



**ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ**

**Η αυτοεκτίμηση ως παράγοντας διαφυλικών σχέσεων
στα άτομα με αναπηρία: διαναπηρική έρευνα-
εκπαιδευτικές προτάσεις**

ΚΩΤΣΗ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: ΣΟΥΛΗΣ ΣΠΥΡΙΔΩΝ- ΓΕΩΡΓΙΟΣ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
Π.Τ.Δ.Ε. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΜΕΛΗ: ΜΟΡΦΙΔΗ ΕΛΕΝΗ, ΕΠΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
Π.Τ.Δ.Ε. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΝΙΚΟΛΑΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
Π.Τ.Δ.Ε. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**

Ιωάννινα 2014

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
SUMMARY	7
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	9
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	10
ΜΕΡΟΣ 1 ^ο	12
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	12
Κεφάλαιο 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ	13
Διατύπωση του προβλήματος.....	13
Κεφάλαιο 2 : ΑΝΑΠΗΡΙΑ	18
Έννοια-ορισμός	18
Κατηγορίες αναπηρίας	20
Κεφάλαιο 3 : ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ	23
Ορισμοί για τα προβλήματα όρασης	23
Αιτιολογία προβλημάτων όρασης	24
Χαρακτηριστικά	25
Κεφάλαιο 4 : ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΚΟΗΣ-ΚΩΦΩΣΗ.....	29
Ορισμός	29
Αιτιολογία	29
Κεφάλαιο 5: ΚΙΝΗΤΙΚΕΣ- ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ	31
Κατηγορίες κινητικών αναπηριών.....	31
Κεφάλαιο 6: ΧΡΟΝΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ	34
Σκλήρυνση κατά πλάκας (ΣΚΠ)	34
Σακχαρώδης Διαβήτης	38
Κεφάλαιο 7: ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ	43
Προσδιορισμός του όρου αυτοεκτίμηση	43
Θεωρίες αυτοεκτίμησης	44
Αυτοεκτίμηση και άτομα με αναπηρία.....	46
Κεφάλαιο 8: ΔΙΑΦΥΛΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ (ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ)	48
Προσδιορισμός του όρου σεξουαλικότητα	48
Στάδια ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης ατόμου.....	49
Σεξουαλική αυτοεκτίμηση.....	52
Σεξουαλικό άγχος.....	53
Σεξουαλική ικανοποίηση.....	54

Κεφάλαιο 9: ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΗΡΙΑ	56
Περιγραφή	56
Επισκόπηση ερευνών	57
ΜΕΡΟΣ 2 ^ο	63
ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ	63
Κεφάλαιο 10: Μεθοδολογία έρευνας	64
10.1. Σκοπός - Ερευνητικές Υποθέσεις	64
10.2 Δείγμα.....	65
10.3. Ερευνητικά Εργαλεία	69
10.4. Συλλογή ερευνητικών δεδομένων	71
10.5. Στατιστική επεξεργασία δεδομένων	71
Κεφάλαιο 11: Αποτελέσματα έρευνας	73
11.1 Διερεύνηση αυτοεκτίμησης.....	73
11.2 Διερεύνηση παραμέτρων σεξουαλικότητας	75
11.3 Ανάλυση αξιοπιστίας.....	77
11.4. Έλεγχος κανονικότητας δεδομένων	79
11.5. Ανάλυση μέσων κλίμακας αυτοεκτίμησης, παραμέτρων αυτοεκτίμησης και παραμέτρων σεξουαλικότητας με ατομικά χαρακτηριστικά κάθε ομάδας ατόμων του δείγματος.....	81
11.6. Έλεγχος συσχέτισης κλίμακας αυτοεκτίμησης, παραμέτρων αυτοεκτίμησης και παραμέτρων σεξουαλικότητας	93
Κεφάλαιο 12: Συζήτηση.....	99
Κεφάλαιο 13: Εκπαιδευτικές προτάσεις.....	107
Βιβλιογραφία	111
Ελληνόγλωσση	111
Ξενόγλωσση	114
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.....	123
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	123
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ	127
<i>Πίνακες δομής δείγματος ανά δημογραφικό στοιχείο</i>	<i>127</i>
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ	133
1. Πίνακες μέσων όρων ανά ατομικό χαρακτηριστικό με στατιστικά σημαντικές διαφορές στα άτομα χωρίς αναπηρία.....	133
2. Πίνακες μέσων όρων ανά ατομικό χαρακτηριστικό με στατιστικά σημαντικές διαφορές στα άτομα με προβλήματα όρασης	134

3. Πίνακες μέσωσν όρων ανά ατομικό χαρακτηριστικό με στατιστικά σημαντικές διαφορές στα άτομα με προβλήματα ακοής.....	137
4. Πίνακες μέσωσν όρων ανά ατομικό χαρακτηριστικό με στατιστικά σημαντικές διαφορές στα άτομα με κινητικά προβλήματα.....	140
5. Πίνακες μέσωσν όρων ατομικών χαρακτηριστικών με στατιστικά σημαντική διαφορά στα άτομα με χρόνιας παθήσεις.....	143

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η συγκεκριμένη εργασία αποτελεί μία προσπάθεια προσέγγισης του θέματος της αυτοεκτίμησης ως παράγοντα διαφυλικών σχέσεων στα άτομα με αναπηρία. Επιδιώκει να αναδείξει ορισμένα σημεία και να αναπτύξει μια οπτική διαφορετική από την κυρίαρχη (που πρεσβεύει ότι τα άτομα με αναπηρία έχουν ελλιπή αυτοεκτίμηση, δεν έχουν δικαίωμα στην σεξουαλική ζωή ή ότι αντιμετωπίζουν σεξουαλικά προβλήματα όπως σεξουαλικό άγχος, ελλιπή σεξουαλική αυτοεκτίμηση και μειωμένη σεξουαλική ικανοποίηση). Τέλος, επιχειρείται να γίνουν προτάσεις προσέγγισης αλλά και να παρατεθούν κάποια προγράμματα σεξουαλικής εκπαίδευσης των συγκεκριμένων ανθρώπων.

Η εργασία αποτελείται από δύο διακριτά μέρη: το πρώτο μέρος, όπου καταγράφεται η θεωρητική προσέγγιση του θέματός μας, βάσει της υπάρχουσας βιβλιογραφίας και περιλαμβάνει τα πρώτα εννέα κεφάλαια της εργασίας μας, και το δεύτερο μέρος, όπου παρουσιάζεται διεξοδικά η έρευνα μας με τα ευρήματά της.

Αρχικά, στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται εισαγωγή στο ερευνητικό ζητούμενο της παρούσας εργασίας αλλά και στο σκοπό και τη σπουδαιότητά της.

Στη συνέχεια, στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται συνοπτικά η έννοια και οι κατηγορίες των αναπηριών.

Στο τρίτο, τέταρτο, πέμπτο και έκτο κεφάλαιο που ακολουθεί γίνεται ανάλυση των κατηγοριών των αναπηριών που εξετάζει η έρευνά μας (τύφλωση, κώφωση, σωματικές- κινητικές αναπηρίες και χρόνιες παθήσεις) σε θεωρητικό επίπεδο επικεντρώνοντας στα βασικά στοιχεία που θα αναλυθούν στην συνέχεια (ορισμοί, βασικά χαρακτηριστικά, αιτιολογία κ.ά.).

Στη συνέχεια, στο έβδομο κεφάλαιο επιχειρείται η διασαφήνιση του όρου «αυτοεκτίμηση» ενώ στο όγδοο κεφάλαιο γίνεται μια παρουσίαση του όρου σεξουαλικότητα και πως αυτή επηρεάζει, διαχειρίζεται, αλλά και πως δομείται στα άτομα τυπικής ανάπτυξης. Επίσης, διασαφηνίζονται οι όροι «σεξουαλική αυτοεκτίμηση», «σεξουαλικό άγχος» και «σεξουαλική ικανοποίηση».

Συνεχίζοντας στο ένατο κεφάλαιο, γίνεται μία όσο το δυνατόν πιο αναλυτική προσέγγιση της σεξουαλικότητας, της αυτοεκτίμησης αλλά και της μεταξύ τους σχέσης, στα άτομα με αναπηρίες και καταγράφονται οι έρευνες που έχουν κατά καιρούς διεξαχθεί πάνω στο συγκεκριμένο θέμα.

Τέλος, στο δεύτερο και ερευνητικό μέρος της εργασίας, παραθέτονται στο δέκατο κεφάλαιο η μεθοδολογία, οι περιορισμοί, τα ευρήματα καθώς και τα αποτελέσματα της έρευνάς μας. Επίσης, γίνεται διεξοδική ανάλυση και επισήμανση των αποτελεσμάτων που προκύπτουν και καταθέτονται προτάσεις που αφορούν την βελτίωση των προγραμμάτων σπουδών σεξουαλικής εκπαίδευσης στη χώρα μας, καθώς σε άλλες χώρες σε σχέση με την Ελλάδα, σημειώνεται σημαντική πρόοδος στα θέματα σεξουαλικότητας των ατόμων με αναπηρίες.

Στο παράρτημα επισυνάπτονται το ερωτηματολόγιο καθώς και κάποιοι πίνακες υπολογισμού που χρησιμοποιήθηκαν για τη διεξαγωγή της έρευνάς μας.

Το θέμα αυτό το επέλεξα γιατί κατά την ενασχόληση μου με τον χώρο της ειδικής αγωγής, το θέμα της σεξουαλικότητας των Α.με.Α. βγαίνει στο προσκήνιο όλο και πιο συχνά με πολλούς και διαφορετικούς τρόπους, φέρνοντας σε αμηχανία, λόγω της αγνοίας, εμένα την ίδια αλλά και τον κοινωνικό περίγυρο. Έτσι, μου δόθηκε η ευκαιρία μέσα από τη διεξαγωγή της έρευνάς μου και την προσωπική επαφή που επιδίωξα να έχω με κάποια άτομα με αναπηρία και τους συλλόγους αυτών, να μπορέσω να ενημερωθώ να καταλάβω λίγο καλύτερα και να συμβάλω όσο το δυνατόν στην πιο ουσιαστική και καίρια λύση του «προβλήματος».

SUMMARY

This paper is an attempt to approach the issue of self-esteem as a factor in gender relations to people with disabilities . It seeks to highlight certain points and to develop a perspective different from the dominant (which holds that people with disabilities have poor self-esteem , they have a right to sexual health or sexual problems they face as sexual anxiety , lack of sexual self-esteem and decreased sexual satisfaction) . Finally , attempts to make recommendations approach and to set out some sexual education programs of specific people .

The work consists of two distinct parts: the first part , which records the theoretical approach of our subject , based on existing literature and includes the first nine chapters of our work , and the second part , which presents in depth research with our findings .

Initially , in the first chapter an introduction to the research aim of this thesis and the scope and importance.

Then , in the second chapter summarizes the meaning and types of disabilities.

In the third , fourth , fifth and sixth chapter that follows is an analysis of the types of disabilities that examines our research (blindness , deafness , physical -motor disabilities and chronic diseases) at a theoretical level , focusing on the key elements that will be analyzed below (definitions , key features , reasons , etc.) .

Then , in the seventh chapter attempts to clarify the term " self-esteem " while in the eighth chapter is a presentation of the term sexuality and how it affects , manages, and that formal structured people development. It also clarifies the terms " sexual self-esteem " , " sexually frustrated " and " sexual gratification . "

Continuing in the ninth chapter , is one possible more comprehensive approach to sexuality , self-esteem and the relationship between them , people with disabilities and recorded surveys are occasionally conducted on this subject .

Finally, and in the second part of the research work presented in the tenth chapter, the methodology, the limitations, the findings and the results of our research. Also made a thorough analysis and labeling of conclusions drawn and deposited proposals for improving curricula sex education in our country , as in other countries in relation to Greece , significant progress on issues of sexuality of people with disabilities .

There is also in the attached annex the questionnaire and the formulas used to conduct our research.

The topic I chose this because during my involvement with the field of special education , the topic of sexuality and disability comes to the fore more and more often in many different ways, bringing embarrassment because of ignorance , me the same and the social environment . So , I was given the opportunity through conducting my research and personal contact that sought to have with some people with disabilities and those clubs , they may learn to understand a little better and to contribute as much as possible in the most effective and timely solution to the "problem" .

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα μεταπτυχιακή εργασία με θέμα «Η αυτοεκτίμηση ως παράγοντας διαφυλικών σχέσεων στα άτομα με αναπηρία: διαναπηρική έρευνα- εκπαιδευτικές προτάσεις» πραγματοποιήθηκε, στο πλαίσιο του μεταπτυχιακού μου προγράμματος σπουδών με κατεύθυνση την Ειδική Αγωγή στο Π.Τ.Δ.Ε. Ιωαννίνων.

Στο σημείο αυτό αισθάνομαι την ανάγκη να εκφράσω τις ειλικρινείς και θερμές ευχαριστίες μου σε όσους συνέβαλαν στην ολοκλήρωση αυτής της προσπάθειας :

Και πρώτα απ' όλα, στον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Σούλη Σπυρίδωνα για τη συνεχή καθοδήγηση, την αμέριστη υποστήριξη, τις ουσιώδεις συμβουλές, καθώς και την αδιάκοπη συμπαράσταση και ενθάρρυνση που μου παρείχε σε όλο αυτό το διάστημα.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την καθηγήτριά μου κα Μορφίδη Ελένη και τον καθηγητή μου κ. Νικολάου Γεώργιο για την πολύτιμη βοήθεια τους σχετικά με το υλικό αλλά και με τη διευθέτηση της μεταπτυχιακής μου εργασίας.

Θερμές ευχαριστίες απευθύνω σε όλους τους καθηγητές που είχα όλα τα χρόνια της μέχρι στιγμής προπτυχιακής και μεταπτυχιακής μου ζωής, για τις γνώσεις που μου μετέδωσαν και με έκαναν καλύτερο άνθρωπο. Ιδιαίτερα δε, οφείλω να ευχαριστήσω τους καθηγητές μου στην κατεύθυνση 'Ειδική Αγωγή και Διαπολιτισμική Εκπαίδευση', καθότι με βοήθησαν καθ' όλη την διάρκεια της παρακολούθησης των μαθημάτων της κατεύθυνσης και αποτέλεσαν πρότυπα και πηγή έμπνευσης για μένα.

Επίσης, οφείλω να ευχαριστήσω από καρδιάς όλους τους συλλόγους αναπήρων και τα μέλη τους, χωρίς τη συνεργασία των οποίων δε θα κατάφερνα να συλλέξω τα ερωτηματολόγια που απαιτούνταν για την έρευνά μου.

Τέλος, ένα μεγάλο και εγκάρδιο ευχαριστώ αξίζουν τρεις ήρωες της καθημερινότητάς μου, ο σύζυγός μου Χρήστος που με στηρίζει ηθικά τα τελευταία αυτά χρόνια, δίνοντάς μου κουράγιο να προχωρώ και να υπερπηδώ κάθε εμπόδιο για να φτάσω στο στόχο μου και οι γονείς μου Βασίλειος και Ευθαλία Κώτση, οι οποίοι στήριξαν τις προπτυχιακές και μεταπτυχιακές μου σπουδές με διάφορους τρόπους, στερούμενοι πολλών απολαύσεων της ίδιας τους τη ζωής, φροντίζοντας πάντα για την καλύτερη δυνατή μόρφωση μου.

Με εκτίμηση

Κώτση Κωνσταντίνα

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι ερευνητικές μελέτες για την αυτοεκτίμηση σε συνάρτηση με τη σεξουαλικότητα των ατόμων με αναπηρία δε συναντώνται σε ικανοποιητικό βαθμό στη διεθνή βιβλιογραφία. Παρά την εστίαση του ερευνητικού ενδιαφέροντος στα θέματα της σεξουαλικότητας των αναπήρων, δεν έχουν εξακριβωθεί επαρκώς οι σχέσεις μεταξύ αυτοεκτίμησης και σεξουαλικών παραμέτρων, όπως το σεξουαλικό άγχος και η σεξουαλική αυτοεκτίμηση και ικανοποίηση, καθώς η πλειοψηφία των μελετών είναι περιγραφικές ή διερευνητικής φύσης.

Επιπρόσθετα, η βιβλιογραφική εξέταση του θέματος αναδεικνύει ένα πλήθος προβλημάτων, τα οποία οφείλονται στα ανεπαρκή ερευνητικά δεδομένα, στη μελέτη ποικίλων πλευρών του θέματος και στις διαφορετικές μεθοδολογικές προσεγγίσεις τους θέματος, που δεν επιτρέπουν την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων και γενικεύσεων επί του φαινομένου.

Στην παρούσα έρευνα επιχειρήθηκε να μελετηθεί η αυτοεκτίμηση σε συνάρτηση με τη σεξουαλικότητα στα άτομα με αναπηρία. Επίσης, επιχειρείται μια προσέγγιση στη σχέση μεταξύ αυτοεκτίμησης και πρόκλησης σεξουαλικού άγχους και σεξουαλικής ικανοποίησης και αυτοεκτίμησης.

Επίσης, η παρούσα έρευνα χρησιμεύει:

- στη σαφή οριοθέτηση των επιστημονικών γνώσεων ως προς το φαινόμενο της σεξουαλικότητας των ατόμων με αναπηρία στην ελληνική πραγματικότητα, μέσω ερευνητικών δεδομένων.
- στη σαφή οριοθέτηση των επιστημονικών γνώσεων ως προς το φαινόμενο της αυτοεκτίμησης των ατόμων με αναπηρία.
- στη διασαφήνιση των όρων της αυτοεκτίμησης, της σεξουαλικής ικανοποίησης και αυτοεκτίμησης αλλά και του σεξουαλικού άγχους.
- στη μελέτη των σχέσεων αυτοεκτίμησης και σεξουαλικότητας στα άτομα με αναπηρία
- στην εισαγωγή προγραμμάτων σεξουαλικής εκπαίδευσης με γνώση των ιδιαίτερων αναγκών των αναπήρων
- στη διεκδίκηση των σεξουαλικών και ανθρωπίνων δικαιωμάτων των αναπήρων στη ελληνική πραγματικότητα

Έτσι, με την εκπόνηση της διπλωματικής αυτής εργασίας στα πλαίσια του μεταπτυχιακού μου προγράμματος σπουδών, ευελπιστώ στη βάθος ανάλυση της

ανθρώπινης σεξουαλικότητας σε άμεση συνάρτηση με την αυτοεκτίμηση στα άτομα με αναπηρία. Επιθυμώ μέσα από αυτή την ενδιαφέρουσα εργασία να αναδείξω τα εμπόδια που οι ίδιοι πολλές φορές θέτουμε στην επικοινωνία μας με το «διαφορετικό» συνάνθρωπό μας.

ΜΕΡΟΣ 1^ο

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Διατύπωση του προβλήματος

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η σεξουαλικότητα είναι ένα αναπόσπαστο κομμάτι της προσωπικότητας του καθενός, είναι βασική ανάγκη και αποτελεί τη μία πλευρά του να είσαι άνθρωπος, η οποία όμως δεν μπορεί να διαχωριστεί από άλλες πλευρές της ζωής (WHO, 2010). Η σεξουαλικότητα αποτελεί ουσιαστικά ένα πρίσμα μέσα από το οποίο ο καθένας από εμάς αντιλαμβάνεται και ανταποκρίνεται στον κόσμο.

Η σεξουαλικότητα του ατόμου ή οι διαφυλικές σχέσεις, όρος που εμφανίστηκε τα τελευταία χρόνια στον ευρωπαϊκό χώρο, ακολουθούν μια εξελικτική διαδικασία, που συντελείται καθ' όλη τη διάρκεια της αναπτυξιακής πορείας του ατόμου. Επίσης, συμβάλλουν σημαντικά στη γνωστική, ψυχοσυναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη ενός παιδιού και επηρεάζουν τον τρόπο που οργανώνεται και προετοιμάζεται για την ενηλικίωση και ωρίμανση του, για τις κοινωνικές, φιλικές και συντροφικές του σχέσεις στο μέλλον. Είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι σεξουαλικότητα δεν σημαίνει μόνο τη σεξουαλική πράξη αλλά και τη συναισθηματική ανάπτυξη.

Παρά τη σημασία των διαφυλικών σχέσεων στην ανάπτυξη του ατόμου, η σεξουαλικότητα των ατόμων με αναπηρία για πολλούς αιώνες θεωρούνταν απαγορευμένο θέμα. Το δικαίωμά τους στη σεξουαλική έκφραση και εκπαίδευση καταστρατηγούνταν επί αιώνες, καθώς κυριαρχούσαν αντιλήψεις περί «αθωότητας» και «ασεξουαλικότητας». Από την άλλη, μπορεί μερικά άτομα με αναπηρία να αντιμετωπίζονταν την ίδια στιγμή ως «επικίνδυνα» για την κοινωνία, αποδίδοντάς τους αρκετές αποκλίνουσες και εγκληματικές ενέργειες.

Μέχρι τον 18ο αιώνα οι σεξουαλικές ανάγκες των ατόμων με αναπηρία αμελούνταν. Προς τα τέλη του 19ου αιώνα η κατάσταση άλλαξε δραματικά προς το χειρότερο λόγω στρεβλών αντιλήψεων (υπερσεξουαλικά άτομα, απειλή για την κοινωνία, ευγονικό κίνημα, επιλεκτική γονιμοποίηση). Την περίοδο 1940-1960, τα άτομα με αναπηρία αντιμετωπίζονταν ως ασεξουαλικά και οι διάφορες σεξουαλικές συμπεριφορές τιμωρούνταν, ενώ το 1960 σημειώθηκε θετική αλλαγή κατάστασης. Μόλις τη δεκαετία του '70 και του '80 άρχισαν να μελετώνται τα ανθρώπινα-σεξουαλικά τους δικαιώματα πιο διεξοδικά, και αυτά υπό το πρίσμα της «πρόληψης» σε θέματα ασφάλειας, κακοποίησης, κ. ά. Από τότε μέχρι σήμερα, σημειώθηκαν αρκετές νομοθετικές ρυθμίσεις (μεταρρυθμίσεις στην εκπαίδευση, διεκδίκηση

σεξουαλικών δικαιωμάτων) και διεξήχθησαν αρκετές έρευνες σε θέματα διαφυλικών σχέσεων.

Παρά τις διάφορες νομοθετικές ρυθμίσεις, τα ΑμεΑ σπανίως εμφανίζονται ως σεξουαλικά όντα στα ΜΜΕ, επικρατεί ακόμα ο μύθος ότι είναι “αιώνια παιδιά”, ότι η ανεπάρκειά τους σημαίνει και ανεπάρκεια σεξουαλικότητας και ότι η ενημέρωσή τους σε σχετικά ζητήματα οδηγεί σε παρεκτροπές. Επίσης, αγνοείται ότι η σειρά εξέλιξης της αναπτυξιακής διαδικασίας είναι ίδια σε όλα τα παιδιά και ότι η βιολογική ωρίμανση των ΑμεΑ δε διαφέρει κατά μέσο όρο σε σχέση με τα υγιή άτομα και ότι παρά την επικρατούσα άποψη, τα άτομα με αναπηρίες έχουν την ίδια ανάγκη και επιθυμία με τον υπόλοιπο πληθυσμό για συναισθηματική και σεξουαλική ολοκλήρωση, προσδοκούν να κάνουν οικογένεια και να μεγαλώσουν τους δικούς τους απογόνους.

