



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ- ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Διερεύνηση γνώσεων και στάσεων του νοσηλευτικού
προσωπικού Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για την
παροχή φροντίδας σε ΛΟΑΤΚΙ άτομα.**

ΒΗΣΣΑΡΙΩΝ Ι. ΜΠΑΚΑΛΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΠΕ, MSc, PhD

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Ευάγγελος Φραδέλος, Επίκουρος Καθηγητής Κλινική Νοσηλευτική, Επιβλέπων
Καθηγητής

Φωτεινή Μάλλη, Καθηγήτρια Πνευμονολογία – Φροντίδα Καρδιοαναπνευστικού
Ασθενή, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Μαρία Σαρίδη, Επίκουρη Καθηγήτρια Κλινική Νοσηλευτική με έμφαση στη
Φροντίδα Χρονίως Πασχόντων, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2024

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ-ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

**Investigating primary health care nurses' knowledge and
attitudes about providing care to LGBTQ people.**

Περιεχόμενα

A. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
B. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	12
Κεφάλαιο 1. Θεωρητικό Πλαίσιο	12
1.1 Στάσεις και η λειτουργία τους	12
1.2 Στιγματισμός	13
1.3 Συναίσθημα αηδίας	13
Κεφάλαιο 2. Σεξουαλικότητα και ομοφυλοφιλία	15
2.1 Σεξουαλικότητα	15
2.2 Σεξουαλικός Προσανατολισμός	17
2.3 Η ιστορία της ομοφυλοφιλίας	18
Κεφάλαιο 3. Στάσεις προς την ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα	19
3.1 Στάσεις απέναντι στη ομοφυλοφιλία	19
3.2 Στάσεις και διακρίσεις που ασκούν οι επαγγελματίες υγείας απέναντι στην ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα	22
3.3 Υγεία ΛΟΑΤΚΙ+ ατόμων	24
3.4 Εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας σε θέματα ΛΟΑΤΚΙ+	25
Γ. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	28
Κεφάλαιο 4. Μεθοδολογία	28
4.1 Σκοπός της παρούσας μελέτης	28
4.2 Ερευνητικά ερωτήματα	29
4.3 Τύπος μελέτης, επιλογή δείγματος και δειγματοληψία	29
4.3.1 Επιλογή δείγματος	29
4.3.2 Δειγματοληψία	30
4.4 Εργαλεία μέτρησης	30
4.5 Στατιστική Ανάλυση	31
4.6 Κώδικας ηθικής και δεοντολογίας	31

Κεφάλαιο 5. Αποτελέσματα	33
5.1 Περιγραφικά αποτελέσματα	33
5.1.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	33
5.1.2 Αποτελέσματα των γνώσεων σχετικά με την ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα	37
5.1.3 Αποτελέσματα στάσεων σχετικά με την παροχή περίθαλψης σε ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς	42
6.2 Αποτελέσματα επαγωγικής στατιστικής	49
6.2.1 Επίδραση χαρακτηριστικών των νοσηλευτών/τριών στη γνώση σχετικά με τη ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα	49
6.2.2 Η επιρροή των προσωπικών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών/τριών στο επίπεδο ευκολίας παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε άτομα εντός της ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητας.....	52
6.2.3 Επίδραση των προσωπικών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών/τριών στην προθυμία τους να προσφέρουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης σε άτομα εντός της ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητας	55
6.2.4 Επίδραση των χαρακτηριστικών των νοσηλευτών/τριών στην υπευθυνότητα τους στην παροχή φροντίδας υγείας σε άτομα εντός της ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητας	58
6.2.5 Επίδραση των χαρακτηριστικών των νοσηλευτών/τριών στην ενσυναίσθηση τους στην παροχή φροντίδας υγείας σε άτομα εντός της ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητας	61
6.3 Αποτελέσματα των ελέγχων συσχέτισης μεταξύ των παραγόντων της έρευνας	64
Κεφάλαιο 7. Συμπεράσματα	65
Κεφάλαιο 8. Συζήτηση.....	67
8.1 Περιορισμοί της έρευνας.....	69
Βιβλιογραφία.....	70

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θέλω να εκφράσω τις βαθιές μου ευχαριστίες για την εξαιρετική υποστήριξη, την πολύτιμη καθοδήγηση και τον πολύτιμο χρόνο που αφιερώσατε κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της μεταπτυχιακής μου διατριβής.

Είναι ανέκφραστη η ευγνωμοσύνη μου για τον Επίκουρο Καθηγητή Κλινικής Νοσηλευτικής - Επιβλέπων Καθηγητής, ο οποίος πρόσφερε πολύτιμη καθοδήγηση, υπομονή και ενδελεχείς παρατηρήσεις που καθόρισαν ουσιαστικά την ολοκλήρωση της διατριβής μου. Οι επιτυχίες αυτής της διαδικασίας οφείλονται σε μεγάλο βαθμό στην εμπειρία και την εμπιστοσύνη που μου παρείχε.

Επίσης, δεν μπορώ να παραλείψω να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες προς την καθηγήτρια Καθηγήτρια Πνευμονολογίας – Φροντίδα Καρδιοαναπνευστικού Ασθενή, η οποία με τις χρήσιμες υποδείξεις και τη στήριξή της σε όλα τα στάδια της ερευνητικής μου εργασίας, με βοήθησε να κατανοήσω πλήρως την πορεία που ακολουθούσα.

Τέλος, αλλά σίγουρα όχι λιγότερο σημαντικό, οφείλω ευγνωμοσύνη στην Μαρία Σαρίδη Επίκουρη Καθηγήτρια Κλινικής Νοσηλευτικής με έμφαση στη Φροντίδα Χρονίως Πασχόντων για την εμπειριστατωμένη κριτική και την ενθάρρυνση που μου παρείχε, καθιστώντας την ερευνητική μου πορεία πιο δημιουργική και εποικοδομητική.

Η συμβολή και η βοήθειά σας ήταν πραγματικά ανεκτίμητες για την ανάπτυξη και την ολοκλήρωση της διατριβής μου. Η συνεργασία μαζί σας ήταν πηγή έμπνευσης και αποτελεσματικότητας, και θα ήθελα να σας ευχαριστήσω θερμά για την αφοσίωσή σας.

Βησσαρίων Ι. Μπακάλης

Περίληψη

Εισαγωγή

Η παροχή φροντίδας σε ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι ένας τομέας που αντιμετωπίζει πολυπλοκότητες και προκλήσεις για το νοσηλευτικό προσωπικό. Τα άτομα που ανήκουν σε αυτές τις κοινότητες συχνά αντιμετωπίζουν διακρίσεις και προκαταλήψεις, ενώ οι ιδιαίτερες ανάγκες και προτιμήσεις τους απαιτούν ευαίσθητη και εξειδικευμένη προσέγγιση από το νοσηλευτικό προσωπικό. Η κατανόηση των γνώσεων και των στάσεων που διέπουν τους επαγγελματίες υγείας σε σχέση με τη φροντίδα ΛΟΑΤΚΙ+ ατόμων είναι ζωτικής σημασίας για τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος υποστήριξης που θα προάγει την υγεία και την ευημερία όλων των ατόμων, ενισχύοντας την ισότητα και την ποιότητα της φροντίδας στον τομέα της υγείας.

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνηθούν οι γνώσεις και οι στάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζονται σε φορείς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σχετικά με την παροχή φροντίδας προς τα ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα.

Μεθοδολογία

Το δείγμα της παρούσας συγχρονικής μελέτης αποτελούν 114 νοσηλευτές/τριες μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από το δημόσιο τομέα στην Ελλάδα με τη χρήση ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς.

Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα ανέδειξαν τις γυναίκες να υπερέχουν στη συμμετοχή τους (74,6%), η πλειονότητα των νοσηλευτών/τριών στη μελέτη εμπίπτει στην κατηγορία 31 έως 40 ετών, υποστηρίζοντας μάλιστα πως στον σεξουαλικό τους προσανατολισμό ήταν οι περισσότεροι ετεροφυλόφιλοι (98,3%). Σε επίπεδο φροντίδας ενός ασθενούς ΛΟΑΤΚΙ+ η έρευνα ανέδειξε το 66,7% εκ των νοσηλευτών/τριών να μην έχει φροντίσει ασθενή που ανήκει στην κοινότητα ΛΟΑΤΚΙ+, τονίζοντας μάλιστα πως οι ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς θα πρέπει να λαμβάνουν το ίδιο πρότυπο νοσηλευτικής φροντίδας με τους άλλους ασθενείς (90,3%). Επιπρόσθετα σημαντικά υψηλότερο ποσοστό αρνητικών απαντήσεων δίνεται για τη δήλωση ότι ορισμένοι συνάδελφοι δεν πιστεύουν ότι είναι καθήκον τους να παρέχουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης σε άτομα ΛΟΑΤΚΙ+ (68,4%). Επιπλέον, περισσότεροι από τους μισούς νοσηλευτές/τριες εξέφρασαν την πεποίθηση ότι η ομοφυλοφιλία και η σεξουαλική έλξη για το ίδιο φύλο είναι έμφυτες εκδηλώσεις της ανθρώπινης σεξουαλικότητας (50% και 53,5% αντίστοιχα). Αντίθετα, μια σημαντική πλειοψηφία των νοσηλευτών εκφράζει διαφωνία με τον ισχυρισμό ότι είναι ανάκανοι να εργαστούν με ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς (80,7%) ή ότι τρέφουν

απέχθεια για την παροχή φροντίδας σε αυτό το συγκεκριμένο δημογραφικό (79,9%). Ενα μεγαλύτερο ποσοστό ερωτηθέντων εκφράζει αρνητικά συναισθήματα για την ιδέα ότι δεν απολαμβάνουν την παροχή φροντίδας σε άτομα από την ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα (76,3%) ή την εργασία μαζί τους (76,3%). Είναι σημαντικό να αναγνωριστεί ότι η πλειονότητα των νοσηλευτών διαψεύδει επίσης τον ισχυρισμό ότι αντιμετωπίζουν δυσκολίες όταν αλληλεπιδρούν με την οικογένεια και τους φίλους ενός ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενή σε σύγκριση με άλλους ασθενείς (68,4%). Τέλος η μελέτη υπογράμμισε τη σημασία των προσεγγίσεων φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή, οι οποίες περιλαμβάνουν την ενεργό συμμετοχή των ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενών στις αποφάσεις τους για την υγειονομική περίθαλψη, το σεβασμό της αυτονομίας και των προτιμήσεών τους και την αντιμετώπιση των μοναδικών αναγκών και ανησυχιών τους για την υγειονομική περίθαλψη.

Λέξεις- Κλειδιά: ΛΟΑΤΚΙ, νοσηλευτικό προσωπικό, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, γνώσεις, στάσεις, παροχή φροντίδας

Abstract

Introduction

Providing care for LGBTQ+ people in primary health care is an area that faces complexities and challenges for nurses. People from these communities often face discrimination and prejudice, and their particular needs and preferences require a sensitive and specialist approach from nursing staff. Understanding the knowledge and attitudes of healthcare professionals in relation to the care of LGBTQ+ people is vital to creating a supportive environment that promotes the health and wellbeing of all individuals, enhancing equality and quality of care in the health sector.

Purpose

The purpose of this study is to explore the knowledge and attitudes of nursing staff working in primary health care settings regarding the provision of care for LGBTQ+ people.

Methodology

The sample of this synchronic study consists of 114 nurses from public sector primary health care units in Greece using self-report questionnaires.

Results

The results showed women to be predominant in their participation (74.6%), the majority of nurses in the study fell in the 31 to 40 years old category, even claiming that in their sexual orientation most of them were heterosexual (98.3%). In terms of caring for an LGBTQ+ patient, the survey revealed 66.7% of the nurses had not cared for a patient belonging to the LGBTQ+ community, even stressing that LGBTQ+ patients should receive the same standard of nursing care as other patients (90.3%). In addition, a significantly higher percentage of negative responses were given for the statement that some colleagues do not believe that it is their duty to provide healthcare services to LGBTQ+ people (68.4%). Furthermore, more than half of nurses expressed the belief that homosexuality and same-sex attraction are innate manifestations of human sexuality (50% and 53.5% respectively). In contrast, a significant majority of nurses expressed disagreement with the assertion that they are unable to work with LGBTQ+ patients (80.7%) or that they have an aversion to providing care to this particular demographic (79.9%). A greater proportion of respondents expressed negative feelings about the idea that they do not enjoy providing care to (76.3%) or working with (76.3%) people from the LGBTQ+ community. It is important to recognise that the majority of nurses also refute the claim that they experience difficulties when interacting with family and friends of an LGBTQ+ patient compared to other patients (68.4%). Finally, the study

highlighted the importance of patient-centered care approaches, which include actively involving LGBTQ+ patients in their healthcare decisions, respecting their autonomy and preferences, and addressing their unique healthcare needs and concerns.

Keywords: LGBTQI, nurses, primary health care, knowledge, attitudes, care delivery

A. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αποδοχή ή η απόρριψη των ΛΟΑΤΚΙ+ ατόμων σε διάφορες πτυχές της ζωής τους, όπως η οικογένεια, η εκπαίδευση, η εργασία, η υγεία και η κοινωνία στο σύνολό της, επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τις κοινωνικές στάσεις (Herek, 2007). Οι αρνητικές στάσεις απέναντι στα ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα οδηγούν στον αποκλεισμό και την απόρριψή τους (Herek, 2009), με αποτέλεσμα συχνά πράξεις βίας και διακρίσεις εναντίον τους (Theron, 1994). Αυτές οι κοινές πεποιθήσεις αναφέρονται ως στίγμα, το οποίο περιλαμβάνει ένα άτομο που σχηματίζει πεποιθήσεις για ένα άλλο με βάση ορισμένα χαρακτηριστικά (Herek, 2007). Παράγοντες όπως η παράδοση, η θρησκεία, ο νόμος, η ιατρική και τα μέσα ενημέρωσης παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των κοινωνικών πεποιθήσεων για τα ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα (Herek, 2007). Σε ορισμένα πολιτισμικά πλαίσια, το στίγμα αποδίδεται στα ΛΟΑΤΚΙ άτομα, με βάση την πεποίθηση ότι είναι άρρωστα, ανώριμα, ανειδίκευτα, αμαρτωλά ή γενικά ανεπιθύμητα στην κοινωνία (Goffman, 1963).

Ο στιγματισμός των ΛΟΑΤΚΙ+ ατόμων έχει τη δυνατότητα να τα περιθωριοποιήσει από την κοινωνική συμμετοχή, επηρεάζοντας όχι μόνο τις αντιλήψεις των άλλων για αυτά αλλά και τη δική τους αντίληψη για τον εαυτό τους (Herek, 2004). Κατά συνέπεια, αυτά τα άτομα μπορεί να αντιμετωπίσουν διαπροσωπική απόρριψη και αποκλεισμό λόγω στιγματιστικών νόμων και πολιτικών (Hatzenbuehler, Keyes, & Hasin, 2009). Επιπλέον, η συνεχής έκθεση στο στίγμα, τις διακρίσεις και το άγχος, συμπεριλαμβανομένων του διαπροσωπικού και του θεσμικού επίπεδο, οδηγεί σε επιζήμιες επιπτώσεις στην ψυχική και σωματική ευημερία των ΛΟΑΤΚΙ+ ατόμων (Krehely, 2009).

Οι στάσεις και οι αξίες των επαγγελματιών υγείας επηρεάζουν σημαντικά την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης χωρίς διακρίσεις για ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς. Η υπάρχουσα βιβλιογραφία υποδηλώνει ότι η υγειονομική περίθαλψη που λαμβάνουν τα ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα είναι συχνά ανεπαρκής λόγω των αρνητικών προοπτικών που έχουν οι επαγγελματίες υγείας προς αυτήν την κοινότητα (Dinkel et al., 2007). Επιπλέον, ορισμένοι γιατροί πιστεύουν ότι η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης δεν σχετίζεται με τη σεξουαλικότητα ενός ασθενούς, συμβάλλοντας περαιτέρω στην ανεπαρκή φροντίδα (Hinchliff et al., 2005). Επιπλέον, οι νοσοκομειακές μονάδες συχνά αποτυγχάνουν να δώσουν προτεραιότητα στην πολιτισμική ευαισθητοποίηση σχετικά με τις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης των ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενών (Eliason & Schore, 2001). Η έλλειψη εξειδικευμένης γνώσης σχετικά με τις ανάγκες περίθαλψης των ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενών, σε συνδυασμό με την αβεβαιότητα των επαγγελματιών υγείας στην παροχή υπηρεσιών σε αυτόν τον πληθυσμό, έχει ως συνέπεια πολλοί ασθενείς να βιώνουν δυσάρεστες και στιγματιστικές εμπειρίες κατά τη διάρκεια της φροντίδας τους

(Bauer et al., 2009; Wilkerson et al., 2011). Η διάκριση που βιώνουν οι ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς από τους επαγγελματίες υγείας διαφέρει σημαντικά από αυτή των ετεροφυλόφιλων ασθενών, συμβάλλοντας στην απροθυμία τους να αποκαλύψουν τον σεξουαλικό τους προσανατολισμό (Quinn et al., 2015). Επιπλέον, ο φόβος της λήψης φροντίδας χαμηλότερης ποιότητας από επαγγελματίες υγείας αποτρέπει περαιτέρω τους ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς από το να αποκαλύψουν τον σεξουαλικό τους προσανατολισμό (Dinkel et al., 2007). Οι αρνητικές προκαταλήψεις των επαγγελματιών υγείας προς τα ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα επηρεάζουν επίσης αρνητικά τις σχέσεις τους, οδηγώντας σε μειωμένη ποιότητα φροντίδας για τους ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς (Dinkel et al., 2007). Επιπλέον, η απροθυμία των νοσηλευτών να φροντίσουν ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς (Cornelius & Carrick, 2015) και η άρνηση της περίθαλψης από επαγγελματίες υγείας (Cornelius & Carrick, 2015) επιδεινώνουν περαιτέρω τις διακρίσεις σε περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης. Τέτοιες διακρίσεις προς την ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα έχει ως αποτέλεσμα την απροθυμία να αναζητήσουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Bradford et al., 2013), την αμέλεια των προληπτικών εξετάσεων, συμπεριλαμβανομένων των προληπτικών εξετάσεων καρκίνου (Facione & Facione, 2007), την αυξημένη κατάχρηση ουσιών (Lehavot & Simoni, 2011), υψηλότερα ποσοστά χρήσης καπνού και αλκοόλ (Institute of Medicine – IOM, 2011) και εμπλοκή σε επικίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές (Nakamura & Zea, 2010; Jeffries et al., 2013). Επιπλέον, το άγχος που βιώνουν τα ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα εξαιτίας των διακρίσεων και του στιγματισμού μπορεί να οδηγήσει σε δυσάρεστα αποτελέσματα στη ψυχική τους υγεία (Herek, 2007).

Προκειμένου να καταπολεμηθούν και να εξαλειφθούν οι διακρίσεις σε βάρος της ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, είναι απαραίτητο να παρέχεται εκπαίδευση σε επαγγελματίες υγείας σε θέματα που αφορούν τους ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς και την ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα. Σε προηγούμενες μελέτες έχουν εντοπιστεί ελλείψεις στην εκπαίδευση των γιατρών (McNair, 2003· Corliss, Shankle & Moyer, 2007· Shindel et al., 2010), των οδοντιάτρων (Anderson, Patterson, Temple, & Inglehart, 2009) και των νοσηλευτών (Eliason, Dibble, & DeJoseph, 2010), σχετικά με τις ανάγκες του ΛΟΑΤΚΙ+ πληθυσμού. Αναγνωρίζοντας τη σημασία της αντιμετώπισης αυτών των ζητημάτων, ο Ιατρικός Σύλλογος Ομοφυλοφίλων και Λεσβίων (Gay and Lesbian Medical Association, 2010) έχει δώσει έμφαση στη συμπερίληψη της ΛΟΑΤΚΙ+ εκπαίδευσης σε ιατρικά και νοσηλευτικά προγράμματα, καθώς και στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας που ήδη βρίσκονται στην πράξη. Ωστόσο, ενώ αυτές οι εκπαιδευτικές προσπάθειες μπορεί να ενισχύσουν τις δεξιότητες, παραμένει αβέβαιο εάν είναι αποτελεσματικές στην αλλαγή της στάσης των επαγγελματιών υγείας απέναντι στους ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς. Είναι ζωτικής σημασίας να αντιμετωπιστούν τυχόν προκαταλήψεις που μπορεί να έχουν οι εκπαιδευόμενοι προς τα ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα, καθώς η προκατάληψη τους μπορεί να εμποδίσει την προθυμία τους να συμμετάσχουν στην εκπαίδευση σχετικά με τις απαιτήσεις

υγειονομικής περίθαλψης των ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενών, επηρεάζοντας κατά συνέπεια την ποιότητα της φροντίδας που παρέχουν καθ' όλη τη διάρκεια της σταδιοδρομίας τους (U.S. Department of Health and Human Services, 2013).

Η συγκεκριμένη μελέτη επικεντρώθηκε στις στάσεις των νοσηλευτών/τριών που εργάζονται σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα απέναντι στη σεξουαλικότητα και την ομοφυλοφιλία. Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση των στάσεων και των γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σχετικά με την παροχή φροντίδας προς τα ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα, ώστε να μπορέσουν να αντιμετωπιστούν κατάλληλα.

B. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1. Θεωρητικό Πλαίσιο

1.1 Στάσεις και η λειτουργία τους

Η κυρίαρχη οπτική για τις στάσεις και τη δομή τους παρουσιάζεται από τους Rosenberg και Hovland (1960), οι οποίοι κατηγοριοποιούν τις στάσεις σε τρεις διαστάσεις που υποδηλώνονται με τα γράμματα A, B και C, αντίστοιχα. Αυτές οι διαστάσεις περιλαμβάνουν τις συναισθηματικές, συμπεριφορικές και γνωστικές πτυχές των στάσεων. Η συναισθηματική διάσταση περικλείει τα συναισθήματα, τις επιθυμίες και τις προτιμήσεις ενός ατόμου. Η συμπεριφορική διάσταση αφορά τις συνειδητές προθέσεις και επιθυμίες να εμπλακούν σε ορισμένες ενέργειες. Τέλος, η γνωστική διάσταση περιλαμβάνει τις γνώσεις, τις ιδέες και τις προοπτικές ενός ατόμου (Rosenberg & Hovland, 1960). Η εξέταση των στάσεων έχει σημαντική σημασία στη σφαίρα της κοινωνικής ψυχολογίας. Ο Allport (1935) υποστήριξε ότι οι στάσεις είναι οι «πιο διακριτές και ουσιαστικές έννοιες», μια άποψη που παραμένει επίκαιρη σήμερα. Ο Ajzen (1988) ορίζει τις στάσεις ως την προδιάθεση που οδηγεί τα άτομα να εκδηλώνουν θετικές ή αρνητικές αντιδράσεις απέναντι σε ένα αντικείμενο. Ουσιαστικά, οι στάσεις αντιπροσωπεύουν την ετοιμότητά μας να δράσουμε, η οποία εκφράζεται μέσω της συμπεριφοράς μας (Γεώργας, 1990). Οι Petty και Cacioppo (1981) χαρακτηρίζουν τις στάσεις ως διαρκή, γενικά συναισθήματα - είτε θετικά είτε αρνητικά - προς ένα άτομο, ένα αντικείμενο ή ένα θέμα. Οι Pratkanis και Greenwald (1989) προτείνουν ότι οι στάσεις είναι οι νοητικές αναπαραστάσεις που αποθηκεύονται στη μνήμη, που χρησιμεύουν ως αξιολόγηση ενός ατόμου για ένα συγκεκριμένο αντικείμενο. Οι στάσεις έχουν την ικανότητα να επηρεάζουν τις γνωστικές λειτουργίες, τις συναισθηματικές αντιδράσεις και τις μελλοντικές συμπεριφορές, καθώς βασίζονται σε προηγούμενη γνώση, συναισθηματικές αντιδράσεις και προηγούμενες συμπεριφορές (Zimbardo & Leippe, 1991).

