

## Jak rozmawiać o problemach seksualnych? Rozmowa z ofiarą przemocy

### Rozmowa z ofiarą przemocy

---

Wstępem do rozmowy z ofiarą przemocy, dzieckiem czy osobą dorosłą jest zdefiniowanie przemocy domowej. Kolejną kwestią jest uznanie, że każda osoba doznająca przemocy w rodzinie jest odrębną jednostką, niepowtarzalną, nie ma więc jednego wzorca zadawania pytań i prowadzenia rozmowy z ofiarą przemocy.

#### ■ Zdefiniowanie przemocy domowej (*domestic violence*), przemocy w rodzinie (*family violence*)

Przemoc w rodzinie została zdefiniowana w ustawie o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie z 2005 roku z późniejszymi zmianami. Zgodnie z zapisem „przez przemoc domową należy rozumieć jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie naruszające prawa lub dobra osobiste członków rodziny, w szczególności narażające te osoby na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia, naruszające ich godność, netykalność cielesną, wolność, w tym seksualną, powodujące szkody na ich zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także wywołujące cierpienia i krzywdy moralne u osób dotkniętych przemocą”. Zdecydowanie częściej przemoc stosowana jest w odniesieniu do osób słabszych – dzieci, osób starszych, kobiet, osób chorych. W art. 3 ustawy wskazano, że osobie dotkniętej przemocą w rodzinie udziela się pomocy, w szczególności w for-

mie poradnictwa medycznego, psychologicznego, prawnego i socjalnego. Wyróżnione zostały cztery kategorie krzywdzenia: krzywdzenie fizyczne, nadużycie seksualne, krzywdzenie emocjonalne i zaniedbanie, czyli zaniechanie obowiązku sprawowania opieki (nad dzieckiem, chorym członkiem rodziny, osobą w wieku podeszłym) [Margolis, 2000]. Przemoc ekonomiczna została uznana również jako forma przemocy.

### ■ Zdefiniowanie przemocy wobec dziecka

Zespół dziecka maltretowanego, nadużywanego, zaniedbywanego (*Battered Children, Child Abuse and Neglect*) ma bardzo szeroki zakres. W definicji opracowanej przez Międzynarodową Radę Nauk Medycznych i WHO wskazuje się, że za maltretowanie dziecka uważa się każde zamierzone lub niezamierzone działanie osoby dorosłej, społeczeństwa lub państwa, które ujemnie wpływa na zdrowie, rozwój fizyczny i psychospołeczny dziecka. Krzywdzeniem dziecka jest nie tylko działanie, ale i bezczynność jednostek i społeczeństw. Kto wiedząc o krzywdzeniu dziecka nie pomaga mu, nie chroni go, wyrządza mu taką samą, a czasami jeszcze większą krzywdę niż bezpośredni sprawca.

### ■ Pomoc ofiarom przemocy w zakładach opieki zdrowotnej

W zakładzie opieki zdrowotnej należy zadbać o wywieszenie w widocznym miejscu informacji o prawach ofiar przemocy oraz o możliwości uzyskania pomocy. Jest to forma zaproszenia ofiar do inicjowania rozmowy z lekarzem, pielęgniarką.

■ **Prawa ofiar przemocy.** Niezależnie od sytuacji, masz prawo do:

- Życia w domu wolnym od przemocy!
- Czucia się bezpiecznie w swoim domu!
- Szacunku i godnego traktowania!
- Swobodnego wyrażania swojego zdania, nawet jeśli twój partner/partnerka myśli zupełnie inaczej!
- Współuczestniczenia w podejmowaniu decyzji odnośnie do spraw związanych z waszą rodziną, domem, wydatkami! Twoje potrzeby, sprawy są równie ważne jak twojego partnera/partnerki!
- Szukania profesjonalnej pomocy w sytuacji, gdy jesteś niezadowolona/niezadowolony lub zaniepokojona/zaniepokojony tym, co się dzieje w domu!
- Swobodnego kontaktowania się z bliskimi, rodziną i przyjaciółmi!
- Popętniania błędów!
- Bycia niedoskonałą matką/niedoskonałym ojcem lub żoną/mężem!

