



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**  
*Angela Boškin Faculty of Health Care*

Magistrsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa druge stopnje  
ZDRAVSTVENA NEGA

**IZKUŠNJE POSAMEZNIKOV, KI  
ODSTOPAJO OD HETERONORMATIVNOSTI  
Z ZDRAVSTVENIMI DELAVCI IN  
SODELAVCI**

**EXPERIENCES OF INDIVIDUALS WHO  
DIFFER FROM HETERONORMATIVITY  
WITH HEALTHCARE WORKERS AND  
ALLIED HEALTH PROFESSIONALS**

Magistrsko delo

Mentorica: red. prof. dr. Brigita Skela Savič, znan. svet.  
Kandidat: Tilen Tej Krnel

Ljubljana, september, 2020

## **ZAHVALA**

Veliko je ljudi, ki so mi stali ob strani, prihajali naproti, me usmerjali, pomagali in verjeli vame. Brez njih do tega dela ne bi nikoli prišlo. Izredna zahvala gre moji mentorici, red. prof. dr. Brigiti Skela Savič, znan. svet., ki me je vpeljala v svet kvalitativnega raziskovanja in me naučila kvalitativne analize. Hvala recenzentkama doc. dr. Radojki Kobentar in doc. dr. Bojani Lobe ter lektorici Anji Urh, univ. dipl. slov.

Zahvaljujem se sošolki Tini, ki me je prijazno, vendar učinkovito gnala naprej; prav tako »mojim puncam«, Ireni, Maji, Maši, Mateji, Nastji in Niki Jerneji, ki so z mano že od začetka; Ajda pa me je spremljala pri raziskovanju raznolikosti in neznanega. Zahvalo izrekam tudi »fantom«, Črtu, Janu, Nejcu, Simonu in Tilnu ter Nejcu in Teji, ki so me sem ter tja zvalili na lepše in poskrbeli, da nisem ves čas samo delal; hvala tudi Sabini in Draganu, ki sta me vzpodbujala, ko je bilo najtežje. Za pomoč pri računalniškemu oblikovanju slik se najlepše zahvaljujem bivši sodelavki Juditi.

Nenazadnje pa se neizmerno zahvaljujem tudi vsem LGBT članom mavrice, ki so me spustili v svoj svet – ta naloga je namenjena njim.

## **POVZETEK**

**Teoretična izhodišča:** Spolna usmerjenost in spolna identiteta sta determinanti, ki vplivata na zdravje in zdravljenje. Razumevanje izkušenj pripadnikov spolnih manjšin z zdravstvenimi delavci in sodelavci je prvi korak do zagotavljanja kakovostne, kulturno kompetentne zdravstvene oskrbe za to skupino uporabnikov zdravstvenega sistema.

**Cilj** raziskave je bil ugotoviti in razumeti specifične potrebe posameznikov, ki odstopajo od heteronormativnosti, v zvezi z zdravstveno oskrbo.

**Metoda:** Uporabljena je bila kvalitativna fenomenološka metoda s tehniko polstrukturiranega intervjuja, ki se je izvajal v živo, na podlagi usmerjevalnih vprašanj. Namenski vzorec 11 LGBT respondentov smo sestavili z uporabo metode snežne kepe. Zvočne posnetke intervjujev smo transkribirali, prepis pa analizirali z metodo kvalitativne tematske analize besedila.

**Rezultati:** Oblikovali smo 23 kategorij, ki smo jih združili v 6 tematskih področij: koreografija okrog razkritja; ambivalentnost izkušenj LGBT posameznikov z zdravstvenimi delavci; heteronormativnost zdravstvenega sistema; obrazi homofobije v zdravstvu; kulturno kompetentna zdravstvena obravnava in odnos kot komunikacija.

**Razprava:** Slovenski zdravstveni sistem je heteronormativen. Čeprav v skupini istospolno usmerjenih prevladujejo dobre ali korektne izkušnje, se homofobija znotraj sistema izraža kot heteroseksizem. Transspolne in nebinarne osebe so s strani zdravstvenih delavcev deležne nerazumevanja, kulturno neprimerne obravnave, respondenti pa so navajali tudi izkušnje diskriminacije.

**Ključne besede:** heteroseksizem, spolne manjšine, nebinarnost, diskriminacija

## SUMMARY

**Background:** Sexual orientation and gender identity are decisive determinants affecting health and healing. Understanding the experiences of sexual minority members with healthcare professionals and allied health professionals is the first step to providing high-quality, culturally competent health care for this group of healthcare system users.

**Goals:** The aim of the research was to identify and understand the specific needs of individuals who differ from heteronormativity regarding health care.

**Methods:** A qualitative phenomenological method was employed. Semi-structured interview technique was conducted in person based on guidance questions. A purposive sample of 11 LGBT respondents was compiled using the snowball method. The audio recordings of the interviews were transcribed and the transcript analysed using a qualitative thematic text analysis method.

**Results:** A total of 23 categories were created and grouped into six thematic sets: choreography around disclosure; ambivalence of LGBT individuals' experiences with healthcare professionals; heteronormativity of the healthcare system; faces of homophobia in health care; culturally competent healthcare treatment; and attitude as communication.

**Discussion:** The Slovenian healthcare system is heteronormative. Although experiences within the same-sex group were found to be mainly good or appropriate, homophobia within the system is expressed as heterosexism. Transgender and non-binary persons are subject to misunderstandings and culturally inappropriate treatment by healthcare professionals. Respondents also mentioned instances of discrimination.

**Key words:** heterosexism, sexual minorities, non-binary, discrimination

## KAZALO

<b>1 UVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>2 TEORETIČNI DEL</b> .....	<b>5</b>
2.1 SPOLNA USMERJENOST/IDENTITETA KOT DETERMINANTA ZDRAVJA IN ZDRAVLJENJA .....	5
2.1.1 Spolna identiteta .....	5
2.1.2 Spolna usmerjenost.....	9
2.1.3 Determinante zdravja.....	13
2.1.4 Spolna usmerjenost/identiteta kot determinanta zdravja .....	18
2.2 HETERONORMATIVNOST IN HOMOFOBIA .....	20
2.2.1 Heteronormativnost .....	20
2.2.2 Homofobija.....	22
2.3 STIGMATIZACIJA IN DISKRIMINACIJA.....	24
2.4 KULTURNE KOMPETENCE.....	28
2.4.1 Kultura in kulturne kompetence .....	28
2.4.2 Nekaj kulturnih značilnosti LGBT skupnosti.....	29
2.4.3 Kulturne kompetence zdravstvenih delavcev in sodelavcev .....	31
<b>3 EMPIRIČNI DEL</b> .....	<b>34</b>
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	34
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	35
3.3 METODE RAZISKOVANJA .....	35
3.3.1 Dizajn raziskave .....	36
3.3.2 Instrument raziskave.....	37
3.3.3 Udeleženci raziskave .....	39
3.3.4 Potek raziskave in soglasja .....	41
3.3.5 Obdelava podatkov .....	42
3.4 REZULTATI .....	43
3.5 RAZPRAVA.....	51
<b>4 ZAKLJUČEK</b> .....	<b>61</b>
<b>5 LITERATURA</b> .....	<b>62</b>
<b>6 PRILOGE</b> .....	<b>77</b>

## **KAZALO SLIK**

Slika 1: Plastoviti model spola.....	7
Slika 2: Dimenzije spolne usmerjenosti.....	10
Slika 3: Idealnotipski model Richarda Troidna.....	12
Slika 4: Determinante zdravja.....	14

## **KAZALO TABEL**

Tabela 1: Karakteristike respondentov v vzorcu.....	39
Tabela 2: Razporeditev kategorij po temah.....	50

## SEZNAM KRAJŠAV

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome – Sindrom pridobljene imunske pomanjkljivosti
HIV	Human Immunodeficiency Virus – Virus človeške imunske pomanjkljivosti
LGBT	lezbijke, geji, biseksualne in transspolne osebe
SJM	Nacionalna raziskava Slovensko javno mnenje

## 1 UVOD

Zdravstveni delavci in sodelavci morajo vse uporabnike zdravstvenega sistema obravnavati enakopravno. K temu jih zavezujejo tako različni etični kodeksi kot tudi nekateri zakonski predpisi, izmed katerih sta v tem kontekstu najpomembnejša *Zakon o pacientovih pravicah* (Zakon o pacientovih pravicah, 2008) ter *Kazenski zakonik* (Kazenski zakonik (KZ-1) z novelo KZ-1C, 2015). Prenovljeni *Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije* (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2014, p. 4) od leta 2014 eksplicitno navaja spolno usmerjenost kot okoliščino, ki ne sme vplivati na kakovost zdravstvene nege oz. ne sme »kakorkoli vplivati na odnos do pacienta«. *Kodeks etike za babice Slovenije* (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2014, p. 13) predpisuje nepristransko obravnavo marginalnih skupin in eksplicitno navaja tudi spolno usmerjenost. *Kodeks zdravniške etike* (Slovensko zdravniško društvo, 2016) zavezuje zdravnike, da ne dopuščajo nobenih razlik zaradi spola, med drugim tudi spolne usmerjenosti; enaka načela zavezujejo tudi fizioterapevte (Združenje fizioterapevtov Slovenije, 2017). Pacienti imajo »pravico do enake obravnave pri zdravstveni oskrbi ne glede na spol, /.../ spolno usmerjenost ali drugo osebno okoliščino« (Zakon o pacientovih pravicah, 2008, p. 16). Kršitev enakopravnosti na podlagi različnih osebnih okoliščin in tudi spolne usmerjenosti je opredeljena kot kaznivo dejanje zoper človekove pravice in svoboščine, zaradi katerega je predpisana denarna kazen ali zapor do enega leta (Kazenski zakonik (KZ-1) z novelo KZ-1C, 2015).

Kakovostna sodobna zdravstvena obravnava temelji na osredotočenju na pacienta (Robida, 2009; Simčič, 2010). Osredotočenost na pacienta pomeni, med drugim, da mora biti zdravstvena oskrba prilagojena in osnovana na pacientovih potrebah in vrednotah, da naj se zdravstveni sistem prilagodi pričakovanim potrebam pacientov (Robida, 2009). Med načeli kakovostne zdravstvene obravnave je tudi načelo enakopravnosti, ki nam nalaga nediskriminatorno obravnavanje pacienta, kar pomeni, da pri zdravstveni obravnavi pacienta ne sme prihajati do razlikovanja na podlagi spola, starosti, etnične



pripadnosti ipd. ter tudi ne na podlagi spolne usmerjenosti ali identitete (Zakon o pacientovih pravicah, 2008; Robida, 2009).

Poleg tega se tudi v našem prostoru vse bolj uveljavlja koncept kulturnih kompetenc. Le-ta narekuje kulturno kompetentno zdravstveno obravnavo, ki je pogoj za na pacienta osredotočeno in kakovostno zdravstveno obravnavo. »Kulturne kompetence opredelimo kot odnos, znanje in spretnosti, ki so potrebni za zagotavljanje kakovostne skrbi za različne populacije«; kulturno kompetentni zdravstveni delavec ali sodelavec se tako lahko nauči boljše naslavljanje specifične potrebe vseh uporabnikov zdravstvenega sistema (Kersey-Matusiak, 2013, p. 4). Kot trdi Cai (2016), morajo medicinske sestre za zagotavljanje varne in kakovostne zdravstvene nege posedovati kulturne kompetence.

Posamezniki, ki odstopajo od heteronormativnosti, so kulturno izredno heterogena družbena skupina. Združeni in prepoznani so pod akronimom *LGBT*, ki je danes zelo širok termin (*angl.* umbrella term) in večinoma razširjen na *LGBTQI* (Bibič, et al., 2011; Dente, 2013), oz. njegova raba variira (Bibič, et al., 2011). Gre za kratico, ki je sestavljena iz prvih črk imen za naslednje spolne manjšine (Bibič, et al., 2011; Dente, 2013): lezbijke (ženske, ki jih privlačijo druge ženske), geje (moški, ki jih privlačijo drugi moški), biseksualne (osebe, ki jih privlačijo tako ženske kot moški), transspolne (osebe, ki prestopajo binarne delitve spola), transseksualne (osebe, ki se istovetijo s spolom, ki ni njihov biološki), »queer« (osebe, ki se ne istovetijo na heteronormativni, spolno binarni način) ter interseksualne osebe (osebe, ki imajo značilnosti ženskega in moškega biološkega spola).

Nekateri avtorji (npr. Kuhar, et al., 2011) ugotavljajo, da sta stigmatizirana identiteta in homofobično nasilje pravzaprav edino, kar imajo skupnega predstavniki različnih spolnih manjšin. Kuhar (2010, p. 8) k temu dodaja še pozicijo »drugorazrednega državljanstva«. Zaradi izredne raznolikosti znotraj same skupine je potrebno raziskovanje le-te nadaljevati in razširiti. Raziskave kažejo, da so posamezniki, ki odstopajo od heteronormativnosti, soočeni s posebnimi izzivi za njihovo zdravje in pri dostopanju do primerne zdravstvene oskrbe (Edwards, 2012), pa tudi, da zdravstvenemu osebju primanjkuje kulturnih kompetenc (Hoffkling, et al., 2017). Nekatere teoretičarke

zdravstvene nege (npr. Meleis, 2018) izpostavljajo, da je cilj znanstvene discipline zdravstvene nege usmeriti razvoj znanja na populacije, ki so marginalizirane znotraj zdravstvenega sistema in družbe na splošno.

Številne raziskave še vedno ugotavljajo prisotnost tako stigmatizacije kot diskriminacije in celo nasilja s strani zdravstvenih delavcev do določenih skupin pacientov. Dejstvo, da so diskriminatorne prakse prepovedane, še ne pomeni, da niso prisotne (Edwards, 2012, p. 297). Kot pravi Ule (2009b, p. 82), imajo zdravstveni delavci svoje predstave o tem, kaj je »dober« in »slab« pacient, oz. »preferirajo določene paciente in imajo distanco do drugih pacientov«. Za slabega pacienta je lahko označen tisti, ki je zaradi kakršnekoli osebne okoliščine drugačen od večine, ali tisti, ki živi drugačen življenjski stil ali pripada različnim »družbenim skupinam, ki so negativno stereotipizirane« (Ule, 2009b, p. 83), stigmatizirane ali celo diskriminirane. Taki so tudi posamezniki, ki odstopajo od heteronormativnosti. V slovenskem prostoru so izpostavljeni zlasti »drugače« spolno usmerjeni posamezniki in manj tisti z »drugačnimi« (spolnimi) identitetami. Kot kažejo raziskave *Slovenskega javnega mnenja* (SJM), pomemben delež populacije še vedno drži do njih veliko socialno distanco. V zadnji raziskavi SJM si homoseksualcev za soseda ne želi 28,4 % vprašanih (Kurdija, et al., 2016), kar je manj kot v predhodnih raziskavah, kjer se je ta delež gibal med 33,6 % in 35,5 % (Toš, et al., 2012), če pogledamo zadnje tri. Le-ti so tako danes uvrščeni na šesto mesto (prej na tretje), vendar je bil v zadnji raziskavi seznam »nezaželenih« pomembno povečan. Manj zaželeni so nekoč bili le še »pijanci« in »narkomani«, danes pa veljajo za take še Romi, begunci in ljudje z AIDS-om.

Kakšen je odnos zdravstvenih strokovnjakov do posameznikov, ki odstopajo od heteronormativnosti, so v preteklosti ugotavljale maloštevilne raziskave, danes pa jih je neprimerno več, še posebej v nekaterih (evropskih) državah. Starejše raziskave (npr. Byron-Smith, 1993; Harrison, 1998) potrjujejo predvsem relativno visoko stopnjo (klasične) homofobije, stigmatizacije ter neposredne in odkrite diskriminacije s strani zdravstvenih delavcev in sodelavcev. Ugotavljajo strah pred homoseksualnostjo in visoko stopnjo negativnih stališč. Kasnejše raziskave tega odnosa (npr. Rondahl, et al., 2004) ugotavljajo manj klasične homofobije, večjo mero strpnosti in sprejemanja, manj

obsojanja, vendar še vedno s precejšnjo (socialno) distanco. Sociologi podobno ugotavljajo v splošni družbeni klimi, kar imenujemo »nova homofobija«, ki je veliko bolj prikrita in subtilnejša (Kuhar, et al., 2011). Ena izmed oblik »nove homofobije« je tudi stigmatizacija, ki je sicer značilna tudi za ostale marginalizirane družbene skupine. Stigmatizacije ne smemo preučevati zgolj z vidika tistih, ki stigmatizirajo, temveč tudi (ali predvsem) z vidika tistih, ki so stigmatizirani. Tako raziskave (npr. Rondahl, 2009) ugotavljajo, da drugače spolno usmerjene danes moti predvsem visoka stopnja heteronormativnosti družbe.

Na splošno pa niti strokovna javnost niti splošna družbena klima, še posebej v primerjavi z nekaterimi drugimi kulturnimi skupinami, skupini posameznikov, ki odstopajo od heteronormativnosti kot celoti, ne posvečata večje pozornosti. Na ta način so le-ti postavljeni na obrobje in torej marginalizirani, s tem pa nujno tudi stigmatizirani, kar je gotovo tudi izraz heteronormativnosti družbe.

## 2 TEORETIČNI DEL

### 2.1 SPOLNA USMERJENOST/IDENTITETA KOT DETERMINANTA ZDRAVJA IN ZDRAVLJENJA

#### 2.1.1 Spolna identiteta

Identiteta je eden izmed temeljnih konceptov v (razvojni) psihologiji. Opredeljena je kot »koherentno in celovito organizirano pojmovanje sebe kot od drugih različnega posameznika, ki vključuje vrednote, prepričanja, cilje za katere se je posameznik opredelil, kontinuiranost in istost teh atributov v času ter socialno vzajemnost« (Zupančič, 2009, p. 571). Pionir znanstvenega raziskovanja identitete je bil ameriški psiholog evropskega porekla Erik H. Erikson. Erikson je razvil teorijo o psihosocialnem razvoju človeka, ki razlaga celotno življenjsko obdobje. Psihosocialni razvoj se nanaša na »posameznikov razvoj čustvovanja, moralnega presojanja, identitete, spolne vloge, odnosov z vrstniki in prijateljstva« (Bürger Lazar & Kodrič, 2014, p. 55). Psihosocialni razvoj ima po Eriksonu 8 stopenj, ki jih poimenuje z binarno nasprotnimi pari besed, pri čemer predstavlja prva beseda v paru končni cilj razvoja na posamezni stopnji. Stopnje psihosocialnega razvoja človeka po Eriksonu so (Braungart & Braungart, 2015):

1. zaupanje – nezaupanje,
2. samostojnost – sram in dvom vase,
3. pobuda – krivda,
4. podjetnost – manjvrednost,
5. identiteta – difuzija identitete,
6. intimnost – izolacija,
7. ustvarjalnost – stagnacija,
8. integriteta – obup.

Identiteta se »razvija skozi obdobja rasti, kriz in razreševanja kriz, ki so spet podlaga za novo rast« (Ule, 2008, p. 58). Stopnjam psihosocialnega razvoja ustreza 8 temeljnih identitetnih kriz. Za zdravstveno nego to pomeni, da je potrebno medosebne odnose skrbno usmeriti v izboljšanje osebnega in socialnega razvoja na vsaki stopnji razvoja (Braungart

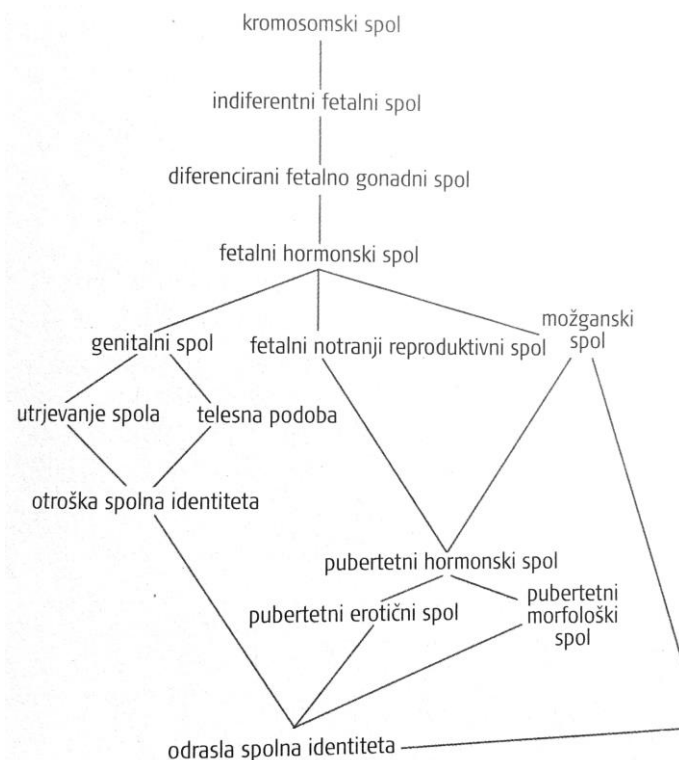
& Braungart, 2015). Kaže, da se negotovost glede spolne usmerjenosti s starostjo (oz. razvojem) manjša (Snyder, et al., 2016).

Najpomembnejše obdobje v razvoju identitete je doba adolescence, ki ji ustreza kriza identitete v adolescenci, ki ima za nalogo razvoj individualne samopodobe, potrditev in sprejetje identitete, pa tudi sprejetje te identitete s strani drugih – stopnja 5 (Ule, 2008). Erikson v svoji teoriji omenja tudi razlike med spoloma in intimnost. Danes na splošno velja, da je adolescenca prehodno razvojno obdobje, katerega glavna naloga je oblikovanje posameznikove identitete s poudarkom na (dokončnem) razvoju spolne identitete (Bürger Lazar & Kodrič, 2014). Koncept spolne identitete izvira iz dela Eriksona, kasneje pa »se je začela na področju spola prevladujoče uporabljati« (Connell, 2012, p. 42). Posameznikova spolna identiteta je rezultat kompleksne kombinacije številnih elementov, ki vključujejo (Helman, 2007):

- genetski spol: temelji na genotipu oz. kombinaciji obeh spolnih kromosomov;
- somatski spol: temelji na fenotipu in razvoju sekundarnih spolnih značilnosti;
- psihološki spol: temelji na posameznikovi samopercepciji in vedenju;
- socialni spol: temelji na kulturni percepciji družbe.

Poenostavljeno danes večinoma govorimo o t.i. biološkem spolu (angl. *sex*), ki vključuje zgoraj omenjena genetski in somatski spol ter t.i. družbenem spolu (angl. *gender*), ki vključuje zgoraj omenjena, psihološki in socialni spol. Posamezniki lahko odstopajo od heteronormativnosti na vseh štirih nivojih posamezno ali v kombinacijah. Spol je namreč imitacija nekega ideala, norme, ki je nikoli ni mogoče [popolnoma] doseči (Tratnik, 2013), čeprav »večina ljudi oblikuje stabilno seksualno identiteto, pri« čemer »pa se ne zaveda, da je ta identiteta družbeno konstruirana in ne nekaj naravnega« (Kuhar, 2010, p. 53).

Spol lahko predstavimo s t.i. plastovitim modelom spola (*Slika 1*), ki ga je razvil psiholog John Money. Na sliki lahko vidimo več »plastí« spola, kako se plasti razvijajo ena iz druge ter kako tak razvoj privede do spolne identitete. Spol določimo na podlagi zunanjih genitalij, ta določitev pa »sproži družbeni odziv, s katerim se prične proces spolne socializacije« (Fausto-Sterling, 2014, p. 18).



**Slika 1: Plastoviti model spola**

(vir: Fausto-Sterling, 2014, p. 17)

Poudariti želimo, da kromosomi, gonade, genitalije in hormoni »niso neposredni določitelji spolne identitete«, saj imajo na njeno oblikovanje velik vpliv družbeni dejavniki (Fausto-Sterling, 2014, p. 59). Družbeni konstruktivisti tako razlagajo, da je razvoj identitete »posledica interaktivnega procesa družbene kategorizacije /.../ ter samo-identifikacije« (Kuhar, 2010, p. 52).

Spolna identiteta je »osebna spolna opredelitev, ki ni vezana na biološki spol in na spolno usmerjenost; oseba se lahko istoveti z moškim in/ali ženskim spolom, z nobenim od bioloških spolov ali z vsemi vmesnimi različicami« (Bibič, et al., 2011, p. 47); podobno razlagajo tudi Keuroghlian in ostali (2017). Spol v postmoderni družbi namreč ne velja (več) za fiksno kategorijo; moškost oz. ženskost nista osnovni karakteristiki, ki ju podedujemo ob rojstvu, temveč performans primerne spolne identitete (Jones & Daykin, 2015), pri čemer je ta »identiteta razumljena kot fluidna in topljiva« (Kuhar, 2010, p. 47), predvsem pa ne kot fiksna kategorija. To je temeljna pozicija t.i. queerovske teorije, ki izhaja iz poststrukturalizma, njen osrednji koncept pa je *heteronormativnost* (glej

poglavje 2.2.1). Keuroghlian in sodelavci (2017) opozarjajo, da lahko spolna identiteta danes variira na številne načine, ki v preteklosti niso bili prisotni, danes pa se pri kliničnem delu z njimi srečujemo pogosteje. White Hughto in ostali (2015) tako naštevajo več različnih spolnih identitet, kot npr. ženska, moški, transspolna ženska, transspolni moški, nebinarna oseba, »bigender« ...