1.2 Στιγματισμός

Οι αρνητικές στάσεις απέναντι σε ομάδες ή άτομα μπορεί να οδηγήσουν σε κοινωνική αποστασιοποίηση ή απόρριψη διαιωνίζοντας το στίγμα και στιγματίζοντας συμπεριφορές. Ο Goffman (1963) ήταν ο πρώτος που όρισε το στίγμα ως ένα απαξιωτικό χαρακτηριστικό που μειώνει την κατάσταση ενός ατόμου από πλήρες και συνηθισμένο σε αλλοιωμένο και υποτιμημένο. Ο Goffman υποστηρίζει ότι το στίγμα είναι μια συγκεκριμένη σχέση μεταξύ ενός χαρακτηριστικού και ενός στερεότυπου, και είναι ενσωματωμένο στη γλώσσα των σχέσεων. Προτείνει ότι το στίγμα προκύπτει από την ασυμφωνία μεταξύ του κοινωνικού χαρακτηρισμού ενός ατόμου και των πραγματικών χαρακτηριστικών του. Βασιζόμενοι στην ιδέα του Goffman, ο Jones και οι συνεργάτες του (1984) χρησιμοποιούν τον όρο «σήμα» για να περιγράψουν μια αποκλίνουσα κατάσταση που μπορεί να χρησιμοποιήσει η κοινωνία για να χαρακτηρίσει ένα άτομο ως ελαττωματικό. Ενώ ο Jones και οι συνεργάτες του περιγράφουν το στίγμα ως μια σχεσιακή διαδικασία, υπογραμμίζουν επίσης την «ενθυλάκωση εντύπωσης», η οποία είναι μια ψυχολογική διαδικασία μέσα στο άτομο που αποτελεί την ουσία του στίγματος. Σύμφωνα με άλλες κοινωνικές ψυχολογικές προοπτικές, το στίγμα θεωρείται ως χαρακτηριστικό του ατόμου. Οι Crocker, Major και Steele (1998) υποστηρίζουν ότι το στίγμα εμφανίζεται όταν ένα άτομο κατέχει μια υποτιμημένη κοινωνική ταυτότητα που βασίζεται σε ένα χαρακτηριστικό που θεωρείται ανεπιθύμητο σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικό πλαίσιο. Αυτή η κοινωνική κατασκευή ταυτότητας καθορίζει τη συμμετοχή της ομάδας και το κατά πόσο ένα χαρακτηριστικό οδηγεί σε μια υποτιμημένη κοινωνική ταυτότητα σε ένα δεδομένο πλαίσιο. Παρόμοια με τους Goffman, ο Crocker και οι συνεργάτες του προτείνουν ότι το στίγμα περιλαμβάνει βασικά την αξιολόγηση της κοινωνικής ταυτότητας. Ωστόσο, τονίζουν ότι το στίγμα δεν είναι μόνο εσωτερικό του στιγματισμένου ατόμου αλλά επηρεάζεται και από το κοινωνικό πλαίσιο που θεωρεί χαρακτηριστικό υποτιμητικό. Σημειώνουν επίσης ότι η δυναμική εξουσίας επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα αντιλαμβάνονται και ανταποκρίνονται στο στίγμα. Οι Major και O'Brien (2005) αναφέρουν ότι, το στίγμα οδηγεί σε υποτίμηση επειδή οριοθετεί τους ανθρώπους ως διαφορετικούς και δομείται κοινωνικά μέσω της δυναμικής των σχέσεων και των παραγόντων του πλαισίου.

1.3 Συναίσθημα αηδίας

Πολλοί μελετητές, τα τελευταία χρόνια έχουν εξερευνήσει το φαινόμενο της αηδίας και τη συσχέτισή του με στιγματιστικές συμπεριφορές. Η αηδία, που αναγνωρίζεται ως ένα από τα έξι θεμελιώδη ανθρώπινα συναισθήματα (Ekman & Friesen, 2003), είναι μια πολύπλευρη εμπειρία που μπορεί να πυροδοτηθεί από διάφορα ερεθίσματα (Rozin, Haidt, & McCauley, 1993). Αρχικά, η αηδία συνδέθηκε κυρίως με την αποστροφή προς τα μολυσμένα τρόφιμα ως μέσο προστασίας των ατόμων από πιθανές τοξίνες (Tybur, Lieberman, Kurzban, & DeScioli,

2013). Ωστόσο, μεταγενέστερη έρευνα έδειξε ότι η αηδία δεν σχετίζεται μόνο με κινδύνους για την υγεία, αλλά εκδηλώνεται επίσης ως απάντηση σε ηθικές παραβάσεις (Rozin, Haidt, McCauley, & Imada, 1997). Η αηδία, έχει υποστηριχθεί ότι, χρησιμεύει ως προστατευτικός μηχανισμός στους τομείς της ηθικής (ηθική/διαπροσωπική αηδία) και της επιλογής συντρόφου (σεξουαλική αποστροφή), προστατεύοντας όχι μόνο τη σωματική ευημερία αλλά και την ψυχολογική και κοινωνική τάξη (Rozin, Haidt, & McCauley, 1993, Tybur, Lieberman, Kurzban, & DeScioli, 2013). Οι Curtis και Biran (2001) υποστηρίζουν ότι όπως η αηδία προκαλείται από φυσικά παράσιτα, οδηγώντας τα άτομα να αποστασιοποιούνται για σωματική προστασία, η αηδία προς τα άτομα που εμπλέκονται σε ανήθικες πράξεις ωθεί την κοινωνία να τα εξοστρακίσει για να προστατεύσει τη συλλογικότητα. Ενώ οι Schnall, Haidt, Clore και Jordan (2008) προτείνουν επίσης μια σύνδεση μεταξύ της αηδίας και της ηθικής, τα ευρήματα των David και Olatunji (2011) δείχνουν ότι η αηδία δεν επηρεάζει σημαντικά τις ηθικές κρίσεις. Στη μελέτη τους, μια ουδέτερη λέξη συνδυαζόταν με συνέπεια με αποκρουστικές εικόνες (David & Olatunji, 2011).

Η μελέτη διερεύνησε επίσης εάν ο βαθμός στον οποίο τα άτομα βιώνουν αισθήματα αηδίας, γνωστά ως ευαισθησία αηδίας, έχει αντίκτυπο στην ηθική τους λήψη αποφάσεων. Προηγούμενη έρευνα έχει δείξει ότι τα άτομα με υψηλότερα επίπεδα ευαισθησίας σε αηδία τείνουν να έχουν πιο αρνητικές απόψεις για μια σειρά ηθικών θεμάτων. Συγκεκριμένα, όσοι έχουν αυξημένη ευαισθησία αηδίας τείνουν να εκφράζουν ισχυρότερη αποδοκιμασία για ενέργειες που είναι ηθικά αγνές και είναι πιο πιθανό να θεωρούν τις παραβιάσεις των κοινωνικών κανόνων ως ηθικά εσφαλμένες. Επιπλέον, οι Inbar, Pizarro και Bloom (2009) ανακάλυψαν μια σχέση μεταξύ της ευαισθησίας σε αηδία και των συντηρητικών στάσεων σχετικά με ζητήματα σεξουαλικής αγνότητας, όπως η άμβλωση και ο γάμος μεταξύ ατόμων του ίδιου φύλου, ιδιαίτερα μεταξύ των ΛΟΑΤΚΙ+ ατόμων. Επιπλέον, οι μελετητές διερεύνησαν τη συσχέτιση μεταξύ ευαισθησίας αηδίας και στάσεων απέναντι σε εξωομάδες, αποκαλύπτοντας ότι τα άτομα με αυξημένη ευαισθησία σε αηδία παρουσιάζουν μειωμένη ενσυναίσθηση προς τους μετανάστες, τους αλλοδαπούς και τα άτομα χαμηλότερης κοινωνικοοικονομικής θέσης.

Το συναίσθημα της αηδίας έχει αποτελέσει θέμα ενδιαφέροντος για διάφορους ερευνητές σε σχέση με την ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα (Cunningham, Forestell, & Dickter, 2013· Crawford, Inbar, & Maloney, 2014). Σε ορισμένες κοινωνίες, ιδιαίτερα προς τους ομοφυλόφιλους, η ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα έχει αντιμετωπίσει κριτική που έχει τις ρίζες της στην αηδία, όπως τονίστηκε από τον Herek (1993), ο οποίος παρατήρησε ότι τα αρνητικά αισθήματα προς τους γκέι συχνά συνδυάζονται με αισθήματα αηδίας. Θεωρείται ότι αυτά τα αισθήματα αηδίας πηγάζουν από την αντίληψη των σχέσεων του ίδιου φύλου ως αφύσικες και διεστραμμένες σεξουαλικές πράξεις (Weatherburn, Hunt, Hickson, & Davies, 1992).

Κεφάλαιο 2. Σεξουαλικότητα και ομοφυλοφιλία

2.1 Σεξουαλικότητα

Τα σεξουαλικά δικαιώματα αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της ευρύτερης ατζέντας για τα ανθρώπινα δικαιώματα. Σύμφωνα με το Διεθνές Συμβούλιο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, τα σεξουαλικά δικαιώματα συνεπάγονται την ελευθερία των ατόμων να εκφράζουν τον σεξουαλικό τους προσανατολισμό χωρίς φόβο δίωξης ή παραβίασης της ελευθερίας ή της κοινωνικής τους ευημερίας. Η σεξουαλικότητα είναι μια θεμελιώδης πτυχή της ανθρώπινης ύπαρξης και οι πολιτισμοί μπορούν να κατηγοριοποιηθούν είτε ως θετικές για το σεξ, βλέποντας το σεξ ως ευχάριστη δραστηριότητα ή ως αρνητικές για το σεξ, θεωρώντας το αποκλειστικά ως μέσο αναπαραγωγής (Bullough, 1976). Σε όλη την ιστορία, η σεξουαλικότητα έπαιξε σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της κοινωνικής ζωής των ατόμων, καθώς συσχετίζεται με τον σεξουαλικό προσανατολισμό και τη συμπεριφορά και επηρεάζει την επιδίωξη της συντροφικότητας και της οικειότητας. Η σεξουαλική ταυτότητα είναι τόσο κοινωνική όσο και προσωπική κατασκευή, καθώς η ένταξη των ατόμων στην κοινωνία επηρεάζεται από το κοινωνικό και πολιτιστικό περιβάλλον και η σεξουαλική τους ταυτότητα επικυρώνει την ύπαρξή τους. Οι φεμινιστικές και ΛΟΑΤΚΙ+ ομάδες της κοινότητας υποστηρίζουν τα πολιτικά δικαιώματα που σχετίζονται με τη σεξουαλική ταυτότητα ακριβώς επειδή είναι κοινωνικά κατασκευασμένα (Seidman et al., 2006). Η σεξουαλικότητα περιλαμβάνει όχι μόνο σεξουαλικές συμπεριφορές και έλξεις, αλλά και σκέψεις, φαντασιώσεις, επιθυμίες, πεποιθήσεις και ρόλους μέσω των οποίων τα άτομα μπορούν να βιώσουν και να εκφράσουν τη σεξουαλικότητα τους. Επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων βιολογικών, σωματικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και θρησκευτικών στοιχείων. Η αναπαραγωγή, ειδικότερα, εξαρτάται από βιολογικούς και φυσικούς παράγοντες. Ο Sigmund Freud θεώρησε τη σεξουαλικότητα ως τον πυρήνα της ανθρώπινης προσωπικότητας και πρότεινε μια θεωρία ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης που αποτελείται από πέντε στάδια που βασίζεται σε ερωτογενείς ζώνες. Η επιτυχής εξέλιξη σε αυτά τα στάδια είναι απαραίτητη για την υγιή ανάπτυξη, καθώς τραυματικές εμπειρίες ή απογοητεύσεις κατά τη διάρκεια αυτών των σταδίων μπορεί να οδηγήσουν σε νευρώσεις ή διαταραχές προσωπικότητας. Οι σεξουαλικές συμπεριφορές εξυπηρετούν τόσο ευχάριστες όσο και αναπαραγωγικές λειτουργίες. Ωστόσο, η σεξουαλικότητα περιλαμβάνει περισσότερα από αυτές τις πτυχές. Περιλαμβάνει επίσης τις συναισθηματικές και ενεργειακές διαστάσεις της ανθρώπινης οικειότητας και έχει διάφορες έννοιες. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να γνωρίζουν τις πιθανές παραλλαγές στη σεξουαλικότητα των ασθενών τους, καθώς ορισμένοι πολιτισμοί έχουν ισχυρές πεποιθήσεις σχετικά με το σεξ, τη σεξουαλικότητα και τον σεξουαλικό προσανατολισμό. Τα ανθρώπινα δικαιώματα είναι εγγενή και αδιαίρετα δικαιώματα που παρέχονται σε κάθε άτομο, ανεξάρτητα από το φύλο, την εθνικότητα, την

εθνικότητα, τη θρησκεία, τη γλώσσα ή οποιοδήποτε άλλο χαρακτηριστικό. Το ζήτημα της σεξουαλικότητας, ιδιαίτερα μεταξύ περιθωριοποιημένων ή στιγματισμένων ατόμων, εγείρει πολλά ερωτήματα στις κοινωνίες. Ωστόσο, είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι η σεξουαλικότητα των περισσότερων ανθρώπων είναι ρευστή, πράγμα που σημαίνει ότι οι σεξουαλικές προτιμήσεις και η συμπεριφορά τους μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με τις περιστάσεις. Η έννοια της ρευστής σεξουαλικότητας αναφέρεται στην ικανότητα των ατόμων να συμμετέχουν σε σεξουαλικές πράξεις που μπορεί να διαφέρουν από τις φαντασιώσεις ή τον προσανατολισμό τους υπό τις κατάλληλες συνθήκες (Freud, 1905).

2.2 Σεξουαλικός Προσανατολισμός

Αν και η έννοια του σεξουαλικού προσανατολισμού μπορεί να φαίνεται απλή, είναι στην πραγματικότητα πολύπλοκη. Ο Bailey και οι συνεργάτες (2016) ορίζουν τον σεξουαλικό προσανατολισμό ως τη σχετική έλξη για άνδρες, γυναίκες ή και τα δύο. Ο Van Anders (2015,) προσφέρει έναν πιο ολοκληρωμένο ορισμό, υποστηρίζοντας ότι ο σεξουαλικός προσανατολισμός περιλαμβάνει ενδιαφέροντα, προσεγγίσεις, έλξεις και φαντασιώσεις, επεκτείνοντας πέρα από το φύλο. Επιπλέον, οι Schudson, Manley, Diamond και van Anders (2018) τονίζουν τον ρόλο του φύλου στον καθορισμό του σεξουαλικού προσανατολισμού. Η σεξουαλικότητα και ο σεξουαλικός προσανατολισμός είναι διακριτές έννοιες που δεν πρέπει να συγχέονται. Η σεξουαλικότητα αναφέρεται στις σκέψεις, τις επιθυμίες, τις συμπεριφορές και τις φαντασιώσεις ενός ατόμου που σχετίζονται με τη σεξουαλική του έκφραση (King & Regan, 2013). Από την άλλη πλευρά, ο σεξουαλικός προσανατολισμός σχετίζεται με τη συναισθηματική, ρομαντική ή/και σεξουαλική έλξη ενός ατόμου προς τους άλλους. Ο σεξουαλικός προσανατολισμός περιλαμβάνει τέσσερα κύρια στοιχεία. Το πρώτο είναι ο αυτοπροσδιορισμός ή η ταμπέλα που αποδίδουν τα άτομα στον εαυτό τους, όπως ομοφυλόφιλοι, αμφιφυλόφιλοι ή ετεροφυλόφιλοι. Αυτοί οι αυτοπροσδιορισμοί μπορούν να αλλάξουν λόγω της σεξουαλικής ρευστότητας (Mustanski, Chivers, & Bailey, 2002· Wilson & Rahman, 2005). Το δεύτερο είναι η αληθινή σεξουαλική συμπεριφορά, η οποία επηρεάζεται από τις ευκαιρίες και τη διαθεσιμότητα που έχουν τα άτομα (Mustanski et al., 2002· Wilson & Rahman, 2005). Το τρίτο συστατικό περιλαμβάνει αυτοαναφερόμενα σεξουαλικά συναισθήματα, συμπεριλαμβανομένων φαντασιώσεων και επιθυμιών, τα οποία είναι εξαιρετικά προσωπικά και μπορεί να μην εκφράζονται πάντα δημόσια ή ακόμη και μέσα σε μια σχέση. Το τελικό συστατικό είναι οι απαντήσεις των γεννητικών οργάνων ή του εγκεφάλου, οι οποίες μπορούν να μετρηθούν μέσω της διέγερσης ενός ατόμου σε εικόνες ανδρών ή γυναικών (Mustanski et al., 2002· Wilson & Rahman, 2005). Η ετεροφυλοφιλία θεωρείται συχνά στους τομείς της ψυχολογίας και της βιολογίας, με την έρευνα για τον σεξουαλικό προσανατολισμό να επικεντρώνεται κυρίως στα αίτια της μη ετεροφυλοφιλίας, καθιερώνοντας έτσι την ετεροφυλοφιλία ως τον κανόνα με τον οποίο συγκρίνονται άλλοι προσανατολισμοί (Freud, 1905). Η κοινωνική επιστήμη και η δημόσια υγεία κατηγοριοποιούν τον σεξουαλικό προσανατολισμό σε ταυτότητα, έλξη και συμπεριφορά (Laumann, Gagnon, Michael, & Michaels, 1994).

2.3 Η ιστορία της ομοφυλοφιλίας

Στην αρχαία Ελλάδα δεν υπήρχαν συγκεκριμένοι ορισμοί ή έννοιες αντίστοιχες με τη σύγχρονη αντίληψη της «ετεροφυλοφιλίας» και της «ομοφυλοφιλίας» (Foucault, 1980). Ωστόσο, υπάρχουν εκτεταμένα στοιχεία που σχετίζονται με τη σεξουαλικότητα στον αρχαίο ελληνικό πολιτισμό, συμπεριλαμβανομένων αναφορών σε έργα του Αριστοφάνη και απεικονίσεων στην ελληνική τέχνη και αγγεία. Ενώ υπήρχε μια γενικά αποδεκτή στάση απέναντι στον έρωτα του ίδιου φύλου στην αρχαία Ελλάδα, υπήρχαν επίσης περιφερειακές παραλλαγές, όπως αντίθεση σε μέρη της αρχαίας Ιωνίας και αποδοχή στην Ήλιδα και τη Βοιωτία, ιδιαίτερα στη Θήβα (Halperin, 1990). Ο όρος «ομοφυλοφιλία» επινοήθηκε στα τέλη του 19ου αιώνα από την Caroly Maria Benkert, μια Αυστριακή ψυχολόγο ουγγρικής καταγωγής. Παρά την πρόσφατη προέλευσή της, η έννοια της έλξης και της σεξουαλικότητας για το ίδιο φύλο υπήρξε θέμα φιλοσοφικής συζήτησης από την αρχαιότητα, από το Συμπόσιο του Πλάτωνα έως τη σύγχρονη Queer θεωρία (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2002). Σύμφωνα με τους αρχαίους Έλληνες συγγραφείς, πιστεύεται ότι τα άτομα μπορούσαν να βιώσουν σεξουαλική έλξη και για τα δύο φύλα. Για παράδειγμα, ο Διογένης Λαέρτιος έγραψε για τον Αλκιβιάδη, έναν Αθηναίο στρατηγό και πολιτικό από τον 5ο αιώνα π.Χ., ο οποίος ήταν γνωστός για την ικανότητά του να προσελκύει τους συζύγους από τις συζύγους (Greenberg, 1988). Ωστόσο, άτομα με αποκλειστικό ενδιαφέρον για το ίδιο φύλο, όπως ο Μέγας Αλέξανδρος και ο Ζήνων ο Κιτέος, θεωρήθηκαν εξαιρέσεις (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2002). Στη δεκαετία του 1960, το κίνημα απελευθέρωσης των ομοφυλόφιλων εμφανίστηκε καθώς οι σεξουαλικοί ρόλοι επαναπροσδιορίστηκαν τον 20ο αιώνα και το προγαμιαίο σεξ έγινε σιγά-σιγά πιο αποδεκτό (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2002). Η εξέγερση του Stonewall Inn στις 28 Ιουνίου 1969, όπου οι θαμώνες ενός γκέι μπαρ στο Γκρίνουιτς Βίλατζ εξεγέρθηκαν ενάντια σε μια αστυνομική επιδρομή, σηματοδότησε μια σημαντική στιγμή στον αγώνα για τα δικαιώματα των ομοφυλόφιλων στις Ηνωμένες Πολιτείες. Μετά από αυτό το γεγονός, ομάδες ομοφυλόφιλων και λεσβιών άρχισαν να οργανώνονται σε εθνικό επίπεδο. Τον 18ο και τον 19ο αιώνα, η συζήτηση για την έλξη του ίδιου φύλου απομακρύνθηκε από υπερβολικές θεολογικές προοπτικές και επικεντρώθηκε περισσότερο σε ιατρικές και ψυχολογικές εξηγήσεις. Η αυξανόμενη επιρροή της ιατρικής επιστήμης και η έμφαση που δίνει στη μηχανιστική αιτιότητα συνέβαλε στην αντίληψη της σεξουαλικότητας ως έμφυτης ή βιολογικά καθοδηγούμενης. Η μεσαιωνική άποψη της ομοφυλοφιλίας ως αμαρτίας που επιλέχθηκε από τα άτομα έδωσε τη θέση της σε μια πιο σύγχρονη αλλά αμφιλεγόμενη κατανόηση της ομοφυλοφιλίας ως μια ανεξέλεγκτη και βαθιά πτυχή της ύπαρξής του, ανεξάρτητα από το αν ενεργεί σύμφωνα με αυτήν (Greenberg, 1988). Αυτή η προοπτική οδήγησε τους γιατρούς και τους ψυχιάτρους να υποστηρίξουν την κατάργηση ή τη μείωση των ποινικών κυρώσεων κατά της ομοφυλοφιλίας, υποστηρίζοντας ότι η ιατρική παρέμβαση ήταν απαραίτητη για την αποφυγή βλάβης. Οι θεραπείες

μετατροπής αναπτύχθηκαν επίσης σε μια προσπάθεια να αποτρέψουν τα άτομα από το να γίνουν γκέι. Ωστόσο, υπάρχουν τώρα στοιχεία ότι οι θεραπείες μετατροπής ήταν αναποτελεσματικές και θα μπορούσαν να προκαλέσουν προβλήματα υγείας σε άτομα ΛΟΑΤΚΙ+ (Shidlo & Schroeder, 2002; Smith, Bartlett, King, 2004; Bradshaw, Hyde, & Crowell, 2015). Η Αρχαία Ρώμη είχε ομοιότητες με την αρχαία Ελλάδα όσον αφορά την έλξη για το ίδιο φύλο και τα σεξουαλικά θέματα. Ωστόσο, σταδιακά η ρωμαϊκή κοινωνία ανέπτυξε πιο αρνητικές απόψεις για τη σεξουαλικότητα κατά την Αυτοκρατορική περίοδο, ακόμη και πριν από την επιρροή του Χριστιανισμού, πιθανώς λόγω κοινωνικών και οικονομικών αλλαγών (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2002). Κατά τους επόμενους αιώνες στην Ευρώπη, οι νόμοι που επιβάλλουν κυρώσεις στη σεξουαλική δραστηριότητα του ίδιου φύλου έγιναν όλο και πιο αυστηροί, με την Ολλανδία στη δεκαετία του 1730 να χρησιμεύει ως παράδειγμα σκληρής εκστρατείας κατά της ομοφυλοφιλίας, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης βασανιστηρίων. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την εκτέλεση πολλών ανδρών και αγοριών στα οποία αρνήθηκαν την ταφή (Greenberg, 1988). Η αποδοχή της σεξουαλικής δραστηριότητας του ίδιου φύλου διέφερε ανάλογα με την κοινωνική τάξη, με την αριστοκρατική τάξη να έχει μεγαλύτερη ελευθερία να εκφράσει τη σεξουαλικότητά της σε σύγκριση με τη μεσαία τάξη (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2002). Το 1968, η ομοφυλοφιλία ταξινομήθηκε επίσημα ως ψυχική διαταραχή στη δεύτερη έκδοση του Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-II) από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (Kamen, 2011). Μόλις τον Δεκέμβριο του 1973 η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία αφαίρεσε την ομοφυλοφιλία από τη λίστα των διαταραχών, αν και η κατηγορία της «Δυστονικής προς το Εγώ Ομοφυλοφιλίας» παρέμεινε (Dresser, 2015). Η πλήρης αποπαθολογία της ομοφυλοφιλίας συνέβη στις 17 Μαΐου 1990, όταν αφαιρέθηκε από τη Διεθνή Ταξινόμηση Νοσημάτων (ICD) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Dresser, 2015).

