



**ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΔΜΥ)**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΩΝ
ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΤΟΜΩΝ
ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΦΑΣΜΑ ΤΟΥ ΑΥΤΙΣΜΟΥ»**

ΑΝΤΙΓΟΝΗ ΛΙΑ

A.M.: 161906

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΙΩΑΝΝΑ
ΣΥΝΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΘΕΟΔΩΡΑΤΟΥ ΜΑΡΙΑ**

ΚΑΛΥΜΝΟΣ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2026



**SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES
MASTER'S PROGRAMME
HEALTHCARE MANAGEMENT**

Master Thesis

**"Exploration of the knowledge and attitudes of healthcare professionals regarding the
care of individuals on the autism spectrum"**

By

Adigoni Lias

Student No. 161906

Supervisor: Ioanna V. Papathanasiou

Professor, Department of Nursing, University of Thessaly, Greece

Hellenic Open University

Co-Supervisor: Maria Theodoratou

Professor, Clinical Psychologist, NUP, Hellenic Open University

Kalymnos, June 2026

Στην οικογένεια μου

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στα μέλη της επιτροπής, για τις πολύτιμες συμβουλές και υποδείξεις τους καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας. Ειδική μνεία και ένα μεγάλο ευχαριστώ από καρδιάς οφείλω στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, κ. Ιωάννα Παπαθανασίου. Με τη διαρκή στήριξη και την υπομονή της σε μια δύσκολη μου συγκυρία, μου έδωσε τη δύναμη να συνεχίσω και να φτάσω με επιτυχία στο τέλος αυτού του ταξιδιού. Με τη στάση της απέδειξε πως μια Καλή Καθηγήτρια είναι σαν ένας φωτεινός φάρος, που ξέρει να στηρίζει και να εμπνέει τους φοιτητές να ξεπερνούν τις φουρτούνες και να πιστεύουν στις πραγματικές τους δυνατότητες, είναι κάτι που θα θυμάμαι πάντα...Θερμές ευχαριστίες απευθύνω και στη συνεπιβλέπουσα καθηγήτρια, κ. Θεοδωράτου, η οποία ήταν σταθερά παρούσα και δίπλα μου όποτε την είχα ανάγκη, σε κάθε βήμα αυτής της προσπάθειας. Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους συναδέλφους, που με τη συμμετοχή τους στη δειγματοληψία έφεραν το επιθυμητό αποτέλεσμα αυτού του στόχου. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον σύζυγο μου, τα παιδιά μου, τους γονείς μου και τον αδελφό μου που πάντα ήταν δίπλα μου. Κάθε ένα από αυτά τα πρόσωπα με στήριξε ξεχωριστά με το δικό του τρόπο, η συμβολή όλων στη διαδρομή αυτή ήταν ανεκτίμητη. Το αναγνωρίζω και οφείλω να το θυμάμαι πάντα.

Σας Ευχαριστώ Όλους!

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία της φοιτήτριας (συγγραφέας/δημιουργός) που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) συνιστά ένα μείζον ζήτημα Δημόσιας Υγείας. Παρά την αύξηση του επιπολασμού, οι επαγγελματίες υγείας συχνά υστερούν σε εξειδικευμένες γνώσεις, με αποτέλεσμα την ελλιπή κλινική υποστήριξη, τη διαγνωστική επισκίαση και την καλλιέργεια ακούσιου στιγματισμού.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας συγχρονικής μελέτης ήταν η διερεύνηση των γνώσεων και των στάσεων των επαγγελματιών υγείας απέναντι σε άτομα με ΔΑΦ, εστιάζοντας στην 2η Υγειονομική Περιφέρεια (Πειραιώς και Αιγαίου).

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη (cross-sectional) σε δείγμα 228 επαγγελματιών (ιατροί, νοσηλευτές, θεραπευτές κ.ά.) της 2ης Υγειονομικής Περιφέρειας (Πειραιώς και Αιγαίου). Η συλλογή δεδομένων υλοποιήθηκε ψηφιακά μέσω ερωτηματολογίου, το οποίο περιλάμβανε δημογραφικά χαρακτηριστικά και τα σταθμισμένα ψυχομετρικά εργαλεία KCAHW (αξιολόγηση επιπέδου γνώσεων) και SATA (μέτρηση των κοινωνικών στάσεων). Η στατιστική ανάλυση διενεργήθηκε μέσω του λογισμικού SPSS v.26.

Αποτελέσματα: Η ανάλυση ανέδειξε στατιστικά σημαντική, θετική συσχέτιση μεταξύ των γνώσεων και της υποκλίμακας της προσωπικής απόστασης ($p < 0,001$). Η αυξημένη επιστημονική κατάρτιση αποδείχθηκε ισχυρός προβλεπτικός παράγοντας για τη μείωση του κοινωνικού στίγματος. Παράλληλα, επιβεβαιώθηκε το «παράδοξο της προϋπηρεσίας», καθώς τα έτη κλινικής εμπειρίας δεν βελτίωσαν τις γνώσεις, ενώ οι νεότεροι επαγγελματίες (0-5 έτη) σημείωσαν μικρότερη προσωπική απόσταση. Καθοριστικό ρόλο φάνηκε να διαδραματίζει η βιωματική εμπειρία, όπου επαγγελματίες με συγγενή/φίλο στο φάσμα ή με δικά τους χαρακτηριστικά νευροδιαφορετικότητας, καθώς και όσοι είχαν λάβει στοχευμένη εκπαίδευση (μόλις το 16,2%), κατέγραψαν στατιστικά υψηλότερα σκορ γνώσεων και κοινωνικής αποδοχής. Τέλος, οι θεραπευτές υπερτερούσαν γνωστικά συγκριτικά με τις λοιπές ειδικότητες.

Συμπεράσματα: Η τυπική κλινική εμπειρία δεν επαρκεί για τη διασφάλιση ποιοτικής φροντίδας. Αναδεικνύεται η επιτακτική ανάγκη μετάβασης από το παρωχημένο ιατρικό μοντέλο σε νευροκαταφατικές προσεγγίσεις. Η στοχευμένη εκπαίδευση του προσωπικού, η υιοθέτηση τραυματοκεντρικής φροντίδας και η συμπερίληψη νευροαποκλινόντων ατόμων ως «Εμπειρογνομόνων εξ Εμπειρίας» αποτελούν αναγκαία βήματα για την άρση των δομικών εμποδίων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Λέξεις-Κλειδιά: Αυτισμός, Νευροδιαφορετικότητα, Επαγγελματίες Υγείας, Γνώσεις και Στάσεις, Κλίμακα KCAHW, Κλίμακα SATA

ABSTRACT

Introduction: Autism Spectrum Disorder (ASD) constitutes a major public health issue. Despite the increasing prevalence, healthcare professionals often lack specialized knowledge, resulting in inadequate clinical support, diagnostic overshadowing, and the inadvertent cultivation of stigma.

The aim of this cross-sectional study: The investigation of the knowledge and societal attitudes of healthcare personnel towards individuals with ASD, focusing on the 2nd Regional Health Authority of Piraeus and the Aegean.

Methodology: A cross-sectional study was conducted on a sample of 228 healthcare professionals (physicians, nurses, therapists, etc.) from the 2nd Regional Health Authority of Piraeus and the Aegean. Data were collected digitally using a questionnaire that included demographic characteristics and the validated psychometric tools KCAHW (assessing knowledge levels) and SATA (measuring societal attitudes). Statistical analysis was performed using SPSS v.26.

Results: The analysis revealed a statistically significant positive correlation between knowledge and the personal distance subscale ($p < 0.001$). Increased scientific training proved to be a strong predictor for the reduction of social stigma. Concurrently, the "experience paradox" was confirmed, as years of clinical experience did not improve knowledge, whereas younger professionals (0-5 years) recorded a lower personal distance. Lived experience appeared to play a crucial role: professionals with a relative/friend on the spectrum or with their own neurodivergent traits, as well as those who had received targeted training (only 16.2%), recorded statistically higher scores in both knowledge and social acceptance. Finally, therapists demonstrated higher knowledge levels compared to other specialties.

Conclusions: Conventional clinical practice proves inadequate for safeguarding the quality of care. This underscores the urgent need for a paradigm shift from the traditional medical model to neurodiversity-affirming practices. Targeted staff training, the adoption of Trauma-Informed Care, and the inclusion of neurodivergent individuals as "Experts by Experience" represent essential steps towards dismantling structural barriers within the National Health System.

Keywords: Autism, Neurodiversity, Healthcare Professionals, Knowledge and Attitudes, KCAHW Scale, SATA Scale (Societal Attitudes Towards Autism).

Περιεχόμενα

Εισαγωγή.....	13
Α' ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	16
ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΥΤΙΣΤΙΚΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ.....	16
1.1. Ορισμός, Αιτιολογία, Ταξινόμηση (DSM-5/ICD-11) και Επιδημιολογία.....	16
1.2. Κλινικά Χαρακτηριστικά και Κοινωνική Επικοινωνία,	19
Η Κλινική Εικόνα που καλείται να αναγνωρίσει ο επαγγελματίας υγείας	19
1.3. Το Παράδειγμα της Νευροδιαφορετικότητας και το Πρόβλημα της Διπλής και Τριπλής Ενσυναίσθησης.....	20
1.4. Προκλήσεις στη Διάγνωση, Γυναικείος Φαινότυπος και Κοινωνικό Καμουφλάζ (Masking)	22
1.5. Συννοσηρότητες, Άτυπη Κλινική Εικόνα και το Φαινόμενο της Διαγνωστικής Επισκίασης.....	24
1.6. Εμπόδια Πρόσβασης, Ιατρογενές Τραύμα και Κλινική Διαχείριση	25
1.7. Ο Ρόλος της Οικογένειας, Εμπειρογνώμονες εξ Εμπειρίας και Θεραπευτική Τριάδα	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	30
ΓΝΩΣΕΙΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΙΚΑ ΕΜΠΟΔΙΑ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΔΑΦ.....	30
2.1. Γνωστικό Επίπεδο και Εκπαιδευτικά Πλαίσια.....	30
2.1.1. Το Ελλειμματικό Επίπεδο Γνώσεων, Εκπαίδευση των Επαγγελματιών Υγείας στη ΔΑΦ και Διεθνή Δεδομένα	30
2.1.2. Το Επίπεδο Γνώσεων και τα Εκπαιδευτικά Κενά των Επαγγελματιών Υγείας σχετικά με τη ΔΑΦ σύμφωνα με τα Ελληνικά Δεδομένα	31
2.1.3. Πλαίσια Εκπαίδευσης και Μηχανισμοί Άντλησης Γνώσης.....	32
2.1.4. Συστημικά Ελλείμματα και Παρωχημένα Μοντέλα στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση....	34
2.1.5. Άτυπη Μάθηση στην Ψηφιακή Εποχή, Κλινικές Προκλήσεις από τα Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης, Ινφοδημία και Τεχνητή Νοημοσύνη.....	35
2.2. Επαγγελματικά και Δημογραφικά Χαρακτηριστικά	37
2.2.1. Επαγγελματική Ιδιότητα και Ειδικότητα, Ιατροί, Νοσηλευτές και Θεραπευτές	37
2.2.2. Εκπαιδευτικό Επίπεδο και Εξειδίκευση Από τη Στοχευμένη Μάθηση στη Γνωστική Εξειδίκευση	38
2.2.3. Επαγγελματική Εμπειρία, Το Παράδοξο της Προϋπηρεσίας και Γνωστική Αδράνεια .	40
2.3. Ψυχολογικοί Παράγοντες, Κλινική Πρακτική και Γεωγραφικά Εμπόδια	41
2.3.1. Αίσθημα Αυτοαποτελεσματικότητας, Σχέση Φόβου και Κλινικής Επάρκειας	41
2.3.2. Στάσεις, Προκαταλήψεις και το Κοινωνικό Στίγμα στην Περίθαλψη.....	42

2.3.3. Η Βιωματική Εμπειρία (<i>Lived Experience</i>), η Επίδραση της Προσωπικής Επαφής και της Νευροδιαφορετικότητας	43
2.3.4. Τραυματοκεντρική Φροντίδα, Από τη Θεωρία στη Νοσηλευτική Πρακτική.....	44
2.3.5. Γεωγραφικές Ανισότητες, Νησιωτικότητα, η Έμφυλη Διαθεματικότητα και η Περίπτωση της 2ης ΥΠΕ.....	46
2.4. Από τη Θεωρία στην Έρευνα, η Ποσοτικοποίηση της Γνώσης και των Στάσεων	48
B. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	49
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	49
3.1. Σκοπός και Ερευνητικά Ερωτήματα	49
3.2. Ερευνητικός Σχεδιασμός.....	50
3.3. Πληθυσμός και Δείγμα της Έρευνας	50
3.4. Το Ερευνητικό Εργαλείο.....	52
3.5. Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων και Ηθική της Έρευνας	54
3.6. Στατιστική Ανάλυση	56
3.7. Αποτελέσματα.....	56
3.7.1. Έλεγχος Εσωτερικής Συνοχής και Αξιοπιστίας Ερευνητικών Εργαλείων	56
3.7.2. Δημογραφικά Χαρακτηριστικά Δείγματος	58
Συζήτηση.....	85
Περιορισμοί Έρευνας.....	88
Προτάσεις και Μελλοντικές Κατευθύνσεις	89
Συμπεράσματα.....	90
Βιβλιογραφικές Αναφορές	92
Παράρτημα Ι.....	117
Έγκριση Φορέα για την Έρευνα.....	117
Παράρτημα ΙΙ.	118
Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών Στοιχείων	118
Παράρτημα ΙΙΙ.....	120
Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης Γνώσεων για τα Άτομα με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος - Knowledge about childhood autism among health workers (KCAHW) questionnaire	120
Παράρτημα ΙV.....	122
Κλίμακα Στάσεων για τα Άτομα με ΔΑΦ Societal Attitudes Towards Autism (SATA)	122

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1 Συχνοτήτων Φύλου	58
Πίνακας 2 Συχνοτήτων Ηλικιακών Ομάδων	59
Πίνακας 3 Συχνοτήτων Τόπου Κατοικίας	60
Πίνακας 4 Συχνοτήτων για το Εάν Έχουν Παιδιά	61
Πίνακας 5 Συχνοτήτων Επαγγελματικής Ιδιότητας	62
Πίνακας 6 Συχνοτήτων Επιπέδου Σπουδών	63
Πίνακας 7 Συχνοτήτων Δομής Απασχόλησης	64
Πίνακας 8 Συχνοτήτων Ετών Κλινικής Εμπειρίας	65
Πίνακας 9 Συχνοτήτων εάν Έχουν Λάβει στο Παρελθόν Εξειδικευμένη Εκπαίδευση/Επιμόρφωση για τον Αυτισμό (ΔΑΦ)	66
Πίνακας 10 Εάν Ταυτίζονται αυτοί οι Ίδιοι με Χαρακτηριστικά της Ευρύτερης Νευροδιαφορετικότητας (π.χ. ΔΕΠΥ, Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες, Δυσπραξία)	67
Πίνακας 11 Συχνοτήτων εάν Έχουν Συγγενή ή Φίλο με ΔΑΦ	68
Πίνακας 12 Δείκτες Αξιοπιστίας Εργαλείων και Υποκλιμάκων	69
Πίνακας 13 Περιγραφικός Πίνακας Εργαλείου Συνολικών Γνώσεων και Υποκλιμάκων Στάσεων	70
Πίνακας 14 Έλεγχος Κανονικότητας Εργαλείου Συνολικών Γνώσεων και Υποκλιμάκων Στάσεων	70
Πίνακας 15 Έλεγχος Συσχετίσεων Εργαλείου Συνολικών Γνώσεων και Υποκλιμάκων Στάσεων	71
Πίνακας 16 Μοντέλο Παλινδρόμησης Γνώσεων ως Προβλεπτικός Παράγοντας στην Κοινωνική Αποδοχή	71
Πίνακας 17 Μοντέλο Παλινδρόμησης Γνώσεων ως Προβλεπτικός Παράγοντας στην Προσωπική Απόσταση	72
Πίνακας 18 Έλεγχος Κανονικότητας Εργαλείου Συνολικών Γνώσεων και Υποκλιμάκων Στάσεων ως προς τον Τόπο Κατοικίας	72
Πίνακας 19 Έλεγχος Mann-Whitney Εργαλείου Συνολικών Γνώσεων και Υποκλιμάκων Στάσεων ως προς τον Τόπο Κατοικίας	73

Πίνακας 20 Έλεγχος Κανονικότητας Εργαλείου Συνολικών Γνώσεων και Υποκλιμάκων Στάσεων ως προς το εάν Ταυτίζονται με Χαρακτηριστικά της Ευρύτερης Νευροδιαφορετικότητας.....	74
Πίνακας 21 Έλεγχος Kruskal-Wallis Εργαλείου Συνολικών Γνώσεων και Υποκλιμάκων Στάσεων ως προς το εάν Ταυτίζονται με χαρακτηριστικά της ευρύτερης Νευροδιαφορετικότητας	76
Πίνακας 22 Έλεγχος Κανονικότητας Εργαλείου Συνολικών Γνώσεων και Υποκλιμάκων Στάσεων ως προς το εάν Έχουν Συγγενή ή Φίλο με ΔΑΦ	77
Πίνακας 23 Έλεγχος Mann-Whitney Εργαλείου Συνολικών Γνώσεων και Υποκλιμάκων Στάσεων ως προς το Εάν έχουν Συγγενή ή Φίλο με ΔΑΦ	78
Πίνακας 24 Έλεγχος Κανονικότητας Εργαλείου Συνολικών Γνώσεων και Υποκλιμάκων Στάσεων ως προς τα Έτη Κλινικής Εμπειρίας	78
Πίνακας 25 Έλεγχος Kruskal-Wallis Εργαλείου Συνολικών Γνώσεων και Υποκλιμάκων Στάσεων ως προς τα Έτη Κλινικής Εμπειρίας	80
Πίνακας 26 Έλεγχος Κανονικότητας Εργαλείου Συνολικών Γνώσεων και Υποκλιμάκων Στάσεων ως προς την Επαγγελματική Ιδιότητα	81
Πίνακας 27 Έλεγχος Kruskal-Wallis Εργαλείου Συνολικών Γνώσεων και Υποκλιμάκων Στάσεων ως προς την Επαγγελματική Ιδιότητα	82
Πίνακας 28 Έλεγχος Ανάλυσης Διακύμανσης της Κοινωνικής Αποδοχής ως προς την Επαγγελματική Ιδιότητα	83
Πίνακας 29 Έλεγχος Κανονικότητας Εργαλείου Συνολικών Γνώσεων και Υποκλιμάκων Στάσεων ως προς το Εάν Έχουν Λάβει στο Παρελθόν Εξειδικευμένη/ Επιμόρφωση για τον Αυτισμό (ΔΑΦ)	83
Πίνακας 30 Έλεγχος Mann-Whitney Εργαλείου Συνολικών Γνώσεων και Υποκλιμάκων Στάσεων ως προς το εάν Έχουν Λάβει στο Παρελθόν Εξειδικευμένη/ Επιμόρφωση για τον Αυτισμό (ΔΑΦ).....	84

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Ραβδόγραμμα 1 Συχνότητας Φύλου	58
Ραβδόγραμμα 2 Συχνότητας Ηλικιακών Ομάδων	59
Ραβδόγραμμα 3 Συχνότητας Τόπου Κατοικίας	60
Ραβδόγραμμα 4 Συχνότητας για το Εάν Έχουν Παιδιά	61
Ραβδόγραμμα 5 Συχνότητας Επαγγελματικής Ιδιότητας	62
Ραβδόγραμμα 6 Συχνότητας Επιπέδου Σπουδών	63
Ραβδόγραμμα 7 Συχνότητας Δομής Απασχόλησης	64
Ραβδόγραμμα 8 Συχνότητας Ετών Κλινικής Εμπειρίας	65
Ραβδόγραμμα 9 Συχνότητας εάν Έχουν Λάβει στο Παρελθόν Εξειδικευμένη Εκπαίδευση/Επιμόρφωση για τον Αυτισμό (ΔΑΦ)	66
Ραβδόγραμμα 10 Συχνότητας εάν Ταυτίζονται αυτοί οι Ίδιοι με Χαρακτηριστικά της Ευρύτερης Νευροδιαφορετικότητας (π.χ. ΔΕΠΥ, Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες, Δυσπραξία)	67
Ραβδόγραμμα 11 Συχνότητας εάν Έχουν Συγγενή ή Φίλο με ΔΑΦ	68

Εισαγωγή

Η Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) αποτελεί μια σύνθετη νευροαναπτυξιακή κατάσταση, η οποία σύμφωνα με τα πλέον σύγχρονα επιδημιολογικά δεδομένα, παρουσιάζει ραγδαία αύξηση παγκοσμίως, συνιστώντας πλέον ένα μείζον ζήτημα Δημόσιας Υγείας (American Psychiatric Association, 2022; Santomauro et al., 2024). Επιπλέον, όπως τονίζεται στη σύγχρονη βιβλιογραφία, ο αυτισμός συγκαταλέγεται πλέον ανάμεσα στις δέκα κορυφαίες αιτίες μη-θανατηφόρου επιβάρυνσης της υγείας για άτομα κάτω των 20 ετών (Santomauro et al., 2024). Το γεγονός αυτό υπογραμμίζει τη μέγιστη σημασία της έγκαιρης ανίχνευσης, η οποία σύμφωνα με την επίσημη έκθεση του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (*Centers for Disease Control and Prevention -CDC*) δημόσιας υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής, επιτρέπει στα παιδιά να λάβουν άμεσα την απαραίτητη υποστήριξη για τη βελτίωση των μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων της ανάπτυξής τους (K.A. Shaw et al., 2025). Παράλληλα, τα αυξανόμενα ποσοστά ανίχνευσης καθιστούν επιτακτική την ανάγκη για ορθές αποφάσεις κατανομής των υπηρεσιών υγείας, ώστε οι κοινότητες να μπορούν να προβλέψουν τις μελλοντικές απαιτήσεις και να σχεδιάσουν ισότιμα προγράμματα διάγνωσης, υποστήριξης και θεραπευτικής παρέμβασης για όλα τα άτομα με ΔΑΦ (K.A. Shaw et al., 2025).

Στην Ελλάδα, τα πρόσφατα δεδομένα υποδεικνύουν επιπολασμό της τάξης του 1.10% στα παιδιά, γεγονός που καθιστά εξαιρετικά πιθανό ότι οι επαγγελματίες υγείας θα κληθούν να περιθάλψουν άτομα με ΔΑΦ στο κλινικό τους περιβάλλον (Kouznetsov et al., 2023). Υπό το πρίσμα του σύγχρονου παραδείγματος της *Νευροδιαφορετικότητας (Neurodiversity)*, η επιστημονική κοινότητα έχει μετατοπιστεί από το παραδοσιακό ιατρικό μοντέλο του ελλείμματος σε μια κοινωνική και δικαιωματική προσέγγιση που εστιάζει στην άρση των ανισοτήτων και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής (Gouws, 2025).

Ωστόσο, παρά τη θεωρητική αυτή πρόοδο, τα άτομα με ΔΑΦ εξακολουθούν να βιώνουν δυσανάλογα υψηλά ποσοστά σωματικών και ψυχικών συννοσηροτήτων, με τις ψυχιατρικές συννοσηρότητες να επηρεάζουν το 75–80% των ενηλίκων με αυτισμό, ενώ παράλληλα έχουν υψηλότερες πιθανότητες ανεκπλήρωτων αναγκών υγειονομικής περίθαλψης εξαιτίας εμποδίων όπως η έλλειψη υπηρεσιών κατά την πρόσβασή τους στις δομές υγείας (Dückert et al., 2023). Αξιοσημείωτο είναι πως το 80% των ενηλίκων με ΔΑΦ ανέφεραν δυσκολία στο να επισκεφθούν τον γενικό ιατρό, οδηγώντας σε αθεράπευτες ψυχικές (69%) και σωματικές (63%) παθήσεις (Doherty et al., 2022).

Το ελλιπώς προσαρμοσμένο νοσοκομειακό περιβάλλον και οι αισθητηριακές ιδιαιτερότητες θέτουν ισχυρά εμπόδια (Doherty et al., 2022). Επιπλέον, το φαινόμενο της *Διαγνωστικής Επισκίασης (Diagnostic Overshadowing)*, μια συστημική κλινική προκατάληψη, στην οποία φυσικά ή ψυχολογικά συμπτώματα αποδίδονται ψευδώς σε μια γνωστή διάγνωση αυτισμού, εμποδίζει την ορθή κλινική αξιολόγηση. Η κατάσταση επιδεινώνεται από το *πρόβλημα της διπλής και τριπλής ενσυναίσθησης (Double and Triple Empathy Problem)*, το βαθύ χάσμα αμοιβαίας κατανόησης και επικοινωνίας μεταξύ ασθενών με ΔΑΦ και ιατρών που δεν έχουν ΔΑΦ και της ιατρικής κοινότητας (Doherty et al., 2022; S.C. Shaw et al., 2023).

Όπως αποδεικνύεται από την τρέχουσα βιβλιογραφία, αυτή η εσφαλμένη απόδοση συμπτωμάτων συμβαίνει ανεξαιρέτως σε όλο το εύρος του φάσματος. Ειδικότερα, στα άτομα με αυτισμό υψηλής λειτουργικότητας (*High Functioning-Autism Spectrum Disorder*), η ικανότητα «καμουφλάζ» καθιστά τα συμπτώματα πιο δύσκολο να διαγνωστούν έγκαιρα, γεγονός που επηρεάζει επικίνδυνα την κλινική πράξη (Gupta & Gupta, 2023). Το μέγεθος του προβλήματος αναδεικνύεται από το γεγονός ότι εμφανή φυσικά συμπτώματα θανατηφόρων ασθενειών, όπως η πλάγια μυατροφική σκλήρυνση, έχουν απορριφθεί στο παρελθόν απλώς ως αντιδραστική συμπεριφορά λόγω της αυτιστικής φύσης των ασθενών (Woods et al., 2023).

Στο πλαίσιο αυτό, καθίσταται σαφές ότι η έλλειψη εξειδικευμένης κατάρτισης του προσωπικού οδηγεί σε χαμηλή *αυτοαποτελεσματικότητα (Self-Efficacy)*, αναπαραγωγή μύθων και εν τέλει, στην καλλιέργεια ενός ακούσιου κοινωνικού στίγματος απέναντι στους νευροαποκλίνοντες ασθενείς (Babalola et al., 2025; Ferrara et al., 2024). Σύγχρονα ερευνητικά δεδομένα επιβεβαιώνουν ότι οι επαγγελματίες υγείας παρουσιάζουν μέτρια επίπεδα γνώσης για τον αυτισμό και σημαντικά κενά στη βασική τους εκπαίδευση γύρω από τη διαχείρισή του (Zarokanellou, Gryparis, et al., 2024).

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η διερεύνηση των γνώσεων και των στάσεων των επαγγελματιών υγείας (ιατρών, νοσηλευτών και θεραπειών), αλλά και της κλινικής ετοιμότητας, απέναντι σε άτομα με ΔΑΦ. Η μελέτη εστιάζει αποκλειστικά στον πληθυσμό της 2ης Υγειονομικής Περιφέρειας (2^η Υ.ΠΕ) Πειραιώς και Αιγαίου. Το συγκεκριμένο πλαίσιο προσδίδει ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον, καθώς εισάγει τη σημαντική παράμετρο της νησιωτικότητας και των προκλήσεων που αυτή συνεπάγεται για τις δομές υγείας.

Για την πληρέστερη ανάπτυξη του θέματος, η εργασία διαρθρώνεται σε δύο βασικά μέρη, το θεωρητικό και το ερευνητικό:

Στο Κεφάλαιο 1 αναλύεται το θεωρητικό υπόβαθρο της ΔΑΦ (σύγχρονοι ορισμοί, αιτιολογία, κλινικά χαρακτηριστικά και συννοσηρότητες), παρέχοντας την απαραίτητη κλινική εικόνα που καλούνται να διαχειριστούν οι επαγγελματίες υγείας. Στη συνέχεια στο Κεφάλαιο 2 εξετάζεται η αλληλεπίδραση των ατόμων με ΔΑΦ με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, διερευνώντας βιβλιογραφικά τις γνώσεις και οι κοινωνικές στάσεις των επαγγελματιών υγείας, το φαινόμενο του κοινωνικού στίγματος και τα εμπόδια που ανακύπτουν κατά την κλινική πράξη.

Τέλος, στο Κεφάλαιο 3 παρουσιάζεται η μεθοδολογία της συγχρονικής έρευνας. Περιγράφεται η συνδυαστική αξιοποίηση των πρόσφατα σταθμισμένων ψυχομετρικών εργαλείων *KCAHW* (*Knowledge About Childhood Autism Among Health Workers*) και *SATA* (*Societal Attitudes Towards Autism*), η οποία εξασφαλίζει υψηλή μεθοδολογική αξιοπιστία και παρατίθενται αναλυτικά τα ευρήματα που προέκυψαν από τη στατιστική επεξεργασία μέσω του λογισμικού SPSS. Η μελέτη ολοκληρώνεται με τη Συζήτηση και τα Συμπεράσματα, όπου τα αποτελέσματα αντιπαραβάλλονται με τη διεθνή και εγχώρια βιβλιογραφία, καταγράφονται οι περιορισμοί της έρευνας και διατυπώνονται προτάσεις για τη μελλοντική έρευνα.

Η αναγκαιότητα της μελέτης απορρέει από την επιτακτική ανάγκη για ακριβή αποτύπωση των γνωστικών κενών του υγειονομικού προσωπικού. Παράλληλα, καθίσταται κρίσιμο να διερευνηθεί κατά πόσο η επιστημονική κατάρτιση λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας έναντι του κοινωνικού στίγματος συγκριτικά με τα απλά δημογραφικά χαρακτηριστικά. Σε πρακτικό επίπεδο, απώτερος στόχος είναι η αξιοποίηση των ευρημάτων της έρευνας ως ενός έγκυρου εργαλείου υποστήριξης διοικητικών αποφάσεων από τη Διοίκηση της 2ης Υ.ΠΕ. Παράλληλα, σε κλινικό και διαπροσωπικό επίπεδο, η έρευνα ευθυγραμμίζεται με τα σύγχρονα διεθνή μοντέλα *Κοινής Λήψης Αποφάσεων* (*Shared Decision Making*). Η προσέγγιση αυτή παρέχει την απαραίτητη τεκμηρίωση για τον σχεδιασμό στοχευμένων εκπαιδευτικών παρεμβάσεων που θα καλύψουν τα γνωστικά κενά του προσωπικού (Department of Social Services, Australian Government [DSS], 2025; Khaikin et al., 2026; Tian et al., 2025). Με αυτόν τον τρόπο γεφυρώνεται το χάσμα μεταξύ θεωρίας και πράξης, με απώτερο στόχο τη διασφάλιση μιας ισότιμης, εξατομικευμένης, οικογενειοκεντρικής και νευροκαταφατικής φροντίδας εντός του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Α' ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΥΤΙΣΤΙΚΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

1.1. Ορισμός, Αιτιολογία, Ταξινόμηση (DSM-5/ICD-11) και Επιδημιολογία

Η κατανόηση του αυτισμού έχει εξελιχθεί ριζικά από το 1943, όταν ο ερευνητής του νοσοκομείου Johns Hopkins, Leo Kanner, κατέγραψε συστηματικά τη συμπεριφορά έντεκα παιδιών και εισήγαγε την έννοια ως ένα ξεχωριστό σύνδρομο. Μέσα από το ιστορικό του έργου, υποστήριξε ότι πρόκειται για μια έμφυτη κατάσταση που χαρακτηρίζεται θεμελιωδώς από ακραία κοινωνική απομόνωση, έντονα αγχώδη ανάγκη για διατήρηση της ομοιομορφίας και ισχυρή προσκόλληση σε αντικείμενα εις βάρος των ανθρώπινων σχέσεων, διαχωρίζοντάς την ξεκάθαρα από άλλες παθήσεις, όπως η παιδική σχιζοφρένεια (Kanner, 1943).

Σήμερα, η επίσημη κλινική προσέγγιση αποτυπώνεται στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5), το οποίο ορίζει τη ΔΑΦ ως μια σύνθετη, δια βίου νευροαναπτυξιακή κατάσταση, η οποία χαρακτηρίζεται από δυσκολίες στην κοινωνική επικοινωνία και περιορισμένες ή επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές (American Psychiatric Association, 2022; Ostrowski et al., 2024).

Ωστόσο, η σύγχρονη βιβλιογραφία υποδεικνύει ότι η αυστηρά παθολογοκεντρική προσέγγιση των διαγνωστικών εγχειριδίων δεν επαρκεί (Rebecchi, 2025). Στο πλαίσιο αυτό, το επικαιροποιημένο DSM-5-TR επιχειρεί να ενσωματώσει την έννοια της υποστήριξης, καθώς η σοβαρότητα των συμπτωμάτων καθορίζει το επίπεδο υποστήριξης που απαιτείται για το άτομο (Sousamli et al., 2024).

Η μετατόπιση αυτή μετουσιώνεται στην πράξη μέσω της Διεθνούς Ταξινόμησης της Λειτουργικότητας, της Αναπηρίας και της Υγείας (International Classification of Functioning, Disability and Health -ICF) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Απομακρυνόμενο από το ιατρικό μοντέλο που εστιάζει στη βλάβη, το ICF υιοθετεί μια βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση. Σε αυτήν, η λειτουργικότητα εξετάζεται ως το δυναμικό αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης του ατόμου με το περιβάλλον, ενσωματώνοντας έτσι τις αρχές του κοινωνικού μοντέλου αναπηρίας

(Bölte, 2022). Την αναγκαιότητα αυτής της οπτικής υπογραμμίζουν οι Tafolla, Singer και Lord (2025), διαπιστώνοντας ότι η κλινική εικόνα και οι γνωστικές ικανότητες (IQ) συχνά αποκλίνουν από την προσαρμοστική ικανότητα του ατόμου στην καθημερινότητα. Συνεπώς, η εφαρμογή των επικαιροποιημένων *ICF Core Sets* για τον αυτισμό αποτελεί ένα σύγχρονο, ολιστικό εργαλείο αξιολόγησης. Καταγράφοντας με ακρίβεια τις πραγματικές ανάγκες του ατόμου και συμπεριλαμβάνοντας κρίσιμους τομείς, όπως οι αισθητηριακές λειτουργίες, το εν λόγω εργαλείο προσφέρει άμεσα εφαρμόσιμες, εξατομικευμένες λύσεις υποστήριξης από την πρώιμη παρέμβαση έως την ενήλικη ζωή (Bölte et al., 2024; Ostrowski et al., 2024; Santomauro et al., 2024; Tafolla et al., 2025).

Η αιτιολογία της ΔΑΦ αναγνωρίζεται πλέον ως πολυπαραγοντική, προκύπτοντας από την περίπλοκη αλληλεπίδραση ισχυρών γενετικών προδιαθέσεων και περιβαλλοντικών παραγόντων. Σε γενετικό επίπεδο, ο αυτισμός εμφανίζει εξαιρετικά υψηλή κληρονομικότητα (Bey et al., 2025). Η σύγχρονη έρευνα καταδεικνύει ότι δεν οφείλεται συνήθως σε μεμονωμένες μεταλλάξεις, αλλά προκύπτει από την αθροιστική, πολυγονιδιακή επιβάρυνση χιλιάδων κοινών γονιδιακών παραλλαγών (Bey et al., 2025). Σύμφωνα με το σύγχρονο μοντέλο *κατωφλίου ευπάθειας* (*threshold susceptibility model*), το περιβάλλον δεν προκαλεί από μόνο του τη διαταραχή, συνιστά δυναμικό έναυσμα αλληλεπίδρασης σε έμβρυα με ήδη υπάρχουσα γενετική ευαλωτότητα (Bey et al., 2025).

Αυτή η αλληλεπίδραση τεκμηριώνεται και από πρόσφατα δεδομένα στον ελληνικό πληθυσμό, τα οποία αναδεικνύουν πως περιγεννητικοί παράγοντες, όπως επιπλοκές κατά την κύηση και λοιμώξεις, αλλά και η προχωρημένη ηλικία των γονέων, συνδέονται άμεσα με μειώσεις στη λειτουργικότητα των παιδιών με ΔΑΦ (Sousamli et al., 2024). Στους επιβεβαιωμένους αυτούς περιβαλλοντικούς παράγοντες προστίθενται παραδοσιακά η ακραία προωρότητα, το πολύ χαμηλό βάρος γέννησης, καθώς και η ενδομήτρια έκθεση σε συγκεκριμένους φαρμακευτικούς παράγοντες, όπως το βαλπροϊκό οξύ. Όπως επισημαίνεται στη διεθνή βιβλιογραφία, η πλήρης κατανόηση αυτών των αποκλινουσών βιολογικών διαδρομών είναι πλέον ζωτικής σημασίας για την ανάπτυξη εξατομικευμένων στρατηγικών πρώιμης ανίχνευσης και στοχευμένης παρέμβασης (Bey et al., 2025; Sousamli et al., 2024).

Σε επιδημιολογικό επίπεδο, ενώ παλαιότερα υπολογιζόταν ότι 1 στους 127 ανθρώπους παγκοσμίως βρίσκεται στο φάσμα, τα πλέον πρόσφατα δεδομένα στις ΗΠΑ καταδεικνύουν μια

εκθετική αύξηση. Σύμφωνα με την τελευταία συστηματική ανασκόπηση που δημοσιεύτηκε τον Μάρτιο του 2022 στο περιοδικό *Autism Research* με επικεφαλής την ερευνήτρια Jinan Zeidan διαπιστώθηκε ότι ο παγκόσμιος επιπολασμός είναι πλέον 100 ανά 10.000 άτομα, δηλαδή ακριβώς 1% ή 1 στα 100 παιδιά (Santomauro et al., 2024; Sousamli et al., 2024; Zeidan et al., 2022). Πρόκειται για σημαντική άνοδο από το 0,62% (62 ανά 10.000) που είχε καταγραφεί μια δεκαετία πριν (Kumar et al., 2023; Zeidan et al., 2022; Zhu et al., 2025). Τα στοιχεία του αμερικανικού CDC υποδεικνύουν μια πρωτοφανή αύξηση του επιπολασμού, ο οποίος πλέον διαμορφώνεται σε 1 στα 31 παιδιά (K.A. Shaw et al., 2025; Papanikolaou & Pehlivanidis, 2025). Επιπλέον, η κλασική αναλογία διάγνωσης μεταξύ αρρένων και θηλέων (4:1) αναθεωρείται δραστικά, προσεγγίζοντας το 3:1, γεγονός που αποδίδεται στην ιστορική υποδιάγνωση των κοριτσιών και στη χρήση ανδροκεντρικών διαγνωστικών εργαλείων (Harrop et al., 2024; Loomes et al., 2017).

