odczuć?
8. Jak ocenia efektywność pracy lekarza, placówki, z którą się kontaktował?

METRYCZKA

Płeć

Wiek

Miejsce zamieszkania (typ miejscowości, liczba mieszkańców)

Wykształcenie

Zawód

Przedział dochodów: czy dochód na głowę w gospodarstwie domowym wynosi pomiędzy:

Do 500 zł; 500–1000 zł; 1000–1500 zł; 1500–2000 zł; 2000–3000 zł, 3000 zł i więcej.

Załącznik nr 3. Spis wywiadów do badania „Zmiany w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia w okresie pandemii z perspektywy pacjenta”

| Nr | Płeć | Wiek | Miejsce zamieszkania | Zawód | Dochód | Typ wizyty | Prowadzący wywiad | Platforma komunikacji |
|----|------|------|----------------------|--------------------------|-------------------|---------------|---------------------|-----------------------|
| 1 | K | 44 | 20 tys. | Bankowiec | Odmowa odpowiedzi | Specjalista | Aleksandra Ptaszek | Twarzą w twarz |
| 2 | K | 20 | 40 tys. | Pracownik fizyczny | 1500–2000 zł | Specjalista | Lidia Kowalska | Twarzą w twarz |
| 3 | K | 41 | pow. 500 tys. | Farmaceuta | Odmowa odpowiedzi | Specjalista | Paulina Kowalczyk | Twarzą w twarz |
| 4 | K | 39 | 40 tys. | Studentka | >3000 zł | Specjalista | Marcin Cieślak | MS Teams |
| 5 | K | 23 | pow. 500 tys. | Studentka | Odmowa odpowiedzi | Specjalista | Laura Włodarska | MS Teams |
| 6 | K | 21 | pow. 500 tys. | Barista | Odmowa odpowiedzi | Specjalista | Kaja Radzikowska | Messenger |
| 7 | M | 66 | pow. 500 tys. | Technik elektro-radiolog | >3000 zł | Lekarz ogólny | Anna Pilecka -Kruk | Skype |
| 8 | K | 33 | wieś | Nauczyciel | >3000 zł | Lekarz ogólny | Magdalena Łubkowska | Skype |
| 9 | M | 48 | 30 tys. | Pracownik biurowy | Odmowa odpowiedzi | Lekarz ogólny | Adrianna Stanowska | Skype |
| 10 | K | 37 | pow. 500 tys. | Księgowa | Odmowa odpowiedzi | Lekarz ogólny | Anna Gładysz | Twarzą w twarz |

| Nr | Płeć | Wiek | Miejsce zamieszkania | Zawód | Dochód | Typ wizyty | Prowadzący wywiad | Platforma komunikacji |
|----|------|------|----------------------|-----------|-------------------|---------------|-------------------|-----------------------|
| 11 | K | 19 | pow. 500 tys. | Studentka | Odmowa odpowiedzi | Lekarz ogólny | Patrycja Polaska | Twarzą w twarz |
| 12 | M | 32 | Pow. 500 tys. | Kierowca | Odmowa odpowiedzi | Lekarz ogólny | Mateusz Muracki | Twarzą w twarz |
| 13 | K | 23 | Pow. 500 tys. | Barista | Odmowa odpowiedzi | Lekarz ogólny | Aleksandra Galara | |

Załącznik nr 4.

Scenariusz do wywiadu „Być osobą LGBT+ we współczesnej Polsce”

Być osobą LGBT+ we współczesnej Polsce

Dzień dobry, nazywam się XYZ, jestem studentem/studentką socjologii w Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie. Przeprowadzam badanie dotyczące życia codziennego osób z mniejszości seksualnych po wybuchu niepokoju społecznego przeciwko osobom LGBT+. Na przełomie ostatnich lat w Polsce wybuchł niepokój społeczny wobec osób nieheteronormatywnych. Osoby nieheteronormatywne spotkały się z przejawami nietolerancji, dlatego chcielibyśmy poznać odczucia samych zainteresowanych na ten temat.

Chciał(a)bym poinformować, że badanie jest w pełni anonimowe, co oznacza że Pana/Pani imię i nazwisko nie pojawi się nigdzie w opracowaniu ani w raporcie. Przysługuje Panu/Pani prawo do odstąpienia od udziału w badaniu w dowolnym momencie i możliwość odmowy udzielenia odpowiedzi na jakieś pytanie. Rozmowa będzie nagrywana, a zapis głosowy zostanie usunięty po transkrypcji wywiadu. Czy wyraża Pan/Pani zgodę na rozpoczęcie nagrywania?

I. BLOK OGÓLNY

1. Na początku chciałabym zadać Ci kilka pytań, które pozwolą mi lepiej Ciebie poznać.
2. Czy możesz opowiedzieć coś o sobie?
3. Czy pamiętasz, kiedy odkryłeś/aś w sobie swoją orientację seksualną? Czy możesz o tym opowiedzieć?
4. Jaka była Twoja pierwsza reakcja?
5. Czy wystąpił jakiś bodziec zewnętrzny, który wpłynął na takie spojrzenie na swoją osobę? (filmy, seriale, prasa?)
6. Jaka była Twoja reakcja wobec własnej orientacji?
7. Czy wystąpiły u Ciebie problemy z samoakceptacją własnej orientacji?