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Κουρκούτας, η σεξουαλικότητα για τα άτομα με αναπηρία είναι ένα τεράστιο πρόβλημα όχι μόνο όσον αφορά στην εκτόνωση των ορμών τους, αλλά και όσον αφορά στις σχέσεις τους με τον άλλον και την συναισθηματική απόρριψη που βιώνουν από το άλλο φύλο. Επίσης, λόγω των αυξημένων αναστολών και απαγορεύσεων που σχετίζονται με τη σεξουαλικότητα, τόσο στις οικογένειες όσο και στους ειδικούς παιδαγωγούς και θεραπευτές, παρατηρείται αύξηση των αμυνών, ιδιαίτερα όσον αφορά στη σεξουαλικότητα του ατόμου με αναπηρία (Κουρκούτας, 2001).

Επίσης, ο Διομήδους τόνισε ότι στην ανάπτυξη μιας αρμονικής σεξουαλικής ζωής των ατόμων με αναπηρίες, πρωτεύοντα ρόλο παίζουν διάφορες κοινωνικές δεσμεύσεις, όπως οι συνήθειες και στάσεις της κοινωνίας απέναντι στους αναπήρους από τη μια και η ανασφάλεια των ίδιων των αναπήρων από την άλλη, ακολουθούμενες από τις δυσκολίες στην επικοινωνία, τόσο στο συναισθηματικό και ψυχικό επίπεδο όσο και στο φυσικό περιβάλλον, δηλαδή στο περιβάλλον της εργασίας και της κατοικίας (Διομήδους, 1996).

Τέλος, η δύσκολη θέση του ατόμου με αναπηρία σε κάθε κοινωνική τάξη χειροτερεύει από τους συνειδητούς και ασυνείδητους κοινωνικούς φόβους για τη σεξουαλικότητά και την αναπηρία (Sinason, 1998).

Όπως είναι αναμενόμενο πολλές μελέτες απέδειξαν ότι οι νέοι με αναπηρίες έχουν λιγότερες γνώσεις από τους συνομηλικούς τους για την σεξουαλικότητα γενικά και για τις επιπτώσεις που έχει η νόσος τους στην σεξουαλική και αναπαραγωγική ικανότητα ειδικότερα. Συχνά τα άτομα αυτά δεν ξέρουν πού να αναζητήσουν τις

γνώσεις αυτές και πολλές φορές δεν είναι σίγουρα αν θέλουν. Τα άτομα στα οποία απευθύνονται για την αναζήτηση πληροφοριών είναι οι γονείς, οι δάσκαλοι, οι γιατροί τους και οι συνομήλικοι

Όπως υποστηρίζεται, στη διαχείριση των θεμάτων της σεξουαλικότητας στα άτομα με αναπηρίες, απαραίτητη είναι η σωστή εκπαίδευση, τόσο των ίδιων, όσο και των γονέων τους, των δασκάλων και των θεραπευτών τους και να γίνει κατανοητό από όλους τους παραπάνω ότι η ξεκάθαρη κατανόηση και γνώση της σεξουαλικότητας των ατόμων με αναπηρία έχει θετικά αποτελέσματα στην ανάπτυξη του ίδιου του ατόμου.

Το ζήτημα της σεξουαλικότητας και της σεξουαλικής εκπαίδευσης αποκτά στις μέρες μας ιδιαίτερο ενδιαφέρον εξαιτίας της ανεξέλεγκτης προβολής σεξουαλικών «εικόνων» από τα Μ.Μ.Ε. αλλά και μίας ταχείας πορείας προς τη σεξουαλική απελευθέρωση και την κατάργηση των σεξουαλικών ταμπού που έχει ξεκινήσει ήδη από την δεκαετία του '60. Απαιτείται σήμερα η ανάπτυξη και η συστηματική εφαρμογή προγραμμάτων σεξουαλικής εκπαίδευσης από την παιδική ηλικία καθώς ερχόμαστε αντιμέτωποι με κρίσιμα ζητήματα, όπως η μετάδοση σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων, ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, σεξουαλική παρενόχληση, ακόμα και σεξουαλική κακοποίηση και εκμετάλλευση. Παρόλο που η επιτακτική αυτή ανάγκη έχει αναγνωριστεί για τα παιδιά και τους νέους τυπικής ανάπτυξης, φαίνεται πως αργεί να συμβεί το ίδιο και για τα παιδιά και τους νέους με ειδικές ανάγκες. Ο λόγος είναι ότι γύρω από τα άτομα με ειδικές ανάγκες περιπλέκονται, ακόμα και σήμερα, διάφοροι μύθοι σχετικά με την σεξουαλική τους αντίληψη και έκφραση.

Στο πλαίσιο της συνολικής αγωγής του παιδιού δεν πρέπει η σεξουαλική αγωγή να είναι εξαίρεση. Ο όρος “σεξουαλική αγωγή” έχει διαφορετικό περιεχόμενο στις διάφορες χώρες. Τις τελευταίες δεκαετίες εμφανίστηκε νέα ορολογία, όπως αγωγή των διαπροσωπικών σχέσεων, γενετήσια αγωγή ή διαφυλικές σχέσεις στην προσπάθεια να απαλειφθεί ο όρος.

Από το παρελθόν μέχρι και σήμερα, η οικογένεια αναλάμβανε τη σεξουαλική αγωγή των παιδιών. Σύγχρονες έρευνες όμως δείχνουν ότι το ρόλο αυτό πρέπει να τον αναλάβει το σχολείο καθώς τονίζεται ότι η εξάρτηση από τους γονείς μπορεί να οδηγήσει σε παλινδρόμηση σε πιο πρώιμα μοντέλα συμπεριφοράς

Από τη στιγμή που η κοινωνία προωθεί την ένταξη των ατόμων με αναπηρίες στην κοινωνία με την υιοθέτηση μέτρων για σχολική και επαγγελματική ένταξη, είναι

αδιανόητο να αγνοεί το δικαίωμά τους στη σεξουαλικότητα. Το σχολείο θα συμβάλει στον αποστιγματισμό και την αποφόρτιση της σεξουαλικότητας. Όλα τα παραπάνω οδήγησαν την κατάρτιση και εφαρμογή σχετικών προγραμμάτων στην εκπαίδευση.

Στην Ευρώπη, εδώ και δεκαετίες η σεξουαλική αγωγή έχει ενταχθεί στο αναλυτικό πρόγραμμα σπουδών των σχολείων. Η ένταξη δεν έγινε απρόσκοπτα αλλά χρειάστηκε πολλές φορές τα αρχικά μοντέλα να τροποποιηθούν. Ανάλογα με τις εκάστοτε κοινωνικοπολιτισμικές εξελίξεις η σεξουαλική αγωγή άλλαζε μορφή.

Χαρακτηριστικό είναι το σουηδικό μοντέλο το οποίο εισήγαγε τη σεξουαλική αγωγή στα σχολεία το 1942,νωρίτερα απ' ό τι κάθε άλλη χώρα και την έκανε υποχρεωτική το 1956, ενώ από το 1970 όλα τα παιδιά και οι έφηβοι ήταν σε θέση να δεχτούν ενημέρωση σε συναφή θέματα. Επίσης, εστιάστηκε στην προετοιμασία του ατόμου για τη σεξουαλική ζωή ανεξάρτητα από το γάμο και την οικογένεια και από τη δεκαετία του '70 διευρύνθηκε δίνοντας έμφαση στις διαπροσωπικές σχέσεις.

Στην Ελλάδα, τα τελευταία χρόνια σημειώθηκε έντονο ενδιαφέρον για την ένταξη της σεξουαλικής αγωγής στο εκπαιδευτικό μας σύστημα. Ωστόσο οι κινήσεις ήταν αποσπασματικές. Μόνη σοβαρή απόπειρα έγινε το 1982 με την αλλαγή του αναλυτικού προγράμματος και τη συγγραφή νέων διδακτικών βιβλίων. Παρόλα αυτά, τα βιβλία παρείχαν ελλιπή ενημέρωση και με μηνύματα απόκρυψης πολλές φορές. Έκτοτε, καμιά άλλη επίσημη προσπάθεια από μέρους της Πολιτείας δεν έγινε.

Για τα ειδικά σχολεία πιο συγκεκριμένα όμως, προέκυψαν δύο βασικά προβλήματα όπως, η μεγάλη ανομοιογένεια των παιδιών που φοιτούν σ' αυτά και η ανυπαρξία ενός κοινά αποδεκτού εκπαιδευτικού μοντέλου, καθώς η σεξουαλική αγωγή δεν έχει παράδοση στην εκπαίδευση. Στην Ειδική Αγωγή το τελευταίο Αναλυτικό Πρόγραμμα δεν καλύπτει τις πραγματικές ανάγκες των μαθητών καθώς αναφέρεται περισσότερο στη σωματογνωσία, στην έκφραση συναισθημάτων, στη χρήση κατάλληλου λεξιλογίου, στη φροντίδα του σώματος και στη γνώση σχέσεων αγοριού-κοριτσιού.

Γενικά η σεξουαλική αγωγή των ΑμεΑ στη χώρα μας είναι ακόμα σε εμβρυακή κατάσταση.

Σκοπός λοιπόν της παρούσας έρευνας είναι να εξετάσει τη σεξουαλικότητα των ΑμεΑ αλλά και των ατόμων χωρίς αναπηρία στη χώρα μας ως προς το σεξουαλικό τους άγχος, τη σεξουαλική ικανοποίηση και τη σεξουαλική αυτοεκτίμηση. Βασικός στόχος αποτελεί και η διερεύνηση της αυτοεκτίμησης των ΑμεΑ και των ατόμων

χωρίς αναπηρία καθώς και η συσχέτισης της αυτής με τις παραμέτρους σεξουαλικότητας σε κάθε ομάδα του δείγματος.

Ωστόσο, είναι χρήσιμο να επισημανθούν κάποιοι περιορισμοί. Ένας από αυτούς είναι ότι το δείγμα των ατόμων χωρίς αναπηρία που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα προέρχονταν αποκλειστικά από την περιφέρεια Ηπείρου. Επίσης, πρέπει να αναφερθεί ότι δεν έγινε μελέτη όλων των υποκλιμάκων σεξουαλικότητας αλλά επιλέχθηκαν τρεις παράμετροι σεξουαλικότητας που αφορούν το σεξουαλικό άγχος, την σεξουαλική ικανοποίηση και την σεξουαλική αυτοεκτίμηση.

Ένας ακόμη περιορισμός της παρούσας μελέτης αποτελεί το γεγονός ότι τα άτομα του δείγματος με ή χωρίς αναπηρία ήταν ενήλικες και στην παρούσα έρευνα δεν συμμετείχαν άτομα με αναπηρία ή χωρίς αναπηρία από τη μαθητική κοινότητα.

Κεφάλαιο 2 : ΑΝΑΠΗΡΙΑ

Έννοια-ορισμός

Η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει πολλούς και διαφορετικούς ορισμούς για την αναπηρία. Οι ορισμοί αυτοί πηγάζουν από διαφορετικές ιδεολογικοπολιτικές αντιλήψεις αλλά και από διαφορετικές οπτικές θεωρήσεις του προβλήματος (Ζώνιου-Σιδέρη, 1998). Η διαφορά έγκειται στα κριτήρια τα οποία χρησιμοποιούνται για να ορίσουν την έννοια «ανάπηρος». Έτσι, διαφορετικός είναι ο ορισμός που δίνει ο γιατρός στην έννοια αναπηρία, διαφορετικός αυτός που δίνει ο ψυχολόγος, ο κοινωνιολόγος, ο παιδαγωγός.

Έτσι, τόσο στην ελληνόγλωσση όσο και στην ξενόγλωσση βιβλιογραφία συναντούμε πληθώρα διατυπώσεων του ορισμού της αναπηρίας. Συναντούμε για παράδειγμα, ορισμούς προσανατολισμένους στο άτομο ως βιολογικό ον, που στηρίζονται στο κριτήριο της μειονεκτικότητας, ορισμούς προσανατολισμένους στο άτομο ως κοινωνικό ον, που στηρίζονται στις «συμπεριφορές» του ατόμου και τις προσδοκίες που δημιουργούνται ανάμεσα σε αυτό και το κοινωνικό σύνολο, ορισμούς προσανατολισμένους στην εκπαιδευτική κατάσταση του ατόμου, έχοντας ως κριτήριο το είδος εκπαίδευσης που λαμβάνει το άτομο και τέλος, ορισμούς προσανατολισμένους στο άτομο ως κοινωνικό ον που έχουν ως κριτήριο την παραγωγική και οικονομική απόδοση του ατόμου. (Σούλης, 2008)

Στην προσπάθειά μας να ομαδοποιήσουμε τους ορισμούς που κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί σχετικά με την αναπηρία, λαμβάνουμε υπόψη μας το κριτήριο της κατανόησης της αναπηρίας ως βιολογική ή ως κοινωνική κατάσταση. Έτσι, προκύπτει το ιατρικο-βιολογικό και το κοινωνικο-οικοσυστημικό μοντέλο αντίστοιχα.

Με βάση το ιατρικο-βιολογικό μοντέλο, η αναπηρία οφείλεται σε βιολογικές διεργασίες, σχετίζεται με την απόκλιση από τις «φυσιολογικές» ψυχικές ή βιολογικές λειτουργίες του ανθρώπου και οι κοινωνικοπολιτισμικές επιρροές είναι περιορισμένες. Το ανάπηρο άτομο είναι παθητικός δέκτης και καλείται να προσαρμοστεί στην κατάσταση αυτή και έχει ανάγκη από ιατρική αντιμετώπιση καθώς μόνο ο κλάδος της ιατρικής μπορεί να το βοηθήσει.

Αντιθέτως, η αναπηρία, εξεταζόμενη από τη σκοπιά του κοινωνικο-οικοσυστημικού μοντέλου, δε θεωρείται ατομικό χαρακτηριστικό αλλά μια

προβληματική κατάσταση που διαμορφώνεται από την κοινωνία και εξετάζεται στο γενικότερο κοινωνικοπεριβαλλοντικό της πλαίσιο. (Σούλης, 2008)

Το 2001 υιοθετήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ένα νέο σύστημα ταξινόμησης της αναπηρίας, στο οποίο γίνεται αναφορά και στους όρους «λειτουργικότητα» (η δυνατότητα του ατόμου να εκτελεί τις καθημερινές ανθρώπινες λειτουργίες), «συμμετοχή» (η εμπλοκή του ατόμου σε καταστάσεις της ζωής) και «δραστηριότητα» (η εκτέλεση από τον άνθρωπο μιας ενέργειας). Σύμφωνα με τη νέα αυτή ταξινόμηση, η δυνατότητα κίνησης και συμμετοχής του ανάπηρου ατόμου στο κοινωνικό γίγνεσθαι καθορίζονται από τις συνθήκες που επικρατούν στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον και όχι από την αναπηρία, δηλαδή το περιβάλλον είναι εκείνο που καθορίζει τον τρόπο που βιώνει το άτομο την αναπηρία του.

Σύμφωνα με το Νόμο 2817/2000, στα άτομα με ειδικές ανάγκες περιλαμβάνονται όσοι:

- α) Έχουν νοητική ανεπάρκεια ή ανωριμότητα.
- β) Έχουν ιδιαίτερα σοβαρά προβλήματα όρασης (τυφλοί, αμβλύωπες) ή ακοής (κωφοί, βαρήκοοι).
- γ) Έχουν σοβαρά νευρολογικά ή ορθοπεδικά ελαττώματα ή προβλήματα υγείας.
- δ) Έχουν προβλήματα λόγου και ομιλίας.
- ε) Έχουν ειδικές δυσκολίες στη μάθηση, όπως δυσλεξία, δυσαριθμησία, δυσαναγνωσία.
- στ) Έχουν σύνθετες γνωστικές, συναισθηματικές και κοινωνικές δυσκολίες και όσοι παρουσιάζουν αυτισμό και άλλες διαταραχές ανάπτυξης. (Σούλης, 2008)

Ο ορισμός και η ταξινόμηση της έννοιας "ΑμεΑ" (Άτομα με Αναπηρία) εξακολουθεί να παραμένει ανεπαρκής. Οι προσπάθειες δημιουργίας σχημάτων πολλαπλής ταξινόμησης παραμένουν σε αρχικά στάδια. Θα παραθέσουμε εδώ έναν κοινά αποδεκτό ορισμό για τα ΑμεΑ, ο οποίος συχνά αναφέρεται και στα Ευρωπαϊκά Προγράμματα :

Σαν ΑμεΑ, λοιπόν, ορίζονται "τα άτομα με σοβαρές ανεπάρκειες, ανικανότητες ή μειονεξίες, που οφείλονται σε σωματικές βλάβες, συμπεριλαμβανομένων των βλαβών των αισθήσεων, ή σε διανοητικές ή ψυχικές βλάβες οι οποίες περιορίζουν ή αποκλείουν την εκτέλεση δραστηριότητας η οποία θεωρείται κανονική για έναν άνθρωπο. (Πολυχρονοπούλου, 2003)

Από τα παραπάνω μπορούμε εύκολα να συμπεράνουμε ότι ο όρος ΑμεΑ είναι έννοια σχετική και αφορά περισσότερο το κοινωνικό περιβάλλον και λιγότερο το άτομο με ιδιαιτερότητες.

Αν δεν καταπιαστούμε με επιστημονικούς ορισμούς, που χρησιμοποιούν πολλές φορές δυσνόητες, για τον απλό κόσμο εκφράσεις και προσπαθήσουμε με απλά λόγια την έννοια του όρου ΑμεΑ θα λέγαμε ότι είναι το άτομο που δυσκολεύεται ή δεν μπορεί να απολαύσει όσα η κοινωνία μας προσφέρει και ταυτόχρονα δεν μπορεί και ο ίδιος να προσφέρει, όσα θα ήθελε, στην κοινωνία και στον εαυτό του. Οι αιτίες για τις παραπάνω δυσκολίες είναι οι μικρές ή μεγάλες διαφορές, που έχει από τα συνηθισμένα άτομα. (Χρηστάκη, 1994)

Κατηγορίες αναπηρίας

Οι αναπηρίες ταξινομούνται ως προς τον χρόνο εκδήλωσης σε εκείνες με τις οποίες γεννιέται το βρέφος- τις συγγενικές αναπηρίες – και σε αναπηρίες, οι οποίες μπορούν να προκληθούν σε κάποια χρονική στιγμή από κληρονομικά αίτια, ασθένεια ή ατύχημα. Εκτός από την κληρονομικότητα, η κακή διατροφή, η έλλειψη κατάλληλης φροντίδας, οι παρενέργειες από φάρμακα, και οι τραυματισμοί κατά την διάρκεια του τοκετού ευθύνονται για τις συγγενικές αναπηρίες. Με εξαίρεση κάποιες ανίατες ασθένειες, για παράδειγμα μηνιγγίτιδα, πολιομυελίτιδα, τα εργατικά και τα τροχαία ατυχήματα είναι ως επί το πλείστον υπεύθυνα για τις επίκτητες αναπηρίες. Οι αναπηρίες διακρίνονται σε τέσσερα είδη: κινητικές ή σωματικές, απαραίτητες για την πράξη, αισθητηριακές και αντιληπτικές ικανότητες για την συλλογή πληροφοριών από το περιβάλλον, νοητικές-γνωστικές, που σχετίζονται με την μάθηση και την δυνατότητα απόκτησης νέων εμπειριών και συναισθηματικές. Συχνά όμως, η αναπηρία έχει επιπτώσεις όχι μόνο σε ένα τομέα λειτουργικότητας του ατόμου αλλά και σε άλλους τομείς, όπως περιπτώσεις πολυαναπηρίας. (Σταθόπουλος 1999:323)

Ο Σταθόπουλος (1999) αναφέρει επίσης, ότι οι μορφές και οι κατηγορίες αναπηρίας, που απαντώνται είναι:

- α) κώφωση ή βαρηκοΐα
- β) τύφλωση (ολική ή μερική)
- γ) αναπηρία της κίνησης (ημιπληγία, παραπληγία, τετραπληγία)
- δ) αναπηρίες – παραλύσεις του εγκεφάλου (σπαστικότητα)

ε) νοητική υστέρηση

στ) άλλες αναπηρίες και χρόνιες παθήσεις: 1) επιληψία, 2) νόσος του Χάνσεν, 3) νεφρική ανεπάρκεια, 4) μεσογειακή αναιμία ή συγγενής αιμορραγική διάθεση, 5) χρόνιες παθήσεις- σωματικές βλάβες- κατάκοιτοι, 6) βαριές αναπηρίες ποσοστού 67% και πάνω –ψυχικές ασθένειες.

Κατά τον Δημητρόπουλο, οι κινητικές βλάβες, ίσως περισσότερο από κάθε άλλη μορφή βλάβης, παρουσιάζουν πολυμορφία, τόσο ως προς την αιτιολογία τους όσο και ως προς τις μορφές εκδήλωσης τους. Είναι δυνατό να είναι μόνιμες ή προσωρινές, και κάποιες φορές δημιουργούν ελάχιστα προβλήματα στη ζωή του ανθρώπου, ενώ κάποιες άλλες απαιτείται μακρόχρονη διαδικασία αποκατάστασης για να μπορέσει το άτομο με αναπηρία να ενταχθεί στο κοινωνικό σύνολο. Οι κινητικές βλάβες μπορεί να εκδηλώνονται μαζί με άλλα, μικρά ή μεγαλύτερα προβλήματα, κι εκτός από την πολυμορφία τους, χαρακτηρίζονται από μια ιδιαιτερότητα. Στις περισσότερες των περιπτώσεων είναι εμφανείς, προσδίδοντας αμέσως στο φορέα τους τα χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης βλάβης και αναδύοντας τα στερεότυπα, τις στάσεις και τις αντιλήψεις που συνδέονται με αυτήν. (Δημητρόπουλος 2000: 26)

Ο Στεφανίδης υποστηρίζει ότι οι αισθητηριακές ανεπάρκειες είναι οι διαταραχές ή βλάβες που αφορούν τις λειτουργίες της όρασης, σε συνδυασμό με άλλες λειτουργίες, όπως της ακοής, της αίσθησης, τις ιδιοδεκτικές, τις σχετικές με την αντίληψη του τρισδιάστατου χώρου, της αφής, της γεύσης και της όσφρησης. Καθεμιά από αυτές σχετίζεται με διάφορες λειτουργικές διαταραχές και κατ' επέκταση βλάβες, όπως της όρασης, ακοής, κινητικότητας, λόγου και ομιλίας, επικοινωνίας και άλλες. Υπάρχουν τρεις υπό-κατηγορίες:

-άτομα με διαταραχές της ακουστικής λειτουργίας, συμπεριλαμβανομένων των κωφών και των βαρήκοων

-άτομα με συνδυασμό βλαβών όπως της κώφωσης και της τύφλωσης και

-άτομα με άλλες αισθητηριακές βλάβες (Στεφανίδης 2004).

