



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

Διπλωματική Εργασία

**«Διερεύνηση Γνώσεων, Στάσεων και Αντιλήψεων των
Επαγγελματιών Υγείας για τα Άτομα στο Φάσμα του
Αυτισμού»**

Κεζεμίδου Μαρία

Επιβλέπων: Δρ Γεώργιος Κριτσωτάκης

Συνεπιβλέπων: Πέτρος Κωσταγιόλας

Αθήνα, Σεπτέμβριος 2026

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία της φοιτήτριας Κεζεμίδου Μαρίας 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.



**«Διερεύνηση Γνώσεων, Στάσεων και Αντιλήψεων των
Επαγγελματιών Υγείας για τα Άτομα στο Φάσμα του
Αυτισμού»**

Κεζεμίδου Μαρία

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής:
Δρ Γεώργιος Κριτσωτάκης
ΣΕΠ, ΕΑΠ

Συν-Επιβλέπων Καθηγητής:
Πέτρος Κωσταγιόλας
ΣΕΠ, ΕΑΠ

Αθήνα, Σεπτέμβριος 2026

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες προς τον επιβλέποντα καθηγητή μου Δρ Γεώργιο Κριτσωτάκη για την καθοδήγηση και την στήριξή του.

Ευχαριστώ από καρδιάς τον σύζυγό μου Δημήτρη για την υπομονή και την αδιάκοπη υποστήριξή του, καθώς και τα παιδιά μου Κωνσταντίνο, Διονυσία και Ζωή που αποτελούν για μένα πηγή δύναμης και έμπνευσης.

Περίληψη

Εισαγωγή: Οι επαγγελματίες υγείας διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην παροχή ποιοτικών και συμπεριληπτικών υπηρεσιών προς τα άτομα στο Φάσμα του Αυτισμού, και γενικά των νευροδιαφορετικών ατόμων. Οι γνώσεις, οι στάσεις και οι αντιλήψεις τους επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα της φροντίδας και την εμπειρία των ληπτών υπηρεσιών υγείας.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των υποκειμενικών γνώσεων, στάσεων και αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τα άτομα στο Φάσμα του Αυτισμού και γενικότερα τη νευροδιαφορετικότητα, καθώς και η διερεύνηση κοινωνικοδημογραφικών και επαγγελματικών παραγόντων που σχετίζονται με αυτές.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη σε δείγμα 104 επαγγελματιών υγείας σε νοσοκομεία της Αθήνας. Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε τον Φεβρουάριο - Μάιο 2026 με δομημένο ερωτηματολόγιο, το οποίο περιλάμβανε δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά, ερωτήσεις αυτό-εκτίμησης γνώσεων για την αναπηρία και τη νευροδιαφορετικότητα, καθώς και την Κλίμακα Στάσεων για τη Νευροδιαφορετικότητα (Neurodiversity Attitudes Questionnaire – NDAQ) με 5 επιμέρους διαστάσεις. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό SPSS v.25, χρησιμοποιώντας περιγραφική στατιστική, συσχετίσεις Pearson, ελέγχους Student t και Kruskal-Wallis, καθώς και πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση.

Αποτελέσματα: Οι συμμετέχοντες παρουσίασαν μέτριο επίπεδο αυτοεκτιμώμενων γνώσεων για την αναπηρία (5,6/10) και τη νευροδιαφορετικότητα (5,0/10). Οι συνολικές στάσεις απέναντι στη νευροδιαφορετικότητα ήταν 61,4/100, βαθμολογία ελαφρώς υψηλότερη από το θεωρητικό μέσο της κλίμακας. Υψηλότερες βαθμολογίες καταγράφηκαν στις διαστάσεις «Ακρόαση και Αναστοχασμός» και «Αλληλεπιδράσεις μεταξύ Νευροτύπων», ενώ χαμηλότερες στις διαστάσεις «Ιατρικό Μοντέλο» και «Προσαρμογή στους Κοινωνικούς Κανόνες». Η συχνότερη επαφή με νευροδιαφορετικά άτομα συσχετίστηκε με υψηλότερα επίπεδα αυτοεκτιμώμενων γνώσεων, χωρίς όμως να συνδέεται σημαντικά με θετικότερες στάσεις. Επιπλέον, στην πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση οι θετικότερες συνολικές στάσεις σχετίστηκαν με το γυναικείο φύλο, τη νεότερη ηλικία και το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο.

Συμπεράσματα: Οι επαγγελματίες υγείας αναφέρουν ότι διαθέτουν μέτριες γνώσεις και εμφανίζουν θετικές, αλλά όχι ιδιαίτερα υψηλές, στάσεις απέναντι στη νευροδιαφορετικότητα και στα άτομα στο Φάσμα του Αυτισμού. Τα ευρήματα υπογραμμίζουν την ανάγκη ανάπτυξης στοχευμένων εκπαιδευτικών παρεμβάσεων και προγραμμάτων επιμόρφωσης, με στόχο την ενίσχυση των γνώσεων και την περαιτέρω προαγωγή συμπεριληπτικών στάσεων και πρακτικών στον χώρο της υγείας.

Λέξεις - Κλειδιά

Αντιλήψεις, διαταραχή αυτιστικού φάσματος, επαγγελματίες υγείας, νευροδιαφορετικότητα, ποιότητα φροντίδας, στάσεις, γνώσεις.

Exploring Healthcare Professionals' Knowledge, Attitudes, and Perceptions Regarding Individuals on the Autism Spectrum

Kezemidou Maria

Abstract

Introduction: Healthcare professionals play a crucial role in providing high-quality and inclusive services to individuals on the Autism Spectrum and, more broadly, to neurodivergent individuals. Their knowledge, attitudes, and perceptions significantly influence both the quality of care delivered and the experiences of healthcare service users.

Aim: The aim of this study was to investigate healthcare professionals' self-perceived knowledge, attitudes, and perceptions regarding individuals on the Autism Spectrum and neurodiversity in general, as well as to examine the sociodemographic and professional factors associated with these variables.

Methods: A cross-sectional study was conducted among 104 healthcare professionals employed in hospitals in Athens, Greece. Data were collected between February and May 2026 using a structured questionnaire that included demographic and professional characteristics, self-assessment questions regarding knowledge of disability and neurodiversity, and the Neurodiversity Attitudes Questionnaire (NDAQ), comprising five subscales. Statistical analysis was performed using SPSS version 25 and included descriptive statistics, Pearson correlation coefficients, Student's t-tests, Kruskal–Wallis tests, and multiple linear regression analysis.

Results: Participants reported moderate levels of self-perceived knowledge regarding disability (5.6/10) and neurodiversity (5.0/10). The overall attitude score toward neurodiversity was 61.4/100, a value slightly above the theoretical midpoint of the scale. Higher scores were observed in the subscales “Listening and Reflecting” and “Cross-Neurotype Interactions,” whereas lower scores were found in the “Medical Model” and “Fitting In” dimensions. More frequent contact with neurodivergent individuals was associated with higher levels of self-perceived knowledge but was not significantly related to more positive attitudes. Furthermore, multiple linear regression

analysis indicated that more positive overall attitudes were associated with female gender, younger age, and higher educational attainment.

Conclusions: Healthcare professionals reported moderate levels of knowledge and demonstrated positive, although not particularly high, attitudes toward neurodiversity and individuals on the Autism Spectrum. The findings highlight the need for targeted educational interventions and professional training programs aimed at enhancing knowledge and further promoting inclusive attitudes and practices within healthcare settings.

Keywords

autism spectrum disorder, healthcare professionals, quality of care, neurodiversity, Knowledge, Attitudes, Perceptions

Περιεχόμενα σχημάτων

Σχήμα 1. . Ο επιπολασμός της ΔΑΦ στην Ελλάδα ανάλογα με τη γεωγραφική θέση, Kouznetsov et al, 2023	21
---	----

Σχήμα 2. Χρονοδιάγραμμα ανάπτυξης διαγνωστικών εργαλείων Aljead et al, 2025	23
--	----

Περιεχόμενα εικόνων

Εικόνα 1. Ποσοστιαία (%) κατανομή του επαγγέλματος των 104 επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στη μελέτη.	47
Εικόνα 2. Ποσοστιαία (%) κατανομή της θέσης εργασίας στο νοσοκομείο των 104 επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στη μελέτη.	47
Εικόνα 3. Ποσοστιαία (%) κατανομή των ετών εργασίας Συνολικά στο χώρο της Υγείας και στο τρέχον Τμήμα ή Κλινική των 104 επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στη μελέτη.	48
Εικόνα 4. Ποσοστιαία (%) κατανομή των νυχτερινών βαρδιών/εφημεριών & απογευματινών στον τελευταίο μήνα των 104 επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στη μελέτη.	48
Εικόνα 5. Ιεραρχική σύγκριση των υποκλιμάκων της Κλίμακας Στάσεων για τη Νευροδιαφορετικότητα των συμμετεχόντων στη μελέτη.	54

Περιεχόμενα πινάκων

<i>Πίνακας 1. Επίπεδα βαρύτητας ΔΑΦ σύμφωνα με το εγχειρίδιο DSM-5, Hodis et al, 2025</i>	19
<i>Πίνακας 2. Η συχνότητα εμφάνισης ΔΑΦ στην Ελλάδα το 2021 σε παιδιά 2-17 ετών, Kouznetsov et al, 2023</i>	20
<i>Πίνακας 3. Αποτελέσματα βιβλιογραφικής ανασκόπησης για τις γνώσεις των επαγγελματιών υγείας</i>	34
<i>Πίνακας 4. Βιβλιογραφική ανασκόπηση για τις στάσεις και τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας</i>	38
<i>Πίνακας 5. Περιγραφικά χαρακτηριστικά 104 επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στη μελέτη</i>	46
<i>Πίνακας 6. Θέση ευθύνης στην εργασία, συμμετοχή σε συνέδριο, ικανοποίηση από την εργασία και βαθμός υποκειμενικής εκτίμησης γνώσεων για την αναπηρία και τη ζωή ατόμων με αναπηρία, των 104 επαγγελματιών υγείας, που συμμετείχαν στη μελέτη.</i>	49
<i>Πίνακας 7. Αντιλήψεις & Εμπειρίες για την νευροδιαφορετικότητα των 104 επαγγελματιών υγείας, που συμμετείχαν στη μελέτη.</i>	50
<i>Πίνακας 8. Ποσοστιαία (%) κατανομή αποκρίσεων στις προτάσεις της Κλίμακας Στάσεων για την Νευροδιαφορετικότητα (Neurodiversity Attitudes Questionnaire, NDAQ) των 104 επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στη μελέτη</i>	51
<i>Πίνακας 9. Επίπεδα βαθμολογιών των υποκλιμάκων της Κλίμακας Στάσεων για την Νευροδιαφορετικότητα των 104 επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στη μελέτη</i>	53
<i>Πίνακας 10. Συσχέτιση των αυτό-αναφερόμενων γνώσεων με τις στάσεις για τη Νευροδιαφορετικότητα των 104 επαγγελματιών υγείας της μελέτης.</i>	54

Πίνακας 11. Επίπεδα βαθμολογιών Γνώσεων & Στάσεων για τη Νευροδιαφορετικότητα των 104 επαγγελματιών υγείας της μελέτης ως προς τη συχνότητα επαφής με νευροδιαφορετικά άτομα.	55
Πίνακας 12. Συσχέτιση των Γνώσεων & Στάσεων για τη Νευροδιαφορετικότητα των 104 επαγγελματιών υγείας της μελέτης, με τα βασικά χαρακτηριστικά τους.	56
Πίνακας 13. Συσχέτιση των Γνώσεων & Στάσεων για τη Νευροδιαφορετικότητα των 104 επαγγελματιών υγείας της μελέτης, με τα εργασιακά χαρακτηριστικά τους.	57
Πίνακας 14. Επίπεδα βαθμολογιών Γνώσεων & Στάσεων για τη Νευροδιαφορετικότητα των 104 επαγγελματιών υγείας της μελέτης, ως προς την επαγγελματική τους ιδιότητα.	58
Πίνακας 15. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση και συσχέτιση των Συνολικών Στάσεων για τη Νευροδιαφορετικότητα των 104 επαγγελματιών υγείας της μελέτης, με τα χαρακτηριστικά τους και τις Γνώσεις για την αναπηρία και τη Νευροδιαφορετικότητα.....	59

Συντομογραφίες και Ακρωνύμια

Συντομογραφία	Επεξήγηση
ΔΑΦ	Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος
ΔΑΔ	Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές
ΔΕΠ-Υ	Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητας
ΤΕΠ	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
NDAQ	Neurodiversity Attitudes Questionnaire
APA	American Psychiatric Association
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη	5
Abstract.....	7
A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	15
Εισαγωγή	15
1. Εισαγωγή στις Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος	18
1.1 Ορισμός και ταξινόμηση Διαταραχών Αυτιστικού Φάσματος.....	18
1.2 Επιδημιολογικά δεδομένα Διαταραχών Αυτιστικού Φάσματος.....	19
1.3 Ιστορική εξέλιξη.....	21
1.4 Κλινικά χαρακτηριστικά και ετερογένεια	23
2. Το ιατρικό και το κοινωνικό μοντέλο αναπηρίας στις Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος	26
2.1 Το ιατρικό μοντέλο αναπηρίας και η εφαρμογή του στις Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος	26
2.2 Το κοινωνικό μοντέλο αναπηρίας στις Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος	27
3. Νευροδιαφορετικότητα και Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος.....	29
3.1 Ορισμός και βασικές αρχές νευροδιαφορετικότητας	29
3.2 Νευροδιαφορετικότητα και επαγγελματίες υγείας	30
4. Γνώσεις, στάσεις και αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας για τα άτομα με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος	31
4.1 Γνώσεις των επαγγελματιών υγείας για τα άτομα στο Φάσμα του Αυτισμού	31
4.2 Στάσεις και αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας για τα άτομα στο φάσμα του αυτισμού	34
B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	39

5. Μεθοδολογία Έρευνας.....	39
5.1 Ερευνητικό πλαίσιο και τόπος διεξαγωγής της μελέτης	40
5.2 Πληθυσμός μελέτης και Δείγμα	40
5.3 Ερωτηματολόγιο συλλογής δεδομένων	40
5.4 Δεοντολογία έρευνας	43
5.5 Ανάλυση δεδομένων	44
6. Αποτελέσματα	45
7. Συζήτηση	59
8. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα	61
Βιβλιογραφία	62
Παράρτημα Α: Ερωτηματολόγιο.....	70
Παράρτημα Β : Πρακτικό Αδειοδότησης Έρευνας.....	80

Α. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή

Ο Αυτισμός ή Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) αποτελεί μία δια βίου νευροαναπτυξιακή διαταραχή που επηρεάζει την κοινωνική επικοινωνία, τη συμπεριφορά και την αλληλεπίδραση των ατόμων που διαγιγνώσκονται με αυτήν (Gholamalizadeh et al, 2024; Hirota & King, 2023; Hodges et al, 2020; Baio et al, 2018). Τα χαρακτηριστικά της διαταραχής αυτής εκδηλώνονται με μεγάλη ετερογένεια ως προς τη σοβαρότητα και τη μορφή τους, γεγονός που καθιστά τον Αυτισμό ένα φάσμα με ποικίλες ανάγκες υποστήριξης. Η έγκαιρη αναγνώριση των βασικών χαρακτηριστικών του Αυτισμού, καθώς και η μελέτη των επιδημιολογικών δεδομένων, είναι καθοριστικής σημασίας για τον σχεδιασμό και την ανάπτυξη αποτελεσματικών πολιτικών υγείας, με στόχο τη διασφάλιση της ποιότητας και της ισότιμης πρόσβασης των ατόμων με αυτισμό ατόμων στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (World Health Organization, 2025).

Οι επαγγελματίες υγείας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην παροχή φροντίδας, στη διάγνωση και την υποστήριξη των ατόμων με αυτισμό ατόμων σε όλα τα στάδια της ζωής τους. Η επάρκεια γνώσεων σχετικά με τον Αυτισμό σε συνδυασμό με την υιοθέτηση θετικών στάσεων και την κατανόηση των ιδιαίτερων αναγκών των ατόμων με αυτισμό ατόμων, δύναται να συμβάλλουν ουσιαστικά στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, στη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία και στην προώθηση της κοινωνικής τους ένταξης. Αντίθετα η έλλειψη επαρκούς εκπαίδευσης και η ύπαρξη στερεοτυπικών αντιλήψεων ενδέχεται να λειτουργήσουν ανασταλτικά στην αποτελεσματική υποστήριξη των ατόμων με αυτισμό ατόμων και των οικογενειών τους (Translational Pediatrics, 2020).

Παρά τη διεθνή αναγνώριση της σημασίας της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας στον Αυτισμό, η βιβλιογραφία αποδεικνύει ότι εξακολουθούν να υφίστανται κενά γνώσεων και διαφοροποιήσεις στις στάσεις και τις αντιλήψεις τους, ιδιαίτερα στα μη εξειδικευμένα πλαίσια φροντίδας τους. Στο ελληνικό σύστημα υγείας, οι σχετικές

ερευνητικές μελέτες παραμένουν περιορισμένες, γεγονός που καθιστά αναγκαία τη συστηματική διερεύνηση του συγκεκριμένου ζητήματος.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνήσει τις αυτό-αναφερόμενες γνώσεις, τις στάσεις και τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα άτομα στο φάσμα του αυτισμού και να αποτυπώσει τους παράγοντες που σχετίζονται με αυτές. Με βάση τον σκοπό της εργασίας, διατυπώνονται τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

1. Ποιο είναι το επίπεδο των αυτό-αναφερόμενων γνώσεων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τη νευροδιαφορετικότητα και τα άτομα στο Φάσμα του Αυτισμού;
2. Ποιες είναι οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τη νευροδιαφορετικότητα και τα άτομα στο Φάσμα του Αυτισμού;
3. Υπάρχουν διαφοροποιήσεις στις αυτό-αναφερόμενες γνώσεις, στάσεις και αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας ανάλογα με κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά (π.χ. φύλο, ηλικία) και επαγγελματικά χαρακτηριστικά (π.χ. ειδικότητα, έτη επαγγελματικής εμπειρίας, προηγούμενη εκπαίδευση ή εμπειρία με άτομα στο φάσμα του αυτισμού);

Αναλυτικότερα στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας θα αναφερθούμε στον ορισμό της διαταραχής, όπως αποτυπώνεται στη σύγχρονη επιστημονική βιβλιογραφία, στα επιδημιολογικά δεδομένα που αφορούν την συχνότητα και την κατανομή της στον πληθυσμό, στην ιστορική εξέλιξη της έννοιας του αυτισμού από την πρώτη περιγραφή μέχρι τις σύγχρονες διαγνωστικές ταξινομήσεις καθώς και στα βασικά κλινικά χαρακτηριστικά του. Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στο ιατρικό και στο κοινωνικό μοντέλο αναπηρίας (Kritsotakis et al., 2017) στις Διαταραχές του Φάσματος του Αυτισμού καθώς και στις επιπτώσεις των μοντέλων στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύεται η έννοια της νευροδιαφορετικότητας. Ειδικότερα παρουσιάζονται ο ορισμός και οι βασικές της αρχές της νευροδιαφορετικότητας, καθώς και ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στο πλαίσιο αυτό. Το τέταρτο κεφάλαιο εστιάζει στις γνώσεις, στις στάσεις και στις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα άτομα στο φάσμα του αυτισμού, καθώς και στους παράγοντες που επηρεάζουν τις στάσεις αυτές, αλλά

και στις επιπτώσεις τους στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Στη συνέχεια παρουσιάζεται το ερευνητικό μέρος της παρούσας μελέτης. Ειδικότερα στο πέμπτο κεφάλαιο αναπτύσσεται η μεθοδολογία της έρευνας, στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζονται και αναλύονται τα αποτελέσματα της έρευνας και στο έβδομο κεφάλαιο η συζήτηση και ερμηνεία των ευρημάτων. Τέλος στο όγδοο κεφάλαιο διατυπώνονται προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

1. Εισαγωγή στις Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος

1.1 Ορισμός και ταξινόμηση Διαταραχών Αυτιστικού Φάσματος

Ο Αυτισμός είναι μία νευροαναπτυξιακή διαταραχή που επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται, επεξεργάζεται και αλληλοεπιδρά με το κοινωνικό και το φυσικό του περιβάλλον. Χαρακτηρίζεται από επίμονες δυσκολίες στη κοινωνική επικοινωνία και αλληλεπίδραση, καθώς και από περιορισμένα, επαναλαμβανόμενα πρότυπα συμπεριφοράς ενδιαφερόντων ή δραστηριοτήτων. Εμφανίζεται στη πρώιμη παιδική ηλικία και συνοδεύει το άτομο σε όλη τη διάρκεια της ζωής του (Ayoub, 2025; Leisman & Melillo, 2025; Lord et al, 2020; Ousley & Cermak, 2015). Οι δυσκολίες στην κοινωνική επικοινωνία δύναται να αφορούν την λεκτική και την μη λεκτική επικοινωνία όπως την απουσία ή τη μειωμένη χρήση βλεμματικής επαφής, χειρονομιών και εκφράσεων του προσώπου, τη δυσκολία στην έναρξη και διατήρηση διαλόγου καθώς και στην περιορισμένη κατανόηση κοινωνικών κανόνων και συναισθηματικών καταστάσεων των άλλων. Τα περιορισμένα και επαναλαμβανόμενα πρότυπα συμπεριφοράς περιλαμβάνουν στερεοτυπικές κινήσεις, προσκόλληση στη ρουτίνα, ιδιαίτερα ενδιαφέροντα καθώς και δυσκολίες στην αισθητηριακή ολοκλήρωση (APA, 2022). Ένα σημαντικό χαρακτηριστικό των διαταραχών αυτιστικού φάσματος είναι ότι η κλινική εικόνα δεν είναι στατική, αλλά διαφοροποιείται με την ηλικία, το αναπτυξιακό στάδιο και τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος, γεγονός που καθιστά απαραίτητη την εξατομικευμένη αξιολόγηση και υποστήριξη των ατόμων με ΔΑΦ (Hyman et al, 2022). Ο όρος «φάσμα», χρησιμοποιείται για να περιγράψει την ετερογένεια των ατόμων με αυτισμό, καθώς μπορεί να διαφέρουν ως προς την ανάπτυξη του λόγου, την κοινωνική προσαρμογή και την αυτοεξυπηρέτηση (APA, 2022). Παλαιότερα ο αυτισμός ταξινομούνταν σε ξεχωριστές διαγνώσεις όπως ο παιδικός αυτισμός, το σύνδρομο Asperger και οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Ωστόσο μεταγενέστερες μελέτες απέδειξαν ότι αυτού του είδους η ταξινόμηση δεν διέθετε διαγνωστική συνέπεια ούτε απεικόνιζε με ακρίβεια τα σχετικά χαρακτηριστικά. Η σύγχρονη ταξινόμηση της ΔΑΦ βασίζεται στο Διαγνωστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών DSM-5, το οποίο εκδίδεται από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία και χρησιμεύει στη διάγνωση των ψυχικών διαταραχών. Το DSM-5 αναγνωρίζει τον

αυτισμό ως ένα ενιαίο φάσμα με διαφορετικά επίπεδα σοβαρότητας (Εικόνα 1) και παρέχει συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια, λαμβάνοντας υπόψη τη διαφοροποίηση των συμπτωμάτων μεταξύ των ατόμων. Τα κριτήρια για τη διάγνωση της ΔΑΦ εστιάζουν σε δύο βασικούς τομείς, την κοινωνική επικοινωνία και αλληλεπίδραση και τις περιορισμένες και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές. Τα επίπεδα βαρύτητας εισάγονται για να αποτυπώσουν την ένταση των συμπτωμάτων και την ανάγκη υποστήριξης. Με αυτό τον τρόπο η διάγνωση γίνεται με ακρίβεια και διευκολύνεται η ανάπτυξη εξατομικευμένων προγραμμάτων υποστήριξης ανάλογα με τις ανάγκες (Xin, 2025).