Spol je osrednji element predstavljanja sebe (Macionis & Plummer, 2012a). Kot razlaga Tratnik (2013), se nihče ne rodi kot moški ali ženska in to samoumevno živi, vsi pa moramo »delati« na svojem spolu. Spol torej ni določen vnaprej, ampak se konstruira med družbeno interakcijo (Connell, 2012), oz. se, psihološko gledano, »spolna identiteta oblikuje kot posledica procesa učenja, kognitivnega razvoja in družbenega pogojevanja« (Fausto-Sterling, 2014, p. 72).

V antropologiji (pa tudi humanistiki) na splošno velja, »da je družbeni spol (angl. *gender*) spremenljiv, tudi če je biološki spol (angl. *sex*) ustaljen« (Eriksen, 2012, p. 163). Z besedami družbenega konstruktivizma: »spol ter odgovarjajoča seksualnost nista fiksni /.../ resnici, pač pa produkta določene kulture in časa« (Kuhar, 2010, p. 24). Čeprav se pričnejo otroci zavedati razlik med spoloma že v predšolskem obdobju, se pričnejo bolj zavestno ukvarjati s spolnostjo v šolskem obdobju; z dozorevanjem telesa in povečanim izločanjem hormonov pa mladostniki dosežejo spolno zrelost (Ball, et al., 2017). Spolna identiteta je »najbolj bistven temelj osebne identitete« (Eriksen, 2012, p. 154), šele v adolescenci pa »oblikujemo in prepoznamo sami sebe kot seksualna bitja« (Kuhar, 2010, p. 28).

Identiteta je danes postala tudi ključni koncept v sociologiji (Macionis & Plummer, 2012a). Identiteta posameznika se v sociološkem pogledu izoblikuje v interakciji z drugimi in odseva nazaj k temu istemu posamezniku skozi verbalno in neverbalno komunikacijo (Jones & Daykin, 2015). Kot sociološki koncept služi identiteta kot ključni most med ljudmi in širšimi kulturami znotraj socialnega življenja (Macionis & Plummer, 2012a). Podobno je identiteta razložena tudi iz antropološkega gledišča. Na razvoj in izoblikovanje družbene identitete vpliva »součinkovanje organskih, duševnih in družbeno-kulturnih dejavnikov« (Bock, 2013, p. 161). Zavedanje družbenega in

kulturnega vpliva je temeljno za razumevanje razvoja (spolne) identitete posameznikov, ki odstopajo od heteronormativnosti. Omenili smo že, da so le-ti kulturno izredno heterogena skupina, v nadaljevanju pa bomo nakazali nekaj tovrstnih kulturnih posebnosti (glej poglavje *Kulturne kompetence*). Teorija »skriptov« oz. scenarijev (angl. *script theory of sexuality*) razlaga spolnost kot družbeno naučeno (Seidman, 2011): v času odraščanja nas družba nauči, katera čustva in želje so primerne, ti »scenariji« spolnega vedenja pa usmerjajo našo izbiro oseb, časa in kraja za spolnost ter pomena, ki ga le-ta ima za nas.

### 2.1.2 Spolna usmerjenost

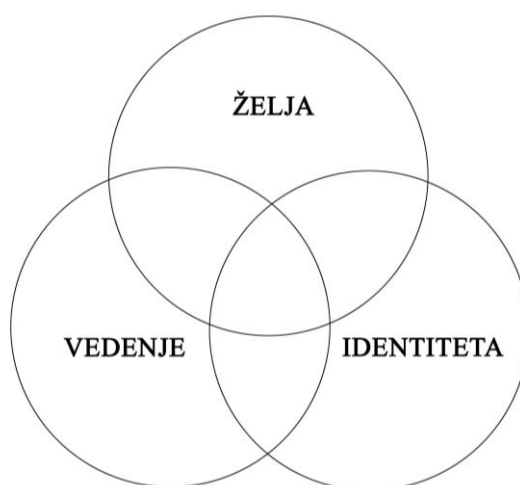
Koncept spolne usmerjenosti se nanaša na željo oz. zaželeno; čeprav ima biološko podstat, se človeška spolnost razlikuje predvsem po dejstvu, da je večji del simbolična in socialna, nosi nek pomen in je povezana z močjo (Macionis & Plummer, 2012b). Nekateri posamezniki se identificirajo znotraj kakšne izmed *spolnih manjšin* (Ball, et al., 2017). To so posamezniki z različnimi spolnimi identitetami (manjšina na podlagi družbenega spola – angl. *gender minorities*) in/ali različnimi spolnimi usmeritvami (manjšina na podlagi spolne usmerjenosti – angl. *sexual minorities*). Spolna usmerjenost opredeljuje spolno in/ali romantično privlačnost posameznika do drugih oseb (Giddens & Sutton, 2013). Opredeljena je kot »čustveno in seksualno nagnjenje do oseb istega, drugega ali obeh bioloških spolov« (Bibič, et al., 2011, p. 47). Spolna usmerjenost posameznika je lahko heteroseksualna – kadar ga privlačijo osebe nasprotnega biološkega spola; homoseksualna – kadar ga privlačijo osebe istega biološkega spola ali biseksualna – kadar ga privlačijo osebe obeh bioloških spolov (Giddens & Sutton, 2013). Nekateri posamezniki ne občutijo spolne privlačnosti in/ali želje po spolnosti, kar opredeljujemo kot *aseksualnost*. Znotraj medicinskega diskurza je le-ta večinoma razumljena kot (psiho)patološka, čeprav nekateri (npr. Kovačič, 2012) zagovarjajo tezo, da je aseksualnost le ena izmed spolnih usmeritev.

Spolna usmerjenost in spolna identiteta sta dva aspekta identitete (Margolies & Brown, 2019). Heteroseksualnost večinoma velja za »naravni« temelj družbe, kar predstavlja jedro heteronormativnosti, čeprav sociologi opozarjajo, da je to socialni konstrukt moči;



še več, heteroseksualnost pomaga strukturirati neenakosti med spoli in poudarja spolno hierarhijo (Macionis & Plummer, 2012b). Človeško spolno vedenje pa je veliko bolj kompleksno. Le majhen odstotek moških in žensk je namreč »konsistenten« v svoji seksualnosti; npr. »nekateri imajo istospolne željo in vedenje, a se ne identificirajo kot geji ali lezbijke«, »drugi imajo istospolne seksualne stike, vendar ne poročajo o istospolni privlačnosti ali identiteti« (Fausto-Sterling, 2014, p. 99; Fredriksen-Goldsen, et al., 2014; Keuroghlian, et al., 2017). Omenili smo že, da je spolna usmerjenost odraz želje, da ima biološko osnovo in da sestavlja identiteto. »Vsak posameznik [namreč] svojo seksualnost živi na svoj specifičen in edinstven način in ima v zvezi s tem svoje specifične izkušnje, potrebe, želje« (Kuhar, 2010, p. 7).

Spolna usmerjenost se kaže torej skozi 3 dimenzije: identiteto, vedenje in željo (Keuroghlian, et al., 2017) – Margolies in Brown (2019) jih imenujeta »označevalci« in jo lahko grafično prikažemo kot preplet teh dimenzij (Slika 2). Prvi je na to opozoril pionir na področju raziskovanja spolnosti Američan Alfred Kinsey v svoji znameniti študiji, ki je razkrila »razširjenost eksperimentiranja in raznolikost seksualnih praks (Fausto-Sterling, 2014, p. 98; Giddens & Sutton, 2013). »Spolna usmerjenost je tako še posebno polno in kompleksno doživetje, ki je drugačno za vsakogar, ki ga izkusi; doživetje, ki ga celo oni sami le stežka razumejo in ki se izmika vsakršni definiciji« (Sullivan, 2008, p. 118).



**Slika 2: Dimenzije spolne usmerjenosti**

(vir: Fausto-Sterling, 2014, p. 100)

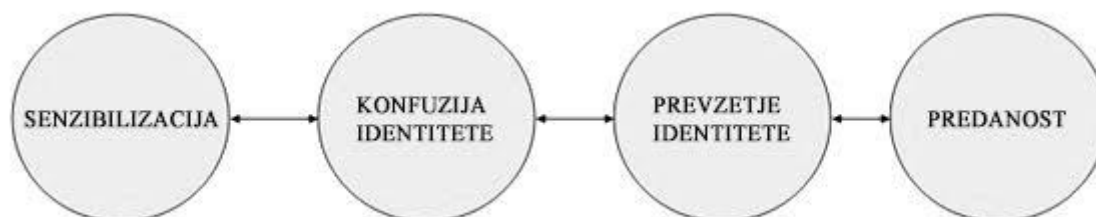
Z razvojem spolne identitete se razvija tudi spolna usmerjenost. Psihoseksualni razvoj je za večinsko populacijo samoumeven oz. se ga sploh ne zaveda in se o njem niti ne sprašuje. Šele posamezniki, ki odstopajo od heteronormativnosti, ga postavijo pod vprašaj, saj so postavljeni pred drugačne izzive kot njihovi večinski vrstniki. Ko so nekatere drugačne spolne prakse in ljudje, ki so jih prakticirali, začeli prehajati iz medicinskega diskurza, ki je bil večinoma patološki, na humanistično-družboslovno področje, so se raziskave lahko usmerile drugam (Kovačič, 2012), in sicer v razvoj (spolne) identitete teh posameznikov. Raziskovalci so ugotovili, da ima razvoj identitete posameznikov, ki odstopajo od heteronormativnosti, nekaj skupnih točk, in se hkrati razlikuje od razvoja večinske populacije (Richardson, 2009). Zaradi družbene stigmatizacije homoseksualnosti je lahko razvoj spolne identitete posameznikov, ki odstopajo od heteronormativnosti, naporen in lahko negativno vpliva na obnašanje, povezano z zdravjem (Monterrubio, 2018).

Kot opisuje Ule (2008), se identiteta mladostnika oblikuje v tesni povezavi z izkušnjami pripadnosti neki skupini vrstnikov in potrjevanjem med njimi. Sociolog Plummer (1975 cited in Seidman, 2011) tako razlaga, da se posameznik ne rodi s homoseksualno identiteto, temveč se šele nauči biti homoseksualen. Povedano drugače: tako kot se identiteta, splošno gledano, razvije v procesu socializacije, se tudi identiteta, ki odstopa od heteronormativnosti, razvije skozi proces socializacije. Čeprav lahko npr. homoseksualno vedenje najdemo v večini družb (Kuhar, 2010; Eriksen, 2012), je homoseksualna identiteta nedavni zgodovinski produkt (Foucault, 2010; Seidman, 2011), oz. »je šele v moderni družbi nastal koncept« identitete posameznika, ki odstopa od heteronormativnosti, kot posebne, ločene identitete (Kuhar, 2010; Seidman, 2011). Kot opozarja Monterrubio (2018), pa je homoseksualna identiteta, v primerjavi s spolno identiteto, širši koncept, saj vključuje tudi kolektivne in politične aspekte v kulturnem in socialnem smislu oz. koncept homoseksualne identitete presega zgolj elemente, povezane s spolnostjo v biološkem in psihološkem smislu. Dente (2013) opozarja, da morajo zdravstveni delavci upoštevati, da številni posamezniki, ki odstopajo od heteronormativnosti, ne uporabljajo ali ne marajo termina »homoseksualnost« zaradi njegove predhodne klinične uporabe za opredeljevanje istospolne privlačnosti kot patološke in odklonske.

Obstaja več modelov razvoja spolne identitete/usmerjenosti, ki odstopa od heteronormativnosti. Večina jih je bila razvitih v 70. in 80. letih 20. stoletja, precej tudi v 90. letih, na prelomu tisočletja se je pojavilo tudi nekaj modelov oblikovanja transspolne identitete (Eliason & Schope, 2010). Splošna ugotovitev večine teoretičnih modelov je, da je razvoj homoseksualne identitete proces, ki ga sestavljajo različne faze, ki potekajo na splošno od faze čustvene zmede do faze sprejemanja (Monterrubio, 2018).

Idealnotipski model izoblikovanja homoseksualne spolne identitete je razvil Richard Troiden, ki je nekoliko poznan tudi v zdravstveni negi. Razvoj identitete poteka po tem modelu skozi 4 stopnje (Richardson, 2009) (Slika 3):

- 1) senzibilizacija;
- 2) konfuzija identitete;
- 3) prevzetje identitete;
- 4) predanost.



**Slika 3: Idealnotipski model Richarda Troidna**

(Lemery, 2008, p. 24)

»Posameznik ima lahko pred puberteto občutke drugačnosti, ki jih še ne zna tematizirati (stopnja 1). Čeprav se otroci v tej starosti navadno poskušajo identificirati z vrstniki istega spola, se pri posameznikih razvije občutek, da so nekako drugačni od ostalih. Dečki so lahko že v tej fazi tarča posmehovanja, ker ne ustrezajo stereotipom moškosti. Posledično lahko posamezniki razvijejo negativno samopodobo. Za razliko od ostalih marginaliziranih skupin, tovrstni posamezniki nimajo nobene podporne skupine. V času adolescence se pričnejo posamezniki zavedati negativne podobe spolnih manjšin, ki vladajo v družbi. Postanejo zmedeni glede svoje identitete (stopnja 2), saj se lahko ne prepoznajo v prevladujočih diskurzih. V tem času se naučijo skrivati, spoznanje, da

mogoče pripadajo tej marginalizirani skupini, jih lahko pripelje do psihosocialnih težav. Pogosto je zanikanje tovrstnih občutkov in upanje, da bodo le-ti minili. Proti koncu adolescence (stopnja 3) imajo posamezniki navadno več svobode in s tem več možnosti spoznati ostale, njim podobne posameznike. Hkrati pa lahko postaja vse težje skrivati svoje občutke. Postati bolj viden lahko vodi do zavračanja s strani prijateljev in tudi družine. Postopno pa posameznik sprejme svojo seksualnost, ki postane del njega kot celostne osebe (stopnja 4)« (Krnel, 2020, p.3).

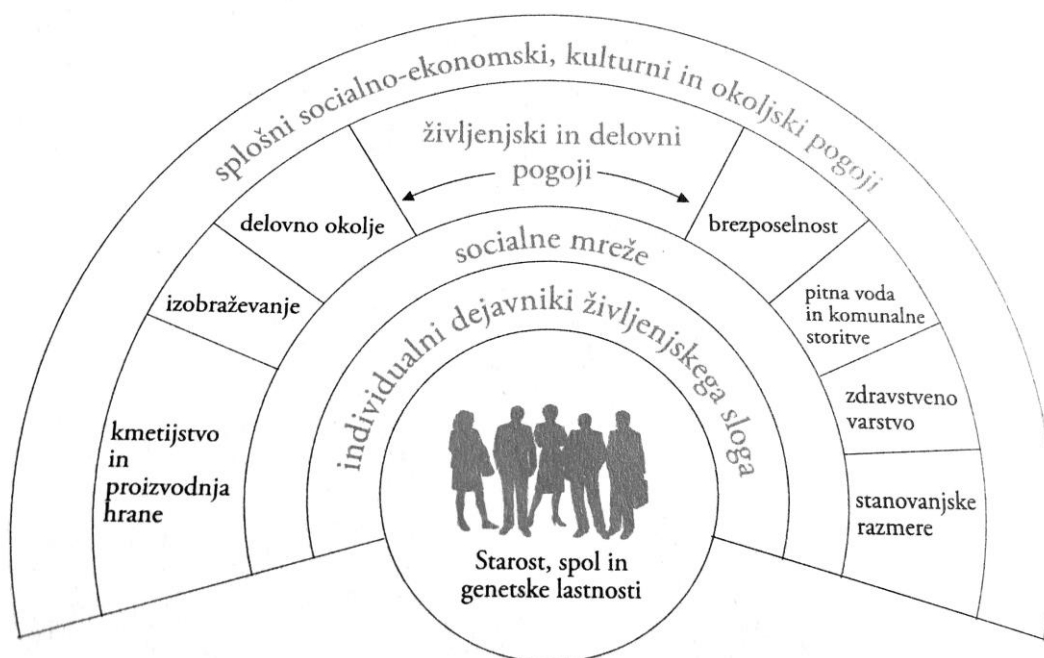
Nekateri avtorji so se osredotočili na raziskovanje biseksualne skupnosti in ugotavljajo, da je ta bolj skrita, saj se bodo biseksualci statistično značilno manj verjetno razkrili pred zdravstvenimi delavci (Durso & Meyer, 2013), se pa biseksualci tudi najmanj razkrivajo pred onkološkim osebjem (Kamen, et al., 2015). Biseksualnost kot spolna usmerjenost še vedno ni priznana v enaki meri kot homoseksualnost, biseksualni posamezniki pa se tudi znotraj skupnosti posameznikov, ki odstopajo od heteronormativnosti, srečujejo s posebno vrsto stigmatizacije in diskriminacije, t.i. bifobijo. Bifobija je opredeljena kot »nestrpnost do biseksualnih oseb« (Bibič, et al., 2011, p. 12). To je delno posledica dejstva, da biseksualnost še bolj kot homoseksualnost, ne ustreza heteronormativni binarni konstrukciji seksualnosti (Esterberg, 2011), ki predvideva ali eno ali drugo pozicijo, nikakor pa obeh hkrati. Zahodna miselnost je namreč izrazito binarno strukturirana. Številni respondenti so se tako srečali z odkritimi negativnimi sodbami glede svoje biseksualne identitete; zdravstveni delavci pa so tudi odkrito izražali stališče, da biseksualnost ni »prava« spolna usmerjenost, temveč neko prehodno obdobje (Eady, et al., 2011).

### 2.1.3 Determinante zdravja

Najbolj znano definicijo zdravja je leta 1948 postavila *Svetovna zdravstvena organizacija* (v nadaljevanju SZO), ki opredeljuje zdravje »kot stanje [popolnega] telesnega, psihičnega in socialnega blagostanja in ne samo kot odsotnost bolezni« (Sočan, 2013, p. 17). Čeprav v sodobnem zahodnem zdravstvenem sistemu prevladuje biomedicinski model zdravja, so bili v prejšnjem stoletju razviti še nekateri drugi (Zaletel-Kragelj, et al., 2011), izmed katerih je za fenomenološko študijo najpomembnejši *biopsihosocialni*

model. Le-ta se namreč najbolj sklada z družbeno-konstruktivistično paradigmo, v okviru katere smo razložili spolno identiteto in usmerjenost (glej poglavji 2.1.1 in 2.1.2). Po biopsihosocialnem modelu je zdravje sposobnost prilagajanja posameznika naravnemu in družbenemu okolju in se danes pojmuje kot dinamično ravnovesje bioloških, okoljskih in socialnih agensov (Zaletel-Kragelj, et al., 2011). Biopsihosocialna paradigma poskuša odkriti konvergenco izkušenj, vključno z različnimi oblikami diskriminacije in zatiranja, oz. poskuša osvetliti pomen posledic različnih soodvisnih socialnih identitet in sistemov, ki so v medsebojni interakciji (Hankivsky & Christoffersen, 2008).

Da zdravja ljudi ne določajo zgolj biološki, temveč tudi socialni in okoljski dejavniki, je med prvimi zapisal kanadski minister za zdravje v 70. letih prejšnjega stoletja (Zaletel-Kragelj, et al., 2011), ki je posebej izpostavil tudi način življenja kot dejavnik, ki vpliva na zdravje. Vedenja, tvegana za zdravje, izhajajo iz življenjskega sloga. Specifičen način življenja je lahko odločilni dejavnik pri razvoju bolezni ali zdravja (Sočan, 2013). Po biopsihosocialnem modelu določajo zdravje ljudi t.i. determinante zdravja (Slika 4) oz. kombinacija različnih dejavnikov (Zaletel-Kragelj, et al., 2011).



**Slika 4: Determinante zdravja**

(Buzeti, et al., 2011, p. 18)

Determinante zdravja so »posamezni dejavniki ali kombinacija le-teh, ki pozitivno ali negativno vplivajo na zdravje« (Buzeti, et al., 2011, p. 13). Definirane so kot odločujoči dejavniki, ki vodijo do spremembe zdravstvenega stanja (Sočan, 2013), oz. kompleksne socialne pozicije, ki pomembno oblikujejo izkušnje zdravja (Hankivsky & Christoffersen, 2008).

Determinante zdravja razdelimo na tri osnovne skupine (Zaletel-Kragelj, et al., 2011):

- determinante notranjega okolja;
- determinante naravnega okolja;
- determinante družbenega okolja.

Spol po tej klasifikaciji uvrščamo med dejavnike notranjega okolja (biološki spol) in dejavnike družbenega okolja (družbeni spol). Fantje so npr. v eni izmed študij pogosteje poročali, da so homoseksualni, v primerjavi z dekleti ter transspolnimi mladostniki (Snyder, et al., 2016). Tudi v raziskavi o vsakdanjem življenju gejev in lezbijk v Sloveniji (Švab, 2018) je vzorec sestavljalo 64 % moških. Omenjena klasifikacija kot dejavnika ne navaja in ne vsebuje spolne identitete. Na biološki spol vezana, je po tej klasifikaciji kot determinanta notranjega okolja tudi starost. Moški in ženske, ki so se opredelili kot lezbijke, geji ali biseksualci, so bili, v eni izmed študij, bistveno mlajši (Elliott, et al., 2014). Kaže, da je danes proces družbenega razkrivanja identitete, ki odstopa od heteronormativnosti, nekoliko lažji. Tudi najnovejše raziskave (GLAAD, 2017) ugotavljajo, da se bodo mlajši posamezniki bolj verjetno identificirali kot pripadniki LGBT populacije v primerjavi s starejšimi (v starosti od 18 do 34 let je takih kar 20 %); mlajše generacije pa se bodo tudi bolj verjetno identificirale zunaj tradicionalnih binarnih kategorij. Kot pojasnjujeta Margolies in Brown (2019) je danes kultura bolj sprejeta, zato se povečuje število mladih LGBT posameznikov, ki se razkrijejo. Klasifikacija prav tako kot dejavnika ne navaja in ne vsebuje spolne usmerjenosti.

Bistvo determinant zdravja oz. biopsihosocialnega modela zdravja je v celostnem pogledu. Paradigma intersekcionalnosti predpostavlja sovplivanje različnih dimenzij zdravja (determinant), ki so v medsebojni soodvisnosti ter jih ni mogoče vrednostno razvrstiti po pomembnosti ali zreducirati, čeprav ni nujno, da delujejo vse hkrati

(Hankivsky & Christoffersen, 2008). Podrobneje se bomo posvetili dejavnikom družbenega okolja; ti so (Zaletel-Kragelj, et al., 2011):

- socio-ekonomski dejavniki:
  - izobrazba in pismenost,
  - zaposlenost in dohodek,
  - družbeni status,
- družbene vrednote:
  - kulturne značilnosti,
  - veroizpoved,
  - etične in moralne vrednote,
  - družbeni spol,
  - vrednote.

Populacija posameznikov, ki odstopa od heteronormativnosti, ima številne podobnosti s populacijo različnih etničnih skupnosti; kot opisuje Kuhar (2010) se je subkultura v primeru te populacije institucionalizirala, na etničnem modelu spolnih manjšin pa temelji tudi t.i. LGBT (politično) gibanje. Poleg tega je ta populacija tudi skrita družbena manjšina; o njej namreč nimamo zanesljivih demografskih podatkov (Švab, 2018). Obstajajo nekatere ocene o velikosti populacije. Na splošno se ocenjuje, da različne spolne manjšine predstavljajo 5-10 % prebivalstva (Daley & MacDonnell, 2011). V nacionalni presečni raziskavi statističnega urada Združenega kraljestva (Elliott, et al., 2014), se je za pripadnika različnih spolnih manjšin opredelilo 2,8 % vprašanih. Večje deleže ugotavlja ameriška populacijska raziskava (Gates, 2011), kjer se je tako opredelilo 3,8 % vprašanih. V Sloveniji reprezentativne raziskave nimamo – nacionalna raziskava *Slovensko javno mnenje* namreč med demografskimi vprašanji ne vključuje vprašanja o spolni usmerjenosti/identiteti, niti se ta podatek ne zbira v sklopu popisa prebivalstva.