■ **10 zasad pomagania ofiarom przemocy** – wskazówki dla pracowników ochrony zdrowia [Rylke, 1997; Street, 2004; Niebieska linia, 2002; Sasal, 2005].

1. By pomagać ofiarom przemocy, trzeba znać zasady pomocy i przepisy prawa.
2. Nie spiesz się sam i nie pospieszaj. Długotrwała przemoc sprawia, że ludzie dźwigają się ostrożnie i powoli – uszanuj ich tempo.
3. Pamiętaj, że nie każda ofiara długotrwałej przemocy będzie gotowa działać, jeżeli w pobliżu znajduje się sprawca tej przemocy. Oznacza to w wielu wypadkach konieczność zapewnienia innego miejsca pobytu dla ofiary.
4. Nie naciskaj, lecz zapraszaj oraz informuj. Dawaj do zrozumienia, że nie grozi jej/jemu ingerencja w prywatność ani wywieranie nacisku na podjęcie decyzji.
5. Stosuj zasadę małych kroków. Wspólnie szukajcie drobnych, lecz realnych posunięć.
6. Uważaj, by nie zranić wtórnie. Nawet gdy bardzo się niecierpliwisz, nie okazuj tego.
7. Strzeż się przed wzmacnianiem myślenia akceptującego przemoc. Nie mów: „Istotnie, zapewne on/ona za bardzo się złości i stąd to wszystko”. Zawsze prezentuj przekonania przeciwne przemocy. Powiedz: „Nie ma żadnego usprawiedliwienia dla przemocy”.
8. Zanim zaczniesz współpracę z innymi służbami, przygotuj grunt. Nie wysyłaj człowieka do instytucji, lecz do drugiego człowieka.
9. Pamiętaj, że należy uczyć, nie wymagać działania.
10. Zawsze dawaj nadzieję.

W praktyce lekarza rodzinnego często spotykane są osoby: kobiety, dzieci, osoby starsze, mężczyźni, którzy zgłaszają się po poradę wielokrotnie z podobnymi problemami, np. bóle głowy, bóle w klatce piersiowej, kołatanie serca, drętwienie i mrowienie kończyn, bóle brzucha, bezsenność, ból żołądka i inne [Salber, Taliaferro, 1998]. Uważny pracownik ochrony zdrowia zauważy bladeść, smutny wyraz twarzy, opuszczoną głowę, unikanie kontaktu wzrokowego, wzdychanie, często nadmierną nerwowość i zachowania agresywne. Pacjent może unikać niektórych tematów poruszanych przez lekarza lub odwrotnie – próbuje coś powiedzieć, najczęściej wówczas, gdy lekarz wypełnia dokumentację. Pacjent potrzebuje pomocy, ale nie wie, jak rozpocząć rozmowę. Gdy kobieta zgłasza się kolejny raz do lekarza z tym samym problemem, należy przyjrzeć się uważnie, w trakcie słuchiwania obserwować występowanie zmian na skórze w postaci sinia-

ków w różnej fazie gojenia, zadrapań, blizn. Nawet jeśli lekarz nie stwierdzi obecności śladów przemocy fizycznej, ale niepokoi go stan psychiczny pacjentki, może zadać pytania bezpośrednie: „W relacjach małżeńskich [w domu] czasami dochodzi do użycia siły? A jak wyglądają kłótnie w Pani domu?”; „Pani Kowalska, rutynowo pytam wszystkie moje pacjentki o to, czy doświadczają przemocy w rodzinie, ponieważ nikt nie powinien żyć w ciągłym strachu i dlatego, że możliwa jest pomoc w takich sytuacjach” [Salber, Taliaferro, 1998]. Może zadać pytanie pośrednie: „Gdyby kiedykolwiek stosowano wobec Pani w domu przemoc, czy wiedziałaby Pani, gdzie szukać pomocy?” [Salber, Taliaferro, 1998].