Severity Specifiers for Autism Spectrum Disorder			
Severity Level	Required level of support	Social communication	Restricted, repetitive behaviors
Level 1 (Mild)	Requiring support	Difficulty initiating conversations and social interactions decreased interest in social interactions Unsuccessful or atypical responses to social overtures of others	Inflexibility of behavior causes significant interference with functioning in at least one area of activity
Level 2 (Moderate)	Requiring substantial support	Marked deficits in both verbal and nonverbal social communication skills limited initiation of social interactions Reduced or abnormal responses to social overtures from others	Inflexibility of behavior and difficulty coping with change cause significant interference with functioning in various areas of activity
Level 3 (Severe)	Requiring very substantial support	Severe deficits in both verbal and nonverbal social communication skills very limited initiation of social interactions Minimal response to social overtures from others	Inflexibility of behavior and extreme difficulty coping with change cause significant interference with functioning in all areas of activity

Πίνακας 1. Επίπεδα βαρύτητας ΔΑΦ σύμφωνα με το εγχειρίδιο DSM-5, Hodis et al, 2025

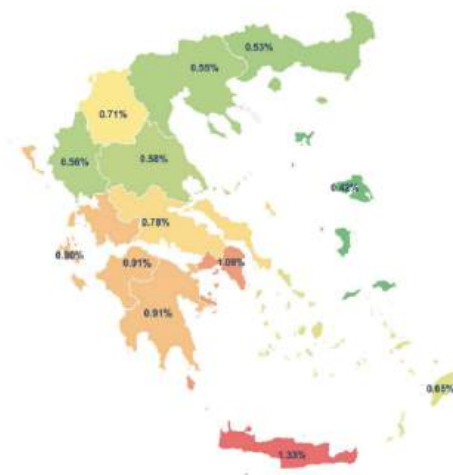
1.2 Επιδημιολογικά δεδομένα Διαταραχών Αυτιστικού Φάσματος

Οι εκτιμήσεις για τη συχνότητα εμφάνισης του Αυτισμού παρουσιάζουν αξιοσημείωτες αποκλίσεις μεταξύ διαφορετικών χωρών και περιοχών. Οι αποκλίσεις αυτές δύνανται να οφείλονται στα διαφορετικά επίπεδα ενημέρωσης και αναγνώρισης των συμπτωμάτων από τους φροντιστές, στη χρήση διαφορετικών διαγνωστικών κριτηρίων καθώς και στις διαφορετικές μεθοδολογικές προσεγγίσεις (π.χ. μέθοδος ανίχνευσης, πληθυσμός μελέτης κ.α.) που εφαρμόζονται στις επιμέρους επιδημιολογικές μελέτες (Fombonne, 2018; Ostrowski et al, 2024). Παγκοσμίως η συχνότητα εμφάνισης του Αυτισμού εκτιμάται από 0,02% έως 3,66%, με υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια (Alrehaili et al, 2023; Lintas, 2009; Ostrowski et al, 2024).

Σύμφωνα με τη μελέτη των Santomauro et al (2025), η παγκόσμια επικράτηση της ΔΑΦ εκτιμάται το 2021 σε 788,3 ανά 100.000 άτομα, δηλαδή περίπου 0,78% του πληθυσμού ή 1 στα 127 άτομα που αντιστοιχεί σε 61,8 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως. Ο επιπολασμός παραμένει σταθερός από το 1990, γεγονός που υποδηλώνει ότι η αύξηση του συνολικού αριθμού οφείλεται κυρίως στην αύξηση του πληθυσμού (Santomauro et al, 2025). Μελέτες ανασκόπησης αποδεικνύουν ότι ο επιπολασμός των Διαταραχών Αυτιστικού Φάσματος διαφέρει μεταξύ των ηπείρων. Συγκεκριμένα στην Ευρώπη τα ποσοστά εκτιμώνται μεταξύ 0,38% και 3,13% του πληθυσμού, στην Ασία από 0,08% έως 9,3%, στη Βόρεια Αμερική από 0,87% έως 2,21%, στην Αφρική περίπου στο 1% και στην Αυστραλία στο 1,7% (Bougeard et al, 2021; Ostrowski et al, 2024). Στην Ευρώπη το υψηλότερο ποσοστό καταγράφεται στη Σουηδία με 115 περιπτώσεις ανά 10.000 άτομα (Skonieczna et al, 2017). Στην Ελλάδα ο επιπολασμός του Αυτισμού κυμαίνεται μεταξύ 1,10%- 1,15% και ειδικότερα 1,83% για τα αγόρια και 0,44% για τα κορίτσια, αναλογία 4,14:1 (Thomaidis et al, 2020). Ο επιπολασμός των ΔΑΦ εμφανίζεται χαμηλότερος στην Βόρεια Ελλάδα σε σύγκριση με την Κεντρική και Νότια με γεωγραφική διακύμανση από 0,42% έως 1,33% χωρίς τεκμηριωμένη επιστημονικά εξήγηση (Kouznetsov et al, 2023).

Διοικητική Περιφέρεια	Πληθυσμός (N)	ASD πληθυσμού (N)	Επιπολασμός ΔΑΦ (%)
Αττική	585.539	6408	1,09
Ανατολική Μακεδονία–Θράκη	89.046	475	0,53
Βόρειο Αιγαίο	41.635	175	0,42
Δυτική Ελλάδα	99.241	905	0,91
Δυτική Μακεδονία	38.090	270	0,71
Ήπειρος	46.629	261	0,56
Θεσσαλία	106.910	620	0,58
Επτάνησα	31.712	285	0,90
Κεντρική Μακεδονία	287.279	1594	0,55
Κρήτη	110.257	1466	1,33
Νότιο Αιγαίο	61.251	401	0,65
Πελοπόννησος	84.497	765	0,91
Κεντρική Ελλάδα	83.928	657	0,78
Αναγνωριστικά με τοποθεσίες που λείπουν	-	1424	
Σύνολο	1.666.014	15.706	0,94

Πίνακας 2. Η συχνότητα εμφάνισης ΔΑΦ στην Ελλάδα το 2021 σε παιδιά 2-17 ετών, Kouznetsov et al, 2023



Σχήμα 1. Ο επιπολασμός της ΔΑΦ στην Ελλάδα ανάλογα με τη γεωγραφική θέση, Kouznetsov et al, 2023

Ο Αυτισμός μπορεί να εκδηλωθεί σε άτομα ανεξαρτήτως φυλετικής, εθνικής ή κοινωνικοοικονομικής προέλευσης. Ωστόσο έχει παρατηρηθεί ότι τα παιδιά της καυκάσιας φυλής διαγιγνώσκονται σε ποσοστό αρκετά υψηλότερο συγκριτικά με τα παιδιά της αφροαμερικανικής και λατινοαμερικανικής φυλής (Baio et al, 2014; Hodges et al, 2019).

1.3 Ιστορική εξέλιξη

Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα ο όρος «Αυτισμός» χρησιμοποιήθηκε από την ψυχιατρική για να περιγράψει την έντονη κοινωνική απομόνωση που βίωναν τα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές (D' Agostino et al, 2025). Το 1943 περιγράφηκε η πρώτη περίπτωση βρεφικού αυτισμού από τον Leo Kanner (Aljead et al, 2025; Rosen et al, 2021) και ένα χρόνο μετά ο Hans Asperger δημοσίευσε μία έκθεση για ένα αγόρι που αντιμετώπιζε δυσκολίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση και περιορισμένα ενδιαφέροντα (Aljead et al, 2025). Μελέτες που πραγματοποιήθηκαν την δεκαετία του 1970 τεκμηρίωσαν την άποψη ότι ο Αυτισμός αποτελεί διακριτή διαγνωστική κατηγορία με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, που τη διαφοροποιούν από άλλες αναπτυξιακές ή ψυχιατρικές διαταραχές (Aljead et al, 2025; Rosen et al, 2021). Το 1980

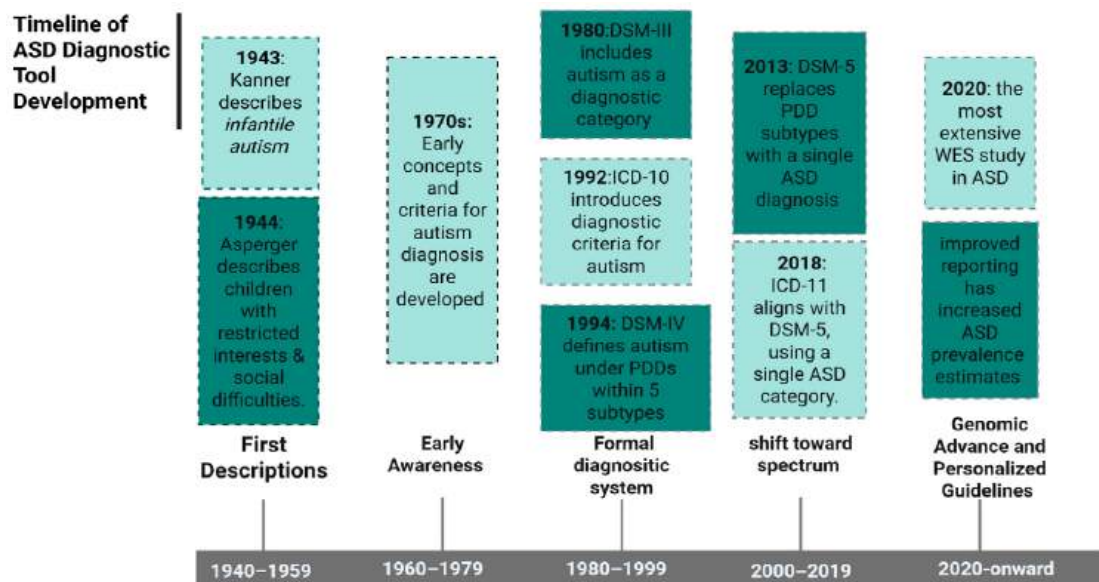
δημοσιεύτηκε το DSM-III (Diagnostic and Statistical of Mental Disorders), το επίσημο εγχειρίδιο για τη διάγνωση των ψυχικών διαταραχών (Rosen et al, 2021; Spitzer et al, 1980). Το DSM-III εισήγαγε την κατηγορία των «Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών» (ΔΑΔ), μία διάγνωση που περιλάμβανε τέσσερις υποκατηγορίες. Οι κατηγορίες αυτές ήταν ο «βρεφικός αυτισμός», η «διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή με έναρξη στην παιδική ηλικία», ο «υπολειμματικός αυτισμός» καθώς και μία άτυπη μορφή του αυτισμού για τις περιπτώσεις που δεν πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια (Aljead et al, 2025; Evans, 2013; Rosen et al, 2021; Spitzer et al, 1980). Το 1985 οι Simon Baron-Cohen, Alan Leslie και Uta Frith, υποστήριξαν ότι τα αυτιστικά παιδιά παρουσιάζουν σημαντικά ελλείμματα σε δεξιότητες που σχετίζονται με το νου, περιγράφοντας τον Αυτισμό ως μία σοβαρή δυσκολία στην κατανόηση και στην προσαρμογή στο περιβάλλον, με κύριο γνώρισμα την έκπτωση στη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία (Baron-Cohen et al, 1985; Evans, 2013). Λίγο αργότερα το 1987 πραγματοποιήθηκε η αναθεώρηση του DSM-III, διότι παρουσίαζε σημαντικές δυσκολίες και περιορισμούς. Στο πλαίσιο αυτής της αναθεώρησης (DSM-III-R), αντικαταστάθηκε ο όρος «βρεφικός αυτισμός», με τον όρο αυτιστική διαταραχή σηματοδοτώντας μία πιο διευρυμένη και αναπτυξιακά προσανατολισμένη προσέγγιση της διάγνωσης (Rosen et al, 2021). Το εγχειρίδιο DSM-III-R περιλάμβανε δεκαέξι διαγνωστικά κριτήρια που αφορούσαν τρεις βασικούς τομείς δυσκολιών:

- δυσκολίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση
- δυσκολίες στην επικοινωνία
- περιορισμένα ενδιαφέροντα.

Η διάγνωση του αυτισμού απαιτούσε τουλάχιστον οκτώ θετικά κριτήρια, δύο από τον κοινωνικό τομέα, και τουλάχιστον ένα από καθεμιά από τις άλλες δύο κατηγορίες (Rosen et al, 2021). Το 1994 δημοσιεύεται το εγχειρίδιο DSM-VI που ενσωμάτωνε πέντε επιμέρους διαγνώσεις:

- Αυτιστική Διαταραχή
- Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς
- Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή
- Σύνδρομο Rett
- Σύνδρομο Asperger

Η πέμπτη έκδοση του DSM δημοσιεύτηκε τον Μάιο του 2013 και επέφερε μία σημαντική αλλαγή. Με εξαίρεση το Σύνδρομο Rett, όλες οι Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές ενσωματώθηκαν σε μία μόνο διάγνωση στη Διαταραχή του Φάσματος του Αυτισμού. Το 2022 εκδόθηκε η αναθεωρημένη μορφή του DSM-V-TR που χρησιμοποιείται μέχρι και σήμερα. Παρόλο που δεν πραγματοποιήθηκαν σημαντικές τροποποιήσεις αξίζει να σημειωθεί ότι για τη διάγνωση της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος, τα άτομα πρέπει να πληρούν όλα τα επιμέρους κριτήρια που αφορούν τον τομέα των ελλειμμάτων στην κοινωνική επικοινωνία (APA, 2021; Da Silva & Lebrun, 2023).



Σχήμα 2. Χρονοδιάγραμμα ανάπτυξης διαγνωστικών εργαλείων Aljead et al, 2025

1.4 Κλινικά χαρακτηριστικά και ετερογένεια

Σε γενικές γραμμές ο Αυτισμός χαρακτηρίζεται από επίμονες δυσκολίες στην κοινωνική επικοινωνία και αλληλεπίδραση, καθώς και από περιορισμένα και επαναλαμβανόμενα μοτίβα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων (Litman et al, 2024; Lord et al, 2020). Τα τελευταία χρόνια καταγράφεται σημαντική αύξηση στις διαγνώσεις, ενώ η διεύρυνση των διαγνωστικών κριτηρίων έχει αναδείξει ακόμα μεγαλύτερη ποικιλομορφία στον πληθυσμό, τόσο ως προς τα φαινοτυπικά χαρακτηριστικά, όσο και ως προς το γενετικό υπόβαθρο (Chiarotti et al, 2020; Litman et al, 2024). Τα βασικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα του Αυτισμού διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς την ένταση και τον τρόπο εκδήλωσης τους, ενώ συχνά δύναται να

συνυπάρχουν με ένα ευρύ και εξατομικευμένο σύνολο συναφών χαρακτηριστικών και συνοδών καταστάσεων για κάθε άτομο. Η εκτεταμένη αυτή ποικιλομορφία στην έκφραση των φαινοτύπων αντικατοπτρίζει και τη σημαντική ετερογένεια που παρατηρείται στον αυτιστικό πληθυσμό (Litman et al, 2024).

Η κλινική εικόνα της ΔΑΦ περιλαμβάνει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

Δυσκολίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση: Τα άτομα με ΔΑΦ συχνά εμφανίζουν δυσκολίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση και ειδικότερα στην κατανόηση των συναισθημάτων και των κοινωνικών μηνυμάτων και στη διατήρηση της βλεμματικής επαφής, γεγονός που επηρεάζει τη δημιουργία και τη διατήρηση των διαπροσωπικών σχέσεων (Morrison et al, 2020; Qin et al, 2024).

Δυσκολίες στην επικοινωνία: Τα ελλείμματα στην επικοινωνία δύναται να εκδηλωθούν τόσο στη λεκτική όσο και στη μη λεκτική επικοινωνία. Συνήθως υπάρχει καθυστέρηση ανάπτυξης του λόγου και δυσκολίες στην κατανόηση της γλώσσας του σώματος και των εκφράσεων του προσώπου. Ακόμα υπάρχουν αυτιστικοί που μπορεί να μην αναπτύξουν ποτέ λειτουργικό προφορικό λόγο (Baird et al, 2016; Qin et al, 2024).

Επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές και ενδιαφέροντα: Τα άτομα με ΔΑΦ συχνά εμφανίζουν περιορισμένα, επαναλαμβανόμενα πρότυπα συμπεριφοράς και ενδιαφερόντων. Εμφανίζουν έντονη ανάγκη για σταθερότητα και προβλεψιμότητα στην καθημερινότητά τους, εκδηλώνοντας προσκόλληση σε καθιερωμένες ρουτίνες και δυσκολία προσαρμογής σε αλλαγές. Παράλληλα συχνά παρουσιάζουν προσήλωση σε συγκεκριμένα αντικείμενα και δραστηριότητες (Berry et al, 2018; Qin et al, 2014).

Αισθητηριακή ευαισθησία: Πολλοί αυτιστικοί έχουν ευαισθησία στην αισθητηριακή επεξεργασία με αποτέλεσμα να εμφανίζουν ευαισθησία στον ήχο, στο φως, την αφή, την γεύση και την οσμή. Για παράδειγμα μπορεί να ενοχλούνται από ήχους της καθημερινότητας ή να μην νιώθουν τον πόνο, τη ζέστη ή το κρύο (Kojovic et al, 2019; Qin et al, 2014;).

Η ΔΑΦ χαρακτηρίζεται από μεγάλη ετερογένεια στη κλινική της εικόνα, καθώς τα άτομα που επηρεάζονται παρουσιάζουν ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων και επιπέδων λειτουργικότητας. Το εύρος αυτό εκτείνεται από σοβαρές μορφές στις οποίες υπάρχει σημαντικός περιορισμός της αυτονομίας του ατόμου, έως περιπτώσεις υψηλής

λειτουργικότητας, στις οποίες τα άτομα εμφανίζουν φυσιολογικό ή και υψηλό επίπεδο νοητικής λειτουργίας. Η ετερογένεια οφείλεται συχνά στη παρουσία ψυχιατρικών αλλά και άλλων διαταραχών, όπως η νοητική στέρηση, η ΔΕΠ-Υ, διαταραχές ύπνου και διάθεσης, επιληψία και γαστρεντερικές διαταραχές. Ένα ακόμη στοιχείο που συμβάλλει στην κλινική ετερογένεια της ΔΑΦ είναι οι διαφορές στην αισθητηριακή επεξεργασία, ιδιαίτερα κατά την πρώιμη παιδική ηλικία. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τα άτομα στο φάσμα του αυτισμού να αντιλαμβάνονται και να επεξεργάζονται τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος εκδηλώνοντας άτυπες συμπεριφορές όπως έλξη για τεχνητά φώτα, ενόχληση για πολυσύχναστους χώρους, επιλεκτικότητα στο φαγητό, θυμό και επιθετικότητα (Posar & Visconti, 2023).

2. Το ιατρικό και το κοινωνικό μοντέλο αναπηρίας στις Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος

2.1 Το ιατρικό μοντέλο αναπηρίας και η εφαρμογή του στις Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος

Από τα μέσα του 1800 το ιατρικό μοντέλο αναπηρίας αντικατέστησε σταδιακά το ηθικό/θρησκευτικό μοντέλο. Σύμφωνα με το ιατρικό μοντέλο, η αναπηρία θεωρείται πρόβλημα υγείας που οφείλεται σε δυσλειτουργία ή ανεπάρκεια ενός συστήματος του οργανισμού και επομένως πρέπει να αντιμετωπίζεται ως κάτι παθολογικό (Retief & Letsosa, 2018). Οι παρεμβάσεις στοχεύουν στη θεραπεία, στη βελτίωση της φυσικής κατάστασης και στην αποκατάσταση. Συχνά αναφέρεται και ως «μοντέλο προσωπικής τραγωδίας», καθώς προσεγγίζει την αναπηρία ως μία αρνητική και αξιοθρήνητη κατάσταση για το άτομο που τη βιώνει και την οικογένειά του (Clare, 2001; Clare, 2019; Retief & Letsosa, 2018). Η χρήση των όρων «ανάπηρος», «σπαστικός» και «καθυστερημένος» έχει τις ρίζες της σε αυτή την ιατρική προσέγγιση. Αυτή η αντίληψη ενισχύει και την άποψη ότι τα άτομα με αναπηρία δεν είναι ικανά να εργαστούν (Retief & Letsosa, 2018). Ένας από τους βασικούς στόχους του ιατρικού μοντέλου αναπηρίας ήταν να ταξινομήσει τους ανθρώπους σε «φυσιολογικούς» και μη «φυσιολογικούς». Η διάκριση αυτή είχε σημαντικές κοινωνικές συνέπειες, καθώς τα άτομα που χαρακτηρίζονταν ως «μη φυσιολογικά», συχνά αντιμετώπιζαν περιορισμούς σε κοινωνικούς πόρους και επαγγελματικές ευκαιρίες. Με αυτό τον τρόπο το ιατρικό μοντέλο ενίσχυσε τις κοινωνικές ανισότητες και οδήγησε κάποιες κοινωνικές ομάδες στο περιθώριο, περιορίζοντας τη δυνατότητά τους για ισότιμη συμμετοχή στη κοινωνία (Barton, 2017; Zaks, 2023). Σύμφωνα με το ιατρικό μοντέλο αναπηρίας, τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα με αναπηρία ερμηνεύονται ως αποτέλεσμα της ατομικής σωματικής ή ψυχικής δυσλειτουργίας, δίχως να λαμβάνεται υπόψη η επίδραση του ευρύτερου κοινωνικοπολιτικού, πολιτισμικού και φυσικού περιβάλλοντος. Στο πλαίσιο αυτό η αναπηρία αντιμετωπίζεται ως ατομικό ιατρικό ζήτημα που απαιτεί θεραπεία ή αποκατάσταση. Κάποιες δυσλειτουργίες όμως δεν δύναται να εξαλειφθούν ή να βελτιωθούν με την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης με αποτέλεσμα τα άτομα αυτά να χρειάζονται μόνιμα υποστήριξη. Η προσέγγιση αυτή

συχνά συνδέεται με φιλανθρωπικές πρακτικές και δράσεις συγκέντρωσης πόρων, όπου η αναπηρία προσεγγίζεται μέσα από το πρίσμα της φιλευσπλαχνίας και όχι της ισότητας των δικαιωμάτων (Haeghele & Hodge, 2016).