Αναφορικά με τους ενήλικες (18 ετών και άνω), ο επιπολασμός στις ΗΠΑ εκτιμάται στο 2,21%, αναδεικνύοντας την παγκόσμια ανάγκη για επάρκεια κλινικών γνώσεων στην υγεία ενηλίκων (Tafolla et al., 2025). Σε αντίθεση με τα παλαιότερα στερεότυπα, τα σημερινά δεδομένα δείχνουν ότι η πλειοψηφία των ατόμων στο φάσμα (67%) δεν έχει νοητική υστέρηση. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι, όταν τα άτομα αυτά έρχονται σε επαφή με το σύστημα υγείας, είναι πλήρως ικανά και νομικά ανεξάρτητα να λαμβάνουν μόνα τους αποφάσεις για την ιατρική τους φροντίδα (Tafolla et al., 2025).

Σε εθνικό επίπεδο, ο αδρός επιπολασμός στα παιδιά (2-17 ετών) ανέρχεται στο 1,10% (1,69% στα αγόρια και 0,47% στα κορίτσια) (Kouznetsov et al., 2025). Ακόμη πιο ανησυχητική είναι η κατάσταση στον ενήλικο πληθυσμό, όπου το ελληνικό κράτος παρουσιάζει ένα σοβαρό επιδημιολογικό κενό (Papanikolaou et al., 2025). Στην Ελλάδα δεν υφίσταται επίσημο Εθνικό Μητρώο Καταγραφής Ενηλίκων με ΔΑΦ, ούτε έχουν διεξαχθεί αντίστοιχες επιδημιολογικές μελέτες μεγάλης κλίμακας, με αποτέλεσμα τα άτομα αυτά να καθίστανται πρακτικά «αόρατα» δημιουργώντας την «χαμένη γενιά ενηλίκων» που έχουν ΔΑΦ των οποίων η διάγνωση είχε χαθεί.

1.2. Κλινικά Χαρακτηριστικά και Κοινωνική Επικοινωνία, Η Κλινική Εικόνα που καλείται να αναγνωρίσει ο επαγγελματίας υγείας

Το ετερογενές κλινικό προφίλ της ΔΑΦ, το οποίο καλούνται να διαχειριστούν οι επαγγελματίες υγείας, χαρακτηρίζεται πρωτίστως από δυσκολίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση και την πραγματολογική χρήση της γλώσσας. Οι ιδιαιτερότητες στην ανάπτυξη του λόγου αποτελούν συχνά το πρώτο αξιόπιστο σημάδι για περαιτέρω διερεύνηση κατά την πρώιμη παιδική ηλικία (Lord et al., 2021). Παράλληλα, οι αποκλίσεις στην εξωλεκτική επικοινωνία, όπως η μειωμένη βλεμματική επαφή, η απουσία κοινωνικού χαμόγελου και η αδυναμία αποκωδικοποίησης προθέσεων, καθιστούν τις νέες και απρόβλεπτες καταστάσεις, όπως οι ιατρικές επισκέψεις, ιδιαίτερα στρεσογόνες (Doherty et al., 2023; Lord et al., 2021).

Στο ευρύτερο θεραπευτικό και κλινικό πλαίσιο, μια επιπλέον πρόκληση συνιστά η επεξεργασία των συναισθημάτων (Barmpagiannis & Baldimtsi, 2025; Doherty et al., 2022). Αν και τα άτομα με ΔΑΦ δεν στερούνται συναισθημάτων, μετα-αναλύσεις δείχνουν ότι εμφανίζουν σημαντικές δυσκολίες στη γνωστική ενσυναίσθηση, διατηρώντας ωστόσο τη συναισθηματική τους ανταπόκριση (Cusson et al., 2025; Fatima & Babu, 2023). Σε αυτό το πλαίσιο, η δυσκολία στην επικοινωνία δεν αποτελεί αποκλειστικά ένα ατομικό έλλειμμα, αλλά μια αμφίδρομη συνθήκη που περιγράφεται ως το πρόβλημα διπλής ενσυναίσθησης (Brosnan & Camilleri, 2025; Milton, 2012).

Στην κλινική πραγματικότητα, αυτό το χάσμα αποτυπώνεται έντονα. Ενώ τα άτομα που βρίσκονται στο φάσμα βιώνουν ως κύρια εμπόδια το αισθητηριακά επιβαρυνόμενο περιβάλλον ή την αναμονή, οι επαγγελματίες υγείας τείνουν συχνά να αποδίδουν εσφαλμένα τις δυσκολίες στη συμπεριφορά του ίδιου του ατόμου (Babalola et al., 2025). Η συνθήκη αυτή περιπλέκεται περαιτέρω από την *αλεξιθυμία*, η οποία συννοσηρεί συχνά με τη ΔΑΦ και δυσκολεύει το άτομο να αναγνωρίσει τα συναισθήματά του, γεγονός που το εμποδίζει να εκφραστεί ανοιχτά στους ειδικούς. Αυτό το επικοινωνιακό εμπόδιο κάνει συχνά τους ίδιους τους θεραπευτές να νιώθουν ότι δεν είναι αποτελεσματικοί στο έργο τους (Barmpagiannis & Baldimtsi, 2025; Tsubaki & Shimizu, 2024).

Πέραν των επικοινωνιακών εμποδίων, οι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές και η προσκόλληση σε ρουτίνες ερμηνεύονται πλέον υπό το νευροκαταφατικό πρίσμα του

μονοτροπισμού (*monotropism*). Η κατάλληλη υποστήριξη απαιτεί από τον επαγγελματία να εισέλθει στο *τούνελ προσοχής* (*attention tunnel*) του ατόμου με ΔΑΦ, αντί να προσπαθεί να το αναγκάσει να βγει από αυτό (Brosnan & Camilleri, 2025). Στο απρόβλεπτο, γεμάτο ερεθίσματα ιατρικό περιβάλλον, η αισθητηριακή υπερφόρτωση και η αδυναμία ελέγχου αποτελούν τεράστια εμπόδια. Τα άτομα που βρίσκονται στο φάσμα δυσκολεύονται έντονα με την αβεβαιότητα (π.χ. άγνοια για τον χρόνο αναμονής), γεγονός που μπορεί να ξεπεράσει τις ικανότητες αυτορρύθμισής τους, πυροδοτώντας εξωτερικευμένες καταρρεύσεις (*meltdowns*) ή εσωτερικευμένη απόσυρση (*shutdowns*) (Barnpagiannis & Baldimtsi, 2025; Doherty et al., 2022).

Επιπρόσθετα, όπως θα αναλυθεί εκτενέστερα στη συνέχεια, η αλεξιθυμία και οι ιδιαιτερότητες στην εσωδεκτικότητα δυσχεραίνουν την επικοινωνία κρίσιμων ιατρικών πληροφοριών, όπως η έκφραση του πόνου (Barnpagiannis & Baldimtsi, 2025). Κλινικά, αυτό επιβεβαιώνεται από το γεγονός ότι το 54% των ενηλίκων που βρίσκονται στο φάσμα αναφέρουν πως αδυνατούν να περιγράψουν τον πόνο ή τα συμπτώματά τους με ακρίβεια, καθιστώντας επιτακτική την εξειδικευμένη κλινική παρατήρηση (Doherty et al., 2022).

1.3. Το Παράδειγμα της Νευροδιαφορετικότητας και το Πρόβλημα της Διπλής και Τριπλής Ενσυναίσθησης

Όπως προαναφέρθηκε, η επιστημονική προσέγγιση της ΔΑΦ μεταβαίνει σταδιακά από το παθολογοκεντρικό Βιοϊατρικό μοντέλο στο νευροκαταφατικό παράδειγμα της νευροδιαφορετικότητας. Όπως τονίζει ο Gouws (2025), το ξεκίνημα της μετάβασης αυτής επιτεύχθηκε μέσα από τη δυναμική του κινήματος της *αυτοσυνηγορίας* (*Self-advocacy*) και το χτίσιμο της προσωπικής ανθεκτικότητας, υποδεικνύοντας ότι ο αυτισμός πρέπει να αντιμετωπίζεται όχι ως ασθένεια προς θεραπεία, αλλά ως μια φυσιολογική παραλλαγή της ανθρώπινης νευρολογίας. Σύμφωνα με τη Βιοψυχοκοινωνική σύνθεση και τα επίσημα πρακτικά εργαλεία, όπως η Διεθνής Ταξινόμηση Λειτουργικότητας του ΠΟΥ, ο πρωταρχικός στόχος της κλινικής πρακτικής αναθεωρείται (Bölte et al., 2024). Η εστίαση δεν βρίσκεται πλέον στην «ίαση» της διαταραχής. Αντίθετα, στοχεύει στην άρση των περιβαλλοντικών εμποδίων και στη μεγιστοποίηση της ευημερίας του ατόμου. Πρακτικά, αυτό επιτάσσει μια κλινική προσέγγιση βασισμένη στις δυνατότητες, η οποία αναγνωρίζει έννοιες όπως ο

μονοτροπισμός όπου η προσοχή επικεντρώνεται έντονα σε συγκεκριμένα ενδιαφέροντα, αλλά και το ιδιαίτερο γνωστικό στυλ και τη δημιουργική σκέψη (Brosnan & Camilleri, 2025). Ιστορικά, η όποια αδυναμία επικοινωνίας ιατρού-ασθενούς αποδιδόταν αποκλειστικά σε έλλειμμα του ατόμου με ΔΑΦ, καθώς παλαιότερα θεωρούνταν εσφαλμένα ότι τα άτομα με αυτισμό αδυνατούν να κατανοήσουν τους άλλους (S.C. Shaw et al., 2023).

Αξίζει να σημειωθεί πως η θεμελιώδης θεωρία του προβλήματος της διπλής ενσυναίσθησης που εισήγαγε ο Milton (2012), αναδεικνύει ότι το επικοινωνιακό χάσμα αποτελεί μια αμφίδρομη αστοχία κατανόησης μεταξύ ατόμων με ριζικά διαφορετικούς νευρολογικούς τύπους. Αυτό επιβεβαιώνεται από τα πειραματικά δεδομένα των Crompton et al. (2020) και τη μελέτη των Brosnan και Camilleri (2025), που αποδεικνύουν ότι η επικοινωνία μεταξύ των ίδιων των ατόμων με αυτισμό (*neurotype-matching*) δεν παρουσιάζει ελλείμματα, αλλά είναι εξίσου ρευστή, αποδοτική και γεμάτη ενσυναίσθηση με την επικοινωνία των νευροτυπικών.

Στο κλινικό περιβάλλον, ωστόσο, αυτό το επικοινωνιακό χάσμα λαμβάνει επικίνδυνες διαστάσεις. Όταν ο ιατρός επικοινωνεί εφαρμόζοντας αυστηρά νευροτυπικούς κανόνες, τείνει να παρερμηνεύει τις αυτιστικές εκφράσεις (S.C. Shaw et al., 2023). Για παράδειγμα, η αποφυγή οπτικής επαφής μπορεί να εκληφθεί εσφαλμένα ως αδιαφορία, υπερβολικό άγχος ή ψυχοσωματικό σύμπτωμα. Αυτή η συστηματική παρερμηνεία έχει ως τελική συνέπεια ο ιατρός να μην πιστεύει τον πραγματικό πόνο του ασθενούς. Από την άλλη πλευρά, οι Dücker et al. (2023) καταγράφουν ότι ο ασθενής με ΔΑΦ βιώνει τον ιατρικό λόγο ως ασαφή και δυσκολεύεται ιδιαίτερα να απαντήσει σε ερωτήσεις ανοιχτού τύπου. Επομένως, ο επαγγελματίας υγείας καλείται να προσαρμόσει τον λόγο του μέσω σαφούς διατύπωσης ώστε να διευκολυνθεί η επικοινωνία και να μειωθεί το γνωστικό βάρος του ασθενούς.

Οι S.C. Shaw et al. (2023) εισάγουν τον όρο *πρόβλημα της τριπλής ενσυναίσθησης* για να εξηγήσουν πώς αυτή η ασυνεννοησία επιτείνεται από ένα τρίτο, θεσμικό στρώμα: το ίδιο το ιατρονοσηλευτικό σύστημα. Το σύστημα αυτό, σύμφωνα με τους Dücker et al. (2023), χαρακτηρίζεται από έναν χαοτικό κατακερματισμό των υπηρεσιών του, προσθέτοντας επιπλέον βάρος μαζί με την άκαμπτη γραφειοκρατία, την πίεση χρόνου και την αισθητηριακά εχθρική του αρχιτεκτονική. Επιπλέον, επισημαίνουν ότι αυτό το θεσμικό εμπόδιο κορυφώνεται κατά τη μετάβαση στην ενηλικίωση, αφού το ιατρικό σύστημα συνεχίζει να αντιμετωπίζει λανθασμένα τον αυτισμό ως παιδική διαταραχή, αφήνοντας τους ενήλικες χωρίς εξειδικευμένες δομές.

1.4. Προκλήσεις στη Διάγνωση, Γυναικείος Φαινότυπος και Κοινωνικό Καμουφλάζ (Masking)

Μία από τις σημαντικότερες προκλήσεις που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι σύγχρονοι επαγγελματίες υγείας, αφορά την έγκαιρη και ορθή διάγνωση της ΔΑΦ σε πληθυσμούς που αποκλίνουν από την παραδοσιακή κλινική εικόνα. Ιστορικά, ο αυτισμός θεωρούνταν μια κατάσταση που αφορούσε συντριπτικά το ανδρικό φύλο, καθώς τα διαγνωστικά εργαλεία αναπτύχθηκαν βασισμένα σχεδόν αποκλειστικά σε ανδρικά δείγματα και στην ιστορική αντίληψη ότι ο αυτισμός είναι συμβατός κυρίως με το ανδρικό φύλο (Brickhill et al., 2023).

Η μεγάλη διαφορά στα ποσοστά διάγνωσης αποδίδεται πλέον σε μια συστημική διαγνωστική μεροληψία (*diagnostic bias*), η οποία καθιστά τις γυναίκες κλινικά «αόρατες» μέχρι την ενηλικίωσή τους. Τα τελευταία 35 έτη καταγράφεται σημαντική μείωση της αναλογίας ανδρών-γυναικών όσον αφορά τις διαγνώσεις του φάσματος του αυτισμού. Η πτώση αυτή, η οποία συσχετίζεται με την πάροδο του χρόνου και την αύξηση της ηλικίας κατά τη διάγνωση, αναδεικνύει ένα φαινόμενο κάλυψης της διαφοράς, καταδεικνύοντας ότι οι γυναίκες λαμβάνουν διάγνωση με σημαντική χρονική καθυστέρηση έναντι των ανδρών (Fyfe et al., 2026). Η ποσοτική ανάλυση καταλήγει στο ότι η μέση ηλικία διάγνωσης για τις γυναίκες που δεν είχαν διαγνωστεί μέχρι την ηλικία των 15 ετών είναι τα 28,2 έτη, γεγονός που αντανακλά την εκτεταμένη υποδιάγνωση στο γυναικείο φύλο (Marques et al., 2025).

Η καθυστέρηση ή η λανθασμένη αυτή διάγνωση οφείλεται στον γυναικείο αυτιστικό φαινότυπο. Τα κορίτσια και οι γυναίκες στο φάσμα εμφανίζουν συχνά εσωτερικευμένα συμπτώματα, αναπτύσσουν πιο κοινωνικά αποδεκτά ενδιαφέροντα και εμφανίζουν μεγαλύτερη τάση να καμουφλάρουν τα συμπτώματά τους (Bäceman et al., 2026; Brickhill et al., 2023). Αυτό το γεγονός εντείνει τον κίνδυνο της Διαγνωστικής Επισκίασης, οδηγώντας σε λανθασμένες διαγνώσεις, όπως η οριακή διαταραχή προσωπικότητας ή οι διατροφικές διαταραχές (Al-Beltagi, 2024; Lubieniecki et al., 2025; Schröder et al., 2025; Sholinghur, 2024). Κεντρικός μηχανισμός αυτής της απόκρυψης είναι το *κοινωνικό καμουφλάζ*, δηλαδή η στρατηγική ενσωμάτωσης στις νευροτυπικές προσδοκίες, η οποία υλοποιείται μέσω της αφομοίωσης κοινωνικών κανόνων, της απόκρυψης μέσω *masking* των χαρακτηριστικών της ΔΑΦ (Cancino-Barros et al., 2025).

Σε αυτό το πεδίο, η πρωτοποριακή μελέτη του Πανεπιστημίου του Chapel Hill της Βόρειας Καρολίνας (UNC) από τους Putnam, McFayden και Harrop (2024) αποδεικνύει ότι τα κορίτσια αποκρύπτουν τόσο έντονα τα αυτιστικά τους χαρακτηριστικά στο σχολικό περιβάλλον, που οι εκπαιδευτικοί αδυνατούν να τα αναγνωρίσουν, ειδικά αν το παιδί έχει καλή διαγωγή ή ακαδημαϊκή επίδοση. Δεδομένου ότι οι επαγγελματίες υγείας βασίζονται πρωτίστως στις αναφορές των δασκάλων και των γονέων για να προχωρήσουν σε διάγνωση, αυτή η απόκρυψη μπλοκάρει άμεσα την κλινική διαδικασία (Putnam et al., 2024). Επιπλέον, όπως αναδεικνύουν οι ίδιοι ερευνητές, παρόμοιες προκαταλήψεις διαιωνίζονται και από τους ίδιους τους κλινικούς, οι οποίοι συχνά αξιολογούν τα κορίτσια με έμμεση προκατάληψη, βασιζόμενοι περισσότερο στις υποκειμενικές κλινικές τους εντυπώσεις παρά στα αντικειμενικά διαγνωστικά εργαλεία (Putnam et al., 2024).

Παρότι το κοινωνικό καμουφλάζ βραχυπρόθεσμα διευκολύνει την κοινωνική ένταξη, μακροπρόθεσμα οδηγεί σε ακραία *αυτιστική εξουθένωση (Autistic Burnout)*, στην εμφάνιση δευτερογενών προβλημάτων ψυχικής υγείας, όπως άγχος και κατάθλιψη και σε κατακόρυφα αυξημένη αυτοκτονικότητα. Το φαινόμενο αυτό προκύπτει από τη συνεχή προσπάθεια απόκρυψης των χαρακτηριστικών και συνύπαρξης σε έναν κυρίως μη αυτιστικό κόσμο που στερείται επαρκών προσαρμογών (Ali et al., 2025; Cancino-Barros et al., 2025; Newell et al., 2023; S.C. Shaw et al., 2023).

Αξίζει να σημειωθεί, πως τα «χρυσά πρότυπα» διάγνωσης όπως το *ADOS-2*, παρουσιάζουν μειωμένη ευαισθησία στον γυναικείο πληθυσμό, καθώς αδυνατούν να εντοπίσουν τις ηπιότερες κοινωνικο-επικοινωνιακές αποκλίσεις των γυναικών με μέση ή ανώτερη γνωστική λειτουργία, οι οποίες συχνά καμουφλάρονται ακόμα και κατά τη διάρκεια της κλινικής εξέτασης (Rea et al., 2022).

Αυτό το γεγονός έχει δημιουργήσει μια «*Χαμένη Γενιά (Lost Generation)*» γυναικών, οι οποίες λαμβάνουν πλέον τη διάγνωση πολύ αργότερα στη ζωή τους, συχνά όταν η δραματική εξάντληση των ικανοτήτων και των αποθεμάτων εκτελεστικής λειτουργίας οδηγεί στην πλήρη κατάρρευση των μηχανισμών καμουφλάζ (Holmes, 2023; Lai & Baron-Cohen, 2015).

1.5. Συννοσηρότητες, Άτυπη Κλινική Εικόνα και το Φαινόμενο της Διαγνωστικής Επισκίασης

Τα άτομα με ΔΑΦ παρουσιάζουν εκτεταμένη κλινική επιβάρυνση και αναζητούν ιατρική φροντίδα κυρίως για ιατρικές και ψυχιατρικές συννοσηρότητες (Ostrowski et al., 2024; Santomauro et al., 2024). Η συχνή αυτή προσέλευση στις δομές περίθαλψης για οργανικά ή δευτερογενή ζητήματα, καθιστά την εξοικείωση των επαγγελματιών υγείας απόλυτη προτεραιότητα, καθώς η απουσία εξειδικευμένης εκπαίδευσης αποτελεί πλέον κρίσιμο παράγοντα κλινικού κινδύνου.

Η ανεπάρκεια της ιατρονοσηλευτικής περίθαλψης και τα συνεχή θεσμικά εμπόδια πρόσβασης αποτελούν πρωτίστως ζήτημα ανισότητας, το οποίο ενοχοποιείται άμεσα για την πρόωρη θνησιμότητα του πληθυσμού αυτού (David et al., 2024; Doherty et al., 2022; O’Nions et al., 2023). Μάλιστα, παρόλο που παλαιότερες μελέτες ανέδειξαν δραματική μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης, πιο πρόσφατα και αξιόπιστα δεδομένα καταρρίπτουν τον ευρέως διαδεδομένο μύθο ότι τα άτομα με ΔΑΦ ζουν 16 χρόνια λιγότερο. Όπως εξηγείται, τέτοια στατιστικά αποτελούν υπερεκτίμηση λόγω διαγνωστικών σφαλμάτων, καθώς ιστορικά διαγιγνώσκονταν κυρίως ενήλικες με πολύ υψηλές ανάγκες υποστήριξης (O’Nions et al., 2023).

Εξέχουσα θέση στις ιατρικές προκλήσεις (συννοσηρότητες) που αντιμετωπίζουν οι κλινικοί, κατέχει η αποφευκτική-περιοριστική διαταραχή πρόσληψης τροφής. Σε αυτήν, η άρνηση τροφής δεν οφείλεται σε διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος αλλά έχει ως κινητήριο μοχλό την αισθητηριακή αποστροφή λόγω υφής ή μυρωδιάς (Korańska et al., 2025). Αυτό το περιοριστικό διατροφικό πρότυπο οδηγεί σε εντερική δυσλειτουργία και επακόλουθη νευροφλεγμονή, επιδεινώνοντας την ψυχολογία του ατόμου μέσω του άξονα εντέρου-εγκεφάλου (Korańska et al., 2025).

Ωστόσο, η έγκαιρη αναγνώριση οργανικών παθήσεων παρεμποδίζεται συχνά από το προαναφερθέν φαινόμενο της διαγνωστικής επισκίασης (Doherty et al., 2022; S.C. Shaw et al., 2023). Αυτή η κλινική παρανόηση συμβαίνει διότι τα άτομα με αυτισμό αντιμετωπίζουν πρωτογενείς δυσκολίες στην ίδια την επίγνωση του πόνου. Λόγω διαφορών στην ενδοδεκτικότητα δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν το αίσθημα του πόνου, να το διαχωρίσουν από άλλες σωματικές αισθήσεις, αλλά και να εντοπίσουν χωρικά ή να χαρακτηρίσουν την

έντασή του. Ως αποτέλεσμα, ο πόνος εκδηλώνεται συχνά μέσω άτυπης, μη λεκτικής συμπεριφοράς που οι γιατροί αδυνατούν να αποκωδικοποιήσουν (Levi et al., 2025). Ορισμένες συμπεριφορές παρερμηνεύονται ενίοτε ως απλή ένδειξη άγχους ή ως ψυχοσωματικά παράπονα ενώ η *αυτιστική κατατονία (Autistic Catatonia)*, η οποία συχνά πυροδοτείται ως εξελικτική αντίδραση φόβου και άμυνας απέναντι σε ακραία περιβαλλοντικά στρεσογόνα γεγονότα ή τραύματα συγχέεται με την τυπική αυτιστική απόσυρση (Nadeem et al., 2024). Τα σφάλματα αυτά εδραιώνουν την *επιστημική αδικία (Epistemic Injustice)*, όπου οι γνώσεις και οι ανησυχίες του ατόμου δεν λαμβάνονται σοβαρά από τους επαγγελματίες υγείας λόγω της διάγνωσης του (Doherty et al., 2022; S.C. Shaw et al., 2023).

Η αδυναμία εντοπισμού των πραγματικών υποκείμενων αιτιών οργανικών ή ψυχιατρικών, καταλήγει συχνά στη χορήγηση ακατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής και σε αδικαιολόγητη πολυφαρμακία, ελλείψει στοχευμένων θεραπειών (Garrison et al., 2025). Οι βασικοί προβλεπτικοί παράγοντες που οδηγούν στο φαινόμενο της πολυφαρμακίας είναι η παρουσία συνυπάρχουσας νοητικής υστέρησης, η συννοσηρότητα με επιληψία, η προχωρημένη ηλικία του ατόμου, καθώς και η παρουσία έντονων εξωτερικευμένων διαταραχών συμπεριφοράς, όπως η παρορμητικότητα και οι κρίσεις (Mahé et al., 2025). Η υπέρβαση της επισκίασης απαιτεί τον ενδελεχή αποκλεισμό οργανικών αιτιών, αναγνωρίζοντας πως κάθε ακραία αλλαγή συμπεριφοράς ή απώλεια δεξιοτήτων χρήζει άμεσης, ιατρικής και απροκατάληπτης διερεύνησης.

1.6. Εμπόδια Πρόσβασης, Ιατρογενές Τραύμα και Κλινική Διαχείριση

Τα άτομα στο φάσμα του αυτισμού και οι φροντιστές τους έρχονται καθημερινά αντιμέτωπα με συστημικά εμπόδια. Αυτό συμβαίνει διότι ο τυπικός σχεδιασμός των ιατρικών υποδομών σπάνια ενσωματώνει τις αισθητηριακές, γνωστικές και κοινωνικές τους ιδιαιτερότητες. Στη σύγχρονη βιβλιογραφία, αυτή η εχθρική συνθήκη περιγράφεται πλέον ως μορφή *δομικής βίας (Structural Violence)*. Η βία αυτή εκδηλώνεται μέσα από τέσσερις κύριους άξονες: την προβληματική πρόσβαση στην περίθαλψη, τις γεωγραφικές ανισότητες, την έλλειψη ευαισθητοποίησης και την οικονομική επιβάρυνση (Doherty et al., 2022; Khougar et al., 2023; S. C. Shaw et al., 2023).

Αρχικά, το αφιλόξενο αισθητηριακό περιβάλλον με τα έντονα φώτα φθορισμού, τους διαρκείς θορύβους από ιατρικά μηχανήματα και τον συνωστισμό στους θαλάμους αναμονής, λειτουργεί ως καταλύτης, πυροδοτώντας την επώδυνη υπερφόρτωση και τις καταρρεύσεις πριν ξεκινήσει η ιατρική εξέταση (Doherty et al., 2022). Παράλληλα, τα διοικητικά εμπόδια, όπως η τηλεφωνική φοβία και η απρόβλεπτη πολύωρη αναμονή, πυροδοτούν εντονότατο άγχος (S.C. Shaw et al., 2023).

Λόγω της εγγενούς επιτελικής δυσλειτουργίας, ο σύνθετος συντονισμός που απαιτεί μια ιατρική επίσκεψη προκαλεί συχνά ακραία γνωστική εξάντληση (David et al., 2024). Ως αποτέλεσμα, οι ενδεχόμενες καθυστερήσεις παρερμηνεύονται από το σύστημα ως εκούσια μη συμμόρφωση (*non-compliance*), επιφέροντας άδικες διαγραφές από τις λίστες φροντίδας (Papanikolaou & Pehlivanidis, 2025).

Σε συστημικό επίπεδο, το φαινόμενο του «γκρεμού υπηρεσιών» κατά τη μετάβαση στην ενηλικίωση διακόπτει βίαια τη συνέχεια της φροντίδας (Baumbusch, 2023; Tafolla et al., 2025). Η ευθραυστότητα αυτή επιτείνεται δομικά από τον κατακερματισμό των υπηρεσιών και την απουσία στρατηγικών προαγωγής υγείας (Emine & Stathopoulou, 2025; Kotsis et al., 2024). Στο πλαίσιο αυτό, η προληπτική διαχείριση του αισθητηριακού περιβάλλοντος και η ελαχιστοποίηση των περιττών ερεθισμάτων δεν συνιστούν απλή διευκόλυνση, αλλά την κύρια δικλείδα ασφαλείας απέναντι στο ιατρογενές τραύμα (*medical trauma*). Η διαρκής τριβή των ασθενών με το σύστημα υγείας, σε συνδυασμό με τη συστηματική ακύρωση των προσωπικών τους βιωμάτων, ασκεί μια συσσωρευτική επιβάρυνση που πυροδοτεί το τραύμα αυτό (Clark, 2025). Οι βαθιές ψυχολογικές συνέπειες που προκύπτουν δεν αποτελούν εγγενές χαρακτηριστικό του αυτισμού, αλλά απορρέουν αποκλειστικά από τις δυσάρεστες ιατρικές εμπειρίες.

Σε σύγκριση με τον τυπικό πληθυσμό, οι ανήλικοι που παραπέμπονται για διαγνωστική αξιολόγηση ΔΕΠΥ ή αυτισμού εμφανίζουν πολύ μεγαλύτερη συχνότητα έκθεσης σε δυνητικά τραυματικά συμβάντα, καθώς και κλινικά αξιοσημείωτα συμπτώματα μετατραυματικού στρες (Bäceman et al., 2026). Ως δραματική συνέπεια αυτού του τραύματος, τα άτομα με ΔΑΦ οδηγούνται στη συστηματική αποφυγή αναζήτησης φροντίδας. Προσέρχονται στις δομές καθυστερημένα, συχνά μόνο όταν η οργανική τους κατάσταση έχει ήδη καταστεί άμεσα απειλητική για τη ζωή τους (S.C. Shaw et al., 2023). Η υπέρβαση αυτών των εμποδίων απαιτεί

την καθολική υιοθέτηση της φροντίδας βασισμένης στην επίγνωση του τραύματος ή αλλιώς *τραυματοκεντρική φροντίδα (Trauma-Informed Care -TIC)* και την εφαρμογή στα νοσοκομεία φιλικών πρακτικών προς τον αυτισμό, όπως το πλαίσιο *Autistic SPACE* (Doherty et al., 2023).

Για τη διασφάλιση της ισότιμης φροντίδας, απαιτείται στοχευμένη εκπαίδευση των επαγγελματιών και ευθυγράμμιση των συστημάτων υγείας (Kadam & Goel, 2025). Η υιοθέτηση μιας ευέλικτης και εξατομικευμένης προσέγγισης και η εφαρμογή εύλογων προσαρμογών, όπως η δυνατότητα κράτησης ραντεβού μέσω email, η αναμονή σε ήσυχο χώρο, ή ο προγραμματισμός ραντεβού στην αρχή ή το τέλος της βάρδιας, είναι εξαιρετικά απαραίτητες για τα άτομα στη ΔΑΦ (Babalola et al., 2025; Doherty et al., 2022). Αξιοσημείωτο είναι, ότι το ίδιο το περιβάλλον της αίθουσας αναμονής (θόρυβος, συνωστισμός, φώτα) αποτελεί σημαντικό εμπόδιο για το 51% των ενηλίκων που βρίσκονται στα φάσμα του αυτισμού (Doherty et al., 2022).

Το πλαίσιο *Autistic SPACE* έχει σχεδιαστεί ακριβώς για να προσφέρει έναν ολοκληρωμένο οδηγό προσαρμογών, ώστε οι χώροι παροχής υγείας όπως τα νοσοκομεία, να γίνουν πιο φιλικοί, προσβάσιμοι και ασφαλείς για τα αυτιστικά άτομα, αποτρέποντας δυσμενή αποτελέσματα ή ιατρογενή τραύματα. Βασίζεται σε πέντε κύριους άξονες (το ακρωνύμιο *SPACE*) και τρεις επιπλέον μορφές χώρου χωρισμένες ανά κατηγορία:

1. S *Sensory Needs*. Το περιβάλλον πρέπει να προσαρμόζεται για να μειώνεται η αισθητηριακή υπερφόρτωση (Αισθητηριακές Ανάγκες)
2. P *Predictability* (Προβλεψιμότητα)
3. A *Acceptance* (Αποδοχή)
4. C *Communication* (Επικοινωνία)
5. E *Empathy* (Ενσυναίσθηση) (Clark, 2025; Doherty et al., 2023).

1.7. Ο Ρόλος της Οικογένειας, Εμπειρογνώμονες εξ Εμπειρίας και Θεραπευτική Τριάδα

Η ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας των ατόμων με ΔΑΦ, προϋποθέτει την ουσιαστική οικογενειακή εμπλοκή. Λειτουργώντας ως εμπειρογνώμονες εξ εμπειρίας, οι γονείς κατέχουν την πολύτιμη «*σιωπηρή γνώση*» του ασθενούς, καθώς γνωρίζουν με ακρίβεια τους παράγοντες

που πυροδοτούν μια αισθητηριακή κρίση, τις επικοινωνιακές προτιμήσεις του και το πώς εκφράζει την ένταση ή τον πόνο (Al-Beltagi et al., 2025; Greenwood et al., 2026).

Στη σύγχρονη κλινική τριαδική σχέση (Ιατρός-Ασθενής-Φροντιστής), ο γονέας δρα με διττό ρόλο, ως απαραίτητος μεταφραστής της επικοινωνίας και ως συναισθηματικός ρυθμιστής απέναντι στο στρες του νοσοκομειακού περιβάλλοντος (Al-Beltagi et al., 2025; Karni-Visel et al., 2024). Ωστόσο, η ιδανική αυτή τριάδα συχνά διαταράσσεται. Στην προσπάθειά τους να προστατεύσουν τα παιδιά από στρεσογόνες ιατρικές πληροφορίες, οι γονείς συχνά επιδιώκουν τον αποκλεισμό ή τον περιορισμό της συμμετοχής του παιδιού από τη συζήτηση, με αποτέλεσμα το παιδί να περιθωριοποιείται και η επικοινωνία να χάνει ενίοτε τον αυστηρά ασθενοκεντρικό της χαρακτήρα (Karni-Visel et al., 2024).

Επιπλέον, η παραδοσιακή ιατροκεντρική προσέγγιση συχνά αποκλείει τους φροντιστές από τη *συνδιαμόρφωση αποφάσεων* (γνωστή ως *Shared Decision Making*) (Khaikin et al., 2026). Στην Ελλάδα, αν και οι γονείς καλούνται πρακτικά να λειτουργήσουν ως συν-θεραπευτές, η συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας διαφοροποιείται έντονα με βάση το φύλο (Kotsopoulou et al., 2021). Οι μητέρες αναλαμβάνουν παραδοσιακά το μεγαλύτερο *φορτίο φροντίδας* (*Caregiver Burden*) και βιώνουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα σωματικής και ψυχικής κόπωσης συγκριτικά με τους πατέρες (A. Papadopoulos et al., 2023).

Αντίθετα, οι πατέρες συχνά δυσκολεύονται να κατανοήσουν και να προσαρμοστούν στις ανάγκες του παιδιού, παρουσιάζουν μη ρεαλιστικές προσδοκίες και επιδεικνύουν φτωχότερη συμμόρφωση στις θεραπευτικές συστάσεις των ειδικών (Kotsopoulou et al., 2021). Η τριβή στην κλινική επικοινωνία εντείνεται επίσης λόγω της γενετικής κληρονομικότητας, καθώς συχνά οι γονείς ανήκουν στον ευρύτερο αυτιστικό φαινότυπο (*Broad Autism Phenotype -BAP*) (Καζαντζίδου et al., 2025). Σε αυτές τις περιπτώσεις, η κατάσταση εξελίσσεται στο προαναφερθέν πρόβλημα τριπλής ενσυναίσθησης, καθώς στην εξίσωση της ασυνεννοησίας προστίθεται πλέον και ο γονέας (Papanikolaou & Pehlivanidis, 2025; S.C. Shaw et al., 2023).

Το βαρύ φορτίο φροντίδας οδηγεί συχνά σε ακραία επίπεδα γονικού στρες (A. Papadopoulos et al., 2023). Από τη διαδικασία της δημιουργίας νοήματος (*Meaning Making Model*), το καταφύγιο στη θρησκεία και την πνευματικότητα δεν αποτελεί απλώς έναν μηχανισμό επιβίωσης (Platsidou & Mavridou, 2025; Halki et al., 2024). Μέσω της εύρεσης οφέλους, οι γονείς μετουσιώνουν τις δυσκολίες, γεγονός που τους οδηγεί σε σημαντική μετατραυματική

προσωπική ανάπτυξη (*stress-related personal growth*), τόσο ως προς την αλληλεπίδραση με το περιβάλλον όσο και ως προς την αυτοαντίληψη και σε αύξηση της ψυχικής τους ανθεκτικότητας (Platsidou & Mavridou, 2025).

Παρ' όλα αυτά, αυτή η ανθεκτικότητα κλονίζεται όταν η οικογένεια μετατρέπεται σε ισόβιο φροντιστή λόγω της απουσίας κατάλληλης κρατικής μέριμνας. Το βίωμα της *θεσμικής προδοσίας (Institutional Betrayal)* από τις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας, τεκμηριώνεται ότι επιδεινώνει άμεσα και κατακόρυφα τα συμπτώματα μετατραυματικού στρες, τις παρεισφρητικές σκέψεις και το άγχος των μητέρων (Stricher-Stern et al., 2025).

Συμπερασματικά, η βελτίωση των υπηρεσιών υγείας προϋποθέτει την πλήρη μετάβαση στο *οικογενειοκεντρικό μοντέλο φροντίδας -Family-Centered Care* (Greenwood et al., 2026). Οι επαγγελματίες οφείλουν να αναγνωρίζουν την κλινική γονική εξουθένωση και να ενσωματώνουν πρακτικές που στοχεύουν στην ανακούφιση της γονικής ψυχοπαθολογίας. Ειδικότερα, η εφαρμογή παρεμβάσεων ενσυνείδητης γονεϊκότητας, όπως η γνωστική θεραπεία βασισμένη στην ενσυνειδητότητα (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*), αποδεικνύεται ικανή όχι μόνο να μειώσει ραγδαία την κατάθλιψη και το στρες των γονέων, αλλά να οδηγήσει παράλληλα και σε σημαντική βελτίωση της ίδιας της συμπεριφοράς του παιδιού με ΔΑΦ (D. Papadopoulos & Maniadaki, 2025).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΓΝΩΣΕΙΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΙΚΑ ΕΜΠΟΔΙΑ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΔΑΦ

2.1. Γνωστικό Επίπεδο και Εκπαιδευτικά Πλαίσια

2.1.1. Το Ελλειμματικό Επίπεδο Γνώσεων, Εκπαίδευση των Επαγγελματιών Υγείας στη ΔΑΦ και Διεθνή Δεδομένα

Η επάρκεια γνώσεων των επαγγελματιών υγείας θεωρείται θεμελιώδους σημασίας για την ασφαλή φροντίδα των ατόμων με ΔΑΦ. Ωστόσο, η σύγχρονη διεθνής βιβλιογραφία αναδεικνύει ένα συνεχιζόμενο έλλειμμα γνώσης και δεξιοτήτων σε παγκόσμιο επίπεδο στη διάγνωση και τη διαχείριση ατόμων με ΔΑΦ, αλλά και των συνοδών νοσημάτων που μπορεί να έχουν (Corden et al., 2021; Zia et al., 2025). Λόγω παραλείψεων στην προπτυχιακή και την εξειδικευμένη συνεχιζόμενη εκπαίδευση, αρκετοί επαγγελματίες δηλώνουν ανεπαρκώς προετοιμασμένοι να ανταποκριθούν στις ειδικές ανάγκες των ασθενών με ΔΑΦ (Romancenco et al., 2024). Αυτό το εκπαιδευτικό κενό σχετίζεται άμεσα με τους κινδύνους της διαγνωστικής επισκίασης, η οποία αναδεικνύεται ως μια σημαντική κλινική πρόκληση που μπορεί να υπονομεύσει την ορθή θεραπευτική προσέγγιση (S. C. Shaw et al., 2023).

