

**Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ**

**ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.**

**ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**



**ΤΙΤΛΟΣ**

*Αντιλήψεις και στάσεις των ατόμων που εργάζονται σε εμπορικά καταστήματα του Δήμου Χαλανδρίου απέναντι σε άτομα με (Δια)νοητική Καθυστέρηση και συνοδές διαταραχές. Διερεύνηση και των γνώσεων του πληθυσμού σε ό,τι αφορά τα συγκεκριμένα άτομα.*

**Σπουδάστριες:** *Αλέστα Ελένη-Μαρία*

*Δήμα Φανή*

*Κατσογιάννη Αλίκη*

**Υπεύθυνη Καθηγήτρια:** *Οικονόμου Αικατερίνη*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
---------------	---

### ΜΕΡΟΣ Α' – ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ.....	10
1.1. ΕΠΙΠΕΔΑ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ.....	13
1.2. ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ.....	15
1.2.1. Αξιολόγηση της νοημοσύνης.....	16
1.2.2. Χαρακτηριστικά των παιδιών με νοητική καθυστέρηση.....	18
1.3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ – ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ.....	21
1.4. ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ.....	25
1.5. ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	25

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

ΣΥΝΟΔΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ-ΣΥΝΟΔΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	27
2.1. ΣΥΝΗΘΗ ΣΥΝΔΡΟΜΑ.....	27
2.1.1. Σύνδρομο Down.....	27
2.1.2. Σύνδρομο του Εύθραυστου Χ.....	29
2.2. ΣΥΝΟΔΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	29
2.2.1. Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητας.....	29
2.2.2. Διαταραχές της Διάθεσης.....	33
2.2.3. Βαριές Εκτεταμένες Διαταραχές της Ανάπτυξης.....	43
2.2.4. Ψυχικές Διαταραχές Οφειλόμενες σε Γενική Ιατρική Κατάσταση.....	50

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΝΤΑΞΗ – ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ.....	53
3.1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΝΤΑΞΗΣ ΚΑΙ Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΝΤΑΞΗ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ.....	53
3.1.1. Τομέας της Υγείας και Νοητική Υστέρηση.....	56
3.1.2. Τομέας της Εκπαίδευσης και Νοητική Υστέρηση.....	58
3.1.3. Επαγγελματική εκπαίδευση και Νοητική Υστέρηση.....	58

3.1.4. Κοινωνία και Νοητική Υστέρηση.....	59
3.2. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ.....	61
3.3. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ.....	62
3.3.1. Ο ρόλος των γονέων παιδιών με Νοητική Υστέρηση.....	63
3.3.2. Σεξουαλικές σχέσεις ατόμων με Νοητική Υστέρηση.....	64
3.4. ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΧΡΟΝΟΣ.....	66

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>**

<b>Η ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....</b>	<b>70</b>
4.1. ΤΟ ΓΕΝΙΚΟΤΕΡΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ – Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΟΥ ΕΠΙΚΡΑΤΕΙ ΣΗΜΕΡΑ.....	70
4.2. Η ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ.....	72
4.3. ΟΙ ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΟΙ ΑΞΙΕΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	75
4.4. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ».....	76
4.5. ΚΡΑΤΙΚΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ.....	80

### **ΜΕΡΟΣ Β' – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>**

<b>ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....</b>	<b>86</b>
5.1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	86
5.2. ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΣΗΜΑΝΤΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ.....	86
5.2.1. Ερευνητικά ερωτήματα.....	86
5.2.2. Ερευνητική υπόθεση .....	86
5.3. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ .....	86
5.4. ΠΕΔΙΟ ΚΑΙ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ .....	87
5.5. ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ .....	87
5.6. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ.....	87
5.7. ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	89
5.8. ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....	89
5.9. ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ .....	89
5.10. ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ.....	90

5.11. ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	90
-----------------------------------	----

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>**

### **ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ – ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ**

6.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....	91
6.2. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ.....	122
6.2.1.Συσχετισμός φύλου με απόψεις για κρατική μέριμνα/ νομοθεσία.....	122
6.2.2.Συσχετισμός μορφωτικού επιπέδου με γνώσεις για κλινική εικόνα- πορεία/ πρόγνωση- αιτιολογία νοητικής υστέρησης.....	126
6.2.3.Συσχετισμός ύπαρξης ατόμου με νοητική υστέρηση στο κοινωνικό περιβάλλον με γνώσεις για θεραπεία.....	132
6.2.4.Συσχετισμός ύπαρξης ατόμου με νοητική υστέρηση στο κοινωνικό περιβάλλον με στάσεις και αντιλήψεις περιβάλλοντος.....	134

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>**

### **ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

7.1. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ.....	143
7.2. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	157
7.3. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	158

<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	161
---------------------------	-----

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

*Αφιερώνω την διπλωματική μου  
στα μέλη της οικογένειάς μου  
για την στήριξη και την αγάπη τους.*

***Αλέστα Ελένη-Μαρία***

*Την πτυχιακή εργασία καθώς και όλη την προσπάθεια που  
κατέβαλλα ως μέλος της ερευνητικής ομάδας την  
αφιερώνω σε όλα τα μέλη της οικογένειάς μου και  
ιδιαίτερα στον αγαπημένο μου πατέρα ο οποίος δυστυχώς  
δεν βρίσκεται πια στην ζωή. Τον ευχαριστώ για  
όλα όσα μου προσέφερε όλο αυτό το διάστημα  
και κυρίως για την αγάπη του!*

***Δήμα Φανή***

*Αφιερώνω την πτυχιακή μου σε όσους βίωσαν  
και βιώνουν μια μορφή κοινωνικού αποκλεισμού  
και εξακολουθούν να προσπαθούν να ζουν με αξιοπρέπεια!!*

***Κατσογιάννη Αλίκη***

### **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ:**

Η συγκεκριμένη διπλωματική καθώς και ολόκληρη η περίοδος των σπουδών μας δεν θα ήταν εφικτό να επιτευχθεί χωρίς την αρωγή και στήριξη πρωτίστως των οικογενειών μας, οι οποίες στάθηκαν στο πλευρό μας, μας έδιναν δύναμη και μας στήριζαν όλο αυτό το διάστημα τόσο σε οικονομικό όσο και ψυχολογικό επίπεδο. Για τον λόγο αυτό, δεν θα μπορούσαμε παρά να αφιερώσουμε την εργασία μας στους γονείς και στα αδέρφια μας και να τους ευχαριστήσουμε που στάθηκαν δίπλα μας στην προσπάθειά μας.

Στην συνέχεια, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε πολύ την υπεύθυνη καθηγήτριά μας, κα Οικονόμου Αικατερίνη, για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγηση που μας προσέφερε όλο αυτό το διάστημα προκειμένου να επιτευχθεί η πτυχιακή μας εργασία και να καταφέρουμε όλες μαζί να ολοκληρώσουμε μια αξιόλογη και αξιοπρεπή δουλειά.

Επιπρόσθετα, το κάθε μέλος της ερευνητικής μας ομάδας ευχαριστεί τα υπόλοιπα για την συνεργασία και την κατανόηση προκειμένου να διεκπεραιωθεί όσο το δυνατόν καλύτερα η εν λόγω πτυχιακή εργασία. Επιλέξαμε να συντάξουμε ένα ενιαίο κείμενο ευχαριστιών καθώς τα μέλη της ερευνητικής ομάδας δεν θα μπορούσαν να πουν κάτι διαφορετικό το ένα απ' το άλλο. Η φιλία μας υπήρξε δυνατή απ' την αρχή των σπουδών μας και αυτό βοήθησε στο να δείξουμε κατανόηση η μία στην άλλη και η συνεργασία μας να είναι αξιόλογη.

Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε το κοινωνικό μας περιβάλλον και όσους συνέβαλαν στην υλοποίηση της συγκεκριμένης εργασίας και κυρίως τους εργαζόμενους των εμπορικών καταστημάτων του Δήμου Χαλανδρίου, οι οποίοι αποτέλεσαν το δείγμα μας. Τους ευχαριστούμε τόσο για την συνεργασία τους όσο και για την ευγενική τους στάση απέναντι σε εμάς και την προσπάθειά μας.

**Με εκτίμηση,**

Η ερευνητική ομάδα,

Αλέστα Ελένη-Μαρία

Δήμα Φανή

Κατσογιάννη Αλίκη

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αρκετές δεκαετίες τώρα, ένα από τα προβλήματα τα οποία καλούνται να αντιμετωπίσουν οι ειδικοί της ψυχικής υγείας και τους απασχολεί ιδιαίτερα είναι η νοητική υστέρηση. Προκειμένου να διερευνηθούν ορισμένα από τα πεδία έρευνας, όπως για παράδειγμα η ταξινόμηση της νοητικής υστέρησης, η κατανόηση της φύσης της, η αιτιολογία της, το κατάλληλο εκπαιδευτικό πλαίσιο που πρέπει να καθοριστεί και τέλος, οι ειδικοί εκπαιδευτικοί μέθοδοι που πρέπει να επεξεργαστούν για τα νοητικά υστερούντα άτομα, θα πρέπει να υπάρξει συνεργασία διεπιστημονικής ομάδας όπως, γιατροί, ψυχίατροι, ψυχολόγοι, εκπαιδευτικοί κ.τ.λ. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Σχετικά με τον ορισμό της νοητικής υστέρησης, έχουν υπάρξει κατά καιρούς διάφοροι προκειμένου να την περιγράψουν. Οι πιο γνωστοί απ' αυτούς τους ορισμούς είναι οι ακόλουθοι: α) παραφροσύνη, β) ολιγοφρένεια, γ) πνευματική αναπηρία, δ) ιδιωτεία. Όμως στις μέρες μας επικρατέστερος είναι αυτός της νοητικής υστέρησης, τον οποίο χρησιμοποιούν και στην ελληνική μετάφραση των διαγνωστικών εγχειριδίων DSM-IV και ICD-10 (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Σχετικά με τα συνοδά συμπτώματα της νοητικής υστέρησης, αυτά διαφοροποιούνται σημαντικά ανάλογα με τα αίτια απ' τα οποία οφείλεται η ύπαρξή της. Επιπλέον σημαντική διαφοροποίηση, ανάλογα με την αιτιολογία της νοητικής υστέρησης, παρουσιάζεται στην έκτασή της, στην επίδραση που ασκεί στον βαθμό προσαρμογής του ατόμου και τέλος, στην πρόγνωση για την εξέλιξη της νοητικής υστέρησης. Να επισημανθεί ότι δύο άτομα που έχουν την ίδια διαταραχή ενδεχομένως να παρουσιάζουν διαφορές σχετικά με την κλινική τους εικόνα. Εντούτοις, σημαντικά διαφέρουν και δύο άτομα με νοητική υστέρηση (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Η συγκεκριμένη εργασία αφορά στην νοητική υστέρηση και συγκεκριμένα στη διερεύνηση των αντιλήψεων και των στάσεων των ατόμων που εργάζονται στον Δήμο Χαλανδρίου απέναντι σε άτομα με νοητική υστέρηση και σύννοδες διαταραχές, καθώς επίσης διερευνώνται και οι γνώσεις του συγκεκριμένου πληθυσμού σε ό,τι αφορά τα νοητικά υστερούντα άτομα. Η εργασία χωρίζεται σε δύο μέρη. Στο πρώτο μέρος, παρουσιάζεται και αναλύεται ένα θεωρητικό υπόβαθρο σχετικά με την νοητική υστέρηση και τις συνοδές διαταραχές και στο δεύτερο μέρος, αναλύεται η μεθοδολογία η οποία ακολουθήθηκε στην εν λόγω μελέτη, καθώς επίσης και η καταγραφή και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Στο Α' μέρος της εργασίας και συγκεκριμένα στο πρώτο κεφάλαιο, γίνεται αναφορά στο πώς ορίζεται η έννοια της νοητικής υστέρησης. Στη συνέχεια, αναλύονται τα επίπεδα της

νοητικής υστέρησης, τα βασικά χαρακτηριστικά, η αιτιολογία, οι γνωστικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα νοητικά υστερούντα άτομα, καθώς επίσης και η θεραπεία της νοητικής υστέρησης.

Έπειτα, ακολουθεί το δεύτερο κεφάλαιο στο οποίο γίνεται μια εκτενής ανάλυση σχετικά με τα συνοδά σύνδρομα και τις συνοδές διαταραχές. Συγκεκριμένα, αναλύονται τα σύνθη σύνδρομα, όπως το σύνδρομο Down και το σύνδρομο εύθραυστου Χ. Έπειτα γίνεται ανάλυση των συνοδών διαταραχών, οι οποίες είναι η διαταραχή ελαττωματικής προσοχής/ υπερκινητικότητας, οι διαταραχές της διάθεσης, οι βαριές εκτεταμένες διαταραχές της ανάπτυξης και τέλος, οι ψυχικές διαταραχές οφειλόμενες σε γενική ιατρική κατάσταση.

Το επόμενο κεφάλαιο αφιερώνεται στο κομμάτι της κοινωνικής ένταξης και στις κοινωνικές σχέσεις των ατόμων με νοητική υστέρηση και κλείνοντας το θεωρητικό κομμάτι της παρακάτω εργασίας παρουσιάζεται το 4<sup>ο</sup> κεφάλαιο, στο οποίο παρατίθεται η μεταρρύθμιση στον χώρο της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα.

Στο Β' μέρος, το οποίο ξεκινάει με το 5<sup>ο</sup> κεφάλαιο, αναλύεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την πραγματοποίηση της έρευνας. Ακολουθεί το 6<sup>ο</sup> κεφάλαιο στο οποίο παρουσιάζονται και αναλύονται τα αποτελέσματα και οι συσχετίσεις της έρευνας. Επιπρόσθετα, στο 7<sup>ο</sup> και τελευταίο κεφάλαιο συζητώνται τα συμπεράσματα της έρευνας. Βασιζόμενες στα συμπεράσματα, θέτουμε προτάσεις σχετικά με το θέμα το οποίο διερευνήθηκε.

Στο τέλος, προστίθεται το παράρτημα στο οποίο παρατίθενται: α) το ερευνητικό εργαλείο της έρευνας και β) τα αποτελέσματα της έρευνας, όπως αυτά διαμορφώθηκαν με βάση το πρόγραμμα SPSS.



**ΜΕΡΟΣ Α' - ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ

Με βάση την Αμερικάνικη Εταιρεία Νοητικής Υστέρησης ο όρος νοητική υστέρηση υποδηλώνει «την κάτω του μέσου όρου των φυσιολογικών ατόμων νοητική λειτουργία, η οποία συνυπάρχει συνήθως με δυσχέρειες στην ικανότητα προσαρμογής του ατόμου και εκδηλώνεται κατά την περίοδο της ανάπτυξής του» (Μαριδάκη-Κασσωτάκη, 2009: 140).

Οι Thomas & Woods (2008) αναφέρουν ότι «η ταξινόμηση της νοητικής καθυστέρησης περιλαμβάνει ένα συνδυασμό παραγόντων, οι οποίοι εμπεριέχουν τόσο ιατρικές όσο και κοινωνικές πτυχές: Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2000), η νοητική καθυστέρηση είναι μια κατάσταση καθυστερημένης ή ατελούς ανάπτυξης του νου, η οποία χαρακτηρίζεται από βλάβη στις δεξιότητες και στη γενική νοημοσύνη σε τομείς γνωστικών, γλωσσικών, κινητικών και κοινωνικών δεξιοτήτων. Χαρακτηριζόμενη επιπλέον και ως νοητική αναπηρία ή μειονεξία, η νοητική καθυστέρηση μπορεί να προκύψει με ή χωρίς συνύπαρξη άλλων σωματικών ή ψυχικών διαταραχών. Αν και το κύριο χαρακτηριστικό γνώρισμα της διαταραχής είναι το περιορισμένο επίπεδο νοητικής λειτουργίας, η διάγνωση δίνεται μόνο αν συνυπάρχει περιορισμένη ικανότητα προσαρμοστικότητας στις καθημερινές απαιτήσεις του φυσιολογικού κοινωνικού περιβάλλοντος» (Thomas & Woods, 2008:26).

Η νοητική καθυστέρηση ανήκει στις βασικές κατηγορίες των ΑμεΑ.

Άλλες βασικές κατηγορίες ΑμεΑ είναι ονομαστικά οι παρακάτω:

- A) Κινητικές Δυσλειτουργίες
- B) Αισθητηριακές Διαταραχές
- Γ) Διαταραχές Συμπεριφοράς
- Δ) Αναπτυξιακές Διαταραχές
- E) Χρόνια Νοσήματα (Κοζορώνη, 2011).

«Η ανεπάρκεια αυτή συνοδεύεται, ανάλογα με τη σοβαρότητά της, από υστερήσεις και δυσχέρειες σε διάφορους τομείς της καθημερινής ζωής και της δραστηριότητας των ατόμων, δυσκολίες προσαρμογής και επικοινωνίας με το περιβάλλον τους, διαταραχές της κοινωνικότητας και της ικανότητας προσανατολισμού, προβλήματα ατομικής ασφάλειας και αυτοεξυπηρέτησης σε βαριές μορφές νοητικής υστέρησης και άλλα παρόμοια» (Μαριδάκη-Κασσωτάκη, 2009: 140).

Κατά τον Kirk η ταξινόμηση των ατόμων με καθυστέρηση, η οποία έγινε για παιδαγωγικούς σκοπούς χαρακτηρίζει τα άτομα αυτά ως εκπαιδεύσιμα, ασκήσιμα και ιδιωτεία (Κοζορόνη, 2011).

Τα εκπαιδεύσιμα νοητικά υστερούντα άτομα είναι άτομα με ελαφρά νοητική καθυστέρηση και δείκτη νοημοσύνης 50-70. Τα ασκήσιμα νοητικά υστερούντα άτομα είναι εκείνα που έχουν μέτρια νοητική καθυστέρηση και δείκτη νοημοσύνης 30-50. Τέλος, τα ιδιωτεία τα οποία έχουν βαριά νοητική υστέρηση και δείκτη νοημοσύνης κάτω του 30 (Κοζορόνη, 2011).

«Ο δείκτης νοημοσύνης είναι το πηλίκο της νοητικής ηλικίας δια της χρονολογικής ηλικίας (σε μήνες)» (Κοζορόνη, 2011: 4).

Τα νοητικά υστερούντα παιδιά προκειμένου να αποκτήσουν βασικές δεξιότητες εξαρτώνται περισσότερο απ' τους άλλους. Επιπλέον, είναι πιο ευάλωτα ότι αφορά σε σωματικά προβλήματα, σε διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος. Επιπρόσθετα, έχουν επιρρέπεια στον κοινωνικό αποκλεισμό και στιγματισμό και τα επακόλουθά τους. Στα νοητικά υστερούντα παιδιά αλληλεπιδρούν οι ψυχολογικοί, βιολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες και γι' αυτό ενδεχομένως να θεωρούνται ως παιδιά εν κινδύνω. Για τους παραπάνω λόγους οι παρεμβάσεις και η στήριξη σε όλα τα παιδιά κρίνεται αναγκαία (Μπούρας και συν., χ.χ.).

Κατά τον Turk (1996α) οι ανάγκες των νοητικά υστερούντων ατόμων νεαρής ηλικίας είναι πολλαπλές και σχετίζονται κυρίως με την αναπηρία τους, την ηλικία τους και τις επιπτώσεις της αναπηρίας τους στην οικογένεια. Για να αντιμετωπιστούν με επάρκεια τα προβλήματα των νοητικά υστερούντων ατόμων και να αναπτύσσονται όσο το δυνατόν πιο ομαλά, συνήθως, εμπλέκονται πολλοί επαγγελματίες και πολλές υπηρεσίες. Επιπλέον, τα συγκεκριμένα άτομα λόγω της νοητικής τους υστέρησης και των αιτιών απ' τις οποίες μπορεί να έχει προκληθεί ή ακόμα και εξαιτίας της μορφωτικής και κοινωνικής τους ανεπάρκειας είναι επιρρεπείς σε κάποιες δευτερογενείς μειονεξίες οι οποίες μέσω παρεμβάσεων μπορούν να προληφθούν (Μπούρας και συν., χ.χ.).

Επιπλέον, τα νοητικά υστερούντα άτομα νεαρής ηλικίας αντιμετωπίζουν ανάγκες σχετικά με ιατρικά, γνωστικά, συναισθηματικά, οικογενειακά, συμπεριφορικά, κοινωνικά και εκπαιδευτικά ζητήματα. Οι υπηρεσίες οι οποίες εξυπηρετούν τα συγκεκριμένα άτομα προσφέροντάς τους βοήθεια για την κάλυψη των όποιων αναγκών τους διαφέρουν ανάλογα με την ηλικία των ατόμων. Κύριο ρόλο καθ' όλη τη διάρκεια της προσχολικής ηλικίας έχουν οι υπηρεσίες υγείας, αφού συμμετέχουν παιδίατροι και ομάδες ανάπτυξης του παιδιού. Σε κάποιες περιοχές, παρέχεται εκπαιδευτική και κοινωνική στήριξη από διεπιστημονικές υπηρεσίες οι οποίες χρηματοδοτούνται από πολλές πηγές (Μπούρας και συν., χ.χ.).

«Κατά την σχολική ηλικία, οι εκπαιδευτικές υπηρεσίες αναλαμβάνουν το μεγαλύτερο μέρος της στήριξης είτε σε ειδικά σχολεία για παιδιά με μέτρια ή βαριά νοητική καθυστέρηση είτε με πρόσθετη στήριξη σε κανονικά σχολεία, η οποία εξασφαλίζεται με «Πλήρη Αξιολόγηση» και, στη συνέχεια, με τη «Βεβαίωση Εκπαιδευτικών Αναγκών». Αυτή η Βεβαίωση έχει νομική ισχύ και καθορίζει τις εκπαιδευτικές ανάγκες του παιδιού και την εκπαιδευτική στήριξη που χρειάζεται, ώστε να εξυπηρετηθούν αυτές οι ανάγκες» (Μπούρας και συν., χ.χ.:132).

Η επιθυμητή αρωγή από κοινωνικές υπηρεσίες και υπηρεσίες υγείας μπορεί να αναφέρεται στην συγκεκριμένη Βεβαίωση. Μέχρι το 19<sup>ο</sup> έτος η συγκεκριμένη βεβαίωση εξασφαλίζει εκπαιδευτική κάλυψη. Πάντως, ειδικές ψυχολογικές και ψυχιατρικές υπηρεσίες παρέχονται στα συγκεκριμένα άτομα καθ' όλη τη διάρκεια της παιδικής και εφηβικής ηλικίας. Επιπλέον, κάποιες φορές, διατίθενται στα νοητικά υστερούντα άτομα νεαρής ηλικίας, τα οποία αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας, υπηρεσίες από ομάδες υψηλής εξειδίκευσης. Τέλος, όσον αφορά στους ενήλικους με νοητική καθυστέρηση διατίθενται εκπαιδευτικά προγράμματα (Μπούρας και συν., χ.χ.).

### **Βασικές συνιστώσες της βοήθειας όπου παρέχεται σε νοητικά υστερούντα παιδιά:**

#### **1) Ιατρική**

Στο συγκεκριμένο τομέα διερευνώνται τα αίτια. Αξιολογούνται και θεραπεύονται τα υπάρχοντα ιατρικά προβλήματα. Επιπλέον, αξιολογούνται και θεραπεύονται προβλήματα που σχετίζονται με την όραση ή την ακοή. Στη συνέχεια, εκτιμώνται και διερευνώνται πιθανά ψυχιατρικά σύνδρομα τα οποία επιπολάζουν σε νοητικά υστερούντα άτομα νεαρής ηλικίας. Τέλος, αξιολογούνται για επιληψία και θεραπεία (Μπούρας και συν., χ.χ.).

#### **2) Ψυχολογική**

Στο συγκεκριμένο τομέα συμπεριλαμβάνεται η ενθάρρυνση της βέλτιστης ανάπτυξης. Αξιολογούνται και πραγματοποιούνται έγκαιρες παρεμβάσεις για προκλητικές συμπεριφορές, μέσω λειτουργικής ανάλυσης της συμπεριφοράς. Τέλος, παρέχεται συμβουλευτική θεραπεία και ψυχοθεραπεία για άτομα ή οικογένειες (Μπούρας και συν., χ.χ.).

#### **3) Εκπαιδευτική**

Στον τομέα αυτό αξιολογούνται ενδελεχώς οι ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες των παιδιών με νοητική υστέρηση. Στη συνέχεια, σε συνεργασία με το άτομο, τους γονείς, τους επαγγελματίες που έχουν εμπλακεί και τις τοπικές εκπαιδευτικές αρχές συμπληρώνεται μια

βεβαίωση. Επιπλέον, με βάση τις εκτιμώμενες δυνατότητες και ανάγκες του ατόμου παρέχεται εκπαίδευση. Πραγματοποιείται τακτικός έλεγχος για το κατά πόσο είναι κατάλληλες οι παροχές. Τέλος, για την αντιμετώπιση των δυσκολιών συμπεριφοράς στον χώρο του σχολείου εξετάζεται η διαθεσιμότητα ειδικών υπηρεσιών στήριξης (Μπούρας και συν., χ.χ.).

#### 4) Οικογενειακή

Στο συγκεκριμένο τομέα οι γονείς ενημερώνονται και τους εξηγούν ώστε να κατανοήσουν με απλό τρόπο, της φύσης, της χρόνιας μορφής και των σχετικών προβλημάτων της νοητικής καθυστέρησης του παιδιού τους. Διευκολύνεται η περίθαλψη της οικογένειας και η στήριξη των γονέων και των αδελφών είναι συνεχής (Turk, 1996b).

#### 5) Κοινωνική

Στον τομέα αυτό συμπεριλαμβάνονται οι υπηρεσίες αντικατάστασης ατόμων που παρέχουν φροντίδα ώστε να ξεκουράζονται. Ακόμα, οι παροχές της πρόνοιας συμπεριλαμβάνονται σ' αυτόν τον τομέα. Στη συνέχεια, στον συγκεκριμένο τομέα εντάσσονται και τα προγράμματα διακοπών και ελεύθερου χρόνου. Επιπλέον, συγκεκριμένες ομάδες στηρίζουν τους γονείς και την οικογένεια όπως π.χ. «Εταιρείες συνδρόμων, MENCAP». Τέλος, η επαφή (contact-a-family) και η συμμετοχή σε μια οικογένεια (share-a-family) (Μπούρας και συν., χ.χ.).

Οι Rutter et al., (1970) στο εγχειρίδιο των Μπούρα και συν., «υπάρχει αυξημένος επιπολασμός διαταραχών της συμπεριφοράς και του συναισθήματος σε παιδιά με νοητική καθυστέρηση σε σχέση με όσα δεν έχουν καθυστέρηση. Αυτό οφείλεται σε ένα συνδυασμό βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Έχουν βρεθεί τα ακόλουθα ποσοστά παιδιών με διαγνωσμένη ψυχιατρική διαταραχή:

- 7% των παιδιών στο γενικό πληθυσμό
- 12% των παιδιών με σωματική αναπηρία ή διαταραχή
- 33% των παιδιών με εγκεφαλική δυσλειτουργία
- 50% των παιδιών με βαριά νοητική καθυστέρηση» (Μπούρας και συν., χ.χ.:134).

### **1.1. ΕΠΙΠΕΔΑ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ**

1) Ελαφρά (Ηπια) Διανοητική Καθυστέρηση (επίπεδο διανοητικού πηλίκου 50-55 μέχρι περίπου 70)

Τα άτομα με Ελαφρά (Ηπια) Διανοητική Καθυστέρηση μπορούν να ονομαστούν και εκπαιδεύσιμα σχολικά ή εκπαιδύσιμα. Τα άτομα με αυτόν τον βαθμό καθυστέρησης αποτελούν το 85% του πληθυσμού των διανοητικά καθυστερημένων ατόμων. Στα άτομα αυτά παρατηρείται

ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων και αυτοεξυπηρέτησης πριν από την ηλικία των 5 ετών (στην προσχολική περίοδο). Κατά συνέπεια, είναι δύσκολο να διακριθούν από τα υπόλοιπα παιδιά της ίδιας ηλικίας. Επιπλέον, τα άτομα με αυτόν τον βαθμό καθυστέρησης παρουσιάζουν μικρή καθυστέρηση στην αντίληψη και στις κινητικές ικανότητες. Έχουν την δυνατότητα απόκτησης σχολικών γνώσεων μέχρι το επίπεδο της ΣΤ' Δημοτικού τις οποίες αποκτούν συνήθως όταν φτάσουν στο τέλος της εφηβείας. Ως ενήλικα άτομα εντάσσονται στην κοινωνία σε βαθμό που να μπορούν να αυτοσυντηρούνται. Τέλος, τα άτομα με ελαφρά (ήπια) διανοητική καθυστέρηση σε περιπτώσεις έντονων κοινωνικών ή οικονομικών πιέσεων χρίζουν καθοδήγησης και βοήθειας.

## 2) Μέτρια Διανοητική Καθυστέρηση (επίπεδο διανοητικού ηλικίου 35-40 μέχρι 50-55)

Τα άτομα με Μέτρια Διανοητική Καθυστέρηση είναι γνωστά και ως εκπαιδευσιμα κοινωνικοεπαγγελματικά ή ασκήσιμα. Τα άτομα με αυτόν τον βαθμό καθυστέρησης αποτελούν περίπου το 10% του συνολικού πληθυσμού των διανοητικά καθυστερημένων ατόμων. Τα άτομα αυτά έχουν την δυνατότητα να μάθουν να επικοινωνούν και να μιλούν την περίοδο της προσχολικής ηλικίας σε αρκετά χαμηλό όμως επίπεδο. Η ανάπτυξή τους κινητικά χαρακτηρίζεται επαρκής και έχουν δυνατότητες αυτοεξυπηρέτησης με μέτρια επίβλεψη. Όσον αφορά τα σχολικά μαθήματα οι δυνατότητές τους στο να τα αφομοιώσουν είναι μικρές σε επίπεδο παραπάνω από την Β' Δημοτικού. Επιπλέον, τα άτομα αυτά μπορούν να κινούνται και μόνα τους σε γνωστούς προς αυτά χώρους. Ως ενήλικες έχουν δυνατότητες εργασίας μέσα σε προστατευτικό περιβάλλον και απόκτησης δεξιοτήτων ανειδίκευτου ή ημειδίκευμένου εργάτη, όμως η συνεχής επίβλεψη αυτών των ατόμων είναι αναγκαία.

## 3) Βαριά (Σοβαρή) Διανοητική Καθυστέρηση (επίπεδο διανοητικού ηλικίου 20-25 μέχρι 35-40)

Τα Διανοητικά καθυστερημένα άτομα με αυτόν τον βαθμό καθυστέρησης αποτελούν περίπου το 3%-4% του συνολικού πληθυσμού των ατόμων με Διανοητική καθυστέρηση. Στα συγκεκριμένα άτομα αναπτύσσεται ελάχιστα η κίνησή τους, η ομιλία τους και δεν έχουν την δυνατότητα να ωφεληθούν από ασκήσεις αυτοεξυπηρέτησης. Κατά συνέπεια, τα άτομα με αυτόν τον βαθμό καθυστέρησης μπορούν να επικοινωνούν ελάχιστα έως και καθόλου. Επιπλέον, κατά την περίοδο της σχολικής ηλικίας τα συγκεκριμένα άτομα έχουν την δυνατότητα να επικοινωνούν και να μιλούν καθώς επίσης και να κάνουν συνεχή ενασχόληση με βασικές συνήθειες ατομικής υγιεινής, έτσι αν ασκούνται συστηματικά μαθαίνουν τις απλές καθημερινές συνήθειες. «Σαν ενήλικα άτομα είναι εντελώς εξαρτημένα και μπορούν να αποκτήσουν δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης μόνο σε ελεγχόμενο περιβάλλον».

#### 4) Βαθιά Διανοητική Καθυστέρηση (επίπεδο διανοητικού πηλίκου κάτω από 20 ή 25)

Τα άτομα με αυτόν τον βαθμό καθυστέρησης αποτελούν το 1%-2% συνολικά των ατόμων με διανοητική καθυστέρηση. Τα άτομα με βαθιά διανοητική καθυστέρηση εμφανίζουν ολική καθυστέρηση, στην προσχολική ηλικία, και χρειάζονται συνεχή φροντίδα. Κατά την σχολική ηλικιακά περίοδο αναπτύσσονται κινητικά και κάνοντας ασκήσεις αυτοεξυπηρέτησης μπορούν να επωφεληθούν, κι αυτό όμως σε ελάχιστο βαθμό. Στην ενήλικη ζωή τους τα άτομα με τον συγκεκριμένο βαθμό καθυστέρησης αναπτύσσονται γλωσσικά και κινητικά σε περιορισμένο βαθμό, καθώς επίσης και η αυτοεξυπηρέτησή τους μπορεί να είναι περιορισμένη. Η κοινωνική και ιατρική φροντίδα για τα συγκεκριμένα άτομα πρέπει να είναι συνεχής και γενικά κρίνεται αναγκαία για να μπορούν να επιζήσουν.

#### 5) Διανοητική Καθυστέρηση, απροσδιόριστης βαρύτητας.

Στην συγκεκριμένη περίπτωση υπάρχει μεγάλη πιθανότητα διανοητικής καθυστέρησης αλλά οι κανονικές δοκιμασίες δεν μπορούν να ελέγξουν την νοημοσύνη του ατόμου. Την διάγνωση της απροσδιόριστης Διανοητικής Καθυστέρησης την βάζουμε σε περιπτώσεις που η χορήγηση των δοκιμασιών νοημοσύνης δεν είναι εφικτή για το λόγο ότι τα παιδιά αυτά δεν μπορούν να είναι συνεργάσιμα ή οι σωματικές αναπηρίες είναι σε σημαντικό βαθμό. Η κλινική εκτίμηση για τα συγκεκριμένα άτομα είναι ότι διανοητικά η λειτουργία τους βρίσκεται σημαντικά κάτω απ' το φυσιολογικό. Να σημειωθεί ότι γενικά η ηλικία λαμβάνεται υπόψιν στην διάγνωση της διανοητικής καθυστέρησης καθώς όσο πιο μικρό είναι ηλικιακά το άτομο τόσο πιο δύσκολο είναι να διαγνωστεί η Διανοητική Καθυστέρηση, εκτός από περιπτώσεις οι οποίες είναι πολύ φανερές (Μάνου, 1997).

## **1.2. ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ**

Τα βασικά χαρακτηριστικά της διανοητικής καθυστέρησης είναι τα ακόλουθα:

- Η γενική διανοητική λειτουργία του ατόμου είναι σημαντικά κάτω από τον μέσο όρο,
- υπάρχουν σημαντικές ανεπάρκειες στην προσαρμοστική λειτουργικότητα και
- η έναρξή της είναι πριν από το 18<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας.

1) Γενική διανοητική λειτουργία προσδιορίζεται από το διανοητικό πηλίκο, το οποίο είναι ο δείκτης νοημοσύνης.

Στις σταθμισμένες δοκιμασίες νοημοσύνης το άτομο το οποίο είναι διανοητικά καθυστερημένο παρουσιάζει διανοητικό πηλίκο περίπου ή μικρότερο από το 70.

2) Προσαρμοστική λειτουργικότητα είναι η ικανότητα που έχει το κάθε άτομο να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος. Συγκεκριμένα, στην τωρινή προσαρμοστική λειτουργικότητα του ατόμου παρουσιάζονται ελλείμματα ή βλάβες, σε τουλάχιστον δύο από τα παρακάτω:

- Επικοινωνία,
- Αυτοεξυπηρέτηση,
- Διαβίωση στο σπίτι,
- Κοινωνικές/ διαπροσωπικές δεξιότητες,
- Χρησιμοποίηση μέσων της κοινότητας,
- Αυτοκατεύθυνση,
- Λειτουργικές σχολικές δεξιότητες,
- Εργασία,
- Ελεύθερος χρόνος,
- Υγεία και
- Ασφάλεια

Η προσαρμοστική λειτουργικότητα υπολογίζεται από την λήψη ιστορικού των γονέων και δασκάλων και με δοκιμασίες που μπορούν να μετρήσουν την προσαρμοστική συμπεριφορά.

Τα δύο προαναφερθέντα κριτήρια συνυπολογίζοντας και ότι η έναρξη της διανοητικής καθυστέρησης πραγματοποιείται πριν την ηλικία των 18 χρόνων είναι τα λεγόμενα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για την διανοητική καθυστέρηση (Μάνου, 1997).

### **1.2.1. Αξιολόγηση της νοημοσύνης**

«Το ενδιαφέρον για τον εντοπισμό και την εκπαίδευση των ατόμων με νοητική υστέρηση το 19<sup>ο</sup> αιώνα δημιούργησε την ανάγκη για το σχεδιασμό κατάλληλων εργαλείων για την αντικειμενική αξιολόγηση των νοητικών ικανοτήτων. Η πρώτη σύγχρονη κλίμακα για την αξιολόγηση της νοημοσύνης κατασκευάστηκε από τους Γάλλους Binet και Simon το 1905, μετά από αίτημα του Γάλλου Υπουργού Παιδείας. Η κλίμακα αυτή χρησιμοποιήθηκε για τον εντοπισμό των παιδιών που φοιτούσαν σε κανονικές σχολικές τάξεις αλλά ενδεχομένως χρειαζόνταν ειδική εκπαίδευση. Το 1916 η κλίμακα των Binet-Simon διευρύνθηκε και σταθμίστηκε σε αμερικανικό δείγμα από τον Lewis Terman, καθηγητή στο Πανεπιστήμιο Stanford. Η προσαρμοσμένη αμερικανική έκδοση της γαλλικής κλίμακας ονομάστηκε Stanford-



Binet. Στη δεκαετία του 1930, αναπτύχθηκε από τον Αμερικανό Ψυχολόγο David Wechsler μια σειρά νοομετρικών κλιμάκων, οι οποίες, μαζί με την κλίμακα Stanford-Binet, θεωρούνται οι καλύτερες για τη μέτρηση της νοημοσύνης παιδιών, εφήβων και ενηλίκων. Η κλίμακα WAIS-R χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της νοημοσύνης ατόμων από 16 ετών και άνω» (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006:289-0). Πρόκειται για μια κλίμακα η οποία σταθμίστηκε πρόσφατα στην Ελλάδα σε πανελλαδικό δείγμα από το Ψυχομετρικό Εργαστήριο του Τμήματος Φιλοσοφίας, Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας της Φιλοσοφικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών (Γεώργας και συν., 1997). Η κλίμακα WISC-III χρησιμοποιείται τόσο για παιδιά όσο και για εφήβους από 6-17 ετών, ενώ η κλίμακα WPPSI-R για παιδιά από 3 έως 7 ετών και 3 μηνών (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Όπως παρουσιάζουν οι Snyderman & Rothman (1987) στους Κάκουρο & Μανιαδάκη, οι κλίμακες μέτρησης της νοημοσύνης αξιολογούν τα βασικά στοιχεία της νοημοσύνης, αυτά είναι:

- 1) Η ικανότητα για αφηρημένη σκέψη
- 2) Ικανότητα μάθησης
- 3) Ικανότητα επίλυσης προβλημάτων
- 4) Ικανότητα για προσαρμογή στο περιβάλλον
- 5) Δημιουργικότητα
- 6) Γλωσσική ικανότητα
- 7) Μαθηματική ικανότητα
- 8) Ταχύτητα επεξεργασίας πληροφοριών.

Παρ'όλα αυτά, κατά τον Κάκουρο (1996), ο ειδικός θα πρέπει να έχει υπόψη του τους περιορισμούς των παραπάνω κλιμάκων, δεδομένου ότι αποτελούν το βασικό διαγνωστικό εργαλείο για την νοητική υστέρηση. Η ύπαρξη μιας σειράς παραγόντων ενδέχεται να επηρεάσει την επίδοση ενός παιδιών σε μια νοομετρική κλίμακα. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να σχετίζονται με:

- 1) την ψυχολογική κατάσταση κατά την χορήγηση της κλίμακας
- 2) την ικανότητα συγκέντρωσης της προσοχής του
- 3) το επίπεδο αυτοεκτίμησής του, καθώς επίσης και άλλοι παράγοντες.

Είναι λοιπόν πολύ πιθανόν, αν δεν συνεκτιμηθούν οι παραπάνω παράγοντες, τα αποτελέσματα μιας νοομετρικής κλίμακας να είναι παραπλανητικά (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). «Επομένως, η ερμηνεία του Δείκτη Νοημοσύνης από τον ειδικό θα πρέπει να γίνεται με

σύνεση και κλινική ευαισθησία, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις όπου κρίνεται το εκπαιδευτικό πλαίσιο στο οποίο θα ενταχθεί ένα παιδί και λαμβάνονται αποφάσεις για πολύ σημαντικά θέματα που θα καθορίσουν σε μεγάλο βαθμό το μέλλον του παιδιού» (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006:291).

### **1.2.2. Χαρακτηριστικά των παιδιών με νοητική καθυστέρηση**

#### **Τα χαρακτηριστικά ταξινομούνται σε:**

1. Πνευματικά
2. Συναισθηματικά
3. Μαθησιακά

1. Τα πνευματικά χαρακτηριστικά των νοητικά υστερούντων παιδιών είναι ότι πνευματικά αναπτύσσονται με βραδύτερο ρυθμό σε σχέση με τα μη νοητικά υστερούντα παιδιά. Δεύτερον, η πνευματική ανάπτυξη των νοητικά υστερούντων παιδιών δεν συμβαδίζει με την χρονολογική τους ηλικία, το επίπεδό της είναι κατώτερο απ' αυτή και το τελικό επίπεδο δεν φτάνει το επίπεδο ανάπτυξης των μη νοητικά υστερούντων παιδιών. Τρίτον, «πολλές φορές τα νοητικά υστερούντα παιδιά παλινδρομούν». Επιπλέον, ο ρυθμός στους επιμέρους τομείς της ψυχοβιολογικής ανάπτυξης αναπτύσσεται με διαφορετικό ρυθμό στα παιδιά με νοητική υστέρηση. Πέμπτον, τα νοητικά υστερούντα παιδιά εμφανίζουν αδυναμίες μνήμης. Συγκεκριμένα, η βραχυχρόνια μνήμη παρουσιάζει αδυναμίες σε αντίθεση με την μακροχρόνια η οποία φαίνεται ομαλή. Επιπρόσθετα, τα νοητικά υστερούντα παιδιά έχουν αδυναμία στο να συγκεντρώνονται και να διατηρούν την προσοχή τους σε ένα ερέθισμα. Βραδύτητα, επιπλέον, παρουσιάζουν και στην γλωσσική τους ανάπτυξη σε σχέση με την γενική πνευματική ανάπτυξη. Τέλος, η πνευματική ανάπτυξη των νοητικά υστερούντων παιδιών συνδέεται με τις μεταβολές στο νευρικό σύστημα (Κοζορώνη, 2011).

2. Τα συναισθηματικά χαρακτηριστικά των νοητικά υστερούντων παιδιών είναι:

- A. ανησυχία
- B. ευερεθισμός
- Γ. επιθετικότητα
- Δ. άγχος
- E. μειωμένο αυτοσυναίσθημα κτλ.

Η συμπεριφορά τους χαρακτηρίζεται από κάποιες ιδιορρυθμίες, συνεπώς, τα παιδιά αυτά ενδεχομένως να είναι παρορμητικά, να έχουν αιφνίδιες αλλαγές διάθεσης, να έχουν πείσμα, να

προσαρμόζονται δύσκολα κτλ. Τέλος, κάποια από τα συναισθηματικά τους χαρακτηριστικά είναι ότι έχουν τάσεις ψευδολογίας, τάσεις κλεπτομανίας, φοβίες, είναι αδρανής, είναι είτε παθητικά είτε επιθετικά και γενικότερα δεν διακρίνονται για την λεπτότητά τους στα μέσα άμυνας (Κοζορώνη, 2011).

3. Όσον αφορά στα μαθησιακά χαρακτηριστικά των παιδιών με νοητική καθυστέρηση είναι ότι «η μάθηση προχωρεί με βραδύτερο ρυθμό». Δεύτερον, η βραχυχρόνια μνήμη τους παρουσιάζει αδυναμίες καθώς επίσης αδυναμία παρουσιάζεται και στην συγκέντρωση της προσοχής. Αντιθέτως, η μακροχρόνια μνήμη τους ενδεχομένως να είναι ομαλή. Επιπλέον, έχουν μειωμένη γλωσσική ικανότητα και η μάθησή τους χαρακτηρίζεται από ακαμψία. Επιπρόσθετα, τα νοητικά καθυστερημένα παιδιά δεν χαρακτηρίζονται για την αυθόρμητη μάθηση. Ακόμα, τα παιδιά αυτά μπορούν να παρακινηθούν για μάθηση αν δοθεί προσοχή και «εκμεταλλευτούν» τα ενδιαφέροντα των παιδιών και να εξασφαλιστούν εμπειρίες επιτυχιών. Τέλος, τα παιδιά αυτά παρουσιάζουν αδυναμίες στο να λύσουν προβλήματα τα οποία απαιτούν αφηρημένη σκέψη (Κοζορώνη, 2011).

Επιπρόσθετα, η Χαρίτου (2007) στο Συνέδριο, με θέμα «Ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και Νοητική Καθυστέρηση», κάνει αναφορά στα φυσικά και κινητικά χαρακτηριστικά των νοητικά υστερούντων ατόμων, τα οποία είναι:

1) Χαμηλή φυσική κατάσταση η οποία είναι απόρροια της κινητικότητας η οποία παρουσιάζεται περιορισμένη. Η ηλικία έναρξης της γήρανσης στα νοητικά υστερούντα άτομα είναι πιο χαμηλή (55 χρονών) και η συχνότητα θανάτου πιο υψηλή. Η θετική εξέλιξη των φυσικών ικανοτήτων των νοητικά υστερούντων ατόμων είναι πιο γρήγορη σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (Pitteti & Campbell, 1990). Αυτό οφείλεται κατά κύριο λόγο στο ότι η καθιστική ζωή προκαλεί τις καρδιαγγειακές διαταραχές.

2) Αποκλίσεις στη στάση του κορμού, οι διάφορες αποκλίσεις όσον αφορά την σπονδυλική στήλη (σκολίωση, κύφωση, λόρδωση) παρουσιάζεται ως πολύ συχνό φαινόμενο.

3) Υπερευκαμψία. Οι αρθρώσεις κυρίως αυτές των ισχίων και των κάτω άκρων έχουν μια ασυνήθιστη ευκαμψία, με απόρροια να είναι πιο εύκολος ένας πιθανός τραυματισμός και να προκαλείται έλλειψη ισορροπίας (Κουτσούκη, 1997).

4) Παχυσαρκία λόγω παθήσεων του καρδιακού (της καρδιάς), χοληστερίνης (η οποία βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα), διαβήτη, μειωμένης HDL, υπέρτασης, υψηλής LDL-C (Rimmer, Braddock & Fujiura, 1994).

5) Μικρή μυϊκή δύναμη λόγω προβλημάτων μεταβολισμού και λόγω του ότι τα συγκεκριμένα άτομα δεν έχουν επαρκή φυσική δραστηριότητα και δεν εξασκούνται (Κουτσούκη, 1997)

6) Προβλήματα νευρομυϊκής συναρμογής λόγω διαταραχών που υπάρχουν στα κινητικά εγκεφαλικά κέντρα και στα κέντρα κινητικού ελέγχου.

7) Ατελή κινητικά πρότυπα. Το νευρομυϊκό σύστημα ωριμάζει πιο αργά στα νοητικά υστερούντα παιδιά. Αυτό σε συνδυασμό με τις κινητικές εμπειρίες που έχουν τα νοητικά υστερούντα παιδιά, οι οποίες είναι περιορισμένες με αποτέλεσμα τα κινητικά τους πρότυπα να τελειοποιούνται με αργό ρυθμό ή και καθόλου (Κουτσούκη, 1997).

8) Δυσκολίες συντονισμού χεριού-ματιού, ματιού-ποδιού. Οι συγκεκριμένες δυσλειτουργίες οφείλονται στην επιρροή που ασκείται από την ωρίμανση της οπτικής συσκευής, αλλά και από την ανάπτυξη γνωστικών στρατηγικών για την επίτευξη μεγαλύτερης ακρίβειας στην κίνησή του (Κουτσούκη, 1997)

9) Δυσκολίες ισορροπίας του σώματος. Τα νοητικά υστερούντα άτομα έρχονται αντιμέτωπα με προβλήματα στην μεταφορά πληροφοριών-ερεθισμάτων από την ευσταχιακή σάλπιγγα στα κινητικά εγκεφαλικά κέντρα. Επίσης, η ικανότητά τους να αντιλαμβάνονται και να αφομοιώνουν πληροφορίες-ερεθίσματα παρουσιάζει ανεπάρκεια (Κουτσούκη, 1997).

10) Αντίληψη του σώματος, αυτοεικόνα. Τα νοητικά υστερούντα άτομα αντιμετωπίζουν σοβαρά ζητήματα σχετικά με την αυτοεικόνα και την αυτοαντίληψη του σώματός τους μέσα στο χώρο. Αυτός είναι και ο λόγος για τον οποίο δεν μπορούν να εκτιμήσουν τη θέση των άλλων σωμάτων σχετικά με την δική τους.

Επιπρόσθετα, η Χαρίτου αναφέρεται στα συμπεράσματα της έρευνας των Rarick & Francis (1959) που πραγματοποιήθηκε σε 284 νοητικά υστερούντα παιδιά, με Δ.Ν. 50-90 και ηλικία 7,5-14,5 ετών, είναι τα εξής:

➤ Σχετικά με τη δύναμη ανάμεσα στα δύο φύλα, αν και σε πιο χαμηλά επίπεδα, ακολουθείται το ίδιο πρότυπο, περίπου, με τα μη νοητικά υστερούντα παιδιά.

➤ Σχετικά με τις ρίψεις και το οριζόντιο άλμα, αν και σε πιο χαμηλά επίπεδα, ακολουθούνται τα ίδια πρότυπα με τα μη νοητικά υστερούντα παιδιά. Στο άλμα από στάση οι διαφορές, με τα μη νοητικά υστερούντα παιδιά, είναι αρκετά μεγάλες.

➤ Στο δρόμο ταχύτητας, ισορροπία και ευκινησία τα πρότυπα ανάπτυξης είναι ίδια.

Σε γενικές γραμμές τα νοητικά υστερούντα παιδιά, με βάση τις χρονολογικές νόρμες, βρίσκονται τέσσερα χρόνια πίσω σε σύγκριση με τα «φυσιολογικά» παιδιά. Το ποσοστό της συγκεκριμένης χρονικής καθυστέρησης αυξανόταν σε κάθε επόμενο επίπεδο χρονολογικής

ανάπτυξης. Παρ'όλαυτα η κινητική τους ανάπτυξη ακολουθούσε το πρότυπο ανάπτυξης των μη νοητικά υστερούντων παιδιών (Χαρίτου, 2007).

### **1.3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ – ΑΙΤΙΑ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ**

Το 1% περίπου του πληθυσμού προσβάλλεται από (δια)νοητική καθυστέρηση, συνεπώς είναι πολύ συχνή η εμφάνισή της. Η διανοητική καθυστέρηση προσβάλλει πιο συχνά τα άρρενα άτομα.

Οι παράγοντες απ' τους οποίους οφείλεται η (δια)νοητική καθυστέρηση είναι κυρίως βιολογικοί εκτός από περιπτώσεις που οι βιολογικοί παράγοντες συνδέονται με το χαμηλό κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο, όπως για παράδειγμα πρόωροι τοκετοί κτλ. Σε περιπτώσεις που η διανοητική καθυστέρηση δεν οφείλεται σε βιολογικούς παράγοντες, τότε η εμφάνισή της είναι πιο συχνή στις χαμηλές κοινωνικές και οικονομικές τάξεις και οι πιο συχνές μορφές της είναι οι ήπιες (Μάνου, 1997).

#### ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Όπως προαναφέρθηκε και στην επιδημιολογία της διανοητικής καθυστέρησης οι αιτιολογικοί παράγοντες από τους οποίους οφείλεται είναι κυρίως ψυχοκοινωνικοί ή βιολογικοί ή συνδυασμός αυτών των δύο, όμως το 30% με 40% των περιπτώσεων με διανοητική καθυστέρηση δεν εμφανίζει σαφή αιτιολογία.

#### Κατηγορίες αιτιολογικών ή προδιαθετικών παραγόντων:

1. Κληρονομικοί παράγοντες
2. Πρώιμες ανωμαλίες στην ανάπτυξη του εμβρύου
3. Εγκυμοσύνη και περιγεννητικοί παράγοντες
4. Γενικές ιατρικές καταστάσεις που εμφανίζονται επίκτητα στη βρεφονηπιακή ή στην παιδική ηλικία.
5. Περιβαλλοντικοί παράγοντες και άλλες ψυχικές διαταραχές (Μάνου, 1997).

#### 1. Κληρονομικοί παράγοντες

«Περιλαμβάνουν εγγενείς διαταραχές του μεταβολισμού, άλλες μονογονιδιακές ανωμαλίες και κυρίως χρωμοσωμικές ανωμαλίες, όπως το σύνδρομο Down από μετάθεση χρωμοσωμάτων και το σύνδρομο εύθραυστου X χρωμοσώματος, που αποτελούν τις πιο συχνές αιτίες Διανοητικής Καθυστέρησης». Περίπου το 5% των περιπτώσεων η Διανοητική Καθυστέρηση οφείλεται σε κληρονομικούς παράγοντες.

## 2. Πρώιμες ανωμαλίες στην ανάπτυξη του εμβρύου

«Περιλαμβάνουν χρωμοσωμικές αλλοιώσεις ή προγεννητικές βλάβες του εμβρύου οφειλόμενες σε τοξίνες» όπως για παράδειγμα τοξιναιμία της κύησης, σοβαρός αλκοολισμός της μητέρας κτλ. Περίπου το 30% των περιπτώσεων η Διανοητική καθυστέρηση οφείλεται σε αυτή την κατηγορία.

## 3. Εγκυμοσύνη και περιγεννητικοί παράγοντες

«Περιλαμβάνουν κακή διατροφή του εμβρύου, πρόωρο τοκετό, υποξαιμία, λοιμώξεις, τραυματισμό της κεφαλής κατά τον τοκετό». Περίπου το 10% των περιπτώσεων η Διανοητική Καθυστέρηση οφείλεται σε περιγεννητικούς παράγοντες.

## 4. Γενικές ιατρικές καταστάσεις που εμφανίζονται επίκτητα στη βρεφονηπιακή ή στην παιδική ηλικία

«Περιλαμβάνονται λοιμώξεις, δηλητηρίαση με μόλυβδο, όγκοι ή τραυματισμοί του εγκεφάλου (συμπεριλαμβανομένων και αυτών που οφείλονται σε κακοποίηση του παιδιού)». Περίπου το 5% των περιπτώσεων η Διανοητική Καθυστέρηση οφείλεται σε γενικές ιατρικές (επίκτητες) καταστάσεις που εμφανίζονται (επίκτητα) στη βρεφονηπιακή ή στην παιδική ηλικία.

## 5. Περιβαλλοντικοί παράγοντες και άλλες ψυχικές διαταραχές

«Περιλαμβάνουν αποστέρηση τροφής, αποστέρηση φροντίδας, αποστέρηση κοινωνικών, λεκτικών και άλλων ερεθισμάτων και σοβαρές ψυχικές διαταραχές (π.χ. Αυτιστική διαταραχή)». Περίπου το 15%-20% των περιπτώσεων η Διανοητική Καθυστέρηση οφείλεται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες και άλλες ψυχικές διαταραχές (Μάνου, 1997: 590-591).

Η πρόγνωση και η πορεία της (Δια)νοητικής καθυστέρησης εξαρτάται από την βαρύτητά της και είναι διαφορετική σε κάθε μορφή.

Η κατάσταση ατόμων με κάποια βαριά ή βαθιά (δια)νοητική καθυστέρηση επιδεινώνεται προοδευτικά και τελικά τα άτομα αυτά καταλήγουν σε πρόωρο θάνατο. Ωστόσο, σημαντική βελτίωση της ποιότητας ζωής τους παρουσιάζουν/εμφανίζουν άτομα με ήπια και μέτρια διανοητική καθυστέρηση κι αυτό επιτυγχάνεται μετά από κατάλληλη εκπαίδευση (Μάνου, 1997).

Η Μαριδάκη-Κασσωτάκη (2009) αναφέρει ότι περίπου 3% του ποσοστού των παιδιών γεννιούνται με κάποιο μικρό ή μεγάλο πρόβλημα νοητικής ανάπτυξης και τις περισσότερες φορές τα δύο τρίτα από αυτά είναι αγόρια. Η εμφάνιση της νοητικής υστέρησης γίνεται πριν από την ηλικία των 18 ετών.

Οι γενεσιουργοί παράγοντες από τους οποίους οφείλεται η ύπαρξη σοβαρής νοητικής υστέρησης σε κάποια άτομα μπορούν να ανιχνευτούν και το ποσοστό αυτών των περιπτώσεων είναι αρκετά σημαντικό καθώς αποτελεί το 85% με 90%. Αντίθετα, τα γενεσιουργά αίτια σε κάποιες άλλες περιπτώσεις, είναι πολλαπλά. Τέλος, πολλές περιπτώσεις ατόμων με μέτρια και ελαφρά μορφή νοητικής υστέρησης οφείλονται σε αίτια τα οποία δεν εντοπίζονται εύκολα. Επιπλέον, η αιτιολογία της συγκεκριμένης μορφής νοητικής υστέρησης δεν φαίνεται να είναι οργανική και το ποσοστό αυτών των περιπτώσεων είναι περίπου 45%, αν και υπάρχουν και ορισμένοι οι οποίοι υποστηρίζουν ότι το συγκεκριμένο ποσοστό είναι ακόμα πιο υψηλό (Μαριδάκη-Κασσωτάκη, 2009).

Με βάση τον Δελλασούδα, η νοητική υστέρηση είναι απόρροια βιολογικών ή κοινωνικοπολιτισμικών παραγόντων. Συνεπώς, η νοητική καθυστέρηση μπορεί να μετρηθεί με διάφορα κριτήρια και δείκτες και τα παιδιά με νοητική υστέρηση μπορούν να εκπαιδευτούν μέσω ειδικών σχεδιασμένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων και μεθόδων διδασκαλίας (Δελλασούδας, 2005).

Η Ζώνιου-Σιδέρη (1998) στον Δελλασούδα, αναφέρει ότι δύο είναι οι παράλληλες υποχρεώσεις που θέτει η νοητική υστέρηση:

- 1) Να αποτραπεί ή να προληφθεί η νοητική υστέρηση ανεξάρτητα τα αίτια από τα οποία έχει προκληθεί και
- 2) Να βελτιωθεί, με τις απαραίτητες ενέργειες (κοινωνικές, παιδαγωγικές, ιατρικές ή νομικές), η κατάσταση των ατόμων με νοητική υστέρηση (Δελλασούδας, 2005).

Η Κοζορόνη ταξινομεί τα αίτια της νοητικής καθυστέρησης σε γενετικά και σε περιβαλλοντικά.

Τα γενετικά αίτια ονομάζονται και πρωτογενή και οφείλονται σε χρωμοσωμικές ανωμαλίες (τρισωμία, σύνδρομο Down) και σε ανωμαλίες μεταβολισμού (υδροκεφαλία, γαλακτοξαιμία κ.α.)

Τα περιβαλλοντικά αίτια ονομάζονται και δευτερογενή. Οφείλονται σε μολυσματικές ασθένειες, ακτινοβολίες, χρήση φαρμάκων κατά την κύηση, σε τραυματισμούς και ατυχήματα κατά τον τοκετό ή σε πρόωρο τοκετό κτλ. Τέλος, τα περιβαλλοντικά αίτια από τα οποία ενδεχομένως να προέρχεται η νοητική υστέρηση οφείλονται σε ασθένειες, δηλητηριάσεις, κακή διατροφή κτλ. κατά την παιδική ηλικία (Κοζορόνη, 2011).

Να σημειωθεί ότι σε γενετικά και περιβαλλοντικά διακρίνονται τα αίτια της νοητικής καθυστέρησης και σύμφωνα με το AAMR (American Association on Mental Retardation) τα

οποία όπως αναφέρεται κάποιες φορές μπορεί να επικαλύπτονται. Η ύπαρξη της νοητικής καθυστέρησης οφείλεται σε οποιαδήποτε συνθήκη προκαλεί βλάβη στην ανάπτυξη του εγκεφάλου, είτε πριν τη γέννηση, είτε κατά τον τοκετό, είτε κατά την παιδική ηλικία. Οι αιτίες για την νοητική καθυστέρηση που έχουν ανακαλυφθεί, υποστηρίζεται ότι είναι εκατοντάδες και διαφορετικές. Παρ' όλα αυτά, μεγάλος αριθμός αιτιών είναι ακόμη άγνωστος για το 1/3 περίπου των νοητικά υστερούντων ατόμων (The Arc, 2001).

Τα αίτια της νοητικής καθυστέρησης μπορεί να σχετίζονται με τα ακόλουθα:

- «Γενετικές διαταραχές, όπως, για παράδειγμα, η φαινυλκετονουρία.
- Χρωμοσωμικές αποκλίσεις, όπως, για παράδειγμα, το σύνδρομο Down, το σύνδρομο του εύθραυστου- X.
- Κρανιακές δυσλειτουργίες, όπως, για παράδειγμα, η υδροκεφαλία.
- Εγγενείς παράγοντες, όπως, για παράδειγμα, η ασθένεια της μητέρας, η έκθεση σε ουσίες, η προωρότητα, οι περιγεννητικοί παράγοντες.

Τα ως άνω αίτια μελετώνται εις βάθος σε ιατρικά περιοδικά, ερευνητικά έγγραφα και μέσω του έργου των οργανισμών Arc, BILD, Mencap και ποικίλων οργανώσεων και ομάδων υποστήριξης» (Thomas & Woods, 2008:31).

Η Χαρίτου ταξινομεί τα αίτια της νοητικής καθυστέρησης στις παρακάτω κατηγορίες:

1. Προγεννητικά αίτια (χρωμοσωμικές ανωμαλίες, ασθένειες της εγκύου, κληρονομικοί παράγοντες κτλ.).
2. Περιγεννητικά αίτια (πρόωρη γέννηση, τραυματισμοί και αιμορραγίες του εγκεφάλου κτλ.).
3. Μεταγεννητικά αίτια (ατυχήματα, ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, μολυσματικές ασθένειες κτλ.) (Χαρίτου, 2007).

«Πληροφόρηση για την αιτιολογία πρέπει οπωσδήποτε να δίνεται στο άτομο και στην οικογένειά του για τους εξής λόγους:

- το άτομο και η οικογένεια έχουν δικαίωμα να γνωρίζουν
- ανακούφιση από την αβεβαιότητα αναφορικά με τα αίτια της καθυστέρησης
- ανακούφιση από το αίσθημα ενοχής ότι η οικογένεια ή και κοινωνικοί παράγοντες προκάλεσαν τη νοητική καθυστέρηση ή τη διαταραχή της συμπεριφοράς
- διευκόλυνση της επεξεργασίας της θλίψης
- εστίαση στο μέλλον



- συμβουλευτική παρέμβαση για παροχή βασικής γενετικής πληροφόρησης, όπου χρειάζεται, σε όλο τον οικογενειακό κύκλο
- παρεμβατική δράση σύμφωνη με τις δυνατότητες και τις ανάγκες
- δυνατότητα ταύτισης με μια υποστηρικτική ομάδα και ένταξης σε αυτήν» (Μπούρας και συν., χ.χ.:135).

#### **1.4. ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ**

Τα νοητικά υστερούντα άτομα αντιμετωπίζουν πολλές γνωστικές δυσκολίες. Κάποιες από αυτές τις δυσκολίες μπορούν, μέσω εκπαίδευσης, να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά ενώ άλλες κυριαρχούν στον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί η σκέψη τους και την χαρακτηρίζουν:

1. Προσοχή
2. Ταχύτητα επεξεργασίας των πληροφοριών
3. Οργάνωση των πληροφοριών και χρήση της λογικής
4. Μνήμη- Εύρος μνήμης
5. Γνωσιακή βάση
6. Μεταγνώση (Χαρίτου, 2007).

#### **1.5. ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Βασική προϋπόθεση της θεραπευτικής προσέγγισης των παιδιών με διανοητική καθυστέρηση είναι η ολοκληρωμένη και προσεκτική κλινική εκτίμηση. Συγκεκριμένα, η κλινική εκτίμηση αφορά στην συνύπαρξη ή μη σωματικών και ψυχικών/ ψυχοκοινωνικών προβλημάτων. Αφού πραγματοποιηθεί αυτή η κλινική εκτίμηση, κατόπιν δημιουργείται ένα θεραπευτικό πρόγραμμα το οποίο θα είναι διαμορφωμένο και θα ανταποκρίνεται στις ικανότητες και τις ανάγκες τόσο των παιδιών όσο και των γονέων τους.

Η θεραπευτική απόφαση στα διανοητικά καθυστερημένα παιδιά με ήπια καθυστέρηση, τα οποία αποτελούν και την πλειοψηφία, τουλάχιστον για αρχή, είναι η παραμονή τους στο σπίτι, στο οποίο θα τους παρέχεται οικογενειακή υποστήριξη και ειδική εκπαίδευση. Αντιθέτως, στην περίπτωση παιδιών με πιο βαριά μορφή διανοητικής καθυστέρησης ενδεχομένως να κριθεί αναγκαία η παραμονή τους σε ειδικά οικοτροφεία ή ειδικά ιδρύματα.

Σημαντική είναι και η αναφορά στους γονείς των παιδιών με (δια)νοητική καθυστέρηση των οποίων η υποστηρικτική- συμβουλευτική ψυχοθεραπεία και εκπαίδευση σε συμπεριφοριστικές τεχνικές κρίνεται αναγκαία προκειμένου να ανταπεξέλθουν στην

αντιμετώπιση των συμπεριφοριστικών προβλημάτων (προβλημάτων συμπεριφοράς) των παιδιών τους.

Να επισημανθεί ότι η ύπαρξη σωματικών προβλημάτων του παιδιού, όπως π.χ. επιληπτικοί σπασμοί, σαφέστατα αντιμετωπίζονται θεραπευτικά.

Τέλος, υπάρχουν δύο γνώμες σχετικά με τον τρόπο κατά τον οποίο πρέπει να παρέχεται η σχολική εκπαίδευση στα εκπαιδεύσιμα νοητικά υστερούντα παιδιά.

Από την μία πλευρά, η πρόταση κάποιων υποστηρίζει ότι τα παιδιά θα πρέπει ενδεχομένως να εντάσσονται μαζί με τα υπόλοιπα παιδιά στην κανονική σχολική εκπαίδευση (κάποιες φορές με άλλου βαθμού υποβοήθηση). Από την άλλη, κάποιοι υποστηρίζουν ότι τα παιδιά θα πρέπει να τοποθετούνται σε ειδικές τάξεις ή ειδικά σχολεία στα οποία η εκπαίδευσή τους θα είναι προσαρμοσμένη στις ειδικές ανάγκες των παιδιών.

Η άποψη η οποία επικρατεί είναι ότι αυτά τα παιδιά πρέπει να συναναστρέφονται τα φυσιολογικά παιδιά, γι' αυτό θα πρέπει να τοποθετούνται σε κανονικές τάξεις (Μάνου, 1997).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### ΣΥΝΟΔΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ / ΣΥΝΟΔΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Τα άτομα με Διανοητική Καθυστέρηση μπορεί να είναι:

1. Παθητικά και εξαρτημένα
2. Επιθετικά και παρορμητικά

Τα καθυστερημένα άτομα εμφανίζουν πιο συχνά και άλλες ψυχικές διαταραχές συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό.

#### 2.1 ΣΥΝΗΘΗ ΣΥΝΟΔΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ

Πολλά είναι τα σύνδρομα που έχουν σχέση με την νοητική καθυστέρηση. Τα συνηθέστερα σύνδρομα τα οποία αποτελούν και τις δύο από τις συνηθέστερες αιτίες της νοητικής καθυστέρησης είναι το σύνδρομο Down και το σύνδρομο του Εύθραυστου Χ (Turk,1994).