»Nekatere (etnične) skupnosti živijo v posebnih skupnostnih razmerah s posebnimi skupnostnimi običaji, ki v veliki meri določajo socio-ekonomski status posameznika v skupnosti in s tem njegovo trajnostno marginalizacijo in stigmatizacijo, istočasno pa kulturne vrednosti takšnih skupnosti prispevajo k načinu življenja posameznikov, povezanim z njihovim zdravjem« (Zaletel-Kragelj, et al., 2011, pp. 90-91). Čeprav je stopnja izobrazbe na vzorcu posameznikov, ki odstopajo od heteronormativnosti, v

Sloveniji (Švab, 2018) in drugje v razvitem svetu višja od povprečja, se populacija spolnih manjšin srečuje s težavami pri zaposlitvi in tudi brezposelnostjo – statistično značilno je, da je več LGBT posameznikov brezposelnih v primerjavi z njihovimi heteroseksualnimi vrstniki (Charlton, et al., 2018). Za LGBT posameznike je tudi nesorazmerno večja možnost, da bodo brezdomni (Hunter, et al., 2018). To kaže na nižji družbeni status te skupine. Raziskave kažejo, da homoseksualna identiteta, kot jo razumemo v severnoameriškem kontekstu (podobno kot v Evropi), ne obstaja v drugih geografskih in kulturnih okoljih (Monterrubio, 2018). V družbenih okoljih, ki negativno vrednotijo LGBT populacijo, npr. v okolju z visoko stopnjo predsodkov je življenjska doba lezbijk, gejev in biseksualnih oseb v povprečju za 12 let nižja v primerjavi s tistimi, ki živijo v okoljih z nižjo stopnjo predsodkov (Hatzenbuehler, 2014).

(Psihosocialni) razvoj človeka je povezan z determinantami zdravja, saj le-te delujejo na vseh stopnjah razvoja od rojstva prek adolescence do zadnjega življenjskega obdobja; imajo takojšnje in dolgoročne vplive na zdravje in so lahko podlaga za bolezni kasneje v življenju (Jones & Daykin, 2015). »Različna obdobja razvoja oziroma življenja človeka so lahko izredno pomembna determinanta zdravja« (Zaletel-Kragelj, et al., 2011, p. 91).

Literatura o determinantah zdravja večinoma ne omenja spolne identitete/usmerjenosti, ampak le spol. Čeprav je spol prepoznan kot ključna determinanta zdravja, ni vedno eksplicitno priznana njegova pomembnost (Hankivsky & Christoffersen, 2008). V sociologiji je splošno sprejeto dejstvo, da spol sooblikuje zdravje in bolezni (White, 2013; Jones & Daykin, 2015). Najbolj na to opozarjajo feministične teorije, čeprav so se v družboslovju pojavile tudi t.i. teorije moškosti. Spol večinoma vidimo kot determinanto, ki prvenstveno vpliva na ženske (Hankivsky & Christoffersen, 2008). Če različne veje feminizma na eni strani opozarjajo na dejstvo, da medicina in patriarhalna družba na splošno nadzorujeta ženske z uveljavljanjem njihove pasivnosti, odvisnosti in podrejenosti (White, 2013), imamo na drugi strani študije moškosti, ki ugotavljajo, da ima tudi »maskulnost« posledice za zdravje (Jones & Daykin, 2015), oz. da so tudi moški »žrtve« družbene konstrukcije socialnih izkušenj (Macionis & Plummer, 2012b), kar imenujemo koncept »hegemone moškosti« (Connell, 2012).



#### 2.1.4 Spolna usmerjenost/identiteta kot determinanta zdravja

Če spol, tako biološki kot družbeni, privzamemo kot determinanto zdravja, potem tudi spolna identiteta ter spolna usmerjenost, ki sta obe, kot smo pokazali, v tesni povezavi s spolom, imata vpliv tako na zdravje kot tudi na bolezen, torej sta obe tudi determinanti zdravja. Tako spol kot seksualnost vplivata na zdravstveno stanje (Edwards, 2012). »Ženskost« in »moškost« moramo proučiti, saj obstajajo zdravstvene posledice, ki izhajajo iz »igranja« stereotipnih vlog in upoštevanja stereotipnih pričakovanj (Hankivsky & Christoffersen, 2008). Status manjšine v povezavi s spolno identiteto se lahko izrazi v variacijah zdravja za posameznike, ki odstopajo od heteronormativnosti (Fredriksen-Goldsen, et al., 2014). Kulturne posebnosti izoblikujejo njihovo dovzetnost za zdravje in bolezen, ki se lahko razlikuje od večinske populacije (o tem podrobneje razpravljamo v poglavju *Kulturne kompetence*), hkrati pa lahko tovrstne kulturne posebnosti pomembno prispevajo k neenakostim. Raziskave kažejo na neenakosti v zdravju v skupini LGBT posameznikov (Clarke, 2017). Eden izmed načinov naslavljanja neenakosti v zdravju pa je prav grajenje spretnosti kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev in sodelavcev (Kersey-Matusiak, 2013).

Spol in spolna usmerjenost kot tudi klasične sociološke kategorije rase, etničnosti, družbenega razreda in socio-ekonomskega statusa, so dimenzije socialne neenakosti (Hankivsky & Christoffersen, 2008). Kulturne razlage neenakosti v zdravju trdijo, da je socialna distribucija slabega zdravja povezana z razlikami v vzorcih zdravega obnašanja in odnosa različnih skupin do zdravja (Jones & Daykin, 2015). Danes že imamo na razpolago metodološko dobre, čeprav redke raziskave, ki nakazujejo in tudi potrjujejo, da spolna usmerjenost/identiteta vplivata na zdravje. Različne (epidemiološke) študije ugotavljajo večjo incidenco in prevalenco določenih obolenj in/ali stanj v skupini posameznikov, ki odstopajo od heteronormativnosti: npr. kajenje, uživanje alkohola (Stewart & O'Reilly, 2017) ter uporaba nedovoljenih substanc. Istospolno usmerjeni imajo npr. večje tveganje, da bodo razvili tako duševne (depresija, anksioznost, poskus samomora, zloraba substanc, motnje hranjenja) kot tudi somatske bolezni (spolno prenosljive bolezni, rak, kardiovaskularna obolenja), poleg tega imajo geji večjo možnost, da bodo žrtve nasilnih kaznivih dejanj (Dunjić-Kostić, et al., 2012; Fredriksen-Goldsen,

et al., 2014; Stewart & O'Reilly, 2017). Pripadniki spolnih manjšin pogosteje poročajo o slabšem splošnem zdravstvenem stanju (Lick, et al., 2013; Elliott, et al., 2014; Fredriksen-Goldsen, et al., 2014), o dolgotrajnih psiholoških ali čustvenih stanjih pa 2 do 3-krat pogosteje kot heteroseksualci; bodo pa tudi bolj verjetno živeli na prikrajšanih območjih (Elliott, et al., 2014). Nekateri (Lick, et al., 2013; Fredriksen-Goldsen, et al., 2014) omenjajo tudi višjo stopnjo invalidnosti in astme ter več fizičnih omejitev. Poročajo tudi o pogostejših glavobolih, alergijah in resnih gastro-intestinalnih obolenjih (Lick, et al., 2013).

Raziskave v zadnjem desetletju razkrivajo, da spolne manjšine na splošno ter posamezne kategorije posebej trpijo za resnimi neenakostmi v zdravju v primerjavi z njihovimi heteronormativnimi vrstniki (Lick, et al., 2013). Narašča število nacionalnih populacijskih raziskav, ki vključujejo vprašanja glede spolne identitete; le-te ugotavljajo neenakosti v zdravju v skupini posameznikov, ki odstopajo od heteronormativnosti, v primerjavi z večinsko populacijo (Fredriksen-Goldsen, et al., 2014). Strokovnjaki javnega zdravja in raziskovalci iz številnih držav so si enotni, da doživlja populacija posameznikov, ki odstopajo od heteronormativnosti, pomembne neenakosti v zdravju z dobro dokumentiranimi negativnimi vplivi (Daley & MacDonnell, 2011). Pojavili so se pozivi SZO, da bi se tako spolno usmerjenost (Logie, 2012) kot spolno identiteto (Pega & Veale, 2015) priznalo kot determinanti zdravja. Uradno namreč še vedno med njimi nista eksplicitno omenjeni.

Raziskave ugotavljajo, da so negativne izkušnje posameznikov, ki odstopajo od heteronormativnosti, z zdravstvenimi strokovnjaki na splošno redke, vendar 1,5-krat pogostejše pri pacientih, ki se identificirajo kot lezbijke, geji in biseksualci (Elliott, et al., 2014), ter da so pozitivne izkušnje lahko pogojene z geografsko lego ali privilegirano identiteto (Jowett & Peel, 2009).

Zdravstvene storitve za specifične probleme glede spolne usmerjenosti in/ali spolne identitete v javnem zdravstvu večinoma niso prisotne oz. javno zdravstvo ne nudi specifičnih zdravstvenih storitev in informacij za posameznike, ki odstopajo od heteronormativnosti, nevladne organizacije pa se, kot ugotavlja Müller (2017), nahajajo

le v urbanih območjih. Na slednje so opozorili nekateri respondenti v pilotni raziskavi o izkušnjah istospolno usmerjenih z zdravstvom pri nas (Krnel & Skela Savič, 2017). Pomen nevladnih organizacij izpostavi tudi Sočan (2013), ki vidi pomen njihovega delovanja v nadzorni vlogi, predvsem v povezavi s človekovimi pravicami, pa tudi, med drugim, problematiko istospolne usmerjenosti. Centralizacija je značilna za Slovenijo: pri nas so tovrstne storitve skoncentrirane večinoma v glavnem mestu, kar ima za posledico tudi, da ravno tam živi največ posameznikov, ki odstopajo od heteronormativnosti. V raziskavi o vsakdanjem življenju gejev in lezbijk v Sloveniji (Švab, 2018) je večina respondentov živel v večjem mestu (Ljubljana), več kot polovica njih se je tja priselila (Švab & Kuhar, 2005). Posebno težavo predstavljajo zdravstvene storitve glede spremembe spola, saj jih nudi premalo ustanov, le-te pa imajo zelo omejena sredstva, kar ima za posledico izredno dolge čakalne dobe (Müller, 2017). Respondenti, ki so prestali operacijo za spremembo spola, pa poročajo o višjem nivoju fizičnega zdravja (Riggs, et al., 2014).

## 2.2 HETERONORMATIVNOST IN HOMOFOBIA

### 2.2.1 Heteronormativnost

Heteronormativnost je, kot smo že omenili, osrednji koncept t.i. queerovske teorije, ki izhaja iz poststrukturalizma. Temelji na dveh ključnih pozicijah: prvič, naravna človeška seksualnost je kulturna nocija in ne biološko dejstvo, in drugič, spolno vedenje in spolne identitete se delijo na tiste normalne in zdrave ter tiste nenormalne in bolne (Seidman, 2011). Heteronormativnost opredelimo kot institucionalizirano heteroseksualnost, ki je konstituirana kot standard za legitimne in pričakovane socialne in spolne odnose (Ingraham, 2011). »Heteroseksualni par je pravzaprav okvir, znotraj katerega družba interpretira in razume samo sebe«; heteroseksualna predpostavka pa je vpisana tudi v koncept državljanstva (Kuhar, 2010, p. 45). Za pojem se pogosto uporablja sopomenka *heteroseksizem*, čeprav imata različen pomen (Morrison & Dinkel, 2012). Heteroseksizem je »ideološki sistem, ki zanika in stigmatizira vse, kar je neheteroseksualno, vključujoč vedenje, identiteto, skupnost« (Kuhar, et al., 2011, p. 27). Gre za ideologijo, ki je bila institucionalizirana v pravu, izobraževanju, religiji in jeziku

široom po svetu; poskusi uveljavljanja heteroseksualnosti pa predstavljajo enako kršitev človekovih pravic kot jo predstavljata rasizem in seksizem (Macionis & Plummer, 2012b).

Specifična zdravstvena tveganja, ki so jim izpostavljeni posamezniki, ki odstopajo od heteronormativnosti (glej poglavje *Spolna usmerjenost/identiteta kot determinanta zdravja*), izvirajo iz heteroseksističnega socialnega reda (Edwards, 2012). Kot pojasnjujejo Lim in sodelavci (2018) ima LGBT populacija dodatno breme stigme, predsodkov in homofobije, ki vodi do edinstvenih tveganj za zdravje; povedano drugače: niso nevarne različne spolne identitete in usmerjenosti same po sebi, temveč trdovratna socialna stigma in homofobija, ki sta povezani z njimi. Heteroseksizem in homofobija posameznikom, ki odstopajo od heteronormativnosti, predstavljata oviro pri dostopanju do zdravstvenih storitev (Dente, 2013): številni se izogibajo zdravstvenim storitvam zaradi strahu pred diskriminacijo in homofobijo (Müller, 2017), kar ne velja za večinsko populacijo. Ljudje, ki odstopajo od večinske norme, si lahko življenje uredijo tako, da se izogibajo mešanim socialnim stikom (Goffman, 2008). Slaba desetina vprašanih se zaradi strahu pred diskriminacijo ni udeležila potrebnih pregledov ali zdravljenja (Hirsch, et al., 2016).

Heteronormativnost je v zdravstvu jasno izražena, LGBT osebe jo dobro občutijo s strani zdravstvenih delavcev in sodelavcev pa tudi sistema na splošno. Raziskave potrjujejo, da zdravstveni delavci predpostavljajo, da so njihovi pacienti (Morrison & Dinkel, 2012; Law, et al., 2015; Stewart & O'Reilly, 2017), ženske (Marques, et al., 2015) in moški (Hoyt, et al., 2017) heteroseksualni; da se nekateri zdravstveni delavci ne zavedajo obstoja lezbijk (Duffy, 2011; Dente, 2013); da so različne oblike podpore ter pisne informacije heteronormativne (Jowett & Peel, 2009); da so nekateri izkusili heteroseksizem (Hoyt, et al., 2017); razširjeno je tudi nerazumevanje podobe nosečega moškega (Hoffkling, et al., 2017). Poudarjen je pomen specifične podpore, ki pa je pomanjkljiva (Hoyt, et al., 2017), kar lahko pripišemo heteroseksizmu. Pomembno je namreč, da medicinski obrazci vključujejo spolno nevtralne izraze (VandenLangenberg, et al., 2012), pomanjkanje podpornih skupin za LGBT osebe, obolele za rakom pa je šibka točka zdravstvenega sistema (Katz, 2009).

Ključ za vzpostavitev dobrega terapevtskega odnosa je namensko prepoznavanje heteronormativnosti (Law, et al., 2015); zdravstveni delavci se namreč včasih preveč osredotočijo na spolno identiteto (Westerbotn, et al., 2017), terapevt mora sprejeti dejstvo, da se pacient še ni zmožen identificirati (Eady, et al., 2011) ali pa se ne želi identificirati, saj se potreba po potrditvi spolne identitete razlikuje (Hoffkling, et al., 2017).

### 2.2.2 Homofobija

»Homofobije danes praviloma ne razumemo v smislu strahu« kot »fizičen strah pred bližino s homoseksualci. Z njo označujemo različne oblike splošnega političnega, družbenega, moralnega, osebnega nestrinjanja s homoseksualnostjo kot tako. Termin vključuje tako obsojanje, odpor, nestrinjanje, nasilje kot tudi omalovaževanje, obsojanje in diskriminacijo istospolno usmerjenih posameznikov in posameznic« (Kuhar, et al., 2011, pp. 21-22). »Homofobija se nanaša na odpor in sovražstvo do homoseksualcev in njihovega načina življenja, skupaj z vedenjem, ki temelji na tem odporu in sovražstvu; je oblika predsodka, ki se odraža ne samo v očitnih dejanjih sovražstva in nasilja, ampak tudi v obliki verbalne zlorabe« (Giddens & Sutton, 2013, p. 645). Slednje je morda še najpomembnejše, čeprav je žrtev fizičnega nasilja zaradi spolne usmerjenosti v našem prostoru manj kot drugje po svetu (pri čemer poudarjamo, da je vsaka žrtev odveč in da zagovarjamo načelo ničelne tolerance do vsakršne oblike nasilja), so številni posamezniki, ki odstopajo od heteronormativnosti, žrtve različnih verbalnih opazk, žalitev ali zmerjanj, ki temeljijo na stereotipih in predsodkih. V Sloveniji se je kot homofobno izkazalo šolsko okolje (Švab & Kuhar, 2005; Kuhar, et al., 2008; Maljevac & Magić, 2009) – v šolah je pogosto prisotno verbalno nasilje, veliko mladostnikov, ki odstopajo od heteronormativnosti, poroča tudi o izkušnjah fizičnega nasilja.

Čeprav bi lahko na prvi pogled dejali, da je homofobija danes v zdravstvu zastarela, raziskave ugotavljajo, da to še zdaleč ni res. Homofobija v različnih oblikah ostaja in vztraja tako v družbi na splošno kot tudi znotraj zdravstvenega sistema. Pojav danes imenujemo »nova homofobija«, ki je veliko bolj prikrita in subtilnejša (Kuhar, et al., 2011, p. 59), oz. se »le pojavlja v drugačnih, bolj subtilnih oblikah kot nekoč« (Kuhar,

2013, pp. 8-10). V zdravstvu jo lahko razložimo kot deklarativno načelno spoštovanje etičnih kodeksov, vendar brez celostnega razumevanja in empatije do posameznikov, ki odstopajo od heteronormativnosti, saj pod vplivom predsodkov, negativnih stališč in tudi religije, tovrstnega vedenja ne odobravamo ali si ne želimo stikov s takšnimi ljudmi (Krnjel, et al., 2015), njihov življenjski slog pa napačno interpretiramo kot izbiro ali prehodno obdobje, nezrelost ali celo nevarnost in patologijo, namesto da bi jo priznavali kot legitimno identiteto posameznika. K temu seveda bistveno prispeva norma heteronormativnosti. Homofobijo lahko opišemo kot oviro pri nujenju kulturno kompetentne zdravstvene oskrbe (Kersey-Matusiak, 2013).

Številni posamezniki, ki odstopajo od heteronormativnosti, so izkusili homofobijo s strani zdravstvenih delavcev (Jowett & Peel, 2009). Še vedno so prisotni tudi elementi klasične homofobije (Müller, 2017), nekateri zdravstveni delavci pa odkrito izražajo predsodke (Duffy, 2011), ki pogosto vodijo do neprimernih medicinskih odločitev (Müller, 2017). Videti je, da so, poleg transpolnih posameznikov, najbolj izpostavljeni biseksualci: nekateri zdravstveni delavci imajo namreč biseksualnost za prehodno obdobje in je ne priznavajo kot spolno usmerjenost, prisotna je tudi patologizacija biseksualnosti (Eady, et al., 2011). Posamezniki, ki potrebujejo nego na domu, lahko tudi izkusijo homofobijo (Jowett & Peel, 2009), respondenti so opisovali tudi znake ponotranjene homofobije (Hoyt, et al., 2017).

Ponotranjena oz. t.i. *internalizirana homofobija* je včasih za posameznika hujša. Izraz se nanaša na samosovraštvo in strah, ki ga istospolno usmerjeni posamezniki lahko občutijo do samih sebe (Dente, 2013) in je odraz heteronormativnosti, saj prav nihče ni imun nanjo. Ženske in moški, ki poročajo o višji stopnji internalizirane homofobije, se bodo manj verjetno razkrili (Durso & Meyer, 2013). »Internalizirana homofobija bistveno določa vsakdanje življenje gejev in lezbijk«, le-ti pa »pogosto živijo v neprestanem in ne nujno zavednem strahu« (Kuhar, et al., 2011, p. 20). Polovica vprašanih se je sicer razkrila samoiniciativno, ker je osebje predpostavljalo njihovo heteroseksualnost (Kamen, et al., 2015); sicer pa se bodo posamezniki, ki odstopajo od heteronormativnosti, manj verjetno razkrili pred zdravstvenimi delavci in sodelavci (Dente, 2013; Durso & Meyer, 2013), nekateri zaradi strahu pred homofobijo (Hoyt, et al., 2017; Jowett & Peel, 2009). »Zaradi

številnih koristi, ki izvirajo iz tega, da te štejejo za normalnega, bodo skoraj vsi ljudje, ki imajo možnost zamolčati svojo stigmo, to kdaj tudi namenoma storili« (Goffman, 2008, p. 69). Čeprav naj bi bili danes mladi bolj odprti glede svoje drugačne spolne usmerjenosti ali identitete, so moški, ki se niso razkrili, v eni izmed študij v povprečju mlajši od tistih, ki so se (Durso & Meyer, 2013). Odziv zdravnika na razkritje označuje njegovo (ne)sprejemanje spolne identitete (Law, et al., 2015). Hatzenbuehler in Pachankis (2016) pri tem opozarjata, da ima takšno negativno samospoštovanje, ki izhaja iz ponotranjene homofobije, negativne vplive na zdravje LGBT posameznikov.

### 2.3 STIGMATIZACIJA IN DISKRIMINACIJA

Stigma so lastnosti in znaki, »ki posameznika v družbeni skupnosti in kulturi, ki ji pripada, globoko diskreditirajo in ga diskvalificirajo za polno družbeno priznanje« (Ule, 2009a, p. 233). Manj oster je Goffman (2008, p. 14), ki jo opredeli kot nezaželeno drugačnost, »ki neprijetno odstopa od naših pričakovanj«. Stigmatizacija je proces »označevanja in izključevanja tistih posameznikov ali skupin, ki s svojim obnašanjem ali s svojimi fizičnimi posebnostmi ne zadostijo« normi (Ule, 2009a, p. 233). Stigmatizacija je prisotna med zdravstvenimi delavci in sodelavci. Medicina poleg svoje kurativne vloge prispeva k procesom označevanja in s tem socialne izključenosti (Jones & Daykin, 2015). Kot razlaga Goffman (2008, p. 14), je pri različnih stigmah »mogoče najti iste sociološke značilnosti: posameznik, ki bi bil v običajnih socialnih odnosih zlahka sprejet, ima lastnost, ki priteguje pozornost in odvraca od njega vse, ki ga srečamo, pri tem pa razveljavlja vtis, ki ga imajo na nas njegove druge lastnosti«. Stigma je lahko ljudem pripisana na podlagi fizičnih, osebnih in socialnih značilnosti kot je spolna identiteta in/ali usmerjenost (Jones & Daykin, 2015).

V grobem razlikujemo tri vrste stigme (Goffman, 2008, p. 13):

1. telesna odbojnost – nanaša se na različne fizične oz. telesne iznakaženosti;
2. značajske slabosti – nanaša se na nebrzdane ali nenaravne strasti, nevarna ali okostenela prepričanja in nepoštenost;
3. skupinska stigma rase, narodnosti in/ali veroizpovedi.

Spolne identitete in spolne usmerjenosti, ki odstopajo od heteronormativnosti, sodijo pod stigmatizacijo značajске slabosti. »Neka značilnost postane za posameznika stigmatizirajoča šele tedaj, ko druge osebe v določenih interakcijskih situacijah to lastnost definirajo kot odklonsko glede na vsakokratne norme normalnosti« (Ule, 2009a, p. 234). Heteronormativnost je takša norma na področju seksualnosti in ljubezni v sodobnih družbah; posamezniki, ki odstopajo od nje, pa so zgolj na podlagi subjekta svoje želje označeni za odklonske in stigmatizirani, četudi lahko na vseh ostalih področjih ustrezajo normam družbe. Istospolno usmerjeni so namreč tista »socialna skupina, ki ima močan skupni imenovalec stigmatiziranosti v večinski heteronormativni družbi« (Švab, 2018, p. 235).

Problem stigme je, kot pojasnjuje Goffman (2008), da ima tudi stigmatizirani posameznik na splošno enaka prepričanja o sebi kot jo ima družba o njem, oz. se zaveda, kaj drugi mislijo o njem, zato se v njemu pojavlja sram. Okrog tega zgradi svojo identiteto (kar smo opisali v poglavju *Spolna usmerjenost*), oz. uokviri svoje sebstvo, kot to razlaga socialna psihologija (glej npr. Ule, 2009a). »Osebe, ki imajo neko določeno stigmatizacijo, imajo pogosto podobne učne izkušnje, povezane s svojim težavnim položajem, in podobne spremembe v konceptiji samih sebe« (Goffman, 2008, p. 35). Drugi, »normalni« oz. tisti, ki ne odstopajo od norme, »namreč težijo k temu, da tolmačijo in razumejo takšno osebo na stereotipen način, ne glede na to, kaj ta oseba stori ali ne stori, govori ali ne govori o sebi« (Ule, 2009a, p. 235). Ta prepričanja so pogosto tako trdovratna, da jih je težko spremeniti; njihova blažja oblika so stereotipi, težje pa zarežejo, kadar se izrazijo kot predsodki. Hatzenbuehler (2014) nadalje ugotavlja, da sistemska oz. strukturna stigmatizacija – torej tista, ki je posledica sistemske ureditve, zakonskih predpisov ali socialnih politik – negativno vpliva na zdravje stigmatiziranih posameznikov.