Στον χώρο της υγείας διατηρούνται συχνά παρανοήσεις, με μερίδα του προσωπικού να συγχέει τη ΔΑΦ με ψυχοσωματικές διαταραχές και να παρερμηνεύει την αισθητηριακή υπερφόρτωση ως εκούσια επιθετικότητα (Ferrara et al., 2024; S.C. Shaw et al., 2023). Επιπροσθέτως, καταγράφεται έλλειμμα εξοικείωσης με το σύγχρονο παράδειγμα της νευροδιαφορετικότητας. Αρκετοί επαγγελματίες, βασιζόμενοι στο παραδοσιακό ιατρικό μοντέλο, θεωρούν πως η όποια επικοινωνιακή αστοχία συνδέεται αποκλειστικά με τον ασθενή με ΔΑΦ, παραγνωρίζοντας το ζήτημα της διπλής ή τριπλής ενσυναίσθησης (S.C. Shaw et al., 2023). Αυτή η ελλιπής θεωρητική κατάρτιση ενδέχεται να οδηγήσει σε κλινική ακαμψία και στην περαιτέρω εδραίωση της προαναφερθείσας επιστημικής αδικίας, με το ιατρικό προσωπικό συχνά να τρέφει υποσυνείδητα στερεότυπα, αντιμετωπίζοντας τις μαρτυρίες των ασθενών στο φάσμα του αυτισμού ως αναξιόπιστες και τους ίδιους ως γνωστικά ή συναισθηματικά ελλειμματικούς (Nielsen et al., 2025). Επιπλέον, η εστίαση της εκπαίδευσης στο παραδοσιακό ανδρικό πρότυπο ενδέχεται να δυσχεράνει την αναγνώριση του γυναικείου φαινοτύπου και των στρατηγικών κοινωνικού καμουφλάζ (Harrop et al., 2024). Αυτό δημιουργεί ένα κλινικό παράδοξο. Όταν οι

ασθενείς με ΔΑΦ καμουφλάρονται επιτυχώς, δείχνοντας "υπερβολικά φυσιολογικοί", οι δυσκολίες τους δεν γίνονται πιστευτές (Uisma et al., 2025).

Τέλος, εξαιρετικά κρίσιμο στην καθημερινή κλινική πράξη είναι το χάσμα αυτοπεποίθησης-ικανότητας. Όπως καταγράφεται στη σύγχρονη διεθνή βιβλιογραφία, αρκετοί επαγγελματίες δηλώνουν υποκειμενική ετοιμότητα, αλλά σημειώνουν χαμηλότερες επιδόσεις σε αντικειμενικά τεστ ιατρικών γνώσεων γύρω από τη ΔΑΦ (Ferrara et al., 2024). Αυτή η ψευδαίσθηση ικανότητας ενδέχεται να επηρεάσει αρνητικά την ασφάλεια των ασθενών, καθώς το προσωπικό μπορεί να προβεί σε μη ενδεδειγμένους κλινικούς χειρισμούς θεωρώντας ότι δρα ορθά (Al-Beltagi et al., 2025). Ως ενδεδειγμένη λύση για την κάλυψη του κενού μεταξύ θεωρίας και πράξης αναδεικνύεται η ιατρική εκπαίδευση βασισμένη στην προσομοίωση (*Simulation-Based Medical Education*), η οποία προσφέρει ένα ασφαλές, ελεγχόμενο περιβάλλον για την ανάπτυξη αυτών των εξειδικευμένων επικοινωνιακών και κλινικών δεξιοτήτων (Romancenco et al., 2024).

2.1.2. Το Επίπεδο Γνώσεων και τα Εκπαιδευτικά Κενά των Επαγγελματιών Υγείας σχετικά με τη ΔΑΦ σύμφωνα με τα Ελληνικά Δεδομένα

Στον ελλαδικό χώρο, η διερεύνηση των γνώσεων και των στάσεων των επαγγελματιών υγείας απέναντι στη ΔΑΦ αναδεικνύει επιπλέον προκλήσεις, οι οποίες φαίνεται να συνδέονται στενά με τον τρόπο οργάνωσης του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Παρά τις διεθνείς εξελίξεις, στην Ελλάδα καταγράφεται παρατεταμένη προσκόλληση σε παλαιότερα ταξινομικά συστήματα (όπως το ICD-10) και δυσκολίες στην κοινή χρήση της ορολογίας μεταξύ των επαγγελματιών. Δεν υπάρχει μια κοινή συμφωνία στο πώς θα ονομάζουν τις διάφορες παθήσεις ή καταστάσεις (Papanikolaou & Pehlivanidis, 2025).

Παράλληλα, καταγράφεται ένα κρίσιμο εκπαιδευτικό και υποστηρικτικό κενό κατά τη μετάβαση των ατόμων με ΔΑΦ από την εφηβεία στην ενηλικίωση. Ενώ το πρόγραμμα σπουδών της παιδοψυχιατρικής παρέχει σχετική εκπαίδευση, δεν υπάρχει αντίστοιχη συνέχεια στην ψυχιατρική ενηλίκων (Papanikolaou & Pehlivanidis, 2025). Ελλείψει δομημένης εκπαίδευσης στον αυτισμό ενηλίκων για τους ψυχιάτρους, το προσωπικό περιθάλπει συχνά ενήλικες χωρίς επαρκή κατάρτιση, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένες διαγνώσεις και ακατάλληλες θεραπείες (Papanikolaou & Pehlivanidis, 2025).

Συνεπώς, αν και υπάρχει γενική αναγνώριση των βασικών συμπτωμάτων, πρόσφατες ελληνικές μελέτες καταγράφουν μέτρια επίπεδα γνώσης, καθώς και παρανοήσεις σχετικά με την αιτιολογία και τις παρεμβάσεις. Ωστόσο, το επίπεδο αυτό ποικίλλει σημαντικά ανάλογα με την ειδικότητα (Zarokanellou, Gryparis, et al., 2024). Υψηλότερα επίπεδα γνώσης εμφανίζουν λογοθεραπευτές συγκριτικά με τους νοσηλευτές. Επιπρόσθετα, ενώ η στοχευμένη μετεκπαίδευση αποδεικνύεται πως βελτιώνει αισθητά την κατανόηση της διαταραχής, έχει παρατηρηθεί πως οι νεότεροι επαγγελματίες με λιγότερα χρόνια εργασιακής εμπειρίας τείνουν να εμφανίζουν καλύτερα επίπεδα γνώσεων σε σχέση με όσους έχουν πολυετή κλινική εμπειρία (Zarokanellou, Gryparis, et al., 2024).

Επιπλέον, ιδιαίτερη βαρύτητα έχει η συσχέτιση αντικειμενικής γνώσης και κλινικής στάσης. Όπως καταγράφεται, το χαμηλότερο γνωστικό επίπεδο σχετίζεται με αυξημένη προσωπική απόσταση και στάσεις απόρριψης απέναντι στα άτομα με ΔΑΦ (Zarokanellou et al., 2023; Zarokanellou, Papagiannopoulou, et al., 2024). Έτσι, η εκπαίδευση και η ανάπτυξη προγραμμάτων δημόσιας ευαισθητοποίησης αναδεικνύονται σε ένα ιδιαίτερα σημαντικό μέσο, με απώτερο σκοπό την οριστική εξάλειψη κάθε μορφής διάκρισης (Zarokanellou et al., 2023; Zarokanellou, Papagiannopoulou, et al., 2024).

Στην Ελλάδα, η θεραπευτική αντιμετώπιση του αυτισμού επικεντρώνεται σχεδόν αποκλειστικά στο παιδί, με τη λογοθεραπεία (28,19%) και την εργοθεραπεία (27,53%) να αποτελούν τις κύριες επιλογές. Αντίθετα, η στήριξη της οικογένειας μέσω της ψυχοθεραπείας είναι σχεδόν ανύπαρκτη (0,11%), αφήνοντας τους συγγενείς χωρίς ουσιαστική υποστήριξη. Η διαπίστωση αυτή υποδεικνύει την επιτακτική ανάγκη για λειτουργία ενός εθνικού συστήματος παρακολούθησης της ΔΑΦ για τη δικαιότερη κατανομή πόρων και υπηρεσιών (Kouznetsov et al., 2023; Kouznetsov et al., 2025).

2.1.3. Πλαίσια Εκπαίδευσης και Μηχανισμοί Αντλησης Γνώσης

Η ανάλυση του επιπέδου γνώσεων των επαγγελματιών υγείας είναι σκόπιμο να εξετάσει όχι μόνο το τι γνωρίζουν, αλλά και τον τρόπο απόκτησης αυτών των πληροφοριών. Στο πλαίσιο ενός βέλτιστου συστήματος υγείας, η κλινική πρακτική είναι επιθυμητό να διέπεται από τις αυστηρές αρχές της τεκμηριωμένης πρακτικής (*Evidence-Based Practice -EBP*), ώστε να αποφεύγεται η απόκλιση από τα ερευνητικά δεδομένα κατά την επαφή με τον ασθενή με ΔΑΦ (Yoo, 2024). Ωστόσο, η σύγχρονη διεθνής βιβλιογραφία αποκαλύπτει μια αρκετά διαφορετική

πραγματικότητα στην καθημερινή πράξη. Στον χώρο της υγείας παρατηρείται συχνά η άτυπη ενημέρωση, με τους επαγγελματίες να βασίζονται ενίοτε στον κλινικό αυτοσχεδιασμό και σε προσωπικές αντιλήψεις, αντί για αυστηρά ερευνητικά δεδομένα. Το φαινόμενο αυτό δεν οφείλεται απαραίτητα μόνο σε γνωστικά κενά, αλλά εντείνεται και από αντικειμενικούς συστημικούς περιορισμούς, όπως ο αυξημένος φόρτος εργασίας, η πίεση χρόνου, η δομική ανελαστικότητα και η έλλειψη πόρων στα νοσοκομεία (Babalola et al., 2025).

Ιστορικά, παλαιότερες εκτιμήσεις ανέφεραν ότι το ιατρικό σύστημα απαιτεί κατά μέσο όρο 17 έτη για να μεταφράσει και να ενσωματώσει πλήρως τα νέα ερευνητικά δεδομένα στην κλινική ρουτίνα (Thomson et al., 2025). Αν και η σύγχρονη *επιστήμη της εφαρμογής (Implementation Science)* επισημαίνει πλέον ότι η ενσωμάτωση της γνώσης δεν αποτελεί μια απλή γραμμική καθυστέρηση αλλά μια εξαιρετικά πολύπλοκη και δυναμική διαδικασία που εξαρτάται από το εκάστοτε πλαίσιο, η χρονική καθυστέρηση παραμένει μια αναμφισβήτητη πραγματικότητα (Thomson et al., 2025). Αυτό το χάσμα ενδέχεται να στρέψει τους επαγγελματίες σε ευρετικές στρατηγικές μάθησης, με επικρατέστερη αυτή που είναι εκτός των προκαθορισμένων πλαισίων, κατά την οποία καταφεύγουν στην αναζήτηση άτυπων, αυθόρμητων συμβουλών από συναδέλφους σε διαδρόμους ή λιγότερο δομημένα περιβάλλοντα (Larrotta et al., 2025; Ullah et al., 2025).

Η διαδικασία αυτή εδραιώνεται μέσω του κρυφού προγράμματος σπουδών (*Hidden Curriculum*) στα νοσοκομεία. Σύμφωνα με τους Larrotta et al. (2025) και Ullah et al. (2025), το φαινόμενο αυτό ορίζεται ως οι άγραφες επιρροές, οι ρουτίνες και οι σιωπηρές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις που διαμορφώνουν την επαγγελματική ταυτότητα. Όπως επισημαίνουν οι ίδιοι μελετητές, το κρυφό πρόγραμμα αφενός αποτελεί έναν κρίσιμο, θετικό μηχανισμό απόκτησης οριζόντιων δεξιοτήτων (όπως η ενσυναίσθηση, η ηθική λήψη αποφάσεων και η ομαδικότητα) και αφετέρου ενδέχεται να διαιωνίσει άκαμπτες ιεραρχικές δυναμικές και αντιεπαγγελματικές συμπεριφορές μέσω της μίμησης παλαιότερων μεντόρων. Υπό το πρίσμα των προαναφερθέντων συστημικών περιορισμών, αυτές οι άγραφες διαδικασίες καθίστανται συχνά η μόνη διέξοδος, εντείνοντας όμως δραματικά τον κίνδυνο της κλινικής παραπληροφόρησης (Babalola et al., 2025; Larrotta et al., 2025; Ullah et al., 2025).

2.1.4. Συστημικά Ελλείμματα και Παρωχημένα Μοντέλα στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση

Η ανεπάρκεια γνώσεων των εν ενεργεία επαγγελματιών υγείας αντανακλά βαθιά συστημικά ελλείμματα της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Ένα από τα κύρια αίτια αυτού του ελλείμματος εντοπίζεται στα ιατρονοσηλευτικά προγράμματα σπουδών, τα οποία παραμένουν συχνά παρωχημένα, αποτυγχάνοντας να προετοιμάσουν επαρκώς τους φοιτητές Ιατρικής για την κλινική πραγματικότητα της ΔΑΦ (Bitekline et al., 2024). Σημαντικό εμπόδιο συνιστά η ηγεμονία του παραδοσιακού ιατρικού μοντέλου στα προγράμματα σπουδών, όπου ο αυτισμός προσεγγίζεται μονοδιάστατα ως μια λίστα ελλειμμάτων, παραγκωνίζοντας το σύγχρονο μοντέλο της νευροδιαφορετικότητας που εστιάζει στην άρση των δομικών εμποδίων (Dwyer, 2022; Pellicano & Houting, 2021).

Ακόμη και μέσα στα πλαίσια της ίδιας της ιατρικής επιστήμης, η υπεραπλουστευμένη προσέγγιση της μιας λύσης για όλους τίθεται πλέον υπό αμφισβήτηση. Η σύγχρονη έρευνα, μέσω υπολογιστικών μοντέλων, έχει αναδείξει ότι η ΔΑΦ διακρίνεται σε τουλάχιστον τέσσερις διακριτούς κλινικο-βιολογικούς υποτύπους, καθιστώντας επιτακτική τη μετάβαση στην εξατομικευμένη *Ιατρική ακριβείας (Precision Medicine)* στον αυτισμό (Cardenas, 2025; Litman et al., 2025).

Παράλληλα, παρατηρείται συχνά το φαινόμενο της εκπαιδευτικής *σιλοποίησης (siloin)*, καθώς η διδασκαλία για τη ΔΑΦ παραμένει εγκλωβισμένη κυρίως στην παιδιατρική (Folpp et al., 2026). Αυτό το φαινόμενο αφήνει τους ιατρούς ενηλίκων χωρίς την απαραίτητη προετοιμασία, καθιστώντας τη μετάβαση στην περίθαλψη ενηλίκων των νεαρών ενηλίκων στο σύστημα υγείας εξαιρετικά προβληματική, οδηγώντας σε καθυστερήσεις και δυσμενή αποτελέσματα (Folpp et al., 2026).

Αντίστοιχα, στον τομέα της νοσηλευτικής, τα προγράμματα σπουδών συχνά δεν ενσωματώνουν επαρκώς την εκπαίδευση στις αναπτυξιακές διαταραχές, με αποτέλεσμα οι νοσηλευτές να νιώθουν απροετοίμαστοι, ανασφαλείς και με χαμηλή αυτοπεποίθηση στη φροντίδα ατόμων με ΔΑΦ (Ferrara et al., 2024). Αυτή η κλινική ανετοιμότητα οδηγεί στην αποτυχία των επαγγελματιών να κατανοήσουν τα περιβαλλοντικά εμπόδια, όπως η αισθητηριακή υπερφόρτωση και να εφαρμόσουν εύλογες προσαρμογές για τη διευκόλυνση των ασθενών (Babalola et al., 2025). Η εκπαίδευση σε επικοινωνιακές και αισθητηριακές

προσαρμογές είναι απολύτως αναγκαία, όπως ακριβώς προτείνεται και από το ειδικό πλαίσιο «*Autistic SPACE*» για τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας (Doherty et al., 2023).

Τέλος, το σημαντικότερο ίσως ακαδημαϊκό κενό αφορά την απουσία της βιωμένης εμπειρίας από τα αμφιθέατρα. Οι S.C.K. Shaw et al. (2023) τονίζουν ότι η απουσία αυτή συντηρεί μια επιστημική αδικία, καθώς οι φωνές αυτισμού παραμένουν ανήκουστες στον ακαδημαϊκό χώρο, στερώντας από τους φοιτητές τη φαινομενολογική γνώση (*Phenomenological Knowledge*) και την κατανόηση του αυτισμού «από μέσα». Η λύση σε αυτό το χάσμα εντοπίζεται στον συμμετοχικό σχεδιασμό και την άμεση εμπλοκή των ίδιων των νευροαποκλινόντων στην εκπαίδευση (*peer-education*) (Bernard et al., 2025). Έρευνες δείχνουν ότι όταν οι ίδιοι οι νευροαποκλινόντες ιατροί αναλαμβάνουν την εκπαίδευση του νοσοκομειακού προσωπικού, προβαίνοντας σε ανοιχτή αποκάλυψη της νευροαπόκλισής τους, αμφισβητούνται τα στερεότυπα, μειώνεται δραστικά το στίγμα και αυξάνεται η αποδοχή και η ικανότητα των επαγγελματιών υγείας (Bernard et al., 2025).

2.1.5. Άτυπη Μάθηση στην Ψηφιακή Εποχή, Κλινικές Προκλήσεις από τα Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης, Ινφοδημία και Τεχνητή Νοημοσύνη

Σε μια εποχή όπου η ψηφιακή πληροφορία διαχέεται ραγδαία, η κλινική ρουτίνα των επαγγελματιών υγείας μεταβάλλεται δραστικά, καθώς καλούνται να διαχειριστούν την αυξανόμενη επίδραση της άτυπης μάθησης. Σύμφωνα με τους Skafle et al. (2024), ενήλικα άτομα με ΔΑΦ καταφεύγουν μαζικά στο διαδίκτυο και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης (*Social Media*), αναζητώντας μια συλλογική ταυτότητα και πληροφορίες που απουσιάζουν από τις επίσημες ιατρικές ιστοσελίδες. Ωστόσο, αυτή η ψηφιακή συνθήκη δημιουργεί μια νέα, πρωτόγνωρη δυναμική μέσα στο εξεταστήριο, αναδιαμορφώνοντας την αλληλεπίδραση ιατρού-ασθενούς.

Το ψηφιακό περιβάλλον ελλοχεύει ο κίνδυνος των *θαλάμων αντίλαλου* (*echo chambers*) και της *ινφοδημίας* ή αλλιώς *πληροφοριοδημία*. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η ινφοδημία είναι η επικίνδυνη υπερπληθώρα συχνά ψευδών πληροφοριών κατά τη διάρκεια μιας επιδημίας, η οποία προκαλεί σύγχυση και βλάπτει τη δημόσια υγεία (Gentili et al., 2024). Είναι ενδεικτικό ότι το 87% των δημιουργών *viral* περιεχομένου για τον αυτισμό είναι λευκοί, ενώ το περιεχόμενο είναι αμιγώς βιωματικό (61,4%) έναντι ελάχιστου εκπαιδευτικού (7,2%) (Gilmore et al., 2023). Ως εκ τούτου, περίπου το 40% της ψηφιακής πληροφορίας σε πλατφόρμες όπως

το *TikTok* καταλήγει να είναι επιστημονικά ανακριβές ή παραπλανητικό, υπεργενικεύοντας ατομικά βιώματα ως καθολικά χαρακτηριστικά του φάσματος (Aragon-Guevara et al., 2023; Brown et al., 2024).

Όταν οι ασθενείς προσέρχονται στις δομές υγείας κομίζοντας μια αυτοδιάγνωση από το *TikTok* ή ψηφιακές πληροφορίες αμφίβολης εγκυρότητας, η παραδοσιακή ιατρική αυθεντία αμφισβητείται άμεσα. Για τον επαγγελματία υγείας, ο οποίος όπως προαναφέρθηκε, συχνά διαθέτει χαμηλή κλινική αυτοαποτελεσματικότητα και περιορισμένη επίσημη εκπαίδευση στη ΔΑΦ ενηλίκων, αυτή η πίεση προκαλεί έντονη γνωστική τριβή. Νιώθοντας ότι ο ρόλος του υπονομεύεται, ο κλινικός συχνά υιοθετεί μια αμυντική στάση, γεγονός που εξηγεί γιατί το 56% των ενηλίκων με ΔΑΦ αναφέρει πως νιώθει ότι οι γιατροί δεν τους καταλαβαίνουν (Doherty et al., 2022).

Όπως εξηγεί αναλυτικά ο Faytong-Haro (2025), υπό το βάρος αυτής της απειλούμενης επάρκειας, οι επαγγελματίες υγείας οδηγούνται συχνά στην *Ιατρική Ακύρωση (Medical Gaslighting)*. Στην προσπάθειά τους να ανακτήσουν τον έλεγχο της διαγνωστικής διαδικασίας, απορρίπτουν ή υποβαθμίζουν τα πραγματικά βιώματα του ασθενούς, όπως η αυτιστική εξουθένωση, αποδίδοντάς τα αυθαίρετα σε άγχος ή υποχονδρίαση, επιτείνοντας έτσι τον κίνδυνο της Διαγνωστικής Επισκίασης.

Ταυτόχρονα με την πίεση των Social Media, οι επαγγελματίες καλούνται να πλοηγηθούν στη δυναμική είσοδο της Παραγωγικής Τεχνητής Νοημοσύνης (*Generative AI*). Αν και εργαλεία όπως το ChatGPT εγκυμονούν τον κίνδυνο της πειστικής πλάνης (*hallucinations*) και εγείρουν φλέγοντα ζητήματα βιοηθικής, αποτελούν ένα εν δυνάμει ισχυρό εργαλείο στα χέρια του υγειονομικού προσωπικού (Al-kfairy et al., 2024). Σύμφωνα με τη μελέτη των Ayers et al. (2023), οι απαντήσεις του ChatGPT σε ερωτήματα ασθενών αξιολογήθηκαν ως ποιοτικά ανώτερες και σημαντικά πιο ενσυναισθητικές σε σύγκριση με τις απαντήσεις των ίδιων των ιατρών.

Παρόλα αυτά, όπως ξεκαθαρίζουν οι Xu & Wang (2024), η Τεχνητή Νοημοσύνη πρέπει να λειτουργεί αποκλειστικά ως Επαυξημένη Νοημοσύνη (*Augmented Intelligence -AI*), δηλαδή ως ένα βοηθητικό εργαλείο του επαγγελματία και όχι ως υποκατάστατό του. Αναλαμβάνοντας τον τεράστιο φόρτο των γραφειοκρατικών εργασιών, η Τεχνητή Νοημοσύνη μπορεί να απελευθερώσει πολύτιμο χρόνο. Αυτός ακριβώς ο κερδισμένος χρόνος είναι που θα επιτρέψει στους επαγγελματίες να αποφορτιστούν από την ιατρική εξουθένωση και να επενδύσουν εκ

νέου στην ουσιαστική, πρόσωπο με πρόσωπο σύνδεση, αντιμετωπίζοντας με ψυχραιμία και ενσυναίσθηση τον ψηφιακά ενημερωμένο, αλλά συχνά ιατρογενώς τραυματισμένο ασθενή με ΔΑΦ.

2.2. Επαγγελματικά και Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

2.2.1. Επαγγελματική Ιδιότητα και Ειδικότητα, Ιατροί, Νοσηλευτές και Θεραπευτές

Η επαγγελματική ιδιότητα επηρεάζει καθοριστικά τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα άτομα με ΔΑΦ. Όπως καταδεικνύεται στη συστηματική ανασκόπηση των Gregoriou et al. (2025), οι νοσηλευτές τείνουν γενικά να επιδεικνύουν πιο θετικές στάσεις ως προς τη διαεπαγγελματική συνεργασία σε σύγκριση με τους ιατρούς, σκοράροντας υψηλότερα στην ψυχοκοινωνική πτυχή της φροντίδας. Αντίθετα, οι ιατροί εστιάζουν συχνά περισσότερο στην αυστηρά θεραπευτική και διαγνωστική προσέγγιση. Σε αυτό το φάσμα, οι θεραπευτές, όπως οι λογοθεραπευτές και οι εργοθεραπευτές, εμφανίζουν συνήθως τα υψηλότερα επίπεδα εξοικείωσης, υιοθετώντας μια πιο ολιστική προσέγγιση. Παράλληλα, βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως τα έτη κλινικής εμπειρίας και η ηλικία, διαδραματίζουν εξίσου καθοριστικό ρόλο στη βελτίωση της κατανόησης της διαταραχής. Αυτή η θετική προδιάθεση του παραϊατρικού προσωπικού εντοπίζεται ήδη από το στάδιο της εκπαίδευσης (Gregoriou et al. 2025).

Το νοσηλευτικό προσωπικό της πρώτης γραμμής περιορίζεται έντονα από την ελλιπή εξειδικευμένη εκπαίδευση. Η απουσία γνώσεων για την αισθητηριακή υπερφόρτωση προκαλεί στους νοσηλευτές συναισθήματα ματαίωσης και ανεπάρκειας (Ferrara et al., 2024). Όπως δραματικά περιγράφουν οι Greenwood et al. (2026), στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), το εχθρικό περιβάλλον και η απουσία εκπαίδευσης οδηγούν συχνά στην εφαρμογή αντιδραστικών πρωτοκόλλων, όπως η κλήση ασφάλειας, η χορήγηση ηρεμιστικών ενέσεων και η ενεργοποίηση κατασταλτικών πρακτικών (π.χ. ο γκρι κωδικός - *Code Grey* για επιθετικούς ασθενείς), οι οποίες εφαρμόζονται εντελώς λανθασμένα στα άτομα με ΔΑΦ αντί για προληπτικές στρατηγικές στα άτομα με ΔΑΦ, κάτι που προκαλεί ιατρικό τραύμα στους ασθενείς με ΔΑΦ και *κόπωση υπεράσπισης (advocacy fatigue)* στους φροντιστές τους.

Στην Ελλάδα, το τοπίο χαρακτηρίζεται από επιστημονικό κατακερματισμό και έλλειψη διασύνδεσης μεταξύ των δομών. Δεν υπάρχει επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των

ειδικοτήτων των επαγγελματιών υγείας και δεν υπάρχει καμία ομαλή μετάβαση για τον ασθενή από τη μία υπηρεσία στην άλλη. Η λύση απέναντι σε αυτή την αδράνεια, σύμφωνα με τους Zhamaliyeva et al. (2025) και την Gregoriou (2025), βρίσκεται στην άμεση εφαρμογή πολυπαραγοντικών προγραμμάτων διαεπαγγελματικής εκπαίδευσης (*Interprofessional Education*) με διάφορες μεθόδους και επίπεδα ταυτόχρονα, τα οποία θα προσφέρουν κοινή εκπαίδευση για τη ΔΑΦ σε ιατρούς, νοσηλευτές και θεραπευτές, καταρρίπτοντας τα ιεραρχικά μοντέλα και το στίγμα.

2.2.2. Εκπαιδευτικό Επίπεδο και Εξειδίκευση Από τη Στοχευμένη Μάθηση στη Γνωστική Εξειδίκευση

Η μετάβαση των επαγγελματιών υγείας από το γενικό ακαδημαϊκό υπόβαθρο στην ουσιαστική κλινική ικανότητα αποτελεί μια διαρκή πρόκληση, ειδικά στον τομέα των νευροαναπτυξιακών διαταραχών. Οι Albloushi et al. (2026) διαπίστωσαν ότι, ενώ οι νοσηλευτές αναγνωρίζουν εύκολα τα προφανή χαρακτηριστικά του αυτισμού, υστερούν στην κατανόηση της πρώιμης έναρξης και των σύγχρονων διαγνωστικών κριτηρίων. Παράλληλα, οι Gellert et al. (2025) καταδεικνύουν ότι, ενώ ειδικοί όπως οι παιδίατροι και οι ψυχίατροι παρουσιάζουν υψηλότερη επίγνωση, οι γενικοί ιατροί (*GPs*) και οι νευρολόγοι εμφανίζουν συχνά ελλείψεις στην πρώιμη αναγνώριση, την κωδικοποίηση συννοσηροτήτων και τη διεπιστημονική διαχείριση.

Για την κάλυψη αυτών των κενών, η τυπική εκπαίδευση οφείλει να δώσει τη θέση της σε προγράμματα στοχευμένης μάθησης. Οι Scott et al. (2026) αναδεικνύουν την ψηφιακή επαγγελματική εκπαίδευση ως μια εξαιρετικά εφικτή και αποδεκτή μέθοδο που ενισχύει άμεσα τις γνώσεις και την αυτοπεποίθηση των επαγγελματιών. Καινοτόμες προσεγγίσεις διαεπαγγελματικής εκπαίδευσης, όπως αυτές που εφάρμοσαν οι Narajeenron et al. (2025), οι οποίες συνδυάζουν ιατρικές ταινίες, μαζικά ανοικτά διαδικτυακά μαθήματα (*MOOCs*) και προσομοιώσεις εικονικής πραγματικότητας με δομημένες συνεδρίες ανατροφοδότησης, βελτιώνοντας δραματικά την ομαδική απόδοση, την επικοινωνία και την ασφάλεια των ασθενών με ΔΑΦ (Narajeenron et al., 2025). Επιπλέον, μοντέλα όπως το *ADAPT* των McNally Keehn et al. (2024) αποδεικνύουν ότι ο συνδυασμός διδακτικής θεωρίας, παρατήρησης περιστατικών και πρακτικής καθοδήγησης (*practice-based coaching*) μπορεί να οδηγήσει τους

επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας στην κατάκτηση ανεξάρτητης διαγνωστικής ικανότητας.

Η στοχευμένη μάθηση καθίσταται μετασχηματιστική όταν ενσωματώνει τη βιωματική εμπειρία και την αναστοχαστική πρακτική. Η έρευνα των Bashir et al. (2026) για την εκπαίδευση *Oliver McGowan* στο Ηνωμένο Βασίλειο δείχνει ότι η άμεση συνεργασία με ειδικούς μέσω εμπειρίας (*experts by experience*), όπως είναι τα άτομα με ΔΑΦ καθώς και ο στενός οικογενειακός τους κύκλος, βοηθά τους επαγγελματίες να υπερβούν τα στερεότυπα, να αναπτύξουν ενσυναίσθηση και να μετατοπιστούν προς νευροκαταφατικές (*neuro-affirming*) και εξατομικευμένες πρακτικές. Η ένταξη της οπτικής της κοινότητας είναι ζωτικής σημασίας, όπως τονίζουν οι Purcell et al. (2024), προκειμένου η έρευνα και η κλινική πρακτική να παραμένουν προσβάσιμες και σχετικές.

Στο ίδιο πλαίσιο, η *πολιτισμική ταπεινότητα* (*cultural humility*) και η προσαρμογή αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της εξειδίκευσης. Όπως υπογραμμίζουν οι Davis et al. (2024) και Tawankanjanachot et al. (2024), οι εκπαιδευτικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις πρέπει να προσαρμόζονται πολιτισμικά, λαμβάνοντας υπόψη τις τοπικές αξίες, τις παραδόσεις και τις ιδιαιτερότητες του εκάστοτε πληθυσμού, προκειμένου να εξασφαλιστεί η ισότιμη πρόσβαση και η αποδοχή της φροντίδας.

Η γνωστική εξειδίκευση δεν αφορά μόνο την αφομοίωση κλινικών δεξιοτήτων, αλλά και την ψυχολογική θωράκιση των ίδιων των επαγγελματιών που καλούνται να διαχειριστούν απαιτητικά περιστατικά, καθώς αυξάνει κατακόρυφα την αυτοαποτελεσματικότητα, την αίσθηση συνοχής και την ψυχολογική ιδιοκτησία (*psychological ownership*) των νοσηλευτών, ενισχύοντας την επαγγελματική τους ανθεκτικότητα (Zoromba et al., 2025).

Τέλος, η εξειδίκευση οφείλει να εφαρμόζεται μέσα σε ένα διεπιστημονικό πλαίσιο. Σύμφωνα με τους Wilson et al. (2024) η κατάκτηση της συλλογικής γνωστικής εξειδίκευσης απαιτεί συνεκτικές ομάδες όπου οι ρόλοι κάθε επαγγελματία γίνονται απόλυτα κατανοητοί και σεβαστοί, εξαλείφοντας τη νοοτροπία των σιλό.

2.2.3. Επαγγελματική Εμπειρία, Το Παράδοξο της Προϋπηρεσίας και Γνωστική Αδράνεια

Η κλινική εμπειρία θεωρείται βασικός πυλώνας μάθησης στον χώρο της υγείας. Ελλείπει επαρκούς τυπικής εκπαίδευσης γύρω από τον αυτισμό, οι επαγγελματίες υγείας συχνά αναγκάζονται να αντλήσουν τις γνώσεις τους βιωματικά, μέσα από την καθημερινή τους αλληλεπίδραση με τους ασθενείς (Watson-Grace et al., 2026). Ωστόσο, η βιωματική αυτή μάθηση δεν εγγυάται την κλινική επάρκεια. Έρευνα σε δείγμα νοσηλευτών (το 70,6% εκ των οποίων είχε πάνω από πέντε χρόνια κλινικής εμπειρίας) απέδειξε ότι η συσχέτιση μεταξύ των ετών προϋπηρεσίας και της ικανότητας αναγνώρισης των διαγνωστικών κριτηρίων του αυτισμού ήταν αδύναμη και στατιστικά μη σημαντική (Albloushi et al., 2026). Η εμπειρία από μόνη της, επομένως, αποδεικνύεται ανεπαρκής για την κάλυψη των γνωστικών κενών.

Η εδραιωμένη πεποίθηση ότι η πολυετής παρουσία στον κλινικό χώρο συνεπάγεται και βαθύτερη γνώση καταρρίπτεται από τα σύγχρονα ερευνητικά δεδομένα, δημιουργώντας το λεγόμενο *παράδοξο της προϋπηρεσίας*. Συγκεκριμένα, έχει αποδειχθεί στατιστικά ότι οι νεότεροι ιατροί, με κλινική εμπειρία έως πέντε ετών, σημείωσαν υψηλότερες βαθμολογίες στις γνώσεις τους γύρω από τον αυτισμό σε σύγκριση με τους πιο έμπειρους συναδέλφους τους, ιδιαίτερα στην κατανόηση των συννοσηροτήτων και της ηλικίας έναρξης της διαταραχής (Gellert et al., 2025). Παρόμοια εικόνα αναδεικνύεται και σε άλλες ειδικότητες, όπου οι επαγγελματίες αποκατάστασης με εμπειρία 1 έως 9 ετών είχαν καλύτερη γνώση όσον αφορά τη διαφορική διάγνωση μεταξύ αυτισμού και τυφλοκώφωσης συγκριτικά με εκείνους που είχαν πάνω από μία δεκαετία προϋπηρεσίας (Moroe et al., 2022). Αυτή η πτώση της ικανότητας στις παλαιότερες γενιές επαγγελματιών αποδίδεται κυρίως στα ιστορικά κενά των παλαιότερων ακαδημαϊκών προγραμμάτων, υποδεικνύοντας ότι το απλό πέρασμα του χρόνου δεν μετατρέπει αυτόματα τον επαγγελματία υγείας σε «ειδικό» (*expert*) (Moroe et al., 2022).

Όταν η κλινική εμπειρία δεν συνοδεύεται από συνεχή, τεκμηριωμένη επανεκπαίδευση, ελλοχεύει ο κίνδυνος της *γνωστικής αδράνειας*. Όπως επισημαίνεται στη βιβλιογραφία, αν και η πολυετής προϋπηρεσία μπορεί να προσφέρει ρευστότητα και ευελιξία στην εκτέλεση πρακτικών καθηκόντων, δεν αναπτύσσει απαραίτητα την πολύπλοκη αναστοχαστική σκέψη που απαιτείται για την κλινική εξειδίκευση (Moroe et al., 2022). Αυτή η αδράνεια εξηγεί γιατί έμπειρο προσωπικό μπορεί να δείχνει δυσκαμψία στην αλλαγή ρουτίνας των κλινικών, να μην αξιοποιεί εξειδικευμένες ομάδες διαχείρισης συμπεριφοράς και να καταφεύγει σε

ξεπερασμένες και επιζήμιες λύσεις, όπως η χρήση σωματικών περιορισμών και προσωπικού ασφαλείας, για τη διαχείριση της συμπεριφοράς (Watson-Grace et al., 2026).

Επιπλέον, η βιωματική γνώση, όταν στερείται ερευνητικής τεκμηρίωσης, είναι ανοιχτή σε παρερμηνείες και μπορεί να διαιωνίσει αναποτελεσματικές ή εσφαλμένες πρακτικές φροντίδας (Watson-Grace et al., 2026). Συνεπώς, χωρίς διαρκή επικαιροποίηση, η επαγγελματική εμπειρία μετατρέπεται σε τροχοπέδη για την ασθενοκεντρική φροντίδα.

2.3. Ψυχολογικοί Παράγοντες, Κλινική Πρακτική και Γεωγραφικά Εμπόδια

2.3.1. Αίσθημα Αυτοαποτελεσματικότητας, Σχέση Φόβου και Κλινικής Επάρκειας

Το *αίσθημα αυτοαποτελεσματικότητας* περιγράφεται ως η πεποίθηση του ατόμου να συντονίζει και να διεκπεραιώνει με επιτυχία τις αναγκαίες διαδικασίες, με σκοπό την παραγωγή του προσδοκώμενου έργου (Bandura, 1977). Στο πλαίσιο της περίθαλψης ατόμων με ΔΑΦ, η χαμηλή αυτοαποτελεσματικότητα των επαγγελματιών υγείας λειτουργεί συχνά ως γενεσιουργός αιτία κλινικού άγχους.