##### 2.1.1. Σύνδρομο Down

«Το σύνδρομο Down είναι μια από τις συνηθέστερες χρωμοσωμικές ανωμαλίες που σχετίζονται με τη νοητική καθυστέρηση. Η γενική συχνότητα εμφάνισης είναι περίπου 1 στις 700 γεννήσεις ζώντος εμβρύου, αν και το 50% καταλήγει σε αυτόματη έκτρωση και το 20% γεννιούνται νεκρά. Η συχνότητα εμφάνισης αυξάνει με την ηλικία της μητέρας και έτσι μια μητέρα 20 ετών έχει μια πιθανότητα στις 1.500 να γεννήσει παιδί με σύνδρομο Down, ενώ αν είναι 43 ετών η πιθανότητα είναι 1 στις 50. Είναι, ωστόσο, δυνατός ο προγεννητικός έλεγχος και η διάγνωση» (Μπούρας και συν., χ.χ.:92).

Χαρακτηριστικά στην εμφάνιση των ατόμων με σύνδρομο Down είναι τα ακόλουθα:

- A) σχιστά μάτια
- B) κηλίδες στην ίριδα
- Γ) μικρή μύτη και
- Δ) μάλλον επίπεδο πρόσωπο

Βρέφοι με σύνδρομο Down είναι συνήθως υποτονικά και με χαρακτηριστικά αυτιά. Στο 50% των βρεφών με το συγκεκριμένο σύνδρομο υπάρχει ένα μόνο εγκάρσιο αυλάκι στην παλάμη.

Τα άτομα με σύνδρομο Down έχουν νοητική καθυστέρηση, επίσης παρουσιάζουν πιο συχνά, σε σχέση με τα φυσιολογικά, τα ακόλουθα:

- A) καρδιακές ανωμαλίες
- B) καταρράκτη
- Γ) επιληψία
- Δ) διαταραχές του θηροειδούς
- E) λευχαιμία

Το 95% των περιπτώσεων με σύνδρομο Down οφείλει την ύπαρξη του συνδρόμου σε ένα επί πλέον χρωμόσωμα 21 (τρισωμία 21). Στο 4% των περιπτώσεων το σύνδρομο οφείλεται σε μετάθεση και το 1% σε μωσαϊκό (Μπούρας και συν., χ.χ.).

Η τρισωμία 21, η μετατόπιση και το μωσαϊκό αποτελούν τους τρεις τύπους του συνδρόμου Down.

Με λίγα λόγια όσον αφορά την τυπική τρισωμία 21. «Τα περισσότερα άτομα με σύνδρομο Down, έχουν αυτόν τον τύπο του συνδρόμου. Αυτό οφείλεται, όπως εξηγήσαμε προηγουμένως, στο παραπάνισιο χρωμόσωμα που εμφανίζεται στο 21<sup>ο</sup> ζευγάρι, που προέρχεται κατά 90-95% από το ωάριο και 5-10% από το σπερματοζωάριο» (Καλογεροπούλου, 2011-12:50).

Σχετικά με την μετατόπιση, «είναι μια ακόμη πιο σπάνια μορφή του συνδρόμου Down, που εμφανίζεται μόνο στο 2% των βρεφών με σύνδρομο Down. Αυτή η μορφή είναι κληρονομική» (Καλογεροπούλου, 2011-12:50).

Τέλος, ο τύπος μωσαϊκού, ο οποίος αποτελεί «μια σπάνια μορφή που εμφανίζεται σε ένα πολύ μικρό μέρος του πληθυσμού με σύνδρομο Down. Σ' αυτήν τη μορφή, το χρωμόσωμα 21 αναμειγνύεται με κανονικά κύτταρα, δημιουργώντας ένα μωσαϊκό. Αυτή είναι η πιο ήπια μορφή του συνδρόμου» (Καλογεροπούλου, 2011-12:50).

Τέλος, άτομα με σύνδρομο Down έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο παρουσίασης άνοιας σε πιο μεγάλη ηλικία (Connor and Fergusson-Smith, 1993).

### **2.1.2. Το σύνδρομο του Εύθραυστου Χ**

«Αυτό συμβαίνει όταν υπάρχει μια ανώμαλη περιοχή σε ένα από τα χρωμοσώματα Χ. Νοσούν άνδρες και γυναίκες, αν και οι γυναίκες είναι συχνότερα φορείς και μεταδίδουν το ανώμαλο χρωμόσωμα στα άρρενα παιδιά τους. Η διάγνωση είναι δυνατή κατά την εγκυμοσύνη, ενώ οι γυναίκες φορείς μπορούν να εντοπιστούν. Η συχνότητα εμφάνισης του συνδρόμου του εύθραυστου Χ είναι περίπου 1: 1.000, και το 5% των αρρένων έχουν σοβαρή νοητική καθυστέρηση, ενώ άνω του 20% των αρρένων δεν νοσεί. Περίπου το 30% των φορέων γυναικών νοσεί» (Μπούρας και συν., χ.χ.:92).

## **2.2. ΣΥΝΟΔΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Συχνές συνοδές διαταραχές είναι ονομαστικά οι ακόλουθες:

1. Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητας,
2. Διαταραχές της Διάθεσης,
3. Βαριές Εκτεταμένες Διαταραχές της Ανάπτυξης,
4. Διαταραχή Στερεοτυπικών Κινήσεων και
5. Ψυχικές Διαταραχές Οφειλόμενες σε Γενική Ιατρική Κατάσταση (Μάνου, 1997).

### **2.2.1. Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητας.**

Η διαταραχή της ελαττωματικής προσοχής/υπερκινητικότητας υπάγεται στις Διαταραχές ελαττωματικής προσοχής και διασπαστικής συμπεριφοράς. Την Διαταραχή της ελαττωματικής συμπεριφοράς/υπερκινητικότητας θα την δούμε αρκετά συχνά και ως ΔΕΠΥ, ενώ τα παλαιότερα χρόνια ως εγκεφαλική δυσλειτουργία και υπερκινητικό σύνδρομο (Μάνου, 1997).

«Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) είναι μια από τις συχνότερες νευροβιολογικές διαταραχές της παιδικής ηλικίας, η οποία συνεχίζεται, κατά ένα σημαντικό ποσοστό, και στην ενήλικη ζωή. Εμφανίζεται στο 5-7% του μαθητικού πληθυσμού με σχέση συνήθως 3:1 υπέρ των αγοριών» (ADHD Hellas Πανελλήνιο Σωματείο Ατόμων με ΔΕΠΥ, 2011).

Σύμφωνα με το DSM-IV τα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής αυτής είναι η απροσεξία και η υπερκινητικότητα/ παρορμητικότητα. Για να μπορεί να διαγνωστεί η διαταραχή της ελαττωματικής προσοχής/ υπερκινητικότητας πρέπει να εμφανιστούν κάποια από τα συμπτώματα, στα πρώτα 7 χρόνια ενός παιδιού καθώς και να παρουσιαστούν δυσκολίες, που επιφέρει η διαταραχή, σε δυο περιβάλλοντα, όπως το σχολείο, η οικογένεια.

Για τη διάγνωση της διαταραχής χρειάζεται να είναι εμφανείς για τουλάχιστον 6 μήνες, έξι ή περισσότερα συμπτώματα απροσεξίας ή υπερκινητικότητας/ παρορμητικότητας και να καθιστά τον ενδιαφερόμενο δυσπροσάρμοστο και ασύμφωνο.

Τα συμπτώματα για το διαγνωστικό κριτήριο της απροσεξίας είναι τα εξής:

- «Συχνά αδυνατεί να εστιάσει την προσοχή του σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στο σχολείο, στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες
- Συχνά δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή του στα καθήκοντα του ή σε δραστηριότητες παιχνιδιού
- Συχνά δεν φαίνεται ν' ακούει όταν του μιλούν κατ' ευθείαν
- Συχνά δεν ακολουθεί μέχρι το τέλος οδηγίες και αδυνατεί να τελειώσει σχολικές εργασίες, μικροθέληματα ή υποχρεώσεις στο χώρο εργασίας του (χωρίς να οφείλεται σε εναντιωτική συμπεριφορά ή αδυναμία να καταλάβει οδηγίες)
- Συχνά έχει δυσκολία να οργανώσει καθήκοντα και δραστηριότητες
- Συχνά αποφεύγει, δεν του αρέσουν ή είναι απρόθυμο να εμπλακεί σε καθήκοντα που απαιτούν σταθερή και διαρκή νοητική προσπάθεια (όπως σχολική εργασία ή προετοιμασία για το σχολείο στο σπίτι)
- Συχνά χάνει πράγματα απαραίτητα για καθήκοντα ή δραστηριότητες ( π.χ. παιχνίδια, Σχολικές εργασίες, μολύβια, βιβλία ή εργαλεία)
- Συχνά διασπάται εύκολα η προσοχή του από εξωτερικά ερεθίσματα
- Συχνά ξεχνά καθημερινές δραστηριότητες»

Ακολουθούν τα συμπτώματα για το διαγνωστικό κριτήριο της υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας. Για την υπερκινητικότητα είναι τα εξής:

- «Συχνά κινεί νευρικά χέρια και πόδια ή στριφογυρνά στη θέση του
- Συχνά σηκώνεται από τη θέση του στην τάξη ή σε άλλες καταστάσεις στις οποίες το αναμενόμενο είναι να παραμείνει καθισμένο
- Συχνά τρέχει γύρω γύρω ή σκαρφαλώνει με τρόπο υπερβολικό σε καταστάσεις όπου αυτή η συμπεριφορά δεν ταιριάζει (σε εφήβους ή ενήλικους μπορεί να περιορίζεται σε υποκειμενικά αισθήματα κινητικής ανησυχίας)
- Συχνά δυσκολεύεται να παίζει ή να εμπλέκεται σε δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου, ήσυχα
- Συχνά μιλά υπερβολικά» (Μάνου, 1997: 616).

Για την παρορμητικότητα είναι τα εξής:

«Συχνά ξεστομίζει απερίσκεπτα απαντήσεις πριν ολοκληρωθούν οι ερωτήσεις

- Συχνά δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του
- Συχνά διακόπτει ή «χώνεται» σε άλλους (π.χ. παρεμβαίνει απρόσκλητα σε συζητήσεις ή παιχνίδια)» (Μάνου, 1997: 616).

«Η κλινική εικόνα της Διαταραχής Ελαττωματικής Προσοχής/ Υπερικινητικότητας στους ενήλικες διαφοροποιείται από τα παιδιά, καθώς αυξάνονται οι ανάγκες για αυτοπροσδιοριζόμενη δράση, ανεξαρτησία και υψηλότερη απόδοση των εκτελεστικών λειτουργιών και της προσοχής. Η συννόσηση με άλλες ψυχικές διαταραχές συμβάλλει στην πολυπλοκότητα της κλινικής εικόνας της ΔΕΠΥ. Οι διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων, οι αγχώδεις και οι συναισθηματικές διαταραχές, καθώς και η κατάχρηση ουσιών, αποτελούν τις πιο συχνές συννοσηρές καταστάσεις.» Ακολουθεί πίνακας που αναγράφει τα συμπτώματα της διαταραχής ανάλογα με το ηλικιακό φάσμα στο οποίο βρίσκεται ο ενδιαφερόμενος» (Πεχλιβανίδης, 2012:563).

Ηλικιακή ομάδα	Συμπτώματα απροσεξίας	Συμπτώματα παρορμητικότητας	Συμπτώματα υπερκινητικότητας
Παιδιά	Αδυναμία ολοκλήρωσης εργασιών Εύκολη διάσπαση Δυσκολία συγκέντρωσης	Χαμηλός αυτοέλεγχος Δυσκολία παραμονής στη σειρά Αδιακρισία, κυρίως λεκτική	Υπερβολική κινητικότητα Φαίνεται σαν να έχει «μοτεράκι» Υπερβολική ομιλία
Έφηβοι	Αδυναμία εκπλήρωσης ακαδημαϊκών υποχρεώσεων Εύκολη διάσπαση Δυσκολίες στην επικοινωνία Διαταραχή της διάθεσης	Χαμηλός αυτοέλεγχος Συχνή εμπλοκή σε σεξουαλικές δραστηριότητες υψηλού κινδύνου	Υποκειμενικό αίσθημα κινητικής ανησυχίας Κατάχρηση ουσιών
Ενήλικες	Δυσκολία διατήρησης της προσοχής Ευκολία διάσπασης Δυσκολία στο να ακούει τους άλλους	Χαμηλός έλεγχος των παρορμήσεων Προβλήματα με την οδήγηση Αδυναμία ελέγχου και αναστολής των συναισθηματικών του αντιδράσεων	Πολυάριθμες νευρικές κινήσεις Υπερβολική ομιλία Υποκειμενικό αίσθημα κινητικής ανησυχίας Κατάχρηση ουσιών

(Πεχλιβανίδης, 2012: 564).



Η κλινική εικόνα της διαταραχής ελαττωματικής προσοχής/υπερκινητικότητας διαφοροποιείται ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο του ατόμου. Η προσχολική ηλικία (3–5 ετών) χαρακτηρίζεται από υπερβολική σωματική δραστηριότητα, δυσκολία στη συνεργασία με τα συνομήλικα παιδιά και μη συμμόρφωση στις υποδείξεις των ενηλίκων. Στη σχολική ηλικία (6–12 ετών), εκτός από τα πυρηνικά συμπτώματα της διαταραχής, δηλαδή απροσεξία, υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα, συχνά εμφανίζονται εναντιωματική συμπεριφορά, συγκρούσεις με συνομηλικούς και προβλήματα στο σχολείο. Στην εφηβεία μειώνεται η υπερδραστηριότητα, συνεχίζουν οι συγκρούσεις στο σπίτι και στο σχολείο και εμφανίζονται συχνά συμπεριφορές υψηλού κινδύνου. Στους ενήλικες συνήθως μειώνεται σημαντικά η έντονη σωματική κινητικότητα, αλλά παραμένουν η απροσεξία και η παρορμητικότητα και γενικά οι επιπτώσεις και η δυσλειτουργία που προκαλεί η διαταραχή.

Τα αίτια της διαταραχής ελαττωματικής προσοχής/υπερκινητικότητας αποδίδονται κυρίως σε έναν βαθμό κληρονομικότητας, το 76% των παιδιών με διάγνωση, διαταραχή ελαττωματικής συμπεριφοράς/υπερκινητικότητας έχουν συγγενή με την ίδια διάγνωση. Επίσης, ο εγκέφαλος των παιδιών με αυτήν την διάγνωση παρουσιάζει διαφορές από των άλλων συνομηλίκων στη δομή, το μεταβολισμό και τη λειτουργία κάποιων συγκεκριμένων περιοχών. Κάποια ακόμα αίτια που μπορούν να συμβάλουν στην διάγνωση διαταραχής ελαττωματικής συμπεριφοράς/ υπερκινητικότητας, είναι η πρόωρη γέννηση, το κάπνισμα, η χρήση αλκοόλ και το υπερβολικό στρες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ο εγκεφαλικός τραυματισμός ή η έκθεση σε τοξικές ουσίες (ADHD Hellas Πανελλήνιο Σωματείο Ατόμων με ΔΕΠ-Υ, 2011).

## **2.2.2. Διαταραχές της διάθεσης**

1. Καταθλιπτικές διαταραχές
2. Διπολικές διαταραχές

### **A) Καταθλιπτικές διαταραχές**

1. Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή
2. Δυσθυμική Διαταραχή
3. Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης ταξινομούνται στα εξής:

- ❖ Συναίσθημα
- ❖ Φυτικό (Αυτόνομο) Νευρικό Σύστημα
- ❖ Κινητοποίηση
- ❖ Σκέψη – Αντίληψη
- ❖ Σωματικά ενοχλήματα

### **1. Συναίσθημα**

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης όσον αφορά στο συναίσθημα είναι:

#### **A) καταθλιπτική διάθεση**

Άτομα με την συγκεκριμένη διαταραχή αισθάνονται θλίψη, απελπισία, λύπη, απογοήτευση κτλ. και περιγράφουν την διάθεσή τους καταθλιπτική.

#### **B) ανηδονία**

Βασικό σύμπτωμα της κατάθλιψης είναι η ανηδονία δηλ. η έλλειψη ευχαρίστησης σε δραστηριότητες που πριν πρόσφεραν ευχαρίστηση.

#### **Γ) άγχος**

Πολλοί ασθενείς με κατάθλιψη αισθάνονται άγχος το οποίο βιώνουν με την μορφή φόβου, δυσφορίας, ευερεθιστότητας, αισθήματα πανικού κατά τα οποία το αίσθημα παλμών, η ταχυκαρδία και οι ιδρώτες αποτελούν σύνοδα φυτικά συμπτώματα.

### **2. Φυτικό (Αυτόνομο) Νευρικό Σύστημα**

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης όσον αφορά στο φυτικό (Αυτόνομο) Νευρικό Σύστημα είναι:

#### **A) διαταραχή του ύπνου**

Ασθενείς με κατάθλιψη εμφανίζουν συνήθως αϋπνία και μερικές φορές υπερυπνία.

#### **B) διαταραχή της όρεξης**

Η παρουσία της ανορεξίας σε πολλούς ασθενείς με κατάθλιψη είναι πολύ συχνή και συνοδεύεται ή όχι από απώλεια βάρους η οποία ενδεχομένως να είναι μικρή, μεγάλη ή απειλητική για την ζωή. Αντιθέτως, η αύξηση της όρεξης είναι λιγότερο συχνή, ωστόσο ενδεχομένως να οδηγήσει στην λήψη σημαντικού βάρους.

Γ) κόπωση, εξάντληση (απώλεια ενέργειας)

Ένα συχνό παράπονο των ασθενών με κατάθλιψη είναι ότι αισθάνονται κούραση ή εξάντληση, σαν να έχει φύγει όλη τους η ενέργεια.

Δ) ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης (libido)

Η ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης (libido) είναι συχνή ιδιαίτερα στους άντρες.

Ε) ψυχοκινητική επιβράδυνση

Σε πολλούς ασθενείς με κατάθλιψη παρατηρείται επιβράδυνση της σκέψης των κινήσεων και του λόγου.

Ζ) ψυχοκινητική διέγερση

Κάποιοι ασθενείς με κατάθλιψη, κυρίως άτομα τρίτης ηλικίας, εκνευρίζονται συχνά, παρουσιάζουν ανησυχία, βρίσκονται σε ένταση ή και διέγερση και όχι σε επιβράδυνση.

**3. Κινητοποίηση**

Α) απώλεια του ενδιαφέροντος στις συνηθισμένες δραστηριότητες

Στους ασθενείς με κατάθλιψη ελαττώνεται η κινητοποίησή τους σε όλους τους τομείς της ζωής τους, π.χ. οικογενειακή ζωή, επαγγελματική, δραστηριότητες κτλ.

Β) ανημπορία, έλλειψη ελπίδας

Τα άτομα με κατάθλιψη δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στις υποχρεώσεις τους και στα απλά τους καθήκοντα. Δεν έχουν ελπίδα για την κατάσταση στην οποία βρίσκονται και για την μετέπειτα ζωή τους.

Γ) σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας

Απ' όλες τις επιπλοκές των διαταραχών της κατάθλιψης είναι η αυτοκτονία και φυσικά χαρακτηρίζεται ως η πιο σοβαρή και επικίνδυνη. Να σημειωθεί ότι αρκετά μεγάλη είναι η συχνότητα των ολοκληρωμένων αυτοκτονιών.

**4. Σκέψη – Αντίληψη**

Α) αισθήματα – σκέψεις ενοχής ή και αναζιότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση

Ασθενείς με κατάθλιψη αισθάνονται και σκέφτονται ενοχικά για αποτυχίες και λάθη που αφορούν είτε στο παρόν είτε στο παρελθόν. Οι συγκεκριμένοι κατηγορούν τον εαυτό τους σε υπερβολικό βαθμό.

### B) δυσκολία στη συγκέντρωση

Οι ασθενείς με κατάθλιψη δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν και να δώσουν προσοχή στο τι συμβαίνει γύρω τους, ακόμα κι όταν προσπαθούν να διαβάσουν ή να δουν τηλεόραση κτλ. Το παράπονο των καταθλιπτικών ασθενών αφορά στην «έκπτωση της μνήμης».

### Γ) ψύχωση

Όσον αφορά στα ψυχωτικά συμπτώματα τα οποία περιλαμβάνονται στις βαριάς μορφής κατάθλιψη είναι κυρίως παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις.

## **5. Σωματικά ενοχλήματα**

A) πόνοι στη μέση

B) πονοκέφαλοι

Γ) μυϊκοί σπασμοί

Δ) ναυτία

E) έμετος

Στ) δυσκοιλιότητα

Z) οπισθοστερνικό κάψιμο

H) δυσκολία αναπνοής

Θ) υπέρπνοια

I) πόνος στο στήθος κ.α.

Για τις παραπάνω περιπτώσεις έχει χρησιμοποιηθεί ο όρος «καλυμμένη κατάθλιψη» και αυτό όχι γιατί πρόκειται για άλλου είδους κατάθλιψη, απλώς ο γιατρός οδηγείται στην διάγνωση της κατάθλιψης σκεπτόμενος ότι άτομα με τα παραπάνω συμπτώματα μπορεί να έχουν κατάθλιψη. Ο γιατρός καταλήγει στο συμπέρασμα ότι όλα είναι «ψυχολογικά» καθώς ένας σημαντικός αριθμός των εξετάσεων γίνονται άσκοπα (Μάνου,1997).

## **B) Διπολικές Διαταραχές**

Η διπολική διαταραχή αποτελεί ασθένεια με βασικό χαρακτηριστικό δύο ακραίες συναισθηματικές διαθέσεις, την έξαρση και την κατάθλιψη. Οι ασθενείς δηλαδή περνούν φάσεις μανίας που εναλλάσσονται με φάσεις κατάθλιψης. Οι διπολικές διαταραχές είναι ένα σύνολο κλινικών εικόνων ποικίλης συχνότητας, έντασης και μορφής.

Τα καταθλιπτικά επεισόδια στις διπολικές διαταραχές εμφανίζονται με τον ίδιο τρόπο όπως και στις μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές. Ουσιαστικά, το στοιχείο που

χαρακτηρίζει τις διπολικές είναι η *έξαρση*, η οποία περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα συναισθηματικών διαθέσεων που κυμαίνονται από τις φυσιολογικές καταστάσεις χαράς και ευφορίας μέχρι τις παθολογικές καταστάσεις της μανίας και της υπομανίας. Συγκεκριμένα, με τον όρο μανία υποδηλώνεται υπέρμετρη υπερκινητικότητα, διέγερση, έξαρση και επιταχυμένος ρυθμός ομιλίας με συχνό συνδυασμό διαταραγμένης σκέψης. Ο όρος υπομανία υποδηλώνει παρόμοιο σύνδρομο με τη διαφορά ότι τα συμπτώματα δεν είναι τόσο βαριά και έντονα όσο στη μανία (Μάνου, 1997).

### Συμπτώματα μανίας και υπομανίας

– Διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης: Ο ασθενής βιώνει ευφορία και αυτή η διάθεση μάλιστα είναι μεταδοτική και στον περίγυρό του. Οι ασθενείς με μανία είναι πολύ ενθουσιώδεις στις διαπροσωπικές τους αντιδράσεις και συχνά αναζητούν επικοινωνία με ενοχλητικό τρόπο. Σε περίπτωση που ο ασθενής δεν εισπράξει την προσοχή που επιθυμεί είναι πιθανό να αντιδράσει με εκνευρισμό, έντονη δυσφορία και ενδεχομένως και βία.

– Διογκωμένη αυτοεκτίμηση: Ο ασθενής παρουσιάζει μια εξωπραγματική αίσθηση των ικανοτήτων του. Πολλοί επίσης παρουσιάζουν υπερεκτίμηση του εαυτού τους μέχρι που εμφανίζουν παραληρητικές ιδέες μεγαλείου.

– Ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο: Χαρακτηριστικό σύμπτωμα κατά το οποίο οι ασθενείς εμφανίζουν ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο ενώ παράλληλα είναι γεμάτοι ενέργεια παρόλο που δεν ξεκουράζονται σχεδόν καθόλου και δεν νιώθουν καν την ανάγκη ξεκούρασης.

– Πίεση λόγου: Οι μανιακοί ασθενείς μιλούν με ταχύ ρυθμό και μεγάλη ταχύτητα, σαν να βρίσκονται υπό πίεση και δύσκολα μπορεί κάποιος να τους διακόψει. Τα λεγόμενα τους μπορεί να περιλαμβάνουν είτε λογοπαίγνια είτε υβρεολόγια ή μπορεί ακόμα και να μιλούν φυσιολογικά.

– Φυγή των ιδεών: Απότομες αλλαγές θεμάτων στο λόγο τους με συνειρμούς που όμως βασίζονται σε εξωτερικά ερεθίσματα ή τυχαίους παράγοντες. Ίσως ο λόγος τους καταλήγει να γίνεται ακατανόητος και αποδιοργανωμένος.

– Διάσπαση της προσοχής: Παρουσιάζεται με αλλαγές στην ομιλία ή στις δραστηριότητες λόγω άσχετων εξωτερικών ερεθισμάτων.

– Υπερκινητικότητα: Εκδηλώνεται με ανησυχία στις κινήσεις και με υπερβολική εμπλοκή σε επαγγελματικές, ψυχαγωγικές κ.ά. δραστηριότητες.

– Υπερβολική εμπλοκή σε δραστηριότητες που μπορεί να έχουν οδυνηρές συνέπειες: Η έλλειψη κριτικής ικανότητας με την υπερβολική διαχυτικότητα και την εξωπραγματική αισιοδοξία ενδέχεται να οδηγήσουν τους ασθενείς σε πράξεις με οδυνηρές συνέπειες.

– Συναισθηματική αστάθεια: Κάποιοι ασθενείς παρουσιάζουν μεταβολές στη διάθεσή τους και αυτές οι διακυμάνσεις μπορεί να έχουν διάρκεια από λίγα λεπτά μέχρι και κάποιες ώρες.

– Παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις: Το περιεχόμενο των ψευδαισθήσεων είναι ανάλογο της συναισθηματικής διάθεσης του ασθενούς.

Οι διπολικές διαταραχές διακρίνονται σε Διπολική I Διαταραχή, σε Διπολική II Διαταραχή, σε κυκλοθυμική Διαταραχή και σε Διπολική Διαταραχή μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς (Μάνου, 1997).

### Διπολική I Διαταραχή

#### Διάγνωση

Το βασικότερο διαγνωστικό στοιχείο είναι κλινική πορεία που χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα Μανιακά ή Μεικτά Επεισόδια. Στα μεικτά επεισόδια το άτομο βιώνει μια ταχεία εναλλαγή διάθεσης που συνοδεύεται από συμπτώματα που πληρούν τα κριτήρια και για Μανιακό και για Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο. Η Διπολική I Διαταραχή χαρακτηρίζεται ως Μοναδικό Μανιακό Επεισόδιο, αν το άτομο βιώνει το πρώτο επεισόδιο και υποτροπιάζουσα αν υπάρχει αλλαγή στην πολικότητα του επεισοδίου ή ένα μεσοδιάστημα τουλάχιστον 2 μηνών ανάμεσα στα επεισόδια (Μάνου, 1997).

Με βάση το τρέχον ή το πιο πρόσφατο μανιακό, μεικτό ή μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο η Διπολική I Διαταραχή προσδιορίζεται ως:

- Ήπια, μέτρια, Σοβαρή Χωρίς Ψυχωτικά Στοιχεία, Σοβαρή με Ψυχωτικά Στοιχεία, Σε Μερική Ύφεση, σε Πλήρη Ύφεση
- Με κατατονικά στοιχεία
- Με επιλόχεια έναρξη

Με βάση το τρέχον ή το πιο πρόσφατο μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο η Διπολική I Διαταραχή προσδιορίζεται ως:

- Χρόνια
- Με μελαγχολικά στοιχεία
- Με άτυπα στοιχεία

### Με βάση την πορεία της προσδιορίζεται ως:

- Με ή χωρίς πλήρη ανάρρωση ανάμεσα στα επεισόδια
- Με εποχιακό σχήμα
- Με ταχεία εναλλαγή φάσεων

### Σύνοδα συμπτώματα και σύνοδες διαταραχές

- Έντονη φυγή ιδεών που μπορεί να καταλήξει σε ασυναρτησία.
- Οι ασθενείς συχνά δεν γνωρίζουν ότι πάσχουν και αντιστέκονται σε θεραπευτικές προσπάθειες οπότε συχνά καταλήγουν να εμπλέκονται σε υπερβολικές δραστηριότητες.
- Διαταραχές που συνοδεύουν τη διαταραχή είναι η ψυχογενής ανορεξία, η ψυχογενής βουλιμία, η διαταραχή ελαττωματικής προσοχής, διαταραχή πανικού, κοινωνική φοβία, διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες (Μάνου, 1997).

### Χαρακτηριστικά σχετικά με το φύλο και την ηλικία

Η Διπολική I Διαταραχή είναι το ίδιο συχνή σε άντρες και γυναίκες. Η διαφορά είναι μόνο στο ότι το πρώτο επεισόδιο στους άντρες είναι συνήθως μανιακό ενώ στις γυναίκες μείζον καταθλιπτικό. Επιπλέον οι γυναίκες έχουν αυξημένες πιθανότητες να αναπτύξουν μελλοντικά επεισόδια στην επιλόχεια περίοδο.

Μερικοί έφηβοι με υποτροπιάζοντα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια αναπτύσσουν διπολική I διαταραχή. Τα μεικτά επεισόδια είναι συχνότερα σε εφήβους και νεαρούς ενηλίκους και σε άτομα άνω των 60 και ίσως είναι πιο συχνά σε άντρες.

Τα μανιακά επεισόδια σε εφήβους είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν ψυχωτικά στοιχεία και συνοδεύονται από σκασιαρχείο, αντικοινωνική συμπεριφορά, αποτυχία στο σχολείο ή χρήση ουσιών.

Όσον αφορά στο οικογενειακό ιστορικό, βιολογικοί συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων με Διπολική I Διαταραχή έχουν αυξημένα ποσοστά Διπολικής I Διαταραχής σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Μελέτες διδύμων και υιοθετημένων ατόμων δείχνουν έντονη γενετική επίδραση στη Διπολική Διαταραχή (Μάνου, 1997).

### Κλινική πορεία

Η Διπολική I Διαταραχή χαρακτηρίζεται από υποτροπές. Επίσης, η μέση ηλικία έναρξης του πρώτου μανιακού επεισοδίου είναι γύρω στα 20, ορισμένες περιπτώσεις αρχίζουν στην εφηβεία και άλλες φορές μετά τα 50. Τα μανιακά επεισόδια συνήθως αρχίζουν ξαφνικά με

γρήγορη κλιμάκωση των συμπτωμάτων σε λίγες μέρες. Συχνά εμφανίζονται μετά από κάποιο ψυχοκοινωνικό στρες και διαρκούν από λίγες εβδομάδες έως και πολλούς μήνες.

Παρόλο που οι περισσότεροι ασθενείς επανέρχονται σε φυσιολογική λειτουργικότητα, υπάρχει και ένα ποσοστό που συνεχίζει να έχει ευμετάβλητη διάθεση και διαπροσωπικά προβλήματα ανάμεσα στα επεισόδια.

Αναφορικά με τις επιπλοκές, η πιο σημαντική είναι η αυτοκτονία. Επιπλέον συχνή είναι και η κακοποίηση παιδιών ή συζύγων ή άλλες πράξεις βίας (Μάνου, 1997).

## **Διπολική II Διαταραχή**

### Διάγνωση

Το βασικότερο διαγνωστικό στοιχείο είναι κλινική πορεία που χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια που συνοδεύονται τουλάχιστον από ένα υπομανιακό επεισόδιο.

### Διαγνωστικά κριτήρια:

- Παρουσία ενός ή περισσότερων μειζόνων καταθλιπτικών επεισοδίων.
- Παρουσία ενός τουλάχιστον υπομανιακού επεισοδίου
- Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.

Η Διπολική II Διαταραχή με βάση το τρέχον ή το πιο πρόσφατο επεισόδιο μπορεί να προσδιορισθεί ως υπομανιακή ή καταθλιπτική.

Επιπλέον, μπορεί να προσδιορισθεί ως

- Ήπια, μέτρια, σοβαρή χωρίς ψυχωτικά στοιχεία, σοβαρή με ψυχωτικά στοιχεία, σε μερική ύφεση, σε πλήρη ύφεση

- Χρόνια
- Με κατατονικά στοιχεία
- Με μελαγχολικά στοιχεία
- Με άτυπα στοιχεία
- Με επιλόχεια έναρξη

Με βάση την πορεία της μπορεί να προσδιορισθεί ως

- Με ή χωρίς πλήρη ανάρρωση ανάμεσα στα επεισόδια
- Με εποχιακό σχήμα
- Με ταχεία εναλλαγή φάσεων



### Συνοδά συμπτώματα και σύνοδες διαταραχές

Τα υπομανιακά επεισόδια στην εφηβική ηλικία ενδέχεται να συνοδεύονται από σκασιαρχείο, αποτυχία στο σχολείο, χρήση ουσιών.

Συνοδές διαταραχές είναι η εξάρτηση από ουσίες, η ψυχογενής ανορεξία, ψυχογενής βουλιμία, διαταραχή πανικού, κοινωνική φοβία, μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας (Μάνου, 1997).

### Επιδημιολογικά στοιχεία

Η Διπολική ΙΙ Διαταραχή εμφανίζεται μάλλον συχνότερα στις γυναίκες, οι οποίες έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης επεισοδίων κατά την επιλόχεια περίοδο. Σχετικά με το οικογενειακό ιστορικό, βιολογικοί συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων με Διπολική ΙΙ Διαταραχή έχουν αυξημένα ποσοστά εμφάνισης της διαταραχής σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (Μάνου, 1997).

### Κλινική πορεία

Τα υπομανιακά επεισόδια και τα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια συχνά αλληλοδιαδέχονται το ένα το άλλο με χαρακτηριστικό τρόπο για το κάθε άτομο. Ο αριθμός των επεισοδίων στη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου με διπολική ΙΙ διαταραχή τείνει να είναι μεγαλύτερος από τον αριθμό επεισοδίων της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής υποτροπιάζουσας. Το μεσοδιάστημα ανάμεσα στα επεισόδια τείνει να ελαττώνεται καθώς μεγαλώνει το άτομο.

Παρόλο που οι πιο πολλοί ασθενείς ανακτούν τη φυσιολογική λειτουργικότητά τους ανάμεσα στα επεισόδια, κάποιοι από αυτούς συνεχίζουν να έχουν κάποιου βαθμού διαπροσωπική έκπτωση ή ευμετάβλητη διάθεση. Όσον αφορά στις επιπλοκές, η πιο σημαντική είναι η αυτοκτονία. Άλλες είναι το σκασιαρχείο, αποτυχίες στις σπουδές, στον εργασιακό τομέα, στην οικογένεια (Μάνου, 1997).

### **Κυκλοθυμική Διαταραχή**

#### Διάγνωση

Το βασικότερο διαγνωστικό χαρακτηριστικό είναι μια χρόνια κατάσταση διαταραχής της διάθεσης που παρουσιάζει συνεχώς διακυμάνσεις. Αναλυτικότερα, για ένα χρονικό διάστημα τουλάχιστον 2 ετών παρατηρούνται πολυάριθμες περιόδοι με συμπτώματα υπομανίας καθώς και περιόδοι με συμπτώματα κατάθλιψης που δεν συμπληρώνουν όμως ποτέ τα κριτήρια που δηλώνουν το μανιακό ή μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο (Μάνου, 1997).

Συνοδές διαταραχές μπορεί να είναι διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες και διαταραχές ύπνου.

### Επιδημιολογικά στοιχεία και κλινική πορεία

Η εμφάνιση της συνήθως ξεκινάει νωρίς στην εφηβεία ή νωρίς στην ενήλικη ζωή και είναι το ίδιο συχνή στα δύο φύλα. Η πορεία της είναι χρόνια και κάποιοι από τους ασθενείς αναπτύσσουν αργότερα διαταραχή τύπου I ή II (Μάνου, 1997).

## **ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ**

### Διαταραχή της διάθεσης οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση

#### Διάγνωση

Το βασικότερο διαγνωστικό χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής είναι μια προεξάρχουσα διαταραχή της διάθεσης η οποία κρίνεται ότι οφείλεται σε άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα μιας γενικής ιατρικής κατάστασης. Αυτή η διαταραχή της διάθεσης ενδέχεται να είναι καταθλιπτική διάθεση, ελάττωση ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης ή ανεβασμένη, ευερέθιστη διάθεση.

Γενικές ιατρικές καταστάσεις στις οποίες οφείλεται αυτή η διαταραχή μπορεί να είναι μεταξύ άλλων εκφυλιστικές νευρολογικές καταστάσεις, ενδοκρινοπάθειες, αυτοάνοσες διαταραχές (Μάνου, 1997).

#### Διαγνωστικά κριτήρια

- Μια επίμονη διαταραχή της διάθεσης επικρατεί στην κλινική εικόνα και χαρακτηρίζεται είτε από καταθλιπτική διάθεση είτε από ανεβασμένη και ευερέθιστη διάθεση.
- Αποδεικνύεται από φυσική εξέταση, ιστορικό ασθενούς και εργαστηριακά ευρήματα ότι η διαταραχή οφείλεται σε μια γενική ιατρική κατάσταση.
- Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική ενόχληση στο άτομο και σημαντική έκπτωσή του σε τομείς της λειτουργικότητας του.

Η σοβαρότερη επιπλοκή αυτών των διαταραχών είναι η αυτοκτονία. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας αυξάνεται ανάλογα με γενική ιατρική κατάσταση του πάσχοντος και το κατά πόσο αυτή είναι ανίατη, χρόνια ή επώδυνη (Μάνου, 1997).

## Διαταραχή της διάθεσης προκαλούμενη από ουσίες

### Διάγνωση

Το πιο βασικό διαγνωστικό χαρακτηριστικό σε αυτό το είδος διαταραχής είναι μια διαταραχή της διάθεσης που οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας, ενός φαρμάκου, ή μιας σωματικής θεραπείας για κατάθλιψη.

Με βάση των τύπο των συμπτωμάτων διακρίνονται οι εξής τύποι διαταραχής: α)με καταθλιπτικά στοιχεία, β)με μανιακά στοιχεία, γ)με μεικτά στοιχεία (Μάνου, 1997).

### Διαγνωστικά κριτήρια

- Επίμονη διαταραχή της διάθεσης που χαρακτηρίζεται είτε από καταθλιπτική διάθεση είτε από ανεβασμένη, ευερέθιστη διάθεση
- Αποδεικνύεται από φυσική εξέταση και από το ιστορικό του ατόμου ότι τα συμπτώματα εκδηλώθηκαν κατά τη διάρκεια ή μέσα σε ένα μήνα από την τοξίκωση ή τη στερητική διαταραχή από ουσίες.
- Τα συμπτώματα προκαλούν έντονη ενόχληση στο πάσχον άτομο και έκπτωση σε τομείς της λειτουργικότητας του.

### Αιτιολογικοί παράγοντες

Τη διαταραχή αυτή προκαλούν ουσίες κατάχρησης είτε κατά την τοξίκωση είτε σαν αποτέλεσμα στερητικού συνδρόμου από αυτές. Στις περιπτώσεις αυτές υπάγονται οι αμφεταμίνες, το αλκοόλ, εισπνεόμενες ουσίες, υπνωτικά και αγχολυτικά και άλλες ουσίες (Μάνου, 1997).

## Διαταραχή της διάθεσης μη προσδιοριζόμενη αλλιώς

Σε αυτή την κατηγορία διαταραχών περιλαμβάνονται διαταραχές τα συμπτώματα των οποίων δεν πληρούν τα κριτήρια για την σαφή κατηγοριοποίηση τους (Μάνου, 1997).

### **2.2.3. Βαριές Εκτεταμένες Διαταραχές της Ανάπτυξης**

5. Αυτιστική διαταραχή
6. Διαταραχή Rett
7. Αποδιοργανωτική διαταραχή της παιδικής ηλικίας
8. Διαταραχή Asperger
9. Βαριά εκτεταμένη διαταραχή της ανάπτυξης μη προσδιοριζόμενη αλλιώς

«Όλες οι διαταραχές αυτές χαρακτηρίζονται από σοβαρά και εκτεταμένα αναπτυξιακά προβλήματα, που αφορούν διάφορους τομείς της ανάπτυξης. Έτσι, το άτομο με κάποια από αυτές τις διαταραχές μπορεί να παρουσιάζει έντονα μειωμένη ικανότητα για ανταπόκριση διαπροσωπικά, για συναισθηματική αμοιβαιότητα ή για επικοινωνία, να εμφανίζει στερεότυπη συμπεριφορά και στερεότυπα ενδιαφέροντος» (Μάνου, 1997:605).

#### Αυτιστική διαταραχή

«Η Αυτιστική Διαταραχή ή αυτισμός αποτελεί σοβαρή μορφή ΔΑΔ και έχει χαρακτηριστεί ως διαταραχή «φάσματος», που σημαίνει ότι η κλινική εικόνα του αυτισμού δεν είναι ομοιογενής, αλλά κυμαίνεται από ηπιότερες μορφές (με ελάχιστα και σε ήπια μορφή αυτιστικά στοιχεία και φυσιολογική νοημοσύνη) μέχρι βαρύτερες μορφές (με πολλαπλά αυτιστικά στοιχεία συνοδευόμενα από βαριά νοητική καθυστέρηση). Ο αυτισμός συνεπάγεται έκπτωση στους παρακάτω τομείς:

- Αμοιβαίες κοινωνικές συναλλαγές
- Επικοινωνία
- Γενική συμπεριφορά (παρουσιάζονται στερεότυπες και διασπαστικές αντιδράσεις)
- Ενδιαφέροντα
- Δραστηριότητες

Στους τομείς που προαναφέρθηκαν, τα άτομα με Αυτισμό δεν διαφέρουν μόνο λόγω καθυστέρησης στην ανάπτυξη, αλλά παρουσιάζουν και αποκλίνουσες αντιδράσεις, οι οποίες δεν συναντώνται συνήθως σε παιδιά με τυπική ανάπτυξη» (Γενά, 2002:28).

#### Συμπτωματολογία

«Τη συμπτωματολογία του αυτισμού μπορούμε γενικά να τη διακρίνουμε σε «ελλείψεις» και «πλεονασμούς» της συμπεριφοράς. Οι ελλείψεις αφορούν στους βασικότερους τομείς της ανάπτυξης» (Γενά, 2002:28), όπως:

Όσον αφορά στην προσοχή, τα άτομα με αυτισμό αποφεύγουν την βλεμματική επαφή, η προσοχή τους διασπάται, ασχολούνται με ορισμένα αντικείμενα ή σε ελάχιστο ή σε υπερβολικό βαθμό και εκδηλώνουν ανησυχία.

Όσον αφορά στον προφορικό λόγο, παρουσιάζουν ηχολαλία, ασυνάρτητο και επαναληπτικό λόγο, ακατάλληλη ένταση φωνής, ακατάλλητη άρθρωση και ακατάλληλοι κυματισμοί της φωνής.

Σχετικά με τις κοινωνικές και συναισθηματικές εκδηλώσεις, αποφεύγουν ή αρνούνται την κοινωνική επαφή/ επικοινωνία, έχουν έλλειψη ενδιαφέροντος για συνομηλίκους, παρουσιάζουν έλλειψη ενδιαφέροντος για τους ανθρώπους, έχουν έλλειψη πρωτοβουλίας και δεν ανταποκρίνονται στις κοινωνικές συναλλαγές. Επιπλέον, αντιμετωπίζουν με απάθεια ερεθίσματα που τους προκαλούν φόβο, ακόμα σε ερεθίσματα τα οποία συνήθως δεν προκαλούν αντίδραση φόβου εκείνα αντιδρούν με υπερβολική φοβία. Στην κατηγορία των κοινωνικών και συναισθηματικών εκδηλώσεων ανήκει και η απάθεια που αισθάνονται ή η υπερβολική αντίδραση όταν αποχωρίζονται την μητέρα. Επιπλέον, διακρίνονται από απαθείς ή ανάρμοστες με το περιβάλλον συναισθηματικές εκφράσεις. Τέλος, χαρακτηρίζονται από έλλειψη ενσυναίσθησης.

Στον τομέα του παιχνιδιού, τα χαρακτηριστικά είναι ότι απέχουν από συμβολικό ή αναπαραστατικό παιχνίδι και από το δυαδικό ή το ομαδικό με παιδιά της ηλικίας τους. Επιπλέον, χρησιμοποιούν τα παιχνίδια με ιδιόρρυθμο τρόπο. Παρατηρείται υπερβολική προσκόλληση σε κάποια παιχνίδια και το ενδιαφέρον τους περιορίζεται σε έναν αριθμό παιχνιδιού.

Σχετικά με την αισθητηριακή επεξεργασία, χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι το απλανές βλέμμα, ότι δεν αντιδρούν σε κάποιο δυνατό κρότο, ενώ μπορεί να αντιδρούν υπερβολικά σε κάποια άλλα ακουστικά ερεθίσματα. Επιπλέον, παρουσιάζουν αδιαφορία ή αντιδρούν υπερβολικά σε απτικά ερεθίσματα και τέλος, είναι υπερευαίσθητα σε κάποιες οσμές και γεύσεις.

Η προσοχή των αυτιστικών ατόμων είναι επιλεκτική σε κάποια χαρακτηριστικά των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος ή υπερεπιλεκτικότητα.

Στις γνωσιακές λειτουργίες των ατόμων με αυτισμό περιλαμβάνονται η νοητική καθυστέρηση, η ασταθής μάθηση, η μαθησιακή παλινδρόμηση και τα αναπτυξιακά χάσματα στους γνωσιακούς τομείς (Γενά, 2002).

«Οι «πλεονασμοί» στη συμπεριφορά των ατόμων με αυτισμό σχετίζονται κυρίως με δυσπροσάρμοστες και στερεοτυπικές αντιδράσεις και μπορούν να ταξινομηθούν στις παρακάτω κατηγορίες:

#### Διασπαστική Συμπεριφορά

A) κρίσεις θυμού

B) ανυπακοή

Γ) επιθετικότητα

Δ) αυτοτραυματισμοί»

### Στερεοτυπικές Αντιδράσεις

A) σε οπτικά ερεθίσματα

B) στην ομιλία

Γ) στην οσμή

Δ) στη γεύση

E) στην αφή

Στ) στην κίνηση

Z) τελετουργίες

### «Ιδιαίτερες Ικανότητες

A) εξαιρετική ικανότητα απομνημόνευσης και παραγαλίας

B) υψηλή αριθμητική ικανότητα

Γ) υπερλεξία

Δ) επιδεξιότητα σε πάζλ και σε παιχνίδια με περίπλοκους μηχανισμούς» (Γενά, 2002:30).

Επιπρόσθετα, τα κυριότερα συμπτώματα κατά τα πρώτα ηλικιακά τους χρόνια είναι τα ακόλουθα:

- Δεν μιλάνε μέχρι 16 μηνών, σχεδόν καθόλου
- Δεν ανταποκρίνονται στο άκουσμα του όνοματός τους
- Προσκόλληση σε κάποιο συγκεκριμένο παιχνίδι ή αντικείμενο
- Δεν χαμογελάνε
- Έλλειψη σημαντικών χειρονομιών κατά το πρώτο έτος της ηλικίας τους
- Δεν μπορούν να συνδυάσουν δυο λέξεις κατά τα πρώτα δυο έτη
- Χάνουν τις γλωσσικές και κοινωνικές δεξιότητες που έχουν ήδη αποκτήσει
- Έχουν κακή επαφή με τα μάτια
- Δείχνουν ότι δεν ξέρουν πως να παίξουν με τα παιχνίδια
- Μπορεί να θεωρηθεί ότι έχουν προβλήματα ακοής κι αυτό γιατί μερικές φορές

δείχνουν απάθεια (Καλογεροπούλου, 2011-2012).

## Διαταραχή Rett

Η διάγνωση του συνδρόμου Rett μπερδεύεται αρκετά συχνά με τη διάγνωση της εγκεφαλικής παράλυσης ή της μη ειδικής αναπτυξιακής καθυστέρησης και αυτής του αυτισμού.

«Το σύνδρομο Rett είναι μια νευρολογική διαταραχή που επηρεάζει σχεδόν αποκλειστικά τα κορίτσια. Παρόλο που δεν γνωρίζουμε ακριβώς τα αίτια του συνδρόμου, πρόσφατα ανακαλύφθηκε, ότι ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων με σύνδρομο Rett εμφανίζουν μια μεταβολή ή ελάττωμα στο γονίδιο MECP2 του X χρωμοσώματος στο Xq28. Η ανωμαλία στο χρωμόσωμα X αποτελεί αιτία θανάτου για όλα τα άρρενα, εξ ου και η διαταραχή εμφανίζεται μόνο σε κορίτσια. Αν και το σύνδρομο Rett είναι μια γενετική διαταραχή, λιγότερο από το 1 τοις εκατό των καταγεγραμμένων περιπτώσεων είναι κληρονομικές ή περνούν από τη μία γενιά στην άλλη» (Καλογεροπούλου, 2011-2012:54).

### Συμπτώματα συνδρόμου Rett

Η πορεία του συνδρόμου Rett διαφέρει από παιδί σε παιδί αν συμπεριλάβουμε την ηλικία κατά την οποία εμφανίζεται και την σοβαρότητα των συμπτωμάτων. Πριν ξεκινήσουν, λοιπόν, τα συμπτώματα να κάνουν την εμφάνισή τους, η ανάπτυξη του παιδιού φαίνεται να είναι κανονική. Μολονότι, είναι συχνή η ύπαρξη ανεπαίσθητων ανωμαλιών, παρ' όλα αυτά και οι γονείς και οι ειδικοί δυσκολεύονται να τις αντιληφθούν. Στην πορεία, σταδιακά, εμφανίζονται τα ψυχικά και φυσικά συμπτώματα. «Δεδομένου ότι το σύνδρομο εξελίσσεται, σταδιακά η ικανότητα ομιλίας και κίνησης των χεριών μειώνεται. (Καλογεροπούλου, 2011-2012) «Η απώλεια της λειτουργικής χρήσης των χεριών ακολουθείται από ανάπτυξη επαναληπτικών κινήσεων των χεριών, όπως συστροφές και κτυπήματα». (Καλογεροπούλου, 2011-2012:55)

«Η απραξία, η αδυναμία δηλαδή να εκτελέσει τις κινητικές του λειτουργίες, είναι ίσως η πιο σοβαρή δυσκολία χαρακτηριστική του συνδρόμου Rett, επηρεάζοντας κάθε κίνηση του σώματος, συμπεριλαμβανομένων των ματιών και της ομιλίας» (Καλογεροπούλου, 2011-2012:55).

Στα αρχικά του στάδια το σύνδρομο Rett συχνά παρουσιάζει συμπεριφορές τυπικού αυτισμού.

### «Δευτερεύοντα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Δύσκαμπτη και τραχεία στάση και βάδισμα,
- Περπάτημα στις μύτες,
- Προβλήματα ύπνου,
- Τρίξιμο των δοντιών,
- Δυσκολία μάσησης,
- Επιβράδυνση στην ανάπτυξη,

- Επιληπτικές κρίσεις,
- Νοητικές αναπηρίες, και
- Δυσκολία στην αναπνοή όταν είναι ξύπνιοι, όπως:
  - ✓ Υπεραερισμό,
  - ✓ Άπνοια (κράτημα της αναπνοής), και
  - ✓ Κατάποση αέρα» (Καλογεροπούλου, 2011-2012:55).

#### ✚ Αποδιοργανωτική διαταραχή της παιδικής ηλικίας

Η συγκεκριμένη διαταραχή είναι γνωστή και ως σύνδρομο Heller, αποδιοργανωτική ψύχωση ή βρεφονηπιακή άνοια. Έπειτα από τουλάχιστον δύο χρόνια φυσιολογικής ανάπτυξης, χαρακτηριστικό των ατόμων με αυτήν την διαταραχή, είναι η έντονη παλινδρόμηση της λειτουργικότητας σε πολλαπλούς τομείς.

Η εμφάνιση κοινωνικών, επικοινωνιακών ή συμπεριφοριστικών διαταραχών παρόμοιων με του αυτισμού είναι συχνές σε άτομα με την συγκεκριμένη διαταραχή. Επιπρόσθετα, συχνή είναι και η εμφάνιση προβλημάτων στον έλεγχο της κύστης ή του εντέρου, καθώς επίσης και προβλήματα στις κινητικές δεξιότητες και στο παιχνίδι (Μάνου, 1997).

#### Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για την Αποδιοργανωτική Διαταραχή της Παιδικής Ηλικίας

A. «Προφανώς φυσιολογική ανάπτυξη για τουλάχιστον 2 χρόνια μετά τη γέννηση, όπως εκδηλώνεται με την παρουσία κατάλληλων για την ηλικία λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας, κοινωνικών σχέσεων, παιχνιδιού και προσαρμοστικής συμπεριφοράς.

B) Κλινικά σημαντική απώλεια δεξιοτήτων που είχαν προηγουμένα αποκτηθεί (πριν την ηλικία των 10 ετών) σε τουλάχιστον δύο από τους παρακάτω τομείς:

- (1) γλωσσική έκφραση ή αντίληψη
- (2) κοινωνικές δεξιότητες ή προσαρμοστική συμπεριφορά
- (3) έλεγχος του εντέρου ή της κύστης
- (4) παιχνίδι
- (5) κινητικές δεξιότητες» (Μάνου, 1997: 612)

Γ) Ανωμαλίες στη λειτουργικότητα σε τουλάχιστον δύο από τους παρακάτω τομείς:



(1) ποιοτική έκπτωση στην κοινωνική διαντίδραση

(2) ποιοτικές εκπτώσεις στην επικοινωνία

(3) «περιορισμένοι, επαναλαμβανόμενοι και στερεότυποι τύποι συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων συμπεριλαμβανομένων κινητικών στερεοτυπιών και μαννερισμών.

Δ) Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα ως κάποια άλλη συγκεκριμένη Βαριά Εκτεταμένη Αναπτυξιακή Διαταραχή ή ως Σχιζοφρένεια» (Μάνου, 1997: 612).

### Διαταραχή Asperger

Στις μέρες μας το σύνδρομο του Asperger παρουσιάζεται σε άτομα με αυτιστική διαταραχή, τα οποία έχουν κανονική ή άνω του φυσιολογικού νοημοσύνη. Χαρακτηριστικά των ατόμων με σύνδρομο Asperger αποτελούν η μοναχική ζωή που έχουν, τα γλωσσικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν καθώς και οι δυσκολίες στη μη λεκτική επικοινωνία (Μπούρας και συν., χ.χ.).

«Τα λιγοστά ενδιαφέροντά τους, που τους απορροφούν εντελώς, τους κάνουν να ξεχωρίζουν και η έλλειψη ευαισθησίας στη διάθεση των άλλων να τους πλησιάσουν κάνει τις περισσότερες απόπειρες δημιουργίας σχέσης μονόπλευρες και κουραστικές» (Μπούρας και συν., χ.χ.:145).

Οι άνθρωποι με σύνδρομο Asperger δυσκολεύονται να κατανοήσουν τις διαφορετικές σκέψεις και συναισθήματα των υπολοίπων σε σχέση με τα δικά τους, με απόρροια να επιβάλλουν αυτόματα τις δικές τους συνήθειες και τα ενδιαφέροντά τους στους άλλους (Μπούρας και συν., χ.χ.).

Να σημειωθεί ότι το σύνδρομο Asperger εμφανίζεται κάπως αργότερα από τον αυτισμό και η πορεία είναι χρόνια, τις περισσότερες φορές για ολόκληρη την ζωή. Τέλος, η διαταραχή Asperger εμφανίζεται συχνότερα στα αγόρια και η αιτιολογία από την οποία προέρχεται είναι άγνωστη (Μάνου, 1997).

### Βαριά Εκτεταμένη Διαταραχή της Ανάπτυξης Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς (Συμπεριλαμβανομένου του Άτυπου Αυτισμού)

«Η κατηγορία αυτή του DSM-IV είναι για καταστάσεις όπου υπάρχει βαριά και εκτεταμένη έκπτωση στην ανάπτυξη αμοιβαίας κοινωνικής διαντίδρασης ή λεκτικών

επικοινωνιακών δεξιοτήτων ή υπάρχουν στερεότυπη συμπεριφορά, στερεότυπα ενδιαφέροντα και στερεότυπες δραστηριότητες, αλλά δεν πληρούνται τα κριτήρια για καμιά συγκεκριμένη Βαριά Εκτεταμένη Διαταραχή της Ανάπτυξης, για Σχιζοφρένεια, για Σχιζότυπη Διαταραχή της Προσωπικότητας ή για Αποφευκτική Διαταραχή της Προσωπικότητας. Π.χ. η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει τον «άτυπο αυτισμό», μια κατάσταση που δεν πληροί τα κριτήρια για Αυτιστική Διαταραχή, επειδή αρχίζει αργότερα ή έχει άτυπη συμπτωματολογία ή έχει οριακή συμπτωματολογία ή όλα αυτά» (Μάνου, 1997:614).

#### **2.2.4. Ψυχικές Διαταραχές Οφειλόμενες σε Γενική Ιατρική Κατάσταση (Μη Ταξινομούμενες Αλλού)**

Ψυχική διαταραχή οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση ορίζεται η «παρουσία συμπτωμάτων που θεωρούνται ότι είναι φυσιολογική συνέπεια κάποιας γενικής ιατρικής κατάστασης» (Μάνου, 1997:498). Να αναφερθεί ότι η ψυχική διαταραχή οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση εμπεριέχει τρεις διαταραχές, οι οποίες δεν μπορούν να ταξινομηθούν κάπου αλλού.

1. Κατατονική Διαταραχή Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση
2. Μεταβολή της Προσωπικότητας Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση
3. Ψυχική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση.

Για τις ψυχικές διαταραχές οφειλόμενες σε γενική ιατρική κατάσταση αναφέρονται τρία βασικά διαγνωστικά χαρακτηριστικά κατά το DSM-IM. Θα πρέπει να παρουσιάζεται «από το ιστορικό, τη φυσική εξέταση ή τα εργαστηριακά ευρήματα ότι η διαταραχή είναι η άμεση φυσιολογική συνέπεια κάποιας γενικής ιατρικής κατάστασης» (Μάνου, 1997: 499). Δεν δίνεται κάποια καλύτερη εξήγηση για κάποια άλλη ψυχική διαταραχή. Τέλος, δεν παρουσιάζεται η διαταραχή την περίοδο κάποιου παραληρήματος (Μάνου, 1997).

Κατατονική διαταραχή οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση χαρακτηρίζεται η «παρουσία κατατονικών συμπτωμάτων, που θεωρούνται ότι οφείλονται σε κάποια γενική κατάσταση».

Τα διαγνωστικά κριτήρια που καταγράφονται από το DSM-IM είναι τα εξής:

- «Η παρουσία κατατονίας όπως εκδηλώνεται με κινητική ακινησία, υπερβολική κινητική δραστηριότητα, ακραίο αρνητισμό ή βωβότητα, ιδιορρυθμίες των εκούσιων κινήσεων ή ηχολαλία ή ηχοπραξία.

- Υπάρχει απόδειξη από το ιστορικό, τη φυσική εξέταση ή τα εργαστηριακά ευρήματα ότι η διαταραχή είναι φυσιολογική συνέπεια μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.
- Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα ως κάποια άλλη ψυχική διαταραχή (π.χ. Μανιακό επεισόδιο).
- Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της πορείας ενός παραληρήματος» (Μάνου, 1997: 500).

Μεταβολή της προσωπικότητας οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση χαρακτηρίζεται η διαταραχή προσωπικότητας, που παρουσιάζει αλλαγές του ατόμου σε σύγκριση με το πριν, καθώς και ότι οφείλεται σε γενική ιατρική κατάσταση. Η αλλαγές της προσωπικότητας θα μπορούσαν να είναι επιθετικότητα, απάθεια, καχυποψία κ.α.

Κατά το DSM-IM αναφέρει τα ακόλουθα διαγνωστικά κριτήρια:

- «Μια επίμονη διαταραχή προσωπικότητας της προσωπικότητας που παριστά μια μεταβολή από τον προηγούμενο χαρακτηριστικό τύπο προσωπικότητας του ατόμου
- Υπάρχει απόδειξη από το ιστορικό, τη φυσική εξέταση ή τα εργαστηριακά ευρήματα ότι η διαταραχή είναι η άμεση φυσιολογική συνέπεια κάποιας γενικής ιατρικής κατάστασης
- Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα ως κάποια άλλη ψυχική διαταραχή
- Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της πορείας ενός παραληρήματος και δεν πληροί τα κριτήρια για κάποια άνοια
- Η διαταραχή προκαλεί κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργίας» (Μάνου, 1997: 501).

Στην μεταβολή της προσωπικότητας οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση ενδείκνυται να προσδιορίσεις και το τύπο

- Ευμετάβλητος τύπος
- Τύπος χωρίς αναστολές
- Επιθετικός τύπος
- Απαθής τύπος
- Παρανοειδής τύπος

- Άλλος τύπος
- Συνδυασμένος τύπος
- Απροσδιόριστος τύπος

Στη Ψυχικές διαταραχές μη προσδιοριζόμενες αλλιώς οφειλόμενες σε γενική ιατρική κατάσταση ανήκουν όσες δεν πληρούν τα κριτήρια για κάποια άλλη Ψυχική Διαταραχή, π.χ. νόσο από HIV (Μάνου, 1997).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΝΤΑΞΗ – ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ

#### 3.1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΝΤΑΞΗΣ ΚΑΙ Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΝΤΑΞΗ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ

Η Ζώνιου-Σιδέρη (1998) στη Σπαρτάλη (2007) αναφέρει ότι, «ο όρος “ένταξη” αναφέρεται στη συστηματική τοποθέτηση ενός αντικειμένου μέσα σε ένα άλλο έτσι ώστε, κάποιος να μπορεί να θεωρήσει το πρώτο αντικείμενο ως πλήρες» (Σπαρτάλη, 2007:2).

Η έννοια της κοινωνικής ένταξης των ατόμων με νοητική υστέρηση και σύνοδες διαταραχές σχετίζεται με όλες τις ενέργειες, τις δραστηριότητες, τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις αυτών από μέρους της κοινωνίας, με σκοπό τα άτομα αυτά να είναι σε θέση να συμμετάσχουν και να συνεισφέρουν σε όλες τις πτυχές μιας κοινωνίας, που πραγματικά περιλαμβάνει ανθρώπους που πάσχουν από ψυχικές και νοητικές ασθένειες και τους οποίους η κοινωνία τους υποστηρίζει, παρεμβαίνει και δεν κάνει διακρίσεις, ούτε στιγματίζει (Abbott & McConkey, 2006).

Η κοινωνική ένταξη είναι ένας όρος με ποικίλες σημασίες. Περιλαμβάνει την κοινωνική ενσωμάτωση, τη διασφάλιση ότι τα άτομα με νοητική υστέρηση και σύνοδες διαταραχές έχουν πλήρη και δίκαιη πρόσβαση σε δραστηριότητες, κοινωνικούς ρόλους και σχέσεις όπως και οι πολίτες που δεν πάσχουν από κάποιας μορφής αναπηρία. Κατά τα τελευταία χρόνια πολλοί συγγραφείς και μελετητές έδειξαν μέσω των μελετών και των ερευνών τους πώς πρέπει να παρέχεται στήριξη και υποστήριξη στα άτομα αυτά, έτσι ώστε να αποτελέσουν ενεργό κομμάτι της κοινωνίας και όχι να παρακολουθούν απλά, επιπλέον, να ζουν στο δικό τους σπίτι και όχι σε κάποιο ξενώνα / ίδρυμα, και τέλος, να συμμετέχουν σε φιλίες και στην κοινωνική ζωή αντί να περνούν όλη τη ζωή τους εξαρτώμενοι από υπηρεσίες για την αναπηρία τους, που τους διαχωρίζουν και τους απομονώνουν (Hall, 2005).

Αν λάβουμε υπόψη τι σημαίνει στην πράξη πλήρης κοινωνική ένταξη, η ελληνική κοινωνία πρέπει να αγκαλιάσει και να συμπεριλάβει τα άτομα με αναπηρίες. Η έννοια της κοινωνικής ένταξης μας καλεί να σκεφτούμε την κοινωνική θέση και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα άτομα με αναπηρίες, τα οποία είναι σε θέση να συνεισφέρουν στο σύνολο της κοινότητας. Αυτό έρχεται σε σύγκρουση με τη σημερινή πραγματικότητα, όπου ίσως μόνο το ένα τρίτο των ανθρώπων που έχουν κάποιας μορφής αναπηρία έχουν έστω και έναν φίλο χωρίς ειδικές ανάγκες. Οι φιλίες μεταξύ των πασχόντων και των ατόμων χωρίς αναπηρία για να

αναπτυχθούν πρέπει να ξεπεράσουν ορισμένες δυσκολίες, καθώς πολλές φορές υπάρχουν εμπόδια που μοιάζουν ανυπέρβλητα στις δεξιότητες και τον τρόπο επικοινωνίας (Economidou, 2004).

Αναφερόμενοι στην κοινωνική ένταξη των νοητικά υστερούντων ατόμων θα πρέπει να αναλυθούν κάποια πρότυπα και αρχές τα οποία ρυθμίζουν την ζωή των ατόμων αυτών. Συγκεκριμένα, σχετικά με την ποιότητα ζωής, τα άτομα που πάσχουν από νοητική υστέρηση και σύννοδες διαταραχές ή οποιασδήποτε μορφής αναπηρία πρέπει να απολαμβάνουν μια καλής ποιότητας ζωή που να μη διαφοροποιείται από εκείνη των ατόμων που δεν εντάσσονται στα άτομα με ειδικές ανάγκες. Τα άτομα αυτά πρέπει να ζουν σε ένα μέρος που να το αισθάνονται σαν το σπίτι τους, όπου δε θα παραβιάζεται η προσωπική τους αξιοπρέπεια, θα υπάρχει σεβασμός των προσωπικών τους πληροφοριών και θα τηρείται πλήρης εχεμύθεια. Θα πρέπει να έχουν μια σειρά από ευκαιρίες για να κάνουν διαπροσωπικές σχέσεις, να συμμετέχουν στην κοινωνία και στις κοινωνικές υπηρεσίες και εκδηλώσεις, καθώς και στην ενίσχυση των δραστηριοτήτων, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που περιέχουν κάποιο βαθμό κινδύνου. Αυτό απαιτεί, μεταξύ άλλων, σεβασμό από τους συνανθρώπους που απαρτίζουν την κοινωνία μέσα στην οποία το άτομο ζει και δραστηριοποιείται, της προσωπικότητάς τους, της αξιοπρέπειας τους και προάσπιση της ιδιωτικής ζωής τους, στοιχεία απαραίτητα για τις προσδοκίες και τις ανάγκες τους (Eurobarometer, 2010).

Ακολούθως, όσον αφορά στην ασφάλεια, τα άτομα που πάσχουν από νοητική υστέρηση και σύννοδες διαταραχές ή οποιασδήποτε μορφής αναπηρία πρέπει να είναι ασφαλή. Τα άτομα δεν πρέπει να υπόκεινται σε οποιαδήποτε μορφή κακοποίησης, παραμέλησης, εκμετάλλευσης, εκφοβισμού, εκβιασμού ή παρενόχλησης. Επιπλέον, τα άτομα πρέπει να έχουν την αίσθηση της ασφάλειας, της εμπιστοσύνης και την σιγουριά ότι δε θα υπονομευθεί η προσωπική τους βούληση, κριτική, και γνώμη (Ministry of Labour and Social Security, 2002).