Stigma obstaja na treh nivojih (Hatzenbuehler & Pachankis, 2016):

1. *individualni nivo*: nanaša se na posameznikove kognitivne, afektivne in vedenjske odzive na stigmatizacijo. Pod ta nivo spadajo predvsem trije procesi: internalizirana homofobija (glej poglavje *Homofobija*), zavrnitvena občutljivost – pomeni posameznikov psihološki proces pričakovanja zavrnitve, ki je posledica predhodnih izkušenj predsodkov in diskriminacije, ter prikrivanje – pomeni



- posameznikovo prikrivanje svoje »prave« identitete z namenom, da se izogne viktimizaciji (glej poglavje *Homofobija*);
2. *interpersonalni nivo*: nanaša se na predsodke in diskriminacijo, ki jo en posameznik izraža do drugega oz. na interakcijske procese, ki se dogajajo med posameznikom, ki stigmatizira in tistim, ki je stigmatiziran. Pod ta nivo spadajo zločini iz sovraštva ter t.i. mikroagresije, npr. ustrahovanje, nadlegovanje ipd.;
  3. *strukturni nivo*: nanaša se na procese, ki se pojavljajo nad individualnim in interpersonalnim nivojem: gre za družbene socialne pogoje, norme kulture družbe, ki ji stigmatizirani posameznik pripada, institucionalne politike, ki omejujejo priložnosti, vire in blaginjo stigmatiziranih posameznikov, vse to pa producira neenakosti v zdravju.

Stigmatizacija posameznikov z različnimi spolnimi identitetami in/ali usmerjenostmi je oblika homofobije, ki še ni diskriminacija, lahko pa vodi do nje (Krnel, 2014). Kot razlaga Kuhar (2009, p. 81) je stigma v osnovi »posledica kontinuiranega prepoznavanja določenih znakov kot ogrožajočih, kar hkrati pomeni, da so ti znaki tudi izhodišče za diskriminacijo. V začaranem krogu znak postane stigma, ki sproža nove diskriminacije«. Diskriminacija je v sodobnem času »razumljena kot »neprimerno ločevanje«, v pravnem smislu pa kot »nedopustno razlikovanje«« (Kuhar, 2009, p. 13). Diskriminacija je »neposredno usmerjena proti pripadnikom drugih skupin. Kaže se v preprečevanju dostopa ogroženih skupin do nekih občih dobrin«, »oziroma v kratenju njihovih osnovnih državljskih svoboščin in pravic, ki jih ima na razpolago dominantna skupina« (Ule, 2009a, p. 188-189). »V širšem sociološkem smislu« je »diskriminacija oblika družbene prakse«, ki izhaja iz stereotipov in predsodkov, ki so globoko zakoreninjeni »v kulturi določene družbe«; ta družbena praksa pa se kaže v »formalnih ali neformalnih oblikah segregacije, marginalizacije oziroma družbenega izključevanja posameznikov ali skupin« (Kuhar, 2009, p. 15).

Diskriminacija različnih družbenih skupin je v širšem evropskem prostoru večinoma zakonsko prepovedana, zato je njena prisotnost toliko bolj problematična. Pri nas lahko protidiskriminacijske določbe najdemo tako v *Ustavi* (Ustava Republike Slovenije) kot tudi v *Kazenskem zakoniku* (Kazenski zakonik (KZ-1) z novelo KZ-1C, 2015) in *Zakonu*

o pacientovih pravicah (Zakon o pacientovih pravicah, 2008). Temeljni zakon tega področja je pri nas *Zakon o varstvu pred diskriminacijo* (Zakon o varstvu pred diskriminacijo, 2016), ki zagotavlja enako obravnavanje vsem, ne glede na, med drugim, tudi spolno usmerjenost, ki je eksplicitno omenjena v 1. členu. Sprejemanje zakonodaje, ki prepoveduje diskriminacijo na podlagi spolne usmerjenosti, lahko izboljša socialno enakost v zdravju za to družbeno skupino (Braveman, 2014). Diskriminacije v zdravstvu torej ne bi smeli pričakovati, vendar populacija spolnih manjšin dokazuje nasprotno. Prisotna je tako posredna kot tudi neposredna diskriminacija (Dente, 2013; Marques, et al., 2015) ter odkrita diskriminacija in socialno izključevanje (Duffy, 2011). Respondenti so v raziskavah opisovali izkušnje stigme, predsodkov in diskriminacije (Dente, 2013; Hoyt, et al., 2017), med zdravljenjem pa so doživljali diskriminacijo, nasilje, socialno izključevanje ter nadlegovanje (Lyons, et al., 2015). Raziskave kažejo, da je diskriminacijo izkusila dobra desetina vprašanih (Hirsch, et al., 2016).

Diskriminacija sega od stigmatizacije, ki so jo nekateri doživljali predvsem s strani sopacientov in manj s strani osebja (Lyons, et al., 2015), nekateri strokovnjaki za žensko zdravje ne želijo zdraviti transpolnih moških (Hoffkling, et al., 2017), prihaja do neposredne zavrnitve dostopa razkritim LGBT posameznikom (Müller, 2017) - slabim 4 % je bil zavrnjen pregled ali zdravljenje zaradi njihove spolne usmerjenosti (Hirsch, et al., 2016) in opustitve zdravljenja zaradi spolne usmerjenosti (Duffy, 2011). Zdravstveni delavci so včasih izvajali nepotrebno diagnostiko (Hoffkling, et al., 2017), nekateri respondenti so zaznavali pretirano spraševanje o biseksualnosti s strani terapevtov (Eady, et al., 2011), prisotna je tudi kršitev zaupnosti glede informacij o pacientovi spolni usmerjenosti in/ali spolni identiteti (Müller, 2017). Respondenti so poročali tudi o spolnem nasilju (Lyons, et al., 2015). Nekatere raziskave ugotavljajo, da lahko strah pred diskriminacijo vodi v izogibanje zdravstvenemu sistemu (Hoffkling, et al., 2017), druge temu pritrjujejo, saj nekateri respondenti zaradi strahu niso poiskali zdravstvene oskrbe, ko so jo potrebovali, (Westerbotn, et al., 2017), številni pa so zaradi stigmatizacije in občutka ogroženosti celo predčasno zapustili zdravljenje (Lyons, et al., 2015).

## 2.4 KULTURNE KOMPETENCE

### 2.4.1 Kultura in kulturne kompetence

Pojem kulture je osrednji in temeljni pojem v antropologiji in sociologiji. Ima različne pomene; najbolj osnovno konceptualiziramo kulturo kot »skupek tistih sposobnosti, predstav in oblik vedenja, ki so si jih ljudje pridobili kot člani družbe« (Eriksen, 2012, p. 12). Kultura je način življenja pripadnikov družbe (Earle, 2016). Vendar Eriksen (2012, p. 13) pri tem opozarja, da v mnogih primerih »nacionalna ali lokalna kultura nikakor nista lastni prav vsem prebivalcem ali pa večini njih, niti ni kultura ostro omejena«. Pojem socializacije smo že omenjali; gre za temeljni sociološki pojem, s katerim razlagamo tudi proces pridobivanja kulture (Earle, 2016) ali povedano drugače: posamezni pripadniki družbe se naučijo ustreznih vlog, norm, predstav in vedenja skozi proces socializacije. Socializacija poteka na več nivojih (na primarni, sekundarni, terciarni); kot razlagajo strukturalistične teorije, ljudje v svojem družbenem življenju »igramo« številne družbene vloge, ki se med seboj razlikujejo. Na ta način lahko razložimo in razumemo specifične (kulturne) posebnosti in potrebe populacije posameznikov, ki odstopajo od heteronormativnosti. Čeprav je bila kultura v »medicinskih in zdravstvenih vedah vrsto let dojeta kot nekaj, kar zadeva le uporabnika in njegove bližnje« (Jelenc, et al., 2016, p. 12), danes vemo, da tudi uradna medicina, zdravstvena nega, zdravstvene institucije, zdravniki ipd. predstavljajo specifično kulturo; zdravstvena praksa ni nikoli kulturno nevtralna, saj je vpeta v širše okolje, v katerem obstaja (Kleinman & Benson, 2006). Kultura namreč prežema vse aspekte življenja in skrbi za zdravje (Alexander, 2008).

Kompetence so »razvijajoče se zmožnosti posameznikov, da uporabljajo znanje, spretnosti in sposobnosti za ustvarjalno, učinkovito ter etično delovanje v kompleksnih, nepredvidljivih in spremenljivih okoliščinah, v poklicu, družbenem in zasebnem življenju« (Pevac Grm, et al., 2006, p. 12-13). Priznavanje, spoštovanje in prilagajanje na kulturne potrebe pacientov, družin in skupnosti so pomembne komponente zdravstvenega sistema (Clarke, 2017).

Koncept kulturnih kompetenc je novejši pojem, ki predpostavlja znanje o različnih kulturah človeštva kot temeljno potrebno znanje strokovnjakov različnih profesij in ga tako postavlja ob bok znanju samega profesionalnega (znanstvenega) področja, npr. znanja zdravstvene nege ali medicinskega znanja. Kulturne kompetence opredelimo kot »skupek znanj in veščin v odnosih z ljudmi, ki posamezniku omogoči, da izboljša svoje razumevanje, občutljivost, sprejemanje, spoštovanje in odzivanje na kulturne razlike in odnose, ki iz njih izhajajo. Kulturna kompetenca nam omogoča nudenje bolj kakovostne zdravstvene oskrbe ter pomaga, da boljše sodelujemo z ljudmi iz različnih kultur« (Berkeley Diversity, 2015 cited in Jelenc, et al., 2016, p. 15). Vse medicinske sestre imajo dolžnost, da vidijo vse paciente v kontekstu njihove pripadnosti različnim kulturam, saj lahko le tako dojamajo celoto njihovih zdravstvenih potreb (Kersey-Matusiak, 2013). Isto dolžnost imajo tudi zdravniki, babice in ostali zdravstveni delavci.

Kulturne kompetence so aktivnosti, ukrepi in spretnosti, ki zdravstvenim delavcem »omogočajo učinkovito delovanje v multikulturnem okolju, upoštevajoč kulturo, raso, spol in spolno usmerjenost« (Vovk, 2017, p. 6). Da je kultura determinanta posameznikovega zdravja in odločitev v povezavi z zdravjem, je dobro dokumentirano v literaturi (Kersey-Matusiak, 2013). Kot razlaga Dente (2013) je nujno, da se zdravstveni delavci in sodelavci izobrazijo o specifičnih potrebah in skrbih posameznikov, ki odstopajo od heteronormativnosti, in jim pomagajo, da se bodo počutili sprejete in dobrodošle v okolju zdravstvenih ustanov. Razlike v spolni usmerjenosti so namreč pogosto spregledane, kadar govorimo o kulturni diverziteti in kulturnih kompetencah; kljub temu posamezniki, ki odstopajo od heteronormativnosti, prinašajo edinstvena vprašanja in skrbi v zdravstveni sistem (Kersey-Matusiak, 2013).

#### 2.4.2 Nekaj kulturnih značilnosti LGBT skupnosti

Za zagotavljanje kakovostne zdravstvene oskrbe za LGBT paciente morajo zdravstveni delavci in sodelavci razumeti njihovo kulturo, govor in ovire, s katerimi se srečujejo (Margolies & Brown, 2019). Skupnost posameznikov, ki odstopajo od heteronormativnosti, je izredno heterogena družbena skupina, ki ima nekaj specifičnih (kulturnih) značilnosti. Poleg najbolj prepoznanih skupin, ki so prepoznane in združene

pod kratico LGBT, torej lezbijke, geji, biseksualne in transspolne osebe (glej uvod), se danes pogosteje omenja še t.i. *queer* osebe ter interpolne osebe. Dente (2013) h kratici dodaja še akronim *questioning*, ki se nanaša na tiste posameznike, ki so negotovi glede svoje spolne usmerjenosti/identitete ter akronim *A*, ki pomeni *ally* in se nanaša na osebe, ki se ne identificirajo nujno kot LGBTQI osebe, temveč so podporniki le-teh. Zaradi izredne raznolikosti posameznikov, ki pripadajo različnim spolnim manjšinam, se večkrat pojavi vprašanje, kaj imajo le-ti skupnega? Videti je, da sta stigmatizirana identiteta in različne oblike nasilja pravzaprav edino, kar imajo skupnega predstavniki različnih spolnih manjšin (Kuhar, et al., 2011). K temu bi lahko dodali še zgodovino nevidnosti in posledične marginalizacije (Dente, 2013).

Spremenjena telesna (samo)podoba je velik problem v LGBT skupnosti (Katz, 2009; Dente, 2013), problemi v zvezi z njo pa so za geje še posebej težki (Hoyt, et al., 2017). Zaradi kulture, ki poudarja telesno popolnost, številni s kronično boleznijo ostanejo izolirani, čeprav so LGBT posamezniki s kronično boleznijo dober vir opore drug drugemu, vendar se težko najdejo (Jowett & Peel, 2009).

Številni geji se odtujijo od svoje primarne družine (Hoyt, et al., 2017). Kot razlagata Margolies in Brown (2019), se lahko LGBT posamezniki zanašajo izključno na svojo t.i. *družino izbire*; to so ljudje, s katerimi le-ti niso nujno v pravno-formalnem sorodstvenem odnosu. To je potrebno upoštevati pri npr. načrtovanju obiskov, posredovanju informacij, sprejemanju odločitev v imenu pacienta ipd. Transspolnim posameznikom je še posebej težko razložiti svoj položaj in se hkrati bojijo, kako se bodo zdravstveni strokovnjaki odzvali (Westerbotn, et al., 2017).

LGBT skupnost je odreagirala le na okužbo z virusom HIV oz. AIDS ter spolno prenosljive bolezni in raka dojke (Jowett & Peel, 2009), kar je pomembna (kulturna) specifika. Glavnina javnozdravstvenega in medicinskega prizadevanja v zvezi z LGBT populacijo se tako nanaša na preprečevanje spolno prenosljivih bolezni. Tak redukcionizem lahko vodi v predsodke – starejše raziskave npr. ugotavljajo, da je med zdravstvenimi delavci razširjen predsodek o okuženosti posameznikov, ki pripadajo

nekaterim spolnim manjšinam, oz. da je zdravstvene delavce in sodelavce strah okužbe, pa tudi spolnega nasilja, kadar prihajajo v stik z njimi.

Nevidni znotraj skupnosti so tudi starejši LGBT posamezniki; izražena je namreč potreba po osredotočanju na potrebe starejših (Dente, 2013; Hoyt, et al., 2017). Nevladne organizacije ocenjujejo, da je »ena najbolj spregledanih in s tem nevidnih skupin pri nas skupina starejših istospolno usmerjenih ljudi«; v tujini so zaradi tega ponekod začeli z organizacijo t.i. mavričnih domov za starejše, »to so varni prostori za starejše LGBT osebe« (Klančar, et al., 2013, p. 22).

#### 2.4.3 Kulturne kompetence zdravstvenih delavcev in sodelavcev

Zdravstvenemu osebju primanjkuje kulturnih kompetenc, kulturno neprimerna oskrba pa številne (LGBT) posameznike odvrča od nadaljnega iskanja pomoči (Clarke, 2017; Hoffkling, et al., 2017). Kot ugotavlja Halbwachs (2016), tudi v slovenskem zdravstvu večina zdravstvenih delavcev pojma kulturnih kompetenc ne pozna in ne razume. Spolna usmerjenost in spolna identiteta sta specifični determinanti zdravja in zdravljenja, o čemer smo že razpravljali (glej poglavje 2.1.4), čeprav se nekaterim ne zdi pomembno ali potrebno zdravstvenim delavcem omenjati te osebne okoliščine, niti ne vidijo povezave med identiteto in zdravjem. Slaba tretjina LGBT respondentov meni, da bi zaradi spolne usmerjenosti potrebovali specifično skrb (Hirsch, et al., 2016), večina mladostnikov pa podpira organizacijo posebnih LGBT klinik za mladostnike in bi jih bili pripravljene uporabljati (Snyder, et al., 2016). Margolies in Brown (2019) pojasnjujeta, da stališče »vse paciente obravnavam enako« še ne zagotavlja nujno, da se bodo posamezniki, ki odstopajo od heteronormativnosti, počutili varne in sprejete.

Kulturne kompetence niso nekaj statičnega in dokončnega. Kot razlaga Clarke (2017) je koristno razmišljati o kulturnih kompetencah kot o vseživljenjskemu procesu učenja o drugih in tudi nas samih. Kulturne kompetence predstavljajo stalen proces, ki zdravstvene strokovnjake s specifičnim zavedanjem, znanjem in spretnostmi pripravljajo na učinkovito opravljanje njihovega dela z različnimi kulturnimi skupinami (Cai, 2016).

Razvitih je več različnih modelov kulturnih kompetenc, ki jih lahko zdravstveni delavci uporabijo pri svojem delu s pacienti z različnimi kulturnimi ozadji.

V zdravstveni negi so poznani npr.:

- model kulturne skrbi, diverzitete in univerzalnosti (Leininger, 2002);
- model Campinha-Bacote (Campinha-Bacote, 2002);
- model transkulturne zdravstvene nege (Giger & Davidhizar, 2008);
- model kulturnih kompetenc (Purnell, 2015).

Ne glede na to, kateri model bomo uporabili, se proces razvijanja kulturnih kompetenc začne pri posameznemu zdravstvenemu delavcu ali sodelavcu. Posamezniki in organizacije lahko namreč spremenijo svoje vedenje samo, če se zavedajo lastnih verovanj in predpostavk (Alexander, 2008) oz. stališč, stereotipov in predsodkov. »Kulturno zavedanje« mora postati temeljna kompetenca zdravstvenih delavcev, saj odraža njihovo sposobnost zagotavljanja individualizirane zdravstvene oskrbe, ne glede na pacientovo socialno ali kulturno okolje (Clarke, 2017).

Kulturne kompetence zajemajo (Jelenc, et al., 2016, p. 15):

- *zavedanje* vpetosti v lastno kulturo, refleksijo lastnih predsodkov, stereotipov in pogledov na svet; k čemur Cai (2016) dodaja še zavedanje različnih drugih vrednot, prepričanj, norm in življenjskih stilov ter prepoznavanje kulturnih podobnosti in razlik med lastno kulturo in drugimi kulturnimi skupinami;
- *dojemanje* razlik med kulturami, kar Cai (2016) razlaga kot »kulturno dojemljivost oz. občutljivost«, torej spoštovanje, pozitivno vrednotenje in občutek udobja v (ali kljub) kulturni raznolikosti pacientov, izogibati se moramo višjemu vrednotenju nekaterih kultur in podcenjevanju drugih;
- *poznavanje* različnih kulturnih praks in svetovnih nazorov, kar pa, kot razlaga Cai (2016), ni mogoče brez dejanskih stikov s pripadniki drugih kultur – znanje o drugih kulturah nam omogoča, da se izognemo prestopkom in konfliktom, s čimer si pridobimo zaupanje in zagotavljamo občutljivo zdravstveno obravnavo;
- *medkulturne veščine*: gre za sposobnost, da se zavemo razlik in jih upoštevamo pri odnosu do uporabnika zdravstvenih storitev, k čemur Cai (2016) dodaja še sposobnost izvajanja kulturno primernega ocenjevanja potreb pacienta, saj lahko le na tak način pridobimo relevantne podatke o pacientovem zdravstvenem stanju ter sposobnost

natančne aplikacije pridobljenih podatkov v kulturno ustrezen načrt zdravstvene obravnave;

- *medkulturne izkušnje* so osebne izkušnje z ljudmi iz različnih okolij;
- *motivacijo* za razvijanje kulturno kompetentne zdravstvene oskrbe, ki predstavlja postopen proces, v katerem se posameznik stalno izpopolnjuje.

Gre torej za proces namernega učenja, ki zahteva refleksijo, kritično mišljenje in aktivno participacijo (Alexander, 2008). Sposobnost kulturnih kompetenc zahteva integracijo operacionaliziranega podrobnega znanja in zavedanja v primerne intervencije, ki naslavljajo zdravstvene probleme kulturno raznolikih populacij, kar Cai (2016) opiše kot dinamični proces: medicinske sestre niso kulturno kompetentne, temveč kulturno kompetentne postajajo; kulturne kompetence se postopno gradi in razvija s trdom skozi proces pristnih srečanj s kulturno raznolikimi ljudmi.



### 3 EMPIRIČNI DEL

#### 3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Posamezniki, ki odstopajo od heteronormativnosti, so specifična skupina, manjšina, ki ima nekaj specifičnih značilnosti in potreb. Zdravstveni delavci se jih pogosto ne zavedajo, posledično pa ne morejo izvajati ustrezne in kakovostne zdravstvene oskrbe, osredotočene na pacienta (Dunjić-Kostić, et al., 2012; Dente, 2013). Raziskovalci se na področju heteronormativnosti v slovenskem prostoru osredotočajo predvsem na javni prostor na splošno, šolsko in delovno okolje ter homofobično nasilje, manjkajo pa povezave s prostorom zdravstvene oskrbe. Edini dve pilotni raziskavi, ki sta bili izvedeni pri nas in sta proučevali odnos medicinskih sester do drugače spolno usmerjenih (Krnel, et al., 2015; Krnel, 2016) na eni strani ter izkušnje drugače spolno usmerjenih z zdravstvenimi delavci (Krnel & Skela Savič, 2017) na drugi, ugotavljata, da je tudi v Sloveniji (družbeni) prostor zdravstvene oskrbe heteronormativen oz. nakazujeta na pojav nove homofobije tudi znotraj zdravstvenega sistema.

Namen magistrskega dela je bil s kvalitativnim fenomenološkim pristopom opisati izkušnje posameznikov, ki odstopajo od heteronormativnosti, z zdravstvenimi delavci in sodelavci v Sloveniji ter podati priporočila za kulturno kompetentno obravnavo le-teh. Razumevanje izkušenj LGBT posameznikov znotraj zdravstvenega sistema je namreč osnovni korak pri naslavljanju marginalizacije posameznikov z različnimi spolnimi identitetami in/ali usmerjenostmi (Nhamo-Murire & Macleod, 2017).

Cilja magistrskega dela sta bila:

- ugotoviti in razumeti specifične potrebe posameznikov, ki odstopajo od heteronormativnosti, v zvezi z zdravstveno oskrbo ter
- doprinesti k boljšemu razumevanju le-teh s strani zdravstvenih strokovnjakov v luči nujenja kulturno kompetentne zdravstvene obravnave.

### 3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Kvalitativna raziskovalna paradigma večinoma ne postavlja hipotez, saj deluje deskriptivno. Zastavili smo si 6 raziskovalnih vprašanj:

1. Kakšne so izkušnje posameznikov, ki odstopajo od heteronormativnosti, z zdravstvenimi delavci in sodelavci?
2. Koliko se posamezniki, ki odstopajo od heteronormativnosti, razkrivajo pred zdravstvenimi delavci (predvsem zdravniki in medicinskimi sestrami), kadar iščejo oz. potrebujejo zdravstveno oskrbo?
3. So posamezniki, ki odstopajo od heteronormativnosti, pri iskanju zdravstvene oskrbe kdaj občutili ali doživeli stigmatizacijo in/ali diskriminacijo s strani zdravstvenih delavcev in sodelavcev zaradi svoje identitete?
4. So bili posamezniki, ki odstopajo od heteronormativnosti, kdaj žrtev katerekoli oblike nasilja s strani zdravstvenih delavcev ali sodelavcev zaradi svoje identitete?
5. Koliko se posameznikom, ki odstopajo od heteronormativnosti, zdi razkritje svoje identitete pomembno oz. potrebno pred zdravstvenimi delavci in sodelavci?
6. Koliko se posameznikom, ki odstopajo od heteronormativnosti, zdi, da njihova identiteta vpliva na njihovo zdravje?

### 3.3 METODE RAZISKOVANJA

Izvedli smo integrativni pregled literature po smernicah, ki jih opisujeta Whitemore in Knafl (2005). Vire smo iskali po mednarodnih elektronskih bazah podatkov *Springer Link*, *SAGE*, *CINAHL*, *Academic Search Elite* in *Medline*. Uporabljene ključne besede so bile: *gej*, *lezbijka*, *homoseksualnost*, *biseksualnost*, *transeksualnost* in *transpolnost* ter *izkušnje* in *zdravstvo* v ustreznem angleškem prevodu. Pri tem smo se omejili na raziskovalne članke kvalitativne, kvantitativne ter mešane narave, izpustili pa smo pregledne znanstvene članke in strokovne prispevke; nadalje so bili rezultati časovno omejeni na objave od leta 2010 do 2018 ter na objave v angleškem jeziku.