Όσον αφορά στις ψυχικές και νοητικές λειτουργίες, οι νοητικές λειτουργίες χωρίζονται σε γενικές όπως η συνείδηση και η νοημοσύνη και ειδικές όπως η μνήμη, η προσοχή, η αντίληψη, η σκέψη και τα συναισθήματα. Σε αυτή την κατηγορία εξετάζονται επίσης η νοητική υστέρηση και ο αυτισμός.

Έτσι, οι ψυχικές διαταραχές αφορούν τις ψυχικές λειτουργίες, όπως αυτές διαμορφώνονται κατά τη διάρκεια της ζωής ώστε το άτομο να μπορεί να δημιουργεί αμοιβαίες κοινωνικές συναλλαγές στα πλαίσια κοινών νοημάτων και σκοπού. Ο

ψυχισμός και η προσωπικότητα ρυθμίζουν τον τρόπο με τον οποίο κάθε άτομο αντιδρά στις διάφορες περιστάσεις. Κατά συνέπεια, διαταραχές σε αυτό το επίπεδο συνιστούν την ψυχική νόσο της οποίας η χρονιότητα δημιουργεί συνθήκες αναπηρίας. (Στεφανίδης 2004: 44)

Τέλος, κατά τον Hales, μερικά άτομα έρχονται στον κόσμο ανάπηρα και άλλα γίνονται ανάπηρα κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Έτσι έχουμε άτομα “εκ γενετής” ανάπηρα και άτομα με “επίκτητες” αναπηρίες. Προκύπτουν λοιπόν δύο κατηγορίες αναπηρίας: οι σωματικές αναπηρίες που χωρίζονται σε : κινητικές (τετραπληγίες), αναπηρίες λειτουργίας εσωτερικών συστημάτων (καρδιοπάθειες, φυματίωση, νεφρική ανεπάρκεια), χρόνιες δερματικές παθήσεις, αναπηρίες στην ομιλία, ιδιόμορφες χρόνιες παθήσεις (επιληψία, λέπρα), αναπηρίες αισθητηρίων οργάνων (τυφλότητα, βαρηκοΐα), ενώ οι ψυχικές και πνευματικές (διανοητικές) αναπηρίες διακρίνονται σε νευρώσεις και ψυχώσεις (σχιζοφρένιες, συναισθηματικές διαταραχές, δυσκολίες κοινωνικής προσαρμογής) και διανοητικές καθυστερήσεις. (Hales G, 1996).

Κεφάλαιο 3 : ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ

Ορισμοί για τα προβλήματα όρασης

Τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα όρασης δεν έχουν καμία διαφορά στον τρόπο ζωής από τα υπόλοιπα άτομα, εκτός από το γεγονός ότι δεν μπορούν να δουν όπως τα άτομα δίχως προβλήματα όρασης. Συμπεριφέρονται ακριβώς όπως όλοι, δηλαδή, πηγαίνουν σχολείο, πανεπιστήμιο, εργάζονται, δημιουργούν οικογένεια, παρακολουθούν τηλεόραση, έχουν φίλους και χόμπι, απλώς μπορεί να χρειαστούν βοήθεια για να πραγματοποιήσουν ένα ή περισσότερα από τα παραπάνω. (Πολυχρονοπούλου- Ζαχαρογέωργα, 1995)

«Σύμφωνα με τον ιατρικό- νομικό ορισμό που έχει υιοθετήσει η Αμερικανική Ιατρική Ένωση και έχει δεχτεί ο Σύνδεσμος Τυφλών της Αμερικής, αλλά και άλλων χωρών, τυφλό είναι το άτομο του οποίου η κεντρική οπτική οξύτητα δεν υπερβαίνει τα 20/200 στο καλύτερο μάτι ακόμα και με διορθωτικούς φακούς». (Πολυχρονοπούλου- Ζαχαρογέωργα, 1995, σ. 238)

Πέρα από τα άτομα με τύφλωση, υπάρχουν και τα άτομα που αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα όρασης, αλλά δεν είναι τυφλά, τα λεγόμενα μερικώς βλέποντα. Σύμφωνα με το σύστημα νομικής κατηγοριοποίησης, η οπτική οξύτητα αυτών των ατόμων με διόρθωση είναι μεταξύ 20/70 με 20/200 στο καλύτερο μάτι. (Πολυχρονοπούλου- Ζαχαρογέωργα, 1995)

«Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει την τυφλότητα ως την ανικανότητα του ατόμου να μετρήσει τα δάχτυλα του χεριού του σε απόσταση μικρότερη των δέκα ποδιών». (Πολυχρονοπούλου- Ζαχαρογέωργα, 1995, σ. 238) Αν και η μερική τύφλωση είναι δύσκολο να οριστεί, ο ΠΟΥ την αναφέρει ως την αδυναμία που έχουν οι μερικώς βλέποντες να μετρήσουν τα δάχτυλά τους σε απόσταση μικρότερη ή ίση των είκοσι ποδιών. (Πολυχρονοπούλου- Ζαχαρογέωργα, 1995)

Σήμερα, η ταξινόμηση της οπτικής μειονεξίας και αναπηρίας είναι προσανατολισμένη όλο και περισσότερο προς τη χρήση εκπαιδευτικών όρων. Η ταξινόμηση αυτή από την άποψη της χρησιμοποιούμενης ορολογίας, είναι πολύ διαφορετική από την αντίστοιχη νομική, η οποία επικεντρώνεται κυρίως στην αποτελεσματικότητα της όρασης σε σχέση με την απόσταση. Η εκπαιδευτική ταξινόμηση διακρίνει δύο κατηγορίες:

- Τυφλά είναι τα άτομα τα οποία, ύστερα από την καλύτερη δυνατή διορθωτική παρέμβαση αδυνατούν να διαβάσουν έντυπα με συμβατική γραφή, μπορούν όμως να μάθουν να διαβάζουν και να γράφουν και να εκπαιδεύουν με το ανάγλυφο σύστημα γραφής Braille.

- Αμβλύωπα ή μερικώς βλέποντα είναι τα άτομα τα οποία ύστερα από την καλύτερη ιατρική διορθωτική παρέμβαση, αν και έχουν σοβαρή βλάβη στην όραση μπορούν όμως να μάθουν να διαβάζουν κοινά έντυπα με μεγεθυμένα τυπογραφικά στοιχεία ή και με τη βοήθεια μεγεθυντικών οργάνων και συσκευών καθώς και να γράφουν με τη συμβατική γραφή. (Πολυχρονοπούλου- Ζαχαρογέωργα, 1995)

Η ταξινόμηση αυτή δεν στηρίζεται στα αποτελέσματα των τεστ οπτικής ικανότητας, αλλά κυρίως στις απαιτούμενες ειδικές εκπαιδευτικές παρεμβάσεις προκειμένου τα παιδιά των παραπάνω κατηγοριών να εκπαιδευτούν και να μάθουν.

Αιτιολογία προβλημάτων όρασης

Οι αιτίες τύφλωσης είναι πολλές και συχνά άγνωστες. Οι σημαντικότερες απ' αυτές μπορεί να οφείλονται σε ασθένειες του οπτικού οργάνου (ανάπτυξη διαφόρων όγκων, καταρράκτης, ατροφία οπτικού νεύρου, γλαύκωμα, εκφύλιση ωχρής κηλίδας, αποστήματα του κερατοειδούς), σε μολυσματικές ασθένειες από τις οποίες έχει προσβληθεί η μητέρα κατά την περίοδο κύησης (ερυθρά), σε μολυσματικές ασθένειες κατά την παιδική ηλικία (μηνιγγίτιδα, οστρακιά, ιλαρά, κ.ά.), σε τραυματισμούς του κρανίου κατά τη διάρκεια του τοκετού, σε διαθλαστικές λειτουργίες του οπτικού οργάνου (μυωπία, αστιγματισμός, πρεσβυωπία, υπερμετροπία), σε ατυχήματα (Kirk, 1973; Κυπριωτάκης, 1989). Οι βασικότερες αιτίες της τύφλωσης σύμφωνα με έρευνα του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας (WHO) συνοψίζονται στις παρακάτω (Thylefors et al, 1995):

- 45% από καταρράκτη
- 23% από εκφυλιστικούς νόσους και νόσους μεταβολισμού
- 16% από τράχωμα
- 14% από γλαύκωμα
- 5% από ογκοκέρωση και έλλειψη βιταμίνης Α.

Σύμφωνα με την Πολυχρονοπούλου- Ζαχαρογέωργα, οι πιο συνηθισμένες αιτίες για τα προβλήματα όρασης είναι τα τραύματα του οφθαλμού που ταξινομούνται ως εξής:

- Τα τραύματα κατά την ενδομήτρια ζωή
- Τα τραύματα κατά τη γέννηση
- Τα τραύματα στο χώρο του σπιτιού, του σχολείου και της γειτονιάς
- Τα τραύματα από οδικά ατυχήματα και αθλήματα
- Τα γεωργικά τραύματα (χημικά εγκαύματα του οφθαλμού στον αγροτικό πληθυσμό)
- Τα τραύματα βιομηχανικής φύσης (από μεταλλωρυχεία και από επίδραση ακτινοβολιών). (Πολυχρονοπούλου- Ζαχαρογέωργα, 1995)

Χαρακτηριστικά

Τα άτομα με προβλήματα όρασης, δίνουν περισσότερη προσοχή αλλά και αξιοποιούν πιο πολύ τα ηχητικά ερεθίσματα (θορύβους αυτοκινήτων, υφή της φωνής και το στυλ της ομιλίας, ήχους της φύσης της πόλης και του εργασιακού περιβάλλοντος κ.α.) και τα οσφρητικά ερεθίσματα (μέσω αγγίγματος αντικειμένων, προσώπων, υλικών, ειδικών συσκευών ή εξαρτημάτων κ.ά.).

Η αντίληψη του χώρου (η πρόσληψη των διαστάσεων και των μορφών και η γνωστική οργάνωσή τους) αποτελεί μια σημαντική διάσταση του μηχανισμού της αντίληψης μέσω της όρασης. Τα άτομα που έχουν πλήρη τύφλωση από πολύ μικρή ηλικία παρουσιάζουν καθυστέρηση στην αντίληψη του χώρου, ενώ τα άτομα που έχουν χάσει την όραση σε ένα από τους δύο οφθαλμούς ή αυτή εκφυλίζεται σταδιακά και στους δυο, έχουν τη δυνατότητα να διαμορφώνουν αντίληψη του χώρου και του βάθους, με την προϋπόθεση της ύπαρξης ανάλογων εμπειριών από το παρελθόν, αλλά και εφόσον ο εγκέφαλος είναι έτοιμος να επεξεργασθεί τα είδωλα που του μεταβιβάζονται, ώστε να υπάρχει πλήρης οπτική αντίληψη. (Χατζηχαραλάμπους, 2000)

Παρακάτω θα αναφερθούν οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα άτομα με προβλήματα όρασης σε κάθε στάδιο ανάπτυξής τους.

- Βρεφική ηλικία (από γέννηση έως 2 ετών)

Η φάση αυτή χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένες ικανότητες του βρέφους, όπως τα πρώτα βήματα, τον έλεγχο των σφιγκτήρων και την απτική σε σχέση με την οπτική επαφή, τον τρόπο δηλαδή που το παιδί ακολουθεί την οπτική εντολή για να πιάσει το αντικείμενο. Στη φάση αυτή το βρέφος κατακτά δύο πολύ σημαντικές γνώσεις. Την έννοια της μονιμότητας και την έννοια της ταυτότητας των αντικειμένων, οι οποίες αναμφισβήτητα αποτελούν το υπόβαθρο για την ανάπτυξη της αίσθησης της συνέχειας του εαυτού μέσα στο χώρο και στο χρόνο. Τα βρέφη που πάσχουν από κάποια αναπηρία της όρασης, αντιμετωπίζουν πρόβλημα στην αντίληψη των αντικειμένων, των χρωμάτων, των προσώπων με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν βραδύτερη κινητική, συναισθηματική και νοητική ανάπτυξη. Κύριο χαρακτηριστικό της ηλικίας αυτής, είναι η προσκόλληση που παρουσιάζουν τα βρέφη προς τους γονείς ή κάποιο άλλο οικείο πρόσωπο. Ο μηχανισμός αυτός παίρνει μορφή εξάρτησης στα άτομα με προβλήματα όρασης κυρίως εξαιτίας της αδυναμίας τους να αντιληφθούν το χώρο. Αυτό έχει ως άμεσο αποτέλεσμα το να προκαλείται ένα άγχος και μία αγωνία στα άτομα αυτά σχετικά με τον αποχωρισμό από τα πρόσωπα στα οποία έχουν προσκολληθεί.

- Νηπιακή ηλικία (3-6 ετών)

«Το πρώτο βήμα στην πορεία για το σχηματισμό μιας σφαιρικής έννοιας του εαυτού

πραγματοποιείται με την αντίληψη του σωματικού εαυτού. Η έννοια του σωματικού εαυτού εμπερικλείει ψυχολογικό περιεχόμενο με ευρύτερες προεκτάσεις, δεδομένου ότι από τη βρεφική ηλικία ακόμη η εντύπωση που σχηματίζει το άτομο για το σωματικό του εαυτό έχει πολύ μεγάλη ψυχολογική σημασία». (Λεοντάρη, 1998, σ. 105-106)

Ενώ το παιδί σ' αυτή την ηλικιακή του περίοδο νιώθει δημιουργικό και είναι δραστήριο, με έντονη διάθεση για νέες δραστηριότητες, το παιδί με πρόβλημα στην όραση αισθάνεται πιο περιορισμένο, είναι ανασφαλές και φοβάται να πάρει πρωτοβουλίες. Η υπερπροστασία των γονέων στα παιδιά με προβλήματα όρασης σ' αυτή την ηλικία είναι μία συνήθεια, που τελικά αποβαίνει σχεδόν «καταστροφική» για τα παιδιά αυτά και αυτό γιατί παρουσιάζουν δυσκολίες στην κοινωνικοποίησή τους, καθώς και στην προσαρμογή τους σε ομάδες συνομηλίκων.

Στη νηπιακή ηλικία το παιδί αρχίζει να εκπαιδεύεται πάνω στις διαδικασίες που αφορούν στην αυτοεξυπηρέτησή του και κατ' επέκταση την αυτονομία του. Τα

άτομα με αναπηρία στην όραση συναντούν εμπόδια στις δεξιότητες αυτές (τροφή, βάδιση, κινητικότητα, ανάπτυξη λόγου κ.α.).

- Σχολική ηλικία (6-12 ετών):

«Τα παιδιά με προβλήματα όρασης δεν αναπτύσσουν ιδιαίτερη ψυχοπαθολογία που να συνδέεται απαραίτητως με την κατάσταση υγείας τους. (Τσιάντης Ι: 1987). Υπάρχουν όμως μερικές εκδηλώσεις συμπεριφοράς που εντάσσονται σε ένα ψυχοπαθολογικό πλαίσιο και είναι γνωστές ως «τυφλισμοί», δηλαδή αυτόματες επαναληπτικές και ρυθμικές κινήσεις του κεφαλιού, του ενός άκρου, τοποθέτηση του δακτύλου στο μάτι κ.α. και θεωρούνται ως κινήσεις αυτοερεθισμού. (Κρουσταλάκης σ. 128)». (Χατζηχαραλάμπους, 2000, σ. 47)

- Εφηβεία (12-20 ετών)

«Στην εφηβεία συντελούνται οι πιο δραστικές αλλαγές σε όλες τις διαστάσεις της ατομικής ανάπτυξης. Στο στάδιο αυτό παρατηρείται μια αναδιοργάνωση της προσωπικότητας, με αφετηρία την αλλαγή της σωματικής εικόνας και την αναζήτηση ταυτότητας, που σκοπό έχει την ένταξη του ατόμου στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο». (Λεοντάρη, 1998, σ. 113) Ο έφηβος με αναπηρία της όρασης χαρακτηρίζεται από έντονο φόβο και ντροπή για την αναπηρία του, συναισθήματα που τον ακολουθούν στην μετέπειτα ζωή του. Έτσι συχνά αναπτύσσει συμπεριφορές, που έχουν στόχο την κάλυψη της αναπηρίας του και των δυσκολιών που εμφανίζει σχετικά με την προσαρμογή του. Πολύ σημαντικό για το άτομο με προβλήματα όρασης σ' αυτή την ηλικία είναι οι ομάδες κοινωνικοποίησής του, που είναι συνήθως ομάδες συνομηλίκων με ή χωρίς μειονεξίες / αναπηρίες. Μέσα από αυτές τις ομάδες ο τυφλός έφηβος έχει την ευκαιρία να διαχειριστεί και να ξεπεράσει τις ανασφάλειές του, να αποκτήσει πρότυπα και αυτονομία και να επιτύχει την κοινωνική του ενσωμάτωση. (Χατζηχαραλάμπους, 2000, σ. 56-61)

Επίσης, από έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι τα άτομα με μερική ή ολική απώλεια όρασης δε σημαίνει ότι έχουν χαμηλή νοημοσύνη, εκτός και αν το πρόβλημα οφείλεται σε συγκεκριμένα αίτια, όπως μολυσματικές ασθένειες, οι οποίες μπορεί να την επηρεάσουν αρνητικά. Έτσι, το παιδί με προβλήματα όρασης έχει φυσιολογικές νοητικές ικανότητες αλλά η σχολική του επίδοση είναι μειωμένη σε σχέση με αυτή των βλεπόντων συμμαθητών του, λόγω της αργής εννοιολογικής ανάπτυξης, του αργού ρυθμού οργάνωσης αλλά και στις πλέον ακατάλληλες μεθόδους διδασκαλίας. (Πολυχρονοπούλου- Ζαχαρογέωργα, 1995)

Τέλος, Η τύφλωση επίσης, δεν επηρεάζει την ικανότητα κατανόησης και χρήσης της γλώσσας και δεν υπάρχει σημαντική διαφορά στην επίδοση σε δοκιμασίες λεκτικής φύσης μεταξύ τυφλών και βλεπόντων μαθητών. Οι τυφλοί υπολείπονται έναντι των βλεπόντων μόνο σε ορισμένες πλευρές της επικοινωνίας και ιδιαίτερα στη μίμηση εξωτερικών εκφραστικών κινήσεων όπως στις χειρονομίες, στη μιμική του προσώπου και του σώματος. Τέλος, το τυφλό παιδί δείχνει μεγαλύτερο ενδιαφέρον για τη χρήση της γλώσσας αφού αποτελεί για αυτό το μεγαλύτερο κανάλι επικοινωνίας με τους άλλους. (Πολυχρονοπούλου- Ζαχαρογέωργα, 1995)

Κεφάλαιο 4 : ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΚΟΗΣ-ΚΩΦΩΣΗ

Ορισμός

Οι όροι «κωφός- βαρήκοος» δημιουργούν σύγχυση, γιατί συχνά χρησιμοποιούνται για να δηλώσουν το ίδιο πράγμα. Ωστόσο, είναι απαραίτητη η αποσαφήνιση των όρων αυτών.

Σύμφωνα με την επιτροπή επί της Ονοματολογίας της Συνδιάσκεψης των Διευθυντών Αμερικανικών Σχολείων για Κωφούς (1938) προκύπτουν οι εξής ορισμοί

- «Κωφοί» είναι εκείνοι των οποίων η αίσθηση της ακοής δεν λειτουργεί για τους συνηθισμένους σκοπούς της ζωής. Είναι μια γενική ομάδα, η οποία αποτελείται από δύο υποομάδες, με βάση το χρόνο κατά τον οποίο είχαμε απώλεια ακοής. Αυτές είναι οι εκ γενετής και οι επίκτητοι τυφλοί.

- «Βαρήκοοι» είναι εκείνοι στους οποίους η αίσθηση της ακοής, αν και ελαττωματική λειτουργεί με ή χωρίς ακουστικό. Διαπιστώνουμε ότι ο ορισμός αυτός περιλαμβάνει μεταξύ των κληρονομικώς κωφών και επικτήτως κωφών. Υπάρχουν κι άλλοι παράγοντες, όπως ο βαθμός ακουστικής απώλειας, η ηλικία απώλειας της ακοής και ο τύπος ακουστικής απώλειας. (Kirk 1973, 292-293)

Οι παραπάνω ορισμοί διαμορφώθηκαν από το Συμβούλιο Διευθυντών των Αμερικανικών Σχολείων για κωφούς ως εξής και ισχύουν μέχρι και σήμερα:

- Κωφός είναι αυτός που η ακοή του είναι τόσο καταστραμμένη που δεν του επιτρέπει να αντιληφθεί την ομιλία μέσα από το αυτί μόνο, είτε φορά ακουστικά είτε όχι.

- Βαρήκοος είναι αυτός που η ακοή του είναι καταστρεμμένη σε τέτοιο βαθμό ώστε τον δυσκολεύει, αλλά δεν του αποκλείει την κατανόηση της ομιλίας από το αυτί μόνο, είτε φοράει ακουστικά είτε όχι. (Mooges, 2007).

Αιτιολογία

Η κώφωση εμφανίζεται εξαιτίας οργανικών ή λειτουργικών διαταραχών του ακουστικού οργάνου, του ακουστικού νεύρου ή του ακουστικού κέντρου. Τα αίτια είναι κληρονομικά ή επίκτητα.

Τα κληρονομικά αίτια περιλαμβάνουν:

- Μεταβίβαση της κώφωσης από τους γονείς στα παιδιά, με μεγαλύτερη συχνότητα, όταν είναι κωφοί και οι δύο γονείς.
- Εκφυλισμός του ακουστικού νεύρου ή ωτοσκλήρυνση, σε οποιαδήποτε ηλικία.
- Κακή κατασκευή του ακουστικού οργάνου.

Τα επίκτητα αίτια διακρίνονται σε προγεννητικά, περιγεννητικά και μεταγεννητικά.