8. Czy pogłębiałeś/aś wiedzę na temat osób nieheteronormatywnych? Jeśli tak, to w jaki sposób?

II. COMING OUT

1. Przed kim zrobiłeś/aś swój pierwszy *coming out*? Jak on przebiegał? Czy możesz opowiedzieć tę sytuację? (Kiedy miał miejsce – dopytać, jeśli nie pojawi się spontanicznie).
2. A potem? Jak wyglądało ujawnianie osobom z otoczenia Twojej orientacji/tożsamości?
3. Jaka była reakcja najbliższego otoczenia? Jak zareagowali bliscy na *coming out*?
4. Czy relacje z rodzicami lub rówieśnikami uległy jakiejś zmianie? Jak sądzisz, dlaczego?
5. Czy podczas procesu *coming outu* spotkałeś/aś się z niezrozumieniem, jeśli tak, to u kogo?
6. Czy bałeś/aś się swojego *coming outu*?
7. Czy *coming out* przeszedł po Twojej myśli? Czy coś zaskoczyło cię pozytywnie/negatywnie?

III. IDENTYFIKACJA ZE ŚRODOWISKIEM

1. Czy identyfikujesz się ze środowiskiem LGBTQ+? (Na czym polega to identyfikowanie się?).
2. Czy ktoś z twojego najbliższego otoczenia należy do mniejszości seksualnej? Kto, jakie macie relacje?
3. Czy poszukujesz towarzystwa osób LGBTQ+? Dlaczego?
4. Czy śledzisz/należysz do grup o tematyce osób LGBTQ+? Dlaczego?
5. Czy manifestujesz (stasz się pokazać, sprawiać by była widoczna) swoją orientację? Jeśli tak, to w jaki sposób?
6. Czy działasz aktywnie na rzecz osób LGBTQ+? Dlaczego? Czy możesz opowiedzieć o swoich działaniach?
7. Czy należysz do jakichś organizacji? Jakich? Dlaczego? Co robicie?
8. Jakiego rodzaju aktywizmu się podejmujesz? Dlaczego?

IV. REAKCJA OTOCZENIA SPOŁECZNEGO

1. Jak zazwyczaj ludzie reagują, gdy ujawniasz swoją orientację/tożsamość seksualną? Czy możesz opowiedzieć jakieś przykładowe sytuacje?

2. Czy spotkałeś/aś się z przemocą (fizyczną lub psychiczną), nienawiścią w różnych środowiskach? (szkoła, praca, rodzina)
3. Czy przez swoją orientację utraciłeś/aś kontakty z ludźmi z twojego otoczenia?
4. Czy jesteś w związku?
5. Czy rodzina/bliscy akceptują Twój związek? Lubią Twojego chłopaka/Twoją dziewczynę?
6. Jak zachowujecie się, gdy jesteście razem z partnerem/ką w miejscach publicznych? (czy okazujecie sobie miłość?) Jaka jest reakcja otoczenia?
7. Czy w ostatnim czasie zauważyłeś jakieś zmiany w sposobie traktowania Cię przez otoczenie w różnych środowiskach (szkoła, praca, rodzina)?
8. Czy zauważyłeś jakieś zmiany w sposobie mówienia o mniejszościach seksualnych w mediach?
9. Czy w obliczu ostatnich wydarzeń zaobserwowałeś/aś mniejszą lub większą aktywność społeczną środowisk LGBTQ+?
10. Czy zauważyłeś/aś jakąś reakcję władz i mediów? Jeśli tak, to jaką?
11. Czy przekaz mediów i władz wpływa na Twoje postrzeganie siebie, poczucie bezpieczeństwa w społeczeństwie?
12. Jak oceniasz podejście partii rządzącej do osób z mniejszości seksualnej?
13. W ostatnim czasie miała miejsce kampania wyborcza na prezydenta, gdzie było powielane określenie osób LGBT+, jako ideologia. Jak oceniasz tę kampanię?
14. Czy sytuacja ta miała wpływ na Twoje życie codzienne? (np. na to, jak ludzie traktują Cię na co dzień?: szkoła, praca, rodzina).
15. Jak się czujesz w Polsce i czy wiążesz z nią przyszłość?

METRYCZKOWA

Płeć

Wiek

Miejsce pochodzenia (typ miejscowości)

Miejsce zamieszkania (typ miejscowości)

Wykształcenie

Zawód

Załącznik nr 5.