Za potrebe deskriptivnega teoretičnega dela magistrske naloge ter razprave v empiričnem delu, smo virom, najdenim z integrativnim pregledom literature, dodali še številne druge vire, ki smo jih pridobili dodatno z nesistematičnim, ciljno usmerjenim iskanjem po elektronskih podatkovnih bazah *CINAHL*, *Wiley*, *PubMed*, *Medline*, s pomočjo spletnega brskalnika *Google* ter z ročnim iskanjem v različnih splošno-izobraževalnih in visokošolskih knjižnicah in v vzajemni podatkovni bazi slovenskih knjižnic *Cobiss*. Iskanje virov je potekalo sproti in glede na potrebe, glavnina iskanja je bila izvedena septembra 2018, marca 2019 in junija 2019. Uporabljene ključne besede so bile v slovenskem in/ali angleškem jeziku: *spolne manjšine*, *heteronormativnost*, *zdravstvo*, *izkušnje*, *stigmatizacija*, *diskriminacija*, *fenomenologija*, *kulturne kompetence*. Ročno iskanje gradiva je potekalo v različnih javnih knjižnicah po Sloveniji (Mestna knjižnica Ljubljana, Osrednja knjižnica Srečka Vilharja Koper, Osrednja družboslovna knjižnica Jožeta Goričarja) ter v osebni knjižnici avtorja.

### 3.3.1 Dizajn raziskave

Uporabljen je bil kvalitativni raziskovalni dizajn s fenomenološkim pristopom. V zdravstveni negi se fenomenologija uporablja, kadar želimo raziskati in razumeti vsakdanje življenje ljudi ter pomene, ki jih imajo te življenjske izkušnje za posameznike, v povezavi z zdravjem in kakovostjo življenja; vse to nam lahko pomaga izboljšati zdravstveno oskrbo, pa tudi na dokazih podprto prakso (Matua, 2015). Za teoretični uvod smo izvedli sistematični integrativni pregled literature (glej Krnel & Skela Savič, 2020), ter nesistematično, ciljno usmerjeno iskanje literature.

Podatki so bili zbrani z uporabo kvalitativne raziskovalne tehnike polstrukturiranega intervjuja, ki smo ga posneli in transkribirali. Šlo je za kombinacijo narativnega in dejanskega (angl. *factual*) intervjuja z neo-pozitivistično koncepcijo (Brinkmann & Kvale, 2015). Opravili smo dobesedno transkripcijo posnetkov, saj lahko fenomenologija priskrbi deskriptivno in pomensko znanje, ki odseva razmere, kot jih ljudje izkušajo in izražajo evokativno in poetično v svojem vsakdanjem jeziku (Matua, 2015). Zavrlo metodološke rigoroznosti in temeljitosti pa smo izbrane izseke transkriptov v poglavju *Rezultati* priredili v slovenski knjižni pogovorni jezik.

Raziskava je bila izvedena po smernicah, ki jih opisujeta Brinkmann in Kvale (2015), upoštevali smo tudi metodološke smernice za fenomenološke raziskave v zdravstveni negi, ki jih podaja Matua (2015).

Brinkmann in Kvale (2015) navajata 7 stopenj raziskovanja na podlagi intervjujev:

1. *tematizacija*: oblikovanje namena raziskave in koncepcija tematike, ki bo raziskovana;
2. *oblikovanje*: načrtovanje instrumenta raziskave z upoštevanjem vseh stopenj in namenom pridobitve želenega znanja; premislek o moralnih in etičnih dimenzijah raziskave;
3. *intervjuvanje*: vodenje intervjujev na podlagi instrumenta raziskave z reflektivnim pristopom do znanja; upoštevanje interpersonalnih razmerij;
4. *transkripcija*: priprava zbranih podatkov za analizo, ki vključuje prepis zvočnega posnetka v tiskano obliko;
5. *analiza*: določitev ustreznega načina analize teksta glede na namen raziskave;
6. *preverjanje*: ugotavljanje veljavnosti, zanesljivosti in generalizacije ugotovitev intervjuja;
7. *poročanje*: diseminacija ugotovitev raziskave in uporabljenih metod v obliki, ki ustreza znanstvenim kriterijem in upošteva etične vidike raziskovanja.

### 3.3.2 Instrument raziskave

Polstrukturirani intervju smo z respondenti izvajali v živo, s pomočjo usmerjevalnih vprašanj, ki smo jih priredili po Lawu, et al. (2015), v skladu z namenom in ciljem magistrskega dela (obrazec *Instrument raziskave* v prilogah). Usmerjevalna vprašanja so bila večinoma odprtega tipa. Intervju smo prilagajali vsakemu respondentu individualno, v skladu s tem, kako se je pogovor razvijal. Pri tem smo iz nabora razvitih usmerjevalnih vprašanj smiselno uporabljali le tista, ki so se skladala s posameznim respondentom glede na njegove individualne izkušnje, želje in smer pogovora. Prav tako smo izvajali sprotno obdelavo podatkov (transkripcija, kodiranje) med posameznimi intervjuji in tudi glede na sprotne spoznanja dopolnjevali intervjuje, ki so sledili (spirala znanja).

Buxton (2011) predpisuje 3 glavne korake v fenomenološkem procesu, t.i. hermenevničnem krogu interpretacije, ki se giblje naprej in nazaj ter ni nikoli zaključen:

1. *naivno branje* – raziskovalec bere tekst kot celoto zato, da postane z njim domač in prične s formulacijo misli o njegovem pomenu za nadaljnjo analizo;
2. *interpretacijsko branje* – sledi strukturalna analiza, ki vključuje identifikacijo vzorcev smiselnih povezav; raziskovalec primerja in razpravlja o tekstu ter ga razdeli na pomenske enote, ki jih poimenuje na več načinov; skozi analizo se neprestano giba med celoto in posameznimi deli teksta;
3. *interpretacija celote* vključuje refleksijo začetnega branja, skupaj z interpretacijskim branjem zato, da se zagotovi celovito razumevanje.

Pred začetkom intervjuja smo zbrali nekaj demografskih podatkov, ki so bili:

- ob rojstvu pripisan spol;
- trenutna spolna identiteta;
- spolna usmerjenost;
- rojstni kraj (manjše mesto, večje mesto);
- starost (v letih);
- trenutni kraj bivanja (manjše mesto, večje mesto, podeželje);
- zaposlitveni status (študent, zaposlen, nezaposlen, upokojen);
- samoocena splošnega zdravstvenega stanja (na Likertovi lestvici od 1 do 10);
- ali je respondent v zadnjem letu kdaj obiskal svojega splošnega zdravnika;
- ali je bil respondent kadarkoli v življenju hospitaliziran.

Usmerjevalna vprašanja so bila sledeča:

1. Ali lahko opišete kakšno svojo izkušnjo z zdravstvenimi delavci?
2. Kako odprti ste lahko glede svoje spolne usmerjenosti/spolne identitete z zdravstvenimi delavci?
  - o Ali lahko opišete kakšno interakcijo z zdravstvenimi delavci, pri kateri je bila razkrita vaša spolna usmerjenost/identiteta?
    - Kdo je bil pobudnik razkritja?
    - So vas glede tega vprašali?
    - Zakaj ste se razkrili?

- Kako je razkritje vplivalo na odnos?
  - Kako je razkritje vplivalo na vaše zdravje?
  - Ali lahko opišete kakšno interakcijo z zdravstvenimi delavci, pri kateri vaša spolna usmerjenost/identiteta ni bila razkrita?
    - Kako to, da se niste razkrili?
    - Kaj bi vam pomagalo, da bi se razkrili?
    - Kako je nerazkritje vplivalo na odnos?
    - Kako je nerazkritje vplivalo na vaše zdravje?
3. Kako bi ocenili pripravljenost zdravstvenih delavcev na pogovor o LGBT temah?

### 3.3.3 Udeleženci raziskave

Vzorec je namenski. Namensko vzorčenje z uporabo metode snežne kepe je metoda izbora pri raziskovanju skritih skupin, kamor spadajo tudi posamezniki, ki odstopajo od heteronormativnosti. Namensko vzorčenje je najpogosteje uporabljeno v fenomenoloških raziskavah (Buxton, 2011); ta način vzorčenja izbira posamezne respondente na podlagi njihovega podrobnega poznavanja fenomena raziskave, z namenom izmenjave tega znanja. Vzorec sestavlja 11 respondentov. Podrobnejša struktura vzorca je predstavljena v *Tabeli 1* spodaj.

**Tabela 1: Karakteristike respondentov v vzorcu**

Št.	ob rojstvu pripisan spol	spolna identiteta	spolna usmerjenost	starost (leta)	status
1	moški	ženska	biseksualna	25	zaposlena
2	moški	moški	bi romantičen gej	21	študent
3	moški	moški	homoseksualna	29	študent
4	moški	moški	homoseksualna	23	študent
5	moški	moški	homoseksualna	39	zaposlen
6	moški	moški	homoseksualna	61	nezaposlen
7	moški	moški	homoseksualna	47	zaposlen
8	moški	ženska	panseksualna	39	nezaposlena
9	moški	nebinarna oseba	biseksualna	28	nezaposlen
10	ženski	ženska	homoseksualna	29	zaposlena
11	ženski	nebinarna oseba	biseksualna	25	študent

Respondente smo iskali s pomočjo metode snežne kepe. Pri tem smo uporabili različne kanale spletnih socialnih omrežij (*Facebook* ter *specifična LGBT spletna socialna omrežja*, *Grindr*, *GayRomeo*, *Mavrični forum*); povezali smo se tudi z nevladnimi organizacijami s področja zaščite in boja za pravice gejev, lezbijk, biseksualnih, transspolnih in queer ljudi (*Društvo za integracijo homoseksualnosti*, *Društvo parada ponosa*, *Zavod Transakcija*) ter nevladnimi organizacijami, ki LGBT posameznikom in njihovim svojcem, prijateljem nudijo različne oblike pomoči in podpore (*Društvo informacijski center Legebitra*, *Društvo študentski kulturni center*); uporabili smo tudi svojo lastno socialno mrežo.

Izbor respondentov sta vodili dve glavni načeli (Polit & Beck, 2018):

- 1) vsi respondenti so morali izkusiti proučevani fenomen in
- 2) vsi respondenti so morali biti sposobni artikulirati svojo doživetjo izkušnje.

Reprezentativnost vzorca ocenjujemo kot dobro; ker so v njem hitro začeli prevladovati istospolno usmerjeni respondenti moškega spola, smo se v nadaljevanju usmerili v ciljno iskanje drugih respondentov. Tako smo dosegli dokaj dobro reprezentativnost (različnih) primerov. Cisnormativnih respondentov, torej tistih, katerih spolna identiteta se ujema z njihovim biološkim spolom, imamo v vzorcu 63 %. Tako kot v slovenski raziskavi (glej Švab, 2018), tudi v našem vzorcu prevladujejo moški (54 %), medtem, ko imamo cisnormativno žensko respondentko samo eno (9 %). V vzorec smo zajeli 18 % oseb, katerih spolna identiteta se ne ujema z njihovim biološkim spolom ter 18 % nebinarnih oseb, kar je odlično – v evropskem prostoru (glej npr. Elliott, et al., 2014) je bilo takih oseb med ženskami in moškimi 0,6 %. V našem vzorcu ni cisnormativnih biseksualnih oseb, ki v Evropi predstavljajo po nekaterih ocenah 0,5 % populacije (Elliott, et al., 2014).

Zasičenost vzorca smo dosegli po 6. zaporednem moškem istospolno usmerjenem respondentu, zato smo se usmerili na iskanje ženskih respondentk ter cisnenormativnih posameznikov, pri čemer pa zasičenosti nismo več dosegli.

### 3.3.4 Potek raziskave in soglasja

Kvalitativno fenomenološko raziskavo smo izvajali po smernicah, ki jih opisujeta Brinkmann in Kvale (2015). Pred pričetkom raziskave smo pridobili soglasje *Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko* (številka soglasja 0120-37/2019/3 – v prilogah). Intervjuje smo izvajali od maja do avgusta 2019; pilotni intervju je bil izveden januarja 2019. Neposredno pred začetkom vsakega posameznega intervjuja je vsak respondent prejel ustna in pisna pojasnila o namenu raziskave, načinu njene izvedbe, možnosti predčasnega izstopa iz raziskave zaradi kateregakoli osebnega razloga (obrazec *Pojasnila o raziskavi za respondente* v prilogah) ter podal ustno in pisno informirano soglasje k prostovoljni udeležbi v raziskavi ter dovoljenje za snemanje pogovora (*Obrazec izjave o zavestni in svobodni privolitvi v raziskavo* v prilogah). Intervjuji so se izvajali na kraju, po izbiri respondenta, pod pogojem, da je bilo tam možno zagotoviti strokovno ustrezno izvedbo intervjuja (predvsem minimalizacija hrupa iz okolja ter zagotavljanje zasebnosti). Med vsakim intervjujem je bila respondentu na razpolago voda ter druge brezalkoholne pijače po njegovi izbiri. Posamezni intervjuji so trajali od 14 minut (najkrajši) do dobrih 68 minut (najdaljši). Snemani so bili na digitalni snemalnik zvoka *Olympus WS-852*. Ob zaključku intervjuja je vsak udeleženec v znak zahvale prejel manjše darilo.

Med potekom raziskave smo privzeli eklektično in receptivno stališče:

1. raziskovalni problem smo najprej široko teoretično raziskali in se seznanili z različnimi teorijami, na ta način smo oblikovali instrument raziskave;
2. med zbiranjem podatkov smo privzeli vlogo pozornega poslušalca, pri čemer nas je vodila temeljna predpostavka, da imajo respondenti poglobljeno vedenje o raziskovalnih vprašanjih. Izogibali smo se enostranskemu pogledu na stvarnost, zato smo med izvajanjem intervjujev poskušali v največji možni meri suspendirati teoretično predrazumevanje oz. vzdrževati odprt pojmovni okvir, s puščanjem odprtih možnosti, kot to opisuje Mesec (1998). Med intervjuji smo ohranjali nevtralen položaj in se nismo opredeljevali glede respondentovih izkušenj.



Za zagotavljanje zanesljivosti in celovitosti raziskave smo v največji možni meri upoštevali smernice, ki jih podajata Polit in Beck (2018) – t.i. okvir kriterijev kakovosti:

1. *verodostojnost* smo zagotavljali z reflektiranjem in privzetjem receptivne drža (glej zgoraj), zavzetostjo in dalj časa trajajočim raziskovanjem, podrobnim opazovanjem, terenskimi zapiski, snemanjem in dobesedno transkripcijo;
2. *zanesljivost* smo zagotavljali z natančno dokumentacijo ter s prostorsko triangulacijo (zbiranje podatkov po različnih krajih po Sloveniji) in triangulacijo oseb (zbiranje podatkov od raznolikih respondentov); podana priporočila zdravstvenemu osebju v zaključku smo preverili pri 3 respondentih;
3. *potrdljivost* podatkov smo zagotavljali s sprotnim parafraziranjem povedanega med samimi intervjuji in preverjanjem ugotovljenega pri respondentih;
4. *prenosljivost* rezultatov zagotavljamo s terenskimi zapiski, delno zasičenostjo podatkov, dokumentiranjem zagotavljanja kakovosti ter bogatim in živim opisom ugotovitev;
5. *aventičnost* zagotavljamo z reflektiranjem in privzetjem receptivne drža, zavzetostjo in dalj časa trajajočim raziskovanjem, podrobnim opazovanjem, snemanjem in dobesedno transkripcijo, bogatim in živim opisom ugotovitev ter evokativnim poročanjem.

### 3.3.5 Obdelava podatkov

Zvočne posnetke intervjujev smo sproti ročno transkribirali v program *Microsoft Word* v pisavi *Times New Roman*, velikost črk 12, brez presledkov med vrsticami. Intervju vsakega respondenta se je pričel na novi strani; končni tekst za analizo je tako obsegal 55 strani formata A4. Vsaka transkripcija je vključevala 3 korake in je bila izvedena dobesedno: v prvem koraku smo poslušali posnetek in ga sproti zapisovali tako, da smo predvajanje med tipkanjem ustavili; sledilo je drugo predvajanje, med katerim smo prepis ustrezno dopolnjevali in popravljali; med tretjim predvajanjem smo tekst simultano brali in dokončno ugotavljali skladnost prepisa s posnetkom. Po tretjem predvajanju in branju smo posnetke uničili. Transkripti intervjujev so dokončno shranjeni na enem prenosnem mediju (USB), ki je varovan v študentovem domu.

Transkripte intervjujev smo analizirali na način kvalitativne tematske analize besedila po smernicah, ki jih opisuje Flick (2018, p. 475); kvalitativna tematska analiza vključuje 6 korakov:

1. spoznavanje s podatki;
2. ustvarjanje začetnih kategorij;
3. iskanje tematskih področij;
4. pregled tematskih področij;
5. definiranje in poimenovanje tem ter
6. oblikovanje poročila.

V sklopu prvega koraka smo izvajali večkratno branje besedila. Kot smo že opisali zgoraj, je šlo za t.i. hermenevtični krog interpretacije, ki se giblje naprej in nazaj in ni nikoli zaključen (Buxton, 2011). V sklopu drugega koraka smo združili skupaj podobne vzorce smiselnih povezav, identificiranih v prejšnjem koraku; ti so izbrani citati in predstavljajo enote kodiranja. Oblikovali smo 186 citatov, ki smo jih kasneje združevali na induktivni način (t.i. analitična indukcija, ki v kvalitativni paradigmi raziskovanja nadomešča posploševanje) glede na tematiko v posamezne enote – kategorije. Induktivni pristop pomeni, »da raziskovalec kode določa med analizo besedila (Vogrinc, 2008, p. 63). Nekaj citatov ( $n = 7$ ) nikakor nismo mogli uvrstiti pod nobeno izmed oblikovanih kategorij, niti ni bilo smiselno (ali mogoče), da bi jih združili pod njim lastno kategorijo, zato jih pri nadaljnji analizi nismo upoštevali.

### 3.4 REZULTATI

Oblikovali smo 23 kategorij, ki smo jih razvili na podlagi tematske analize besedila. V tretjem koraku smo identificirane kategorije razvrstili glede na tematiko v 6 tematskih področij, ki smo jih v petem koraku poimenovali (glej spodaj). V šestem koraku smo oblikovali končno razumevanje raziskovalnega problema – v poglavju *Razprava*.

Sledijo izbrani citati ( $n = 82$ ), ki utemeljujejo posamezno kategorijo. Ustrezno predstavljanje ugotovitev raziskave je bistvenega metodološkega pomena; pri kvalitativnih fenomenoloških raziskavah priporočajo evokativno, ekspresivno,

transcendentno in poetično prikazovanje misli udeležencev raziskave, saj le-te namreč služijo kot gradniki novega znanja (Matua, 2015).

### **Kategorija 1: Skrivanje spolne identitete pred zdravstvenimi delavci**

Citat 1: »Nikoli se nisem razkrila ... Nisem imela kaj takega, povezanega s tem ... Nisva nikoli o tem debatirala ... Se ni zdelo pomembno ... Čeprav se mi zdi to narobe ...«

Citat 2: »... Nisem povedal glede svoje spolne usmerjenosti, ona pa tudi ni vprašala.«

Citat 3: »... Tudi tej ginekologinji se nisem razkril takoj ...«

Citat 4: »... Nisem videl potrebe, da bi nekomu to povedal direktno ... Glede na proces zdravljenja ... Nisem videl razloga, zakaj bi to moral povedati zdravniku ...«

Citat 5: »Ne, ker se mi zdi, da to sploh ni potrebno, tudi, če se mi vidi ali ne, s tem nisem obremenjen ...«

### **Kategorija 2: Skrivanje pred zdravstvenimi delavci zaradi strahu**

Citat 6: »... Pred zdravnico nisem imel zagotovila, da bi bila moja usmerjenost sprejeta pozitivno ... Zaradi tega zdravnica tega ni vedela, jaz ji nisem nikoli povedal ...«

Citat 7: »... Ker prihajam iz vasi, rajši ne govorim o tem, zaradi varnosti, nočem se izpostavljati, zaradi tega, ker se bojim, da bom na kakršenkoli način ožigosan ...«

Citat 8: »... Ker sem se bal tega, da ne bom prišel skozi, nisem odpiral tem, kjer bi diskutiral stvari, ki bi bile potencialno izven njihove »škatle« ...«

### **Kategorija 3: Razkritje pred zdravstvenimi delavci**

Citat 9: » ... Sem ji povedal ... Pozna partnerja in mene in ve, da sva poročena.«

Citat 10: »... Svoji ginekologinji sem povedala, pa me ni vprašala ...«

Citat 11: »... Osebnemu zdravniku sem se razkril zaradi zdravstvenega stanja ... Ampak je stvar sprejel profesionalno ...«

Citat 12: »... Nisem uporabila prav besede lezbijka, ampak sem rekla, da če bom imela spolne odnose, jih bom imela z žensko ...«

Citat 13: »... Razkrila sem se pri psihiatru ... Zato, ker pri psihiatru je nekaj drugega, ker se moraš pogovarjati dlje časa, torej bi slej ko prej prišla moja identiteta na plano.«

**Kategorija 4: Pomen razkritja pred zdravstvenimi delavci**

Citat 14: »Vsi bi se morali razkriti zdravnikom, da bi nas lahko obravnavali korektno ... Na prvem srečanju gresta čez tvoje pretekle težave in se tudi identiteta pove ...«

Citat 15: »... To je zelo pomemben del našega življenja ... Smo del populacije, ki ima neko specifično ... Specifičen način življenja, ki je povezan z našim zdravjem ...«

Citat 16: »... Pomembno bi se mi zdelo predvsem takrat, kadar začneš biti spolno aktiven, da poveš osebnemu zdravniku glede svoje spolne usmerjenosti ...«

Citat 17: »... Pa če je to nujno glede na okoliščine ...«

**Kategorija 5: Razkritje pred zdravstvenimi delavci ni potrebno**

Citat 18: »... Ne vidim razloga, zakaj bi kar tako šla nekomu razlagati o svoji identiteti, ampak če bi bilo relevantno, načeloma ne bi imela problemov.«

Citat 19: »... Se mi zdi nepomembno ... Ne bom jaz pojasnjeval, kaj sem in kaj nisem, ne ... To se mi ne zdi pomembno, da bi morali ljudje vedeti ...«

**Kategorija 6: Pozitivne komunikacijske prakse zdravstvenih delavcev**

Citat 20: »... So dokaj odprti in pripravljeni na pogovore okoli tega, imajo nekakšen nevtralen odnos do pacienta, nekakšen profesionalen, nevtralen odnos.«

Citat 21: »... To mi je bilo všeč, da je spoštovala moje zaimke ... To je redko ...«

**Kategorija 7: Negativne komunikacijske prakse zdravstvenih delavcev**

Citat 22: »... Nihče se o tem niti ni hotel posebej pogovarjati ...«

Citat 23: »... Psihiatrinja ni upoštevala mojih zaimkov, čeprav sem jih uporabljala ...«

Citat 24: »... Medicinske sestre so uporabljale napačne zaimke ...«

Citat 25: »... Velikokrat ne pustijo do besede, ni dialoga ali pa oni usmerjajo dialog ...«

Citat 26: »... Negativnost ni bila v njegovih besedah, ampak v njegovem tonu. Videlo se mu je, točno po tonu, da nima ravno pozitivnega mnenja o vsem skupaj.«

**Kategorija 8: (Ne)znanje zdravstvenih delavcev o LGBT populaciji**

Citat 27: »... Če se nekomu zaupaš, tudi pričakuješ obravnavo po tej identiteti, v tem smislu, da te naziva identiteti primerno ... Ne zavedajo se različnih identitet ...«

Citat 28: »... Ni bilo veliko pomoči, mi je rekla: to je vse, kar vam znam povedati ...«

Citat 29: »... So poskušali ne uporabljati zaimkov ... Sem prav videla, da niso vedeli, kaj bi ... Ko so bili okrog mene, sem čutila, da so v stresu, ker ne vedo, kako bi se obnašali in so poskušali z neumnimi šalami ...«

Citat 30: »... Ona ni razumela, kaj je to, kaj mora delati, sem ji morala jaz razlagati ...«

### **Kategorija 9: Heteronormativnost komunikacije pri zdravstveni oskrbi**

Citat 31: »... Kar me je tako zmotilo v tistem trenutku, da je kar predvidevala, da sem heteroseksualen in me je vprašala: s katero si se pa poljubljaj ...«

Citat 32: »... Sestra, ki me je prišla obvestiti, da je prišel prijatelj, ni vedela, kaj naj naredi ... Očitno ni vedela, kaj naj reče, fant ali prijatelj. Videla se ji je tista zadrega ... To njeno obotavljanje ...«