Τα προγεννητικά αίτια περιλαμβάνουν περιπτώσεις όπου η μητέρα κατά τη διάρκεια της κυοφορίας προσβάλλεται από μολυσματικές ασθένειες, όπως ιλαρά, ερυθρά και παρωτίτιδα που μπορεί να προκαλέσουν εκφυλισμό των νευρικών κυττάρων με συνέπεια την κώφωση. (Κυπριωτάκης, 2000)

Στα περιγεννητικά αίτια περιλαμβάνονται τραυματισμοί και κακώσεις, ενδοκρανιακές κακώσεις, βλάβες του νευρικού συστήματος που ενδεχομένως προξένησε στο νεογνό η ιατρική παρέμβαση που αποσκοπούσε στην υποβοήθηση με διάφορα όργανα της εξόδου του από το γεννητικό σύστημα. Επίσης, η αδυναμία οξυγόνωσης των εγκεφαλικών κυττάρων του νεογνού σε έναν πρόωρο τοκετό αλλά και η ασυμβατότητα μεταξύ του αίματος της μητέρας και του βρέφους είναι ικανές να προκαλέσουν κώφωση. (Κρουσταλάκης, 2000, 154-155)

Τέλος, στα μεταγεννητικά αίτια περιλαμβάνονται επίκτητες μορφές βαρηκοΐας ή κώφωσης οι οποίες προέρχονται συνήθως από:

- Λοιμώξεις (οστρακιά, παρωτίτιδα)
 - Κληρονομικές ασθένειες (ωτοσκλήρυνση)
 - Χρήση φαρμάκων (στρεπτομυκίνη)
 - Τραυματικές βλάβες όπως μηχανικές κακώσεις του κροταφικού
- ((Κρουσταλάκης, 2000, 154-15
- Φλεγμονές του μέσου αυτιού (ωτίτιδες)
 - Ψυχολογικούς και συναισθηματικούς παράγοντες (με αποτέλεσμα υστερική κώφωση)

Κεφάλαιο 5: ΚΙΝΗΤΙΚΕΣ- ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ

Κατηγορίες κινητικών αναπηριών

Όπως παραθέτει και αναλύει η Κουτσούκη (1997), οι κατηγορίες των κινητικών αναπηριών είναι οι εξής:

1) Εγκεφαλική Παράλυση

Η εγκεφαλική παράλυση είναι μία νευρολογική διαταραχή που προκαλείται από βλάβη στις κινητικές περιοχές του εγκεφάλου. Μπορεί να συμβεί κατά την κύηση, τον τοκετό και στα πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού. Ανάλογα με το είδος της νευρομυϊκής διαταραχής διακρίνεται σε σπαστική, αθετωσική, αταξική ή μικτή μορφή. Ανάλογα με την κατανομή της βλάβης στο σώμα διακρίνεται σε τετραπληγία, διπληγία, τριπληγία και μονοπληγία. Χαρακτηριστικά: Η εγκεφαλική παράλυση χαρακτηρίζεται από διαταραχές στον μυϊκό τόνο, έλλειψη νευρομυϊκού συντονισμού, μυϊκή αδυναμία

Επιπρόσθετα μπορεί να συνυπάρχουν: Νοητική καθυστέρηση, Διαταραχές στη όραση, την ακοή και την ομιλία, διάσπαση προσοχής και ψυχολογικά προβλήματα

2) Δισχιδής ράχη

Η δισχιδής ράχη είναι μια εκ γενετής πάθηση, η οποία οφείλεται σε ατελή ανάπτυξη της σπονδυλικής στήλης κατά τις 4 πρώτες εβδομάδες της εμβρυικής ζωής. Συγκεκριμένα παρουσιάζεται ατελές κλείσιμο του οστέινου σπονδυλικού τόξου ενός σπονδύλου από την αυχενική έως την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης προκαλώντας νευρολογικές διαταραχές. Χαρακτηριστικά: Οστικές παραμορφώσεις, διαταραχές της στάσης, κατακλίσεις, μώλωπες, ουρολοιμώξεις, παχυσαρκία

3) Τραυματισμοί νωτιαίου μυελού

Είναι κακώσεις στην σπονδυλική στήλη που προκαλούν βλάβη στο νωτιαίο μυελό με αποτέλεσμα την απώλεια της κίνησης και της αισθητικότητας από το σημείο της βλάβης και κάτω. Η σοβαρότητα του τραυματισμού εξαρτάται από την θέση και την έκταση της βλάβης που έχει υποστεί ο νωτιαίος μυελός. Η διαταραχή μπορεί να έχει την μορφή τετραπληγίας όπου είναι επηρεασμένα τα άνω και κάτω άκρα και την μορφή παραπληγίας όπου είναι επηρεασμένα κυρίως τα κάτω άκρα. Χαρακτηριστικά: Σπαστικότητα, διαταραχές αισθητικότητας, κατακλίσεις, προβλήματα θερμορύθμισης, μυϊκή ατροφία, διαταραχές στην ουροδόχο κύστη, σεξουαλική

δυσλειτουργία, οστεοπόρωση, καρδιαγγειακά προβλήματα, μυϊκές βραχύνσεις, διαταραχές στην στάση του σώματος και ψυχολογικά προβλήματα.

4) Εγκεφαλικές κακώσεις

Οι εγκεφαλικές κακώσεις προκαλούν μερική ή ολική αναπηρία και επιδρούν αρνητικά στον ψυχισμό του ατόμου. Η σοβαρότητα της κάκωσης εξαρτάται από την θέση, την έκταση της βλάβης και από το είδος της θεραπευτικής αγωγής. Χαρακτηριστικά: Διαταραχές μνήμης και ομιλίας, διάσπαση προσοχής, δυσλειτουργία της ουροδόχου κύστης, επιληπτικές κρίσεις, σπαστικότητα, έλλειψη νευρομυϊκού συντονισμού, διαταραχές αισθητικότητας, αναπνευστικά και ψυχολογικά προβλήματα.

5) Μυϊκές δυστροφίες

Είναι ομάδα κληρονομικών ασθενειών που προκαλούν μυϊκή αδυναμία εξαιτίας της προοδευτικής εκφύλισης των μυϊκών ινών. Υπάρχουν διάφοροι τύποι μυϊκής δυστροφίας αλλά η συνηθέστερη είναι η μυϊκή δυστροφία Duchenne η οποία εμφανίζεται στην ηλικία των 2-6 ετών. Η ασθένεια είναι προοδευτική και τελικά το παιδί καταλήγει σε αναπηρικό αμαξίδιο με την πάροδο δεκαετίας, ενώ το προσδόκιμο ζωής ανέρχεται περίπου στα 20 χρόνια. Χαρακτηριστικά: Μυϊκή ατροφία, χαρακτηριστικό βάδισμα (νήσειο), μυϊκές βραχύνσεις, ανάπτυξη συνδετικού ιστού στους μύες, διαταραχές στην στάση (λόρδωση), αναπνευστικά προβλήματα, πτωχή μυϊκή αντοχή.

6) Αρθρογρίπωση

Εκ γενετής πάθηση κατά την οποία προσβάλλονται οι αρθρώσεις και οφείλεται σε εκφύλιση του νωτιαίου μυελού. Χαρακτηριστικά: Δυσκαμψία, λέπτυνση των άκρων, μυϊκή αδυναμία, αντικατάσταση του μυϊκού με λιπώδη και συνδετικό ιστό, περιορισμένη λειτουργικότητα.

7) Νεανική αρθρίτιδα

Χρόνια αρθρίτιδα που εμφανίζεται στην παιδική ή την εφηβική ηλικία. Πρόκειται για πάθηση αγνώστου αιτιολογίας κατά την οποία οι αρθρώσεις παρουσιάζουν φλεγμονή και σταδιακή μείωση του εύρους κίνησης. Χαρακτηριστικά: Οίδημα στις αρθρώσεις, πόνος ευαισθησία δυσκαμψία, δυσκολία στην βάρδιση, μυϊκή ατροφία.

8) Ακρωτηριασμοί

Ακρωτηριασμός είναι η αφαίρεση τμήματος ή μέλους του σώματος. Η αιτία μπορεί να είναι τραυματισμός, κακοήθεις όγκοι, αγγειακές βλάβες, δυσμορφίες κα. Ο ακρωτηριασμός μπορεί να προκαλέσει σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα, και γι' αυτό

ο ασθενής θα πρέπει να προετοιμασθεί ψυχολογικά και να γίνει προγραμματισμένο χειρουργείο.

Κεφάλαιο 6: ΧΡΟΝΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Σκλήρυνση κατά πλάκας (ΣΚΠ)

Ορισμός

Η Σκλήρυνση Κατά Πλάκας (ΣΚΠ) είναι μια αυτοάνοση νευροεκφυλιστική νόσος του κεντρικού νευρικού συστήματος, η οποία προσβάλλει 2, 5 εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως, αποτελώντας τη συχνότερη αιτία αναπηρίας νευρολογικής αρχής σε νεαρούς ενήλικες 20- 50 ετών. Το κλασσικό παθολογοανατομικό χαρακτηριστικό της ΣΚΠ είναι η παρουσία φλεγμονώδους απομυελίνωσης σε πολλαπλές εστίες του κεντρικού νευρικού συστήματος διάσπαρτες σε χρόνο και σε τόπο, με αποτέλεσμα την προσβολή των νευραξόνων και, κατά συνέπεια , την καθυστέρηση στην αγωγή των νευρικών ώσεων κατά μήκος των νευραξόνων. Οι νευρώνες που, συνήθως προσβάλλονται στη ΣΚΠ εντοπίζονται κατά προτίμηση στα οπτικά νεύρα, την περικολιακή λευκή ουσία, στο στέλεχος, στην παρεγκεφαλίδα και στη λευκή ουσία του νωτιαίου μυελού.(Lucchinetti et al., 2000 στο Πάνου, 14-15, 2012)

Αιτιολογία

Αν και η αιτιολογία της ΣΚΠ παραμένει άγνωστη, οι ερευνητές συμφωνούν ότι είναι μία επίκτητη αυτοάνοσος πάθηση με πολυπαραγοντική αιτιολογία.

Φυσιολογικά, το ανοσοποιητικό σύστημα προστατεύει τον οργανισμό από εξωτερικούς επιδρομείς, όπως είναι οι ιοί και τα βακτηρίδια. Στις αυτοάνοσες ασθένειες ο οργανισμός επιτίθεται στον εαυτό του. Οι ερευνητές δεν ξέρουν ακόμη τι είναι αυτό που προκαλεί την απορρύθμιση του ανοσοποιητικού συστήματος. Η επικρατέστερη άποψη για την αιτιολογία της ΣΚΠ είναι ότι ένας εξωγενής παράγοντας, πιθανόν ένας βραδέως δρών ιός (ιός με μεγάλο χρόνο επώασης), προκαλεί σε γενετικά και ανοσολογικά προδιατεθειμένα άτομα μία παθολογική ανοσολογική αντίδραση που κατευθύνεται εναντίον των πρωτεϊνών της μυελίνης.

Η ύπαρξη γενετικής προδιάθεσης στηρίζεται στη διαφορετική συχνότητα της νόσου στις διάφορες φυλές (είναι λιγότερο συχνή στους μαύρους και πολύ σπανιότερα στην κίτρινη φυλή), στην ύπαρξη οικογενών μορφών και στη μεγαλύτερη συχνότητα στους μονογενείς σε σχέση με τους διωογενείς διδύμους. Η νόσος πάντως

δεν είναι κληρονομική, παρόλο που η συχνότητά της στους συγγενείς πρώτου βαθμού των πασχόντων είναι 10-15 φορές μεγαλύτερη απ' ότι στο γενικό πληθυσμό. Εκείνο που ουσιαστικά υπάρχει είναι μία γενετική προδιάθεση που χρειάζεται επιπρόσθετα την επίδραση ενός άγνωστου μέχρι σήμερα εξωγενούς παράγοντα, για να αρχίσει ο παθογενετικός μηχανισμός που προκαλεί τη νόσο. (Λογοθέτης, Μυλωνάς, 1996)

Παθοφυσιολογία

Τις νευρικές ίνες (νευράξονες) του κεντρικού νευρικού συστήματος περιβάλλει μία ουσία, η μυελίνη, που επιτρέπει την διέλευση των ηλεκτρικών ερεθισμάτων ανάμεσα στα νεύρα. Στη ΣΚΠ σε πολλαπλά σημεία του κεντρικού νευρικού συστήματος προκαλείται στην αρχή φθορά της μυελίνης και στη συνέχεια δημιουργούνται πλάκες (ουλές), και γι' αυτό στην πάθηση αυτή έχει δοθεί η ονομασία Σκλήρυνση «κατά πλάκας» ή «Πολλαπλή» σκλήρυνση. Υπάρχει πιθανότητα καταστροφής του ίδιου του νευράξονα από τα αρχικά στάδια της νόσου. Η μυελίνη όχι μόνο προστατεύει τους νευράξονες αλλά και τους επιτρέπει να λειτουργούν. Όταν λοιπόν η μυελίνη και οι νευράξονες επηρεαστούν, ή και καταστραφούν, εμποδίζεται η ικανότητα αγωγής ερεθισμάτων στους νευρώνες, το σύστημα επικοινωνίας των κυττάρων του εγκεφάλου δυσλειτουργεί και αυτό είναι που προκαλεί τα διάφορα συμπτώματα της ΣΚΠ. (Λογοθέτης, Μυλωνάς, 1996)

Συμπτώματα

Στη ΣΚΠ δεν υπάρχει κλασική κλινική εικόνα. Τα συμπτώματα εξαρτώνται από το ποιο μέρος του κεντρικού νευρικού συστήματος έχει πληγεί, διαφέρουν από άνθρωπο σε άνθρωπο αλλά και στον ίδιο άνθρωπο σε διαφορετικές χρονικές στιγμές, μπορεί να διαφέρουν σε ένταση, από πολύ ελαφριά έως και πολύ βαριά, μπορεί να φύγουν από μόνα τους, ή με τη βοήθεια φαρμάκων, ή άλλων θεραπευτικών παρεμβάσεων. Το κάθε άτομο με ΣΚΠ θα βιώσει διαφορετικά συμπτώματα, αλλά όχι όλα.

Η πιο συνηθισμένη αρχική εκδήλωση είναι η αδυναμία, παραισθησίες στα άκρα, διαταραχή της ισορροπίας, μούδιασμα, κακός συντονισμός, κόπωση, αστάθεια, διαταραχές της όρασης, τρέμουλο, διαταραχές στην ούρηση ή στην αφόδευση, σεξουαλικές δυσλειτουργίες, ευαισθησία στη ζέστη και προβλήματα μνήμης. Ένα αρκετά σταθερό σύμπτωμα με την αρχική εγκατάσταση της νόσου είναι το αίσθημα σαν να περνά ρεύμα στο μήκος της σπονδυλικής στήλης ή των άκρων σε κάμψη της

κεφαλής. Όσον αφορά στη ψυχική σφαίρα, συχνή είναι η κατάθλιψη και λιγότερο συχνή η ευφορία και η συναισθηματική ακράτεια. Σπάνια είναι η άνοια (5%) και αυτή στα προχωρημένα στάδια. Τα συμπτώματα μπορεί να εξαφανιστούν μετά από λίγες μέρες ή εβδομάδες, αν και η κλινική εξέταση συχνά αποκαλύπτει υπολειπόμενη βλάβη.

Στην πορεία της νόσου οι εξάρσεις διαδέχονται η μία την άλλη σε άλλα χρονικά διαστήματα. (Λογοθέτης, Μυλωνάς, 1996)

Μορφές-ταξινόμηση

Ανάλογα με την πορεία της νόσου διακρίνουμε τις εξής μορφές: την υποτροπιάζουσα, την πρωτοπαθώς και δευτεροπαθώς προϊούσα μορφή.

- Υποτροπιάζουσα μορφή

Είναι η πιο συνηθισμένη μορφή της ΣΚΠ (περίπου 85% των περιπτώσεων). Χαρακτηρίζεται από απρόβλεπτες εξάρσεις (υποτροπές) και υφέσεις. Τα άτομα ΣΚΠ αυτής της κατηγορίας παρουσιάζουν ξαφνικά επιδείνωση που διαρκεί από λίγες μέρες έως μήνες, ωστόσο στη συνέχεια επανέρχονται με μερική ή πλήρη υποχώρηση των συμπτωμάτων που εκδηλώθηκαν κατά την υποτροπή.

- Πρωτοπαθώς προϊούσα μορφή

Αφορά στο 15% περίπου των περιπτώσεων. Οι ασθενείς εμφανίζουν από την αρχή μια σταθερά προοδευτική επιδείνωση των συμπτωμάτων καθώς και επιδείνωση της αναπηρίας, χωρίς να παρουσιάζουν εμφανείς υποτροπές. Εδώ υπάγεται και η καλοήθης μορφή της νόσου που χαρακτηρίζεται από λίγα επεισόδια έξαρσης με πλήρη αποκατάσταση, κυρίως οπτικές και αισθητικές διαταραχές. Τα άτομα που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία συνήθως έχουν μια πολύ καλή πορεία, χωρίς επιδείνωση ή εμφάνιση ανικανότητας πράγμα που τα επιτρέπει να έχουν μια ομαλή κοινωνική ζωή. Είναι από τις σπανιότερες μορφές της νόσου (20% των ατόμων με ΣΚΠ διαγιγνώσκονται με αυτό τον τύπο).

- Δευτεροπαθώς προϊούσα μορφή

Εμφανίζεται μόνο στα άτομα ΣΚΠ που έχουν την υποτροπιάζουσα μορφή. Παρουσιάζονται είτε ολοένα και συχνότερα εξάρσεις που δεν ακολουθούνται από πλήρη αποκατάσταση (υπάρχει δηλ. αδυναμία επαναφοράς στην πρότερη κατάσταση ύστερα από μια υποτροπή), είτε υπάρχει σταδιακή επιδείνωση χωρίς επιπλέον εξάρσεις. (Λογοθέτης, Μυλωνάς, 1996)

Διάγνωση

Η διάγνωση της ΣΚΠ δεν είναι δυνατόν να γίνει από μία και μόνο εξέταση. Πολλές παθήσεις μοιάζουν με την ΣΚΠ και για το λόγο αυτό πρέπει να ελεγχθούν και να αποκλεισθούν μετά από έναν εκτεταμένο παρακλινικό έλεγχο που προβλέπεται.

Για τη ΣΚΠ ειδικότερα χρειάζεται να γίνουν επιπλέον και συγκεκριμένες εξετάσεις. Σε αυτές περιλαμβάνονται συμπτώματα που δεν είχαν αποδοθεί στη ΣΚΠ.

- Εξονυχιστική νευρολογική εξέταση,
- Μαγνητική τομογραφία του εγκεφάλου ή της αυχενικής μοίρας του νωτιαίου μυελού, μία εξέταση που δίνει λεπτομερέστερες εικόνες του εγκεφάλου και συχνά βοηθάει στην απεικόνιση μίας πλειάδας βλαβών,
- Εξέταση προκλητών δυναμικών που καταμετρούν την αντίδραση του κεντρικού νευρικού συστήματος σε ειδικές διεγέρσεις του οπτικού νεύρου,
- Οσφουονωτιαία παρακέντηση που εξετάζει τη σύσταση του υγρού που περιβάλλει το νωτιαίο μυελό και τον εγκεφαλο, δηλαδή δείχνει αν υπάρχουν κάποια ειδικά αντισώματα στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό.

Ωστόσο, δεν θα πρέπει να τίθεται η διάγνωση της νόσου, εκτός αν υπάρχει απόδειξη ότι δύο ή περισσότερες διαφορετικές περιοχές της λευκής ουσίας του κεντρικού νευρικού συστήματος έχουν επηρεαστεί σε διαφορετικές χρονικές περιόδους. Η οριστική κλινική διάγνωση της νόσου μπορεί να τεθεί σε ασθενείς με πορεία που παρουσιάζει εξάρσεις και υφέσεις οι οποίοι χαρακτηρίζονται από την ύπαρξη ευρημάτων κατά την κλινική εξέταση από τουλάχιστον δύο βλάβες που προσβάλλουν διαφορετικές περιοχές της λευκής ουσίας του κεντρικού νευρικού συστήματος. Η διάγνωση είναι πιθανή σε ασθενείς με πολυεστιακή νόσο της λευκής ουσίας, αλλά με ένα μόνο κλινικό επεισόδιο ή με ιστορικό τουλάχιστον δύο κλινικών επεισοδίων και σημεία μίας μόνο μεμονωμένης βλάβης. (McPhee, Papadakis, 2008, τόμ. 2^{ος}, σ. 1054-1055)

Θεραπεία για ίαση δεν υπάρχει. Ωστόσο, υπάρχουν πολλοί τρόποι για την μερική ανάρρωση από τις οξείες εξάρσεις, αλλά περαιτέρω υποτροπές μπορεί να συμβούν χωρίς προειδοποίηση και δεν υπάρχουν μέσα πρόληψης της εξέλιξης της διαταραχής. Οι διάφορες θεραπείες που χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο των συμπτωμάτων και της εξέλιξης της νόσου χωρίζονται σε δύο γενικές ομάδες.

Η πρώτη ομάδα αντιμετωπίζει την ίδια τη ΣΚΠ με φάρμακα που ελέγχουν την εξέλιξή της. Τα κορτικοειδή χορηγούνται για την αντιμετώπιση των υποτροπών

κυρίως σε ενδοφλέβια μορφή. Επίσης υπάρχουν διάφορα φάρμακα που έχουν εγκριθεί για τον έλεγχο της εξέλιξης της νόσου όπως τα Coraxone, Tysabri και Novatrone.

Σακχαρώδης Διαβήτης

Ορισμός της νόσου

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι πολυσυστηματική νόσος με βιοχημικές και δομικές συνέπειες και κατατάσσεται στα νοσήματα διαταραχής του μεταβολισμού. Πρόκειται για χρόνια νόσο του μεταβολισμού των υδατανθράκων, λιπών και πρωτεϊνών που προκύπτει από ανεπαρκή δράση της ορμόνης ινσουλίνης και χαρακτηρίζεται από αύξηση της συγκέντρωσης του σακχάρου στο αίμα (υπεργλυκαιμία) και διαταραχή του μεταβολισμού της γλυκόζης, είτε ως αποτέλεσμα ελαττωμένης έκκρισης ινσουλίνης είτε λόγω ελάττωσης της ευαισθησίας των κυττάρων του σώματος στην ινσουλίνη.(Stevens, Lowe, 1998)

Όταν καταναλώνουμε τις τροφές, αυτές διασπώνται σε επιμέρους συστατικά και αυτά, μεταξύ των οποίων και η γλυκόζη προωθούνται στο αίμα μας. Τα κύτταρα του οργανισμού μας χρησιμοποιούν τη γλυκόζη αυτή προκειμένου να την μετατρέψουν σε ενέργεια, για τη λειτουργία και την ανάπτυξή τους. Ωστόσο, η γλυκόζη δεν μπορεί να εισχωρήσει στα κύτταρα χωρίς την παρουσία μιας ουσίας - μεταφορέα της ινσουλίνης. Η ινσουλίνη είναι μια ορμόνη που παράγεται στο πάγκρεας. Μετά το φαγητό, το πάγκρεας αυτόματα απελευθερώνει μια ικανή ποσότητα ινσουλίνης έτσι ώστε να ωθήσει την υπάρχουσα στο αίμα γλυκόζη προς τα κύτταρα. Αυτή η μετακίνηση αντιστοιχεί και στη μείωση των επιπέδων σακχάρου (γλυκόζης) στο αίμα.

Ο άνθρωπος που πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη έχει αρκετά αυξημένη ποσότητα γλυκόζης στο αίμα του (υπεργλυκαιμία). Αυτό συμβαίνει γιατί είτε το πάγκρεας δεν παράγει αρκετή ή καθόλου ινσουλίνη, ή γιατί τα κύτταρα δεν ανταποκρίνονται επαρκώς στην ινσουλίνη που παράγεται από το πάγκρεας. Ως αποτέλεσμα παρατηρείται αυξημένη κυκλοφορία γλυκόζης στο αίμα. Η παραπάνω αυτή ποσότητα γλυκόζης αποβάλλεται από το σώμα μέσω της ούρησης. Έτσι, αν το αίμα έχει επαρκή ποσότητα γλυκόζης, τα κύτταρα δεν μπορούν να την απορροφήσουν για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες του σώματος σε ενέργεια.