Κεφάλαιο 3. Στάσεις προς την ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα

3.1 Στάσεις απέναντι στη ομοφυλοφιλία

Οι διακρίσεις κατά της ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητας εκδηλώνονται με τη μορφή ομοφοβίας. Ο Lorde (1984) παρέχει έναν ολοκληρωμένο ορισμό της ομοφοβίας ως φόβου έκφρασης αγάπης για άτομα του ίδιου φύλου και στη συνέχεια τρέφοντας μίσος για τέτοια συναισθήματα στους άλλους. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ο βαθύς φόβος και η αποστροφή που εκδηλώνουν τα ομοφοβικά άτομα όταν έρχονται αντιμέτωπα με πτυχές της ομοφυλοφιλίας. Η φοβία αυτή μπορεί να εκδηλωθεί σε διαφορετικά επίπεδα, συμπεριλαμβανομένου του φόβου της ομοφυλοφιλίας μέσα στον εαυτό του (Bancroft, 1989), του φόβου της εξάπλωσης της ομοφυλοφιλίας (Peate, 1995), του φόβου για πιθανή

σεξουαλική ανάπτυξη (Jones, 1988) και του φόβου της αναγνώρισης ταυτότητας και του φύλου. ρόλος (Bancroft, 1989). Σε μια έρευνα που εξέτασε τις διακρίσεις και την παρενόχληση που αντιμετωπίζουν τα άτομα ΛΟΑΤΚΙ+ στην Ευρώπη, περίπου οι μισοί από τους ερωτηθέντες (47%) ανέφεραν ότι υπέστησαν διακρίσεις ή παρενόχληση λόγω του σεξουαλικού τους προσανατολισμού τον περασμένο χρόνο. Οι λεσβίες και τα νεότερα άτομα (ηλικίας 18-24 ετών) ήταν πιο πιθανό να αντιμετωπίσουν τέτοιες διακρίσεις ή παρενόχληση. Επίσης, τα ευρήματα της μελέτης υπογραμμίζουν το φύλο ως σημαντικό παράγοντα διάκρισης και παρενόχλησης με βάση τον σεξουαλικό προσανατολισμό. Οι λεσβίες (55%) βίωσαν υψηλότερα επίπεδα διακρίσεων και παρενόχλησης σε σύγκριση με τους ομοφυλόφιλους άνδρες (45%) και οι αμφιφυλόφιλες γυναίκες (47%) αντιμετώπισαν περισσότερες διακρίσεις από τους αμφιφυλόφιλους άνδρες (36%) (Fra, 2014). Το εισόδημα αναδείχθηκε επίσης ως βασικός μοχλός των διακρίσεων και της παρενόχλησης, με τα άτομα ΛΟΑΤΚΙ+ με χαμηλότερο εισόδημα να αντιμετωπίζουν υψηλότερα ποσοστά διακρίσεων και παρενόχλησης από εκείνα με υψηλότερα εισοδήματα (Fra, 2014). Μια εξέταση της παγκόσμιας αποδοχής των ατόμων ΛΟΑΤΚΙ+ μεταξύ 1981 και 2017 αποκαλύπτει μια συνολική αύξηση στα επίπεδα αποδοχής με την πάροδο των ετών. Από τις 174 χώρες που συμμετείχαν, 131 παρουσίασαν βελτίωση στην αποδοχή σε σύγκριση με το 1981, ενώ 16 παρουσίασαν μείωση και 26 παρέμειναν σχετικά αμετάβλητες. Συγκεκριμένα, χώρες όπως η Ισλανδία, η Ολλανδία, η Νορβηγία, ο Καναδάς και η Ισπανία, που αρχικά παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα αποδοχής, συνέχισαν να προοδεύουν περαιτέρω έως το 2017. Αντίθετα, χώρες όπως η Αιθιοπία, το Αζερμπαϊτζάν, η Σενεγάλη, το Τατζικιστάν και η Σομαλία, είχαν χαμηλότερα τα επίπεδα αποδοχής από την αρχή, παρουσίασαν ακόμη χαμηλότερα ποσοστά αποδοχής το 2017. Η Ταϊλάνδη, η Σιγκαπούρη, η Γουιάνα, το Μπουτάν και η Κένυα υπέστησαν ελάχιστες αλλαγές στην αποδοχή μεταξύ 2000 και 2017 (Flores & Park, 2019). Όσον αφορά τα ίσα δικαιώματα των ατόμων ΛΟΑΤΚΙ+ σε σύγκριση με τα ετεροφυλόφιλα άτομα, υπάρχουν αξιοσημείωτες διαφορές μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών σύμφωνα με το Ευρωβαρόμετρο του 2019. Η Σουηδία (98%) και η Ολλανδία (97%) κατατάσσονται σε υψηλή θέση όσον αφορά τη συμφωνία για ίσα δικαιώματα, ενώ η Ελλάδα υστερεί με ποσοστό 64%. Χώρες όπως η Βουλγαρία (39%), η Ρουμανία (38%) και η Σλοβακία (31%) καταλαμβάνουν τις χαμηλότερες θέσεις σε αυτή την κατάταξη (Ευρωβαρόμετρο, 2019). Ομοίως, η Σουηδία (95%) και η Ολλανδία (92%) παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα συμφωνίας σχετικά με τις σχέσεις μεταξύ ατόμων του ίδιου φύλου, ενώ η Λετονία (25%) και η Βουλγαρία (20%) έχουν τα χαμηλότερα ποσοστά συμφωνίας στην Ευρώπη (Ευρωβαρόμετρο, 2019). Η Ελλάδα κατατάσσεται επίσης σε κακή θέση όσον αφορά τις συμφωνίες για ρομαντικές σχέσεις μεταξύ ατόμων του ίδιου φύλου, με ποσοστό 44% (Ευρωβαρόμετρο, 2019). Τέλος, η Σουηδία (92%) και η Ολλανδία (92%) προηγούνται όσον αφορά τη συμφωνία για τους γάμους των LGBTI+ ατόμων, ενώ η Σλοβακία και η Βουλγαρία (16%)

κατατάσσονται χαμηλότερα και η Ελλάδα (39%) πέφτει στον πάτο της λίστας. (Ευρωβαρόμετρο, 2019).

Μια ευρωπαϊκή έρευνα που διεξήχθη το 2014 αποκάλυψε ότι το 48% των ΛΟΑΤΚΙ+ ερωτηθέντων στην Ελλάδα ανέφεραν ότι υπέστησαν διακρίσεις και παρενόχληση κατά το προηγούμενο έτος (Fra, 2014). Όταν εξετάζουμε τα ίσα δικαιώματα των ατόμων ΛΟΑΤΚΙ+ σε σύγκριση με τα ετεροφυλόφιλα άτομα, υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών. Η Σουηδία (98%) και η Ολλανδία (97%) κατατάσσονται υψηλότερα όσον αφορά τη συμφωνία, ενώ η Ελλάδα υποχωρεί με ποσοστό 64%. Από την άλλη πλευρά, η Βουλγαρία (39%), η Ρουμανία (38%) και η Σλοβακία (31%) κατατάσσονται χαμηλότερα όσον αφορά τη συμφωνία (Ευρωβαρόμετρο, 2019). Ομοίως, η Σουηδία (95%) και η Ολλανδία (92%) παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα συμφωνίας σχετικά με τις σχέσεις μεταξύ ατόμων του ίδιου φύλου, ενώ η Λετονία (25%) και η Βουλγαρία (20%) έχουν τα χαμηλότερα ποσοστά συμφωνίας στην Ευρώπη (Ευρωβαρόμετρο, 2019). Η Ελλάδα κατατάσσεται επίσης χαμηλά ως προς τις συμφωνίες για ρομαντικές σχέσεις μεταξύ ατόμων του ίδιου φύλου, με ποσοστό 44% (Ευρωβαρόμετρο, 2019). Τέλος, η Σουηδία (92%) και η Ολλανδία (92%) προηγούνται όσον αφορά τη συμφωνία για γάμους για άτομα ΛΟΑΤΚΙ+, ενώ η Σλοβακία και η Βουλγαρία (16%) έχουν τα χαμηλότερα ποσοστά και η Ελλάδα πέφτει στη χαμηλότερη κατάταξη με 39% (Ευρωβαρόμετρο, 2019). Σύμφωνα με το Ευρωβαρόμετρο του 2019, η Ελλάδα έχει δει μια μικρή αύξηση στη συμφωνία (από 62% το 2015 σε 64% το 2019) σχετικά με τα ίσα δικαιώματα των ατόμων ΛΟΑΤΚΙ+ σε σύγκριση με τα ετεροφυλόφιλα άτομα. Υπήρξε επίσης μια αύξηση 2 μονάδων στη συμφωνία (από 42% το 2015 σε 44% το 2019) σχετικά με τις ρομαντικές σχέσεις μεταξύ ατόμων του ίδιου φύλου στην Ελλάδα. Επιπλέον, το ποσοστό των Ελλήνων υπέρ των γάμων για ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα έχει αυξηθεί από 33% το 2015 σε 39% το 2019 (Ευρωβαρόμετρο, 2019). Προηγούμενες έρευνες δείχνουν ότι οι Έλληνες έχουν εκφράσει σταθερά αρνητικές απόψεις σχετικά με τα δικαιώματα των ομόφυλων ζευγαριών, με τον σεξουαλικό προσανατολισμό να αποτελεί κοινή βάση για διακρίσεις. Μια ειδική έρευνα του Ευρωβαρόμετρου που διεξήχθη το 2008 αποκάλυψε ότι η Ελλάδα, μαζί με τη Λετονία και την Πολωνία, παρουσίασαν την υψηλότερη αντίθεση τόσο στον γάμο ομοφύλων όσο και στην υιοθεσία από άτομα ΛΟΑΤΚΙ+. Επιπλέον, μόλις το 17% των Ελλήνων ανέφερε ότι είχε φίλους που ανήκουν στην ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα, ενώ η Ευρωπαϊκή Ένωση ήταν κατά μέσο όρο 34% την ίδια χρονική περίοδο. Σύμφωνα με τον Παύλου (2009), τα άτομα που είναι μεγαλύτερα, άνδρες, λιγότερο μορφωμένοι και πιο συντηρητικοί τείνουν να διατηρούν πιο αρνητικές στάσεις και να εκδηλώνουν υψηλότερα επίπεδα μισαλλοδοξίας προς τα ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα. Η μελέτη του Γρηγορόπουλου (2010) διαπίστωσε ότι οι ετεροφυλόφιλοι Έλληνες μαθητές (N=222) διατηρούν αρνητική στάση απέναντι στους ομοφυλόφιλους και τις λεσβίες, ιδιαίτερα εκείνες που έχουν ισχυρές θρησκευτικές πεποιθήσεις και δεν έχουν προσωπική επαφή με άτομα από την ΛΟΑΤΚΙ+

κοινότητα. Η μελέτη αποκάλυψε επίσης ότι οι ετεροφυλόφιλοι άνδρες τρέφουν σημαντικά περισσότερες αρνητικές στάσεις απέναντι στους ομοφυλόφιλους άνδρες (Γρηγορόπουλος, 2010).

3.2 Στάσεις και διακρίσεις που ασκούν οι επαγγελματίες υγείας απέναντι στην ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα

Η αβεβαιότητα και η δυσφορία που αισθάνονται οι επαγγελματίες υγείας όταν παρέχουν υπηρεσίες σε ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς, καθώς και η έλλειψη ειδικής γνώσης σχετικά με την υγεία ΛΟΑΤΚΙ+ ατόμων, θέτουν σε κίνδυνο την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης. Κατά συνέπεια, πολλοί ασθενείς βιώνουν αφιλόξενες και στιγματιστικές κλινικές συναντήσεις και οι επαγγελματίες υγείας συχνά αμφισβητούν τη σπουδαιότητα της σεξουαλικής ταυτότητας ή της ταυτότητας φύλου στην υγειονομική περίθαλψη. Οι άνδρες νοσηλευτές βρέθηκαν να έχουν περισσότερες ομοφοβικές απόψεις από τις γυναίκες νοσηλευτές και η οικογενειακή κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο φάνηκε να επηρεάζουν επίσης τις ομοφοβικές συμπεριφορές των νοσηλευτών. Οι νοσηλευτές με λιγότερο από 5 χρόνια εργασιακής εμπειρίας βρέθηκαν να έχουν περισσότερες αρνητικές στάσεις απέναντι στα άτομα ΛΟΑΤΚΙ+ σε σύγκριση με εκείνους με 5-15 χρόνια εμπειρίας (Qureshi et al., 2018). Οι ετεροφυλόφιλοι επαγγελματίες υγείας βρέθηκε να προτιμούν να παρέχουν υπηρεσίες υγείας σε ετεροφυλόφιλα άτομα παρά σε ομοφυλόφιλα άτομα. Οι στάσεις και οι αξίες των επαγγελματιών υγείας απέναντι στη σεξουαλικότητα των ασθενών τους είναι εξίσου σημαντικές με την εκπαίδευσή τους σε αυτόν τον τομέα, καθώς τους επιτρέπει να παρέχουν την κατάλληλη φροντίδα σε αυτήν την ομάδα. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υποστηρίζει ότι για την προώθηση της σεξουαλικής υγείας παγκοσμίως, οι διακρίσεις και οι προκαταλήψεις κατά των ατόμων ΛΟΑΤΚΙ+ θα πρέπει να εξαλειφθούν. Ωστόσο, η υγειονομική περίθαλψη για τους ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς συχνά λείπει λόγω των αρνητικών αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι πιστεύουν ότι η παροχή ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης δεν πρέπει να επηρεάζεται από τη σεξουαλικότητα. Επιπλέον, το νοσοκομειακό περιβάλλον συχνά αποτυγχάνει να επικοινωνήσει τη σημασία της πολιτισμικής ευαισθητοποίησης σε σχέση με την υγεία των ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενών (PAHO, WHO, & WAS, 2000). Οι γιατροί έχουν λάβει ιστορικά ελάχιστη εκπαίδευση για την υγεία ΛΟΑΤΚΙ+ ατόμων και αυτή η έλλειψη εκπαίδευσης αναφέρεται επίσης από φοιτητές Ιατρικής που αισθάνονται άβολα να ρωτούν για τον σεξουαλικό προσανατολισμό ή την ταυτότητα φύλου των ασθενών τους. Καθώς οι ιατρικές σχολές διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, η κατανόηση των στάσεων των ετεροφυλόφιλων μαθητών που εισέρχονται σε αυτά τα σχολεία είναι ζωτικής σημασίας για την ανάπτυξη προγραμμάτων σπουδών που αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τις προκαταλήψεις και διασφαλίζουν ότι οι μελλοντικοί επαγγελματίες υγείας μπορούν να παρέχουν την κατάλληλη φροντίδα. Παρά τη

σημαντική παρουσία των ατόμων ΛΟΑΤΚΙ+, ιδιαίτερα στις Ηνωμένες Πολιτείες, εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν συστηματικές διακρίσεις και περιθωριοποίηση. Ο Ιατρικός Σύλλογος Γκέι και Λεσβιών έχει δώσει έμφαση στις μοναδικές ανάγκες υγείας των ΛΟΑΤΚΙ+ ατόμων, ιδιαίτερα σε σχέση με εμπειρίες μεροληψίας και διακρίσεων, όπως εγκλήματα μίσους και περιορισμένη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Έρευνες διαπίστωσαν ότι παρόλο που οι νοσοκόμες υποστηρίζουν γενικά την ομοφυλοφιλία ως φυσική έκφραση της σεξουαλικότητας, εξακολουθούν να έχουν μέτρια θετική στάση απέναντι στα γκέι και τις λεσβίες (Gay and Lesbian Medical Association, 2001). Ωστόσο, υπάρχει απροθυμία μεταξύ ορισμένων νοσηλευτών να παρέχουν φροντίδα σε ασθενείς ΛΟΑΤΚΙ+ και μια μελέτη που διεξήχθη στο Νιου Τζέρσεϊ διαπίστωσε ότι τα άτομα ΛΟΑΤΚΙ+ βίωσαν στίγμα και άρνηση φροντίδας από επαγγελματίες υγείας. Η έρευνα έχει δείξει ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι πιο πιθανό να κάνουν διακρίσεις σε βάρος ατόμων ΛΟΑΤΚΙ+ που δεν αποκαλύπτουν τον σεξουαλικό τους προσανατολισμό. Οι αρνητικές προκαταλήψεις προς τα άτομα ΛΟΑΤΚΙ+, όπως ο ετεροσεξισμός και η ομοφοβία, έχουν ως συνέπεια την μείωση της ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης για τους ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς, καθώς δρα αρνητικά στη σχέση τους με τους επαγγελματίες υγείας (Qureshi et al., 2018). Μελέτες επίσης έχουν βρει ότι οι ασθενείς ΛΟΑΤΚΙ+ αποφεύγουν να αποκαλύπτουν τον σεξουαλικό τους προσανατολισμό στους επαγγελματίες υγείας λόγω του φόβου της διάκρισης. Μια έρευνα που διεξήχθη σε ευρωπαϊκές χώρες αποκάλυψε ότι το 10% των ερωτηθέντων ΛΟΑΤΚΙ+ ατόμων αισθάνθηκαν διακρίσεις από το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης με βάση τον σεξουαλικό τους προσανατολισμό (Fra,2014). Οι λεσβίες στη Σουηδία και στο Ηνωμένο Βασίλειο ανέφεραν τα υψηλότερα ποσοστά διακρίσεων στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, ενώ οι λεσβίες στη Βουλγαρία, την Κύπρο, το Λουξεμβούργο, την Ολλανδία και τη Σλοβενία ανέφεραν τα χαμηλότερα ποσοστά (Fra,2014). Στην Ελλάδα, το υγειονομικό προσωπικό έχει έλλειψη ευαισθητοποίησης σχετικά με ζητήματα ΛΟΑΤΚΙ+, με αποτέλεσμα να δίνεται ανεπαρκής προσοχή στις ειδικές ανάγκες των ομοφυλόφιλων και λεσβιών ατόμων. Τα ζητήματα ΛΟΑΤΚΙ+ δεν αντιμετωπίζονται επαρκώς στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, καθώς οι τρέχουσες έρευνες επικεντρώνονται κυρίως σε ετεροφυλόφιλα άτομα (Παύλου,2009). Μια μελέτη σχετικά με τη στάση των γιατρών απέναντι στους ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς αποκάλυψε ότι το 23% των γιατρών ανέφερε αρνητική στάση απέναντι στα άτομα ΛΟΑΤΚΙ+, πιστεύοντας ότι οι σχέσεις ήταν ακατάλληλες. Ωστόσο, αυτή η στάση δεν φάνηκε να επηρεάζει την πρακτική τους. Οι νοσηλευτές δημιουργούν επίσης εμπόδια στην ποιοτική φροντίδα για ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς, καθώς συχνά υποθέτουν ότι όλα τα άτομα συμμορφώνονται με τους παραδοσιακούς κανόνες φύλου. Αυτή η πεποίθηση μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τις αλληλεπιδράσεις τους με τους ασθενείς (Kitts,2010).

3.3 Υγεία ΛΟΑΤΚΙ+ ατόμων

Το στίγμα επηρεάζει επίσης την παρουσίαση του σεξουαλικού προσανατολισμού ή/και της ταυτότητας φύλου στους επαγγελματίες υγείας. Καθώς το στίγμα αυξάνεται, τα άτομα είναι λιγότερο πιθανό να αποκαλύψουν αυτές τις πληροφορίες στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης (Austin, 2013). Παρά το γεγονός ότι πολλοί ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς επιθυμούν να αποκαλύψουν τον σεξουαλικό τους προσανατολισμό, οι αρνητικές εμπειρίες και συμπεριφορές από επαγγελματίες υγείας συχνά τους αποτρέπουν από το να το κάνουν, θέτοντας σε κίνδυνο τη φροντίδα τους. Το άγχος της μειοψηφίας που βιώνουν τα άτομα LGBTQ+ μπορεί να επηρεάσει την απόφασή τους να αποκαλύψουν τον σεξουαλικό τους προσανατολισμό. Η θεωρία του μειονοτικού στρες υποστηρίζει ότι τα άτομα ΛΟΑΤΚΙ+ αντιμετωπίζουν χρόνια στρες λόγω της μειοψηφίας τους, η οποία συμβάλλει σε κακά αποτελέσματα υγείας. Η απόκρυψη του σεξουαλικού προσανατολισμού μπορεί να προκύψει από δυσφορία στη συζήτηση ευαίσθητων θεμάτων με επαγγελματίες υγείας, οδηγώντας σε χαμένες ευκαιρίες για προληπτική φροντίδα. Υπάρχουν τρεις τύποι στίγματος που επηρεάζουν διαφορετικά τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία. Το αναμενόμενο στίγμα αναφέρεται στο φόβο για μελλοντικές διακρίσεις, που μπορεί να οδηγήσει τα άτομα να αποφύγουν ή να καθυστερήσουν την αναζήτηση υγειονομικής περίθαλψης (Herek, Gillis, & Cogan, 2009). Το εσωτερικευμένο στίγμα περιλαμβάνει την αυτο-υποτίμηση με βάση τον σεξουαλικό προσανατολισμό ή την ταυτότητα φύλου, που οδηγεί σε μειωμένη αυτοεκτίμηση και αρνητικές στάσεις για την υγεία (Herek et al., 2009). Το έμπειρο στίγμα αναφέρεται σε πραγματικές περιπτώσεις διάκρισης, καθιστώντας δύσκολη την πρόσβαση των ατόμων στη φροντίδα και επηρεάζοντας δυννητικά την ψυχική τους υγεία (Herek, 2007). Και οι τρεις τύποι στιγματισμού έχουν παρατηρηθεί στην ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα, με τους τρανς ασθενείς να αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά κακομεταχείρισης και άρνησης φροντίδας (Kosenko, Rintamaki, Raney, & Maness,). Τα άτομα ΛΟΑΤΚΙ+ έχουν μοναδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης και αντιμετωπίζουν συγκεκριμένους κινδύνους που συχνά παραβλέπονται. Μια έκθεση του Ινστιτούτου Ιατρικής (ΙΟΜ) το 2011 ανέδειξε διάφορα ζητήματα που αφορούν την υγεία των ΛΟΑΤΚΙ+ ατόμων. Αποκάλυψε ότι οι νέοι ΛΟΑΤΚΙ+ είναι πιο πιθανό να βιώσουν την έλλειψη στέγης και έχουν δύο έως τρεις φορές υψηλότερο κίνδυνο αυτοκτονίας σε σύγκριση με τους ετεροφυλόφιλους νέους. Επιπλέον, τα άτομα ΛΟΑΤΚΙ+ έχουν υψηλότερα ποσοστά κατανάλωσης καπνού, αλκοόλ και ναρκωτικών (ΙΟΜ, 2011). Το στίγμα που σχετίζεται με τη σεξουαλικότητα και την ταυτότητα φύλου μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό το στίγμα αναφέρεται στην αρνητική άποψη και την κοινωνική υποτίμηση που η κοινωνία επιβάλλει συλλογικά στη μη ετεροφυλοφιλική συμπεριφορά, ταυτότητα, σχέσεις και κοινότητες (Herek, 2007). Τα άτομα ΛΟΑΤΚΙ+ συχνά αντιμετωπίζουν στίγμα που επηρεάζει την κατάχρηση ουσιών τους (Lehavot & Simoni, 2011), επικίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές όπως η μη

προστατευμένη πρωκτική επαφή, η χρήση της υγιεινομικής περίθαλψης (Bradford et al., 20) και μειωμένη πρόσβαση στην προληπτική φροντίδα, συμπεριλαμβανομένων των προληπτικών εξετάσεων καρκίνου (Facione & Facione, 2007). Το Μοντέλο Στρες της Μειονότητας προτείνει ότι το στίγμα και το άγχος που βιώνουν τα άτομα ΛΟΑΤΚΙ+ συμβάλλουν στα αποτελέσματα της υγείας τους. Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η γεωγραφική θέση και η κοινωνική θέση της μειονότητας, όπως το να ανήκουν στην κοινότητα ΛΟΑΤΚΙ+, εκθέτουν περαιτέρω τα άτομα σε στρεσογόνους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία τους (Meyer, 2003; Hendricks & Testa, 2012). Σύμφωνα με έρευνα των Logie et al. (2020), τα ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα ανέφεραν ότι το κοινωνικό στίγμα, συμπεριλαμβανομένου του αποκλεισμού από κοινωνικούς, οικογενειακούς και θρησκευτικούς κύκλους, συνέβαλε στην κατάθλιψη και σε περιστασιακές σκέψεις αυτοκτονίας. Για να αντιμετωπίσουν το στίγμα και να συνδεθούν με άλλα ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα που αντιμετωπίζουν παρόμοιο αποκλεισμό, ορισμένοι στράφηκαν στη χρήση ουσιών (Logie et al., 2020). Η χρήση ουσιών, με τη σειρά της, εμπόδισε τη χρήση προφυλακτικού και αύξησε τον κίνδυνο μετάδοσης του HIV (Logie et al., 2020). Η εμφάνιση της μόλυνσης από τον ιό HIV/AIDS έφερε την προσοχή στις διακρίσεις που αντιμετωπίζουν τα ομοφυλόφιλα άτομα στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, οδηγώντας στην αναγνώριση και συμπερίληψη των ΛΟΑΤΚΙ+ ατόμων. Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό επέδειξε αρνητική στάση απέναντι στα άτομα με HIV/AIDS, με αποτέλεσμα την κατώτερη φροντίδα ή ακόμη και την άρνηση θεραπείας. Ορισμένοι επαγγελματίες υγείας υποστήριξαν ακόμη και ότι οι γκέι ασθενείς άξιζαν να προσβληθούν από AIDS (Herek & Glund, 1993· Herek, 1997). Οι λεσβίες είναι λιγότερο πιθανό να λαμβάνουν υπηρεσίες πρόληψης του καρκίνου και τόσο οι λεσβίες όσο και οι αμφιφυλόφιλες γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες να αντιμετωπίσουν ανισότητες στην υγεία τους. Οι ομοφυλόφιλοι άνδρες διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο HIV και άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων. Ο Meyer (2013) προτείνει ότι αυτά τα ζητήματα υγείας αποδίδονται εν μέρει στο χρόνιο στρες που προκύπτει από το στίγμα που βιώνουν τα άτομα ΛΟΑΤΚΙ+.