Citat 33: »... Je vprašala, če sem poročen, sem rekel, da ja ... Potem jo je zanimalo, kaj žena pravi ...«

### **Kategorija 10: Izkušnje heteroseksizma pri zdravstveni oskrbi**

Citat 34: »... Sem imel zelo neprijetno izkušnjo pred samo operacijo ... Sem rekel, da nisem prestrašen, ampak zgrožen zaradi zdravnikovih seksističnih izpadov ...«

Citat 35: »... Ker nisem z nikomer še imel spolnih odnosov, so imeli potem s tem velike težave in takrat so me zafrkavali ... To so bili vsi blazno presenečeni ...«

Citat 36: »In potem je rekla, da naj se začnem obnašati kot moški, da naj se bolj spopadam s svojimi problemi, da naj se ne obnašam kot ženska ... Videlo se je, da me ne mara, da je na meni nekaj takega, česar ona ne prebavlja.«

### **Kategorija 11: Spolno binarna zdravstvena oskrba**

Citat 37: »... So zmedeni, sistem ni prilagojen, ljudje imajo te kategorije v glavi ...«

Citat 38: »... In sem videl, da ne razume nebinarnosti, kar me ni presenečalo ...«

Citat 39: »... Vmes se je zataknilo, ker sem nebinarna oseba, ker nisem transmoški ...«

Citat 40: »... Pravi transženske in transmoški, če si že trans, si lahko samo znotraj te binarne identitete ... Nisi uslišan, če rečeš, jaz nisem moški, ne vem pa, kaj sem ...«

**Kategorija 12: Stereotipne opazke s strani zdravstvenih delavcev**

Citat 41: »... To je tudi povezano s tem, da gre v bistvu za neko vrsto, kako naj rečem, dobrohotne homofobije, ko si misliš: joj, pa saj ti verjetno res ne počneš kaj takega ...«

Citat 42: »... Glede na to, da se maskulino oblačim ... Je to definitivno vplivalo na njihov pogled name ... So bila direktna vprašanja, kako se oblačite ... Zakaj tako ...«

**Kategorija 13: Predsodki zdravstvenih delavcev o LGBT posameznikih**

Citat 42: »... Sem jo vprašal, če je mnenja, da smo istospolno usmerjeni bolj nagnjeni k prenosljivim boleznim kot pa heteroseksualci ... Takrat je bil njen odziv zelo ... Zelo na hitro je razložila in dala vsem v dvorani vedeti, da se to njej ne zdi v redu ...«

Citat 43: »... Zdravnica me je vprašala, če sem gej ... Pa sem jo vprašal, če ima kaj proti temu ... Je bila tiho, ampak je avtomatično dala gor rokavice ...«

Citat 44: »... Da sem bil indoktriniran, v tem smislu ... In je rekla, da mi priporoča, da naj se ne ukvarjam s svojim spolom in da bo potem vse boljše, na ta način ...«

**Kategorija 14: Občutki stigmatizacije s strani zdravstvenih delavcev**

Citat 45: »... Potem te kar dajo v en predalček, aha, gej, promiskuiteten ...«

Citat 46: »... Še vedno se mi zdi, da je biti lgbt ... Biti pripadnik lgbt plus populacije je še vedno neka stigma v zdravstvu.«

Citat 47: »... Imajo vprašanje in potem so me postavili v eno »škatlo« ...«

**Kategorija 15: Odklanjanje LGBT posameznikov s strani zdravstvenih delavcev**

Citat 48: »... Ko sem hotel darovati kri ... Tudi tam sem seveda bil odkrit in sem povedal, da imam spolne odnose z moškimi in so me seveda takoj zavrnilo ...«

Citat 49: »... Veliko jih ne dobi osebnega zdravnika, ker se nočejo ukvarjati z nami ...«

Citat 50: »... In na koncu me ni nihče vzel ... Zaradi tega, ker nisem želel nekoga prisiliti v to, da me obravnava ...«

Citat 51: »... Mi je rekel, da on tega ne bo delal, ker ne vidi razloga zakaj ...«

**Kategorija 16: Občutki nesprejetosti s strani zdravstvenih delavcev**

Citat 52: »... Sem začutila obsojanje ...«

Citat 53: »... Da se ne bomo več lgbt plus ljudje počutili razvrednotene, ko pridemo na pregled, kadar razkrijemo svojo spolno usmerjenost.«

Citat 54: »... Potem sem dobil od njih nekakšno predavanje o tem, kako se moški obnaša, kako se pač ne joka ... Videlo se je v njihovem tonu, videlo se je po govorici telesa, videlo se je tisto ... Niso se me hoteli niti dotakniti zares ...«

### **Kategorija 17: Pričakovanja LGBT posameznikov v zvezi z zdravstveno oskrbo**

Citat 55: »... Pričakujem spoštljiv odnos tudi, če tega ne sprejema ...«

Citat 56: »... Prva informacija, ki jo potrebuješ, je, katere zaimke uporabljati ...«

Citat 57: »... Pri zdravniku sem pa vseeno pričakoval malo več podpore, tolažbe, čeprav se zavedam, da ni temu namenjen ...«

Citat 58: »... Jaz pričakujem, da lahko povem, kaj je moja identiteta in da ljudje potem to vzamejo kot dejstvo, ne da se je potrebno dokazovati in argumentirati ...«

Citat 59: »... Lahko bi me jemali bolj resno ...«

### **Kategorija 18: Ustvarjanje varnega prostora za LGBT posameznike**

Citat 60: »... Da na nekakšen način pokažeš odprtost do tega ... Da imaš v sprejemni kakšne članke ... Da dajo vedeti, da sprejemajo to, da si varna in se lahko razkriješ ...«

Citat 61: »... Mogoče bi bilo dobro, da bi vsaj imeli vprašalnik, kjer bi lahko bilo vmes podobno vprašanje tudi o identiteti in usmerjenosti.«

Citat 62: »... Najlažje pa je, da vprašaš, če so informacije, ki jih potrebuješ ...«

Citat 63: »... Predvsem me žalosti, ker nimajo nobenih perspektov, na primer v zdravstvenih domovih ... Ki bi vsaj približno govorili o tem ...«

Citat 64: »Ne bi se hotela razkriti na hodniku ... V čakalnici ... A morajo zdaj vsi ostali vedeti, kdo sem in s čim se ukvarjam in kakšne težave imam?«

### **Kategorija 19: Pozitivne izkušnje z zdravstvenimi delavci**

Citat 65: »... Zelo je bila podporniška, ni me obsojala zaradi tega, sem čutil, da ji ni vseeno, ne glede na to, ali sem biseksualec, gej ali karkoli ... Bo pomagala, je tam zate.«

Citat 66: »... Zdravnica tam je staršem objasnila na tak zelo dober način, da to ni stvar izbire ampak ... Spolna usmerjenost, ampak tako pač je ...«

Citat 67: »... Sem imel samo pozitivne izkušnje. Nikoli nisem imel občutka, da bi me kdorkoli grdo gledal ... Vedno je bilo pozitivno ...«

Citat 68: »... Tudi sestre so bile zelo prijazne ... Ni bilo problemov ...«

Citat 69: »... Vmes me je vprašala tudi, ali me vodi pod moškega ali pod žensko, pa sem rekel, da jaz uradno dokumentov še nimam, ampak če bi lahko, da pod moškega in je rekla ja, seveda ...«

### **Kategorija 20: Negativne izkušnje z zdravstvenimi delavci**

Citat 70: »... Vsakič je reakcija zelo defenzivna ... Zelo hočejo opravičiti sistem in utrditi svojo vlogo, znanje in strokovnost in ne priznajo, da ne vedo ...«

Citat 71: »... Je imela v bistvu zelo zadržan odnos ... Mi je začela govoriti: mogoče pa vaš stil življenja ni ravno pravilen ... In potem sem dobival verske napotke ...«

Citat 72: »... Je rekel: glejte, jaz se s tem ne mislim ukvarjati, to ni zdravniški problem, to boste morali vi razrešiti sami s seboj ...«

Citat 73: »... Ni me treba nadirati zaradi malenkosti ... Potem se sploh ne čutim, da bi lahko karkoli povedal, kaj šele, da bi bil jaz jaz ...«

### **Kategorija 21: Nasilje nad LGBT posamezniki s strani zdravstvenih delavcev**

Citat 74: »... In to sem se morala prav boriti z njo ...«

Citat 75: »... Ob tem mi je zagrozil, da se tukaj joka ne bo prenašalo, da naj utihnem, uporabil je prav besedo utihni ...«

### **Kategorija 22: Nevtralne izkušnje z zdravstvenimi delavci**

Citat 76: »Se mi zdi, da medicinske sestre niso imele toliko problemov ... Da so imele na oddelku nekoga, ki je odprto gej.«

Citat 77: »... Ni bilo nobenih sprememb v njihovem vedenju, ali pa, da bi bili nesramni ali kakorkoli hladni do mene ... Bili so čisto profesionalni ...«

Citat 78: »... Nisem opazil pri njej, ko sem ji to povedal, nobene posebne reakcije ... Je pač nadaljevala, me je poslušala in gledala in ni temu posvetila večje pozornosti ...«



**Kategorija 23: Vpliv razkritja spolne identitete na zdravje**

Citat 79: »Meni se to zdi pomembno tudi za duševno zdravje, pozitivno vpliva ... Človeku se ni treba skrivati ...«

Citat 80: »... Meni se je zdelo lažje govoriti o svojih težavah kot razkrita oseba, kot pa če ne bi bila, ker bi morala pač ovinkariti naokoli ... Meni je zelo olajšalo izkušnjo ...«

Citat 81: »... Nikoli prej se nisem znal toliko postaviti zase, kot sedaj, ko sem šel čez ta postopek ... Si pa ne želim imeti takega postopka zato, da se naučim postaviti zase ...«

Citat 82: »Predvsem na psihično zdravje, ja ... Ker me je to, da doma niso vedeli ... Me je takrat čedalje bolj težilo, sem bil čedalje bolj anksiozen zaradi tega ...«

Oblikovali smo 6 tematskih področij, ki smo jih poimenovali:

1. Koreografija okrog razkritja;
2. Ambivalentnost izkušenj LGBT posameznikov z zdravstvenimi delavci;
3. Heteronormativnost zdravstvenega sistema;
4. Obrazi homofobije v zdravstvu;
5. Kulturno kompetentna zdravstvena obravnava;
6. Odnos kot komunikacija.

Razporeditev kategorij po tematskih področjih je prikazana v *Tabeli 2* spodaj.

**Tabela 2: Razporeditev kategorij po temah**

Št.	Kategorija	Tematsko področje - tema
1	Razkritje pred zdravstvenimi delavci	Koreografija okrog razkritja
2	Pomen razkritja pred zdravstvenimi delavci	
3	Razkritje pred zdravstvenimi delavci ni potrebno	
4	Skrivanje spolne identitete pred zdravstvenimi delavci	
5	Skrivanje pred zdravstvenimi delavci zaradi strahu	
6	Vpliv razkritja spolne identitete na zdravje	Ambivalentnost izkušenj z zdravstvenimi delavci
7	Pozitivne izkušnje z zdravstvenimi delavci	
8	Negativne izkušnje z zdravstvenimi delavci	
9	Nevtralne izkušnje z zdravstvenimi delavci	
10	Občutki nesprejetosti s strani zdravstvenih delavcev	Heteronormativnost zdravstvenega sistema
11	Izkušnje heteroseksizma pri zdravstveni oskrbi	
12	Spolno binarna zdravstvena oskrba	Obrazi homofobije v zdravstvu
13	Odklanjanje LGBT posameznikov s strani zdravstvenih delavcev	

Št.	Kategorija	Tematsko področje - tema
14	Stereotipne opazke s strani zdravstvenih delavcev	
15	Predsodki zdravstvenih delavcev o LGBT posameznikih	
16	Občutki stigmatizacije s strani zdravstvenih delavcev	
17	Nasilje nad LGBT posamezniki s strani zdravstvenih delavcev	
18	(Ne)znanje zdravstvenih delavcev o LGBT populaciji	
19	Pričakovanja LGBT posameznikov v zvezi z zdravstveno oskrbo	Kulturno kompetentna zdravstvena obravnava
20	Ustvarjanje varnega prostora za LGBT posameznike	
21	Pozitivne komunikacijske prakse zdravstvenih delavcev	
22	Negativne komunikacijske prakse zdravstvenih delavcev	Odnos kot komunikacija
23	Heteronormativnost komunikacije pri zdravstveni oskrbi	

### 3.5 RAZPRAVA

Izkušnje posameznikov, ki odstopajo od heteronormativnosti, z zdravstvenimi delavci in sodelavci so v Sloveniji ambivalentne. Geji in lezbijke v našem vzorcu navajajo večinoma dobre ali korektne odnose z zdravstvenimi delavci in sodelavci, čeprav je veliko opisanih izkušenj vpetih in podvrženih heteronormativnim, patriarhalnim in večkrat tudi seksističnim oblikam vedenja in komunikacije. Posamezniki, ki sicer navajajo različno spolno usmerjenost (homoseksualno, biseksualno), vendar večinoma ustrezajo normativni (binarni) spolni identiteti (t.i. cismoški oz. cisženske), so s strani zdravstvenih delavcev in sodelavcev večinoma dobro sprejeti, mestoma celo prijateljsko ali z zanimanjem (slednje respondenti sicer niso označili kot slabost, z vidika profesionalnosti pa prijateljskega zanimanja ne moremo označiti kot dobra praksa). Največji problem zdravstvenim delavcem in sodelavcem predstavljajo posamezniki, ki ne ustrezajo binarni shemi spolne identitete, torej transspolne in nebinarne osebe; le-te tudi v našem vzorcu navajajo večinoma slabe, čeprav mestoma (s posameznimi zdravstvenimi delavci) korektne ali celo dobre odnose, pa vendar večinoma brez globljega empatičnega razumevanja in/ali vsaj sprejemanja. Transspolne in nebinarne osebe so znotraj zdravstvenega sistema v Sloveniji deležne nerazumevanja, večinoma tudi odklanjanja in patologizacije njihove spolne identitete, respondenti v našem vzorcu niso navajali

neposrednih izkušenj nasilja, na vzorcu respondentov tudi nismo zaznali pogostih izkušenj diskriminacije. Tudi v raziskavi McNeila in sodelavcev (2012) je večina transspolnih posameznikov imela negativne izkušnje z zdravstvenimi delavci.

Te ugotovitve potrjujejo, da je slovenski zdravstveni sistem sicer izrazito heteronormativen, ne pa tudi homofoben v smislu klasične homofobije (strahu, odklanjanja, obsojanja, odpora, nestrinjanja ali sovraštva), dokler se njegovi uporabniki (pacienti) vsaj večidel podrejajo uveljavljenim normam družbenega spola. Homofobija se pri zdravstvenih delavcih in sodelavcih v našem zdravstvenem sistemu kaže predvsem skozi heteroseksizem. »Heteronormativni družbeni kontekst razumemo kot ključni družbeni okvir vsakdanjega življenja gejev in lezbijk, ki pogosto deluje negativno in hierarhično« (Švab, 2018, p. 233). Le nekaj respondentov je opisalo posamezne izkušnje, ki kažejo na prisotnost stereotipov, stigmatizacije ali predsodkov, oz. občutek odklanjanja s strani zdravstvenih delavcev, izvzemši transspolne in nebinarne osebe. Majhen a pomemben del zdravstvenega osebja je obsodilo LGBT identitete zaradi moralnih in/ali verskih prepričanj (Stewart & O'Reilly, 2017), kar smo zaznali tudi v našem vzorcu. Kot tak torej slovenski zdravstveni sistem načeloma odpove v primeru vseh tistih pripadnikov spolnih manjšin, ki rušijo ustaljene, pričakovane in dozdevno edine možne vzorce družbenega spola, ki je v uradni medicini institucionaliziran na podlagi bioloških razlik med ženskami in moškimi. Taki respondenti so bili v našem vzorcu tudi praktično edini, ki so navajali (čeprav na splošno redke) izkušnje diskriminacije in patologizacije.

Na splošno lahko rečemo, da je odnos zdravstvenih delavcev in sodelavcev do posameznikov, ki odstopajo od heteronormativnosti, danes strpen, čeprav izrazito ambivalenten. To ugotavljamo tudi v sklopu integrativne sistematične pregledne raziskave (glej Krnel & Skela Savič, 2020). Večina respondentov v tujih raziskavah (Katz, 2009; Elliott, et al., 2014; Riggs, et al., 2014; Marques, et al., 2015; Victor & Nel, 2016; Westerbotn, et al., 2017) ima z zdravstvenimi delavci dobre ali nevtralne, korektne izkušnje, še vedno pa respondenti opisujejo izkušnje stigme, predsodkov in diskriminacije (Lyons, et al., 2015; Hoyt, et al., 2017). Skoraj vsi respondenti v našem vzorcu so opisali tudi kako slabo, negativno izkušnjo, predvsem v smislu stigmatizacije; izstopa nekaj slabih izkušenj, ki so posledica močnega heteroseksizma pa tudi nekaj slabih izkušenj, ki

so posledica nerazumevanja, odklanjanja. Tako v naši kot v tujih raziskavah (npr. Hoffkling, et al., 2017) negativne izkušnje nerazumevanja, odklanjanja ali stigmatizacije navajajo v največji meri respondenti, ki odstopajo od binarne sheme družbenega spola, torej transspolne in nebinarne osebe. Nekateri izmed njih so med zdravljenjem doživljali nasilje, socialno izključevanje ter nadlegovanje (Lyons, et al., 2015), kar se na našem vzorcu praktično ni pokazalo.

Veliko respondentov je v tujih raziskavah (Duffy, 2011; Eady, et al., 2011; Marques, et al., 2015; Hirsch, et al., 2016; Hoyt, et al., 2017) izkusilo nespoštljivo obravnavo zaradi svoje spolne usmerjenosti in/ali identitete – v našem vzorcu je bila takšna manjšina; še vedno so ponekod prisotni elementi klasične homofobije (Müller, 2017), česar na našem vzorcu praktično nismo zaznali. Homofobija je najbolj opazna v okoljih, ki bi jih lahko označili za konservativna ter v raziskavah, ki so bile izvedene tam, kjer je višja stopnja homofobije (npr. Duffy, 2011; Müller, 2017). Stopnja homofobije je namreč pozitivno povezana s politično konservativnostjo, seksizmom, rasizmom, nacionalizmom ipd. (Kuhar & Šori, 2017).

Veliko izkušenj, ki so jih opisovali respondenti, ne moremo enostavno in enoznačno uvrstiti kot bodisi dobre bodisi slabe, zato smo jih opredelili kot nevtralne. Le-te respondenti večinoma vrednotijo kot dobre, kar ugotavljajo tudi tuje raziskave (npr. Eady, et al., 2011) in pojasnjujejo, da je za pozitivno percepcijo neke izkušnje pogosto dovolj že odsotnost negativne reakcije s strani zdravstvenih delavcev.

Na vprašanje ali zdravstveni delavci in sodelavci sploh morajo vedeti za pacientovo morebitno drugačno spolno usmerjenost in/ali drugačno spolno identiteto (t.i. razkritje) ni mogoče enostavno in enoznačno odgovoriti. Vsi respondenti v naši raziskavi so se razkrili vsaj enemu zdravstvenemu delavcu; večinoma je šlo za osebnega zdravnika, sledijo psihiatri in/ali psihologi. Kot ugotavljajo Kamen in sodelavci (2015), se LGBT posamezniki najpogosteje razkrijejo prav svojim osebnim zdravnikom. Na drugi strani pa Hirsch in ostali (2016) ugotavljajo, da več kot 60 % lezbijk svojemu osebnemu zdravniku ni razkrilo svoje spolne usmerjenosti. Respondentke v našem vzorcu, ki jim je bil ob rojstvu pripisan ženski biološki spol (ne glede na trenutno spolno identiteto), so večinoma

razkrite tudi pri svojih izbranih ginekologih, geji pa se večinoma razkrijejo zdravstvenim delavcem tudi, kadar so v zdravstveni obravnavi zaradi spolno prenosljive bolezni oz. suma nanjo (npr. pri infektologu ali v sklopu testiranj). Na splošno lahko rečemo, da se posamezniki, ki odstopajo od heteronormativnosti, razkrivajo zdravstvenim delavcem predvsem v dveh situacijah: prvič, kadar zdravstvena obravnava traja dlje časa in je bolj osebna (oz. pričakujejo daljšo in/ali bolj osebno zdravstveno obravnavo) in drugič, kadar je to potrebno zaradi same zdravstvene obravnave (npr. suma na spolno prenosljivo bolezen ali v primeru transspolnih in nebinarnih oseb predvsem, če so v postopku tranzicije ali potrditve spola, oz. če želijo čez ta postopek).

Na drugi strani skoraj vsi respondenti v našem vzorcu skrivajo svojo spolno usmerjenost in/ali različno spolno identiteto pred večino zdravstvenih delavcev in sodelavcev – večinoma zato, ker se jim samo razkritje ne zdi pomembno ali potrebno pri zdravstveni obravnavi, kar potrjuje zgornje ugotovitve o okoliščinah, v katerih se posamezniki razkrijejo, kadar in če se sploh razkrijejo. Nekaj respondentov pa se ni razkrilo, ker jih zdravstveni delavci glede spolne usmerjenosti ali identitete niso vprašali oz. niso dobili nobenega povoda v zvezi s tem. Čeprav je razkritje spolne usmerjenosti in identitete pomemben razvojni trenutek v življenju LGBT posameznika (glej npr. Allen, 2013), se to razkritje dogaja predvsem znotraj intimnejših prijateljskih krogov oz. »ožjih neformalnih socialnih omrežjih« (Švab, 2018, p. 234), nadalje tudi znotraj primarne družine, širše družbeno razkritje pa je pogosto zamolčano.

Slovenska raziskava (Švab & Kuhar, 2005) ugotavlja, da se LGBT posamezniki na javnih mestih (npr. na ulici) načeloma ne razkrivajo oz. še več – zavestno skrivajo svojo spolno usmerjenost in/ali identiteto (družbena mimikrija), prav tako je visok delež tistih, ki svojo spolno usmerjenost skrivajo na delovnem mestu. Ugotavljamo, da je tudi prostor zdravstvene oskrbe, ki ga uvrščamo v širši družbeni prostor, s strani nekaterih respondentov v našem vzorcu percipiran skozi prizmo, ki jo sklenemo v misel: »*Bolje se je skrivati, razen če ne gre drugače*«. Tovrstni strahovi (vsaj delno) izhajajo iz splošne družbene klime – kot smo že omenili v uvodu, si še vedno, čeprav se je ta odstotek zmanjšal, pomemben delež splošne populacije ne želi stikov z istospolno usmerjenimi oz. jih odklanja. Zadnja raziskava LGBT populacije v Sloveniji ugotavlja, da 42 % mladih

do 30. leta starosti prikriva svojo spolno identiteto pred zdravstvenimi delavci; ocenjevali so tudi svoje občutke varnosti glede na kontekst: 69 % anketiranih mladih se ni nikoli balo za svojo varnost pri obisku osebnega zdravnika ali specialista, kar so avtorji označili kot problematičen podatek (Perger, et al., 2018).

Večina respondentov v našem vzorcu se strinja, da je razkritje njihove spolne usmerjenosti in/ali identitete pred zdravstvenimi delavci in sodelavci potrebno v določenih primerih (npr. zaradi zdravljenja), ne pa vedno in a priori. Veliko respondentov navaja, da je razkritje iz tega vidika pomembno za kakovostno zdravstveno obravnavo (npr. zdravstveni delavci lahko tako razpolagajo z določenimi informacijami, ki utegnejo pomembno vplivati na odločitve v povezavi z diagnostiko in zdravljenjem). Temu pritrjujejo tudi nekatere tuje raziskave (npr. Marques, et al., 2015), čeprav razkritje nima statistično značilnega učinka na zdravstvene izide niti pri ženskah niti pri moških (Durso & Meyer, 2013). Tako se tudi večini respondentov v našem vzorcu razkritje pogosto ne zdi smiselno ali potrebno, saj obiščejo zdravnika ali drugega zdravstvenega delavca ali sodelavca zaradi »drugih« (kot so respondenti to sami poimenovali) razlogov, ki niso v (tesni) zvezi s spolno usmerjenostjo ali identiteto, kar ugotavljajo tudi nekateri tuji avtorji (npr. Marques, et al., 2015).