Το ιατρικό μοντέλο αναπηρίας προσεγγίζει τον Αυτισμό ως μια διαταραχή που εντοπίζεται στο ίδιο το άτομο και συνδέεται με συγκεκριμένες δυσκολίες στη συμπεριφορά, στην επικοινωνία και στην κοινωνική αλληλεπίδραση. Αντιμετωπίζεται μέσα από τη διάγνωση, την αξιολόγηση και την εφαρμογή θεραπευτικών μεθόδων που στόχο έχουν τη μείωση των συμπτωμάτων και στη βελτίωση της λειτουργικότητας του ατόμου. Ωστόσο έχει δεχθεί κριτική διότι δίνει έμφαση στις δυσκολίες, τις ελλείψεις και τις περιορισμένες ικανότητες των ατόμων με αυτισμό αδιαφορώντας για τα θετικά χαρακτηριστικά, τις ικανότητες και τις ιδιαίτερες δυνατότητες τους (Anderson - Chavarria, 2022).

2.2 Το κοινωνικό μοντέλο αναπηρίας στις Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος

Το κοινωνικό μοντέλο αναπηρίας αναπτύχθηκε αρχικά μέσα από τη δράση των ακτιβιστικών κινημάτων και στη συνέχεια ενισχύθηκε χάρη στη συμβολή της ακαδημαϊκής κοινότητας και στις παρεμβάσεις στον τομέα χάραξης πολιτικών (Bradby, 2010). Βασίστηκε στην ιδέα ότι η αναπηρία δεν είναι ατομικό πρόβλημα ή αποτέλεσμα μιας σωματικής βλάβης, αλλά κοινωνικό ζήτημα που προκύπτει από τους περιορισμούς που δημιουργεί η ίδια η κοινωνία. Αναπτύχθηκε για να βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας να αλλάξουν τον τρόπο που αντιμετωπίζουν τα άτομα με αναπηρία (Oliver, 2013). Εστιάζει στους κοινωνικούς, περιβαλλοντικούς και θεσμικούς παράγοντες που περιορίζουν τη συμμετοχή των ατόμων με αναπηρία στις κοινωνικές δραστηριότητες και εξετάζει με ποιον τρόπο η ίδια η κοινωνία αποδίδει στο άτομο το χαρακτηρισμό του «ανάπηρου», μέσα από προκατειλημμένες και καταπιεστικές αντιλήψεις. Το μοντέλο αυτό συνέβαλε σημαντικά στην ενίσχυση των δικαιωμάτων και στη χάραξη πολιτικών για τα άτομα με αναπηρία (Bradby, 2010).

Σύμφωνα με το κοινωνικό μοντέλο η αναπηρία δεν αποτελεί εγγενές χαρακτηριστικό του ατόμου, αλλά προκύπτει από τα εμπόδια που θέτει η ίδια η κοινωνία. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τον αποκλεισμό των ατόμων με αναπηρία από την κοινωνική ζωή. Επομένως θα πρέπει να δίνεται έμφαση στη κοινωνία και όχι στο άτομο, καθώς η

βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με αναπηρία εξαρτάται κυρίως από πολιτικές και κοινωνικές αλλαγές (Haegele & Hodge, 2016).

Με βάση το κοινωνικό μοντέλο αναπηρίας ο αυτισμός θεωρείται ένας διαφορετικός τρόπος ύπαρξης και αντίληψης του κόσμου. Τα άτομα στο φάσμα του αυτισμού συχνά παρουσιάζουν συμπεριφορές που αποκλίνουν από τα κοινωνικά πρότυπα με αποτέλεσμα να βιώνουν κοινωνικό αποκλεισμό. Αυτές οι συμπεριφορές και τα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τον αυτισμό, όταν εξετάζονται υπό το πρίσμα του κοινωνικού μοντέλου αναπηρίας ενδέχεται να θεωρηθούν περισσότερο ως εναλλακτικές μορφές συμπεριφοράς, που δύσκολα αποδέχεται η κοινωνία, παρά ως ιατρικές ενδείξεις μιας πάθησης. Στερεοτυπικές συμπεριφορές όπως το φτερούγισμα των χεριών, το λίκνισμα και η ηχολαλία που συχνά χρησιμοποιούνται από τα άτομα στο φάσμα του αυτισμού δεν θα πρέπει να εκλαμβάνονται ως αρνητικές, αλλά ως παραγωγικές μορφές επικοινωνίας (Anderson - Chavarria, 2022).

Το κοινωνικό μοντέλο αναπηρίας έχει δεχθεί κριτική διότι δίνει μεγάλη έμφαση στη άποψη ότι τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα με αναπηρία απορρέουν από την κοινωνία, παραβλέποντας άλλους εξίσου σημαντικούς παράγοντες. Επίσης ο διαχωρισμός μεταξύ αναπηρίας και βλάβης θεωρείται από πολλούς προβληματικός, διότι ενισχύει τις διακρίσεις και συμβάλλει στην περιθωριοποίηση των ατόμων με αναπηρία. Τα άτομα στο φάσμα του αυτισμού συχνά νιώθουν αποξενωμένα από την κοινωνία, διότι συχνά αντιμετωπίζονται ως «διαφορετικοί» και όχι ως ισότιμα μέλη της κοινωνίας (Anderson - Chavarria, 2022).

3. Νευροδιαφορετικότητα και Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος

3.1 Ορισμός και βασικές αρχές νευροδιαφορετικότητας

Η έννοια της νευροδιαφορετικότητας αποτελεί ένα σύνθετο και πολυδιάστατο θεωρητικό πλαίσιο, που τα τελευταία χρόνια έχει προσελκύσει αυξανόμενο ενδιαφέρον στους τομείς των κοινωνικών επιστημών και των νευροεπιστημών. Παρά την ευρεία χρήση του όρου, ο ακριβής ορισμός του δεν είναι πάντοτε σαφής, καθώς ερμηνεύεται και χρησιμοποιείται συχνά με διαφορετικούς τρόπους. Ο όρος «νευροδιαφορετικότητα», επινοήθηκε από την κοινωνιολόγο Judy Singer, στα τέλη της δεκαετίας του 1990 με σκοπό να αναδείξει έναν διαφορετικό τρόπο κατανόησης της ανθρώπινης ποικιλομορφίας όσον αφορά την αντίληψη και τους τρόπους επικοινωνίας (Goldberg, 2023). Αρχικά συνδέθηκε με τον αυτισμό, όμως πλέον χρησιμοποιείται και για άλλες νευροαναπτυξιακές διαφοροποιήσεις όπως ΔΕΠ-Υ, δυσλεξία και σύνδρομο Tourette. Σύμφωνα με τους McLennan et al, (2025) ο όρος νευροδιαφορετικότητα χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις διαφοροποιήσεις που παρατηρούνται στη λειτουργία του ανθρώπινου εγκεφάλου. Οι άνθρωποι παρουσιάζουν σημαντικές διαφοροποιήσεις στον τρόπο σκέψης, μάθησης, αντίληψης και επεξεργασίας της πληροφορίας. Στην περίπτωση που ο τρόπος λειτουργίας του εγκεφάλου ενός ατόμου αποκλίνει από το νευροτυπικό πρότυπο (neurotypical), τότε χρησιμοποιείται ο όρος νευροαπόκλιση (neurodivergence). Το παράδειγμα της νευροδιαφορετικότητας (neurodiversity paradigm) αποτελεί μια θεωρητική προσέγγιση που αντιμετωπίζει τις νευρολογικές διαφοροποιήσεις ως φυσική μορφή ανθρώπινης ποικιλομορφίας και προωθεί την αποδοχή και την συμπερίληψη. Παράλληλα υπογραμμίζεται η σημασία της αναγνώρισης των δικαιωμάτων των νευροδιαφορετικών ατόμων καθώς και η ενεργός συμμετοχή τους στη διαμόρφωση πολιτικών, πρακτικών και ερευνητικών προσεγγίσεων που τα αφορούν (Kapp, 2020; Shaw et al, 2024). Από τη δεκαετία του 1990 και μετά το κίνημα της νευροδιαφορετικότητας έχει συμβάλλει καθοριστικά στην αναδιαμόρφωση της κατανόησης του Αυτισμού, επηρεάζοντας τον προσανατολισμό της επιστημονικής έρευνας, αλλά και τον τρόπο που σχεδιάζονται και παρέχονται οι υπηρεσίες φροντίδας και υποστήριξης. Στο επίκεντρο αυτής της προσέγγισης βρίσκεται η ανάδειξη των βιωμάτων και των προτιμήσεων των ατόμων με αυτισμό ατόμων,

καθώς και ο σεβασμός στον τρόπο που αντιλαμβάνονται και εκφράζουν την ταυτότητά τους (Finke & Dunn, 2023; Kapp et al, 2019).

3.2 Νευροδιαφορετικότητα και επαγγελματίες υγείας

Τα άτομα στο φάσμα του αυτισμού παρουσιάζουν αυξημένη ευαισθησία σε ένα ευρύ φάσμα σωματικών, ψυχικών και κοινωνικών προβλημάτων υγείας (Calleja et al, 2020; Croen et al, 2015; Fortuna et al, 2016). Σε σωματικό επίπεδο συχνά παρουσιάζουν προβλήματα από το γαστρεντερικό σύστημα, διαταραχές ύπνου και δυσκολίες στην αισθητηριακή ολοκλήρωση, δυσχεραίνοντας την καθημερινότητά τους (Muskens et al, 2017). Σε ψυχικό επίπεδο παρατηρούνται αυξημένα ποσοστά άγχους, κατάθλιψης καθώς και άλλων ψυχικών διαταραχών (Hollocks et al, 2019; Lai et al, 2019). Σε κοινωνικό επίπεδο συχνά αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση, όπως για παράδειγμα στην κατανόηση των κοινωνικών κανόνων, στη διατήρηση των κοινωνικών σχέσεων και στην αποτελεσματική επικοινωνία με τους άλλους (Baumer et al, 2018). Τα προβλήματα αυτά ενδέχεται να επηρεάσουν αρνητικά την ποιότητα ζωής των ατόμων. Επίσης παράγοντες που σχετίζονται με τις συνθήκες ζωής των ατόμων με αυτισμό δύναται να επηρεάσουν τη συνολική κατάσταση της υγείας τους και κατά συνέπεια να περιορίσουν την πρόσβασή τους στις κατάλληλες υπηρεσίες υγείας. Μεταξύ αυτών είναι η ίδια η διάγνωση, η ηλικία της διάγνωσης, οι συνθήκες διαβίωσης, το μορφωτικό επίπεδο, οι επαγγελματικές δυνατότητες και η υποστήριξη από το οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον (Calleja et al, 2020; Orsmond et al, 2013). Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αποδεικνύει ότι τα άτομα με αυτισμό ως ασθενείς αντιμετωπίζουν πολλά εμπόδια στην πρόσβασή τους στις μονάδες υγείας γεγονός που επηρεάζει αρνητικά τη λειτουργικότητά και την υγεία τους. Ένα από τα βασικότερα εμπόδια αφορά την επικοινωνία των ατόμων με αυτισμό με τους επαγγελματίες υγείας καθώς πολλές φορές οι πληροφορίες από τους επαγγελματίες υγείας δεν δίνονται με σαφή και κατανοητό τρόπο γεγονός που δυσχεραίνει την κατανόηση της θεραπείας και των ιατρικών οδηγιών. Επίσης οι επαγγελματίες υγείας συχνά δεν διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις για τον αυτισμό και τις ανάγκες αυτών των ασθενών (Calleja et al, 2020). Παράλληλα περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως ο φωτισμός, ο θόρυβος και γενικότερα ο τρόπος λειτουργία των δομών υγείας ενδέχεται να επιβαρύνουν αισθητηριακά τα άτομα στο φάσμα του αυτισμού και να δυσκολέψουν την παραμονή τους στο χώρο (Calleja et al, 2020; Nicolaidis et al, 2014).

4. Γνώσεις, στάσεις και αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας για τα άτομα με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος

4.1 Γνώσεις των επαγγελματιών υγείας για τα άτομα στο Φάσμα του Αυτισμού

Οι επαγγελματίες υγείας διαδραματίζουν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη των ατόμων με αυτισμό και των οικογενειών τους, καθώς συχνά αποτελούν το πρώτο σημείο επαφής με το σύστημα υγείας. Ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνονται και κατανοούν τον αυτισμό, δύναται να επηρεάσει ουσιαστικά την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, την επικοινωνία και τη στάση που υιοθετείται απέναντι στη νευροδιαφορετικότητα. Γι' αυτό τον λόγο η επαρκής ενημέρωση σε συνδυασμό με την ανάπτυξη κατάλληλων γνώσεων θεωρούνται ιδιαίτερα σημαντικές για τους επαγγελματίες υγείας. Οι αυτιστικοί είναι ιδιαίτεροι ασθενείς διότι παρουσιάζουν συχνά άτυπες συμπεριφορές και αντιδράσεις διότι αντιλαμβάνονται και επεξεργάζονται την πραγματικότητα με διαφορετικό τρόπο (Juraszek et al, 2019).

Αρκετές μελέτες έχουν διερευνήσει το επίπεδο των γνώσεων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τις ΔΑΦ. Τα αποτελέσματα των περισσότερων ερευνών τεκμηριώνουν ότι το επίπεδο γνώσης και εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας παρουσιάζει σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ διαφορετικών επαγγελματικών ομάδων. Συγκεκριμένα σύμφωνα με τη μελέτη των Imran et al (2011), η οποία διερεύνησε τις γνώσεις των επαγγελματιών υγείας για τον Αυτισμό, διαπιστώθηκε ότι το επίπεδο γνώσεων μεταξύ των συμμετεχόντων παρουσίαζε σημαντικές διακυμάνσεις. Αναλυτικότερα τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γιατροί διέθεταν υψηλότερο επίπεδο γνώσεων συγκριτικά με τις άλλες επαγγελματικές ομάδες που συμμετείχαν στη μελέτη, ενώ οι νοσηλεύτές και το διοικητικό προσωπικό παρουσίασαν σημαντικές ελλείψεις σε συγκεκριμένους τομείς που σχετίζονται με τον Αυτισμό (Imran et al, 2011). Οι Low & Zailan (2018), διερεύνησαν τις γνώσεις 83 φοιτητών ιατρικής από τη Μαλαισία σχετικά με τις ΔΑΦ. Τα ευρήματα της μελέτης έδειξαν ότι οι τελειόφοιτοι φοιτητές ιατρικής διέθεταν περισσότερες γνώσεις για τις ΔΑΦ συγκριτικά με τους νεότερους φοιτητές. Επιπλέον οι συμμετέχοντες ενώ αναγνώριζαν τα συμπτώματα που σχετίζονταν με επαναλαμβανόμενες και περιορισμένες συμπεριφορές, δυσκολεύτηκαν να

αναγνωρίζουν τα ελλείμματα στην κοινωνική επικοινωνία (Low & Zailan, 2018). Η μελέτη των Juraszek et al (2019), διερεύνησε τις γνώσεις 122 επαγγελματιών υγείας από την Πολωνία για τον Αυτισμό. Παρατηρήθηκε ότι το επίπεδο γνώσεων των συμμετεχόντων ήταν γενικά χαμηλό. Συγκεκριμένα διαπιστώθηκε ότι το επίπεδο γνώσεων των γιατρών ήταν υψηλότερο σε σύγκριση με τις άλλες επαγγελματικές ομάδες που συμμετείχαν στη μελέτη. Το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών ήταν χαμηλότερο από αυτό των γιατρών όμως υψηλότερο από των διοικητικών υπαλλήλων (Juraszek et al, 2019). Επίσης η μελέτη των Hayat et al (2019), που πραγματοποιήθηκε στη Σαουδική Αραβία, εξέτασε το επίπεδο γνώσεων γιατρών, οδοντιάτρων, φαρμακοποιών και φοιτητών των επιστημών υγείας, σχετικά με τον Αυτισμό της παιδικής ηλικίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ενώ αρκετοί επαγγελματίες υγείας είχαν βασικές γνώσεις για τον Αυτισμό, ωστόσο παρατηρήθηκαν ελλείψεις σε τομείς που σχετίζονται με την κατανόηση και την ενημέρωση σχετικά με τον Αυτισμό. Επίσης παρατηρήθηκαν αποκλίσεις στο επίπεδο γνώσεων μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων. Συγκεκριμένα οι γιατροί παρουσίασαν υψηλότερο επίπεδο γνώσεων, ενώ οι οδοντίατροι και οι φαρμακοποιοί χαμηλότερο (Hayat et al, 2019). Παρόμοια ευρήματα έδειξε η μελέτη που διεξήγαγαν οι Alaghband-Rad et al, (2023) στο Ιράν. Οι μελετητές διερεύνησαν τις γνώσεις 182 επαγγελματιών υγείας για τους ενήλικες με ΔΑΦ. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι επαγγελματίες υγείας είχαν περιορισμένες γνώσεις σχετικά με τις ΔΑΦ και συγκεκριμένα μόνο το 10% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι είχε πολύ καλή ή άριστη γνώση για τον Αυτισμό. Μία ακόμη μελέτη που διερεύνησε το επίπεδο γνώσεων επαγγελματιών υγείας και συγκεκριμένα των νοσηλευτών έδειξε ότι οι συμμετέχοντες ενώ παρουσίασαν ικανοποιητικό επίπεδο γνώσεων σχετικά με τη φύση και τα γενικά χαρακτηριστικά του αυτισμού, αστόχησαν σε ζητήματα σχετικά με τη διάγνωση, τα διαγνωστικά κριτήρια, την ηλικία που τίθεται η πρώτη διάγνωση και τις παρεμβάσεις (Ferrara et al, 2024). Τέλος η μελέτη των Mengesha et al, (2025) που πραγματοποιήθηκε στην Αιθιοπία και στην οποία συμμετείχαν 360 γενικοί γιατροί έδειξε επίσης μέτριο επίπεδο γνώσεων για τις ΔΑΦ.

Το περιορισμένο επίπεδο γνώσεων των επαγγελματιών υγείας για τον αυτισμό μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την έγκαιρη διάγνωση, γεγονός που ενδέχεται να περιορίσει την παροχή της κατάλληλης φροντίδας και υποστήριξης και να επηρεάσει συνολικά την πορεία της υγείας των ατόμων με αυτισμό που δύναται να νοσούν. Επιπλέον η

έλλειψη επαρκούς ενημέρωσης μπορεί να δυσκολέψει την αποτελεσματική επικοινωνία και την κατανόηση των ιδιαίτερων αναγκών των ατόμων με αυτισμό επηρεάζοντας αρνητικά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Συγγραφείς	Χώρα	Σκοπός	Δείγμα	Αποτελέσματα
Imran et al, (2011)	Πακιστάν	Αξιολόγηση γνώσεων των επαγγελματιών υγείας για τον αυτισμό	247 επαγγελματίες υγείας	Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γιατροί είχαν υψηλότερο επίπεδο γνώσεων, ενώ οι νοσηλευτές και το διοικητικό παρουσίασαν σημαντικές ελλείψεις
Low & Zailan, (2018)	Μαλαισία	Διερεύνηση γνώσεων επαγγελματιών υγείας σχετικά με τη ΔΑΦ	83 φοιτητές ιατρικής	Οι τελειόφοιτοι φοιτητές είχαν περισσότερες γνώσεις για τις ΔΑΦ σε σχέση με τους νεότερους
Juraszek et al, (2019)	Πολωνία	Προσδιορισμός του επιπέδου γνώσεων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τις ΔΑΦ	122 επαγγελματίες υγείας	Οι γιατροί διέθεταν υψηλότερο επίπεδο γνώσεων συγκριτικά με τους νοσηλευτές και το διοικητικό προσωπικό
Hayat et al, (2019)	Σαουδική Αραβία	Αξιολόγηση των γνώσεων των επαγγελματιών υγείας για τις ΔΑΦ	162 επαγγελματίες υγείας	Μέτρια έως χαμηλά επίπεδα γνώσης
Alagband-Rad et al, (2023)	Ιράν	Διερεύνηση των γνώσεων επαγγελματιών υγείας για τους ενήλικες με ΔΑΦ	182 επαγγελματίες υγείας	Μέτριο επίπεδο γνώσεων. Παρατηρούνται σημαντικά κενά ενώ συχνά οι ΔΑΦ συγχέονται με άλλες διαταραχές
Ferrara et al, (2024)	Ιταλία	Διερεύνηση των γνώσεων των νοσηλευτών για τις ΔΑΦ	66 νοσηλευτές	Υψηλό επίπεδο γνώσεων στην αναγνώριση συμπτωμάτων, αλλά χαμηλό στον έλεγχο και στη διάγνωση

Mengesha et al, (2025)	Αιθιοπία	Αξιολόγηση των γνώσεων των γενικών γιατρών σχετικά με τη ΔΑΦ	360 γενικοί γιατροί	Μέτριο επίπεδο γνώσεων
---------------------------	----------	--	------------------------	------------------------

Πίνακας 3. Αποτελέσματα βιβλιογραφικής ανασκόπησης για τις γνώσεις των επαγγελματιών υγείας

4.2 Στάσεις και αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας για τα άτομα στο φάσμα του αυτισμού

Η μελέτη των στάσεων και των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας για τα άτομα στο φάσμα του αυτισμού έχει άμεσες και ουσιαστικές επιπτώσεις στη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, αλλά και στον τρόπο που βιώνουν οι αυτιστικοί ασθενείς την φροντίδα υγείας. Ο τρόπος με τον οποίο οι επαγγελματίες υγείας αντιλαμβάνονται τις ΔΑΦ, δύναται να επηρεάσει τη συμπεριφορά τους κατά την κλινική πράξη, τη διαδικασία λήψης αποφάσεων, αλλά και την επικοινωνία τους με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Στη συνέχεια παρουσιάζονται ερευνητικά δεδομένα που εξετάζουν τις στάσεις και τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τις ΔΑΦ.

Στην μελέτη των Imran et al (2011), συμμετείχαν 247 επαγγελματίες υγείας από το Πακιστάν και καταγράφηκαν γενικά θετικές στάσεις απέναντι στις ΔΑΦ. Ωστόσο οι στάσεις αυτές συχνά συνυπήρχαν με στερεότυπα και παρανοήσεις. Αντίστοιχα η μελέτη των Haney & Cullen (2018), με δείγμα 793 κοινωνικούς λειτουργούς από τις Η.Π.Α, ανέδειξε γενικότερα θετικές στάσεις απέναντι στα άτομα με αυτισμό με την πλειοψηφία των συμμετεχόντων να απορρίπτει τα αρνητικά στερεότυπα, στοιχείο που υποδηλώνει μεγαλύτερο βαθμό αποδοχής και κατανόησης. Την ίδια χρονιά οι Low & Zailan διεξήγαγαν μελέτη στη Μαλαισία για τη διερεύνηση των στάσεων των επαγγελματιών υγείας για τις ΔΑΦ. Στη μελέτη συμμετείχαν 83 φοιτητές ιατρικής και τα ευρήματα έδειξαν θετικές στάσεις απέναντι στα άτομα με ΔΑΦ, ωστόσο καταγράφηκαν επιφυλάξεις ως προς τις κοινωνικοσυναισθηματικές τους ικανότητες, την ένταξη τους στο εκπαιδευτικό περιβάλλον και την αυτονομία τους (Low & Zailan, 2018). Αντιθέτως στη μελέτη των Alaghband-Rad et al, που πραγματοποιήθηκε στο Ιράν με τη συμμετοχή 182 επαγγελματιών υγείας, καταγράφηκαν αρνητικές στάσεις.