Στη συνέχεια, σχετικά με τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία, τα οποία θα πρέπει να υποστηρίζονται και να προωθούνται. Η Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία (2007) είναι η πρώτη σύμβαση ανθρωπίνων δικαιωμάτων, που έχει δεσμευτικό χαρακτήρα από νομικής απόψεως, και απευθύνεται αποκλειστικά στα άτομα με αναπηρία. Η Σύμβαση για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρίες καταγράφει τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν από την πολιτεία έτσι ώστε οι άνθρωποι αυτοί να απολαμβάνουν πλήρως και ισότιμα τα ίδια δικαιώματα με όλους τους άλλους ανθρώπους, δηλαδή το δικαίωμα στην ζωή, στην πληροφόρηση, στην ελευθερία και την ασφάλεια, στον σεβασμό της ιδιωτικής ζωής, της κατοικίας και της οικογένειας κ.α. Σύμφωνα με αυτή τα όργανα του κράτους πρέπει να εκτελούν τα καθήκοντά τους κατά τρόπο συμβατό με τις υποχρεώσεις του κράτους που απορρέουν από τις

Διατάξεις της Σύμβασης. Κατά συνέπεια οι κανόνες αποσκοπούν στη διασφάλιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Η Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών έρχεται να ανατρέψει τα απαρχαιωμένα κατεστημένα και να δώσει ώθηση στους ανθρώπους με ειδικές ανάγκες. Παλαιότερα τα άτομα με αναπηρίες δε μπορούσαν να έχουν την ελευθερία της γνώμης τους, ούτε να πάρουν αποφάσεις για τον εαυτό τους και τη ζωή τους. Κάποιος άλλος έπρεπε να αποφασίζει γι' αυτούς, συνήθως κάποιος κηδεμόνας, πολλές φορές χωρίς καν τη συγκατάθεσή τους. Όμως με το κείμενο της παρούσας σύμβασης τα πράγματα αλλάζουν ριζικά αφού επιτρέπουν στα άτομα να πάρουν τον έλεγχο της ζωής τους στα χέρια τους. Στα ατομικά δικαιώματα που καθορίζονται από τη Σύμβαση περιλαμβάνονται επίσης: το δικαίωμα της ίσης μεταχείρισης όσον αφορά την κατανομή των υπηρεσιών και των στηριγμάτων προς τα άτομα αυτά, το δικαίωμα άρνησης μιας υπηρεσίας ή παροχής και το δικαίωμα της ανεξαρτησίας. Η Σύμβαση έρχεται να εξασφαλίσει ότι τα άτομα δεν θα χάνουν τα δικαιώματά τους ακόμα και αν εισαχθούν σε κάποιο ιατρικό κέντρο για παρακολούθηση ή θεραπεία (Merakou, 2001).

Επιπρόσθετα, το κομμάτι που αφορά στην καταπολέμηση των διακρίσεων καθώς τα άτομα με αναπηρία δεν πρέπει να υφίστανται διακρίσεις. Η αρχή αυτή επίσης, απορρέει από τη Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία (2007). Αυτή απαιτεί να λαμβάνονται όλα τα εύλογα μέτρα για την εξασφάλιση της μη ύπαρξης διακρίσεων και την ισότιμη παροχή υπηρεσιών όπως είναι η υγεία και η εκπαίδευση. Ενώ οι επαγγελματίες των προαναφερόμενων υπηρεσιών δεν μπορούν πάντα να έχουν τον πλήρη έλεγχο αυτών των θεμάτων μπορούν να βοηθήσουν τα άτομα να διεκδικήσουν τα δικαιώματά τους, όπως για παράδειγμα, την εξασφάλιση της πρόσβασης σε υπηρεσίες υποστήριξης. Επιπρόσθετα η Σύμβαση αναφέρει ότι δεν θα πρέπει να υπάρχει καμία διάκριση κατά των ατόμων με αναπηρίες σε σχέση με το γάμο, τη μητρότητα και τις σχέσεις (Kyriopoulos, Gregory, & Economou, 2003).

Στη συνέχεια, μιλώντας για πρότυπα και αρχές που διέπουν την ζωή των νοητικά υστερούντων ατόμων γίνεται αναφορά και στην πρόσωπο-κεντρικότητα (Person-centredness). Σύμφωνα με τον συγκεκριμένο ορισμό, τα άτομα με αναπηρία θα πρέπει να υποστηριχθούν για να ζήσουν την ζωή που θα επιλέξουν τα ίδια. Η έννοια της πρόσωπο-κεντρικότητας αναφέρεται στη διαδικασία παροχής της σωστής στήριξης, στο σωστό χρόνο, για να μπορέσει το άτομο να ζήσει τη ζωή του / της ως ισότιμος πολίτης. Η πρόσωπο-κεντρική προσέγγιση όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών είναι εκείνη, όπου οι υπηρεσίες σχεδιάζονται και παρέχονται με την ενεργό συμμετοχή του ατόμου και αναπτύσσονται γύρω από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του. Η έννοια του ατομικού προγράμματος έχει ως στόχο να διασφαλίσει ότι η συγκεκριμένη υπηρεσία που παρέχεται σε κάθε άτομο με αναπηρίες σχετίζεται με τους στόχους και τις ανάγκες του. Οι όροι «υποστήριξη» και «υπηρεσίες υποστήριξης», για παράδειγμα, προτιμώνται σε σχέση με τους όρους «φροντίδα» και «πρακτικές φροντίδας». Σε περίπτωση που ορισμένα άτομα έχουν

δυσκολίες στην επικοινωνία, στην έκφραση και συνειδητοποίηση των επιθυμιών τους ή τη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων, τα πρότυπα ορίζουν την υποχρέωση, όσων παρέχουν υπηρεσίες υποστήριξης, να εργαστούν στενά με εκπρόσωπο του ατόμου. Αυτό το άτομο σε πολλές περιπτώσεις είναι ένα μέλος της οικογένειας ή μπορεί επίσης να είναι ένας φίλος, ή ανεξάρτητος εισαγγελέας, ή κηδεμόνας ή νομικός σύμβουλος. Ο εκπρόσωπος του ατόμου πρέπει να καταβάλει κάθε δυνατή προσπάθεια για να πληροφορηθεί τις επιθυμίες του ατόμου και σε όλες τις περιπτώσεις να ενεργεί για το συμφέρον του ατόμου που πάσχει (Garanis-Papadatos & Dalla-Vorgia, 2003).

Τέλος, όσον αφορά στην κοινωνική ολοκλήρωση, οι υπηρεσίες για τα άτομα με ειδικές ανάγκες θα πρέπει να προωθούν την ενσωμάτωση τόσο στην ευρύτερη κοινότητα όσο και στην κοινωνία. Σε διεθνές επίπεδο, υπάρχει μια αυξανόμενη αναγνώριση που μετατραπεί τις θεσμικές ρυθμίσεις περί νοσοκομειακού τύπου φροντίδας σε οικιακές υπηρεσίες μακράς διαμονής για τα άτομα με ειδικές ανάγκες, ή υπηρεσίες μικρής κλίμακας ανάλογα με την περίπτωση κάθε φορά. Αυτό έχει εν μέρει να κάνει με τη φύση των υπηρεσιών και εν μέρει με την ένταξη των ατόμων στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο και τις δυνατότητες που η ένταξη παρέχει για τα άτομα με ειδικές ανάγκες (Daniilidou, 2003).

### **3.1.1. Τομέας της Υγείας και Νοητική Υστέρηση**

Όσον αφορά στον τομέα της υγείας, δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι το ευρύ κοινό έχει χάσει την εμπιστοσύνη του στην δημόσια υγειονομική περίθαλψη, καθώς την τελευταία δεκαετία οι μεταρρυθμίσεις που έχουν γίνει στον κλάδο της υγείας έχουν ως αποτέλεσμα την μετατόπιση της ζήτησης από τα δημόσια νοσοκομεία και κέντρα νοητικής και ψυχικής υγείας σε ιδιωτικά, μιας και ο δημόσιος τομέας της υγείας μαστίζεται από κακό προγραμματισμό, άνιση κατανομή υγειονομικών πόρων και παροχών και έλλειψη ή έκλειψη των μέχρι τώρα παρεχομένων υπηρεσιών. Για να αλλάξει η κατάσταση αυτή απαιτείται σωστή προσέγγιση από τη πλευρά της πολιτείας. Χρειάζεται καλύτερος σχεδιασμός, περισσότεροι πόροι, ευκολότερη πρόσβαση στις υπηρεσίες και καλύτερες συνδέσεις του ιατροφαρμακευτικού συστήματος με άλλες υπηρεσίες που θεωρούνται απαραίτητες (Ασημόπουλος, 2006).

Μελέτες που έγιναν τα τελευταία χρόνια φανερώνουν ότι αν στους ανθρώπους, που πάσχουν από νοητική υστέρηση και σύννοδες διαταραχές, παρέχεται μέσω των προγραμμάτων και των ιατρικών συστημάτων της πολιτείας καλά σχεδιασμένη και ολοκληρωμένη υποστήριξη, τότε εκείνοι έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής, βελτιώνεται το επίπεδο λειτουργιών τους, έχουν περισσότερες κοινωνικές επαφές και έχουν λιγότερες υποτροπές στην κατάσταση της υγείας τους (Watt, 2006).



Οι άνθρωποι που πάσχουν από νοητική υστέρηση και σύνοδες διαταραχές πρέπει να έχουν την ευκαιρία όχι μόνο να είναι ασθενείς, αλλά παράλληλα και άτομα που αντιμετωπίζουν και εκείνα ανάγκες. Η συμμετοχή τους στην κοινωνία και τις δομές της βελτιώνει την ψυχική τους υγεία, το αίσθημα αυτοδιάθεσής τους, τη χρησιμότητα και την ενεργό συμμετοχή τους γενικότερα. Σε ένα ευρύτερο κοινωνικό επίπεδο, μειώνει τις διακρίσεις και το στιγματισμό, στοιχεία που είναι απαραίτητα για την επίτευξη και διατήρηση της καλής ψυχικής τους υγείας (Morden, Mistler, Weeks, & Bartels, 2009).

Ένας άλλος όρος που προκύπτει μιλώντας για το σύστημα υγείας είναι αυτός της αποασυλοποίησης, η οποία έχει ισχυρή δυναμική σε διεθνές επίπεδο και οι επιστήμονες θεωρούν ότι απαιτείται υποστήριξη της κοινοτικής φροντίδας που συμπληρώνεται από νοσοκομειακές παροχές για οξεία φροντίδα. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, για παράδειγμα, προτείνει τη μετατόπιση της πρόνοιας μακριά από ψυχιατρικά νοσοκομεία και κέντρα φροντίδας ασθενών με νοητική υστέρηση και προωθεί την ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών υγείας, που απευθύνονται στα άτομα αυτά, και ενσωμάτωση των υπηρεσιών αυτών στη γενική φροντίδα υγείας (Εκθεση για την Παγκόσμια Υγεία, 2001). Αυτό πρακτικά σημαίνει την ύπαρξη ενός δικτύου υπηρεσιών της κοινότητας για την αντιμετώπιση των αναγκών του κάθε ατόμου ξεχωριστά, οι οποίες όπως είναι φυσικό και αυτονόητο διαφέρουν σημαντικά. Οι υπηρεσίες αυτές αφορούν σε:

- υποστήριξη των οικιακών υπηρεσιών,
- οργανισμούς επαγγελματικής αποκατάστασης,
- κοινοτικά κέντρα παροχής κοινωνικών και ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων και την σύνδεση/επαφή των ανθρώπων με άλλες υπηρεσίες ξεκούρασης αλλά και
- την υποστήριξη των φροντιστών, στο κομμάτι της ενημέρωσης, της εκπαίδευσης και της ψυχολογικής υποστήριξης (Λιάκος, 2003).

Ενισχύοντας την υποστήριξη του κάθε ατόμου και προλαμβάνοντας την υποτροπή οφελείται τόσο το ίδιο το άτομο όσο και η οικογένεια, οι φίλοι και το σύνολο της κοινότητας. Έτσι, η εμπιστοσύνη δεν φθείρεται, εμποδίζεται η ανάπτυξη της αναπηρίας και αυξάνεται η παραγωγικότητα και η πολιτιστική και οικονομική ζωή του κοινωνικού συνόλου (Thornicroft, 2001).

### **3.1.2. Τομέας της Εκπαίδευσης και Νοητική Υστέρηση**

Ο Κόμπος (1992) στη Σπαρτάλη (2007) αναφέρει ότι, η “ένταξη” στον τομέα της εκπαίδευσης, είναι « η εγγραφή και η κανονική φοίτηση των παιδιών με αναπηρίες (παιδιών με νοητική καθυστέρηση ή με σωματικές αναπηρίες ή προβλήματα συμπεριφοράς), μέσα στις κανονικές τάξεις του συνηθισμένου σχολείου. Νοείται ότι τα παιδιά αυτά θα συμμετέχουν στην εργασία που γίνεται στις τάξεις στο βαθμό που τους επιτρέπουν οι ικανότητές τους και θα βοηθούνται με εξατομικευμένη εργασία από δάσκαλο της ειδικής αγωγής» (Σπαρτάλη, 2007:2).

Με βάση το Κέντρο Σπουδών Συμπεριληπτικής Εκπαίδευσης (CSIE, 1999) η φιλοσοφία της ένταξης βασίζεται σε κάποιες αρχές. Σύμφωνα με αυτές τις αρχές, όλα τα παιδιά έχουν δικαίωμα στην εκπαίδευση. Επιπλέον, τα παιδιά δεν πρέπει να διαχωρίζονται ή να κατηγοριοποιούνται με το να εξαιρούνται, λόγω της αναπηρίας τους, από τις εκπαιδευτικές διαδικασίες. Το τέλος αυτού του διαχωρισμού απαιτείται από ενήλικες με αναπηρίες που έτυχαν ειδικής εκπαίδευσης. Ακόμα, δεν υφίστανται νόμιμοι λόγοι για τον διαχωρισμό των παιδιών στον εκπαιδευτικό τομέα. Επιπρόσθετα, έρευνες έχουν δείξει ότι όλα τα παιδιά λειτουργούν καλύτερα ακαδημαϊκά και κοινωνικά σε χώρους ένταξης. Άλλη αρχή είναι ότι δεν υπάρχει κάποια ιδιαίτερη διδασκαλία σε ένα ειδικό σχολείο που να μην μπορεί να γίνει σε ένα γενικό σχολείο. Ακόμα, τα παιδιά μαθαίνουν να γίνονται επιφυλακτικά, αδαή λόγω του διαχωρισμού, ο οποίος καλλιεργεί προκαταλήψεις. Επιπλέον, όλα τα παιδιά χρειάζονται μια εκπαίδευση που θα τα βοηθήσει να αναπτύξουν σχέσεις με τους συναθρώπους τους και θα τα προετοιμάσει για την ένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο. Τέλος, μόνο η εκπαιδευτική ένταξη προσφέρει την προοπτική να μειωθεί ο φόβος και η άγνοια προς τις αναπηρίες και να χτιστεί ο σεβασμός, η κατανόηση και η φιλία προς τα συγκεκριμένα άτομα (Σπαρτάλη, 2007).

### **3.1.3. Επαγγελματική εκπαίδευση και Νοητική Υστέρηση**

Ένα από τα βασικά δικαιώματα των ατόμων με νοητική υστέρηση, το οποίο είναι και πολύ σημαντικό γι’ αυτά τα άτομα αποτελεί η εργασία. Μέσα από την εργασία δίνεται η δυνατότητα στα άτομα αυτά να έχουν πρόσβαση σε κοινωνικά, πολιτισμικά ή καταναλωτικά αγαθά, ενώ ταυτόχρονα αποκτούν αυτοεκτίμηση και αυτοσεβασμό και αποτελεί ένα μέσο αυτονομίας. Ταυτόχρονα, η εργασία συμβάλλει στην αξιοποίηση των υπολειμματικών δεξιοτήτων και ικανοτήτων των νοητικά υστερούντων ατόμων και γι’ αυτό έχει θεραπευτική αξία. Βασικό κομμάτι του αναλυτικού προγράμματος ολόκληρης της εκπαίδευσης των ατόμων με νοητική υστέρηση, θα πρέπει να αποτελεί η επαγγελματική τους εκπαίδευση (Χαρίτου, 2007).

Η Χαρίτου αναφέρεται στην Πολυχρονοπούλου (1996), η οποία αναλύει το πρόγραμμα της εκπαίδευσης των ατόμων με νοητική υστέρηση, το οποίο σύμφωνα με την ίδια περιλαμβάνει τα εξής:

1) επαγγελματική εκπαίδευση

2) ειδικοί τομείς επαγγελματικής εκπαίδευσης, οι οποίοι περιλαμβάνουν την αυτονομία, η οποία αφορά σε δεξιότητες προκειμένου τα άτομα να μπορούν να φροντίζουν τον εαυτό τους. Επιπλέον, τις κοινωνικές δεξιότητες, οι οποίες θα βοηθούν στην συμμετοχή των ατόμων σε ομαδικές δραστηριότητες. Στις τεχνικές επαγγελματικές δεξιότητες, στις πρακτικές σχολικές γνώσεις και τέλος, στον προγραμματισμό του ελεύθερου χρόνου (Χαρίτου, 2007).

Τα έξι στάδια που περιλαμβάνει ένα πρόγραμμα επαγγελματικής εκπαίδευσης των νοητικά υστερούντων ατόμων σύμφωνα με την Πολυχρονοπούλου (1996) είναι αρχικά η εκτίμηση της ζήτησης επαγγελμάτων στην αγορά εργασίας. Στη συνέχεια, η αρχική αξιολόγηση της ύπαρξης τόσο ικανοτήτων όσο και ανεπαρκειών στα άτομα. Ακόλουθο στάδιο αποτελεί ο επαγγελματικός προσανατολισμός και έπειτα η εκπαίδευση σε ένα επάγγελμα. Τα δυο τελευταία στάδια αποτελούν η επαγγελματική τοποθέτηση μετά τη λήξη των σπουδών και τέλος, η συμβουλευτική και η υποστήριξη, έπειτα από την επαγγελματική τοποθέτηση (Χαρίτου, 2007).

#### **3.1.4. Κοινωνία και Νοητική Υστέρηση**

«Η κοινωνική προσαρμογή ενός ατόμου με νοητική καθυστέρηση σε μια δεδομένη στιγμή καθορίζεται από πολλαπλούς, μεταβαλλόμενους ατομικούς, οικογενειακούς, ομαδικούς, περιβαλλοντικούς και κοινωνικούς παράγοντες, καθώς και παράγοντες σχετιζόμενους με την υπηρεσία που συνεργάζονται» (Μπούρας και συν., χ.χ.:13).

«Η έννοια της «αναπηρίας» επισημαίνει ότι το άτομο με μειονεξίες και αδυναμίες μπορεί να βιώσει κοινωνικά μειονεκτήματα καθώς και μειονεκτήματα σχετιζόμενα με την υγεία του, στην προσπάθειά του να εκπληρώσει συνήθεις κοινωνικούς ρόλους. Το 1976, ο Nirje, πρωτοπόρος της ομαλοποίησης, περιέγραψε τρία «φορτία» που επιβαρύνουν τα άτομα με νοητική καθυστέρηση (Russell, 1985):

1. έλλειψη δεξιοτήτων προσαρμογής στο πλαίσιο της εργασίας και στις κοινωνικές απαιτήσεις των άλλων,

2. έλλειψη πηγών στην κοινωνία, που να δίνουν ευκαιρίες για την επίτευξη των δυνατοτήτων τους και επιπροσθέτως, κοινωνικές στάσεις όσον αφορά τις αναπηρίες, οι οποίες ενθαρρύνουν την απόρριψη, το διαχωρισμό και την απομόνωση,

3. συνειδητοποίηση του γεγονότος ότι κάποιος είναι «ανάπηρος» και επακόλουθες στρεβλώσεις σε σχέση με την ιδέα του εαυτού και την αυτοεκτίμηση» (Μπούρας και συν., χ.χ.:13).

Ο Nirje θεώρησε ότι ομαλοποίηση σημαίνει ότι:

Τα μοντέλα ζωής και οι συνθήκες της καθημερινής διαβίωσης, οι οποίες είναι όσο το δυνατόν πιο κοντά στις κανονικές συνθήκες και στον τρόπο ζωής της κοινωνίας, θα πρέπει να είναι διαθέσιμες σε όλα τα άτομα με νοητική καθυστέρηση. Για παράδειγμα, οι συνθήκες ζωής των ατόμων αυτών να είναι όσο το δυνατόν πιο φυσιολογικές και να είναι σεβαστά η λαμβανόμενη και απαιτούμενη εκπαίδευση, ο βαθμός και οι επιλογές της αναπηρίας των ατόμων, η επιτευχθείσα κοινωνική ικανότητα και τέλος η ωριμότητα (Μπούρας και συν., χ.χ.).

Σύμφωνα με την θεωρία της ομαλοποίησης, τα νοητικά υστερούντα άτομα έχουν δικαίωμα πρόσβασης σε υπηρεσίες καλής ποιότητας καθώς είναι ισότιμα και εκτιμώμενα μέλη της κοινωνίας. Παρόλο όμως που κάποιες ερμηνείες της ομαλοποίησης είναι ενθαρρυντικές στο να αντιμετωπίζονται τα νοητικά υστερούντα άτομα ως «φυσιολογικά», είναι σαφές όμως ότι τόσο οι αναπηρίες όσο και η έλλειψη δεξιοτήτων διαφοροποιούν τα άτομα αυτά απ' τον μέσο πολίτη, καθώς είναι άτομα τα οποία χρήζουν περισσότερης υποστήριξης και από τις συνήθειες και από τις υπηρεσίες οι οποίες είναι πιο εξειδικευμένες (Μπούρας και συν., χ.χ.). Ο Μπούρας και συν. (χ.χ.:14) αναφέρουν στο εγχειρίδιό τους ότι, «ανεξάρτητα από τους όποιους χαρακτηρισμούς για τα άτομα με νοητική καθυστέρηση, η επώδυνη πραγματικότητα των διαφορών τους, η στιγματισμένη ταυτόχρονα και η δυνητική κοινωνική απομόνωσή τους μπορούν να βελτιωθούν μόνο μερικώς. Οι κοινωνικοί μηχανισμοί αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν μπορεί να περιλαμβάνουν προσπάθειες να φαίνονται φυσιολογικοί, δυσφήμιση και απόρριψη ανάπηρων συνομηλίκων τους, υπερεξάρτηση ή ρεαλιστική αποδοχή των προσόντων και των αναπηριών τους (Szives & Griffiths, 1992). Η ομαλοποίηση πρέπει να είναι η ευρεία κατευθυντήρια θεωρία για το σχεδιασμό, την παροχή και την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών για τα άτομα με νοητική καθυστέρηση. Το προσωπικό και το περιβάλλον των υπηρεσιών πρέπει να διασφαλίζουν στους χρήστες τους την επίτευξη κοινωνικής παρουσίας και συμμετοχής, την ανάπτυξη δεξιοτήτων, τη δυνατότητα επιλογών, την άσκηση αυτονομίας και το σεβασμό (O'Brien, 1986). Επιπροσθέτως, όμως, τα άτομα με νοητική καθυστέρηση πρέπει να υποστηρίζονται για την επίτευξη ρεαλιστικής αυτοαποδοχής (Szives & Griffiths, 1992)».

Θα πρέπει λοιπόν, να διασφαλίζεται από τα εξατομικευμένα πακέτα υπηρεσιών ότι το περιβάλλον δεν θα είναι ούτε απαιτητικό σε υπερβολικό βαθμό ούτε υπερπροστατευτικό. Το προσωπικό, ενδεχομένως, θα έπρεπε να προσαρμόζει το επίπεδο υποστήριξης για τις ανάγκες

των ατόμων και θα πρέπει να επιτρέπει να αναπτύσσονται οι δεξιότητες και να αναλαμβάνονται ρίσκα όσον αφορά στην επίτευξη της ανεξαρτησίας, στο να ελαττώνεται η ευαλωτότητα και να αυξάνεται η κοινωνική προσαρμογή (Μπούρας και συν., χ.χ.).

### **3.2. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ**

Δεν είναι η διάγνωση της αναπηρίας που οδηγεί σε στιγματισμό και κατά συνέπεια στον κοινωνικό αποκλεισμό τις περισσότερες φορές. Μάλλον είναι η εκδήλωση της κοινωνικής άγνοιας και ο φόβος που παράγουν τέτοιου είδους ανεπιθύμητα αποτελέσματα. Φαινόμενα όπως ο στιγματισμός και ο κοινωνικός αποκλεισμός τροφοδοτούνται από το άγχος, την ανασφάλεια και τις προκατειλημμένες κοινότητες που δεν ανέχονται τη διαφορετικότητα. Οι συνέπειες της αναπηρίας, συμπεριλαμβανομένων και των διακρίσεων και του στιγματισμού, μπορεί να είναι εξίσου εξουθενωτικές (ή ακόμα και περισσότερο) από ότι η ίδια η ασθένεια (Sanderson, Jones, & Brown, 2002).

Ο στιγματισμός και οι κοινωνικές διακρίσεις, όπως προαναφέρθηκε, άμεσα οδηγούν σε ενίσχυση του κοινωνικού αποκλεισμού, τόσο σε ατομικό όσο και σε συστημικό επίπεδο. Σε μια πρόσφατη μελέτη που έγινε οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι πάνω από το ένα τρίτο των εργοδοτών θεωρεί ότι τα άτομα με αναπηρίες μπορεί να επιδείξουν βίαιη συμπεριφορά κατά την ώρα εργασίας τους. Οι Frost, Carr, και Halpin (2002), καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η απροθυμία των εργοδοτών να προσλάβουν άτομα που είναι γνωστό ότι έχουν κάποια μορφή αναπηρία πιθανόν οφείλεται στην έλλειψη κατανόησης, ενώ οι Graffam, Smith, και Hardcastle (2005), υποδεικνύουν σε διάφορες μελέτες τους ότι οι προηγούμενες θετικές εργασιακές εμπειρίες των εργοδοτών ωθούν τους εργοδότες θετικά στην πρόσληψη ατόμων με ειδικές ανάγκες. Με άλλα λόγια, όταν οι προκαταλήψεις και τα στερεότυπα διαλυθούν, με την απόφαση της πρόσληψης ενός ατόμου με αναπηρίες, τέτοιου είδους συμπεριφορές αλλάζουν. Όταν πραγματοποιηθεί η αλλαγή στη συμπεριφορά επέρχεται η κοινωνική ένταξη, η οποία οδηγεί σε περαιτέρω αλλαγή στάσεων, και ούτω καθεξής (Frost, Carr, & Halpin, 2002, Graffam, Smith, & Hardcastle, 2005).

Η καταπολέμηση των αρνητικών στερεοτύπων και στάσεων παραμένει μια από τις πιο κρίσιμες πτυχές εξέλιξης της ψυχικής, νοητικής και σωματικής υγείας για όλους τους ανθρώπους που πάσχουν από αναπηρίες. Η ομαλή ένταξη και η κοινωνική συμμετοχή των ανθρώπων που έχουν νοητική υστέρηση και σύνοδες διαταραχές θα βοηθήσει σε αυτή τη διαδικασία και οι πάσχοντες οι ίδιοι θα βοηθηθούν και θα ωφεληθούν από αυτό (Corrigan, 2006).

### 3.3. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

Οι κοινωνικές σχέσεις και η κοινωνική υποστήριξη των ατόμων με νοητική υστέρηση και σύννοδες διαταραχές είναι σημαντικές για την καλή ψυχική τους υγεία και η συμμετοχή τους στα κοινά προωθεί την απόκτηση των δυνάμεών τους και μειώνει την πιθανότητα υποτροπής. Οι κοινωνικές σχέσεις περιλαμβάνουν τη συνεργασία με φίλους, τη διατήρηση της απασχόλησης, την οικονομική τους ευημερία, την εκπαίδευσή τους, την τέχνη, τα χόμπι, τη σωματική άσκηση, την αναψυχή, τη διασκέδαση, και άλλες δραστηριότητες. Υπάρχει όμως μικρή προοπτική πρόσβασης στην αγορά εργασίας ή τις δραστηριότητες της κοινότητας από ανθρώπους των οποίων το θέμα της στέγασης παραμένει άλυτο ζήτημα, των ατόμων που αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα και τα οποία αισθάνονται απομονωμένα από το στιγματισμό και τις διακρίσεις (είτε αυτές ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα είτε αποτελούν φοβίες και ψυχώσεις όσων πάσχουν από τέτοιου είδους αναπηρίες) (Daniilidou, 2003).

Τα άτομα με νοητική υστέρηση και σύννοδες διαταραχές είναι πιο πιθανό να έχουν μικρότερη κοινωνική δικτύωση (από 5 έως 13 άτομα) από ότι τα μη νοητικά υστερούντα άτομα (25 άτομα και πάνω), και η δικτύωσή τους τείνει να μειώνεται καθώς η κατάσταση της υγείας τους τείνει να χειροτερεύει. Μια σειρά από μελέτες έχουν επιβεβαιώσει τη σχέση ανάμεσα στην κοινωνική ένταξη και την εξέλιξη (επιδείνωση ή καλύτερευση) της υγείας τους. Σύμφωνα με αυτές το οικογενειακό περιβάλλον αποτελεί την πιο κοινή πηγή βοήθειας. Άλλες μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι φίλοι (όπως υποστηρίζουν τα νοητικά υστερούντα άτομα) αποτελούν τον πιο σημαντικό παράγοντα που συμβάλλει στη βελτίωση της ψυχικής, νοητικής και σωματικής τους κατάστασης (Jaeger & Bowman, 2005).

Η επιδείνωση της ψυχικής κατάστασης μπορεί επίσης να έχει καταστροφικές συνέπειες στην εύρυθμη λειτουργία του οργανισμού των νοητικά υστερούντων ατόμων, καθώς μπορεί να συμβάλλει στην αύξηση του επιπέδου της αναπηρίας. Η έννοια της εύρυθμης λειτουργίας περιλαμβάνει τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, τη διατήρηση της υγιεινής, τη φροντίδα του ζωτικού χώρου ενός ατόμου. Με άλλα λόγια, τις βασικές δεξιότητες που απαιτούνται για την ζωή του (Thornicroft, 2006).

Ενώ είναι σαφές πως η μείωση των συμπτωμάτων είναι αναγκαία για τη βελτίωση της κοινωνικής ζωής των νοητικά υστερούντων ατόμων, αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο ότι πολλοί άνθρωποι χρειάζονται βοήθεια για να χτίσουν την ικανότητά τους για εύρυθμη λειτουργία, αν και η βελτίωση της εύρυθμης λειτουργίας δε συνεπάγεται ταυτόχρονα και μείωση των συμπτωμάτων. Αυτή μπορεί να απαιτεί και την υποστήριξη από έναν αριθμό διαφορετικών ειδών οργανισμών (Leff & Warner, 2006).

Ο κεντρικός ρόλος της εύρυθμης λειτουργίας της κοινωνίας όσον αφορά τη βελτίωση των συμπτωμάτων της αναπηρίας μπορεί να κάνει τη διαδικασία της ανάπτυξης αρκετά περίπλοκη, καθώς θα πρέπει να προσδιοριστούν οι ανάγκες κάθε ατόμου, συμπεριλαμβανομένων τόσο των ιατρικών όσο και κοινωνικών. Χρήσιμος θα ήταν ο προσδιορισμός διαφορετικών τρόπων σκέψης σχετικά με την ένταξη των ατόμων με αναπηρίες στην κοινωνία και πώς μπορεί αυτό να γίνει. Έτσι θα πρέπει να εφαρμόζονται τα παρακάτω για το άτομο που πάσχει από νοητική υστέρηση και σύννοδες διαταραχές:

α) να έχει πρόσβαση σε πληροφορίες και να μπορεί να αποφασίζει μόνο του για τον εαυτό του,

β) να μπορεί να φροντίζει για το βιοτικό του επίπεδο, την υγεία του, τις ευκαιρίες εξάσκησης των δεξιοτήτων του και να ζει σε ασφαλές περιβάλλον,

γ) να φροντίζει για τις σχέσεις του με τους άλλους αντικαθιστώντας την εξάρτηση του από το σύστημα υγείας (Everson & Zhang, 2000).

### **3.3.1. Ο ρόλος των γονέων παιδιών με Νοητική Υστέρηση**

Τα τελευταία χρόνια οι έρευνες επικεντρώνονται σε μια συγκεκριμένη μελέτη. Η μελέτη αυτή αφορά στους παράγοντες που ασκούν επιρροή στην αποτελεσματικότητα των γονέων στο να αντιμετωπίσουν τις αυξημένες απαιτήσεις που δημιουργείται από το ότι υπάρχει στην οικογένεια παιδί με νοητική καθυστέρηση (Crnic et al., 1983). «Έχει διαπιστωθεί λοιπόν, ότι δύο σημαντικοί παράγοντες που βοηθούν τους γονείς να χειρίζονται πιο αποτελεσματικά τις απαιτήσεις αυτές είναι η καλή οικονομική κατάσταση (Farber, 1970) και οι καλές μεταξύ τους σχέσεις (Beckman, 1983)» (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006:308).

Οι παράγοντες που διευκολύνουν τις μητέρες διαφέρουν απ' αυτές που διευκολύνουν τους πατέρες. Από την μία πλευρά οι μητέρες αναζητούν περισσότερο συναισθηματική και κοινωνική υποστήριξη όσον αφορά στην ανατροφή του παιδιού τους, ενώ απ' την άλλη οι πατέρες ανησυχούν πιο πολύ για την επιβάρυνση που αφορά στα οικονομικά που προκύπτουν στην οικογένεια από την ύπαρξη σ' αυτήν παιδιού με νοητική υστέρηση (Bailey et al., 1992). Επιπλέον, βασική ανησυχία των μητέρων είναι οι επιπτώσεις που θα έχει στην προσωπική του ζωή το παιδί με νοητική υστέρηση. Αντίθετα, η ανησυχία των πατέρων αφορά περισσότερο στο κατά πόσο και αν θα καταφέρει το ίδιο το παιδί να αναπτύξει μια θετική σχέση (Frey et al., 1989). «Με βάση αυτά τα δεδομένα έχουν αναπτυχθεί νέα μοντέλα κατανόησης της δυναμικής που αναπτύσσεται ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας ενός παιδιού με νοητική υστέρηση. Ένα από τα πιο διαδεδομένα είναι το μοντέλο που είναι γνωστό ως “Διπλό ABCX” (Minnes, 1988).

Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, η ιδιαίτερη κατάσταση της ανατροφής ενός παιδιού με νοητική υστέρηση (η οποία συμβολίζεται με το γράμμα X) διαμορφώνεται ανάλογα με την αλληλεπίδραση των ατομικών χαρακτηριστικών του παιδιού (A), των εσωτερικών και εξωτερικών πόρων της οικογένειας (B) και των αντιλήψεων της οικογένειας για το παιδί (C). Όμως όλα αυτά τα στοιχεία δεν είναι στατικά αλλά υπόκεινται σε αλλαγές. Η αλλαγή οποιουδήποτε από αυτά τα τρία στοιχεία μπορεί να επιφέρει αλλαγές και στα υπόλοιπα. Η δυναμικότητα των τριών αυτών στοιχείων δηλώνεται με τη λέξη «Διπλό» στο όνομα του μοντέλου» (Κάκουρος &Μανιαδάκη, 2006:308).

### **3.3.2. Σεξουαλικές σχέσεις ατόμων με Νοητική Υστέρηση**

Τα νοητικά υστερούντα άτομα δεν διαφέρουν από τα υπόλοιπα άτομα της κοινωνίας και γι' αυτό θα πρέπει να γίνονται αποδεκτά ως άτομα που έχουν την ίδια ικανότητα για αγάπη. Η μοναξιά και η απομόνωση είναι απόρροια της έλλειψης ευκαιριών για σχέσεις αγάπης. «Υπάρχει ανάγκη αναγνώρισης της σημασίας και της πολύπλοκης φύσης των ανθρωπίνων σχέσεων, αγνοώντας αυτή την ανάγκη, ενδεχομένως να αγνοούμε πτυχές της ολότητας του ατόμου. Τα άτομα πρέπει να έχουν σεξουαλικά αισθήματα και σεξουαλικές σχέσεις. Βεβαίως, αυτό γίνεται στα πλαίσια της νομιμότητας και μεταξύ ενηλίκων που συμφωνούν. Σε καμία περίπτωση δεν υποστηρίζουμε την παράνομη σεξουαλική δραστηριότητα, όπως περιπτώσεις εμπλοκής ανηλίκων ή κακοποίησης στο πλαίσιο των σεξουαλικών σχέσεων. Το ζήτημα συναίνεσης και των σχετικών παραγόντων προκαλεί συχνά την ανησυχία του λειτουργού υποστήριξης» (Thomas & Woods, 2008:126-7).

Τα ερωτήματα που θα πρέπει να εξετάζονται είναι κάποια από τα ακόλουθα:

- ✚ Επιθυμούν και οι δύο πραγματικά αυτή τη σχέση;
- ✚ Είναι ο ρόλος του να παρέχει πληροφορίες;
- ✚ Πώς καθίσταται γνωστό ότι αυτά τα δύο άτομα συναινούν;
- ✚ Τι θα συμβεί στην περίπτωση μιας εγκυμοσύνης;
- ✚ Τι θα συμβεί αν η σχέση εμπεριέχει κακοποίηση;
- ✚ Έχουν στη διάθεσή τους αρκετές πληροφορίες ώστε να μπορούν να κάνουν μια ενήμερη επιλογή;
- ✚ Πώς θα υποστηριχθεί μια ομοφυλοφιλική σχέση;
- ✚ Πώς θα αισθανθούν οι γονείς ή οι φροντιστές;



- ✚ Ποιες θα είναι οι σκέψεις των υπόλοιπων ατόμων;
- ✚ Τι πρόκειται να συμβεί αν η σχέση συγκρούεται με θρησκευτικές ή πολιτιστικές πεποιθήσεις;
- ✚ Ποιο είναι το άγχος σχετικά με τη σεξουαλική τους σχέση;
- ✚ Ποιες είναι οι αξίες και οι πεποιθήσεις του και κατά πόσο θα ασκήσουν επιρροή στον τρόπο παροχής υποστήριξης;
- ✚ Θα παραβιάζει τη νομοθεσία ή την υπηρεσιακή πολιτική; (Thomas & Woods, 2008).

Τα εμπλεκόμενα άτομα πρέπει να υποστηρίζονται και να προστατεύονται μέσω στρατηγικών και πολιτικών ασφαλείας, οι οποίες θα πρέπει να εφαρμοστούν. Ειδικά, για περιπτώσεις ατόμων με βαριές και πολλαπλές αναπηρίες, οι Downs και Craft (1995, 1997) παρέχουν ένα πλαίσιο στρατηγικών και ιδεών για τον τρόπο παροχής υποστήριξης. Άλλες πτυχές της σεξουαλικότητας, αποτελούν αντικείμενο μελέτης των McCarthy και Thompson (1997,2001), όπως για π.χ. η κατάρτιση του προσωπικού, τα δικαιώματα και οι ευθύνες. Μελετώντας την σεξουαλικότητα και τα σεξουαλικά δικαιώματα, πρέπει να δίνεται προσοχή και σε έναν ακόμη παράγοντα, ο οποίος αναλύεται στο εγχειρίδιο των Thomas & Woods (2008:127) και ο οποίος διατυπώνει το εξής: «σύμφωνα με τη Νομοθετική Πράξη για τα Σεξουαλικά Αδικήματα του 1956, θεωρείται αδίκημα για έναν άνδρα να έχει σεξουαλική επαφή με μια γυναίκα, γνωρίζοντας ότι παρουσιάζει «καθυστερημένη ή ατελή νοητική ανάπτυξη, που περιλαμβάνει σοβαρή νοητική βλάβη της νοημοσύνης και της κοινωνικής λειτουργικότητας». Η ενθάρρυνση από το προσωπικό ή απλή ανοχή του γεγονότος μπορεί να θεωρηθεί ότι «βοηθά και υποκινεί» ένα τέτοιο αδίκημα. Έτσι, είναι πολύ σημαντικό να καθοριστεί ο βαθμός της σοβαρότητας της νοητικής καθυστέρησης [μιας γυναίκας], αν και στην πραγματικότητα αυτή η νομοθεσία αποσκοπούσε να προστατεύσει από την κακοποίηση, αντιτίθεται στην ανάπτυξη της επίγνωσης για τα σεξουαλικά δικαιώματα των ατόμων με νοητική καθυστέρηση. είναι ωστόσο σημαντικό να αποδειχθεί ότι η συμμετοχή [της γυναίκας] είναι εθελοντική και ότι δεν κακοποιείται» (Braye & Preston-Shoot, 1997:134).

Με βάση την παραπάνω νομοθεσία, ένα πολύ σημαντικό ζήτημα συνιστά η συναίνεση. «Η Νομοθετική Πράξη για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα του 1998 μπορεί να επηρεάσει τις ατομικές περιπτώσεις που αφορούν στη σεξουαλικότητα και στη συναίνεση, ο χρόνος και ο νόμος θα παρέχουν περαιτέρω γνώσεις» (Thomas & Woods, 2008:128). Είναι ιδιαίτερα δύσκολο να δοθούν απαντήσεις σε κάποιο από τα ερωτήματα ή ζητήματα που τέθηκαν. Ωστόσο, η σημασία της ενδυνάμωσης, η επαφή και η γνωριμία με το εμπλεκόμενο άτομο, είναι το θέμα στα οποία δίνουν έμφαση, καθώς επίσης και στην αναγκαιότητα της πίστης απέναντι στα δικαιώματα

των ατόμων με νοητική καθυστέρηση. Στην περίπτωση που κάποιο από τα παραπάνω ζητήματα επιφέρει ανησυχίες, πρέπει να ακολουθηθεί μια πολυδιάστατη προσέγγιση στη διαδικασία λήψης απόφασης. Εν τέλει, το δικαστήριο ενδεχομένως χρειαστεί να αποφασίσει για το ζήτημα της συναίνεσης. Τα προαναφερθέντα στοιχεία θεωρούνται σημαντικές πτυχές της προστασίας των ευάλωτων ενηλίκων (Thomas & Woods, 2008).

«Για παράδειγμα, η από κοινού εργασία με τις ομάδες κοινοτικής περίθαλψης μπορεί να είναι ωφέλιμη. Επιπλέον, η πρόσβαση στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και στην κατάρτιση για τη σεξουαλική υγεία και ασφάλεια μέσω της Δράσης για την Υγεία ή των τοπικών κολεγίων μπορεί να αποδειχθεί βοηθητική. Η ανεξάρτητη προάσπιση θα αξιοποιηθεί για να διευκολύνει την προβολή των απόψεων του ατόμου. Ο λειτουργός υποστήριξης ή ο φροντιστής είναι σημαντικό να γνωρίζει τη νομοθεσία και τις πολιτικές των υπηρεσιών, προκειμένου να διασφαλίζει ότι το έργο του δεν ξεπερνά τα όρια που θέτει ο νόμος. Κάποιες υπηρεσίες παρέχουν συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές για την παροχή υποστήριξης αναφορικά με ζητήματα σεξουαλικότητας» (Thomas & Woods, 2008:128).

### **3.4. ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΧΡΟΝΟΣ**

Στα πλαίσια του Ευρωπαϊκού Συνεδρίου «νέοι με νοητική υστέρηση και Ελεύθερος χρόνος» που διοργάνωσε η ΕΣΕΕΠΑ το 2002 διερευνήθηκαν οι επιθυμίες, οι συνήθειες και οι πραγματικές ανάγκες των νέων που εκπαιδεύονται στην ΕΣΕΕΠΑ και εκείνων που παρακολουθούν το πρόγραμμα της Λέσχης ΠΕΡΙΠΑΤΟΣ.

Τα αποτελέσματα τις έρευνας έδειξαν ότι υπήρχε μεγάλο κενό στη στοιχειώδη γνώση ορισμένων δραστηριοτήτων και δομών. Τόσο τα ίδια τα άτομα όσο και οι οικογένειές τους και οι ειδικοί είχαν άγνοια της ύπαρξης κάποιων δραστηριοτήτων, οργανισμών ή ομάδων που αφορούν στον ελεύθερο χρόνο.

Τόσο μέσα από την συγκεκριμένη έρευνα όσο και από την εμπειρία των ειδικών που την πραγματοποίησαν ήρθαν στην επιφάνεια κάποιες παρατηρήσεις και ερωτήματα. Αναφορικά, τα ερωτήματα αφορούν στο αν υπάρχει διαφορά στις επιθυμίες των ατόμων, στο αν έχουν τα άτομα με νοητική υστέρηση ελεύθερο χρόνο και στο αν αυτός ο χρόνος είναι ίδιος ή διαφορετικός από αυτόν του υπόλοιπου πληθυσμού.

➤ «Καταρχάς στα άτομα με νοητική υστέρηση ο χρόνος που έχουν να δαπανήσουν ως «ελεύθερο» είναι μεγαλύτερος από ότι στον υπόλοιπο πληθυσμό. Αυτό συμβαίνει γιατί σε όποια ηλικία και αν εξετάσουμε τη ζωή του ατόμου θα παρατηρήσουμε ότι υπάρχει διαφορά στο πλήθος των δραστηριοτήτων αλλά και στη χρονική διάρκειά τους. Πιο συγκεκριμένα, σε έναν

έφηβο μαθητή γυμνασίου ή λυκείου ο ημερήσιος ελεύθερος χρόνος κυμαίνεται σύμφωνα με έρευνα του Υπουργείου Παιδείας μεταξύ μιας και δυο ωρών ενώ αντίστοιχα ο χρόνος αυτός σε έναν νοητικά υστερούντα έφηβο είναι υπερδιπλάσιος γιατί απουσιάζουν δραστηριότητες «προσωπικής ανάπτυξης» όπως εκμάθηση ξένων γλωσσών, εκμάθηση μουσικών οργάνων κλπ. Βέβαια πολλοί θα αντιτάξουν πως και τα άτομα με νοητική υστέρηση έχουν δραστηριότητες αυτού του είδους όμως ούτε η συχνότητα είναι ίδια, ούτε η χρονική διάρκεια, ούτε ο αριθμός των ατόμων που κάνουν κάτι τέτοιο» (Κασιμάτης, 2003:25-26).

Το φαινόμενο όμως του ελεύθερου χρόνου είναι εντονότερο σε μεγαλύτερες ηλικίες. Τα νοητικά υστερούντα άτομα μετά την ολοκλήρωση της εκπαίδευσής τους συνήθως έχουν τη δυνατότητα επιλογής των ακολούθων:

1) Εργασία προστατευμένη ή «ελεύθερη»

Η συγκεκριμένη εργασία σπάνια γίνεται πλήρης απασχόληση, με απόρροια από εκεί να προκύπτει ένα επιπλέον κομμάτι χρόνου. Επιπλέον, οι εργαζόμενοι με νοητική υστέρηση για διάφορους λόγους συνήθως δεν έχουν κάποια εργασία για μεγάλα διαστήματα.

2) Κέντρο Δημιουργικής Απασχόλησης

Οι ώρες λειτουργίας του Κέντρου Δημιουργικής Απασχόλησης είναι συνήθως μεσημεριανές, με αποτέλεσμα οι απογευματινές ώρες των ατόμων να είναι ελεύθερες.

3) Παραμονή στο σπίτι

Ο ελεύθερος χρόνος του ατόμου στην περίπτωση της παραμονής στο σπίτι είναι άπλετος και συνήθως το άτομο ξοδεύει τον ελεύθερο χρόνο του στο να παρακολουθεί τηλεόραση.

Άπλετος θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ο χρόνος των ατόμων της τρίτης ηλικίας καθώς τα περισσότερα από τα συγκεκριμένα άτομα δεν έχουν κάποια ιδιαίτερη ασχολία και δεν ασχολούνται με «πολυτέλειες» όπως αυτή της δημιουργικής κάλυψης του χρόνου τους.

➤ «Ελεύθερος χρόνος λοιπόν υπάρχει, η αξιοποίησή του όμως δεν είναι ίδια από όλα τα άτομα. Παράγοντες παρόμοιοι ή και διαφορετικοί με αυτούς του υπολοίπου πληθυσμού διαφοροποιούν την «καλή χρήση» έτσι:

1) Τα άτομα με ελαφρά νοητική υστέρηση αξιοποιούν καλύτερα το χρόνο τους και αυτό έχει να κάνει με την αυτονομία τους στην κυκλοφορία, στην ανάγνωση κλπ. Όσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός της νοητικής υστέρησης τόσο δυσκολότερη γίνεται και η σωστή διαχείριση του χρόνου» (Κασιμάτης, 2003:26-27).

2) Όπως και στα υπόλοιπα άτομα έτσι και στα νοητικά υστερούντα ο οικονομικός παράγοντας παίζει σημαντικό ρόλο.

3) «Το μέρος που ζει ένα άτομο είναι στενά συνδεδεμένο με την εν γένει αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου. Έτσι τα άτομα στην επαρχία ή σε ένα χωριό έχουν λιγότερες ευκαιρίες από τα αντίστοιχα των Αθηνών, ενώ διαφορά υπάρχει και μεταξύ των διαφόρων δήμων και στη πρωτεύουσα. Το γεγονός αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τα άτομα με νοητική υστέρηση γιατί δεν έχουν τη δυνατότητα εύκολης μετακίνησης.

4) Η οικογένεια και το σχολείο παίζουν και εδώ αποφασιστικό ρόλο. Η στάση τους απέναντι στη διαχείριση του ελεύθερου χρόνου είναι δυστυχώς άρρηκτα συνδεδεμένη με τον τρόπο που το άτομο «δαπανά» το χρόνο του. Έτσι μια οικογένεια που δεν έχει ελεύθερο χρόνο (και έτσι δε μπορεί να στηρίξει το άτομο) συμπαρασύρει το άτομο στο να παραμένει στο σπίτι και να μην έχει κάποιες επιπλέον δραστηριότητες» (Κασιμάτης, 2003:27).

5) Ιδιαίτερη αναφορά πρέπει να γίνει στην ικανότητα αυτόνομης κυκλοφορίας η οποία συμπεριλαμβάνεται στους παράγοντες που ασκούν επιρροή στην διαχείριση του ελεύθερου χρόνου από τα άτομα.

➤ Οι απαντήσεις σε ερωτήματα που αφορούν στο πώς θα ήθελαν να περνούν τον ελεύθερο χρόνο τους τα νοητικά υστερούντα άτομα δεν διαφέρει από τις επιθυμίες του υπόλοιπου κόσμου. Οι συνηθέστερες είναι:

1) Οι δραστηριότητες «κοινωνικής επαφής». Επιθυμία των περισσότερων ατόμων είναι να συναντάνε πιο συχνά τους φίλους τους, να τους επισκέπτονται ή να δέχονται τα ίδια επισκέψεις. Επιπλέον, να πηγαίνουν βόλτες, να βγαίνουν παρέα με συγγενείς και φίλους.

2) Εκδρομές, ταξίδια. Όλα τα άτομα που ρωτήθηκαν επιθυμούν να πραγματοποιήσουν μικρές ή μεγάλες εκδρομές τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό.

3) «Αθλητικές και καλλιτεχνικές δραστηριότητες είναι και αυτές ιδιαίτερα δημοφιλείς ανάμεσα στα άτομα» (Κασιμάτης, 2003:28).

➤ «Υπάρχει διαφορά ως προς το είδος και τη συχνότητα των δραστηριοτήτων, η διαφορά αυτή δεν είναι ιδιαίτερα σημαντική και έχει να κάνει περισσότερο με την ανεξαρτησία και την γενικότερη ικανότητα συμμετοχής» (Κασιμάτης, 2003:28).

➤ «Ιδιαίτερα σημαντική διαφορά στην αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου υπάρχει στις δραστηριότητες του σαββατοκύριακου και σε αυτές των διακοπών. Τα άτομα με νοητική υστέρηση δεν έχουν δραστηριότητες ως μεμονωμένα άτομα, δεν πάνε από μόνα τους εκδρομές για ευνόητους λόγους και οι μόνοι τρόποι που συνήθως κάνουν διακοπές και εκδρομές είναι με

την οικογένειά τους και σπανιότερα με το σχολείο ή την ομάδα που συμμετέχουν» (Κασιμάτης, 2003:28).

➤ «Μια άλλη σημαντική διαφορά μεταξύ νοητικά στερημένων ατόμων και του υπολοίπου πληθυσμού είναι ότι για διάφορους λόγους δεν υπάρχουν δομές για την αξιοποίησή του. Ακόμη όμως κι όταν υπάρχουν, δεν καλύπτουν ούτε όλο το πληθυσμό ούτε όλο το εύρος των περιπτώσεων. Έτσι ενώ υπάρχουν δραστηριότητες για άτομα με ελαφρά και μέση νοητική υστέρηση, για εκείνα με βαριά τα προγράμματα είναι ελάχιστα έως ανύπαρκτα» (Κασιμάτης, 2003:28).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### Η ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

#### 4.1. ΤΟ ΓΕΝΙΚΟΤΕΡΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ – Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΟΥ ΕΠΙΚΡΑΤΕΙ ΣΗΜΕΡΑ

Στην Ελλάδα, η μεταρρύθμιση στον τομέα της ψυχικής υγείας βρίσκεται ακόμα στο στάδιο της εξέλιξης. Ένας μεγάλος αριθμός ατόμων με ψυχικά προβλήματα υγείας έχουν ήδη αποασυλοποιηθεί. Παρά το ότι έχουν δημιουργηθεί σε όλη την Ελλάδα μονάδες αντιμετώπισης των ψυχικών νοσημάτων, ωστόσο αντιμετωπίζουν έντονα προβλήματα, κυρίως οικονομικά, εξαιτίας της ανεπαρκούς χρηματοδότησης από τα ελληνικά Υπουργεία (Οικονομικών και Υγείας). Οι δημόσιοι οργανισμοί δεν μπορούν να πληρώσουν τους μισθούς των υπαλλήλων τους και η ποιότητα ζωής των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας επιδεινώνεται. Επίσης, οι μονάδες της πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι λιγοστές με απόρροια να μην είναι σε θέση να καλύψουν τις ανάγκες του πληθυσμού (Ζηλίδης, 2005).

Σύμφωνα με την τρέχουσα νομοθεσία στον τομέα της υγείας και της περίθαλψης το σύστημα ψυχικής υγείας θα πρέπει να αποτελείται από ψυχιατρικές μονάδες στα γενικά νοσοκομεία, στα κέντρα ψυχικής υγείας, στα κέντρα ημέρας για ενήλικες και παιδιά, κ.α. Ωστόσο, η πρακτική εμπειρία έχει δείξει ότι δεν είναι μόνο η ποσότητα και η ποιότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας ανεπαρκής, αλλά υπάρχει επίσης μια έλλειψη επαρκούς συντονισμού μεταξύ των μεμονωμένων υπηρεσιών. Οι υπηρεσίες έχουν συχνά προβλήματα όσον αφορά την αντιμετώπιση των ποικίλων αναγκών και δυσκολιών των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας εμφανίζονται συχνά παράλληλα με πρόσθετα παθολογικά και καταχρηστικά ζητήματα, όπως η κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών και κοινωνικά μειονεκτήματα λόγω κάποιας μορφής αναπηρίας, κυρίως σε ένα σημαντικό μέρος του άστεγου πληθυσμού που υποφέρει από προβλήματα ψυχικής υγείας (Ζηλίδης, 2005).

Αυτό που χρειάζεται επειγόντως είναι καλύτερος συντονισμός των σχετικών πολιτικών για την υγειονομική περίθαλψη, την κοινωνική προστασία, τις κοινωνικές υποθέσεις, την ασφάλιση και το συνταξιοδοτικό σύστημα, την αποκατάσταση των συστημάτων εκπαίδευσης και κατάρτισης, και, φυσικά, της εργασίας και των πολιτικών απασχόλησης (Ζηλίδης, 2005).

Στον τομέα της εκπαίδευσης και κατάρτισης των ατόμων που πάσχουν από νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές η μεταρρύθμιση προέβλεπε την δημιουργία κέντρων ημέρας.

Παρόλα αυτά, ο αριθμός κέντρων ημέρας όπου οι άνθρωποι με προβλήματα ψυχικής υγείας και αναπηρίας μπορούν να λάβουν εκπαίδευση και κατάρτιση, είναι πολύ μικρός. Όσον αφορά το θέμα της στέγασης πάρα το ότι έχουν δημιουργηθεί αρκετά καταλύματα, ωστόσο ο αριθμός των προστατευόμενων διαμερισμάτων εξακολουθεί να είναι περιορισμένος. Στον τομέα των μεταφορών πρέπει να επισημανθεί πως δεν υπάρχει κανένας νόμος που να παρέχει στους ανθρώπους με προβλήματα ψυχικής υγείας την ευκαιρία να ταξιδέψουν χωρίς ή με μειωμένο κόστος. Ορισμένες οργανώσεις μόνο παρέχουν μίνι-λεωφορεία για τη μεταφορά των χρηστών των υπηρεσιών, όταν απαιτείται. Όλοι οι ξενώνες στην Ελλάδα που φιλοξενούν άτομα με νοητική υστέρηση και σύννοδες διαταραχές βεβαιώνουν ότι τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας μπορούν να βγουν, να απολαύσουν καλοκαιρινές διακοπές, και να κοινωνικοποιηθούν. Δυστυχώς όμως, με βάση την νομοθεσία δεν προβλέπεται οικονομική στήριξη των ατόμων αυτών για επίσκεψη σε μουσεία, θέατρα ή σινεμά, κλπ. Στην Ελλάδα, οι νόμοι και το Σύνταγμα προστατεύουν τους πολίτες και τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικά προβλήματα υγείας. Επιπλέον, με τα προγράμματα ευαισθητοποίησης της κοινότητας των πολιτών, οι οργανώσεις της κοινωνίας προσπαθούν να ενημερώσουν τις κοινωνικές υπηρεσίες και τον πληθυσμό, προκειμένου να προστατεύσουν τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων αυτών (Κονταξάκης & Χριστοδούλου, 2005).

Στον τομέα της εργασίας και της απασχόλησης παρά την ύπαρξη του νόμου 2716/1999 (άρθρο 12) για την ίδρυση του κοινωνικού συνεταιρισμού ως μια εναλλακτική μορφή απασχόλησης στην Ελλάδα, οι κοινωνικοί συνεταιρισμοί δεν λειτουργούν πλήρως, λόγω της έλλειψης επιδοτήσεων. Οι άνθρωποι με προβλήματα ψυχικής υγείας απασχολούνται σε αυτούς είτε υπό συνθήκες ανεργίας, είτε ως άτομα με ειδικές ανάγκες. Το ποσοστό των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας στον τομέα της απασχόλησης είναι πολύ χαμηλό.

Ο μόνος τρόπος για να ανταποκριθεί το σύστημα ψυχικής υγείας στις σύνθετες ανάγκες της ομάδας των ατόμων αυτών με σεβασμό και αξιοπρέπεια είναι μέσω μιας πολυδιάστατης, ολιστικής προσέγγισης. Οι ανάγκες αυτές έχουν ιατρική, μια ψυχολογική και κοινωνική διάσταση. Αυτό περιλαμβάνει την ενσωμάτωση στην αγορά εργασίας της απόκτησης ενός προσωπικού εισοδήματος. Η εργασία δίνει στους ανθρώπους την αίσθηση ότι ανήκουν στην κοινωνία, και παρέχει κοινωνική θέση και την αίσθηση της ταυτότητας, επιτρέπει την αλληλεπίδραση με άλλους ανθρώπους, και προσδίδει την αίσθηση της σιγουριάς μιας και έτσι ο άνθρωπος μαθαίνει να είναι υπεύθυνος για τη ζωή του και κερδίζει έναν βαθμό ελέγχου πάνω στη ζωή του (Μαυρατζώτου, 2003).

Η αποϊδρυματοποίηση καθώς και η αποασυλοποίηση των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας είναι μια από τις πιο επιθυμητές εξελίξεις στην Ελλάδα. Αυτό περιλαμβάνει τις

προσπάθειες κλεισίματος ή τουλάχιστον μείωσης των ψυχιατρικών ασύλων. Ωστόσο, η διαδικασία αυτή θα πρέπει να βαδίζει παράλληλα με την αυξημένη ανάπτυξη ευέλικτων κοινωνικών συστημάτων για την ψυχική υγεία, την αποκατάσταση και την υποστήριξη ως εναλλακτική λύση στους θεσμικούς διαχωρισμούς (Μαδιανός, 2003).

Το Ελληνικό Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Κοινωνική Ένταξη ανέφερε τις στρατηγικές για την κοινωνική προστασία και την κοινωνική ένταξη ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας μέσω του «Εθνικού Σχεδίου για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση 2000-2010 Ψυχαργός». Η μεταρρύθμιση αφορούσε την αποασυλοποίηση και τη δημιουργία σύγχρονων, βασισμένων στην κοινότητα υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ανάμεσα στις δράσεις κοινωνικής επανένταξης ήταν και η ανάπτυξη των κοινωνικών συνεταιρισμών περιορισμένης ευθύνης με σκοπό την πρόοδο στον τομέα της επαγγελματικής αποκατάστασης των ατόμων που πάσχουν από σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα (Ζήση & Στυλιανίδης, 2004).

Ωστόσο, το έργο αυτό αφορούσε και αφορά κυρίως ανθρώπους που ζουν σε μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία της χώρας και έχουν το δικαίωμα να μετακινηθούν σε ξενώνες. Υπάρχουν επιπλέον διατάξεις για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας, ιδιαίτερα για τους νέους ανθρώπους. Επίσης, υπάρχουν μονάδες που μπορούν να δεχτούν ηλικιωμένους ασθενείς, οι οποίοι έχουν παράλληλα με τα ψυχιατρικά προβλήματα και παθολογικά (Ζήση & Στυλιανίδης, 2004).

#### **4.2. Η ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ**

Μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του 1970, η φροντίδα της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται κυρίως από τη συγκέντρωση των υπηρεσιών που παρέχονταν σε μεγάλα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία, από την απουσία ψυχιατρικών μονάδων στα γενικά νοσοκομεία (11 στο σύνολό τους, 5 εκ των οποίων ήταν στην Αθήνα) και από την έλλειψη εναλλακτικών λύσεων για μακροπρόθεσμη δημόσια νοσοκομειακή περίθαλψη. Οι ψυχιατρικές εγκαταστάσεις και οι κλίνες ψυχικής υγείας, καθώς και το προσωπικό που απασχολούνταν στον τομέα της ψυχικής υγείας ήταν άνισα κατανομημένο. Ούτε η κρατική χρηματοδότηση ούτε η κοινωνική ασφαλιστική κάλυψη ήταν επαρκής. Όσον αφορά την πρόληψη και την κοινωνική πολιτική ήταν ανύπαρκτες. Τα πρότυπα των δημόσιων ψυχιατρικών υπηρεσιών ήταν πολύ χαμηλά, παρά τις πολύ σημαντικές δημόσιες δαπάνες (10% επί του γενικού προϋπολογισμού της υγειονομικής περίθαλψης). Ο δημόσιος τομέας αποτελούνταν από υπερπλήρη νοσοκομεία. Κατά μέσο όρο, το 50% των κλινών τους, είχαν καταληφθεί από ασθενείς που νοσηλεύονταν για



περισσότερο από ένα χρόνο, και μόνο το 24% των κλινών ιδιωτικών νοσοκομείων ψυχικής υγείας στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας καταλαμβάνονταν από χρόνιους ασθενείς. Πολλοί παρέμεναν στα δημόσια νοσοκομεία, λόγω έλλειψης εναλλακτικών κοινοτικών εγκαταστάσεων (Μάτσα & Μεγαλοοικονόμου, 2003).

Το 1984, με την ίδρυση του ΕΣΥ, η νομοθεσία προέβλεπε τη δημιουργία ψυχιατρικών τμημάτων στα γενικά νοσοκομεία και κοινοτικών κέντρων ψυχικής υγείας, τα οποία θα παρείχαν βραχυπρόθεσμη θεραπεία. Ένα πενταετές σχέδιο για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών της ψυχικής υγείας είχε εγκριθεί. Οι στόχοι του περιλάμβαναν:

- ✓ την αποκέντρωση των υπηρεσιών,
- ✓ την ανάπτυξη δημόσιων-κοινοτικών κέντρων ψυχικής υγείας,
- ✓ την ενσωμάτωση ψυχιατρικών μονάδων στα γενικά νοσοκομεία καθώς και
- ✓ την επαγγελματική και κοινωνική αποκατάσταση και εγκαταστάσεις αποκατάστασης.

Με την ενθάρρυνση του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, το ίδιο έτος, το Συμβούλιο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων εξέδωσε τον κανονισμό της ΕΟΚ αριθ. 815/84 για την έκτακτη οικονομική ενίσχυση υπέρ της Ελλάδας (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007).

Ο κανονισμός προέβλεπε τα ακόλουθα προγράμματα για την περίοδο 1984-1988:

- (Α) την κατασκευή, την προσαρμογή και τον εξοπλισμό των κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης, περιλαμβανομένων και των κέντρων για την αποκατάσταση των ψυχικών και σωματικών αναπηριών των ατόμων με ειδικές ανάγκες (Πρόγραμμα Α) και
- (Β) την κατασκευή, την προσαρμογή και τον εξοπλισμό των κέντρων για την επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών και των ατόμων με ειδικές ανάγκες (Πρόγραμμα Β) (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007).

Κατά την περίοδο 1984-1988, 182 έργα προτάθηκαν και ενώ το 84% από τα κεφάλαια που διατέθηκαν μπορούσαν να αφομοιωθούν, οι ελληνικές αρχές απορρόφησαν μόνο το 28.64% από αυτά. Παράγοντες που ευθύνονται γι 'αυτό ήταν η έλλειψη εκ των προτέρων αξιολόγησης των καθυστερήσεων, καθυστερήσεις που οφείλονταν σε γραφειοκρατικούς περιορισμούς της νομοθεσίας του νοσοκομειακού προϋπολογισμού, η ακαμψία του νοσοκομειακού χρηματοπιστωτικού συστήματος και η έλλειψη προσόντων των διευθυντών των νοσοκομείων. Άλλοι περισσότερο γενικοί παράγοντες περιλαμβάνουν την έλλειψη περιφερειοποίησης των υπηρεσιών, την αποκέντρωση στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, τον σχεδιασμό της ψυχικής υγείας και την αξιολόγηση των έργων. Αυτή η αναποτελεσματικότητα αποδείχθηκε και στην

περίπτωση των «ψυχιατρικών» ρυθμίσεων στη Λέρο, όπου οι ασθενείς ζούσαν σε άθλιες συνθήκες (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007).

Στο τέλος του 1988, ένας νέος Κανονισμός της ΕΟΚ αριθ. 4130/88, ενέκρινε την παράταση του προγράμματος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης για άλλα τρία χρόνια, καθώς εισήχθησαν και ορισμένες τροποποιήσεις και δεσμεύσεις για να εξασφαλιστεί η επίτευξη των στόχων της Κοινότητας. Το 1989, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή κατέληξε στο συμπέρασμα ότι, ενώ το πρόγραμμα Α είχε σταθερή πρόοδο, η εφαρμογή του Προγράμματος Β ήταν σοβαρά πίσω σύμφωνα με το χρονοδιάγραμμα και οι συνθήκες στο Ψυχιατρείο της Λέρου παρέμεναν ανυπόφορες. Κατά συνέπεια, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή αποφάσισε να αναστείλει την έγκριση των νέων δράσεων στο πλαίσιο του προγράμματος Β μέχρι μια σειρά από προϋποθέσεις να αρχίσουν να πληρούνται. Οι ελληνικές αρχές επανήλθαν με ένα διετές ειδικό πρόγραμμα (1991-1992), το οποίο εγκρίθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και, μέχρι το φθινόπωρο του 1991, οι ειδικοί επιβεβαίωσαν ότι υπήρξε πρόοδος (Γεωργούση, Κυριόπουλος, & Μπεαζόγλου, 2000).