#### ■ Rozmowa z ofiarą przemocy [Rylke, 1997]:

- Przygotuj przestrzeń do rozmowy. W gabinecie nie może być osób trzecich, nikt nie może wchodzić, wyłącz telefon;
- Nastaw się na aktywne, uważne słuchanie;
- Powiedz pacjentowi [dziecku, osobie dorosłej] o swoich intencjach i dyskrekcji: „wszystko, co powiesz, zostanie między nami, chyba że zmienisz zdanie.”; „chcę Panu pomóc w granicach moich kompetencji...”;
- Wczuj się w stan emocjonalny pacjenta: „staram się pojąć, co czujesz”;
- Okaż mu ciepło i akceptację;
- Dostosuj się do jego sposobu mówienia, siedzenia;
- Zadawaj pytania ułatwiające nawiązanie kontaktu;
- Unikaj zbytnej dociekliwości;
- Nie oceniaj osoby ani zdarzeń, które ci przedstawia;
- Nie podważaj jego wypowiedzi;
- Nazywaj uczucia: „jesteś zły/zła na żonę (męża)”;
- Nie mów za pacjenta;
- Zastanów się wspólnie z pacjentem nad sposobami poradzenia sobie z sytuacją;
- Doceń jego odwagę, gdy mówi o bolesnych dla niego sprawach;
- Uszanuj jego odmowę i lęk, gdy nie chce wskazać sprawców;
- Przypomnij pacjentowi prawa, które go chronią;
- Poinformuj pacjenta o wszystkim, co zamierzasz zrobić w tej sytuacji.

Gdy lekarz czy pielęgniarka stwierdzi, że istnieją podstawy do rozpoznania przemocy domowej, omawia z pacjentem/pacjentką sposoby zapewnienia bezpieczeństwa. Jeśli lekarz oceni, że sytuacja zagraża zdrowiu lub życiu pacjenta/pacjentki, podejmuje decyzję o zgłoszeniu podejrzenia popełnienia przestępstwa do prokuratury. Uzasadnione podejrzenia powinna dana osoba (lekarz, pielęgniarka, położna) zgłosić do odpowiednich władz [art. 256 k.p.k. § 1]: „Kto dowiedziawszy się o popełnieniu prze-

stępstwa ściganego z urzędu ma społeczny obowiązek zawiadomić o tym prokuratora lub policję”. Bardzo ważne jest dokładne prowadzenie dokumentacji medycznej ze szczegółowym opisem stanu pacjenta/pacjentki i opisem obrażeń. Dobrze jest posłużyć się rysunkiem ciała z zaznaczonymi miejscami obrażeń [Salber, Taliaferro, 1998].

■ W kontakcie dorosłej ofiary przemocy z lekarzem rodzinnym istotne wydają się następujące cechy lekarza rodzinnego:

1. Płeć lekarza jest bez znaczenia, jeśli chodzi o ofiary przemocy, z wyjątkiem przemocy seksualnej. W takim wypadku konieczna jest zgodność płci [Street, 2004]. Natomiast w przypadku problemów emocjonalnych w związkach pacjenci chętniej rozmawiają z płcią przeciwną; kobiety z lekarzem mężczyzną, a mężczyźni z lekarzem kobietą [Frank, Brandsma, 2004; Taft i wsp., 2004].
2. Kompetencje w leczeniu ofiar przemocy i prowadzeniu rozmów z nimi. Odnoszą się do oceny kompetencji lekarza rodzinnego w zakresie wiedzy i pewności w przekazywaniu informacji oraz w sposobie mówienia, budowania zadań.
3. Przyjęcie przez lekarza „podejścia frank”, czyli podejścia proaktywnego, w którym obowiązuje:
  - absolutny szacunek do ludzi,
  - mówienie językiem pacjenta, używanie pojęć z jego świata [Frank, Brandsma, 2004].
4. Przemyślane wykorzystanie poczucia humoru, które jest narzędziem do zmniejszenia napięcia i ułatwienia komunikacji. W tym wypadku chodzi o stworzenie przyjaznego środowiska, w którym ludzie czują się komfortowo, są gotowi otwarcie mówić o swoich problemach zdrowotnych [Frank, Brandsma 2004].
5. Empatia oraz umiejętność szybkiego rozwiązywania problemów zdrowotnych. Empatia jest kluczową wartością w praktyce lekarza rodzinnego w czasie konsultacji. Umiejętność porozumiewania się i prowadzenia rozmowy na poziomie pacjenta, umiejętność słuchania i rozumienia problemu z punktu widzenia pacjenta są ważne dla pacjentów. Warunkiem koniecznym wydaje się bliska znajomość lekarz–pacjent: „*My GP zna mnie bardzo, bardzo dobrze*” [Street, 2004].
6. Umiejętność skupiania się na problemie i gotowość do szybkiego rozwiązywania problemów jest cechą wysoko cenioną: „*Pamiętam, jak policjant powiedział – »miłość – miłością, ale trzeba coś z tym zrobić«.* Wtedy coś we mnie pękło, rozplakałam się. Policjant mówił, że to, co się u mnie w domu dzieje, to przestępstwo” [<http://braniewiak.wm.pl>].

Ważne, by otworzyć się na dialog z pacjentami. Trzeba umieć słuchać i pytać. Ofiara przemocy poszukuje kogoś, do kogo może się zwrócić z problemem i porozmawiać, kogoś kto mówi w taki sposób, że można go zrozumieć, kto wytłumaczy, co się dzieje. Lekarza, który wytłumaczy, co robi i dlaczego to robi.

■ Przykład rozmowy 1 [Taft i wsp., 2004]:

Czy możemy porozmawiać o tym, co przeżyłaś?

*Tak.*

Kto był sprawcą?

*Mój ojciec.*

Jak długo to trwało?

*Za długo.*

Kiedy po raz pierwszy powiedziałaś komuś?

*9 lub 10 lat temu.*

Komu o tym powiedziałaś?

*Mojej mamie.*

Jak ona zareagowała?

*Powiedziała, że jeśli się to powtórzy jeszcze raz, wyrzuci go z domu i nigdy nie wróci. Trwało nadal, ale już więcej jej o tym nie powiedziałam.*

W jaki sposób sobie radziłaś przez te wszystkie lata?

*(Bez odpowiedzi)*

W momencie otrzymania pomocy, jaka była twoja reakcja?

*Nie mogłam wymówić słowa.*

Co czułaś po ujawnieniu prawdy?

*Zawstydzenie i przerażenie. Nadal czuję się „polowana”.*

W jaki sposób pomógł ci lekarz?

*Pomógł mi istnieć i pogodzić się z przeszłością. Nie starał się mówić mi: „Wszystko będzie dobrze”, ale pomógł mi radzić sobie z emocjami, mówił, że to nigdy nie zginie, ale jestem w stanie sobie z tym poradzić. I tak jest.*

■ Przykład rozmowy 2 [Howie i wsp., 2004]:

Czy możemy porozmawiać o tym, co przeżyłaś?

*W swoim życiu miałam wiele przypadków molestowania seksualnego. Zaczęło się, gdy miałam 7 lat, skończyło, gdy miałam 14. Mój ojciec, kuzyn, opiekunka i kilku innych zamieniło mnie w seksualną zabawkę...*

Kiedy po raz pierwszy powiedziałaś komuś?