Razkritje jim večinoma olajša občutek, da so v varnem okolju, da zdravstveni delavci sprejemajo različnost – respondenti navajajo, da so se počutili varno – pri čemer pa večina ne zna in ne zmore podrobneje analizirati oz. objektivno določiti, na podlagi česa so dobili tak občutek. Nekateri so se razkrili bolj zaradi stiske, ki jim jo je povzročalo skrivanje – taki respondenti so tudi v pogovoru v sklopu intervjuja delovali bolj zadržano, introvertirano; ostali, ki so se razkrili v določenih okoliščinah, pa navajajo, da načeloma s tem težav nimajo – tudi v pogovoru v sklopu intervjuja so delovali bolj ekstravertirano. Nekateri respondenti so se razkrili (neposredno ali posredno), saj so jih zdravstveni delavci vprašali glede spolnih praks, drugi pa zatrjujejo, da bi se razkrili, če bi jih zdravstveni delavci vprašali glede tega. Kot ugotavljajo Kamen in ostali (2015), se respondenti v polovici primerov razkrijejo samoiniciativno, saj zdravstveno osebje predpostavlja, da so heteroseksualni; le 15 % respondentov je poročalo, da jim je zdravstveno osebje postavljalo vprašanja, da so prišli do razkritja. Najbolj splošna

smernica je, kot ugotavljajo Eady in ostali (2011), da zdravstveno osebje ustvari odprto in neobsojajoče okolje ter da postavlja neinvazivna vprašanja.

Večina respondentov v našem vzorcu in tudi v tujih raziskavah (npr. Marques, et al., 2015) občuti pomen razkritja predvsem kot pozitiven vpliv na duševno zdravje oz. neko psihološko komponento zdravja, ne zdi pa se jim, da bi razkritje ali njihova spolna usmerjenost in/ali identiteta vplivala na fizične komponente zdravja. Videti je, da ima prikrivanje posameznikove spolne usmerjenosti negativne psihološke učinke (Durso & Meyer, 2012). Večjo prevalenco nekaterih zdravju škodljivih navad oz. vedenj, povezanih z zdravjem, ter nekaterih (kroničnih) obolenj pri populaciji posameznikov, ki odstopajo od heteronormativnosti, tako ugotavljajo (redke) epidemiološke raziskave, kar je razumljivo.

Iz vidika kakovostne zdravstvene obravnave pa je ta t.i. psihološka komponenta razkritja pomembna predvsem za vzpostavljanje pristnega, empatičnega, kulturno kompetentnega in na pacienta osredotočenega profesionalnega odnosa na relaciji uporabnik zdravstvenega sistema – zdravstveni delavec. Nekateri respondenti so tako omenjali, da jim je lažje, če se jim ni potrebno skrivati, pa tudi, da je dobro, da zdravstveni delavci razpolagajo z vsemi informacijami, ki bi (npr. zaradi specifičnega načina življenja) utegnile biti kadarkoli relevantne. S tem se, po navedbah nekaterih respondentov, strinjajo tudi posamezni zdravstveni delavci, ki so se na razkritje drugačne spolne usmerjenosti svojega pacienta pozitivno odzvali. Da je spolnost integralni del njihovega življenja in njihove identitete, menijo tudi udeleženci raziskave, ki jo je izvedla Katz (2009), zato naj bi bili zdravstveni delavci po njihovem mnenju seznanjeni s tem. Ponovno je opazen vzorec, da so pozitivni odzivi zdravstvenih delavcev v povezavi z relevantnostjo razkritja povezani s tem, ali respondenti vsaj delno ustrezajo pričakovanim binarnim družbenim normam spola. Transspolni posamezniki in nebinarne osebe v našem vzorcu večinoma ne delijo tovrstnih pozitivnih izkušenj; ti respondenti navajajo predvsem izkušnje nerazumevanja, nesprejemanja in mestoma odklanjanja, kar dodatno poglobi tudi psihološko stisko, zaradi katere so pogosto sploh primarno obiskali nekega zdravstvenega delavca.

Postopka tranzicije in potrditve spola sta izredno zahtevna; tranzicija še toliko bolj, saj je povezana z nekaterimi medicinskimi posegi, ki niso dostopni povsod, predvsem pa zdravstveni delavci nanje niso pripravljeni. To se je pokazalo tudi pri respondentih v našem vzorcu. V Sloveniji v času izvajanja intervjujev nismo imeli vseh strokovnjakov, ki bi bili ustrezno usposobljeni za varno in kakovostno izpeljavo postopka spremembe spola. Transspolne osebe v našem vzorcu tako opisujejo, da so naletele na neodobranje, vedno pa tudi na nelagodje s strani zdravstvenih delavcev, ki večinoma niso razumeli, zakaj naj bi opravili neko določeno preiskavo ali poseg. Heteronormativnost zdravstvenega sistema je tukaj pravzaprav še najmanjši problem – iz opisov respondentov lahko sklepamo na popolno pomanjkanje kulturnih kompetenc, na stigmatizacijo in diskriminacijo, predvsem pa na neznanje. Transspolne osebe so v našem vzorcu navajale, da zdravstveno osebje ni bilo izobraženo za postopke v sklopu spremembe spola, da sam postopek tudi ni sistemsko urejen, v primerjavi s tujino je tudi mogoče sklepati, da postopek v taki obliki, kot se izvaja v Sloveniji, ni v skladu z mednarodnimi smernicami oz. povedano drugače, ni podprt z dokazi.

Nekaj respondentov v našem vzorcu je opazalo pomanjkanje znanja pri zdravstvenih delavcih v zvezi z LGBT populacijo, vendar je to pomanjkanje bistveno bolj problematično v primeru transspolnih in nebinarnih oseb. Tudi tuje raziskave ugotavljajo, da so specifične storitve za transspolne posameznike marsikje okrnjene ali jih sploh ni (Müller, 2017), prav tako tuje raziskave potrjujejo problematično pomanjkanje znanja v zvezi z zdravstvenimi specifikami LGBT populacije (Hirsch, et al., 2016; Hoffkling, et al., 2017; Müller, 2017; Nhamo-Murire & Macleod, 2017; Westerbotn, et al., 2017). Zaradi omenjenega je ključnega pomena izobraževanje zdravstvenih delavcev o specifikah zdravstvene oskrbe LGBT populacije, kot poudarjata Davy in Siriwardena (2012).

Različne občutke stigmatizacije je navajala večina respondentov, vendar samo pri nekaterih zdravstvenih delavcih. Različne oblike diskriminacije je doživela manjšina respondentov v našem vzorcu. Tudi tukaj prednjačijo transspolne in nebinarne osebe, torej tiste, ki ne ustrezajo binarni spolni shemi; kot navajajo ti respondenti, izredno težko dobijo zdravnika, kadar ga potrebujejo, ker se zdravstveni delavci z njimi ne želijo



ukvarjati (veliko transspolnih posameznikov sploh nima izbranega osebnega zdravnika). Zdravstveni delavci tudi odklanjajo določene preiskave in/ali posege, ki so potrebne v sklopu postopka spremembe spola ali potrditve spolne identitete, ker se jim ne zdijo potrebne (kljub temu, da je pacient na preiskavo ali poseg napoten s strani specialista). Respondenti so tudi omenjali, da pri določenih segmentih primerne zdravstvene oskrbe sploh ne dobijo, čeprav jih zdravstveni delavec sprejme korektno, vendar prizna, da nima ustreznega znanja. Da transspolne osebe doživljajo več diskriminacije v primerjavi z ostalimi skupinami spolnih manjšin, ugotavljajo tudi nekatere tuje raziskave (npr. Stewart & O'Reilly, 2017; Westerbotn, et al., 2017), čeprav so tudi take, ki ugotavljajo, da je večina transspolnih oseb z zdravstvenimi delavci zadovoljnih (npr. Riggs, et al., 2014). V zadnji raziskavi med LGBT mladimi v Sloveniji 34 % »oseb poroča o izkušnji posrednega in/ali neposrednega verbalnega nadlegovanja in/ali groženj v javnih prostorih, kot so zdravstveni domovi in centri za socialno delo, o izkušnji zavrženega dostopa do javnih (zdravstvenih in drugih) storitev, o žaljivi ali nespoštljivi obravnavi pri dostopu do javnih storitev na podlagi osebnih okoliščin, o grožnjah s fizičnim nasiljem v prostorih javnih storitev in o izkušnjah poškodovanja ali uničenja lastnine ter fizičnega napada v tovrstnih javnih prostorih« (Perger, et al., 2018, p. 25).

Homoseksualni respondenti v našem vzorcu niso opisovali izkušenj diskriminacije, z izjemo oblike sistemske diskriminacije – moški, ki imajo spolne odnose z moškimi namreč ne smejo darovati krvi. Stroka to sicer utemeljuje, vendar ostaja dejstvo, da heteroseksualnim posameznikom darovanje krvi ni a priori prepovedano, četudi niso v monogamni zvezi (heteroseksualni posamezniki lahko kri po določenem času darujejo tudi po izbranih prebolelih spolno prenosljivih okužbah), istospolno usmerjenim moškim pa je darovanje krvi a priori vedno prepovedano, četudi so v monogamni vzajemni partnerski zvezi; za trajno prepoved darovanja krvi je namreč dovolj, da je imel moški v svojem življenju že en sam spolni odnos z moškim. Tovrstno obliko sistemske diskriminacije so izpostavili nekateri respondenti tudi v pilotni raziskavi o izkušnjah istospolno usmerjenih z zdravstvom (glej Krnel & Skela Savič, 2017).

Respondenti v našem vzorcu niso navajali izkušenj nasilja s strani zdravstvenih delavcev – z izjemo transspolnih oseb, ki so doživele psihično nasilje. Vendar, kot razlagamo

drugje (glej Krnel, et al., 2015), gre lahko v teh primerih tudi za strpnost na deklarativni ravni – vse zdravstvene delavce zavezujejo etični kodeksi in različni zakonski predpisi, kar pa še ne zagotavlja avtomatskega sprejemanja ali odsotnosti negativnih stališč in prepričanj (Edwards, 2012; Stewart & O'Reilly, 2017). Zaskrbljujoče ostaja nasilje nad posamezniki, ki odstopajo od heteronormativnosti v splošni družbeni klimi; kot ugotavlja Kuhar (2009), je med različnimi diskriminiranimi skupinami žrtev fizičnega nasilja zgoj skupina istospolno usmerjenih. Dobra polovica istospolno usmerjenih je že bila kadarkoli žrtev kakršnekoli oblike nasilja (Švab & Kuhar, 2005), v več kot 90 % je šlo za psihično nasilje. Respondenti v našem vzorcu niso omenjali fizičnega niti spolnega nasilja, vendar, kot ugotavljajo raziskave, so istospolno usmerjeni predvsem »žrtve fizičnega nasilja neznanih oseb v javnem prostoru« (Kuhar, 2009, p. 79), torej predvsem na ulicah, v trgovinah, barih ipd. Zdravstvene ustanove bi že a priori morale biti varen prostor za vse paciente; kljub temu je 4 % anketiranih LGBT mladih v Sloveniji doživelo nasilje in/ali diskriminacijo s strani zdravstvenega osebja (Perger, et al., 2018).

Vpliv spolne usmerjenosti in identitete na zdravje podrobneje opisujemo v poglavju *Spolna usmerjenost/identiteta kot determinanta zdravja*. Respondenti v našem vzorcu se večinoma niso mogli opredeliti glede tega raziskovalnega vprašanja ali pa so zanikali, da bi se jim zdelo, da njihova identiteta vpliva na zdravje. Kot smo že razpravljali zgoraj, ima lahko razkritje na zdravje pozitiven ali negativen vpliv – predvsem na duševno zdravje, medtem ko ostale vplive ugotavljamo šele v zadnjih letih z epidemiološkimi študijami.

## **PRIPOROČILA ZA PRAKSO IN NADALNJE RAZISKOVANJE**

Glede na ugotovitve naše raziskave lahko priporočila zdravstvenim delavcem in sodelavcem strnemo v nekaj osnovnih nasvetov:

- bodite odprti in dopuščajte možnost različnosti;
- paciente\_ke obravnavajte spoštljivo, četudi se z njimi ne strinjate;
- ne uporabljajte seksistične komunikacije;
- uporabljajte nevtralne zaimke in način govora;
- ne predvidevajte, da so vsi\_e pacienti\_ke heteroseksualni\_e;

- ne kategorizirajte posameznikov\_c na podlagi njihovega biološkega spola;
- če vam pacient\_ka razkrije svojo različno spolno usmerjenost mu\_ji dajte jasno vedeti, da ste informacijo sprejeli, da jo boste varovali in uporabili, če bo to potrebno; vprašajte tudi, ali bi se v zvezi s tem želel\_a kaj pogovoriti;
- če vam pacient\_ka razkrije svojo različno spolno identiteto, mu\_ji dajte jasno vedeti, da ste informacijo sprejeli, da jo boste varovali in uporabili, če bo to potrebno; vprašajte po zaimku, s katerim pacient\_ka želi biti naslavljan\_a, vprašajte tudi, ali bi se v zvezi s tem želel\_a kaj pogovoriti.

### Omejitve raziskave

Magistrska raziskava ima številne omejitve, ki izhajajo iz uporabljene metodologije: vzorec respondentov je majhen, rezultatov ne moremo posplošiti, podatkovne saturacije večinoma nismo zaznali, kar nakazuje na izredno kompleksnost posameznikovih izkušenj (zasičenost odgovorov smo zaznali le pri kategoriji *Dobre izkušnje z zdravstvenimi delavci* pri populaciji istospolno usmerjenih respondentov moškega spola (geji), ki sicer prevladuje v našem vzorcu). Poleg tega, da v vzorcu prevladujejo respondenti moškega biološkega spola, ki so istospolno usmerjeni, je vzorec tudi z vidika starosti respondentov mlad. Kljub temu lahko trdimo, da je vzorec heterogen – glede na ocenjeno zastopanost posameznih spolnih identitet v proučevani populaciji vzorec zajema dober izbor respondentov z različnimi spolnimi identitetami.

Raziskava lahko služi kot uvod za poglobljeno raziskovanje področja – za boljši vpogled v stanje v Sloveniji bi bilo vsekakor potrebno izvesti večjo raziskavo z uporabo mešanih metod – fokusne skupine ter kvantitativno preverjanje na večjem vzorcu LGBT populacije, ki bi bila podprta s strani nevladnih organizacij s tega področja.

## 4 ZAKLJUČEK

Spolna usmerjenost in spolna identiteta sta determinanti, ki pomembno vplivata na vsakdanje življenje posameznikov, ki odstopajo od heteronormativnosti, na njihovo zdravje, posledično pa tudi na izkušnje z zdravstvenimi delavci. Spolna usmerjenost in spolna identiteta sta osebni okoliščini, ki ne smeta negativno vplivati na kakovost zdravstvene obravnave, hkrati pa zaradi specifičnih vplivov zahtevata prilagojeno, kulturno kompetentno zdravstveno obravnavo.

Raziskava pokaže, da je tudi slovenski zdravstveni sistem, tako kot sodobna slovenska družba, izrazito heteronormativen. Istospolno usmerjeni posamezniki so s strani zdravstvenih delavcev in sodelavcev sicer največkrat obravnavani profesionalno in korektno: naša raziskava ne odkriva primerov diskriminacije (z izjemo primera sistemske diskriminacije), niti nasilja s strani zdravstvenih delavcev ali sodelavcev, čeprav so izkušnje in posledično odnosi občasno heteroseksistični. Homofobija zdravstvenih delavcev se torej v Sloveniji kaže predvsem skozi heteroseksizem. Na drugi strani pa prihaja pri obravnavi transspolnih in nebinarnih posameznikov ne samo do kulturno neprilagojene zdravstvene obravnave temveč tudi do diskriminacije in patologizacije.

Zdravstveni delavci in sodelavci, ki jih sicer zavezujejo etični kodeksi in zakonski predpisi, se pri opravljanju svojega poklica neprestano gibljejo na meji nevarnosti, da bodo zaradi internalizirane heteronormativnosti zavestno ali nezavedno pripadnike spolnih manjšin obravnavali neprimerno, kulturno nekompetentno; od koder pa je le še korak do diskriminacije – še posebej, če zdravstveni delavci in sodelavci ne preizprašujejo svojih stališč, stereotipov in predsodkov. Posamezni primeri dobre prakse dokazujejo, da se sistem kot celota sicer počasi, pa vendarle giblje v smer liberalizacije. Izobraževanje zdravstvenih delavcev iz kulturno kompetentne zdravstvene obravnave LGBT posameznikov vidimo kot ključen korak za doseg enakopravne in profesionalne obravnave te skupine uporabnikov zdravstvenih storitev.

## 5 LITERATURA

Alexander, G.R., 2008. Cultural Competence Models in Nursing. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 20(4), pp. 415-421.

Ball, J., Bindler, R., Cowen, K. & Shaw, M., 2017. Growth and Development. In: J. Ball, R. Bindler, K. Cowen & M. Shaw, eds. *Principles of Pediatric Nursing: Caring for Children*. 7th ed.. Hoboken, New Jersey: Pearson Education, pp. 66-97.

Bibič, Š., Lemaić, V., Oblak, T., Pirih, T. & Topolovec, M., eds., 2011. *LGBTQ slovar: slovar lezbičnih, gejevskih, biseksualnih, transspolnih, transseksualnih in queer besed*. Ljubljana: Kulturni center Q (klub Tiffany), Društvo ŠKUC, pp. 12, 21, 25, 31, 43, 47, 51-52.

Bock, P.K., 2013. *Razmisleki o psihološki antropologiji: stalnost in spremembe v proučevanju človeškega vedenja*. Maribor: Založba Aristej, pp. 160-164.

Braungart, M.M. & Braungart, R.G., 2015. Educational and Learning Theories. In: J. B. Butts & K. L. Rich, eds. *Philosophies and Theories for Advanced Nursing Practice*. 2nd ed.. Burlington: Jones & Bartlett Learning, pp. 195-234.

Braveman, P., 2014. What Are Health Disparities and Health Equity? We Need to Be Clear. *Public Health Reports*, 129(supplement 2), pp. 5-8.

Brinkmann, S. & Kvale, S., 2015. *Interviews: learning the craft of qualitative research interviewing*. 3rd ed.. Thousand Oaks: Sage Publications, pp. 125-229.

Buxton, B.K., 2011. Phenomenology as Method. In: H.J. Streubert & D.R. Carpenter, eds. *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. 5th ed.. Philadelphia: Wolters Kluwer; Lippincott Williams & Wilkins, pp. 72-96.

Buzeti, T., Gabrijelčič Blenkuš, M., Gruntar Činč, M., Ivanuša, M., Pečar, J., Tomšič, S., Truden Dobrin, P. & Vrabič Kek, B., eds., 2011. *Neenakosti v zdravju v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 13-15.

Bürger Lazar, M. & Kodrič, J., 2014. Psihološki vidiki otroštva in mladostništva. In: C. Kržišnik, ed. *Pediatrija*. Ljubljana: DZS, pp. 53-66.

Byron-Smith, G., 1993. Homophobia and attitudes toward gay men and lesbians by psychiatric nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7(6), pp. 377-384.

Cai, D-Y., 2016. A concept analysis of cultural competence. *International Journal of Nursing Sciences*, 3(3), pp. 268-273.

Campinha-Bacote, J., 2002. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), pp. 181-184.

Charlton, B.M., Gordon, A.R., Reisner, S.L., Sarda, V., Samnaliev, M. & Austin, S.B., 2018. Sexual orientation-related disparities in employment, health insurance, healthcare access and health-related quality of life: a cohort study of US male and female adolescents and young adults. *BMJ Open*, 1(1), pp. 1-9.

Clarke, S., 2017. Cultural Congruent Care: A Reflection on Patient Outcome. *Journal of Healthcare Communications*, 2(4), pp. 1-3.

Connell, R., 2012. *Moškosti*. Ljubljana: Krtina, pp. 39-43, 67-72, 118-120.

Daley, A.E. & MacDonnell, J.A., 2011. Gender, sexuality and the discursive representation of access and equity in health services literature: implications for LGBT communities. *International Journal for Equity in Health*, 10(40), pp. 1-10.

Davy, Z. & Siriwardena, N., 2012. To be or not to be LGBT in primary health care: health care for lesbian, gay, bisexual, and transgender people. *British Journal of General Practice*, 62(602), pp. 491-492.

Dente, C., 2013. Cultural Considerations When Working With Patients With a Sexual Orientation That Differs From One's Own. In: G. Kersey-Matusiak, ed. *Delivering Culturally Competent Nursing Care*. New York: Springer Publishing Company, LLC, pp. 157-196.

Duffy, M., 2011. Lesbian Women's Experience of Coming Out in an Irish Hospital Setting: A Hermeneutic Phenomenological Approach. *Sexuality Research and Social Policy*, 8(4), pp. 335-347.

Dunjić-Kostić, B., Pantović, M., Vuković, V., Randjelović, D., Totić-Poznanović, S. & Damjanović, A., 2012. Knowledge: a possible tool in shaping medical professionals' attitudes towards homosexuality. *Psychiatria Danubina*, 24(2), pp. 143-151.

Durso, L.E. & Meyer, I.H., 2013. Patterns and Predictors of Disclosure of Sexual Orientation to Healthcare Providers Among Lesbians, Gay Men, and Bisexuals. *Sexuality Research and Social Policy*, 10(1), pp. 35-42.

Eady, A., Dobinson, C. & Ross, L.E., 2011. Bisexual People's Experiences with Mental Health Services: A Qualitative Investigation. *Community Mental Health Journal*, 47(4), pp. 378-389.

Earle, S., 2016. What is Sociology? In: E. Denny, S. Earle & A. Hewison, eds. *Sociology for Nurses*. 3rd Ed.. Cambridge: Polity Press, pp. 7-29.

Edwards, K., 2012. The Healthcare Needs of Gay and Lesbian Patients. In: E. Kuhlmann & E. Annandale, eds. *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare*. 2nd ed.. Basingstoke: Palgrave Macmillan, pp. 290-305.

Eliason, M.J. & Schope, R., 2010. Shifting Sands or Solid Foundation? Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Identity Formation. In: I.H. Meyer & M.E. Northridge, eds. *The Health of Sexual Minorities: Public Health Perspectives on Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Populations*. New York: Springer Science + Business Media, pp. 3-26.

Elliott, M.N., Kanouse, D.E., Burkhart, Q., Abel, G.A., Lyratzopoulos, G., Beckett, M.K., Schuster, M.A. & Roland, M., 2014. Sexual Minorities in England Have Poorer Health and Worse Health Care Experiences: A National Survey. *Journal of General Internal Medicine*, 30(1), pp. 9-16.

Eriksen, T.H., 2012. *Majhni kraji, velike teme*. Maribor: Aristej, pp. 12-13, 131, 152-171.

Esterberg, K.G., 2011. The bisexual menace revisited. Or, shaking up social categories is hard to do. In: S. Seidman, N. Fischer & C. Meeks, eds. *Introducing the New Sexuality Studies*. 2nd ed.. Abingdon: Routledge, pp. 278-284.

Fausto-Sterling, A., 2014. *Biološki/družbeni spol: biologija v družbi*. Ljubljana: Krtina, pp. 15-19, 57-83, 85-100.

Flick, U., 2018. *An Introduction to Qualitative research*. 6<sup>th</sup> ed.. Los Angeles: SAGE Publications, pp. 473-492.

Foucault, M., 2010. *Zgodovina seksualnosti*. Ljubljana: ŠKUC, pp. 38-50.

Fredriksen-Goldsen, K.I., Simoni, J.M., Kim, H.J., Lehavot, K., Walters, K.L., Yang, J., Hoy-Ellis, C.P. & Muraco, A., 2014. The Health Equity Promotion Model: Reconceptualization of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) health disparities. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(6), pp. 653-663.

Gates, G.J., 2011. *How many people are lesbian, gay, bisexual, and transgender?* Los Angeles: The Williams Institute.



Giddens, A. & Sutton, P.W., 2013. Gender and Sexuality. In: A. Giddens & P.W. Sutton, eds. *Sociology*. 7th ed. Cambridge: Polity Press, pp. 621-670.

Giger, J.N. & Davidhizar, R.E., 2008. *Transcultural Nursing: Assessment & intervention*. 4<sup>th</sup> ed.. St. Louis: Mosby.

GLAAD, 2017. *Accelerating Acceptance: a Harris Poll survey of American's acceptance of LGBTQ people*. s.l. : s.n., pp. 3-4.

Goffman, E., 2008. *Stigma: zapiski o upravljanju poškodovane identitete*. Maribor: Aristej, pp. 11-24, 35, 68-71.

Halbwachs, H.K., 2016. Predgovor. In: U. Lipovec Čebren, ed. *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 7-8.

Hankivsky, O. & Christoffersen, A., 2008. Intersectionality and the determinants of health: a Canadian perspective. *Critical Public Health*, 18(3), pp. 271-283.

Harrison, A.E., 1998. Primary care of lesbian and gay patients: educating ourselves and our students. *Family Medicine*, 28(1), pp. 10-23.