Περίπου 67% των επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην μελέτη πίστευε ότι τα άτομα στο φάσμα του αυτισμού είναι λιγότερο συνεργάσιμα (Alaghband – Rad et al, 2023). Μέτριες προς θετικές στάσεις κατέγραψαν οι Erdogan & Turan (2013), στη μελέτη τους για τον προσδιορισμό των στάσεων επαγγελματιών υγείας για τον αυτισμό. Στη μελέτη αυτή που εκτός από τις στάσεις ερεύνησε και γνώσεις διαπιστώθηκε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ γνώσεων και στάσεων. Αυτό σημαίνει ότι όσο υψηλότερο ήταν το επίπεδο γνώσης των συμμετεχόντων, τόσο πιο θετικές ήταν και οι στάσεις τους απέναντι στον αυτισμό. Η μελέτη των Zia et al (2025), επικεντρώθηκε εκτός των άλλων στην αξιολόγηση των κοινωνικών στάσεων για τον αυτισμό 431 φοιτητών ιατρικής. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν γενιά θετικές στάσεις απέναντι στα άτομα στο φάσμα του αυτισμού, γεγονός που προκύπτει από τις υψηλές τιμές των σκορ που συγκέντρωσαν. Παράλληλα διαπιστώθηκε ότι οι στάσεις επηρεάζονται σημαντικά από την προσωπική εμπειρία και την εκπαίδευση, καθώς όσοι είχαν στην οικογένειά τους μέλος με αυτισμό ή είχαν παρακολουθήσει κάποιο εκπαιδευτικό σεμινάριο για τον αυτισμό παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα θετικών στάσεων (Zia et al, 2025). Τέλος θετικές στάσεις έδειξε η μελέτη των Nihal et al (2025), που διενεργήθηκε στην Ινδία και συμμετείχαν 53 ειδικευόμενοι παιδίατροι. Ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό, το 96,23% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι είναι πρόθυμοι να αλληλοεπιδρούν με άτομα στο φάσμα του αυτισμού, ενώ το 98,11% των συμμετεχόντων θα δεχόντουσαν να παρακολουθήσουν εκπαιδευτικά προγράμματα για τις ΔΑΦ. Τέλος το 75,46% υποστήριζαν την πλήρη ένταξη των παιδιών με ΔΑΦ στα γενικά σχολεία, γεγονός που αποδεικνύει ότι ένα σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων έχει επιφυλάξεις (Nihal et al, 2025).

Μετά την καταγραφή των στάσεων των επαγγελματιών υγείας για τα άτομα με ΔΑΦ κρίνεται απαραίτητη και η διερεύνηση των αντιλήψεών τους. Η αντίληψη αφορά τον τρόπο που βλέπει κάποιος τον κόσμο (McDonald, 2012). Στη παρούσα αφορά τον τρόπο που οι επαγγελματίες υγείας ερμηνεύουν και κατανοούν τα χαρακτηριστικά, τις ανάγκες και τις συμπεριφορές των ατόμων με αυτισμό. Η βιβλιογραφία σχετικά με τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας για τα άτομα στο φάσμα του αυτισμού είναι περιορισμένη. Παρόλο που το ενδιαφέρον για τις ΔΑΦ έχει αυξηθεί, λίγες μελέτες έχουν διερευνήσει τις αντιλήψεις και τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας. Στη συνέχεια παρατίθενται ενδεικτικά ορισμένες από αυτές τις μελέτες.

Οι Low & Zailan (2018), διερεύνησαν μεταξύ άλλων τις αντιλήψεις 83 φοιτητών ιατρικής σχετικά με τις ΔΑΦ. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες είχαν γενικότερα θετικές αντιλήψεις και αναγνώρισαν τη σημασία ένταξης εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τον αυτισμό στο πρόγραμμα σπουδών τους. Επίσης αξίζει να σημειωθεί ότι δεν παρατηρήθηκαν στατιστικές διαφοροποιήσεις στις αντιλήψεις μεταξύ πρωτοετών και τελειόφοιτων. Στη μελέτη των Urbanowicz et al (2020), αναζητήθηκαν οι απόψεις επαγγελματιών υγείας για τα ενήλικα άτομα με ΔΑΦ. Οι Zarokanellou et al, (2024), διερεύνησαν τις αντιλήψεις 444 φοιτητών νοσηλευτικής και λογοθεραπείας για τις αντιλήψεις τους απέναντι στους συμφοιτητές τους με ΔΑΦ. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι οι αντιλήψεις των συμμετεχόντων επηρεάζονταν σημαντικά από την ύπαρξη διάγνωσης και από τη συμπεριφορά των ατόμων με ΔΑΦ. Ειδικότερα οι φοιτητές είχαν πιο θετικές αντιλήψεις απέναντι στους συμφοιτητές τους με υψηλής λειτουργικότητας αυτισμό. Επίσης όταν κάποιος νευροδιαφορετικός φοιτητής παρουσίαζε κάποια διαφορετική και ασυνήθιστη συμπεριφορά, οι συμφοιτητές του τον στιγματίζουν και τον απέρριπταν (Zarokanellou et al, 2024). Οι Figueiredo et al (2026), διεξήγαγαν ποιοτική μελέτη και εξέτασαν τις αντιλήψεις 17 επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε ΤΕΠ για τα παιδιά με ΔΑΦ. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι επαγγελματίες υγείας αντιλαμβάνονται τις αυξημένες δυσκολίες προσαρμογής που παρουσιάζουν τα παιδιά με ΔΑΔ στο νοσοκομειακό περιβάλλον καθώς και την ανάγκη για εξατομικευμένη φροντίδα. Επίσης θεωρούν εξίσου σημαντική τη συνεργασία με την οικογένεια και αναγνωρίζουν την ανάγκη για εκπαίδευση ώστε να μπορέσουν να ανταποκριθούν στις αυξημένες ανάγκες των παιδιών με ΔΑΔ (Figueiredo et al, 2026).

Συγγραφείς	Χώρα	Σκοπός	Δείγμα	Αποτελέσματα
Imran et al, (2011)	Πακιστάν	Αξιολόγηση των στάσεων των επαγγελματιών υγείας για τον αυτισμό	247 επαγγελματίες υγείας	Τα αποτελέσματα ανέδειξαν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ ιατρών και λοιπών επαγγελματιών υγείας. Συνολικά καταγράφηκαν θετικές στάσεις, οι οποίες συνυπάρχουν με στερεότυπα και παρανοήσεις
Haney & Cullen, (2018)	Η.Π.Α	Διερεύνηση των στάσεων για τον αυτισμό	793 κοινωνικοί λειτουργοί	Θετικές στάσεις απέναντι στη ΔΑΦ, αναγνώριση δυνατοτήτων και ικανοτήτων για κοινωνική και εκπαιδευτική ένταξη
Low & Zailan, (2018)	Μαλαισία	Διερεύνηση στάσεων και αντιλήψεων επαγγελματιών υγείας για τις ΔΑΦ	83 φοιτητές ιατρικής	Οι στάσεις των φοιτητών είναι θετικές αλλά επηρεάζονται από κοινωνικούς παράγοντες και αντιλήψεις για τον αυτισμό. Οι αντιλήψεις είναι επίσης θετικές τόσο στους πρωτοετείς όσο και στους τελειόφοιτους
Urbanowicz et al, (2020)	Αυστραλία	Διερεύνηση απόψεων των επαγγελματιών υγείας για τα ενήλικα άτομα με ΔΑΦ	78 γιατροί, νοσηλευτές και εργοθεραπευτές	Θετικές απόψεις για τα άτομα με ΔΑΦ και ενδιαφέρον για τη φροντίδα τους
Alaghband-Rad et al, (2023)	Ιράν	Διερεύνηση στάσεων επαγγελματιών υγείας για ενήλικες με ΔΑΦ	182 επαγγελματίες υγείας	Τα αποτελέσματα έδειξαν αρνητικές στάσεις. Περίπου 67% των επαγγελματιών υγείας θεωρεί ότι τα άτομα στο φάσμα του αυτισμού είναι λιγότερο συνεργάσιμα

Erdogan & Turan, (2023)	Τουρκία	Προσδιορισμός των στάσεων επαγγελματιών υγείας για τον παιδικό αυτισμό	135 παιδιατρικοί νοσηλευτές	Τα αποτελέσματα έδειξαν μέτριες προς θετικές στάσεις
Zarokanellou et al, (2024)	Ελλάδα	Διερεύνηση αντιλήψεων φοιτητών επαγγελματιών υγείας απέναντι στους συμφοιτητές τους με ΔΑΦ	444 φοιτητές νοσηλευτικής και λογοθεραπείας	Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι αντιλήψεις των συμμετεχόντων επηρεάζονται από την ύπαρξη διάγνωσης και από τη συμπεριφορά των νευροδιαφορετικών φοιτητών
Zia et al, (2025)	Πακιστάν	Διερεύνηση των στάσεων των φοιτητών ιατρικής για τις ΔΑΦ	431 φοιτητές ιατρικής	Θετικές στάσεις που ενισχύονται σημαντικά από προσωπικές εμπειρίες και εκπαίδευση
Nihal et al, (2025)	Ινδία	Διερεύνηση των στάσεων επαγγελματιών υγείας για τον αυτισμό	53 ειδικευόμενοι παιδίατροι	Θετικές στάσεις με επιφυλάξεις όσον αφορά την πλήρη ένταξη των ατόμων με αυτισμό
Figueiredo et al, (2026)	Βραζιλία	Διερεύνηση αντιλήψεων επαγγελματιών υγείας σχετικά με τη φροντίδα των παιδιών με ΔΑΦ στα ΤΕΠ	17 γιατροί και νοσηλευτές	Η φροντίδα των παιδιών με ΔΑΦ στα ΤΕΠ είναι μία απαιτητική διαδικασία, με σημαντικές προκλήσεις και δυνατότητες βελτίωσης

Πίνακας 4. Βιβλιογραφική ανασκόπηση για τις στάσεις και τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας

Συμπερασματικά τα ερευνητικά δεδομένα που παρουσιάστηκαν αποδεικνύουν ότι οι στάσεις και οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας για τα άτομα στο φάσμα του αυτισμού κυμαίνονται από μέτριες έως θετικές, με ορισμένες διαφοροποιήσεις ανάλογα με το πλαίσιο, την εκπαίδευση και την επαγγελματική εμπειρία.

Β. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

5. Μεθοδολογία Έρευνας

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας ήταν η διερεύνηση των αυτό-αναφερόμενων γνώσεων, στάσεων και των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τα άτομα στο Φάσμα του Αυτισμού, καθώς και η αποτύπωση παραγόντων που σχετίζεται με αυτά. Ειδικότερα, η μελέτη αποσκοπούσε:

- στην αποτίμηση του επιπέδου αυτό-αναφερόμενων γνώσεων, των στάσεων και των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τα βασικά χαρακτηριστικά και τις ανάγκες των ατόμων στο Φάσμα του Αυτισμού.
- και στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ κοινωνικοδημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών των επαγγελματιών υγείας και των στάσεων και αντιλήψεών τους.

Η κατανόηση των παραπάνω διαστάσεων στοχεύει στη διαμόρφωση τεκμηριωμένων προτάσεων για εκπαιδευτικές παρεμβάσεις και πολιτικές βελτίωσης των υπηρεσιών υγείας για τα άτομα στο Φάσμα του Αυτισμού.

Ερευνητικά ερωτήματα & Υποθέσεις

Με βάση τον σκοπό της μελέτης, διατυπώθηκαν τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

1. Ποιο είναι το επίπεδο των αυτό-αναφερόμενων γνώσεων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τη νευροδιαφορετικότητα και τα άτομα στο Φάσμα του Αυτισμού;
2. Ποιες είναι οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τη νευροδιαφορετικότητα και τα άτομα στο Φάσμα του Αυτισμού;
3. Υπάρχουν διαφοροποιήσεις στις αυτό-αναφερόμενες γνώσεις, στάσεις και αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας ανάλογα με κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά (π.χ. φύλο, ηλικία) και επαγγελματικά χαρακτηριστικά (π.χ. ειδικότητα, έτη επαγγελματικής εμπειρίας, προηγούμενη εκπαίδευση ή εμπειρία με αυτιστικά άτομα);

5.1 Ερευνητικό πλαίσιο και τόπος διεξαγωγής της μελέτης

Η παρούσα μελέτη είναι ποσοτική συγχρονικού τύπου και υλοποιήθηκε από τον Φεβρουάριο 2026 έως και τον Μάιο 2026 στο Νοσοκομείο Ανδρέας Συγγρός. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω δομημένου ερωτηματολογίου που διανεμήθηκε ηλεκτρονικά με τη χρήση της πλατφόρμας Google Forms. Αναλυτικότερα το ερωτηματολόγιο κοινοποιήθηκε σε ομάδες επαγγελματιών υγείας στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, καθώς και μέσω αποστολής στις προσωπικές ηλεκτρονικές διευθύνσεις των συμμετεχόντων. Επιπλέον οι αποδέκτες παροτρύνθηκαν να προωθήσουν το ερωτηματολόγιο και σε άλλους επαγγελματίες υγείας, ενισχύοντας με αυτό τον τρόπο τη συμμετοχή στο δείγμα.

5.2 Πληθυσμός μελέτης και Δείγμα

Ο πληθυσμός της παρούσας μελέτης αποτελείται από επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε νοσηλευτικά ιδρύματα, συμπεριλαμβανομένων ιατρών, νοσηλευτών, παραϊατρικού προσωπικού και διοικητικών υπαλλήλων. Οι συμμετέχοντες προέρχονται από το Νοσοκομείο Ανδρέας Συγγρός, καθώς και από άλλα νοσηλευτικά ιδρύματα της Αττικής και της Ελλάδας. Το δείγμα συγκροτήθηκε με τη μέθοδο της Δειγματοληψίας ευκολίας και περιλάμβανε 104 άτομα. Ως κριτήρια εισδοχής ορίστηκαν η ενεργός επαγγελματική απασχόληση στο χώρο της υγείας και η εθελοντική συμμετοχή στη μελέτη.

5.3 Ερωτηματολόγιο συλλογής δεδομένων

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε προσαρμόστηκε για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας. Αποτελείται από τέσσερις ενότητες. Η πρώτη ενότητα αφορά τη συλλογή των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα περιλαμβάνονται ερωτήσεις σχετικές με το φύλο, το επάγγελμα, τη θέση εργασίας, το είδος απασχόλησης, το νοσοκομείο και το τμήμα εργασίας, καθώς και τα έτη εργασίας συνολικά αλλά και στο συγκεκριμένο τμήμα. Επιπλέον στη πρώτη ενότητα καταγράφονται στοιχεία σχετικά με τις συνθήκες εργασίας όπως ο αριθμός των βαρδιών κατά τον τελευταίο μήνα, καθώς και πληροφορίες σχετικές με τη θέση εργασίας, την ηλικιακή ομάδα, το επίπεδο εκπαίδευσης, την οικογενειακή και την οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων. Τα ανωτέρω δεδομένα θα συμβάλλουν στην αναλυτική παρουσίαση των χαρακτηριστικών του δείγματος και στη διερεύνηση

πιθανών συσχετίσεων μεταξύ κοινωνικών, δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών και των υπό μελέτη μεταβλητών. Στη δεύτερη ενότητα εξετάζεται η ικανοποίηση των συμμετεχόντων από την εργασία τους και το επίπεδο των γνώσεων τους σχετικά με την αναπηρία και τις ανάγκες των ατόμων με αναπηρία. Οι δύο αυτές ερωτήσεις αξιολογούνται μέσω δεκαβάθμιας κλίμακας Likert επιλέγοντας έναν αριθμό από το 1 μέχρι το 10, εκφράζοντας τον βαθμό ικανοποίησης ή το επίπεδο γνώσεων που θεωρούν ότι τους εκφράζει. Στην Τρίτη ενότητα αρχικά δίνεται ο ορισμός της νευροδιαφορετικότητας ώστε να διασφαλιστεί η κατανόηση του όρου από όλους τους συμμετέχοντες. Αναλυτικότερα η ενότητα αυτή περιλαμβάνει ερωτήσεις που σκοπό έχουν την αξιολόγηση των γνώσεων των συμμετεχόντων σχετικά με την νευροδιαφορετικότητα, τις πηγές από τις οποίες απέκτησαν αυτές τις γνώσεις (προσωπική εμπειρία νευροδιαφορετικότητας, εμπειρία από το οικογενειακό μου περιβάλλον, από το κοινωνικό μου περιβάλλον εκτός οικογένειας, από τυπική εκπαίδευση κ.ά), καθώς και τη συχνότητα επαφής τους με νευροδιαφορετικά άτομα.

Η τέταρτη ενότητα αφορά την Κλίμακα Στάσεων για την Νευροδιαφορετικότητα (Neurodiversity Attitudes Questionnaire, NDAQ) (Schuck et al., 2024). Το NDAQ αποτελεί το πρώτο ψυχομετρικό εργαλείο που σχεδιάστηκε ειδικά για τη μέτρηση στάσεων απέναντι στη νευροδιαφορετικότητα, στην οποία περιλαμβάνονται πολλαπλές διαγνώσεις, όπως και ο αυτισμός. Η ανάπτυξη του NDAQ βασίστηκε στο τριμερές μοντέλο των στάσεων (tripartite model of attitudes), σύμφωνα με το οποίο οι στάσεις περιλαμβάνουν: το γνωστικό στοιχείο (πεποιθήσεις και αντιλήψεις), το συναισθηματικό στοιχείο (συναισθήματα και αξιολογήσεις), και το συμπεριφορικό στοιχείο (προθέσεις και τάσεις συμπεριφοράς). Η τελική μορφή του NDAQ περιλαμβάνει 28 δηλώσεις/προτάσεις, οι οποίες απαντώνται σε 6-βάθμια κλίμακα τύπου Likert (από 1: 'διαφωνώ πάρα πολύ' έως 6: 'συμφωνώ πάρα πολύ'), χωρίς ουδέτερη επιλογή. Η απουσία ουδέτερης κατηγορίας επιλέχθηκε σκόπιμα, καθώς κατά τη φάση πιλοτικής εφαρμογής διαπιστώθηκε ότι η ουδέτερη απάντηση χρησιμοποιούνταν συχνά με μη συστηματικό τρόπο. Καθορίζονται οι εξής πέντε παράγοντες/συνιστώσες σύμφωνα με τους δημιουργούς της Κλίμακας:

- Ποικιλομορφία και Συμπερίληψη (Diversity & Inclusion). Αξιολογεί τον βαθμό αποδοχής της νευροδιαφορετικότητας ως φυσικής μορφής

ανθρώπινης ποικιλομορφίας, καθώς και τη στήριξη δικαιωμάτων όπως οι προσαρμογές και η ένταξη.

- Προσαρμογή στους κοινωνικούς κανόνες (Fitting In). Εξετάζει τον βαθμό στον οποίο οι συμμετέχοντες θεωρούν ότι τα νευροδιαφορετικά άτομα οφείλουν να προσαρμόζονται σε νευροτυπικά πρότυπα συμπεριφοράς, επικοινωνίας και κοινωνικής λειτουργίας.
- Αλληλεπιδράσεις μεταξύ νευροτύπων (Cross-Neurotype Interactions). Αποτυπώνει την προθυμία για κοινωνικές και επαγγελματικές αλληλεπιδράσεις με νευροδιαφορετικά άτομα (π.χ. φιλία, συνεργασία, εποπτεία).
- Ιατρικό μοντέλο (Medical Model). Αξιολογεί τον βαθμό προσκόλλησης σε αντιλήψεις που προσεγγίζουν τη νευροδιαφορετικότητα ως έλλειμμα, παθολογία ή αντικείμενο 'θεραπείας' ή 'διόρθωσης'.
- Ακρόαση και αναστοχασμός (Listening & Reflecting). Εξετάζει τον βαθμό ενεργητικής προσπάθειας κατανόησης των εμπειριών των νευροδιαφορετικών ατόμων, καθώς και τη διάθεση για αναστοχασμό και μάθηση μέσα από τις αφηγήσεις τους

Ορισμένες προτάσεις είναι αντίστροφης βαθμονόμησης και απαιτείται αντιστροφή των αποκρίσεων (reverse-scored) (από 1: 'συμφωνώ πάρα πολύ' έως 6: 'διαφωνώ πάρα πολύ') (προτάσεις 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 18, 19, 20 & 23). Η συνολική εσωτερική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου έχει κριθεί πολύ καλή (συντελεστής McDonald's $\omega = 0,88$), ενώ οι επιμέρους υποκλίμακες παρουσίασαν αποδεκτά έως πολύ καλά επίπεδα αξιοπιστίας. Επιπλέον, τεκμηριώθηκε επαρκής συγκλίνουσα εγκυρότητα καθώς οι συνολικές και επιμέρους βαθμολογίες του NDAQ συσχετίστηκαν αναμενόμενα με χαμηλότερα επίπεδα στίγματος απέναντι στον αυτισμό, τη ΔΕΠΥ και τη δυσλεξία, υψηλότερα επίπεδα γνώσεων για νευροαναπτυξιακές διαφορές, και μεγαλύτερη εξοικείωση με την έννοια της νευροδιαφορετικότητας.

Το NDAQ κρίνεται ιδιαίτερα κατάλληλο για την παρούσα μεταπτυχιακή εργασία, καθώς έχει αναπτυχθεί ειδικά για πληθυσμούς επαγγελματιών υγείας και φροντίδας, εστιάζει σε στάσεις που επηρεάζουν άμεσα την κλινική και επαγγελματική πρακτική,

και ευθυγραμμίζεται με σύγχρονες προσεγγίσεις συμπερίληψης και ανθρωποκεντρικής φροντίδας. Από τα δεδομένα της παρούσας έρευνας εκτιμήθηκε συνολικός συντελεστής αξιοπιστίας $\omega=0,785$, γεγονός που υποδηλώνει αποδεκτή εσωτερική συνοχή. Επιπλέον ως προς τη βαθμονόμησή της, στην παρούσα έρευνα και ανάλυση και καθώς οι αποκρίσεις δίνονται σε 6-βάθμια κλίμακα αποκρίσεων τύπου Likert, για κάθε επίπεδο απόκρισης (1, 2, 3, 4, 5 & 6 ή ανάλογα των αντίστροφων), έγινε μετασχηματισμός με αντιστοίχιση σε 0, 20, 40, 60, 80 & 100 (<https://measuringu.com/converting-scales-to-100-points/>) και τροποποίηση της κλίμακας σε 0-100 για κάθε πρόταση. Υπολογίστηκε τελικά η Συνολική μέση βαθμολογία από τις 28 προτάσεις ή για κάθε μια από τις 5 συνιστώσες, όπου υψηλότερη μέση βαθμολογία ή πλησίον του 100 εκφράζει θετικότερες σχετικές στάσεις.