Kwestionariusz rekrutacyjny do badania „Być osobą LGBT+ we współczesnej Polsce”

Być osobą LGBT+ we współczesnej Polsce

1. Gdzie mieszkasz? (Warszawa – I i II strefa – dalej, poza – koniec).
2. W jakim jesteś wieku? (od 18 do 30-ki – dalej, 31 i więcej – koniec).
3. Z jaką płcią byłeś utożsamiony przy narodzinach? A z jaką płcią utożsamiasz się obecnie? (niezgodność – na pewno zakwalifikowana/y do wywiadu – kolumna 3; zgodność – dalej).
4. Jakiej jesteś orientacji seksualnej? (heteroseksualna – dalej do 6; inne – do pytania 5)?
5. Dla innych/nieheteroseksualnych (homoseksualnych/biseksualnych/aseksualnych): Czy masz za sobą *coming out*? (nie – koniec; tak – kwalifikacja).
6. Dla heteroseksualnych: Jakiej jesteś orientacji romantycznej? (zgodna z orientacją seksualną – koniec; inna – kwalifikacja do kolumny 3).

Załącznik nr 6.
**Spis wywiadów do badania „Być osobą
LGBT+ we współczesnej Polsce”**

| Lp. | pleć | orientacja | wiek | miejsce pochodzenia | miejsce zamieszkania |
|-----|------------------------------|-------------|------|---------------------|----------------------|
| 1 | M | gej | 22 | małe miasto | Warszawa |
| 2 | M | gej | 19 | wieś | Warszawa |
| 3 | M | gej | 20 | małe miasto | Warszawa |
| 4 | M | gej | 23 | miasto średnie | Warszawa |
| 5 | M | gej | 22 | małe miasto | Warszawa |
| 6 | M | gej | 21 | Warszawa | Warszawa |
| 7 | K | lesbijka | 25 | wieś | Warszawa |
| 8 | K | lesbijka | 20 | Warszawa | Warszawa |
| 9 | K | lesbijka | 24 | małe miasto | Warszawa |
| 10 | K | lesbijka | 21 | Warszawa | Warszawa |
| 11 | K | lesbijka | 20 | Warszawa | Warszawa |
| 12 | K | biseksualna | 20 | małe miasto | Zielonka |
| 13 | osoba niebinarna trans-męska | ? | 23 | Warszawa | Warszawa |
| 14 | K | biseksualna | 30 | średnie miasto | Warszawa |
| 15 | K | biseksualna | 21 | Warszawa | Warszawa |
| 16 | osoba niebinarna | | 27 | Warszawa | Warszawa |

| | wykształcenie | zawód | osoba przeprowadzająca wywiad |
|--|-------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| | średnie | student i pracownik cukierni | Sonia Podwyszyńska |
| | średnie | bezrobotny | Zuzanna Jurczak |
| | średnie | student | Kamila Gryczan |
| | średnie | bezrobotny | Jakub Makowski |
| | wyższe | Junior office assistant | Dominika Cygan |
| | średnie | student | Julia Fiałka |
| | wyższe | psycholog | Natalia Kosobudzka |
| | średnie | pracownik sklepu papierniczego | Weronika Rutkowska |
| | średnie | pracownik w myjni samochodowej | Karina Walczak |
| | zawodowe | kasjer/sprzedawca; fotografka | Aleksandra Gawor |
| | w trakcie studiów | dziennikarka | Gabriela Krawczak |
| | średnie | brak | Agata Adamkiewicz |
| | średnie | student | Magdalena Bagnowska |
| | wyższe | analityk | Katarzyna Kowalik |
| | średnie | brak, student | Sandra Petkanić |
| | wyższe | nauczyciel/wychowawca | Alicja Skoczeń |

Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej

Wydanie pierwsze

Arkuszy drukarskich 12,5

Skład i łamanie: AnnGraf Anna Szelaąg

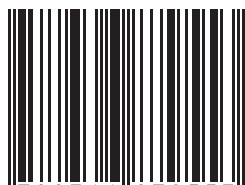
Druk ukończono w grudniu 2021

Druk i oprawa: Fabryka Druku

Joanna Zalewska – redaktorka tej publikacji i uczennica Profesor Elżbiety Tarkowskiej jest kontynuatorką inicjatywy swojej mentorki, by publikować prace studenckie, realizowane w trakcie rutynowych zajęć dydaktycznych. Podczas warsztatów „Etnograficzne badania codzienności” studenci postanowili zająć się aktualnymi zjawiskami wybiegającymi poza codzienność – korzystaniem z ochrony zdrowia w dobie pandemii oraz funkcjonowaniem jako osoba LGBT w okresie intensyfikacji nietolerancji i agresji wobec tych osób w przestrzeni publicznej.

Jest to więc przykład przedsięwzięcia naukowego realizowanego w tradycji badań jakościowych, tak bliskich Elżbiecie Tarkowskiej – i w duchu antropologii zaangażowanej. Oddano w nim głos zarówno zaangażowanym społecznie badaczom (tu studentom i pracownikom naukowym, którzy osadzili raporty studenckie w ramach teoretycznych i interpretacyjnych) – jak i samym badanym, dzielącym się swoim doświadczeniem związanym z kontaktami z placówkami ochrony zdrowia w pandemii i z byciem osobą LGBT w dobie zwiększonej nietolerancji wobec tych osób.

ISBN 978-83-66879-55-3



9 788366 879553



Akademia Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej
1922–2022