Η πιο πρόσφατη μεταρρύθμιση στον τομέα της ψυχικής υγείας (Νόμος 2716/1999) εισήγαγε ένα 10ετές σχέδιο δράσης, «Ψυχαργός», για τη μεταρρύθμιση, αναδιάρθρωση και δημιουργία νέων υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε όλη τη χώρα. Η μεταρρύθμιση δίνει προτεραιότητα στην κοινωνική ένταξη, την κοινωνική συνοχή και στο αποστιγματισμό. Ο κύριος στόχος της μεταρρύθμισης είναι η ανάπτυξη των υπηρεσιών εντός της κοινότητας που θα επιτρέπουν στους ασθενείς να υποστηρίζονται στο δικό τους οικογενειακό περιβάλλον και η διατήρηση των κοινωνικών δραστηριοτήτων τους μέσα από κάθε δυνατό μέσο. Ιδιαίτερες πολιτικές εστιάζουν στην πρόληψη και την αποκατάσταση. Προτεραιότητα δίνεται στην αναδιάρθρωση και την ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, στην κινητή περίθαλψη, στην αποϊδρυματοποίηση, στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση καθώς και στη βελτιστοποίηση της εθελοντικής βοήθειας από την κοινότητα για την προαγωγή της ψυχικής υγείας (Κυριόπουλος, Γκρέγκορν, & Οικονόμου, 2003).

Το σχέδιο προέβλεπε επίσης τη σταδιακή δημιουργία υποδομών (ψυχιατρικών τμημάτων στα νοσοκομεία, κέντρων ψυχικής υγείας, κέντρων καθοδήγησης παιδιών, κέντρων ημερήσιας φροντίδας, νοσοκομείων ημερήσιας φροντίδας, επαγγελματικά εργαστήρια κατάρτισης, κινητές μονάδες, κοινωνικούς συνεταιρισμούς και μονάδες για τη διαχείριση κρίσεων. Έτσι, τέσσερα ψυχιατρικά νοσοκομεία αναμένεται να κλείσουν. Οι ψυχιατρικές κλινών στα υπόλοιπα τέσσερα ψυχιατρικά νοσοκομεία θα πρέπει να μειωθεί κατά 40-50%, καθιστώντας το στόχο πλήρους κλεισίματος των ψυχιατρείων από το 2015 εφικτό (Γείτονα, 2001).

### 4.3. ΟΙ ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΟΙ ΑΞΙΕΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο νόμος 2716/99 αποτελεί την πιο πρόσφατη μεταρρύθμιση που έγινε στο τομέα της ψυχικής υγείας. Ο νόμος αναφέρει στο άρθρο 1 ότι «οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαρθρώνονται, οργανώνονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου, με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, της προτεραιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποϊδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας, καθώς και της πληροφόρησης και εθελοντικής αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας».

Πιο αναλυτικά οι αρχές μεταρρύθμισης της ψυχικής υγείας είναι οι εξής σύμφωνα με τον ΟΗΕ (1991), και ΠΟΥ (2001):

1. «Κάθε άνθρωπος με ψυχικές διαταραχές δικαιούται να ζει και να εργάζεται στην κοινότητα
2. Κάθε άτομο που πάσχει δικαιούται να λαμβάνει θεραπεία σε ελάχιστα περιοριστικό περιβάλλον και με θεραπεία που θεωρείται ως η λιγότερο περιοριστική ή παρεμβατική θεραπεία
3. Παρεχόμενη υποστήριξη υπηρεσιών στους πάσχοντες
4. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες να βρίσκονται σε κοντινή απόσταση από την κατοικία του ασθενούς
5. Εξακολούθηση της φροντίδας
6. Παρέμβαση σε επίπεδο ψυχοπαθολογίας και ανικανότητας
7. Ευρύ φάσμα υπηρεσιών (θεραπευτικών και κοινωνικών) για την εξυπηρέτηση των αναγκών των ατόμων με ψυχικές διαταραχές
8. Εξωστρεφείς- Κινητές και όχι στατικές υπηρεσίες
9. Συνεργασία με τους φροντιστές των ασθενών» (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011).

Επιπρόσθετα, η μεταρρύθμιση της ψυχικής υγείας περιλαμβάνει τα παρακάτω:

- «Η παροχή αποτελεσματικών και αποδεκτών θεραπευτικών παρεμβάσεων υψηλής ποιότητας, με στόχο την μείωση της ψυχοπαθολογίας, τη βελτίωση της λειτουργικότητας και την πρόληψη ή μείωση της αναπηρίας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των χρηστών των υπηρεσιών.
- Η κατάργηση των ψυχιατρείων και η αντικατάστασή τους από δομές που λειτουργούν στο πλαίσιο της κοινότητας.

- Η προσβασιμότητα των υπηρεσιών από όλον τον πληθυσμό σε 24ωρη λειτουργία και η συμβατότητά τους με τις ανάγκες των ασθενών.

- Η παροχή των κατάλληλων θεραπειών όποτε αυτές είναι αναγκαίες.

- Η συνέχεια στην φροντίδα για όσο χρόνο αυτή απαιτείται.

- Η προαγωγή της ψυχικής υγείας του πληθυσμού και η πρόληψη της ψυχικής διαταραχής σε κάθε επίπεδο.

- Η προαγωγή της ασφάλειας των ασθενών, των συγγενών και φροντιστών τους, του προσωπικού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και της κοινότητας εν γένει.

- Η κατά το δυνατόν παροχή αποτελεσματικών εναλλακτικών θεραπευτικών σχημάτων, που προάγουν την ελεύθερη και ανεξάρτητη επιλογή από τους χρήστες των υπηρεσιών και τις οικογένειές τους.

- Ο συντονισμός μεταξύ του προσωπικού και των υπηρεσιών μεταξύ τους, δηλαδή η δημιουργία δικτύων συνεργαζομένων υπηρεσιών.

- Η λειτουργία πολυ-επαγγελματικών ομάδων στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

- Η ενδυνάμωση και υποστήριξη του προσωπικού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (εκπαίδευση, αποφυγή της επαγγελματικής εξουθένωσης).

Η θέσπιση και η δημιουργία οργάνων σε τοπικό επίπεδο και η αναφορά τους στις ανώτερες υπηρεσίες, όπως και η αξιολόγησή τους (Τ.Ε.Ψ.Υ.), δηλαδή η δημιουργία ενός ιεραρχικού συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας με δυνατότητα αναθεωρήσεων με βάση τα αποτελέσματα διαδικασιών αξιολόγησης» (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011).

#### **4.4. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»**

Η Ελλάδα προκειμένου να εκσυγχρονίσει το σύστημα ψυχικής υγείας, το οποίο βασιζόταν στην ιδρυματική φροντίδα εφάρμοσε το πρόγραμμα «Ψυχαργός», ένα εθνικό στρατηγικό και επιχειρησιακό σχέδιο, που αναπτύχθηκε από το ελληνικό Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Η τελευταία φάση και πιο ολοκληρωμένη του προγράμματος Ψυχαργός διήρκεσε δέκα έτη 2000-2010 και συγχρηματοδοτούνταν σε ποσοστό 75% από την Ευρωπαϊκή Ένωση και 25% από το Ελληνικό Δημόσιο σε μια περίοδο 5 ετών, μετά από την οποία το σύνολο του κόστους των νέων υπηρεσιών θα αποτελούσε ευθύνη του ελληνικού εθνικού προϋπολογισμού. Το πρόγραμμα Ψυχαργός έγινε σχεδόν συνώνυμο με τις ψυχιατρικές μεταρρυθμίσεις στην Ελλάδα, συμπεριλαμβανομένης της αποϊδρυματοποίησης των χρόνιων

ψυχιατρικών ασθενών στο νοσοκομείο και την ανάπτυξης ενός ευρύ φάσματος κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Κυριόπουλος, Γκρέγκορυ, & Οικονόμου, 2003).

Ένα από τα μεγάλα επιτεύγματα του προγράμματος Ψυχαργός ήταν το κλείσιμο των 5 ψυχιατρικών νοσοκομείων. Τα υπόλοιπα 3 πρόκειται να κλείσουν μέχρι το 2015. Σε σχέση με την εισαγωγή των ψυχιατρικών υπηρεσιών στα γενικά νοσοκομεία, ο στόχος καλύφθηκε εν μέρει, καθώς μόνο 30 από τις προγραμματισμένες 75 ψυχιατρικές μονάδες άνοιξαν. Ωστόσο, επιπλέον 9 νοσοκομεία αναμένεται να παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας, σύμφωνα με τα στοιχεία που παρέχονται από την κυβερνητική Διεύθυνση της Ψυχικής Υγείας (Daniilidou, 2003).

Στόχοι που επιτεύχθηκαν:

- Προστατευμένα διαμερίσματα. Τα διαμερίσματα αυτά μπορεί να είναι διαμερίσματα ή σπίτια με αποδεκτές άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές ή νοητική καθυστέρηση και προβλήματα ψυχικής υγείας που χρήζουν υποστήριξης για την ανάπτυξη της αυτοφροντίδας των δεξιοτήτων τους. Ο μέγιστος αριθμός κατοίκων σε ένα προστατευμένο διαμέρισμα είναι 6 άτομα και το προσωπικό τους επισκέπτονταν σε τακτά χρονικά διαστήματα.

- Κέντρα Αλτσχάιμερ.
- Κέντρα ημέρας για τα άτομα με ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων ψυχικής υγείας.
- Οικοτροφεία.
- Λειτουργία ομάδων, γνωστές ως «κινητές μονάδες» στην Ελλάδα. Σημαντικό ποσοστό έφτασε στα νησιά και κυρίως στις απομακρυσμένες περιοχές.

- Ξενώνες που φιλοξενούσαν μέχρι και 15 άτομα, με χρόνιες ψυχικές ασθένειες και ψυχολογικά προβλήματα και με 24ωρη υποστήριξη από το προσωπικό.

- Ανάπτυξη των κέντρων ψυχικής υγείας της κοινότητας επιτεύχθηκε εν μέρει και των κοινωνικών επιχειρήσεων που παρέχουν απασχόληση (Athanassopoulos, Gounaris, & Sissouras, 2009).

Το πρόγραμμα «Ψυχαργός» περιελάμβανε μια σειρά από εξειδικευμένα προγράμματα κατάρτισης που πραγματοποιήθηκαν για όλο το προσωπικό που απασχολούνταν στις πρόσφατα ανεπτυγμένες μονάδες. Τα προγράμματα αυτά περιλάμβαναν θεωρία και πρακτική και εκπαιδευτικές επισκέψεις σε παρόμοιες υπηρεσίες άλλων χωρών (Εκθεση για την Παγκόσμια Υγεία, 2001).

Οι στόχοι που σχετίζονται με την ανάπτυξη κοινωνικών επιχειρήσεων για την απασχόληση δεν επιτεύχθηκαν σε ικανοποιητικό επίπεδο. Με εξαίρεση τις περιοχές της Αττικής, γύρω από την Αθήνα, (78%) και Ιονίων Νήσων (100%), τα ποσοστά στις άλλες περιοχές ήταν

χαμηλά και σε ορισμένες περιοχές δεν υπάρχουν κοινωνικές επιχειρήσεις απασχόλησης (Εκθεση για την Παγκόσμια Υγεία, 2001).

Τα κύρια πλεονεκτήματα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης ήταν:

(α) η συνολική ουσιαστική μετατροπή των υπηρεσιών για την ανάπτυξη των σύγχρονων υπηρεσιών ψυχικής υγείας της κοινότητας επικεντρώθηκε στην αποϊδρυματοποίηση με εκτεταμένη μείωση του καιρού διαμονής σε νοσοκομειακά καταλύματα συμπεριλαμβανομένου και του κλεισίματος ορισμένων ψυχιατρικών νοσοκομείων,

(β) ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών της κοινότητας σε διάφορα μέρη της χώρας, συμπεριλαμβανομένων των κέντρων ψυχικής υγείας της κοινότητας, των διαφορετικών τύπων κατοικιών, των ημερήσιων κέντρων και νοσοκομείων, των κινητών μονάδων ψυχικής υγείας και των επαγγελματικών υπηρεσιών,

(γ) ότι οι τοπικές κοινωνίες έχουν αρχίσει σταδιακά να έχουν περισσότερο την αποδοχή των ατόμων με ψυχική ασθένεια,

(δ) τα παραδείγματα θετικών αλλαγών στη στάση του προσωπικού προς μια πιο ανθρωποκεντρική φροντίδα,

(ε) μερικά παραδείγματα ενεργών κοινωνικών επιχειρήσεων ή συνεταιρισμών που προσφέρουν προστατευμένη εργασία,

(στ) παραδείγματα διανοητικών δραστηριοτήτων προαγωγής της υγείας με στόχο την αύξηση αποδοχής από το κοινό, τις ΜΚΟ και άλλες οργανώσεις. Επιπλέον, υπήρχε μια ενεργή αντιστιγματική εκστρατεία που συνδεόταν με παρόμοια διεθνή προγράμματα και με ενδείξεις για πραγματική πρόοδο όσον αφορά τη μείωση του στιγματισμού (Athanassopoulos, Gounaris, & Sissouras, 2009).

Οι κύριες αδυναμίες των μεταρρυθμίσεων ήταν:

(α) μια γενική, αποσπασματική, κακώς συντονισμένη, συχνά ανεπαρκής παροχή υπηρεσιών με αδύναμη εφαρμογή των συμφωνημένων πολιτικών,

(β) η έλλειψη προσέγγισης του πληθυσμού για το σύστημα ψυχικής υγείας, χωρίς σαφή αποδεικτικά στοιχεία για την εκτίμηση των αναγκών των τοπικών πληθυσμών και χωρίς σαφή αντίληψη σε τοπικό επίπεδο του ποια στοιχεία είναι απαραίτητα για ένα ολοκληρωμένο σύστημα φροντίδας,

(γ) η ανισότητα στην ανάπτυξη των υπηρεσιών μεταξύ των διαφόρων περιοχών σε όλη τη χώρα,

(δ) τα σημαντικά κενά που παρατηρήθηκαν στις υπηρεσίες για τις παιδικές και εφηβικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, για ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας και των εξειδικευμένων υπηρεσιών για τα άτομα με διαταραχές του αυτιστικού φάσματος, των ατόμων με νοητική αναπηρία, διατροφικές διαταραχές,

(ε) ότι δεν υπάρχουν μηχανισμοί διασφάλισης της ποιότητας και των συστημάτων,

(στ) η συμμετοχή των χρηστών στις υπηρεσίες και η υποστήριξη από τους φροντιστές παραμένουν υπανάπτυκτες, παρά την κάποια πρόοδο και το γεγονός ότι υπάρχουν ορισμένες οργανώσεις που λειτουργούν σωστά (Athanassopoulos, Gounaris, & Sissouras, 2009).

Πολλές από τις προγραμματισμένες δράσεις του προγράμματος «Ψυχαργώς» εφαρμόστηκαν με επιτυχία για τη μεταρρύθμιση του συστήματος ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. Υπήρχαν, όμως, οι ανισότητες μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών και αρκετοί από τους στόχους επέδειξαν σημαντικές διαφορές. Για παράδειγμα, η δημιουργία ψυχιατρικών τμημάτων στα γενικά νοσοκομεία αποτελούσε ένα από τους κύριους στόχους των ψυχιατρικών μεταρρυθμίσεων και επιτεύχθηκε σε μερικές περιοχές αλλά ο ρυθμός εφαρμογής τους ποικίλλει ευρέως σε όλη τη χώρα. Μια παρόμοια κατάσταση σημαντικών διακυμάνσεων παρουσιαζόταν στην ανάπτυξη των κοινοτικών κέντρων ψυχικής υγείας σε όλη τη χώρα (Athanassopoulos, Gounaris, & Sissouras, 2009).

Η καταγραφή των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων που επέφερε η εφαρμογή του προγράμματος «Ψυχαργώς» καθώς και οι λοιποί παράγοντες τόνισαν τους κινδύνους που δημιουργούνται από την αδυναμία αποτελεσματικών μεταρρυθμίσεων και την αναγκαιότητα επιβολής ορισμένων διορθωτικών ενεργειών. Τον Μάιο του 2012, το ελληνικό Υπουργείο Υγείας δημοσίευσε ένα νέο σχέδιο το Ψυχαργώς Γ' πρόγραμμα για τη συνέχιση των μεταρρυθμίσεων στον τομέα της ψυχικής υγείας αφού έλαβε υπόψη ορισμένες από τις συστάσεις της αξιολόγησης που περιγράφονται στη παρούσα εργασία. Ωστόσο, η τρέχουσα πολύ δύσκολη οικονομική κατάσταση στην Ελλάδα παρουσιάζει ένα σοβαρό πρόβλημα για τη συνέχιση των ψυχιατρικών μεταρρυθμίσεων και υπάρχει κίνδυνος για τις επιτευχθείσες βελτιώσεις να είναι τουλάχιστον εν μέρει αντιστρέψιμες (Lora, Barbato, Cerati, Erlicher, & Percudani, 2012).

#### 4.5. ΚΡΑΤΙΚΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ

Μέχρι πριν από λίγα χρόνια, η πλειονότητα των ατόμων που έπασχαν από σοβαρή νοητική υστέρηση, στις περισσότερες από τις χώρες διέμεναν σε ιδρύματα. Προτού αναπτυχθεί η κοινοτική φροντίδα οι επιλογές που υπήρχαν για τα άτομα με νοητική καθυστέρηση ήταν είτε η περίθαλψη σε κάποιο ίδρυμα, είτε η εγκατάλειψη και ο θάνατος. Για να διαμορφωθεί η κατάσταση όπως την ξέρουμε σήμερα και για να υπάρξει πιο ανθρώπινος χειρισμός τέτοιου είδους δύσκολων καταστάσεων χρειάστηκαν αρκετές προσπάθειες και αγώνες έτσι ώστε να υπάρξουν ορθότερες και πιο ανθρωποκεντρικές προσεγγίσεις (Ζήση & Στυλιανίδης, 2004).

Ένας μεγάλος αριθμός ατόμων από αυτά που εμφανίζουν νοητική υστέρηση παρουσιάζουν επίσης και σωματικές αναπηρίες όπως επιληψίες, δυσκολία του λόγου και της επικοινωνίας γενικότερα, διαταραχές ακοής και όρασης, εγκεφαλική παράλυση. Τις περισσότερες φορές όσο πιο σοβαρή είναι η νοητική καθυστέρηση που εμφανίζει το άτομο τόσο αυξάνεται και το ποσοστό των σωματικών αναπηριών. Επιπρόσθετα, τα άτομα με νοητική καθυστέρηση εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης ψυχικών διαταραχών από ότι ο υπόλοιπος κόσμος. Συγκεκριμένα ένας στους τέσσερις ανθρώπους (25%) που πάσχουν από νοητική υστέρηση εμφανίζει ψυχικές διαταραχές, ποσοστό που πριν την αποασυλοποίηση ανέρχονταν στο 40% για εκείνους που ήταν έγκλειστοι σε κάποιο ίδρυμα (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007).

Τα τελευταία έτη στο σύστημα πρόνοιας έχουν επέλθει ριζικές αλλαγές. Η πρώτη σημαντική μεταβολή έγινε με το Ν. 2646/98 και την εισαγωγή του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας. Ο νόμος αυτός είναι το αποτέλεσμα επεξεργασίας και προσπαθειών για μεταρρύθμιση που ξεκίνησε κατά το έτος 1988, μετέπειτα το 1992 τυποποιήθηκε (Ν.2082/92) στην προσπάθεια αναδιοργάνωσης και εφαρμογής νέων θεσμών κοινωνικής πρόνοιας και προστασίας. Το 1995 (Ν.2345/95) γίνεται αναπροσαρμογή για να ρυθμιστούν οι σχέσεις μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και σταδιακά φτάνουμε στο Νόμο του 1998 (Ν.2646/98), όπου γίνεται κατοχύρωση των αρχών οργάνωσης και των βασικών αξόνων λειτουργίας του συστήματος. Βασικός σκοπός του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας αποτελεί η δραστηριοποίηση ενός δικτύου που θα παρέχει σύγχρονες υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας σε κάθε πολίτη που βρίσκεται σε άμεσο κίνδυνο ή που έχει ανάγκες (Κυριόπουλος, Γκρέγκορ, & Οικονόμου, 2003).

Με βάση το νόμο αυτό το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας συγκροτεί Εθνικά Προγράμματα και προάγεται η συντονισμένη παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας, Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας Κοινωνικής Φροντίδας. Τα προγράμματα αυτά



παρακολουθούνται και συντονίζονται μέσω των Περιφερειών μέσα στα πλαίσια των εκάστοτε αρμοδιοτήτων τους. Η υλοποίησή τους γίνεται από φορείς δημόσιους, ιδιωτικούς και πιστοποιημένους εθελοντικούς, κατόπιν εισήγησης των Νομαρχιών, παρέχοντας αντίστοιχες υπηρεσίες (Ζηλίδης, 2005).

Όσον αφορά τα όργανα του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας επιζητείται η ανασυγκρότηση των φορέων του δημοσίου των υπηρεσιών προνοίας και δημιουργείται ο Εθνικός Οργανισμός Κοινωνικής Φροντίδας (Ε.Ο.Κ.Φ.), που είναι νομικό πρόσωπο δημοσίου χαρακτήρα. Στον Ε.Ο.Κ.Φ γίνεται ενοποίηση και συγχώνευση των υπηρεσιών προνοίας του Πατριωτικού Ιδρύματος Κοινωνικής Πρόνοιας και Αντίληψης (Π.Ι.Κ.Π.Α.), του Εθνικού Οργανισμού Πρόνοιας (Ε.Ο.Π.), και του Κέντρου Βρεφών “Η ΜΗΤΕΡΑ”, οι οποίοι και καταργούνται.

Ταυτόχρονα για να εξυπηρετηθούν οι στόχοι του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας ιδρύονται νέοι Φορείς παροχής κοινωνικών υπηρεσιών και συγκεκριμένα:

- Τα Κέντρα Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας
- Τα Κέντρα Εκπαίδευσης, Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ)
- Τα Κέντρα Στήριξης Αυτιστικών
- Τα Προστατευόμενα Παραγωγικά Εργαστήρια (ΠΠΕ) (Ζηλίδης, 2005).

Ειδικότερα τα Κέντρα Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας λειτουργούν ως αποκεντρωμένες υπηρεσίες του Οργανισμού και περιλαμβάνουν: α) το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Φροντίδας, που συντονίζει τις δράσεις άμεσης κοινωνικής παρέμβασης και παρακολουθεί την εφαρμογή τους και β) τα Ειδικά Κέντρα, στα οποία παρέχονται εξειδικευμένες υπηρεσίες άτομα, οικογένειες ή ομάδες που έχουν έκτακτη ανάγκη. Τέτοιες υπηρεσίες είναι ενδεικτικά: Συμβουλευτική Υποστήριξη, Προσωρινή παροχή στέγης, διατροφής και ένδυσης, ενημέρωση για προνοιακά δικαιώματα, προγράμματα κατ'οίκον κοινωνικής φροντίδας κ.λ.π. (Ζηλίδης, 2005).

Τα Κέντρα Εκπαίδευσης, Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ) λειτουργούν στο πλαίσιο ενός Δικτύου υποστήριξης των ατόμων με ειδικές ανάγκες και παρέχουν υπηρεσίες διάγνωσης, κοινωνικής υποστήριξης, λειτουργικής αποκατάστασης και προεπαγγελματικής κατάρτισης, με στόχο την κοινωνικοεπαγγελματική ένταξη των ατόμων με ειδικές ανάγκες (Ασημόπουλος, 2006).

Τα Κέντρα Στήριξης Αυτιστικών που έχουν σαν στόχο να παρέχουν θεραπευτικές και εκπαιδευτικές υπηρεσίες σε άτομα με αυτιστικού τύπου διαταραχές και στις οικογένειες τους. Επίσης προβλέπεται προσωρινή φιλοξενία ή στέγαση (Ασημόπουλος, 2006).

Τα Προστατευόμενα Παραγωγικά Εργαστήρια (ΠΠΕ) τα οποία είναι σύνθετες μονάδες προώθησης της απασχόλησης και επαγγελματικής ένταξης ατόμων με νοητική υστέρηση, αυτισμό ή βαριές και πολλαπλές αναπηρίες. Αποτελούν ένα σταθερό πλαίσιο επαγγελματικής απασχόλησης, στα οποία εντάσσονται οι ενδιαφερόμενοι αφού έχουν ολοκληρώσει αντίστοιχα προγράμματα κατάρτισης.

Πέραν αυτών στο Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής Φροντίδας εντάσσονται και μέτρα και δράσεις για άλλες ευπαθείς ομάδες, όπως τσιγγάνους, πρόσφυγες, παραβατικούς ανήλικους, καθώς και προγράμματα εισοδηματικών ενισχύσεων (Ασημόπουλος, 2006).

Το 1998 έγινε η έκδοση της υπ' αριθμόν Γ4α/Φ.201/1791/27.5.1998 υπουργικής απόφασης η οποία ρυθμίζει τα θέματα της Στέγης Αυτόνομης Διαβίωσης. Αποτελεί έναν νέο θεσμό, καινοτόμο για την προστασία των πασχόντων και την διαβίωσή τους στην κοινότητα. Οι Στέγες Αυτόνομης Διαβίωσης είναι: «μονάδες παροχής υπηρεσιών διαβίωσης, ψυχικής υποστήριξης και επανένταξης ατόμων με ειδικές ανάγκες και συγκεκριμένα με κινητικές, αισθητηριακές αναπηρίες, νοητική υστέρηση, ψυχικές παθήσεις και διαταραχές, τα οποία μπορούν να ζουν αυτόνομα αλλά χρειάζονται βοηθητικές υπηρεσίες. Σύμφωνα με την απόφαση αυτή προβλέπεται ότι κάθε στέγη εξυπηρετεί στο μέγιστο 36 άτομα και αποτελείται από Διαμερίσματα έως 3 ατόμων, από Μονάδες (2-6 Διαμερίσματα με κοινόχρηστους χώρους) και από Ενότητες (1-6 Μονάδες με κεντρική διοικητική και οργανωτική υποστήριξη)» (Μάτσα & Μεγαλοοικονόμου, 2003).

Παράλληλα τα Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων διαμορφώνονται και μετονομάζονται σε Ιδρύματα Κλειστής Φροντίδας βάσει της υπ.αρ.Γ4/Φ359 οικ.2046/21.5.99 υπουργικής απόφασης σχετικά με τις «Προδιαγραφές λειτουργίας Κέντρων Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης που προέρχονται από την μετονομασία και τον μετασχηματισμό των Θεραπευτηρίων Χρονιών Παθήσεων». Τα Ιδρύματα Κλειστής Φροντίδας παρέχουν υπηρεσίες σε άτομα με ειδικές ανάγκες και ειδικότερα σε άτομα με συγγενείς διαταραχές ή βλάβες μόνιμες ή προσωρινές του μυϊκού, νευρικού, κυκλοφορικού, ερειστικού, αναπνευστικού συστήματος καθώς και σε άτομα με νοητική υστέρηση. Στόχος τους είναι η πρόληψη της αναπηρίας ή η μείωση της. Τα Ιδρύματα Κλειστής Φροντίδας διαφοροποιούνται ανάλογα με τις παρεχόμενες υπηρεσίες σε:

- Κέντρα Αποθεραπείας –Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης κλειστής νοσηλείας.
- Κέντρα Αποθεραπείας – Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης ημερήσιας νοσηλείας.
- Κέντρα Αποθεραπείας - Φυσικής Αποκατάστασης (κοινωνικοεπαγγελματικής αποκατάστασης).
- Κέντρα Αποθεραπείας - Φυσικής Αποκατάστασης (μόνο για εξωτερικούς ασθενείς) (Λιάκος, 2003).

Στις μέρες μας, κατόπιν συντονισμού της δράσης στον τομέα της πρόνοιας και της κοινωνικής φροντίδας έχει δημιουργηθεί η «κατασκευή» ενός «δικτύου» υπηρεσιών και δομών κοινωνικής φροντίδας. Σίγουρα υπήρξαν αρκετές καθυστερήσεις, χρονοτριβές και ταλαντεύσεις, όμως αναπτύχθηκε για πρώτη φορά μια σταθερή αύξουσα υποδομή υποστήριξης ανθρώπων που χρειάζονται κοινωνική φροντίδα (Κυριόπουλος, Γκρέγκορν, & Οικονόμου, 2003).

Με το Ν. 3106/2003 (ΦΕΚ 30/Α΄/10.2.2003) «Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις θεσμοθετείται η δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών πρόνοιας σε επίπεδο περιφέρειας». Όλα τα Ν.Π.Δ.Δ και οι πρώην Υπηρεσίες του Ε.Ο.Κ.Φ είναι αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες των ΠΕΣΥΠ (Περιφερειακά Συστήματα Υγείας-Πρόνοιας). Παραχωρείται δε η δυνατότητα στις προνοιακές δομές να αναπτύξουν και να λειτουργήσουν δομές επανένταξης (Ζηλίδης, 2005).

Συγκεντρώνοντας το σύνολο των υπηρεσιών και των δομών που σήμερα λειτουργούν στο χώρο της κοινωνικής φροντίδας, καθώς και των προγραμμάτων που υλοποιούνται στον νομό Αττικής προκύπτουν τα στοιχεία που αναγράφονται στον παρακάτω πίνακα.

**Πίνακας: Παροχές και προγράμματα νομού Αττικής για άτομα με νοητική υστέρηση**

<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ-ΠΑΡΟΧΕΣ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΟΜΩΝ</b>
Προγράμματα «Βοήθειας στο σπίτι»	71
Ειδικά Σχολεία	40
Ειδικές Εστίες	1
Υπηρεσίες Εθνικού Κέντρου Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας	7
Θεραπευτήρια	10
Ιατροκοινωνικά Κέντρα	18
Γηροκομεία	16
Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων	91
Ειδικές κατασκηνώσεις	2
Κέντρα Αποθεραπείας – Αποκατάστασης	18
Κέντρα Παιδικής Μέριμνας	26
Στεγαστικοί Ξενώνες	4
Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις	153
Σύλλογοι	26
Φορείς-Ιδρύματα	32

( <http://mohaw.gr> “Χάρτης Πρόνοιας” ).

**ΜΕΡΟΣ Β' - ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

#### 5.1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας ήταν να διερευνηθεί το κατά πόσο άτομα τα οποία εργάζονται σε εμπορικά καταστήματα του Δήμου Χαλανδρίου έχουν γνώσεις σχετικά με τα νοητικά υστερούντα άτομα, τη γνώμη τους για τα συγκεκριμένα άτομα και τη στάση την οποία έχουν υιοθετήσει απέναντι στα άτομα αυτά.

#### 5.2. ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΣΗΜΑΝΤΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ

##### 5.2.1. Ερευνητικά Ερωτήματα

- Σχετίζεται η ύπαρξη ατόμων με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές στο κοινωνικό περιβάλλον των ατόμων που θα ερωτηθούν με τις γνώσεις τους σχετικά με την θεραπευτική αντιμετώπιση της νοητικής υστέρησης;
- Σχετίζεται το μορφωτικό επίπεδο των ερωτώμενων με τις γνώσεις τους σχετικά με την κλινική εικόνα, την πορεία-πρόγνωση και την αιτιολογία της νοητικής υστέρησης;
- Σχετίζεται το φύλο με τις απόψεις που έχουν για την κρατική μέριμνα και την νομοθεσία υπέρ των ατόμων με νοητική υστέρηση;

##### 5.2.2. Ερευνητική υπόθεση

Όσο περισσότερο κάποιος συναναστρέφεται με άτομα με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές τόσο πιο θετική στάση έχει απέναντι τους.

#### 5.3. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ

Ο τύπος της εκάστοτε έρευνας γίνεται βάση της μορφής των δεδομένων τα οποία διερευνώνται σε μια έρευνα (Δαρβίρη, 2009). Η μέθοδος η οποία ακολουθήθηκε για την διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνας είναι η ποσοτική.

Η ποσοτική έρευνα η οποία επιλέχθηκε για την διεκπεραίωση της έρευνας αφορά στη συστηματική συλλογή αριθμητικών πληροφοριών και δεδομένων, τα οποία στη συνέχεια αναλύονται, αφού γίνει η αξιοποίηση συγκεκριμένων στατιστικών δοκιμασιών, έτσι ώστε να γίνει η τελική επεξήγηση και αξιολόγηση των φαινομένων που μελετώνται (Aliaga & Gunderson, 2002).

Ο λόγος που επιλέχθηκε ο συγκεκριμένος τύπος έρευνας είναι γιατί αναφέρεται στην αντικειμενική, συστηματική διαδικασία η οποία αφορά στην περιγραφή και τον έλεγχο σχέσεων

και ακολούθως στην εξέταση αιτίας και αποτελέσματος ανάμεσα σε διάφορες μεταβλητές (Burns & Grove, 1993). Στην ουσία, στην ποσοτική έρευνα τα δεδομένα είναι με αριθμητική ή ανάλογη μορφή, όπως για παράδειγμα σχήματα, γραφικές παραστάσεις κ.τ.λ. (Ahlbom & Norell, 1993).

#### **5.4. ΠΕΔΙΟ ΚΑΙ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Η διεξαγωγή της έρευνας πραγματοποιήθηκε στους εργαζόμενους των εμπορικών καταστημάτων του Δήμου Χαλανδρίου, τα οποία βρίσκονται κοντά στην κεντρική πλατεία του Δήμου, χώρος που βρίσκεται κοντά με τα κοινοτικά σπίτια/ ξενώνες, όπως για παράδειγμα τα κοινοτικά σπίτια «Αριάδνη», «Θέτις», «Οδυσσέας». Ο πληθυσμός της έρευνας είχε οριστεί στα συγκεκριμένα μαγαζιά, διότι σε αυτά θεωρήσαμε ότι είναι πιθανότερο να συχνάζουν οι ένοικοι των δομών, με αποτέλεσμα οι εργαζόμενοι, ενδεχομένως, να συναναστρέφονται με τα συγκεκριμένα άτομα και να έχουν αποκτήσει κάποια άποψη για αυτά.

#### **5.5. ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ**

Το δείγμα μας αποτέλεσαν οι εργαζόμενοι των εμπορικών καταστημάτων του Δήμου Χαλανδρίου. Η επιλογή του δείγματός μας έγινε με απλή τυχαία δειγματοληψία, ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο, το οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο. Το μοναδικό κριτήριο για την επιλογή του δείγματος ήταν να εργάζονται στα καταστήματα που βρίσκονται περιμετρικά της πλατείας και βρίσκονται στην περιοχή εξυπηρέτησης των φιλοξενούμενων στους ξενώνες της περιοχής. Το συγκεκριμένο δείγμα επιλέχθηκε καθώς θεωρήσαμε ότι είναι άνθρωποι οι οποίοι είναι πιθανότερο να έρχονται σε επαφή με άτομα που διαμένουν στους ξενώνες. Στην κεντρική πλατεία του Δήμου λειτουργούν 150 καταστήματα και σκοπός μας ήταν να διεξαχθεί η έρευνα και στα 150 καταστήματα. Η έρευνα ωστόσο λόγω των διαφόρων δυσκολιών που αντιμετωπίσαμε διεξήχθη σε 133 εμπορικά καταστήματα. Στη συνέχεια, ήρθαμε σε επαφή με τον εργαζόμενο του κάθε καταστήματος και αφού πρώτα συστηθήκαμε, ενημερώσαμε το σκοπό της έρευνάς μας και το απόρρητο του ονόματός τους και στη συνέχεια προχωρήσαμε στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Τέλος, η διαδικασία αυτή ακολουθήθηκε και στα 133 εμπορικά καταστήματα. Θεωρούμε ότι ο αριθμός των ερωτηματολογίων που τελικά συμπληρώσαμε είναι επαρκής και έτσι το αποτέλεσμα της έρευνάς μας είναι έγκυρο, καθώς δεν απέχει πολύ, αριθμητικά, από τον αρχικό αριθμό των καταστημάτων που είχαμε θέσει.

#### **5.6. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ**

Η έρευνα διεξήχθη με τη μέθοδο των αποσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων απ' ευθείας από τους ερωτώμενους: το κάθε άτομο τσέκαρε μόνο του τις απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο (Javeau, C. 2000). Ο τρόπος συλλογής των απαντήσεων έγινε με: 1. **Αυαδική**

**επιλογή** (σε αυτή την περίπτωση οι ερωτώμενοι καλούνται να επιλέξουν μεταξύ δυο αντίθετων ως προς την έννοια απαντήσεων) 2. **Πολλαπλή επιλογή** (οι ερωτώμενοι καλούνται να δώσουν την γνώμη τους για κάθε πρόταση χρησιμοποιώντας μια σωρεία απαντήσεων σε κλειστού τύπου ερωτήσεις) (Javeau, C. 2000).

### Μέσο έρευνας

Υστερα από βιβλιογραφική και ηλεκτρονική αναζήτηση καταλήξαμε σε ερωτηματολόγιο το οποίο είχε χρησιμοποιηθεί ως μέσο έρευνας από σπουδάστριες του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας στο ΤΕΙ της Κρήτης και που είχε ως αντικείμενο μελέτης τις απόψεις και τις στάσεις των σπουδαστών του ΤΕΙ απέναντι στην σχιζοφρένεια και σε άλλες σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Τα ονόματα των σπουδαστριών είναι Γιανναδάκη Ν. και Σαπουντζή Α.Κ. με υπεύθυνη καθηγήτρια την κα Καλαϊτζάκη Α. Οι συγκεκριμένες σπουδάστριες για τη δημιουργία του ερευνητικού τους εργαλείου στηρίχθηκαν σε ερωτηματολόγια συγκεκριμένων ερευνητών. Το ερωτηματολόγιο της έρευνας που συμπληρώθηκε από τους εργαζόμενους των εμπορικών καταστημάτων του Δήμου Χαλανδρίου είχε βασιστεί στο ερωτηματολόγιο της έρευνας που συμπληρώθηκε από τους φοιτητές του ΤΕΙ της Κρήτης για την σχιζοφρένεια και τις σοβαρές ψυχικές διαταραχές, αφού πρώτα είχαν γίνει οι απαραίτητες αλλαγές και έχοντας πάρει την άδεια των σπουδαστριών και της υπεύθυνης καθηγήτριάς τους.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τα προσωπικά στοιχεία του ερωτώμενου, τα οποία αφορούν στα:

- 1) Φύλο
- 2) Ηλικία
- 3) Οικογενειακή κατάσταση
- 4) Επίπεδο σπουδών
- 5) Αν υπάρχει στο συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον του δείγματος άτομο με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές
- 6) Αν εργάζονται καιρό στην περιοχή του Δήμου Χαλανδρίου
- 7) Αν γνωρίζουν την ύπαρξη κοινοτικών σπιτιών/ξενώνων που φιλοξενούν άτομα με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές στον Δήμο Χαλανδρίου όπου και εργάζονται.

Η διερεύνηση των προσωπικών στοιχείων που προαναφέρθηκαν έγινε με σκοπό τόσο την διερεύνηση των συγκεκριμένων στοιχείων όσο και για την συσχέτιση κάποιων απ' αυτών με τις ερωτήσεις των θεματικών ενοτήτων του ερωτηματολογίου.



Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου συμπεριλαμβάνονται σε συγκεκριμένες θεματικές ενότητες, οι οποίες αφορούν στα ακόλουθα:

- 1) Κλινική εικόνα
- 2) Πορεία – πρόγνωση
- 3) Αιτιολογία – επιδημιολογία
- 4) Θεραπεία
- 5) Νομοθεσία / κρατική μέριμνα
- 6) Αντιλήψεις και στάσεις του περιβάλλοντος

Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου είναι κλειστού τύπου, εκτός από την ηλικία των ερωτώμενων και το πόσο καιρό εργάζονται στην περιοχή του Δήμου Χαλανδρίου. Οι ερωτήσεις που διερευνούν τις στάσεις, τις αντιλήψεις και τις γνώσεις των εργαζόμενων των εμπορικών καταστημάτων του Δήμου Χαλανδρίου απέναντι στα άτομα με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές είναι τύπου likert scale πέντε απαντήσεων (1=Συμφωνώ Απόλυτα, 2=Συμφωνώ, 3=Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 4=Διαφωνώ, 5=Διαφωνώ Απόλυτα).

#### **5.7. ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

Με την είσοδο μας στο κατάστημα, ενημερώναμε τον υπεύθυνο καταστήματος ή τον εκάστοτε εργαζόμενο για την έρευνά μας, εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνας και τον τρόπο διεξαγωγής της, δίναμε διευκρινήσεις (στις περιπτώσεις που μας ζητήθηκε) και ζητούσαμε να μας αφιερώσουν λίγο χρόνο για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

#### **5.8. ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ**

Η τεχνική που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή στοιχείων είναι η ποσοτική έρευνα, με τη χρήση ερωτηματολογίου και ως μεθοδολογία ανάλυσης στοιχείων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS. Ακολούθησε η διαδικασία της ποσοτικής ανάλυσης, δηλαδή η κατηγοριοποίηση των στοιχείων σε θεματικούς άξονες και αναλύθηκαν τα στοιχεία τα οποία προέκυψαν από τα στατιστικά δεδομένα και τα οποία παρουσιάζονται σε επόμενο κεφάλαιο.

#### **5.9. ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ**

Οι δυσκολίες που αντιμετωπίσαμε σαν ερευνητική ομάδα και που μας οδήγησε τελικά στο να καταλήξουμε στη συμπλήρωση 133 ερωτηματολογίων αντί του αρχικού αριθμού που είχαμε θέσει (150 ερωτηματολόγια), αφορούσαν στα ακόλουθα:

- 1) Στην άρνηση της ομάδας στόχου, συγκεκριμένα:

α) γιατί δεν επιθυμούσαν να συμμετάσχουν στην έρευνα,  
β) γιατί ήταν αρνητικοί με το κομμάτι των προσωπικών στοιχείων του ερωτηματολογίου,  
γ) γιατί είχαν πολλή δουλειά στο κατάστημα όσες φορές πήγαμε και τελικά δεν επιθυμούσαν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, για το λόγο ότι τους φαινόταν αρκετά μεγάλο.

2) Στο ότι κάποια καταστήματα ήταν κλειστά,

3) Στο γεγονός ότι κάποιοι εργαζόμενοι οι οποίοι είχαν αρκετή δουλειά στο κατάστημα, τη συγκεκριμένη στιγμή που πηγαίναμε, μας ζητούσαν να το συμπληρώσουν μόλις έβρισκαν χρόνο και όταν περνούσαμε να το παραλάβουμε μας έλεγαν ότι το είχαν χάσει.

## **5.10. ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ**

Κατά τη διάρκεια της έρευνάς μας τηρήθηκαν όλοι οι κανόνες που αφορούν την δεοντολογία του επαγγέλματος της κοινωνικής εργασίας, καθώς επίσης και η ανωνυμία των ερωτώμενων, προκειμένου να αποφευχθεί τυχόν παραβίαση των προσωπικών δεδομένων.

## **5.11. ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Αίτηση Πτυχιακής: 01.09.12. – 31.12.12

Αναζήτηση βιβλιογραφικού υλικού: 01.10.12. – 28.02.14

Συγγραφή θεωρητικού μέρους: 01.05.13. – 31.03.14

Πραγματοποίηση πιλοτικής έρευνας: 01.07.13. – 31.07.13

Πραγματοποίηση έρευνας: 01.06.13. – 31.08.13

Συγγραφή ερευνητικού μέρους: 01.11.13. – 31.03.14

Δημιουργία Παρουσίασης πτυχιακής: 01.04.14 - 15.04.14

Ολοκλήρωση και παρουσίαση πτυχιακής: 01.04.14. – 30.04.14

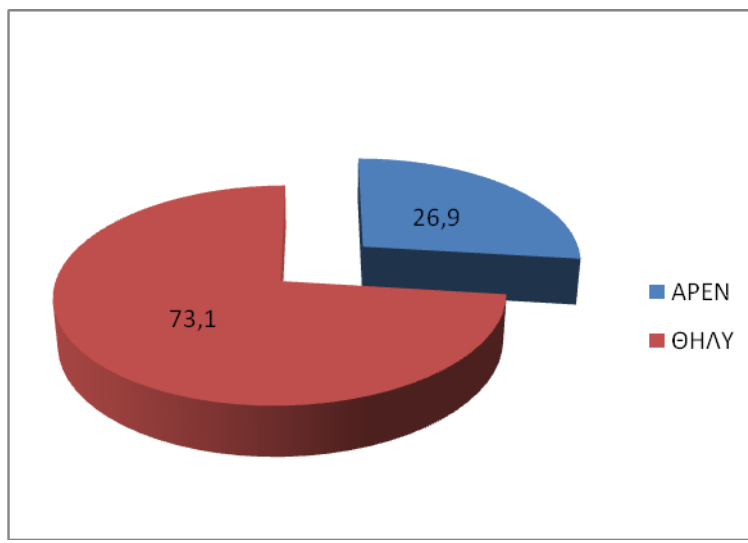
## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ – ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ

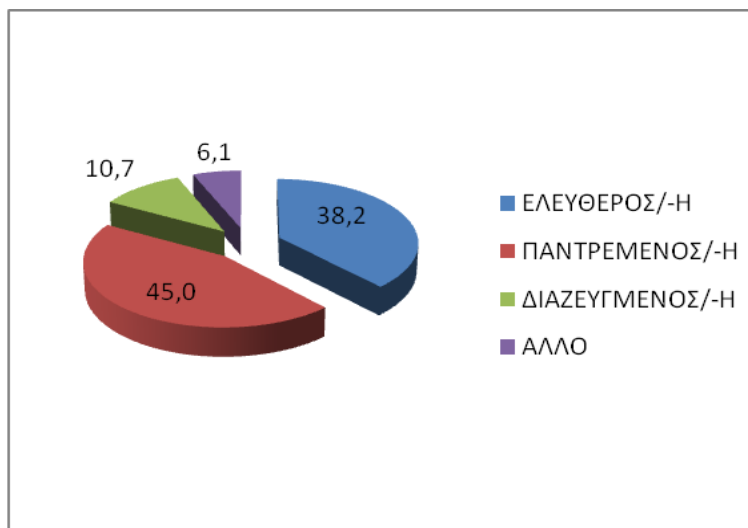
#### 6.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

##### ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

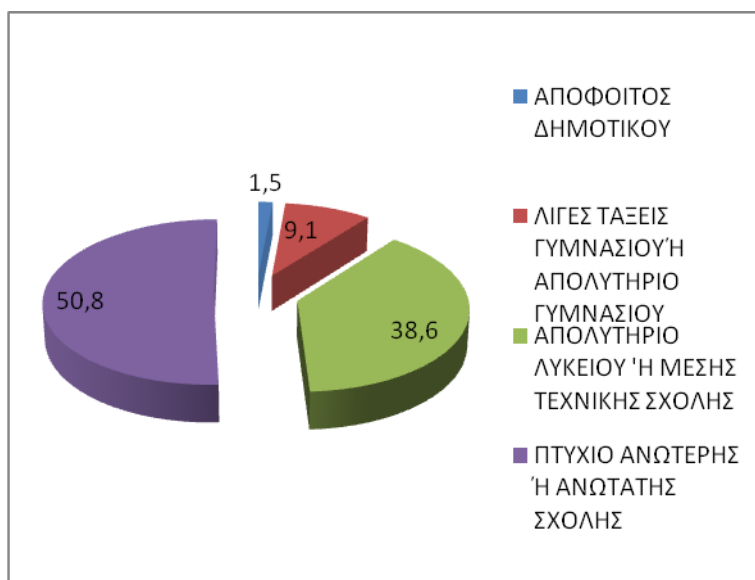
Από τα αποτελέσματα της έρευνας και σύμφωνα με το διάγραμμα που ακολουθεί και αναφέρεται στο φύλο των ερωτώμενων, το 73% του δείγματός μας είναι γυναίκες το οποίο είναι και το μεγαλύτερο ποσοστό, ενώ το 27% είναι άντρες.



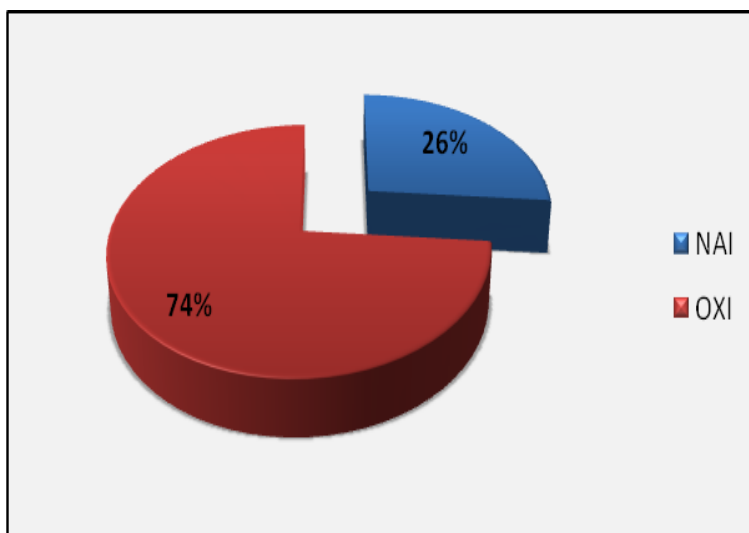
Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση των ερωτώμενων το μεγαλύτερο ποσοστό, συγκεκριμένα, το 45% είναι παντρεμένοι/ες, ενώ το 38% ελεύθεροι/ες, ποσοστά χωρίς μεγάλη διαφορά μεταξύ τους. Οι διαζευγμένοι/ες του δείγματος αποτελούν το 11% και το 6% απάντησε άλλο.



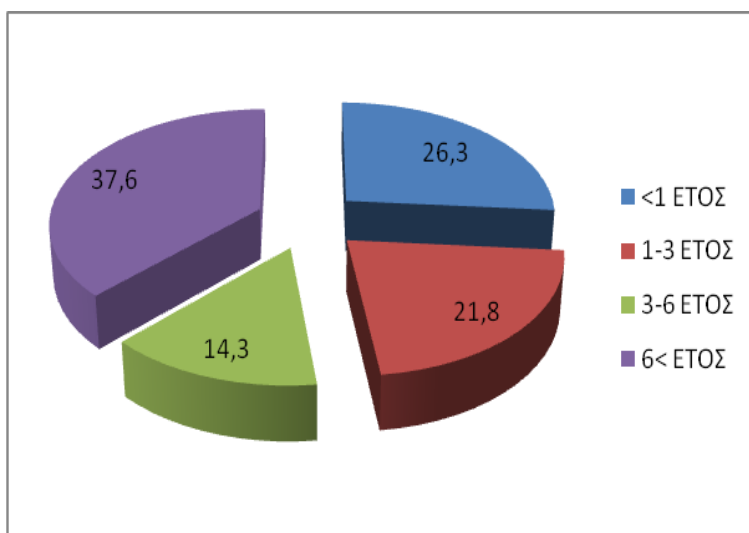
Στον πίνακα που ακολουθεί αναγράφονται τα αποτελέσματα της έρευνας σχετικά με το επίπεδο σπουδών του δείγματος. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων είναι κάτοχοι πτυχίου ανώτερης ή ανώτατης σχολής, συγκεκριμένα το 51%. Με μικρή διαφορά ακολουθεί το ποσοστό εκείνων οι οποίοι έχουν απολυτήριο λυκείου ή μέσης τεχνικής σχολής (ή απολυτήριο παλαιού εξατάξιου γυμνασίου), αυτοί αποτελούν το 39% των ερωτώμενων. Το 9% έχει τελειώσει λίγες τάξεις γυμνασίου ή απολυτήριο γυμνασίου (νέου τύπου). Ενώ μόνο το 1% του δείγματος είναι απόφοιτοι δημοτικού.



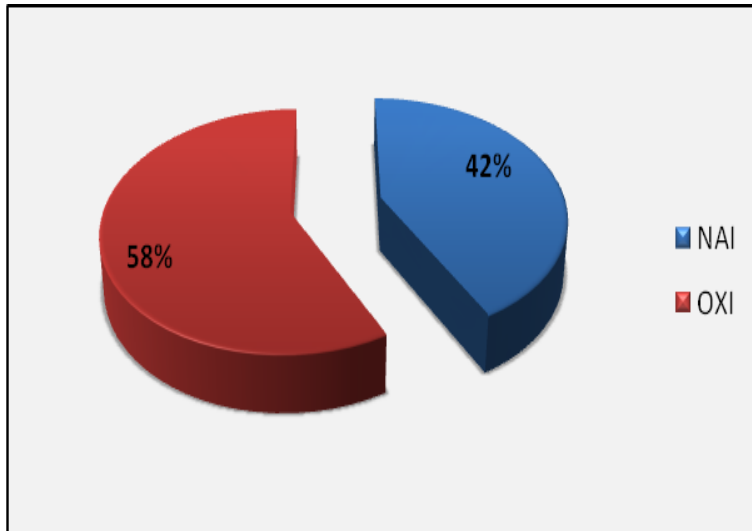
Όπως παρουσιάζεται στο διάγραμμα που ακολουθεί, το ποσοστό του δείγματος το οποίο έχει κάποιο συγγενή ή γνωστό που να έχει νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές είναι 26%. Αντίθετα, με μεγάλη διαφορά παρουσιάζονται εκείνοι οι ερωτώμενοι οι οποίοι δεν έχουν στο συγγενικό ή φιλικό τους περιβάλλον άτομο με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές, συγκεκριμένα το 74%, το οποίο είναι και το μεγαλύτερο ποσοστό.



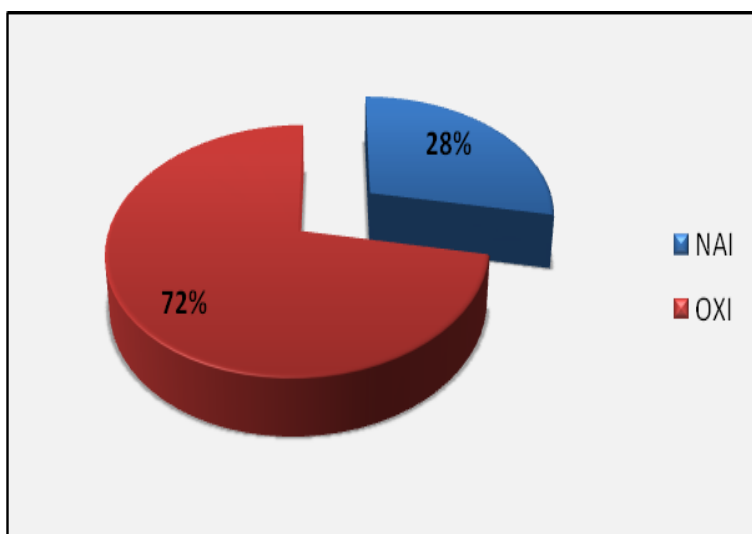
Στο ακόλουθο διάγραμμα παρουσιάζονται τα ποσοστά που αναφέρονται στο πόσο καιρό εργάζεται το δείγμα της έρευνας στην περιοχή του Δήμου Χαλανδρίου. Έτσι, το μεγαλύτερο ποσοστό, συγκεκριμένα το 38% εργάζεται στην περιοχή του συγκεκριμένου Δήμου πάνω από 6 χρόνια. Ακολουθεί το ποσοστό εκείνων οι οποίοι εργάζονται στην περιοχή του Δήμου Χαλανδρίου λιγότερο από ένα χρόνο (26%). Στην συνέχεια, το 22% εργάζεται στην συγκεκριμένη περιοχή από 1 έως 3 χρόνια και τέλος, το μικρότερο ποσοστό αποτελούν εκείνοι οι οποίοι εργάζονται από 3-6 χρόνια στην περιοχή του Δήμου Χαλανδρίου και αποτελούν το 14% του δείγματος.



Το επόμενο ερώτημα που διερευνήθηκε και τα αποτελέσματα του παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί, αφορά στο κατά πόσο ο Δήμος Χαλανδρίου αποτελεί τον τόπο διαμονής των ερωτώμενων. Συγκεκριμένα, το 58% των ερωτώμενων της έρευνας, το οποίο αποτελεί και το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος, δεν διαμένει στην περιοχή του Δήμου Χαλανδρίου, ενώ το 42% του δείγματος διαμένει στην περιοχή του συγκεκριμένου Δήμου.



Τα αποτελέσματα του αμέσως επόμενου πίνακα σχετίζονται με τις γνώσεις των ερωτώμενων στο αν υπάρχουν κοινοτικά σπίτια/ξενώνες που φιλοξενούν νοητικά υστερούντα άτομα και συνοδές διαταραχές στον Δήμο Χαλανδρίου όπου και εργάζονται. Πιο αναλυτικά, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δεν γνώριζε την ύπαρξη των κοινοτικών σπιτιών/ξενώνων που εξυπηρετούν τα άτομα με νοητική υστέρηση και ανήκουν στον συγκεκριμένο Δήμο, το ποσοστό ανέρχεται στο 72%. Αυτό μας δείχνει ότι παρόλο που οι ερωτώμενοι της έρευνας εργάζονται στην περιοχή του Δήμου Χαλανδρίου, είτε μικρό είτε μεγάλο διάστημα, δεν γνωρίζουν ότι στον Δήμο όπου εργάζονται υπάρχουν ξενώνες για τα νοητικά υστερούντα άτομα. Μόνο το 28% των εργαζομένων των εμπορικών καταστημάτων του Δήμου Χαλανδρίου γνώριζε την ύπαρξη των κοινοτικών σπιτιών/ξενώνων του Δήμου.



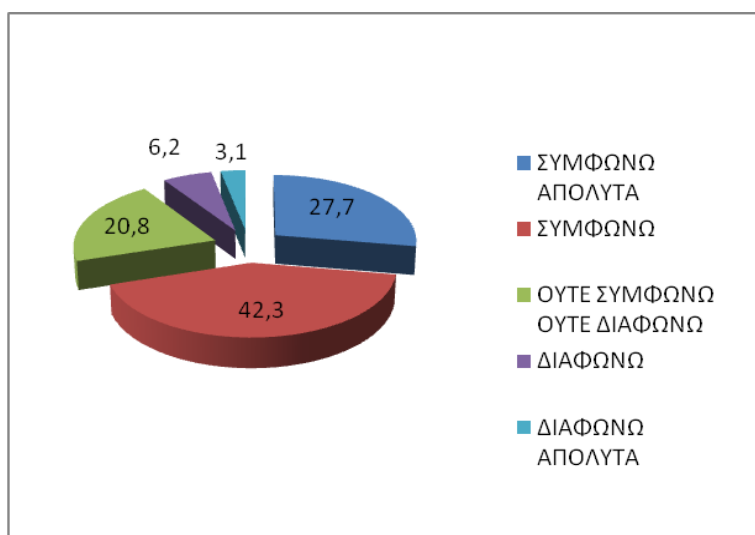
## ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Στην ενότητα αυτή του ερωτηματολογίου εξετάζονται οι γνώσεις των ερωτώμενων για την νοητική υστέρηση.

### Ερώτηση 1

Στο ακόλουθο διάγραμμα παρουσιάζονται οι γνώσεις των ερωτώμενων γύρω από τα βασικά χαρακτηριστικά της νοητικής υστέρησης. Το μεγαλύτερο ποσοστό, 42,3% του πληθυσμού συμφώνησε ότι τα χαρακτηριστικά είναι τρία (α. η γενική λειτουργία του ατόμου είναι σημαντικά κάτω από τον μέσο όρο, β. υπάρχουν σημαντικές ανεπάρκειες στην προσαρμοστική λειτουργικότητα και γ. η έναρξή της είναι πριν από το 18<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας). Το σύνολο των ατόμων που συμφώνησαν απόλυτα (27,7%) είχε μικρή διαφορά από αυτούς που κράτησαν μια ουδέτερη στάση (20,8%). Ενώ υπήρξαν και άτομα που διαφώνησαν (6,2%) και το 3,1% διαφώνησε απόλυτα.

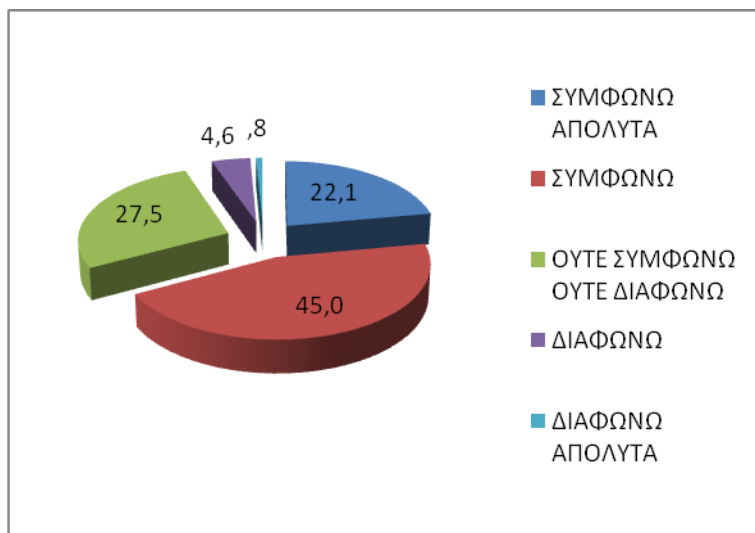
Διάγραμμα 1.



### Ερώτηση 2

Μεγάλο ποσοστό ερωτώμενων είναι και εκείνο που συμφωνούν ότι η νοητική υστέρηση είναι το ίδιο συχνή και στα δυο φύλα (45,0%). Ενώ και σε αυτή την ερώτηση τα άτομα που συμφωνούν απόλυτα με αυτούς που έχουν μια ουδέτερη στάση είναι αρκετά κοντά (22,1% συμφωνούν απόλυτα και 27,5% ουτε συμφωνούν, ούτε διαφωνούν). Το ποσοστό 12,6% έχει απαντήσει αρνητικά στην ερώτηση αυτή, το 4,6% διαφωνεί και μόνο 0,8% διαφωνεί απόλυτα.

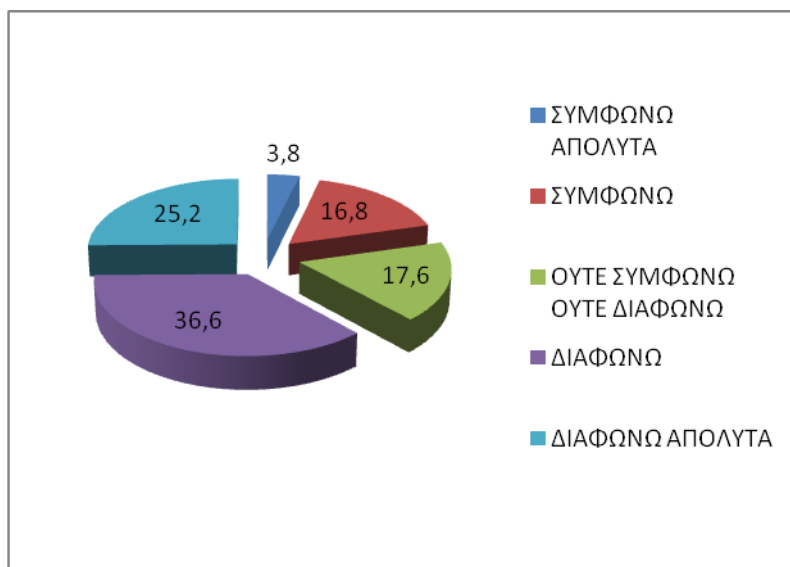
Διάγραμμα 2.



### Ερώτηση 3

Αντίθετα σε αυτήν την ερώτηση οι ερωτώμενοι έχουν κρατήσει μια πιο αρνητική στάση στο αν η έναρξη της διανοητικής καθυστέρησης μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία και αν βρίσκεται το άτομο. Το 36,6% των ερωτώμενων διαφωνούν, ενώ 25,2% διαφωνεί απόλυτα. Σε αντίθεση το 3,8% συμφωνεί απόλυτα και το 16,8% συμφωνεί. Υπάρχει όμως και ένα 17,6% των ερωτώμενων που ούτε συμφωνούν, ούτε διαφωνούν.

Διάγραμμα 3.

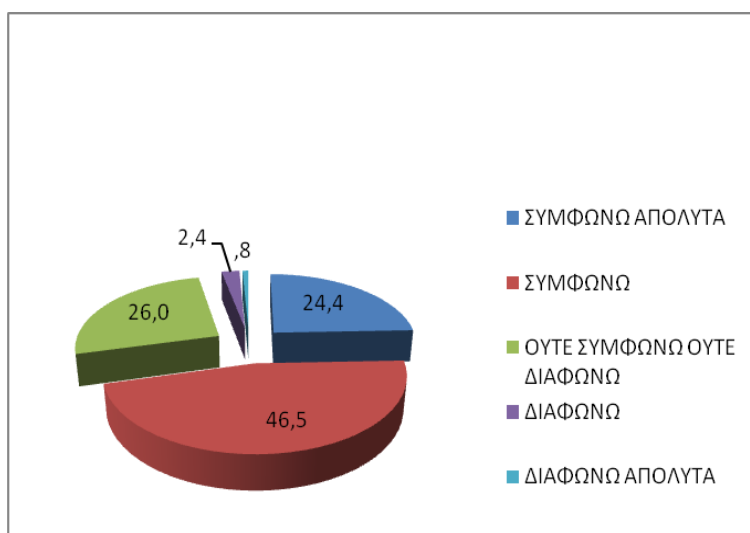




#### Ερώτηση 4

Στην ερώτηση αυτή φαίνεται στο ακόλουθο διάγραμμα ότι το 46,5% των ερωτώμενων υποστηρίζουν ότι η νοητική υστέρηση χωρίζεται σε πέντε επίπεδα (α. ελαφριά, β. μέτρια, γ. βαριά, δ. βαθιά και ε. απροσδιόριστης βαρύτητας). Ένα 24,4% συμφωνεί απόλυτα, ενώ ένα 26,0% κρατάει μια ουδέτερη στάση. Μικρό ποσοστό είναι εκείνοι που απάντησαν ότι διαφωνούν και διαφωνούν απόλυτα ( 2,4% και 0,8% αντίστοιχα).

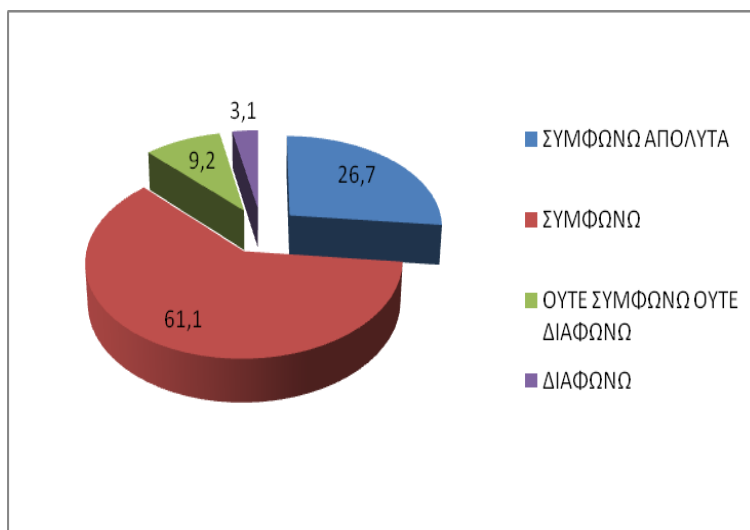
**Διάγραμμα 4.**



#### Ερώτηση 5

Σε αυτό το διάγραμμα το μεγαλύτερο ποσοστό (61,1%) έχει απαντήσει ότι συμφωνεί στο ότι κάποια από τα άτομα μπορεί να είναι εξαρτημένα και παθητικά και κάποια παρορμητικά και επιθετικά. Ακολουθεί το ποσοστό των ατόμων που συμφωνούν απόλυτα, 26,7%. Το 9,2% ούτε συμφωνεί, ούτε διαφωνεί, ενώ το 3,1% διαφωνεί. Σε αυτήν την ερώτηση δεν υπήρξε κάποιος που να διαφώνησε απόλυτα.