Η χρήση του ερωτηματολογίου πραγματοποιείται κατόπιν άδειας των δημιουργών του.

5.4 Δεοντολογία έρευνας

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε μετά από έγκριση της αίτησης με αρ. πρωτ. 20/22-01-2026 από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου Ανδρέας Συγγρός.

Η συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας στην έρευνα ήταν εθελοντική και πραγματοποιήθηκε κατόπιν πλήρους ενημέρωσής τους σχετικά με τον σκοπό, το αντικείμενο και τη διάρκεια της μελέτης, καθώς και τον απαιτούμενο χρόνο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Για τη διασφάλιση της αξιοπιστίας των απαντήσεων και της προστασίας των συμμετεχόντων, τηρήθηκαν αυστηρά οι αρχές εμπιστευτικότητας και προσωπικού απορρήτου, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (World Health Organization, 2000).

Πριν από τη συμμετοχή τους, οι επαγγελματίες υγείας έλαβαν το Έντυπο Ενημερωμένης Συναίνεσης, το οποίο περιλάμβανε πληροφορίες σχετικά με τη φύση της έρευνας, τα δικαιώματά τους ως συμμετέχοντες και τα μέτρα προστασίας των προσωπικών τους δεδομένων.

Όλοι οι συμμετέχοντες ακολούθησαν την ίδια διαδικασία συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, διασφαλίζοντας την ομοιομορφία της ερευνητικής διαδικασίας. Η συμμετοχή ήταν μοναδική για κάθε άτομο, ενώ δεν συλλέχθηκαν ευαίσθητα ή άλλα αναγνωριστικά δεδομένα. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και τα δεδομένα

αναλύθηκαν σε συγκεντρωτική μορφή για το σύνολο του δείγματος. Καθ' όλη τη διάρκεια της διαδικασίας, η ερευνήτρια παρέμενε διαθέσιμη για την παροχή διευκρινίσεων και την επίλυση τυχόν αποριών των συμμετεχόντων.

5.5 Ανάλυση δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του προγράμματος SPSS (IBM Corp. Released 2019, IBM SPSS Statistics for Windows, v.25.0, Armonk, NY: IBM Corp.). Υπολογίστηκαν κατανομές συχνοτήτων ή μέτρα θέσεως και διασποράς των βασικών και εργασιακών χαρακτηριστικών των 104 επαγγελματιών υγείας. Η συνέπεια αποκρίσεων της Κλίμακας Στάσεων για την Νευροδιαφορετικότητα υπολογίστηκε με το δείκτη ω του McDonald και οι κανονικότητα των κατανομών των βαθμολογιών της μέσω της μεθόδου κατά Blom (QQ plot), όπου διαπιστώθηκε ελαφριά ασυμμετρία. Εφαρμόστηκε μονομεταβλητή συσχέτιση των παραμέτρων των αυτό-αναφερόμενων Γνώσεων και Στάσεων για τη Νευροδιαφορετικότητα με τη παραμετρική μέθοδο Pearson, μεταξύ τους ή με τα χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας. Στη σύγκριση των αυτό-αναφερόμενων Γνώσεων και Στάσεων ως προς τη συχνότητα επαφής με σχετικά άτομα εφαρμόστηκε η μέθοδος του Student t και μεταξύ επαγγελματικών ομάδων η μέθοδος Kruskal-Wallis λόγω μικρών υποδειγμάτων. Υπολογίστηκαν επίσης σχετικά 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (95%ΔΕ) για λόγους σύγκρισης των υποκλιμάκων της Κλίμακας Στάσεων. Μέσω πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης ακολούθησε η συσχέτιση των *Συνολικών Στάσεων* για τη Νευροδιαφορετικότητα των επαγγελματιών υγείας της μελέτης, με τα χαρακτηριστικά τους και τις αυτό-αναφερόμενες Γνώσεις για την αναπηρία και τη Νευροδιαφορετικότητα. Στη συγκρότηση του μοντέλου παλινδρόμησης, η πολυσυγγραμμικότητα ελέγχθηκε με το δείκτη ανοχής. Ως αποδεκτό επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το 0,05.

6. Αποτελέσματα

Βασικά χαρακτηριστικά επαγγελματιών υγείας

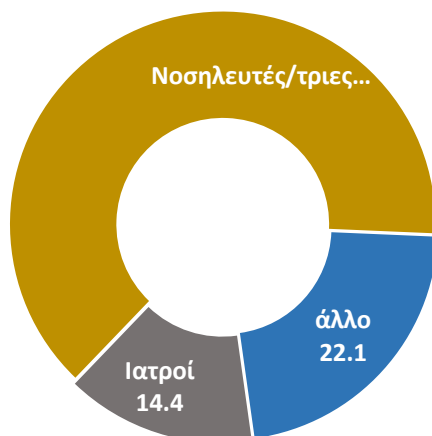
Από τους 104 επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα της παρούσας διπλωματικής εργασίας, η πλειοψηφία τους ή το 75,0% ήταν γυναίκες (**πίνακας 5**). Η μέση ηλικία τους βρέθηκε στα $44,3 \pm 8,6$ χρόνια ενώ στην οικογενειακή τους κατάσταση, το 65,4% δήλωσαν έγγαμοι/ες, σε σχέση ή αρραβωνιασμένοι. Στην εκπαίδευσή τους, το 4,8% δήλωσαν απόφοιτοι υποχρεωτικής και το 40,4% κάτοχοι MSc ή και PhD. Η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας ή το 40,4% δήλωσαν ότι η οικονομική τους κατάσταση είναι στο μέσο όρο και μόλις το 13,5 ως πολύ καλή έως πάρα πολύ καλή.

Πίνακας 5. Περιγραφικά χαρακτηριστικά 104 επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στη μελέτη.

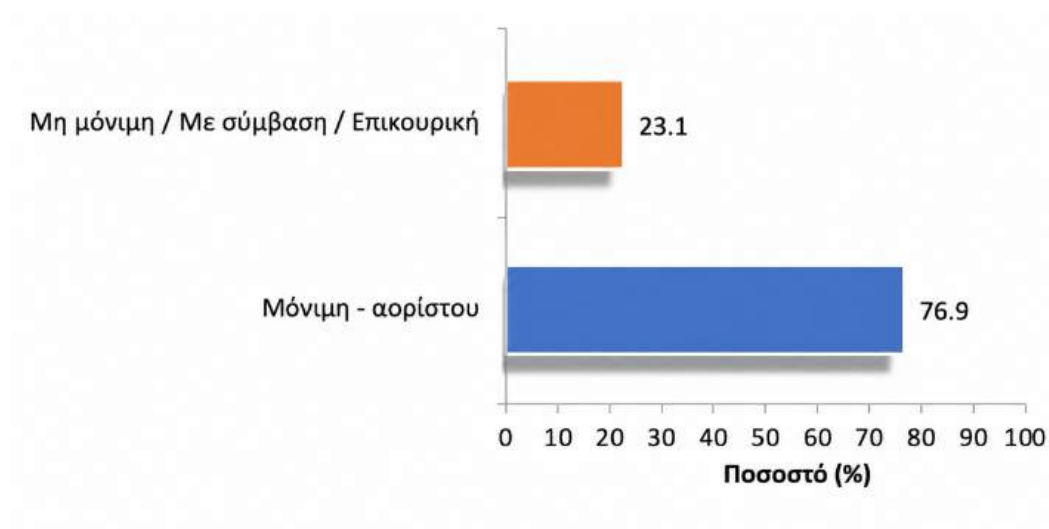
		v	%
Φύλο	άνδρες	26	25,0
	γυναίκες	78	75,0
Ηλικία, χρόνια	μέση ηλικία $\pm$ τυπ. απόκ.	44,3 $\pm$ 8,6	
Οικογενειακή κατάσταση	σε διάσταση, διαζευγμένος/η, ελεύθερος/η	36	34,6
	έγγαμος/η, σε σχέση, αρραβωνιασμένος/η	68	65,4
Εκπαίδευση	υποχρεωτική	5	4,8
	δευτεροβάθμια	35	33,6
	Πανεπιστημιακή	22	21,2
	MSc	36	34,6
	PhD	6	5,8
Οικονομική κατάσταση οικογένειας	πολύ κακή	5	4,8
	κακή	16	15,4
	στο μέσο όρο	42	40,4
	καλή	27	26,0
	πολύ καλή	11	10,6
	πάρα πολύ καλή	3	2,9

Εργασιακά χαρακτηριστικά επαγγελματιών υγείας

Από την **εικόνα 1** επίσης και την κατανομή του επαγγέλματος των 104 επαγγελματιών υγείας, το 63,5% ήταν νοσηλευτές και νοσηλεύτριες, το 14,4% ιατροί και το 22,1% ανήκαν σε άλλες ειδικότητες. Ανάλογα και από την **εικόνα 2** που αφορά την κατανομή της της θέσης εργασίας στο νοσοκομείο, η πλειοψηφία ή το 76,9% ήταν μόνιμοι - αορίστου.

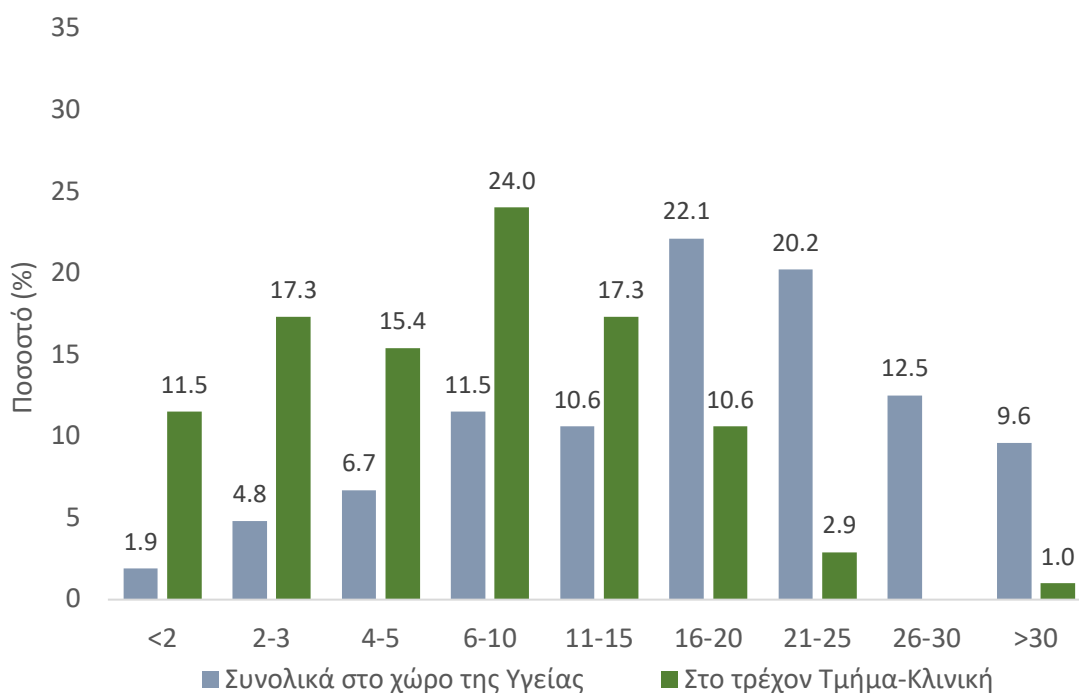


Εικόνα 1. Ποσοστιαία (%) κατανομή του επαγγέλματος των 104 επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στη μελέτη.



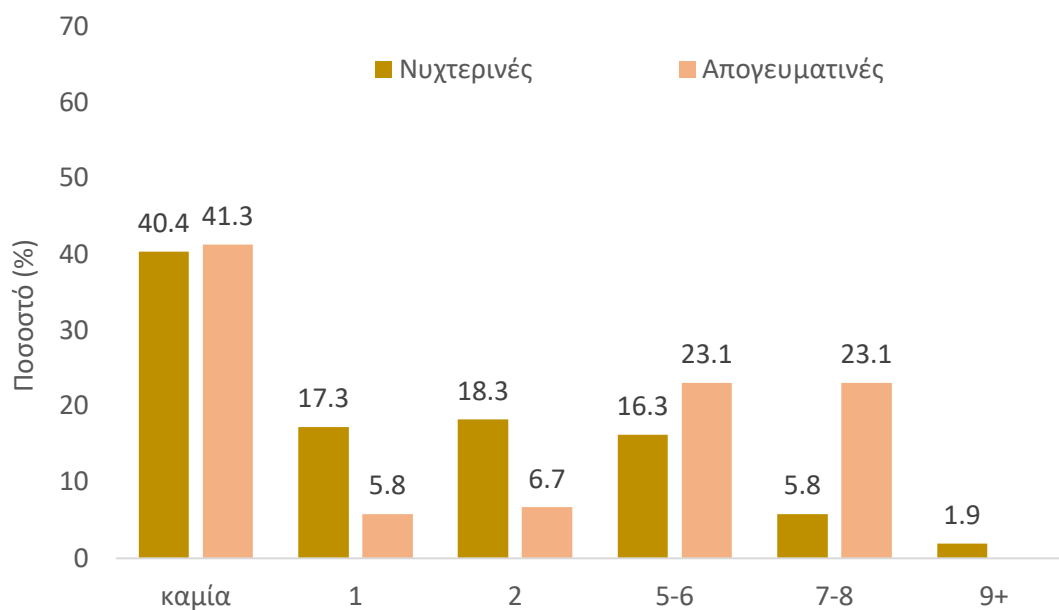
Εικόνα 2. Ποσοστιαία (%) κατανομή της θέσης εργασίας στο νοσοκομείο των 104 επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στη μελέτη.

Ως προς τα έτη εργασίας Συνολικά στο χώρο της Υγείας αλλά και στο τρέχον Τμήμα-Κλινική που ήδη εργάζονται (**εικόνα 3**), βρέθηκε να έχουν περισσότερα από 20 χρόνια Συνολικά στο χώρο της Υγείας το 42,3% έναντι μόλις 3,9% στο τρέχον Τμήμα-Κλινική.



Εικόνα 3. Ποσοστιαία (%) κατανομή των ετών εργασίας Συνολικά στο χώρο της Υγείας και στο τρέχον Τμήμα ή Κλινική των 104 επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στη μελέτη.

Από την καταγραφή των νυχτερινών & απογευματινών βαρδιών στον τελευταίο μήνα (εικόνα 4), το 40,4% δεν είχε κάποια νυχτερινή βάρδια έναντι 41,3% απογευματινής.



Εικόνα 4. Ποσοστιαία (%) κατανομή των νυχτερινών βαρδιών/εφημεριών & απογευματινών στον τελευταίο μήνα των 104 επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στη μελέτη.

Ως προς τη θέση ευθύνης που κατέχουν στον νοσοκομείο ή κλινική (**πίνακας 6**), το 24,0% δήλωσε ότι κατέχει σχετική θέση. Επίσης το 36,5% ανέφερε ότι έχει συμμετοχή σε επιστημονικό συνέδριο με σχετική ανακοίνωση στα τελευταία 3 χρόνια. Σε μέτρια επίπεδα εκτιμάται η *Ικανοποίηση από την Εργασία* (μέση τιμή 5,8/10,0) αλλά και η *Υποκειμενική εκτίμηση γνώσεων για την αναπηρία και τη ζωή ατόμων με αναπηρία* (5,6/10,0).

Πίνακας 6. Θέση ευθύνης στην εργασία, συμμετοχή σε συνέδριο, ικανοποίηση από την εργασία και βαθμός υποκειμενικής εκτίμησης γνώσεων για την αναπηρία και τη ζωή ατόμων με αναπηρία, των 104 επαγγελματιών υγείας, που συμμετείχαν στη μελέτη.

		ν	%
Θέση ευθύνης στην εργασία	<i>ναι</i>	25	24,0
Συμμετοχή σε επιστημονικό συνέδριο με προφορική ή αναρτημένη τελευταία ανακοίνωση στα 3 χρόνια	<i>ναι</i>	38	36,5
Ικανοποίηση από την Εργασία	<i>μέση τιμή±τ.α.</i>	5,8±2,0	
Υποκειμενική εκτίμηση γνώσεων για την αναπηρία και τη ζωή ατόμων με αναπηρία	<i>μέση τιμή±τ.α.</i>	5,6±2,0	

Βαθμολογία => 10: πάρα πολλές γνώσεις.

Αντιλήψεις, Εμπειρίες & Στάσεις για την νευροδιαφορετικότητα

Ανάλογα και ως προς τον **πίνακα 7**, σε μέτρια επίπεδα εκτιμάται και η *Υποκειμενική εκτίμηση γνώσεων για τη νευροδιαφορετικότητα και για τη ζωή και τις ανάγκες των νευροδιαφορετικών ατόμων* (μέση τιμή 5,0/10,0). Επιπλέον και όσον αφορά τις πολλαπλές πηγές απόκτησης γνώσεων, το 49,0% ανέφεραν *Από το κοινωνικό μου περιβάλλον εκτός οικογένειας (π.χ. φίλοι/φίλες, γείτονες, γνωστοί)* ή το 38,5% *Από βιωματική εμπειρία στον χώρο εργασίας (εξυπηρέτηση ή συνεργασία με άτομα με νευροδιαφορετικότητα)*. Σχετικά επίσης με την ερώτηση *‘Κατά τη διάρκεια της ζωής σας, πόσο συχνά έχετε έρθει σε άμεση επαφή με νευροδιαφορετικά άτομα;’*, το 55,8% απάντησε *‘Ποτέ / σχεδόν ποτέ’* ή *‘Σπάνια (λιγότερο από 1 φορά τον μήνα)’*.

Στον **πίνακα 8** αντίστοιχα παρουσιάζεται η ποσοστιαία (%) κατανομή των αποκρίσεων σε 28 προτάσεις της Κλίμακας Στάσεων για την Νευροδιαφορετικότητα

(Neurodiversity Attitudes Questionnaire, NDAQ) των 104 επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στη μελέτη. Συμφωνούν σε πολύ μεγάλη συχνότητα ή κατά 91,4% ότι οι άνθρωποι πρέπει να έχουν πρόσβαση σε προσαρμογές που χρειάζονται ώστε να είναι επιτυχημένοι στην εργασία τους όπως π.χ. παράταση προθεσμιών ή αισθητηριακά φιλικόι χώροι εργασίας. Συμφωνούν σε πολύ χαμηλή συχνότητα (8,6%) ότι μερικά νευροδιαφορετικά άτομα αντιμετωπίζουν τόσο σοβαρές δυσκολίες που θα έπρεπε να ζουν σε ιδρύματα.

Πίνακας 7. Αντιλήψεις & Εμπειρίες για την νευροδιαφορετικότητα των 104 επαγγελματιών υγείας, που συμμετείχαν στη μελέτη.

	n	%	
Υποκειμενική εκτίμηση γνώσεων για τη νευροδιαφορετικότητα και για τη ζωή και τις ανάγκες των νευροδιαφορετικών ατόμων	μέση τιμή±τ.α.	5,0±1,9	
Πηγή απόκτησης γνώσεων:			
Από το κοινωνικό μου περιβάλλον εκτός οικογένειας (π.χ. φίλοι/φίλες, γείτονες, γνωστοί)	51	49,0	
Από βιωματική εμπειρία στον χώρο εργασίας (εξυπηρέτηση ή συνεργασία με άτομα με νευροδιαφορετικότητα)	40	38,5	
Με ατομική πρωτοβουλία / αυτομόρφωση (π.χ. αναζήτηση πληροφοριών σε ιστοσελίδες, βιβλία ή άρθρα, μέσα κοινωνικής δικτύωσης, εκπαιδευτικά βίντεο ή podcasts κ.ά.)	27	26,0	
Από τυπική εκπαίδευση (IEK/ΤΕΙ/ Πανεπιστήμιο – προπτυχιακή ή μεταπτυχιακή)	21	20,2	
Εμπειρία από το οικογενειακό μου περιβάλλον	20	19,2	
Κατά τη διάρκεια της ζωής σας, πόσο συχνά έχετε έρθει σε άμεση επαφή με νευροδιαφορετικά άτομα;	Ποτέ / σχεδόν ποτέ	58	55,8
	Σπάνια (λιγότερο από 1 φορά τον μήνα)		
	Περιστασιακά (1–3 φορές τον μήνα)		
	Συχνά (κάθε εβδομάδα)	46	44,2
	Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά		

Βαθμολογία => 10: πάρα πολλές γνώσεις.

Πίνακας 8. Ποσοστιαία (%) κατανομή αποκρίσεων στις προτάσεις της Κλίμακας Στάσεων για την Νευροδιαφορετικότητα (Neurodiversity Attitudes Questionnaire, NDAQ) των 104 επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στη μελέτη.