Ο σακχαρώδης διαβήτης έχει χρόνια πορεία και μπορεί να προκαλέσει μια σειρά σοβαρών επιπλοκών όπως καρδιαγγειακή νόσο, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, βλάβες του αμφιβληστροειδούς, βλάβες των νεύρων, στυτική δυσλειτουργία.

Αίτια εμφάνισης του διαβήτη

Η παθογένεια για την εμφάνιση του σακχαρώδη διαβήτη είναι πολυπαραγοντική, και για την εμφάνιση της νόσου ευθύνονται γενετικοί παράγοντες που καθορίζουν την προδιάθεση για την εμφάνιση της νόσου, περιβαλλοντικοί παράγοντες (έχουν ενοχοποιηθεί ιοί, τοξίνες, το γάλα αγελάδος κ.ά.) καθώς και ορισμένοι ιοί που δρουν στα β-κύτταρα του παγκρέατος, τα οποία είναι ένα είδος κυττάρων στο πάγκρεας που φτιάχνουν και εκκρίνουν την ινσουλίνη (Hardman, Drew, & Winston-Egan, 1999. Ορφανού, 1998. Polonsky, 1993. Προύντζου-Κασσιού, χ.χ. Taylor, Sternberg & Richards, 1995). Μολονότι η συμβολή του γενετικού παράγοντα στην εμφάνιση του διαβήτη, παραμένει αβέβαιη, υπάρχουν στοιχεία πως διάφοροι περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν σπουδαίο ρόλο. Αυτό οφείλεται στην αυξητική τάση περιστατικών με διαβήτη που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια σε πολλές χώρες της Ευρώπης, και που σε αυτήν την αύξηση μπορεί ο τρόπος διατροφής και γενικότερα ο τρόπος ζωής να παίζουν σημαντικό ρόλο (Benedetti, 1999. Green, Gale, Patterson, 1992).

Είδη Σακχαρώδη Διαβήτη-αιτιολογία

Υπάρχουν τρεις κύριοι τύποι Διαβήτη:

1. Διαβήτης Τύπου 1 (ινσουλινοεξαρτώμενος ή νεανικός διαβήτης)

Είναι οργανική αυτοάνοση νόσος και χαρακτηρίζεται από καταστροφή των β-κυττάρων του παγκρέατος, που είναι υπεύθυνα για την παραγωγή ινσουλίνης, με αποτέλεσμα ολική έλλειψη ή ελάχιστη έκκριση ινσουλίνης. Η ευαισθησία των κυττάρων στην ινσουλίνη είναι συνήθως φυσιολογική, ιδιαίτερα στα πρώιμα στάδια. Ο τύπος αυτός αποτελεί την κυριότερη αιτία διαβήτη σε παιδιά (γι' αυτό ονομάζεται και νεανικός), μπορεί όμως να προσβάλλει και τους ενήλικες. Η καταστροφή των β-κυττάρων του παγκρέατος είναι στην πλειοψηφία των περιπτώσεων αυτοάνοσης αιτιολογίας. Στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών με διαβήτη τύπου 1 ανιχνεύονται στην κυκλοφορία ένα ή περισσότερα είδη αυτοαντισωμάτων, οι ασθενείς δε αυτοί εμφανίζουν αυξημένη προδιάθεση και για άλλες αυτοάνοσες παθήσεις. Παρ' όλα

αυτά, σ' ένα μικρό ποσοστό ασθενών με διαβήτη τύπου 1 δεν ανιχνεύονται αυτοαντισώματα, ο τύπος δε αυτός ονομάζεται ιδιοπαθής σακχαρώδης διαβήτης. Ο ασθενής είναι απόλυτα εξαρτημένος από την εξωγενή χορήγηση ινσουλίνης προκειμένου τα επίπεδα σακχάρου του αίματος να διατηρηθούν σε φυσιολογικά επίπεδα. (Stevens, Lowe, 1998)

2. Διαβήτης Τύπου 2 (μη ινσουλινοεξαρτώμενος διαβήτης)

Χαρακτηρίζεται από το συνδυασμό ελαττωμένης έκκρισης ινσουλίνης και ελαττωμένης ευαισθησίας των κυττάρων στη δράση της (φαινόμενο που ονομάζεται ινσουλινοαντοχή) και είναι 4-5 φορές συχνότερος από τον διαβήτη τύπου 1. Στα πρώτα στάδια της νόσου, η ελαττωμένη ευαισθησία στην ινσουλίνη είναι η κύρια διαταραχή, ενώ τα επίπεδα ινσουλίνης στο αίμα είναι αυξημένα. Ο διαβήτης τύπου 2 είναι η συχνότερη αιτία διαβήτη στους ενήλικους. Σπουδαίος προδιαθεσικός παράγοντας για την ανάπτυξη διαβήτη τύπου 2 είναι η παχυσαρκία. Η παχυσαρκία προδιαθέτει στην ανάπτυξη ινσουλινοαντοχής πιθανόν λόγω της παραγωγής από το λιπώδη ιστό ουσιών που ελαττώνουν την ευαισθησία των κυττάρων στην ινσουλίνη. Άλλοι προδιαθεσικοί παράγοντες είναι η ηλικία και το οικογενειακό ιστορικό. σκοπό

Στο διαβήτη τύπου 2, τα συμπτώματα είναι πιο ήπια. Παρ' όλ' αυτά, ο κίνδυνος απότερων και σοβαρών επιπλοκών παραμένει υψηλός. Το πρώτο βήμα στη θεραπεία του διαβήτη τύπου 2 είναι η αλλαγή του τρόπου ζωής του ασθενούς με στόχο την απώλεια βάρους, την αύξηση της σωματικής άσκησης και την υγιεινή διατροφή. Εάν κριθεί απαραίτητο, χρησιμοποιούνται αντιδιαβητικά φάρμακα. Στην περίπτωση που η θεραπεία αποτύχει, κρίνεται σκόπιμη η χορήγηση ινσουλίνης για τον έλεγχο και αυτών των ασθενών.

3. Διαβήτης της Κύησης

Πολλές γυναίκες αναπτύσσουν διαβήτη κατά τη διάρκεια της κύησης. Πρόκειται για την εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη για πρώτη φορά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (δεν συμπεριλαμβάνονται στον ορισμό γυναίκες με γνωστό διαβήτη πριν την έναρξη της εγκυμοσύνης). Ο τύπος αυτός μοιάζει με το διαβήτη τύπου 2 ως προς το ότι χαρακτηρίζεται από ταυτόχρονη ελαττωμένη έκκριση ινσουλίνης και ελαττωμένη ευαισθησία των κυττάρων στην ινσουλίνη. Παχύσαρκες γυναίκες είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν διαβήτη της κύησης. Ο τύπος αυτός διαβήτη αφορά στο 3-5% των κυήσεων. 30-40% των γυναικών με διαβήτη κύησης θα αναπτύξουν διαβήτη τύπου 2 αργότερα στη ζωή τους. Ο διαβήτης της κύησης είναι αναστρέψιμος και

υποχωρεί μετά τον τοκετό, μπορεί όμως να προκαλέσει περιγεννητικές επιπλοκές και προβλήματα στην υγεία μητέρας και νεογνού.

Ο Διαβήτης Τύπου 1 & 2 είναι χρόνιες καταστάσεις. Ο Διαβήτης της κύησης συνήθως είναι παροδικός και διορθώνεται μετά τη γέννηση του παιδιού.

Επιπλοκές

Παλαιότερα, οι βιοχημικές ανωμαλίες στο σακχαρώδη διαβήτη συνήθως οδηγούσαν σε πρόωρο θάνατο. Η ινσουλινοθεραπεία για το διαβήτη τύπου 1 και οι ποικίλοι υπογλυκαιμικοί παράγοντες για το διαβήτη τύπου 2 (σε συνδυασμό και με δίαιτα), ελάττωσαν κατά πολύ τη θνησιμότητα λόγω υπεργλυκαιμίας, υπογλυκαιμίας και κετοξέωσης. Παρά ταύτα, ο διαβήτης παραμένει σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας εξαιτίας μιας σειράς συχνών επιπλοκών. Οι κύριες επιπλοκές του διαβήτη είναι:

- Προδιάθεση στις λοιμώξεις
- Αθηροσκλήρωση και οι επιπλοκές της
- Εκτεταμένη νόσος των μικρών αγγείων (αρτηριοσκλήρωση)
- Νεφρική σπειραματική νόσος
- Αμφιβληστροειδοπάθεια αγγειακής αιτιολογίας
- Βλάβη περιφερικών νεύρων. Stevens, Lowe, 1998)

Ως αποτέλεσμα των επιπλοκών αυτών, οι διαβητικοί και των δύο τύπων έχουν προδιάθεση για ανάπτυξη ισχαιμικής καρδιοπάθειας, νόσου των εγκεφαλικών αγγείων, περιφερικής γάγγραινας των κάτω άκρων, χρόνιας νεφροπάθειας, ελάττωσης της οπτικής οξύτητας που οδηγεί σε τύφλωση και περιφερικής νευροπάθειας.

Γενικά, τόσο οι βραχυπρόθεσμες, όσο και οι μακροπρόθεσμες επιπλοκές του Διαβήτη σχετίζονται με προβλήματα των αγγείων σε όλο το σώμα, με επακόλουθες βλάβες σε διάφορα όργανα (καρδιά, νεφροί, μάτια, κλπ).

Θεραπευτική αντιμετώπιση

Δεν υπάρχει μέχρι σήμερα θεραπεία για τον διαβήτη, όμως μπορεί να ελεγχθεί με ένα σωστό πρόγραμμα διατροφής, με χορήγηση ινσουλίνης και με φυσιολογική σωματική δραστηριότητα (British Columbia, 1998). Συγκεκριμένα, τα άτομα που πάσχουν από ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη «έχουν ανάγκη από ενέσεις ινσουλίνης, οι οποίες γίνονται σε αυστηρώς τακτά χρονικά διαστήματα και συνδυάζονται με

ειδική διαίτα, ώστε να εξισορροπούνται η πρόσληψη υδρογονανθράκων και η απαιτούμενη ποσότητα ινσουλίνης που είναι απαραίτητη για τη μετατροπή του σακχάρου σε κυτταρική ενέργεια. Για να επιταχυνθεί αυτή η διαδικασία, απαιτείται προσεκτική παρακολούθηση των επιπέδων σακχάρου στο αίμα και ο ασθενής θεωρείται ότι βρίσκεται σε κατάσταση διαβητικής ισορροπίας, όταν τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα προσεγγίζουν τα επίπεδα της φυσιολογικής μη διαβητικής διακύμανσης» (Moran & Fonagy, 1998, 233). Σχετικά με τις μελλοντικές εξελίξεις στον τομέα της θεραπείας του διαβήτη, αυτές αναφέρονται στη μεταμόσχευση β-κυττάρων και στην δημιουργία τεχνητού παγκρέατος (Προύτζου-Κασσιού, χ.χ)

Κεφάλαιο 7: ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ

Προσδιορισμός του όρου αυτοεκτίμηση

Η αυτοεκτίμηση είναι μια από τις συνιστώσες της έννοιας του εαυτού και συγκεκριμένα η συναισθηματική συνιστώσα. (Burns, 1982)

Ο όρος «αυτοεκτίμηση» αναφέρεται γενικά στο πώς αισθάνονται οι άνθρωποι για τον εαυτό τους, Θεωρητικά, τουλάχιστον, η αίσθηση αυτή είναι σταθερή και δε μεταβάλλεται εύκολα από εξωτερικές καταστάσεις.

Σύμφωνα με τον James , η αυτοεκτίμηση επηρεάζεται από τις προσωπικές φιλοδοξίες και τις υποκειμενικές αξιολογήσεις του ατόμου σχετικά με την επίτευξη ή όχι των επιδιωκόμενων στόχων του. (James, W. στο: Μακρή-Μπότσαρη, 2001). Υιοθετώντας την άποψη του James, ο Rosenberg όρισε την αυτοεκτίμηση ως τη «θετική ή αρνητική στάση του ατόμου προς τον εαυτό του». (Rosenberg, 1986)

Ο Cooley ορίζει την αυτοεκτίμηση ως τη γενική εκτίμηση που έχει το άτομο για την αξία του και αντιπροσωπεύει τη συνένωση στάσεων που πιστεύει πως οι άλλοι έχουν για αυτόν (Cooley στο: Μακρή-Μπότσαρη, 2001). Κατά τον Coopersmith, η αυτοεκτίμηση είναι η αξιολόγηση που το άτομο κάνει και συνήθως διατηρεί σε σχέση με τον εαυτό του. Αυτή εκφράζει μια στάση αποδοχής ή αποδοκιμασίας και δείχνει το βαθμό στον οποίο το άτομο πιστεύει ότι είναι ικανό, σημαντικό, επιτυχημένο και άξιο (Coopersmith στο: Μακρή-Μπότσαρη, 2001).

Στη θεωρία του περί αυτοεκτίμησης ο Mead υπογραμμίζει με τη σειρά του ότι η κοινωνία είναι αυτή που δίνει μορφή και νόημα στην αντίληψη του ατόμου για τον εαυτό του (Mead στο: Μακρή-Μπότσαρη, 2001). Η αυτοεκτίμηση των ανθρώπων δεν προέρχεται από μια νοητική συναρμολόγηση των γεγονότων της ζωής, αλλά προηγείται αυτών. Η δημιουργία αυτού του συναισθηματικού σχήματος γίνεται στη βρεφική ηλικία και αμέσως μετά το σχηματισμό του δρα ως κριτήριο για όλες τις εμπειρίες και τις επιμέρους ικανότητες.

Θεωρίες αυτοεκτίμησης

Η αυτοεκτίμηση ως ψυχολογική έννοια περικλείει μια ερευνητική αντίφαση. Ενώ έχει μελετηθεί περισσότερο από κάθε άλλη, εξακολουθεί να διατηρεί το δημοφιλή της χαρακτήρα. Παρ' όλα αυτά παραμένει πολύ δύσκολα προσδιορίσιμη και πολύσημη. Συγκεκριμένα, μέχρι την προηγούμενη δεκαετία οι δυσκολίες εντοπίζονταν και στον ορισμό και στον τρόπο μέτρησής της. Στη συνέχεια, θα παρουσιαστούν ορισμένες από τις πιο αντιπροσωπευτικές θεωρίες για την αυτοεκτίμηση και θα σκιαγραφηθεί το πορτραίτο ατόμων με υψηλή καθώς και με χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Σύμφωνα με τη θεωρία του William James, η αυτοεκτίμηση επηρεάζεται σημαντικά από τις προσωπικές φιλοδοξίες και τις υποκειμενικές αξιολογήσεις, επειδή με βάση αυτές αποφασίζει το άτομο τι είναι αποτυχία και τι επιτυχία. Κατά τον William James, η αυτοεκτίμηση είναι η αναλογία μεταξύ των πραγματικών επιτεύξεων και των φιλοδοξιών ενός ατόμου. Ο James πρότεινε ένα μαθηματικό τύπο, σύμφωνα με τον οποίο η αυτοεκτίμηση είναι ίση με το πηλίκο των επιτυχιών και των προσδοκιών ενός ατόμου. (αυτοεκτίμηση = επιτυχία / προσδοκίες). (James, W. στο: Λεονταρή, 1996).

Η αυτοεκτίμηση είναι έννοια δυναμική και η τιμή της μπορεί να μεταβληθεί είτε προς τα πάνω είτε αντίστροφα. Η αυτοεκτίμηση μπορεί να αυξηθεί με τη μείωση των προσδοκιών του ατόμου είτε με την αύξηση της απόδοσής του. Ένας σημαντικός παράγοντας που επιδρά στην ερμηνεία ενός συμβάντος ως επιτυχημένου ή αποτυχημένου και επηρεάζει το βαθμό αυτοεκτίμησης είναι η προσωπική ιστορία των επιτυχιών και αποτυχιών του ατόμου.

Ο James τονίζει επανειλημμένα την αναπόσπαστη σχέση ανάμεσα στις αξίες, την επιτυχία, την ικανότητα και την αυτοαντίληψη. Όσο σταθερή και αν είναι αυτή η σχέση σε ορισμένα διαστήματα της ζωής, τόσο εύθραυστη μπορεί να αποδειχθεί καθώς και έρμαιο των περιστάσεων. Αλλά, τελικά, το μήνυμά του είναι αισιόδοξο. Η αυτοεκτίμηση μπορεί να αυξηθεί αν το άτομο βοηθηθεί να επιτύχει στους τομείς, που είναι ικανότερο κι αν οι αποτυχίες του ελαττωθούν ή αναιρεθεί η καταλυτική σημασία τους (James, W. στο: Λεονταρή, 1996).

Ο Robert White θεώρησε την αυτοεκτίμηση εξελικτικά και την διαχώρισε σε τρεις επιμέρους παραμέτρους: τη βιολογική, δηλαδή την φυσική αναγκαιότητα που ωθεί το άτομο να αντεπεξέρχεται στις δυσκολίες και να επιβιώνει, την κινητική-

γνωστική, που εξελίσσεται παράλληλα με τη νοητική ανάπτυξη, και επιβάλλει στον άνθρωπο να επεξεργάζεται γνωστικά το περιβάλλον του και την αναζήτηση ταυτότητας, η οποία αναπτύσσεται σε μεταγενέστερα στάδια του βίου. Αυτή η διαδικασία είναι προφανής από τις πρώτες στιγμές της ζωής έξω από τη μήτρα.

Αυτές οι πρόωρες επιτυχίες (ή αποτυχίες) είναι σημαντικές επειδή με την πάροδο του χρόνου γίνονται όλο και πιο σκόπιμες και επομένως ενσωματώνονται στο γνωστικό σχήμα της αυτοεκτίμησης. Οι συμπεριφορές που οδηγούν στην επιτυχία, δηλαδή την ικανοποίηση των αναγκών, εγκαθιδρύονται σταδιακά και αφορούν πλέον ένα σύνολο νοητικών, συναισθηματικών και πραξιακών αντιλήψεων για τον εαυτό, ούτως ώστε μέχρι το στάδιο της λανθάνουσας σεξουαλικότητας να έχει πλήρως αναπτυχθεί ένα πλέγμα αυτοεκτίμησης, το οποίο δεν χαρίστηκε, αλλά κατακτήθηκε από το παιδί. (White, R. στο: Παπάνης, Ε., Ελληνική Κοινωνική Έρευνα)

Ο Rosenberg αναφέρει : «Η αυτοεκτίμηση είναι μια θετική ή αρνητική στάση απέναντι σε ένα ιδιαίτερο αντικείμενο, δηλαδή, τον εαυτό. Η υψηλή αυτοεκτίμηση εκφράζει το αίσθημα ότι κάποιος «είναι αρκετά καλός». Το άτομο απλά αισθάνεται ότι αξίζει. Σέβεται τον εαυτό του για αυτό που είναι αλλά δεν κατέχεται από δέος θεωρώντας τον, αλλά και ούτε περιμένει οι άλλοι να κάνουν το ίδιο. Δεν θεωρεί τον εαυτό του απαραίτητα ανώτερο από τους άλλους». (Rosenberg, 1965)

Ο Rosenberg καθόρισε την αυτοεκτίμηση κυρίως ως μια έκφραση της αξίας, παρά ικανότητας και πρότεινε την ύπαρξη σχέσης ανάμεσα στην αυτοεκτίμηση και την εμπειρία ή την συμπεριφορά. Ασχολήθηκε, επίσης, με την επίδραση των κοινωνικών μορφωμάτων, όπως είναι η θρησκεία και η κοινωνική τάξη, στην εξέλιξη της αυτοεκτίμησης. Προσδιόρισε διάφορα στοιχεία, τα οποία επηρεάζουν το επίπεδο αυτοεκτίμησης των εφήβων, όπως η οικογενειακή δομή, η κοινωνική τάξη, το έθνος και η θρησκεία. Συνέδεσε την αυτοεκτίμηση με μια σειρά προσωπικών και κοινωνικών μεταβλητών, όπως το νευρωσικό άγχος, το χαμηλό κίνητρο για επαγγελματική εξέλιξη, την ικανότητα ηγεσίας και την κοινωνική απομόνωση.

Ο Rosenberg όρισε την αυτοεκτίμηση ως στάση, που εμπεριέχει το γνωστικό, το συναισθηματικό και το πραξιακό στοιχείο και πίστεψε ότι μπορεί να μετρηθεί. Ο όρος αξιοπρέπεια και σεβασμός του εαυτού συνδέθηκαν με την αυτοεκτίμηση και θεωρήθηκαν αντικειμενικά κριτήρια αξιολόγησης. Η κλίμακα μέτρησης της αυτοεκτίμησης (1965) άνοιξε το δρόμο για χιλιάδες εμπειρικές μελέτες. (Rosenberg, Μ. στο: Παπάνης, Ε., Ελληνική Κοινωνική Έρευνα)

Ο Coopersmith είδε μια σχέση ανάμεσα στην αυτοεκτίμηση και την εμπειρία ή τη συμπεριφορά. Χρησιμοποίησε παραδοσιακές εμπειρικές ψυχολογικές μεθόδους που ενισχύουν ή ελαττώνουν την αυτοεκτίμηση του ατόμου.

Ο ίδιος έγραψε: «Με την αυτοεκτίμηση αναφερόμαστε στην ενδοπροσωπική αξιολόγηση ενός ανθρώπου, η οποία διατηρείται συνήθως αναλλοίωτη και εκφράζει μια πεποίθηση αποδοχής ή αποδοκίμασias. Είναι μια εσωτερικευμένη κριτική για το κατά πόσο κάποιος θεωρείται ικανός, σημαντικός, επιτυχημένος και άξιος. Εν ολίγοις, η αυτοεκτίμηση είναι μια προσωπική πιστοποίηση της αξίας, που εκφράζεται με τις στάσεις για τον εαυτό . Είναι μια υποκειμενική εμπειρία, που το άτομο μεταβιβάζει σε άλλους λεκτικά και μέσω των συμπεριφορών και των επιλογών του.» (Coopersmith, 1967).

Όπως και ο Rosenberg, ανέπτυξε μία κλίμακα αυτοεκτίμησης, που είναι το ευρύτερα χρησιμοποιημένο όργανο αξιολόγησης στην ιστορία αυτού του συγκεκριμένου επιστημονικού πεδίου.

Αυτοεκτίμηση και άτομα με αναπηρία

Το πώς βιώνει ένα ανάπηρο άτομο την αναπηρία του εξαρτάται αφενός μεν από το κατά πόσο το ίδιο δυσκολεύεται να δράσει, λόγω του προβλήματός του, αφετέρου δε από την άποψη που πιστεύει ότι έχουν οι άλλοι (το έμμεσο και το άμεσο περιβάλλον) για το ίδιο και για την αναπηρία του. Έχει συχνά θεωρηθεί ότι τα μέλη ομάδων μειονοτήτων έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση λόγω της χαμηλότερης κατάστασής τους στην κοινωνία. Ωστόσο, αυτή η υπόθεση έχει αντικρουστεί αρκετές φορές και συστηματικά. Κατά τον Barker (Ζώνιου- Σιδέρη, 1996, σ.36) αναπήρων, οι ανάπηροι είναι μια ανομοιογενής ψυχολογική ομάδα που οι ψυχικές τους μεταπτώσεις εξαρτώνται άμεσα από το κοινωνικό περιβάλλον. Επίσης, υποστηρίζει ότι, οι μη ανάπηροι βλέπουν την αναπηρία να οδηγεί σε κοινωνική μείωση, και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να οδηγεί τους αναπήρους σε αυτό-υποτίμηση. Για τον Kunert (Ζώνιου- Σιδέρη, 1996, σ. 36), ο χρόνος εμφάνισης της αναπηρίας παίζει σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη και τη διαμόρφωση της προσωπικότητας του αναπήρου. Επιπλέον σημαντικό ρόλο έχει και η οικογένεια και ειδικότερα η στάση των γονιών απέναντι στα ανάπηρα παιδιά τους.