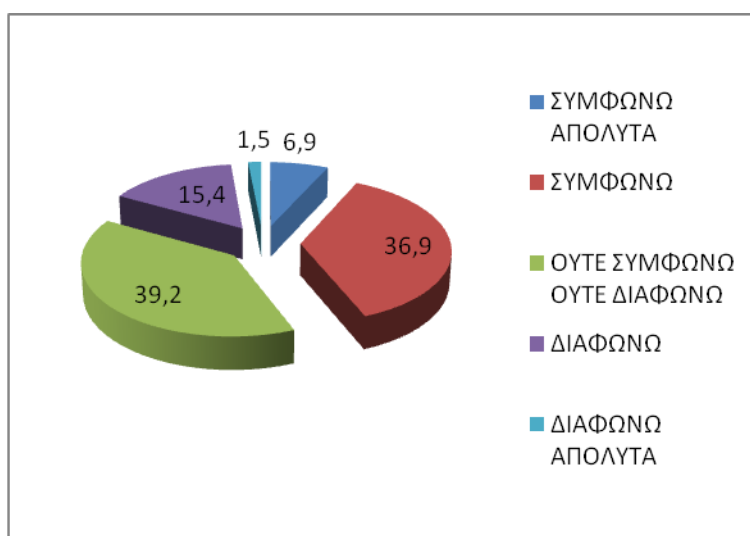
**Διάγραμμα 5.**



### Ερώτηση 6

Στο αν η συνύπαρξη άλλων ψυχικών διαταραχών είναι πιο συχνή στα άτομα με νοητική υστέρηση από το γενικό πληθυσμό, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματός μας φαίνεται ότι είναι εκείνοι οι οποίοι απάντησαν ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ συγκεκριμένα το 39,2%, αν όμως αθροίσουμε τα ποσοστά εκείνων οι οποίοι συμφώνησαν (36,9%) και εκείνων οι οποίοι συμφώνησαν απόλυτα (6,9%) έχουμε το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματός μας (43,8%) οι οποίοι απάντησαν θετικά. Ένα 15,4% διαφώνησε, ενώ μόνο το 1,5% διαφώνησε απόλυτα.

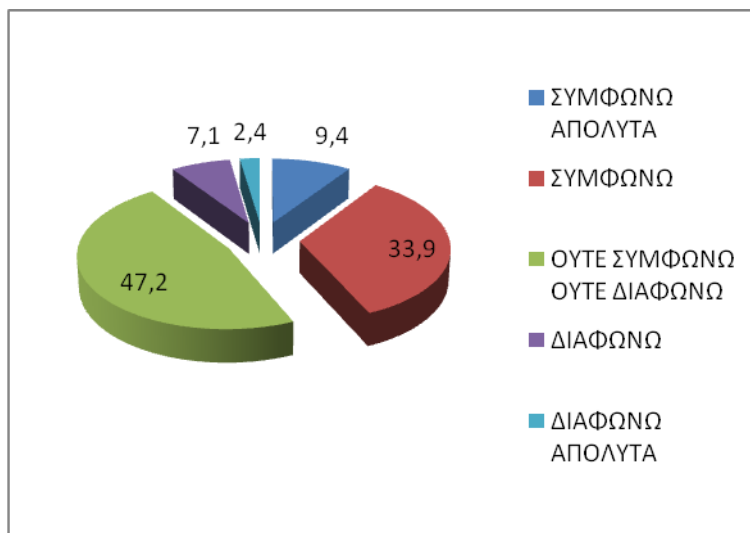
Διάγραμμα 6.



### Ερώτηση 7

Στην ερώτηση ότι οι διαταραχές διάθεσης και οφειλόμενες σε γενική ιατρική κατάσταση ανήκουν στις πιο συχνές συνοδές διαταραχές, η οποία ερώτηση είναι και η τελευταία από τη κλινική εικόνα, οι ερωτώμενοι που έχουν απαντήσει ότι συμφωνούν και αυτοί που έχουν κρατήσει μία ουδέτερη στάση πλησιάζουν αρκετά (36,9% και 39,2% αντίστοιχα). Ένα 7,1% διαφώνησε, ενώ το 9,4% συμφώνησε απόλυτα. Μόνο 2,4% διαφώνησε απόλυτα.

Διάγραμμα 7.



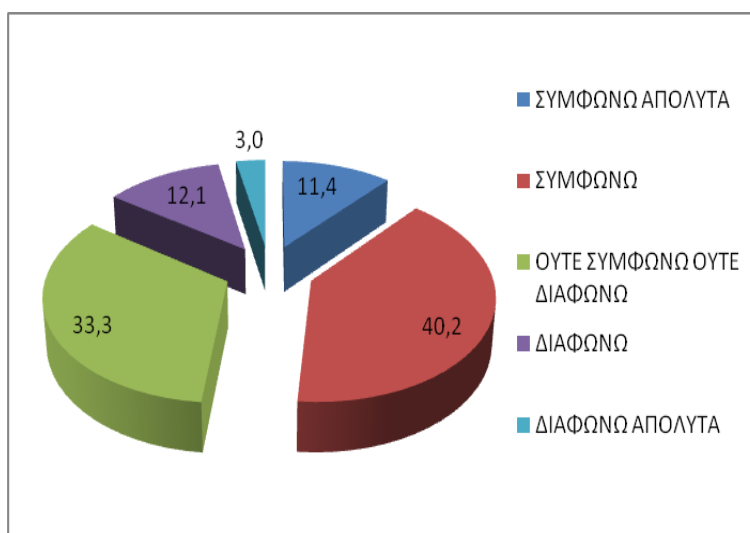
### ΠΟΡΕΙΑ- ΠΡΟΓΝΩΣΗ

#### Ερώτηση 8

Στις δυο ακόλουθες ερωτήσεις εξετάζεται η πορεία και η πρόγνωση της νοητικής υστέρησης.

Στο αν μερικές βαριές και βαθιές μορφές (δια)νοητικής καθυστέρησης καταλήγουν σε πρόωρο θάνατο το μεγαλύτερο ποσοστό αποτέλεσαν εκείνοι οι οποίοι συμφώνησαν, συγκεκριμένα το 40,2%. Ουδέτερη στάση κράτησε το 33,3% στο αν μερικές βαριές και βαθιές μορφές καταλήγουν σε πρόωρο θάνατο. Το 12,1% του πληθυσμού απάντησαν ότι διαφωνούν. Ακολουθεί το ποσοστό εκείνων οι οποίοι συμφωνούν απόλυτα με ποσοστό 11,4% και τέλος μόνο το 3,0% διαφώνησε απόλυτα.

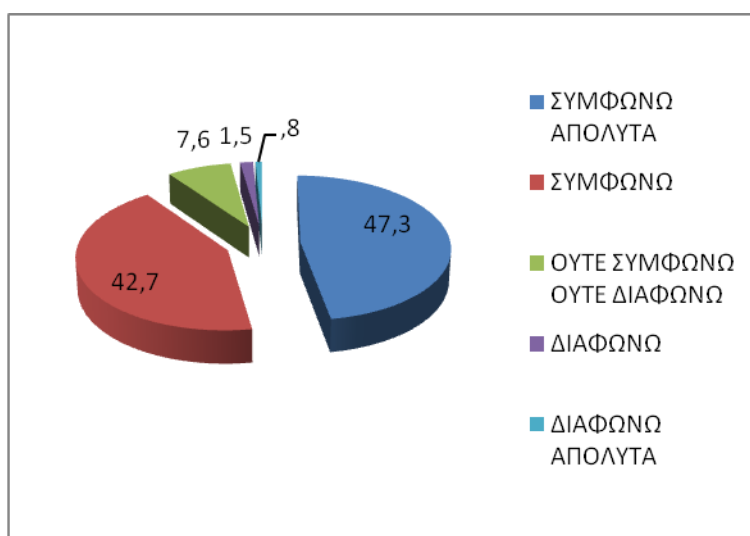
Διάγραμμα 8.



### Ερώτηση 9

Ένα 90% του συνόλου απάντησαν θετικά στο ότι τα άτομα με ήπια και μέτρια μορφή υστέρησης με την κατάλληλη εκπαίδευση μπορούν να παρουσιάσουν σημαντική βελτίωση στη ποιότητα ζωής τους, το 47,3% συμφωνεί απόλυτα και το 42,7% συμφωνούν. Το 7,6% του πληθυσμού ούτε συμφώνησε, ούτε διαφώνησε. Πολύ μικρό είναι το ποσοστό των ατόμων που ήταν αρνητική σε αυτήν την άποψη, 1,5% διαφωνεί και 0,8% διαφωνεί απόλυτα.

Διάγραμμα 9.

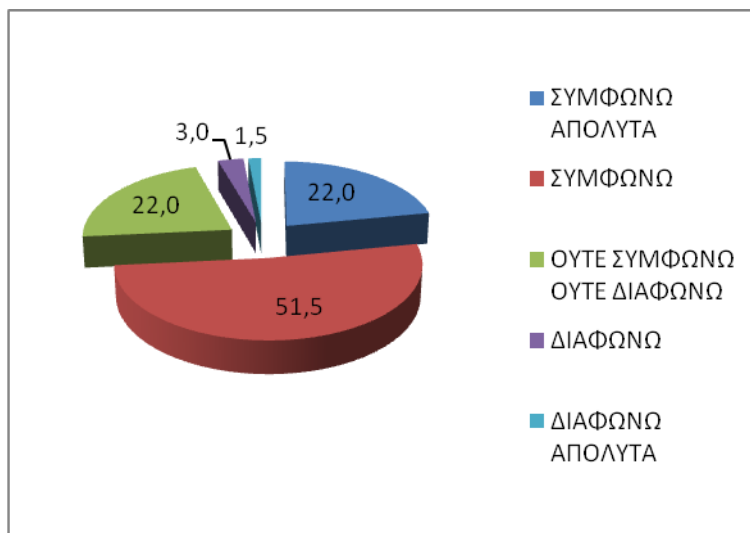


### ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ-ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

#### Ερώτηση 10

Το ακόλουθο διάγραμμα παρουσιάζει ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού (51,5%) το οποίο συμφωνεί ότι κληρονομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες αποτελούν δύο από τις κατηγορίες των αιτιολογικών παραγόντων της νοητικής υστέρησης. Ίδιο είναι το ποσοστό των ατόμων που συμφώνησαν απόλυτα με αυτούς που ήταν ουδέτεροι, 22,0% και στις δυο διαβαθμίσεις. Όσοι κράτησαν αρνητική στάση ήταν μόνο 4,5% από αυτούς το 3,0% διαφώνησε, ενώ το 1,5% διαφώνησε απόλυτα.

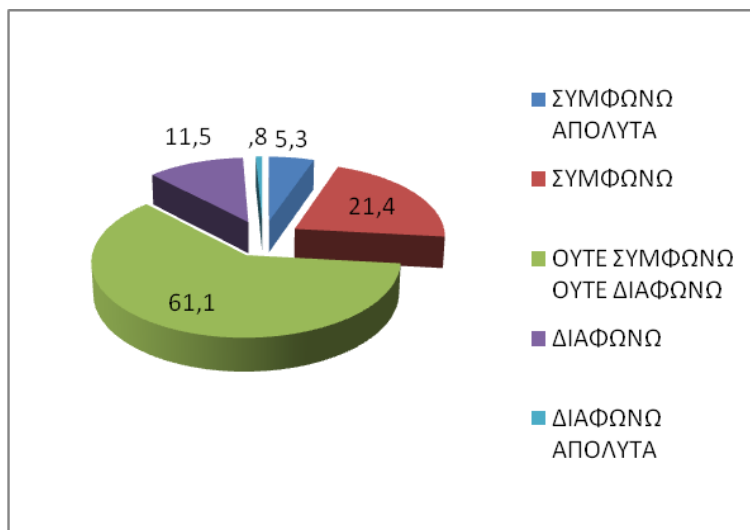
Διάγραμμα 10.



### Ερώτηση 11

Ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό, 61,1% ήταν ουδέτερο στο αν η νοητική καθυστέρηση προσβάλλει το 1% του πληθυσμού, συνεπώς είναι πολύ συχνή. Το 21,4% συμφώνησε, ενώ το 11,5% διαφώνησε. Διαφώνησε απόλυτα μόνο το 5,3% και μόνο 0,8% συμφώνησε απόλυτα.

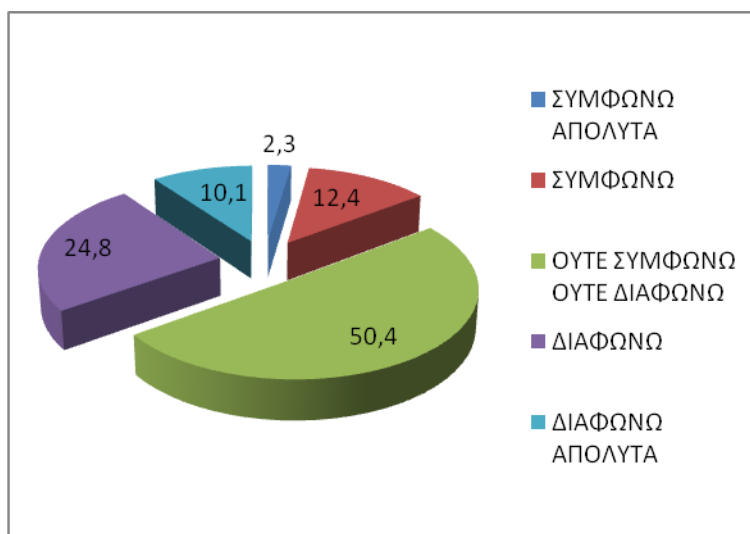
Διάγραμμα 11.



### Ερώτηση 12

Ακόμη μια ερώτηση που οι ερωτώμενοι κρατούν μια ουδέτερη στάση, με ποσοστό 50,4%, στην πιο συχνή προσβολή των αντρών από την νοητική υστέρηση. Το 24,8% διαφώνησε, ενώ μόνο το 12,4% συμφώνησε. Μόνο το 10,1% διαφώνησαν απόλυτα και το 2,3% συμφώνησε απόλυτα.

Διάγραμμα 12.

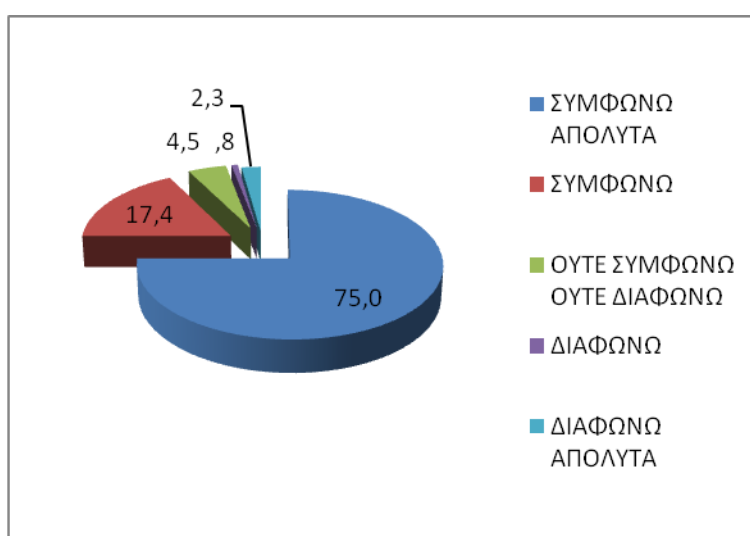


## ΘΕΡΑΠΕΙΑ

### Ερώτηση 13

Πόλυ μεγάλο είναι το ποσοστό των ατόμων που συμφώνησαν απόλυτα (75,0%) στο να διαμορφωθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα, που να ανταποκρίνεται όσο είναι δυνατόν καλύτερα στις ανάγκες και τις ικανότητες τόσο των παιδιών όσο και των γονέων τους. Συμφώνησαν 17,4%, ενώ το 4,5% ούτε συμφώνησε, ούτε διαφώνησε. Αρνητικοί ήταν το ποσοστό 3,1%, που από το οποίο το 0,8% διαφώνησε και το 2,3% διαφώνησε απόλυτα.

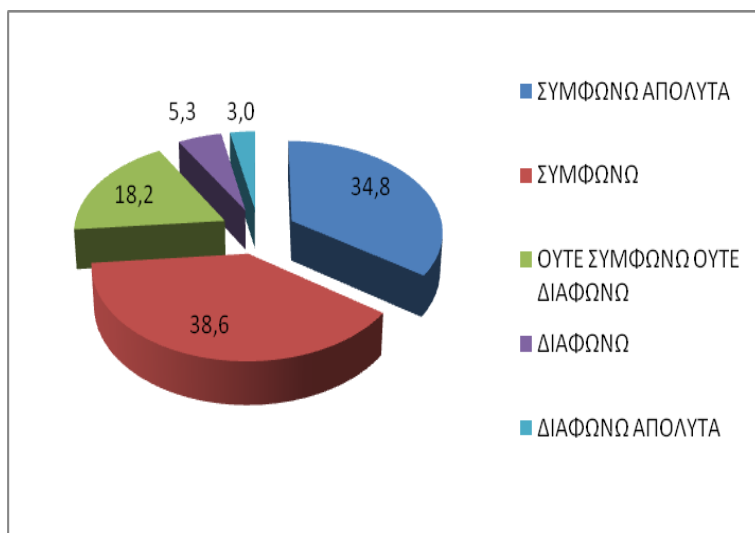
Διάγραμμα 13.



#### Ερώτηση 14

Στη ερώτηση το αν τα παιδιά με βαριά νοητική υστέρηση χρειάζεται να πάνε σε ειδικά οικοτροφεία ή ειδικά ιδρύματα, το 38,6% συμφωνεί και το 34,8% συμφωνεί απόλυτα. Το 18,2% ούτε συμφωνεί, ούτε διαφωνεί. Μόνο το 5,3% διαφωνεί και το 3,0% διαφωνεί απόλυτα.

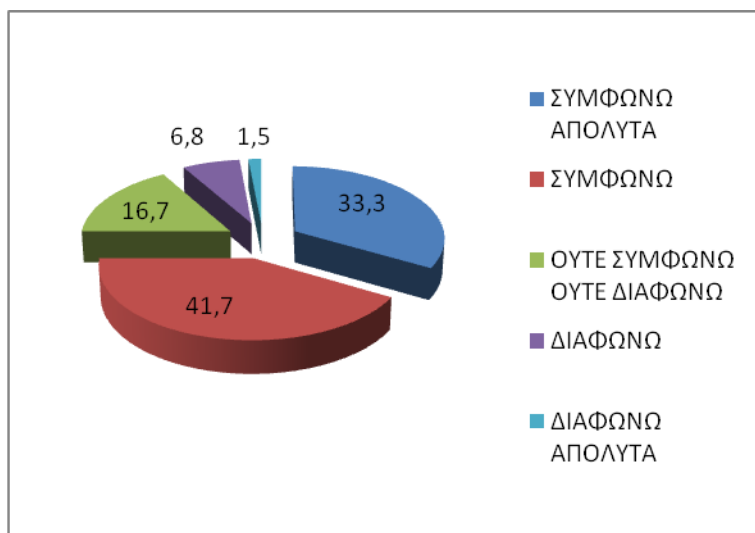
**Διάγραμμα 14.**



#### Ερώτηση 15

Τα αποτελέσματα του ακόλουθου διαγράμματος αφορά στο αν η θεραπευτική απόφαση για παιδιά με ήπια καθυστέρηση είναι να παραμείνουν στο σπίτι τους με παροχή οικογενειακής και ειδικής εκπαίδευσης. Το 41,7% συμφωνεί και το 33,3% συμφωνεί απόλυτα στην προαναφερόμενη άποψη. Ουδέτερη άποψη έχουν μόνο το 16,7%. Διαφώνησε μόνο το 6,8% και διαφώνησε απόλυτα το 1,5%.

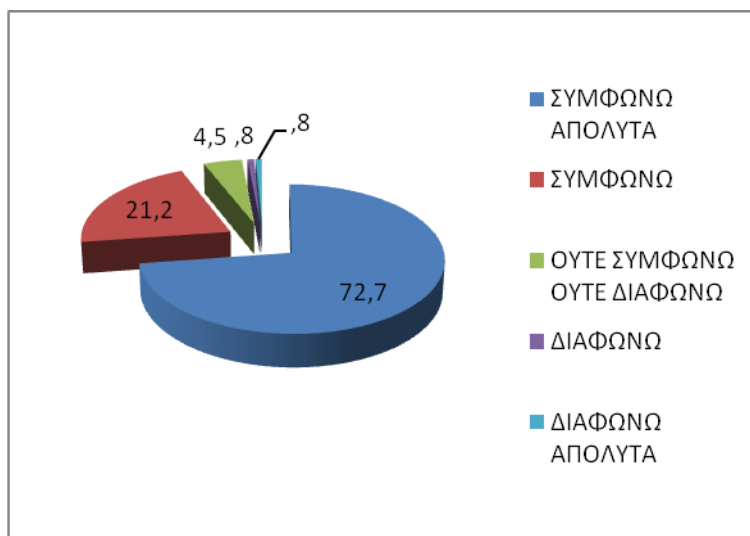
**Διάγραμμα 15.**



### Ερώτηση 16

Το ποσοστό των ατόμων που συμφωνούν απόλυτα στο ότι οι γονείς όλων των παιδιών με νοητική υστέρηση έχουν ανάγκη από υποστηρικτική-συμβουλευτική ψυχοθεραπεία και εκπαίδευση σε συμπεριφορικές τεχνικές είναι συγκριτικά με τα άλλα αρκετά μεγάλο, 72,7%, καθώς και το 21,2% έχει απαντήσει ότι συμφωνεί. Μόνο το 4,5% είχε ουδέτερη στάση. Ενώ το ποσοστό των ατόμων που απάντησαν ότι διαφωνούν και ότι διαφωνούν απόλυτα είναι ίσο, 0,8%.

**Διάγραμμα 16.**



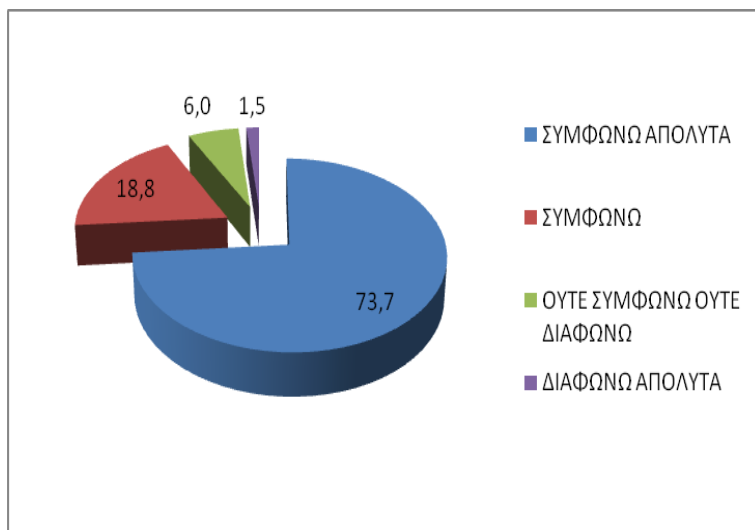
### **ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ/ ΚΡΑΤΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ**

#### Ερώτηση 17

Με την ενότητα αυτή εξετάζουμε τις απόψεις των ερωτώμενων για τις παροχές της κρατικής μέριμνας και την νομοθεσία απέναντι στα άτομα με νοητική υστέρηση, διαπιστώνουμε ότι μεγάλο μέρος του ποσοστού έχει απαντήσει ότι συμφωνεί απόλυτα τουλάχιστον στις δυο πρώτες ερωτήσεις. Το 73,7% του πληθυσμού συμφωνεί απόλυτα στο ότι το κράτος πρέπει να προωθεί τρόπους που διευκολύνουν την ομαλή επανένταξη στην κοινωνία των ατόμων με νοητική υστέρηση. Το 18,8% συμφωνεί, το 6,0% είναι ουδέτερο, ενώ το 1,5% διαφωνεί απόλυτα.



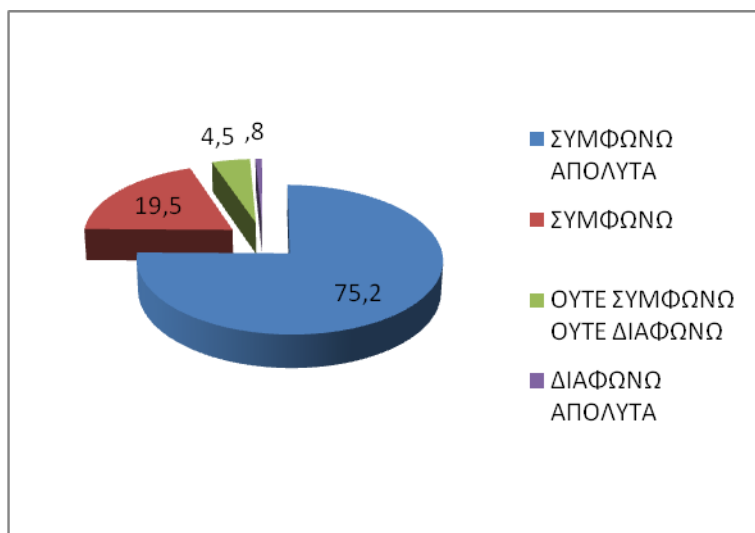
Διάγραμμα 17.



### Ερώτηση 18

Οι ερωτώμενοι στην ερώτηση αν το κράτος πρέπει να χρηματοδοτεί προγράμματα που στοχεύουν στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών σε θέματα που αφορούν τα άτομα αυτά, κράτησαν μια θετικά απόλυτη στάση με ποσοστό 75,2%. Το 19,5% συμφώνησε, ενώ το 4,5% ήταν ουδέτερο. Μόνο το 0,8% διαφώνησε.

Διάγραμμα 18.

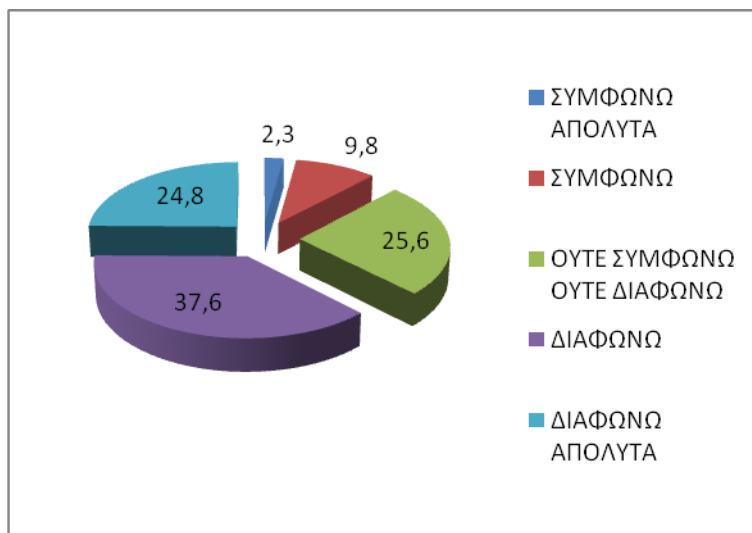


### Ερώτηση 19

Στο επόμενο διάγραμμα παρουσιάζεται το κατά πόσο συμφωνούν ή διαφωνούν ότι το ελληνικό κράτος έχει ενδιαφερθεί σε ικανοποιητικό βαθμό για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με νοητική υστέρηση. Το 2,3% συμφωνεί απόλυτα, ενώ το 24,8% διαφωνεί

απόλυτα. Το 37,6% διαφωνεί στις ικανοποιητικές παροχές του ελληνικού κράτους, ενώ το 9,8% συμφωνεί. Μόνο το 25,6% κράτησε ουδέτερη στάση σε αυτήν την ερώτηση.

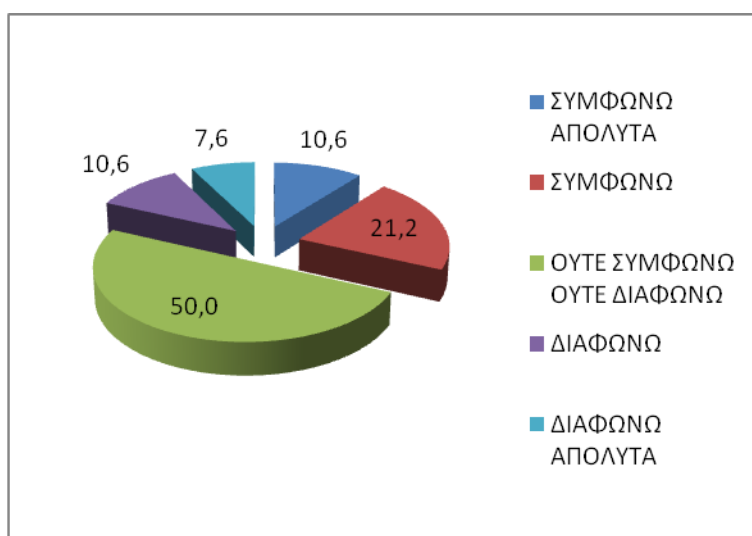
**Διάγραμμα 19.**



### Ερώτηση 20

Σε αντίθεση με την προηγούμενη ερώτηση μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων κράτησαν ουδέτερη στάση στο αν τα άτομα αυτά δεν πρέπει να ψηφίζουν, με 50% του ποσοστού. Το 21,2% συμφώνησε και το 10,6% συμφώνησε απόλυτα. Ίδιο ποσοστό, με το τελευταίο είναι και όσοι διαφώνησαν, ενώ όσοι διαφώνησαν απόλυτα είναι 7,6%.

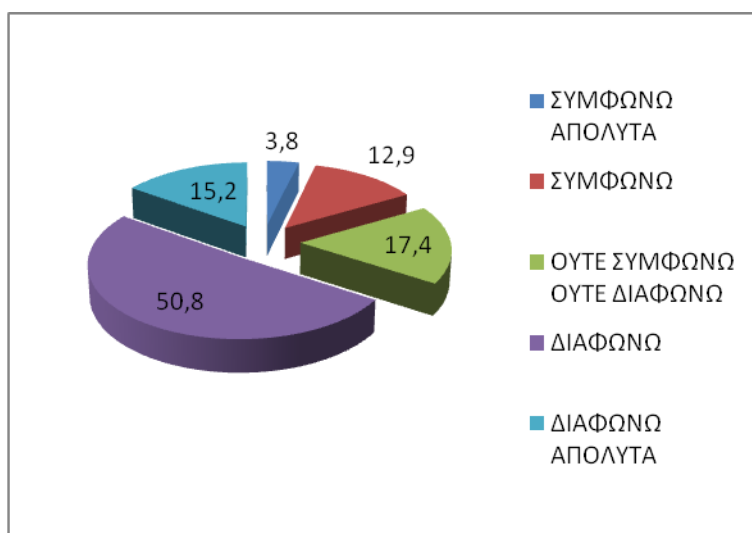
**Διάγραμμά 20.**



### Ερώτηση 21

Στο αν τα άτομα με ελαφριά νοητική υστέρηση δεν πρέπει να επιτρέπεται η μετακίνηση τους εκτός χώρου του σπιτιού ή του ξενώνα, όπου διαμένουν, το 50,8% του ποσοστού διαφώνησε. Το ποσοστό 17,4% είναι το ποσοστό των ατόμων που κράτησαν μια ουδέτερη στάση. Το 15,2% διαφώνησε απόλυτα και το 12,9% συμφώνησε. Πολύ μικρό ήταν το ποσοστό των ατόμων που συμφώνησαν απόλυτα, 3,8%.

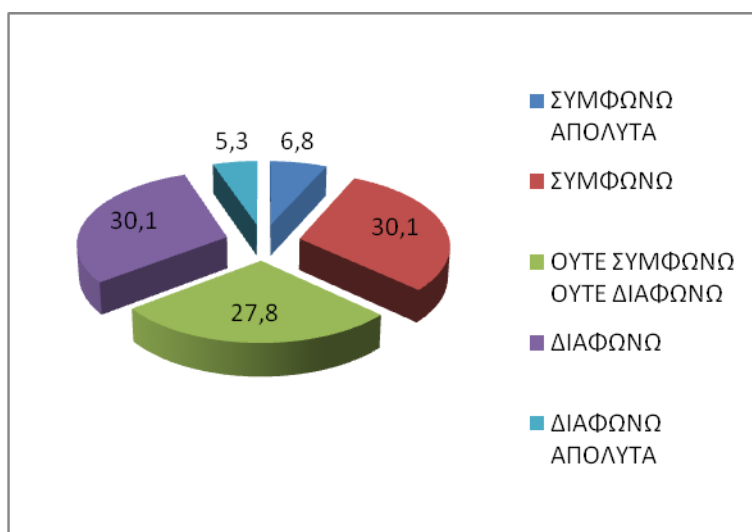
**Διάγραμμα 21.**



### Ερώτηση 22

Ουδέτερη στάση κράτησαν οι ερωτώμενοι και στο αν τα άτομα είναι απαλλαγμένα ευθυνών 27,8%. Όσοι απάντησαν ότι συμφωνούν και όσοι ότι διαφωνούν έχουν ποσοστό ίσο και είναι 30,1%. Το 6,8% συμφώνησε απόλυτα, ενώ το 5,3% διαφώνησε απόλυτα.

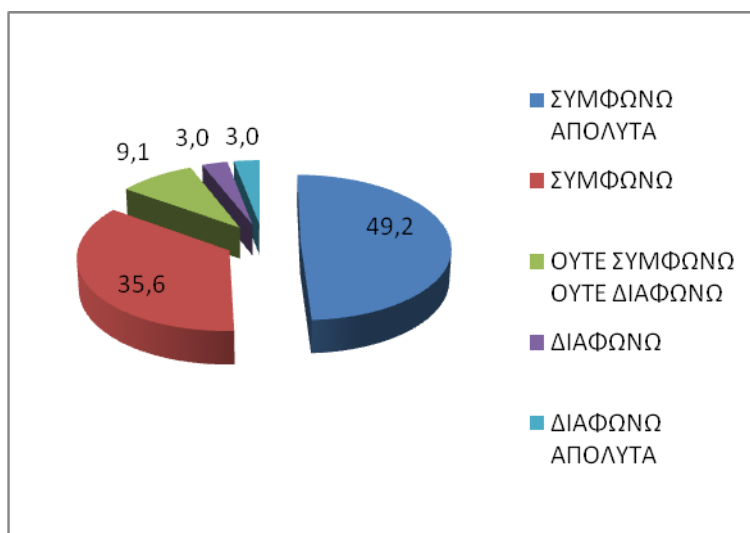
**Διάγραμμα 22.**



### Ερώτηση 23

Στο αν τα άτομα με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές έχουν ίσα δικαιώματα με τον γενικό πληθυσμό φανερώνει ότι ο πληθυσμός είναι θετικός σε αυτή την άποψη. Το 49,2% συμφωνεί απόλυτα και το 35,6% συμφωνεί. Μόνο το 9,1 είναι ουδέτερο. Ενώ όσοι διαφωνούν απόλυτα και διαφωνούν είναι ίσο το ποσοστό τους, 3,0%.

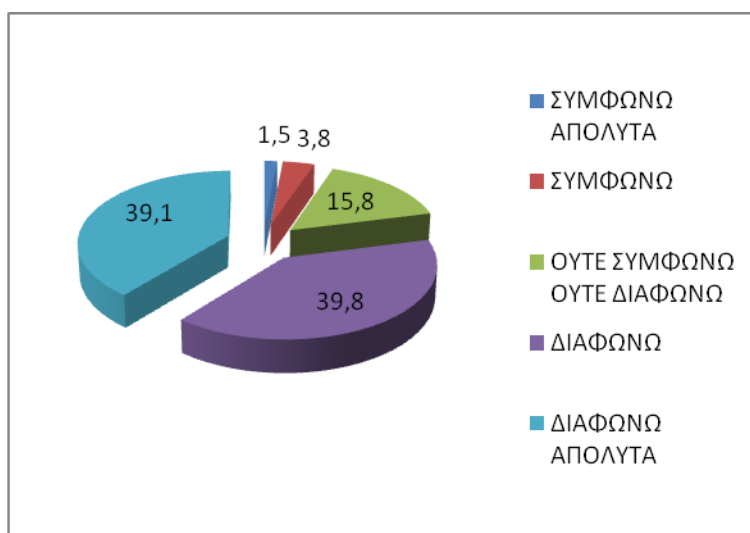
**Διάγραμμα 23.**



### Ερώτηση 24

Στο ακόλουθο διάγραμμα το 39,8% διαφωνεί στο ότι το κράτος έχει μεριμνήσει πλήρως για την ποιότητα ζωής και την κάλυψη των αναγκών των ατόμων αυτών. Το 39,1% διαφωνεί απόλυτα με την προαναφερόμενη άποψη. Το 15,8% κρατάει μια πιο ουδέτερη στάση. Ενώ μόλις το 3,8% αποτελεί όσους απάντησαν ότι συμφωνούν και το 1,5% όσους συμφωνούν απόλυτα.

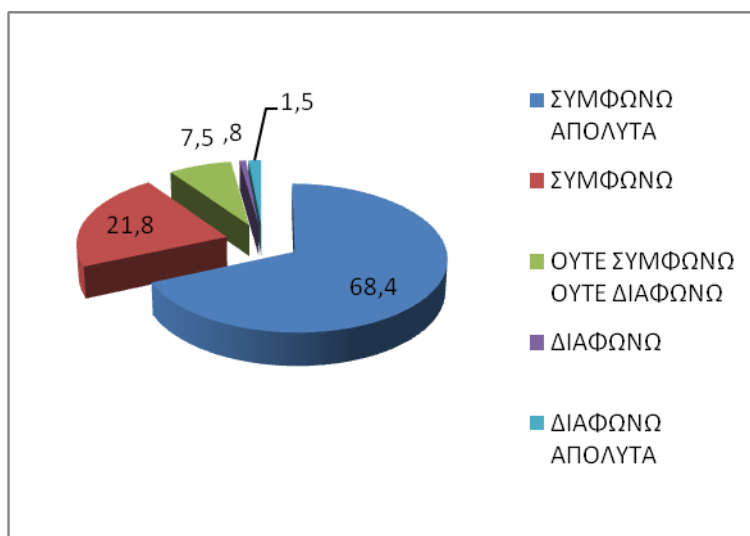
**Διάγραμμα 24.**



### Ερώτηση 25

Μεγάλο είναι το ποσοστό των ατόμων που απάντησαν ότι συμφωνούν στο ότι το κράτος θα πρέπει να έχει φροντίσει ώστε να καλύπτονται πλήρως οι ανάγκες των ατόμων με νοητική υστέρηση για να εξυπηρετούνται καλύτερα στην καθημερινότητα τους, συγκεκριμένα είναι 68,4%. Το 21,8% συμφωνεί και το 7,5% ουτε συμφωνεί, ούτε διαφωνεί. Μόνο 0,8% διαφωνεί και 1,5% διαφωνεί απόλυτα.

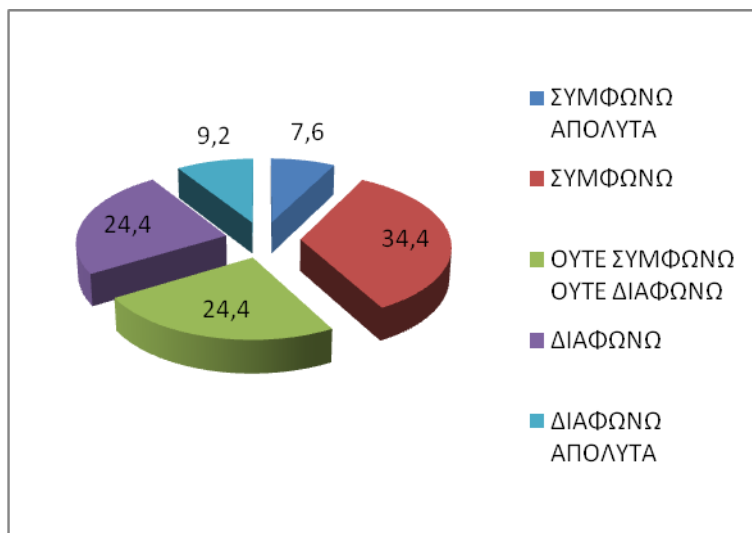
Διάγραμμα 25.



### Απάντηση 26

Από το πληθυσμό των ερωτηθέντων το 34,4% συμφωνούν ότι δεν είναι αναγκαίο να κυκλοφορούν τα άτομα με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές αν η μετακίνηση τους είναι δύσκολη. Ποσοστό 24,4% είναι και όσοι διαφώνησαν και όσοι κράτησαν μια ουδέτερη στάση. Το 7,6% συμφώνησε απόλυτα, ενώ το 9,2% διαφώνησε απόλυτα.

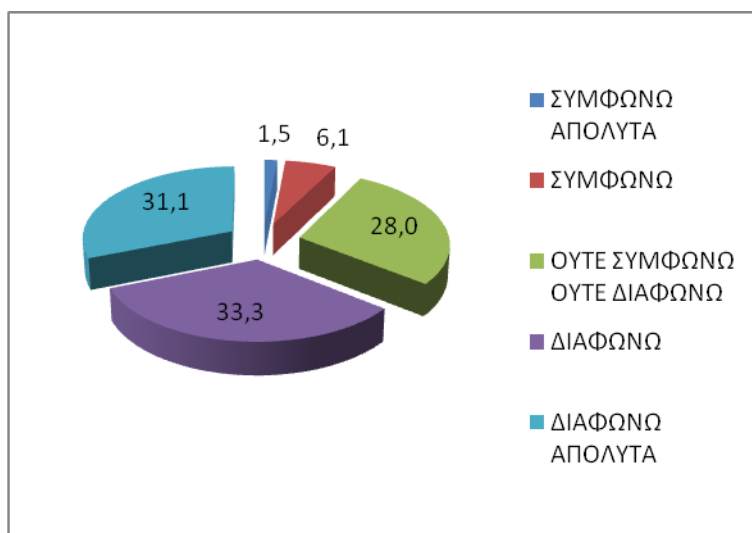
Διάγραμμα 26.



### Ερώτηση 27

Για το αν πιστεύουν ότι τα προγράμματα που υπάρχουν στις κοινότητες για τα άτομα με νοητική υστέρηση είναι υπέρ αρκετά το 33,3% του ποσοστού διαφωνεί και το 31,1% διαφωνεί απόλυτα. Το 28,0% κράτησαν μια ουδέτερη στάση. Μόνο το 6,1% συμφώνησε και το 1,5% συμφώνησε απόλυτα.

Διάγραμμα 27.

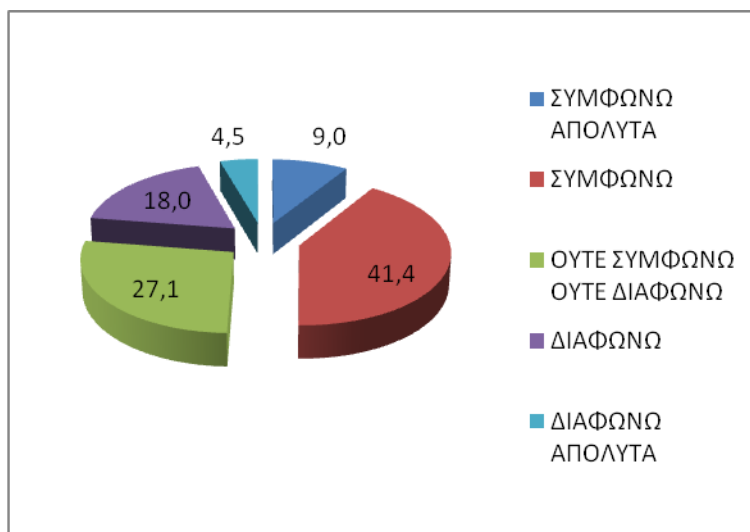


### Ερώτηση 28

Στο παρακάτω διάγραμμα παρουσιάζονται οι απαντήσεις στο αν τα παιδιά με νοητική υστέρηση που είναι εκπαιδύσιμα θα πρέπει να εντάσσονται κανονικά στα σχολεία μαζί με τα υπόλοιπα παιδιά. Το μεγαλύτερο ποσοστό του συνόλου συμφώνησε με την προαναφερόμενη

άποψη, συγκεκριμένα 41,4%. Ουδέτερη στάση κράτησε το 27,1%, ενώ το 18,% διαφώνησε. Όσοι συμφώνησαν απόλυτα ήταν 9,0% και όσοι διαφώνησαν απόλυτα 4,5%.

Διάγραμμα 28.

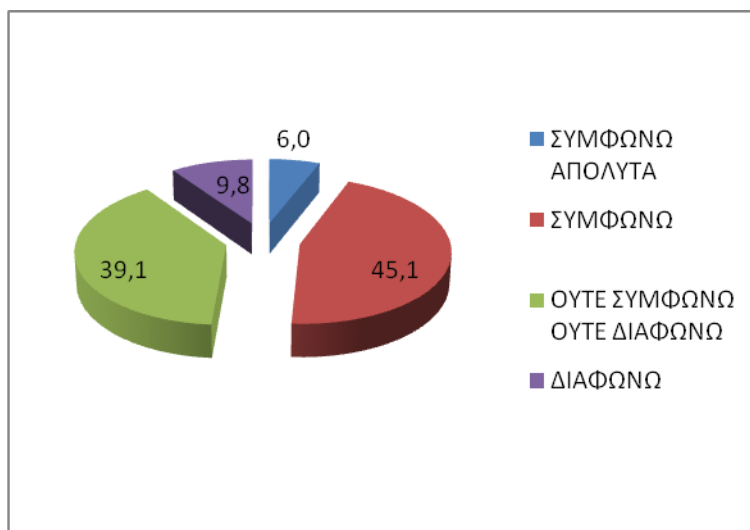


## ΑΝΤΙΑΔΗΨΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

### Ερώτηση 29

Το ποσοστό του πληθυσμού που απάντησε θετικά ότι τα άτομα αυτά είναι ικανά για εργασία εξειδικευμένη ή μη, κυμάνθηκε στο 45,1%. Μεγάλο ποσοστό είναι εκείνο που απάντησε ότι ούτε συμφωνεί, ούτε διαφωνεί, 39,1%. Μόνο το 6,0% συμφώνησε απόλυτα. Το 9,8% διαφώνησε πάνω στην άποψη αυτή.

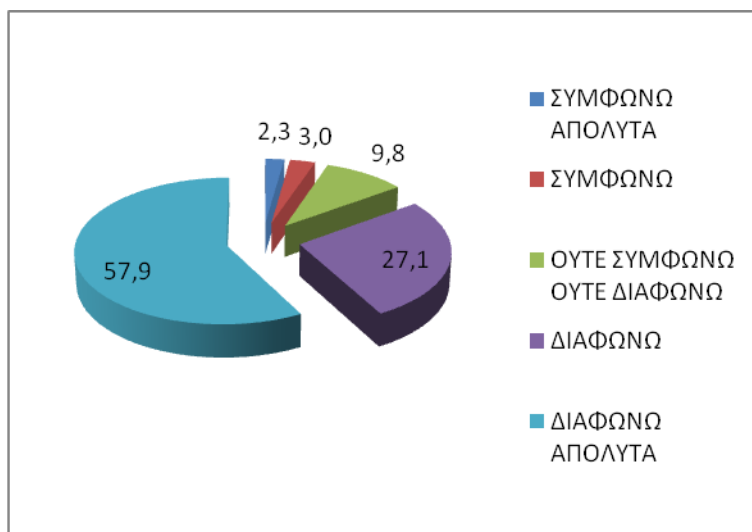
Διάγραμμα 29.



### Ερώτηση 30

Μεγάλο είναι το ποσοστό των ατόμων που απάντησαν ότι διαφωνούν απόλυτα στην άποψη ότι είναι απαγορευμένη η σύναψη φιλικών σχέσεων με άτομα που παρουσιάζουν συνοδά συμπτώματα νοητικής υστέρησης, συγκεκριμένα 57,9%. Το 27,1% διαφωνούν, ενώ μόνο το 9,8% κράτησαν ουδέτερη στάση. Το 2,3% συμφώνησε απόλυτα και το 3,0% συμφώνησε.

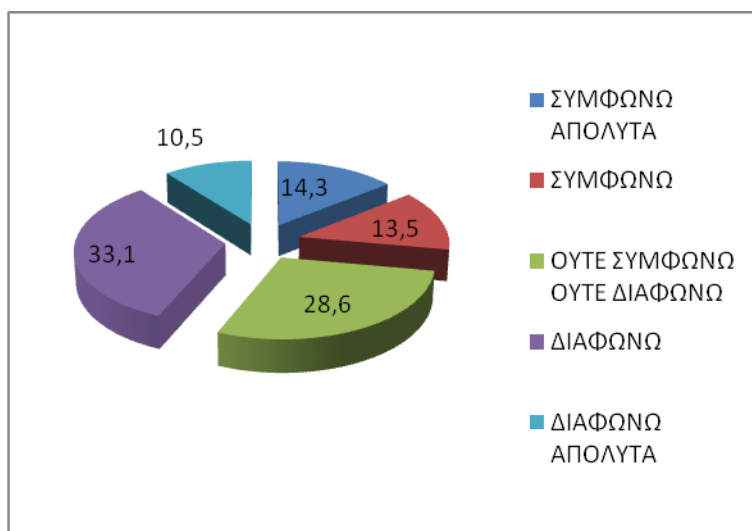
Διαγράμμα 30.



### Ερώτηση 31

Το παρακάτω διάγραμμα παρουσιάζει το αν πιστεύουν οι ερωτώμενοι ότι είναι απαγορευμένη η σύναψη ερωτικών σχέσεων με άτομα που παρουσιάζουν συνοδά συμπτώματα νοητικής υστέρησης. Το 33,1% του πληθυσμού διαφωνεί, καθώς και το 10,5% διαφώνησε απόλυτα. Το 28,6% ούτε συμφώνησε, ούτε διαφώνησε. Υπήρξε και ένα ποσοστό του πληθυσμού που απάντησαν ότι συμφωνούν και ότι συμφωνούν απόλυτα, 13,5% και 14,3% αντίστοιχα.

Διάγραμμα 31.

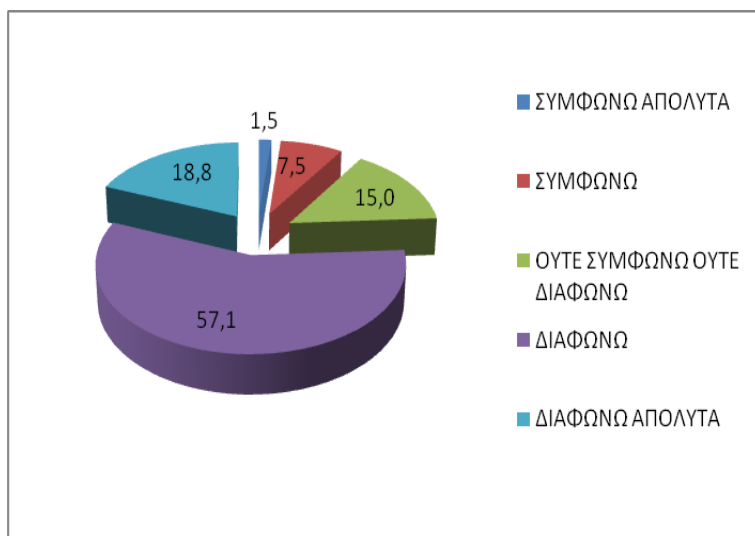




### Ερώτηση 32

Σε αυτό το διάγραμμα παρουσιάζεται ένα μεγάλο ποσοστό που είναι αρνητικοί στο αν η συνεργασία (σε επαγγελματικό- προσωπικό επίπεδο) με άτομα με νοητική υστέρηση είναι ανέφικτη, 57,1%, ενώ υπάρχει και ένα 18,8% που διαφωνεί απόλυτα. Το 15,0% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί. Υπάρχει και ένα μικρό ποσοστό οπού απάντησαν ότι συμφωνούν, 7,5% συμφωνούν και 1,5% συμφωνούν απόλυτα.

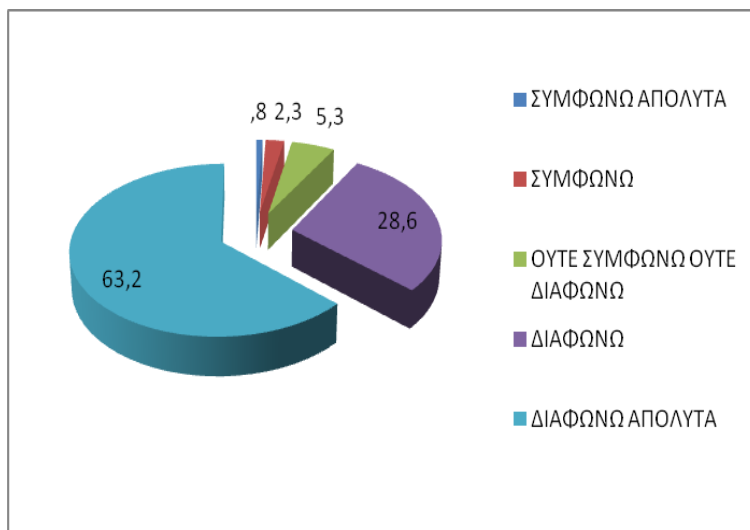
**Διάγραμμα 32.**



### Ερώτηση 33

Μεγάλο είναι το ποσοστό των ατόμων που διαφωνούν στο ότι δεν θα πρέπει να επισκέπτονται τους ανθρώπους με νοητική υστέρηση που διαμένουν σε κοινοτικό πλαίσιο του Δήμου Χαλανδρίου οι συγγενείς τους, 91,8%, από το οποίο προκύπτει συγκεκριμένα 63,2% διαφωνούν απόλυτα και 28,6% διαφωνούν. Το 5,3% ούτε συμφώνησε ούτε διαφώνησε. Ενώ υπήρξε και πληθυσμός που συμφώνησε, 2,3% συμφώνησε και 0,8% συμφώνησε απόλυτα.

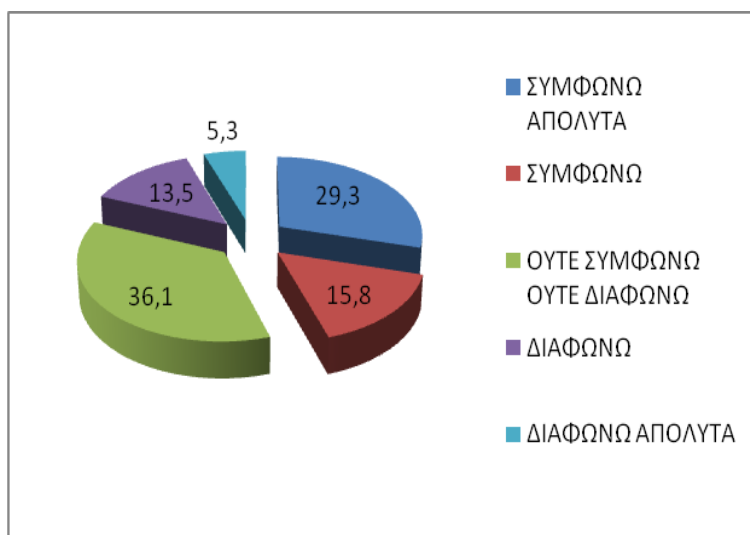
Διάγραμμα 33.



#### Ερώτηση 34

Το παρακάτω διάγραμμα παρουσιάζει τις απόψεις του δείγματος σχετικά με το αν θεωρούν ότι στα άτομα με νοητική υστέρηση δεν πρέπει να επιτρέπεται να κάνουν παιδιά. Το 36,1% του πληθυσμού ήταν ουδέτερο, ενώ το 29,3% συμφώνησε απόλυτα και το 15,8% συμφώνησε. Μόνο το 13,5% διαφώνησε και το 5,3% διαφώνησε απόλυτα.

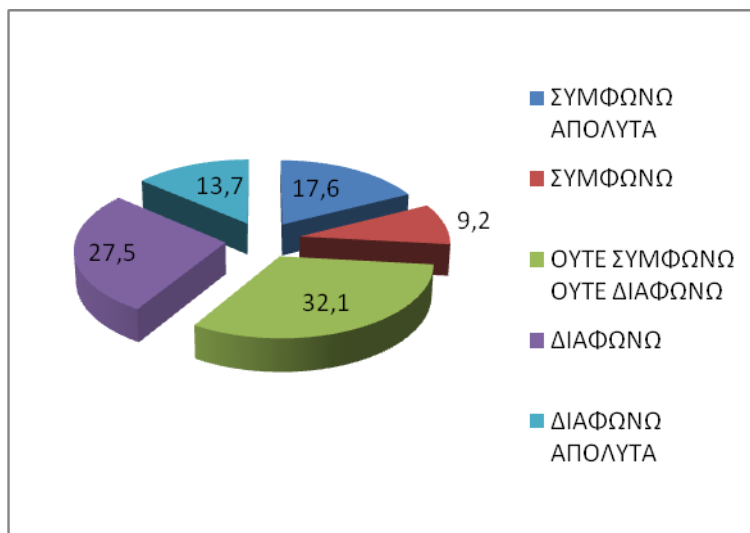
Διάγραμμα 34.



#### Ερώτηση 35

Οι ερωτώμενοι, στο κατά πόσο επιτρέπεται να παντρεύονται τα άτομα με νοητική υστέρηση, κράτησαν μια ουδέτερη στάση με ποσοστό 32,1%. Μόνο 9,2% ήταν το ποσοστό των ατόμων που συμφώνησαν και 17,6% που συμφώνησαν απόλυτα. Αντίθετα, το 27,5% διαφώνησε, ενώ το 13,7% διαφώνησε απόλυτα.

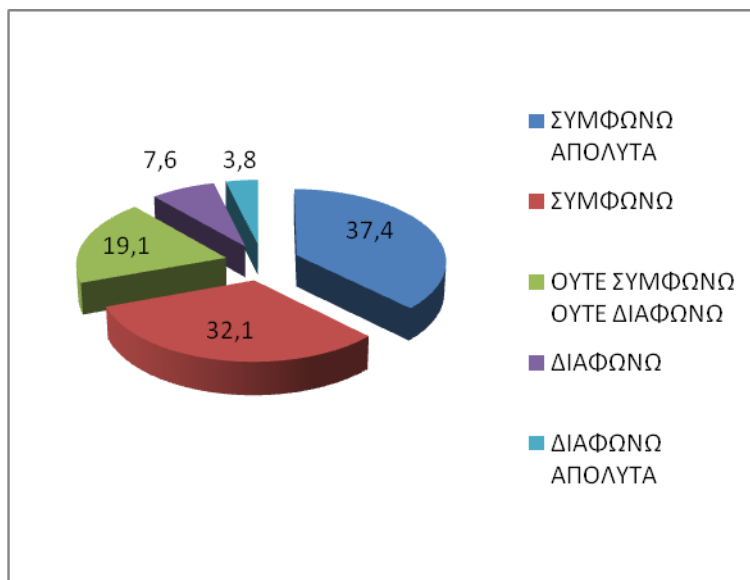
Διάγραμμα 35.



Ερώτηση 36

Το ποσοστό του πληθυσμού που απάντησε θετικά στο αν έχοντας στο φιλικό τους περιβάλλον άτομο με νοητική καθυστέρηση και συνοδές διαταραχές θα ένιωθαν δυσαρέσκεια πλησιάζει το 69,5%, συγκεκριμένα 37,4% συμφωνούν απόλυτα και 32,1% συμφωνούν. Το ποσοστό που ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν ανέρχεται στο 19,1%. Αντίθετα, όσοι ήταν αρνητικοί πλησιάζουν το 11,4%, 7,6% διαφωνούν και 3,8% διαφωνούν απόλυτα.

Διάγραμμα 36.

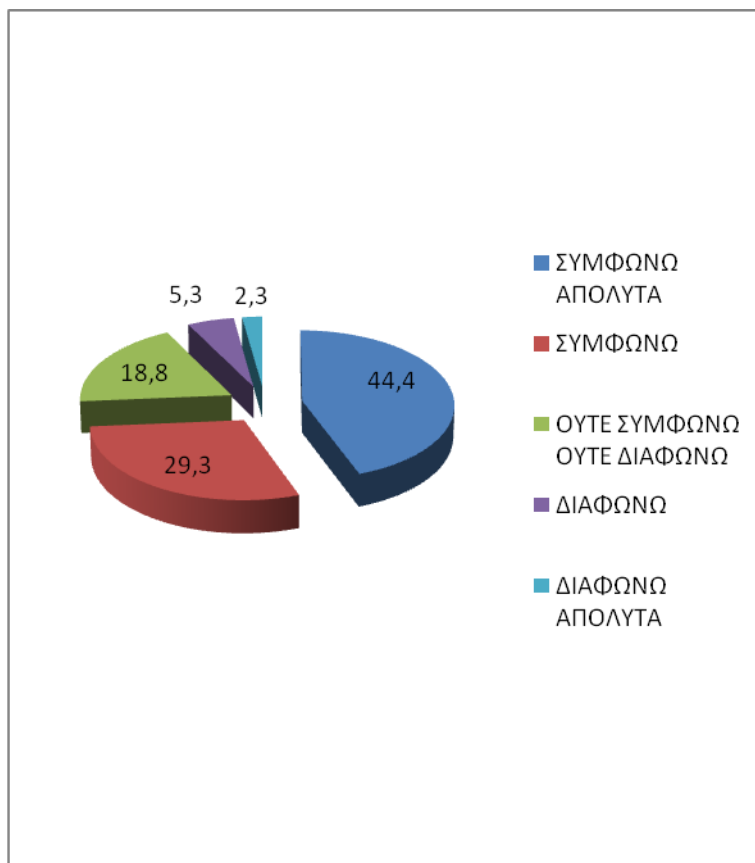


Ερώτηση 37

Τα αποτελέσματα που καταγράφονται σε αυτό το διάγραμμα αφορούν στο κατά πόσο οι ερωτώμενοι του δείγματός μας θα ήταν το ίδιο περήφανοι αν υπήρχε μέλος στην οικογένεια τους με νοητική υστέρηση σε σχέση με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Οι θετικές απαντήσεις που φτάνουν το 73,7%, με 44,4% να συμφωνούν απόλυτα και 29,3% να συμφωνούν. Το ποσοστό

18,8% αντιστοιχεί σε όσους είχαν μια ουδέτερη στάση. Υπήρχξαν και άτομα που απάντησαν αρνητικά, με διαφωνώ 5,3% και με διαφωνώ απόλυτα 2,3%.

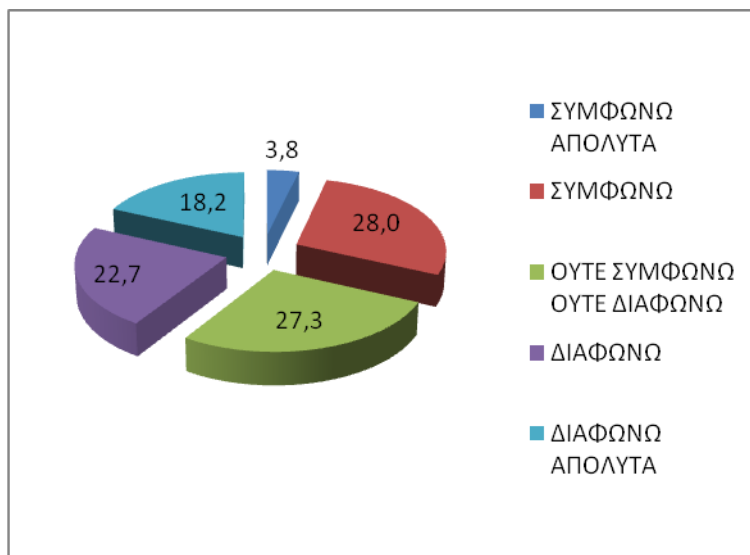
Διάγραμμα 37.



### Ερώτηση 38

Το παρακάτω διάγραμμα αφορά το αν νιώθουν οίκτο/λύπη όταν συναντούν άτομα με νοητική υστέρηση. Το 28,0% συμφωνεί με την προαναφερόμενη άποψη, ενώ χωρίς μεγάλη διαφορά το 27,3% παραμένουν ουδέτεροι. Το 22,7% δηλώνει ότι διαφωνεί, ενώ πλησιάζει σε τιμή και το διαφωνώ απόλυτα, με τιμή 18,2%. Ένα πολύ μικρό ποσοστό 3,8% δηλώνει ότι συμφωνεί απόλυτα.

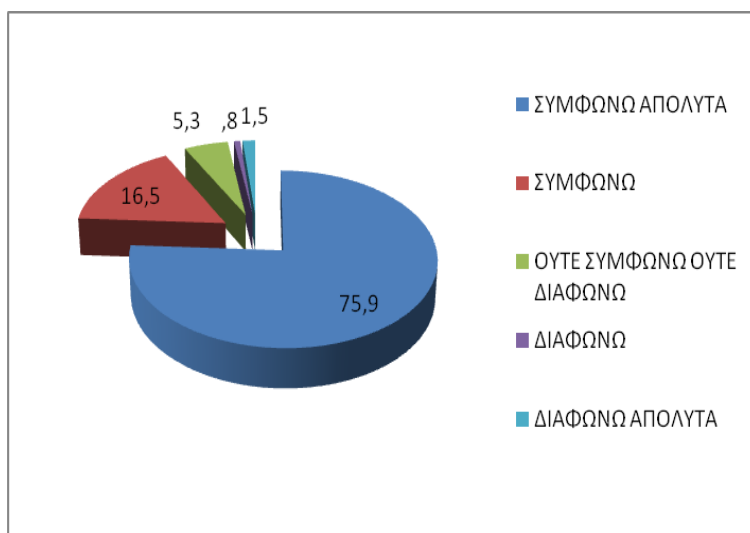
**Διάγραμμα 38.**



Ερώτηση 39

Μεγάλο είναι το ποσοστό που συμφωνούν, 92,4%, ότι θαυμάζουν άτομα με νοητική υστέρηση που προσπαθούν να είναι ενεργά και δραστήρια, αναλυτικά 75,9% συμφωνούν απόλυτα και 16,5% συμφωνούν. Μικρό είναι το ποσοστό στις υπόλοιπες διακυμάνσεις, 5,3% ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ, 0,8% διαφωνούν και 1,5% διαφωνούν απόλυτα.

**Διάγραμμα 39.**

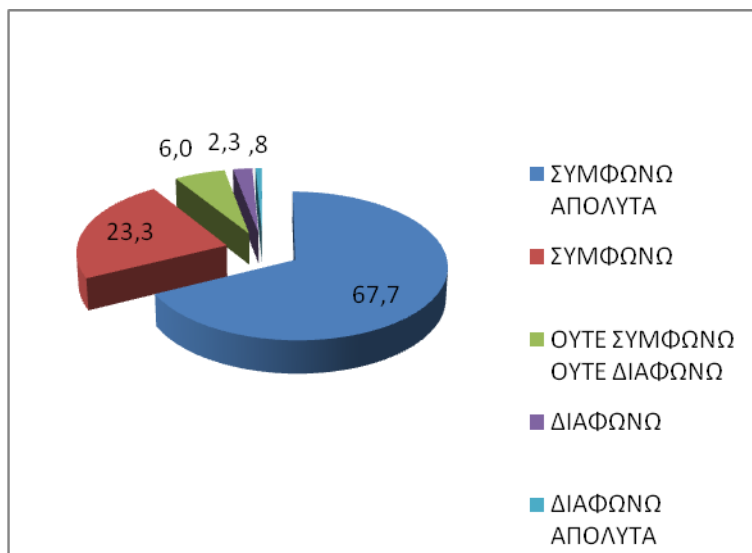


Ερώτηση 40

Ένα ακόμα μεγάλο ποσοστό συμφωνεί, 91% και στο ότι θαυμάζουν τις οικογένειες ατόμων με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές, συγκεκριμένα 67,7% συμφωνούν απόλυτα και 23,3% συμφωνούν. Όσοι κράτησαν μια ουδέτερη στάση ανέρχονται στο 6,0% και

όσοι είχαν μια αρνητική στάση υπολογίζονται γύρω 3,1%, 2,3 διαφωνούν και 0,8% διαφωνούν απόλυτα.