	Κλίμακα Στάσεων για την Νευροδιαφορετικότητα						
	διαφωνώ			συμφωνώ			συμφωνία
	πάρα πολύ	πολύ	μáλλον	μáλλον	πολύ	πάρα πολύ	
	%						
Δεν υπάρχει αυτό που λέμε 'φυσιολογικός εγκέφαλος	13,5	11,5	10,6	27,9	22,1	14,4	64,4
Η νευροδιαφορετικότητα (διαφορές στον εγκέφαλο όπως ο αυτισμός, η ΔΕΠ-Υ, η νοητική αναπηρία κ.λπ.) συμβάλλει στη διαφορετικότητα, όπως συμβάλλουν η φυλή και το φύλο.	9,6	13,5	24,0	36,5	10,6	5,8	52,9
Πιστεύω ότι οι άνθρωποι, πρέπει να έχουν πρόσβαση σε προσαρμογές που χρειάζονται ώστε να είναι επιτυχημένοι στην εργασία τους (π.χ. παράταση προθεσμιών, αισθητηριακά φιλικοί χώροι εργασίας).	1,0	2,9	4,8	12,5	43,3	35,6	91,4▲
Όροι όπως 'χαμηλής λειτουργικότητας', 'υψηλής λειτουργικότητας', 'βαριάς μορφής', 'ήπιας μορφής' είναι χρήσιμοι για την περιγραφή των νευροδιαφορετικών ατόμων. R	9,6	13,5	18,3	25,0	27,9	5,8	58,7
Εάν ένα νευροδιαφορετικό άτομο γίνει επιθετικό προς άλλους στο σχολείο, το να το περιορίσουμε σωματικά είναι μια καλή επιλογή. R	29,8	29,8	21,2	11,5	5,8	1,9	19,2
Μερικά νευροδιαφορετικά άτομα αντιμετωπίζουν τόσο σοβαρές δυσκολίες που θα έπρεπε να ζουν σε ιδρύματα. R	41,3	29,8	20,2	4,8	3,8	0,0	8,6▼
Οι νευροδιαφορετικοί μαθητές έχουν δικαίωμα να συμπεριλαμβάνονται στις τάξεις γενικής εκπαίδευσης μαζί με τους νευροτυπικούς συμμαθητές τους.	1,9	3,8	20,2	26,9	24,0	23,1	74,0
Πολλές από τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα νευροδιαφορετικά άτομα οφείλονται στο ότι η κοινωνία δεν είναι επαρκώς προσαρμοσμένη στις ανάγκες τους.	1,9	4,8	14,4	14,4	26,9	37,5	78,8
Τα νευροδιαφορετικά άτομα θα πρέπει να μαθαίνουν κοινωνικές δεξιότητες προκειμένου να εντάσσονται ευκολότερα στο κοινωνικό τους περιβάλλον (σχολείο, εργασία κ.λπ.). R	1,0	3,8	9,6	23,1	26,0	36,5	85,6
Αν τα άτομα με ΔΕΠ-Υ προσπαθήσουν πραγματικά πολύ, θα μειωθεί σημαντικά μεγάλο μέρος των δυσκολιών τους με τη συγκέντρωση. R	7,7	14,4	23,1	18,3	18,3	18,3	54,9
Θα ένιωθα αμηχανία ή ντροπή αν χρειαζόταν να παραδεχτώ ότι έχω μια μαθησιακή δυσκολία, όπως η δυσλεξία. R	29,8	31,7	20,2	7,7	8,7	1,9	18,3
Αν ένα άτομο χρησιμοποιεί διαφορετικό τρόπο ομιλίας/επικοινωνίας από εμένα (π.χ. πληκτρολόγηση, συσκευή παραγωγής ομιλίας, κάρτες εικόνων), θα προσπαθούσα λιγότερο να επικοινωνήσω μαζί του. R	27,9	26,9	21,2	8,7	9,6	5,8	24,1
Είναι σημαντικό τα άτομα που δεν είναι νευροδιαφορετικά να μαθαίνουν πως να αλληλεπιδρούν καλύτερα με τα νευροδιαφορετικά άτομα.	4,8	6,7	13,5	16,3	25,0	33,7	75,0
Με ανησυχεί ότι οι νευροδιαφορετικοί ενήλικες που έχουν δικαστικούς συμπαραστάτες ή κηδεμόνες (δηλαδή άτομα που λαμβάνουν νομικές ή οικονομικές αποφάσεις για λογαριασμό τους), μπορεί να πέσουν θύματα εκμετάλλευσης.	5,8	4,8	12,5	30,8	30,8	15,4	77,0

Θα μπορούσα να είμαι φίλος/η με ένα νευροδιαφορετικό άτομο.	1,0	2,9	8,7	37,5	26,0	24,0	87,5
---	-----	-----	-----	------	------	------	------

Πίνακας 8. (συνέχεια)

	Κλίμακα Στάσεων για την Νευροδιαφορετικότητα						
	διαφωνώ				συμφωνώ		
	πάρα πολύ	πολύ	μáλλον	μáλλον	πολύ	πáρα πολύ	συμφωνία
	%						
Στο χώρο εργασίας, θα ήμουν πρόθυμος/η να δεχτώ καθοδήγηση από ένα νευροδιαφορετικό άτομο.	1,0	4,8	23,1	33,7	20,2	17,3	71,2
Μπορώ να φανταστώ να βγαίνω ραντεβού με ένα νευροδιαφορετικό άτομο.	2,9	5,8	26,9	33,7	18,3	12,5	64,5
Πιστεύω ότι ο διαφορετικός τρόπος λειτουργίας του εγκεφάλου των νευροδιαφορετικών ατόμων οφείλεται σε εγγενείς βλάβες στον εγκέφαλό τους. R	25,0	22,1	20,2	19,2	6,7	6,7	32,6
Τα νευροδιαφορετικά άτομα δεν θα έπρεπε να εργάζονται σε επαγγέλματα που χρειάζεται να λαμβάνουν αποφάσεις ζωής ή θανάτου (π.χ. ιατρός, πιλότος). R	11,5	11,5	28,8	26,9	8,7	12,5	48,1
Ο προφορικός λόγος θα πρέπει να έχει προτεραιότητα έναντι άλλων μορφών επικοινωνίας κατά την εκπαίδευση νευροδιαφορετικών παιδιών στην επικοινωνία. R	6,7	6,7	14,4	34,6	17,3	20,2	72,1
Θα ένιωθα άβολα αν κάποιος εμποδίζει ένα άτομο να εκδηλώνει επαναλαμβανόμενες κινήσεις, όπως το φτερούγισμα των χεριών (hand flapping).	6,7	8,7	10,6	26,9	22,1	25,0	74,0
Νιώθω θυμό όταν γίνεται λόγος για εύρεση 'θεραπείας' για τον αυτισμό.	16,3	17,3	17,3	16,3	22,1	10,6	49,0
Υποστηρίζω οργανισμούς που επιδιώκουν να βρουν θεραπεία για τον αυτισμό. R	4,8	14,4	26,9	16,3	20,2	17,3	53,8
Θα ήθελα να έχω την ευκαιρία να συνεργαστώ με νευροδιαφορετικά άτομα, ώστε να μπορώ να μαθαίνω από αυτά.	1,9	5,8	14,4	33,7	23,1	21,2	78,0
Νιώθω απογοήτευση όταν σκέφτομαι τους τρόπους με τους οποίους τα νευροδιαφορετικά άτομα υφίστανται διακρίσεις.	1,9	2,9	9,6	21,2	29,8	34,6	85,6
Αναζητώ ευκαιρίες να μάθω περισσότερα για τα νευροδιαφορετικά άτομα μέσα από προσωπικές τους αφηγήσεις (π.χ. μέσα κοινωνικής δικτύωσης, βιβλία, ιστολόγια κ.α.).	1,0	5,8	14,4	26,9	25,0	26,9	78,8
Προτιμώ να ακούω τις απόψεις των ίδιων των νευροδιαφορετικών για τη λειτουργία του εγκεφάλου τους, παρά τις απόψεις τρίτων, όπως γονέων και ερευνητών.	0,0	3,8	14,4	29,8	26,9	25,0	81,7
Αφιερώνω χρόνο στο να σκεφτώ πώς να κάνω το περιβάλλον πιο φιλικό σε αισθητηριακό επίπεδο για τα νευροδιαφορετικά άτομα.	0,0	9,6	22,1	21,2	29,8	17,3	68,3

Επίσης στον **πίνακα 9** παρουσιάζονται τα εκτιμώμενα επίπεδα βαθμολογιών των υποκλιμάκων της Κλίμακας Στάσεων για την Νευροδιαφορετικότητα των 104 επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στη μελέτη. Καθώς βαθμολογίες πλησίον του 100 καθορίζουν θετικότερες στάσεις, οι *Συνολικές Στάσεις* εκτιμώνται σε μέτρια προς υψηλά μέσα επίπεδα (61,4/100,0) όπως και οι συνιστώσες της *Ποικιλομορφία και Συμπερίληψη* (65,6), *Αλληλεπιδράσεις μεταξύ νευροτύπων* (65,8) ή *Ακρόαση και*

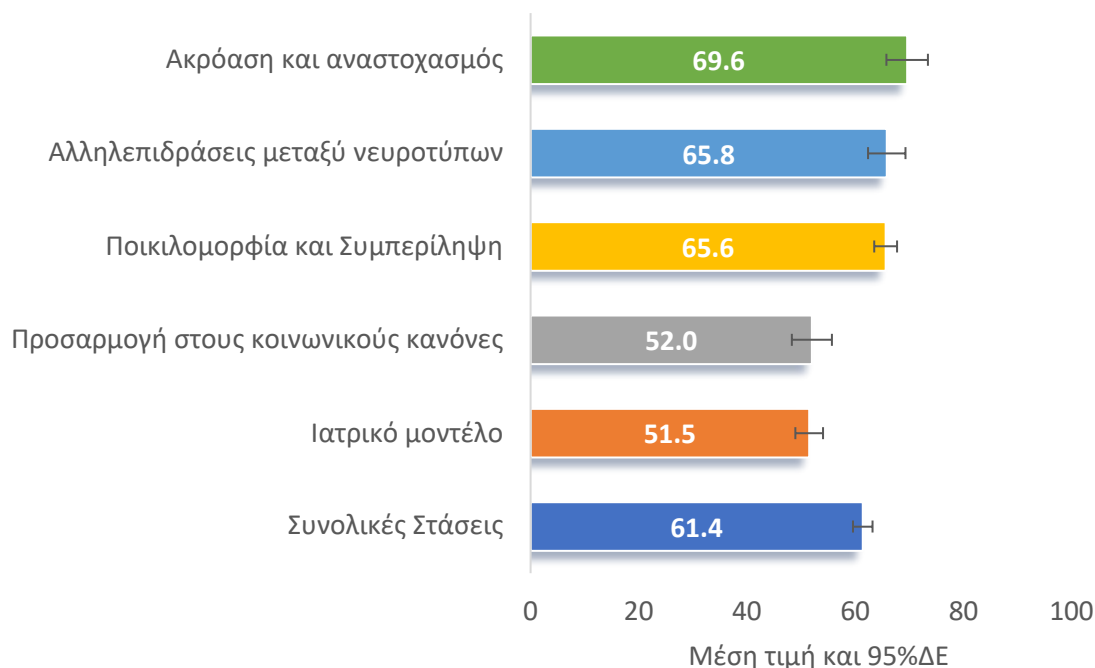
αναστοχασμός (69,9). Αντίθετα με μέτρια μέσα επίπεδα εκτιμώνται η Προσαρμογή στους κοινωνικούς κανόνες (52,0) και το Ιατρικό μοντέλο (51,4).

Πίνακας 9. Επίπεδα βαθμολογιών των υποκλιμάκων της Κλίμακας Στάσεων για την Νευροδιαφορετικότητα των 104 επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στη μελέτη.

	Μέση τιμή	Τυπ. απόκλ.	Διάμεσος	Φαινόμενο:	
				οροφής (100)	δαπέδου (0)*
Συνολικές Στάσεις (Βαθμολογία => 100 καθορίζει θετικότερες στάσεις)	61,4	9,3	60,7	0,0%	0,0%
Ποικιλομορφία και Συμπερίληψη	65,6	10,8	65,0	0,0%	0,0%
Προσαρμογή στους κοινωνικούς κανόνες	52,0	19,0	55,0	1,9%	0,0%
Αλληλεπιδράσεις μεταξύ νευροτύπων	65,8	17,7	66,0	0,0%	2,9%
Ιατρικό μοντέλο	51,4	13,2	50,0	0,0%	0,0%
Ακρόαση και αναστοχασμός	69,6	19,7	68,0	0,0%	8,7%

* Το φαινόμενο οροφής και δαπέδου (ceiling & floor effect) αναφέρεται στη συχνότητα εμφάνισης της τιμής 100 και 0, αντίστοιχα. Βαθμολογία => 100 καθορίζει θετικότερες στάσεις.

Συγκριτικά ωστόσο και σύμφωνα με την **εικόνα 5**, με σημαντικά υψηλότερα μέσα επίπεδα βρέθηκε η συνιστώσα *Ακρόαση και αναστοχασμός* (69,9, 95%ΔΕ 65,7-73,4) έναντι χαμηλότερης του *Ιατρικού μοντέλου* (51,4, 95%ΔΕ 48,9-54,0).



Εικόνα 5. Ιεραρχική σύγκριση των υποκλιμάκων της Κλίμακας Στάσεων για τη Νευροδιαφορετικότητα των 104 επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στη μελέτη.

Αυτό-αναφερόμενες Γνώσεις σε σχέση με τις Στάσεις

Στον **πίνακα 10** παρουσιάζεται η συσχέτιση των βαθμολογιών των αυτό-αναφερόμενων γνώσεων & στάσεων για τη Νευροδιαφορετικότητα. Υψηλότερη Υποκειμενική εκτίμηση γνώσεων για την αναπηρία και τη ζωή ατόμων με αναπηρία των επαγγελματιών υγείας, σχετίζονται σημαντικά με θετικότερες στάσεις που αφορούν τις Αλληλεπιδράσεις μεταξύ νευροτύπων ($r=0,238$, $p<0,05$). Επίσης, περισσότερες γνώσεις ή υψηλότερη Υποκειμενική εκτίμηση γνώσεων για τη νευροδιαφορετικότητα και για τη ζωή και τις ανάγκες των νευροδιαφορετικών ατόμων, σχετίζονται σημαντικά με θετικότερες Συνολικές Στάσεις ($r=0,285$, $p<0,05$) και με Αλληλεπιδράσεις μεταξύ νευροτύπων ($r=0,327$, $p<0,05$).

Πίνακας 10. Συσχέτιση των αυτό-αναφερόμενων γνώσεων με τις στάσεις για τη Νευροδιαφορετικότητα των 104 επαγγελματιών υγείας της μελέτης.

	Υποκειμενική εκτίμηση γνώσεων για την αναπηρία και τη ζωή ατόμων με αναπηρία	Υποκειμενική εκτίμηση γνώσεων για τη νευροδιαφορετικότητα και για τη ζωή και τις ανάγκες των νευροδιαφορετικών ατόμων
	(Βαθμολογία => 10: πάρα πολλές γνώσεις) r-Pearson	
Συνολικές Στάσεις (Βαθμολογία => 100 καθορίζει θετικότερες στάσεις)	0,165	0,285*
Ποικιλομορφία και Συμπερίληψη	0,076	0,138
Προσαρμογή στους κοινωνικούς κανόνες	0,071	-0,008
Αλληλεπιδράσεις μεταξύ νευροτύπων	0,238*	0,327*
Ιατρικό μοντέλο	0,085	0,202*
Ακρόαση και αναστοχασμός	0,030	0,180

* $p<0,05$

Συγκριτικά επίσης ως τη συχνότητα επαφής με νευροδιαφορετικά άτομα (**πίνακας 11**), οι επαγγελματίες υγείας που ανέφεραν υψηλότερη συχνότητα επαφής ή Συχνά (κάθε εβδομάδα) - Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά έναντι εκείνων με χαμηλότερη ή Ποτέ / σχεδόν ποτέ ή και Σπάνια, βρέθηκαν με σημαντικά υψηλότερα μέσα επίπεδα Υποκειμενικής εκτίμησης γνώσεων για την αναπηρία και τη ζωή ατόμων με αναπηρία (6,1

έναντι 5,2, $p=0,020$) και Υποκειμενικής εκτίμησης γνώσεων για τη νευροδιαφορετικότητα και για τη ζωή και τις ανάγκες των νευροδιαφορετικών ατόμων (5,7 έναντι 4,4, $p<0,001$). Η εμπειρία και επαφή τους αυτή ωστόσο δεν καθόριζε σημαντικά θετικότερες Στάσεις για τη Νευροδιαφορετικότητα ($p>0,05$).

Πίνακας 11. Επίπεδα βαθμολογιών Γνώσεων & Στάσεων για τη Νευροδιαφορετικότητα των 104 επαγγελματιών υγείας της μελέτης ως προς τη συχνότητα επαφής με νευροδιαφορετικά άτομα.

	Συχνότητα επαφής με νευροδιαφορετικά άτομα		p-value
	Ποτέ / σχεδόν ποτέ ή και Σπάνια	Συχνά (κάθε εβδομάδα), Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά	
	μέση τιμή±τ.α.		
Υποκειμενική εκτίμηση γνώσεων για την αναπηρία και τη ζωή ατόμων με αναπηρία (Βαθμολογία => 10: πάρα πολλές γνώσεις)	5,2±2,0	6,1±1,9	0,020
Υποκειμενική εκτίμηση γνώσεων για τη νευροδιαφορετικότητα και για τη ζωή και τις ανάγκες των νευροδιαφορετικών ατόμων (Βαθμολογία => 10: πάρα πολλές γνώσεις)	4,4±1,7	5,7±1,8	<0,001
Συνολικές Στάσεις (Βαθμολογία => 100 καθορίζει θετικότερες στάσεις)	60,2±9,4	62,9±9,1	0,134
Ποικιλομορφία και Συμπερίληψη	64,2±10,8	67,3±10,8	0,147
Προσαρμογή στους κοινωνικούς κανόνες	51,1±18,2	53,0±20,2	0,611
Αλληλεπιδράσεις μεταξύ νευροτύπων	64,9±19,1	67,0±16,1	0,552
Ιατρικό μοντέλο	50,5±12,6	52,7±13,8	0,380
Ακρόαση και αναστοχασμός	67,8±21,0	71,8±17,9	0,302

Έλεγχοι Student t

Στον **πίνακα 12** παρουσιάζεται η συσχέτιση των βαθμολογιών των αυτό-αναφερόμενων γνώσεων & στάσεων για τη Νευροδιαφορετικότητα με τα βασικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας. Υψηλότερη Υποκειμενική εκτίμηση γνώσεων για την αναπηρία και τη ζωή ατόμων με αναπηρία των επαγγελματιών υγείας, σχετίζονται σημαντικά με το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο ($r=0,362$, $p<0,05$) και με την καλύτερη οικονομική κατάσταση ($r=0,370$, $p<0,05$). Ανάλογα, περισσότερες γνώσεις ή υψηλότερη Υποκειμενική εκτίμηση γνώσεων για τη νευροδιαφορετικότητα και για τη ζωή και τις

ανάγκες των νευροδιαφορετικών ατόμων, σχετίζονται σημαντικά με το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο ($r=0,366$, $p<0,05$) και με την καλύτερη οικονομική κατάσταση ($r=0,384$, $p<0,05$). Επίσης, θετικότερες *Συνολικές Στάσεις* σχετίζονται σημαντικά με το γυναικείο φύλο ($r=0,206$, $p<0,05$), με τις νεότερες ηλικίες ($r=-0,222$, $p<0,05$) ή με το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο ($r=0,289$, $p<0,05$).

Πίνακας 12. Συσχέτιση των Γνώσεων & Στάσεων για τη Νευροδιαφορετικότητα των 104 επαγγελματιών υγείας της μελέτης, με τα βασικά χαρακτηριστικά τους.

	Φύλο (1:άνδρες, 2:γυναίκες)	Ηλικία (χρόνια)	Οικογ/κή κατ. (1: σε διάσταση, διαζευγμένος/η, ελεύθερος/ 2: έγγαμος/η, σε σχέση, αρραβωνιασμένος/)	Εκπ/ση (1: υποχρεωτική, 2: δευτεροβάθμια, 3: Πανεπιστημιακή, 4: MSc, 5: PhD)	Οικονομική κατάσταση οικογένειας (1: πολύ κακή έως 6: πάρα πολύ καλή)
r-Pearson					
Υποκειμενική εκτίμηση γνώσεων για την αναπηρία και τη ζωή ατόμων με αναπηρία (Βαθμολογία => 10: πάρα πολλές γνώσεις)	-0,009	0,011	0,094	0,362*	0,370*
Υποκειμενική εκτίμηση γνώσεων για τη νευροδιαφορετικότητα και για τη ζωή και τις ανάγκες των νευροδιαφορετικών ατόμων (Βαθμολογία => 10: πάρα πολλές γνώσεις)	0,015	-0,002	-0,065	0,366*	0,384*
Συνολικές Στάσεις (Βαθμολογία => 100 καθορίζει θετικότερες στάσεις)	0,206*	-0,222*	0,041	0,289*	0,086
Ποικιλομορφία και Συμπερίληψη	0,006	-0,122	0,036	0,257*	0,119
Προσαρμογή στους κοινωνικούς κανόνες	0,095	-0,093	-0,036	-0,005	0,110
Αλληλεπιδράσεις μεταξύ νευροτύπων	0,300*	-0,176	0,106	0,249*	-0,033
Ιατρικό μοντέλο	0,065	-0,075	-0,073	0,216*	0,100
Ακρόαση και αναστοχασμός	0,141	-0,188	0,067	0,141	-0,015

* $p<0,05$

Στον **πίνακα 13** παρουσιάζεται επιπλέον η συσχέτιση των βαθμολογιών των γνώσεων & στάσεων για τη Νευροδιαφορετικότητα με τα εργασιακά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας. Περισσότερες γνώσεις ή υψηλότερη *Υποκειμενική εκτίμηση γνώσεων για την αναπηρία και τη ζωή ατόμων με αναπηρία* των επαγγελματιών υγείας, σχετίζονται σημαντικά με τη συμμετοχή σε επιστημονικό συνέδριο ($r=0,326$, $p<0,05$) ή με την υψηλότερη ικανοποίηση από την εργασία ($r=0,528$, $p<0,05$). Παρόμοια, υψηλότερη *Υποκειμενική εκτίμηση γνώσεων για τη νευροδιαφορετικότητα και για τη ζωή*

και τις ανάγκες των νευροδιαφορετικών ατόμων, σχετίζονται σημαντικά με τη συμμετοχή σε επιστημονικό συνέδριο ($r=0,200$, $p<0,05$) και με την υψηλότερη ικανοποίηση από την εργασία ($r=0,394$, $p<0,05$). Τα εργασιακά χαρακτηριστικά ωστόσο δεν φαίνεται γενικά να καθορίζουν σημαντικά θετικότερες Στάσεις για τη Νευροδιαφορετικότητα ($p>0,05$).

Πίνακας 13. Συσχέτιση των Γνώσεων & Στάσεων για τη Νευροδιαφορετικότητα των 104 επαγγελματιών υγείας της μελέτης, με τα εργασιακά χαρακτηριστικά τους.

	Χρόνια εργασίας στην Υγεία	Χρόνια εργασίας στο τρέχον Τμήμα - Κλινική	Νυχτ/νές βάρδιες	Απογ/τινές βάρδιες	Θέση ευθύνης (1:όχι, 2:ναι)	Συμμετοχή σε συνέδριο (1:όχι, 2:ναι)	Ικανοποίηση από την Εργασία
	r-Pearson						
Υποκειμενική εκτίμηση γνώσεων για την αναπηρία και τη ζωή ατόμων με αναπηρία (Βαθμολογία => 10: πάρα πολλές γνώσεις)	0,001	0,008	0,113	-0,169	-0,033	0,326*	0,528*
Υποκειμενική εκτίμηση γνώσεων για τη νευροδιαφορετικ ότητα και για τη ζωή και τις ανάγκες των νευροδιαφορετικ ών ατόμων (Βαθμολογία => 10: πάρα πολλές γνώσεις)	-0,033	-0,037	0,066	-0,128	-0,114	0,200*	0,394*
Συνολικές Στάσεις (Βαθμολογία => 100 καθορίζει θετικότερες στάσεις)	-0,178	-0,084	-0,111	0,107	-0,020	-0,073	0,122
Ποικιλομορφία και Συμπερίληψη	-0,128	-0,090	-0,031	-0,058	-0,078	-0,031	0,124
Προσαρμογή στους κοινωνικούς κανόνες	-0,160	-0,046	-0,201*	-0,006	-0,071	0,096	0,032
Αλληλεπιδράσεις μεταξύ νευροτύπων	-0,130	-0,046	-0,005	0,110	0,081	-0,037	0,049
Ιατρικό μοντέλο	-0,049	0,000	-0,143	0,056	-0,004	-0,104	0,011
Ακρόαση και αναστοχασμός	-0,077	-0,065	0,011	0,194*	0,002	-0,123	0,134

* $p<0,05$

Συγκριτικά τέλος προς την επαγγελματική τους ιδιότητα (**πίνακας 14**), οι ιατροί βρέθηκαν έναντι των νοσηλευτών/τριων ή άλλων επαγγελματιών υγείας με σημαντικά υψηλότερα μέσα επίπεδα *Υποκειμενικής εκτίμησης γνώσεων για τη νευροδιαφορετικότητα και για τη ζωή και τις ανάγκες των νευροδιαφορετικών ατόμων* (6,3 έναντι 4,9 και 4,4, $p=0,006$) ή θετικότερων στάσεων που αφορούν τη Ποικιλομορφία και Συμπερίληψη (71,0 έναντι 64,1 και 66,5, $p=0,031$).