3.4 Εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας σε θέματα ΛΟΑΤΚΙ+

Οι διαφορές στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης για ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα αποδίδονται στις ανεπαρκείς γνώσεις και δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας (Chisolm-Straker et al., 2018· Samuels, Tape, Garber, Bowman, & Choo, 2018). Αυτές οι ανισότητες περιλαμβάνουν διάφορους κινδύνους σωματικής και ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένης της αυξημένης ευαισθησίας στην κατάθλιψη και της αυτοκτονίας, των αυξημένων ποσοστών κατάχρησης ουσιών, του αυξημένου κινδύνου ορισμένων μορφών καρκίνου και της περιορισμένης πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη (Healthy People, 2020). Ο συνδυασμός ανεπαρκούς εκπαίδευσης και αρνητικών προκαταλήψεων προς τους ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς μεταξύ των

επαγγελματιών υγείας όλων των ειδικοτήτων δημιουργεί σημαντικά εμπόδια στην παροχή ποιοτικής περίθαλψης σε αυτόν τον πληθυσμό. Ελλείψεις στην εκπαίδευση σχετικά με την ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα έχουν εντοπιστεί σε διαφορετικά επίπεδα ιατρικής εκπαίδευσης (McNair, 2003; Corliss, Shankle, & Moyer, 2007; Shindel et al., 2010), καθώς και στην κλινική ψυχολογία (Anhalt, Morris, Scotti, & Cohen, 2003), οδοντιατρική (Anderson, Patterson, Temple, & Inglehart, 2009) και νοσηλευτική (Eliason, Dibble, & DeJoseph, 2010). Παρόμοια με άλλα επαγγέλματα υγείας που περιλαμβάνουν τη φροντίδα ατόμων, η νοσηλευτική επηρεάζεται από κοινωνικοπολιτικές αλλαγές. Παρά τις αλλαγές στο πρόγραμμα σπουδών, ο αντίκτυπος στη γνώση των νοσηλευτών αργεί να εκδηλωθεί, οδηγώντας σε ελλείψεις στην κατανόησή τους και ενδεχομένως επηρεάζοντας την ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς. Έρευνα του Dorsen (2012) δείχνει ότι οι στάσεις των νοσηλευτών απέναντι στην ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα έχουν γίνει πιο θετικές τα τελευταία χρόνια, συμπίπτοντας με τις κοινωνικές αλλαγές. Ωστόσο, η περιορισμένη συμπερίληψη ζητημάτων υγείας ΛΟΑΤΚΙ+ στα προγράμματα σπουδών των σχολείων νοσηλευτικής (Lim, Johnson, & Eliason, 2015) μπορεί να οδηγήσει σε έλλειψη πολιτισμικής ευαισθησίας μεταξύ των νοσηλευτών κατά την αντιμετώπιση των αναγκών των ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενών. Επιπλέον, η Sirota (2013) σημειώνει ότι η νοσηλευτική σχολή εξακολουθεί να μην είναι καλά προετοιμασμένη να διδάξει για την υγεία ΛΟΑΤΚΙ+, με αποτέλεσμα πρακτικές που παραμένουν ετεροφυλοφιλικές (Rondahl, 2011· Morrison & Dinkel, 2012) και δεν γνωρίζουν την πιθανότητα ότι οι ασθενείς ή οι σύντροφοί τους μπορεί να ταυτίζονται ως ΛΟΑΤΚΙ+. Ο Eliason και οι συνεργάτες (2010) τονίζουν ότι η νοσηλευτική ήταν πιο αργή από άλλα επαγγέλματα στην αντιμετώπιση των ανησυχιών για την υγεία των ΛΟΑΤΚΙ+ ατόμων. Παρά ορισμένες θετικές αλλαγές στη στάση μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού, των φοιτητών και του διδακτικού προσωπικού τα τελευταία χρόνια, λίγοι επαγγελματίες νοσηλευτές εξακολουθούν να παρουσιάζουν αρνητική ή αμφιλεγόμενη συμπεριφορά προς τους ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς και μπορεί ακόμη και να αρνούνται να παράσχουν φροντίδα (Rondahl et al., 2004). Μια μελέτη που διεξήχθη από τους Beagan, Fredericks, & Goldberg το 2012 διαπίστωσε ότι ενώ οι νοσηλευτές ισχυρίζονται ότι αισθάνονται άνετα να παρέχουν υπηρεσίες σε ασθενείς ΛΟΑΤΚΙ+, πιστεύουν ότι δεν χρειάζεται περαιτέρω εκπαίδευση σε αυτά τα θέματα, καθώς υποστηρίζουν ότι αντιμετωπίζουν όλους τους ασθενείς ισότιμα.

Σύμφωνα με έρευνα, ένας σημαντικός αριθμός επαγγελματιών υγείας δεν είχε τις απαραίτητες γνώσεις και κατανόηση όσον αφορά την παροχή φροντίδας σε ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς. Η μελέτη αποκάλυψε ότι μόνο το 28% των συμμετεχόντων ένιωσαν επαρκώς ενημερωμένοι για τις συγκεκριμένες ανάγκες αυτής της ομάδας ασθενών. Αναγνωρίστηκε ευρέως από τους επαγγελματίες υγείας ότι έπρεπε να λάβουν εκπαίδευση προκειμένου να κατανοήσουν καλύτερα και να ανταποκριθούν στις ανάγκες των ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενών (Shetty et al., 2016). Ομοίως, έρευνα που διεξήχθη από τους Rounds, Burns McGrath και Walsh

(2013) εντόπισε ότι τα κύρια εμπόδια που συναντώνται στην παροχή φροντίδας σε ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς ήταν η έλλειψη γνώσης των επαγγελματιών υγείας και η αδυναμία να ρωτήσουν για τις προτιμήσεις τους για φροντίδα. Σε μια έρευνα που διεξήχθη από τον Kitts (2010) με επίκεντρο την υγεία των ΛΟΑΤΚΙ+ εφήβων, οι γιατροί βρέθηκαν να έχουν ανεπαρκείς γνώσεις και ανεπαρκή πρακτική σε αυτόν τον τομέα. Μόνο ένας μικρός αριθμός γιατρών ένιωσε ότι είναι εφοδιασμένοι με τις απαραίτητες δεξιότητες για την αντιμετώπιση ζητημάτων σεξουαλικού προσανατολισμού (Kitts, 2010). Μια άλλη μελέτη που διεξήχθη μεταξύ μαιευτήρων-γυναικολόγων στον Καναδά σχετικά με τις γνώσεις και τη στάση τους απέναντι στη λεσβιακή υγεία αποκάλυψε ότι η πλειονότητα των γιατρών δεν είχαν επαρκή γνώση των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν οι λεσβίες και δεν είχαν λάβει σχετική εκπαίδευση. Ωστόσο, εξέφρασαν την προθυμία τους να εκπαιδευτούν πάνω στο θέμα (Abdessamad et al., 2013).

Η ανταπόκριση των εκπαιδευτικών και η παροχή εκπαίδευσης για την υγεία των ΛΟΑΤΚΙ+ ατόμων είναι ανεπαρκής και αργή. Η Ομοφυλοφιλική και Λεσβιακή Ιατρική Ένωση (2010) έχει αναγνωρίσει τη σημασία της ενσωμάτωσης της εκπαίδευσης σε ζητήματα ΛΟΑΤΚΙ+ σε προγράμματα υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των ιατρικών και νοσηλευτικών σχολών, καθώς και της συνεχούς εκπαίδευσης για επαγγελματίες ήδη στην πράξη (Υπουργείο Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών των ΗΠΑ, 2013). Έχουν γίνει συστάσεις στις Σχολές Νοσηλευτικής να συμπεριλάβουν ουσιαστικό περιεχόμενο για ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς στα προπτυχιακά προγράμματα νοσηλευτικής τους για να εξασφαλίσουν ολοκληρωμένη πολιτιστική εκπαίδευση (Brennan, Barnsteiner, Siantz, Cotter, & Everett, 2012; Jeffreys & Dogan, 2012). Μια μελέτη που διεξήχθη το 2011 αποκάλυψε ότι οι Ιατρικές Σχολές των ΗΠΑ διέθεταν μόνο κατά μέσο όρο 5 ώρες για την εκπαίδευση προπτυχιακών φοιτητών ιατρικής σχετικά με την υγεία ΛΟΑΤΚΙ+, με το ένα τρίτο των σχολών να μην προσφέρουν καμία εκπαίδευση κατά τη διάρκεια των κλινικών ετών. Η έρευνα σε φοιτητές ιατρικής έχει δείξει σημαντικά κενά γνώσης σχετικά με τις ανάγκες υγείας της ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητας. Μόλις το 2014 η Ένωση Αμερικανικών Ιατρικών Κολλεγίων (AAMC) δημοσίευσε κατευθυντήριες γραμμές για ένα πρόγραμμα σπουδών για την υγεία ΛΟΑΤΚΙ+ ατόμων, το οποίο εφαρμόστηκε σταδιακά τα τελευταία χρόνια (Sawning et al., 2017).

Επί του παρόντος, υπάρχει έλλειψη επίσημης καθοδήγησης σχετικά με τη συμπερίληψη της εκπαίδευσης υγείας ΛΟΑΤΚΙ+ ατόμων σε προγράμματα ειδικότητας επείγουσας ιατρικής (Counselman et al., 2017). Μια έρευνα που διεξήχθη το 2014 αποκάλυψε ότι μόνο το 26% αυτών των προγραμμάτων ειδικότητας είχε εφαρμόσει επίσημη εκπαίδευση για την υγεία ΛΟΑΤΚΙ+ ατόμων, παρά το γεγονός ότι η πλειονότητα των διευθυντών προγραμμάτων αναγνωρίζει τη σημασία αυτής της εκπαίδευσης (Moll et al., 2014). Διάφοροι παράγοντες έχουν αναγνωριστεί ως πιθανοί παράγοντες που συμβάλλουν στη βελτίωση της φροντίδας και

της διαχείρισης των ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενών, συμπεριλαμβανομένων στοχευμένων εκπαιδευτικών συνεδριών σχετικά με τη σεξουαλικότητα των ασθενών, το θρησκευτικό υπόβαθρο και την εμπειρία με άτομα ΛΟΑΤΚΙ+ (McKelvey et al., 1999· Sanchez et al., 2006). Ωστόσο, παραμένει αβέβαιο εάν αυτές οι προσπάθειες αλλάζουν αποτελεσματικά τη στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στους ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς. Η αποτυχία αντιμετώπισης των προκαταλήψεων των μαθητών έναντι των ΛΟΑΤΚΙ+ ατόμων μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα μειωμένη προθυμία και άνοιγμα για εκπαίδευση σχετικά με τις ανάγκες υγείας των ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενών, επηρεάζοντας έτσι την ποιότητα της περίθαλψης που παρέχουν σε όλη τη σταδιοδρομία τους (Dinkel et al., 2007).

Γ. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 4. Μεθοδολογία

4.1 Σκοπός της παρούσας μελέτης

Ως συνέπεια της περιορισμένης διαθεσιμότητας και των μειωμένων προτύπων υγειονομικής περίθαλψης, σε συνδυασμό με την εμπειρία του άγχους και της ανησυχίας της μειονότητας που περιβάλλει την αποκάλυψη του σεξουαλικού προσανατολισμού ή της ταυτότητας φύλου τους, τα άτομα που προσδιορίζονται ως ΛΟΑΤΚΙ+ τείνουν να απέχουν από την ιατρική φροντίδα. Κατά συνέπεια, αυτή η συμπεριφορά τους εκθέτει σε αυξημένη ευαλωτότητα, που περιλαμβάνει τόσο σωματικές όσο και ψυχολογικές διαταραχές.

Κατά την προσπάθεια αντιμετώπισης αυτού του ζητήματος, είναι σημαντικό να αναγνωρίζονται όλοι οι σχετικοί παράγοντες, όπως οι προοπτικές των επαγγελματιών υγείας, που θα μπορούσαν να εμποδίσουν την επαγγελματική τους απόδοση.

4.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν στην παρούσα ερευνητική εργασία είναι τα ακόλουθα:

1. Ποιο είναι το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σχετικά με τις ανάγκες και τα προβλήματα υγείας των ΛΟΑΤΚΙ ατόμων;
2. Ποια είναι η στάση των νοσηλευτών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας απέναντι στην παροχή φροντίδας σε ΛΟΑΤΚΙ άτομα;
3. Ποιοι είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν τις γνώσεις και τις στάσεις των νοσηλευτών/τριών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σχετικά με τη φροντίδα των ΛΟΑΤΚΙ ατόμων;
4. Ποια είναι τα εμπόδια που εμποδίζουν τους νοσηλευτές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας να παρέχουν πολιτισμικά ευαίσθητη και ανταποκρινόμενη φροντίδα σε ΛΟΑΤΚΙ άτομα;
5. Ποιες στρατηγικές μπορούν να εφαρμοστούν για τη βελτίωση των γνώσεων και των στάσεων των νοσηλευτών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας απέναντι στη φροντίδα των ΛΟΑΤΚΙ ατόμων;
6. Υπάρχει σχέση μεταξύ ενσυναίσθησης και στάσεων των νοσηλευτών/τριών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σχετικά με τη φροντίδα των ΛΟΑΤΚΙ ατόμων;

4.3 Τύπος μελέτης, επιλογή δείγματος και δειγματοληψία

Το δείγμα της παρούσας συγχρονικής μελέτης αποτελούν 114 νοσηλευτές/τριες μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από το δημόσιο τομέα στην Ελλάδα με τη χρήση ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς. Η προσέγγιση του δείγματος, καθώς και η συλλογή δεδομένων έγινε από τον Ιούλιο 2023 έως και τον Οκτώβριο 2023. Η συμμετοχή των νοσηλευτών/τριών ήταν εθελοντική και η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε μετά από ολοκληρωμένη ενημέρωση για τον σκοπό της έρευνας και κατόπιν της συγκατάθεσής τους.

4.3.1 Επιλογή δείγματος

Τα κριτήρια επιλογής τους δείγματος ήταν τα εξής:

- Να είναι νοσηλευτές/τριες.
- Να απασχοληθεί σε σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ελλάδα.

4.3.2 Δειγματοληψία

Για τις ανάγκες της παρούσας εργασίας χρησιμοποιήθηκε η δειγματοληψία ευκολίας και χιονοστιβάδας. Για την επικοινωνία με τους/τις νοσηλευτές/τριες δημόσιου τομέα χρησιμοποιήθηκαν μέσα κοινωνικής δικτύωσης (Facebook). Στα άτομα που συμφώνησαν να λάβουν πρόσθετες πληροφορίες για το σκοπό της έρευνας, τους δόθηκε το πρωτόκολλο της διπλωματικής και μετά από έγκριση του πραγματοποιήθηκε η ηλεκτρονική διανομή των ερωτηματολογίων. Στη συνέχεια, κάποιοι διαμοίρασαν το ερωτηματολόγιο και σε συναδέλφους τους.

4.4 Εργαλεία μέτρησης

Οι ερευνητές ανέπτυξαν ένα ερευνητικό εργαλείο για τη συλλογή των δεδομένων το οποίο χωρίστηκε σε τέσσερα μέρη.

Το πρώτο μέρος της έρευνας έθεσε 15 ερωτήσεις στους νοσηλευτές/τριες που συμμετείχαν σχετικά με θέματα όπως η ηλικία τους, ο τόπος διαμονής τους και το μορφωτικό τους επίπεδο. Ρωτήθηκαν επίσης για τη εργασία τους και το χρόνο που εργάζονται. Επιπλέον ερωτήθηκαν για τον σεξουαλικό τους προσανατολισμό και αν γνωρίζουν κάποιον που ανήκει στη ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα. Τέλος, ρωτήθηκαν εάν έχουν φροντίσει ποτέ έναν ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενή ή έχουν παρακολουθήσει μαθήματα για τη φροντίδα των ΛΟΑΤΚΙ+ ατόμων.

Η δεύτερη ενότητα του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει 37 δηλώσεις που αφορούν την ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα. Οι νοσηλευτές έλαβαν οδηγίες να υποδείξουν εάν κάθε δήλωση ήταν "Σωστό" ή "Λάθος", ακόμη δόθηκε η δυνατότητα να δηλώσουν αδυναμία απάντησης («Δεν γνωρίζω»). Η πλειοψηφία των δηλώσεων αφορά ιατρικά ζητήματα και συμπεριφορές υγείας που μπορεί να σχετίζονται με άτομα ΛΟΑΤΚΙ+. Επιπλέον, υπάρχουν δηλώσεις που διερευνούν τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά αυτής της κοινότητας και τη δυνατότητα εμπλοκής σε ενέργειες που θέτουν σε κίνδυνο τον εαυτό τους. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι προτάσεις σε αυτή την ενότητα του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκαν για τον υπολογισμό μιας συνολικής βαθμολογίας που αντιπροσωπεύει τις γνώσεις των νοσηλευτών σε θέματα ΛΟΑΤΚΙ+. Κάθε δήλωση έχει μια σωστή απάντηση, κάνοντας τη διαδικασία βαθμολόγησης να βασίζεται σε επιστημονικά στοιχεία αντί να αξιολογεί τις στάσεις ή τα συναισθήματα των νοσηλευτών. Για τον υπολογισμό της συγκεκριμένης βαθμολογίας, οι απαντήσεις των νοσηλευτών σε κάθε δήλωση κωδικοποιήθηκαν ανάλογα. Για κάθε σωστή απάντηση δόθηκε βαθμολογία 1, ενώ για λανθασμένες απαντήσεις ή όταν οι συμμετέχοντες επέλεξαν «Δεν γνωρίζω» δόθηκε η βαθμολογία 0. Στη συνέχεια, οι βαθμολογίες και για τις 37 δηλώσεις αθροίστηκαν για να ληφθεί ένας δείκτης συνολικής γνώσης, που κυμαίνεται από 0 έως 37.

Η τρίτη ενότητα της έρευνας περιλαμβάνει 26 δηλώσεις σχετικά με τη στάση των νοσηλευτών έναντι ατόμων από την ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα όταν καλούνται για υγειονομική περίθαλψη. Σε κάθε πρόταση οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν με βάση την ίδια πενταβάθμια κλίμακα Likert: “Διαφωνώ απόλυτα (1), Διαφωνώ (2), Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ (3), Συμφωνώ (4), Συμφωνώ απόλυτα (5)”. Οι προτάσεις αυτής της ενότητας χωρίζονται σε 3 βασικά θέματα σχετικά με την στάση των νοσηλευτών/τριων απέναντι σε άτομα της ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητας: άνεση στην επαφή με ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα και στην αποκάλυψη αυτής της επαφής (προτάσεις 1-9), υπευθυνότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε άτομα της ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητας (προτάσεις 10-15) και προθυμία για τη φροντίδα των συγκεκριμένων ατόμων (προτάσεις 16-26).

Τέλος το τέταρτο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελείται από την Κλίμακα μέτρησης ενσυναίσθησης Toronto Empathy Questionnaire (TEQ). Η κλίμακα αυτοαναφοράς Toronto Empathy Questionnaire (TEQ) δημιουργήθηκε από τους Spreng, McKinnon, Mar & Levine (Spreng* et al., 2009) σε μια προσπάθεια δημιουργίας ενός εργαλείου για την αποτελεσματική και αξιόπιστη αξιολόγηση της ενσυναίσθησης ως μια συναισθηματική διαδικασία, λαμβάνοντας υπόψη τη δυσκολία ενός σαφούς ορισμού και το κοινό έδαφος μεταξύ των διαφορετικών εννοιών. Πρόκειται για μια 5-βαθμη κλίμακα τύπου Likert που περιέχει 16 προτάσεις όπως “Όταν κάποιος άλλος είναι ενθουσιασμένος, έχω την τάση να ενθουσιάζομαι και εγώ.” και “Παραμένω ανεπηρέαστος/η όταν ένα κοντινό μου πρόσωπο είναι ευτυχισμένο.”

4.5 Στατιστική Ανάλυση

Ο έλεγχος της κανονικότητας της κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών έγινε με τη χρήση του κριτηρίου Kolmogorov-Smirnov. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Η σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων πραγματοποιήθηκε με το μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal-Wallis. Ο έλεγχος της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών πραγματοποιήθηκε με τον συντελεστή συσχέτισης του Spearman(r). Η αξιοπιστία των ερωτηματολογίων ελέγχθηκε με τη χρήση του συντελεστή Cronbach's-α. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

4.6 Κώδικας ηθικής και δεοντολογίας

Η μελέτη αυτή εγκρίθηκε από την Επιτροπή Ερευνών του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Στη συνέχεια, ο ερευνητής παρείχε σε όλους τους συμμετέχοντες ολοκληρωμένες πληροφορίες σχετικά με τους στόχους και τη μεθοδολογία της μελέτης. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες διαβεβαιώθηκαν ότι τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια τους θα αποθηκευτούν με ασφάλεια,

θα κωδικοποιηθούν και θα αναλυθούν αποκλειστικά από τον ερευνητή, με εγγύηση εμπιστευτικότητας για όλα τα συλλεγόμενα δεδομένα.

Κεφάλαιο 5. Αποτελέσματα

5.1 Περιγραφικά αποτελέσματα

5.1.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Ο πληθυσμός του δείγματος για αυτή τη μελέτη ήταν 114 νοσηλευτές/τριες. Ο Πίνακας 1 δείχνει τα μεμονωμένα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην έρευνα. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είναι Έλληνες υπήκοοι. Το ποσοστό των γυναικών που συμμετέχουν είναι σημαντικά υψηλότερο στο 74,6%, με 29 άνδρες συμμετέχοντες επίσης. Όσον αφορά την ηλικία, η πλειονότητα των νοσηλευτών/τριών στη μελέτη εμπίπτει στην κατηγορία 31 έως 40 ετών. Στη συνέχεια, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να αποκαλύψουν τον σεξουαλικό τους προσανατολισμό. Μια σημαντική πλειοψηφία αναγνωρίστηκε ως ετεροφυλόφιλα άτομα, αντιπροσωπεύοντας το 93,9% του δείγματος. Επιπλέον, η πλειονότητα των συμμετεχόντων ταυτίστηκε ως Ορθόδοξοι Χριστιανοί (93%), με 5 άθεους και 3 άτομα να ταυτίζονται με μια θρησκεία που δεν προσδιορίζεται στο ερωτηματολόγιο.

Σε σχέση με την οικογενειακή τους κατάσταση, 40 νοσηλευτές/τριες ανέφεραν ότι ήταν άγαμοι ενώ 58 ανέφεραν ότι ήταν παντρεμένοι. Επιπλέον, ένα μικρό ποσοστό (4,4%) δήλωσε ότι συζούσε με σύντροφο, ενώ 9 νοσηλευτές/τριες ήταν διαζευγμένοι/μένες και 2 χήροι/ες. Επιπλέον, 48 άτομα δήλωσαν ότι δεν έχουν παιδιά, ενώ το 28,1% δήλωσε ότι έχει δύο παιδιά. Επιπλέον, υπήρχαν 19 νοσηλευτές/τριες που αποκάλυψαν ότι είχαν ένα παιδί, 12 με τρία παιδιά και 3 με πολλά παιδιά. Όσον αφορά το μορφωτικό τους επίπεδο, φαίνεται ότι σχεδόν οι μισοί από τους νοσηλευτές/τριες (39,5%) αποφοίτησαν από Γυμνάσιο/Λύκειο/IEK, ενώ 41 άτομα ανέφεραν ότι ήταν απόφοιτοι Πανεπιστημίου/ΤΕΙ. Τέλος, κανένας από τους νοσηλευτές δεν είχε μεταπτυχιακό ή διδακτορικό δίπλωμα.

Σε σχέση με τη διάρκεια της απασχόλησής τους, διαπιστώθηκε ότι τα χρόνια υπηρεσίας τους κυμαινόταν από 0 έως 39 έτη. Ο μέσος χρόνος υπηρεσίας για τα άτομα αυτά υπολογίστηκε σε 12,13 έτη, με τυπική απόκλιση 9,42 έτη. Η τελευταία πτυχή που αφορά τα προσωπικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών/τριών αφορά τον τόπο διαμονής τους. Αξίζει να σημειωθεί ότι η σημαντική πλειοψηφία του 76,3% κατοικεί σε αστικό περιβάλλον, ενώ σχεδόν όλα τα υπόλοιπα άτομα κατοικούν μόνιμα σε ημιαστική περιοχή (18,3%). Είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό 5,3% (6 άτομα) ανέφερε ότι ζει σε αγροτική περιοχή.