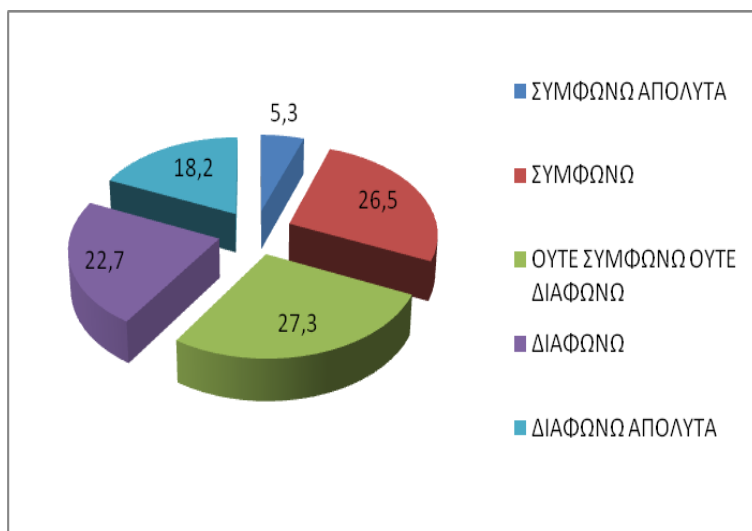
**Διάγραμμα 40.**



#### Ερώτηση 41

Το ακόλουθο διάγραμμα παρουσιάζει το ποσοστό των ατόμων που απάντησαν στο κατά πόσο αισθάνονται οίκτο και λυπούνται τις οικογένειες ατόμων με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές. Ο πληθυσμός μας κυμάνθηκε από το συμφωνώ μέχρι το διαφωνώ, αφού οι τιμές και των τριων διακυμάνσεων είναι αρκετά κοντά, 27,3% κράτησαν ουδέτερη στάση, 26,5% συμφώνησαν και 22,7% διαφώνησαν. Μεγάλο ποσοστό είναι και όσων διαφώνησαν απόλυτα με 18,2%, ενώ αυτοί που συμφώνησαν απόλυτα είναι μόνο 5,3%.

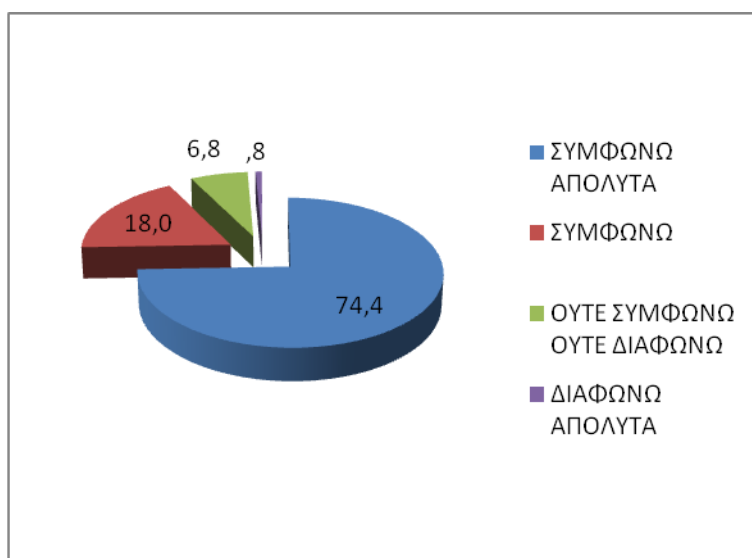
**Διάγραμμα 41.**



### Ερώτηση 42

Στην ακόλουθη ερώτηση μεγάλο είναι το ποσοστό αυτών που απάντησαν ότι συμφωνούν απόλυτα, 74,4%, στο ότι οι οικογένειες των ατόμων αυτών είναι αξιοθαύμαστες για την στήριξη και αρωγή που προσφέρουν στα συγκεκριμένα μέλη τους. Το 18,0% απάντησε ότι συμφωνεί, ενώ το 6,8% ότι ούτε συμφωνεί, ούτε διαφωνεί. Μόνο 0,8% είναι το ποσοστό των ατόμων που απάντησαν ότι διαφωνούν, ενώ δεν υπάρχει κάποιος που να διαφώνησε απόλυτα με την παραπάνω άποψη.

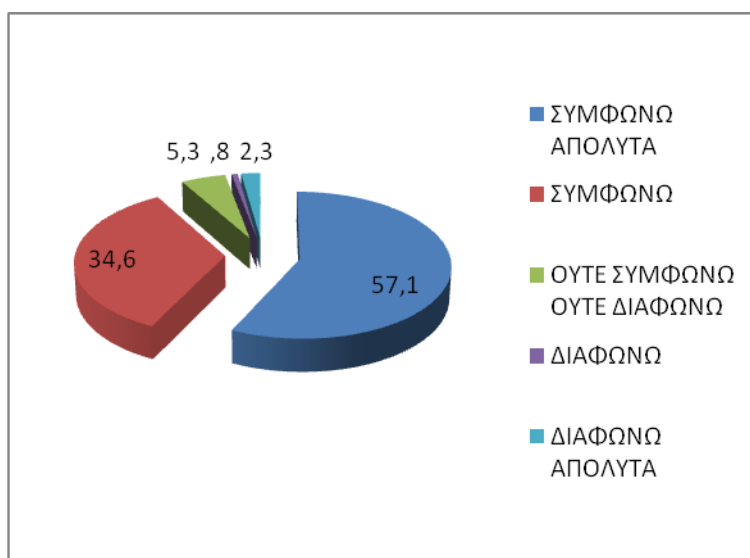
**Διάγραμμα 42.**



### Ερώτηση 43

Μεγάλο είναι το ποσοστό και όσων απάντησαν ότι τα άτομα με νοητική υστέρηση θα πρέπει να εντάσσονται στην κοινωνία, ανέρχεται στο 91,7% από τα οποία το 57,1% συμφώνησε απόλυτα και το 34,6% συμφώνησε. Μόνο 5,3% κράτησαν ουδετερότητα. Ενώ αυτή που διαφωνούσαν είναι μόνο 3,1%, 0,8% διαφώνησε και 2,3% διαφώνησε απόλυτα.

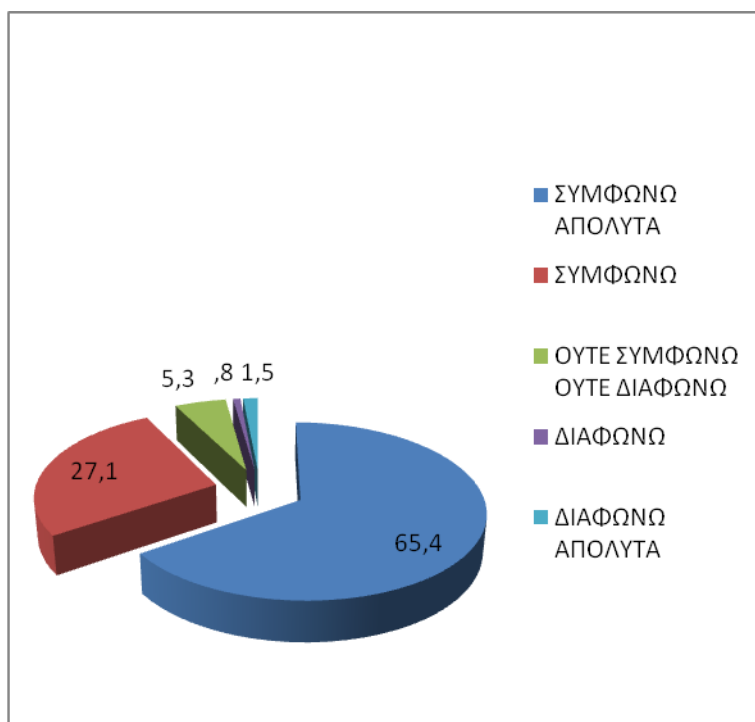
Διάγραμμα 43.



#### Ερώτηση 44

Στο αν πρέπει να δημιουργηθούν και άλλα προγράμματα με στόχο την επανένταξη και ενεργό συμμετοχή (όσο είναι εφικτή) των ατόμων στην κοινωνία το ποσοστό που είναι θετικό φτάνει το 92,5%, με 65,4% να συμφωνεί απόλυτα και 27,1% να συμφωνεί. Το 5,3% ούτε συμφωνεί, ούτε διαφωνεί. Ενώ το 0,8% διαφωνούσε και 1,5% διαφωνούσε απόλυτα.

Διάγραμμα 44.

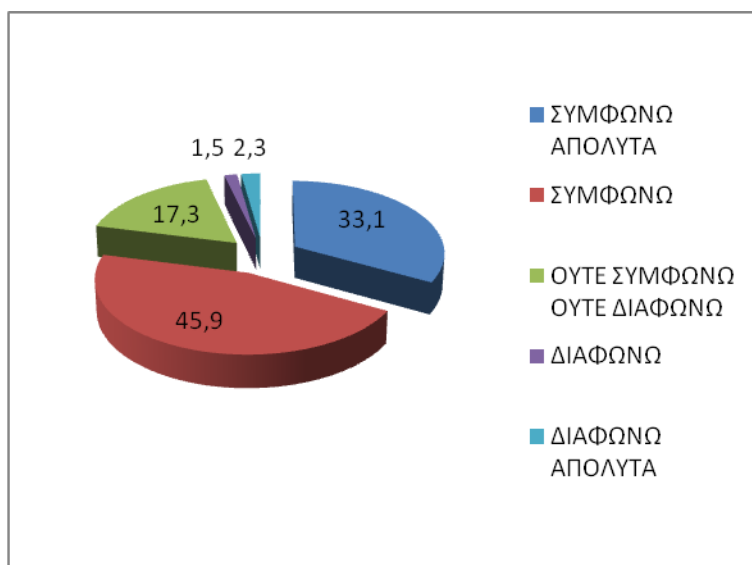




#### Ερώτηση 45

Στο ακόλουθο διάγραμμα παρουσιάζεται το κατά πόσο πιστεύουν οι ερωτώμενοι ότι τα κοινοτικά σπίτια/ξενώνες που φιλοξενούν άτομα με νοητική υστέρηση συμβάλλουν στην κοινωνική ένταξη. Το 33,1% συμφωνεί απόλυτα και το 45,9% συμφωνεί. Μόνο το 17,3% είναι ουδέτερο. Ενώ αυτοί που διαφώνησαν είναι 1,5% και αυτοί που διαφώνησαν απόλυτα είναι 2,3%.

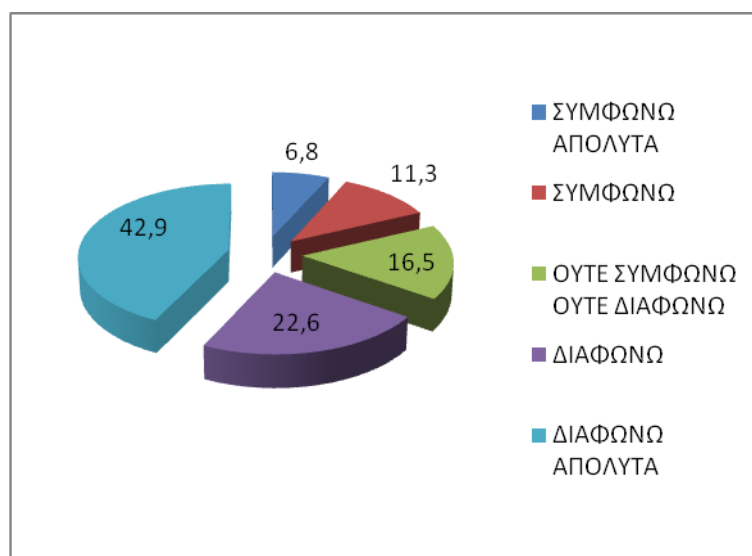
**Διάγραμμα 45.**



#### Ερώτηση 46

Σε αντίθεση με την προηγούμενη ερώτηση, στην ερώτηση κατά πόσο γνωρίζουν άτομα που φιλοξενούνται σε κάποιο κοινοτικό σπίτι/ ξενώνα που βρίσκονται στο Δήμο, δείχνει ότι είναι μεγάλο το ποσοστό όσων δεν τους γνωρίζουν. Το 42,9% διαφώνησε απόλυτα και το 22,6% διαφώνησε. Το 16,5% είναι ουδέτερο. Μόνο το 18,1% απάντησε ότι γνωρίζει τα κοινοτικά σπίτια, το 11,3% συμφώνησε και το 6,8% συμφώνησε απόλυτα.

Διάγραμμα 46.



\*Οι πίνακες των παραπάνω διαγραμμάτων παρατίθενται στο παράρτημα.

## 6.2. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

### 6.2.1. Συσχετισμός φύλου με απόψεις για κρατική μέριμνα / νομοθεσία

1. Με βάση τον πίνακα που ακολουθεί η μέση τιμή των ανδρών η οποίοι συμφωνούν στο ότι το κράτος πρέπει να προωθεί τρόπους που διευκολύνουν την ομαλή επανένταξη στην κοινωνία των ατόμων με νοητική υστέρηση είναι 1,59 , ενώ η μέση τιμή των γυναικών οι οποίες συμφωνούν στην ίδια ερώτηση είναι 1,27.

Από τον συσχετισμό του φύλου με την άποψη του δείγματος σχετικά με το ότι το κράτος πρέπει να προωθεί τρόπους που διευκολύνουν την ομαλή επανένταξη στην κοινωνία των ατόμων με νοητική υστέρηση, προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών σε σχέση με την παραπάνω άποψη. Αυτό συμβαίνει καθώς έχουμε  $\text{sig.}=0,005$ , δηλαδή  $<0,05$ .

2. Σχετικά με το αν σχετίζεται το φύλο με το αν πιστεύουν ότι το κράτος πρέπει να χρηματοδοτεί προγράμματα που στοχεύουν στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών σε θέματα που αφορούν τα άτομα με νοητική υστέρηση, η μέση τιμή των ανδρών οι οποίοι συμφωνούν με αυτή την άποψη είναι 1,56 , ενώ η μέση τιμή των γυναικών οι οποίες συμφώνησαν με αυτό είναι 1,25.

Παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών η οποία επηρεάζει την άποψη του δείγματος στο ότι το κράτος πρέπει να χρηματοδοτεί προγράμματα που στοχεύουν στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών σε θέματα που αφορούν τα άτομα με νοητική υστέρηση κι αυτό γιατί έχουμε  $\text{sig.}=0,001 < 0,05$ .

3. Σχετικά με το αν σχετίζεται το φύλο με το αν πιστεύουν ότι το ελληνικό κράτος έχει ενδιαφερθεί σε ικανοποιητικό βαθμό για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής ατόμων με νοητική υστέρηση, η μέση τιμή των ανδρών οι οποίοι φαίνεται ότι διαφωνούν σ' αυτό είναι 3,69, ενώ η μέση τιμή των γυναικών οι οποίες και εκείνες διαφώνησαν είναι 3,74.

Σχετικά με τον παραπάνω συσχετισμό, επειδή έχουμε  $\text{sig.}=0,638 > 0,05$  δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών όσον αφορά στην άποψη του δείγματός μας για το ότι το ελληνικό κράτος έχει ενδιαφερθεί σε ικανοποιητικό βαθμό για την βελτίωση της ποιότητας ζωής ατόμων με νοητική υστέρηση.

4. Σχετικά με το αν σχετίζεται το φύλο με το αν πιστεύουν ότι στα άτομα με νοητική υστέρηση δεν πρέπει να επιτρέπεται να ψηφίζουν, η μέση τιμή των ανδρών οι οποίοι φαίνεται ότι συμφώνησαν είναι 2,91, ενώ η μέση τιμή των γυναικών οι οποίες και εκείνες συμφώνησαν είναι 2,88.

Παρατηρείται από το sig. το οποίο είναι 0,755, δηλαδή  $> 0,05$ , ότι δεν παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών στην άποψή τους ότι στα άτομα με νοητική υστέρηση δεν πρέπει να επιτρέπεται να ψηφίζουν.

5. Σχετικά με το αν σχετίζεται το φύλο με το αν πιστεύουν ότι στα άτομα με ελαφρά νοητική υστέρηση δεν πρέπει να επιτρέπεται να μετακινούνται ελεύθερα εκτός του χώρου του σπιτιού / ξενώνα, η μέση τιμή των ανδρών οι οποίοι φαίνεται ότι η άποψή τους είναι αρνητική σε σχέση με αυτό είναι 3,66, ενώ η μέση τιμή των γυναικών οι οποίες και εκείνες διαφώνησαν μ' αυτό είναι 3,68.

Από τον παραπάνω συσχετισμό προκύπτει ότι δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών που να επηρεάζει την άποψή τους ότι στα άτομα με ελαφρά νοητική υστέρηση δεν πρέπει να επιτρέπεται να μετακινούνται ελεύθερα εκτός του χώρου του σπιτιού / ξενώνα. Αυτό φαίνεται επειδή έχουμε  $\text{sig.}= 0,983$ , το οποίο είναι  $> 0,05$ .

6. Σχετικά με το αν σχετίζεται το φύλο με το αν πιστεύουν ότι τα άτομα με νοητική υστέρηση πρέπει να είναι απαλλαγμένα ευθυνών, η μέση τιμή των ανδρών οι οποίοι φαίνεται ότι συμφώνησαν σε σχέση μ' αυτό είναι 2,81, ενώ η μέση τιμή των γυναικών οι οποίες και εκείνων η γνώμη ήταν θετική είναι 2,97.

Δεν παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών με το αν πιστεύουν ότι τα άτομα με νοητική υστέρηση πρέπει να είναι απαλλαγμένα ευθυνών κι αυτό γιατί έχουμε  $\text{sig.}= 0,596 > 0,05$ .

7. Σχετικά με το αν σχετίζεται το φύλο με το αν πιστεύουν ότι τα άτομα με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές έχουν ίσα δικαιώματα με τον γενικό πληθυσμό, η μέση τιμή των ανδρών οι οποίοι συμφωνούν με αυτό είναι 1,69, ενώ η μέση τιμή των γυναικών οι οποίες συμφώνησαν με αυτό είναι 1,71.

Σχετικά με τον παραπάνω συσχετισμό, επειδή έχουμε  $\text{sig.}=0,604 > 0,05$  φαίνεται πως δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών που να επηρεάζει την άποψή τους για το αν τα άτομα με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές έχουν ίσα δικαιώματα με τον γενικό πληθυσμό.

**8. Σχετικά με το αν σχετίζεται το φύλο με το αν πιστεύουν ότι το κράτος έχει μεριμνήσει πλήρως για την ποιότητα ζωής και την κάλυψη των αναγκών ατόμων με νοητική υστέρηση**, η μέση τιμή των ανδρών οι οποίοι φαίνεται ότι η άποψή τους είναι αρνητική σε σχέση με αυτό είναι 3,97 , ενώ η μέση τιμή των γυναικών οι οποίες και εκείνες διαφώνησαν μ' αυτό είναι 4,13.

Από τον συσχετισμό του φύλου με το αν πιστεύουν ότι το κράτος έχει μεριμνήσει πλήρως για την ποιότητα ζωής και την κάλυψη των αναγκών ατόμων με νοητική υστέρηση φαίνεται πως δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών σε σχέση με την παραπάνω άποψη, επειδή  $\text{sig.}=0,161 > 0,05$ .

**9. Σχετικά με το αν σχετίζεται το φύλο με το αν πιστεύουν ότι το κράτος θα πρέπει να έχει φροντίσει ώστε να καλύπτονται πλήρως οι ανάγκες των ατόμων με νοητική υστέρηση για να εξυπηρετούνται καλύτερα στην καθημερινότητά τους**, η μέση τιμή των ανδρών οι οποίοι συμφωνούν με αυτή την άποψη είναι 1,66 , ενώ η μέση τιμή των γυναικών οι οποίες συμφώνησαν με αυτό είναι 1,36.

Επειδή έχουμε  $\text{sig.}=0,008 < 0,05$  φαίνεται πως υπάρχει διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών σχετικά με την άποψή τους για το συγκεκριμένο θέμα.

**10. Σχετικά με το αν σχετίζεται το φύλο με το αν πιστεύουν ότι δεν είναι αναγκαίο να κυκλοφορούν τα άτομα με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές αν η μετακίνησή τους είναι δύσκολη**, η μέση τιμή των ανδρών οι οποίοι φαίνεται ότι είχαν θετική άποψη σε σχέση μ' αυτό είναι 2,81, ενώ η μέση τιμή των γυναικών οι οποίες και εκείνων η γνώμη ήταν θετική είναι 2,92.

Από το  $\text{sig.}$ , το οποίο είναι  $0,593 > 0,05$  αντιλαμβανόμαστε ότι δεν εμφανίζεται στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο φύλο και στο αν θεωρούν ότι δεν είναι αναγκαίο να κυκλοφορούν τα άτομα με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές αν η μετακίνησή τους είναι δύσκολη.

**11. Σχετικά με το αν σχετίζεται το φύλο με το αν πιστεύουν ότι τα προγράμματα που υπάρχουν στις κοινότητες για τα άτομα με νοητική υστέρηση είναι υπέρ αρκετά**, η μέση τιμή των ανδρών οι οποίοι διαφωνούν με αυτό είναι 3,88 , ενώ η μέση τιμή των γυναικών οι οποίες και εκείνες διαφώνησαν με αυτό είναι 3,81.

Επειδή έχουμε  $\text{sig.}= 0,764 > 0,05$  φαίνεται πως δεν εξαρτάται η άποψη τους για το συγκεκριμένο θέμα από το φύλο.

12. Σχετικά με το αν σχετίζεται το φύλο με το αν πιστεύουν ότι τα παιδιά με (δια)νοητική καθυστέρηση που είναι εκπαιδεύσιμα θα πρέπει να εντάσσονται κανονικά στα σχολεία μαζί με τα υπόλοιπα παιδιά, η μέση τιμή των ανδρών οι οποίοι φαίνεται ότι συμφώνησαν σε σχέση μ' αυτό όμως τείνουν προς την ουδέτερη στάση είναι 2,53, ενώ η μέση τιμή των γυναικών οι οποίες και εκείνων η γνώμη ήταν θετική πλησιάζοντας την ουδέτερη στάση είναι 2,68.

Σχετικά με τον παραπάνω συσχετισμό, επειδή έχουμε  $\text{sig.}=0,666 > 0,05$  παρατηρούμε πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών στην άποψή τους ότι τα παιδιά με (δια)νοητική καθυστέρηση που είναι εκπαιδεύσιμα θα πρέπει να εντάσσονται κανονικά στα σχολεία μαζί με τα υπόλοιπα παιδιά.

A/A		Φύλο				
1	Το κράτος πρέπει να προωθεί τρόπους που διευκολύνουν την ομαλή επανένταξη στην κοινωνία των ατόμων με νοητική υστέρηση.	ΑΠΕΝ	Mean	1,59	Sig.	0,005
			Std. Deviation	0,80		
		ΘΗΛΥ	Mean	1,27		
			Std. Deviation	0,64		
2	Το κράτος πρέπει να χρηματοδοτεί προγράμματα που στοχεύουν στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών σε θέματα που αφορούν τα άτομα με νοητική υστέρηση.	ΑΠΕΝ	Mean	1,56	Sig.	0,001
			Std. Deviation	0,72		
		ΘΗΛΥ	Mean	1,25		
			Std. Deviation	0,63		
3	Το ελληνικό κράτος έχει ενδιαφερθεί σε ικανοποιητικό βαθμό για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής ατόμων με νοητική υστέρηση.	ΑΠΕΝ	Mean	3,69	Sig.	0,638
			Std. Deviation	1,12		
		ΘΗΛΥ	Mean	3,74		
			Std. Deviation	0,99		
4	Στα άτομα με νοητική υστέρηση δεν πρέπει να επιτρέπεται να ψηφίζουν.	ΑΠΕΝ	Mean	2,91	Sig.	0,755
			Std. Deviation	0,89		
		ΘΗΛΥ	Mean	2,88		
			Std. Deviation	1,05		
5	Στα άτομα με ελαφρά νοητική υστέρηση δεν πρέπει να επιτρέπεται να μετακινούνται ελεύθερα εκτός του χώρου του σπιτιού / ξενώνα.	ΑΠΕΝ	Mean	3,66	Sig.	0,983
			Std. Deviation	0,90		
		ΘΗΛΥ	Mean	3,68		
			Std. Deviation	1,02		
6	Τα άτομα με νοητική υστέρηση πρέπει να είναι απαλλαγμένα ευθυνών.	ΑΠΕΝ	Mean	2,81	Sig.	0,596
			Std. Deviation	0,93		
		ΘΗΛΥ	Mean	2,97		
			Std. Deviation	1,04		
7	Τα άτομα με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές έχουν ίσα δικαιώματα με τον γενικό πληθυσμό.	ΑΠΕΝ	Mean	1,69	Sig.	0,604
			Std. Deviation	0,82		
		ΘΗΛΥ	Mean	1,71		
			Std. Deviation	0,94		
8	Το κράτος έχει μεριμνήσει πλήρως για την ποιότητα ζωής και την κάλυψη των αναγκών ατόμων με νοητική υστέρηση.	ΑΠΕΝ	Mean	3,97	Sig.	0,161
			Std. Deviation	0,93		
		ΘΗΛΥ	Mean	4,13		
			Std. Deviation	0,94		
9	Το κράτος θα πρέπει να έχει φροντίσει ώστε να καλύπτονται πλήρως οι ανάγκες των ατόμων με νοητική υστέρηση για να εξυπηρετούνται καλύτερα στην καθημερινότητά τους.	ΑΠΕΝ	Mean	1,66	Sig.	0,008
			Std. Deviation	0,79		
		ΘΗΛΥ	Mean	1,36		
			Std. Deviation	0,83		

10	Δεν είναι αναγκαίο να κυκλοφορούν τα άτομα με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές αν η μετακίνησή τους είναι δύσκολη.	APEN	Mean	2,81	Sig.	0,593
			Std. Deviation	1,06		
		ΘΗΛΥ	Mean	2,92		
			Std. Deviation	1,14		
11	Τα προγράμματα που υπάρχουν στις κοινότητες για τα άτομα με νοητική υστέρηση είναι υπέρ αρκετά.	APEN	Mean	3,88	Sig.	0,764
			Std. Deviation	1,01		
		ΘΗΛΥ	Mean	3,81		
			Std. Deviation	1,01		
12	Τα παιδιά με (δια)νοητική καθυστέρηση που είναι εκπαιδύσιμα θα πρέπει να εντάσσονται κανονικά στα σχολεία μαζί με τα υπόλοιπα παιδιά.	APEN	Mean	2,53	Sig.	0,666
			Std. Deviation	0,80		
		ΘΗΛΥ	Mean	2,68		
			Std. Deviation	1,07		

### **6.2.2. Συσχετισμός μορφωτικού επιπέδου με γνώσεις για κλινική εικόνα-πορεία/πρόγνωση-αιτιολογία νοητικής υστέρησης**

1. Σχετικά με το αν σχετίζεται το επίπεδο σπουδών των ερωτώμενων με το αν γνωρίζουν τα βασικά χαρακτηριστικά της νοητικής στέρησης, η μέση τιμή εκείνων που έχουν φοιτήσει στο γυμνάσιο και συμφωνούν με τα βασικά χαρακτηριστικά που αναφέρονται στην ερώτηση είναι 1,91, η μέση τιμή όσων έχουν απολυτήριο Λυκείου ή μέσης τεχνικής σχολής που επίσης συμφωνούν είναι 2,38 και η μέση τιμή όσων έχουν πτυχίο ανώτατης σχολής οι οποίοι συμφωνούν είναι 2,11.

Όσον αφορά τον συσχετισμό ανάμεσα στο επίπεδο σπουδών και στο αν γνωρίζουν τα βασικά χαρακτηριστικά της νοητικής υστέρησης δεν παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των παραπάνω μεταβλητών για το λόγο ότι έχουμε  $\text{sig.}=0,727$ , το οποίο είναι  $>0,05$ .

2. Σχετικά με το αν σχετίζεται το επίπεδο σπουδών των ερωτώμενων με το αν πιστεύουν ότι η νοητική στέρηση είναι το ίδιο συχνή και στα δύο φύλα, η μέση τιμή εκείνων που έχουν φοιτήσει στο γυμνάσιο και συμφωνούν με την άποψη είναι 2,18, η μέση τιμή όσων έχουν απολυτήριο Λυκείου ή μέσης τεχνικής σχολής που επίσης συμφωνούν είναι 2,38 και η μέση τιμή όσων έχουν πτυχίο ανώτατης σχολής που συμφωνούν είναι 2,11.

Επειδή έχουμε  $\text{sig.}= 0,952 > 0,05$  αντιλαμβανόμαστε πως δεν παρουσιάζεται διαφορά ανάμεσα στο επίπεδο σπουδών των ερωτώμενων η οποία να επηρεάζει την άποψή τους σχετικά με το αν πιστεύουν ότι η νοητική υστέρηση είναι το ίδιο συχνή και στα δύο φύλα.

3. Σχετικά με το αν σχετίζεται το επίπεδο σπουδών των ερωτώμενων με το αν γνωρίζουν ότι η έναρξη της διανοητικής καθυστέρησης μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, η μέση τιμή εκείνων που είναι απόφοιτοι Δημοτικού και ούτε συμφωνούν, ούτε διαφωνούν είναι 3,00, η μέση τιμή όσων έχουν απολυτήριο Γυμνασίου που επίσης ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν είναι 3,36, η μέση τιμή όσων έχουν απολυτήριο Λυκείου που

διαφωνούν είναι 3,67 και η μέση τιμή όσων έχουν πτυχίο ανώτατης σχολής και διαφωνούν είναι 3,63.

Δεν παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο επίπεδο σπουδών και στο αν γνωρίζουν ότι η έναρξη της διανοητικής καθυστέρησης μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, καθώς έχουμε  $\text{sig.}=0,381 > 0,05$ .

4. Σχετικά με το αν σχετίζεται το επίπεδο σπουδών των ερωτώμενων με το αν πιστεύουν ότι η (Δια)νοητική καθυστέρηση χωρίζεται στα εξής επίπεδα ανάλογα με το βαθμό βαρύτητας της νοητικής βλάβης σε: α. Ελαφρά (Ηπια) Διανοητική καθυστέρηση β. Μέτρια Διανοητική καθυστέρηση γ. Βαριά (Σοβαρή) Διανοητική καθυστέρηση δ. Βαθιά Διανοητική καθυστέρηση, η μέση τιμή εκείνων που είναι απόφοιτοι Δημοτικού και συμφωνούν είναι 1,50, η μέση τιμή όσων έχουν απολυτήριο Γυμνασίου που επίσης συμφωνούν είναι 2,00, η μέση τιμή όσων έχουν απολυτήριο Λυκείου που συμφωνούν είναι 1,95 και η μέση τιμή όσων έχουν πτυχίο ανώτατης σχολής και συμφωνούν είναι 2,27.

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου των ερωτώμενων του δείγματος το οποίο να επηρεάζει την γνώση τους για τα επίπεδα της (Δια)νοητικής καθυστέρησης κι αυτό φαίνεται από το sig. το οποίο είναι  $0,495 > 0,05$ .

5. Σχετικά με το αν σχετίζεται το επίπεδο σπουδών των ερωτώμενων με το αν πιστεύουν ότι κάποια άτομα με νοητική υστέρηση μπορεί είναι εξαρτημένα και παθητικά και κάποια μπορεί να είναι παρορμητικά και επιθετικά, η μέση τιμή εκείνων που είναι απόφοιτοι Δημοτικού και συμφωνούν είναι 1,50, η μέση τιμή όσων έχουν απολυτήριο Γυμνασίου που επίσης συμφωνούν είναι 2,09, η μέση τιμή όσων έχουν απολυτήριο Λυκείου που συμφωνούν είναι 1,93 και η μέση τιμή όσων έχουν πτυχίο ανώτατης σχολής και συμφωνούν είναι 1,95.

Δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου με το αν πιστεύουν ότι κάποια άτομα με νοητική υστέρηση μπορεί είναι εξαρτημένα και παθητικά και κάποια μπορεί να είναι παρορμητικά και επιθετικά, καθώς έχουμε  $\text{sig.}=0,117 > 0,05$ .

6. Σχετικά με το αν σχετίζεται το επίπεδο σπουδών των ερωτώμενων με το αν πιστεύουν ότι η συνύπαρξη άλλων ψυχικών διαταραχών είναι πιο συχνή στα νοητικά υστερούντα άτομα σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, η μέση τιμή εκείνων που έχουν φοιτήσει στο γυμνάσιο και συμφωνούν με τη συγκεκριμένη άποψη είναι 2,27, η μέση τιμή όσων έχουν απολυτήριο Λυκείου ή μέσης τεχνικής σχολής και συμφωνούν αλλά τείνουν και σε μια ουδέτερη στάση είναι 2,69 και η μέση τιμή όσων έχουν πτυχίο ανώτατης σχολής και συμφωνούν όμως και εδώ έχουμε μια τάση προς την ουδέτερη στάση είναι 2,71.

Επειδή έχουμε  $\text{sig.}=0,126 > 0,05$  αντιλαμβανόμαστε ότι δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ των μεταβλητών.

7. Σχετικά με το αν σχετίζεται το επίπεδο σπουδών των ερωτώμενων με το αν πιστεύουν ότι οι διαταραχές της διάθεσης και οι διαταραχές οφειλόμενες σε γενική ιατρική κατάσταση ανήκουν στις πιο συχνές συνοδές διαταραχές, η μέση τιμή εκείνων που έχουν φοιτήσει στο γυμνάσιο και συμφωνούν με αυτή την άποψη είναι 2,36, η μέση τιμή όσων έχουν απολυτήριο Λυκείου ή μέσης τεχνικής σχολής και συμφωνούν είναι 2,64 και η μέση τιμή όσων έχουν πτυχίο ανώτατης σχολής και συμφωνούν είναι 2,57.

Επειδή έχουμε  $\text{sig.}=0,203 > 0,05$  βλέπουμε πως δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ των μεταβλητών.

8. Σχετικά με το αν σχετίζεται το επίπεδο σπουδών των ερωτώμενων με το αν πιστεύουν ότι μερικές βαριές και βαθιές μορφές (Δια)νοητικής καθυστέρησης καταλήγουν σε πρόωρο θάνατο, η μέση τιμή εκείνων που έχουν φοιτήσει στο γυμνάσιο και συμφωνούν τείνοντας προς την ουδέτερη στάση, είναι 2,82, η μέση τιμή όσων έχουν απολυτήριο Λυκείου ή μέσης τεχνικής σχολής και συμφώνησαν είναι 2,57 και η μέση τιμή όσων έχουν πτυχίο ανώτατης σχολής και συμφωνούν είναι 2,57.

Δεν παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου με το αν πιστεύουν ότι μερικές βαριές και βαθιές μορφές (Δια)νοητικής καθυστέρησης καταλήγουν σε πρόωρο θάνατο, καθώς έχουμε  $\text{sig.}=0,508 > 0,05$ .

9. Σχετικά με το αν σχετίζεται το επίπεδο σπουδών των ερωτώμενων με το αν πιστεύουν ότι άτομα με ήπια και μέτριας βαρύτητας καθυστέρηση, με κατάλληλη εκπαίδευση και άσκηση μπορούν να παρουσιάσουν σημαντική βελτίωση της ποιότητας ζωής τους, η μέση τιμή εκείνων που έχουν φοιτήσει στο γυμνάσιο και συμφωνούν με την παραπάνω πρόταση είναι 2,18, η μέση τιμή όσων έχουν απολυτήριο Λυκείου ή μέσης τεχνικής σχολής και απάντησαν θετικά είναι 1,69 και η μέση τιμή όσων έχουν πτυχίο ανώτατης σχολής και συμφωνούν είναι 1,55.

Επειδή έχουμε  $\text{sig.}=0,075$  μεγαλύτερο του 0,05 φαίνεται πως δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου με το αν πιστεύουν ότι άτομα με ήπια και μέτριας βαρύτητας καθυστέρηση, με κατάλληλη εκπαίδευση και άσκηση μπορούν να παρουσιάσουν σημαντική βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

10. Σχετικά με το αν σχετίζεται το επίπεδο σπουδών των ερωτώμενων με το αν πιστεύουν ότι κληρονομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες αποτελούν δύο από τις κατηγορίες των αιτιολογικών παραγόντων της (Δια)νοητικής καθυστέρησης, η μέση τιμή εκείνων που έχουν φοιτήσει στο γυμνάσιο και συμφωνούν με την άποψη είναι 2,18, η μέση τιμή όσων έχουν απολυτήριο Λυκείου ή μέσης τεχνικής σχολής που συμφωνούν είναι 2,05 και η μέση τιμή όσων έχουν πτυχίο ανώτατης σχολής και συμφωνούν είναι 2,11.

Δεν εμφανίζεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου με το αν πιστεύουν ότι κληρονομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες αποτελούν δύο από τις



κατηγορίες των αιτιολογικών παραγόντων της (Δια)νοητικής καθυστέρησης, καθώς έχουμε  $\text{sig.}=0,810$  μεγαλύτερο του 0,05.

**11.** Σχετικά με το αν σχετίζεται το επίπεδο σπουδών των ερωτώμενων με το αν πιστεύουν ότι η νοητική καθυστέρηση προσβάλλει περίπου το 1% του πληθυσμού συνεπώς είναι πολύ συχνή, η μέση τιμή εκείνων που είναι απόφοιτοι Δημοτικού και συμφωνούν είναι 2,50, η μέση τιμή όσων έχουν απολυτήριο Γυμνασίου που επίσης συμφωνούν είναι 2,45, η μέση τιμή όσων έχουν απολυτήριο Λυκείου και συμφώνησαν αλλά τείνουν και προς την ουδέτερη στάση είναι 2,71 και η μέση τιμή όσων έχουν πτυχίο ανώτατης σχολής και συμφώνησαν αλλά και εδώ υπάρχει μια τάση προς την ουδέτερη στάση είναι 2,88.

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των παραπάνω μεταβλητών επειδή έχουμε  $\text{sig.}=0,699 > 0,05$ .

**12.** Σχετικά με το αν σχετίζεται το επίπεδο σπουδών των ερωτώμενων με το αν πιστεύουν ότι η νοητική υστέρηση προσβάλλει πιο συχνά τους άνδρες, η μέση τιμή εκείνων που έχουν φοιτήσει στο γυμνάσιο και είχαν θετική προς ουδέτερη στάση είναι 2,82, η μέση τιμή όσων έχουν απολυτήριο Λυκείου ή μέσης τεχνικής σχολής και διαφώνησαν είναι 3,19 και η μέση τιμή όσων έχουν πτυχίο ανώτατης σχολής και διαφώνησαν είναι 3,32.

Σχετικά με τον παραπάνω συσχετισμό, επειδή το  $\text{sig.}$  είναι 0,631, δηλαδή  $> 0,05$ , δεν παρουσιάζεται διαφορά μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου με το αν πιστεύουν ότι η νοητική υστέρηση προσβάλλει πιο συχνά τους άνδρες.

A/A		Επίπεδο σπουδών				
1	Τα βασικά χαρακτηριστικά της (δια)νοητικής καθυστέρησης	ΛΙΓΕΣ ΤΑΞΕΙΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ Ή ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ (ΝΕΟΥ ΤΥΠΟΥ)	Mean	1,91	Sig.	0,727
			Std. Deviation	0,54		
		ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΛΥΚΕΙΟΥ Ή ΜΕΣΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ( Ή ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΠΑΛΑΙΟΥ ΕΞΑΤΑΞΙΟΥ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ)	Mean	2,38		
			Std. Deviation	0,88		
		ΠΤΥΧΙΟ ΑΝΩΤΕΡΗΣ Ή ΑΝΩΤΑΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ	Mean	2,11		
			Std. Deviation	1,14		
2	Η νοητική υστέρηση είναι το ίδιο συχνή και στα δύο φύλα	ΛΙΓΕΣ ΤΑΞΕΙΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ Ή ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ ( ΝΕΟΥ ΤΥΠΟΥ)	Mean	2,18	Sig.	0,952
			Std. Deviation	0,60		
		ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΛΥΚΕΙΟΥ Ή ΜΕΣΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ( Ή ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΠΑΛΑΙΟΥ ΕΞΑΤΑΞΙΟΥ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ)	Mean	2,38		
			Std. Deviation	0,94		

		ΠΤΥΧΙΟ ΑΝΩΤΕΡΗΣ Ή ΑΝΩΤΑΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ	Mean	2,11		
			Std. Deviation	0,87		
3	Η έναρξη της διανοητικής καθυστέρησης μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία κι αν βρίσκεται το άτομο.	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ	Mean	3,00	Sig.	0,381
			Std. Deviation	1,41		
		ΛΙΓΕΣ ΤΑΞΕΙΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ Ή ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ ( ΝΕΟΥ ΤΥΠΟΥ)	Mean	3,36		
			Std. Deviation	1,29		
		ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΛΥΚΕΙΟΥ Ή ΜΕΣΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ( Ή ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΠΑΛΑΙΟΥ ΕΞΑΤΑΞΙΟΥ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ)	Mean	3,67		
			Std. Deviation	0,98		
		ΠΤΥΧΙΟ ΑΝΩΤΕΡΗΣ Ή ΑΝΩΤΑΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ	Mean	3,63		
			Std. Deviation	1,23		
4	Η (Δια)νοητική καθυστέρηση χωρίζεται στα εξής επίπεδα ανάλογα με το βαθμό βαρύτητας της νοητικής βλάβης σε: α. Ελαφρά (Ηπια) Διανοητική καθυστέρηση β. Μέτρια Διανοητική καθυστέρηση γ. Βαριά (Σοβαρή) Διανοητική καθυστέρηση δ. Βαθιά Διανοητική καθυστέρηση	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ	Mean	1,50	Sig.	0,495
			Std. Deviation	0,71		
		ΛΙΓΕΣ ΤΑΞΕΙΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ Ή ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ ( ΝΕΟΥ ΤΥΠΟΥ)	Mean	2,00		
			Std. Deviation	0,63		
		ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΛΥΚΕΙΟΥ Ή ΜΕΣΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ( Ή ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΠΑΛΑΙΟΥ ΕΞΑΤΑΞΙΟΥ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ)	Mean	1,95		
			Std. Deviation	0,70		
		ΠΤΥΧΙΟ ΑΝΩΤΕΡΗΣ Ή ΑΝΩΤΑΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ	Mean	2,27		
			Std. Deviation	0,90		
5	Κάποια άτομα με νοητική υστέρηση μπορεί είναι εξαρτημένα και παθητικά και κάποια μπορεί να είναι παρορμητικά και επιθετικά.	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ	Mean	1,50	Sig.	0,117
			Std. Deviation	0,71		
		ΛΙΓΕΣ ΤΑΞΕΙΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ Ή ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ ( ΝΕΟΥ ΤΥΠΟΥ)	Mean	2,09		
			Std. Deviation	0,70		
		ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΛΥΚΕΙΟΥ Ή ΜΕΣΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ( Ή ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΠΑΛΑΙΟΥ ΕΞΑΤΑΞΙΟΥ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ)	Mean	1,93		
			Std. Deviation	0,60		
		ΠΤΥΧΙΟ ΑΝΩΤΕΡΗΣ Ή ΑΝΩΤΑΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ	Mean	1,95		
			Std. Deviation	0,77		

6	Η συνύπαρξη άλλων ψυχικών διαταραχών είναι πιο συχνή στα νοητικά υστερούντα άτομα σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.	ΛΙΓΕΣ ΤΑΞΕΙΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ Ή ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ ( ΝΕΟΥ ΤΥΠΟΥ)	Mean	2,27	Sig.	0,126
			Std. Deviation	0,79		
		ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΛΥΚΕΙΟΥ Ή ΜΕΣΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ( Ή ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΠΑΛΑΙΟΥ ΕΞΑΤΑΞΙΟΥ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ)	Mean	2,69		
			Std. Deviation	0,75		
		ΠΤΥΧΙΟ ΑΝΩΤΕΡΗΣ Ή ΑΝΩΤΑΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ	Mean	2,71		
			Std. Deviation	0,87		
7	Οι διαταραχές της διάθεσης και οι διαταραχές οφειλόμενες σε γενική ιατρική κατάσταση ανήκουν στις πιο συχνές συνοδές διαταραχές.	ΛΙΓΕΣ ΤΑΞΕΙΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ Ή ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ ( ΝΕΟΥ ΤΥΠΟΥ)	Mean	2,36	Sig.	0,203
			Std. Deviation	0,67		
		ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΛΥΚΕΙΟΥ Ή ΜΕΣΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ( Ή ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΠΑΛΑΙΟΥ ΕΞΑΤΑΞΙΟΥ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ)	Mean	2,64		
			Std. Deviation	0,79		
		ΠΤΥΧΙΟ ΑΝΩΤΕΡΗΣ Ή ΑΝΩΤΑΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ	Mean	2,57		
			Std. Deviation	0,87		
8	Μερικές βαριές και βαθιές μορφές (Δια)νοητικής καθυστέρησης καταλήγουν σε πρόωρο θάνατο.	ΛΙΓΕΣ ΤΑΞΕΙΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ Ή ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ ( ΝΕΟΥ ΤΥΠΟΥ)	Mean	2,82	Sig.	0,508
			Std. Deviation	0,87		
		ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΛΥΚΕΙΟΥ Ή ΜΕΣΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ( Ή ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΠΑΛΑΙΟΥ ΕΞΑΤΑΞΙΟΥ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ)	Mean	2,57		
			Std. Deviation	0,86		
		ΠΤΥΧΙΟ ΑΝΩΤΕΡΗΣ Ή ΑΝΩΤΑΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ	Mean	2,57		
			Std. Deviation	0,93		
9	Άτομα με ήπια και μέτριας βαρύτητας καθυστέρηση, με κατάλληλη εκπαίδευση και άσκηση μπορούν να παρουσιάσουν σημαντική βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.	ΛΙΓΕΣ ΤΑΞΕΙΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ Ή ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ ( ΝΕΟΥ ΤΥΠΟΥ)	Mean	2,18	Sig.	0,075
			Std. Deviation	0,75		
		ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΛΥΚΕΙΟΥ Ή ΜΕΣΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ( Ή ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΠΑΛΑΙΟΥ ΕΞΑΤΑΞΙΟΥ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ)	Mean	1,69		
			Std. Deviation	0,68		
		ΠΤΥΧΙΟ ΑΝΩΤΕΡΗΣ Ή ΑΝΩΤΑΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ	Mean	1,55		
			Std. Deviation	0,76		

10	Κληρονομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες αποτελούν δύο από τις κατηγορίες των αιτιολογικών παραγόντων της (Δια)νοητικής καθυστέρησης.	ΛΙΓΕΣ ΤΑΞΕΙΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ Ή ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ ( ΝΕΟΥ ΤΥΠΟΥ)	Mean	2,18	Sig.	0,810
			Std. Deviation	0,60		
		ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΛΥΚΕΙΟΥ Ή ΜΕΣΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ( Ή ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΠΑΛΑΙΟΥ ΕΞΑΤΑΞΙΟΥ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ)	Mean	2,05		
			Std. Deviation	0,82		
		ΠΤΥΧΙΟ ΑΝΩΤΕΡΗΣ Ή ΑΝΩΤΑΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ	Mean	2,11		
			Std. Deviation	0,78		
11	Η Διανοητική καθυστέρηση προσβάλλει περίπου το 1% του πληθυσμού συνεπώς είναι πολύ συχνή.	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ	Mean	2,50	Sig.	0,699
			Std. Deviation	0,71		
		ΛΙΓΕΣ ΤΑΞΕΙΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ Ή ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ ( ΝΕΟΥ ΤΥΠΟΥ)	Mean	2,45		
			Std. Deviation	0,69		
		ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΛΥΚΕΙΟΥ Ή ΜΕΣΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ( Ή ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΠΑΛΑΙΟΥ ΕΞΑΤΑΞΙΟΥ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ)	Mean	2,71		
			Std. Deviation	0,67		
		ΠΤΥΧΙΟ ΑΝΩΤΕΡΗΣ Ή ΑΝΩΤΑΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ	Mean	2,88		
			Std. Deviation	0,66		
12	Η νοητική υστέρηση προσβάλλει πιο συχνά τους άνδρες.	ΛΙΓΕΣ ΤΑΞΕΙΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ Ή ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ ( ΝΕΟΥ ΤΥΠΟΥ)	Mean	2,82	Sig.	0,631
			Std. Deviation	0,60		
		ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΛΥΚΕΙΟΥ Ή ΜΕΣΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ( Ή ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΠΑΛΑΙΟΥ ΕΞΑΤΑΞΙΟΥ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ)	Mean	3,19		
			Std. Deviation	0,89		
		ΠΤΥΧΙΟ ΑΝΩΤΕΡΗΣ Ή ΑΝΩΤΑΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ	Mean	3,32		
			Std. Deviation	0,88		

### **6.2.3. Συσχετισμός ύπαρξης ατόμου με Ν.Υ. στο κοινωνικό περιβάλλον με γνώσεις για την θεραπεία της**

1. Σχετικά με το αν σχετίζεται το αν οι ερωτώμενοι έχουν συγγενή ή γνωστό με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές με το αν γνωρίζουν ότι όσον αφορά σε παιδιά με νοητική υστέρηση θα πρέπει να διαμορφωθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα, που να ανταποκρίνεται όσο είναι δυνατόν καλύτερα στις ανάγκες και τις ικανότητες τόσο των παιδιών όσο και των γονέων τους, η μέση τιμή εκείνων που έχουν συγγενή με νοητική υστέρηση και συμφωνούν με 1,21 και η μέση τιμή όσων δεν έχουν συγγενή με νοητική υστέρηση και συμφωνούν με 1,39.

Δεν παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ερωτώμενων που έχουν συγγενή με νοητική στέρηση και αυτών που δεν έχουν σχετικά με την παραπάνω άποψη, καθώς έχουμε  $\text{sig.} = 0,489 > 0,05$ .

2. Σχετικά με το αν σχετίζεται το αν οι ερωτώμενοι έχουν συγγενή ή γνωστό με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές με το αν γνωρίζουν ότι παιδιά με βαριάς μορφής καθυστέρηση μπορεί να χρειαστεί να πάνε σε ειδικά οικοτροφεία ή ειδικά ιδρύματα, η μέση τιμή εκείνων που έχουν συγγενή με νοητική στέρηση και συμφωνούν είναι 1,76 και η μέση τιμή όσων δεν έχουν συγγενή με νοητική υστέρηση και συμφωνούν είναι 2,06.

Επειδή έχουμε  $\text{sig.} = 0,791 > 0,05$ , συνεπώς δεν παρουσιάζεται διαφορά μεταξύ των παραπάνω μεταβλητών.

3. Σχετικά με το αν σχετίζεται το αν οι ερωτώμενοι έχουν συγγενή ή γνωστό με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές με το αν γνωρίζουν ότι η θεραπευτική απόφαση για παιδιά με ήπια καθυστέρηση είναι, τουλάχιστον αρχικά, να παραμείνουν στο σπίτι τους με παροχή οικογενειακής υποστήριξης και ειδικής εκπαίδευσης, η μέση τιμή εκείνων που έχουν συγγενή με νοητική στέρηση και συμφωνούν είναι 1,90 και η μέση τιμή όσων δεν έχουν συγγενή με νοητική υστέρηση και συμφωνούν είναι 2,04.

Δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ των ερωτώμενων που έχουν συγγενή με νοητική στέρηση και αυτών που δεν έχουν σχετικά με το αν γνωρίζουν ότι η θεραπευτική απόφαση για παιδιά με ήπια καθυστέρηση είναι, τουλάχιστον αρχικά, να παραμείνουν στο σπίτι τους με παροχή οικογενειακής υποστήριξης και ειδικής εκπαίδευσης, καθώς έχουμε  $\text{sig.} = 0,925 > 0,05$ .

4. Σχετικά με το αν σχετίζεται το αν οι ερωτώμενοι έχουν συγγενή ή γνωστό με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές με το αν γνωρίζουν ότι οι γονείς όλων των παιδιών με (δια)νοητική καθυστέρηση έχουν ανάγκη από υποστηρικτική-συμβουλευτική ψυχοθεραπεία και εκπαίδευση σε συμπεριφορές τεχνικές, η μέση τιμή εκείνων που έχουν συγγενή με νοητική στέρηση και συμφωνούν είναι 1,24 και η μέση τιμή όσων δεν έχουν συγγενή με νοητική στέρηση και συμφωνούν είναι 1,38.

Δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ των ερωτώμενων που έχουν συγγενή με νοητική στέρηση και αυτών που δεν έχουν σχετικά με το αν γνωρίζουν ότι οι γονείς όλων των παιδιών με (δια)νοητική καθυστέρηση έχουν ανάγκη από υποστηρικτική-συμβουλευτική ψυχοθεραπεία και εκπαίδευση σε συμπεριφορές τεχνικές, καθώς έχουμε  $\text{sig.} = 0,907$  μεγαλύτερο του 0,05.

A/A		Έχετε κάποιο συγγενή ή γνωστό που έχει νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές;				
1	Όσον αφορά σε παιδιά με νοητική υστέρηση θα πρέπει να διαμορφωθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα, που να ανταποκρίνεται όσο είναι δυνατόν καλύτερα στις ανάγκες και τις ικανότητες τόσο των παιδιών όσο και των γονέων τους.	NAI	Mean	1,21	Sig.	0,489
			Std. Deviation	0,49		
		OXI	Mean	1,39		
			Std. Deviation	0,80		
2	Παιδιά με βαριάς μορφής καθυστέρηση μπορεί να χρειαστεί να πάνε σε ειδικά οικοτροφεία ή ειδικά ιδρύματα.	NAI	Mean	1,76	Sig.	0,791
			Std. Deviation	0,79		
		OXI	Mean	2,06		
			Std. Deviation	1,06		
3	Η θεραπευτική απόφαση για παιδιά με ήπια καθυστέρηση είναι, τουλάχιστον αρχικά, να παραμείνουν στο σπίτι τους με παροχή οικογενειακής υποστήριξης και ειδικής εκπαίδευσης.	NAI	Mean	1,90	Sig.	0,925
			Std. Deviation	0,98		
		OXI	Mean	2,04		
			Std. Deviation	0,92		
4	Οι γονείς όλων των παιδιών με (δια)νοητική καθυστέρηση έχουν ανάγκη από υποστηρικτική-συμβουλευτική ψυχοθεραπεία και εκπαίδευση σε συμπεριφορές τεχνικές.	NAI	Mean	1,24	Sig.	0,907
			Std. Deviation	0,51		
		OXI	Mean	1,38		
			Std. Deviation	0,70		

#### **6.2.4. Συσχετισμός ύπαρξης ατόμου με Ν.Υ. στο κοινωνικό περιβάλλον με στάση και αντιλήψεις περιβάλλοντος**

1. Στο αν σχετίζεται η ύπαρξη στο συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον των ερωτώμενων άτομο με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές με το αν θεωρούν ότι τα νοητικά υστερούντα άτομα είναι ικανά για εξειδικευμένη εργασία ή μη, η μέση τιμή εκείνων οι οποίοι έχουν στο συγγενικό ή φιλικό τους περιβάλλον άτομο με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές οι οποίοι φαίνεται ότι συμφωνούν με το παραπάνω είναι 2,41, ενώ η μέση τιμή εκείνων οι οποίοι δεν έχουν στο κοινωνικό τους περιβάλλον άτομα με νοητική υστέρηση και φαίνεται πως έχουν θετική προς ουδέτερη στάση είναι 2,60.

Επειδή έχουμε  $\text{sig.}=0,338 > 0,05$  συμπεραίνουμε ότι οι ερωτώμενοι απαντούν ανεξάρτητα από το αν έχουν στο περιβάλλον τους άτομο με νοητική υστέρηση.

2. Στο αν σχετίζεται η ύπαρξη στο συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον των ερωτώμενων άτομο με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές με το αν θεωρούν ότι η σύναψη φιλικών με άτομα που παρουσιάζουν συνοδά συμπτώματα νοητικής υστέρησης είναι απαγορευμένη, η μέση τιμή εκείνων οι οποίοι έχουν στο συγγενικό ή φιλικό τους περιβάλλον άτομο με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές οι οποίοι φαίνεται ότι διαφωνούν με την παραπάνω άποψη

είναι 4,38, ενώ η μέση τιμή εκείνων οι οποίοι δεν έχουν στο κοινωνικό τους περιβάλλον άτομα με νοητική υστέρηση και διαφωνούν είναι 4,41.

Παρατηρούμε ότι  $\text{sig.}=0,905$  μεγαλύτερο του 0,05 συνεπώς δεν παρουσιάζεται διαφοροποίηση στις απαντήσεις ανάλογα με το αν οι ερωτώμενοι έχουν συγγενή ή φίλο με νοητική στέρηση.

3. Στον αν σχετίζεται η ύπαρξη στο συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον των ερωτώμενων άτομο με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές με το αν θεωρούν ότι η σύναψη ερωτικών σχέσεων με άτομα που παρουσιάζουν συνοδά συμπτώματα νοητικής υστέρησης είναι απαγορευμένη, η μέση τιμή εκείνων οι οποίοι έχουν στο συγγενικό ή φιλικό τους περιβάλλον άτομο με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές οι οποίοι φαίνεται ότι έχουν μια ουδέτερη στάση πάνω σε αυτό είναι 2,90, ενώ η μέση τιμή εκείνων οι οποίοι δεν έχουν στο κοινωνικό τους περιβάλλον άτομα με νοητική υστέρηση και επίσης έχουν μια ουδέτερη προς αρνητική στάση με αυτή την άποψη είναι 3,13.

Επειδή έχουμε  $\text{sig.}=0,179$  μεγαλύτερο του 0,05, συμπεραίνουμε ότι το περιεχόμενο των απαντήσεων δεν επηρεάζεται από το αν οι ερωτώμενοι έχουν στο φιλικό ή συγγενικό περιβάλλον τους άτομα με νοητική στέρηση.

4. Στον αν σχετίζεται η ύπαρξη στο συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον των ερωτώμενων άτομο με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές με το αν θεωρούν ότι η συνεργασία (επαγγελματικό- προσωπικό επίπεδο) με άτομα με νοητική υστέρηση είναι ανέφικτη, η μέση τιμή εκείνων οι οποίοι έχουν στο συγγενικό ή φιλικό τους περιβάλλον άτομο με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές οι οποίοι φαίνεται ότι διαφωνούν μ' αυτό είναι 3,93, ενώ η μέση τιμή εκείνων οι οποίοι δεν έχουν στο κοινωνικό τους περιβάλλον άτομα με νοητική υστέρηση και επίσης διαφωνούν είναι 3,87.

Παρατηρώντας ότι έχουμε  $\text{sig.}=0,882$  μεγαλύτερο του 0,05 καταλαβαίνουμε ότι η ύπαρξη ατόμων με νοητική υστέρηση στο οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον δεν επηρεάζει το περιεχόμενο των απαντήσεων.

5. Στον αν σχετίζεται η ύπαρξη στο συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον των ερωτώμενων άτομο με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές με την άποψή τους σχετικά με το ότι οι συγγενείς των ανθρώπων με νοητική υστέρηση που διαμένουν σε κάποιο κοινοτικό πλαίσιο του Δήμου δεν θα πρέπει να τους επισκέπτονται, η μέση τιμή εκείνων οι οποίοι έχουν στο συγγενικό ή φιλικό τους περιβάλλον άτομο με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές οι οποίοι φαίνεται ότι διαφωνούν μ' αυτό είναι 4,41, ενώ η μέση τιμή εκείνων οι οποίοι δεν έχουν στο

κοινωνικό τους περιβάλλον άτομα με νοητική υστέρηση και επίσης διαφωνούν με τη συγκεκριμένη άποψη, είναι 4,57.

Παρατηρώντας ότι  $\text{sig.}=0,338$  μεγαλύτερο του 0,05 καταλήγουμε ότι όπως και στα παραπάνω, οι απαντήσεις σχετικά με το θέμα μας, δεν σχετίζονται με την ύπαρξη ατόμων με νοητική στέρηση στο περιβάλλον των ερωτώμενων.

**6.** Στον αν σχετίζεται η ύπαρξη στο συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον των ερωτώμενων άτομο με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές με την άποψή τους σχετικά με το ότι τα άτομα με νοητική υστέρηση δεν θα πρέπει να επιτρέπεται να κάνουν παιδιά, η μέση τιμή εκείνων οι οποίοι έχουν στο συγγενικό ή φιλικό τους περιβάλλον άτομο με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές οι οποίοι φαίνεται ότι η άποψή τους είναι θετική μ' αυτό είναι 2,45, ενώ η μέση τιμή εκείνων οι οποίοι δεν έχουν στο κοινωνικό τους περιβάλλον άτομα με νοητική υστέρηση και επίσης συμφωνούν είναι 2,49.

Συσχετίζοντας λοιπόν τις παραπάνω μεταβλητές, βλέπουμε ότι  $\text{sig.}=0,457$  μεγαλύτερο του 0,05, επομένως δεν παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μεταβλητών.

**7.** Στον αν σχετίζεται η ύπαρξη στο συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον των ερωτώμενων άτομο με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές με την άποψή τους σχετικά με το ότι τα άτομα με νοητική υστέρηση δεν πρέπει να παντρεύονται, η μέση τιμή εκείνων οι οποίοι έχουν στο συγγενικό ή φιλικό τους περιβάλλον άτομο με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές οι οποίοι φαίνεται ότι η άποψή τους είναι ουδέτερη μ' αυτό είναι 3,07, ενώ η μέση τιμή εκείνων οι οποίοι δεν έχουν στο κοινωνικό τους περιβάλλον άτομα με νοητική υστέρηση και επίσης ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν είναι 3,11.

Επειδή έχουμε  $\text{sig.}=0,748$  μεγαλύτερο του 0,05 συμπεραίνουμε ότι δεν παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μεταβλητών.

**8.** Στον αν σχετίζεται η ύπαρξη στο συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον των ερωτώμενων άτομο με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές με την άποψή τους σχετικά με το ότι δεν θα είχαν δυσαρέσκεια αν είχαν στο φιλικό σας περιβάλλον άτομο με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές, η μέση τιμή εκείνων οι οποίοι έχουν στο συγγενικό ή φιλικό τους περιβάλλον άτομο με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές οι οποίοι φαίνεται ότι συμφωνούν μ' αυτό, είναι 2,00, ενώ η μέση τιμή εκείνων οι οποίοι δεν έχουν στο κοινωνικό τους περιβάλλον άτομα με νοητική υστέρηση και επίσης συμφωνούν μ' αυτή την άποψη, είναι 2,06.

Βλέποντας ότι έχουμε  $\text{sig.}=0,960$  μεγαλύτερο του 0,05 καταλήγουμε στο ότι οι απαντήσεις δεν επηρεάζονται από την ύπαρξη ατόμων με νοητική στέρηση στο περιβάλλον των ερωτώμενων.



**9.** Στον αν σχετίζεται η ύπαρξη στο συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον των ερωτώμενων άτομο με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές με το αν πιστεύουν ότι αν ένα μέλος της οικογένειας τους είχε νοητική υστέρηση θα ήταν το ίδιο περήφανο/ες σε σχέση με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας τους, η μέση τιμή εκείνων οι οποίοι έχουν στο συγγενικό ή φιλικό τους περιβάλλον άτομο με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές οι οποίοι φαίνεται ότι συμφωνούν μ' αυτό, είναι 1,97, ενώ η μέση τιμή εκείνων οι οποίοι δεν έχουν στο κοινωνικό τους περιβάλλον άτομα με νοητική υστέρηση και επίσης συμφωνούν μ' αυτή την άποψη, είναι 1,94.

Παρατηρώντας ότι  $\text{sig.}=0,823$  μεγαλύτερο του 0,05 συμπεραίνουμε ότι δεν σχετίζονται οι μεταβλητές μας.

**10.** Στον αν σχετίζεται η ύπαρξη στο συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον των ερωτώμενων άτομο με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές με το αν όταν συναντάνε άτομα με νοητική υστέρηση αισθάνονται οίκτο/ λύπη, η μέση τιμή εκείνων οι οποίοι έχουν στο συγγενικό ή φιλικό τους περιβάλλον άτομο με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές οι οποίοι φαίνεται ότι η άποψή τους, σχετικά μ' αυτό είναι ουδέτερη, είναι 3,28, ενώ η μέση τιμή εκείνων οι οποίοι δεν έχουν στο κοινωνικό τους περιβάλλον άτομα με νοητική υστέρηση και επίσης ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν μ' αυτό, είναι 3,17.

Επειδή έχουμε  $\text{sig.}=0,798$  μεγαλύτερο του 0,05 καταλήγουμε στο ότι η ύπαρξη ατόμου με νοητική υστέρηση στο περιβάλλον των ερωτώμενων δεν επηρεάζει τις απαντήσεις τους.

**11.** Στον αν σχετίζεται η ύπαρξη στο συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον των ερωτώμενων άτομο με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές με την άποψή τους σχετικά με το αν θαυμάζουν άτομα με νοητική υστέρηση που προσπαθούν να είναι ενεργά και δραστήρια, η μέση τιμή εκείνων οι οποίοι έχουν στο συγγενικό ή φιλικό τους περιβάλλον άτομο με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές οι οποίοι φαίνεται ότι η άποψή τους, σχετικά μ' αυτό είναι θετική, είναι 1,34, ίδια φαίνεται ότι είναι και η μέση τιμή (1,34) εκείνων οι οποίοι δεν έχουν στο κοινωνικό τους περιβάλλον άτομα με νοητική υστέρηση και επίσης θαυμάζουν άτομα με νοητική υστέρηση τα οποία προσπαθούν να είναι ενεργά και δραστήρια.

Επειδή έχουμε  $\text{sig.}=0,459$  μεγαλύτερο του 0,05 συμπεραίνουμε ότι οι ερωτώμενοι απάντησαν και σε αυτή την ερώτηση χωρίς να επηρεαστούν από την ύπαρξη ή μη ατόμων με νοητική υστέρηση στο περιβάλλον τους.

**12.** Στον αν σχετίζεται η ύπαρξη στο συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον των ερωτώμενων άτομο με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές με το αν θαυμάζουν τις οικογένειες ατόμων με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές, η μέση τιμή εκείνων οι οποίοι έχουν στο συγγενικό ή φιλικό τους περιβάλλον άτομο με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές οι

οποίοι φαίνεται ότι συμφωνούν μ' αυτό, είναι 1,38, ενώ η μέση τιμή εκείνων οι οποίοι δεν έχουν στο κοινωνικό τους περιβάλλον άτομα με νοητική υστέρηση και επίσης θαυμάζουν τις οικογένειες ατόμων με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές, είναι 1,45.

Παρατηρώντας ότι το  $\text{sig.}=0,808$  μεγαλύτερο του 0,05 καταλήγουμε ότι και πάλι οι απαντήσεις που λάβαμε δεν σχετίζονται με το αν οι ερωτώμενοι έχουν στο περιβάλλον τους άτομα με νοητική στέρηση.

**13.** Στον αν σχετίζεται η ύπαρξη στο συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον των ερωτώμενων άτομο με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές με το αν αισθάνονται οίκτο και λυπούνται τις οικογένειες ατόμων με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές, η μέση τιμή εκείνων οι οποίοι έχουν στο συγγενικό ή φιλικό τους περιβάλλον άτομο με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές και οι οποίοι φαίνεται ότι ούτε συμφώνησαν ούτε διαφώνησαν σχετικά μ' αυτό, είναι 3,21, ενώ η μέση τιμή εκείνων οι οποίοι δεν έχουν στο κοινωνικό τους περιβάλλον άτομα με νοητική υστέρηση και επίσης είχαν ουδέτερη στάση σχετικά μ' αυτό, είναι 3,22.

Βλέποντας ότι το  $\text{sig.}=0,776$  μεγαλύτερο του 0,05 διαπιστώνουμε όπως και παραπάνω ότι οι απαντήσεις δεν διαφοροποιούνται ανάλογα με το αν οι ερωτώμενοι έχουν στο περιβάλλον τους άτομα με νοητική στέρηση.