Πίνακας 14. Επίπεδα βαθμολογιών Γνώσεων & Στάσεων για τη Νευροδιαφορετικότητα των 104 επαγγελματιών υγείας της μελέτης, ως προς την επαγγελματική τους ιδιότητα.

	Επαγγελματική ιδιότητα			p-value
	Ιατροί ($n=15$)	Νοσηλευτές & Νοσηλεύτριες ($n=66$)	Άλλο ($n=23$)	
	μέση τιμή±τ.α.			
Υποκειμενική εκτίμηση γνώσεων για την αναπηρία και τη ζωή ατόμων με αναπηρία (Βαθμολογία => 10: πάρα πολλές γνώσεις)	6,5±1,7	5,6±1,9	5,0±2,0	0,069
Υποκειμενική εκτίμηση γνώσεων για τη νευροδιαφορετικότητα και για τη ζωή και τις ανάγκες των νευροδιαφορετικών ατόμων (Βαθμολογία => 10: πάρα πολλές γνώσεις)	6,3±1,5	4,9±1,8	4,4±1,9	0,006
Συνολικές Στάσεις (Βαθμολογία => 100 καθορίζει θετικότερες στάσεις)	64,4±7,6	61,3±9,2	59,6±10,4	0,273
Ποικιλομορφία και Συμπερίληψη	71,0±8,4	64,1±11,0	66,5±11,1	0,031
Προσαρμογή στους κοινωνικούς κανόνες	50,0±24,5	53,6±17,6	48,5±19,5	0,505
Αλληλεπιδράσεις μεταξύ νευροτύπων	69,1±11,9	66,2±18,4	62,6±19,4	0,456
Ιατρικό μοντέλο	54,0±11,8	51,5±12,8	49,7±15,1	0,608
Ακρόαση και αναστοχασμός	73,1±16,9	70,0±21,4	66,1±16,3	0,393

Έλεγχοι Kruskal-Wallis.

Τέλος, στον **πίνακα 15** παρουσιάζεται η εφαρμογή πολλαπλής γραμμικής συσχέτισης (παλινδρόμηση) των *Συνολικών Στάσεων* για τη Νευροδιαφορετικότητα των επαγγελματιών υγείας της μελέτης, με τα χαρακτηριστικά τους και τις Γνώσεις για την αναπηρία και τη Νευροδιαφορετικότητα. Συνολικά εκτιμάται ότι οι θετικότερες

Συνολικές Στάσεις φαίνεται να σχετίζονται σημαντικά με το γυναικείο φύλο ($\beta=4,42$, $p=0,024$), με τις νεότερες ηλικίες ($\beta=-1,29$, $p=0,008$) και με το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο ($\beta=1,78$, $p=0,038$), χωρίς να παρατηρείται σημαντική συσχέτισή τους με την Υποκειμενική εκτίμηση γνώσεων για τη νευροδιαφορετικότητα και για τη ζωή και τις ανάγκες των νευροδιαφορετικών ατόμων ($p>0,05$).

Πίνακας 15. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση και συσχέτιση των **Συνολικών Στάσεων** για τη Νευροδιαφορετικότητα των 104 επαγγελματιών υγείας της μελέτης, με τα χαρακτηριστικά τους και τις Γνώσεις για την αναπηρία και τη Νευροδιαφορετικότητα.

Παράγοντες	Συνολικές στάσεις για τη Νευροδιαφορετικότητα (Βαθμολογία => 100 καθορίζει θετικότερες στάσεις)			
	β	τυπ. σφ.	p-value	δείκτης ανοχής
Φύλο (1:άνδρες, 2:γυναίκες)	4,42	1,92	0,024	0,98
Ηλικία (χρόνια)	-1,29	0,48	0,008	0,99
Εκπαίδευση (1: υποχρεωτική, 2: δευτεροβάθμια, 3: Πανεπιστημιακή, 4: MSc, 5: PhD)	1,78	0,85	0,038	0,86
Συχνότητα επαφής με νευροδιαφορετικά άτομα (1: Ποτέ / σχεδόν ποτέ ή και Σπάνια, 2: Συχνά (κάθε εβδομάδα), Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά)	1,51	1,78	0,396	0,87
Υποκειμενική εκτίμηση γνώσεων για τη νευροδιαφορετικότητα και για τη ζωή και τις ανάγκες των νευροδιαφορετικών ατόμων (Βαθμολογία => 10: πάρα πολλές γνώσεις)	0,89	0,50	0,079	0,78
R^2 (adjusted)			0,22 (0,18)	

β , μη τυποποιημένος συντελεστής παλινδρόμησης

7. Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας ήταν η διερεύνηση των υποκειμενικών γνώσεων, στάσεων και των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τα νευροδιαφορετικά άτομα, συμπεριλαμβανομένων των ατόμων στο Φάσμα του Αυτισμού, καθώς και η διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με αυτές. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στη μελέτη αξιολόγησαν τις γνώσεις τους σχετικά με την αναπηρία, τη νευροδιαφορετικότητα και τις ανάγκες των νευροδιαφορετικών ατόμων ως μέτριες. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι παρά την πρόοδο που έχει σημειωθεί τα τελευταία χρόνια στη κατανόηση του αυτισμού και της νευροδιαφορετικότητας, εξακολουθούν να υφίστανται περιθώρια βελτίωσης όσον αφορά την εκπαίδευση και την επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας. Παράλληλα τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης συμφωνούν με προηγούμενες μελέτες που έχουν αναδείξει ότι οι επαγγελματίες υγείας συχνά εμφανίζουν περιορισμένες ή μέτριες γνώσεις σχετικά με τις Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος καθώς και τις ανάγκες των ατόμων με αυτισμό (Imran et al., 2011; Juraszec et al., 2019; Alagband-Rad et al., 2023; Mengesha et al., 2015). Ειδικότερα τα ευρήματα επιβεβαιώνουν σημαντικά κενά γνώσεων σχετικά με τα χαρακτηριστικά, τη διάγνωση και την υποστήριξη των ατόμων στο φάσμα του αυτισμού καθώς και διαφοροποιήσεις μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων, με τους γιατρούς να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα γνώσεων συγκριτικά με τις υπόλοιπες επαγγελματικές ομάδες. Ένα ακόμη σημαντικό εύρημα της παρούσας μελέτης ήταν ότι οι συνολικές στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στη νευροδιαφορετικότητα διαμορφώθηκαν από μέτρια έως υψηλά επίπεδα. Το εύρημα αυτό βρίσκεται σε συμφωνία με προηγούμενες μελέτες που έχουν καταγράψει γενικότερα θετικές στάσεις απέναντι στα Άτομα στο Φάσμα του Αυτισμού παρά την ύπαρξη επιφυλάξεων και στερεοτυπικών αντιλήψεων (Imran et al., 2011; Low & Zailan, 2018; Nihal et al., 2025). Τα αποτελέσματα αυτά υποδηλώνουν ότι οι επαγγελματίες υγείας παρουσιάζουν αυξημένη ευαισθητοποίηση και αποδοχή απέναντι στην νευροδιαφορετικότητα, ωστόσο οι στάσεις αυτές δεν είναι ιδιαίτερες υψηλές. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι η υψηλότερη βαθμολογία καταγράφηκε στη διάσταση «Ακρόαση και αναστοχασμός», ενώ η χαμηλότερη

βαθμολογία καταγράφηκε στη διάσταση «Ιατρικό μοντέλο». Το εύρημα αυτό αποδεικνύει ότι οι επαγγελματίες υγείας σταδιακά απομακρύνονται από την αντίληψη που αντιμετωπίζει τον αυτισμό αποκλειστικά ως διαταραχή που πρέπει να θεραπευτεί και υιοθετούν πιο σύγχρονες προσεγγίσεις που δίνουν έμφαση στην κατανόηση και την αποδοχή της νευροδιαφορετικότητας καθώς και των αναγκών των νευροδιαφορετικών ατόμων. Η παρούσα μελέτη εξέτασε επίσης το ρόλο της συχνότητας επαφής με τα νευροδιαφορετικά άτομα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η συχνότερη επαφή συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα υποκειμενικής εκτίμησης γνώσεων για την αναπηρία και τη ζωή ατόμων με αναπηρία αλλά και υποκειμενικής εκτίμησης γνώσεων για τη νευροδιαφορετικότητα και για τη ζωή και τις ανάγκες των νευροδιαφορετικών ατόμων. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι η άμεση εμπειρία σε συνδυασμό με τη συστηματική αλληλεπίδραση με νευροδιαφορετικά άτομα μπορεί να συμβάλλουν στην καλύτερη κατανόηση των αναγκών τους, ενισχύοντας τις γνώσεις των επαγγελματιών υγείας πέρα από αυτών που αποκτώνται κατά την τυπική εκπαίδευση. Ωστόσο η συχνότερη επαφή με νευροδιαφορετικά άτομα δεν συσχετίστηκε με θετικότερες στάσεις απέναντι στη νευροδιαφορετικότητα. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι η αύξηση των γνώσεων δεν συνοδεύεται απαραίτητα από την αντίστοιχη βελτίωση των στάσεων, οι οποίες πιθανότατα επηρεάζονται από κοινωνικούς, πολιτισμικούς και εκπαιδευτικούς παράγοντες. Τέλος η διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με τις στάσεις απέναντι στη νευροδιαφορετικότητα έδειξε ότι το γυναικείο φύλο, η νεότερη ηλικία και το υψηλότερο εκπαιδευτικό υπόβαθρο συνδέονται με θετικότερες συνολικές στάσεις. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα ότι οι γνώσεις σχετικά με τη νευροδιαφορετικότητα και τις ανάγκες των νευροδιαφορετικών ατόμων δεν βρέθηκαν να αποτελούν ανεξάρτητο παράγοντα πρόβλεψης θετικότερων στάσεων. Το εύρημα αυτό ενισχύει την άποψη ότι η απόκτηση γνώσεων και η ανάπτυξη θετικών στάσεων αποτελούν διακριτές διαστάσεις. Επομένως η αύξηση των γνώσεων των επαγγελματιών υγείας δεν συνεπάγεται υποχρεωτικά με την αντίστοιχη βελτίωση των στάσεων απέναντι στη νευροδιαφορετικότητα.

8. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Η περαιτέρω διερεύνηση των γνώσεων και των στάσεων των επαγγελματιών υγείας απέναντι στη νευροδιαφορετικότητα κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική, δεδομένης της αυξανόμενης ανάγκης για βελτίωση της ποιότητας και της προσβασιμότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τα νευροδιαφορετικά άτομα. Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να πραγματοποιηθούν σε μεγαλύτερα και πιο αντιπροσωπευτικά δείγματα επαγγελματιών υγείας, προκειμένου να ενισχυθεί η δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων. Επιπλέον θα ήταν χρήσιμη η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων που στοχεύουν στην ενίσχυση όχι μόνο των γνώσεων αλλά και των στάσεων των επαγγελματιών υγείας απέναντι στη νευροδιαφορετικότητα. Παράλληλα ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η διερεύνηση των εμπειριών και των αντιλήψεων των ίδιων των νευροδιαφορετικών κατά την αλληλεπίδρασή τους με τους επαγγελματίες υγείας, καθώς η προσέγγιση αυτή δύναται να συμβάλλει στη πληρέστερη κατανόηση των αναγκών τους και κατ' επέκταση στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Βιβλιογραφία

- Alaghband-Rad, J., Ardeshir, M., Hakki Kazazi, E., & Motamed, M. (2023). Adult autism spectrum disorder: Knowledge, attitude and practice of health system professionals. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 18(3), 185–194. <https://doi.org/10.1108/JMHTEP-07-2022-0066>
- Aljead, M., Qashta, A., Jalal, Z., & Jones, A. M. (2025). Review of autism spectrum disorder (ASD): Epidemiology, aetiology, pathology, and pharmacological treatment. *Pharmaceuticals*, 18(11), 1644. <https://doi.org/10.3390/ph18111644>
- Alrehaili, R. A., ElKady, R. M., Alrehaili, J. A., & Alreefi, R. M. (2023). Exploring early childhood autism spectrum disorders: A comprehensive review of diagnostic approaches in young children. *Cureus*, 15(12), e50111.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Anderson-Chavarria, M. (2022). The autism predicament: Models of autism and their impact on autistic identity. *Disability & Society*, 37(8), 1321–1341. <https://doi.org/10.1080/09687599.2021.1877117>
- Ayoub, G. (2025). Autism spectrum disorder as a multifactorial disorder: The interplay of genetic factors and inflammation. *International Journal of Molecular Sciences*, 26(13), 6483. <https://doi.org/10.3390/ijms26136483>
- Baio, J. (2018). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years—Autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2014. *MMWR Surveillance Summaries*, 67(SS-6), 1–23.
- Baird, G., & Norbury, C. F. (2016). Social (pragmatic) communication disorders and autism spectrum disorder. *Archives of Disease in Childhood*, 101(8), 745–751.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition*, 21(1), 37–46.
- Barton, L. (2018). *Sociology and disability: Some emerging issues*. In *Disability and society* (pp. 3–17). Routledge.

- Baumer, N., & Spence, S. J. (2018). Evaluation and management of the child with autism spectrum disorder. *Continuum*, 24(1), 248–275.
<https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000578>
- Berry, K., Russell, K., & Frost, K. (2018). Restricted and repetitive behaviors in autism spectrum disorder: A review of associated features and presentation across clinical populations. *Current Developmental Disorders Reports*, 5(2), 108–115.
- Bougeard, C., Picarel-Blanchot, F., Schmid, R., Campbell, R., & Buitelaar, J. (2021). Prevalence of autism spectrum disorder and co-morbidities in children and adolescents: A systematic literature review. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 744709.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.744709>
- Bradby, H. (2010). Εισαγωγή στην κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας (Γ. Βάγιας & Αλεξιάς, Μετ.). Πεδίο.
- Calleja, S., Islam, F. M. A., Kingsley, J., & McDonald, R. (2020). Healthcare access for autistic adults: A systematic review. *Medicine*, 99(29), e20899.
<https://doi.org/10.1097/MD.00000000000020899>
- Chiarotti, F., & Venerosi, A. (2020). Epidemiology of autism spectrum disorders: A review of worldwide prevalence estimates since 2014. *Brain Sciences*, 10(5), 274. <https://doi.org/10.3390/brainsci10050274>
- Clare, E. (2001). Stolen bodies, reclaimed bodies: Disability and queerness. *Public Culture*, 13(3), 359–365.
- Clare, E. (2019). Defective and deficient: White supremacy and disability oppression tangled together. *Understanding and Dismantling Privilege*, 9(1), 1–7.
- Croen, L. A., Zerbo, O., Qian, Y., Massolo, M. L., Rich, S., Sidney, S., & Kripke, C. (2015). The health status of adults on the autism spectrum. *Autism*, 19(7), 814–823.
- D’Agostino, L., Ferrara, F., Vaira, F., Fiorilli, L., Ottaviano, M., & Marini, S. (2025). Historical view of autism diagnosis according to DSM criteria: A mini-review. *International Journal of Research in Medical and Clinical Science*, 3(2), 29–33.
<https://doi.org/10.70829/ijrmcs.v03.i02.003>
- Da Silva, N. I., & Lebrun, I. (2023). Autism spectrum disorder: History, concept and future perspective. *Journal of Neurology Research Reviews & Reports*, 5, 173.

- Erdoğan, Ç., & Turan, T. (2023). Determination of pediatric nurses' knowledge of and attitudes towards childhood autism and CT recommendations. *Trends in Pediatrics*, 4(2), 89–95.
- Evans, B. (2013). How autism became autism: The radical transformation of a central concept of child development in Britain. *History of the Human Sciences*, 26(3), 3–31. <https://doi.org/10.1177/0952695113484320>
- 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. *Clinical Practice*, 14(6), 2693–2704. <https://doi.org/10.3390/clinpract14060212>
- Figueiredo, C. L., Souza, N. S., Ribeiro, A. C., Buboltz, F. L., Santos, H. T. Q., & Neves, E. T. (2026). Assistance to children with autism spectrum disorder: Perceptions of healthcare professionals in a pediatric emergency room. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 60, e20250350. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2025-0350en>
- Finke, E. H., & Dunn, D. H. (2025). Neurodiversity and double empathy: Can empathy disconnects be mitigated to support autistic belonging? *Disability & Society*, 40(3), 727–750. <https://doi.org/10.1080/09687599.2023.2295802>
- Fombonne, E. (2018). The rising prevalence of autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(7), 717–720. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12941>
- Fortuna, R. J., Robinson, L., Smith, T. H., Meccarello, J., Bullen, B., Nobis, K., & Davidson, P. W. (2016). Health conditions and functional status in adults with autism: A cross-sectional evaluation. *Journal of General Internal Medicine*, 31(1), 77–84.
- Gholamalizadeh, H., Amiri-Shahri, M., Rasouli, F., Ansari, A., Baradaran Rahimi, V., & Askari, V. R. (2024). DNA methylation in autism spectrum disorders: Biomarker or pharmacological target? *Brain Sciences*, 14(8), 737. <https://doi.org/10.3390/brainsci14080737>
- Goldberg, H. (2023). Unraveling neurodiversity: Insights from neuroscientific perspectives. *Encyclopedia*, 3(3), 972–980. <https://doi.org/10.3390/encyclopedia3030070>

- Haeghele, J. A., & Hodge, S. (2016). Disability discourse: Overview and critiques of the medical and social models. *Quest*, 68(2), 193–206. <https://doi.org/10.1080/00336297.2016.1143849>
- Haney, J. L., & Cullen, J. A. (2018). An exploratory investigation of social workers' knowledge and attitudes about autism. *Social Work in Mental Health*, 16(2), 201–222. <https://doi.org/10.1080/15332985.2017.1373265>
- Hayat, A. A., Meny, A. H., Salahuddin, N., Alnemary, F. M., Ahuja, K. R., & Azeem, M. W. (2019). Assessment of knowledge about childhood autism spectrum disorder among healthcare workers in Makkah, Saudi Arabia. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 35(4), 951–957. <https://doi.org/10.12669/pjms.35.4.605>
- Hirota, T., & King, B. H. (2023). Autism spectrum disorder: A review. *JAMA*, 329(2), 157–168. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.23661>
- Hodges, H., Fealko, C., & Soares, N. (2020). Autism spectrum disorder: Definition, epidemiology, causes, and clinical evaluation. *Translational Pediatrics*, 9(Suppl. 1), S55–S65. <https://doi.org/10.21037/tp.2019.09.09>
- Hodis, B., Mughal, S., & Saadabadi, A. (2025). *Autism spectrum disorder*. StatPearls Publishing.
- Hollocks, M. J., Lerh, J. W., Magiati, I., Meiser-Stedman, R., & Brugha, T. S. (2019). Anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(4), 559–572. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002283>
- Hyman, S. L., Levy, S. E., & Myers, S. M. (2020). Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder. *Pediatrics*, 145(1), e20193447.
- Imran, N., Chaudry, M. R., Azeem, M. W., Bhatti, M. R., Choudhary, Z. I., & Cheema, M. A. (2011). A survey of autism knowledge and attitudes among healthcare professionals in Lahore, Pakistan. *BMC Pediatrics*, 11, 107. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-11-107>
- Juraszek, K., Kalisz, Z., Maszudzińska, A., Kucharczuk, M., & Kalisz, J. (2019). Healthcare professionals' knowledge of autism spectrum disorders. *Journal of Education, Health and Sport*, 9(8), 199–215.