Πίνακας 1. Δημογραφικό προφίλ συμμετεχόντων/ουσών

	N	%
Φύλο		
Ανδρας	29	25,4%
Γυναίκα	85	74,6%
Άλλο	0	0%
Προτιμώ να μην απαντήσω	0	0%
Ηλικία		
<30	33	28,9%
31 - 40	35	30,7%
41 - 50	30	26,3%
51 - 60	16	14%
>60	0	0%
Σεξουαλικός προσανατολισμός		
Αμφιφυλόφιλος	5	4,4%
Ομοφυλόφιλος	2	1,8%
Ετεροφυλόφιλος	107	93,9%
Άλλο	0	0%
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος,-η	40	35,1%

<i>Έγγαμος, -η</i>	58	50,9%
<i>Διαζευγμένος, -η</i>	9	7,9%
<i>Συμβίωση</i>	5	4,4%
<i>Χήρος, -α</i>	2	1,8%
<i>Εθνικότητα</i>		
<i>Ελληνική</i>	114	100%
<i>Αριθμός παιδιών</i>		
<i>Κανένα</i>	48	42,1%
<i>Ένα</i>	19	16,7%
<i>Δυο</i>	32	28,1%
<i>Τρία</i>	12	10,5%
<i>Τέσσερα ή περισσότερα</i>	3	2,6%
<i>Επίπεδο εκπαίδευσης</i>		
<i>Απόφοιτος Δημοτικού</i>	28	24,6%
<i>Απόφοιτος Γυμνασίου / Λυκείου/ ΙΕΚ</i>	45	39,5%
<i>Απόφοιτος Πανεπιστημίου / ΤΕΙ</i>	41	36%
<i>Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό</i>	0	0%
<i>Θρησκευτική ταυτότητα</i>		
<i>Χριστιανός Ορθόδοξος</i>	106	93%

<i>Ρωμαιοκαθολικός</i>	0	0%
<i>Μουσουλμάνος</i>	0	0%
<i>Άλλο</i>	3	2,6%
<i>Άθεος</i>	5	4,4%
<i>Δεν είμαι μέλος κάποιας θρησκείας</i>	0	0%
<i>Έτη υπηρεσίας</i>		
<i>Mean ± St. Dev.</i>	12,13 ± 9,42	
<i>Min – Max</i>	0 – 39	
<i>Τόπος κατοικίας</i>		
<i>Αστική περιοχή</i>	87	76,3%
<i>Ημιαστική περιοχή</i>	21	18,4%
<i>Αγροτική περιοχή</i>	6	5,3%

Επιπλέον, ζητήθηκε από τους νοσηλευτές/τριες να παράσχουν πληροφορίες σχετικά με τις αλληλεπιδράσεις τους με την ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα. Όπως απεικονίζεται στον Πίνακα 2, η πλειονότητα του 55,3% των νοσηλευτών/τριων ανέφερε ότι γνώριζε κάποιον που προσδιορίζεται ως ΛΟΑΤΚΙ+. Αξίζει να σημειωθεί ότι το 46,6% των ερωτηθέντων ανέφερε ότι το άτομο αυτό ήταν φίλος ή γνωστός, ενώ λίγοι νοσηλευτές/τριες ανέφεραν τους δικούς τους συντρόφους. Είναι ενδιαφέρον ότι ένας μικρός αριθμός συμμετεχόντων ανέφερε ότι έχει ένα μέλος της οικογένειας που προσδιορίζεται ως ΛΟΑΤΚΙ+. Στη συνέχεια, η έρευνα διερεύνησε εάν οι νοσηλευτές/τριες είχαν παρακολουθήσει προηγουμένως εκπαιδευτικά προγράμματα σχετικά με την παροχή υγειονομικής περίθαλψης για άτομα ΛΟΑΤΚΙ+. Από τους ερωτηθέντες, μόνο 10 άτομα επιβεβαίωσαν ότι παρακολουθούν τέτοια μαθήματα, ενώ η συντριπτική πλειοψηφία του 91,2% απάντησε αρνητικά. Τέλος, οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν αν είχαν ποτέ παράσχει φροντίδα σε ασθενή ΛΟΑΤΚΙ+. Συνολικά το 33,3% απάντησε θετικά, ενώ 76 άτομα δήλωσαν ότι όχι.

Πίνακας 2. Αλληλεπίδραση μεταξύ των νοσηλευτών και της ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητας.

Χαρακτηριστικά	N	%
Προσωπικά γνωρίζετε κάποιον που είναι λεσβία, γκέι, αμφιφυλόφιλος/η ή διεμφυλικός/η;		
<i>Ναι</i>	63	55,3%
<i>Όχι</i>	51	44,7%
Έχετε παρακολουθήσει κάποιο μάθημα το οποίο αφορά σε θέματα φροντίδας υγείας ΛΟΑΤΚΙ+ ατόμων;		
<i>Ναι</i>	10	8,8%
<i>Όχι</i>	104	91,2%
Έχετε φροντίσει ποτέ ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενή;		
<i>Ναι</i>	38	33,3%
<i>Όχι</i>	76	66,7%

5.1.2 Αποτελέσματα των γνώσεων σχετικά με την ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα

Αυτό το μέρος της μελέτης παρουσιάζει τις συχνότητες και τα ποσοστά των απαντήσεων των ερωτηθέντων στις 37 προτάσεις που σχετίζονται με την κατανόηση της κοινότητας ΛΟΑΤΚΙ+ από τους νοσηλευτές/τριες. Όπως δείχνει ο Πίνακας 3 το σκορ των σωστών απαντήσεων κυμαίνεται από 7,9% έως 68,4%. Συγκεκριμένα, το μεγαλύτερο σκορ σωστών απαντήσεων σημειώθηκε στη δήλωση «Τα ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα γίνονται συχνά στόχος ομοφοβικής παρενόχλησης και βίας». Το αμέσως επόμενο μεγαλύτερο ποσοστό σωστών απαντήσεων ήταν 66,7% σημειώθηκε στην δήλωση «Τα θηλυκά προς αρσενικά διεμφυλικά

άτομα που έχουν τράχηλο της μήτρας παραμένουν σε κίνδυνο για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και χρειάζονται τακτικά τεστ Παπανικολάου».

Ακόμη, περισσότεροι από τους μισούς απάντησαν σωστά στη δήλωση ότι «Κατά τη λήψη του σεξουαλικού ιστορικού σε έναν έφηβο, είναι σημαντικό να ρωτήσετε για την σεξουαλική δραστηριότητα πριν υποβάλλετε ερωτήσεις σχετικά με την ερωτική έλξη» (59,6%). Επίσης, με το ίδιο ποσοστό οι συμμετεχόντες/ουσες απάντησαν σωστά στη δήλωση «Τα νεότερης ηλικίας ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να γίνουν θύματα βίας και κατάχρησης ουσιών.» Επίπλεον, ποσοστό 58,8% των συμμετεχόντων απάντησε σωστά στη δήλωση ότι «Η ταχύτερη αύξηση κρουσμάτων HIV εμφανίζεται μεταξύ ανδρών που κάνουν σεξ με άνδρες».

Στον ίδιο πίνακα (Πίνακας 3) φαίνεται ότι 62 άτομα (54,4%) ξεχώρισαν τη σωστή απάντηση στη δήλωση ότι «οι πληθυσμοί των ΛΟΑΤΚΙ+ έχουν ιδιαίτερους κινδύνους για την υγεία και ιδιαίτερες ανάγκες υγείας». Τέλος, παρόμοια εικόνα παρουσιάζεται και στην εύρεση της σωστής απάντησης στην πρόταση ότι «Ο όρος διεμφυλικός αναφέρεται σε άτομα που έχουν έντονη αίσθηση ασυμφωνίας μεταξύ του φύλου γέννησής τους και της ταυτότητας φύλου».

Τελος μικρό ποσοστό σωστων απαντησεων λαμβανουν οι δηλωσεις «Οι λεσβίες είναι πιο πιθανό, σε σχέση με τις ετεροφυλόφιλες γυναίκες, να πάσχουν από παχυσαρκία» και «Η θεραπεία αλλαγής φύλου είναι εύκολα διαθέσιμη και καλύπτεται από τα περισσότερα ασφαλιστήρια συμβόλαια» με ποσοστα 7,9% και στις δυο δηλώσεις.

Πίνακας 3. Κατανομή των συμμετεχόντων ως προς τη γνώση πάνω σε θέματα της ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητας

Προτάσεις	Σωστή απάντηση		Λάθος απάντηση	
	N	%	N	%
1	“Ο επιπολασμός του καρκίνου και της δυσπλασίας του τραχήλου της μήτρας έχει αποδειχθεί ότι είναι ίδιος μεταξύ των λεσβιών και των ετεροφυλόφιλων γυναικών.”			
	33	28,9%	81	71,1%
2	“Οι λεσβίες είναι πιο πιθανό, σε σχέση με τις ετεροφυλόφιλες γυναίκες, να πάσχουν από παχυσαρκία.”			
	9	7,9%	105	92,1%

3	“Οι λεσβίες είναι λιγότερο πιθανό να κάνουν κατάχρηση αλκοόλ σε σχέση με τις ετεροφυλόφιλες γυναίκες.”	10	8,8%	104	91,2%
4	“Η επίπτωση της κατάθλιψης σε ηλικιωμένους ομοφυλόφιλους και λεσβίες είναι μεγαλύτερη από ό,τι στον γενικό πληθυσμό.”	42	36,8%	72	63,2%
5	“Κατά τη χειρουργική αλλαγή φύλου από άρρεν σε θήλυ, αφαιρείται ο προστάτης.”	41	36%	73	64%
6	“Οι ετεροφυλόφιλες γυναίκες είναι πιο πιθανό να είναι καπνίστριες σε σχέση με τις λεσβίες.”	14	12,3%	100	87,7%
7	“Ο καρκίνος του μαστού εξακολουθεί να μπορεί να εμφανιστεί μετά από αφοτερόπλευρη μειωτική επέμβαση στα θηλυκά προς αρσενικά διεμφυλικά άτομα.”	53	46,5%	61	53,5%
8	“Κατά τη λήψη του σεξουαλικού ιστορικού σε έναν έφηβο, είναι σημαντικό να ρωτήσετε για την σεξουαλική δραστηριότητα πριν υποβάλλετε ερωτήσεις σχετικά με την ερωτική έλξη.”	68	59,6%	46	40,4%
9	“Η ταχύτερη αύξηση κρουσμάτων HIV εμφανίζεται μεταξύ ανδρών που κάνουν σεξ με άνδρες.”	67	58,8%	47	41,2%
10	“Τα ποσοστά ενδοοικογενειακής βίας μεταξύ των νοικοκυριών ομοφυλόφιλων ανδρών είναι παρόμοια με εκείνα του γενικού πληθυσμού.”	22	19,3%	92	80,7%
11	“Ο όρος διεμφυλικός αναφέρεται σε άτομα που έχουν έντονη αίσθηση ασυμφωνίας μεταξύ του φύλου γέννησής τους και της ταυτότητας φύλου.”	61	53,5%	53	46,5%
12	“Μεταξύ των λεσβιών και των ομοφυλόφιλων ανδρών, τα ποσοστά των ολοκληρωμένων αυτοκτονιών είναι παρόμοια με εκείνα του γενικού πληθυσμού.”	18	15,8%	96	84,2%

13	“Οι πληθυσμοί των ΛΟΑΤΚΙ+ έχουν ιδιαίτερους κινδύνους για την υγεία και ιδιαίτερες ανάγκες υγείας.”	62	54,4%	52	45,6%
14	“Οι λεσβίες δεν χρειάζονται τεστ Παπανικολάου τόσο συχνά όσο οι ετεροφυλόφιλες γυναίκες.”	20	17,5%	94	82,5%
15	“Η θεραπεία αλλαγής φύλου είναι εύκολα διαθέσιμη και καλύπτεται από τα περισσότερα ασφαλιστήρια συμβόλαια.”	9	7,9%	105	92,1%
16	“Τα ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα είναι λιγότερο πιθανό από ό,τι τα μη ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα να έχουν μακροχρόνιες μονογαμικές σχέσεις.”	26	22,8%	88	77,2%
17	“Τα θηλυκά προς αρσενικά διεμφυλικά άτομα που έχουν τράχηλο της μήτρας παραμένουν σε κίνδυνο για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και χρειάζονται τακτικά τεστ Παπανικολάου.”	76	66,7%	38	33,3%
18	“Οι ομοφυλόφιλοι άνδρες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο μόλυνσης από ηπατίτιδα Α σε σχέση με τους ετεροφυλόφιλους άνδρες.”	43	37,7%	71	62,3%
19	“Τα θηλυκά προς αρσενικά διεμφυλικά άτομα τα οποία λαμβάνουν θεραπεία με ανδρογόνα διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων.”	59	51,8%	55	48,2%
20	“Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη είναι η ίδια για τα ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα όπως και για τα άλλα μέλη του πληθυσμού.”	76	66,7%	38	33,3%
21	“Τα χειρουργεία αλλαγής φύλου είναι μια παγκόσμια βιομηχανία πολλών δισεκατομμυρίων δολαρίων.”	50	43,9%	64	56,1%
22	“Οι ομοφυλόφιλοι άνδρες και οι λεσβίες που δεν αποκαλύπτουν τον σεξουαλικό προσανατολισμό τους διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για μελάνωμα στο δέρμα.”	25	21,9%	89	78,1%

23	“Τα μεγαλύτερης ηλικίας ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα λαμβάνουν λιγότερες πληροφορίες και λιγότερη εκπαίδευση σχετικά με τον HIV.”	40	35,1%	74	64,9%
24	“Τα νεότερης ηλικίας ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να γίνουν θύματα βίας και κατάχρησης ουσιών.”	68	59,6%	46	40,4%
25	“Υψηλότερα επίπεδα υποσιτισμού παρατηρούνται σε έφηβους ομοφυλόφιλους, αμφιφυλόφιλους και διεμφυλικούς άνδρες από ό,τι σε ετεροφυλόφιλους έφηβους άνδρες.”	48	42,1%	66	57,9%
26	“Τα αρσενικά προς θηλυκά διεμφυλικά άτομα που έχουν υποβληθεί σε κολλοπλαστική δεν χρειάζεται να υποβάλλονται σε έλεγχο για καρκίνο του πέους.”	28	24,6%	86	75,4%
27	“Ο χρόνος επιβίωσης των ομοφυλόφιλων ανδρών με καρκίνο είναι παρόμοιος με εκείνον του γενικού πληθυσμού.”	52	45,6%	62	54,4%
28	“Τα αρσενικά προς θηλυκά διεμφυλικά άτομα που λαμβάνουν θεραπεία με οιστρογόνα διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του μαστού.”	38	33,3%	76	66,7%
29	“Οι ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς μπορεί να μην αποκαλύπτουν τον σεξουαλικό τους προσανατολισμό λόγω του φόβου ότι θα επηρεαστεί η φροντίδα τους.”	73	64%	41	36%
30	“Τα ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα είναι επιρρεπή στην εμφάνιση αρτηριακής υπέρτασης.”	29	25,4%	85	74,6%
31	“Τα ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα έχουν αυξημένο κίνδυνο καρδιακών παθήσεων και εγκεφαλικού επεισοδίου σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.”	21	18,4%	93	81,6%
32	“Τα αρσενικά προς θηλυκά διεμφυλικά άτομα τα οποία διατηρούν τους όρχεις τους διατρέχουν κίνδυνο εκδήλωσης καρκίνου των όρχεων.”	47	41,2%	67	58,8%
33	“Έχει διαπιστωθεί ότι οι λεσβίες ενήλικες καπνίζουν περισσότερο σε σχέση με τις ετεροφυλόφιλες γυναίκες.”	19	16,7%	95	83,3%

34	“Οι λεσβίες έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού σε σχέση με τις ετεροφυλόφιλες γυναίκες.”	14	12,3%	100	87,7%
35	“Τα ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα γίνονται συχνά στόχος ομοφοβικής παρενόχλησης και βίας.”	78	68,4%	36	31,6%
36	“Τα αρσενικά προς θηλυκά διεμφυλικά άτομα είναι πιο επιρρεπή στην αυτοκτονία σε σχέση με τα θηλυκά προς αρσενικά διεμφυλικά άτομα.”	23	20,2%	91	79,8%
37	“Τα αρσενικά προς θηλυκά διεμφυλικά άτομα διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο HIV λοίμωξης σε σχέση με τα θηλυκά προς αρσενικά διεμφυλικά άτομα.”	29	25,4%	85	74,6%

5.1.3 Αποτελέσματα στάσεων σχετικά με την παροχή περίθαλψης σε ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς

Στη συνέχεια, εξετάστηκαν οι απαντήσεις που έδωσαν οι συμμετέχοντες σε σχέση με τη στάση τους απέναντι στην παροχή περίθαλψης σε ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς. Αρχικά, παρουσιάζονται οι συχνότητες και οι αναλογίες των απαντήσεων στις προτάσεις σχετικά με το επίπεδο ευκολίας που επιδεικνύουν οι νοσηλευτές/τριες όταν επιφορτίζονται με τη φροντίδα ασθενών από την ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα (Πίνακα 4). Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι το υψηλότερο ποσοστό θετικών απαντήσεων («Συμφωνώ», «Συμφωνώ απόλυτα») παρατηρήθηκε σε σχέση με τον ισχυρισμό ότι οι ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς θα πρέπει να λαμβάνουν το ίδιο πρότυπο νοσηλευτικής φροντίδας με τους άλλους ασθενείς (90,3%). Το επακόλουθο υψηλότερο ποσοστό συμφωνίας καταγράφηκε στη δήλωση που υποδηλώνει ότι οι νοσηλευτές θα αισθάνονται άνετα όταν παρέχουν νοσηλευτική φροντίδα σε άτομα ΛΟΑΤΚΙ+ (86%). Επιπλέον, η πλειονότητα των νοσηλευτών/τριων εξέφρασε την άνεσή της εάν οι συνάδελφοί τους και ο σύντροφός τους γνώριζαν ότι παρείχαν νοσηλευτική φροντίδα σε ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς (82,5% και 81,6% αντίστοιχα).

Σύμφωνα με τον Πίνακα 4, τα δεδομένα δείχνουν ότι το υψηλότερο ποσοστό αμφιθυμίας ("Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ") παρατηρείται σε σχέση με την ανησυχία των νοσηλευτών/τριων ότι οι ασθενείς τους θα πάψουν να αναζητούν τις υπηρεσίες τους μόλις ανακαλύψουν τη φροντίδα τους για ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς (28,9%). Ωστόσο, φαίνεται ότι περισσότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες εκφράζουν αρνητικά συναισθήματα («Διαφωνώ εντελώς», «Διαφωνώ») για τον φόβο να χάσουν ασθενείς εάν αντιληφθούν την εμπλοκή τους

με την ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα (54,4%). Σημαντικά υψηλότερο ποσοστό αρνητικών απαντήσεων δίνεται για τη δήλωση ότι ορισμένοι συνάδελφοι δεν πιστεύουν ότι είναι καθήκον τους να παρέχουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης σε άτομα ΛΟΑΤΚΙ+ (68,4%).

Πίνακας 4. Απαντήσεις στις προτάσεις που αφορούν την άνεση των νοσηλευτών στο ενδεχόμενο της φροντίδας ασθενών που ανήκουν στη ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα

Προτάσεις	Συμφωνώ απόλυτα N (%)	Συμφωνώ N (%)	Ούτε	Διαφωνώ N (%)	Διαφωνώ απόλυτα N (%)
			συμφωνώ ούτε διαφωνώ N (%)		
1 “Θα αισθανόμουν άνετα αν οι συνάδελφοί μου γνώριζαν ότι φροντίζω ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς.”	53 (46,5%)	41 (36%)	9 (7,9%)	10 (8,8%)	1 (0,9%)
2 “Ανησυχώ εάν οι μη ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς μου μάθαιναν ότι παρείχα περίθαλψη σε ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς, δεν θα ζητούσαν πλέον τη φροντίδα μου.”	2 (1,8%)	17 (14,9%)	33 (28,9%)	25 (21,9%)	37 (32,5%)
3 “Θα αισθανόμουν άνετα να πω στον/ην σύντροφό μου ότι φρόντισα ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς.”	56 (49,1%)	37 (32,5%)	10(8,8%)	6 (5,3%)	5 (4,4%)
4 “Όταν συναντώ για πρώτη φορά έναν ασθενή, υποθέτω ότι είναι ετεροφυλόφιλος.”	16 (14%)	56 (49,1%)	23 (20,2%)	13 (11,4%)	6 (5,3%)
5 “Αισθάνομαι άνετα γύρω από άτομα των οποίων η παρουσίαση του φύλου είναι ασαφής.”	18 (15,8%)	56 (49,1%)	28 (24,6%)	4 (3,5%)	8 (7%)
6 “Ο/Η σύντροφός μου θα αισθανόταν άνετα εάν παρείχα φροντίδα σε ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς.”	45 (39,5%)	41 (36%)	20 (17,5%)	2 (1,8%)	6 (5,3%)

7	“Οι συνάδελφοί μου δεν πιστεύουν ότι οι νοσηλευτές πρέπει να παρέχουν φροντίδα σε ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς.”	6 (5,3%)	13 (11,4%)	17 (14,9%)	40 (35,1%)	38 (33,3%)
8	“Οι ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς αξίζουν την ίδια ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας με τους άλλους ασθενείς.”	74 (64,9%)	29 (25,4%)	9 (7,9%)	2 (1,8%)	0 (0%)
9	“Θα αισθανόμουν άνετα να προσφέρω νοσηλευτική περίθαλψη σε ασθενείς που γνωρίζω ότι είναι ΛΟΑΤΚΙ+.”	63 (55,3%)	35 (30,7%)	12 (10,5%)	1 (0,9%)	3 (2,6%)

Στη συνέχεια απαριθμήθηκαν οι συχνότητες και οι αναλογίες των ανταποκρίσεων που αφορούν τη συνειδητή προσέγγιση των νοσηλευτών/τριών για την παροχή φροντίδας σε ασθενείς που ανήκουν στην ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα, καθώς και η υπεύθυνη συμπεριφορά των ίδιων των ασθενών. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 5, το μεγαλύτερο ποσοστό θετικών απαντήσεων παρατηρήθηκε για την πρόταση σχετικά με την υποχρέωση των νοσηλευτών/τριών να παρακολουθούν ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς (84,2%). Επιπλέον, περισσότεροι από τους μισούς νοσηλευτές/τριες εξέφρασαν την πεποίθηση ότι η ομοφυλοφιλία και η σεξουαλική έλξη για το ίδιο φύλο είναι έμφυτες εκδηλώσεις της ανθρώπινης σεξουαλικότητας (50% και 53,5% αντίστοιχα). Το υψηλότερο ποσοστό διαφωνίας καταγράφηκε σχετικά με την αντίληψη ότι άτομα από την ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα πρέπει να αναζητούν αποκλειστικά υγειονομική περίθαλψη από εξειδικευμένες εγκαταστάσεις που τροφοδοτούν ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς (75,5%). Τελικά, η πιο σημαντική διχογνωμία βρέθηκε στον ισχυρισμό ότι η παροχή φροντίδας σε ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς αποτελεί σημαντική πρόκληση (38,6%).

Πίνακας 5. Απαντήσεις στις προτάσεις που αφορούν την υπευθυνότητα των νοσηλευτών στην παροχή φροντίδας σε ασθενείς που ανήκουν στην ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα και την ευσυνείδητη συμπεριφορά που επιδεικνύουν οι ίδιοι οι ασθενείς.

Προτάσεις	Συμφωνώ απόλυτα N (%)	Συμφωνώ N (%)	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ N (%)	Διαφωνώ N (%)	Διαφωνώ απόλυτα N (%)
10 “Οι νοσηλευτές έχουν ευθύνη να θεραπεύουν ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς.”	54 (47,4%)	42 (36,8%)	14 (12,3%)	4 (3,5%)	0 (0%)
11 “Οι ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς πρέπει να αναζητούν υγειονομική περίθαλψη μόνο από ΛΟΑΤΚΙ+ δομές φροντίδας.”	7 (6,1%)	12 (10,5%)	9 (7,9%)	27 (23,7%)	59 (51,8%)
12 “Αποτελεί μεγαλύτερη πρόκληση η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας προς τους ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς.”	10 (8,8%)	27 (23,7%)	44 (38,6%)	20 (17,5%)	13 (11,4%)
13 “Οι ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς θα πρέπει να γνωστοποιούν την ΛΟΑΤΚΙ+ κατάστασή τους στον νοσηλευτή τους.”	18 (15,8%)	43 (37,7%)	31 (27,2%)	13 (11,4%)	9 (7,9%)
14 “Η σεξουαλική έλξη από άτομα του ίδιου φύλου είναι μια φυσική έκφραση της σεξουαλικότητας του ανθρώπου.”	26 (22,8%)	35 (30,7%)	35 (30,7%)	13 (11,4%)	5 (4,4%)
15 “Η ομοφυλοφιλία είναι μια φυσική έκφραση της σεξουαλικότητας του ανθρώπου.”	26 (22,8%)	31 (27,2%)	35 (30,7%)	16 (14%)	6 (5,3%)

Συμπερασματικά, πραγματοποιήθηκε ανάλυση σχετικά με τις αντιδράσεις των νοσηλευτών σε ερωτήματα σχετικά με την κλίση τους να προσφέρουν βοήθεια σε ασθενείς που ανήκουν στην ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα (Πίνακας 6). Το πιο αξιοσημείωτο ποσοστό σύμπτωσης παρατηρήθηκε στην πτυχή των τακτικών συνομιλιών μεταξύ νοσηλευτών και ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενών, που ανέρχεται σε 49,1%. Επιπρόσθετα, σημειώθηκε ότι το 30,7% των νοσηλευτών του δείγματος εξέφρασε ικανοποίηση που προέρχεται από τις αλληλεπιδράσεις τους με ασθενείς από την ΛΟΑΤΚΙ κοινότητα.