Επίσης υποστηρίζεται ότι τα προσβαλλόμενα άτομα βλέπουν συχνά την αναπηρία τους ως αιτία για όλες τις στερήσεις που βιώνουν και επομένως η αναπηρία τους λειτουργεί ως δικαιολογία της αποτυχίας τους, καθώς και όλων των κοινωνικών προκαταλήψεων που αντιμετωπίζουν. Βέβαια, η θεωρία αυτή δέχτηκε κριτική από τις οργανώσεις των αναπήρων, οι οποίες υποστηρίζουν ότι δεν είναι μόνο η αναπηρία τους η αιτία για όλες τις στερήσεις αλλά πολύ περισσότερο οι κοινωνικές, εκπαιδευτικές και πολιτικές δομές που τους δημιουργούν επιπλέον στερήσεις.

Αυτό που πρέπει να λαμβάνουμε υπόψη μας είναι ότι ο ανάπηρος δεν είναι εντελώς ανίκανος. Είναι μόνο ένας άνθρωπος που ενδεχομένως δεν τα καταφέρνει σε ορισμένα πράγματα εξίσου καλά με ένα υγιές άτομο. Εξάλλου, και οι μη ανάπηροι, δεν μπορούν να ισχυριστούν ότι μπορούν και τα καταφέρνουν σε όλα. *«Οι μορφές συμπεριφοράς των «κανονικών» δηλαδή των μη αναπήρων, συχνά υπερεκτιμούνται από τους ανάπηρους, λόγω του ότι οι ίδιοι αδυνατούν να τις καταφέρουν»* (Ζώνιου-Σιδέρη, 1996, σ. 40). Στο επίκεντρο της κοινωνικής παρατήρησης (άποψης) δεν πρέπει να είναι, ωστόσο, τι δεν καταφέρνει ο ανάπηρος άνθρωπος αλλά τι καταφέρνει ή το πώς θα αλλάξουν εκείνες οι κοινωνικοπολιτικές δομές που παρεμποδίζουν την ολοκλήρωση των ανάπηρων ανθρώπων ως ισότιμους πολίτες μιας κοινωνίας. Όποιος όμως από τους ανάπηρους δε δέχεται την αναπηρία του και κατά συνέπεια την ομάδα των αναπήρων τότε αδυνατεί να καταφέρει και την ένταξή του στους μη ανάπηρους. Συνέπεια των παραπάνω είναι η ανάπτυξη των συναισθημάτων κατωτερότητας. Αυτά τα συναισθήματα σύμφωνα με τους περισσότερους μελετητές είναι το κυριότερο χαρακτηριστικό των αναπήρων.

Κεφάλαιο 8: ΔΙΑΦΥΛΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ (ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ)

Προσδιορισμός του όρου σεξουαλικότητα

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η σεξουαλικότητα είναι ένα αναπόσπαστο κομμάτι της προσωπικότητας του καθενός, είναι βασική ανάγκη και αποτελεί τη μία πλευρά του να είσαι άνθρωπος, η οποία όμως δεν μπορεί να διαχωριστεί από άλλες πλευρές της ζωής (WHO, 2010). Η σεξουαλικότητα αποτελεί ουσιαστικά ένα πρίσμα μέσα από το οποίο άντρες και γυναίκες αντιλαμβάνονται και ανταποκρίνονται στον κόσμο, και οι πλευρές αυτού του πρίσματος είναι βιολογικές, γενετικές, ιατρικές, εκπαιδευτικές, κοινωνικές, ψυχολογικές, πνευματιστικές, πολιτισμικές και νομικές. Αυτές οι παράμετροι διαφέρουν αναλόγως το πού, πότε και πώς ζει κάποιος, από ποιον ανατρέφεται, και τι θεωρείται σημαντικό για τον ίδιο (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2001).

Η Trieschmann (1988, 159) ορίζει τη σεξουαλικότητα ως «...την έκφραση των σεξουαλικών ενορμήσεων μέσω σεξουαλικών συμπεριφορών, μέσα στο πλαίσιο της προσωπικής ταυτότητας του ατόμου: το φύλο του ατόμου που έχει επηρεαστεί από παρελθοντική πολιτισμική γνώση, την αυτοεικόνα του ατόμου και τις προσδοκίες που έχουν άλλοι για αυτό το άτομο». Η σεξουαλικότητα είναι κάτι παραπάνω από σεξουαλικές συμπεριφορές, περιλαμβάνει και την αυτοεικόνα, αισθήματα, αξίες, πεποιθήσεις, συμπεριφορές, σχέσεις και η αντίληψη της σεξουαλικότητας αλλάζει συνεχώς ως αποτέλεσμα των αλληλεπιδράσεων, εμπειριών, επίσημης και ανεπίσημης εκπαίδευσης (Koller, 2000). Δεν περιλαμβάνει μόνο τις ανατομικές λειτουργίες, αλλά σχετίζεται επίσης με σεξουαλικές γνώσεις, πεποιθήσεις, στάσεις και αξίες (Murphy & Elias, 2006). Η σεξουαλικότητα θα έπρεπε να εντάσσεται σε ένα πλαίσιο που να υπερβαίνει αυτό του γενετήσιου σεξ και να περιλαμβάνει και κοινωνικοποίηση βάση του φύλου, τη φυσική ωρίμανση, τη συνείδηση και την εικόνα του σώματος, την αυτοφροντίδα, τις κοινωνικές σχέσεις, τις μελλοντικές και κοινωνικές φιλοδοξίες, τη λήψη αποφάσεων, και την προσωπική ηθική του καθενός (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2011, Murphy & Elias, 2006). Η σεξουαλική ανάπτυξη είναι μία πολυδιάστατη διαδικασία, στενά συνδεδεμένη με τις βασικές ανθρώπινες ανάγκες του να είναι κάποιος αρεστός και αποδεκτός, να δέχεται και να επιδεικνύει στοργή, να αισθάνεται ελκυστικός και να λαμβάνει εκτίμησης, να μοιράζεται σκέψεις και αισθήματα (Murphy & Elias, 2006).

Στάδια ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης ατόμου

Σύμφωνα με την Κοντοπούλου (2007) η σεξουαλική ανάπτυξη χωρίζεται σε περιόδους ανάλογες των σεξουαλικών δραστηριοτήτων που την κινητοποιούν κάθε φορά.

Αρχικά οι σεξουαλικές δραστηριότητες κινητοποιούνται με στόχο τη διατήρηση της ζωής και την θρέψη και επικεντρώνονται στην στοματική περιοχή που αποτελεί πηγή ικανοποίησης. Συχνά παρατηρείται ρυθμικό τράβηγμα ή άγγιγμα του στόματος, κινήσεις που αποτελούν αυτοερωτικές εκφράσεις της σεξουαλικότητας

Το δεύτερο με τρίτο χρόνο της ζωής του παιδιού, η πρωκτική περιοχή αποκτά ερωτογενή χαρακτηριστικά, λόγω της ανατομικής της θέσης και της σημασίας που της δίνεται από το περιβάλλον στον έλεγχο των σφιγκτήρων. Στο στάδιο αυτό κυριαρχεί ο ανταγωνισμός ενεργητικότητας-παθητικότητας με την αντίθεση η την υποταγή στις παραινέσεις των γονέων.

Η αντίθεση του αρσενικού-θηλυκού εμφανίζεται στη φαλλική περίοδο, όταν η γεννητική περιοχή γίνεται το επίκεντρο της σεξουαλικότητας και βασική πηγή ικανοποίησης, κυρίως με τον αυνανισμό. Στη φάση αυτή, τα παιδιά διαπιστώνουν τις ανατομικές διαφορές των δύο φύλων και ανησυχούν για την επάρκεια των γεννητικών τους οργάνων καθώς τα συγκρίνουν με το αντίθετο φύλο. Στην φαλλική περίοδο, που χαρακτηρίζεται από το οιδιπόδειο σύμπλεγμα, οι σχέσεις με τον γονέα αποκτούν έντονα ερωτική επένδυση. Η ενοχοποίηση που προκαλούν τα αιμομικτικά συναισθήματα δημιουργούν μία σύγκρουση που επιλύεται με την ταύτιση του παιδιού με τον έναν γονιό του ίδιου φύλου και την μετατόπιση του ερωτικού ενδιαφέροντος σε άλλα αντικείμενα.

Στην λανθάνουσα περίοδο, που συμπίπτει με την σχολική ηλικία, οι εναλλακτικές ταυτίσεις με άλλα πρόσωπα και η μετουσίωση της ερωτικής ενόρμησης διευκολύνουν την εξεύρεση εναλλακτικών πηγών ικανοποίησης και την κοινωνικοποίηση του ατόμου.

Μετά τα δέκα χρόνια, ο προβληματισμός γύρω από την σεξουαλικότητα γίνεται πάλι έντονος και προσανατολίζεται σε εξωτερικά αντικείμενα. Στην ηλικία αυτή κρατάει το παιδί μια απόσταση από το άλλο φύλο μέχρι την εφηβεία.

Στην περίοδο της εφηβείας εμφανίζεται η γενετήσια σεξουαλικότητα. Η αναζήτηση ηδονής είναι έντονη και εκτονώνεται κυρίως με το αυνανισμό η με σχετικές φαντασιώσεις όταν κάποιοι παράγοντες την αναστέλλουν.

Σύμφωνα με την Εμμανουηλίδου (2007) υπάρχουν τα έξι στάδια σεξουαλικής ανάπτυξης όσον αφορά την κοινωνική-συμπεριφορική του διάσταση:

Από την βρεφική ηλικία ξεκινά η κοινωνικοποίηση με τις πρώτες ανθρώπινες σχέσεις να διαμορφώνονται. Η πρώτη σχέση είναι αυτή με τη μητέρα η οποία με την φροντίδα της θέτει τις βάσεις για υγιείς μελλοντικές σχέσεις. Οι θετικές εμπειρίες από αυτή την ηλικία καλλιεργούν το αίσθημα της εμπιστοσύνης στο παιδί και τις προϋποθέσεις για την ομαλή κοινωνικοποίηση και σεξουαλική του ανάπτυξη.

Κατά την νηπιακή ηλικία το παιδί αρχίζει να αναγνωρίζει το φύλο του. Σε αυτό το στάδιο της σεξουαλικής ανάπτυξης το νήπιο αρχίζει να μαθαίνει τον ρόλο του ως αγόρι ή κορίτσι, μπορεί να ονομάσει διάφορα σημεία του σώματος του και αποκτά τον έλεγχο των σφιγκτήρων του.

Κατά την διάρκεια της προσχολικής ηλικίας ενισχύεται η ταυτότητα του φύλου καθώς και οι ρόλοι που αυτή συνεπάγεται. Σε αυτή την ηλικία ξεκινά η συναναστροφή με τους συνομηλίκους μέσω του παιχνιδιού και ενθαρρύνεται η κοινωνική αλληλεπίδραση με άλλα πρόσωπα. Ακόμα ξεκινάει η λογική σκέψη, και πολλά προβλήματα συμπεριφοράς στα επόμενα χρόνια έχουν την βάση τους σε κακές γονεϊκές τακτικές αυτής της περιόδου.

Η σχολική ηλικία είναι το στάδιο εκείνο της ανάπτυξης κατά το οποίο τα παιδιά καλλιεργούν και βελτιώνουν τις κοινωνικές τους δεξιότητες. Είναι η ηλικία της στροφής από την ομφαλοσκόπηση στην εξερεύνηση του περιβάλλοντος κόσμου. Οι κυριότερες σχέσεις είναι αυτές με τους συνομηλίκους του ίδιου φύλου στους οποίους το παιδί αναζητά στήριξη, αλληλεπίδραση και πληροφόρηση. Στα σχολικά χρόνια τα παιδιά ανταλλάσσουν και συγκρίνουν απόψεις τόσο για άλλα θέματα όσο και για σεξουαλικά ζητήματα. Αυτό είναι το στάδιο κατά το οποίο η λογική σκέψη και η ικανότητα για μάθηση αυξάνουν κατά πολύ.

Η πρώτη εφηβεία περιλαμβάνει τις ηλικίες από τα 11 έως και τα 13. Είναι το στάδιο εκείνο της ψυχολογικής ανάπτυξης κατά το οποίο ο έφηβος ασχολείται με το ταχέως μεταβαλλόμενο σώμα του. Στην ηλικία αυτή είναι πολύ σημαντική η εμφάνιση, και σπανίως οι έφηβοι είναι ευχαριστημένοι με την εικόνα του εαυτού τους. Αυτή είναι η φάση κατά την οποία ξεκινά η συμβολική απομάκρυνση από το οικιακό περιβάλλον και η ανεξαρτητοποίηση. Ισχυρή είναι η επιρροή των

συνομηλίκων με τους οποίους οι έφηβοι διαμορφώνουν και εδραιώνουν φιλίες, κυρίως με άτομα του ίδιου φύλου. Η σύγκριση με τους συνομηλίκους είναι συνεχής και οι έφηβοι δεν θέλουν να διαφέρουν από αυτούς. Τώρα είναι η εποχή της έναρξης της αφηρημένης σκέψης, της ενίσχυσης της λογικής σκέψης και του πολλαπλασιασμού της ικανότητας για μάθηση. Ο έφηβος στο στάδιο αυτό ζει για το σήμερα και αδυνατεί να συλλάβει τις μελλοντικές επιπτώσεις που θα έχει μια ανεύθυνη και επιπόλαιη συμπεριφορά. Έχει μαγική σκέψη και παρορμητικότητα και πιστεύει ότι θα παραμείνει αλώβητος από τον κίνδυνο. Καθώς προχωρά η προσαρμογή στις σωματικές αλλαγές της ήβης, ο έφηβος ξεκινά να έχει περιέργεια για σεξουαλικά ζητήματα και μπορεί να αρχίσει να αυνανίζεται. Πιθανός είναι και ο ομοφυλοφιλικός πειραματισμός.

Μετά την πρώτη εφηβεία ακολουθεί η μέση εφηβεία (14-17 ετών). Η μέση εφηβεία χαρακτηρίζεται από την αναζήτηση και την απόκτηση της σεξουαλικής ταυτότητας και την συναναστροφή με τα άτομα του άλλου φύλου. Κατά την περίοδο αυτή ο έφηβος αποκτά μεγαλύτερη οικειότητα και άνεση με την σεξουαλικότητα του, εκφράζει τα αισθήματα του με κατάλληλο τρόπο και δέχεται πιο εύκολα το σεξουαλικό ενδιαφέρον των ατόμων του άλλου φύλου. Συχνά ξεκινά τις πρώτες του ετεροφυλοφιλικές ρομαντικές σχέσεις και σεξουαλικές εμπειρίες. Η ανάγκη για ανεξαρτητοποίηση είναι σαφώς μεγαλύτερη, αν και δεν έχει επέλθει τελείως η αποκόλληση από το οικογενειακό περιβάλλον. Η έννοια της φιλίας είναι πολύ αναπτυγμένη όπως και η έντονη αναζήτηση στήριξης και καθοδήγησης από τους συνομηλίκους. Η νοητική ικανότητα αυξάνεται κατά πολύ και είναι αυξημένη η τάση για φαντασιώσεις και για ταυτοποίηση με μη γονεϊκά πρότυπα ενηλίκων. Σε αυτή την ηλικία ενισχύεται ο αλτρουισμός.

Η όψιμη εφηβεία είναι το τελευταίο στάδιο πριν την ενηλικίωση. Είναι η εποχή της τέλει ανεξαρτητοποίησης από τους γονείς και της διευθέτησης όλων των αναζητήσεων και της αναταραχής των προηγούμενων σταδίων. Σε αυτό το στάδιο ο έφηβος και ο νεαρός ενήλικος έχουν ολοκληρώσει την σωματική τους ανάπτυξη, έχουν αποδεχτεί την εικόνα του εαυτού τους και τον ρόλο ανάλογα με το φύλο τους. Μεγάλο χρόνο τους απορροφά η ακαδημαϊκή τους πορεία και η έναρξη της καριέρας τους. Σε αυτή την φάση διαμορφώνουν ώριμες σχέσεις με ένα σημαντικό άλλο πρόσωπο με το οποίο μοιράζονται όνειρα και προσδοκίες.

Σεξουαλική αυτοεκτίμηση

Ο όρος «σεξουαλική αυτοεκτίμηση» έχει χρησιμοποιηθεί κατά καιρούς από πολλούς ερευνητές με σκοπό να περιγράψει την αίσθηση του εαυτού μας ως σεξουαλικά όντα, που κυμαίνεται από σεξουαλικά ελκυστική έως μη ελκυστική και από σεξουαλικά ανταγωνιστική έως μη ανταγωνιστική (Kathleen S. Mayers, Ph.D.,^{1,4} Daniel K. Heller, B.A.,² and Jessica A. Heller, M.D.). Η σεξουαλική αυτοεκτίμηση μπορεί να θεωρηθεί ως η αξία που τοποθετεί κάποιος στον εαυτό του, περιλαμβάνοντας έννοιες όπως η σεξουαλική ταυτότητα και οι αντιλήψεις σεξουαλικής αποδοχής.

Ο όρος «σεξουαλική αυτοεκτίμηση» εμφανίστηκε στη βιβλιογραφία και αναδείχθηκε μέσα από γυναικεία κυρίως θέματα, όπως θέματα βάρους, σεξουαλικών τραυμάτων, ψυχολογίας ενηλίκων και αναπηρίας. Οι Anderson και Cyranowski το 1994, όρισαν τη σεξουαλική αυτοεκτίμηση ως «τις σεξουαλικές πτυχές που προκύπτουν από προηγούμενες εμπειρίες, χαρακτηρίζουν την τωρινή εμπειρία, επηρεάζουν την πρόσληψη των σχετικών με τη σεξουαλικότητα κοινωνικών πληροφοριών και καθοδηγούν τη σεξουαλική μας συμπεριφορά» (Anderson, B. L. and Cyranowski, J. M. “Women’s Sexual Self-schema.” *Journal of Personality and Social Psychology*, 1994;67:1079–1100). Επίσης, τόνισαν ότι η σεξουαλική αυτοεκτίμηση έχει πολλές συνιστώσες όπως τάση του ατόμου να βιώνει έντονα, ερωτικά συναισθήματα, συμπεριφορική δεκτικότητα σε σεξουαλικές εμπειρίες αλλά και αμηχανία και συντηρητισμός.

Η Meyer το 1994 χρησιμοποίησε τον όρο «σεξουαλική αυτοεκτίμηση» στα πλαίσια συζήτησής της με γυναίκες με προβλήματα βάρους και τόνισε ότι «πρέπει να δουλέψουν σκληρά για να αναζωπυρώσουν τη σχέση με το σύντροφό τους για να νιώσουν κοινωνικά αποδεκτές» (Meyer, 1994).

Οι Snell et al. το 1993 ανέφεραν ότι η σεξουαλική αυτοεκτίμηση είναι η θετική στάση αλλά και εμπιστοσύνη απέναντι στον εαυτό μας, όταν βιώνουμε τη σεξουαλικότητά μας σε έναν ικανοποιητικό βαθμό. Επίσης, σύμφωνα με τους Giordano & Rush το 2010, η σεξουαλική αυτοεκτίμηση συμβάλλει τόσο στις διαπροσωπικές σχέσεις όσο και στην ανάπτυξη μιας υγιούς σεξουαλικής ζωής.

Τέλος, πολύ ερευνητές όπως οι Oattes & Offman το 2007 και Zeanah & Schwarz το 1996, υποστήριξαν ότι η σεξουαλική αυτοεκτίμηση, εξαιτίας της ιδιαιτερότητάς

της, είναι καλύτερο να την προσεγγίσουμε στα πλαίσια των σεξουαλικών μας σχέσεων. Επίσης, ύστερα από έρευνες αποδείχτηκε ότι η σεξουαλική αυτοεκτίμηση σχετίζεται θετικά με την σεξουαλική ικανοποίηση (Me'nard & Offman, 2009) και αρνητικά με τις διάφορες σεξουαλικές δυσλειτουργίες, όπως σεξουαλικός πόνος (Gates & Galask, 2001).

Σεξουαλικό άγχος

Το σεξουαλικό άγχος ορίζεται ως η τάση του ατόμου να βιώνει ένταση, ενόχληση και ανησυχία για τη σεξουαλική του ζωή (Snell et al., 1993). Θα περίμενε κανείς το άγχος να σχετίζεται αρνητικά με τη φυσιολογική σεξουαλική διέγερση και απόλαυση αλλά τα αποτελέσματα των εμπειρικών ερευνών είναι συγκεχυμένα (van den Hout & Barlow, 2000). Ορισμένοι ερευνητές απέδειξαν πειραματικά ότι το προκαλούμενο άγχος επηρεάζει αρνητικά τη γυναικεία σεξουαλική διέγερση (αλλά μόνο όταν υπάρχουν και συνοδά προβλήματα) (Elliott & O'Donohue, 1997). Άλλοι πάλι ερευνητές (Palace & Gorzalka, 1990) απέδειξαν την αύξηση της φυσιολογικής σεξουαλικής διέγερσης και μείωση της υποκειμενικής σεξουαλικής διέγερσης υπό συνθήκες αυξανόμενου άγχους. Ωστόσο, χρησιμοποιώντας μέτρα αυτοαναφοράς, το σεξουαλικό άγχος έχει συσχετιστεί με χαμηλότερα επίπεδα σεξουαλικής ευχαρίστησης (Birnbbaum & Gillath, 2006). Όσον αφορά στους παράγοντες συσχέτισης, έρευνες έχουν αποδείξει ότι τα άτομα με άγχος παρουσιάζουν συνοδευτικά και σεξουαλικό άγχος (Davis et al., 2006) και μεγαλύτερη σεξουαλική ενοχή και αναστάτωση (Birnbbaum, 2007). Παρόλο που ορισμένα άτομα τείνουν να απενεργοποιούν ή να ελαχιστοποιούν τα αρνητικά τους συναισθήματα (Mikulincer & Shaver, 2007), το άγχος συσχετιζόμενο με την αποφυγή συντελεί στη δημιουργία απογοήτευσης και αρνητικών σκέψεων (Birnbbaum et al., 2006).