Hatzenbuehler, M.L., 2014. Structural Stigma and the Health of Lesbian, Gay, and Bisexual Populations. *Current Directions in Psychological Science*, 23(2), pp. 127-132.

Hatzenbuehler, M.L. & Pachankis, J.E., 2016. Stigma and Minority Stress as Social Determinants of Health Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth: Research Evidence and Clinical Implications. *Pediatric Clinics of North America*, 63(6), pp. 1-13.

Helman, C.G., 2007. Gender and Reproduction. In: C.G. Helman. *Culture, Health and Illness*. 5th ed.. Boca Raton: CRC Press, pp. 156-184.

Hirsch, O., Loltgen, K. & Becker, A., 2016. Lesbian womens' access to healthcare, experiences with and expectations towards GPs in German primary care. *BMC Family Practice*, 17(162), pp. 1-9.

Hoffkling, A., Obedin-Maliver, J. & Sevelius, J., 2017. From erasure to opportunity: a qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(332), pp. 7-20.

Hoyt, M.A., Frost, D.M., Cohn, E., Millar, B.M., Diefenbach, M.A. & Revenson, T.A., 2017. Gay men's experiences with prostate cancer: Implications for future research. *Journal of Health Psychology*, 22(7), pp. 1-13.

Hunter, L.A., McGovern, A. & Sutherland, C., eds., 2018. *Intersecting Injustice: A National Call to Action. Addressing LGBTQ Poverty and Economic Justice for All*. New York: Social Justice Sexuality Project Graduate Center, City University of New York, pp. 13-18.

Ingraham, C., 2011. One is not born a bride: how weddings regulate heterosexuality. In: S. Seidman, N. Fischer & C. Meeks, eds. *Introducing the New Sexuality Studies*. 2nd ed.. Abingdon: Routledge, pp. 303-307.

Jelenc, A., Keršič Svetel, M. & Lipovec Čebren, U., 2016. Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba. In: U. Lipovec Čebren, ed. *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 11-28.

Jones, M. & Daykin, N., 2015. Sociology and health. In: J. Naidoo & J. Wills, eds. *Health Studies: an Introduction*. 3rd ed.. London: Palgrave, pp. 155-195.

Jowett, A. & Peel, E., 2009. Chronic Illness in Non-heterosexual Contexts: An Online Survey of Experiences. *Feminism & Psychology*, 19(4), pp. 454-474.

Kamen, C.S., Smith-Stoner, M., Heckler, C.E., Flannery, M. & Margolies, L., 2015. Social Support, Self-Rated Health, and Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Identity Disclosure to Cancer Care Providers. *Oncology Nursing Forum*, 42(1), pp. 44-51.

Katz, A., 2009. Gay and Lesbian Patients With Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 36(2), pp. 203-207.

*Kazenski zakonik (KZ-1) z novelo KZ-1C*, 2015. Ljubljana: GV Založba, p. 111.

Kersey-Matusiak, G., 2013. Defining Cultural Competency. In: G. Kersey-Matusiak, ed. *Delivering Culturally Competent Nursing Care*. New York: Springer Publishing Company, pp. 1-19.

Keuroghlian, A.S., Ard, K.L. & Makadon, H.J., 2017. Advancing health equity for lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) people through sexual health education and LGBT-affirming health care environments. *Sexual Health*, 14(1), pp. 119-122.

Klančar, T., Hodnik, T. & Topolinjak, S., eds., 2013. *Mavrična Ljubljana*. Ljubljana: Mestna občina, Oddelek za zdravje in socialno varstvo, pp. 22, 62-68.

Kleinman, A. & Benson, P., 2006. Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix it. *PLoS Medicine*, 10(3), pp. 1673-1676.

Kovačič, T., 2012. Biti aseksualen v heteronormativni seksualizirani družbi. *Etnolog*, 22(1), pp. 111-127.

Krnel, T.T., 2014. *Odnos medicinskih sester do istospolno usmerjenih pacientov: diplomsko delo*. Izola: Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, p. 20.

Krnel, T.T., 2016. Homofobija v zdravstvu. *Narobe. Revija, kjer je vse prav*, 8(31/32), pp. 18-19.

Krnel, T.T., 2020. *Ustvarjanje varnega prostora v srednji šoli za istospolno usmerjene dijakinje in dijake: seminarska naloga*. Koper: Univerza na Primorskem, Pedagoška fakulteta, p. 3.

Krnel, T.T., Babnik, K. & Štemberger Kolnik, T., 2015. Zdravstvena nega v luči obravnave istospolno usmerjenega pacienta. In: B.M. Kaučič, A. Presker Planko, D. Plank & K. Esih, eds. *7. študentska konferenca zdravstvenih ved Prihodnost in razvoj zdravstvenih ved temelji na raziskovanju študentov: zbornik prispevkov z recenzijo*. Celje: Visoka zdravstvena šola, pp. 380-388.

Krnel, T.T. & Skela Savič, B., 2017. Izkušnje istospolno usmerjenih z zdravstvom. In: B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *10. mednarodna znanstvena konferenca Kontinuiran razvoj zdravstvene nege v družbi in njen prispevek k promociji zdravja: zbornik predavanj z recenzijo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, pp. 392-398.

Krnel, T.T. & Skela Savič, B., 2020. *Experiences of individuals with various sexual orientation with healthcare professionals: integrative literature review* [interno gradivo]. Postojna: Tilen Tej Krnel.

Kuhar, R., 2009. *Na križiščih diskriminacije: večplastna in intersekcijska diskriminacija*. Ljubljana: Mirovni inštitut, pp. 13-15, 78-86.

Kuhar, R., 2010. *Intimno državljanstvo*. Ljubljana: Škuc, pp. 7-8, 14-59.

Kuhar, R., 2013. Prekleti pedri. In: T. Klančar, T. Hodnik & S. Topolinjak, eds. *Mavrična Ljubljana*. Ljubljana: Mestna občina, Oddelek za zdravje in socialno varstvo, pp. 8-13.

Kuhar, R., Kogovšek Šalamon, N., Humer, Ž. & Maljevac, S., 2011. *Obrazi homofobije*. Ljubljana: Mirovni inštitut, pp. 18-31, 58-61.

Kuhar, R., Maljevac, S., Koletnik, A. & Magić, J., 2008. *Vsakdanje življenje istospolno usmerjenih mladih v Sloveniji: raziskovalno poročilo*. Ljubljana: Legebitra.

Kuhar, R. & Šori, I., 2017. *Prizadevanja za enakost: okviri homofobije v Sloveniji: priročnik*. Ljubljana: Znanstvena Založba Filozofske fakultete, p. 9.

Kurdija, S., Hafner Fink, M., Stanojević, M., Malnar, B., Toš, N., Podnar, K., Uhan, S., Mueller, K.H., Mihelj, V., Bernik, I., Broder, Ž., Doušak M., Falle Zorman, R., Vovk, T. & Zajšek, Š., 2016. Slovensko javno mnenje 2016/1: Raziskava o odnosu delo-družina; stališča Slovencev o družinski problematiki in potrebah družin; Raziskava stališč o cepljenju; ogledalo javnega mnenja, SJM 2016/1. In: N. Toš, ed. *Vrednote v prehodu X. Slovensko javno mnenje 2010-2016*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, IDV, CJMMK; Wien: Echoraum, pp. 447-506.

Law, M., Mathai, A., Veinot, P., Webster, F. & Mylopoulos, M., 2015. Exploring lesbian, gay, bisexual, and queer (LGBQ) people's experiences with disclosure of sexual identity to primary care physicians: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 16(175), pp. 1-8.

Leininger, M., 2002. Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), pp. 189-192.

Lemery, R.L., 2008. *Development and Validation of the Internalized Sexual Prejudice Scale*. Minneapolis: Walden University, p. 24.

Lick, D.J., Durso, L.E. & Johnson, K.L., 2013. Minority Stress and Physical Health Among Sexual Minorities. *Perspectives on Psychological Science*, 8(5), pp. 521-548.

Lim, F., Paguirigan, M. & Cernivani, D., 2018. Delivering LGBTQ-sensitive care. *Nursing Critical Care*, 13(4), pp. 14-19.

Logie, C., 2012. The Case for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health to Address Sexual Orientation. *American Journal of Public Health*, 102(7), pp. 1243-1246.

Lyons, T., Shannon, K., Pierre, L., Small, W., Krüsi, A. & Kerr, T., 2015. A qualitative study of transgender individuals' experiences in residential addiction treatment settings: stigma and inclusivity. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 10(17), pp. 1-6.

Macionis, J.J. & Plummer, K., 2012a. Micro-Sociology: The social construction of everyday life. In: J.J. Macionis & K. Plummer, eds. *Sociology: a global introduction*. 5th ed.. Harlow: Pearson Education Limited, pp. 206-236.

Macionis, J.J. & Plummer, K., 2012b. The Gender Order and Sexualities. In: J.J. Macionis & K. Plummer, eds. *Sociology: a global introduction*. 5th ed.. Harlow: Pearson Education Limited, pp. 388-425.

Maljevac, S. & Magić, J., 2009. Pedri raus!: homofobično nasilje v šolah. *Sodobna pedagogika*, (4), pp. 90-104.

Margolies, L. & Brown, C.G., 2019. Increasing cultural competence with LGBTQ patients. *Nursing*, 49(6), pp. 34-40.

Marques, A.M., Nogueira, C. & Oliveira, J.M. de., 2015. Lesbians on Medical Encounters: Tales of Heteronormativity, Deception, and Expectations. *Health Care for Women International*, 36(9), pp. 988-1006.

Matua, G.A., 2015. Choosing phenomenology as a guiding philosophy for nursing research. *Nurse Researcher*, 22(4), pp. 30-34.

McNeil, J., Bailey, L., Ellis, S., Morton, J. & Regan, M., 2012. *Trans Mental Health and Emotional Wellbeing Study*. Edinburgh: Scottish Transgender Alliance.

Meleis, A.I., 2018. *Theoretical Nursing: development and progress*. Philadelphia: Wolters Kluwer, p. 97.

Mesec, B., 1998. *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo, pp. 68-74.

Monterrubio, C., 2018. Tourism and male homosexual identities: directions for sociocultural research. *Tourism Review*, 73(1), pp. 1-12.

Morrison, S. & Dinkel, S., 2012. Heterosexism and Health Care: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 47(2), pp. 123-130.

Müller, A., 2017. Scrambling for access: availability, accessibility, acceptability and quality of healthcare for lesbian, gay, bisexual and transgender people in South Africa. *BMC International Health and Human Rights*, 17(16), pp. 1-10.

Nhamo-Murire, M. & Macleod, C.I., 2017. Lesbian, gay, and bisexual (LGB) people's experiences of nursing health care: An emancipatory nursing practice integrative review. *International Journal of Nursing Practice*, 2017(1), pp. 1-10.

Pega, F. & Veale, J.F., 2015. The Case for the World Health Organization's Commission on Social Determinants of Health to Address Gender Identity. *American Journal of Public Health*, 105(3), pp. 58-62.

Perger, N., Muršec, S. & Štefanec, V., 2018. *Vsakdanje življenje mladih LGBTIQ+ oseb v Sloveniji, ali : »To, da imam svoje jebene pravice!«: raziskovalno poročilo*. Ljubljana: Društvo Parada ponosa, pp. 17-18, 25, 31.

Pevc Grm, S., Ermenc, K.S., Mali, D., Hvala Kamenšček, P., Slivar, B., Pogačnik, Š. & Kovač, M., 2006. *Kurikul na nacionalni in šolski ravni v poklicnem in strokovnem izobraževanju: metodološki priročnik*. Ljubljana: CPI, Center za poklicno izobraževanje, pp. 9-14.

Polit, D.F. & Beck, C.T., 2018. *Essentials of Nursing Research: appraising Evidence for Nursing Practice*. 9th ed.. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, pp. 198-208, 294-305.

Purnell, L., 2015. Models and Theories Focused on Culture. In: J.B. Butts & K.L. Rich, eds. *Philosophies and Theories for Advanced Nursing Practice*. 2nd ed.. Burlington: Jones & Bartlett Learning, pp. 517-557.

Richardson, B., 2009. Same-Sex Attraction: A Model to Aid Nurses' Understanding. *Paediatric Nursing*, 21(10), pp. 18-22.

Riggs, D.W., Coleman, K. & Due, C., 2014. Healthcare experiences of gender diverse Australians: a mixed-methods, self-report survey. *BMC Public Health*, 14(230), pp. 1-5.

Robida, A., 2009. *Pot do odlične zdravstvene prakse: vodnik za izboljševanje kakovosti in presojo lastne zdravstvene prakse*. Ljubljana: Planet GV, pp. 71-72.

Rondahl, G., Innala, S. & Carlsson, M., 2004. Nurses' attitudes towards lesbians and gay men. *Journal of Advanced Nursing*, 47(4), pp. 386-392.

Rondahl, G., 2009. Lesbians' and gay men's narratives about attitudes in nursing. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(1), pp. 146-152.

Seidman, S., 2011. Theoretical perspectives. In: S. Seidman, N. Fischer & C. Meeks, eds. *Introducing the New Sexuality Studies*. 2nd ed.. Abingdon: Routledge, pp. 3-12.

Simčič, B., ed., 2010. *Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010-2015)*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, pp. 7-10.

Slovensko zdravniško društvo, 2016. *Kodeks zdravniške etike*. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, p. 1.



Snyder, B.K., Burack, G.D. & Petrova, A., 2016. LGBTQ Youth's Perceptions of Primary Care. *Clinical Pediatrics*, 56(5), pp. 443-450.

Sočan, M., 2013. *Javno zdravje: visokošolski učbenik za študijski program Zdravstvena nega*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 17-24, 37, 143.

Stewart, K. & O'Reilly, P., 2017. Exploring the attitudes, knowledge and beliefs of nurses and midwives of the healthcare needs of the LGBTQ population: An integrative review. *Nurse Education Today*, 53(1), pp. 67-77.

Sullivan, A., 2008. *Domala normalen: argument o homoseksualnosti*. Ljubljana: Krtina, p. 118.

Švab, A., 2018. Vsakdanje življenje gejev in lezbijk v Sloveniji. In: M. Ule, T. Kamin & A. Švab, eds. *Zasebno je politično: kritične teorije vsakdanjega življenja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Založba FDV: Komisija za ženske v znanosti pri Ministrstvu za izobraževanje, znanost in šport RS, pp. 232-243.

Švab, A. & Kuhar, R., 2005. *Neznosno udobje zasebnosti: vsakdanje življenje gejev in lezbijk*. Ljubljana: Mirovni inštitut, Inštitut za sodobne družbene in politične študije, pp. 65-72, 87-96, 111-124.

Toš, N., Rus, V., Miheljak, V., Malnar, B., Kurdija, S., Uhan, S., Hafner-Fink, M., Falle, R., Broder, Ž., Vovk, T. & Zajšek, Š., 2012. Evropska raziskava vrednot/ Svetovna raziskava vrednot v Sloveniji 1992-2011 – medčasovne primerjave rezultatov šestih meritev. In: N. Toš, ed. *Vrednote v prehodu VI.: Slovenija v mednarodnih primerjavah 1992-2011*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, CJMMK, pp. 69-116.

Tratnik, S. 2013. *Konec strpnosti: zbrani spisi*. Ljubljana: Škuc, pp. 109-138.

Ule, M., 2008. *Za vedno mladi? Socialna psihologija odraščanja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, pp. 57-62, 106.

Ule, M., 2009a. *Socialna psihologija: analitični pristop k življenju v družbi*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Založba FDV, pp. 185-190, 230-238.

Ule, M., 2009b. *Spregledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor: Aristej, pp. 81-84.

*Ustava Republike Slovenije*, 2013. Ljubljana: GV Založba, p. 23.

VandenLangenberg, E., McCarthy Veach, P., LeRoy, B.S. & Glessner, H.D., 2012. Gay, Lesbian, and Bisexual Patients' Recommendations for Genetic Counselors: A Qualitative Investigation. *Journal of Genetic Counseling*, 21(5), pp. 741-747.

Victor, C.J. & Nel, J.A., 2016. Lesbian, gay, and bisexual clients' experience with counselling and psychotherapy in South Africa: implications for affirmative practice. *South African Journal of Psychology*, 46(3), pp. 351-363.

Vogrinc, J., 2008. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta, pp. 61-66.

Vovk, T., 2017. *Multikulturne kompetence medicinskih sester: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, pp. 5-7.

Westerbotn, M., Blomberg, T., Renström, E., Saffo, N., Schmidt, L., Jansson, B. & Aanesen, A., 2017. Transgender people in Swedish healthcare: The experience of being met with ignorance. *Nordic Journal of Nursing Research*, 37(4), pp. 194-200.

White, K., 2013. Health, Gender and Feminism. In: K. White, ed. *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*. 2nd ed.. London: SAGE Publications Ltd, pp. 132-154.

White Hughto, J.M., Reisner, S.L. & Pachankis, J.E., 2015. Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social Science & Medicine*, 147(1), pp. 222-231.

Whittemore, R. & Knafl, K., 2005. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), pp. 546-553.

*Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP)*, 2008. Ljubljana: Založba Uradni list Republike Slovenije, p. 16.

*Zakon o varstvu pred diskriminacijo (ZVarD)*, 2016. Uradni list Republike Slovenije št. 33/16.

Zaletel-Kragelj, L., Eržen, I. & Premik, M., 2011. *Uvod v javno zdravje*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, pp. 1-12, 42-49, 59-64, 70-78, 83-103.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2014. *Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije in Kodeks etike za babice Slovenije*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 4, 13.

Združenje fizioterapevtov Slovenije, 2017. Kodeks etike fizioterapevtov. *Fizioterapija*, 25(1), pp. 75-78.

Zupančič, M., 2009. Razvoj identitete in poklicno odločanje v mladostništvu. In: L. Marjanovič Umek & M. Zupančič, eds. *Razvojna psihologija*. Ljubljana: Znanstvenoraziskovalni inštitut Filozofske fakultete, pp. 571-588.

## 6 PRILOGE

### 6.1 INSTRUMENT RAZISKAVE

Demografski podatki respondenta: \_\_\_\_\_ (vzdevek)

Datum: \_\_\_\_\_

- ob rojstvu pripisan spol: \_\_\_\_\_
- trenutna spolna identiteta: \_\_\_\_\_
- spolna usmerjenost: \_\_\_\_\_
- rojstni kraj (manjše mesto, večje mesto);      starost (v letih): \_\_\_\_\_
- trenutni kraj bivanja (manjše mesto, večje mesto, podeželje);
- zaposlitveni status (študent, zaposlen, nezaposlen, upokojen);
- samoocena zdravstvenega stanja (1 – zelo slabo 2 3 4 5 6 7 8 9 10 – odlično);
- ali ste v zadnjem letu kdaj obiskali svojega splošnega zdravnika?
- ali ste bili kadarkoli v življenju hospitalizirani?

Lokacija intervjuja: \_\_\_\_\_

Usmerjevalna vprašanja:

- Ali lahko opišete kakšno svojo izkušnjo z zdravstvenimi delavci?
- Kako odprti ste lahko glede svoje spolne usmerjenosti/spolne identitete z zdravstvenimi delavci?
  - o Ali lahko opišete kakšno interakcijo z zdravstvenimi delavci, pri kateri je bila razkrita vaša spolna usmerjenost/identiteta?
    - Kdo je bil pobudnik razkritja?
    - So vas glede tega vprašali?
    - Zakaj ste se razkrili?
    - Kako je razkritje vplivalo na odnos?
    - Kako je razkritje vplivalo na vaše zdravje?
  - o Ali lahko opišete kakšno interakcijo z zdravstvenimi delavci, pri kateri vaša spolna usmerjenost/identiteta ni bila razkrita?
    - Kako to, da se niste razkrili?
    - Kaj bi vam pomagalo, da bi se razkrili?
    - Kako je nerazkritje vplivalo na odnos?
    - Kako je nerazkritje vplivalo na vaše zdravje?
- Kako bi ocenili pripravljenost zdravstvenih delavcev na pogovor o LGBT temah?

Trajanje intervjuja: \_\_\_\_\_

## 6.2 SOGLASJE ETIČNE KOMISIJE



REPUBLIKA SLOVENIJA  
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko

**Tilen Tej Krnel, dipl. zn.**  
Univerzitetni klinični center Ljubljana  
Pediatrska klinika  
KO za neonatologijo  
tilen.krnel@gmail.com

Številka: 0120-37/2019/3  
Datum: 13. maj 2019

**Zadeva: Ocena etičnosti predložene raziskave**

Spoštovani gospod Tilen Tej Krnel, dipl. zn.

Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko (KME) je dne 23. 1. 2019 (datirano z datumom 5. 11. 2018) od vas prejela vlogo za oceno etičnosti raziskave z naslovom »Izkušnje posameznikov, ki odstopajo od heteronormativnosti z zdravstvenimi delavci in sodelavci«.

Raziskava bo potekala za namen vaše magistrske naloge pod mentorstvom izr. prof. dr. Brigite Skele Savič, znan. svet. na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin, Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice.

KME je na seji 19. februarja 2019<sup>1</sup> obravnavala vašo vlogo za raziskavo in ugotovila, da je vloga popolna ter ocenila, da je raziskava etično sprejemljiva. S tem vam za njeno izvedbo izdaja svoje soglasje.

P.S.: Pri morebitnih nadaljnjih dopisih v zvezi z raziskavo se obvezno sklicujte na številko tega dopisa.

S spoštovanjem,

Prpravila:  
Maja Žejn

dr. Božidar Voljč, dr. med.,  
predsednik KME

<sup>1</sup> Seznam članov KME, ki so odločili o vlogi, in izjava, da KME deluje v skladu z zadevnimi zakoni in priporočili, sta na voljo na spletni strani KME (zavihek "Meni", rubrika "Seje").

### 6.3 POJASNILA O RAZISKAVI ZA RESPONDENTE

Lepo pozdravljen\_a!

Moje ime je Tilen Tej Krnel. Sem diplomirani zdravstvenik, zaposlen v UKC Ljubljana. Zaključujem podiplomski študij zdravstvene nege. S tabo bi se rad srečal v živo, da se pogovoriva o zdravju. Zdravstvena nega se kot veda ukvarja tudi z zdravjem, predvsem pa jo zanimajo posamezniki, saj je njena naloga znotraj zdravstvenega sistema pomoč posameznikom. Da pa bi lahko čim bolj učinkovito nudili podporo uporabnikom zdravstvenih storitev, me zanimajo tvoje osebne izkušnje z zdravstvenimi delavci in sodelavci, predvsem z vidika tvoje spolne identitete/usmerjenosti. Zanimajo me tvoje izkušnje s tvojim osebnim splošnim zdravnikom\_co, izkušnje, če si bil\_a kdaj hospitaliziran\_a v bolnišnici ali si kdaj obiskal\_a kakšno specialistično ambulanto v bolnišnici, na kliniki ali v zdravstvenem domu, štejejo tudi izkušnje pri zasebnikih. Pogovor bo trajal toliko časa, kolikor boš sam\_a želel\_a in se bo snemal. Pogovor boš lahko kadarkoli zapustil\_a ali prekinil\_a, če ti bo neprijetno ali se o čemerkoli ne boš želel\_a pogovarjati. Prosim te samo, da se izogibaš osebnih podatkov. Po zaključku srečanja bo posnetek pretipkan in uničen. Sodelovanje v pogovoru je prostovoljno, zagotovljena ti bo največja možna mera anonimnosti in zaupnosti. Prepis pogovora bo analiziran s pomočjo kvalitativnih raziskovalnih metod, rezultati analize pa bodo uporabljeni izključno za namene izdelave magistrske naloge in izvirnega znanstvenega članka, ki bo objavljen v strokovni reviji za zdravstveno nego.

Za tvojo pripravljenost na sodelovanje se ti iskreno in najlepše zahvaljujem.

**6.4 IZJAVA O ZAVESTNI IN SVOBODNI PRIVOLITVI V RAZISKAVO**

Spodaj podpisani/-a \_\_\_\_\_,

rojen/-a \_\_\_\_\_, izjavljam,

da v raziskavo »Izkušnje posameznikov, ki odstopajo od heteronormativnosti z zdravstvenimi delavci in sodelavci« zavestno in svobodno privolim.

Seznanjen/-a sem in razumem:

- namen raziskave;
- da je udeležba v raziskavi prostovoljna;
- da se bo raziskava snemala in v to izrecno privolim;
- da bo posnetek raziskave prepisan in uničen;
- da lahko od raziskave kadarkoli odstopim brez pojasnila in posledic;
- da za udeležbo v raziskavi ne bom prejel/-a plačila;
- da bodo pridobljeni podatki uporabljeni izključno za namene magistrskega dela ter objavljeni tudi kot izvorni znanstveni članek.

Kraj in datum: \_\_\_\_\_

Podpis respondenta: \_\_\_\_\_