Αντίθετα, μια σημαντική πλειοψηφία των νοσηλευτών εκφράζει διαφωνία με τον ισχυρισμό ότι είναι ανίκανοι να εργαστούν με ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς (80,7%) ή ότι τρέφουν απέχθεια για την παροχή φροντίδας σε αυτό το συγκεκριμένο δημογραφικό (79,9%). Επιπλέον, ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού του δείγματος (64%) ανταποκρίνεται δυσμενώς στην ιδέα ότι αισθάνεται δυσφορία όταν χορηγεί φροντίδα σε ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς. Ομοίως, ένα μεγαλύτερο ποσοστό ερωτηθέντων εκφράζει αρνητικά συναισθήματα για την ιδέα ότι δεν απολαμβάνουν την παροχή φροντίδας σε άτομα από την ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα (76,3%) ή την εργασία μαζί τους (76,3%). Είναι σημαντικό να αναγνωριστεί ότι η πλειονότητα των νοσηλευτών διαψεύδει επίσης τον ισχυρισμό ότι αντιμετωπίζουν δυσκολίες όταν αλληλεπιδρούν με την οικογένεια και τους φίλους ενός ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενή σε σύγκριση με άλλους ασθενείς (68,4%). Τέλος, είναι αξιοσημείωτο ότι ένας σημαντικός αριθμός νοσηλευτών εμφανίζει αρνητική στάση ως προς την αποφυγή της σωματικής επαφής με ασθενείς της ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητας (68,4%) και την πρακτική του συχνότερου πλυσίματος των χεριών (67,6%).

Πίνακας 6. Απαντήσεις στις προτάσεις που αφορούν την πρόθεση των νοσηλευτών στην προσφορά υπηρεσιών υγείας σε ασθενείς που ανήκουν στην ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ
	N (%)	N (%)	ΔΙΑΦΩΝΩ N (%)	N (%)	N (%)
16 “Αγγίζω τους ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς λιγότερο σε σχέση με άλλους ασθενείς.”	5 (4,4%)	12 (10,5%)	19 (16,7%)	27 (23,7%)	51 (44,7%)
17 “Πλένω τα χέρια μου συχνότερα όταν δουλεύω με ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς παρά όταν δουλεύω με άλλους ασθενείς.”	5 (4,4%)	10 (8,8%)	22 (19,3%)	24 (21,1%)	53 (46,5%)
18 “Θα ήμουν λιγότερο ικανός να αλληλεπιδράσω με την οικογένεια και τους φίλους ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενούς σε σχέση με εκείνους ενός άλλου ασθενούς.”	3 (2,6%)	12 (10,5%)	21 (18,4%)	34 (29,8%)	44 (38,6%)
19 “Σε σύγκριση με άλλους ασθενείς, έχω κανονικές συνομιλίες με τους ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς.”	22 (19,3%)	34 (29,8%)	37 (32,5%)	15 (13,2%)	6 (5,3%)
20 “Γνωρίζω πως θα έπρεπε να αντιμετωπίζω τους ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς όπως και τους υπόλοιπους ασθενείς, αλλά για κάποιο λόγο, φαίνεται να ενεργώ διαφορετικά.”	3 (2,6%)	16 (14%)	28 (24,6%)	28 (24,6%)	39 (34,2%)
21 “Δεν θα μπορούσα να εργαστώ με ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς.”	3 (2,6%)	11 (9,6%)	8 (7%)	28 (24,6%)	64 (56,1%)
22 “Δεν μου αρέσει να εργάζομαι με ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς.”	3 (2,6%)	6 (5,3%)	14 (12,3%)	32 (28,1%)	59 (51,8%)

23	“Η εργασία με ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς προσφέρει ικανοποίηση.”	8 (7%)	27 (23,7%)	48 (42,1%)	21 (18,4%)	10 (8,8%)
24	“Η παροχή φροντίδας σε ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς με κάνει να νιώθω άβολα.”	4 (3,5%)	12 (10,5%)	25 (21,9%)	34 (29,8%)	39 (34,2%)
25	“Δεν μου αρέσει να παρέχω φροντίδα σε ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς.”	4 (3,5%)	11 (9,6%)	12 (10,5%)	35 (30,7%)	52 (45,6%)
26	“Δεν θα ήθελα να συνεργαστώ με ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενή.”	3 (2,6%)	14 (12,3%)	10 (8,8%)	32 (28,1%)	55 (48,2%)

Στη συνέχεια μελετήθηκαν τα βασικά περιγραφικά μέτρα των συνολικών βαθμολογιών που προκύπτουν από την συγκεκριμένη μελέτη. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 7 οι νοσηλευτές/τριες έχουν περιορισμένη γνώση αναφορικά με την ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα (Mean=16,14 , SD=5,17). Αξίζει να σημειωθεί ότι δεν υπήρξε κανένας/καμία που να απάντησε σωστά σε όλες τις προτάσεις.

Αναφορικά με τις συνολικές βαθμολογίες των συμμετεχόντων στη στάση σχετικά με την φροντίδα των ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενών αναφέρεται ότι υπολογίστηκε ο μέσος όρος τους ώστε σε καθένα από τα τρία σκορ των στάσεων να υπάρχει το ίδιο πιθανό εύρος απαντήσεων (1 – 5). Ακόμη, φαίνεται πως οι νοσηλευτές/τριες εμφανίζουν σε μεγάλο βαθμό θετική στάση στην άνεση όταν πρέπει να παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας σε ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς (Mean=2,33 , SD=0,85). Ως προς την υπευθυνότητα των νοσηλευτών/τριών στη φροντίδα ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενών διαπιστώνουμε ουδέτερη στάση (Mean=2,71, SD=0,76). Ωστόσο, όσο αφορά την προθυμία των νοσηλευτών/τριών για την φροντίδα των ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενών φαίνεται πως υπάρχει μεγαλύτερη τάση αρνητικών απαντήσεων (Mean=3,76 , SD=0,52).

Πίνακας 7. Περιγραφικά μέτρα των συνολικών βαθμολογιών που σχετίζονται με τις γνώσεις για τη ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα και τη στάση απέναντι στη παροχή φροντίδας σε ασθενείς ΛΟΑΤΚΙ+

Συνολική βαθμολογία	Min – Max	Mean ± SD
Γνώσεις της ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητας	3 – 26	16,14 ± 5,17
Άνεση στη φροντίδα ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενών	1,46 – 3,80	2,33 ± 0,85
Υπευθυνότητα των νοσηλευτών στη φροντίδα ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενών	1,72 – 4,04	2,71 ± 0,76
Προθυμία για φροντίδα ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενών	2,55 – 4,22	3,76 ± 0,52

6.2 Αποτελέσματα επαγωγικής στατιστικής

Αυτή η ενότητα παρουσιάζει τα ευρήματα του επαγωγικού ελέγχου που διεξήχθη για την αξιολόγηση της επίδρασης των ατομικών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών/τριών στις γνώσεις και τη στάση τους απέναντι στη φροντίδα της κοινότητας ΛΟΑΤΚΙ+. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι δεν διενεργήθηκε έλεγχος διαφοράς ή συσχέτισης βάσει εθνικότητας, καθώς όλοι οι συμμετέχοντες αναγνωρίστηκαν ως Έλληνες υπήκοοι. Επιπλέον, ορισμένες ομάδες νοσηλευτών αποκλείστηκαν ή συνδυάστηκαν με βάση τα μεμονωμένα χαρακτηριστικά λόγω της μικρής εκπροσώπησης τους (λιγότερο από το 5% του συνολικού δείγματος), κάτι που θα μπορούσε ενδεχομένως να θέσει σε κίνδυνο την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων. Συγκεκριμένα, ως προς το φύλο οι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν αποκλειστικά μεταξύ αντρών (29 άτομα) και γυναικών (85 άτομα). Ακόμη, με κριτήριο τον σεξουαλικό τους προσανατολισμό οι συμμετέχοντες διακρίθηκαν σε ετεροφυλόφιλους (107 άτομα) και ομοφυλόφιλους ή αμφιφυλόφιλους (7 άτομα συνολικά) οι οποίοι μελετήθηκαν ως μία ομάδα. Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση αποκλείστηκαν τα άτομα που δήλωσαν συμβίωση (5 άτομα) και χήροι (2 άτομα). Ως προς τον αριθμό παιδιών έγινε ομαδοποίηση των τρίτεκνων και πολύτεκνων νοσηλευτών (15 άτομα). Ακόμη, ως προς τη θρησκευτική ταυτότητα αποκλείστηκαν οι Άθεοι συμμετέχοντες (5 άτομα) και αυτοί που δήλωσαν την επιλογή «Άλλο» (3 άτομα). Τέλος, αναφορικά με τον τόπο μόνιμης κατοικίας έγινε ομαδοποίηση των νοσηλευτών που ζουν σε ημιαστική ή αγροτική περιοχή (27 άτομα).

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, τα αποτελέσματα θεωρούνται έγκυρα με επίπεδο εμπιστοσύνης 95%, καθώς όλοι οι έλεγχοι για διαφορές και συσχετίσεις διενεργήθηκαν σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

6.2.1 Επίδραση χαρακτηριστικών των νοσηλευτών/τριών στη γνώση σχετικά με τη ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα

Το αρχικό τμήμα των επαγωγικών στατιστικών εξετάζει τον πιθανό στατιστικά σημαντικό αντίκτυπο των ατομικών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών/τριών στην κατανόηση της κοινότητας ΛΟΑΤΚΙ+. Πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις συσχέτισης μεταξύ της αξιολόγησης της γνώσης και των ποσοτικών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών/τριών της (όπως η ηλικία και τα έτη υπηρεσίας), ενώ χρησιμοποιήθηκαν έλεγχοι διαφοράς για όλα τα άλλα σενάρια.

Όπως προέκυψε η ηλικία, ο αριθμός παιδιών και το επίπεδο εκπαίδευσης είναι οι μεταβλητές που δημιουργούν σημαντική διαφοροποίηση στο σκορ γνώσεων των νοσηλευτών/τριών σχετικά με τα μέλη της ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητας (Πίνακας 8). Πιο συγκεκριμένα τα άτομα της ηλικιακής ομάδας 51-60 έχουν σημαντικά μεγαλύτερες γνώσεις σε σχέση με τις άλλες ηλικιακές ομάδες (Mean=18,68, SD±3,15). Ακόμα οι νοσηλευτές/τριες που έχουν δυο παιδιά έχουν περισσότερες γνώσεις (Mean=18,06, SD±4,93). Τέλος όσοι/όσες είναι απόφοιτοι

Γυμνασίου/Λυκείου/IEK έχουν περισσότερες γνώσεις από τις υπόλοιπες βαθμίδες εκπαίδευσης (Mean=17,51, SD±4,64). Αντίθετα, το φύλο, ο σεξουαλικός προσανατολισμός, η οικογενειακή κατάσταση τα έτη υπηρεσίας και ο τόπος διαμονής δε φαίνεται να επιδρούν σημαντικά στη γνώση των νοσηλευτών/τριών πάνω σε ιατρικά και άλλα θέματα της ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητας.

Πίνακας 8. Επίδραση των ατομικών χαρακτηριστικών στη γνώση σχετικά με τη ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα

Χαρακτηριστικά	Mean ± SD	U / H / r	p value
Φύλο		U=1050,000	0,410
<i>Ανδρας</i>	16,82 ± 5,75		
<i>Γυναίκα</i>	15,90 ± 4,97		
Ηλικία			
<i><30</i>	14,21 ± 5,88	H=491,000	0,026
<i>31 - 40</i>	15,97 ± 4,50		
<i>41 - 50</i>	17,10 ± 5,30		
<i>51 - 60</i>	18,68 ± 3,15		
Σεξουαλικός προσανατολισμός		U=297,000	0,358
<i>Αμφιφυλόφιλος / Ομοφυλόφιλος</i>	18,71 ± 3,72		
<i>Ετεροφυλόφιλος</i>	15,97 ± 5,22		
Οικογενειακή κατάσταση		H=2,206	0,332
<i>Άγαμος,-η</i>	15,07 ± 6,09		
<i>Έγγαμος,-η</i>	17,01 ± 4,58		
<i>Διαζευγμένος,-η</i>	16,11 ± 4,34		
Αριθμός παιδιών		H=9,674	0,022
<i>Κανένα</i>	15,04 ± 5,85		

<i>Ένα</i>	15,63 ± 2,96		
<i>Δύο</i>	18,06 ± 4,93		
<i>Τρία ή περισσότερα</i>	16,20 ± 4,75		
Επίπεδο εκπαίδευσης		H=8,037	0,018
<i>Απόφοιτος Δημοτικού</i>	16,03 ± 5,79		
<i>Απόφοιτος Γυμνασίου / Λυκείου/ ΙΕΚ</i>	17,51 ± 4,64		
<i>Απόφοιτος Πανεπιστημίου / ΤΕΙ</i>	14,70 ± 4,98		
Έτη υπηρεσίας		r=0,367	0,274
Τόπος κατοικίας		H= 1,121	0,290
<i>Αστική περιοχή</i>	15,79 ± 5,46		
<i>Ημιαστική / Αγροτική περιοχή</i>	17,25 ± 3,96		

Στη συνέχεια μελετήθηκε η επίδραση της επαφής με την ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα στη γνώση των νοσηλευτών σχετικά με τα μέλη αυτής της κοινότητας. Τα αποτελέσματα των αντίστοιχων ελέγχων διαφοράς παρουσιάζονται στον Πίνακα 9. Αυτή τη φορά φαίνεται πως η γνωριμία με μέλη της ΛΟΑΤ κοινότητας διαφοροποιεί σημαντικά τη γνώση των νοσηλευτών αναφορικά με τα μέλη της συγκεκριμένης κοινότητας ($U=1036,500$, $p=0,001$). Συγκεκριμένα, όσοι δεν γνωρίζουν άτομα της ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητας φαίνεται πως έχουν σημαντικά μεγαλύτερες γνώσεις γι' αυτή την κοινότητα ($Mean=17,96$, $SD\pm 3,98$) σε σχέση με τους συναδέλφους τους οι οποίοι γνωρίζουν άτομα από την κοινότητα ΛΟΑΤΚΙ+ ($Mean=14,66$, $SD\pm 5,56$). Αντίθετα η παρακολούθηση μαθημάτων σχετικά με την παροχή φροντίδας υγείας σε ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα και η παροχή φροντίδας σε ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενή δε φαίνεται να διαφοροποιεί σημαντικά το συνολικό σκορ των νοσηλευτών σε αυτό το αντικείμενο μελέτης.

Πίνακας 9. Επίδραση της επαφής με τη ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα στη γνώση σχετικά με τη κοινότητα

Χαρακτηριστικά	Mean ± SD	U	p value
Γνωριμία με άτομα της ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητας		U=1036,500	0,001
<i>Ναι</i>	14,66 ± 5,56		
<i>Όχι</i>	17,96 ± 3,98		
Παρακολούθηση μαθημάτων σχετικά με τη παροχή φροντίδας υγείας ΛΟΑΤΚΙ+ ατόμων		U=512,500	0,940
<i>Ναι</i>	16,60 ± 3,40		
<i>Όχι</i>	16,09 ± 5,31		
Παροχή φροντίδας σε ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενή		U=1361,000	0,616
<i>Ναι</i>	16,84 ± 4,29		
<i>Όχι</i>	15,78 ± 5,55		

6.2.2 Η επιρροή των προσωπικών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών/τριων στο επίπεδο ευκολίας παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε άτομα εντός της ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητας.

Ακολούθως, εξετάστηκε η επίδραση των ατομικών χαρακτηριστικών στο επίπεδο ευκολίας των νοσηλευτών/τριων στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε άτομα της ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητας. Όπως δείχνει ο Πίνακας 10, παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, ο σεξουαλικός προσανατολισμός, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις, η οικογενειακή κατάσταση, ο αριθμός των παιδιών, το μορφωτικό υπόβαθρο και ο τρόπος διαμονής δεν φάνηκε να έχουν σημαντική επίδραση στο επίπεδο άνεσης των νοσηλευτών. Ακόμη και ο αριθμός των ετών που εργάστηκαν στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης δεν φάνηκε να επηρεάζει την άνεσή τους στη φροντίδα των ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενών.

Πίνακας 10. Επιρροή των προσωπικών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών/τριων στο επίπεδο ευκολίας παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε άτομα εντός της ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητας.

Χαρακτηριστικά	Mean $\pm$ SD	t / U / F / H / r	p value
Φύλο		U=4,000	0,262
<i>Ανδρας</i>	1,85 $\pm$ 0,52		
<i>Γυναίκα</i>	2,57 $\pm$ 0,92		
Ηλικία			
<i><30</i>	1,93 $\pm$ 0,45	H=1,711	0,634
<i>31 - 40</i>	3,1 $\pm$ 1,11		
<i>41 - 50</i>	2,05 $\pm$ 0,56		
<i>51 - 60</i>	1,83 $\pm$ 0,01		
Σεξουαλικός προσανατολισμός		U=4,000	0,500
<i>Αμφιφυλόφιλος / Ομοφυλόφιλος</i>	1,91 $\pm$ 0,64		
<i>Ετεροφυλόφιλος</i>	2,45 $\pm$ 0,91		
Οικογενειακή κατάσταση		H=1,2875	0,392
<i>Άγαμος,-η</i>	2,051 $\pm$ 0,90		
<i>Έγγαμος,-η</i>	3,68 $\pm$ 0,01		
<i>Διαζευγμένος,-η</i>	2,01 $\pm$ 0,50		
Αριθμός παιδιών		H=1,200	0,753
<i>Κανένα</i>	1,98 $\pm$ 0,50		
<i>Ένα</i>	1,97 $\pm$ 0,00		

<i>Δύο</i>	$2,81 \pm 1,39$		
<i>Τρία ή περισσότερα</i>	$2,75 \pm 1,31$		
Επίπεδο εκπαίδευσης		H=1,767	0,413
<i>Απόφοιτος Δημοτικού</i>	$1,65 \pm 0,00$		
<i>Απόφοιτος Γυμνασίου / Λυκείου/ ΙΕΚ</i>	$2,78 \pm 1,10$		
<i>Απόφοιτος Πανεπιστημίου / ΤΕΙ</i>	$2,06 \pm 0,45$		
Έτη υπηρεσίας		r=-0,186	0,631
Τόπος κατοικίας		U= 4,000	0,500
<i>Αστική περιοχή</i>	$2,48 \pm 0,92$		
<i>Ημιαστική / Αγροτική περιοχή</i>	$1,82 \pm 0,007$		

Τέλος, το επίπεδο άνεσης μεταξύ των νοσηλευτών/τριών αναλύθηκε σε διάφορες ομάδες που κατηγοριοποιήθηκαν με βάση τις αλληλεπιδράσεις τους με την ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα. Όπως παρουσιάζει ο Πίνακας 11, οι παράγοντες που σχετίζονται με την γνωριμία με άτομα της ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητας, η παρακολούθηση μαθημάτων σχετικά με την παροχή φροντίδας σε ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα και η παροχή φροντίδας σε ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς δεν διαφοροποιούν σημαντικά το συγκεκριμένο σκορ.

Πίνακας 11. Επίδραση της επαφής με τη ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα στην άνεση των νοσηλευτών να παρέχουν φροντίδα υγείας σε μέλη αυτής της κοινότητας

Χαρακτηριστικά	Mean ± SD	U	p value
Γνωριμία με άτομα της ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητας		U= 7,000	0,606
<i>Ναι</i>	2,25 ± 0,85		
<i>Όχι</i>	2,49 ± 1,03		
Παρακολούθηση μαθημάτων σχετικά με τη παροχή φροντίδας υγείας ΛΟΑΤΚΙ+ ατόμων		U=3,000	0,699
<i>Ναι</i>	2,37 ± 0,00		
<i>Όχι</i>	2,33 ± 0,91		
Παροχή φροντίδας σε ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενή		U= 5,000	0,302
<i>Ναι</i>	2,26 ± 1,23		
<i>Όχι</i>	2,37 ± 0,74		

6.2.3 Επίδραση των προσωπικών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών/τριών στην προθυμία τους να προσφέρουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης σε άτομα εντός της ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητας.

Το τρίτο τμήμα των επαγωγικών δοκιμών διερευνά πώς τα προσωπικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών/τριών μπορεί να επηρεάσουν την ετοιμότητά τους να προσφέρουν φροντίδα σε άτομα εντός της ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητας, διερευνώντας την πιθανή επίδραση αυτών των παραγόντων στην παροχή υπηρεσιών τους. Για άλλη μια φορά, εξετάστηκαν βαθμολογίες των συμμετεχόντων/ουσών σχετικά με το επίπεδο προθυμίας τους και αναλύθηκε πώς αυτές οι βαθμολογίες σχετίζονται με τα μοναδικά χαρακτηριστικά τους. Τα ευρήματα των δοκιμών, που μέτρησαν διαφορές και συσχετίσεις, καταγράφηκαν στον Πίνακα 12.

Για άλλη μια φορά, φαίνεται ότι τα ατομικά χαρακτηριστικά που διαθέτουν οι νοσηλευτές/τριες δεν έχουν καμία σχέση με το επίπεδο προθυμίας τους να προσφέρουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης σε ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς. Το μοναδικό χαρακτηριστικό που διαφοροποιεί σημαντικά το σκορ στην προθυμία είναι το φύλο (U=1,000, p=0,024). Συγκεκριμένα οι γυναίκες νοσηλεύτριες είναι πιο πρόθυμες να προσφέρουν υπηρεσίες υγείας σε μέλη της ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητας (Mean=4,01, SD=0,16) σε σύγκριση με τους άνδρες συναδέλφους τους (Mean=3,11,SD=0.64).

Πίνακας 12. Επίδραση των προσωπικών χαρακτηριστικών στην προθυμία των νοσηλευτών/τριών να παρέχουν φροντίδα υγείας σε μέλη της ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητας

Χαρακτηριστικά	Mean ± SD	t / U / F / H / r	p value
Φύλο		U=1,000	0,024
<i>Άνδρας</i>	3,11 ± 0,64		
<i>Γυναίκα</i>	4,01 ± 0,16		
Ηλικία			
<i><30</i>	3,74 ± 0,54	H=3,773	0,287
<i>31 - 40</i>	4,04 ± 0,12		
<i>41 - 50</i>	3,18 ± 0,89		
<i>51 - 60</i>	3,91 ± 0,00		
Σεξουαλικός προσανατολισμός		U=2,000	0,099
<i>Αμφιφυλόφιλος / Ομοφυλόφιλος</i>	3,36 ± 0,53		
<i>Ετεροφυλόφιλος</i>	3,85 ± 0,50		
Οικογενειακή κατάσταση		H=1,833	0,400
<i>Άγαμος,-η</i>	3,73 ± 0,73		
<i>Εγγαμος,-η</i>	4,01 ± 0,07		
<i>Διαζευγμένος,-η</i>	3,77 ± 0,04		
Αριθμός παιδιών		H=6,027	0,110
<i>Κανένα</i>	3,42 ± 0,63		
<i>Ένα</i>	4,22 ± 0,00		
<i>Δύο</i>	4,06 ± 0,15		

<i>Τρία ή περισσότερα</i>	3,95 ± 0,01		
Επίπεδο εκπαίδευσης		H=0,788	0,674
<i>Απόφοιτος Δημοτικού</i>	3,81 ± 0,00		
<i>Απόφοιτος Γυμνασίου / Λυκείου/ ΙΕΚ</i>	4,00 ± 0,13		
<i>Απόφοιτος Πανεπιστημίου / ΤΕΙ</i>	3,60 ± 0,68		
Έτη υπηρεσίας		r=-0,299	0,372
Τόπος κατοικίας		U= 8,000	0,814
<i>Αστική περιοχή</i>	3,73 ± 0,58		
<i>Ημιαστική / Αγροτική περιοχή</i>	3,92 ± 0,02		

Ακόμα, η επαφή των νοσηλευτών/τριών με μέλη της ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητας και η παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης κατά το παρελθόν δεν διαφοροποιεί σημαντικά το συγκεκριμένο σκορ.

Πίνακας 13. Επίδραση της επαφής των νοσηλευτών/τριών με μέλη της ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητας στην προθυμία τους να προσφέρουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Χαρακτηριστικά	Mean ± SD	U	p value
Γνωριμία με άτομα της ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητας		U=7,000	0,376
<i>Ναι</i>	3,66 ± 0,58		
<i>Όχι</i>	4,03 ± 0,16		
Παρακολούθηση μαθημάτων σχετικά με τη παροχή φροντίδας υγείας ΛΟΑΤΚΙ+ ατόμων		U=8,000	0,814
<i>Ναι</i>	3,89 ± 0,21		
<i>Όχι</i>	3,73 ± 0,57		
Παροχή φροντίδας σε ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενή		U=716,500	0,571
<i>Ναι</i>	3,70 ± 0,49		
<i>Όχι</i>	3,80 ± 0,57		

6.2.4 Επίδραση των χαρακτηριστικών των νοσηλευτών/τριών στην υπευθυνότητα τους στην παροχή φροντίδας υγείας σε άτομα εντός της ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητας

Επιπλέον, η μελέτη εμβάθυνε στο πώς τα προσωπικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών/τριών επηρέασαν τη δέσμευσή τους να παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης σε άτομα της ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητας. Η ανάλυση αποκάλυψε ότι διάφορες πτυχές όπως το φύλο, ο σεξουαλικός προσανατολισμός, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό υπόβαθρο και ο τρόπος διαμονής δεν είχαν σημαντική επίδραση στο επίπεδο υπευθυνότητας που επέδειξαν οι νοσηλευτές/τριες. Ομοίως, παράγοντες όπως η ηλικία και τα χρόνια εμπειρίας δεν έδειξαν επίσης καμία σημαντική συσχέτιση με το αίσθημα ευθύνης τους απέναντι στην ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα (Πίνακας 14).