Όσον αφορά στο συσχετισμό του σεξουαλικού άγχους με παράγοντες όπως η σεξουαλική αυτοεκτίμηση και ικανοποίηση, ευρήματα ερευνών μας υποδεικνύουν ότι υπάρχει στενή σχέση των παραπάνω παραμέτρων. Για παράδειγμα, σε έρευνα των Brassard et al. αποδείχτηκε ότι η χαμηλή σεξουαλική αυτοεκτίμηση του ατόμου σχετίζεται άμεσα με τα υψηλότερα επίπεδα σεξουαλικού άγχους και χαμηλότερα επίπεδα σεξουαλικής ικανοποίησης (Brassard et al., 2013). Επίσης, όπως διαπιστώθηκε σε προηγούμενες έρευνες, τα ανήσυχα άτομα θεωρούν τον εαυτό τους

λιγότερο ικανό να ανταπεξέλθει σε μία πιθανή σεξουαλική συνεύρεση (Feeney et al., 2000) και έχουν την τάση να ανησυχούν για τη σεξουαλική τους επίδοση (Birnbau, 2007). Μπορούν επίσης να ανησυχούν ότι οι σύντροφοί τους θα συνάψουν σχέσεις με άλλους εταίρους (Schachner & Shaver, 2002). Ως αποτέλεσμα, οι γυναίκες κυρίως, όταν αναλώνονται σε αυτές τις αρνητικές σκέψεις και συναισθήματα, σε συνδυασμό με την ανικανότητά τους να ρυθμίσουν τα αρνητικά τους συναισθήματα, επηρεάζουν αρνητικά τη σεξουαλική τους επιθυμία και διέγερση και έτσι δυνητικά περιορίζεται η ικανότητά τους να απολαύσουν το σεξ και να φτάσουν σε οργασμό (Dewitte, 2012).

Σεξουαλική ικανοποίηση

Η σεξουαλικότητα αποτελεί ένα ολόκληρο κομμάτι της ανθρώπινης ύπαρξης και παίζει σημαντικό ρόλο στη διατήρηση και βελτίωση της ποιότητας ζωής για ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού. Η ικανοποιητική σεξουαλική ζωή είναι βασικό στοιχείο της συνολικής υγείας και ευτυχίας για πολλούς ανθρώπους, καθώς η σεξουαλικότητα παίζει καθοριστικό ρόλο στις διαπροσωπικές μας σχέσεις και είναι μια από τις σημαντικότερες πλευρές της συνολικής συναισθηματικής και σωματικής μας υγείας (Bridges, Lease, & Ellison, 2004). Η National Commission on Adolescent Health υποστηρίζει ότι ένας από τους σημαντικότερους στόχους των νεαρών ενηλίκων είναι η επίτευξη μιας υγιούς αίσθησης της σεξουαλικότητας, το οποίο περιλαμβάνει θετικά συναισθήματα όσον αφορά στη σεξουαλικότητα (σεξουαλική ικανοποίηση) και η ενθάρρυνση ώριμων, συνειδητοποιημένων σχέσεων και παράλληλα την ανάπτυξη υγιούς σεξουαλικής λήψης αποφάσεων (Auslander, Rosenthal, Fortenberry, Biro, Bernstein, & Zinet, 2007; Haffner, 1995).

Πιο συγκεκριμένα, η σεξουαλική ικανοποίηση έχει οριστεί ως μια πολυδιάστατη εμπειρία που περιλαμβάνει σκέψεις, αισθήματα, προσωπικές και κοινωνικο-πολιτισμικές στάσεις και πεποιθήσεις, συνδιασμένες με βιολογικούς παράγοντες (Gil, 2007). Η αίσθηση της απόλαυσης στην σεξουαλική ζωή του καθενός ποικίλει δεδομένου ότι η σεξουαλική ικανοποίηση μπορεί να συσχετίζεται με προηγούμενες σεξουαλικές εμπειρίες, τρέχουσες προσδοκίες και μελλοντικές προθέσεις. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι οι ισχυρότεροι προγνωστικοί δείκτες της σεξουαλικής ικανοποίησης περιλαμβάνουν τη συνολική ικανοποίηση από τις σχέσεις (Byers, Demmon, & Lawrance, 1998; Sprecher, 2002), δέσμευση,

σταθερότητα (Perrone & Worthington, 2001), συζυγική ποιότητα (Young, Denny, Luquis, & Young, 1998; Young, Denny, Young, & Luquis, 2000), έναρξη συνεργασίας και επικοινωνία (Bridges et al., 2004).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 2010 (WHO, 2010), η σεξουαλική ικανοποίηση θεωρείται ένα από τα σημαντικότερα συστατικά της σεξουαλικής υγείας, σεξουαλικό δικαίωμα και αποτέλεσμα της σεξουαλικής ευεξίας. Επίσης, το 2004 οι Sprecher & Cate, στην έρευνά τους για την ποιότητα των σχέσεων, χαρακτήρισαν τη σεξουαλική ικανοποίηση ως «βαρόμετρο για την ποιότητα μιας σχέσης». Η σεξουαλική ικανοποίηση μελετώμενη επίσης στα πλαίσια των ετεροφυλόφιλων σχέσεων, συσχετίζεται με τη σεξουαλική λειτουργία (Frank, Anderson, & Rubinstein, 1978; Heinman et al., 2011), τη σεξουαλική συχνότητα (Baumeister, Catanese, & Vohs, 2001; McNulty & Fisher, 2008; Smith et al., 2011), τη σεξουαλική επικοινωνία (Byers, 2011), την ικανοποίηση από τις σχέσεις (Sprecher, Christopher, & Cate, 2006), την ασεξουαλική σωματική οικειότητα (Heiman et al., 2011) και τη συναισθηματική οικειότητα (Rubin & Campbell, 2012).

Όσον αφορά στους παράγοντες που συνδέονται άμεσα με τη σεξουαλική ικανοποίηση, υπάρχουν αρκετές σχετικές έρευνες. Πιο συγκεκριμένα, το 2003 ο Leopold διεξήγαγε έρευνα σύμφωνα με την οποία η αυτοαντίληψη για την εικόνα του σώματός μας αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τη σεξουαλική ικανοποίηση των γυναικών. Τα ευρήματα της έρευνας του επαληθεύτηκαν και από παρόμοια έρευνα των Holt και Lyness το 2007, στην οποία αποδείχθηκε ότι υπάρχει σαφής θετική σχέση μεταξύ εικόνας σώματος και σεξουαλικής ικανοποίησης τόσο στις γυναίκες όσο και στους άντρες. Σε πρόσφατη έρευνα των Huang, Lee και Chang το 2007, τονίστηκε ότι η συμμετοχή σε συχνή φυσική άσκηση επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής, στα πλαίσια της βελτίωσης της σωματικής και ψυχολογικής υγείας αλλά και της σεξουαλικής ικανοποίησης.

Κεφάλαιο 9: ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

Περιγραφή

Στην ανάπτυξη μιας αρμονικής σεξουαλικής ζωής σε άτομα με αναπηρίες, πρωτεύοντα ρόλο παίζουν διάφορες κοινωνικές δεσμεύσεις, όπως είναι οι συνήθειες και οι στάσεις της κοινωνίας απέναντι στους αναπήρους από τη μια και η ανασφάλεια των ίδιων των αναπήρων από την άλλη, ακολουθούμενες από τις δυσκολίες ως προς την επικοινωνία, τόσο στο συναισθηματικό και ψυχικό επίπεδο όσο και στο φυσικό περιβάλλον, δηλαδή στο περιβάλλον της εργασίας και της κατοικίας.

Ο βαθμός στον οποίο οι δεσμεύσεις αυτές γίνονται εμπόδια για τη δημιουργία μιας φυσιολογικής σεξουαλικής ζωής εξαρτάται αφενός μεν από την ιδιαιτερότητα της αναπηρίας (για παράδειγμα αν η σωματική αναπηρία είναι μεγάλου βαθμού, υπάρχουν δυσκολίες ως προς τη μετακίνηση έστω και σε μικρές αποστάσεις, αλλά και γενικότερα αν υπάρχουν δυσκολίες στην επικοινωνία), αφετέρου δε από την εν γένει στάση της κοινωνίας μας απέναντι στους ανθρώπους αυτούς. Είναι γεγονός ότι το μεγαλύτερο μέρος των ατόμων που μας περιβάλλουν έχει όχι μόνο έλλειψη γνώσεων και εμπειρίας, αλλά και εν γένει έλλειψη κοινωνικότητας όσον αφορά στα ανάπηρα άτομα.

Αν και η δυνατότητα έκφρασης της σεξουαλικότητας αποτελεί θεμελιώδες δικαίωμα του ανθρώπου (Γιαννακόπουλος, 2006), η μελέτη της σεξουαλικότητας των ατόμων με αναπηρία είναι ένας κλάδος ιδιαίτερα παραμελημένος. Από τη μία, το μόνο υλικό που έχουμε στη διάθεσή μας, είναι οι εμπειρικές έρευνες πάνω στο θέμα και από την άλλη, παρά το γεγονός ότι παρατηρείται πληθώρα δημοσιευμάτων για τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, δεν υπάρχει αρκετή βιβλιογραφία για τη σεξουαλικότητα των αναπήρων. Αυτό αφορά τόσο τα επιστημονικά όσο και τα προεπιστημονικά δημοσιεύματα. Ωστόσο, στη συνέχεια θα γίνει μια προσπάθεια επισκόπησης ερευνών πάνω σε θέματα διαφυλικών σχέσεων ατόμων με αναπηρία.

Επισκόπηση ερευνών

Προβλήματα όρασης και σεξουαλικότητα

Σύμφωνα με ένα σύνολο ερευνών που υποστηρίζουν ότι τα άτομα με προβλήματα όρασης παρουσιάζουν αποκλίσεις στη σεξουαλική τους ζωή σε σχέση με το γενικό πληθυσμό λόγω της μειονεξίας τους, η έρευνα των Kef το 1999 και Kef et al. το 2004 απέδειξε με τη σειρά της ότι τα άτομα με προβλήματα όρασης μπορεί να αντιμετωπίσουν προβλήματα επικοινωνίας με τον έξω κόσμο και αυτό μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την κοινωνική και σεξουαλική τους ανάπτυξη. Επίσης, σύμφωνα με έρευνα του Davies το 1996, το να είσαι τυφλός, έχει ως αποτέλεσμα δυσκολίες στην οπτική επαφή, έλλειψη οπτικών ερεθισμάτων όσον αφορά στην εμφάνιση και τη συμπεριφορά, δυσκολία στην ερμηνεία της συμπεριφορά των άλλων, μειωμένη ευκαιρία μίμησης της εμφάνισης και συμπεριφοράς και μειωμένη κινητικότητα. Επίσης, έρευνες όπως των Sacks & Wolffe το 1998 και Huurre & Aro το 1998 συγκρίνοντας τις κοινωνικές δραστηριότητες και σχέσεις των τυφλών ατόμων με αυτές του γενικού πληθυσμού, διαπίστωσαν ότι οι τυφλοί περνούσαν περισσότερο από το χρόνο τους μόνοι τους, είχαν λιγότερους φίλους και μικρότερες κοινωνικές δικτύσεις και κυρίως οι νεαροί άντρες. Επίσης, όσον αφορά στη διατήρηση των κοινωνικών τους σχέσεων, έπρεπε να υποδείξουν μεγαλύτερο ζήλο. Τέλος, οι κοινωνικές τους δεξιότητες ήταν αναπτυγμένες σε μικρότερο βαθμό και το ποσοστό των τυφλών ατόμων που δεν είχαν βγει ποτέ ραντεβού ήταν σαφώς μεγαλύτερο απ' ότι αυτό των βλεπόντων.

Σε αντίθεση με τα παραπάνω, έρχονται έρευνες όπως αυτή του Holmes το 1976 που υποδηλώνει ότι τα άτομα με προβλήματα όρασης έχουν τα ίδια ενδιαφέροντα όσον αφορά στη σεξουαλικότητα, όπως και οι βλέποντες. Τους αφορούν άμεσα ζητήματα όπως η σύναψη διαπροσωπικών σχέσεων, η προσωπική τους ταυτότητα, η κληρονομικότητα αλλά και η αναπαραγωγή σε ένα πρώτο στάδιο. Σε επόμενο στάδιο ο γάμος, η δημιουργία σπιτιού, η αγάπη, η υπευθυνότητα, η αντισύλληψη αλλά και η πιθανότητα μετάδοσης του μειονεκτηματός τους στους απογόνους τους είναι γι' αυτούς πρώτιστης σημασίας. Επίσης, όσον αφορά στη σεξουαλική συμπεριφορά αλλά και εκπαίδευση των τυφλών ατόμων, δε διαφέρει από αυτή των βλεπόντων (De Graaf et al., 2005). Τέλος σε έρευνα των Kef & Bos το

2006 αναφέρθηκε ότι τα άτομα με προβλήματα όρασης είχαν αρκετές γνώσεις πάνω σε ζητήματα της σεξουαλικής τους ζωής, τις οποίες τις απέκτησαν κυρίως από τους γονείς και τους δασκάλους τους, ήταν εξοικειωμένοι με σεξουαλικές συμπεριφορές, είχαν υψηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης και είχαν αποδεχτεί την αναπηρία τους σε ικανοποιητικό βαθμό.

Προβλήματα ακοής και σεξουαλικότητα

Σύμφωνα με τον Bounds το 1987, οι κωφοί έχουν λιγότερες γνώσεις πάνω σε θέματα σεξουαλικής φύσεως απ' ό τι ο γενικός πληθυσμός. Το ίδιο υποστήριξαν και στις έρευνές του οι Grossman το 1972, Jones & Badger το 1991 αλλά και Luckner & Gonzales το 1993. Το 1986 σε έρευνά τους οι Tripp & Kahn τόνισαν ότι τα παιδιά και οι νέοι που αντιμετωπίζουν προβλήματα ακοής έχουν ουσιαστική έλλειψη σε γνώσεις σχετικές με την ανθρώπινη ανατομία, τον έλεγχο των γεννήσεων, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, τα συναισθήματα, τις ευθύνες σε μια σχέση αλλά και την πρόληψη του ιού του AIDS. Το μεγαλύτερο ωστόσο πρόβλημα που αναδύεται μέσα από σχετικές έρευνες και σχετίζεται με τα ευρήματα των παραπάνω ερευνών, είναι το πρόβλημα επικοινωνίας των κωφών ατόμων που τους οδηγεί κατά τους Fitz- Gerald «σε κοινωνική απομόνωση και μείωση των παρεχόμενων πληροφοριών σχετικών με τη σεξουαλικότητα» (Fitz- Gerald D., Fitz- Gerald M., 1977). Προχωρούν επίσης και τονίζουν ότι ένας από τους λόγους που εξηγεί την έλλειψη γνώσεων σεξουαλικής φύσεως από τους κωφούς είναι η ελλιπής και μη σωστά οργανωμένη σεξουαλική τους εκπαίδευση (Fitz- Gerald D., Fitz- Gerald M., 1977). Την ίδια άποψη φαίνεται να έχουν και οι Mindel & Vernon το 1971 οι οποίοι αποδίδουν την αποτυχία της παρεχόμενης σεξουαλικής εκπαίδευσης στη λανθασμένη οργάνωση της διδασκαλίας, η οποία στηρίζεται στην παροχή των πληροφοριών γραπτά, κάτι το οποίο αντενδείκνυται στην περίπτωση των κωφών μαθητών καθώς παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα αναγνωστικής κατανόησης απ' ό τι ο υπόλοιπος πληθυσμός.

Ωστόσο, συναντούμε και έρευνες όπως αυτή του Johnson το 1975 που υποστηρίζουν ότι η έμφαση θα πρέπει να δοθεί όχι στην κατάσταση της αναπηρίας στην οποία βρίσκεται ο κωφός ή ο κάθε ανάπηρος αλλά στην ατομικότητα αυτών που επιθυμούν να εκφράσουν τη σεξουαλικότητά τους, ανεξάρτητα από την κατάσταση στην οποία βρίσκονται. επίσης, αναφέρεται ότι η σεξουαλικότητα των κωφών δε διαφέρει σε τίποτα από αυτή του γενικού πληθυσμού καθώς η συμπεριφορά μπορεί

να χαρακτηριστεί σωστή ή όχι ανάλογα με το περιεχόμενο που τις δίνουμε και της οπτικής γωνίας απ' όπου την εξετάζουμε.

Κινητικές-σωματικές αναπηρίες και σεξουαλικότητα

Κάποιες καταστάσεις υπεύθυνες για σωματικές αναπηρίες, όπως κακώσεις του νωτιαίου μυελού ή πολλαπλή σκλήρυνση, μπορεί να οδηγήσουν σε δυσκολία επίτευξης και διατήρησης της στύσης, μειωμένη κολπική λίπανση, μειωμένη σεξουαλική ευχαρίστηση και μειωμένο οργασμό (McCabe, McDonald, Deeks, Vowels, & Cobain, 1996; Sipski, 1991). Τέτοιου είδους προβλήματα μπορεί να επηρεάσουν τη σεξουαλική συμπεριφορά, τη σεξουαλική αυτοεκτίμηση και τη σεξουαλική ικανοποίηση, τουλάχιστον ορισμένων ατόμων (Donelson, 1998; Nosek et al., 1996).

Ωστόσο, δεν έχει υπάρξει μια μεγάλης κλίμακας μελέτη που να εξέτασε ένα ευρύ φάσμα της σεξουαλικής ανταπόκρισης μεταξύ των ατόμων με σωματική αναπηρία σε σύγκριση με τα ευρήματα από μια μη ανάπηρη ομάδα ελέγχου. Επίσης, υπάρχουν πολλά πρακτικά και κοινωνικά εμπόδια που εμποδίζουν τη σεξουαλική έκφραση των ατόμων με αναπηρίες. Για παράδειγμα, η μειωμένη κινητικότητα έχει αποδειχτεί ότι παρεμποδίζει τη σεξουαλική έκφραση των ατόμων με φυσικές αναπηρίες, αλλά και ότι αναπηρίες όπως νωτιαία μυϊκή ατροφία και άλλες νευρομυικές παθήσεις, είναι πιθανόν να οδηγήσουν σε μείωση της κινητήριας δύναμης για αυνανισμό ή πρόκληση επαρκούς σεξουαλικής ευχαρίστησης στο σύντροφο τους (Taleporos, 2001). Η εξάρτηση επίσης από άλλους για αυτοσυντήρηση μπορεί να οδηγήσει σε περιορισμό της σεξουαλικής έκφρασης του ανάπηρου ατόμου, εξαιτίας έλλειψης προσωπικών στιγμών αλλά και της υπερπροστατευτικότητας των γονιών του (Bach & Bardach, 1997; Knight, 1983; Taleporos, 2001). Το αποτέλεσμα των παραπάνω κοινωνικών και πρακτικών εμποδίων στην σεξουαλική έκφραση και τη σεξουαλική αυτοεκτίμηση απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση.

Από έρευνες έχει αποδειχτεί ότι τα άτομα με φυσικές αναπηρίες έχουν περιορισμένη σεξουαλική ζωή. Για παράδειγμα, η έρευνα των MacDougal και Morin το 1979, πάνω σε θέματα σεξουαλικών στάσεων και συμπεριφορών, που είχε ως δείγμα 45 εκ γενετής ανάπηρους ενήλικες, απέδειξε ότι σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες ήταν ανύπαντροι και ότι σχεδόν οι μισοί δεν είχαν συνάψει ερωτική σχέση με άλλο

άτομο (MacDougal & Morin, 1979). Επίσης, σε έρευνα αποδείχθηκε ότι οι γυναίκες με αναπηρίες ήταν λιγότερο ευχαριστημένες από τις ευκαιρίες τους για ραντεβού, ένιωθαν λιγότερο ελκυστικές και αντιμετώπιζαν περισσότερα κοινωνικά και προσωπικά εμπόδια σε πιθανό ραντεβού με κάποιον άντρα, σε σχέση πάντα με αυτές χωρίς αναπηρία (Rintala et al., 1997). Σύμφωνα με το Nosek το 1996, παρόλο που η βαρύτητα της αναπηρίας δε φάνηκε να συσχετίζεται με τη σεξουαλική δραστηριότητα, οι γυναίκες με αναπηρία είχαν χαμηλότερα επίπεδα σεξουαλικής δραστηριότητας και σεξουαλικής ικανοποίησης, σε σύγκριση με τις μη ανάπηρες (Nosek et al., 1996). Παρόμοια αποτελέσματα είχαν και άλλες έρευνες, όπως των Donelson το 1998 και Silvers το 1997, σύμφωνα με τις οποίες οι άνθρωποι με αναπηρίες παρουσίαζαν χαμηλότερα επίπεδα σεξουαλικής αυτοεκτίμησης και υψηλότερα σεξουαλικής κατάθλιψης απ' ότι οι άνθρωποι χωρίς αναπηρίες.

Ωστόσο, σε αντίθεση με τα ευρήματα των παραπάνω ερευνών έρχονται οι έρευνες που υποστηρίζουν ότι οι άνθρωποι με αναπηρίες δεν παρουσιάζουν κάποια απόκλιση ή διαφορετικότητα στη σεξουαλικότητά τους σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Για παράδειγμα, οι White, Rintala, Hart και Fuhrer το 1993 σε έρευνά τους, απέδειξαν ότι το 83% του δείγματός τους, που το αποτελούσαν γυναίκες με κάκωση του νωτιαίου μυελού, είχαν συνάψει ερωτικές σχέσεις μετά την εμφάνιση της αναπηρίας τους και το 65% είχε μόλις κατά τους προηγούμενους 12 μήνες, ποσοστό που δεν είναι πολύ χαμηλότερο από εκείνο της έρευνας των Smith, Hamilton, & Granger του 1990 στην οποία έχουμε αντίστοιχα το 72% του γενικού πληθυσμού των γυναικών. Επίσης, οι McCabe και Taleporos το 2001 τόνισαν σε έρευνά τους ότι οι άνθρωποι που έχουν βιώσει την αναπηρία τους για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, ανέφεραν θετικότερα συναισθήματα για τη σεξουαλικότητά τους, ακόμα και αν η αναπηρία τους κατέστη πιο σοβαρή. Έτσι, όσο περισσότερο χρόνο έχει βιώσει κάποιος την αναπηρία του τόσο πιο υψηλά επίπεδα σεξουαλικότητας παρουσιάζει. Αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι μεσολαβεί μια περίοδος προσαρμοστικότητας και υπερπήδησης των εμφανιζόμενων εμποδίων. Έχει επίσης σημειωθεί ότι όταν τα άτομα με αναπηρία συνάπτουν σεξουαλική σχέση με κάποιον που αποδέχεται την αναπηρία τους και τη διαφορετικότητά τους, τότε αυτή η αποδοχή εσωτερικεύεται από τον ανάπηρο και τον οδηγεί στην ευκολότερη έκφραση της σεξουαλικότητάς του, μαθαίνοντας καινούριες τεχνικές που είναι κατάλληλες για τους φυσικούς περιορισμούς που του θέτει η αναπηρία του.