**14.** Στον αν σχετίζεται η ύπαρξη στο συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον των ερωτώμενων άτομο με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές με το αν θεωρούν ότι οι οικογένειες ατόμων με νοητική υστέρηση είναι αξιοθαύμαστες για την στήριξη και αρωγή που προσφέρουν στα συγκεκριμένα μέλη τους, η μέση τιμή εκείνων οι οποίοι έχουν στο συγγενικό ή φιλικό τους περιβάλλον άτομο με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές και οι οποίοι φαίνεται ότι συμφωνούν σχετικά μ' αυτό, είναι 1,38, ενώ η μέση τιμή εκείνων οι οποίοι δεν έχουν στο κοινωνικό τους περιβάλλον άτομα με νοητική υστέρηση και επίσης συμφωνούν με αυτήν την άποψη, είναι 1,33.

Επειδή έχουμε  $\text{sig.}=0,564$  μεγαλύτερο του 0,05 διαπιστώνουμε ότι δεν παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των παραπάνω μεταβλητών.

**15.** Στον αν σχετίζεται η ύπαρξη στο συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον των ερωτώμενων άτομο με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές με το αν θεωρούν ότι άτομα με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές πρέπει να εντάσσονται στην κοινωνία, η μέση τιμή εκείνων οι οποίοι έχουν στο συγγενικό ή φιλικό τους περιβάλλον άτομο με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές και οι οποίοι φαίνεται ότι συμφωνούν σχετικά μ' αυτό, είναι 1,52, ενώ η μέση τιμή εκείνων οι οποίοι δεν έχουν στο κοινωνικό τους περιβάλλον άτομα με νοητική υστέρηση και επίσης συμφωνούν με αυτήν την άποψη, είναι 1,45.

Επειδή έχουμε  $\text{sig.}=0,727$  μεγαλύτερο του 0,05 διαπιστώνουμε ότι δεν σχετίζονται οι μεταβλητές μας.

**16.** Στον αν σχετίζεται η ύπαρξη στο συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον των ερωτώμενων άτομο με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές με το αν πιστεύουν ότι πρέπει να δημιουργηθούν κι άλλα προγράμματα με στόχο την επανένταξη και ενεργό συμμετοχή (όσο αυτή είναι εφικτή) των ατόμων με νοητική υστέρηση στην κοινωνία, η μέση τιμή εκείνων οι οποίοι έχουν στο συγγενικό ή φιλικό τους περιβάλλον άτομο με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές και οι οποίοι φαίνεται ότι συμφωνούν σχετικά μ' αυτό, είναι 1,59 ενώ η μέση τιμή εκείνων οι οποίοι δεν έχουν στο κοινωνικό τους περιβάλλον άτομα με νοητική υστέρηση και επίσης συμφωνούν με αυτήν την άποψη, είναι 1,39.

Επειδή έχουμε  $\text{sig.}=0,234$  μεγαλύτερο του 0,05 καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η ύπαρξη ατόμων με νοητική υστέρηση στο περιβάλλον των ερωτώμενων δεν σχετίζεται με την άποψή τους.

**17.** Στον αν σχετίζεται η ύπαρξη στο συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον των ερωτώμενων άτομο με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές με το αν θεωρούν ότι οι ξενώνες/ κοινοτικά σπίτια που φιλοξενούν (Δια)νοητικά υστερούντα άτομα συμβάλλουν στην κοινωνική ένταξή τους, η μέση τιμή εκείνων οι οποίοι έχουν στο συγγενικό ή φιλικό τους περιβάλλον άτομο με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές και οι οποίοι φαίνεται ότι συμφωνούν σχετικά μ' αυτό, είναι 2,00 ενώ η μέση τιμή εκείνων οι οποίοι δεν έχουν στο κοινωνικό τους περιβάλλον άτομα με νοητική υστέρηση και επίσης συμφωνούν με αυτήν την άποψη, είναι 1,87.

Επειδή έχουμε  $\text{sig.}=0,599$  μεγαλύτερο του 0,05 καταλαβαίνουμε ότι δεν παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μεταβλητών.

**18.** Στον αν σχετίζεται η ύπαρξη στο συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον των ερωτώμενων άτομο με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές με το αν γνωρίζουν κάποια από τα άτομα με νοητική υστέρηση που φιλοξενούνται σε ξενώνες του Δήμου, η μέση τιμή εκείνων οι οποίοι έχουν στο συγγενικό ή φιλικό τους περιβάλλον άτομο με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές και οι οποίοι ούτε διαφώνησαν ούτε συμφώνησαν μ' αυτό, είναι 3,07 ενώ η μέση τιμή εκείνων οι οποίοι δεν έχουν στο κοινωνικό τους περιβάλλον άτομα με νοητική υστέρηση και δεν γνώριζαν κάποια από τα άτομα με νοητική υστέρηση που φιλοξενούνται σε ξενώνες του Δήμου, είναι 4,04.

Σε αυτό το σημείο, αντίθετα με τα προηγούμενα, παρατηρούμε ότι έχουμε  $\text{sig.}=0,003$  μικρότερο του 0,05 κάτι που σημαίνει ότι οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην συγκεκριμένη

ερώτηση σχετίζονται με την ύπαρξη ατόμων με νοητική στέρηση στο κοινωνικό ή συγγενικό περιβάλλον τους.

A/A		Έχετε κάποιο συγγενή ή γνωστό που έχει νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές;				
1	Τα άτομα με νοητική υστέρηση είναι ικανά για εργασία εξειδικευμένη ή μη.	NAI	Mean	2,41	Sig.	0,338
			Std. Deviation	0,78		
		OXI	Mean	2,60		
			Std. Deviation	0,73		
2	Η σύναψη φιλικών με άτομα που παρουσιάζουν συνοδά συμπτώματα νοητικής υστέρησης είναι απαγορευμένη.	NAI	Mean	4,38	Sig.	0,905
			Std. Deviation	0,98		
		OXI	Mean	4,41		
			Std. Deviation	0,85		
3	Η σύναψη ερωτικών σχέσεων με άτομα που παρουσιάζουν συνοδά συμπτώματα νοητικής υστέρησης είναι απαγορευμένη.	NAI	Mean	2,90	Sig.	0,179
			Std. Deviation	1,26		
		OXI	Mean	3,13		
			Std. Deviation	1,23		
4	Η συνεργασία (επαγγελματικό-προσωπικό επίπεδο) με άτομα με νοητική υστέρηση είναι ανέφικτη.	NAI	Mean	3,93	Sig.	0,882
			Std. Deviation	0,80		
		OXI	Mean	3,87		
			Std. Deviation	0,83		
5	Οι συγγενείς των ανθρώπων που διαμένουν σε κάποιο κοινοτικό πλαίσιο του Δήμου, με νοητική υστέρηση, δεν θα πρέπει να τους επισκέπτονται.	NAI	Mean	4,41	Sig.	0,338
			Std. Deviation	0,91		
		OXI	Mean	4,57		
			Std. Deviation	0,72		
6	Τα άτομα με νοητική υστέρηση δεν θα πρέπει να επιτρέπεται να κάνουν παιδιά.	NAI	Mean	2,45	Sig.	0,457
			Std. Deviation	1,30		
		OXI	Mean	2,49		
			Std. Deviation	1,24		
7	Τα άτομα με νοητική υστέρηση δεν πρέπει να παντρεύονται.	NAI	Mean	3,07	Sig.	0,748
			Std. Deviation	1,16		
		OXI	Mean	3,11		
			Std. Deviation	1,36		
8	Δεν θα είχατε δυσσέσκεια αν είχατε στο φιλικό σας περιβάλλον άτομο με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές.	NAI	Mean	2,00	Sig.	0,960
			Std. Deviation	1,10		
		OXI	Mean	2,06		
			Std. Deviation	1,08		

9	Αν ένα μέλος της οικογένειάς σας είχε νοητική υστέρηση θα ήσασταν το ίδιο περήφανος σε σχέση με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς.	NAI	Mean	1,97	Sig.	0,823
			Std. Deviation	1,09		
		OXI	Mean	1,94		
			Std. Deviation	1,02		
10	Όταν συναντάτε άτομα με νοητική υστέρηση αισθάνεστε οίκτο/ λύπη.	NAI	Mean	3,28	Sig.	0,798
			Std. Deviation	1,25		
		OXI	Mean	3,17		
			Std. Deviation	1,11		
11	Θαυμάζετε άτομα με νοητική υστέρηση που προσπαθούν να είναι ενεργά και δραστήρια.	NAI	Mean	1,34	Sig.	0,459
			Std. Deviation	0,81		
		OXI	Mean	1,34		
			Std. Deviation	0,72		
12	Θαυμάζετε τις οικογένειες ατόμων με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές.	NAI	Mean	1,38	Sig.	0,808
			Std. Deviation	0,78		
		OXI	Mean	1,45		
			Std. Deviation	0,77		
13	Αισθάνεστε οίκτο και λυπόσαστε τις οικογένειες ατόμων με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές.	NAI	Mean	3,21	Sig.	0,776
			Std. Deviation	1,29		
		OXI	Mean	3,22		
			Std. Deviation	1,15		
14	Οικογένειες ατόμων με νοητική υστέρηση είναι αξιοθαύμαστες για την στήριξη και αρωγή που προσφέρουν στα συγκεκριμένα μέλη τους.	NAI	Mean	1,38	Sig.	0,564
			Std. Deviation	0,68		
		OXI	Mean	1,33		
			Std. Deviation	0,70		
15	Άτομα με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές πρέπει να εντάσσονται στην κοινωνία.	NAI	Mean	1,52	Sig.	0,727
			Std. Deviation	0,91		
		OXI	Mean	1,45		
			Std. Deviation	0,67		
16	Πρέπει να δημιουργηθούν κι άλλα προγράμματα με στόχο την επανένταξη και ενεργό συμμετοχή(όσο αυτή είναι εφικτή) των ατόμων με νοητική υστέρηση στην κοινωνία.	NAI	Mean	1,59	Sig.	0,234
			Std. Deviation	0,95		
		OXI	Mean	1,39		
			Std. Deviation	0,68		
17	Οι ξενώνες/ κοινοτικά σπίτια που φιλοξενούν (Δια)νοητικά υστερούντα άτομα συμβάλλουν στην κοινωνική ένταξή τους.	NAI	Mean	2,00	Sig.	0,599
			Std. Deviation	0,93		
		OXI	Mean	1,87		
			Std. Deviation	0,81		

18	Γνωρίζετε κάποια από τα άτομα με νοητική υστέρηση που φιλοξενούνται σε ξενώνες του Δήμου.	NAI	Mean	3,07	Sig.	0,003
			Std. Deviation	1,36		
		OXI	Mean	4,04		
			Std. Deviation	1,18		

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

#### 7.1. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ

##### ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Αρχικά, να αναφέρουμε ότι το δείγμα μας αποτέλεσαν 133 άτομα, εργαζόμενοι σε εμπορικά καταστήματα του Δήμου Χαλανδρίου. Από αυτούς, το 73% του δείγματός μας αποτέλεσαν γυναίκες, το οποίο είναι και το μεγαλύτερο ποσοστό, ενώ το 27% αποτέλεσαν άντρες. Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση των ερωτώμενων το μεγαλύτερο ποσοστό, συγκεκριμένα, το 45% είναι παντρεμένοι/ες, ενώ το 38% ελεύθεροι/ες. Στη συνέχεια, εξετάζοντας το επίπεδο σπουδών του δείγματος τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων ήταν κάτοχοι πτυχίου ανώτερης ή ανώτατης σχολής, συγκεκριμένα το 51%. Με μικρή διαφορά ακολουθεί το ποσοστό εκείνων οι οποίοι είχαν απολυτήριο λυκείου ή μέσης τεχνικής σχολής (ή απολυτήριο παλαιού εξατάξιου γυμνασίου), αυτοί αποτελούν το 39% των ερωτώμενων. Το 9% έχει τελειώσει λίγες τάξεις γυμνασίου ή απολυτήριο γυμνασίου (νέου τύπου). Ενώ μόνο το 1% του δείγματος ήταν απόφοιτοι δημοτικού.

Επιπλέον, μελετώντας αν έχουν κάποιον συγγενή ή γνωστό που να έχει νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές το ποσοστό του δείγματος το οποίο είχε κάποιο συγγενή ή γνωστό που να έχει νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές ήταν 26%. Αντίθετα, με μεγάλη διαφορά παρουσιάζονται εκείνοι οι ερωτώμενοι οι οποίοι δεν είχαν στο συγγενικό ή φιλικό τους περιβάλλον άτομο με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές, συγκεκριμένα το 74%, το οποίο είναι και το μεγαλύτερο ποσοστό. Επιπρόσθετα, αναφερόμενες στο χρονικό διάστημα κατά το οποίο εργάζονται στη συγκεκριμένη περιοχή το μεγαλύτερο ποσοστό, συγκεκριμένα το 38% εργάζεται στην περιοχή του συγκεκριμένου Δήμου πάνω από 6 χρόνια. Ακολουθεί το ποσοστό εκείνων οι οποίοι εργάζονται στην περιοχή του Δήμου Χαλανδρίου λιγότερο από ένα χρόνο (26%). Στην συνέχεια, το 22% εργάζεται στην συγκεκριμένη περιοχή από 1 έως 3 χρόνια και τέλος, το μικρότερο ποσοστό αποτέλεσαν εκείνοι οι οποίοι εργάζονται από 3-6 χρόνια στην περιοχή του Δήμου Χαλανδρίου και αποτελούν το 14% του δείγματος. Εξετάζοντας το κατά πόσο ο Δήμος Χαλανδρίου αποτελεί τον τόπο διαμονής των ερωτώμενων. Συγκεκριμένα, το 58% των ερωτώμενων της έρευνας, το οποίο αποτελεί και το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος, δεν διαμένει στην περιοχή του Δήμου Χαλανδρίου, ενώ το 42% του δείγματος διαμένει στην περιοχή του συγκεκριμένου Δήμου.

Τέλος, σχετικά με τις γνώσεις των ερωτώμενων στο αν υπάρχουν κοινοτικά σπίτια/ ξενώνες που φιλοξενούν άτομα με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές στον Δήμο Χαλανδρίου όπου και εργάζονται. Αναλυτικά, αναφέρουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δεν γνώριζε την ύπαρξη των κοινοτικών σπιτιών/ ξενώνων που εξυπηρετούν τα άτομα με νοητική υστέρηση και ανήκουν στον συγκεκριμένο Δήμο, το ποσοστό ανέρχεται στο 72%. Αυτό μας δείχνει ότι παρόλο που οι ερωτώμενοι της έρευνας εργάζονται στην περιοχή του Δήμου Χαλανδρίου, δεν γνωρίζουν ότι στον Δήμο όπου εργάζονται υπάρχουν ξενώνες για τα νοητικά υστερούντα άτομα. Αυτό ίσως συμβαίνει καθώς μπορεί να μην υπάρχει ενημέρωση σχετικά με την ύπαρξη των κοινοτικών σπιτιών στον Δήμο. Στο δοκίμιό του ο Κασιμάτης Β. (2003) αναφέρει ότι, όπως είχε διαπιστωθεί και παρουσιαστεί στα πλαίσια Ευρωπαϊκού Συνεδρίου με θέμα «Νοητική υστέρηση και ελεύθερος χρόνος» (2002), που διοργάνωσε η ΕΣΕΕΠΑ, υπήρχε μεγάλο κενό στην στοιχειώδη γνώση ορισμένων δομών και δραστηριοτήτων. Χαρακτηριστικό παράδειγμα το οποίο αναφέρθηκε στην τότε έρευνα αποτέλεσε η αντίδραση ενός γονέα ο οποίος έμαθε από το συνέδριο ότι στο ίδιο οικοδομικό τετράγωνο όπου βρίσκεται το σπίτι τους υπήρχε πρόγραμμα δημιουργικής απασχόλησης τα τελευταία 10 χρόνια. Αντίθετα, από το δείγμα μας μόνο το 28% των εργαζομένων των εμπορικών καταστημάτων του Δήμου Χαλανδρίου γνώριζε την ύπαρξη των κοινοτικών σπιτιών/ ξενώνων του Δήμου, ίσως γιατί το συγκεκριμένο ποσοστό του δείγματός μας γνώριζε κάποια άτομα που διαμένουν στους ξενώνες ή έχουν πελάτες άτομα απ' τους ξενώνες.

#### **A. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ**

Στη συγκεκριμένη ενότητα θα ακολουθήσει μια συζήτηση σχετικά με τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας. Αρχικά, η θεματική ενότητα που αφορά στις γνώσεις των ερωτώμενων του δείγματος σχετικά με την κλινική εικόνα αποτελείται από 7 προτάσεις τις οποίες οι ερωτώμενοι βάσει της κλίμακας που είχαμε θέσει απάντησαν κατά πόσο γνωρίζουν ή όχι την ισχύ των προτάσεών μας.

Οι ερωτήσεις αφορούσαν, αρχικά στα βασικά χαρακτηριστικά της νοητικής καθυστέρησης, πρόταση στην οποία το 70% γνώριζε τα χαρακτηριστικά της. Στο 70% συμπεριλήφθηκε τόσο το ποσοστό εκείνων οι οποίοι συμφώνησαν απόλυτα όσο και εκείνων οι οποίοι απλά συμφώνησαν. Αντίθετα, το ποσοστό εκείνων οι οποίοι διαφώνησαν ήταν αρκετά μικρό (9,3%). Αυτό μας δείχνει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματός μας γνώριζε τα βασικά χαρακτηριστικά της νοητικής καθυστέρησης. Βάσει ενημερωτικών ημερίδων και συλλόγων το ευρύ κοινό μπορεί να ενημερωθεί σχετικά με τη νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές, όπως για παράδειγμα η ημερίδα η οποία πραγματοποιήθηκε με θέμα «Νοητική Υστέρηση και Σύνδρομο Down» την οποία διοργάνωσε το Ανοικτό Ίδρυμα Εκπαίδευσης το



2014 στην Αθήνα και στην οποία ανάμεσα στους θεματικούς άξονες που παρουσιάστηκαν, έγινε αναφορά και στα χαρακτηριστικά γνωρίσματα των ατόμων με νοητική υστέρηση. Αντίθετα, σε έρευνα που είχε πραγματοποιηθεί, από σπουδάστριες του τμήματος κοινωνικής εργασίας Καπαρουνάκη και Πλακιά (2007) με υπεύθυνη καθηγήτρια την κα Κούτρα Κ., με θέμα τις «Στάσεις εργοδοτών εταιριών Α.Ε. για τα άτομα με νοητική καθυστέρηση του νομού Ηρακλείου», τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι μισοί εργοδότες του Ηρακλείου (του δείγματός τους) είχαν άγνοια στο τί είναι η νοητική υστέρηση σε αντίθεση με τα αποτελέσματα της δικής μας έρευνας κατά την οποία το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματός μας γνώριζε και τα βασικά χαρακτηριστικά.

Η συγκεκριμένη ερώτηση συσχετίστηκε με το μορφωτικό επίπεδο των ερωτώμενων του δείματός μας. Με βάση, λοιπόν, τα αποτελέσματα των συσχετίσεων και όπως αυτά έχουν παρουσιαστεί σε προηγούμενο κεφάλαιο, ανεξάρτητα από το επίπεδο σπουδών τους συμφώνησαν με την πρόταση που τους δόθηκε. Το γεγονός ότι και εκείνοι οι οποίοι έχουν τελειώσει λίγες τάξεις του γυμνασίου γνώριζαν την απάντηση και δεν διαφοροποιήθηκαν σε σχέση με του κατόχους πτυχίου ανώτερης ή ανώτατης σχολής, ενδεχομένως να σημαίνει ή ότι απλώς συμφώνησαν με την πρόταση όπως αυτή τους δόθηκε, απαντώντας τυχαία, ή πιθανόν να γνωρίζουν κάποιο άτομο με νοητική υστέρηση, ή να γνώριζαν την απάντηση. Στην έρευνα που προαναφέραμε, με θέμα τις «Στάσεις εργοδοτών εταιριών Α.Ε. για τα άτομα με νοητική καθυστέρηση του νομού Ηρακλείου» το 2007, οι εργοδότες οι οποίοι δεν γνώριζαν τί είναι νοητική καθυστέρηση το 48,9% ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου.

Στην συνέχεια, στο αν η νοητική καθυστέρηση είναι το ίδιο συχνή και στα δύο φύλα το μεγαλύτερο ποσοστό συμφώνησε σ' αυτό, συγκεκριμένα το 45% συμφώνησε και το 22,1% συμφώνησε απόλυτα. Αντίθετα, όπως αναφέρει η Μαριδάκη-Κασσωτάκη (2009), περίπου 3% του ποσοστού των παιδιών γεννιούνται με κάποιο μικρό ή μεγάλο πρόβλημα νοητικής ανάπτυξης και τις περισσότερες φορές τα δύο τρίτα από αυτά είναι αγόρια. Αυτό μας δείχνει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείματός μας δεν γνώριζε ότι η διανοητική καθυστέρηση προσβάλλει πιο συχνά τους άντρες. Από τον συσχετισμό της συγκεκριμένης πρότασης και του μορφωτικού επιπέδου των ερωτώμενων, προκύπτει ότι το μορφωτικό τους επίπεδο δεν επηρεάζει την γνώση τους πάνω στη συγκεκριμένη διατύπωση.

Επιπλέον, στο αν η έναρξη της διανοητικής καθυστέρησης μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία κι αν βρίσκεται το άτομο, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείματος απάντησε αρνητικά. Συγκεκριμένα, το 36,6% διαφώνησε και το 25,2% διαφώνησε απόλυτα. Έτσι, αντιλαμβανόμαστε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείματός μας γνώριζε την απάντηση. Να αναφερθεί ότι σ' αυτό ενδεχομένως να συμβάλλει το γεγονός ότι τα κοινοτικά σπίτια τα οποία

βρίσκονται στην περιοχή κατά περιόδους διοργανώνουν διάφορες γιορτές και bazaars για τα συγκεκριμένα άτομα, έτσι οι άνθρωποι που πηγαίνουν σ' αυτές τις εκδηλώσεις είναι πιθανόν να μαθαίνουν ή να κατανοούν κάποια στοιχεία της νοητικής υστέρησης, αν και εφόσον το επιθυμούν, από την συναναστροφή τους τόσο με τα άτομα που διαμένουν στα κοινοτικά σπίτια όσο και από το προσωπικό και τους εθελοντές π.χ. η Πασχαλινή γιορτή η οποία πραγματοποιήθηκε στο κοινοτικό σπίτι «Αριάδνη» το 2013 κτλ. Συσχετισμός έγινε και στη συγκεκριμένη διατύπωση. Συγκεκριμένα διερευνήθηκε το αν σχετίζεται το επίπεδο σπουδών με το αν η έναρξη της διανοητικής καθυστέρησης μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία. Για το συγκεκριμένο συσχετισμό προκύπτει ότι το μορφωτικό επίπεδο δεν επηρεάζει το κατά πόσο είχαν την παραπάνω γνώση.

Σχετικά με τα επίπεδα της νοητικής καθυστέρησης, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος απάντησε θετικά. Το 46,5% συμφώνησε και το 24,4% συμφώνησε απόλυτα, ποσοστό αρκετά μεγάλο. Όλα τα επίπεδα καταγράφηκαν στην πρόταση που εξετάστηκε, συνεπώς το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματός μας φαίνεται ότι ήταν γνώστες των επιπέδων της νοητικής καθυστέρησης. Από τον έλεγχο που πραγματοποιήσαμε για να δούμε αν σχετίζεται ή όχι το μορφωτικό επίπεδο των ερωτώμενων με το κατά πόσο γνωρίζουν τα επίπεδα της νοητικής υστέρησης καταλήξαμε ότι δεν γνώριζαν την απάντηση μόνο όσοι είχαν ένα υψηλό μορφωτικό επίπεδο αλλά και εκείνοι των οποίων το μορφωτικό επίπεδο ήταν χαμηλό. Όπως έχουμε ήδη αναφέρει, η ύπαρξη ενημερωτικών ημερίδων και συνεδρίων όσον αφορά στη νοητική υστέρηση, με την οποία και ασχολούμαστε, βοηθάει το ευρύ κοινό να γνωρίσει κάποια πράγματα σχετικά με την νοητική υστέρηση. Έτσι, αναφέρουμε ότι στην ημερίδα η οποία πραγματοποιήθηκε με θέμα «Νοητική Υστέρηση και Σύνδρομο Down» την οποία διοργάνωσε το Ανοικτό Ίδρυμα Εκπαίδευσης το 2014 στην Αθήνα παρουσιάστηκαν πολλά ζητήματα που αφορούν το θέμα μας και επίσης έγινε αναφορά στην ταξινόμηση της νοητικής υστέρησης.

Επιπρόσθετα, στο αν πιστεύουν ότι κάποια άτομα με νοητική υστέρηση μπορεί να είναι εξαρτημένα και παθητικά και κάποια παρορμητικά και επιθετικά, το 61,1% συμφώνησε και το 26,7% συμφώνησε απόλυτα, δηλαδή το 87,8% του δείγματος, ποσοστό πολύ μεγάλο. Η απάντηση του δείγματός μας παρουσιάστηκε ανεξάρτητη από το επίπεδο σπουδών τους. Έτσι, ακόμα και εκείνοι οι οποίοι δεν είχαν υψηλό μορφωτικό επίπεδο γνώριζαν να μας απαντήσουν. Αυτό μπορεί να συνέβει καθώς μπορεί να έχουν ακούσει για την συμπεριφορά κάποιων ατόμων με νοητική υστέρηση από τρίτους ή και οι ίδιοι να έχουν ενδιαφερθεί να μάθουν κάποια θέματα που αφορούν στα συγκεκριμένα άτομα.

Επιπλέον, ουδέτερη στάση κράτησε το μεγαλύτερο ποσοστό σχετικά με το αν γνωρίζουν ότι η συνύπαρξη άλλων ψυχικών διαταραχών είναι πιο συχνή στα νοητικά υστερούντα άτομα σε

σχέση με τον γενικό πληθυσμό, συγκεκριμένα το 39,2% κι αυτό γιατί πιθανόν δεν γνώριζαν αν αυτό ισχύει ή όχι, ενώ πολύ κοντά ήταν και το ποσοστό εκείνων οι οποίοι συμφώνησαν με την συγκεκριμένη διατύπωση το ποσοστό των οποίων κυμάνθηκε στο 36,9%. Πάντως φαίνεται πως το επίπεδο σπουδών δεν επηρέασε την γνώση τους πάνω σε αυτό.

Η τελευταία πρόταση της συγκεκριμένης ενότητας αφορούσε στο αν γνωρίζουν οι ερωτώμενοι ότι οι διαταραχές της διάθεσης και οι διαταραχές οφειλόμενες σε γενική ιατρική κατάσταση ανήκουν στις πιο συχνές συνοδές διαταραχές. Το 47,2%, το οποίο είναι και το μεγαλύτερο ποσοστό έδωσε ουδέτερη απάντηση, γιατί ενδεχομένως δεν γνώριζε να απαντήσει, ενώ το αμέσως επόμενο μεγαλύτερο ποσοστό (33,9) ανήκει σε αυτούς οι οποίοι συμφώνησαν. Από τα ποσοστά λοιπόν, προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δεν γνώριζε την απάντηση, ενώ ικανοποιητικό θα μπορούσαμε να πούμε το ποσοστό εκείνων οι οποίοι την γνώριζαν. Συσχετισμός έγινε και στη συγκεκριμένη διατύπωση, κατά τον οποίο φάνηκε πως οι μορφωμένοι του δείγματός μας με εκείνους οι οποίοι δεν είχαν υψηλού επιπέδου μόρφωση δεν διαφοροποιήθηκαν στην απάντηση που έδωσαν, συνεπώς ήταν ανεξάρτητο το μορφωτικό τους επίπεδο από το αν γνώριζαν ή όχι την απάντηση της συγκεκριμένης διατύπωσης.

## **B. ΠΟΡΕΙΑ - ΠΡΟΓΝΩΣΗ**

Στη δεύτερη θεματική ενότητα εξετάζονται οι γνώσεις που έχουν οι ερωτώμενοι για την πορεία και την πρόγνωση των νοητικά υστερούντων ατόμων και αυτό φαίνεται από 2 προτάσεις, που καλούνται να απαντήσουν στο αν συμφωνούν ή διαφωνούν.

Η πρώτη, από τις δυο ερωτήσεις της ενότητας αφορούσε το κατά πόσο η βαριά και βαθιά νοητική υστέρηση καταλήγει σε πρόωρο θάνατο. Ποσοστό της τάξης 51,6% του πληθυσμού συμφώνησε ότι η κατάσταση ατόμων με κάποια βαριά ή βαθιά (δια)νοητική καθυστέρηση επιδεινώνεται προοδευτικά και τελικά τα άτομα αυτά καταλήγουν σε πρόωρο θάνατο. Από το 51,6% του πληθυσμού συμπεριλαμβάνονται και αυτοί που απάντησαν ότι συμφωνούν και αυτοί που συμφωνούν απόλυτα. Η συγκεκριμένη ερώτηση συσχετίστηκε με το μορφωτικό επίπεδο των ερωτώμενων του δείγματος μας. Με βάση τα αποτελέσματα των συσχετίσεων εμφανίστηκε ανεξάρτητο το επίπεδο σπουδών των ερωτώμενων με το κατά πόσο γνώριζαν την πρόταση αυτή. Βάσει της ύπαρξης του Κοι.Σ.Π.Ε. το οποίο βοηθάει τους ψυχικά πάσχοντες να έχουν πρόσβαση στην αγορά εργασίας, είναι πιο πιθανό να συναναστρέφεται το δείγμα μας νοητικά υστερούντα άτομα και έτσι να γνωρίζουν στοιχεία που αφορούν στα άτομα με νοητική υστέρηση.

Στην δεύτερη ενότητα εξετάστηκε και η γνώση του δείγματός μας στο κατά πόσο τα άτομα με ήπιας και μέτριας βαρύτητας καθυστέρηση, με κατάλληλη εκπαίδευση και άσκηση μπορούν να παρουσιάσουν σημαντική βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Το μεγαλύτερο

ποσοστό του δείγματός μας φάνηκε πως το γνώριζε, ποσοστό το οποίο κυμάνθηκε στο 90% συμπεριλαμβανομένων τόσο εκείνων οι οποίοι συμφώνησαν απόλυτα όσο και εκείνων που απλά συμφώνησαν και η απάντησή τους υπήρξε ανεξάρτητη από το επίπεδο των σπουδών τους. Αυτό μπορεί να ισχύει καθώς τα άτομα που είχαν κάποιο μορφωτικό επίπεδο το γνώριζαν, αλλά και εκείνοι οι οποίοι δεν είχαν, συμφώνησαν στο ότι για να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ατόμων με ήπιας και μέτριας βαρύτητας καθυστέρηση θα πρέπει να ακολουθήσουν κατάλληλη εκπαίδευση και άσκηση.

### **Γ. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ**

Η τρίτη ενότητα του ερωτηματολογίου εξετάζει την αιτιολογία και την επιδημιολογία της νοητικής υστέρησης. Η ενότητα αποτελείται από τρεις προτάσεις που οι ερωτώμενοι καλούνταν να απαντήσουν κατά πόσο συμφωνούν ή διαφωνούν.

Αρχικά, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματός μας και συγκεκριμένα το 73,5%, συμπεριλαμβανομένων τόσο εκείνων οι οποίοι συμφώνησαν απόλυτα όσο και εκείνων οι οποίοι συμφώνησαν απλά, γνώριζαν ότι για την αιτιολογία της εμφάνισης της νοητικής υστέρησης σημαντικές κατηγορίες αποτελούν οι κληρονομικοί και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες. Όπως έχουμε αναφερθεί ξανά, οι ημερίδες που πραγματοποιούνται κατά καιρούς είναι πολύ σημαντικές, καθώς μπορούν να ενημερώσουν τον ευρύτερο πληθυσμό για διάφορα ζητήματα. Όπως για παράδειγμα, πραγματοποιήθηκε μια ημερίδα στην Αθήνα το 2014 από το Ανοικτό Ίδρυμα Εκπαίδευσης με θέμα «Νοητική Υστέρηση και Σύνδρομο Down» και μέσα στους θεματικούς άξονες που παρουσίασε έγινε αναφορά και στα αίτια της νοητικής υστέρησης. Στην θετική απάντηση των ερωτώμενων του δείγματός μας φαίνεται πως δεν επηρέασε το μορφωτικό τους επίπεδο κι αυτό μπορεί να συνέβει καθώς δεν είναι απαραίτητο να έχει κάποιος υψηλό επίπεδο γνώσεων για να μάθει σχετικά με κάτι το οποίο ενδιαφέρεται να γνωρίζει, είτε γιατί ενδεχομένως τον αφορά, είτε γιατί μπορεί να το βιώνει στο περιβάλλον του. Επίσης, αναφορικά με τις ημερίδες, δεν είναι απαραίτητο κάποιος να έχει ένα υψηλό μορφωτικό επίπεδο για να τις παρακολουθήσει.

Στο κατά πόσο οι ερωτώμενοι του δείγματος μας πιστεύουν ότι η διανοητική καθυστέρηση προσβάλλει περίπου το 1% του πληθυσμού συνεπώς είναι πιο συχνή, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος μας έχει κρατήσει μια ουδέτερη στάση (61,1%). Αυτό σημαίνει ότι ούτε συμφώνησαν ούτε διαφώνησαν με την συγκεκριμένη άποψη κι αυτό γιατί το πιο πιθανόν είναι να μην το γνώριζαν. Με βάση τα αποτελέσματα των συσχετίσεων που πραγματοποιήθηκαν δεν σχετίζεται το επίπεδο σπουδών τους δείγματός μας στο αν γνωρίζουν την συχνότητα της νοητικής υστέρησης και το ποσοστό του πληθυσμού που προσβάλλει.

Στη τελευταία ερώτηση της συγκεκριμένης θεματικής ενότητας, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματός μας κράτησε ουδέτερη στάση με 50,4%, αυτό σημαίνει ότι μεγάλο ποσοστό των ερωτώμενων δεν γνώριζαν ότι η νοητική υστέρηση προσβάλλει πιο συχνά τους άνδρες. Την άποψή τους αυτή δεν επηρέασε το μορφωτικό τους επίπεδο καθώς παρουσιάστηκε ανεξάρτητο.

#### **Δ. ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Στην τέταρτη θεματική ενότητα του ερωτηματολογίου εξετάζουμε τις γνώσεις που μπορεί να έχουν οι ερωτώμενοι για τη θεραπευτική προσέγγιση των ατόμων με νοητική υστέρηση.

Σύμφωνα λοιπόν με τις απόψεις που εκφράστηκαν στην έρευνά μας, η πλειοψηφία των ερωτώμενων γνωρίζουν και θεωρούν και οι ίδιοι ότι πρέπει να υπάρχουν θεραπευτικά προγράμματα και ειδικά ιδρύματα που να καλύπτουν επαρκώς τις ανάγκες των ίδιων των ατόμων αλλά και των οικογενειών τους. Αξιοσημείωτο είναι μάλιστα το γεγονός ότι το μεγάλο ποσοστό σχεδόν 94% θεωρεί απαραίτητη τη στήριξη των γονέων στα πλαίσια υποστηρικτικής-συμβουλευτικής ψυχοθεραπείας κάτι που επαληθεύει κιόλας την άποψη που εκφράστηκε σε προηγούμενη ερώτηση, όπου οι ερωτώμενοι δήλωσαν ότι θαυμάζουν τις οικογένειες ατόμων με νοητική υστέρηση αναγνωρίζοντας το δύσκολο έργο τους. Επιπλέον, να αναφερθεί ότι τα παραπάνω αποτελέσματα που προέκυψαν από τις γνώσεις του δείγματός μας σχετικά με την θεραπευτική αντιμετώπιση της νοητικής υστέρησης είναι ανεξάρτητα από την ύπαρξη ατόμου με νοητική υστέρηση στο κοινωνικό τους περιβάλλον.

Μέσω της ύπαρξης ενημερωτικών ημερίδων και φεστιβάλ που διοργανώνονται γύρω από την ψυχική υγεία, γίνονται γνωστά στο ευρύ κοινό στοιχεία που αφορούν την νοητική υστέρηση. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν, το 3ημερο φεστιβάλ που διοργάνωσε, το 2013, η Ε.Π.Α.Ψ.Υ. σε συνεργασία με το Αμερικανικό Κολλέγιο Ελλάδος- DEREΕ, αφιερωμένο στην ψυχική υγεία, καθώς επίσης και το φεστιβάλ που διοργανώθηκε πάλι από την Ε.Π.Α.Ψ.Υ. το 2012 για την Παγκόσμια Ημέρα της Ψυχικής Υγείας, στην κεντρική πλατεία του Δήμου Χαλανδρίου. Έτσι είναι πολύ πιθανόν να παρευρέθηκε και μεγάλο ποσοστό του δείγματός μας, όμως και σε αντίθετη περίπτωση, πιθανότητα να έγινε γνωστό και σ' εκείνους.

#### **Ε. ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΚΑΙ ΚΡΑΤΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ**

Στην πέμπτη ενότητα του ερωτηματολογίου παρατίθενται κάποιες προτάσεις και εξετάζεται το πώς κρίνει το δείγμα μας την υπάρχουσα νομοθεσία και τη κρατική μέριμνα που υπάρχει για τα άτομα με νοητική υστέρηση, καθώς επίσης και με άλλες παρόμοιες προτάσεις σχετικά με το θέμα της συγκεκριμένης ενότητας. Αποτελείται από ερωτήσεις που αναφέρονται σε ένα μεγάλο μέρος των παροχών του κράτους.

Ξεκινώντας την ενότητα αυτή, συμπεραίνουμε ότι η πλειοψηφία του δείγματός μας (92,5%) συμφωνεί με την άποψη ότι το κράτος πρέπει να προωθεί τρόπους που να διευκολύνουν την ομαλή επανένταξη των ατόμων με νοητική υστέρηση. Η άποψή τους αυτή δεν ήταν ανεξάρτητη από το φύλο, καθώς στην συσχέτιση που πραγματοποιήθηκε παρουσιάστηκε διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών. Στη συνέχεια, διαπιστώσαμε ότι στην πλειοψηφία τους οι ερωτώμενοι ήταν δυσαρεστημένοι με τις κρατικές παροχές και θεωρούν ότι χρειάζεται αρκετή προσπάθεια ακόμα για την στήριξη αυτών των ατόμων αλλά και για την ευαισθητοποίηση της κοινωνίας σχετικά με τη νοητική υστέρηση. Δεν παρουσιάστηκε διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών σε αυτές τις αρνητικές απόψεις των ερωτώμενων του δείγματός μας σχετικά με τις κρατικές παροχές.

Με βάση τα αποτελέσματα έρευνας όπου πραγματοποιήθηκε στις Βρυξέλλες μεταξύ κάποιων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Eurobarometer, 2010), τα άτομα που πάσχουν από νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές ή οποιασδήποτε μορφής αναπηρία πρέπει να απολαμβάνουν μια καλής ποιότητας ζωή που να μη διαφοροποιείται από εκείνη των ατόμων που δεν εντάσσονται στα άτομα με ειδικές ανάγκες. Τα άτομα αυτά πρέπει να ζουν σε ένα μέρος που να το αισθάνονται σαν το σπίτι τους, όπου δε θα παραβιάζεται η προσωπική τους αξιοπρέπεια, θα υπάρχει σεβασμός των προσωπικών τους πληροφοριών και θα τηρείται πλήρης εχεμύθεια. Θα πρέπει να έχουν μια σειρά από ευκαιρίες για να κάνουν διαπροσωπικές σχέσεις, να συμμετέχουν στην κοινωνία και στις κοινωνικές υπηρεσίες και εκδηλώσεις, καθώς και στην ενίσχυση των δραστηριοτήτων, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που περιέχουν κάποιο βαθμό κινδύνου. Στο αν το κράτος έχει ενδιαφερθεί σε ικανοποιητικό βαθμό για την ποιότητα ζωής των νοητικά υστερούντων ατόμων το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματός μας διαφωνεί με αυτήν την άποψη, γεγονός που μας δείχνει για ακόμα μια φορά το πόσο ευαισθητοποιημένοι είναι για τα συγκεκριμένα άτομα και ταυτόχρονα πόσο ελλιπή θεωρούν τα προγράμματα και τις κρατικές παροχές.

Συνεχίζουμε με τα αποτελέσματά μας σχετικά με τα δικαιώματα των ατόμων με νοητική υστέρηση και τις απόψεις σχετικά με τον τρόπο ζωής τους. Συγκεκριμένα, παρατηρήσαμε ότι η πλειοψηφία συμφωνεί με την άποψη ότι τα άτομα με νοητική στέρωση δεν θα πρέπει να στερούνται δικαιωμάτων συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό, παρ' όλα αυτά κρατούν μια ουδέτερη στάση σε πιο συγκεκριμένα θέματα όπως είναι το θέμα της ψήφου και το ότι τα άτομα με νοητική υστέρηση πρέπει να είναι απαλλαγμένα ευθυνών. Από την άλλη, επίσης, θεωρούν ότι τα άτομα με νοητική στέρωση θα πρέπει να μετακινούνται και σε άλλους χώρους εκτός των ξενώνων που διαμένουν. Οι παραπάνω απόψεις τους δεν εξαρτώνται από το φύλο, διότι όπως φάνηκε στο συσχετισμό δεν υπήρξε διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών η οποία να επηρέασε

τις απόψεις των ερωτώμενων για τα παραπάνω ζητήματα. Τέλος, να αναφερθεί σχετικά με τα παραπάνω, ότι παρατηρούμε ένα δισταγμό στις απόψεις όσον αφορά στις ευθύνες που θα μπορούσαν να αναλάβουν τα άτομα με νοητική υστέρηση κι αυτό γιατί όπως μας ανέφεραν έχει να κάνει με το επίπεδο της νοητικής υστέρησης των ατόμων, αλλά παράλληλα και σεβασμό στα δικαιώματά τους.

Για το αν τα νοητικά υστερούντα άτομα έχουν ίσα δικαιώματα με τον γενικό πληθυσμό, αυτό επικυρώνει η Διεθνής Σύμβαση για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία, η οποία θεσπίζει ίσα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία με τον γενικό πληθυσμό (ΟΗΕ, 2007). Είναι αξιόλογο να σχολιαστεί ότι είναι ικανοποιητικά μεγάλο το ποσοστό εκείνων οι οποίοι πιστεύουν σε αυτή τη διατύπωση. Βασιζόμενες στη θεωρία, η Σύμβαση για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρίες καταγράφει τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν από την πολιτεία έτσι ώστε οι άνθρωποι αυτοί να απολαμβάνουν πλήρως και ισότιμα τα ίδια δικαιώματα με όλους τους άλλους ανθρώπους, δηλαδή το δικαίωμα στην ζωή, στην πληροφόρηση, στην ελευθερία και την ασφάλεια, στον σεβασμό της ιδιωτικής ζωής, της κατοικίας και της οικογένειας κ.α. Σύμφωνα με αυτή τα όργανα του κράτους πρέπει να εκτελούν τα καθήκοντά τους κατά τρόπο συμβατό με τις υποχρεώσεις του κράτους που απορρέουν από τις Διατάξεις της Σύμβασης. Κατά συνέπεια, οι κανόνες αποσκοπούν στη διασφάλιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Η Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών έρχεται να ανατρέψει τα απαρχαιωμένα κατεστημένα και να δώσει ώθηση στους ανθρώπους με ειδικές ανάγκες (Merakou, 2001). Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτώμενων θεωρούν ότι το κράτος θα πρέπει να φροντίσει για να καλύψει πλήρως τις ανάγκες των ατόμων με νοητική υστέρηση για να εξυπηρετούνται καλύτερα στην καθημερινότητά τους, αυτό μας δείχνει επίσης το πόσο θετικά βλέπουν τα άτομα αυτά.

Στο κατά πόσο δεν είναι αναγκαίο να κυκλοφορούν τα άτομα με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές, όταν η μετακίνησή τους είναι δύσκολη, το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε θετικά με ποσοστό 42%. Πιθανόν να συμμερίζονται τη θέση των ατόμων αν αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη μετακίνησή τους και από την άλλη γιατί ενδεχομένως να θεωρούν ελλειπείς τις υποδομές του κράτους. Βέβαια σημαντικό είναι να αναφερθούμε και στα υπόλοιπα ποσοστά, διότι το 33,6% ήταν αρνητικοί στο ότι δεν θα πρέπει να μετακινούνται τα άτομα κι αυτό γιατί ενδεχομένως πιστεύουν στο ότι έχουν και αυτά δικαίωμα στην κοινωνική ζωή και ότι αυτή δεν θα πρέπει να τους στερείται. Ενώ, το 24,4% κράτησαν μια ουδέτερη στάση διότι μπορεί να σκέφτονταν τα προαναφερόμενα.

Μεγάλο είναι το ποσοστό των ατόμων που απάντησαν αρνητικά στο ότι τα προγράμματα που υπάρχουν στις κοινότητες για τα άτομα με νοητική υστέρηση είναι υπέρ αρκετά και συγκεκριμένα 64,4%. Αυτό μπορεί να συμβαίνει καθώς ίσως να μην γνωρίζουν την ύπαρξη

κάποιων προγραμμάτων που να απευθύνονται στα νοητικά υστερούντα άτομα, αλλά ακόμα κι αν γνωρίζουν να είναι της άποψης ότι δεν μπορεί να χαρακτηριστεί τίποτα ως «υπέρ αρκετό» όταν αναφερόμαστε σε άτομα τα οποία χρήζουν ανάγκης προγραμμάτων και στήριξης. Όσον αφορά τώρα, στο αν τα παιδιά με νοητική καθυστέρηση που είναι εκπαιδεύσιμα θα πρέπει να εντάσσονται κανονικά στα σχολεία μαζί με τα υπόλοιπα παιδιά, το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος μας απάντησε θετικά. Αντιλαμβανόμαστε λοιπόν, πόσο θετικό είναι το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων του δείγματός μας θεωρεί ότι τα παιδιά με νοητική καθυστέρηση που είναι εκπαιδεύσιμα θα πρέπει να εντάσσονται κανονικά στα σχολεία μαζί με τα υπόλοιπα παιδιά, γιατί ενδεχομένως να πιστεύουν ότι τα παιδιά δεν πρέπει να κατηγοριοποιούνται με το να εξαιρούνται εξαιτίας της αναπηρίας τους και να συμφωνούν στο ότι όλα τα παιδιά έχουν δικαίωμα την εκπαίδευση.

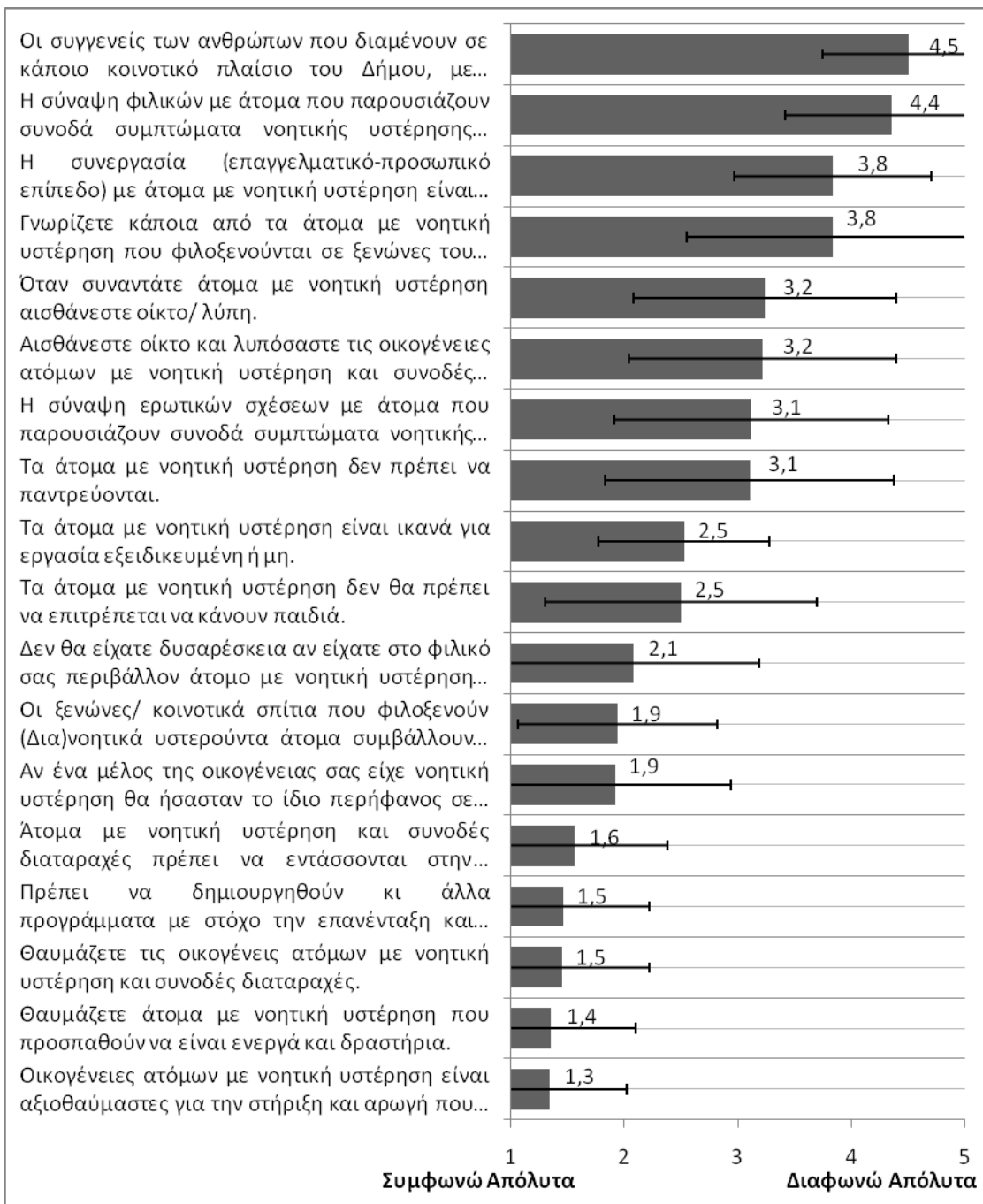
Από τη συσχέτιση των παραπάνω ερωτημάτων μας σε σχέση με το φύλο διαπιστώθηκε πως δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών στις απόψεις που έχουν σχετικά με τα προαναφερόμενα.

#### **ΣΤ. ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ**

Με την κλίμακα αυτή παρουσιάζουμε τη μέση τιμή των ερωτήσεων της ενότητας στάσεων και αντιλήψεων του περιβάλλοντος απέναντι στα άτομα με νοητική υστέρηση. Η ενότητα αυτή είναι σημαντική για την εργασία μας διότι οι στάσεις και οι αντιλήψεις αποτελούν και την ερευνητική μας υπόθεση και αποτελεί μέρος του σκοπού της έρευνας μας.

Με αυτό τον τρόπο θέλουμε να δείξουμε σε ποιες ερωτήσεις το δείγμα μας απάντησε αρνητικά και σε ποιες απάντησε θετικά. Η κλίμακα ξεκινάει από το συμφωνώ απόλυτα και φτάνει μέχρι το διαφωνώ απόλυτα





Αναλυτικότερα, παρατηρούμε ότι στην πρώτη ερώτηση σχετικά με το αν οι συγγενείς των ανθρώπων με νοητική υστέρηση που διαμένουν σε κάποιο κοινοτικό πλαίσιο του Δήμου δεν θα πρέπει να τους επισκέπτονται οι περισσότεροι τείνουν προς την απόλυτη διαφωνία με αυτή την άποψη. Από το αποτέλεσμα της έρευνάς μας γίνεται φανερό ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων των εμπορικών καταστημάτων του Δήμου Χαλανδρίου θεωρεί ότι πρέπει οι συγγενείς των ανθρώπων οι οποίοι διαμένουν σε κάποιο κοινοτικό πλαίσιο του Δήμου να τους επισκέπτονται και όχι να τους έχουν απομονωμένους. Αυτό μας μαρτυρά και τη θετική στάση που ενδεχομένως να έχουν απέναντι στα άτομα με νοητική υστέρηση.

Συνεχίζοντας, σχετικά με τη δημιουργία φιλικών δεσμών με άτομα με νοητική στέρηση, όπως και με επαγγελματική συνεργασία, οι ερωτώμενοι έχουν θετική στάση. Όσον αφορά μάλιστα στη συνεργασία σε επαγγελματικό-προσωπικό επίπεδο με άτομα με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές είναι αξιόλογο να αναφερθεί ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματός μας διαφώνησε στο ότι η συνεργασία αυτή είναι ανέφικτη και έτσι προστίθεται άλλο ένα στοιχείο το οποίο μας παρουσιάζει την θετική στάση και άποψη για τα νοητικά υστερούντα άτομα. Βάσει ενημερωτικών ημερίδων το ευρύ κοινό μαθαίνει περισσότερα για αυτά τα άτομα, όπως για παράδειγμα, το 2013, όπου πραγματοποιήθηκε ημερίδα με θέμα τις «Καλές πρακτικές στις υπηρεσίες κατάρτισης και συμβουλευτικής για άτομα με νοητική υστέρηση», την οποία διοργάνωσε το εργαστήριο ειδικής αγωγής «Μαργαρίτα». Αντίθετα, από τα αποτελέσματα έρευνας που πραγματοποιήθηκε, με θέμα «Στάσεις εργοδοτών εταιριών Α.Ε. για τα άτομα με νοητική καθυστέρηση του νομού Ηρακλείου Κρήτης» το 2007, διαπιστώνουμε ότι παρόλο που οι εργοδότες που συμμετείχαν στην έρευνα είχαν θετική στάση να προσλάβουν άτομο με νοητική υστέρηση, στην πραγματικότητα, μόνο 8 από τους 150 είχαν μέχρι τότε, που πραγματοποιήθηκε η έρευνα, στην εργασία τους τέτοιο άτομο.

Σχετικά με το αν η σύναψη ερωτικών σχέσεων με άτομα που παρουσιάζουν συνοδά συμπτώματα νοητικής υστέρησης είναι απαγορευμένη, βλέπουμε ότι οι περισσότεροι κρατούν ουδέτερη στάση. Όπως αναφέρεται σε έρευνα που είχε πραγματοποιηθεί το 2012 με θέμα «Σεξουαλικότητα και σεξουαλική εκπαίδευση ατόμων με αυτισμό ή νοητική καθυστέρηση. Μια πιλοτική έρευνα σε γονείς», οι γονείς αισθάνονται ανησυχία και φόβο σε θέματα που αφορούν στην ασφάλεια και σχετικά με τις σεξουαλικές συμπεριφορές που δεν είναι κατάλληλες (Rose, 1990, Swain & Thirlaway, 1996). Επιπλέον, στην ίδια έρευνα αναφέρεται ότι η Shepperdson (1995) υποστηρίζει ότι οι γονείς εκφράζουν δυσανασχέτηση με την εκδήλωση σεξουαλικών συμπεριφορών από τα παιδιά τους τα οποία έχουν σύνδρομο Down και κάνουν προσπάθειες ώστε να τις αποτρέψουν. Τέλος, τα αποτελέσματα της ίδιας έρευνας έδειξαν ότι το 50% των ατόμων με αυτισμό ή νοητική υστέρηση έλαβαν σεξουαλική εκπαίδευση από τον γονιό του ίδιου φύλου ή και από τους δύο γονείς. Οι εκπαιδευτικοί παρουσιάστηκαν, με διαφορά, στην τρίτη θέση και η ηλικία των γονέων φαίνεται να άσκησε επιρροή στην επιλογή αυτή.

Σχετικά με το αν τα άτομα με νοητική υστέρηση δεν πρέπει να παντρεύονται παρατηρούμε ότι οι ερωτώμενοι κρατούν ουδέτερη στάση. Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2012 και έγινε αναφορά προηγουμένως, τα αποτελέσματά της έδειξαν ότι σε σχέση με τον γάμο, αν και υπήρχαν πάντοτε, τώρα λαμβάνουν περισσότερης υποστήριξης από γονείς και επαγγελματίες. Επιπλέον, όπως αναφέρεται και στην Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών (2007), δεν θα πρέπει να υπάρχει καμία διάκριση κατά των ατόμων με αναπηρίες σε σχέση με το γάμο,

τη μητρότητα και τις σχέσεις (Kyriopoulos, Gregory, & Economou, 2003). Παρόλ' αυτά, ο μέσος όρος του δείγματός μας φαίνεται να έχει μια ουδέτερη άποψη σχετικά μ' αυτό.

Επιπλέον, τέθηκε η ερώτηση αν τα άτομα με νοητική υστέρηση είναι ικανά για εργασία εξειδικευμένη ή μη και βλέπουμε ότι οι περισσότεροι συμφωνούν και τείνουν προς την ουδέτερη στάση. Σύμφωνα με την Χαρίτου (2007), μέσα από την εργασία δίνεται η δυνατότητα στα άτομα αυτά να έχουν πρόσβαση σε κοινωνικά, πολιτισμικά ή καταναλωτικά αγαθά ενώ ταυτόχρονα αποκτούν αυτοεκτίμηση και αυτοσεβασμό και αποτελεί ένα μέσο αυτονομίας. Ταυτόχρονα, η εργασία συμβάλλει στην αξιοποίηση των υπολειμματικών δεξιοτήτων και ικανοτήτων των νοητικά υστερούντων ατόμων και γι' αυτό έχει θεραπευτική αξία. Όπως αντιλαμβανόμαστε, λοιπόν, είναι πολύ σημαντικό τα άτομα με νοητική υστέρηση να εντάσσονται στον εργασιακό χώρο έστω κι αν αυτή η εργασία δεν είναι εξειδικευμένη. Το κατά πόσο είναι ικανά θεωρούμε ότι είναι ανάλογα με την βαρύτητα της νοητικής καθυστέρησης, αν και εφόσον τα ίδια τα άτομα μπορούν να ανταπεξέλθουν είναι πολύ σημαντικό να ασχολούνται έστω με μη εξειδικευμένη εργασία. Την ίδια άποψη φαίνεται να έχει και ο μέσος όρος του δείγματός μας. Όσον αφορά στο αν τα άτομα με νοητική υστέρηση δεν θα πρέπει να επιτρέπεται να κάνουν παιδιά, παρατηρούμε ότι οι ερωτώμενοι συμφωνούν και τείνουν προς την ουδέτερη στάση.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί στο αν θα πρέπει να παντρεύονται τα άτομα με νοητική υστέρηση, από την Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών (2007) αναφέρεται ότι δεν πρέπει να υπάρχει διάκριση στα συγκεκριμένα άτομα σχετικά με την μητρότητα (Kyriopoulos, Gregory, & Economou, 2003). Ο μέσος όρος του δείγματός μας είναι της άποψης ότι δεν θα πρέπει τα νοητικά υστερούντα άτομα να κάνουν παιδιά, πιθανόν διότι γνωρίζουν ότι η νοητική υστέρηση όπως έχουμε ήδη προαναφέρει, οφείλεται και σε κληρονομικούς παράγοντες.

Συνεχίζοντας, παρουσιάζεται η άποψη ότι οι ερωτώμενοι δεν θα είχαν δυσαρέσκεια αν είχαν στο φιλικό τους περιβάλλον άτομο με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης ερώτησης είναι πολύ θετικά, όπως μπορούμε να διαπιστώσουμε και από το διάγραμμα το οποίο αναφέρεται στην συγκεκριμένη ερώτηση (διάγραμμα 36.) και το οποίο αναφέραμε σε προηγούμενο κεφάλαιο και αυτό μας δείχνει τη θετική στάση και αντίληψη που έχει το μεγαλύτερο μέρος του δείγματός μας για τα νοητικά υστερούντα άτομα. Την ίδια θετική στάση κρατούν και σχετικά με το αν ένα μέλος της οικογένειας των ερωτώμενων είχε νοητική υστέρηση θα ήταν το ίδιο περήφανοι σε σχέση με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Σύμφωνα με άλλη έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε το 2000 με θέμα την «Αυτοεκτίμηση οικογενειών παιδιών με ειδικές ανάγκες», η αυτοεκτίμηση των μητέρων παιδιών με ελλειπείς νοητικές δεξιότητες είναι χαμηλότερη από την αυτοεκτίμηση μητέρων με «κανονικά» παιδιά. Το ίδιο επιβεβαιώνουν και παρόμοιες έρευνες (Davis & Spurr,

1998, Hoare, Harris, Jackson & Kerley, 1998). Αντίθετα, βεβαίως αποτελέσματα έχουν αναφερθεί σε έρευνα των Harris & McHale (1989). Το γεγονός ότι τα αποτελέσματα του μέσου όρου του δείγματός μας συμφωνεί με αυτή την άποψη και όπως παρουσιάστηκε και σε σχετικό διάγραμμα σε προηγούμενο κεφάλαιο (διάγραμμα 37.) μας φανερώνει και τη θετική στάση και αντίληψη του δείγματός μας για τη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα.

Όσον αφορά στο ζήτημα της κοινωνικής ένταξης των ατόμων με νοητική στέρηση, η πλειοψηφία των ερωτώμενων, θεωρούν ότι είναι απαραίτητη και ότι οι ξενώνες/κοινοτικά σπίτια συμβάλλουν σε αυτό. Με βάση τη βιβλιογραφική μας ανασκόπηση, η συμμετοχή των ατόμων που πάσχουν από νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές στην κοινωνία και τις δομές της βελτιώνει την ψυχική τους υγεία, το αίσθημα αυτοδιάθεσής τους, τη χρησιμότητα και την ενεργό συμμετοχή τους γενικότερα. Σε ένα ευρύτερο κοινωνικό επίπεδο, μειώνει τις διακρίσεις και το στιγματισμό, στοιχεία που είναι απαραίτητα για την επίτευξη και διατήρηση της καλής ψυχικής τους υγείας (Morden, Mistler, Weeks, & Bartels, 2009). Βλέπουμε, λοιπόν, πόσο σημαντική είναι η ένταξη και η συμμετοχή των ατόμων στην κοινωνία. Την ίδια άποψη φαίνεται να έχει και το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματός μας, στοιχείο το οποίο και αυτό μας δείχνει το πόσο θετική στάση, απέναντι στα νοητικά υστερούντα άτομα, έχει ο μέσος όρος του δείγματός μας.

Σχετικά με το αν θα πρέπει να δημιουργηθούν κι άλλα προγράμματα με στόχο την επανένταξη και ενεργό συμμετοχή (όσο αυτή είναι εφικτή) των ατόμων με νοητική υστέρηση στην κοινωνία διαπιστώνουμε ότι οι ερωτώμενοι συμφωνούν απόλυτα. Αναφορικά με τη θεραπευτική αντιμετώπιση της νοητική υστέρησης οι Κακούρος και Μανιαδάκη (2006) αναφέρουν τον καταρτισμό εκπαιδευτικών προγραμμάτων τα οποία στοχεύουν στην πλήρη ανάπτυξη των γνωστικών ικανοτήτων και του νοητικού δυναμικού του παιδιού με νοητική υστέρηση. Επίσης, αναφέρονται και σε ένα πρόγραμμα το οποίο περιλαμβάνει τη στήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος του παιδιού και τη συμβουλευτική καθοδήγησή τους η οποία πρέπει να παρέχεται συστηματικά. Αντιλαμβανόμαστε, λοιπόν, πόσο σημαντική είναι η ύπαρξη προγραμμάτων που να αφορούν διάφορους τομείς, τα οποία να απευθύνονται τόσο στα άτομα με νοητική υστέρηση όσο και στο οικογενειακό τους περιβάλλον.

Ολοκληρώνοντας τη συζήτηση των αποτελεσμάτων και των συσχετίσεων, παρατηρούμε ότι οι ερωτώμενοι θαυμάζουν άτομα με νοητική υστέρηση που προσπαθούν να είναι ενεργά και δραστήρια και παράλληλα και τις οικογένειες ατόμων τους, αναγνωρίζοντας το δύσκολο έργο τους, τη στήριξη και την αρωγή που προσφέρουν στα συγκεκριμένα άτομα. Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί ότι κρατούν ουδέτερη στάση όσον αφορά στα συναισθήματα οίκτου απέναντι σε αυτά τα άτομα. Όσον αφορά στις οικογένειες των ατόμων με νοητική υστέρηση είναι αξιοθαύμαστες για τη στήριξη και αρωγή που προσφέρουν στο μέλος της οικογένειας του που έχει νοητική

υστέρηση και για τον λόγο αυτό θεωρούμε ότι είναι πολύ σημαντική και η στήριξή τους. Όπως αναφέρουν οι Κάκουρος & Μανιαδάκη (2006), προκειμένου τα μέλη της οικογένειας να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τη δύσκολη καθημερινότητα μεγαλώνοντας παιδί με νοητική υστέρηση, χρειάζονται ενημέρωση, καθοδήγηση και στήριξη. Επιπλέον, «έχει διαπιστωθεί λοιπόν, ότι δύο σημαντικοί παράγοντες που βοηθούν τους γονείς να χειρίζονται πιο αποτελεσματικά τις απαιτήσεις αυτές είναι η καλή οικονομική κατάσταση (Farber, 1970) και οι καλές μεταξύ τους σχέσεις (Beckman, 1983)» (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006:308).

Τέλος, αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι συσχετίζοντας τα ερωτήματα μας με το αν οι ερωτώμενοι έχουν στο κοινωνικό ή συγγενικό τους περιβάλλον άτομο με νοητική στέρωση, διαπιστώσαμε ότι οι απαντήσεις τους δεν σχετίζονται με αυτό.

## 7.2. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σκοπός της έρευνας που πραγματοποιήσαμε ήταν να διερευνηθεί το κατά πόσο οι εργαζόμενοι των εμπορικών καταστημάτων που βρίσκονται στο Δήμο Χαλανδρίου έχουν γνώσεις σχετικά με τα άτομα με νοητική στέρωση, τη γνώμη και τις αντιλήψεις τους για την συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα, καθώς επίσης και τη στάση που έχουν απέναντί τους.

Ολοκληρώνοντας λοιπόν την έρευνά μας καταλήγουμε αρχικά στο συμπέρασμα ότι οι γνώσεις σχετικά με τη θεραπευτική αντιμετώπιση της νοητικής στέρωσης δεν σχετίζονται με την ύπαρξη ατόμων με νοητική στέρωση στο κοινωνικό περιβάλλον του δείγματός μας.

Επιπλέον, όσον αφορά στις γνώσεις σχετικά με την κλινική εικόνα, την πορεία και την αιτιολογία της νοητικής στέρωσης παρατηρούμε ότι δεν σχετίζονται με το μορφωτικό επίπεδο του δείγματός μας.

Όσον αφορά στη σχέση του φύλου με τις απόψεις που έχει κάποιος για την κρατική μέριμνα απέναντι στα άτομα με νοητική στέρωση, παρατηρείται συσχέτιση σε κάποια θέματα. Συγκεκριμένα διαφοροποιούνται οι ερωτήσεις ανδρών-γυναικών αναφορικά με το αν το κράτος πρέπει να προωθεί τρόπους που διευκολύνουν την ομαλή επανένταξη στην κοινωνία των ατόμων με νοητική υστέρηση. Το ίδιο παρατηρείται και στην ερώτηση σχετικά με το αν το κράτος πρέπει να χρηματοδοτεί προγράμματα που στοχεύουν στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών σε θέματα που αφορούν τα άτομα με νοητική υστέρηση και στη ερώτηση για το αν το κράτος θα πρέπει να έχει φροντίσει ώστε να καλύπτονται πλήρως οι ανάγκες των ατόμων με νοητική υστέρηση για να εξυπηρετούνται καλύτερα στην καθημερινότητά τους.