*Nigdy tak naprawdę nie powiedziałam nikomu. Powiedziałam dopiero, jak byłam dorosła. Nie mówiłam z powodu strachu.*

W jaki sposób sobie radziłaś przez te wszystkie lata?  
*Ignorowanie tego pozwalało sobie jakoś z tym radzić.*  
 W jaki sposób pomógł ci lekarz?  
*Nie pomógł.*

## Dziecko – ofiara przemocy

Z krzywdzeniem dzieci najczęściej spotykają się lekarze i inni pracownicy ochrony zdrowia (pielęgniarki, ratownicy medyczni, technicy rentgenowscy), od ich postawy w dużej mierze zależą dalsze losy dziecka. Niezmiernie ważne są słowa i podejmowane działania w momencie rozpoznania krzywdzenia bądź ujawnienia nadużycia. Mogą być pierwszym krokiem nawiązania kontaktu z dzieckiem i zdobycia jego zaufania albo przeciwnie – mogą zaprzepaścić szanse na porozumienie. Zanim lekarz zacznie oglądać siniaki i zranienia na ciele dziecka, powinien zapytać je o zgodę, zwracając się do dziecka po imieniu, szczególnie wtedy, gdy próbuje ono ukryć obrażenia, lub przeciwnie, gdy skarży się na ból i pokazuje obrażenia w nadziei, że lekarz zwróci uwagę, odgadnie, co się stało, i rozpocznie rozmowę. W ten sposób dziecko nie będzie miało poczucia, że zdradziło jakąś tajemnicę. Gdy dziecko jest załknięte w obecności dorosłego opiekuna, lekarz lub pielęgniarka pod pozorem wykonania innych badań, np. EKG, RTG, podejmuje próbę wyprowadzenia dziecka z gabinetu bez opiekuna albo poprosi opiekuna o załatwienie sprawy w rejestracji.

Rozmowa z dzieckiem powinna przebiegać w bezpiecznym dla niego miejscu. W trakcie wywiadu powinno ono mieć możliwość swobodnego poruszania się. Warto zadbać, aby rozmowie towarzyszyła jakaś zabawa, aby dziecko mogło rysować. Ważne jest, by nikt i nic nie zakłócało rozmowy. Osoby wchodzące, zaglądale do gabinetu, telefony czy hałas mogą sprawić, że dziecko wycofa się z kontaktu, poczuje się zagrożone, zakłopotane, zawstydzone. Jeśli chce rozmawiać w obecności kogoś ze swoich bliskich, należy się na to zgodzić. Powinno czuć się bezpiecznie i swobodnie.

■ W trakcie rozmowy warto powiedzieć dziecku:

*Wierzę Ci. Nie jesteś winien temu, co się stało.*

*To nie była Twoja wina.*

*Bardzo dobrze, że o tym powiedziałeś.*

*Wiele dzieci boryka się z problemami podobnymi do Twoich.*

*Chcemy Ci pomóc.*

Zadaniem lekarza, pielęgniarki jest wysłuchanie dziecka. Rozmowę należy zacząć od pytań otwartych, prostych, w rodzaju:

*„Jak to się stało?”*,

a unikać pytań naprowadzających:

„Czy ktoś cię uderzył?” lub

„Czy to mamusia [tataś] cię uderzył/oparzył? [Mellibruda i wsp., 1998; Tine i wsp., 2005].

Rozmowa powinna przebiegać w języku zrozumiałym dla dziecka, tak by mogło swobodnie opowiedzieć o tym, co się wydarzyło. Pytania muszą być dostosowane do jego wieku i możliwości pojmowania w treści i słownictwie.

Należy unikać pytań, na które dziecko mogłoby wyłącznie odpowiedzieć „tak” lub „nie”. Nie należy zadawać pytań typu „dlaczego?” (np.: „Dlaczego nic nie powiedziałeś wcześniej? dlaczego nie krzyczałeś? dlaczego nie uciekłeś?”) – brzmiały one oskarżycielsko i zazwyczaj dziecko nie zna na nie odpowiedzi [Jensen i wsp., 2005; Wierzbicka, Cielecka-Kuszyk, 2008]. Nie należy zadawać pytań sugerujących odpowiedź i zawierających ocenę tego, co się stało. W trakcie rozmowy z dzieckiem wykorzystywanym seksualnie ustal wspólne nazewnictwo dotyczące osób, genitaliów, zachowań seksualnych. Ponieważ może mieć ono kłopoty z werbalizacją tego, co się wydarzyło, dobrze jest poprosić, aby pokazało nam [np. używając do tego lalek], co z nim robiono [Jensen i wsp., 2005]. Kończąc spotkanie, warto je pochwalić, podziękować mu za rozmowę, spytać, czy chciałoby zadać jakieś pytania, czegoś się dowiedzieć.