Σύμφωνα με τη μελέτη των Ferrara et al. (2024), οι νοσηλευτές βιώνουν συχνά ανάμεικτα συναισθήματα θλίψης, ανησυχίας, επαγγελματικής ανεπάρκειας και αμηχανίας κατά την αλληλεπίδραση με ασθενείς με ΔΑΦ (Ferrara et al., 2024). Το αίσθημα αυτό πηγάζει από ένα σημαντικό χάσμα μεταξύ θεωρητικής και πρακτικής γνώσης, καθώς, παρότι γνωρίζουν βασικά στοιχεία, πολλοί επαγγελματίες διαθέτουν εξαιρετικά περιορισμένη γνώση σύμφωνα με το διαγνωστικό πλαίσιο του DSM-5 και τα κατάλληλα πρωτόκολλα παρέμβασης. Παράλληλα, εξαιτίας αυτού του άγχους, σε συνδυασμό με συστημικά εμπόδια, οι επαγγελματίες συχνά αδυνατούν να παρέχουν τις κατάλληλες συνθήκες στα σύγχρονα συστήματα υγείας, προκειμένου να μειώσουν τα αισθητηριακά ερεθίσματα που προκαλούν δυσφορία στους συγκεκριμένους ασθενείς (Babalola et al., 2025; Ferrara et al., 2024).

Σε αυτό το πλαίσιο, η κλινική επιμονή στην κανονικοποίηση αυτιστικών συμπεριφορών (ιατρικό μοντέλο) προκαλεί *γνωστική ασυμφωνία (cognitive dissonance)* και οδηγεί σε επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών, ενώ αντίθετα η υιοθέτηση μιας νευροκαταφατικής προσέγγισης τους αποφορτίζει, εστιάζοντας στον σεβασμό της ταυτότητας και στην ενδυνάμωση της αυτονομίας του ασθενούς με ΔΑΦ (Jimenez, 2025).

2.3.2. Στάσεις, Προκαταλήψεις και το Κοινωνικό Στίγμα στην Περίθαλψη

Οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα άτομα με ΔΑΦ, επηρεάζονται βαθιά από κοινωνικά στερεότυπα και την έλλειψη εξειδικευμένης γνώσης, γεγονός που οδηγεί συχνά στο κοινωνικό στίγμα. Παρά το γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας παίζουν καθοριστικό ρόλο, η διεθνής βιβλιογραφία αναδεικνύει ότι συχνά διαθέτουν μόνο χαμηλά έως μέτρια επίπεδα γνώσης και αυτοαποτελεσματικότητας όσον αφορά τον αυτισμό (Corden et al., 2021).

Η τάση αυτή επιβεβαιώνεται και στην ελληνική πραγματικότητα. Αν και οι επαγγελματίες εκπαίδευσης και υγείας στην Ελλάδα μοιράζονται μια συγκρίσιμη βάση γνώσεων για τον αυτισμό, συχνά διατηρούν απαισιόδοξες αντιλήψεις σχετικά με τα συμπεριφορικά και επικοινωνιακά αποτελέσματα των αυτιστικών παιδιών, υπογραμμίζοντας την επιτακτική ανάγκη για συνεργατική, διεπιστημονική εκπαίδευση (Papoudi & Antonopoulou, 2025).

Στην κλινική πράξη, αυτό το έλλειμμα κατανόησης εκδηλώνεται πολλές φορές ως *στιγματισμός λόγω ταυτότητας (identity stigma)*, όπου όπως τονίζουν οι S.C.K. Shaw et al. (2023), ο ασθενής αντιμετωπίζεται πρωτίστως ως μια περίπτωση αυτισμού και δευτερευόντως ως άτομο με συγκεκριμένες ιατρικές ανάγκες. Η στάση αυτή εντείνει, όπως προαναφέρθηκε, τη διαγνωστική επισκίαση. Σημαντικά κλινικά προβλήματα τείνουν να παρερμηνεύονται από τους επαγγελματίες απλώς ως ενδείξεις αρνητικής αυτιστικής συμπεριφοράς (Ali et al., 2025; Bäckman et al., 2026).

Για τη γεφύρωση αυτού του ενσυναισθητικού χάσματος, η σαφής γνωστοποίηση της αυτιστικής ταυτότητας (*ASD label*) στους επαγγελματίες αποτελεί το πρώτο ουσιαστικό βήμα. Η διάγνωση και η επικοινωνία της προσφέρουν ένα πλαίσιο κατανόησης που δικαιολογεί τις αισθητηριακές ή κοινωνικές δυσκολίες του ατόμου, διευκολύνοντας την πρόσβαση σε κατάλληλες στρατηγικές υποστήριξης (Tolvaishaité et al., 2025).

Όπως αποκαλύπτει, άλλωστε, η έρευνα των Zarokanellou, Papagiannopoulou, et al. (2024) σε μελλοντικούς επαγγελματίες υγείας, η γνώση της διάγνωσης μπορεί στην πραγματικότητα να μειώσει το στίγμα. Όταν οι φοιτητές υγείας γνωρίζουν ρητά τη διάγνωση, τείνουν να επιδεικνύουν μεγαλύτερη αποδοχή και κατανόηση απέναντι στις άτυπες συμπεριφορές, σε σχέση με το όταν απλώς παρατηρούν μια ασυνήθιστη συμπεριφορά χωρίς καμία εξήγηση.

Για την αποτελεσματική αντιμετώπιση όλων αυτών των εμποδίων, απαιτείται η ριζική μετάβαση προς το *κοινωνικό μοντέλο (social model)* και τις νευροκαταφατικές προσεγγίσεις,

οι οποίες προωθούν την ενσωμάτωση, την αποδοχή και τον σεβασμό του αυτιστικού τρόπου ύπαρξης (Brosnan & Camilleri, 2025; Gouws, 2025). Σε πρακτικό επίπεδο, προτείνονται άμεσες παρεμβάσεις, όπως η γενικότερη προσαρμογή των περιβαλλοντικών ερεθισμάτων του εξεταστηρίου για τη μείωση της αισθητηριακής υπερφόρτωσης και η χρήση οπτικοποιημένης επικοινωνίας (Al-Beltagi et al., 2025). Για τη συστηματοποίηση των αναγκαίων κλινικών αλλαγών και την άρση αυτών των εμποδίων, αποδεικνύεται για άλλη μια φορά πως καθίσταται επιτακτική η εφαρμογή προτύπων, όπως το προαναφερθέν πλαίσιο *Autistic SPACE* (S.C. Shaw et al., 2023).

2.3.3. Η Βιωματική Εμπειρία (*Lived Experience*), η Επίδραση της Προσωπικής Επαφής και της Νευροδιαφορετικότητας

Σε πλήρη αντίθεση με τη συσσώρευση ετών εργασίας, η οποία μπορεί συχνά να οδηγήσει σε γνωστική αδράνεια, η ουσιαστική *βιωματική εμπειρία (lived experience)* δεν μετράται με χρόνια υπηρεσίας, αλλά με το βάθος της προσωπικής σύνδεσης. Είτε προκύπτει μέσα από την κλινική πρακτική είτε από το οικογενειακό περιβάλλον, η αυθεντική επαφή καταρρίπτει τα στερεότυπα, καλλιεργεί τη νευροκαταφατική προσέγγιση και αυξάνει την κοινωνική αποδοχή (Zarokanellou, Paragiannopoulou, et al., 2024).

Σε κλινικό επίπεδο, η ανάπτυξη προσωπικών δεσμών αναδιαμορφώνει ριζικά τη φροντίδα. Επαγγελματίες υγείας που έχουν προσωπική γνώση του αυτισμού επιδεικνύουν σημαντικά υψηλότερη επίγνωση των αναγκών των ασθενών (Doherty et al., 2023). Ειδικότερα, η συμμετοχή ιατρών και νοσηλευτών που βρίσκονται οι ίδιοι στο φάσμα ανατρέπει το παραδοσιακό δυαδικό σχήμα *υγιής θεραπευτής - ασθενής με έλλειμμα*. Προσφέροντας πολύτιμη *εσωτερική γνώση*, συμβάλλουν καθοριστικά στην υπέρβαση του επικοινωνιακού χάσματος της διπλής ενσυναίσθησης, παρότι πολλοί εξ αυτών αναγκάζονται να καταφύγουν στο κοινωνικό καμουφλάζ εξαιτίας του εργασιακού στίγματος (Botha et al., 2025; Doherty et al., 2022).

Αυτή η μετατόπιση οπτικής εδραιώνεται μέσω της πολιτισμικής ταπεινότητας και της αληθινής αμοιβαιότητας. Ο κλινικός καλείται να προσαρμόσει έμπρακτα το περιβάλλον (π.χ. μειώνοντας τα αισθητηριακά ερεθίσματα) και να αντιμετωπίσει τον ασθενή ισότιμα, ως τον απόλυτο ειδικό για το δικό του σώμα (Nicolaidis et al., 2015). Η στάση αυτή μειώνει την *ερμηνευτική αδικία (hermeneutical injustice)* και καλεί τους επαγγελματίες να εγκαταλείψουν τις άμυνές τους. Αναγνωρίζεται, έτσι, ότι η δυσπιστία των ασθενών πηγάζει από προηγούμενο ιατρογενές

τραύμα και αποτελεί συστημική αποτυχία, όχι ατομική υπαιτιότητα (Botha et al., 2025; Downs, 2024).

Τέλος, η φροντίδα οφείλει να ενσωματώνει τη *διαθεματικότητα (intersectionality)*, κατανοώντας ότι το στίγμα του αυτισμού επιβαρύνεται όταν τέμνεται με παραμέτρους όπως το φύλο, η εθνικότητα ή ο σεξουαλικός προσανατολισμός. Επειδή οι ιατρικές δομές εστιάζουν συχνά στερεοτυπικά σε λευκά, μεσοαστικά άτομα, οι πολλαπλά περιθωριοποιημένες ομάδες αγνοούνται, γεγονός που διαιωνίζει ακούσια τις ανισότητες εις βάρος τους (Botha et al., 2025). Καθίσταται λοιπόν σαφές πως κάθε στρατηγική που στοχεύει αποκλειστικά στην τροποποίηση των ατομικών στάσεων κρίνεται επιστημονικά περιορισμένη. Η ουσιαστική δικαιοσύνη απαιτεί μια θεμελιώδη στροφή, από την προσπάθεια αλλαγής των ατόμων, προς τη μεταρρύθμιση των δημόσιων πολιτικών και των ίδιων των συστημάτων εξουσίας.

2.3.4. Τραυματοκεντρική Φροντίδα, Από τη Θεωρία στη Νοσηλευτική Πρακτική

Η υιοθέτηση της τραυματοκεντρικής φροντίδας συνιστά μια ολοκληρωτική μετατόπιση του κλινικού παραδείγματος. Συγκεκριμένα η εστίαση μετακινείται από το παραδοσιακό ερώτημα «*τι συμβαίνει με τον ασθενή;*» στο ενσυναισθητικό ερώτημα «*τι συνέβη στον ασθενή;*» (Psouni et al., 2025). Στη ΔΑΦ, η TIC δεν αποτελεί απλώς μια εξειδικευμένη παρέμβαση, αλλά μια προσέγγιση καθολικών προφυλάξεων, καθώς ερευνητικά τεκμηριώνεται ότι τα άτομα με ΔΑΦ παρουσιάζουν σημαντικά μεγαλύτερο επιπολασμό παιδικών τραυματικών εμπειριών και *διαταραχής μετατραυματικού στρες* (Quinton et al., 2024). Η δυσκολία στην αλληλεπίδραση στο κλινικό περιβάλλον συχνά πηγάζει από το προαναφερθέν πρόβλημα της διπλής ενσυναίσθησης (Doherty et al., 2022). Η TIC καλεί τον νοσηλευτή να γεφυρώσει ενεργά αυτό το χάσμα, αποδεχόμενος τον νευροδιαφορετικό τρόπο έκφρασης.

Ειδικά στο εξαιρετικά απαιτητικό και απρόβλεπτο περιβάλλον των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), όπου τα άτομα με ΔΑΦ προσέρχονται με διπλάσια συχνότητα, η ενσωμάτωση της TIC στην καθημερινή νοσηλευτική πρακτική καθίσταται επιτακτική (Doherty et al., 2023; S.C. Shaw et al., 2023). Οι νοσηλευτές, ως οι επαγγελματίες πρώτης γραμμής, οφείλουν να αναγνωρίζουν ότι οι προαναφερθείσες καταρρεύσεις ή αποσύρσεις, που παραδοσιακά ερμηνεύονταν ως προκλητική συμπεριφορά, αποτελούν στην πραγματικότητα προστατευτικές και αρχέγονες αντιδράσεις επιβίωσης απέναντι σε ένα περιβάλλον που τους

προκαλεί αισθητηριακή υπερφόρτωση και σε ανεκπλήρωτες ανάγκες λόγω αυτισμού (Doherty et al., 2022).

Σε αυτό το πλαίσιο, η ολιστική προσέγγιση και η προληπτική παρέμβαση μετουσιώνονται από απλές κατευθυντήριες οδηγίες σε μια απόλυτη νοσηλευτική επιταγή (*Nursing Imperative*) (Sampayan et al., 2023). Ο νοσηλευτής φέρει την πρωταρχική κλινική ευθύνη για τη διενέργεια ενδεδειγμένης αξιολόγησης και οφείλει να βρίσκεται σε διαρκή εγρήγορση ώστε να αποτρέψει τη διαγνωστική επισκίαση των πραγματικών σωματικών συμπτωμάτων ή των άτυπων σημάδιων πόνου (Woods et al., 2023). Η πρακτική εφαρμογή της TIC στα ΤΕΠ περιλαμβάνει στοχευμένες στρατηγικές (Betancort-Avero et al., 2025; Doherty et al., 2023; Harris et al., 2023). Βασική προϋπόθεση, ωστόσο, είναι και η προσαρμογή της επικοινωνίας μέσω της χρήσης σαφούς, κυριολεκτικού λόγου και της παροχής επαρκούς χρόνου επεξεργασίας, δίνοντας στον ασθενή τον απαραίτητο χώρο να κατανοήσει τις πληροφορίες χωρίς συχνές επαναλήψεις που προκαλούν σύγχυση (Doherty et al., 2023). Τα έντυπα ενημερωμένης συναίνεσης που απευθύνονται σε άτομα με ΔΑΦ πρέπει να διαμορφώνονται κατάλληλα, με στόχο την τήρηση της ερευνητικής ηθικής και την εξασφάλιση της πλήρους κατανόησής τους.

Προκειμένου να επιτευχθεί ο εν λόγω στόχος, κρίνεται αναγκαία η χρήση απλού και σαφούς λεξιλογίου χωρίς αφηρημένες έννοιες, η αξιοποίηση οπτικών μέσων και η εφαρμογή συμμετοχικών προσεγγίσεων (Beck et al., 2025). Επιπλέον, η TIC προκρίνει τεχνικές αποκλιμάκωσης, οι οποίες εστιάζουν στη δημιουργία αίσθησης ασφάλειας στη χαμηλόφωνη επικοινωνία και στην αποδοχή των αυτορρυθμιστικών κινήσεων (*stimming*) ως έγκυρου εργαλείου αποφόρτισης του ασθενούς, χωρίς να απαιτείται η απόκρυψή τους (Doherty et al., 2023; Neurodiverse Connection, 2026).

Η εφαρμογή αυτών των προσαρμογών δεν ωφελεί μόνο τον ασθενή, αλλά λειτουργεί προστατευτικά και για το ίδιο το προσωπικό. Μελέτες δείχνουν ότι η συμπονετική φροντίδα και η εκπαίδευση στην TIC μειώνουν δραματικά την *ηθική δυσφορία (Moral Distress)* και την ηθική βλάβη των νοσηλευτών, καθώς αποκτούν τα κατάλληλα εργαλεία για να διαχειριστούν κρίσεις χωρίς τη χρήση κατασταλτικών μέτρων, γεγονός που ενισχύει την επαγγελματική τους αυτοαποτελεσματικότητα και προλαμβάνει την εξουθένωση (Da Silva, 2025; NHS England, 2025; Psouni et al., 2025). Ωστόσο, η βιβλιογραφία εφιστά την προσοχή στους οργανωσιακούς περιορισμούς. Για να λειτουργήσει προστατευτικά η TIC και να μην οδηγήσει σε *κόπωση συμπόνιας (compassion fatigue)*, είναι απολύτως απαραίτητη η συστημική και διοικητική

υποστήριξη. Επιπρόσθετα, η έλλειψη χρόνου, η υποστελέχωση και οι πιέσεις για ταχεία διεκπεραίωση στα νοσοκομεία αποτελούν σημαντικά εμπόδια που ματαιώνουν τους νοσηλευτές, αποτρέποντάς τους από το να χτίσουν τη θεραπευτική σχέση που απαιτεί η εν λόγω προσέγγιση (Da Silva, 2025; Psouni et al., 2025).

Συνεπώς, με την κατάλληλη οργανωσιακή υποστήριξη, η τραυματοκεντρική φροντίδα μπορεί να μετατρέψει το νοσοκομείο από έναν χώρο δυνητικού επανατραυματισμού σε ένα περιβάλλον *θεραπευτικής ασφάλειας*. Η παρούσα έρευνα στη 2η ΥΠΕ στοχεύει να αναδείξει ακριβώς αυτό το κενό, την ανάγκη μετάβασης από την εμπειρική διαχείριση στην επιστημονικά τεκμηριωμένη και συστημικά υποστηριζόμενη τραυματοκεντρική νοσηλευτική παρέμβαση.

2.3.5. Γεωγραφικές Ανισότητες, Νησιωτικότητα, η Έμφυλη Διαθεματικότητα και η Περίπτωση της 2ης ΥΠΕ

Η γεωγραφική κατανομή των πόρων αποτελεί έναν ιδιαίτερα σημαντικό παράγοντα υγειονομικών ανισοτήτων, ειδικά στο πλαίσιο των προκλήσεων που θέτει η νησιωτικότητα στη 2η Υγειονομική Περιφέρεια. Η κατανομή των υπηρεσιών υγείας αναδεικνύει σοβαρές αποκλίσεις που επηρεάζουν δυσανάλογα τους κατοίκους των νησιωτικών περιοχών, επιβεβαιώνοντας έμπρακτα το *νόμο της αντίστροφης φροντίδας (Inverse Care Law)*, σύμφωνα με τον οποίο η διαθεσιμότητα της καλής ιατρικής φροντίδας τείνει να ποικίλλει αντιστρόφως ανάλογα με την ανάγκη του πληθυσμού που εξυπηρετείται (Hart, 1971).

Αυτό το χάσμα κλινικής ετοιμότητας εκδηλώνεται μέσω της επαγγελματικής απομόνωσης και των περιορισμένων υποδομών της περιφέρειας. Το μέγεθος αυτής της γεωγραφικής ανισότητας αποτυπώνεται πλέον με απόλυτη σαφήνεια στα σύγχρονα επιδημιολογικά δεδομένα του ΕΟΠΥΥ. Ενώ ο πανελλαδικός επιπολασμός της ΔΑΦ σε παιδιά ηλικίας 2–17 ετών υπολογίζεται στο 1,10% για την τριετία 2019–2022, η γεωγραφική ανάλυση ειδικά για το έτος 2021 αναδεικνύει σημαντικές περιφερειακές αποκλίσεις, με το χαμηλότερο ποσοστό να περιορίζεται στο 0,42% στην Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου, έναντι 1,09% στην Αττική και 1,33% στην Κρήτη (Kouznetsov et al., 2023). Η απόκλιση αυτή δεν υποδεικνύει απουσία της διαταραχής στον νησιωτικό πληθυσμό, αλλά υπογραμμίζει τη δραματική υποδιάγνωση λόγω γεωγραφικών ανισοτήτων και δυσχερούς πρόσβασης σε διαγνωστικές υπηρεσίες. Συνεπώς, η συγκέντρωση των νοσοκομειακών δομών στο αστικό κέντρο αναγκάζει τον πληθυσμό σε

συστηματική μετακίνηση για τη λήψη εξειδικευμένης φροντίδας, μετατρέποντας τη γεωγραφική απόσταση σε εργαλείο δομικού αποκλεισμού (Kouznetsov et al., 2023).

Επιπλέον, όπως αναδεικνύουν οι Kouznetsov et al. (2023), η γεωγραφική απομόνωση αλληλεπιδρά άμεσα με την έμφυλη διαγνωστική μεροληψία. Οι γυναίκες με αυτισμό συχνά παραβλέπονται κλινικά, ιδίως εκείνες με φυσιολογική νοημοσύνη και σχετικά λειτουργικό προφίλ, παραμένοντας αδιάγνωστες μέχρι την ενηλικίωση. Το προαναφερθέν έλλειμμα εξειδικευμένης εκπαίδευσης των επαγγελματιών, το οποίο επιδεινώνεται μακριά από τα μεγάλα αστικά κέντρα, οδηγεί συχνά σε λανθασμένες διαγνώσεις και ακατάλληλες φαρμακευτικές αγωγές, πλήττοντας δυσανάλογα τις γυναίκες με ΔΑΦ (Mahé et al., 2025). Ως αποτέλεσμα αυτής της έλλειψης εξειδίκευσης και υποστήριξης, πολλές γυναίκες στο φάσμα στερούνται την απαραίτητη ψυχοεκπαίδευση και αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο σοβαρών συνοσηροτήτων, όπως η κατάθλιψη, η οποία μειώνει δραματικά τη λειτουργικότητά τους.

Η συστηματική απουσία τοπικών υποδομών, σε συνδυασμό με το έλλειμμα εξειδίκευσης, διαμορφώνει ένα περιβάλλον *κλινικής ερημοποίησης* στην περιφέρεια. Η αναχαίτιση αυτού του φαινομένου και η γεφύρωση του χάσματος πρόσβασης προϋποθέτει την άμεση υιοθέτηση ενός σύγχρονου μοντέλου *κέντρου και ακτινών* (Rehabilitative Care Alliance, 2024). Το συγκεκριμένο μοντέλο ενδείκνυται ιδανικά για την αντιμετώπιση αγροτικών και νησιωτικών ανισοτήτων, ειδικά όταν υπάρχει χαμηλός επιπολασμός μιας πάθησης σε μια τοπική κοινότητα (έλλειψη εξειδίκευσης) ή όταν η γεωγραφική απόσταση από τον πάροχο είναι απαγορευτική. Σύμφωνα με αυτή την οργανωτική δομή, η πιο πολύπλοκη και εξειδικευμένη φροντίδα παρέχεται σε ένα κεντρικό, πλήρως εξοπλισμένο κέντρο (*Hub*), ενώ η λιγότερο πολύπλοκη φροντίδα διαχέεται στην τοπική κοινότητα των ασθενών με ΔΑΦ μέσω περιφερειακών δομών ή δορυφορικών κέντρων (*Spokes*) (Rehabilitative Care Alliance, 2024).

Η εφαρμογή ενός τέτοιου δικτύου θα μπορούσε να εξασφαλίσει τη διαρκή καθοδήγηση, την εκπαίδευση (*mentorship*) και την ανταλλαγή γνώσεων από το κέντρο προς τις τοπικές ομάδες (Rehabilitative Care Alliance, 2024). Με αυτόν τον τρόπο, εξαλείφεται η απομόνωση των επαγγελματιών στα νησιά, βελτιώνεται η διαγνωστική τους ικανότητα ως προς τον γυναικείο φαινότυπο και διασφαλίζεται ότι τα άτομα με ΔΑΦ λαμβάνουν τη φροντίδα που δικαιούνται πιο κοντά στο σπίτι τους, καταπολεμώντας τον κατακερματισμό του συστήματος υγείας.

2.4. Από τη Θεωρία στην Έρευνα, η Ποσοτικοποίηση της Γνώσης και των Στάσεων

Κλείνοντας το θεωρητικό πλαίσιο της παρούσας εργασίας, καθίσταται σαφές ότι η αλληλεπίδραση των ατόμων με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος με το σύστημα υγείας παρεμποδίζεται από ένα σύνθετο πλέγμα παραγόντων: την ελλιπή εξειδικευμένη εκπαίδευση των επαγγελματιών, την κυριαρχία του παρωχημένου ιατρικού μοντέλου έναντι της νευροκαταφατικής προσέγγισης, καθώς και την απουσία βιωματικής επαφής. Όπως αναλύθηκε, οι παράγοντες αυτοί όχι μόνο συντηρούν ένα σημαντικό γνωστικό χάσμα, αλλά καλλιεργούν παράλληλα τον υποσυνείδητο στιγματισμό και την ιατρική ακύρωση στο κλινικό περιβάλλον. Προκειμένου αυτά τα θεωρητικά ευρήματα να μη μείνουν σε επίπεδο βιβλιογραφικών διαπιστώσεων, αλλά να αποτυπωθούν εμπειρικά και μετρήσιμα στον πληθυσμό-στόχο της 2ης Υγειονομικής Περιφέρειας (2η ΥΠΕ), η παρούσα έρευνα προχωρά στην ποσοτικοποίησή τους. Για τον σκοπό αυτό, κρίθηκε επιτακτική η συνδυαστική χρήση δύο σταθμισμένων ψυχομετρικών εργαλείων, τα οποία αντικατοπτρίζουν άμεσα τους δύο κεντρικούς άξονες του θεωρητικού μέρους:

Το ερωτηματολόγιο KCAHW (Knowledge about Childhoodhood Autism among Health Workers) αξιοποιείται για τη μέτρηση του αντικειμενικού γνωστικού επιπέδου των επαγγελματιών υγείας. Εφαρμόζεται με στόχο να εντοπίσει τα ακριβή εκπαιδευτικά κενά γύρω από την αναγνώριση των συμπτωμάτων, τις συννοσηρότητες και την κλινική εικόνα (όπως αναλύθηκαν στο Κεφάλαιο 1), επιβεβαιώνοντας ή διαψεύδοντας το παράδοξο της προϋπηρεσίας και το αίσθημα κλινικής ανετοιμότητας του προσωπικού.

Το ερωτηματολόγιο SATA (Societal Attitudes Towards Autism) εφαρμόζεται για την ποσοτικοποίηση της κοινωνικής απόστασης και των στάσεων των επαγγελματιών υγείας που ενισχύουν το στίγμα (όπως περιγράφηκαν στο Κεφάλαιο 2). Οι διαστάσεις του εργαλείου αυτού μετρούν την πρακτική απόρροια του προβλήματος διπλής ενσυναίσθησης, χαρτογραφώντας κατά πόσο οι αντιλήψεις του ιατρονοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού εμποδίζουν την παροχή ισότιμης και τραυματοκεντρικής φροντίδας.

Μέσω αυτής της στοχευμένης μεθοδολογικής προσέγγισης, η παρούσα διπλωματική εργασία φιλοδοξεί να γεφυρώσει τη θεωρία με την κλινική πραγματικότητα του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Η ακριβής χαρτογράφηση της σχέσης μεταξύ γνώσεων (KCAHW) και στάσεων (SATA) θα προσφέρει την απαραίτητη τεκμηρίωση για τον μελλοντικό σχεδιασμό

στοχευμένων εκπαιδευτικών παρεμβάσεων, ικανών να αντιμετωπίσουν τα εμπόδια και τις γεωγραφικές ανισότητες στη φροντίδα των νευροαποκλινόντων ασθενών.

B. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1. Σκοπός και Ερευνητικά Ερωτήματα

Η παρούσα μελέτη εστιάζει κατά κύριο λόγο στο να διερευνήσει τις γνώσεις και στάσεις των επαγγελματιών υγείας, επιχειρώντας να απαντήσει σε θεμελιώδη ερωτήματα σχετικά με το επίπεδο της κλινικής τους ετοιμότητας. Βασιζόμενη στη σύγχρονη βιβλιογραφία, η έρευνα αξιοποιεί τα σταθμισμένα ψυχομετρικά εργαλεία KCAHW (Bakare et al., 2008; Zarokanellou et al., 2024) και SATA (Flood et al., 2013; Zarokanellou et al., 2023) προκειμένου να ελέγξει την επάρκεια των συμμετεχόντων στην αναγνώριση της συμπτωματολογίας, της αιτιολογίας και των κλινικών χαρακτηριστικών της ΔΑΦ. Η διαδικασία αυτή καθίσταται αναγκαία, καθώς τα διεθνή δεδομένα καταδεικνύουν ότι τα γνωστικά κενά, οι παγιωμένες στερεοτυπικές αντιλήψεις και η χαμηλή επαγγελματική αυτοαποτελεσματικότητα συχνά υπονομεύουν την κλινική πρακτική, οδηγώντας σε καθυστερημένες διαγνώσεις και πλημμελή φροντίδα.

Παράλληλα, η διερεύνηση επεκτείνεται στη συσχέτιση μεταξύ του εκπαιδευτικού υποβάθρου και της διαμόρφωσης αυτών των στάσεων, εξετάζοντας την υπόθεση εργασίας κατά πόσο η επιστημονική κατάρτιση λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας έναντι του κοινωνικού στίγματος, εντός του εκάστοτε πολιτισμικού πλαισίου. Σύμφωνα με πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα, η μετάβαση από τη θεωρητική γνώση δεν οδηγεί πάντα στην έμπρακτη συμπεριφορά, αναδεικνύοντας έτσι μια σύνθετη αλληλεπίδραση παραγόντων. Μέσω της στατιστικής ανάλυσης, επιδιώκεται να διαπιστωθεί εάν η εξειδικευμένη εκπαίδευση δύναται να αμβλύνει φαινόμενα αποκλεισμού και να βελτιώσει την ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης.

Με γνώμονα την ολιστική προσέγγιση, απώτερος σκοπός της μελέτης είναι η συνολική αξιολόγηση αυτών των παραμέτρων και η περαιτέρω συσχέτισή τους με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Τα ευρήματα στοχεύουν στον προσδιορισμό συγκεκριμένων εκπαιδευτικών αναγκών, συμβάλλοντας στον σχεδιασμό πολιτικών για μια ισότιμη, οικογενειοκεντρική φροντίδα που σέβεται έμπρακτα τη νευροδιαφορετικότητα.

Ερευνητικά Ερωτήματα

Βάσει του σκοπού της μελέτης και της ανασκόπησης της βιβλιογραφίας, διατυπώνονται τα ακόλουθα κύρια ερευνητικά ερωτήματα προς διερεύνηση:

1. Σε ποιο βαθμό οι επαγγελματίες υγείας στην Ελλάδα διαθέτουν ακριβείς και τεκμηριωμένες γνώσεις αναφορικά με τη συμπτωματολογία, την αιτιολογία και τα κλινικά χαρακτηριστικά της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος;
2. Ποιες είναι οι κυρίαρχες αντιλήψεις και στάσεις που υιοθετούν οι επαγγελματίες υγείας απέναντι στα άτομα που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού; Υφίστανται στερεοτυπικές αντιλήψεις ή στίγμα που δύναται να επηρεάσουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας;
3. Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου γνώσεων και των κοινωνικών στάσεων; Λειτουργεί η επιστημονική κατάρτιση ως προβλεπτικός παράγοντας για τη μείωση του στίγματος;
4. Πώς διαφοροποιούνται τα επίπεδα γνώσεων και οι στάσεις ανάλογα με τα επαγγελματικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά, καθώς και με τη βιωματική εμπειρία των συμμετεχόντων (π.χ. έτη εμπειρίας, επαγγελματική ιδιότητα, προηγούμενη επιμόρφωση, ύπαρξη συγγενή με ΔΑΦ);

3.2. Ερευνητικός Σχεδιασμός

Για την επίτευξη των ερευνητικών στόχων της παρούσας μελέτης επιλέχθηκε η ποσοτική μεθοδολογική προσέγγιση. Ειδικότερα, διενεργήθηκε μια συγχρονική μελέτη συσχέτισης (*cross-sectional correlation study*). Ο συγκεκριμένος ερευνητικός σχεδιασμός κρίθηκε ως ο πλέον ενδεδειγμένος, καθώς επιτρέπει τη συλλογή δεδομένων σε μία συγκεκριμένη χρονική στιγμή και καθιστά δυνατή τη διερεύνηση και στατιστική αποτύπωση των σχέσεων μεταξύ των εξεταζόμενων μεταβλητών (επίπεδο γνώσεων, κοινωνικές στάσεις και δημογραφικά -επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων).

3.3. Πληθυσμός και Δείγμα της Έρευνας

Τον πληθυσμό-στόχο της μελέτης αποτέλεσαν οι επαγγελματίες υγείας (ιατροί, νοσηλευτές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι κ.ά.) που υπηρετούν σε δημόσιες δομές υγείας. Ειδικότερα, η έρευνα εστίασε αποκλειστικά στο ιατρονοσηλευτικό και θεραπευτικό

προσωπικό που εργάζεται στα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας αρμοδιότητας της 2ης Υγειονομικής Περιφέρειας (2η ΥΠΕ) Πειραιώς και Αιγαίου.

Μέθοδος Δειγματοληψίας

Η αρχική προσέγγιση του πληθυσμού-στόχου πραγματοποιήθηκε με καθολική διανομή του ερωτηματολογίου σε όλες τις δομές ευθύνης της 2ης ΥΠΕ. Ωστόσο, δεδομένου ότι η συμμετοχή ήταν προαιρετική, για την τελική επιλογή των συμμετεχόντων εφαρμόστηκε η δειγματοληψία εθελοντικής ανταπόκρισης -ευκολίας (*convenience sampling*), σε συνδυασμό επικουρικά με την τεχνική της χιονοστιβάδας (*snowball sampling*). Η επιλογή αυτή εξυπηρέτησε την ανάγκη για άμεση και αποτελεσματική προσέγγιση του συγκεκριμένου πληθυσμού, αξιοποιώντας τα υφιστάμενα επαγγελματικά δίκτυα των συμμετεχόντων για την περαιτέρω προώθηση του ερωτηματολογίου σε συναδέλφους τους. Για τη συγκρότηση του τελικού δείγματος, τέθηκαν συγκεκριμένες προϋποθέσεις συμμετοχής, προκειμένου να διασφαλιστεί η αξιοπιστία των δεδομένων.

Κριτήρια Συμμετοχής (Inclusion Criteria)

- Παροχή ρητής συγκατάθεσης για τη συμμετοχή στην έρευνα.
- Ενεργή εργασιακή σχέση σε κλινικό τμήμα, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) ή εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας της 2ης ΥΠΕ.
- Ηλικία άνω των 18 ετών.
- Καλή γνώση και κατανόηση της ελληνικής γλώσσας.
- Μόνιμοι κάτοικοι Ελλάδας.
- Απουσία διάγνωσης διαταραχών του φάσματος του αυτισμού, καθώς και απουσία σοβαρών σωματικών, ψυχικών, νοητικών ή αισθητηριακών διαταραχών.

Κριτήρια Αποκλεισμού (Exclusion Criteria)

- Διοικητικό ή τεχνικό προσωπικό χωρίς κλινικά καθήκοντα και άμεση επαφή με ασθενείς.
- Φοιτητές επιστημών υγείας (πρακτική άσκηση) χωρίς άδεια ασκήσεως επαγγέλματος.
- Άτομα που φέρουν διάγνωση Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ).

Σημείωση: Η ύπαρξη άλλων νευροαναπτυξιακών καταστάσεων, όπως η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) ή Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες,

δεν αποτέλεσε κριτήριο αποκλεισμού, καθώς το ευρύτερο προφίλ νευροδιαφορετικότητας διερευνάται στο πλαίσιο της μελέτης ως πιθανός παράγοντας επιρροής των στάσεων και της βιωματικής εμπειρίας.

3.4. Το Ερευνητικό Εργαλείο

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω ενός δομημένου, ανώνυμου ερωτηματολογίου αυτοαναφοράς, το οποίο απαρτιζόταν από τρία (3) διακριτά μέρη:

Μέρος Α' Δημογραφικά και Επαγγελματικά Στοιχεία

Το πρώτο μέρος δημιουργήθηκε για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας και περιέλαβε ερωτήσεις σχετικά με τα ατομικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, καταγράφηκαν το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, τα έτη κλινικής προϋπηρεσίας, η ειδικότητα, καθώς και η ύπαρξη προηγούμενης εξειδικευμένης επιμόρφωσης σε θέματα αυτισμού.

Μέρος Β' Κλίμακα Γνώσεων (KCAHW)

Για την αξιολόγηση του επιπέδου γνώσεων των επαγγελματιών, χρησιμοποιήθηκε η σταθμισμένη στην ελληνική γλώσσα κλίμακα "Knowledge about Childhood Autism Among Health Workers" (KCAHW). Το εργαλείο αναπτύχθηκε αρχικά από τους Bakare et al. (2008) και σταθμίστηκε στα ελληνικά από την ερευνητική ομάδα της Ζαροκανέλλου (Zarokanellou, Gryparis, et al., 2024). Η κλίμακα αποτελείται συνολικά από 19 ερωτήσεις, οι οποίες αξιολογούν την ακρίβεια των γνώσεων σε τέσσερις διακριτούς τομείς της ΔΑΦ:

- Διαταραχές κοινωνικής αλληλεπίδρασης
- Ελλείμματα στην επικοινωνία.
- Περιορισμένα και επαναλαμβανόμενα πρότυπα συμπεριφοράς.
- Συννοσηρότητες.

Μέρος Γ' Κλίμακα Στάσεων (SATA)

Οι κοινωνικές στάσεις και αντιλήψεις των συμμετεχόντων αξιολογήθηκαν μέσω της σταθμισμένης κλίμακας "Societal Attitudes to Autism" (SATA). Το συγκεκριμένο εργαλείο αναπτύχθηκε αρχικά από τους Flood et al. (2012) και έχει σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα (Zarokanellou et al., 2023). Αποτελείται από 26 ερωτήσεις κλειστού τύπου (με απαντήσεις σε κλίμακα Likert) και διερευνά τις στάσεις των ερωτηθέντων μέσω τριών διακριτών παραγόντων (υποκλιμάκων):

- Κοινωνική Αποδοχή που αφορά τη θετική προδιάθεση για την κοινωνική ένταξη και τη συμπερίληψη των ατόμων με ΔΑΦ.
- Γνώση που αφορά την αντίληψη των γενικών χαρακτηριστικών της διαταραχής και την ύπαρξη ή μη μύθων/παρανοήσεων γύρω από τον αυτισμό.
- Προσωπική Απόσταση που αφορά το επίπεδο άνεσης, τον δισταγμό ή το στίγμα στην άμεση κοινωνική αλληλεπίδραση με άτομα που βρίσκονται στο φάσμα.