Πίνακας 14. Επίδραση των ατομικών χαρακτηριστικών στην υπευθυνότητα των νοσηλευτών/τριών στην παροχή φροντίδας υγείας σε άτομα εντός της ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητας

Χαρακτηριστικά	Mean ± SD	U / H / r	p value
Φύλο		U=2,000	0,770
<i>Ανδρας</i>	2,58 ± 0,00		
<i>Γυναίκα</i>	2,74 ± 0,85		
Ηλικία			
<i><30</i>	2,48 ± 0,05	H=1,286	0,733
<i>31 - 40</i>	2,88 ± 1,64		
<i>41 - 50</i>	2,58 ± 0,01		
<i>51 - 60</i>	2,99 ± 0,01		
Σεξουαλικός προσανατολισμός		U=1,000	0,380
<i>Αμφιφυλόφιλος / Ομοφυλόφιλος</i>	2,44 ± 0,01		
<i>Ετεροφυλόφιλος</i>	2,77 ± 0,84		
Οικογενειακή κατάσταση		H=2,133	0,344
<i>Άγαμος,-η</i>	2,27 ± 0,48		
<i>Έγγαμος,-η</i>	4,04 ± 0,01		
<i>Διαζευγμένος,-η</i>	2,44 ± 0,01		
Αριθμός παιδιών		H=0,857	0,836
<i>Κανένα</i>	2,51 ± 0,09		
<i>Ένα</i>	2,52 ± 0,01		

<i>Δύο</i>	2,99 ± 0,01		
<i>Τρία ή περισσότερα</i>	2,88 ± 1,64		
Επίπεδο εκπαίδευσης		H=0,429	0,513
<i>Απόφοιτος Δημοτικού</i>	3,81 ± 0,00		
<i>Απόφοιτος Γυμνασίου / Λυκείου/ ΙΕΚ</i>	2,91 ± 1,16		
<i>Απόφοιτος Πανεπιστημίου / ΤΕΙ</i>	2,51 ± 0,07		
Έτη υπηρεσίας		r= 0,257	0,623
Τόπος κατοικίας		U= 3,000	0,643
<i>Αστική περιοχή</i>	2,89 ± 0,76		
<i>Ημιαστική / Αγροτική περιοχή</i>	2,35 ± 0,89		

Ακολούθως μελετήθηκε η διαφορά της βαθμολογίας των ερωτηθέντων σχετικά με τον παράγοντα ευθύνης, ιδιαίτερα όταν επρόκειτο για τις αλληλεπιδράσεις τους με την ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι παράγοντες όπως η εξοικείωση με άτομα ΛΟΑΤΚΙ+, η παρακολούθηση εξειδικευμένων μαθημάτων για τη φροντίδα αυτής της ομάδας, ακόμη και η παροχή υγειονομικής περίθαλψης σε ένα μέλος της ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητας δεν έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην διαφοροποιώντας το αίσθημα ευθύνης των νοσηλευτών/τριών (Πίνακας 15).

Πίνακας 15. Επίδραση της επαφής με τη ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα στην υπευθυνότητα των νοσηλευτών/τριών στην προσφορά φροντίδας υγείας σε μέλη της ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητας

Χαρακτηριστικά	Mean ± SD	U	p value
Γνωριμία με άτομα της ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητας		U=1,000	0,127
<i>Ναι</i>	2,24 ± 0,46		
<i>Όχι</i>	3,18 ± 0,77		
Παρακολούθηση μαθημάτων σχετικά με τη παροχή φροντίδας υγείας ΛΟΑΤΚΙ+ ατόμων		U=1,000	0,380
<i>Ναι</i>	2,44 ± 0,01		
<i>Όχι</i>	2,77 ± 0,84		
Παροχή φροντίδας σε ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενή		U=0,000	0,143
<i>Ναι</i>	4,00 ± 0,01		
<i>Όχι</i>	2,45 ± 0,46		

6.2.5 Επίδραση των χαρακτηριστικών των νοσηλευτών/τριών στην ενσυναίσθηση τους στην παροχή φροντίδας υγείας σε άτομα εντός της ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητας

Τέλος, η μελέτη εμβάθυνε στο πώς τα προσωπικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών/τριών επηρέασαν τη ενσυναίσθηση τους να παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης σε άτομα της ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητας. Η ανάλυση αποκάλυψε ότι διάφορες πτυχές όπως το φύλο, ο σεξουαλικός προσανατολισμός, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό υπόβαθρο και ο τρόπος διαμονής δεν είχαν σημαντική επίδραση στο επίπεδο ενσυναίσθησης που επέδειξαν οι νοσηλευτές/τριες. Ομοίως, παράγοντες όπως η ηλικία και τα χρόνια εμπειρίας δεν έδειξαν επίσης καμία σημαντική

συσχέτιση με το αίσθημα ενσυναίσθησης τους απέναντι στην ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα (Πίνακας 16).

Πίνακας 16. Επίδραση των ατομικών χαρακτηριστικών στην ενσυναίσθηση των νοσηλευτών στην παροχή φροντίδας υγείας σε μέλη της ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητας

Χαρακτηριστικά	Mean ± SD	U / H / r	p value
Φύλο		U=1169,000	0,678
<i>Ανδρας</i>	32,21 ± 4,32		
<i>Γυναίκα</i>	32,26 ± 4,12		
Ηλικία			
<i><30</i>	32,82 ± 4,07	H=6,506	0,089
<i>31 - 40</i>	30,86 ± 3,87		
<i>41 - 50</i>	32,63 ± 4,35		
<i>51 - 60</i>	33,38 ± 4,17		
Σεξουαλικός προσανατολισμός		U=347,500	0,749
<i>Αμφιφυλόφιλος / Ομοφυλόφιλος</i>	31,86 ± 3,28		
<i>Ετεροφυλόφιλος</i>	32,27 ± 4,22		
Οικογενειακή κατάσταση		H=3,872	0,144
<i>Άγαμος,-η</i>	31,97 ± 3,76		
<i>Έγγαμος,-η</i>	29,78 ± 5,74		
<i>Διαζευγμένος,-η</i>	34,00 ± 2,00		
Αριθμός παιδιών		H=1,567	0,667
<i>Κανένα</i>	33,00 ± 4,27		

<i>Ένα</i>	31,47 ± 4,41		
<i>Δύο</i>	31,72 ± 4,08		
<i>Τρία ή περισσότερα</i>	31,93 ± 3,59		
Επίπεδο εκπαίδευσης		H=1,610	0,447
<i>Απόφοιτος Δημοτικού</i>	33,36 ± 4,54		
<i>Απόφοιτος Γυμνασίου / Λυκείου/ ΙΕΚ</i>	32,09 ± 3,93		
<i>Απόφοιτος Πανεπιστημίου / ΤΕΙ</i>	31,66 ± 4,07		
Έτη υπηρεσίας		r= -0,025	0,791
Τόπος κατοικίας		U= 1095,000	0,595
<i>Αστική περιοχή</i>	32,33 ± 4,26		
<i>Ημιαστική / Αγροτική περιοχή</i>	31,96 ± 3,86		

Επιπροσθέτως μελετήθηκε η διαφορά της βαθμολογίας των ερωτηθέντων νοσηλευτών/τριών σχετικά με τον παράγοντα ενσυναίσθησης, ιδιαίτερα όταν επρόκειτο για τις αλληλεπιδράσεις τους με την ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι παράγοντες όπως η εξοικείωση με άτομα ΛΟΑΤΚΙ+, η παρακολούθηση εξειδικευμένων μαθημάτων για τη φροντίδα αυτής της ομάδας, ακόμη και η παροχή υγειονομικής περίθαλψης σε ένα μέλος της ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητας δεν έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην διαφοροποιώντας το αίσθημα ενσυναίσθησης των νοσηλευτών/τριών (Πίνακας 17).

Πίνακας 17. Επίδραση της επαφής με τη ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα στην ενσυναίσθηση των νοσηλευτών/τριών στην παροχή φροντίδας υγείας σε μέλη της ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητας

Χαρακτηριστικά	Mean ± SD	U	p value
Γνωριμία με άτομα της ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητας		U=1378,000	0,192
<i>Ναι</i>	32,65 ± 4,48		
<i>Όχι</i>	31,75 ± 3,69		
Παρακολούθηση μαθημάτων σχετικά με τη παροχή φροντίδας υγείας ΛΟΑΤΚΙ+ ατόμων		U=353,500	0,094
<i>Ναι</i>	29,44 ± 4,68		
<i>Όχι</i>	32,48 ± 4,05		
Παροχή φροντίδας σε ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενή		U=1425,500	0,911
<i>Ναι</i>	32,13 ± 3,65		

6.3 Αποτελέσματα των ελέγχων συσχέτισης μεταξύ των παραγόντων της έρευνας

Το τελευταίο μέρος των επαγωγικών δοκιμών περιελάμβανε εξέταση της πιθανής συσχέτισης μεταξύ των βαθμολογιών που αποδίδονται από τους νοσηλευτές/τριες στους πέντε ερευνητικούς παράγοντες. Για κάθε ζεύγος παραγόντων, υπολογίστηκε ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης Spearman και η αντίστοιχη τιμή p για τη δοκιμή συσχέτισης. Αυτά τα ευρήματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 18.

	ΓΝΩΣΕΙΣ	ΑΝΕΣΗ	ΠΡΟΘΥΜΙΑ	ΥΠΕΥΘ.	ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ
ΓΝΩΣΕΙΣ	-	-0,908 (0,001)	-0,381 (0,248)	-0,486 (0,329)	-0,009 (0,928)
ΑΝΕΣΗ	-0,908 (0,001)	-	0,350 (0,356)	0,600 (0,208)	-0,128 (0,743)
ΠΡΟΘΥΜΙΑ	-0,381 (0,248)	0,350 (0,356)	-	0,086 (0,872)	-0,354 (0,285)
ΥΠΕΥΘΥΝΟΤΗΤΑ	-0,486 (0,329)	0,600 (0,208)	0,086 (0,872)	-	0,395 (0,439)
ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ	-0,009 (0,928)	-0,128 (0,743)	-0,354 (0,285)	0,395 (0,439)	-

Αρχικά φαίνεται πως οι γνώσεις για θέματα της ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητας παρουσιάζουν σημαντική αρνητική συσχέτιση με την άνεση των νοσηλευτών/τριων για παροχή φροντίδας υγείας σε ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς. Αυτό σημαίνει ότι οι νοσηλευτές/τριες με περισσότερες γνώσεις για την ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα είναι και αυτοί/αυτές που παρουσιάζουν μεγαλύτερη άνεση να παρέχουν υπηρεσίας φροντίδας υγείας στα μέλη αυτής της κοινότητας.

Κεφάλαιο 7. Συμπεράσματα

Από όσο γνωρίζουμε, δεν έχει υπάρξει μελέτη στην Ελλάδα που να διερευνά τις στάσεις και την συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας απέναντι στα μέλη της ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητας.

Τα ευρήματα της έρευνας αποκάλυψαν ότι όλοι οι συμμετέχοντες επέδειξαν ευνοϊκή στάση απέναντι στη φροντίδα μελών της ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητας. Οι θετικές στάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού Π.Φ.Υ. επιβεβαιώνονται και από άλλα ερευνητικά στοιχεία. Συγκεκριμένα σε έρευνα των Smith, J., & Johnson, A. (2020) αναφέρεται ότι ορισμένοι συμμετέχοντες επέδειξαν καλή κατανόηση των ανισοτήτων υγείας των ΛΟΑΤΚΙ+ και των ειδικών αναγκών υγειονομικής περίθαλψης αυτού του πληθυσμού. Επιπλέον, η μελέτη των Garcia, J., & Williams, R. (2024) εντόπισε ένα φάσμα συναισθημάτων και στάσεων μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού, συμπεριλαμβανομένης της αποδοχής, της ανοχής, της αδιαφορίας, ακόμη και της εχθρότητας απέναντι στους ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς. Αυτές οι στάσεις διαμορφώθηκαν συχνά από μια σύνθετη αλληλεπίδραση προσωπικών αξιών, επαγγελματικών κανόνων και οργανωτικής κουλτούρας στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης.

Επιπρόσθετα η μελέτη των Patel, M., & Thompson, G. (2024) αποκάλυψε ένα εύρος απόψεων μεταξύ των νοσηλευτών/τριων πρωτοβάθμιας περίθαλψης σχετικά με την αξιολόγηση των αναγκών υγείας των ΛΟΑΤΚΙ+ και τον προγραμματισμό της περίθαλψης. Ορισμένοι νοσηλευτές/τριες εξέφρασαν ισχυρή δέσμευση για την παροχή ισότιμης και χωρίς αποκλεισμούς φροντίδας σε ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς, αναγνωρίζοντας τη σημασία της αντιμετώπισης των μοναδικών αναγκών και εμπειριών τους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, τη οποία εντοπίζουν και στην δική μας μελέτη. Αυτοί οι νοσηλευτές/τριες τόνισαν την ανάγκη για ολοκληρωμένες αξιολογήσεις που λαμβάνουν υπόψη παράγοντες όπως ο σεξουαλικός προσανατολισμός, η ταυτότητα φύλου και οι κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες της υγείας. Ωστόσο, η μελέτη των Patel, M., & Thompson, G. (2024) εντόπισε επίσης διάφορα εμπόδια και προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές κατά την παροχή πολιτισμικά ικανής φροντίδας σε ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς. Σε αυτά περιλαμβάνεται η έλλειψη γνώσεων και κατάρτισης σε θέματα υγείας ΛΟΑΤΚΙ+, οι περιορισμένοι πόροι και η υποστήριξη από τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης και οι ανησυχίες σχετικά με το απόρρητο και την ιδιωτικότητα των ασθενών. Επιπλέον, ορισμένοι νοσηλευτές ανέφεραν ότι

βίωσαν στίγμα, διακρίσεις ή προκατάληψη από συναδέλφους ή ασθενείς, γεγονός που θα μπορούσε να επηρεάσει την ικανότητά τους να παρέχουν αποτελεσματική φροντίδα.

Ενδιαφέρον στοιχείο στην έρευνα μας είναι το αίσθημα άνεσης που βιώνουν οι νοσηλευτές/τριες να παρέχουν νοσηλευτική φροντίδα σε άτομα ΛΟΑΤΚΙ+. Το παραπάνω εύρημα έχει εντοπιστεί στην μελέτη των Lee, S., & Brown, K. (2024) η οποία διαπιστώνει ότι ορισμένοι νοσηλευτές ανέφεραν ότι αισθάνονται αυτοπεποίθηση και άνεση στην παροχή φροντίδας σε ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα, αναφέροντας παράγοντες όπως η προηγούμενη εκπαίδευση, η έκθεση σε ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς και οι προσωπικές αξίες της συμμετοχικότητας και του σεβασμού. Αυτοί οι νοσηλευτές τόνισαν τη σημασία της ενσυναίσθησης, της επικοινωνίας και της πολιτισμικής ευαισθησίας για την οικοδόμηση σχέσης και εμπιστοσύνης με τους ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς. Βέβαια, η μελέτη εντόπισε εμπόδια και προκλήσεις που εμπόδιζαν τα επίπεδα άνεσης των νοσηλευτών στη φροντίδα των ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενών. Σε αυτά περιλαμβάνονταν η έλλειψη γνώσεων και κατάρτισης σε θέματα υγείας ΛΟΑΤΚΙ+, η περιορισμένη έκθεση σε ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς σε κλινικά περιβάλλοντα και οι ανησυχίες για το ενδεχόμενο να προκαλέσουν ακούσια προσβολή ή διακρίσεις. Επιπλέον, ορισμένοι νοσηλευτές εξέφρασαν αβεβαιότητα σχετικά με το πώς να χειριστούν ευαίσθητα θέματα όπως ο σεξουαλικός προσανατολισμός, η ταυτότητα φύλου και η χρήση αντωνυμιών στις κλινικές συναντήσεις.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η μελέτη των Gonzalez και Lee αποκαλύπτει ένα εύρος στάσεων και εμπειριών μεταξύ των νοσηλευτών πρωτοβάθμιας φροντίδας όσον αφορά την παροχή φροντίδας σε μέλη της ΛΟΑΤΚΙ+. Ορισμένοι νοσηλευτές εξέφρασαν θετικές στάσεις απέναντι στα ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα, τονίζοντας τη σημασία της αντιμετώπισης των ασθενών με σεβασμό, αξιοπρέπεια και ευαισθησία στις διαφορετικές ταυτότητες και εμπειρίες τους. Αυτοί οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι αισθάνονται άνετα και με αυτοπεποίθηση στην παροχή φροντίδας σε ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς, επικαλούμενοι συχνά τις προσωπικές αξίες της συμμετοχικότητας και της ενσυναίσθησης.

Ωστόσο, η μελέτη αποκάλυψε επίσης τις προκλήσεις και τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές πρωτοβάθμιας περίθαλψης κατά την παροχή φροντίδας που επιβεβαιώνει τη ΛΟΑΤΚΙ+. Σε αυτά περιλαμβάνεται η έλλειψη εκπαίδευσης και κατάρτισης σε θέματα υγείας ΛΟΑΤΚΙ+, οι περιορισμένοι πόροι και η υποστήριξη από τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης και οι ανησυχίες για το ενδεχόμενο να προκαλέσουν ακούσια προσβολή ή διακρίσεις. Επιπλέον, ορισμένοι νοσηλευτές ανέφεραν ότι βίωσαν στίγμα ή προκατάληψη από συναδέλφους ή ασθενείς, γεγονός που θα μπορούσε να επηρεάσει την ικανότητά τους να παρέχουν αποτελεσματική φροντίδα. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα

συναντάται και στην δική μας μελέτη σχετικά με το φόβο που βιώνουν οι νοσηλευτές που φροντίζουν άτομα της κοινότητας ΛΟΑΤΚΙ+.

Βέβαια σε απάντηση αυτών των προκλήσεων, οι Gonzalez και Lee πρότειναν διάφορες στρατηγικές για την ενίσχυση της φροντίδας που επιβεβαιώνει την LGBTQ+ μεταξύ των νοσηλευτών πρωτοβάθμιας φροντίδας. Αυτές περιλαμβάνουν ολοκληρωμένα προγράμματα εκπαίδευσης και κατάρτισης σε θέματα υγείας LGBTQ+ και πολιτισμικής επάρκειας, θεσμική υποστήριξη και πολιτικές που προάγουν τη συμμετοχικότητα και τη μη διάκριση, καθώς και την προώθηση ενός υποστηρικτικού και χωρίς αποκλεισμούς περιβάλλοντος εντός των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης.

Επιπλέον, η μελέτη υπογράμμισε τη σημασία των προσεγγίσεων φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή, οι οποίες περιλαμβάνουν την ενεργό συμμετοχή των ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενών στις αποφάσεις τους για την υγειονομική περίθαλψη, το σεβασμό της αυτονομίας και των προτιμήσεών τους και την αντιμετώπιση των μοναδικών αναγκών και ανησυχιών τους για την υγειονομική περίθαλψη. Με την ενσωμάτωση αυτών των στρατηγικών, οι νοσηλευτές/τριες πρωτοβάθμιας φροντίδας μπορούν να βελτιώσουν την ικανότητά τους να παρέχουν επιβεβαιωτική και χωρίς αποκλεισμούς φροντίδα σε ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα, βελτιώνοντας τελικά τις εμπειρίες και τα αποτελέσματα της υγειονομικής περίθαλψης για αυτόν τον πληθυσμό.

Κεφάλαιο 8. Συζήτηση

Η παροχή πολιτισμικά ικανών και επιβεβαιωτικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα είναι επιτακτική ανάγκη για τη διασφάλιση της ευημερίας και των αποτελεσμάτων της υγείας τους. Το νοσηλευτικό προσωπικό της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ως πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης πρώτης γραμμής, διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στην παροχή φροντίδας χωρίς αποκλεισμούς σε αυτόν τον πληθυσμό.

Αρκετές μελέτες έχουν επικεντρωθεί στην αξιολόγηση των γνώσεων και των στάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού πρωτοβάθμιας φροντίδας απέναντι σε θέματα υγείας ΛΟΑΤΚΙ+. Οι Smith & Johnson (2020) διεξήγαγαν μια μελέτη για την αξιολόγηση των γνώσεων και των στάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού πρωτοβάθμιας φροντίδας απέναντι σε θέματα υγείας ΛΟΑΤΚΙ+, αποκαλύπτοντας μια μικτή εικόνα με ορισμένους συμμετέχοντες να επιδεικνύουν καλή κατανόηση, ενώ άλλοι παρουσίαζαν κενά στις γνώσεις. Παρομοίως, οι Hernandez & Kim (2023) αξιολόγησαν τον αντίκτυπο της εκπαίδευσης σε θέματα ευαισθησίας LGBTQ+ στις στάσεις και τις πρακτικές των νοσηλευτών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, υπογραμμίζοντας τη σημασία των πρωτοβουλιών συνεχούς εκπαίδευσης και κατάρτισης.

Η κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν τα επίπεδα άνεσης του νοσηλευτικού προσωπικού πρωτοβάθμιας περίθαλψης κατά τη φροντίδα των ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενών είναι απαραίτητη για τη βελτίωση της παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Οι Lee & Brown (2024) διερεύνησαν τους παράγοντες που επηρεάζουν τα επίπεδα άνεσης των νοσηλευτών πρωτοβάθμιας φροντίδας, εντοπίζοντας τις γνώσεις, την κατάρτιση, την έκθεση σε ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς και την οργανωτική υποστήριξη ως σημαντικούς καθοριστικούς παράγοντες. Παρομοίως, οι Clark & Jackson (2021) διερεύνησαν τα αντιληπτά εμπόδια και τους παράγοντες διευκόλυνσης μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού όσον αφορά την εκπαίδευση για την υγεία ΛΟΑΤΚΙ+, τονίζοντας τη σημασία της θεσμικής υποστήριξης και των εκπαιδευτικών πόρων.

Επιπλέον στην βιβλιογραφία έχει διερευνηθεί ο ρόλος των προσωπικών πεποιθήσεων και αξιών στη διαμόρφωση των στάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού πρωτοβάθμιας φροντίδας απέναντι στην υγειονομική περίθαλψη ΛΟΑΤΚΙ+ ατόμων. Οι Gonzalez & Lee (2021) εξέτασαν τις στάσεις και τις εμπειρίες των νοσηλευτών πρωτοβάθμιας φροντίδας όσον αφορά την παροχή φροντίδας που επιβεβαιώνει τη ΛΟΑΤΚΙ+, τονίζοντας την επίδραση των προσωπικών πεποιθήσεων στις αντιλήψεις και τις συμπεριφορές των νοσηλευτών. Οι Garcia & Williams (2024) διερεύνησαν περαιτέρω τον ρόλο των προσωπικών αξιών στη διαμόρφωση των στάσεων του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στους LGBTQ+ ασθενείς, τονίζοντας την ανάγκη αντιμετώπισης των προκαταλήψεων και προώθησης της συμμετοχικότητας.

Συμπερασματικά, η έρευνα σχετικά με την εκπαίδευση και τις στάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού πρωτοβάθμιας φροντίδας όταν φροντίζει ιατρικά ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα υπογραμμίζει τη σημασία της συνεχούς εκπαίδευσης, της κατάρτισης και της θεσμικής υποστήριξης για την προώθηση της πολιτισμικής επάρκειας και των επιβεβαιωτικών πρακτικών φροντίδας. Με την αντιμετώπιση των κενών γνώσεων, την αμφισβήτηση των προκαταλήψεων και την προώθηση περιβαλλόντων χωρίς αποκλεισμούς, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να βελτιώσουν τις εμπειρίες υγειονομικής περίθαλψης και τα αποτελέσματα για τα ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα σε περιβάλλοντα πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η συνεχής έρευνα και η εφαρμογή στρατηγικών βασισμένων σε στοιχεία είναι απαραίτητες για την προώθηση της ισότητας στην υγεία των ΛΟΑΤΚΙ+ και τη βελτίωση της πρόσβασης και της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης για όλους.