■ **Postępowanie lekarza rodzinnego, pediatry, pielęgniarki rodzinnej** [Margolis, 2000; Jensen i wsp., 2005; Tine i wsp., 2005]:

- Zapewnij dziecko, że mu wierzysz.
- Zadbaj o jego bezpieczeństwo, zrób wszystko, by uchronić je przed kolejnymi aktami przemocy.
- Pochwal i docień to, że opowiedziało o tym, co się wydarzyło.
- Spróbuj zrozumieć i zaakceptować, że o krzywdzeniu czy molestowaniu nie powiedziało wcześniej.
- Nie obwiniaj dziecka za to, co się stało.
- Wytłumacz mu, że całą odpowiedzialność za to, co się wydarzyło, ponosi sprawca.
- Pozwól dziecku odczuwać i wyrażać wszystkie uczucia, jakie przeżywa w związku z zaistniałą sytuacją (zarówno pozytywne, jak i negatywne).
- Nie składaj obietnic, których nie będzie można dotrzymać.
- Nie powstrzymuj się od bliskiego, fizycznego kontaktu z dzieckiem.
- Nie bądź wobec niego nadopiekuńczy.
- Zapewnij mu specjalistyczną pomoc medyczną, jeśli jest taka konieczność (również psychologiczną i prawną).



## Rozmowa o problemach seksualnych

Problemy ze zdrowiem seksualnym dotyczące zarówno kobiet, jak i mężczyzn są powszechne, dlatego w pracy lekarza rodzinnego pytania dotyczące sfery seksualnej powinny być rutynowe [Robinson, 2011]. Jednakże badania pokazują, że niespełna co dziesiąty mężczyzna jest pytany o występowanie problemów seksualnych podczas rutynowych wizyt u lekarza rodzinnego, a jedna trzecia kobiet ma możliwość przedyskutowania swoich problemów z lekarzem rodzinnym [Robinson, 2011; Abejide, Gwabachi, 2011].

Kiedy rozmowa lekarza z pacjentem o mogących wystąpić problemach seksualnych jest niezbędna? Temat ten powinni na co dzień poruszać diabetolodzy, kardiolodzy, interniści, neurologi, reumatolodzy, psychiatry, onkolodzy, nawet dermatolodzy (opiekują się m.in. chorymi na łuszczycę, chorobę, która wielu zraża do podejmowania kontaktów seksualnych). Lista chorób, których objawy lub leczenie mogą pogarszać jakość życia seksualnego, jest długa, a osobna grupa problemów seksualnych ściśle wiążąca się z niepłodnością dotyczy pacjentów z nowotworami. Spadek libido lub zaburzona produkcja plemników to powikłania operacji na skutek przecięcia niektórych nerwów w miednicy lub efekt kuracji białaczek, chłoniaków, raka piersi. Niełatwo też podjąć aktywność seksualną i myśleć o potomstwie, gdy wieczorem pojawiają się nudności lub skóra jest sucha i ostra jak tarka. Pacjenci po usunięciu jelita grubego, ze stomią, boją się, że worek stomijny pęknie i jego zawartość wyleje się przy gwałtowniejszym ruchu. Wstydzą się zapachu, który może się pojawić przy najmniejszej nieszczelności. Pacjentki po usunięciu piersi wstydzą się, nie akceptują swojego ciała, nie chcą rozbierać się przy partnerze, nie podejmują współżycia seksualnego, bojąc się odrzucenia. Podobnie chorzy na stwardnienie rozsiane skarżą się, że wraz z nasilaniem się objawów choroby potęgują się problemy seksualne, a współżycie seksualne jest niesatysfakcjonujące. Lista chorób, zaburzeń wpływających na zdrowie seksualne jest bardzo długa. Lekarze, wiedząc o tym, powinni zaproponować pomoc w rozwiązaniu tych problemów [Akkuş, Duru 2011].