Η επιλογή της συγκεκριμένης σταθμισμένης κλίμακας κρίθηκε επιβεβλημένη, προκειμένου να γεφυρωθεί το χάσμα μεταξύ της ποσοτικής μεθοδολογίας και των σύνθετων κοινωνιολογικών εννοιών που αναλύθηκαν στο θεωρητικό πλαίσιο της παρούσας μελέτης. Μέσω της κλίμακας SATA, επιχειρείται η λειτουργικοποίηση (*operationalization*) και η έμμεση ποσοτική αποτύπωση αφηρημένων, συστημικών φαινομένων. Ειδικότερα, η έννοια της επιστημικής αδικίας και της ιατρικής ακύρωσης, οι οποίες βιώνονται ως συστηματική υποτίμηση της αξιοπιστίας του ασθενούς από τον κλινικό, αντανακλώνονται και μετρώνται ποσοτικά μέσω της υποκλίμακας της προσωπικής απόστασης. Ομοίως, η έννοια της δομικής βίας και του επακόλουθου θεσμικού αποκλεισμού αντικατοπτρίζεται άμεσα στη βαθμολογία της υποκλίμακας 'κοινωνική αποδοχή', η οποία αποτυπώνει την έμπρακτη προθυμία των επαγγελματιών υγείας να συμπεριλάβουν ουσιαστικά τα νευροαποκλίνοντα άτομα στον ιατρικό και κοινωνικό ιστό. Υπό αυτό το πρίσμα, η θεωρία της νευροδιαφορετικότητας δεν παραμένει αποκομμένη, αλλά ενσωματώνεται πλήρως και διασυνδέεται άμεσα με τα εξαγόμενα στατιστικά δεδομένα.

Τρόπος Βαθμολόγησης

Όσον αφορά την κλίμακα γνώσεων KCAHW, οι πρώτες 18 ερωτήσεις απαντώνται με «Ναι», «Όχι» ή «Δεν γνωρίζω», ενώ η 19η ερώτηση με επιλογές ηλικιακών σταδίων. Η βαθμολόγηση πραγματοποιείται αποδίδοντας 1 βαθμό σε κάθε σωστή απάντηση και 0 βαθμούς στις λανθασμένες ή στην επιλογή «Δεν γνωρίζω». Συνεπώς, η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 19, με τις υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν αρτιότερο επίπεδο γνώσεων.

Αντίστοιχα, οι απαντήσεις της κλίμακας στάσεων SATA αποτιμώνται μέσω μίας 4-βάθμιας κλίμακας τύπου Likert (1 = Διαφωνώ απόλυτα, 4 = Συμφωνώ απόλυτα). Για τους σκοπούς της στατιστικής ανάλυσης, ακολουθείται η διαδικασία της *αντίστροφης κωδικοποίησης (reverse coding)* στις περισσότερες ερωτήσεις της 1^{ης} υποκλίμακας που αφορά την Κοινωνική αποδοχή, (με εξαίρεση συγκεκριμένα θετικά διατυπωμένα στοιχεία όπως τα στοιχεία 2, 9, 13) και το σύνολο της 2^{ης} υποκλίμακας που αφορά τις Γνώσεις. Οι ερωτήσεις της 3^{ης} υποκλίμακας που αφορούν την προσωπική απόσταση δεν έχουν αντιστραφεί βάσει της πρωτότυπης έκδοσης. Με αυτή τη μετατροπή, οι υψηλότερες βαθμολογίες υποδηλώνουν υψηλότερο επίπεδο γνώσεων, μεγαλύτερη αποδοχή και αυξημένη προθυμία αλληλεπίδρασης.

Για τη νόμιμη χρήση και ενσωμάτωση της ελληνικής έκδοσης των ανωτέρω σταθμισμένων ψυχομετρικών κλιμάκων (KCAHW, SATA) στην παρούσα μελέτη, τηρήθηκε η δεοντολογία περί πνευματικής ιδιοκτησίας και εξασφαλίστηκε εγκαίρως η γραπτή άδεια χρήσης από την ερευνητική ομάδα (Zarokanellou et al., 2023).

3.5. Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων και Ηθική της Έρευνας

Η συλλογή των δεδομένων υλοποιήθηκε ψηφιακά μέσω της πλατφόρμας Google Forms.

Η διανομή του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε με απόλυτα θεσμικό τρόπο, καθώς εστάλη ψηφιακά σε όλα τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας της περιφέρειας, κατόπιν λήψης επίσημης έγκρισης σκοπιμότητας και διεξαγωγής από το Επιστημονικό Συμβούλιο της 2ης Υγειονομικής Περιφέρειας Πειραιώς και Αιγαίου. Επιπρόσθετα, αξιοποιήθηκε η δυναμική της δικτύωσης των συμμετεχόντων, καθώς ενθαρρύνθηκε η περαιτέρω διανομή του ερωτηματολογίου σε συναδέλφους (τεχνική χιονοστιβάδας) μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (e-mail) και εφαρμογών κοινωνικής δικτύωσης (όπως Facebook και Viber). Στην εισαγωγική σελίδα της φόρμας αναγράφονταν αναλυτικά ο σκοπός και οι όροι συμμετοχής στην έρευνα.

Ηθική και Δεοντολογία

Η παρούσα ερευνητική μελέτη σχεδιάστηκε και εκτελέστηκε με τρόπο τέτοιο ώστε να διασφαλιστεί πλήρως η προστασία των δικαιωμάτων των συμμετεχόντων. Ειδικότερα, τηρήθηκαν αυστηρά οι κάτωθι αρχές δεοντολογίας:

Θεσμική Αδειοδότηση

Υποβλήθηκε επίσημο αίτημα και ελήφθη έγκριση σκοπιμότητας και διεξαγωγής της έρευνας από το Επιστημονικό Συμβούλιο-Επιτροπή Ηθικής της 2ης Υγειονομικής Περιφέρειας Πειραιώς και Αιγαίου. Η έρευνα δεν επέφερε καμία απολύτως οικονομική επιβάρυνση στις μονάδες υγείας και δεν διατάραξε την εύρυθμη λειτουργία των κλινικών τμημάτων.

Ενήμερη Συγκατάθεση

Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν απολύτως εθελοντική. Πριν την έναρξη συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, προηγείτο ηλεκτρονικό φύλλο ενημέρωσης, όπου οι συμμετέχοντες πληροφορούνταν για τον σκοπό της μελέτης. Η πρόσβαση στις ερωτήσεις προϋπέθετε τη ρητή ηλεκτρονική συγκατάθεση του συμμετέχοντος (μέσω υποχρεωτικού πεδίου επιλογής).

Δικαίωμα Αποχώρησης

Οι συμμετέχοντες διατηρούσαν το δικαίωμα να διακόψουν τη συμπλήρωση και να αποχωρήσουν από την έρευνα οποιαδήποτε στιγμή, χωρίς καμία συνέπεια.

Ανωνυμία και Απόρρητο

Η συλλογή των δεδομένων ήταν αυστηρά ανώνυμη. Δεν καταγράφηκαν ονοματεπώνυμα, διευθύνσεις IP ή άλλα στοιχεία που θα μπορούσαν να επιτρέψουν την ταυτοποίηση των ερωτηθέντων. Τα δεδομένα χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για τους ακαδημαϊκούς σκοπούς της παρούσας εργασίας.

Προστασία Δεδομένων Ασθενών

Διευκρινίζεται ότι η μελέτη αφορούσε αποκλειστικά απόψεις επαγγελματιών υγείας και δεν περιλάμβανε καμία συλλογή ή επεξεργασία προσωπικών δεδομένων ασθενών ή ιατρικών φακέλων.

Πνευματική Ιδιοκτησία

Για τη χρήση των σταθμισμένων ψυχομετρικών εργαλείων (KCAHW, SATA), τηρήθηκε η δεοντολογία περί πνευματικής ιδιοκτησίας, με τη σχετική άδεια να έχει εξασφαλιστεί εγγράφως από τους υπεύθυνους της ελληνικής στάθμησης.

3.6. Στατιστική Ανάλυση

Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο IBM SPSS v.26. Τα δημογραφικά αναλύθηκαν με περιγραφική στατιστική σε πίνακες συχνοτήτων για τις κατηγορικές μεταβλητές και περιγραφικούς πίνακες συνοπτικών μέτρων για τις ποσοτικές μεταβλητές. Η αξιοπιστία των ερευνητικών εργαλείων ελέγχθηκε συνδυαστικά: για την κλίμακα γνώσεων (KCAHW), η οποία διαθέτει διχοτομική βαθμολόγηση, εφαρμόστηκε ο συντελεστής Kuder-Richardson 20 (KR-20), ενώ για την κλίμακα στάσεων (SATA), η οποία φέρει δεδομένα πολυβαθμικής κλίμακας Likert, χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης Cronbach's alpha. Τα σκορ των ερωτηματολογίων ελέγχθηκαν ως προς την προϋπόθεση της κανονικότητας. Για τη διερεύνηση της πιθανής μεταξύ τους συσχέτισης χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός συντελεστής Spearman's rho. Επίσης, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της απλής γραμμικής παλινδρόμησης για να διερευνηθεί κατά πόσο η επιστημονική κατάρτιση προβλέπει τη μείωση του στίγματος. Τέλος, για την διερεύνηση πιθανών διαφοροποιήσεων βάσει δημογραφικών παραγόντων χρησιμοποιήθηκαν οι μη παραμετρικοί έλεγχοι Mann-Whitney και Kruskal-Wallis κατά περίπτωση, καθώς και η ανάλυση διακύμανσης στην περίπτωση όπου πληρούνταν η προϋπόθεση της κανονικής κατανομής για την μεταβλητή. Το επίπεδο σημαντικότητας σε όλους τους ελέγχους ορίστηκε στο 5%.

3.7. Αποτελέσματα

3.7.1. Έλεγχος Εσωτερικής Συνοχής και Αξιοπιστίας Ερευνητικών Εργαλείων

Πριν από την κύρια στατιστική ανάλυση των ερευνητικών ερωτημάτων, κρίθηκε απαραίτητος ο έλεγχος της εσωτερικής συνοχής (*internal consistency*) των ψυχομετρικών κλιμάκων που

χρησιμοποιήθηκαν, βάσει των δεδομένων που προέκυψαν από το τελικό δείγμα των επαγγελματιών υγείας της παρούσας μελέτης.

Αρχικά, για την κλίμακα γνώσεων KCAHW, δεδομένου ότι η βαθμολόγηση των ερωτήσεων είναι διχοτομική, ο έλεγχος αξιοπιστίας πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του συντελεστή Kuder-Richardson 20 (KR-20). Η συνολική κλίμακα παρουσίασε υψηλή εσωτερική συνοχή, με τον δείκτη να διαμορφώνεται στο $KR-20 = 0,80$. Οι τιμές αξιοπιστίας για τους επιμέρους τομείς της κλίμακας υπολογίστηκαν ως εξής: Διαταραχές κοινωνικής αλληλεπίδρασης ($KR-20 = 0,80$) και Περιορισμένα και επαναλαμβανόμενα πρότυπα συμπεριφοράς ($KR-20 = 0,70$). Για την υποκλίμακα «Ελλείμματα στην επικοινωνία» δεν κατέστη δυνατός ο υπολογισμός του δείκτη, καθώς αποτελείται από ένα μόνο στοιχείο. Τέλος, η υποκλίμακα των «Συννοσηροτήτων» παρουσίασε εξαιρετικά χαμηλό δείκτη εσωτερικής συνέπειας ($KR-20 = 0,35$), γεγονός που μας οδήγησε στην απόφαση να αξιολογηθεί μόνο η συνολική βαθμολογία γνώσεων, υποδεικνύοντας παράλληλα την ανάγκη περαιτέρω διαπολιτισμικής στάθμισης του συγκεκριμένου πεδίου του ερωτηματολογίου.

Στη συνέχεια, για την κλίμακα στάσεων SATA, η οποία περιλαμβάνει ερωτήσεις πολυβαθμικής κλίμακας τύπου Likert, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής Cronbach's Alpha (α). Αναφορικά με τους τρεις διακριτούς παράγοντες (υποκλίμακες) του εργαλείου, οι τιμές διαμορφώθηκαν ως ακολούθως:

Κοινωνική Αποδοχή: $\alpha = 0,81$ (υψηλή εσωτερική συνοχή)

Γνώσεις: $\alpha = 0,55$ (μέτρια εσωτερική συνοχή)

Προσωπική Απόσταση: $\alpha = 0,86$ (υψηλή εσωτερική συνοχή).

Συμπερασματικά, οι κύριοι δείκτες αξιοπιστίας για τα δύο ερευνητικά εργαλεία κρίνονται στατιστικώς αποδεκτοί, γεγονός που επιβεβαιώνει την εγκυρότητα των μετρήσεων και επιτρέπει την ασφαλή προχώρηση στην περιγραφική και επαγωγική στατιστική ανάλυση των δεδομένων.

3.7.2. Δημογραφικά Χαρακτηριστικά Δείγματος

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζεται η κατανομή του φύλου για τους 228 συμμετέχοντες της έρευνας. Όπως προκύπτει 46 (20,20%) ήταν άνδρες, 181 (79,40%) ήταν γυναίκες και 1 (0,40%) προσδιορίζεται ως «άλλο».

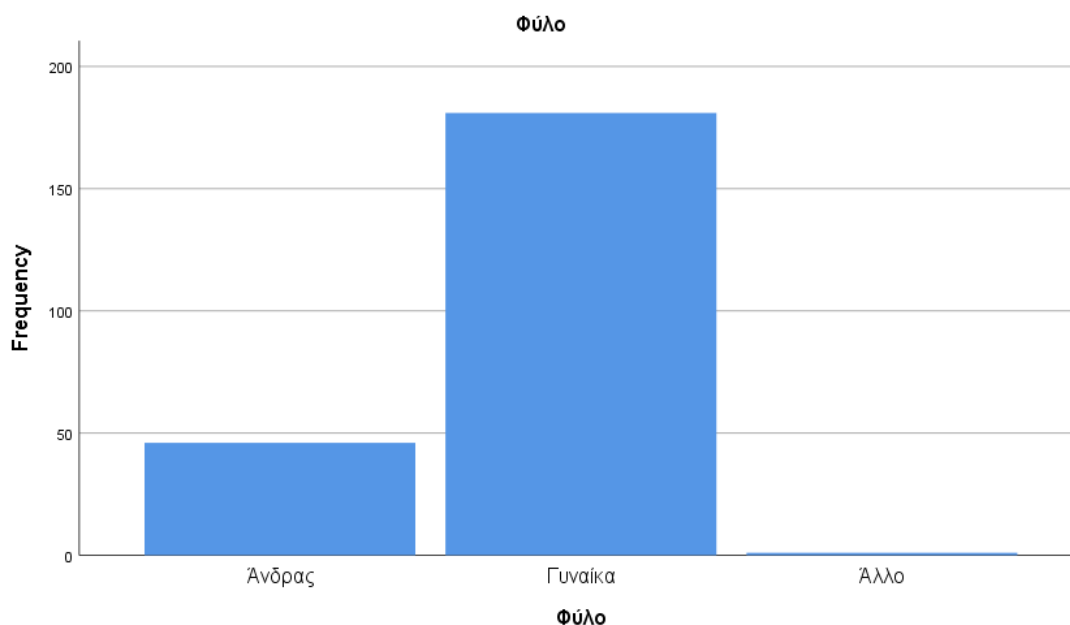
Πίνακας 1

Πίνακας συχνοτήτων φύλου

	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Άνδρας	46	20,20
Γυναίκα	181	79,40
Άλλο	1	0,40

Γράφημα 1

Ραβδόγραμμα φύλου



Για τους 228 συμμετέχοντες αναφορικά με τις ηλικιακές ομάδες, προκύπτει ότι 8 (3,50%) ανήκουν στους 18-25, 22 (9,60%) στους 26-35, 91 (39,90%) στους 36-45, 79 (34,60%) στους 46-55 και 28 (12,30%) στους πάνω από 56 ετών.

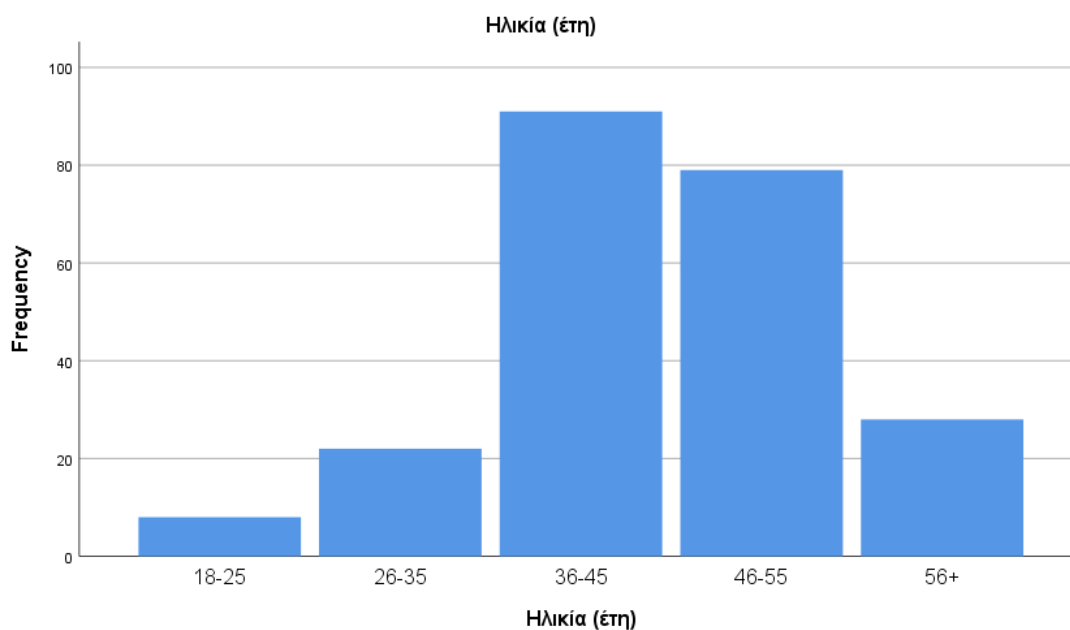
Πίνακας 2

Πίνακας συχνοτήτων ηλικιακών ομάδων

	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
18-25	8	3,50
26-35	22	9,60
36-45	91	39,90
46-55	79	34,60
56+	28	12,30

Γράφημα 2

Ραβδόγραμμα ηλικιακών ομάδων



Για τους 228 συμμετέχοντες αναφορικά με τον τόπο κατοικίας, προκύπτει ότι 140 (61,40%) κατοικούν σε αστική περιοχή (πόλη) ενώ 88 (38,60%) σε αγροτική περιοχή (Χωριό/Επαρχία).

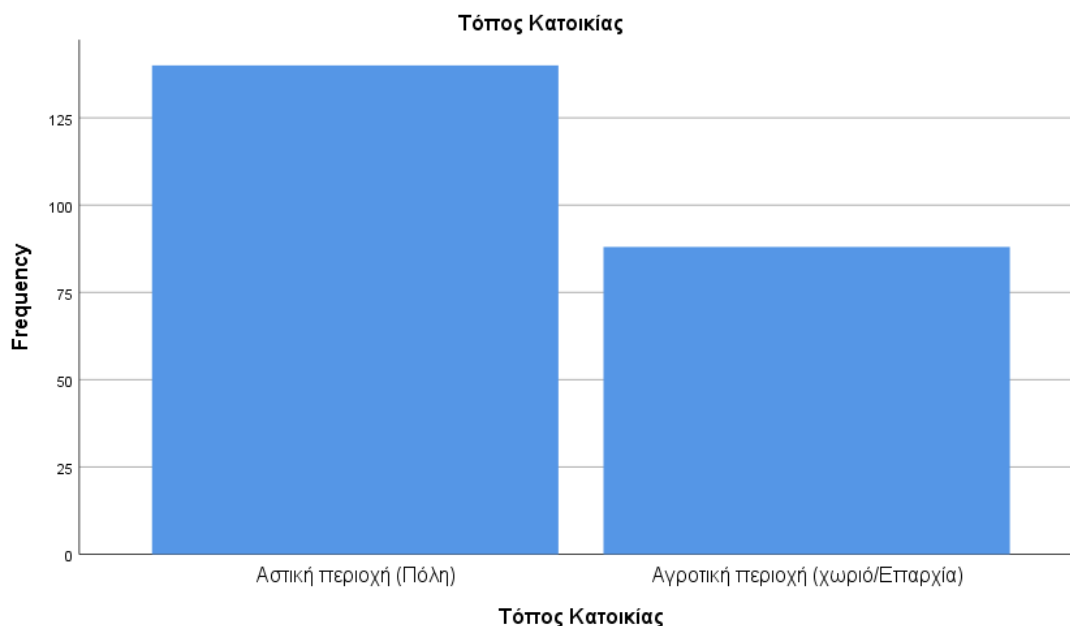
Πίνακας 3

Πίνακας συχνοτήτων τόπου κατοικίας

	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Αστική Περιοχή (Πόλη)	140	61,40
Αγροτική Περιοχή (Χωριό/Επαρχία)	88	38,60

Γράφημα 3

Ραβδόγραμμα τόπου κατοικίας



Για τους 228 συμμετέχοντες αναφορικά με το εάν έχουν παιδιά, προκύπτει ότι 71 (31,10%) δεν έχουν παιδιά ενώ 157 (68,90%) έχουν.

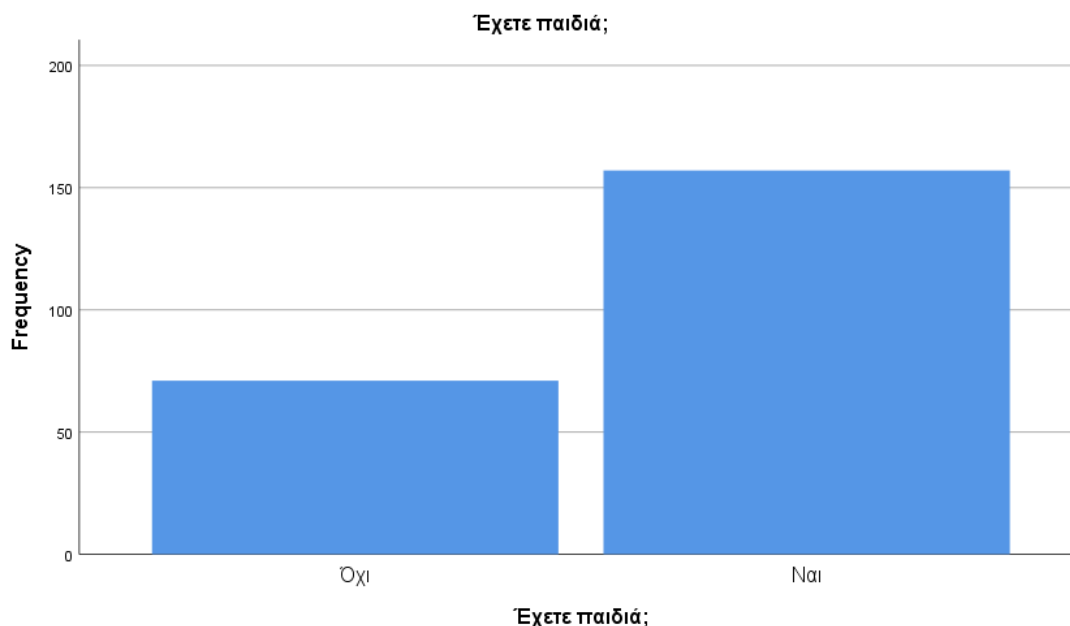
Πίνακας 4

Πίνακας συχνοτήτων για το εάν έχουν παιδιά

	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Όχι	71	31,10
Ναι	157	68,90

Γράφημα 4

Ραβδόγραμμα εάν έχουν παιδιά



Για τους 228 συμμετέχοντες αναφορικά με την επαγγελματική ιδιότητα, προκύπτει ότι 33 (14,50%) είναι γιατροί, 90 (39,50%) νοσηλεύτές/τριες, 6 (2,60%) εργοθεραπευτές/τριες, 1 (0,40%) λογοθεραπευτής/τρια, 4 (1,80%) ψυχολόγοι, 4 (1,80%) κοινωνικοί λειτουργοί και 89 (39%) έχουν άλλη επαγγελματική ιδιότητα.

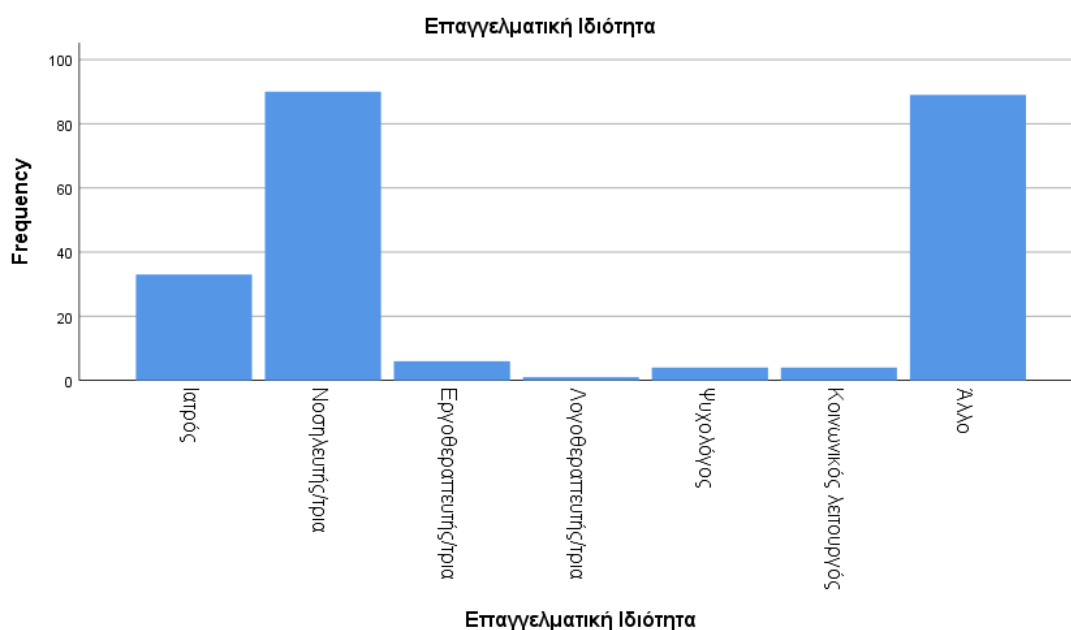
Πίνακας 5

Πίνακας συχνοτήτων επαγγελματικής ιδιότητας

	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Ιατρός	33	14,50
Νοσηλεύτης/τρια	90	39,60
Εργοθεραπευτής/τρια	6	2,60
Λογοθεραπευτής/τρια	1	0,40
Ψυχολόγος	4	1,80
Κοινωνικός Λειτουργός	4	1,80
Άλλο	89	39,20

Γράφημα 5

Ραβδόγραμμα επαγγελματικής ιδιότητας



Για τους 228 συμμετέχοντες αναφορικά με το επίπεδο σπουδών, προκύπτει ότι 46 (20,20%) είναι απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (ΔΕ), 83 (36,40%) κάτοχοι Πτυχίου (ΑΕΙ/ΤΕΙ), 94 (41,20%) κάτοχοι Μεταπτυχιακού Τίτλου (MSc) και 5 (2,20%) κάτοχοι Διδακτορικού Διπλώματος (PhD).

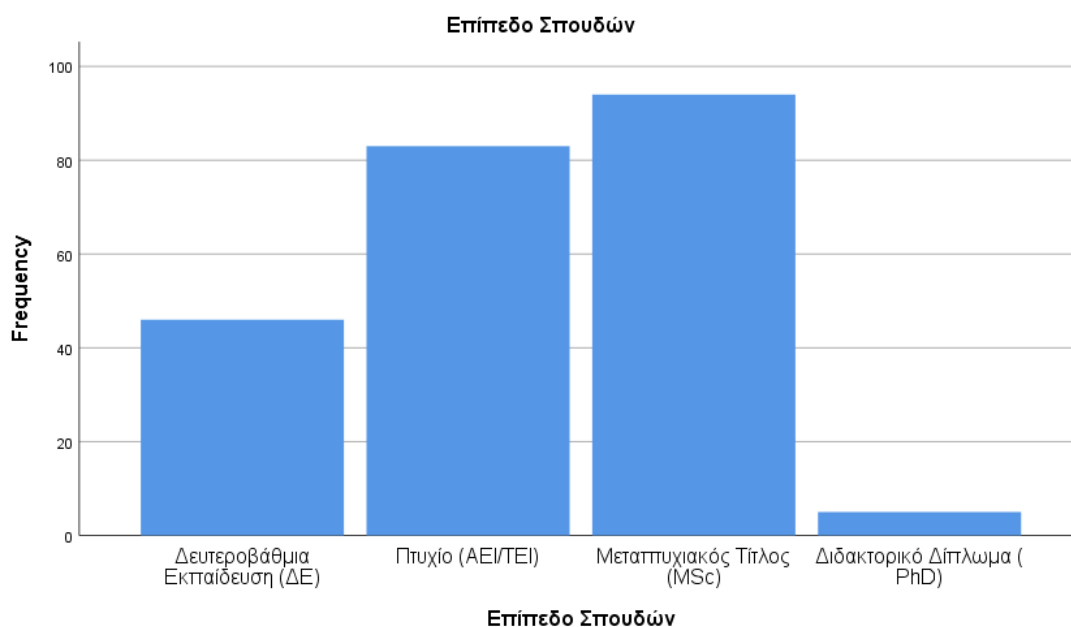
Πίνακας 6

Πίνακας συχνοτήτων επιπέδου σπουδών

	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (ΔΕ)	46	20,20
Πτυχίο (ΑΕΙ/ΤΕΙ)	83	36,40
Μεταπτυχιακός Τίτλος (MSc)	94	41,20
Διδακτορικό Δίπλωμα (PhD)	5	2,20

Γράφημα 6

Ραβδόγραμμα επιπέδου σπουδών



Για τους 228 συμμετέχοντες αναφορικά με τη δομή απασχόλησης, προκύπτει ότι 129 (56,60%) απασχολούνται σε γενικό νοσοκομείο, 85 (37,30%) σε Κέντρο Υγείας (Κ.Υ.) και 14 (6,10%) σε Τ.Ο.Μ.Υ./Π.Ι.

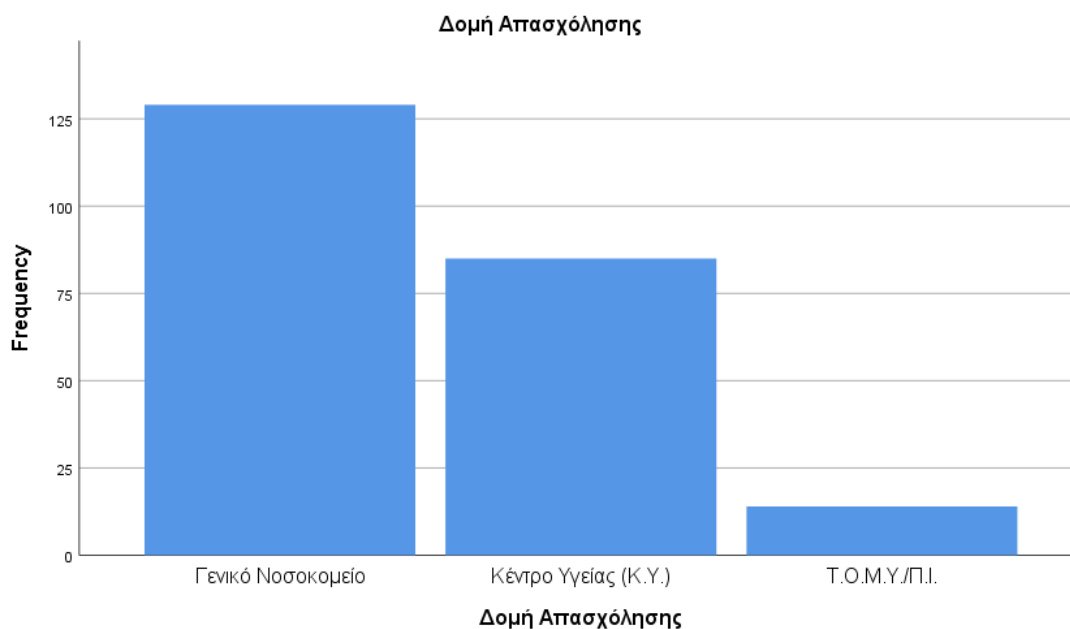
Πίνακας 7

Πίνακας συχνοτήτων δομής απασχόλησης

	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Γενικό Νοσοκομείο	129	56,60
Κέντρο Υγείας (Κ.Υ.)	85	37,30
Τ.Ο.Μ.Υ./Π.Ι.	14	6,10

Γράφημα 7

Ραβδόγραμμα δομής απασχόλησης



Για τους 228 συμμετέχοντες αναφορικά με τα έτη κλινικής εμπειρίας, προκύπτει ότι 34 (14,90%) έχουν 0-5 έτη, 43 (18,90%) έχουν 6-10 έτη, 70 (30,70%) έχουν 11-20 έτη και 81 (35,50%) έχουν πάνω από 20 έτη κλινικής εμπειρίας.

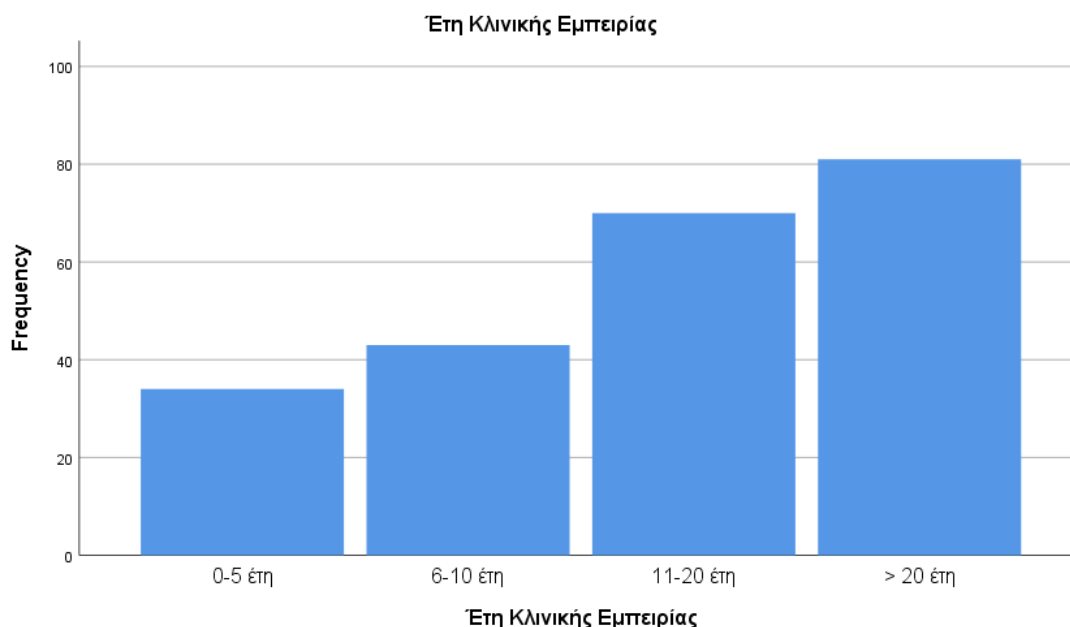
Πίνακας 8

Πίνακας συχνοτήτων ετών κλινικής εμπειρίας

	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
0-5 έτη	34	14,90
6-10 έτη	43	18,90
11-20 έτη	70	30,70
>20 έτη	81	35,50

Γράφημα 8

Ραβδόγραμμα ετών κλινικής εμπειρίας



Για τους 228 συμμετέχοντες αναφορικά με το εάν έχουν λάβει στο παρελθόν εξειδικευμένη εκπαίδευση επιμόρφωση για τον Αυτισμό (ΔΑΦ), προκύπτει ότι 191 (83,80%) δεν έχουν λάβει και 37 (16,20%) έχουν λάβει.

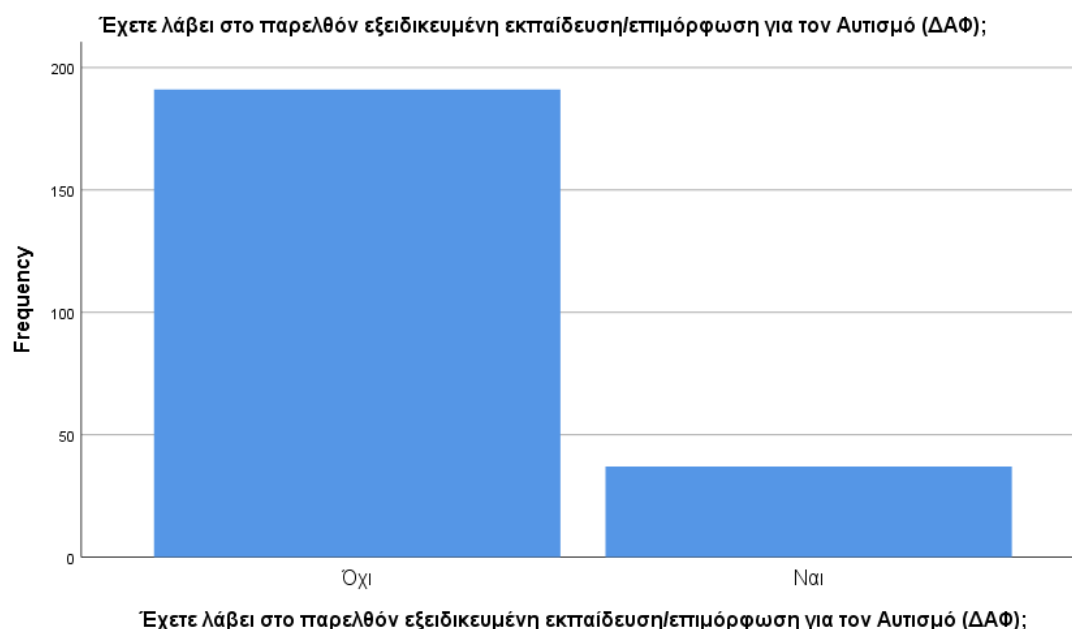
Πίνακας 9

Πίνακας συχνοτήτων εάν έχουν λάβει στο παρελθόν εξειδικευμένη εκπαίδευση επιμόρφωση για τον Αυτισμό (ΔΑΦ)

	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Όχι	191	83,80
Ναι	37	16,20

Γράφημα 9

Ραβδόγραμμα εάν έχουν λάβει στο παρελθόν εξειδικευμένη εκπαίδευση επιμόρφωση για τον Αυτισμό (ΔΑΦ)



Για τους 228 συμμετέχοντες αναφορικά με το εάν ταυτίζονται αυτοί οι ίδιοι με χαρακτηριστικά της ευρύτερης Νευροδιαφορετικότητας (π.χ. ΔΕΠΥ, Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες, Δυσπραξία), 187 (82%) απάντησαν όχι, 23 (10,10%) απάντησαν θετικά και 18 (7,90%) δεν γνώριζαν/δεν επιθυμούσαν να απαντήσουν.