Τέλος, απορρίπτεται η υπόθεση που υποστηρίζει ότι όσο περισσότερο συναναστρέφεται κάποιος με άτομα με νοητική στέρωση, τόσο πιο θετική στάση έχει απέναντι τους, καθώς σε όλες τις συσχετίσεις μας δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μεταβλητών, εκτός από εκείνη στην οποία συσχετίστηκε το αν υπάρχει στο κοινωνικό περιβάλλον του δείγματος άτομο με νοητική υστέρηση με το αν γνωρίζουν κάποια από τα άτομα με νοητική υστέρηση που φιλοξενούνται σε ξενώνες του Δήμου.

Συμπεραίνουμε, λοιπόν, ότι ουσιαστικά ο μόνος ίσως παράγοντας που επηρεάζει τις απαντήσεις σχετικά με το θέμα μας είναι το φύλο. Αντιθέτως, το μορφωτικό επίπεδο και ο κοινωνικός περίγυρος δεν διαφοροποιεί τις γνώσεις και τις απόψεις που εκφράστηκαν στην έρευνά μας.

Συνοψίζοντας, λοιπόν, πέρα από την πλευρά των ατόμων με νοητική υστέρηση και άλλες διαταραχές, είδαμε πολύ περισσότερο τη συμπεριφορά όλων των υπολοίπων που ανήκουν στους «υγιείς» και αναρωτηθήκαμε πολλές φορές γιατί θεωρούν ότι ζουν σε άλλο κόσμο από τους ανθρώπους που πάσχουν από νοητική υστέρηση, αναρωτηθήκαμε γιατί επιλέγουν να αγνοούν τα άτομα με αναπηρίες, τι είναι αυτό που τους ωθεί σε αυτή την αδιαφορία και τι είναι αυτό που ίσως τους τρομάζει κιόλας. Διότι παρόλο που στην πλειοψηφία τους οι ερωτώμενοι εκδήλωσαν θετικά συναισθήματα για τα άτομα με αναπηρίες, υπήρξε και ένα μερίδιο ανθρώπων που ακούγοντας το θέμα της έρευνάς μας έχαναν την προθυμία να μας βοηθήσουν απαντώντας στα ερωτήματά μας, όντας φανερά αδιάφοροι. Για το λόγο αυτό θεωρούμε ότι καλό θα ήταν στο μέλλον να πραγματοποιηθεί μία έρευνα με σκοπό να διερευνηθούν οι λόγοι για τους οποίους ένα μέρος του κοινού κρατάει αδιάφορη στάση απέναντι στα άτομα με νοητική υστέρηση.

### **7.3. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

Καθ' όλη τη διάρκεια της ενασχόλησής μας με το θέμα της νοητικής υστέρησης και συνοδές διαταραχές, ήρθαμε έμμεσα αντιμέτωπες με τα προβλήματα και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν αυτά τα άτομα και νιώσαμε έστω στο ελάχιστο πώς είναι για κάποιον να αντιμετωπίζεται, πολύ συχνά, με αδιαφορία. Το χειρότερο είναι ίσως το γεγονός ότι για τα συγκεκριμένα άτομα δεν είναι πάντα εύκολο να υπερασπιστούν τον εαυτό τους και να παλέψουν για τα δικαιώματά τους συνεχώς τους αφαιρούνται με ευκολία.

Από την διερεύνηση των στάσεων και αντιλήψεων του δείγματός μας, παρόλο που το μεγαλύτερο ποσοστό κράτησε μια θετική στάση απέναντι στα άτομα με νοητική υστέρηση και ήταν αρκετά ευαισθητοποιημένοι, διαπιστώσαμε ότι, εκτός από το μικρό ποσοστό εκείνων των οποίων η στάση ήταν αρνητική, ήταν αρκετοί και εκείνοι οι οποίοι δεν θέλησαν να

συμμετάσχουν στην έρευνά μας φανερώνοντας την αδιαφορία τους προς την συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα. Αναλογιζόμενες, λοιπόν, αυτά που ακούσαμε και αφού αναλύσαμε τις πληροφορίες που συλλέξαμε, καταλήξαμε σε κάποιες προτάσεις που πιστεύουμε ότι αν γίνουν πράξη θα αλλάξουν πολλά δεδομένα στη ζωή όλων μας κάνοντας τον κόσμο μας καλύτερο.

Αρχικά, θεωρούμε ότι πρέπει να δοθεί μεγάλη έμφαση σε εκστρατείες ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης των πολιτών σχετικά με τη νοητική στέρση και τις συνοδές διαταραχές. Ξεκινώντας έτσι καταπολεμάται σταδιακά αυτός ο φόβος που επικρατεί για αυτά τα άτομα, η κοινωνία ενημερώνεται, νιώθει πιο οικεία με το συγκεκριμένο θέμα και αυτό έχει σαν επακόλουθο την εξάλειψη στερεοτύπων και την προσφορά ευκαιριών σε αυτά τα άτομα. Γενικός στόχος θα πρέπει να είναι η αναγνώριση ότι τα άτομα με αναπηρίες έχουν ίσα δικαιώματα με όλους τους ανθρώπους, ίσες ευκαιρίες και επιλογές. Την προάσπιση των δικαιωμάτων τους πολλές φορές αναλαμβάνει και ο κοινωνικός λειτουργός παίρνοντας το ρόλο του συνηγόρου και του εκπροσώπου.

Εξίσου σημαντικό είναι να προαχθεί ο εθελοντισμός σε χώρους που φιλοξενούν άτομα με νοητική στέρση και διαταραχές. Με αυτόν τον τρόπο εξοικονομούνται χρήματα και καλύπτονται ανάγκες που το κράτος είτε αδυνατεί είτε αρνείται να καλύψει, ενώ προάγεται το αίσθημα της αλληλεγγύης και αυξάνεται και η δυνατότητα κοινωνικοποίησης των ατόμων που ίσως ζουν μόνιμα σε ιδρύματα ή ξενώνες.

Απαραίτητο είναι να αναπτυχθούν προγράμματα με στόχο την κοινωνικοποίηση αυτών των ατόμων, την κοινωνική τους ένταξη, το δικαίωμά τους στις φιλίες και την ψυχαγωγία. Αυτή η κοινωνική ένταξη δεν προσφέρει μόνο στη ζωή των ατόμων με αναπηρία αλλά και στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο καθώς ο κόσμος έτσι μαθαίνει να συνυπάρχει με άτομα που πάσχουν από κάποια διαταραχή ή νοητική στέρση. Για το λόγο αυτό σαφώς το κράτος θα πρέπει να χρηματοδοτεί προγράμματα που να στοχεύουν στην ενημέρωση, ευαισθητοποίηση και ενεργή συμμετοχή των πολιτών σε θέματα που αφορούν τα άτομα με νοητική υστέρηση.

Πρωταρχικό ρόλο σε όλα τα παραπάνω έχει ο κοινωνικός λειτουργός αφού άλλωστε στα πλαίσια της διαμεθοδικής Κοινωνικής Εργασίας μπορεί να συμβάλλει στην υποστήριξη και ένταξη των ατόμων αυτών στο κοινωνικό σύνολο συνεργαζόμενος με τους ίδιους, τις οικογένειές τους και τους τοπικούς φορείς. Μέσω της υλοποίησης μεθόδων και τεχνικών συμβουλευτικής, ενδυνάμωσης των ατόμων και των οικογενειών τους, καθώς και υλοποίησης προγραμμάτων ευαισθητοποίησης της ευρύτερης κοινωνίας μπορεί να παρέμβει με μία ολιστική προσέγγιση του συγκεκριμένου θέματος.

Γενικότερα, ολοκληρώνοντας, θεωρούμε ότι αν επιτευχθεί σωστή ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινωνίας σχετικά με αυτά τα άτομα, σταδιακά όλοι θα μάθουμε να σεβόμαστε ο ένας τον άλλον ανεξάρτητα τη διαφορετικότητά του, να συνυπάρχουμε ισότιμα και να υπερασπιζόμαστε τα δικαιώματα κάθε ατόμου.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνικά Βιβλία

- Γενά, Α. (2002). *Αυτισμός και Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές. Αξιολόγηση- Διάγνωση- Αντιμετώπιση*. Αθήνα: χ.ε.
- Γεωργιάς, Δ., Παρασκευόπουλος, Ι., Μπεζεβέγκης, Η. & Γιαννιτσάς, Ν.Δ. (1997). *Ελληνικό WISC-III. Οδηγός Εξεταστή*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Γεωργούση, Ε., Κυριόπουλος, Γ. & Μπεαζόγλου, Τ. (2000). *Δίκτυα Ολοκληρωμένης Φροντίδας στην Υγεία*. Αθήνα: Θεμέλιο.
- Δαρβίρη, Χ., (2009). *Μεθοδολογία Έρευνας στο Χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης
- Δελλασουδάς, Λ.Γ. (2005). *Σχολική Ένταξη Μαθητών με Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες*. Αθήνα: Ατραπός
- Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία. (2001). *Ψυχική Υγεία: Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα*. Έκδοση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.
- Ζηλίδης, Χ. (2005). *Η Μεταρρύθμιση στην Υγεία (2000-2004). Οι Αρχές και το Πλαίσιο Ανάπτυξης της Πολιτικής Υγείας*. Αθήνα: Mediforce.
- Ζώνιου- Σιδέρη, Α. (1998). *Οι Ανάπηροι και η Εκπαίδευσή τους: Μια Ψυχοπαιδαγωγική Προσέγγιση της Ένταξης*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2006). *Ψυχοπαθολογία Παιδιών και Εφήβων. Αναπτυξιακή Προσέγγιση*. Αθήνα: Τυπωθητώ Δαρδάνος Γ.
- Καλογεροπούλου, Μ. & Μουρδουκούτας, Π. (2007). *Υπηρεσίες Υγείας. Τόμος Α*. Αθήνα: Κλειδάριθμος.
- Κόμπος, Χ. (1992). *Ο Θεσμός της Ένταξης Παιδιών με Αναπηρίες στα Δημοτικά Σχολεία και οι Υποχρεώσεις της Κοινωνίας και του Κράτους*. Λευκωσία: Βιβλία για Όλους.
- Κονταξάκης, Β. & Χριστοδούλου, Γ. (2005). *«Κοινωνική και Κοινοτική Ψυχιατρική», στο Προληπτική Ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή, Ιατρικές*. Αθήνα: ΒΗΤΑ.
- Κουτσούκη, Δ. (1997). *Ειδική Φυσική Αγωγή. Θεωρία και Πρακτική*. Αθήνα: Κουτσούκη Δ.

- Κυριόπουλος, Γ., Γκρέγκορ, Σ. & Οικονόμου, Χ. (2003). *Υγεία και Υπηρεσίες Υγείας στον Ελληνικό Πληθυσμό*. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Λιάκος, Α. (2003). «*Κοινωνική και Κοινωνική Ψυχιατρική*», στο *Αποασυλοποίηση και η Σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη* Επιμ. έκδοσης Δαμίγος Δ. Αθήνα: Παπαζήση.
- Μαδιανός, Μ. (2003). *Κλινική Ψυχιατρική*. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Μάνου, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Μαριδάκη- Κασσωτάκη, Α. (2009). *Δυσκολίες Μάθησης. Ψυχοπαιδαγωγική προσέγγιση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μάτσα, Α. & Μεγαλοοικονόμου, Θ. (2003). «*Πρωτοβάθμια Φροντίδα Ψυχικής Υγείας και Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση. Η γύμνια του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα*», στο *Αποασυλοποίηση και η Σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη*. Επιμ. έκδοσης Δαμίγος Δ. Αθήνα: εκδόσεις Παπαζήση.
- Μαυρατζώτου, Κ. (2003). «*Σχεδιασμός και Ανάπτυξη των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας*», στο *Αποασυλοποίηση και η Σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη*. Επιμ. έκδοσης Δαμίγος Δ. Αθήνα: εκδόσεις Παπαζήση.
- Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2011). *Ψυχαργός Γ' (2011-2020) Σχέδιο Αναθεώρησης του Προγράμματος Ψυχαργός*. Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

### **Νόμοι**

- Νόμος Υπ' Αριθμόν 2716/1999. (1999, 5 17). «*Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και άλλες διατάξεις*», Κεφάλαιο Β, Τομεοποίηση. Άρθρο 3, ΦΕΚ 96 τ.Α'

### **Εκπαιδευτικά Υλικά**

- Μπούρας, Ν., Holt, G., Καραστεργίου, Α. & Ζαχαριάς, Β. (χ.χ.). *Ψυχική Υγεία. Νοητική Καθυστέρηση. Εκπαιδευτικό Υλικό για το Προσωπικό που Εργάζεται με Άτομα που Παρουσιάζουν Προβλήματα Ψυχικής Υγείας και Νοητική Καθυστέρηση*. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας. Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Υγείας Παιδιού και Εφήβου (Ε.Ψ.Υ.Π.Ε).

- Κοζορόνη Ε. (2011). *Τρίτη Ηλικία και Αναπηρίες*. Σημειώσεις για το μάθημα Τρίτη Ηλικία και Αναπηρίες της Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ Κρήτης.
- Πολυχρονοπούλου, Σ. (1996). *Νοητική Υστέρηση*. Σημειώσεις για το ΜΠΣ Ειδικής Αγωγής του Π.Τ.Δ.Ε. Πανεπιστημίου Αθηνών.

### Συνέδρια.

- Κασιμάτης, Β. (2003). Συνέδριο «*Νοητική Υστέρηση και Ελεύθερος Χρόνος.*» Αθήνα
- Χαρίτου Σ. (2007). Συνέδριο «*Ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Νοητική Υστέρηση*» Αθήνα.

### Διδακτορικές διατριβές / Μεταπτυχιακές ή Πτυχιακές Εργασίες

- Αργυρακούλη- Τσούμα, Ε. (2000). *Αυτοεκτίμηση Οικογενειών Παιδιών με Ειδικές Ανάγκες*. Διδακτορική Διατριβή. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας. [Πρόσβαση 18/1/2014] Διαθέσιμο:

<http://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/13228#page/1/mode/2up>

- Γιανναδάκη, Ν. & Σαπουνά, Α.Κ. (2009). *Αξιολόγηση των Απόψεων και Στάσεων του Φοιτητικού Πληθυσμού του ΑΤΕΙ Κρήτης, Απέναντι στην Σχιζοφρένεια και άλλες Σοβαρές Ψυχικές Διαταραχές*. Πτυχιακή Εργασία. ΤΕΙ Κρήτης.

- Καλογεροπούλου, Ε. (2011-2012). *Προσεγγίσεις Ειδικών Εκπαιδευτικών Αναγκών*. Μεταπτυχιακή Εργασία. Αθήνα

- Καπαρουνάκη Κ. & Πλακιά Σ. (2007). *Στάσεις Εργοδοτών για τα Άτομα με Νοητική Καθυστέρηση του Νομού Ηρακλείου Κρήτης*. Πτυχιακή Εργασία. ΤΕΙ Κρήτης. [Πρόσβαση 18/1/2014] Διαθέσιμο:

<http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse/seyp/ker/2007/KarounakiKalliopi,PlakiaSofia/attached-document/2007Kaparounaki.pdf>

- Μπαρμπούδη, Ε. (2012). *Σεξουαλικότητα και Σεξουαλική Εκπαίδευση Ατόμων με Αυτισμό ή/ και Νοητική Καθυστέρηση. Μια Πιλοτική Έρευνα σε Γονείς*. Διπλωματική Εργασία. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας. [Πρόσβαση 18/1/2014] Διαθέσιμο:

<https://dspace.lib.uom.gr/bitstream/2159/15070/3/BarmpoudiEuangeliaMsc2012.pdf>

### **Άρθρα Ελληνικών Εφημερίδων και Περιοδικών**

- Ασημόπουλος, Χ. (2006). *Από την Προκατάληψη στον Κοινωνικό Αποκλεισμό: Οι Αντιδράσεις των Τοπικών Κοινωνιών στην Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση*. Περιοδικό: Κοινωνική Εργασία, 84, σσ. 225-240.
- Γείτονα, Μ. (2001). Ο Χάρτης της Νοσοκομειακής Περίθαλψης στην Ελλάδα: Περιφερειακές Ανισότητες στην Υγεία. Περιοδικό: Ιατρική, 79 (3) : 259-267.
- Ζήση, Α. & Στυλιανίδης, Σ. (2004). *Αγωγή και Προαγωγή Ψυχικής Υγείας: Αποσαφηνίσεις και Προοπτικές*. Περιοδικό: Εγκέφαλος - Αρχεία Νευρολογίας και Ψυχιατρικής, 41(1) , σσ. 27-35.
- Κάκουρος, Ε. ( 1996). *Η Προβληματική της Διάγνωσης και Αντιμετώπισης των Ειδικών Μαθησιακών Δυσκολιών. Επιθεώρηση Συμβουλευτικής και Προσανατολισμού*. 36-37, σ.σ. 36-42.

### **Άρθρα Ελληνικών Online Εφημερίδων και Περιοδικών**

- Πεχλιβανίδης, Α., Σπυροπούλου, Α., Γαλανόπουλος, Α., Παπαχρήστου Χ.Α. & Παπαδημητρίου, Γ.Ν. (2012). *Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) στους ενήλικες. Κλινική αναγνώριση, διάγνωση και θεραπευτικές παρεμβάσεις*. Εφημερίδα: Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. [Πρόσβαση:29/11/2013] Διαθέσιμο:

<http://www.adhdhellas.org/images/stories/attachments/p2.pdf>

### **Μεταφρασμένα Βιβλία**

- Ahibom A., Norell S. (1993). *Εισαγωγή στη Σύγχρονη Επιδημιολογία*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Economou, C. (2004.) *Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές κοινωνίες [Health policies in Greece and the European societies]*. Athens: Dionikos
- Javeau, C. (2000). *Η έρευνα με ερωτηματολόγιο. Το Εγχειρίδιο του Καλού Ερευνητή*. Μτφ.: Τζαννονέ- Τζώρτζη Κ., Αθήνα: Τυπωθήτω Γιώργος Δαρδάνος.
- Kyriopoulos, J., Gregory, S., & Economou, C. (2003). *Υγεία και Υπηρεσίες Υγείας στον Ελληνικό Πληθυσμό [Health and health services in Greece]*. Athens: Papazisis Publishers.
- Thomas, D. & Woods, H. (2008). *Νοητική Καθυστέρηση. Θεωρία & Πράξη*. Μτφ.: Λυμπεροπούλου Χ. Αθήνα: Τόπος. Γ' Έκδοση

### Ξενόγλωσσα Βιβλία

- Aliaga, M. & Gunderson, B. (2002). *Interactive Statistics*. Prentice Hall.
- Burns, N. & Grove S.K. (1993). *The Practice of Nursing Research*. WB Saunders Co.
- Braye, S. & Preston- Shoot, M. (1997). *Practising Social Work Law*. London: Macmillan.
- Connor, J.M. & Ferguson- Smith, M.A. (1993). *Essential Medical Genetics*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Downs, C. & Craft, A. (1997). *Sex in Context. Part 1: Strategies and Safeguards Relating to the Sexuality of Children and Adults with Profound and Multiple Impairments*. Brighton: Pavilion Publishing.
- Downs, C. & Craft, A. (1997). *Sex in Context. Part 2: Staff Development and Working Effectively with Parents and Carers*. Brighton: Pavilion Publishing.
- Garanis-Papadatos, T. & Dalla-Vorgia, P. (2003). *Bioethics in Greece: A regional approach*. In: Peppin J, Cherry M, eds. *Regional perspectives in bioethics*. London: Routledge.
- Farber, B.( 1970). Notes on Sociological Knowledge about Families with Mentally Retarded Children. In: M. Scriber (Ed.) *Social Work and Mental Retardation*. New York: John Day.
- Frost, B., Carr, V., & Halpin, S. (2002). *Employment and Psychosis: Low Prevalence Disorder Component of the National Study of Mental Health and Wellbeing, Bulletin 3*. Canberra: Commonwealth Department of Health and Ageing.
- Graffam, J., Smith, K., & Hardcastle, L. (2005). *Achieving Substantive Equality and Optimal Participation: Employees with a Disability in the Victorian Public Sector: Report prepared for the Office of Public Employment*. Victoria: Deakin University.
- Jaeger, P.T. & Bowman, C.A. (2005). *Understanding disability: Inclusion, access, diversity and civil rights*. Westport: Praeger.
- Leff, J. & Warner, R. (2006). *Social inclusion of people with mental illness*. Cambridge: University Press.

- Liaropoulos, L. (1998). *Ethics and the management of health care in Greece: A health economist's perspective*. In: Dracopoulou S, ed. *Ethics and values in health care management*. London: Routledge.
- McCarthy, M. & Thompson, D. (2001). *Sex and the 3R' S. Rights, Responsibilities, Risks*. Brighton: Pavilion Publishing.
- Ministry of Labour and Social Security. (2002). *The Greek social security system*. Athens: Ministry of Labour and Social Security.
- O' Brien, S. (1986). *A Guide to Personal Futures*. In: G.T. Bellamy & B. Wilcox (Eds.) *A Comprehensive Guide to the Activities Catalog: An Alternative Curriculum for Youth and adults with Severe Disabilities*. Maryland, U.S.A.: Brookes Publications.
- Russel, O. (1985). *Mental Handicap*. Edinburgh: Churchill Livingstone Publications.
- Szives, S. & Griffiths, E. (χ.χ.). *Coming to Terms with Learning Difficulties: The Effects of Groupwork and group Processes on Stigmatised Identity*
- Thornicroft, G. (2006). *Ignorance+ Prejudice+ Discrimination= Stigma*. London: Mental Health Foundation.
- Thomicroft, G. (2001). *Measuring Mental Health Needs* (2nd edition). London: Gaskell, Royal College of Psychiatrist.
- Turk, J. (1994). *The fragile- X syndrome*. In N. Bouras (Ed.) *Mental health in mental Retardation*. Cambridge: Cambridge University Press
- Turk, J. (1996a). *Tertiary Prevention of Childhood Mental Health Problems*. In: Kendrick T., Tylee A & Feeling P. (Eds.) *The Prevention of Mental Illness in Primary Care*. Cambridge: Cambridge University Press

### Ξενογλωσσες έρευνες

- CSIE. (1999). *Ten reasons for Inclusion*. Center of Studies for Inclusive Education. [Πρόσβαση 18/1/2014] Διαθέσιμο: <http://inclusion.uwe.ac.uk/csie/csiehome.htm>
- Eurobarometer. (2010). *Patient safety and quality of healthcare*. Full Report. (Special Eurobarometer 327, Wave 72.2, April). Brussels: European Commission.

### Ξενογλώσσα Επιστημονικά Περιοδικά

- Abbott, S. & McConkey, R. (2006). The barriers to social inclusion as perceived by people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 10, p.p.: 275-287.
- Athanassopoulos, A., Gounaris, C. & Sissouras, A. (2009). A descriptive assessment of the production and cost efficiency of general hospitals in Greece. *Health Care Management Science*, 2 (2) , p.p.: 97-106.
- Bailey, D., Blasco, P. & Simeonsson, R. (1992). *Needs Expressed by Mothers and Father of Young Children with Disabilities*. *American Journal on Mental Retardation*, 97, p.p.:1-10.
- Beckman, P. (1983). *Influence of Selected Child Chara Cteristics on Stress in Famillies of Handicapped Children*. *American Journal of Mental Deficiency*, 88, p.p.:150-156.
- Corrigan, P. (2006). Impact of consumer-operated services on empowerment and recovery of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services* 57, 10, p.p.: 1493-6.
- Crnic, N., Friedrich, W. & Greenberg, M. (1983). *Adaptation of Families with Mental Retardation: A Model of Stress, Coping and Family Ecology*. *American Journal of Mental Deficiency*, 88, p.p.: 125-138.
- Daniilidou, N.E. (2003). Health and social care in aging population: An integrated care institution for the elderly in Greece. *International Journal of Integrated Care*, 3 , p.p.: 1–13.
- Davis, H. & Spurr, P. ( 1998). Parent Counseling: An evaluation of a Community Child Mental Health Service. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39 (3),p.p.: 365-376.
- Everson, J. & Zhang, D. (2000). ‘Person-centred planning: characteristics, inhibitors and supports’. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*. Vol. 35, No. 1, p.p.: 36–43.
- Frey, K., Greenberg, M. & Fewell, R. (1989). *Stress and Coping Among Parents of Handicapped children: A Multi- dimensional Perspective*. *American Journal on Mental Retardation*, 94, p.p.:240-249.
- Hall, E. (2005). The Entangled Geographies of Social Exclusion/ Inclusion for People with Learning Disabilities. *Health & Place*, 11, p.p.: 107-115.

- Harris, V.S. & McHale, S.M. (1989). Family Life Problems, Daily Caregiving Activities and the Psychological Well Being of Mothers of Mentally Retarded Children. *American Journal on Mental Retardation*, 94 (3), p.p.:231-39.
- Hoare, P., Harris, M., Jackson, P. & Kerley, S. (1998). A Community Survey of Children with Severe Intellectual Disability and Their Families: Psychological Adjustment, Carer Distress and the Effect of Respite Care. *Journal of Intellectual Disability Research*, 42 (3), p.p.:218-227.
- Lora, A., Barbato, A., Cerati, G., Erlicher, A. & Percudani. (2012). The Mental Health System in Lombardy, Italy: Access to Services and Patterns of Care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47, p.p.: 447-454.
- Merakou, K.E. (2001). Satisfying Patients' Rights: A Hospital Patient Survey. *Nursing Ethics*, 8(6), p.p.: 499-509.
- Minnes, P. (1988). *Family Stress Associated with a Developmentally Handicapped child*. *International Review of Research on Mental Retardation*, 15. P.p.:195-226.
- Morden, N., Mistler, L., Weeks, W. & Bartels, S. (2009). Health care for patients with serious mental illness: family medicine's role. *J Am Board Fam Med*, 22(2), p.p.: 187-195.
- Pitteti, K.H. & Campbell, K.D. (1990) *Mentally Retarded Individuals- A Population at Risk?* *Medicine and Science in Sportw and Exercise*, 23, p.p.: 586-593
- Rimmer, J., Braddock, D. & Fujiura, G. (1994). *Congruence of Three Indices for Obesity in a Population of Adults with Mental Retardation*. *Adapted Physical Quarterly's*. p.p.396-403.
- Rose, J. (1990). Accepting and Developing the sexuality of People with Mental Handicaps: Working with Parents. *Mental Handicap*, 18. P.p.:4-6.
- Rutter, M., Graham, P. & Yule, W. (1970). *A Neuropsychiatric Study in Childhood*. *Clinics in Development Medicine*, No 35/36. London: Heinemann/ Spastics International Medical Publications.
- Sanderson, H., Jones, E. & Brown, K. (2002). Active Support and Person-Centred Planning: Strange bedfellows or ideal partners? *Tizard Learning Disability Review* 7(1), p.p.: 31-38.
- Sembrau, M., Barley, E., Law, A. & Thornicroft, G. (2011). Lessons Learned in Developing Community Mental Health Care in Europe. *World Psychiatry*, 10, p.p.: 217-225.



- Shepperdson, B. (1995). The Control of sexuality in Young People with Down's Syndrome. *Child: Care, Health and Development*, 21 (5), p.p.:333-349.
- Snyderman, M. & Rothman, S. (1987). Survey of Expert Opinion on Intelligence and Aptitude Testing. *American Psychologist*, 42, p.p.: 137-144.
- Swain, J. & Thirlaway, C. (1996) "Just When You Think You Got it All Sorted...": Parental Dilemmas in Relation to the Developing Sexuality of Young Profoundly Disabled People. *British Journal of Learning Disabilities*, 24 (2).p.p.: 58-64
- Turk, J. (1996b). Working with Parents of Children who have Severe Learning Disabilities. U.K.: *Clinical Child Psychology & Psychiatry* 1, p.p.: 583-598.
- Watt, G. (2006). General Practice and the Epidemiology of Health and Disease in Families. *Br J Gen Pract*, 54, p.p.: 939-944.

### **Ιστοσελίδες**

- <http://www.adhdhellas.org/> [Πρόσβαση: 20/6/2013 ]
- <http://mohaw.gr> "Χάρτης Πρόνοιας" [Πρόσβαση: 20/6/2013]
- <http://www.thearc.org/faqs/mrga.html> [Πρόσβαση: 18/1/2014]
- <https://dspace.lib.uom.gr/handle/2159/15070> [Πρόσβαση: 20/1/2014]
- <http://www.protagon.gr/?i=protagon.el.article&id=25441> [Πρόσβαση: 20/1/2014]
- <http://pokoispe.gr/site/el-gr/%CE%BA%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%89%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%AF%CF%83%CF%85%CE%BD%CE%B5%CF%84%CE%B1%CE%B9%CF%81%CE%B9%CF%83%CE%BC%CE%BF%CE%AF%CF%80%CE%B5%CF%81%CE%B9%CE%BF%CF%81%CE%B9%CF%83%CE%BC%CE%AD%CE%BD%CE%B7%CF%82%CE%B5%CF%85%CE%B8%CF%8D%CE%BD%CE%B7%CF%82/%CE%B5%CE%BE%CE%AD%CE%B%CE%B9%CE%BE%CE%B7.aspx> [Πρόσβαση: 26/3/2014]
- <http://www.paso.gr/seminars/anikto-idrima-ekpedefsis-noitiki-isterisi-ke-sindromo-down/#.UztXxFeTkz-> [Πρόσβαση: 26/3/2014]
- <http://www.epapsy.gr/entity.php?id=15&lang> [Πρόσβαση: 26/3/2014]

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

## A. Ερωτηματολόγιο έρευνας

### ΛΙΓΑ ΛΟΓΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Η συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιείται στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας με σκοπό να διερευνηθούν και να παρουσιαστούν τόσο οι αντιλήψεις και στάσεις των εργαζομένων εμπορικών καταστημάτων του Δήμου Χαλανδρίου απέναντι στα άτομα με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές όσο και το κατά πόσο οι εργαζόμενοι γνωρίζουν ότι αφορά στην (Δια)νοητική καθυστέρηση και σε συνοδές διαταραχές.

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και τα στοιχεία θα είναι απόρρητα και θα χρησιμοποιηθούν για ερευνητικούς σκοπούς και μόνο.

Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας στην έρευνα!

### ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Φύλο:  Άρρεν  Θήλυ

Ηλικία:.....

Οικογενειακή κατάσταση:

- 1) Ελεύθερος/η
- 2) Παντρεμένος/η
- 3) Διαζευγμένος/η
- 4) Άλλο

Επίπεδο σπουδών (βάλτε σε κύκλο τον κατάλληλο αριθμό):

1. Αναλφάβητος ή λίγες τάξεις του Δημοτικού	
2. Απόφοιτος Δημοτικού	
3. Λίγες τάξεις Γυμνασίου ή Απολυτήριο	

Γυμνασίου (νέου τύπου)	
4. Απολυτήριο Λυκείου ή Μέσης Τεχνικής Σχολής (ή απολυτήριο παλαιού εξατάξιου Γυμνασίου)	
5. Πτυχίο Ανώτερης ή Ανώτατης Σχολής	

Έχετε κάποιο συγγενή ή γνωστό που έχει νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές;

- Ναι  Όχι

Εργάζεστε καιρό στην περιοχή του Δήμου Χαλανδρίου;

- <1 έτος  1-3 έτος  3-6 έτος  6< έτος

Ο Δήμος Χαλανδρίου αποτελεί τον τόπο διαμονής σας;

- Ναι  Όχι

Γνωρίζετε την ύπαρξη κοινοτικών σπιτιών /ξενώνων που φιλοξενούν άτομα με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές στον Δήμο Χαλανδρίου όπου και εργάζεστε;

- Ναι  Όχι

Οι παρακάτω προτάσεις αναφέρονται στην νοητική υστέρηση και σε συνοδές διαταραχές. Υπάρχουν διάφορες τοποθετήσεις σχετικά με το θέμα αυτό. Θα θέλαμε τις δικές σας απαντήσεις στις προτάσεις που ακολουθούν.

Για κάθε πρόταση αντιστοιχεί μια κλίμακα με πέντε (5) διαβαθμίσεις:

**1= Συμφωνώ Απόλυτα**

**2= Συμφωνώ**

**3= Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ**

**4= Διαφωνώ**

**5= Διαφωνώ Απόλυτα**

Παρακαλούμε σημειώσατε το τετράγωνο που θεωρείτε ότι αντιπροσωπεύει την καταλληλότερη απάντηση σε κάθε μια από τις ακόλουθες προτάσεις.

Για δική σας διευκόλυνση στη συμπλήρωση, το ερωτηματολόγιο είναι χωρισμένο σε ενότητες.

## A. Κλινική Εικόνα

1. Τα βασικά χαρακτηριστικά της (δια)νοητικής καθυστέρησης είναι ότι:  
α. η γενική λειτουργία του ατόμου είναι σημαντικά κάτω από τον μέσο όρο,  
β. υπάρχουν σημαντικές ανεπάρκειες στην προσαρμοστική λειτουργικότητα και  
γ. η έναρξή της είναι πριν από το 18<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας.

1       2       3       4       5

2. Η νοητική υστέρηση είναι το ίδιο συχνή και στα δύο φύλα

1       2       3       4       5

3. Η έναρξη της διανοητικής καθυστέρησης μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία κι αν βρίσκεται το άτομο.

1       2       3       4       5

4. Η (Δια)νοητική καθυστέρηση χωρίζεται στα εξής επίπεδα ανάλογα με το βαθμό βαρύτητας της νοητικής βλάβης σε:

α. Ελαφρά (Ηπια) Διανοητική καθυστέρηση

β. Μέτρια Διανοητική καθυστέρηση

γ. Βαριά (Σοβαρή) Διανοητική καθυστέρηση

δ. Βαθιά Διανοητική καθυστέρηση

ε. Απροσδιόριστης Βαρύτητας Διανοητική καθυστέρηση

1       2       3       4       5

5. Κάποια άτομα με νοητική υστέρηση μπορεί είναι εξαρτημένα και παθητικά και κάποια μπορεί να είναι παρορμητικά και επιθετικά.

1       2       3       4       5

6. Η συνύπαρξη άλλων ψυχικών διαταραχών είναι πιο συχνή στα νοητικά υστερούντα άτομα σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.

1       2       3       4       5

7. Οι διαταραχές της διάθεσης και οι διαταραχές οφειλόμενες σε γενική ιατρική κατάσταση ανήκουν στις πιο συχνές συνοδές διαταραχές.

1       2       3       4       5

## **B. Πορεία – Πρόγνωση**

8. Μερικές βαριές και βαθιές μορφές (Δια)νοητικής καθυστέρησης καταλήγουν σε πρόωρο θάνατο.

1

2

3

4

5

9. Άτομα με ήπια και μέτριας βαρύτητας καθυστέρηση, με κατάλληλη εκπαίδευση και άσκηση μπορούν να παρουσιάσουν σημαντική βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

1

2

3

4

5

## **Γ. Αιτιολογία – Επιδημιολογία**

10. Κληρονομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες αποτελούν δύο από τις κατηγορίες των αιτιολογικών παραγόντων της (Δια)νοητικής καθυστέρησης.

1

2

3

4

5

11. Η Διανοητική καθυστέρηση προσβάλλει περίπου το 1% του πληθυσμού συνεπώς είναι πολύ συχνή.

1

2

3

4

5

12. Η νοητική υστέρηση προσβάλλει πιο συχνά τους άνδρες.

1

2

3

4

5

## **Δ. Θεραπεία**

13. Όσον αφορά σε παιδιά με νοητική υστέρηση θα πρέπει να διαμορφωθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα, που να ανταποκρίνεται όσο είναι δυνατόν καλύτερα στις ανάγκες και τις ικανότητες τόσο των παιδιών όσο και των γονέων τους.

1

2

3

4

5

14. Παιδιά με βαριάς μορφής καθυστέρηση μπορεί να χρειαστεί να πάνε σε ειδικά οικοτροφεία ή ειδικά ιδρύματα.

1      2      3      4      5

15. Η θεραπευτική απόφαση για παιδιά με ήπια καθυστέρηση είναι, τουλάχιστον αρχικά, να παραμείνουν στο σπίτι τους με παροχή οικογενειακής υποστήριξης και ειδικής εκπαίδευσης.

1      2      3      4      5

16. Οι γονείς όλων των παιδιών με (δια)νοητική καθυστέρηση έχουν ανάγκη από υποστηρικτική-συμβουλευτική ψυχοθεραπεία και εκπαίδευση σε συμπεριφορές τεχνικές.

1      2      3      4      5

#### **Ε. Νομοθεσία / Κρατική μέριμνα**

17. Το κράτος πρέπει να προωθεί τρόπους που διευκολύνουν την ομαλή επανένταξη στην κοινωνία των ατόμων με νοητική υστέρηση.

1      2      3      4      5

18. Το κράτος πρέπει να χρηματοδοτεί προγράμματα που στοχεύουν στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών σε θέματα που αφορούν τα άτομα με νοητική υστέρηση.

1      2      3      4      5

19. Το ελληνικό κράτος έχει ενδιαφερθεί σε ικανοποιητικό βαθμό για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής ατόμων με νοητική υστέρηση.

1      2      3      4      5

20. Στα άτομα με νοητική υστέρηση δεν πρέπει να επιτρέπεται να ψηφίζουν.

1      2      3      4      5

21. Στα άτομα με ελαφρά νοητική υστέρηση δεν πρέπει να επιτρέπεται να μετακινούνται ελεύθερα εκτός του χώρου του σπιτιού / ξενώνα.

1      2      3      4      5

22. Τα άτομα με νοητική υστέρηση πρέπει να είναι απαλλαγμένα ευθυνών.

1      2      3      4      5

23. Τα άτομα με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές έχουν ίσα δικαιώματα με τον γενικό πληθυσμό.

1 2 3 4 5

24. Το κράτος έχει μεριμνήσει πλήρως για την ποιότητα ζωής και την κάλυψη των αναγκών ατόμων με νοητική υστέρηση.

1 2 3 4 5

25. Το κράτος θα πρέπει να έχει φροντίσει ώστε να καλύπτονται πλήρως οι ανάγκες των ατόμων με νοητική υστέρηση για να εξυπηρετούνται καλύτερα στην καθημερινότητά τους.

1 2 3 4 5

26. Δεν είναι αναγκαίο να κυκλοφορούν τα άτομα με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές αν η μετακίνησή τους είναι δύσκολη.

1 2 3 4 5

27. Τα προγράμματα που υπάρχουν στις κοινότητες για τα άτομα με νοητική υστέρηση είναι υπέρ αρκετά.

1 2 3 4 5

28. Τα παιδιά με (δια)νοητική καθυστέρηση που είναι εκπαιδεύσιμα θα πρέπει να εντάσσονται κανονικά στα σχολεία μαζί με τα υπόλοιπα παιδιά.

1 2 3 4 5

### **ΣΤ. Αντιλήψεις και Στάσεις του περιβάλλοντος**

29. Τα άτομα με νοητική υστέρηση είναι ικανά για εργασία εξειδικευμένη ή μη.

1 2 3 4 5

30. Η σύναψη φιλικών ή ερωτικών σχέσεων με άτομα που παρουσιάζουν συνοδά συμπτώματα νοητικής υστέρησης είναι απαγορευμένη.

1 2 3 4 5

31. Η σύναψη ερωτικών σχέσεων με άτομα που παρουσιάζουν συνοδά συμπτώματα νοητικής υστέρησης είναι απαγορευμένη.

1 2 3 4 5



32. Η συνεργασία (επαγγελματικό-προσωπικό επίπεδο) με άτομα με νοητική υστέρηση είναι ανέφικτη.

1       2       3       4       5

33. Οι συγγενείς των ανθρώπων που διαμένουν σε κάποιο κοινοτικό πλαίσιο του Δήμου, με νοητική υστέρηση, δεν θα πρέπει να τους επισκέπτονται.

1       2       3       4       5

34. Τα άτομα με νοητική υστέρηση δεν θα πρέπει να επιτρέπεται να κάνουν παιδιά.

1       2       3       4       5

35. Τα άτομα με νοητική υστέρηση δεν πρέπει να παντρεύονται.

1       2       3       4       5

36. Δεν θα είχατε δυσαρέσκεια αν είχατε στο φιλικό σας περιβάλλον άτομο με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές.

1       2       3       4       5

37. Αν ένα μέλος της οικογένειάς σας είχε νοητική υστέρηση θα ήσασταν το ίδιο περήφανος σε σχέση με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς.

1       2       3       4       5

38. Όταν συναντάτε άτομα με νοητική υστέρηση αισθάνεστε οίκτο/ λύπη.

1       2       3       4       5

39. Θαυμάζετε άτομα με νοητική υστέρηση που προσπαθούν να είναι ενεργά και δραστήρια.

1       2       3       4       5

40. Θαυμάζετε τις οικογένειες ατόμων με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές.

1       2       3       4       5

41. Αισθάνεστε οίκτο και λυπόσαστε τις οικογένειες ατόμων με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές.

1       2       3       4       5

42. Οικογένειες ατόμων με νοητική υστέρηση είναι αξιοθαύμαστες για την στήριξη και αρωγή που προσφέρουν στα συγκεκριμένα μέλη τους.

1       2       3       4       5

43. Άτομα με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές πρέπει να εντάσσονται στην κοινωνία.

1       2       3       4       5

44. Πρέπει να δημιουργηθούν κι άλλα προγράμματα με στόχο την επανένταξη και ενεργό συμμετοχή (όσο αυτή είναι εφικτή) των ατόμων με νοητική υστέρηση στην κοινωνία.

1       2       3       4       5

45. Οι ξενώνες/ κοινοτικά σπίτια που φιλοξενούν (Δια)νοητικά υστερούντα άτομα συμβάλλουν στην κοινωνική ένταξή τους.

1       2       3       4       5

46. Γνωρίζετε κάποια από τα άτομα με νοητική υστέρηση που φιλοξενούνται σε ξενώνες του Δήμου.

1       2       3       4       5

**Παρατηρήσεις:**

.....

.....

.....

.....

.....

**Παρακαλούμε εξετάστε αν έχετε απαντήσει σε όλες τις προτάσεις.  
Ευχαριστούμε για τη συνεργασία σας!!**

## Β. Πίνακες Συχνοτήτων

### Φύλο

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΑΡΕΝ	35	26,3	26,9	26,9
ΘΗΛΥ	95	71,4	73,1	100,0
Total	130	97,7	100,0	
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΘΗΚΕ	3	2,3		
<b>Σύνολο</b>	133	100,0		

### Οικογενειακή κατάσταση

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ/-Η	50	37,6	38,2	38,2
ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΟΣ/-Η	59	44,4	45,0	83,2
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/-Η	14	10,5	10,7	93,9
ΑΛΛΟ	8	6,0	6,1	100,0
Total	131	98,5	100,0	
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΘΗΚΕ	2	1,5		
<b>Σύνολο</b>	133	100,0		

### Επίπεδο σπουδών

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ	2	1,5	1,5	1,5
ΛΙΓΕΣ ΤΑΞΕΙΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ Ή ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ	12	9,0	9,1	10,6
ΑΠΟΛΥΤΗΡΙΟ ΛΥΚΕΙΟΥ Ή ΜΕΣΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ	51	38,3	38,6	49,2
ΠΤΥΧΙΟ ΑΝΩΤΕΡΗΣ Ή ΑΝΩΤΑΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ	67	50,4	50,8	100,0
Total	132	99,2	100,0	
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΘΗΚΕ	1	,8		
<b>Σύνολο</b>	133	100,0		

**Έχετε κάποιο συγγενή ή γνωστό που έχει νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΝΑΙ	35	26,3	26,3	26,3
ΟΧΙ	98	73,7	73,7	100,0
<b>Σύνολο</b>	133	100,0	100,0	

**Εργάζεστε καιρό στην περιοχή του Δήμου Χαλανδρίου;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<1 ΕΤΟΣ	35	26,3	26,3	26,3
1-3 ΕΤΟΣ	29	21,8	21,8	48,1
3-6 ΕΤΟΣ	19	14,3	14,3	62,4
6< ΕΤΟΣ	50	37,6	37,6	100,0
<b>Σύνολο</b>	133	100,0	100,0	

**Γνωρίζετε την ύπαρξη κοινοτικών σπιτιών /ξενώνων που φιλοξενούν άτομα με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές στον Δήμο Χαλανδρίου όπου και εργάζεστε;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΝΑΙ	37	27,8	28,0	28,0
ΟΧΙ	95	71,4	72,0	100,0
Total	132	99,2	100,0	
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΘΗΚΕ	1	,8		
<b>Σύνολο</b>	133	100,0		

**Τα βασικά χαρακτηριστικά της (δια)νοητικής καθυστέρησης είναι ότι: α. η γενική λειτουργία του ατόμου είναι σημαντικά κάτω από τον μέσο όρο, β. υπάρχουν σημαντικές ανεπάρκειες στην προσαρμοστική λειτουργικότητα και γ. η έναρξή της είναι πριν από το 18ο έτος.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	36	27,1	27,7	27,7
ΣΥΜΦΩΝΩ	55	41,4	42,3	70,0
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	27	20,3	20,8	90,8
ΔΙΑΦΩΝΩ	8	6,0	6,2	96,9
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	4	3,0	3,1	100,0
Total	130	97,7	100,0	
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΘΗΚΕ	3	2,3		
<b>Σύνολο</b>	133	100,0		

**Η νοητική υστέρηση είναι το ίδιο συχνή και στα δύο φύλα.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	29	21,8	22,1	22,1
ΣΥΜΦΩΝΩ	59	44,4	45,0	67,2
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	36	27,1	27,5	94,7
ΔΙΑΦΩΝΩ	6	4,5	4,6	99,2
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	1	,8	,8	100,0
Total	131	98,5	100,0	
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΘΗΚΕ	2	1,5		
<b>Σύνολο</b>	133	100,0		

**Η έναρξη της διανοητικής καθυστέρησης μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία κι αν βρίσκεται το άτομο.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	5	3,8	3,8	3,8
ΣΥΜΦΩΝΩ	22	16,5	16,8	20,6
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	23	17,3	17,6	38,2
ΔΙΑΦΩΝΩ	48	36,1	36,6	74,8
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	33	24,8	25,2	100,0
Total	131	98,5	100,0	
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΘΗΚΕ	2	1,5		
<b>Σύνολο</b>	133	100,0		

**Η (Δια)νοητική καθυστέρηση χωρίζεται στα εξής επίπεδα ανάλογα με το βαθμό βαρύτητας της νοητικής βλάβης σε: α. Ελαφρά (Ηπια) Διανοητική καθυστέρηση β. Μέτρια Διανοητική καθυστέρηση γ. Βαριά (Σοβαρή) Διανοητική καθυστέρηση δ. Βαθιά Διανοητική καθυστέρηση.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	31	23,3	24,4	24,4
ΣΥΜΦΩΝΩ	59	44,4	46,5	70,9
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	33	24,8	26,0	96,9
ΔΙΑΦΩΝΩ	3	2,3	2,4	99,2
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	1	,8	,8	100,0
Total	127	95,5	100,0	
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΘΗΚΕ	6	4,5		
<b>Σύνολο</b>	133	100,0		

**Κάποια άτομα με νοητική υστέρηση μπορεί είναι εξαρτημένα και παθητικά και κάποια μπορεί να είναι παρορμητικά και επιθετικά.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	35	26,3	26,7	26,7
ΣΥΜΦΩΝΩ	80	60,2	61,1	87,8
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	12	9,0	9,2	96,9
ΔΙΑΦΩΝΩ	4	3,0	3,1	100,0
Total	131	98,5	100,0	
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΘΗΚΕ	2	1,5		
<b>Σύνολο</b>	133	100,0		

**Η συνύπαρξη άλλων ψυχικών διαταραχών είναι πιο συχνή στα νοητικά υστερούντα άτομα σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	9	6,8	6,9	6,9
ΣΥΜΦΩΝΩ	48	36,1	36,9	43,8
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	51	38,3	39,2	83,1
ΔΙΑΦΩΝΩ	20	15,0	15,4	98,5
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	2	1,5	1,5	100,0
Total	130	97,7	100,0	
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΘΗΚΕ	3	2,3		
<b>Σύνολο</b>	133	100,0		

**Οι διαταραχές της διάθεσης και οι διαταραχές οφειλόμενες σε γενική ιατρική κατάσταση ανήκουν στις πιο συχνές συνοδές διαταραχές.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	12	9,0	9,4	9,4
ΣΥΜΦΩΝΩ	43	32,3	33,9	43,3
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	60	45,1	47,2	90,6
ΔΙΑΦΩΝΩ	9	6,8	7,1	97,6
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	3	2,3	2,4	100,0
Total	127	95,5	100,0	
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΘΗΚΕ	6	4,5		
<b>Σύνολο</b>	133	100,0		

**Μερικές βαριές και βαθιές μορφές (Δια)νοητικής καθυστέρησης καταλήγουν σε πρόωρο θάνατο.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	15	11,3	11,4	11,4
ΣΥΜΦΩΝΩ	53	39,8	40,2	51,5
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	44	33,1	33,3	84,8
ΔΙΑΦΩΝΩ	16	12,0	12,1	97,0
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	4	3,0	3,0	100,0
Total	132	99,2	100,0	
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΘΗΚΕ	1	,8		
<b>Σύνολο</b>	133	100,0		

**Άτομα με ήπια και μέτριας βαρύτητας καθυστέρηση, με κατάλληλη εκπαίδευση και άσκηση μπορούν να παρουσιάσουν σημαντική βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	62	46,6	47,3	47,3
ΣΥΜΦΩΝΩ	56	42,1	42,7	90,1
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	10	7,5	7,6	97,7
ΔΙΑΦΩΝΩ	2	1,5	1,5	99,2
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	1	,8	,8	100,0
Total	131	98,5	100,0	
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΘΗΚΕ	2	1,5		
<b>Σύνολο</b>	133	100,0		

**Κληρονομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες αποτελούν δύο από τις κατηγορίες των αιτιολογικών παραγόντων της (Δια)νοητικής καθυστέρησης.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	29	21,8	22,0	22,0
ΣΥΜΦΩΝΩ	68	51,1	51,5	73,5
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	29	21,8	22,0	95,5
ΔΙΑΦΩΝΩ	4	3,0	3,0	98,5
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	2	1,5	1,5	100,0
Total	132	99,2	100,0	
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΘΗΚΕ	1	,8		
<b>Σύνολο</b>	133	100,0		

**Η Διανοητική καθυστέρηση προσβάλλει περίπου το 1% του πληθυσμού συνεπώς είναι πολύ συχνή.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	7	5,3	5,3	5,3
ΣΥΜΦΩΝΩ	28	21,1	21,4	26,7
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	80	60,2	61,1	87,8
ΔΙΑΦΩΝΩ	15	11,3	11,5	99,2
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	1	,8	,8	100,0
Total	131	98,5	100,0	
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΘΗΚΕ	2	1,5		
<b>Σύνολο</b>	133	100,0		

**Η νοητική υστέρηση προσβάλλει πιο συχνά τους άνδρες.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	3	2,3	2,3	2,3
ΣΥΜΦΩΝΩ	16	12,0	12,4	14,7
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	65	48,9	50,4	65,1
ΔΙΑΦΩΝΩ	32	24,1	24,8	89,9
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	13	9,8	10,1	100,0
Total	129	97,0	100,0	
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΘΗΚΕ	4	3,0		
<b>Σύνολο</b>	133	100,0		

**Όσον αφορά σε παιδιά με νοητική υστέρηση θα πρέπει να διαμορφωθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα, που να ανταποκρίνεται όσο είναι δυνατόν καλύτερα στις ανάγκες και τις ικανότητες τόσο των παιδιών όσο και των γονέων τους.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	99	74,4	75,0	75,0
ΣΥΜΦΩΝΩ	23	17,3	17,4	92,4
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	6	4,5	4,5	97,0
ΔΙΑΦΩΝΩ	1	,8	,8	97,7
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	3	2,3	2,3	100,0
Total	132	99,2	100,0	
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΘΗΚΕ	1	,8		
<b>Σύνολο</b>	133	100,0		

**Παιδιά με βαριάς μορφής καθυστέρηση μπορεί να χρειαστεί να πάνε σε ειδικά οικοτροφεία ή ειδικά ιδρύματα.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	46	34,6	34,8	34,8
ΣΥΜΦΩΝΩ	51	38,3	38,6	73,5
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	24	18,0	18,2	91,7
ΔΙΑΦΩΝΩ	7	5,3	5,3	97,0
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	4	3,0	3,0	100,0
Total	132	99,2	100,0	
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΘΗΚΕ	1	,8		
<b>Σύνολο</b>	133	100,0		



**Η θεραπευτική απόφαση για παιδιά με ήπια καθυστέρηση είναι, τουλάχιστον αρχικά, να παραμείνουν στο σπίτι τους με παροχή οικογενειακής υποστήριξης και ειδικής εκπαίδευσης.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	44	33,1	33,3	33,3
ΣΥΜΦΩΝΩ	55	41,4	41,7	75,0
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	22	16,5	16,7	91,7
ΔΙΑΦΩΝΩ	9	6,8	6,8	98,5
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	2	1,5	1,5	100,0
Total	132	99,2	100,0	
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΘΗΚΕ	1	,8		
<b>Σύνολο</b>	133	100,0		

**Οι γονείς όλων των παιδιών με (δια)νοητική καθυστέρηση έχουν ανάγκη από υποστηρικτική-συμβουλευτική ψυχοθεραπεία και εκπαίδευση σε συμπεριφορές τεχνικές.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	96	72,2	72,7	72,7
ΣΥΜΦΩΝΩ	28	21,1	21,2	93,9
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	6	4,5	4,5	98,5
ΔΙΑΦΩΝΩ	1	,8	,8	99,2
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	1	,8	,8	100,0
Total	132	99,2	100,0	
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΘΗΚΕ	1	,8		
<b>Σύνολο</b>	133	100,0		

**Το κράτος πρέπει να προωθεί τρόπους που διευκολύνουν την ομαλή επανένταξη στην κοινωνία των ατόμων με νοητική υστέρηση.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	98	73,7	73,7	73,7
ΣΥΜΦΩΝΩ	25	18,8	18,8	92,5
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	8	6,0	6,0	98,5
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	2	1,5	1,5	100,0
<b>Σύνολο</b>	133	100,0	100,0	

**Το κράτος πρέπει να χρηματοδοτεί προγράμματα που στοχεύουν στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών σε θέματα που αφορούν τα άτομα με νοητική υστέρηση.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	100	75,2	75,2	75,2
ΣΥΜΦΩΝΩ	26	19,5	19,5	94,7
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	6	4,5	4,5	99,2
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	1	,8	,8	100,0
<b>Σύνολο</b>	133	100,0	100,0	

**Το ελληνικό κράτος έχει ενδιαφερθεί σε ικανοποιητικό βαθμό για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής ατόμων με νοητική υστέρηση.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	3	2,3	2,3	2,3
ΣΥΜΦΩΝΩ	13	9,8	9,8	12,0
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	34	25,6	25,6	37,6
ΔΙΑΦΩΝΩ	50	37,6	37,6	75,2
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	33	24,8	24,8	100,0
<b>Σύνολο</b>	133	100,0	100,0	

**Στα άτομα με νοητική υστέρηση δεν πρέπει να επιτρέπεται να ψηφίζουν.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	14	10,5	10,6	10,6
ΣΥΜΦΩΝΩ	28	21,1	21,2	31,8
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	66	49,6	50,0	81,8
ΔΙΑΦΩΝΩ	14	10,5	10,6	92,4
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	10	7,5	7,6	100,0
Total	132	99,2	100,0	
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΘΗΚΕ	1	,8		
<b>Σύνολο</b>	133	100,0		

**Στα άτομα με ελαφρά νοητική υστέρηση δεν πρέπει να επιτρέπεται να μετακινούνται ελεύθερα εκτός του χώρου του σπιτιού / ξενώνα.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	5	3,8	3,8	3,8
ΣΥΜΦΩΝΩ	17	12,8	12,9	16,7
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	23	17,3	17,4	34,1
ΔΙΑΦΩΝΩ	67	50,4	50,8	84,8
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	20	15,0	15,2	100,0
Total	132	99,2	100,0	
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΘΗΚΕ	1	,8		
<b>Σύνολο</b>	133	100,0		

**Τα άτομα με νοητική υστέρηση πρέπει να είναι απαλλαγμένα ευθυνών.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	9	6,8	6,8	6,8
ΣΥΜΦΩΝΩ	40	30,1	30,1	36,8
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	37	27,8	27,8	64,7
ΔΙΑΦΩΝΩ	40	30,1	30,1	94,7
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	7	5,3	5,3	100,0
<b>Σύνολο</b>	133	100,0	100,0	

**Τα άτομα με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές έχουν ίσα δικαιώματα με τον γενικό πληθυσμό.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	65	48,9	49,2	49,2
ΣΥΜΦΩΝΩ	47	35,3	35,6	84,8
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	12	9,0	9,1	93,9
ΔΙΑΦΩΝΩ	4	3,0	3,0	97,0
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	4	3,0	3,0	100,0
Total	132	99,2	100,0	
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΘΗΚΕ	1	,8		
<b>Σύνολο</b>	133	100,0		

**Το κράτος έχει μεριμνήσει πλήρως για την ποιότητα ζωής και την κάλυψη των αναγκών ατόμων με νοητική υστέρηση.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	2	1,5	1,5	1,5
ΣΥΜΦΩΝΩ	5	3,8	3,8	5,3
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	21	15,8	15,8	21,1
ΔΙΑΦΩΝΩ	53	39,8	39,8	60,9
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	52	39,1	39,1	100,0
<b>Σύνολο</b>	133	100,0	100,0	

**Το κράτος θα πρέπει να έχει φροντίσει ώστε να καλύπτονται πλήρως οι ανάγκες των ατόμων με νοητική υστέρηση για να εξυπηρετούνται καλύτερα στην καθημερινότητά τους.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	91	68,4	68,4	68,4
ΣΥΜΦΩΝΩ	29	21,8	21,8	90,2
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	10	7,5	7,5	97,7
ΔΙΑΦΩΝΩ	1	,8	,8	98,5
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	2	1,5	1,5	100,0
<b>Σύνολο</b>	133	100,0	100,0	

**Δεν είναι αναγκαίο να κυκλοφορούν τα άτομα με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές αν η μετακίνησή τους είναι δύσκολη.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	10	7,5	7,6	7,6
ΣΥΜΦΩΝΩ	45	33,8	34,4	42,0
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	32	24,1	24,4	66,4
ΔΙΑΦΩΝΩ	32	24,1	24,4	90,8
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	12	9,0	9,2	100,0
Total	131	98,5	100,0	
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΘΗΚΕ	2	1,5		
<b>Σύνολο</b>	133	100,0		

**Τα προγράμματα που υπάρχουν στις κοινότητες για τα άτομα με νοητική υστέρηση είναι υπέρ αρκετά.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	2	1,5	1,5	1,5
ΣΥΜΦΩΝΩ	8	6,0	6,1	7,6
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	37	27,8	28,0	35,6
ΔΙΑΦΩΝΩ	44	33,1	33,3	68,9
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	41	30,8	31,1	100,0
Total	132	99,2	100,0	
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΘΗΚΕ	1	,8		
<b>Σύνολο</b>	133	100,0		

**Τα παιδιά με (δια)νοητική καθυστέρηση που είναι εκπαιδύσιμα θα πρέπει να εντάσσονται κανονικά στα σχολεία μαζί με τα υπόλοιπα παιδιά.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	12	9,0	9,0	9,0
ΣΥΜΦΩΝΩ	55	41,4	41,4	50,4
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	36	27,1	27,1	77,4
ΔΙΑΦΩΝΩ	24	18,0	18,0	95,5
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	6	4,5	4,5	100,0
<b>Σύνολο</b>	133	100,0	100,0	

**Τα άτομα με νοητική υστέρηση είναι ικανά για εργασία εξειδικευμένη ή μη.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	8	6,0	6,0	6,0
ΣΥΜΦΩΝΩ	60	45,1	45,1	51,1
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	52	39,1	39,1	90,2
ΔΙΑΦΩΝΩ	13	9,8	9,8	100,0
<b>Σύνολο</b>	133	100,0	100,0	

**Η σύναψη φιλικών με άτομα που παρουσιάζουν συνοδά συμπτώματα νοητικής υστέρησης είναι απαγορευμένη.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	3	2,3	2,3	2,3
ΣΥΜΦΩΝΩ	4	3,0	3,0	5,3
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	13	9,8	9,8	15,0
ΔΙΑΦΩΝΩ	36	27,1	27,1	42,1
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	77	57,9	57,9	100,0
<b>Σύνολο</b>	133	100,0	100,0	

**Η σύναψη ερωτικών σχέσεων με άτομα που παρουσιάζουν συνοδά συμπτώματα νοητικής υστέρησης είναι απαγορευμένη.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	19	14,3	14,3	14,3
ΣΥΜΦΩΝΩ	18	13,5	13,5	27,8
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	38	28,6	28,6	56,4
ΔΙΑΦΩΝΩ	44	33,1	33,1	89,5
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	14	10,5	10,5	100,0
<b>Σύνολο</b>	133	100,0	100,0	

**Η συνεργασία (επαγγελματικό- προσωπικό επίπεδο) με άτομα με νοητική υστέρηση είναι ανέφικτη.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	2	1,5	1,5	1,5
ΣΥΜΦΩΝΩ	10	7,5	7,5	9,0
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	20	15,0	15,0	24,1
ΔΙΑΦΩΝΩ	76	57,1	57,1	81,2
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	25	18,8	18,8	100,0
<b>Σύνολο</b>	133	100,0	100,0	

**Οι συγγενείς των ανθρώπων που διαμένουν σε κάποιο κοινοτικό πλαίσιο του Δήμου, με νοητική υστέρηση, δεν θα πρέπει να τους επισκέπτονται.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	1	,8	,8	,8
ΣΥΜΦΩΝΩ	3	2,3	2,3	3,0
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	7	5,3	5,3	8,3
ΔΙΑΦΩΝΩ	38	28,6	28,6	36,8
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	84	63,2	63,2	100,0
<b>Σύνολο</b>	133	100,0	100,0	

**Τα άτομα με νοητική υστέρηση δεν θα πρέπει να επιτρέπεται να κάνουν παιδιά.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	39	29,3	29,3	29,3
ΣΥΜΦΩΝΩ	21	15,8	15,8	45,1
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	48	36,1	36,1	81,2
ΔΙΑΦΩΝΩ	18	13,5	13,5	94,7
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	7	5,3	5,3	100,0
<b>Σύνολο</b>	133	100,0	100,0	

**Τα άτομα με νοητική υστέρηση δεν πρέπει να παντρεύονται.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	23	17,3	17,6	17,6
ΣΥΜΦΩΝΩ	12	9,0	9,2	26,7
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	42	31,6	32,1	58,8
ΔΙΑΦΩΝΩ	36	27,1	27,5	86,3
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	18	13,5	13,7	100,0
Total	131	98,5	100,0	
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΘΗΚΕ	2	1,5		
<b>Σύνολο</b>	133	100,0		

**Δεν θα είχατε δυσαρέσκεια αν είχατε στο φιλικό σας περιβάλλον άτομο με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	49	36,8	37,4	37,4
ΣΥΜΦΩΝΩ	42	31,6	32,1	69,5
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	25	18,8	19,1	88,5
ΔΙΑΦΩΝΩ	10	7,5	7,6	96,2
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	5	3,8	3,8	100,0
Total	131	98,5	100,0	
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΘΗΚΕ	2	1,5		
<b>Σύνολο</b>	133	100,0		

**Αν ένα μέλος της οικογένειας σας είχε νοητική υστέρηση θα ήσασταν το ίδιο περήφανος σε σχέση με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	59	44,4	44,4	44,4
ΣΥΜΦΩΝΩ	39	29,3	29,3	73,7
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	25	18,8	18,8	92,5
ΔΙΑΦΩΝΩ	7	5,3	5,3	97,7
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	3	2,3	2,3	100,0
<b>Σύνολο</b>	133	100,0	100,0	

**Όταν συναντάτε άτομα με νοητική υστέρηση αισθάνεστε οίκτο/ λύπη.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	5	3,8	3,8	3,8
ΣΥΜΦΩΝΩ	37	27,8	28,0	31,8
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	36	27,1	27,3	59,1
ΔΙΑΦΩΝΩ	30	22,6	22,7	81,8
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	24	18,0	18,2	100,0
Total	132	99,2	100,0	
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΘΗΚΕ	1	,8		
<b>Σύνολο</b>	133	100,0		

**Θαυμάζετε άτομα με νοητική υστέρηση που προσπαθούν να είναι ενεργά και δραστήρια.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	101	75,9	75,9	75,9
ΣΥΜΦΩΝΩ	22	16,5	16,5	92,5
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	7	5,3	5,3	97,7
ΔΙΑΦΩΝΩ	1	,8	,8	98,5
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	2	1,5	1,5	100,0
<b>Σύνολο</b>	133	100,0	100,0	

**Θαυμάζετε τις οικογένειες ατόμων με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	90	67,7	67,7	67,7
ΣΥΜΦΩΝΩ	31	23,3	23,3	91,0
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	8	6,0	6,0	97,0
ΔΙΑΦΩΝΩ	3	2,3	2,3	99,2
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	1	,8	,8	100,0
<b>Σύνολο</b>	133	100,0	100,0	

**Αισθάνεστε οίκτο και λυπόσαστε τις οικογένειες ατόμων με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	7	5,3	5,3	5,3
ΣΥΜΦΩΝΩ	35	26,3	26,5	31,8
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	36	27,1	27,3	59,1
ΔΙΑΦΩΝΩ	30	22,6	22,7	81,8
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	24	18,0	18,2	100,0
Total	132	99,2	100,0	
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΘΗΚΕ	1	,8		
<b>Σύνολο</b>	133	100,0		

**Οικογένειες ατόμων με νοητική υστέρηση είναι αξιοθαύμαστες για την στήριξη και αρωγή που προσφέρουν στα συγκεκριμένα μέλη τους.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	99	74,4	74,4	74,4
ΣΥΜΦΩΝΩ	24	18,0	18,0	92,5
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	9	6,8	6,8	99,2
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	1	,8	,8	100,0
<b>Σύνολο</b>	133	100,0	100,0	

**Άτομα με νοητική υστέρηση και συνοδές διαταραχές πρέπει να εντάσσονται στην κοινωνία.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	76	57,1	57,1	57,1
ΣΥΜΦΩΝΩ	46	34,6	34,6	91,7
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	7	5,3	5,3	97,0
ΔΙΑΦΩΝΩ	1	,8	,8	97,7
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	3	2,3	2,3	100,0
<b>Σύνολο</b>	133	100,0	100,0	

**Πρέπει να δημιουργηθούν κι άλλα προγράμματα με στόχο την επανένταξη και ενεργό συμμετοχή(όσο αυτή είναι εφικτή) των ατόμων με νοητική υστέρηση στην κοινωνία.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	87	65,4	65,4	65,4
ΣΥΜΦΩΝΩ	36	27,1	27,1	92,5
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	7	5,3	5,3	97,7
ΔΙΑΦΩΝΩ	1	,8	,8	98,5
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	2	1,5	1,5	100,0
<b>Σύνολο</b>	133	100,0	100,0	

**Οι ξενώνες/ κοινοτικά σπίτια που φιλοξενούν (Δια)νοητικά υστερούντα άτομα συμβάλλουν στην κοινωνική ένταξή τους.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	44	33,1	33,1	33,1
ΣΥΜΦΩΝΩ	61	45,9	45,9	78,9
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	23	17,3	17,3	96,2
ΔΙΑΦΩΝΩ	2	1,5	1,5	97,7
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	3	2,3	2,3	100,0
<b>Σύνολο</b>	133	100,0	100,0	



**Γνωρίζετε κάποια από τα άτομα με νοητική υστέρηση που φιλοξενούνται σε ξενώνες του Δήμου.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	9	6,8	6,8	6,8
ΣΥΜΦΩΝΩ	15	11,3	11,3	18,0
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	22	16,5	16,5	34,6
ΔΙΑΦΩΝΩ	30	22,6	22,6	57,1
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	57	42,9	42,9	100,0
<b>Σύνολο</b>	133	100,0	100,0	