- Kapp, S. K. (Ed.). (2020). *Autistic community and the neurodiversity movement: Stories from the frontline*. Palgrave Macmillan.
- Kapp, S. K., Steward, R., Crane, L., Elliott, D., Elphick, C., Pellicano, E., & Russell, G. (2019). “People should be allowed to do what they like”: Autistic adults’ views and experiences of stimming. *Autism*, 23(7), 1782–1792. <https://doi.org/10.1177/1362361319829628>
- Kojovic, N., Ben Hadid, L., Franchini, M., & Schaer, M. (2019). Sensory processing issues and their association with social difficulties in children with autism spectrum disorders. *Journal of Clinical Medicine*, 8(10), 1508. <https://doi.org/10.3390/jcm8101508>
- 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>
- Kritsotakis G, Galanis P, Papastefanakis E, Meidani F, Philalithis AE, Kalokairinou A, Sourtzi P. Attitudes towards people with physical or intellectual disabilities among nursing, social work and medical students. *Journal of Clinical Nursing* 2017, 26:4951–4963. <https://doi.org/10.1111/jocn.13988>
- Lai, M.-C., Kasse, C., Besney, R., Bonato, S., Hull, L., Mandy, W., Szatmari, P., & Ameis, S. H. (2019). Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 6(10), 819–829. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30289-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30289-5)
- Leisman, G., & Melillo, R. (2025). Autism spectrum disorder: What do we know and where do we go? *Brain Sciences*, 15(9), 1010. <https://doi.org/10.3390/brainsci15091010>
- Lintas, C., & Persico, A. M. (2009). Autistic phenotypes and genetic testing: State-of-the-art for the clinical geneticist. *Journal of Medical Genetics*, 46(1), 1–8. <https://doi.org/10.1136/jmg.2008.060871>
- Litman, A., Sauerwald, N., Snyder, L. G., Foss-Feig, J., Park, C. Y., Hao, Y., Dinstein, I., Theesfeld, C. L., & Troyanskaya, O. G. (2024). Decomposition of phenotypic

- heterogeneity in autism reveals distinct and coherent genetic programs. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2024.08.15.24312078>
- Lord, C., Brugha, T. S., Charman, T., Cusack, J., Dumas, G., Frazier, T., ... & Veenstra-VanderWeele, J. (2020). Autism spectrum disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 6(1), 5.
- Lord, C., Elsabbagh, M., Baird, G., & Veenstra-VanderWeele, J. (2018). Autism spectrum disorder. *The lancet*, 392 (10146), 508-520.
- Low, H. M., & Zailan, F. (2018). Medical students' perceptions, awareness, societal attitudes and knowledge of autism spectrum disorder: An exploratory study in Malaysia. *International Journal of Developmental Disabilities*, 64(2), 86–95. <https://doi.org/10.1080/20473869.2016.1264663>
- McDonald, S. M. (2012). Perception: A concept analysis. *International Journal of Nursing Knowledge*, 23(1), 2–9. <https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2011.01198.x>
- McLennan, H., Aberdeen, R., Saggars, B., et al. (2025). Thirty years on from Sinclair: A scoping review of neurodiversity definitions and conceptualisations in empirical research. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s40489-025-00493-2>
- Morrison, K. E., DeBrabander, K. M., Jones, D. R., Faso, D. J., Ackerman, R. A., & Sasson, N. J. (2020). Outcomes of real-world social interaction for autistic adults paired with autistic compared to typically developing partners. *Autism*, 24(5), 1067–1080.
- Muskens, J. B., Velders, F. P., & Staal, W. G. (2017). Medical comorbidities in children and adolescents with autism spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorders: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26, 1093–1103. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1020-0>
- Nicolaidis, C., Kripke, C. C., & Raymaker, D. (2014). Primary care for adults on the autism spectrum. *Medical Clinics of North America*, 98(5), 1169–1191.
- Nihal, R., Sodhi, M. K., Ajaydeep, & Kainth, D. S. (2025). Knowledge, attitudes, and practices (KAP) study on autism spectrum disorder (ASD) awareness among pediatric residents. *Indian Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. <https://doi.org/10.5281/zenodo.15833969>

- Oliver, M. (2013). The social model of disability: Thirty years on. *Disability & Society*, 28(7), 1024–1026. <https://doi.org/10.1080/09687599.2013.818773>
- Orsmond, G. I., Shattuck, P. T., Cooper, B. P., Sterzing, P. R., & Anderson, K. A. (2013). Social participation among young adults with an autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(11), 2710–2719.
- 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>
- Ousley, O., & Cermak, T. (2014). Autism spectrum disorder: Defining dimensions and subgroups. *Current Developmental Disorders Reports*, 1(1), 20–28. <https://doi.org/10.1007/s40474-013-0003-1>
- Posar, A., & Visconti, P. (2023). Autism spectrum disorder in 2023: A challenge still open. *Turkish Archives of Pediatrics*, 58(6), 566–571. <https://doi.org/10.5152/TurkArchPediatri.2023.23194>
- Qin, L., Wang, H., Ning, W., et al. (2024). New advances in the diagnosis and treatment of autism spectrum disorders. *European Journal of Medical Research*, 29, 322. <https://doi.org/10.1186/s40001-024-01916-2>
- Retief, M., & Letšosa, R. (2018). Models of disability: A brief overview. *HTS Teologiese Studies/Theological Studies*, 74(1), a4738. <https://doi.org/10.4102/hts.v74i1.4738>
- Rosen, N. E., Lord, C., & Volkmar, F. R. (2021). The diagnosis of autism: From Kanner to DSM-III to DSM-5 and beyond. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51, 4253–4270. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-04904-1>
- Santomauro, D. F., Erskine, H. E., Herrera, A. M. M., Miller, P. A., Shadid, J., Hagins, H., et al. (2025). 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.
- Schuck, R. K., Choi, S., Baiden, K. M., Dwyer, P., & Uljarević, M. (2024). The neurodiversity attitudes questionnaire: Development and initial validation. *Autism*, 28(11), 2821–2833. <https://doi.org/10.1177/13623613241245756>

- Shaw, S. C. K., Brown, M. E. L., Jain, N. R., George, R. E., Bernard, S., Godfrey-Harris, M., & Doherty, M. (2025). When I say ... neurodiversity paradigm. *Medical Education*, 59(5), 466–468. <https://doi.org/10.1111/medu.15565>
- Skonieczna-Żydecka, K., Gorzkowska, I., Pierzak-Sominka, J., & Adler, G. (2017). The prevalence of autism spectrum disorders in West Pomeranian and Pomeranian regions of Poland. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 30(2), 283–289.
- Thomaidis, L., Mavroeidi, N., Richardson, C., Choleva, A., Damianos, G., Bolias, K., & Tsolia, M. (2020). Autism spectrum disorders in Greece: Nationwide prevalence in 10–11-year-old children and regional disparities. *Journal of Clinical Medicine*, 9(7), 2163. <https://doi.org/10.3390/jcm9072163>
- Urbanowicz, A., Parkin, T., van Dooren, K., Girdler, S., Ciccarelli, M., & Lennox, N. (2020). The experiences, views, and needs of health professionals who provide care to adults on the autism spectrum. *Research and Practice in Intellectual and Developmental Disabilities*, 7(2), 179–192. <https://doi.org/10.1080/23297018.2020.1735943>
- World Health Organization. (2025). *Autism spectrum disorders: Key facts and overview*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Xin, W. (2025). The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5): Autism spectrum disorder. *Journal of Child and Adolescent Behavior*, 13, 736.
- Zaks, Z. (2024). Changing the medical model of disability to the normalization model of disability: Clarifying the past to create a new future direction. *Disability & Society*, 39(12), 3233–3260. <https://doi.org/10.1080/09687599.2023.2255926>
- Zarokanellou, V., Papagiannopoulou, E., Gryparis, A., Siafaka, V., Tafiadis, D., Ntre, V., & Ziavra, N. (2025). 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>
- 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).

Παράρτημα Α: Ερωτηματολόγιο

"Διερεύνηση Γνώσεων, Στάσεων και Αντιλήψεων των Επαγγελματιών Υγείας για τα Άτομα στο Φάσμα του Αυτισμού"

Αγαπητέ/ή συμμετέχοντα/ουσα

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί μέρος της διπλωματικής μου εργασίας στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος 'Διοίκηση Μονάδων Υγείας' του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου. Σκοπός της έρευνάς μου είναι η διερεύνηση των γνώσεων, των στάσεων και των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας για τα άτομα στο φάσμα του αυτισμού. Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και οι απαντήσεις σας θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς, στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης. Υπεύθυνος καθηγητής είναι ο Δρ Γεώργιος Κριτωτάκης

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και η συμπλήρωσή του διαρκεί περίπου 10-15 λεπτά. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Σας παρακαλώ να απαντήσετε με ειλικρίνεια. Εάν δεν βρίσκετε πάντα κάποια απάντηση που να σας εκφράζει απόλυτα, επιλέξτε αυτή που σας ταιριάζει περισσότερο ή ισχύει τις περισσότερες φορές.

Με εκτίμηση

Κεζεμίδου Μαρία

mariakezemidou@gmail.com

* Υποδεικνύει απαιτούμενη ερώτηση

Α. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο*

- ☐ Άνδρας
- ☐ Γυναίκα
- ☐ Άλλο

2. Ποιο είναι το επάγγελμά σας;*

- ☐ Διοικητικό προσωπικό
- ☐ Ιατρικό προσωπικό
- ☐ Νοσηλευτικό προσωπικό
- ☐ Παραϊατρικό προσωπικό

☐ Άλλο:

2.1 Η θέση σας στο νοσοκομείο είναι:*

- ☐ Μόνιμη- Αορίστου
☐ Μη μόνιμη/Με σύμβαση/ Επικουρική

3. Σε ποιο νοσοκομείο εργάζεστε;

- ☐ Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων Ανδρέας Συγγρός
☐ Άλλο:

3.1 Σε ποιο τμήμα εργάζεστε;

.....

4. Πόσα χρόνια εργάζεστε συνολικά στο χώρο της υγείας;*

- ☐ Έως 1
☐ 2-3
☐ 4-5
☐ 6-10
☐ 11-15
☐ 16-20
☐ 21-25
☐ 26-30
☐ Άνω των 31

5. Πόσα χρόνια εργάζεστε στο συγκεκριμένο τμήμα;*

- ☐ Έως 1
☐ 2-3
☐ 4-5
☐ 6-10
☐ 11-15
☐ 16-20
☐ 21-25
☐ 26-30
☐ Άνω των 31

6. Τον τελευταίο μήνα, πόσες νυχτερινές βάρδιες κάνατε;*

- ☐ 0
☐ 1-2
☐ 3-4

☐ 5-6

☐ 7-8

☐ ≥ 9

7. Τον τελευταίο μήνα πόσες απογευματινές βάρδιες κάνατε;*

☐ 0

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ ≥ 5

8. Τον τελευταίο μήνα, πόσα Σαββατοκύριακα εργαστήκατε, ακόμη και αν ήταν μόνο για μία βάρδια;*

☐ 0

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ ≥ 5

9. Σε ποια θέση ευθύνης υπηρετείτε;*

☐ Καμία

☐ Υπεύθυνος/η Τμήματος

☐ Άλλη θέση (π.χ. επιτροπή λοιμώξεων)

☐ Προϊστάμενος/η

☐ Διευθυντής ΝΥ/Τομέαρχης

10. Σε ποια ηλικιακή ομάδα ανήκετε;*

☐ 18-21

☐ 22-24

☐ 25-29

☐ 30-34

☐ 35-39

☐ 40-44

☐ 45-49

☐ 50-54

☐ 55-59

☐ Άνω των 60

11. Ποιες είναι οι γραμματικές σας γνώσεις;*

☐ Υποχρεωτική Εκπαίδευση

☐ Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση

☐ Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση

☐ Μεταπτυχιακό

☐ Διδακτορικό

12. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;*

☐ Άγαμος

☐ Έγγαμος

☐ Σε σχέση

☐ Ελεύθερος

13. Ποια πιστεύετε ότι είναι η οικονομική κατάσταση της οικογένειά σας;*

☐ Πάρα πολύ κακή

☐ Πολύ κακή

☐ Κακή

☐ Στο μέσο όρο

☐ Καλή

☐ Πολύ καλή

☐ Πάρα πολύ καλή

14. Έχετε ηλεκτρονικό υπολογιστή στο σπίτι;*

☐ Ναι

☐ Όχι

15. Έχετε συμμετάσχει σε επιστημονικό συνέδριο με προφορική ή αναρτημένη ανακοίνωση τα τελευταία 3 χρόνια;*

☐ Ναι

☐ Όχι

16. Σημειώστε στην παρακάτω κλίμακα από το 1 έως το 10 πόσο ικανοποιημένος/η είστε γενικά από την εργασία σας*

Μεγάλη δυσαρέσκεια

☐ 1

☐ 2

- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10

Μεγάλη ικανοποίηση

17. Σημειώστε στην παρακάτω κλίμακα από το 1 έως το 10 πόσες γνώσεις έχετε γενικά για την αναπηρία και για τη ζωή των ατόμων με αναπηρία*

Δεν έχω καθόλου γνώσεις

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10

Έχω πάρα πολλές γνώσεις

Όλες οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν τα νευροδιαφορετικά άτομα, δηλαδή τα άτομα των οποίων ο εγκέφαλος λειτουργεί με διαφορετικό τρόπο. Στην ομάδα αυτή περιλαμβάνονται άτομα στο φάσμα του αυτισμού, άτομα με ΔΕΠΥ και άτομα με μαθησιακές δυσκολίες. Οι διαφοροποιήσεις αυτές μπορεί να επηρεάζουν την καθημερινή τους ζωή, την επικοινωνία και τις κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις.

Τα νευροτυπικά άτομα είναι αυτά των οποίων ο τρόπος σκέψης, μάθησης και συμπεριφοράς θεωρείται ο "συνηθισμένος" ή "τυπικός" στον γενικό πληθυσμό.

18. Σε μία κλίμακα από το 1 έως το 10, πόσο θα αξιολογούσατε τις γενικές σας γνώσεις για τη νευροδιαφορετικότητα και για τη ζωή και τις ανάγκες των νευροδιαφορετικών ατόμων;*

Δεν έχω καθόλου γνώσεις

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10

Έχω πάρα πολλές γνώσεις

19. Εάν σημειώσατε ότι έχετε κάποιες γνώσεις, από που τις αποκτήσατε;(Σημειώστε όσες απαντήσεις επιθυμείτε)*

- ☐ Προσωπική εμπειρία νευροδιαφορετικότητας (είμαι νευροδιαφορετικό άτομο)
- ☐ Εμπειρία από το οικογενειακό μου περιβάλλον
- ☐ Από το κοινωνικό μου περιβάλλον εκτός οικογένειας (π.χ. φίλοι, γείτονες, γνωστοί)
- ☐ Από εθελοντικές δράσεις ή συνεργασία με οργανώσεις ατόμων με νευροδιαφορετικότητα
- ☐ Από τυπική εκπαίδευση
- ☐ Παρακολούθησα ειδικό σεμινάριο ή πρόγραμμα επιμόρφωσης (εντός ή εκτός της εργασίας)
- ☐ Από εσωτερικές οδηγίες, κανονισμούς ή πρωτόκολλα που εφαρμόζονται στην εργασία μου
- ☐ Από βιωματική εμπειρία στο χώρο εργασίας (εξυπηρέτηση ή συνεργασία με νευροδιαφορετικά άτομα)
- ☐ Με ατομική πρωτοβουλία/αυτομόρφωση (π.χ. αναζήτηση πληροφοριών σε ιστοσελίδες, βιβλία ή άρθρα)
- ☐ Άλλο:

.....
.....

20. Κατά τη διάρκεια της ζωής σας, πόσο συχνά έχετε έρθει σε άμεση επαφή με νευροδιαφορετικά άτομα;*

- ☐ Ποτέ/Σχεδόν ποτέ
- ☐ Σπάνια (λιγότερο από 1 φορά τον μήνα)
- ☐ Περιστασιακά (1 -3 φορές τον μήνα)
- ☐ Συχνά (κάθε εβδομάδα)

- ☐ Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά
- ☐ Προτιμώ να μην απαντήσω

21. Σημειώστε πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω δηλώσεις για τα νευροδιαφορετικά άτομα.

	Διαφωνώ πάρα πολύ	Διαφωνώ πολύ	Μάλλον διαφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Συμφωνώ πολύ	Συμφωνώ πάρα πολύ	Δεν απαντώ
Δεν υπάρχει αυτό που λέμε «φυσιολογικός εγκέφαλος».	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Η νευροδιαφορετικότητα (διαφορές στον εγκέφαλο όπως ο αυτισμός, η ΔΕΠ-Υ, η νοητική αναπηρία κ.λπ.) συμβάλλει στη διαφορετικότητα, όπως συμβάλλουν η φυλή και το φύλο.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Πιστεύω ότι οι άνθρωποι πρέπει να έχουν πρόσβαση στις προσαρμογές που χρειάζονται ώστε να είναι επιτυχημένοι στην εργασία τους (π.χ. παράταση προθεσμιών, αισθητηριακά φιλικόι χώροι εργασίας).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Όροι όπως «χαμηλής λειτουργικότητας», «υψηλής λειτουργικότητας», «βαριάς μορφής», «ήπιας μορφής» είναι χρήσιμοι για την περιγραφή των νευροδιαφορετικών ατόμων.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Εάν ένα νευροδιαφορετικό άτομο γίνει επιθετικό προς άλλους στο σχολείο, ο σωματικός περιορισμός του είναι μια καλή επιλογή.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Μερικά νευροδιαφορετικά άτομα αντιμετωπίζουν τόσο σοβαρές δυσκολίες ώστε θα έπρεπε να ζουν σε ιδρύματα.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Οι νευροδιαφορετικοί μαθητές έχουν δικαίωμα να συμπεριλαμβάνονται στις τάξεις γενικής εκπαίδευσης μαζί με τους νευροτυπικούς συμμαθητές τους.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Πολλές από τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα νευροδιαφορετικά άτομα	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

οφείλονται στο ότι η κοινωνία δεν είναι επαρκώς προσαρμοσμένη στις ανάγκες τους.							
Τα νευροδιαφορετικά άτομα θα πρέπει να μαθαίνουν κοινωνικές δεξιότητες προκειμένου να εντάσσονται ευκολότερα στο κοινωνικό τους περιβάλλον (σχολείο, εργασία κ.λπ.).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Αν τα άτομα με ΔΕΠ-Υ προσπαθήσουν πραγματικά πολύ, θα μειωθεί σημαντικά μεγάλο μέρος των δυσκολιών τους με τη συγκέντρωση.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Θα ένιωθα αμηχανία ή ντροπή αν χρειαζόταν να παραδεχτώ ότι έχω μια μαθησιακή δυσκολία, όπως η δυσλεξία.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Αν ένα άτομο χρησιμοποιεί διαφορετικό τρόπο ομιλίας/επικοινωνίας από εμένα (π.χ. πληκτρολόγηση, συσκευή παραγωγής ομιλίας, κάρτες εικόνων), θα προσπαθούσα λιγότερο να επικοινωνήσω μαζί του.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Είναι σημαντικό τα άτομα που δεν είναι νευροδιαφορετικά να μαθαίνουν πώς να αλληλεπιδρούν καλύτερα με τα νευροδιαφορετικά άτομα.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Με ανησυχεί ότι οι νευροδιαφορετικοί ενήλικες που έχουν δικαστικούς συμπαράστατες ή κηδεμόνες μπορεί να πέσουν θύματα εκμετάλλευσης.							
Θα μπορούσα να είμαι φίλος/η με ένα νευροδιαφορετικό άτομο.							
Στον χώρο εργασίας, θα ήμουν πρόθυμος/η να δεχτώ καθοδήγηση από ένα νευροδιαφορετικό άτομο.							
Μπορώ να φανταστώ να βγαίνω ραντεβού με ένα νευροδιαφορετικό άτομο.							

Πιστεύω ότι ο διαφορετικός τρόπος λειτουργίας του εγκεφάλου των νευροδιαφορετικών ατόμων οφείλεται σε εγγενείς βλάβες στον εγκέφαλό τους.							
Τα νευροδιαφορετικά άτομα δεν θα έπρεπε να εργάζονται σε επαγγέλματα που απαιτούν αποφάσεις ζωής ή θανάτου (π.χ. ιατρός, πιλότος).							
Ο προφορικός λόγος θα πρέπει να έχει προτεραιότητα έναντι άλλων μορφών επικοινωνίας κατά την εκπαίδευση νευροδιαφορετικών παιδιών στην επικοινωνία.							
Θα ένιωθα άβολα αν κάποιος εμπόδιζε ένα άτομο να εκδηλώνει επαναλαμβανόμενες κινήσεις, όπως το φτερούγισμα των χεριών (hand flapping).							
Νιώθω θυμό όταν γίνεται λόγος για εύρεση «θεραπείας» για τον αυτισμό.							
Υποστηρίζω οργανισμούς που επιδιώκουν να βρουν θεραπεία για τον αυτισμό.							
Θα ήθελα να έχω την ευκαιρία να συνεργαστώ με νευροδιαφορετικά άτομα, ώστε να μπορώ να μαθαίνω από αυτά.							
Νιώθω απογοήτευση όταν σκέφτομαι τους τρόπους με τους οποίους τα νευροδιαφορετικά άτομα υφίστανται διακρίσεις.							
Αναζητώ ευκαιρίες να μάθω περισσότερα για τα νευροδιαφορετικά άτομα μέσα από προσωπικές τους αφηγήσεις (π.χ. μέσα κοινωνικής δικτύωσης, βιβλία, ιστολόγια κ.ά.).							
Προτιμώ να ακούω τις απόψεις των ίδιων των νευροδιαφορετικών ατόμων για τη λειτουργία του εγκεφάλου							

τους, παρά τις απόψεις τρίτων, όπως γονέων και ερευνητών.							
Αφιερώνω χρόνο για να σκεφτώ πώς θα κάνω το περιβάλλον πιο φιλικό σε αισθητηριακό επίπεδο για τα νευροδιαφορετικά άτομα.							

Παράρτημα Β: Πρακτικό Αδειοδότησης Έρευνας



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ»
Ι. ΔΡΑΓΟΥΜΗ 5-161 21 ΑΘΗΝΑ-τηλ.:210-7210839

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ
ΑΠ :39/10-02-2026

Θέμα 7^ο: «Έγκριση συλλογής δεδομένων στο Νοσοκομείο «ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ» για εκπόνηση Διπλωματικής Εργασίας».

Στο Επιστημονικό Συμβούλιο υπεβλήθη η υπ' αριθμ. πρωτ.:20/22-01-2026 αίτηση της κυρίας **ΚΕΖΕΜΙΔΟΥ ΜΑΡΙΑΣ** μεταπτυχιακής φοιτήτριας στο Π.Μ.Σ. «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου με την οποία αιτείται χορήγηση άδειας για τη συλλογή δεδομένων στο Νοσοκομείο «ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ», με σκοπό την εκπόνηση Διπλωματικής Εργασίας με τίτλο: «Διερεύνηση γνώσεων, στάσεων και αντιλήψεων επαγγελματιών υγείας για τα άτομα στο Φάσμα του Αυτισμού.»

Αναφέρει πλήρη δέσμευσης στους κανόνες δεοντολογίας και προστασίας προσωπικών δεδομένων καθώς και αποκλειστικής χρήσης τους για εκπαιδευτικούς σκοπούς.

Επιβλέπων :Κριτσωτακης Γεώργιος

Με την ανωτέρω αίτηση επισυνάπτονται:

1. Πρωτόκολλο Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας
2. Ερωτηματολόγιό Εργασίας.
3. Βεβαίωση σπουδών

Το Επιστημονικό συμβούλιο, με την σύμφωνη γνώμη της Επιτροπής Δεοντολογίας και αφού έλαβε υπόψη την αίτηση με αρ. πρωτ.20/22-01-2026 αίτηση της κυρίας **ΚΕΖΕΜΙΔΟΥ ΜΑΡΙΑΣ** μεταπτυχιακής φοιτήτριας στο Π.Μ.Σ. «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου με την οποία αιτείται χορήγηση άδειας για τη συλλογής δεδομένων στο Νοσοκομείο «ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ», με σκοπό την εκπόνηση Διπλωματικής Εργασίας με τίτλο: «Διερεύνηση γνώσεων,στάσεων και αντιλήψεων επαγγελματιών υγείας για τα άτομα στο Φάσμα του Αυτισμού.» οποία διενεργείται στο πλαίσιο του στο Π.Μ.Σ. «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου. και ύστερα από διαλογική συζήτηση

ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ

ομόφωνα ότι εγκρίνει την αίτηση με αρ. πρωτ.20/22-01-2026 αίτηση της κυρίας **ΚΕΖΕΜΙΔΟΥ ΜΑΡΙΑΣ** μεταπτυχιακής φοιτήτριας στο Π.Μ.Σ. «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου με την οποία αιτείται

χορήγηση άδειας για τη συλλογής δεδομένων στο Νοσοκομείο «ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ», με σκοπό την εκπόνηση Διπλωματικής Εργασίας με τίτλο: «Διερεύνηση γνώσεων, στάσεων και αντιλήψεων επαγγελματιών υγείας για τα άτομα στο Φάσμα του Αυτισμού.»

οποία διενεργείται στο πλαίσιο του στο Π.Μ.Σ. «Διοίκηση Μονάδων Υγείας » του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου.

υπό τις εξής προϋποθέσεις, ότι:

- δεν θα επιβαρύνει με έξοδα τον προϋπολογισμό του Νοσοκομείου,
- δεν θα διαταραχθεί η εύρυθμη λειτουργία του Νοσοκομείου
- δεν θα εμφανίζονται προσωπικά δεδομένα (Γενικός Κανονισμός (Ε.Ε.) 2016/79).

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ**

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ Ι. ΣΤΡΑΤΗΓΟΣ