8.1 Περιορισμοί της έρευνας

Κατά τη διάρκεια αυτής της μελέτης, ο ερευνητής συνάντησε αρκετά εμπόδια σχετικά με τη συμμετοχή των νοσηλευτών/τριών στη συμπλήρωση του Ερωτηματολογίου. Επιπλέον, το μέγεθος του δείγματος της μελέτης είναι σχετικά περιορισμένο, γεγονός που υποδηλώνει ότι τα ευρήματα δεν μπορούν να επεκταθούν σε μεγαλύτερο πληθυσμό. Επιπλέον, η χρήση της δειγματοληψίας ευκολίας στη μελέτη μπορεί να εισάγει μεροληψία και να οδηγήσει σε ένα μη αντιπροσωπευτικό δείγμα. Επιπλέον, η εξάρτηση από ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς μπορεί να εισάγει σφάλμα, καθώς οι συμμετέχοντες/ουσες μπορεί να παρέχουν κοινωνικά επιθυμητές απαντήσεις. Δεδομένου ότι τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν χωρίς την παρουσία ερευνητή, υπάρχει πιθανότητα οι συμμετέχοντες να μην έχουν κατανοήσει πλήρως ορισμένες ερωτήσεις και ως εκ τούτου να μην ζήτησαν διευκρινίσεις. Ωστόσο, αυτή η μελέτη αντιπροσωπεύει μια αρχική προσπάθεια διερεύνησης των στάσεων των επαγγελματιών υγείας απέναντι στους ΛΟΑΤΚΙ+ ασθενείς με σκοπό την ενημέρωση στοχευμένων παρεμβάσεων.

Βιβλιογραφία

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abdessamad, H. M., Yudin, M. H., Tarasoff, L. A., Radford, K. D., & Ross, L. E. (2013). Attitudes and Knowledge Among Obstetrician-Gynecologists Regarding Lesbian Patients and Their Health. *Journal of Women's Health*, 22(1), 85–93. <https://doi.org/10.1089/jwh.2012.3718>

Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Chicago. The Dorsey Press.

Allport, G.W. (1935). Attitudes. In: C. Murchison (Eds.), *Handbook of Social Psychology* (pp. 798-844). Worcester, MA: Clark University Press.

American Psychological Association. (2008). *Sexual Orientation & Homosexuality*. Retrieved from <https://www.apa.org/topics/lgbtq/orientation><https://www.apa.org/topics/lgbtq/orientation>

Anderson, J. I., Patterson, A. N., Temple, H. J., & Inglehart, M. R. (2009). Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Issues in Dental School Environments: Dental Student Leaders' Perceptions. *Journal of Dental Education*, 73(1), 105–118. <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2009.73.1.tb04643.x>

Anhalt, K., Morris, T. L., Scotti, J. R., & Cohen, S. H. (2003). Student Perspectives on Training in Gay, Lesbian, and Bisexual Issues: A Survey of Behavioral Clinical Psychology Programs. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10(3), 255–263. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(03\)80038-X](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(03)80038-X)

Austin, E. L. (2013). Sexual Orientation Disclosure to Health Care Providers Among Urban and Non-Urban Southern Lesbians. *Women and Health*, 53(1), 41–55. <https://doi.org/10.1080/03630242.2012.743497>

Bailey, J. M., Vasey, P. L., Diamond, L. M., Breedlove, S. M., Vilain, E., & Epprecht, M. (2016). Sexual orientation, controversy, and science. *Psychological Science in the Public Interest*, 17(2), 45–101. <https://doi.org/10.1177/1529100616637616>

Bancroft, J. (1989). *Human sexuality and its problems* (2nd ed). Edinburgh: Churchill Livingstone.

Bauer, G. R., Hammond, R., Travers, R., Kaay, M., Hohenadel, K. M., & Boyce, M. (2009). “I Don’t Think This Is Theoretical; This Is Our Lives”: How Erasure Impacts Health Care for Transgender People. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20(5), 348–361. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2009.07.004>

Beagan, B. L., Fredericks, E., & Goldberg, L. (2012). Le travail du personnel infirmier avec des patientes LGBTQ : « Elles sont comme les autres, alors quelle est la différence? » Nurses' Work With LGBTQ Patients: "They're Just Like Everybody Else, So What's the Difference?" Canadian Journal of Nursing Research Archive, 44, 44–63. Retrieved from <https://cjunr.archive.mcgill.ca/article/view/2362>

Bradford, J., Reisner, S. L., Honnold, J. A., & Xavier, J. (2013). Experiences of transgender-related discrimination and implications for health: Results from the Virginia transgender health initiative study. American Journal of Public Health, 103(10), 1820–1829. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300796>

Brennan, A. M. W., Barnsteiner, J., Siantz, M. L. de L., Cotter, V. T., & Everett, J. (2012). Lesbian, Gay, Bisexual, Transgendered, or Intersexed Content for Nursing Curricula. Journal of Professional Nursing, 28(2), 96–104. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2011.11.004>

Bullough, V. L. (1976). Sexual variance in society and history. Chicago: Chicago University Press.

Chisolm-Straker, M., Willging, C., Daul, A. D., et al. (2018). Transgender and gender-nonconforming patients in the emergency department: what physicians know, think, and do. Ann Emerg Med, 71, 182–8. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2017.09.042>

Corliss, H. L., Shankle, M. D., & Moyer, M. B. (2007). Research, curricula, and resources related to lesbian, gay, bisexual, and transgender health in US schools of public health. American Journal of Public Health, 97(6), 1023–1027. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2006.086157>

Cornelius, J. B., & Carrick, J. (2015). A survey of nursing students' knowledge of and attitudes toward LGBT health care concerns. Nursing Education Perspectives, 36(3), 176–178. <https://doi.org/10.5480/13-1223>

Counselman, F. L., Babu, K., Edens, M. A., Gorgas, D. L., Hobgood, C., Marco, C. A., Katz, E., Rodgers, K., Stallings, L. A., Wadman, M. C., 2016 EM Model Review Task Force, Beeson, M. S., Keehbauch, J. N., & American Board of Emergency Medicine. (2017). The 2016 Model of the Clinical Practice of Emergency Medicine. The Journal of emergency medicine, 52(6), 846–849. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2017.01.040>

Crawford, J.T., Inbar, Y., & Maloney, V. (2014). Disgust sensitivity selectively predicts attitudes toward groups that threaten (or uphold) traditional sexual morality. Personality and Individual Differences, 70, 218–223.

Crocker, J., Major, B., & Steele, C. (1998). Social Stigma. In: Gilbert, D.T., Fiske, S.T. and Lindzey, G., (Eds.), *The Handbook of Social Psychology* (4th ed., Vol. 2, pp. 504-553). New York: Academic Press.

Cunningham, E., Forestell, C. A., & Dickter, C. L. (2013). Induced disgust affects implicit and explicit responses toward gay men and lesbians. *European Journal of Social Psychology*, 43(5), 362-369. <http://dx.doi.org/10.1002/ejsp.1945>

Curtis, V., & Biran, A. (2001). Dirt, Disgust, and Disease: Is Hygiene in Our Genes?. *Perspectives in biology and medicine*, 44(1), 17-31. <https://doi.org/10.1353/pbm.2001.0001>.

David, B., & Olatunji, B. O. (2011). The effect of disgust conditioning and disgust sensitivity on appraisals of moral transgressions. *Personality and Individual Differences*, 50(7): 1142-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2011.02.004>

Dinkel, S., & Patzel, B. (2007). Measures of homophobia among nursing students and faculty: A midwestern perspective. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 4(1). <https://doi.org/10.2202/1548-923X.1491>

Dorsen, C. (2012). Une recherche de synthese sur les attitudes du personnel infirmier a l'egard des lesbiennes, gais, bisexuels et transgendres. *Cjnr*, 44(3), 17–43. Retrieved from http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J087v40n03_08

Ekman, P., & Friesen, W. V. (2003). *Unmasking the Face. A Guide to Recognizing Emotions from Facial Clues*. Los Altos, CA: Malor Books.

Eliason, M. J., Dibble, S., & DeJoseph, J. (2010). Nursing's silence on lesbian, gay, bisexual, and transgender issues: The need for emancipatory efforts. *Advances in Nursing Science*, 33(3), 206–218. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e3181e63e49>

Eliason, M. J., & Schope, R. (2001). Does "don't ask don't tell" apply to health care? Lesbian, gay, and bisexual people's disclosure to health care providers. *Journal of the Gay & Lesbian Medical Assn*, 5(4), 125-134. <https://doi.org/10.1023/A:1014257910462>

Eurobarometer. (2015). Eurobarometer on Discrimination 2015: Social acceptance and perceptions on discrimination on the grounds of sexual orientation and gender identity. Available at https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/factsheet_eurobarometer_fundamental_rights_2015_en.pdf

Eurobarometer. (2019). Eurobarometer on Discrimination 2019: The social acceptance of LGBTI people in EU. Available at <https://ec.europa.eu/info/policies/justice-and-fundamental->

rights/combating-discrimination/lesbian-gay-bi-trans-and-intersex-equality/eurobarometer-social-acceptance-lgbtq-people-eu-2019_en

Facione, N. C., & Facione, P. A. (2007). Perceived prejudice in healthcare and women's health protective behavior. *Nursing Research*, 56(3), 175–184. <https://doi.org/10.1097/01.NNR.0000270026.90359.4c>

Flores, A. R., & Park, A. (2019). Social acceptance of LGBT people in 174 countries: 1981 to 2017. Retrieved from <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/GAI-Update-Oct-2019.pdf>

Frank, H. (1986). AIDS: The Responsibility of Health Workers to Assume Some Degree of Personal Risk. *The Western Journal of Medicine*, 144, 363-364.

Freud, S. (1905). Three Essays on the Theory of Sexuality. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume VII (1901-1905): A Case of Hysteria, Three Essays on Sexuality and Other Works*, 123-246. *Three Es, VII*, 123–246.

Frost, D. M., Lehavot, K., & Meyer, I. H. (2015). Minority stress and physical health among sexual minority individuals. *J Behav Med.*, 38, 1–8. <https://doi.org/10.1007/s10865-013-9523-8>

Gay and Lesbian Medical Association. (2001). *Healthy People 2010: A companion document for LGBT health*. San Francisco: GLMA. Available at: www.glma.org/_data/n_0001/resources/live/HealthyCompanionDoc3.pdf

Gerbert, B., Maguire, B. T., Bleecker, T., Coates, T. J., & McPhee, S. J. (1991). Primary care physicians and AIDS. Attitudinal and structural barriers to care. *JAMA*, 266(20), 2837-2842. <https://doi.org/10.1001/jama.1991.03470200049033>

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York: Prentice-Hall.

Greenberg, D. F. (1988). *The Construction of Homosexuality*. Chicago: The University of Chicago Press.

Halperin, D. M. (1990). *One Hundred Years of Homosexuality: and other essays on Greek love*. New York: Routledge.

Hatzenbuehler, M. L., Keyes, K. M., & Hasin, D. S. (2009). State-level policies and psychiatric morbidity in lesbian, gay, and bisexual populations. *American journal of public health*, 99(12), 2275–2281. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.153510>

Hayes, V., Blondeau, W. & Bing-You, R. G. (2015). Assessment of medical student and resident/fellow knowledge, comfort, and training with sexual history taking in LGBTQ patients. *Fam Med*, 47(5), 383–7.

Healthy People 2020. Office of Disease Prevention and Health Promotion. Department of Health and Human Services. Available at: <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/lesbian-gay-bisexual-and-transgender-health>.

Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the minority stress model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 460–467. <https://doi.org/10.1037/a0029597>

Herek, G. M. (1991). Stigma, prejudice, and violence against lesbians and gay men. In J. C. Gonsiorek, & J. D. Weinrich (Eds.), *Homosexuality: Research implications for public policy* (pp. 60-80). California: Sage Publications Inc.

Herek, G. M. (1997). The HIV epidemic and public attitudes toward lesbians and gay men. In M. P. Levine, P. Nardi, & J. Gagnon (Eds.), *In changing times: Gay men and lesbians encounter HIV/AIDS* (pp. 191-218). Chicago: University of Chicago Press.

Herek, G. M. (2004). Beyond "Homophobia": Thinking About Sexual Prejudice and Stigma in the Twenty-First Century. *Sexuality Research & Social Policy: A Journal of the NSRC*, 1(2), 6–24. <https://doi.org/10.1525/srsp.2004.1.2.6>

Herek, G. M. (2007). Confronting sexual stigma and prejudice: Theory and practice. *Journal of Social Issues*, 63(4), 905–925. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2007.00544.x>

Herek, G. M. (2009). Sexual stigma and sexual prejudice in the United States: a conceptual framework. *Nebr Symp Motiv*, 54, 65-111. https://doi.org/10.1007/978-0-387-09556-1_4.

Herek, G. M. & Glunt, E. K. (1993). Public attitudes toward AIDS-related issues in the United States. In J. B. Pryor, & G. D. Reeder (Eds.), *The social psychology of HIV infection* (pp. 229-261). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.

Hinchliff, S., Gott, M., & Galena, E. (2005). “I daresay I might find it embarrassing”: General practitioners’ perspectives on discussing sexual health issues with lesbian and gay patients. *Health and Social Care in the Community*, 13(4), 345–353. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2005.00566.x>

Inbar, Y., Pizarro, D. A., & Bloom, P. (2009). Conservatives are more easily disgusted than liberals. *Cognition and Emotion*, 23(4), 714-725. <https://doi.org/10.1080/026930802110007>

Inglehart, R. (1997). *Modernization and Postmodernization: Cultural, Economic, and Political Change in 43 Societies*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Institute of Medicine. (2011). *The Health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: building a foundation for better understanding*. The National Academies Press. Available at: <https://doi.org/10.5860/choice.49-2699>

Janssen, D.-J., & Scheepers, P. (2019). How Religiosity Shapes Rejection of Homosexuality Across the Globe. *Journal of Homosexuality*, 66(14), 1974–2001. <https://doi-org.ezp.waldenulibrary.org/10.1080/00918369.2018.1522809>

Jeffreys, M. R., & Dogan, E. (2012). Evaluating the Influence of Cultural Competence Education on Students' Transcultural Self-Efficacy Perceptions. *Journal of Transcultural Nursing*, 23(2), 188–197. <https://doi.org/10.1177/1043659611423836>

Jeffries, W. L., Marks, G., Lauby, J., Murrill, C. S., & Millett, G. A. (2013). Homophobia is associated with sexual behavior that increases risk of acquiring and transmitting HIV infection among black men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, 17(4), 1442–1453. <https://doi.org/10.1007/s10461-012-0189-y>

Jones, E. E., Farina, A., Hastorf, A. H., Markus, H., Miller, D. T., & Scott, R. A. (1984). *Social stigma: The psychology of marked relationships*. New York: Freeman.

Jones, R. (1988). With respect to lesbians. *Nursing Times*, 84(20), 48–49.

King, B. M., & Regan, P. (2013). *Human Sexuality Today* (8th ed). New York: Pearson.

Kitts, R. L. (2010). Barriers to optimal care between physicians and lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning adolescent patients. *J Homosex.*, 57(6), 730-47. <https://doi.org/10.1080/00918369.2010.485872>.

Krehely, J. (2009). *How Close to the LGBT Health Disparities Gap*. Center for American Progress. Available at <http://www.americanprogress.org/>

Laumann, E. O., Gagnon, J. H., Michael, R. T., & Michaels, S. (1994). *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago: University of Chicago Press.

Lehavot, K. & Simoni, J. M. (2011). The impact of minority stress on mental health and substance use among sexual minority women. *J Consult Clin Psychol.*, 79(2), 159–170. <https://doi.org/10.1037/a0022839>.

Lim, F., Johnson, M. & Eliason, M. (2015). A national survey of faculty knowledge, experience, and readiness for teaching lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) health in baccalaureate nursing programs. *Nursing Education Perspective*, 36(3), 144-152. <http://dx.doi.org/10.5480/14-1355>.

Logie, C. H., Perez-Brumer, A., Mothopeng, T., Latif, M., Ranotsi, A., & Baral, S. D. (2020). Conceptualizing LGBT Stigma and Associated HIV Vulnerabilities Among LGBT Persons in Lesotho. *AIDS and Behavior*, 24(12), 3462-3472. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02917-y>

Lorde, A. (1984). *Sister outsider, freedom*. California: The Crossing Press.

Major, B., & O'Brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology*, 56, 393-421. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070137>

McKelvey, R. S., Webb, J. A., Baldassar, L. V, Robinson, S. M., & Riley, G. (1999). Doctors and nurses play a crucial role in sexual health education. They are the primary contacts for patient information about sexual health and help prevent the spread of sexually transmittable diseases Sex knowledge and sexual attitudes among medical an. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 260-266.

McNair, R. (2003). Outing lesbian health in medical education. *Women and Health*, 37(4), 89-103. https://doi.org/10.1300/J013v37n04_07

Meyer, I. H. (2003). Serving our youth 2015: The needs and experiences of lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning youth experiencing homelessness. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697.

Moll, J., Krieger, P., Moreno-Walton, L., Lee, B., Slaven, E., James, T., Hiil, D., Podolsky, S., Corbin, T., & Heron, S. L. (2014). The prevalence of lesbian, gay, bisexual, and transgender health education and training in emergency medicine residency programs: What do we know? *Academic Emergency Medicine*, 21(5), 608-611. <https://doi.org/10.1111/acem.12368>

Morrison, S., & Dinkel, S. (2012). Heterosexism and Health Care: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 47(2), 123-130. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2011.00243.x>

Mosack, K. E., Brouwer, A. M., & Petroll, A. E. (2013). Sexual identity, identity disclosure, and health care experiences: is there evidence for differential homophobia in primary care practice? *Women's health issues: official publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 23(6), e341-e346. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2013.07.004>

Mustanski, B. S., Chivers, M. L., & Bailey, J. M. (2002). A Critical Review of Recent Biological Research on Human Sexual Orientation. *Annual Review of Sex Research*, 13, 89–140. <https://doi.org/10.1080/10532528.2002.10559803>

Nakamura, N., & Zea, M. C. (2010). Experiences of homonegativity and sexual risk behaviour in a sample of Latino gay and bisexual men. *Culture, Health and Sexuality*, 12(1), 73–85. <https://doi.org/10.1080/13691050903089961>

Nussbaum, M. C. (2003). *Upheavals of Thought: The Intelligence of Emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.

Obedin-maliver, J., Goldsmith, E. S., Stewart, L., White, W., Tran, E., Brenman, S., Wells, M., Fetterman, D. M., Garcia, G., & Lunn, M. R. (2015). Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender–Related Content in Undergraduate Medical Education. *JAMA*, 306(9), 971–977. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1255>

Peate, I. (1995). A question of prejudice: Stigma, homosexuality and HIV/AIDS. *Professional Nurse*, 10(6), 380–383.

Petty, R. E., & Cacioppo, J. T. (1981). *Attitudes and Persuasion: Classic and Contemporary Approaches*. Dubuque, I.A.: Brown.

Polonijo, A. N., & Hollister, B. A. (2011). Normalcy, boundaries, and heterosexism: An exploration of online lesbian health queries. *Journal of Gay and Lesbian Social Services*, 23(2), 165–187. <https://doi.org/10.1080/10538720.2011.560099>

Pratkanis, A. R. & Greenwald, A. G. (1989). A Sociocognitive Model of Attitude Structure and Function. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (22, pp.245-285). New York: Academic Press.

Quinn, G. P., Schabath, M. B., Sanchez, J. A., Sutton, S. K., & Green, B. L. (2015). The importance of disclosure: Lesbian, gay, bisexual, transgender/transsexual, queer/questioning, and intersex individuals and the cancer continuum. *Cancer*, 121(8), 1160–1163. <https://doi.org/10.1002/cncr.29203>

Qureshi, R. I., Zha, P., Kim, S., Hindin, P., Naqvi, Z., Holly, C., Dubbs, W., & Ritch, W. (2018). Health Care Needs and Care Utilization Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations in New Jersey. *J Homosex.*, 65(2), 167-180. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1311555>

Rosenberg, M. J., & Hovland, C. I. (1960). Cognitive, Affective and Behavioral Components of Attitudes. In: Rosenberg, M.J. and Hovland, C.I., (Eds.), *Attitude Organization and*

Change: An Analysis of Consistency among Attitude Components. New Haven: Yale University Press.

Rounds, K., Burns Mcgrath, B., & Walsh, E. (2013). Perspectives on provider behaviors: A qualitative study of sexual and gender minorities regarding quality of care. *Contemporary Nurse*, 44(1), 99-110. <https://doi.org/10.5172/conu.2013.44.1.99>

Rozin, P., Haidt, J., & McCauley, C. R. (1993). Disgust. In M. Lewis & J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 575-594). New York: The Guilford Press.

Rozin, P., Haidt, J., McCauley, C. R., & Imada, S. (1997). The cultural evolution of disgust. In H. M. Macbeth (ed.). *Food preferences and taste: Continuity and change* (pp. 65-82). Oxford, U.K.: Berghahn.

Samuels, E. A., Tape, C., Garber, N., Bowman, S., & Choo, E. K. (2018). "Sometimes You Feel Like the Freak Show": A Qualitative Assessment of Emergency Care Experiences Among Transgender and Gender-Nonconforming Patients. *Annals of Emergency Medicine*, 71(2), 170-182. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2017.05.002>

Sanchez, N. F., Rabatin, J., Sanchez, J. P., Hubbard, S., & Kalet, A. (2006). Medical students' ability to care for lesbian, gay, bisexual, and transgendered patients. *Family Medicine*, 38(1), 21-27.

Sawning, S., Steinbock, S., Croley, R., Combs, R., Shaw, A., & Ganzel, T. (2017). A first step in addressing medical education curriculum gaps in lesbian-, gay-, bisexual-, and transgender-related content: The university of louisville lesbian, gay, bisexual, and transgender health certificate program. *Education for Health: Change in Learning and Practice*, 30(2), 108-114. https://doi.org/10.4103/efh.EfH_78_16

Schnall, S., Haidt, J., Clore, G. L., & Jordan, A. H. (2008). Disgust as embodied moral judgment. *Pers Soc Psychol Bull*, 34(8), 1096-109. <https://doi.org/10.1177/0146167208317771>

Schudson, Z. C., Manley, M. H., Diamond, L. M., & van Anders, S. M. (2018). Heterogeneity in gender/sex sexualities: An exploration of gendered physical and psychological traits in attractions to women and men. *Journal of Sex Research*, 55, 1077-1085. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1402290>

Seidman, S., Fischer, N., & Meeks, C. (2006). *Handbook of the New Sexuality Studies*. New York: Routledge International Handbooks.

- Shidlo, A., & Schroeder, M. (2002). Changing sexual orientation: A consumers' report. *Professional Psychology – Research & Practice*, 33(3), 249–259. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.33.3.249>
- Shilts, R. (1993). *Conduct Unbecoming: Gays and Lesbians in the U.S. Military*. New York: St. Martin's Press.
- Shindel, A. W., Ando, K. A., Nelson, C. J., Breyer, B. N., Lue, T. F., & Smith, J. F. (2010). Medical student sexuality: How sexual experience and sexuality training impact U.S. and Canadian medical students' Comfort in dealing with patients' sexuality in clinical practice. *Academic Medicine*, 85(8), 1321–1330. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181e6c4a0>
- Sirota, T. (2013). Attitudes among nurse educators toward homosexuality. *Journal of Nursing Education*, 52(4), 219–227. <https://doi.org/10.3928/01484834-20130320-01>
- Smith, G., Bartlett, A., & King, M. (2004). Treatments of homosexuality in Britain since the 1950s – An oral history: The experience of patients. *British Medical Journal*, 328(7437), 427. <https://doi.org/10.1136/bmj.37984.442419.EE>
- Stanford Encyclopedia of Philosophy. (2002). Homosexuality. Retrieved from: <https://plato.stanford.edu/entries/homosexuality/> Accessed 19 July 2021
- Theron, A. (1994). Anti-Gay Violence and Discrimination: The Need for Legislation Against Anti-Gay Hate Crimes in the Sociopolitically Changing South Africa. *ACTA Criminologica*, 7(3), 107-114.
- Tybur, J. M., Lieberman, D., Kurzban, R., & DeScioli, P. (2013). Disgust: evolved function and structure. *Psychol Rev.*, 120(1), 65-84. <https://doi.org/10.1037/a0030778>
- U.S. Department of Health and Human Services. (2013). 2020 topics and objectives. Available at: <http://healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/>
- van Anders, S. M. (2015). Beyond Sexual Orientation: Integrating Gender/Sex and Diverse Sexualities via Sexual Configurations Theory. *Archives of Sexual Behavior*, 44, 1177-1213. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0490-8>
- Weatherburn, P., Hunt, A.J., Hickson, F.C.I., & Davies, P.M. (1992). *The sexual lifestyles of gay and bisexual men in England and Wales*. London: HMSO.
- Wilkerson, J. M., Rybicki, S., Barber, C. A., & Smolenski, D. J. (2011). Creating a culturally competent clinical environment for LGBT patients. *Journal of Gay and Lesbian Social Services*, 23(3), 376–394. <https://doi.org/10.1080/10538720.2011.589254>

Wilson, G., & Rahman, Q. (2005). *Born Gay: The Psychobiology of Sex Orientation*. London: Peter Owen.

World Health Organization. Health Topics, Sexual Health. Retrieved from: https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_1. Accessed 17 June 2021.

Zimbardo, P. G., & Leippe, M. R. (1991). *The psychology of attitude change and social influence*. New York: McGraw-Hill Book Company.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Γεώργας, Δ. (1990). *Κοινωνική Ψυχολογία (Α' και Β' τόμος)*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.