Πίνακας 10

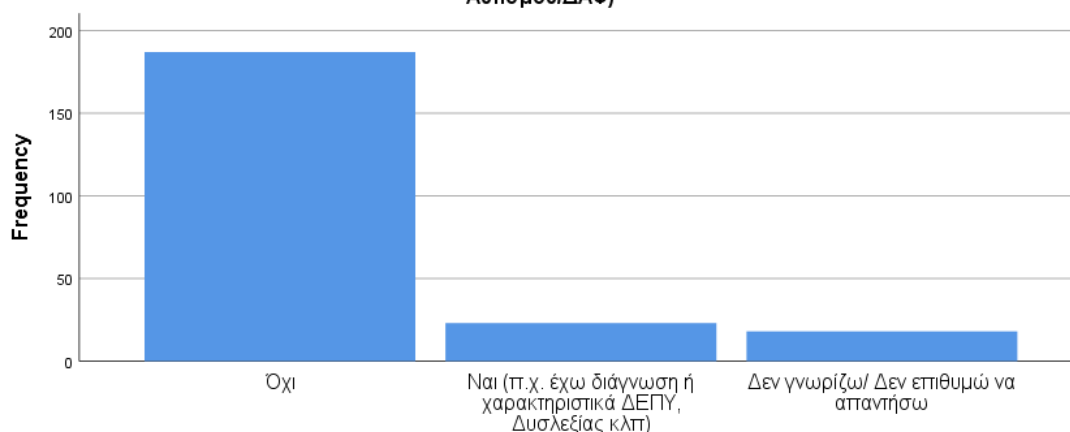
Εάν ταυτίζονται αυτοί οι ίδιοι με χαρακτηριστικά της ευρύτερης Νευροδιαφορετικότητας (π.χ. ΔΕΠΥ, Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες, Δυσπραξία)

	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Όχι	187	82,00
Ναι (π.χ. έχω διάγνωση ή χαρακτηριστικά ΔΕΠΥ, Δυσλεξία κλπ)	23	10,10
Δεν γνωρίζω/Δεν επιθυμώ να απαντήσω	18	7,90

Γράφημα 10

Ραβδόγραμμα εάν ταυτίζονται αυτοί οι ίδιοι με χαρακτηριστικά της ευρύτερης Νευροδιαφορετικότητας (π.χ. ΔΕΠΥ, Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες, Δυσπραξία)

Ταυτίζετε εσείς ο ίδιος/η ίδια με χαρακτηριστικά της ευρύτερης Νευροδιαφορετικότητας (π.χ. ΔΕΠΥ, Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες, Δυσπραξία);
* (Σημείωση: Σύμφωνα με τα κριτήρια της μελέτης, εξαιρούνται άτομα με διάγνωση στο Φάσμα του Αυτισμού/ΔΑΦ)



Ταυτίζετε εσείς ο ίδιος/η ίδια με χαρακτηριστικά της ευρύτερης Νευροδιαφορετικότητας (π.χ. ΔΕΠΥ, Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες, Δυσπραξία);
* (Σημείωση: Σύμφωνα με τα κριτήρια της μελέτης, εξαιρούνται άτομα με διάγνωση στο Φάσμα του Αυτισμού/ΔΑΦ)

Για τους 228 συμμετέχοντες αναφορικά με το εάν έχουν συγγενή ή φίλο με ΔΑΦ, 132 (57,90%) απάντησαν αρνητικά και 96 (42,10%) απάντησαν θετικά.

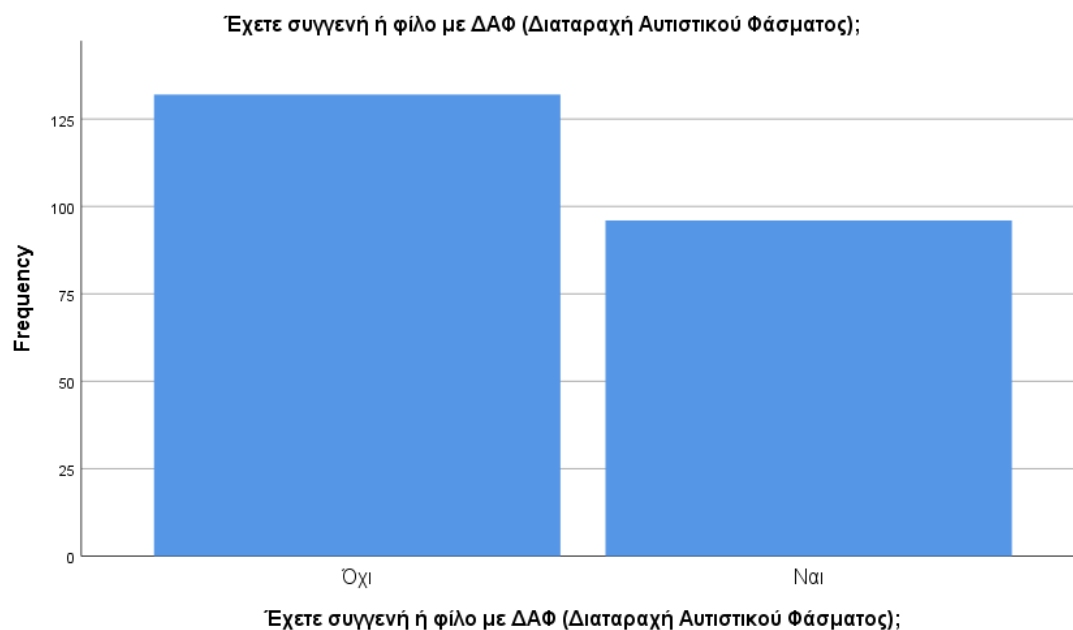
Πίνακας 11

Πίνακας συχνοτήτων εάν έχουν συγγενή ή φίλο με ΔΑΦ

	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Όχι	132	57,90
Ναι	96	42,10

Γράφημα 11

Ραβδόγραμμα εάν έχουν συγγενή ή φίλο με ΔΑΦ



Παρακάτω φαίνονται οι δείκτες αξιοπιστίας των δύο εργαλείων και των υποκλιμάκων αυτών. Όπως φαίνεται η υποκλίμακα των Συννοσηροτήτων έχει ιδιαίτερα χαμηλό δείκτη ($\alpha = 0,35$), γεγονός που φανερώνει έλλειψη εσωτερικής συνεπείας. Όλοι οι υπόλοιποι δείκτες είναι στα αποδεκτά και στα υψηλά επίπεδα εσωτερικής συνέπειας.

Πίνακας 12

Δείκτες αξιοπιστίας εργαλείων και υποκλιμάκων

	Cronbach's	
	alpha	Αριθμός στοιχείων
Διαταραχές Κοινωνικής Αλληλεπίδρασης	0,80	8
Ελλείμματα στην επικοινωνία	-	1
Περιορισμένα και επαναλαμβανόμενα πρότυπα συμπεριφοράς	0,70	4
Συννοσηρότητες	0,35	6
Συνολική Βαθμολόγηση Γνώσεων	0,80	19
Κοινωνική Αποδοχή	0,81	16
Γνώσεις	0,55	5
Προσωπική Απόσταση	0,86	5

Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται οι περιγραφικοί δείκτες για το εργαλείο των συνολικών γνώσεων και τις υποκλίμακες του εργαλείου των στάσεων. Αναφορικά με την βαθμολόγηση για τις συνολικές γνώσεις, ο μέσος όρος είναι 11,39 με τυπική απόκλιση 3,77 και εύρος τιμών από 0 έως 18. Για την υποκλίμακα της κοινωνικής αποδοχής, ο μέσος όρος ήταν 50,14 με τυπική απόκλιση 5,38 και εύρος τιμών 38 έως 64. Για την υποκλίμακα των γνώσεων, ο μέσος όρος ήταν 13,31 με τυπική απόκλιση 1,77 και εύρος τιμών από 8 έως 19. Τέλος, για την υποκλίμακα της προσωπικής απόστασης, ο μέσος όρος ήταν 16,07 με τυπική απόκλιση 2,39 και εύρος τιμών από 10 έως 20.

Πίνακας 13

Περιγραφικός πίνακας εργαλείου συνολικών γνώσεων και υποκλιμάκων στάσεων

	Μ.Ο.	Τ.Α.	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Συνολικές γνώσεις	11,39	3,77	0,00	18,00
Κοινωνική αποδοχή	50,14	5,38	38,00	64,00
Γνώσεις	13,31	1,77	8,00	19,00
Προσωπική απόσταση	16,07	2,39	10,00	20,00

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται ο έλεγχος κανονικότητας για τις μεταβλητές των εργαλείων και υποκλιμάκων. Όπως φαίνεται από τον έλεγχο Kolmogorov-Smirnov, δεν πληρείται η προϋπόθεση της κανονικής κατανομής για καμία από τις μεταβλητές και επομένως θα χρησιμοποιηθεί ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης Spearman's rho για την διερεύνηση της μεταξύ τους συσχέτισης.

Πίνακας 14

Έλεγχος κανονικότητας εργαλείου συνολικών γνώσεων και υποκλιμάκων στάσεων

	Στατιστικό	β.ε.	p-value
Συνολικές γνώσεις	0,15	228	<0,001
Κοινωνική αποδοχή	0,09	228	<0,001
Γνώσεις	0,18	228	<0,001
Προσωπική απόσταση	0,25	228	<0,001

Από τον έλεγχο συσχέτισης μεταξύ των υποκλιμάκων του εργαλείου της στάσης και της συνολικής βαθμολόγησης των συνολικών γνώσεων με τον μη παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης Spearman's rho, προέκυψε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της συνολικής βαθμολόγησης και των δύο υποκλιμάκων. Συγκεκριμένα, υπάρχει θετική ασθενής συσχέτιση μεταξύ των συνολικών γνώσεων και της υποκλίμακας της κοινωνικής αποδοχής ($\rho=0,14$, $p=0,034$) και θετική και ασθενής με την υποκλίμακα της προσωπικής

απόστασης ($\rho=0,19$, $p=0,003$). Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την υποκλίμακα των γνώσεων ($p=0,073$).

Πίνακας 15

Έλεγχος συσχετίσεων εργαλείου συνολικών γνώσεων και υποκλιμάκων στάσεων

	Συνολικές γνώσεις	Κοινωνική αποδοχή	Γνώσεις	Προσωπική απόσταση
Συνολικές γνώσεις	-			
Κοινωνική αποδοχή	0,14*	-		
Γνώσεις	0,12	-	-	
Προσωπική απόσταση	0,19**	-	-	-

*Σημείωση: * $p<0,05$, ** $p<0,01$*

Χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης για να διερευνηθεί εάν η μεταβλητή της γνώσης λειτουργεί ως προβλεπτικός παράγοντας στην κοινωνική αποδοχή. Το μοντέλο δεν ήταν στατιστικά σημαντικό, που σημαίνει ότι η υπόθεση δεν επιβεβαιώνεται ($R^2 = 0,01$, $F(1,226) = 3,29$, $p=0,071$).

Πίνακας 16

Μοντέλο παλινδρόμησης γνώσεων ως προβλεπτικός παράγοντας στην κοινωνική αποδοχή

	B	SE b	β
Σταθερός όρος	48,20	1,13	
Συνολικές γνώσεις	0,17	0,9	0,12

Χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης για να διερευνηθεί εάν η μεταβλητή της γνώσης λειτουργεί ως προβλεπτικός παράγοντας στην προσωπική απόσταση. Το μοντέλο ήταν στατιστικά σημαντικό, που σημαίνει ότι η υπόθεση επιβεβαιώνεται ($R^2 = 0,15$, $F(1,226) = 40,66$, $p<0,001$). Όπως προκύπτει, οι συνολικές γνώσεις επεξηγούν το 15% της μεταβλητότητας της προσωπικής απόστασης και λειτουργούν ως προβλεπτικός παράγοντας στην μεταβλητή της προσωπικής στάσης ($b=0,29$, $t(226) = 6,38$, $p<0,001$). Συγκεκριμένα, για

κάθε μία μονάδα αύξησης στην βαθμολόγησης των γνώσεων, η προσωπική απόσταση αυξάνεται ξανά 0,29 μονάδες. Δεδομένου του ότι η υποκλίμακα της προσωπικής απόστασης δείχνει σε υψηλότερο σκορ μικρότερη προσωπική απόσταση, αυτό επιβεβαιώνει εν μέρει την μείωση του στίγματος όταν υπάρχει επιστημονική κατάρτιση.

Πίνακας 17

Μοντέλο παλινδρόμησης γνώσεων ως προβλεπτικός παράγοντας στην προσωπική απόσταση

	B	SE b	β
Σταθερός όρος	8,65	0,74	
Συνολικές γνώσεις	0,29	0,4	0,39

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται ο έλεγχος κανονικότητας για τις μεταβλητές των εργαλείων και υποκλιμάκων ως προς τον τόπο κατοικίας. Όπως φαίνεται από τον έλεγχο Kolmogorov-Smirnov, δεν πληρείται η προϋπόθεση της κανονικής κατανομής για καμία από τις μεταβλητές και επομένως θα χρησιμοποιηθεί ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney για την διερεύνηση της μεταξύ τους σχέσης.

Πίνακας 18

Έλεγχος κανονικότητας εργαλείου συνολικών γνώσεων και υποκλιμάκων στάσεων ως προς τον τόπο κατοικίας

		Στατιστικό	β.ε.	p-value
Συνολικές γνώσεις	Αστική περιοχή	0,15	140	<0,001
	Αγροτική περιοχή	0,12	88	0,003
Κοινωνική αποδοχή	Αστική περιοχή	0,07	140	0,06
	Αγροτική περιοχή	0,14	88	<0,001
Γνώσεις	Αστική περιοχή	0,17	140	<0,001
	Αγροτική περιοχή	0,20	88	<0,001

Προσωπική Απόσταση	Αστική περιοχή	0,26	140	<0,001
	Αγροτική περιοχή	0,23	88	<0,001

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney για τις μεταβλητές των εργαλείων και υποκλιμάκων ως προς τον τόπο κατοικίας. Όπως προκύπτει, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις συνολικές γνώσεις μεταξύ όσων ζουν σε αστικές και σε αγροτικές περιοχές ($U=7129,50$, $z=2,01$, $p=0,044$). Συγκεκριμένα, όσοι ζουν σε αγροτικές περιοχές έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερο διάμεσο σκορ συνολικών γνώσεων (Διάμεσος=12,50, $IQR=5,00$) συγκριτικά με όσους ζουν στις αστικές περιοχές (Διάμεσος=12,00, $IQR=5,00$). Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κοινωνική αποδοχή ($U=6203,50$, $z=0,09$, $p=0,928$), στις γνώσεις ($U=6439,50$, $z=0,59$, $p=0,556$) και στην προσωπική απόσταση ($U=6681,00$, $z=1,10$, $p=0,268$) ανάλογα με τον τόπο κατοικίας.

Πίνακας 19

Έλεγχος Mann-Whitney εργαλείου συνολικών γνώσεων και υποκλιμάκων στάσεων ως προς τον τόπο κατοικίας

		N	Διάμεσος	IQR	p-value
Συνολικές γνώσεις	Αστική περιοχή	140	12,00	5,00	0,044
	Αγροτική περιοχή	88	12,50	5,00	
Κοινωνική αποδοχή	Αστική περιοχή	140	50,00	8,00	0,928
	Αγροτική περιοχή	88	49,00	9,00	
Γνώσεις	Αστική περιοχή	140	13,00	2,00	0,556
	Αγροτική περιοχή	88	13,00	3,00	
Προσωπική Απόσταση	Αστική περιοχή	140	15,00	3,00	0,268

Αγροτική
περιοχή 88 15,00 4,00

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται ο έλεγχος κανονικότητας για τις μεταβλητές των εργαλείων και υποκλιμάκων ως προς το εάν ταυτίζονται οι ίδιοι με χαρακτηριστικά της ευρύτερης Νευροδιαφορετικότητας. Όπως φαίνεται από τον έλεγχο Shapiro-Wilk, δεν πληρείται η προϋπόθεση της κανονικής κατανομής για όλες τις μεταβλητές ανά κατηγορία απαντήσεων και επομένως θα χρησιμοποιηθεί ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal-Wallis για την διερεύνηση της μεταξύ τους σχέσης.

Πίνακας 20

Έλεγχος κανονικότητας εργαλείου συνολικών γνώσεων και υποκλιμάκων στάσεων ως προς το εάν ταυτίζονται με χαρακτηριστικά της ευρύτερης Νευροδιαφορετικότητας.

		W	β.ε.	p-value
Συνολικές γνώσεις	Όχι	0,92	187	<0,001
	Ναι (π.χ. έχω διάγνωση ή χαρακτηριστικά ΔΕΠΥ, Δυσλεξίας κλπ)	0,90	23	0,030
	Δεν γνωρίζω/Δεν επιθυμώ να απαντήσω	0,92	18	0,161
Κοινωνική αποδοχή	Όχι	0,98	187	0,006
	Ναι (π.χ. έχω διάγνωση ή χαρακτηριστικά ΔΕΠΥ, Δυσλεξίας κλπ)	0,93	23	0,113
	Δεν γνωρίζω/Δεν επιθυμώ να απαντήσω	0,96	18	0,521
Γνώσεις	Όχι	0,95	187	<0,001
	Ναι (π.χ. έχω διάγνωση ή χαρακτηριστικά ΔΕΠΥ, Δυσλεξίας κλπ)	0,88	23	0,010
	Δεν γνωρίζω/Δεν επιθυμώ να απαντήσω	0,86	18	0,015
Προσωπική Απόσταση	Όχι	0,88	187	<0,001

Ναι (π.χ. έχω διάγνωση ή χαρακτηριστικά ΔΕΠΥ, Δυσλεξίας κλπ)	0,87	23	0,006
Δεν γνωρίζω/Δεν επιθυμώ να απαντήσω	0,85	18	0,007

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal-Wallis για τις μεταβλητές των εργαλείων και υποκλιμάκων ως προς το εάν ταυτίζονται με χαρακτηριστικά της ευρύτερης Νευροδιαφορετικότητας. Όπως προκύπτει, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις συνολικές γνώσεις μεταξύ των ομάδων ($H(2)=7,22, p=0,027$). Συγκεκριμένα, από τους εκ των υστέρων ελέγχους με την διόρθωση Bonferroni προέκυψε ότι όσοι έχουν χαρακτηριστικά νευροδιαφορετικότητας έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερο διάμεσο σκορ συνολικών γνώσεων (Διάμεσος=13,00, IQR=5,00) συγκριτικά με όσους δεν γνωρίζουν ή δεν επιθυμούν να απαντήσουν (Διάμεσος=10,50, IQR=6,00).

Αναφορικά με την κοινωνική αποδοχή, υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων ($H(2)=8,53, p=0,014$). Συγκεκριμένα, από τους εκ των υστέρων ελέγχους με την διόρθωση Bonferroni προέκυψε ότι όσοι έχουν χαρακτηριστικά νευροδιαφορετικότητας έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερο διάμεσο σκορ κοινωνικής αποδοχής (Διάμεσος=54,00, IQR=12,00) συγκριτικά με όσους δεν έχουν χαρακτηριστικά (Διάμεσος=49,00, IQR=7,00). Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων για την υποκλίμακα των γνώσεων ($H(2)=0,50, p=0,776$).

Τέλος, αναφορικά με την προσωπική απόσταση, υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων ($H(2)=8,63, p=0,013$). Συγκεκριμένα, από τους εκ των υστέρων ελέγχους προέκυψε ότι όσοι έχουν χαρακτηριστικά νευροδιαφορετικότητας έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερο διάμεσο σκορ προσωπικής απόστασης (Διάμεσος=17,00, IQR=5,00) συγκριτικά με όσους δεν γνωρίζουν ή δεν επιθυμούν να απαντήσουν (Διάμεσος=15,00, IQR=2,00). Ομοίως και όσοι δεν έχουν χαρακτηριστικά νευροδιαφορετικότητας (Διάμεσος=17,00, IQR=5,00) με όσους δεν γνωρίζουν ή δεν επιθυμούν να απαντήσουν (Διάμεσος=15,00, IQR=2,00).

Πίνακας 21

Έλεγχος Kruskal-Wallis εργαλείου συνολικών γνώσεων και υποκλιμάκων στάσεων ως προς το εάν ταυτίζονται με χαρακτηριστικά της ευρύτερης Νευροδιαφορετικότητας

		N	Διάμεσος	IQR	p-value
Συνολικές γνώσεις	Όχι	187	12,00	4,00	0,027
	Ναι (π.χ. έχω διάγνωση ή χαρακτηριστικά ΔΕΠΥ, Δυσλεξίας κλπ)	23	13,00	5,00	
	Δεν γνωρίζω/Δεν επιθυμώ να απαντήσω	18	10,50	6,00	
Κοινωνική αποδοχή	Όχι	187	49,00	7,00	0,014
	Ναι (π.χ. έχω διάγνωση ή χαρακτηριστικά ΔΕΠΥ, Δυσλεξίας κλπ)	23	54,00	12,00	
	Δεν γνωρίζω/Δεν επιθυμώ να απαντήσω	18	50,00	10,00	
Γνώσεις	Όχι	187	13,00	2,00	0,776
	Ναι (π.χ. έχω διάγνωση ή χαρακτηριστικά ΔΕΠΥ, Δυσλεξίας κλπ)	23	13,00	3,00	
	Δεν γνωρίζω/Δεν επιθυμώ να απαντήσω	18	13,00	3,00	
Προσωπική Απόσταση	Όχι	187	15,00	2,00	0,013
	Ναι (π.χ. έχω διάγνωση ή χαρακτηριστικά ΔΕΠΥ, Δυσλεξίας κλπ)	23	17,00	5,00	
	Δεν γνωρίζω/Δεν επιθυμώ να απαντήσω	18	17,00	5,00	

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται ο έλεγχος κανονικότητας για τις μεταβλητές των εργαλείων και υποκλιμάκων ως προς το εάν έχουν συγγενή ή φίλο με ΔΑΦ. Όπως φαίνεται από τον έλεγχο Kolmogorov-Smirnov, δεν πληρείται η προϋπόθεση της κανονικής κατανομής για καμία από τις μεταβλητές και επομένως θα χρησιμοποιηθεί ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney για την διερεύνηση της μεταξύ τους σχέσης.

Πίνακας 22

Έλεγχος κανονικότητας εργαλείου συνολικών γνώσεων και υποκλιμάκων στάσεων ως προς το εάν έχουν συγγενή ή φίλο με ΔΑΦ

		Στατιστικό	β.ε.	p-value
Συνολικές γνώσεις	Όχι	0,14	132	<0,001
	Ναι	0,41	96	<0,001
Κοινωνική αποδοχή	Όχι	0,11	132	<0,001
	Ναι	0,07	96	<0,001
Γνώσεις	Όχι	0,16	132	<0,001
	Ναι	0,20	96	<0,001
Προσωπική Απόσταση	Όχι	0,26	132	<0,001
	Ναι	0,22	96	<0,001

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney για τις μεταβλητές των εργαλείων και υποκλιμάκων ως προς το εάν έχουν συγγενή ή φίλο με ΔΑΦ.

Αναφορικά με τις συνολικές γνώσεις, προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ όσων έχουν κάποιο συγγενή ή φίλο με ΔΑΦ και όσων δεν έχουν ($U=7856,00$, $z=3,10$, $p=0,002$). Συγκεκριμένα, όσοι απάντησαν θετικά έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερο διάμεσο σκορ συνολικών γνώσεων (Διάμεσος=13,00, IQR=4,00) συγκριτικά με όσους απάντησαν αρνητικά (Διάμεσος=12,00, IQR=6,00).

Αναφορικά με την κοινωνική στάση, δεν υπάρχουν στατιστικές σημαντικές διαφορές ($U=7235,50$, $z=1,83$, $p=0,066$) ούτε με την υποκλίμακα των γνώσεων ($U=6655,50$, $z=0,6$, $p=0,507$).

Τέλος αναφορικά με την προσωπική απόσταση, προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ όσων έχουν κάποιο συγγενή ή φίλο με ΔΑΦ και όσων δεν έχουν ($U=7734,50$, $z=2,93$, $p=0,003$). Συγκεκριμένα, όσοι απάντησαν θετικά έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερο διάμεσο σκορ προσωπικής απόστασης (Διάμεσος=16,00, IQR=4,00) συγκριτικά με όσους απάντησαν αρνητικά (Διάμεσος=15,00, IQR=1,00).

Πίνακας 23

Έλεγχος Mann-Whitney εργαλείου συνολικών γνώσεων και υποκλιμάκων στάσεων ως προς το εάν έχουν συγγενή ή φίλο με ΔΑΦ

		N	Διάμεσος	IQR	p-value
Συνολικές γνώσεις	Όχι	132	12,00	6,00	0,002
	Ναι	96	13,00	4,00	
Κοινωνική αποδοχή	Όχι	132	49,00	7,00	0,066
	Ναι	96	51,00	9,00	
Γνώσεις	Όχι	132	13,00	2,00	0,507
	Ναι	96	13,00	3,00	
Προσωπική Απόσταση	Όχι	132	15,00	1,00	0,003
	Ναι	96	16,00	4,00	

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται ο έλεγχος κανονικότητας για τις μεταβλητές των εργαλείων και υποκλιμάκων ως προς τα έτη κλινικής εμπειρίας. Όπως φαίνεται από τον έλεγχο Kolmogorov-Smirnov, δεν πληρείται η προϋπόθεση της κανονικής κατανομής για όλες τις μεταβλητές ανά κατηγορία απαντήσεων και επομένως θα χρησιμοποιηθεί ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal-Wallis για την διερεύνηση της μεταξύ τους σχέσης.

Πίνακας 24

Έλεγχος κανονικότητας εργαλείου συνολικών γνώσεων και υποκλιμάκων στάσεων ως προς τα έτη κλινικής εμπειρίας

		W	β.ε.	p-value
Συνολικές γνώσεις	0-5 έτη	0,15	34	0,033
	6-10 έτη	0,17	43	0,003
	11-20 έτη	0,14	70	0,002
	>20 έτη	0,18	81	<0,001

Κοινωνική αποδοχή	0-5 έτη	0,13	34	0,16
	6-10 έτη	0,13	43	0,057
	11-20 έτη	0,10	70	0,072
	>20 έτη	0,10	81	0,032
Γνώσεις	0-5 έτη	0,12	34	0,200
	6-10 έτη	0,20	43	<0,001
	11-20 έτη	0,18	70	<0,001
	>20 έτη	0,20	81	<0,001
Προσωπική Απόσταση	0-5 έτη	0,27	34	<0,001
	6-10 έτη	0,24	43	<0,001
	11-20 έτη	0,22	70	<0,001
	>20 έτη	0,25	81	<0,001

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal-Wallis για τις μεταβλητές των εργαλείων και υποκλιμάκων ως προς τα έτη κλινικής εμπειρίας. Όπως προκύπτει, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων για τις συνολικές γνώσεις ($H(3)=4,00$, $p=0,261$), για την κοινωνική αποδοχή ($H(3)=6,22$, $p=0,101$) και τις γνώσεις ($H(3)=3,41$, $p=0,332$).

Έχουν προκύψει στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων για την υποκλίμακα της προσωπικής απόστασης ($H(3)=8,93$, $p=0,030$). Συγκεκριμένα, από τους εκ των υστέρων ελέγχους προέκυψε ότι όσοι έχουν 0-5 έτη κλινικής εμπειρίας έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερο διάμεσο σκορ προσωπικής απόστασης (Διάμεσος=16,00, IQR=5,00) συγκριτικά με όσους δεν έχουν από 11-20 έτη εμπειρίας (Διάμεσος=15,00, IQR=3,00) και όσους έχουν πάνω από 20 έτη εμπειρίας (Διάμεσος=15,00, IQR=2,00).

Πίνακας 25

Έλεγχος Kruskal-Wallis εργαλείου συνολικών γνώσεων και υποκλιμάκων στάσεων ως προς τα έτη κλινικής εμπειρίας

		N	Διάμεσος	IQR	p-value
Συνολικές γνώσεις	0-5 έτη	34	12,00	5,00	0,261
	6-10 έτη	43	12,00	6,00	
	11-20 έτη	70	12,00	5,00	
	>20 έτη	81	13,00	4,00	
Κοινωνική αποδοχή	0-5 έτη	34	50,50	7,00	0,101
	6-10 έτη	43	51,00	9,00	
	11-20 έτη	70	49,00	7,00	
	>20 έτη	81	49,00	9,00	
Γνώσεις	0-5 έτη	34	14,00	3,00	0,332
	6-10 έτη	43	13,00	2,00	
	11-20 έτη	70	13,00	2,00	
	>20 έτη	81	13,00	2,00	
Προσωπική Απόσταση	0-5 έτη	34	16,00	5,00	0,030
	6-10 έτη	43	15,00	5,00	
	11-20 έτη	70	15,00	3,00	
	>20 έτη	81	15,00	2,00	

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται ο έλεγχος κανονικότητας για τις μεταβλητές των εργαλείων και υποκλιμάκων ως προς την επαγγελματική ιδιότητα. Για λόγους ανάλυσης οι εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί συμπίχθηκαν σε μία κατηγορία ως «θεραπευτές». Όπως φαίνεται από τον έλεγχο Shapiro-Wilk, πληρείται η προϋπόθεση της κανονικής κατανομής μόνο για την υποκλίμακα της κοινωνικής αποδοχής για

όλες κατηγορίες των επαγγελματιών και επομένως θα χρησιμοποιηθεί ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διακύμανσης για την διερεύνηση πιθανών διαφορών μεταξύ των ομάδων. Για όλες τις υπόλοιπες μεταβλητές που παραβιάζεται η προϋπόθεση θα χρησιμοποιηθεί ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal-Wallis για την διερεύνηση της μεταξύ τους σχέσης.

Πίνακας 26

Έλεγχος κανονικότητας εργαλείου συνολικών γνώσεων και υποκλιμάκων στάσεων ως προς την επαγγελματική ιδιότητα

		W	β.ε.	p-value
Συνολικές γνώσεις	Ιατρός	0,96	33	0,207
	Νοσηλεύτης/τρια	0,93	90	<0,001
	Θεραπευτές	0,74	15	0,001
	Άλλο	0,91	89	<0,001
Κοινωνική αποδοχή	Ιατρός	0,94	33	0,087
	Νοσηλεύτης/τρια	0,98	90	0,204
	Θεραπευτές	0,92	15	0,211
	Άλλο	0,97	89	0,057
Γνώσεις	Ιατρός	0,94	33	0,082
	Νοσηλεύτης/τρια	0,92	90	<0,001
	Θεραπευτές	0,88	15	0,056
	Άλλο	0,94	89	<0,001
Προσωπική Απόσταση	Ιατρός	0,81	33	<0,001
	Νοσηλεύτης/τρια	0,89	90	<0,001
	Θεραπευτές	0,85	15	0,018
	Άλλο	0,93	89	<0,001

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal-Wallis για τις μεταβλητές των εργαλείων και υποκλιμάκων ως προς την επαγγελματική ιδιότητα. Αναφορικά με τις συνολικές γνώσεις, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων επαγγελματιών ιδιοτήτων ($H(3)=14,90$, $p=0,002$). Συγκεκριμένα, από τους εκ των υστέρων ελέγχους με την διόρθωση Bonferroni προέκυψε ότι όσοι είναι θεραπευτές έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερο διάμεσο σκορ συνολικών γνώσεων (Διάμεσος=15,00, IQR=4,00) συγκριτικά με όσους ανήκουν σε άλλη επαγγελματική ιδιότητα (Διάμεσος=12,00, IQR=6,00). Δεν έχουν προκύψει στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων για την υποκλίμακα των γνώσεων ($H(3)=2,64$, $p=0,450$) ούτε για την υποκλίμακα της προσωπικής απόστασης ($H(3)=7,04$, $p=0,071$).

Πίνακας 27

Έλεγχος Kruskal-Wallis εργαλείου συνολικών γνώσεων και υποκλιμάκων στάσεων ως προς την επαγγελματική ιδιότητα

		N	Διάμεσος	IQR	p-value
Συνολικές γνώσεις	Ιατρός	33	12,00	4,00	0,002
	Νοσηλεύτης/τρια	90	12,00	4,00	
	Θεραπευτές	15	15,00	4,00	
	Άλλο	89	12,00	6,00	
Γνώσεις	Ιατρός	33	14,00	2,00	0,450
	Νοσηλεύτης/τρια	90	13,00	2,00	
	Θεραπευτές	15	13,00	2,00	
	Άλλο	89	13,00	3,00	
Προσωπική Απόσταση	Ιατρός	33	15,00	5,00	0,071
	Νοσηλεύτης/τρια	90	16,00	4,00	
	Θεραπευτές	15	15,00	1,00	
	Άλλο	89	15,00	1,00	

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται ο παραμετρικός έλεγχος Ανάλυσης Διακύμανσης για την κοινωνική αποδοχή ως προς την επαγγελματική ιδιότητα. Δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων ($F(3,223)=0,36$, $p=0,784$).

Πίνακας 28

Έλεγχος Ανάλυσης Διακύμανσης της κοινωνικής αποδοχής ως προς την επαγγελματική ιδιότητα

		N	Διάμεσος	IQR	p-value
Κοινωνική αποδοχή	Ιατρός	33	49,00	7,00	0,784
	Νοσηλεύτης/τρια	90	50,00	9,00	
	Θεραπευτές	15	48,00	8,00	
	Άλλο	89	49,00	7,00	

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται ο έλεγχος κανονικότητας για τις μεταβλητές των εργαλείων και υποκλιμάκων ως προς το εάν έχουν λάβει στο παρελθόν εξειδικευμένη επιμόρφωση για τον Αυτισμό (ΔΑΦ). Όπως φαίνεται από τον έλεγχο Kolmogorov-Smirnov, δεν πληρείται η προϋπόθεση της κανονικής κατανομής για καμία από τις μεταβλητές και επομένως θα χρησιμοποιηθεί ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney για την διερεύνηση της μεταξύ τους σχέσης.

Πίνακας 29

Έλεγχος κανονικότητας εργαλείου συνολικών γνώσεων και υποκλιμάκων στάσεων ως προς το εάν έχουν λάβει στο παρελθόν εξειδικευμένη/ επιμόρφωση για τον Αυτισμό (ΔΑΦ)

		Στατιστικό	β.ε.	p-value
Συνολικές γνώσεις	Όχι	0,16	191	<0,001
	Ναι	0,12	37	0,185
Κοινωνική αποδοχή	Όχι	0,08	191	0,002

	Ναι	0,13	37	0,086
Γνώσεις	Όχι	0,19	191	<0,001
	Ναι	0,12	37	0,150
Προσωπική Απόσταση	Όχι	0,26	191	<0,001
	Ναι	0,19	37	0,002

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney για τις μεταβλητές των εργαλείων και υποκλιμάκων ως προς το εάν έχουν λάβει στο παρελθόν εξειδικευμένη επιμόρφωση για τον Αυτισμό (ΔΑΦ).

Αναφορικά με τις συνολικές γνώσεις, προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ όσων έχουν λάβει εξειδικευμένη εκπαίδευση/επιμόρφωση και όσων δεν έχουν ($U=4889,00$, $z=3,71$, $p<0,001$). Συγκεκριμένα, όσοι απάντησαν θετικά έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερο διάμεσο σκορ συνολικών γνώσεων (Διάμεσος=14,00, IQR=4,00) συγκριτικά με όσους απάντησαν αρνητικά (Διάμεσος=12,00, IQR=5,00).

Αναφορικά με την κοινωνική στάση, δεν υπάρχουν στατιστικές διαφορές ($U=4125,00$, $z=1,61$, $p=0,107$) ούτε με την υποκλίμακα των γνώσεων ($U=4105,00$, $z=1,59$, $p=0,110$).

Τέλος αναφορικά με την προσωπική απόσταση, προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ όσων έχουν λάβει εξειδικευμένη εκπαίδευση/επιμόρφωση και όσων δεν έχουν ($U=4440,50$, $z=2,54$, $p=0,011$). Συγκεκριμένα, όσοι απάντησαν θετικά έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερο διάμεσο σκορ προσωπικής απόστασης (Διάμεσος=16,00, IQR=5,00) συγκριτικά με όσους απάντησαν αρνητικά (Διάμεσος=15,00, IQR=2,00).

Πίνακας 30

Έλεγχος Mann-Whitney εργαλείου συνολικών γνώσεων και υποκλιμάκων στάσεων ως προς το εάν έχουν λάβει στο παρελθόν εξειδικευμένη/ επιμόρφωση για τον Αυτισμό (ΔΑΦ)

		N	Διάμεσος	IQR	p-value
Συνολικές γνώσεις	Όχι	191	12,00	5,00	<0,001
	Ναι	37	14,00	4,00	

Κοινωνική αποδοχή	Όχι	191	49,00	7,00	0,107
	Ναι	37	52,00	10,00	
Γνώσεις	Όχι	191	13,00	2,00	0,110
	Ναι	37	14,00	3,00	
Προσωπική Απόσταση	Όχι	191	15,00	2,00	0,011
	Ναι	37	16,00	5,00	

Συζήτηση

Ο πρωταρχικός σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση των γνώσεων και των κοινωνικών στάσεων των επαγγελματιών υγείας απέναντι σε άτομα με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ), με έμφαση στο προσωπικό της 2ης Υγειονομικής Περιφέρειας (ΥΠΕ) Πειραιώς και Αιγαίου. Μέσα από την ανάλυση των δεδομένων, αναδείχθηκε ένα σύνθετο πλέγμα αλληλεπιδράσεων μεταξύ του γνωστικού επιπέδου, της βιωματικής εμπειρίας και των συστημικών παραγόντων, το οποίο επιβεβαιώνει σε μεγάλο βαθμό τις σύγχρονες διεθνείς βιβλιογραφικές τάσεις, εγείροντας παράλληλα σημαντικά ζητήματα για την ελληνική κλινική πραγματικότητα.

Ένα από τα σημαντικότερα ευρήματα της μελέτης είναι η στατιστικά σημαντική συσχέτιση (και προβλεπτική ικανότητα) του επιπέδου γνώσεων με την υποκλίμακα της «Προσωπικής Απόστασης». Όπως έδειξε η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης, οι συνολικές γνώσεις των επαγγελματιών λειτουργούν ως ισχυρός προβλεπτικός παράγοντας: όσο αυξάνεται η επιστημονική κατάρτιση, τόσο μειώνεται η προσωπική απόσταση (δηλαδή αυξάνεται η βαθμολογία στο SATA, υποδηλώνοντας μικρότερο στίγμα και μεγαλύτερη προθυμία για αλληλεπίδραση). Το εύρημα αυτό ευθυγραμμίζεται πλήρως με τις έρευνες των Zarokanellou et al. (2023; 2024), οι οποίοι τόνισαν ότι το χαμηλό γνωστικό επίπεδο σχετίζεται άμεσα με στάσεις απόρριψης. Επιβεβαιώνεται, συνεπώς, η θεωρητική υπόθεση ότι η θεωρητική άγνοια τρέφει την Επιστημική Αδικία, ενώ αντίθετα, η επαρκής επιστημονική κατάρτιση θωρακίζει τον επαγγελματία, μειώνει τον φόβο, που συχνά πηγάζει από χαμηλή αυτοαποτελεσματικότητα

και επιτρέπει την υιοθέτηση νευροκαταφατικών (neuro-affirming) προσεγγίσεων στο εξεταστήριο (S.C. Shaw et al., 2023).

Ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον παρουσιάζει η ανάλυση με βάση τα έτη κλινικής εμπειρίας. Τα αποτελέσματα (Kruskal-Wallis) κατέδειξαν ότι τα χρόνια προϋπηρεσίας δεν επιφέρουν καμία στατιστικά σημαντική αύξηση στο επίπεδο γνώσεων ($p=0.261$). Αντιθέτως, στην υποκλίμακα της Προσωπικής Απόστασης, οι νεότεροι επαγγελματίες (0-5 έτη κλινικής εμπειρίας) σημείωσαν στατιστικά υψηλότερες επιδόσεις (μικρότερη απόσταση-στόγμα) συγκριτικά με τους παλαιότερους (11-20 και >20 έτη).

Αυτή η παρατήρηση επιβεβαιώνει το «Παράδοξο της Προϋπηρεσίας» που καταγράφεται από τους Moroe et al. (2022) και Gellert et al. (2025). Αποδεικνύεται ότι η βιωματική ρουτίνα, ελλείψει συνεχιζόμενης, τεκμηριωμένης εκπαίδευσης, οδηγεί σε «γνωστική αδράνεια» (Watson-Grace et al. 2026). Η γνωστική αυτή αδράνεια των παλαιότερων επαγγελματιών αντικατοπτρίζει την απουσία εφαρμογής του μοντέλου της «Προσαρμογής του Περιβάλλοντος στο Άτομο» (*Person-Environment Fit*). Ιστορικά, το ιατρικό σύστημα απαιτούσε από τον αυτιστικό ασθενή να συμμορφωθεί στο τυπικό, εχθρικό νοσοκομειακό περιβάλλον (ιατρικό μοντέλο). Αντίθετα, η σύγχρονη προσέγγιση επιτάσσει τη μετατόπιση του βάρους της προσαρμογής από τον ασθενή στο ίδιο το σύστημα (Botha et al., 2025; Doherty et al., 2023; Pellicano & Houting, 2021). Οι νεότερες γενιές επαγγελματιών υγείας, προερχόμενες από πιο σύγχρονα προγράμματα σπουδών που έχουν αρχίσει να ενσωματώνουν δειλά το κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας, εμφανίζονται πιο ανοιχτές, καταρρίπτοντας τον μύθο ότι η απλή συσσώρευση ετών εργασίας οδηγεί αυτόματα στην κλινική εξειδίκευση (Gellert et al., 2025; Moroe et al., 2022; Watson-Grace et al., 2026).

Ένα από τα πλέον καινοτόμα και ισχυρά ευρήματα της παρούσας έρευνας αφορά την επίδραση της άμεσης, βιωματικής επαφής. Οι επαγγελματίες υγείας που έχουν συγγενή ή φίλο με ΔΑΦ, καθώς και όσοι ταυτίζονται οι ίδιοι με χαρακτηριστικά της ευρύτερης Νευροδιαφορετικότητας (π.χ. ΔΕΠΥ, Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες), εμφάνισαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα σκορ τόσο στις γνώσεις όσο και στην κοινωνική αποδοχή και μικρότερη προσωπική απόσταση).

Το εύρημα αυτό μπορεί να ερμηνευθεί άριστα μέσα από το θεωρητικό πρίσμα της «Κουλτούρας του Αυτισμού» (*Culture of Autism*), όπως αναπτύχθηκε ιστορικά από το

πρόγραμμα TEACCH του Πανεπιστημίου της Βόρειας Καρολίνας (*UNC -Chapel Hill*) από τον ιδρυτή καθηγητή ψυχολογίας *Eric Schopler*. Σύμφωνα με αυτό, ο αυτισμός δεν συνιστά απλώς ένα άθροισμα κλινικών ελλειμμάτων, αλλά έναν διαφορετικό τρόπο νευρολογικής οργάνωσης (Mesibov et al., 2004). Επιπρόσθετα, όταν το ιατρικό σύστημα αγνοεί αυτή την κουλτούρα, αναγκάζει τα άτομα με ΔΑΦ και ιδιαίτερα τις γυναίκες να καταφύγουν στο κοινωνικό καμουφλάζ (masking) προκειμένου να ανταποκριθούν στις νευροτυπικές προσδοκίες, με δραματικές συνέπειες για την ψυχική τους υγεία (Harrop et al., 2024; Putnam et al., 2024). Οι επαγγελματίες υγείας που είναι και οι ίδιοι νευροαποκλίνοντες ή με βιωματική επαφή φαίνεται πως διαθέτουν την απαραίτητη σιωπηρή-φαινομενολογική γνώση και έχουν ήδη "αποκωδικοποιήσει" αυτή την κουλτούρα (S.C.K. Shaw et al., 2023). Κατανοώντας τον αυτισμό εκ των έσω, υπερβαίνουν το Προβλήματος της Διπλής Ενσυναίσθησης, γεγονός που εξηγεί τη δραματική μείωση της προσωπικής απόστασης (Milton, 2012). Η παρουσία τους καταρρίπτει το παραδοσιακό δυαδικό ιατρικό σχήμα ("υγιής ιατρός - ασθενής με έλλειμμα") και προσφέρει ένα μοναδικό πλεονέκτημα (neurotype-matching) στην κλινική επικοινωνία (Crompton et al., 2020; Botha et al., 2025).

Ως προς την επαγγελματική ιδιότητα, διαπιστώθηκε ότι οι "θεραπευτές" (λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί) υπερτερούν γνωστικά σε σχέση με τις υπόλοιπες ειδικότητες, εύρημα σύμφωνο με την υπάρχουσα ελληνική βιβλιογραφία, καθώς τα προγράμματα σπουδών τους εστιάζουν πρωτογενώς σε νευροαναπτυξιακές προκλήσεις. (Zarokanellou et al., 2024). Επιπλέον, όσοι επαγγελματίες (μόλις το 16,2% του δείγματος) είχαν λάβει προηγούμενη εξειδικευμένη εκπαίδευση, εμφάνισαν ανώτερα επίπεδα γνώσεων και χαμηλότερο στίγμα, επιβεβαιώνοντας τη μετασχηματιστική δύναμη της στοχευμένης μάθησης (Scott et al., 2026).

Παραδόξως, ως προς τον τόπο κατοικίας, οι επαγγελματίες των αγροτικών/επαρχιακών περιοχών σημείωσαν ελαφρώς υψηλότερα επίπεδα γνώσεων ($p=0.044$) σε σχέση με τα αστικά κέντρα. Η βιβλιογραφία τονίζει τον κίνδυνο «κλινικής ερημοποίησης» όπως αναφέρουν οι Kouznetsov et al. (2023). Το εύρημα αυτό μπορεί να ερμηνευθεί διαφορετικά από τη φύση των μικρότερων κοινοτήτων: στην επαρχία και τα νησιά της 2ης ΥΠΕ, οι επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας καλούνται συχνά να αναλάβουν πολλαπλούς ρόλους και να εξυπηρετήσουν τον ίδιο ασθενή μακροχρόνια, ενισχύοντας ενδεχομένως τη σφαιρική τους γνώση μέσω της στενότερης διαπροσωπικής επαφής με την τοπική κοινότητα.

Παρά τη σημαντικότητα των ευρημάτων, η μελέτη υπόκειται σε ορισμένους μεθοδολογικούς περιορισμούς. Αρχικά, η τεχνική της δειγματοληψίας ευκολίας-χιονοστιβάδας και ο αυτοεπιλεγόμενος χαρακτήρας του δείγματος ενδέχεται να ενέχει σφάλμα επιλογής (*selection bias*). Επίσης, το δείγμα χαρακτηρίζεται από υπεραντιπροσώπευση γυναικών (79,4%) και νοσηλευτών (39,6%), γεγονός που, αν και αντανακλά την πραγματική σύνθεση του ΕΣΥ, περιορίζει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων στον ανδρικό ιατρικό πληθυσμό. Τέλος, στον έλεγχο αξιοπιστίας, η υποκλίμακα των «Συννοσηροτήτων» του εργαλείου KCAHW παρουσίασε εξαιρετικά χαμηλό δείκτη εσωτερικής συνέπειας (Cronbach's alpha = 0.35), γεγονός που μας οδήγησε στην αξιολόγηση μόνο της συνολικής βαθμολογίας γνώσεων και υποδεικνύει την ανάγκη περαιτέρω διαπολιτισμικής στάθμισης του συγκεκριμένου πεδίου του ερωτηματολογίου.

Περιορισμοί Έρευνας

Παρά τη θεωρητική και πρακτική συνεισφορά των ευρημάτων της παρούσας μελέτης, είναι απαραίτητο να αναγνωριστούν ορισμένοι μεθοδολογικοί και ερευνητικοί περιορισμοί, οι οποίοι καθορίζουν το πλαίσιο ερμηνείας των αποτελεσμάτων. Ο συγχρονικός σχεδιασμός της έρευνας (*cross-sectional design*) επιτρέπει την αποτύπωση των γνώσεων και των στάσεων σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή, αλλά δεν δύναται να τεκμηριώσει σχέσεις αιτιότητας. Συνεπώς, ενώ παρατηρείται θετική συσχέτιση μεταξύ της αυξημένης γνώσης και της μειωμένης προσωπικής απόστασης, δεν μπορεί να επιβεβαιωθεί με απόλυτη βεβαιότητα η κατεύθυνση αυτής της αιτιότητας.

Επιπρόσθετα, η επιλογή της δειγματοληψίας ευκολίας και χιονοστιβάδας (*convenience & snowball sampling*) μέσω διαδικτυακής διανομής ελλοχεύει τον κίνδυνο του σφάλματος επιλογής (*selection bias*). Είναι πιθανό οι επαγγελματίες υγείας που επέλεξαν εθελοντικά να συμμετάσχουν να είχαν ήδη μεγαλύτερο προσωπικό ή επιστημονικό ενδιαφέρον για τον αυτισμό. Επιπλέον, το δείγμα χαρακτηρίζεται από σημαντική δημογραφική ανισορροπία, με υπεραντιπροσώπευση των γυναικών (79,40%) και του νοσηλευτικού προσωπικού (39,60%), γεγονός που δυσχεραίνει την ασφαλή γενίκευση των αποτελεσμάτων στο σύνολο του υγειονομικού πληθυσμού και ειδικότερα στον ανδρικό ιατρικό πληθυσμό.

Προτάσεις και Μελλοντικές Κατευθύνσεις

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης καθιστούν σαφή την ανάγκη μετάβασης από το βιοϊατρικό μοντέλο στο νευροκαταφατικό παράδειγμα φροντίδας (Doherty et al., 2023; Sush et al., 2025). Προτείνεται η καθολική υιοθέτηση κατευθυντήριων γραμμών, όπως το πλαίσιο *"Autistic SPACE"*, για την προσαρμογή του αισθητηριακού περιβάλλοντος των νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας (Doherty et al., 2023). Παράλληλα, είναι επιτακτική η ενσωμάτωση της Τραυματοκεντρικής Φροντίδας στη βασική ιατρονοσηλευτική εκπαίδευση, με στόχο την πρόληψη του ιατρογενούς τραύματος (Lubieniecki et al., 2025). Προς αυτή την κατεύθυνση, καινοτόμες πρακτικές, όπως η χρήση Εικονικής Πραγματικότητας (*Virtual Reality*) για τη βιωματική προσομοίωση της αισθητηριακής υπερφόρτωσης, θα μπορούσαν να ενισχύσουν ριζικά την κλινική ενσυναίσθηση των επαγγελματιών (Pinto-Coelho et al., 2023).

Η συντριπτική απουσία εξειδικευμένης εκπαίδευσης (καθώς το 83,8% του δείγματος δεν έχει λάβει καμία επιμόρφωση) καθιστά επιτακτική την αναδιαμόρφωση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων στην 2η ΥΠΕ. Για να είναι ουσιαστική αυτή η εκπαίδευση, πρέπει να απομακρυνθεί από το αυστηρά ιατροκεντρικό πλαίσιο και να υιοθετήσει το Οικογενειοκεντρικό Μοντέλο (*Family-Centered Model*), το οποίο αποτελεί διεθνές πρότυπο κλινικής αριστείας. Αυτό συνεπάγεται ότι ο σχεδιασμός των παρεμβάσεων θα πρέπει να γίνει συμπεριλαμβάνοντας τα ίδια τα νευροαποκλίνοντα άτομα και τους φροντιστές τους ως 'Εμπειρογνώμονες εξ Εμπειρίας' (*Experts by Experience*). Αναγνωρίζοντας τον γονέα ως ισότιμο συν-θεραπευτή και ειδικό για τις ανάγκες του παιδιού του, το σύστημα υγείας μπορεί να γεφυρώσει άμεσα τα επικοινωνιακά κενά στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και στις κλινικές, εγκαθιδρύοντας μια πραγματικά συμπεριληπτική κουλτούρα.

Για την αντιμετώπιση των γεωγραφικών ανισοτήτων στη 2η ΥΠΕ, κρίνεται αναγκαία η ανάπτυξη ενός μοντέλου «Κέντρου και Ακτινών» (*Hub and Spoke*), το οποίο θα συνδέει τις κεντρικές εξειδικευμένες δομές με τα νησιωτικά κέντρα υγείας (Purcal et al., 2025). Σε συστημικό επίπεδο, προτείνεται η εισαγωγή ενός Ψηφιακού Διαβατηρίου Νευροδιαφορετικότητας (*Health Passport*) εντός του ατομικού ηλεκτρονικού φακέλου υγείας. Το εργαλείο αυτό θα λειτουργεί ως ψηφιακή επισήμανση (*digital flag*) που θα προειδοποιεί το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για τις εξατομικευμένες αισθητηριακές και επικοινωνιακές ανάγκες του εκάστοτε ασθενούς πριν την κλινική επαφή (NHS England, 2024). Η πρακτική

αυτή ευθυγραμμίζεται με τα πλέον σύγχρονα πρότυπα του βρετανικού συστήματος υγείας, το οποίο έχει θεσμοθετήσει την Ψηφιακή Επισήμανση Εύλογων Προσαρμογών (*Reasonable Adjustment Digital Flag*), για τη συμπλήρωση των Διαβατηρίων Υγείας, ενώ παράλληλα συνάδει με διεθνώς αναγνωρισμένα κλινικά πλαίσια, όπως το “*Autistic SPACE*”, για την άρση των εμποδίων και την κάλυψη των αισθητηριακών και επικοινωνιακών αναγκών στην υγειονομική περίθαλψη (Doherty et al., 2023; NHS England, 2024).

Τέλος, μελλοντικές έρευνες θα ήταν σκόπιμο να υιοθετήσουν μικτό σχεδιασμό (ποσοτικό και ποιοτικό), ενσωματώνοντας συνεντεύξεις από τους ίδιους τους ασθενείς με ΔΑΦ. Μια τέτοια συμμετοχική προσέγγιση (*participatory research*) θα δώσει ουσιαστική «φωνή» στους άμεσα ενδιαφερόμενους, καταργώντας το παραδοσιακό χάσμα μεταξύ ερευνητών και αυτιστικής κοινότητας (Curtiss et al., 2025). Παράλληλα, η ενεργή ένταξή τους στον ρόλο των «Πλοηγών Ασθενών» (*Patient Navigators*) και των συν-σχεδιαστών των υπηρεσιών υγείας αναδεικνύεται πλέον ως η βέλτιστη πρακτική για τη μείωση των εμποδίων στην περίθαλψη, εκπληρώνοντας το θεμελιώδες αίτημα της κοινότητας για ισάξια, συμπεριληπτική και ποιοτική ιατρική φροντίδα (Li et al., 2025).

Συμπεράσματα

Η παρούσα ερευνητική μελέτη ανέδειξε κρίσιμα ζητήματα αναφορικά με την κλινική ετοιμότητα και τις κοινωνικές στάσεις των επαγγελματιών υγείας της 2ης Υγειονομικής Περιφέρειας απέναντι σε άτομα με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος. Μέσα από τη συνδυαστική ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων, επιβεβαιώθηκε στατιστικά ότι το υψηλότερο γνωστικό επίπεδο λειτουργεί ως ισχυρός προβλεπτικός παράγοντας για τη μείωση της προσωπικής απόστασης. Η θεωρητική και πρακτική επάρκεια προστατεύει τους επαγγελματίες από την υιοθέτηση αντιλήψεων που ενισχύουν το στίγμα, αμβλύνοντας το φαινόμενο της Επιστημικής Αδικίας μέσα στο εξεταστήριο.

Επιπρόσθετα αποδεικνύεται ότι τα έτη κλινικής εμπειρίας δεν μεταφράζεται αυτόματα σε βελτίωση των γνώσεων των επαγγελματιών υγείας που θα προσφέρουν ποιοτικότερη φροντίδα,. Ενώ οι νεότεροι κλινικοί (0-5 έτη) επέδειξαν μικρότερη προσωπική απόσταση, αναδεικνύοντας τον κίνδυνο της «γνωστικής αδράνειας» στο παλαιότερο προσωπικό.

Επαγγελματίες που ταυτίζονται με χαρακτηριστικά νευροδιαφορετικότητας ή έχουν στο στενό τους περιβάλλον άτομα με ΔΑΦ, σημείωσαν τις υψηλότερες βαθμολογίες γνώσεων και κοινωνικής αποδοχής. Η φαινομενολογική αυτή γνώση (lived experience) αποτελεί το ισχυρότερο εργαλείο για την υπέρβαση του Προβλήματος της Διπλής Ενσυναίσθησης.

Τέλος, επιτακτική είναι η ανάγκη αναδιαμόρφωσης της εκπαίδευσης. Το γεγονός ότι μόλις το 16,2% του δείγματος είχε λάβει στοχευμένη εκπαίδευση, σε συνδυασμό με την ανωτερότητα των θεραπειών έναντι των ιατρών και των νοσηλευτών στα σκορ γνώσεων, υπογραμμίζει τα τεράστια συστημικά κενά των βασικών ιατρονοσηλευτικών προγραμμάτων σπουδών.

Συνοψίζοντας, η κλινική διαχείριση της ΔΑΦ οφείλει να απεγκλωβιστεί άμεσα από το παρωχημένο, παθολογοκεντρικό ιατρικό μοντέλο. Η μετάβαση σε νευροκαταφατικές προσεγγίσεις, η ενσωμάτωση της Τραυματοκεντρικής Φροντίδας στην καθημερινή πρακτική και η συστηματική συμπερίληψη των ίδιων των νευροαποκλινόντων ατόμων ως Εμπειρογνομόνων εξ Εμπειρίας στον σχεδιασμό των υπηρεσιών, δεν αποτελούν απλώς καινοτομίες, αλλά ηθική και επιστημονική υποχρέωση. Η εξάλειψη του ιατρογενούς τραύματος και η παροχή μιας πραγματικά ισότιμης και συμπεριληπτικής ιατρικής περίθαλψης μπορεί να καταστεί δυνατή μέσα από αυτές τις δομικές αυτές μεταρρυθμίσεις.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

- Al-Beltagi, M. (2024). Nutritional management and autism spectrum disorder: A systematic review. *World Journal of Clinical Pediatrics*, 13(4), 99649.
<https://doi.org/10.5409/wjcp.v13.i4.99649>
- Al-Beltagi, M., Saeed, N. K., Bediwy, A. S., Alhawamdeh, R., & Elbeltagi, R. (2025). Management of critical care emergencies in children with autism spectrum disorder. *World Journal of Critical Care Medicine*, 14(2), 99975.
<https://doi.org/10.5492/wjccm.v14.i2.99975>
- Albloushi, M., Alghamdi, R. S., & Alqahtani, M. (2026). Understanding Autism through the Eyes of Nurses: a Cross-Sectional Study. *Brain and Behavior*, 16(1), e71217.
<https://doi.org/10.1002/brb3.71217>
- Ali, D., Bougoure, M., Cooper, B., Quinton, A. M., Tan, D., Brett, J., Mandy, W., Maybery, M., Magiati, I., & Happé, F. (2025). Burnout as experienced by autistic people: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 122, 102669.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2025.102669>
- Al-Kfairy, M., Mustafa, D., Kshetri, N., Insiew, M., & Alfandi, O. (2024). Ethical Challenges and Solutions of Generative AI: an interdisciplinary perspective. *Informatics*, 11(3), 58. <https://doi.org/10.3390/informatics11030058>
- Aragon-Guevara, D., Castle, G., Sheridan, E., & Vivanti, G. (2023). The reach and accuracy of information on autism on TikTok. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 55(6), 1953–1958. <https://doi.org/10.1007/s10803-023-06084-6>
- Association, A. P. (2022). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. In *American Psychiatric Association Publishing eBooks*.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

Ayers, J. W., Poliak, A., Dredze, M., Leas, E. C., Zhu, Z., Kelley, J. B., Faix, D. J., Goodman, A. M., Longhurst, C. A., Hogarth, M., & Smith, D. M. (2023). Comparing physician and artificial intelligence Chatbot responses to patient questions posted to a public social media forum. *JAMA Internal Medicine*, 183(6), 589.

<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.1838>

Babalola, T. T., Dipper, L., & Botting, N. (2025). Barriers and facilitators of healthcare access for autistic children in the UK: a survey of parents and healthcare professionals. *International Journal of Developmental Disabilities*, 1–11.

<https://doi.org/10.1080/20473869.2025.2554819>

Bäcman, C., Agorander, S., Lanér, I., & Almqvist, K. (2026). Exposure to potentially traumatic events and associated mental health problems in children referred for assessment for ADHD and/or autism. *Nordic Psychology*, 1–16.

<https://doi.org/10.1080/19012276.2025.2609996>

Bakare, M. O., Ebigbo, P. O., Agomoh, A. O., & Menkiti, N. C. (2008). Knowledge about childhood autism among health workers (KCAHW) questionnaire: description, reliability and internal consistency. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 4(1), 17. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-4-17>

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.84.2.191>

Barpagiannis, P., & Baldimtsi, E. (2025). Interoception and emotional regulation in autistic children through an occupational therapy perspective: A literature review. *Brazilian Journal of Science*, 4(2), 1–14. <https://doi.org/10.14295/bjs.v4i2.699>

Bashir, A., Rana, K. S., Murphy, J., & Drozd, M. (2026). Tier 1 evaluating the implementation of the Oliver McGowan Mandatory Training in learning disabilities

and autism across interdisciplinarity health-related courses at Aston University.

Frontiers in Medicine, 13, 1672094. <https://doi.org/10.3389/fmed.2026.1672094>

Baumbusch, J. (2023). Cliff or bridge: breaking up with the paediatric healthcare system.

Paediatrics & Child Health, 29(2), 84–86. <https://doi.org/10.1093/pch/pxad061>

Beck, K. B., MacKenziem, K. T., Kirby, A. V., McDonald, K., Moura, I., Breitenfeldt, K.,

Rutenberg, E., Kumar, T., Mancino, J., Sabatello, M., Roth, S., & Nicolaidis, C.

(2025). Guidelines for the Creation of Accessible Consent Materials and Procedures:

Lessons from Research with Autistic People and People with Intellectual Disability.

Autism in Adulthood. <https://doi.org/10.1089/aut.2024.0263>

Bernard, S., Teasdale, N., Harris, C., & Girdler, S. (2025). “After this presentation, I feel

more confident caring for autistic patients”: The impact of neurodivergent doctors

educating hospital staff about neurodiversity. *Neurodiversity*, 3.

<https://doi.org/10.1177/27546330251317807>

Betancort-Avero, S., Ferrera-Fernández, M., La Torre, H. G., Auyanet-Franchy, J., &

Rodríguez-Suárez, C. (2025). Adapting Pediatric Emergency Services for Children

with Autism Spectrum Disorder: A Phenomenological Approach. *Children*, 12(9),

1275. <https://doi.org/10.3390/children12091275>

Bey, A. L., Soderling, S., & Dawson, G. (2025). Genetic and environmental influences in

autism: guiding the future of tailored early detection and intervention. *Journal of*

Clinical Investigation, 135(22). <https://doi.org/10.1172/jci201157>

Bitektine, E., Hintermayer, M., Chen, A., Ko, A., & Rodriguez, C. (2024). Medical students’

perceptions on preparedness and care delivery for patients with autism or intellectual

disability. *Canadian Medical Education Journal*, 15(1), 37–47.

<https://doi.org/10.36834/cmej.76338>

- Bölte, S. (2022). A more holistic approach to autism using the International Classification of Functioning: The why, what, and how of functioning. *Autism*, 27(1), 3–6.
<https://doi.org/10.1177/13623613221136444>
- Bölte, S., Alehagen, L., Black, M. H., Hasslinger, J., Wessman, E., Remnélius, K. L., Marschik, P. B., D’Arcy, E., Crowson, S., Freeth, M., Seidel, A., Girdler, S., & Zander, E. (2024). The Gestalt of functioning in autism revisited: First revision of the International Classification of Functioning, Disability and Health Core Sets. *Autism*, 28(9), 2394–2411. <https://doi.org/10.1177/13623613241228896>
- Botha, M., Gillespie-Lynch, K., Onaiwu, M. G., Jones, D. R., Kim, S. Y., & Obeid, R. (2025). Neurodiversity-Affirming intersectional approaches that target public policy: moving the focus from changing individuals to changing systems of power. *Journal of Social Issues*, 81(4). <https://doi.org/10.1111/josi.70042>
- Brickhill, R., Atherton, G., Piovesan, A., & Cross, L. (2023). Autism, thy name is man: Exploring implicit and explicit gender bias in autism perceptions. *PLoS ONE*, 18(8), e0284013. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0284013>
- Brosnan, M., & Camilleri, L. J. (2025). Neuro-affirmative support for autism, the Double Empathy Problem and monotropism. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1538875. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1538875>
- Brown, E., Kuzmiak, F., Singh, A., Monga, V., Bell, T., Nolan, J., Schlenker, M., Moore, J., & Kashyap, R. (2024). A cross-sectional analysis of TikTok autism spectrum disorder content quality. *Emerging Trends in Drugs Addictions and Health*, 4, 100150. <https://doi.org/10.1016/j.etdah.2024.100150>
- Cancino-Barros, I., Villacura-Herrera, C., & Castillo, R. D. (2025). A meta-analytic review of quantification methods for camouflaging behaviors in autistic and neurotypical

- individuals. *Scientific Reports*, 15(1), 22885. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-06137-z>
- Cardenas, V. (2025). Biological and Clinical subtypes in Autism Spectrum Disorder: A review of recent advances in phenotypic and genetic classification. *Frontiers.*, 5(4), 159–165. <https://doi.org/10.11648/j.frontiers.20250504.11>
- Clark, S. (2025). The Complexities of Navigating the Healthcare System as an Autistic Individual with Ehlers-Danlos Syndrome: A Patient Perspective. *Journal of Patient Experience*, 12, 23743735251333601. <https://doi.org/10.1177/23743735251333601>
- Corden, K., Brewer, R., & Cage, E. (2021). A Systematic Review of Healthcare Professionals' Knowledge, Self-Efficacy and Attitudes Towards Working with Autistic People. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9(3), 386–399. <https://doi.org/10.1007/s40489-021-00263-w>
- Crompton, C. J., Ropar, D., Evans-Williams, C. V., Flynn, E. G., & Fletcher-Watson, S. (2020). Autistic peer-to-peer information transfer is highly effective. *Autism*, 24(7), 1704–1712. <https://doi.org/10.1177/1362361320919286>
- Curtiss, S. L., Tillman, S., Subih, M., & Myers, K. (2025). A mixed-methods study of autistic and non-autistic community member participation in autism research. *Autism*, 29(9), 2268–2281. <https://doi.org/10.1177/13623613251348543>
- Cusson, N. M., Meilleur, A. J., Bernhardt, B. C., Soulières, I., & Mottron, L. (2025). A systematic review and meta-analysis of empathy in autism: The influence of measures. *Clinical Psychology Review*, 120, 102623. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2025.102623>
- Da Silva, T. H. R. (2025). Integrating compassion and empathy into nursing education: enhancing patient-centred care. *Journal of Learning Development in Higher Education*, 36. <https://doi.org/10.47408/jldhe.vi36.1347>

- David, N., Rahlff, P., König, H., Dückert, S., Gewohn, P., Erik, F., Vogeley, K., Schöttle, D., Konnopka, A., Schulz, H., & Peth, J. (2024). Barriers to healthcare predict reduced health-related quality of life in autistic adults without intellectual disability. *Autism*, 29(2), 476–489. <https://doi.org/10.1177/13623613241275406>
- Davis, A. M., Burks-Abbott, G., Merecias, O., & Swenor, B. K. (2024). Autism interventions designed or adapted for the Black/African American population: A systematic review. *Autism*, 29(1), 26–40. <https://doi.org/10.1177/13623613241259910>
- Department of Social Services, Australian Government [DSS]. (2025). *National Autism Strategy 2025–2031*. Australian Government. <https://www.health.gov.au/our-work/national-autism-strategy>
- Doherty, M., McCowan, S., & Shaw, S. C. (2023). Autistic SPACE: a novel framework for meeting the needs of autistic people in healthcare settings. *British Journal of Hospital Medicine*, 84(4), 1–9. <https://doi.org/10.12968/hmed.2023.0006>
- Doherty, M., Neilson, S., O’Sullivan, J., Carravallah, L., Johnson, M., Cullen, W., & Shaw, S. C. K. (2022). Barriers to healthcare and self-reported adverse outcomes for autistic adults: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 12(2), e056904. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056904>
- Downs, J. (2024). Whose trauma is it anyway? Creating more equitable mental healthcare in a system that harms. *BJPsych Bulletin*, 49(4), 265–268. <https://doi.org/10.1192/bjb.2024.103>
- Dückert, S., Gewohn, P., König, H., Schöttle, D., Konnopka, A., Rahlff, P., Erik, F., Vogeley, K., Schulz, H., David, N., & Peth, J. (2023). Barriers and needs in mental healthcare of adults with autism spectrum disorder in Germany: a qualitative study in autistic

adults, relatives, and healthcare providers. *BMC Psychiatry*, 23(1), 528.

<https://doi.org/10.1186/s12888-023-05026-x>

Dwyer, P. (2022). The Neurodiversity Approach(es): What Are They and What Do They Mean for Researchers? *Human Development*, 66(2), 73–92.

<https://doi.org/10.1159/000523723>

Emine, H. H., & Stathopoulou, A. (2025). Health promotion programs for the development of daily living skills in individuals with neurodevelopmental disorders. *World Journal of Biology Pharmacy and Health Sciences*, 21(1), 491–502.

<https://doi.org/10.30574/wjbphs.2025.21.1.0055>

Fatima, M., & Babu, N. (2023). Cognitive and Affective Empathy in Autism Spectrum Disorders: A Meta-analysis. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 11(4), 756–775. <https://doi.org/10.1007/s40489-023-00364-8>

Faytong-Haro, M. (2025). Medical gaslighting: navigating patient-clinician mistrust in healthcare. *Frontiers in Health Services*, 5, 1633672.

<https://doi.org/10.3389/frhs.2025.1633672>

Ferrara, R., Campagna, G., Ricci, P., Damato, F., Ricci, L., Iovino, L., Marti, F., Latina, R., & Simeoli, R. (2024). Developmental Psychology and Healthcare Professions: Autism knowledge among nurses: an observational study. *Clinics and Practice*, 14(6), 2693–2704. <https://doi.org/10.3390/clinpract14060212>

Flood, L. N., Bulgrin, A., & Morgan, B. L. (2012). Piecing together the puzzle: development of the Societal Attitudes towards Autism (SATA) scale. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 13(2), 121–128. <https://doi.org/10.1111/j.1471-3802.2011.01224.x>

- Folpp, N., Bailie, J., Laycock, A., Dykgraaf, S. H., Eveleigh, M., Caltabiano, P., Shea, B., Lennox, N., Ekanayake, K., & Bailie, R. (2026). Factors influencing transition from paediatric to adult health care for young people with intellectual disability: A systematic scoping review. *SSM - Health Systems*, 6, 100193.
<https://doi.org/10.1016/j.ssmhs.2026.100193>
- Fyfe, C., Winell, H., Dougherty, J., Gutmann, D. H., Kolevzon, A., Marrus, N., Tedroff, K., Turner, T. N., Weiss, L. A., Yip, B. H. K., Yin, W., & Sandin, S. (2026). Time trends in the male to female ratio for autism incidence: population based, prospectively collected, birth cohort study. *BMJ*, 392, e084164. <https://doi.org/10.1136/bmj-2025-084164>
- Garrison, S. R., Schweinert, S. A., Boyer, M. W., Singh, M., Vadapalli, S., Engelmann, J. M., Schwartz, R. A., & Hartig, M. M. (2025). Polypharmacy and pharmacogenomics in high-acuity behavioral health care for autism spectrum disorder: a retrospective study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 19(1), 60.
<https://doi.org/10.1186/s13034-025-00915-3>
- Gellert, B. M., Racziewicz, D., Religioni, U., Pinkas, J., & Ostrowski, J. (2025). Evaluating physician knowledge of autism spectrum disorder: addressing diagnostic challenges, comorbidities, and the need for targeted education. *Archives of Medical Science*, 22(1), 241–249. <https://doi.org/10.5114/aoms/205165>
- Gentili, A., Villani, L., Osti, T., Corona, V. F., Gris, A. V., Zaino, A., Bonacquisti, M., De Maio, L., Solimene, V., Gualano, M. R., Favaretti, C., Ricciardi, W., & Cascini, F. (2024). Strategies and bottlenecks to tackle infodemic in public health: a scoping review. *Frontiers in public health*, 12, 1438981.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1438981>

- Gilmore, D., Radford, D., Haas, M. K., Shields, M., Bishop, L., & Hand, B. (2023). Building community and identity online: A content analysis of highly viewed #Autism TikTok videos. *Autism in Adulthood*, 6(1), 95–105. <https://doi.org/10.1089/aut.2023.0019>
- Gouws, E. (2025). Transitioning from autism self-advocacy to advocating for the neurodiverse community. *African Journal of Disability*, 14(0), 1560. <https://doi.org/10.4102/ajod.v14i0.1560>
- Greenwood, E., Miller, C., Barbaro, J., Date, P., Dyson, A., & Cooklin, A. (2026). Making visible the lived experience of Autistic children and their parents attending emergency departments in Australia: A Qualitative study. *International Emergency Nursing*, 86, 101811. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2026.101811>
- Gregoriou, P., Charalambous, A., Rousou, E., Papastavrou, E., & Merkouris, A. (2025). Attitudes of Physicians and Nurses Toward Interprofessional Collaboration: a Systematic Literature Review. *Materia Socio Medica*, 37(1), 64. <https://doi.org/10.5455/msm.2025.37.64-73>
- Gupta, N., & Gupta, M. (2023). Diagnostic Overshadowing in High-Functioning Autism: Mirtazapine, buspirone, and Modified Cognitive Behavioral Therapy (CBT) as treatment options. *Cureus*, 15(5), e39446. <https://doi.org/10.7759/cureus.39446>
- Halki, E., Kapiri, M., Plakas, S., Tsiou, C., Govina, O., Galanis, P., & Alikari, V. (2024). Fatigue among Greek Parents of Children with Autistic Spectrum Disorder: The Roles of Spirituality and Social Support. *Healthcare*, 12(4), 455. <https://doi.org/10.3390/healthcare12040455>
- Harris, H. K., Weissman, L., Friedlaender, E. Y., Neumeyer, A. M., Friedman, A. J., Spence, S. J., Rotman, C., Krauss, S., Broder-Fingert, S., & Weitzman, C. (2023). Optimizing

- care for autistic patients in health care settings: A scoping review and call to action. *Academic Pediatrics*, 24(3), 394–407. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2023.11.006>
- Harrop, C., Tomaszewski, B., Putnam, O., Klein, C., Lamarche, E., & Klinger, L. (2024). Are the diagnostic rates of autistic females increasing? An examination of state-wide trends. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 65(7), 973–983. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13939>
- Hart, J. T. (1971). THE INVERSE CARE LAW. *The Lancet*, 297(7696), 405–412. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(71\)92410-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(71)92410-x)
- Holmes, S. C. (2023). Exploring a later in life diagnosis and its impact on marital satisfaction in the lost generation of autistic Adults: an exploratory phenomenological Qualitative study. *Global Journal of Intellectual & Developmental Disabilities*, 12(1). <https://doi.org/10.19080/gjidd.2023.12.555829>
- Kadam, S. J., & Goel, M. (2025). Bridging the gap: autism spectrum disorder in children in the United States and worldwide: a narrative review. *Clinical and Experimental Pediatrics*, 68(11), 852–857. <https://doi.org/10.3345/cep.2025.00969>
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217–250.
- Karni-Visel, Y., Dekel, R., Sadeh, Y., Sherman, L., & Katz, U. (2024). “You have to find a way for this child to be at the center”: Pediatric cardiologists’ views on triadic communication in consultations on congenital heart Defects. *Health Communication*, 40(1), 15–26. <https://doi.org/10.1080/10410236.2024.2329422>
- Keehn, R. M., Paxton, A., Delaney, M., & Ciccarelli, M. (2024). Training and Sustaining: Training and learning collaborative outcomes across a statewide network for early autism diagnosis. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 45(6), e513–e521. <https://doi.org/10.1097/dbp.0000000000001313>

- Khaikin, S., Pfeiffer, B., Davidson, A. P., Shipper, A. G., Roth, S., Nicholson, J., McCormick, B., Fiks, A. G., Mandell, D. S., & Zisman-Ilani, Y. (2026). Shared Decision Making Interventions for Parents of children on the autism Spectrum: A Systematic and scoping review. *Community Mental Health Journal*. <https://doi.org/10.1007/s10597-026-01593-x>
- Khougar, A., Ahmadi, P. B., Ranjbar, H., Ahadi, M., & Ahadi, P. (2023). Exploring the Varied Manifestations of Structural Violence in the Lives of Children with Autism Spectrum Disorder (ASD) and Their Parents: A Qualitative Longitudinal Study in Kurdistan, Iran. *Research Square*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3196100/v1>
- Kopańska, M., Łucka, I., Siegel, M., Trojaniak, J., & Pąchalska, M. (2025). From ARFID to Binge Eating: A Review of the Sensory, Behavioral, and Gut–Brain Axis Mechanisms Driving Co-Occurring Eating Disorders in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder. *Nutrients*, 17(23), 3714. <https://doi.org/10.3390/nu17233714>
- Kotsis, K., Marchionatti, L. E., Simioni, A., Schafer, J. L., Evans-Lacko, S., Saxena, S., Kline, S., Kousoulis, A., Koumoula, A., & Salum, G. A. (2024). The state of mental health in Greece: An international comparative analysis using data from the Global Mental Health Countdown 2030. *International Journal of Social Psychiatry*, 71(4), 757–769. <https://doi.org/10.1177/00207640241303029>
- Kotsopoulou, A., Papadaki, E., Florou, I., Troupou, A., Kolosioni, D., Georgiou, A., Gyftogianni, M., Gyftogianni, A., Iliopoulou, A., Paleodimou, E., Sakellari, M., & Koumanioti, E. (2021). Parents of Children with Autistic Spectrum Disorder (ASD) as Co-therapists: The Therapists' View. *Journal of Psychology Research*, 11(2). <https://doi.org/10.17265/2159-5542/2021.02.002>