Niechć lekarzy do pytania chorych o problemy związane ze zdrowiem seksualnym dotyczy wszystkich specjalności, wykracza w Polsce daleko poza oddziały onkologiczne [Walewski, 2011]. Mężczyźni w większości nie rozmawiają z lekarzem o swoich problemach seksualnych, gdyż uważają, że jest to temat wstydlivy i kłopotliwy. Jest to błędne myślenie, ponieważ problemy ze zdrowiem seksualnym mają charakter interdyscyplinarny, jest to jeden z bardziej niezauważanych tematów medycznych. Niestety bez odpo-

wiedniego wywiadu lekarz nie jest w stanie ocenić nawet w przybliżeniu, z jakim problemem zdrowia seksualnego ma do czynienia.

Nie należy wypytywać o zaburzenia erekcji, gdyż wielu pacjentów się nie przyzna, ze wstydu lub dlatego, że nie mają pojęcia, o czym lekarz mówi. Wzwód to również termin nie dla wszystkich zrozumiały: „Wzwo-  
du panie doktorze rano nie mam, ale członek jest twardy” – odpowiada-  
ją pacjenci nie wiedząc nawet, jak istotne są to informacje dla kardiolo-  
ga, gdyż brak porannych erekcji może zapowiadać początek choroby  
wieńcowej, która w sercu ujawni się dopiero za kilka lat [Walewski, 2011].

Osobnym zagadnieniem są problemy z rozładowaniem napięcia seksu-  
alnego przez mężczyzn chorych na hemofilię, chłopców w okresie dora-  
stania również. Masturbowanie się mężczyzn chorych na hemofilię jest  
bardzo niebezpieczne, gdyż każde otarcie lub zbyt gwałtowny ruch nad-  
garstka grozi niekontrolowanym krwawieniem. Lekarze powinni, nie cze-  
kając aż chory zainicjuje rozmowę, omawiać ten problem, próbując im  
doradzić, jak rozładować napięcie seksualne. W tym konkretnym przy-  
padku, jeśli lekarze nie wiedzą, jak poruszać ten temat, zwłaszcza z cho-  
rymi dziećmi, zobowiązani są, w trosce o dobro pacjenta, poradzić się  
seksuologów [Walewski, 2011].

■ Przykłady sposobów, w jaki pacjenci rozpoczynają rozmowę z lekarzem, oczekując podjęcia tematu [Hinchliff, Gott, 2011]:

- *W ostatnim czasie zauważyłem, że moje życie seksualne zmieniło się...*
- *Panie doktorze, chciałbym/chciałabym z Panem porozmawiać o moich problemach zdrowia seksualnego...*
- *Ostatnio mam problem z osiągnięciem i/lub z utrzymaniem erekcji...*
- *Czy moja choroba lub stosowane leki mogą być przyczyną moich obecnych problemów seksualnych?*
- *Trochę się krępuję, ale bardzo chcę porozmawiać o moich sprawach intymnych...*
- *Ostatnio moje współżycie płciowe nie satysfakcjonuje mnie...*
- *Ostatnio seks jest dla mnie bardzo stresujący...*
- *W ostatnim czasie dużo mówi się o zaburzeniach erekcji. Boję się, że mnie to też może dotyczyć...*
- *Czy moja choroba może powodować oziębłość... [niechęć do współżycia]...*
- *Moja żona/partnerka zasugerowała mi, abym skorzystał z Pana pomocy/porady...*
- *Ostatnio wystąpiły u mnie niepokojące objawy... Mam problemy ze wzwo-  
dem...*