- Kouznetsov, R., Angelopoulos, P., Moulinos, S., Dimakos, I., Gourzis, P., & Jelastopulu, E. (2023). Epidemiological Study of Autism Spectrum Disorders in Greece for 2021: Nationwide prevalence in 2–17-Year-Old children and regional disparities. *Journal of Clinical Medicine*, 12(7), 2510. <https://doi.org/10.3390/jcm12072510>
- Kouznetsov, R., Gounaridis, I., & Jelastopulu, E. (2025). Autism in Greece: National prevalence and public health implications for children (2019–2022). *European Journal of Public Health*, 35(Supplement_4). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaf161.1833>
- Kumar, M., Njuguna, S., Amin, N., Kanana, S., Tele, A., Karanja, M., Omar, N., Yator, O., Wambugu, C., Bukusi, D., & Weaver, M. R. (2023). Burden and risk factors of mental and substance use disorders among adolescents and young adults in Kenya: results from the Global Burden of Disease Study 2019. *EClinicalMedicine*, 67, 102328. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102328>
- Lai, M., & Baron-Cohen, S. (2015). Identifying the lost generation of adults with autism spectrum conditions. *The Lancet Psychiatry*, 2(11), 1013–1027. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(15\)00277-1](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(15)00277-1)
- Larrotta, S. P., Rincón, E. H. H., Correa, D. N., Peñuela, C. L. J., & Tapia, A. E. R. (2025). Effects of the Hidden Curriculum in Medical Education: Scoping review. *JMIR Medical Education*, 11, e68481. <https://doi.org/10.2196/68481>
- Levi, M. K., Granovsky, Y., Weissman-Fogel, I., Shalita, T. B., Hoffman, T., & Gal, E. (2025). Development and validation of the Pain Awareness Scale (PAS) for autistic adults: A mixed-methods study. *Journal of Pain*, 34, 105491. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2025.105491>
- Li, F., Li, Q., Shen, Q., Zhang, X., Leng, H., Liu, Y., & Zheng, X. (2025). Family Navigation

- Programs for Children with Autism Spectrum Disorder: A scoping review. *PEDIATRICS*, 155(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2024-067947>
- Litman, A., Sauerwald, N., Snyder, L. G., Foss-Feig, J., Park, C. Y., Hao, Y., Dinstein, I., Theesfeld, C. L., & Troyanskaya, O. G. (2025). Decomposition of phenotypic heterogeneity in autism reveals underlying genetic programs. *Nature Genetics*, 57(7), 1611–1619. <https://doi.org/10.1038/s41588-025-02224-z>
- Loomes, R., Hull, L., & Mandy, W. P. L. (2017). What is the Male-to-Female Ratio in Autism Spectrum Disorder? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(6), 466–474. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.013>
- Lord, C., Charman, T., Havdahl, A., Carbone, P., Anagnostou, E., Boyd, B., Carr, T., De Vries, P. J., Dissanayake, C., Divan, G., Freitag, C. M., Gotelli, M. M., Kasari, C., Knapp, M., Mundy, P., Plank, A., Scahill, L., Servili, C., Shattuck, P., . . . McCauley, J. B. (2021). The Lancet Commission on the future of care and clinical research in autism. *The Lancet*, 399(10321), 271–334. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)01541-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)01541-5)
- Lubieniecki, G., McGrath, I., & Sharp, G. (2025). Barriers and facilitators to treatment in severe and enduring eating disorders: a mixed-methods study of access, engagement, and lived experience. *Journal of Eating Disorders*, 13(1), 202. <https://doi.org/10.1186/s40337-025-01393-w>
- Mahé, O., Morel-Kohlmeier, S., Briend, F., & Houy-Durand, E. (2025). Predictors of psychotropic medication use among autistic adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s10803-025-06966-x>

- Marques, N. S. H., Quint, F. C., Da Silveira, J. M., De Vasconcelos, F. a. O., De Souza, M. F., Taconeli, C. A., Da Silva, J. L. P., & Shimakura, S. (2025). Systematic review and meta-analysis of late diagnosis of Autism Spectrum Disorder (ASD) in women. *Brazilian Journal of Biometrics*, 43(4). <https://doi.org/10.28951/bjb.v43i4.845>
- Mesibov, G. B., Shea, V., Schopler, E., Adams, L., Merkler, E., Burgess, S., Mosconi, M., Chapman, S. M., Tanner, C., & Van Bourgondien, M. E. (2004). The Culture of Autism. In *The Teacch Approach to Autism Spectrum Disorders* (1st ed., pp.19-32). Springer Science & Business Media, LLC. https://doi.org/10.1007/978-0-306-48647-0_3
- Milton, D. E. (2012). On the ontological status of autism: the ‘double empathy problem.’ *Disability & Society*, 27(6), 883–887. <https://doi.org/10.1080/09687599.2012.710008>
- Moroe, N., Masuku, K., & Shirame, L. (2022). Rehabilitation healthcare professionals’ competence and confidence in differentially diagnosing deafblindness from autism spectrum disorders: a cross-sectional survey in South Africa. *BMC Medical Education*, 22(1), 194. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03258-1>
- Nadeem, N. J., Moawad, A., Howatson, S., Ahmed, A., & Cassell, D. (2024). Case report: Diagnostic challenges in an adolescent case of autistic catatonia. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1386949. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1386949>
- Narajeenron, K., Chintakovid, T., Phutrakool, P., Ritsamdang, J., Viriyopase, A., Musikatavorn, K., Srikasem, S., Boonbumrong, N., Jaipang, C., Seephom, S., Susantitapong, K., Chaichanawongsaroj, N., Khongwirotphan, S., Suayod, S., Sunpawut, P., Pavavimol, T., Kheawwan, P., Thanomlikhit, C., Rojnawee, S., . . . Interprofessional, E. S. G. R. —. V. (2025). Enhancing team strategies and tools to enhance performance and patient safety performance through medical movies,

- massive open online courses, and 3D virtual Simulation–Based interprofessional education: Mixed Methods Double-Blind Quasi-Experimental Study. *Journal of Medical Internet Research*, 27, e67001. <https://doi.org/10.2196/67001>
- Neurodiverse Connection. (2026). *Language: Neurodiversity-affirming guide (V5)*.
https://ndconnection.co.uk/s/NdC_Resources_Language-Guide_V5.pdf
- Newell, V., Phillips, L., Jones, C., Townsend, E., Richards, C., & Cassidy, S. (2023). A systematic review and meta-analysis of suicidality in autistic and possibly autistic people without co-occurring intellectual disability. *Molecular Autism*, 14(1), 12.
<https://doi.org/10.1186/s13229-023-00544-7>
- NHS England. (2024). *Health and care passports: implementation guidance*.
<https://www.england.nhs.uk/long-read/health-and-care-passports-implementation-guidance/>
- NHS England. (2025). *Trauma-informed and harm-aware inpatient care: Culture of care standards for mental health inpatient care: Annex C (PRN01727_iii)*.
<https://www.england.nhs.uk/long-read/trauma-informed-harm-aware-inpatient-care/>
- Nicolaidis, C., Raymaker, D. M., Ashkenazy, E., McDonald, K. E., Dern, S., Baggs, A. E., Kapp, S. K., Weiner, M., & Boisclair, W. C. (2015). “Respect the way I need to communicate with you”: Healthcare experiences of adults on the autism spectrum. *Autism*, 19(7), 824–831. <https://doi.org/10.1177/1362361315576221>
- Nielsen, K. M., Nordgaard, J., & Henriksen, M. G. (2025). Fundamental issues in epistemic injustice in healthcare. *Medicine Health Care and Philosophy*, 28(2), 291–301.
<https://doi.org/10.1007/s11019-025-10259-6>
- O’Nions, E., Lewer, D., Petersen, I., Brown, J., Buckman, J. E., Charlton, R., Cooper, C., Baou, C. E., Happé, F., Manthorpe, J., McKechnie, D. G., Richards, M., Saunders, R.,

- Zanker, C., Mandy, W., & Stott, J. (2023). Estimating life expectancy and years of life lost for autistic people in the UK: a matched cohort study. *The Lancet Regional Health - Europe*, 36, 100776. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100776>
- Ostrowski, J., Religioni, U., Gellert, B., Sytnik-Czetwertyński, J., & Pinkas, J. (2024). Autism Spectrum Disorders: Etiology, Epidemiology, and Challenges for Public Health. *Medical Science Monitor*, 30, e944161. <https://doi.org/10.12659/msm.944161>
- Papadopoulos, A., Fouska, S., Tafiadis, D., Trimmis, N., Plotas, P., & Siafaka, V. (2023). Psychometric Properties of the Greek Version of the Autism Parenting Stress Index (APSI) among Parents of Children with Autism Spectrum Disorder. *Diagnostics*, 13(20), 3259. <https://doi.org/10.3390/diagnostics13203259>
- Papadopoulos, D., & Maniadaki, K. (2025). Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Parental Mental Health and Child Behavior in Families of Children with Autism Spectrum Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Children*, 13(1), 53. <https://doi.org/10.3390/children13010053>
- Papanikolaou, K., & Pehlivanidis, A. (2025). Autism spectrum disorder in adulthood: Diagnostic and training challenges in Greece. *Psychiatriki*, 36(3), 179–182. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2025.023>
- Papoudi, D., & Antonopoulou, K. (2025). Autism knowledge, perceptions of potential outcomes and attitudes about autism education in Greece. *Education Sciences*, 15(3), 275. <https://doi.org/10.3390/educsci15030275>
- Pellicano, E., & Houting, J. D. (2021). Annual Research Review: Shifting from ‘normal science’ to neurodiversity in autism science. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(4), 381–396. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13534>

Pinto-Coelho, L., Laska-Leśniewicz, A., Pereira, E. T., & Sztobryn-Giercuskiewicz, J.

(2023). Inclusion and adaptation beyond disability: Using virtual reality to foster empathy. *Medycyna Pracy*, 74(3), 171–185. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.01386>

Platsidou, M., & Mavridou, A. (2025). Meaning making in parenting a child with disabilities: Discrepancy of meaning, psychological distress, coping strategies and stress-related growth. *Psychology the Journal of the Hellenic Psychological Society*, 30(1), 91–106. https://doi.org/10.12681/psy_hps.39085

Psouni, E., Andersson, C., Storm, S., & Hamad, H. (2025). From “What’s Wrong with You?” to “What Happened to You?” Trauma-Informed Care Training and Implementation Experiences of School Personnel. *School Mental Health*, 17(3), 861–874. <https://doi.org/10.1007/s12310-025-09769-8>

Purcal, C., Fisher, K. R., Weise, J., O’Shea, P., & Trollor, J. (2025). Hub and Spokes in Intellectual Disability Mental Health Support. *Australian Journal of Social Issues*, 60(4), 1084–1095. <https://doi.org/10.1002/ajs4.70019>

Purcell, C., Dahl, A., Gentle, J., Hill, E., Kirby, A., Mason, A., McQuillan, V., Meek, A., Payne, S., Scott-Roberts, S., Shaw, K., & Wilmut, K. (2024). Harnessing real-life experiences: the development of guidelines to communicate research findings on Developmental Coordination Disorder/dyspraxia. *Research Involvement and Engagement*, 10(1), 84. <https://doi.org/10.1186/s40900-024-00611-0>

Putnam, O. C., McFayden, T. C., & Harrop, C. (2024). Sex Differences and Parent–Teacher discrepancies in reports of autism Traits: evidence for camouflaging in a school setting. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 55(11), 3888–3899. <https://doi.org/10.1007/s10803-024-06498-w>

- Quinton, A. M. G., Ali, D., Danese, A., Happé, F., & Rumball, F. (2024). The Assessment and Treatment of Post-traumatic Stress Disorder in Autistic People: A Systematic review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 13(1), 110–144.
<https://doi.org/10.1007/s40489-024-00430-9>
- Rea, H. M., Øien, R. A., Shic, F., Webb, S. J., & Ratto, A. B. (2022). Sex differences on the ADOS-2. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53(7), 2878–2890.
<https://doi.org/10.1007/s10803-022-05566-3>
- Rebecchi, K. (2025). Beyond “autism spectrum disorder”: toward a redefinition of the conceptual foundations of autism. *AIMS Medical Science*, 12(2), 193–209.
<https://doi.org/10.3934/medsci.2025012>
- Rehabilitative Care Alliance. (2024). *Key principles of a hub and spoke model for specialized rehabilitation*. https://rehabcarealliance.ca/wp-content/uploads/2024/04/RCA_Principles-Criteria_Hub-and-Spoke-Model-for-Specialized-Rehab.pdf
- Romancenco, A., Saratila, I., Ababii, I., Rojnoveanu, G., Dandara, O., & Spinei, L. (2024). Bridging theory and practice: enhancing medical education through simulation-based training methods. *Moldovan Journal of Health Sciences*, 11(2), 68–73.
<https://doi.org/10.52645/mjhs.2024.2.09>
- Sampayan, E. L., Pavuthakursar, K. D., & Bhagavathy, M. G. (2023). Autism Spectrum Disorder (ASD): a nursing imperative. *International Journal of Science and Healthcare Research*, 8(1), 173–177. <https://doi.org/10.52403/ijshr.20230124>
- Santomauro, D. F., Erskine, H. E., Herrera, A. M. M., Miller, P. A., Shadid, J., Hagins, H., Addo, I. Y., Adnani, Q. E. S., Ahinkorah, B. O., Ahmed, A., Alhalaiqa, F. N., Ali, M. U., Al-Marwani, S., Almazan, J. U., Almustanyir, S., Alvi, F. J., Amer, Y. S. a. D.,

- Ameyaw, E. K., Amiri, S., . . . Ferrari, A. J. (2024). The global epidemiology and health burden of the autism spectrum: findings from the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Psychiatry*, 12(2), 111–121. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(24\)00363-8](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(24)00363-8)
- Schröder, S., Van Elburg, A., Spek, A., & Danner, U. (2025). Eating Behaviors of Autistic Women with an Eating Disorder. *Nutrients*, 17(10), 1622. <https://doi.org/10.3390/nu17101622>
- Scott, T., Whitcombe-Dobbs, S., Kennedy, A., Woodford, E., Hunter, J., & McLay, L. (2026). Advancing healthcare provision to autistic clients: A Systematic review of Autism focused Digitally Delivered Professional Education Programs (DDPE) for the health workforce. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s10803-025-07206-y>
- Shaw, K. A., Williams, S., Patrick, M. E., Valencia-Prado, M., Durkin, M. S., Howerton, E. M., Ladd-Acosta, C. M., Pas, E. T., Bakian, A. V., Bartholomew, P., Nieves-Muñoz, N., Sidwell, K., Alford, A., Bilder, D. A., DiRienzo, M., Fitzgerald, R. T., Furnier, S. M., Hudson, A. E., Pokoski, O. M., . . . Maenner, M. J. (2025). Prevalence and early identification of autism spectrum disorder among children aged 4 and 8 years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 16 sites, United States, 2022. *MMWR Surveillance Summaries*, 74(2), 1–22. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss7402a1>
- Shaw, S. C., Carravallah, L., Johnson, M., O’Sullivan, J., Chown, N., Neilson, S., & Doherty, M. (2023). Barriers to healthcare and a ‘triple empathy problem’ may lead to adverse outcomes for autistic adults: A qualitative study. *Autism*, 28(7), 1746–1757. <https://doi.org/10.1177/13623613231205629>

Shaw, S. C. K., Doherty, M., & Anderson, J. L. (2023). The experiences of autistic medical students: A phenomenological study. *Medical Education*, 57(10), 971–979.

<https://doi.org/10.1111/medu.15119>

Sholinghur, H. (2024). Title: Misdiagnosis in young females – Autism versus Borderline Personality Disorders. *European Psychiatry*, 67(S1), S119.

<https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.282>

Skaflle, I., Gabarron, E., & Nordahl-Hansen, A. (2024). Social media shaping autism perception and identity. *Autism*, 28(10), 2489–2502.

<https://doi.org/10.1177/13623613241230454>

Sousamli, A., Dragioti, E., Metallinou, D., Lykeridou, A., Dourou, P., Athanasiadou, C. R., Anagnostopoulos, D., & Sarantaki, A. (2024). Perinatal and Demographic Risk Factors Associated with Autism Spectrum Disorder: A National Survey of Potential Predictors and Severity. *Healthcare*, 12(20), 2057.

<https://doi.org/10.3390/healthcare12202057>

Stricher-Stern, H., Shalev, A., & Lahav, Y. (2025). Broken trust – Institutional betrayal and posttraumatic distress in mothers of children with neuropsychiatric disorders. *Social Science & Medicine*, 381, 118289. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.118289>

Sush, D. J., Lustig, S. L., & Morrison, L. P. (2025). A neurodiverse perspective on autism spectrum disorder and the medical necessity of applied behavior analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*.

<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2025.12.012>

Tafolla, M., Singer, H., & Lord, C. (2025). Autism spectrum disorder across the lifespan. *Annual Review of Clinical Psychology*, 21(1), 193–220.

<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081423-031110>

- Tawankanjanachot, N., Truesdale, M., Orachon, P., & Kidd, L. (2024). Social skills interventions for Thai adolescents with Autism Spectrum Disorder (ASD): a qualitative study of the perceptions and experiences of Thai adolescents, their caregivers and healthcare professionals. *International Journal of Mental Health Systems*, 18(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s13033-023-00617-3>
- Thomson, D., Zimmermann, G. L., & Montesanti, S. (2025). Does the “17-year gap” tell the right story about implementation science? *Frontiers in Health Services*, 5, 1704368. <https://doi.org/10.3389/frhs.2025.1704368>
- Tian, J., Zhang, M., Zhang, L., Wang, Y., Lu, Q., & Ding, Y. (2025). Core competencies and training needs of specialist-nurse clinical educators: a latent profile analysis. *BMC Nursing*, 24(1), 1360. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-04006-8>
- Tolvaišaitė, K., Butkutė-Šliuožienė, K., & Kizienė, A. (2025). Late Autism Spectrum Disorder (ASD) diagnosis: A New Perspective on life. *European Psychiatry*, 68(S1), S808. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2025.1644>
- Tsubaki, K., & Shimizu, E. (2024). Psychological Treatments for Alexithymia: A Systematic review. *Behavioral Sciences*, 14(12), 1173. <https://doi.org/10.3390/bs14121173>
- Uisma, A., Virkki, T., & Ylilahti, M. (2025). Misunderstood, minimised, misrepresented: Autistic young adults’ experiences of epistemic injustices in healthcare interactions around autism. *Sociology of Health & Illness*, 48(1), e70124. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.70124>
- Ullah, H., Huma, S., Tahir, N., Yasin, G., Ashraf, M., Shabana, H., Gabr, B. M., Yunus, M., & Khan, J. (2025). Effects of hidden Curriculum on medical Education and Strategies to reshape hidden Curriculum as a Curriculum Promotor – a Systematic review.

Advances in Medical Education and Practice, Volume 16, 2087–2098.

<https://doi.org/10.2147/amep.s561248>

Watson-Grace, A., Patel, A., Paradkar, P., Oatney, L., Monroe, T. B., Chipps, E., Tate, J. A., & Failla, M. D. (2026). Nursing Perspectives on factors that influence provision of Patient-Centered care for autistic patients in a large urban hospital system: a Qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 82(6), 6297–6310.

<https://doi.org/10.1111/jan.70350>

Wilson, C., Wakefield, R., Prothero, L., Janes, G., Nolan, F., & Fowler-Davis, S. (2024). Developing the allied health professionals workforce within mental health, learning disability and autism inpatient services: rapid review of learning from quality and safety incidents. *BMJ Quality & Safety*, 34(6), 389–403.

<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2024-017746>

Woods, R., Williams, K., & Watts, C. (2023). “Profound autism”: The dire consequences of diagnostic overshadowing. *Autism Research*, 16(9), 1656–1657.

<https://doi.org/10.1002/aur.2985>

Xu, R., & Wang, Z. (2024). Generative artificial intelligence in healthcare from the perspective of digital media: Applications, opportunities and challenges. *Heliyon*, 10(12), e32364. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e32364>

Yoo, H. J. (2024). Understanding Evidence-Based Practice for Autism Spectrum Disorder: Korean Practice Clinical Guidelines. *Journal of Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(1), 1. <https://doi.org/10.5765/jkacap.230076>

Zarokanellou, V., Gryparis, A., Papagiannopoulou, E., & Siafaka, V. (2024). Validity of the Greek Knowledge about Childhood Autism among Health Workers (KCAHW)

questionnaire. *Psychiatry International*, 5(4), 962–974.

<https://doi.org/10.3390/psychiatryint5040066>

Zarokanellou, V., Gryparis, A., Papatheodorou, P., Tatsis, G., Tafiadis, D., Papadopoulos, A.,

Voniati, L., & Siafaka, V. (2023). Societal Attitudes towards Autism (SATA):

validation of the Greek version in the general population. *Journal of Autism and*

Developmental Disorders, 54(4), 1582–1593. [https://doi.org/10.1007/s10803-022-](https://doi.org/10.1007/s10803-022-05842-2)

[05842-2](https://doi.org/10.1007/s10803-022-05842-2)

Zarokanellou, V., Papagiannopoulou, E., Gryparis, A., Siafaka, V., Tafiadis, D., Ntre, V., &

Ziavra, N. (2024). Healthcare Students' Perceptions and Attitudes Towards Peers with

Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 55(7),

2492–2502. <https://doi.org/10.1007/s10803-024-06368-5>

Zeidan, J., Fombonne, E., Scora, J., Ibrahim, A., Durkin, M. S., Saxena, S., Yusuf, A., Shih,

A., & Elsabbagh, M. (2022). Global prevalence of autism: A systematic review

update. *Autism Research*, 15(5), 778–790. <https://doi.org/10.1002/aur.2696>

Zhamaliyeva, L., Ablakimova, N., Batyrova, A., Veklenko, G., Grjibovski, A. M.,

Kudaibergenova, S., & Seksenbayev, N. (2025). Interventions to Reduce Mental

Health Stigma among Health care Professionals in Primary Health Care: A Systematic

Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and*

Public Health, 22(9), 1441. <https://doi.org/10.3390/ijerph22091441>

Zhu, H., Ye, W., Zhou, F., Shi, L., Zhou, Y., & Liu, P. (2025). Global, regional, and National

burden of Autism Spectrum Disorder: Trends and decomposition Analysis from 1990

to 2021, and projections for 2045. *Actas Españolas De Psiquiatría*, 53(6), 1162–1175.

<https://doi.org/10.62641/aep.v53i6.2029>

- Zia, B., Ali, A., Jawed, F., Ajmal, T., Khan, Z., Hussain, R., & Zaidi, H. (2025). MEDICAL STUDENTS' KNOWLEDGE AND SOCIETAL ATTITUDES TOWARDS AUTISM SPECTRUM DISORDER: a CROSS-SECTIONAL STUDY. *Baqai Journal of Health Sciences*, 26(1), 03–13. <https://doi.org/10.63735/baqa.v26i1.03-13>
- Zoromba, M. A., Alenezi, A., El-Monshed, A. H., Loutfy, A., Ali, A. M., Alkubati, S. A., & El-Gazar, H. E. (2025). Effect of Cognitive-Behavioural strategies on Self-Efficacy, sense of coherence and psychological ownership among nurses Caring for children with autism spectrum Disorder: a randomised control trial. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 33(1), 97–108. <https://doi.org/10.1111/jpm.70066>
- Καζαντζίδου, Π., Κωσταρέλλη, Β., Παπανικολάου, Γ., & Αντωνοπούλου, Α. (2025). Ο ευρύτερος φαινότυπος του αυτισμού στους γονείς παιδιών με αυτισμό. *Psychology the Journal of the Hellenic Psychological Society*, 30(2), 164–186. https://doi.org/10.12681/psy_hps.40443

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.

Παράρτημα Ι.

Έγκριση Φορέα για την Έρευνα



ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΑΠΟ ΜΑΥΡΑΕΙΔΗ ΛΟΥΛΟΥ 16/04/2026 09:36:08

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΩΝ

Άγιος Ιωάννης Ρέντης, 16.04.2026
Αρ. Πρωτ.: ΔΑΑΔ/23892

ΠΡΟΣ: κ. ΛΙΑ ΑΝΤΙΓΟΝΗ

ΘΕΜΑ: Χορήγηση αδείας για διεξαγωγή ερευνητικής μελέτης στα πλαίσια μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας.

Σχετ.: 1) Το αριθμ. πρωτ. 14491/06.03.2026 αίτημα με τα συνημμένα δικαιολογητικά.
2) Το με αριθμ. ΕΠΙΣΤ. πρωτ. 18/08.04.2026 διαβιβαστικό αποσπασμάτων πρακτικού (4^η συνεδρίαση του Επιστημονικού Συμβουλίου της 2^{ης} Υ.ΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου).

Σε συνέχεια των ανωτέρω σχετικών **εγκρίνουμε** τη διεξαγωγή έρευνας στα πλαίσια μεταπτυχιακής εργασίας σε Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας αρμοδιότητας της 2^{ης} ΥΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου, με τίτλο: «Διερεύνηση των γνώσεων και στάσεων των επαγγελματιών Υγείας σχετικά με τη φροντίδα ατόμων που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού» με τη δέσμευση να μας κοινοποιηθούν τα αποτελέσματα της μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας.

Η προαναφερόμενη άδεια τελεί υπό τις προϋποθέσεις:

- Τη διαφύλαξη των προσωπικών δεδομένων.
- Την τήρηση του κώδικα επιστημονικής δεοντολογίας.
- Τη μη ύπαρξη οικονομικής ή άλλου είδους επιβάρυνσης για τα Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας.
- Τη μη παρακώλυση της λειτουργίας των Νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας.
- Την τήρηση των προβλεπόμενων διατάξεων (άρθρο 30 του Ν.4624/2019) για το απόρρητο των στοιχείων προσωπικού χαρακτήρα.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΡΟΪΛΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

Αποδέκτες:

- Νοσοκομεία 2^{ης} ΥΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου.
- Κέντρα Υγείας 2^{ης} ΥΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου. (ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ αν και εφόσον χρειαστεί).

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Αφού διάβασα τους όρους της παραπάνω Δήλωσης Εμπιστευτικότητας, δηλώνω υπεύθυνα ότι:
Επιθυμώ να λάβω μέρος στην έρευνα (απαντήστε με ένα ΝΑΙ ή ένα ΟΧΙ):.....

Παράρτημα II.

Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών Στοιχείων

ΜΕΡΟΣ Α΄

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ & ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

(Παρακαλώ επιλέξτε την απάντηση που σας αντιστοιχεί)

1. Φύλο:

- ☐ Άνδρας
- ☐ Γυναίκα
- ☐ Άλλο

2. Ηλικία (έτη):

- ☐ 18-25
- ☐ 26-35
- ☐ 36-45
- ☐ 46-55
- ☐ 56+

3. Τόπος Κατοικίας:

- ☐ Αστική περιοχή (Πόλη)
- ☐ Αγροτική περιοχή (Χωριό/Επαρχία)

4. Έχετε παιδιά;

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι

5. Επαγγελματική Ιδιότητα:

- ☐ Ιατρός
- ☐ Νοσηλεύτης/τρια
- ☐ Εργοθεραπευτής/τρια
- ☐ Λογοθεραπευτής/τρια
- ☐ Ψυχολόγος

☐ Κοινωνικός Λειτουργός
☐ Άλλο: _____

6. Επίπεδο Σπουδών:

☐ Πτυχίο (ΑΕΙ/ΤΕΙ)
☐ Μεταπτυχιακός Τίτλος (MSc)
☐ Διδακτορικό Δίπλωμα (PhD)

7. Δομή Απασχόλησης (στη 2η ΥΠΕ):

☐ Γενικό Νοσοκομείο
☐ Κέντρο Υγείας (Κ.Υ.)
☐ ΤΟ.Μ.Υ. / Π.Ι.

8. Έτη Κλινικής Εμπειρίας:

☐ 0-5 έτη
☐ 6-10 έτη
☐ 11-20 έτη
☐ > 20 έτη

9. Έχετε λάβει στο παρελθόν εξειδικευμένη εκπαίδευση/επιμόρφωση για τον Αυτισμό (ΔΑΦ);

☐ ΝΑΙ
☐ ΟΧΙ

10. Περιγράψτε με λίγα λόγια τη μεγαλύτερη δυσκολία που έχετε αντιμετωπίσει κατά την παροχή φροντίδας σε άτομο με ΔΑΦ.

11. Ταυτίζεστε εσείς ο ίδιος/η ίδια με χαρακτηριστικά της ευρύτερης Νευροδιαφορετικότητας (π.χ. ΔΕΠΥ, Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες, Δυσπραξία);
(Σημείωση: Σύμφωνα με τα κριτήρια της μελέτης, εξαιρούνται άτομα με διάγνωση στο Φάσμα του Αυτισμού/ΔΑΦ)

☐ Ναι (π.χ. έχω διάγνωση ή χαρακτηριστικά ΔΕΠΥ, Δυσλεξίας κ.λπ.)
☐ Όχι
☐ Δεν γνωρίζω / Δεν επιθυμώ να απαντήσω

12. Έχετε συγγενή ή φίλο με ΔΑΦ (Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος);

☐ Ναι
☐ Όχι

Παράρτημα ΙΙΙ.

ΜΕΡΟΣ Β΄

Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης Γνώσεων για τα Άτομα με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος - Knowledge about childhood autism among health workers (KCAHW) questionnaire

ΟΝΟΜΑ: _____

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____

ΑΜ: _____

ΟΔΗΓΙΕΣ: Μπορείτε να κυκλώσετε ΜΟΝΟ ΜΙΑ απάντηση. Ποιες από τις παρακάτω συμπεριφορές περιγράφουν καλύτερα ένα παιδί που βρίσκεται στο φάσμα του Αυτισμού (ΔΑΦ);

Περιοχή 1

1. Εμφανή ελλείμματα στην χρήση ποικίλων εξωλεκτικών συμπεριφορών, όπως η βλεμματική επαφή, οι εκφράσεις του προσώπου, η στάση του σώματος και οι χειρονομίες κατά την κοινωνική αλληλεπίδραση

A) Δεν γνωρίζω B) Ναι Γ) Όχι

2. Αδυναμία να αναπτύξει σχέσεις με συνομηλίκους του

A) Δεν γνωρίζω B) Ναι Γ) Όχι

3. Έλλειψη αυθόρμητης επιθυμίας να μοιραστεί την ευχαρίστησή του, τα ενδιαφέροντά του ή δραστηριότητες με άλλους ανθρώπους;

A) Δεν γνωρίζω B) Ναι Γ) Όχι

4. Έλλειψη κοινωνικής ή συναισθηματικής αμοιβαιότητας;

A) Δεν γνωρίζω B) Ναι Γ) Όχι

5. Να κοιτάζει στο κενό, χωρίς να συγκεντρώνεται σε τίποτα συγκεκριμένο;

A) Δεν γνωρίζω B) Ναι Γ) Όχι

6. Το παιδί μοιάζει σαν να είναι κωφό ή κουτό;

A) Δεν γνωρίζω B) Ναι Γ) Όχι

7. Μοιάζει να μην το ενδιαφέρει το περιβάλλον και ό,τι συμβαίνει γύρω του;

A) Δεν γνωρίζω B) Ναι Γ) Όχι

8. Το κοινωνικό χαμόγελο, συνήθως, απουσιάζει στα παιδιά με ΔΑΦ;

A) Δεν γνωρίζω B) Ναι Γ) Όχι

Περιοχή 2

1. Καθυστέρηση ή απουσία ανάπτυξης του προφορικού λόγου;

A) Δεν γνωρίζω B) Ναι Γ) Όχι

Περιοχή 3

1. Στερεότυπες και επαναλαμβανόμενες κινήσεις (π.χ. κινήσεις χεριών ή δαχτύλων);

A) Δεν γνωρίζω B) Ναι Γ) Όχι

2. Μπορεί να παρουσιάζουν παράξενες συνήθειες σίτισης;

A) Δεν γνωρίζω B) Ναι Γ) Όχι

3. Επίμονη ενασχόληση με τμήματα των αντικειμένων;

A) Δεν γνωρίζω B) Ναι Γ) Όχι

4. Αγαπούν τις προγραμματισμένες δραστηριότητες ρουτίνας;

A) Δεν γνωρίζω B) Ναι Γ) Όχι

Περιοχή 4

1. Η ΔΑΦ είναι παιδική σχιζοφρένεια;

A) Δεν γνωρίζω B) Ναι Γ) Όχι

2. Η ΔΑΦ είναι μια αυτό-άνοση κατάσταση;

A) Δεν γνωρίζω B) Ναι Γ) Όχι

3. Η ΔΑΦ είναι νευρο-αναπτυξιακή διαταραχή;

A) Δεν γνωρίζω B) Ναι Γ) Όχι

4. Η ΔΑΦ θα μπορούσε να συσχετίζεται με την Νοητική Αναπτυξιακή Διαταραχή (νοητική υστέρηση);

A) Δεν γνωρίζω B) Ναι Γ) Όχι

5. Η ΔΑΦ θα μπορούσε να συσχετίζεται με την Επιληψία;

A) Δεν γνωρίζω B) Ναι Γ) Όχι

6. Η εκδήλωση της ΔΑΦ είναι συνήθως στην α) νεογνική ηλικία, β) στην βρεφική ηλικία, γ) στην παιδική ηλικία

Προσαρμογή και μετάφραση στην Ελληνική του “Knowledge about childhood autism among health workers (KCAHW) questionnaire” των Bakare et al., (2008) πραγματοποιήθηκε από Zarokanellou et al.2024

Παράρτημα IV.

ΜΕΡΟΣ Γ’

Κλίμακα Στάσεων για τα Άτομα με ΔΑΦ Societal Attitudes Towards Autism (SATA)

Στην παρούσα μελέτη θα καταγραφούν οι απόψεις και οι γνώσεις σας για τα άτομα που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού. Η συμμετοχή σας στην μελέτη είναι σημαντική και θα συμβάλει στην καταγραφή των απόψεων των φοιτητών σχολών υγείας για τα άτομα με ΔΑΦ. Για τους παραπάνω λόγους παρακαλείσθε να απαντήσετε όσον το δυνατόν πιο ειλικρινά και αυθόρμητα στις ερωτήσεις που ακολουθούν. Τα δεδομένα που θα συλλεχθούν θα παραμείνουν ανώνυμα και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς. Παρακαλώ να λάβετε υπόψη πως δεν θα βαθμολογείτε για την ορθότητα των απαντήσεών σας, αλλά ΜΟΝΟ για την ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ σας στην μελέτη.

ΣΥΝΑΙΝΕΙΤΕ ΝΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΕΤΕ ΣΤΗΝ ΜΕΛΕΤΗ; ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

ΟΝΟΜΑ: _____

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____

ΑΜ: _____

Μπορείτε να επιλέξετε μόνο **ΜΙΑ** απάντηση

	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ
1.Τα άτομα με αυτισμό δεν πρέπει να εμπλέκονται σε ερωτικές σχέσεις				
2.Τα άτομα με αυτισμό πρέπει να έχουν την ευκαιρία να σπουδάσουν				
3.Τα άτομα με αυτισμό δεν πρέπει να κάνουν παιδιά				
4.Τα άτομα με αυτισμό πρέπει να μένουν σε ειδικές κλειστές δομές για τη δική τους ασφάλεια και την ασφάλεια των γύρω τους.				
5.Εάν άνοιγε μία υπηρεσία για άτομα με αυτισμό στη γειτονιά μου, θα σκεφτόμουν να μετακομίσω				
6.Τα άτομα με αυτισμό δεν είναι ικανά να μείνουν μόνα τους				
7.Θα φοβόμουν να είμαι κοντά σε ένα άτομο με αυτισμό.				
8.Ένα άτομο με αυτισμό αποτελεί συναισθηματικό βάρος για την οικογένειά του				
9.Θα αισθανόμουν άνετα να κάθομαι δίπλα σε ένα άτομο με αυτισμό				
10.Ένα άτομο με αυτισμό αποτελεί οικονομικό βάρος για την οικογένειά του				
11.Τα άτομα με αυτισμό πρέπει να ενθαρρύνονται				

να παντρεύονται άτομα με αυτισμό				
12.Τα άτομα με αυτισμό δεν είναι ικανά να δημιουργήσουν στενές συναισθηματικές σχέσεις και να εκφράζουν αγάπη				
13.Τα άτομα με αυτισμό θα πρέπει να εντάσσονται στις τάξεις γενικής εκπαίδευσης				
14.Θα ένοιωθα άβολα να αγκαλιάσω ένα άτομο με αυτισμό				
15.Τα άτομα με αυτισμό δεν μπορούν να κατανοήσουν τα συναισθήματα των άλλων				
16.Οι μαθητές με αυτισμό που εντάσσονται στις τάξεις γενικής εκπαίδευσης διασπούν την προσοχή των υπολοίπων μαθητών την τάξης				
17.Τα άτομα με αυτισμό χρειάζονται πρόσθετη υποστήριξη για να τα καταφέρουν στον χώρο εργασίας				
18.Τα άτομα με αυτισμό τείνουν να είναι επιθετικά				
19. Η ενσωμάτωση των ατόμων με αυτισμό σε κανονικές τάξεις εκπαίδευσης αποτελεί κίνδυνο για την ασφάλεια των υπόλοιπων παιδιών χωρίς αυτισμό στην ίδια τάξη.				
20. Τα άτομα με αυτισμό χρειάζονται βοήθεια στην επικοινωνία με τους άλλους				
21. Όλα τα άτομα με αυτισμό εκδηλώνουν επαναλαμβανόμενες				

συμπεριφορές, όπως κούνημα ή χτύπημα των χεριών.				
22.Θα αισθανόμουν άνετα να μοιράζομαι ένα γραφείο με έναν συνάδελφο με αυτισμό				
23.Θα αισθανόμουν άνετα να κάθομαι δίπλα σε ένα άτομο με αυτισμό στον κινηματογράφο				
24.Θα αισθανόμουν άνετα να μένω στην ίδια πολυκατοικία με ένα άτομο με αυτισμό				
25.Θα αισθανόμουν άνετα να έχω έναν φίλο με αυτισμό				
26. Τα άτομα με αυτισμό είναι ικανά να ζουν μια κανονική ζωή (δηλ. με δουλειά, σπίτι, οικογένεια)				

Η κλίμακα του **“Societal Attitudes towards Autism” (SATA)** αναπτύχθηκε αρχικά από τους Flood et al., (2012) και η ελληνική απόδοση και στάθμιση πραγματοποιήθηκε από Zarokanellou et al., (2023).