Χρόνιες παθήσεις και σεξουαλικότητα

Αν και έχουν διεξαχθεί αρκετές έρευνες για τη σεξουαλικότητα των ατόμων που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις όπως ο καρκίνος, έρευνες στον τομέα των κακώσεων ή άλλων νευρολογικών χρόνιων ασθενειών δεν έχουν διεξαχθεί σε ικανοποιητικό βαθμό. Ένα από τα ελάχιστα ζητήματα που έχουν διερευνηθεί είναι οι προοπτικές της σεξουαλικής ζωής των ατόμων με χρόνιες παθήσεις (Katzin, 1990, Kralik et al. 2001, Koch et al. 2002). Επίσης, στις ελάχιστες αυτές έρευνες δίνεται έμφαση μόνο στη βελτίωση ενός εκπαιδευτικού προγράμματος που θα ενημερώνει πληρέστερα τα άτομα για τις επιπτώσεις των χρόνιων παθήσεων στη σεξουαλικότητά τους παρά στην προσωπική συνέντευξη των ατόμων με χρόνιες παθήσεις όσον αφορά σε θέματα της σεξουαλικής τους ζωής. Ένας από τους λόγους που εξηγούν το παραπάνω φαινόμενο, είναι η ύπαρξη μύθων όσον αφορά στη σεξουαλικότητα των ατόμων με χρόνιες παθήσεις. Ένας απ' αυτούς τους μύθους σύμφωνα με τον Griggs το 1978 και τον Pangman & Sequire το 2000 είναι ότι οι ηλικιωμένοι πάσχοντες από χρόνιες παθήσεις, αυτομάτως χάνουν το ενδιαφέρον τους για το σεξ. Επίσης, σε έρευνες των Schover & Jensen το 1988 και Davies et al. το 1998, αναφέρθηκε ο μύθος ότι η ύπαρξη σεξουαλικότητας στην χρόνια πάθηση περιλαμβάνει την εξέλιξη της πάθησης, τις επιπρόσθετες επιπλοκές και παρεμβαίνει στην αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής. Ο Terper σε έρευνά του το 2000 επισήμανε ότι η υπόθεση της ύπαρξης περιορισμένων ή μηδενικών σεξουαλικών αναγκών των ατόμων που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις, προέρχεται από τα Μ.Μ.Ε. που παρουσιάζουν τα παραπάνω άτομα ως άτομα με υπερβολικές παραμορφώσεις, άσχημη ή κακή όψη και υπερβολική εξάρτηση για αυτοσυντήρηση από το περιβάλλον τους.

Παρόλες τις προηγούμενες αναφορές ότι η σεξουαλικότητα των ατόμων που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις δεν εμφανίζουν διαφορές στη σεξουαλικότητά τους σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, υπάρχουν και έρευνες που υποστηρίζουν το αντίθετο. Για παράδειγμα, σύμφωνα με τον D' Ardenne το 2004, οι χρόνιες παθήσεις επηρεάζουν βαθύτατα τις διαπροσωπικές σεξουαλικές σχέσεις και τη σεξουαλική υγεία του ατόμου. Επίσης, σε έρευνα που διεξήχθη το 1983 από τους Carroll et al., αποδείχθηκε ότι από τους 63 εφήβους με χρόνιες παθήσεις που συμμετείχαν στην έρευνα, μόλις το 26% του δείγματος ήταν σεξουαλικά ενεργό. Τέλος, αποδείχθηκε ότι οι πάσχοντες από χρόνιες παθήσεις είναι σε μεγαλύτερο βαθμό κοινωνικά

απομονωμένοι απ' ότι οι συνομήλικοί τους και ότι εκείνοι με τις πιο εμφανείς επιπτώσεις της ασθένειας παραμένουν άμεσα εξαρτώμενοι από τους γύρω τους (Sinnema et al.,1988, Greydanus et al., 1988, Strasburger et al., 1991).

ΜΕΡΟΣ 2^ο

ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Κεφάλαιο 10: Μεθοδολογία έρευνας

10.1. Σκοπός - Ερευνητικές Υποθέσεις

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της αυτοεκτίμησης ατόμων με και δίχως αναπηρία καθώς και ο προσδιορισμός αυτής ως παράγοντας πρόκλησης σεξουαλικού άγχους, σεξουαλικής αυτοεκτίμησης και ικανοποίησης. Σύμφωνα με το σκοπό αυτό βασικοί στόχοι μελέτης των ατόμων με ή δίχως αναπηρία είναι: α) η εξέταση του βαθμού αυτοεκτίμησης τους, β) η συσχέτιση των παραμέτρων αυτής με συγκεκριμένα ατομικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, είδος αναπηρίας, κ.τ.λ.), γ) η εξέταση του βαθμού εκδήλωσης σεξουαλικού άγχους, σεξουαλική ικανοποίησης και αυτοεκτίμησης, δ) η συσχέτιση των τριών αυτών παραμέτρων σεξουαλικότητας με συγκεκριμένα ατομικά χαρακτηριστικά.

Βάσει αυτών αλλά και της βιβλιογραφικής ανασκόπησης οι ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης, προκύπτουν ότι είναι:

1. Αν ο βαθμός αυτοεκτίμησης, σε όλες τις παραμέτρους αυτής, είναι πιο υψηλός στα άτομα δίχως αναπηρία από ότι στα άτομα με αναπηρία
2. Αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των παραμέτρων αυτοεκτίμησης ως προς τα ατομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων
3. Αν το σεξουαλικό άγχος στα άτομα με αναπηρία είναι υψηλότερο από ότι στα άτομα δίχως αναπηρία
4. Αν η σεξουαλική ικανοποίηση στα άτομα με αναπηρία είναι χαμηλότερη από ότι στα άτομα δίχως αναπηρία
5. Αν η σεξουαλική αυτοεκτίμηση στα άτομα με αναπηρία είναι χαμηλότερη από ότι στα άτομα δίχως αναπηρία
6. Αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των παραμέτρων σεξουαλικότητας ως προς τα ατομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων
7. Αν η αυτοεκτίμηση των ατόμων με και δίχως αναπηρία σχετίζεται αρνητικά με το σεξουαλικό τους άγχος
8. Αν η αυτοεκτίμηση των ατόμων με και δίχως αναπηρία σχετίζεται θετικά με την σεξουαλική τους ικανοποίηση και αυτοεκτίμηση

10.2 Δείγμα

Τα ατομικά χαρακτηριστικά του δείγματος συμπεριλαμβάνουν το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την προέλευση της αναπηρίας για τα άτομα με αναπηρία, την ύπαρξη αδερφών, τη σειρά γέννησης, το μορφωτικό επίπεδο, την ύπαρξη εργασίας, το εισόδημα, την ύπαρξη κάποιου χόμπι, την επαφή με συγγενικά πρόσωπα και την επαφή με φιλικά πρόσωπα. Συγκεκριμένα, η δομή του δείγματος ανά ατομικό χαρακτηριστικό είναι : (στο παράρτημα II παρουσιάζονται και οι πίνακες δομής δείγματος ανά ατομικό χαρακτηριστικό)

Φύλο

Στα άτομα με αναπηρία: τύφλωσης 38 είναι άνδρες και 12 γυναίκες, κώφωσης 17 είναι άνδρες και 33 γυναίκες, σωματικής αναπηρίας 30 είναι άνδρες και 30 γυναίκες, με χρόνιες παθήσεις 22 είναι άνδρες και 28 γυναίκες. Στα άτομα χωρίς αναπηρία 9 είναι άνδρες και 41 γυναίκες. Στο σύνολο του δείγματος 116 (46,4%) είναι άνδρες και 134 (53,6%) είναι γυναίκες. (Πίνακας 1, παράρτημα II)

Ηλικία

Στους συμμετέχοντες με τύφλωση 9 άτομα είναι από 16 έως 25 ετών, 19 άτομα από 26 έως 35 ετών, 12 άτομα από 36 έως 45 ετών και 10 άτομα με ηλικία άνω των 46 ετών. Στα άτομα του δείγματος με κώφωση 12 είναι από 16 έως 25 ετών, 14 από 26 έως 35 ετών, 14 από 36 έως 45 ετών και 10 άνω των 46 ετών. Από τους συμμετέχοντες με σωματική αναπηρία 1 είναι από 16 έως 25 ετών, 12 από 26 έως 35 ετών, 16 από 36 έως 45 ετών και 21 άνω των 46 ετών. Από τους συμμετέχοντες που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις 6 είναι από 16 έως 25 ετών, 9 από 26 έως 35 ετών, 17 από 36 έως 45 ετών και 18 άνω των 46 ετών. Στους συμμετέχοντες χωρίς αναπηρία 22 είναι από 16 έως 25 ετών, 16 από 26 έως 35 ετών, 9 από 36 έως 45 ετών και 3 άνω των 46 ετών. Στο σύνολο του δείγματος 50 άτομα είναι από 16 έως 25 ετών (20,0%), 70 από 26 έως 35 ετών (28,0%), 68 από 36 έως 45 ετών (27,2%) και 62 άνω των 46 ετών (24,8%). (Πίνακας 2, παράρτημα II)

Οικογενειακή Κατάσταση

Από τα 250 άτομα του δείγματος 120 είναι άγαμοι/ες (48,0%), 74 έγγαμοι/ες (29,6%), 11 διαζευγμένοι/ες (4,4%), 8 χήροι/ες (3,2%) και 37 διατηρούν σχέση (14,8%). Ανά αναπηρία η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων είναι: Στα άτομα με τύφλωση 29 είναι άγαμοι/ες, 11 έγγαμοι/ες, 2 διαζευγμένοι και 8 σε σχέση. Στα άτομα με κώφωση 23 είναι έγγαμοι/ες, 12 άγαμοι/ες, 5 διαζευγμένοι/ες, 1

χήρος/α και 9 σε σχέση. Από τους συμμετέχοντες με σωματική αναπηρία 29 είναι έγγαμοί/ες, 14 άγαμοί/ες, 2 διαζευγμένοι/ες, 1 χήρος/α και 4 σε σχέση. Στα άτομα με χρόνιες παθήσεις 18 είναι έγγαμοί/ες, 22 άγαμοί/ες, 2 διαζευγμένοι/ες, 6 χήροι/ες και 2 σε σχέση. Από τους συμμετέχοντες δίχως αναπηρία 21 είναι έγγαμοί/ες, 15 άγαμοί/ες και 14 σε σχέση. (Πίνακας 3, παράρτημα II)

Προέλευση αναπηρίας

Από τα 200 άτομα του δείγματος με αναπηρία επίκτητη η αναπηρία τους ήταν σε 133(66,5%) από αυτά ενώ εκ γενετής σε 67 (33,5%). Επίκτητη η τύφλωση ήταν για 26 άτομα ενώ εκ γενετής για 24 άτομα. Η κώφωση επήλθε μεταγενέστερα της γέννησης για 23 άτομα ενώ για 27 άτομα ήταν εκ γενετής. Η σωματική αναπηρία ήταν επίκτητη για 35 άτομα ενώ εκ γενετής για 15 άτομα. Στο σύνολο σχεδόν των συμμετεχόντων με χρόνιες παθήσεις η αναπηρία τους ήταν επίκτητη καθώς μόλις ένας εξ αυτών δήλωσε ότι η χρόνια πάθηση του είναι εκ γενετής. (Πίνακας 4, παράρτημα II)

Αδέρφια

Αδέρφια έχει η πλειοψηφία του δείγματος και συγκεκριμένα από τους 250 συμμετέχοντες οι 226 (90,4%) έχουν αδέρφια και 24 (8,6%) δεν έχουν. Ανά αναπηρία, από τους συμμετέχοντες με τύφλωση 49 έχουν αδέρφια και 1 δεν έχει, με κώφωση 40 έχουν αδέρφια και 10 δεν έχουν, με σωματική αναπηρία 43 έχουν και 7 δεν έχουν και από τα άτομα με χρόνιες παθήσεις 45 έχουν αδέρφια και 5 δεν έχουν. Στους συμμετέχοντες δίχως αναπηρία 49 έχουν αδέρφια και 1 δεν έχει. (Πίνακας 5, παράρτημα II)

Σειρά γέννησης

Η σειρά γέννησης στα άτομα με τύφλωση είναι πρώτη για 16 από αυτά, δεύτερη για 22 άτομα, τρίτη για 5 άτομα, τέταρτη για 3 άτομα και πέμπτη και άνω για 3 άτομα. Στα άτομα με κώφωση 19 είναι πρώτοι σε σειρά γέννησης, 10 δεύτεροι, 10 τρίτοι και 1 τέταρτος. Στους συμμετέχοντες με σωματική αναπηρία 16 είναι πρώτοι σε σειρά γέννησης, 19 δεύτεροι, 3 τρίτοι, 2 τέταρτοι και 3 πέμπτοι και άνω. Από τα άτομα με χρόνιες παθήσεις 17 είναι πρώτοι σε σειρά γέννησης, 17 δεύτεροι, 7 τρίτοι και 4 από πέμπτοι και άνω. Στους συμμετέχοντες χωρίς αναπηρία η σειρά γέννησης είναι πρώτη για 26 από αυτά, δεύτερη για 20 άτομα και τρίτη για 3 άτομα. Στο σύνολο του δείγματος η σειρά γέννησης είναι πρώτη για 94 άτομα (41,6%), δεύτερη για 88 άτομα (38,9%), τρίτη για 28 άτομα (12,4%), τέταρτη για 6 άτομα (2,7%) και πέμπτη και άνω για 10 άτομα (4,4%). (Πίνακας 6, παράρτημα II)

Μορφωτικό Επίπεδο

Στους συμμετέχοντες με τύφλωση 4 είναι απόφοιτοι Δημοτικού, 4 απόφοιτοι Γυμνασίου, 12 απόφοιτοι Λυκείου, 21 έχουν δίπλωμα ΑΕΙ/ΤΕΙ και 9 είναι απόφοιτοι επαγγελματικών σχολών. Από τα άτομα του δείγματος με κώφωση 4 είναι απόφοιτοι Δημοτικού, 2 απόφοιτοι Γυμνασίου, 16 απόφοιτοι Λυκείου, 26 έχουν δίπλωμα ΑΕΙ/ΤΕΙ και 2 είναι απόφοιτοι επαγγελματικών σχολών. Από τους συμμετέχοντες με σωματική αναπηρία 5 είναι απόφοιτοι Δημοτικού, 8 απόφοιτοι Γυμνασίου, 19 απόφοιτοι Λυκείου, 6 έχουν δίπλωμα ΑΕΙ/ΤΕΙ και 12 είναι απόφοιτοι επαγγελματικών σχολών. Στους συμμετέχοντες με χρόνιες παθήσεις 3 είναι απόφοιτοι Δημοτικού, 7 απόφοιτοι Γυμνασίου, 11 απόφοιτοι Λυκείου, 26 έχουν δίπλωμα ΑΕΙ/ΤΕΙ και 3 είναι απόφοιτοι επαγγελματικών σχολών. Ως προς το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων χωρίς αναπηρία που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα 3 απόφοιτοι Γυμνασίου και 47 έχουν δίπλωμα ΑΕΙ/ΤΕΙ. Στο σύνολο του δείγματος 16 (6,4%) είναι απόφοιτοι Δημοτικού, 24 (9,6%) απόφοιτοι Γυμνασίου, 58 (23,2%) απόφοιτοι Λυκείου, 126 (50,4%) έχουν δίπλωμα ΑΕΙ/ΤΕΙ και 26 (10,4%) είναι απόφοιτοι επαγγελματικών σχολών. (Πίνακας 7, παράρτημα II)

Υπαρξη εργασίας

Η υψηλή ανεργία στα άτομα με αναπηρία του δείγματος είναι εμφανής καθώς στους συμμετέχοντες με τύφλωση 19 εργάζονται ενώ 31 δεν εργάζονται, στα άτομα με κώφωση το ποσοστό ανεργίας είναι μικρότερο καθώς 27 έχουν εργασία ενώ 23 δεν έχουν, στα άτομα με σωματική αναπηρία η ανεργία είναι πολύ υψηλή με 6 μόλις άτομα να εργάζονται ενώ 44 δεν έχουν εργασία όπως και στους συμμετέχοντες με χρόνιες παθήσεις όπου 14 εργάζονται ενώ 36 όχι. Αντίθετα η ανεργία στα άτομα χωρίς ανεργία είναι πιο χαμηλή με 31 άτομα να έχουν εργασία και 19 να μην έχουν. Στο σύνολο του δείγματος 97 (38,8%) άτομα έχουν εργασία και 153 (61,2%) δεν έχουν. (Πίνακας 8, παράρτημα II)

Εισόδημα

Το εισόδημα των συμμετεχόντων κυμαίνεται από 0 έως 500 ευρώ για 13 άτομα με τύφλωση, 20 άτομα με κώφωση, 16 άτομα με σωματική αναπηρία, 19 άτομα με χρόνια πάθηση και 23 άτομα χωρίς αναπηρία. Από 501 έως 1000 ευρώ είναι το εισόδημα για 28 άτομα με τύφλωση, 24 άτομα με κώφωση, 24 άτομα με σωματική αναπηρία, 24 άτομα με χρόνια πάθηση και 18 άτομα χωρίς αναπηρία. Από 1001 έως 1500 ευρώ είναι το εισόδημα για 3 άτομα με τύφλωση, 1 άτομα με κώφωση, 4 άτομα με σωματική αναπηρία, 3 άτομα με χρόνια πάθηση και 5 άτομα χωρίς αναπηρία. Από

1501 έως 2000 ευρώ είναι το εισόδημα για 5 άτομα με τύφλωση, 4 άτομα με σωματική αναπηρία, 4 άτομα με χρόνια πάθηση και 4 άτομα χωρίς αναπηρία. Τέλος, από 2000 ευρώ και άνω είναι το εισόδημα για 1 άτομα με τύφλωση, 5 άτομα με κώφωση και για 2 άτομα με σωματική αναπηρία. Το εισόδημα του συνόλου του δείγματος κυμαίνεται από 0 έως 500 ευρώ για 91 άτομα (36,4%), από 501 έως 100 ευρώ για 118 άτομα, από 1001 έως 1500 ευρώ για 16 άτομα (6,4%), από 1501 έως 2000 ευρώ για 17 άτομα (6,8%) και άνω των 2000 ευρώ για 8 άτομα (3,2%). (Πίνακας 9, παράρτημα II)

Χόμπι

Χόμπι έχει η πλειοψηφία των συμμετεχόντων τόσο στα άτομα με αναπηρία όσο και στα άτομα χωρίς αναπηρία στα οποία όμως οι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις και χόμπι είναι λιγότεροι αναλογικά με τα υπόλοιπα άτομα με αναπηρία. Συγκεκριμένα στα άτομα με τύφλωση 46 έχουν χόμπι και 4 δεν έχουν, με κώφωση 42 έχουν χόμπι και 8 δεν έχουν, με σωματική αναπηρία 45 έχουν και 5 δεν έχουν χόμπι και στα άτομα με χρόνιες παθήσεις 36 έχουν χόμπι και 14 δεν έχουν. Από τα άτομα χωρίς αναπηρία 39 έχουν χόμπι και 11 δεν έχουν. (Πίνακας 10, παράρτημα II)

Επαφή με συγγενικά πρόσωπα

Η επαφή με συγγενικά πρόσωπα είναι στην πλειοψηφία των ατόμων με τύφλωση ικανοποιητική με 1 άτομο να δηλώνει μη ικανοποιητική, 13 μέτρια και 36 ικανοποιητική. Στους συμμετέχοντες με κώφωση η επαφή τους με συγγενικά πρόσωπα είναι για 3 άτομα μη ικανοποιητική, για 26 μέτρια και για 21 ικανοποιητική. Στα άτομα του δείγματος με σωματική αναπηρία 2 δήλωσαν ότι η επαφή τους με συγγενικά πρόσωπα είναι μη ικανοποιητική, 17 ότι είναι μέτρια και 31 ότι είναι ικανοποιητική. Στους συμμετέχοντες με χρόνιες παθήσεις 2 δήλωσαν ότι η επαφή τους με συγγενικά πρόσωπα είναι μη ικανοποιητική, 8 ότι είναι μέτρια και 40 ότι είναι ικανοποιητική. Από τα άτομα του δείγματος χωρίς αναπηρία 1 δήλωσε ότι η επαφή του με συγγενικά πρόσωπα είναι μη ικανοποιητική, 13 ότι είναι μέτρια και 36 ότι είναι ικανοποιητική. Στο σύνολο του δείγματος 9 άτομα (3,6%) δήλωσαν ότι η επαφή τους με συγγενικά πρόσωπα είναι μη ικανοποιητική, 77 (30,8%) ότι είναι μέτρια και 164 (65,6%) ότι είναι ικανοποιητική. (Πίνακας 11, παράρτημα II)

Επαφή με φιλικά πρόσωπα

Ως προς την επαφή τους με φιλικά πρόσωπα στους συμμετέχοντες με τύφλωση 2 άτομα δήλωσαν ότι είναι μη ικανοποιητική, 10 μέτρια και 38 ικανοποιητική. Στους συμμετέχοντες με κώφωση η επαφή τους με φιλικά πρόσωπα είναι για 7 άτομα

μέτρια και για 43 ικανοποιητική. Στα άτομα του δείγματος με σωματική αναπηρία 1 δήλωσε ότι η επαφή του με φιλικά πρόσωπα είναι μη ικανοποιητική, 12 ότι είναι μέτρια και 37 ότι είναι ικανοποιητική. Στους συμμετέχοντες με χρόνιες παθήσεις 1 δήλωσε ότι η επαφή του με φιλικά πρόσωπα είναι μη ικανοποιητική, 8 ότι είναι μέτρια και 41 ότι είναι ικανοποιητική. Από τα άτομα του δείγματος χωρίς αναπηρία 5 δήλωσαν ότι η επαφή τους με φιλικά πρόσωπα είναι μέτρια και 45 ότι είναι ικανοποιητική. Στο σύνολο του δείγματος 4 άτομα (1,6%) δήλωσαν ότι η επαφή τους με φιλικά πρόσωπα είναι μη ικανοποιητική, 42 (16,8%) ότι είναι μέτρια και 204 (81,6%) ότι είναι ικανοποιητική. (Πίνακας 12, παράρτημα ΙΙ)

10.3. Ερευνητικά Εργαλεία

Το ερωτηματολόγιο, που ήταν ανώνυμο, περιελάμβανε 4 σελίδες (Παράρτημα Ι). Στην πρώτη και δεύτερη σελίδα υπήρχαν 13 ερωτήσεις, που αφορούσαν κυρίως δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Στην τρίτη και τέταρτη σελίδα υπήρχαν 55 ερωτήσεις οι οποίες προέκυψαν από δύο ερωτηματολόγια. Για τις ανάγκες της έρευνας, στο πλαίσιο επιλογής εργαλείων μέτρησης της αυτοεκτίμησης και σεξουαλικότητας των ατόμων η επισκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας για υφιστάμενα ερωτηματολόγια εντόπισε τα εξής:

Α. Κλίμακα Αυτοεκτίμησης για Ενήλικες Ανεξάρτητη Πολιτισμικών Παραγόντων (Culture-Free Self-Esteem Inventory for Adults [CFSEI-AD])
(J. Battle, προσαρμογή: Γ. Κλεφτάρας & Ε. Διδασκάλου)

Οι 40 προτάσεις-ερωτήσεις που αποτελούν το CFSEI-AD παρουσιάζονται μαζί ως ένα σύνολο και χωρίζονται σε δύο ομάδες: αυτές που δείχνουν υψηλή αυτοεκτίμηση και αυτές που αναφέρονται σε χαμηλή αυτοεκτίμηση. Για την κάθε πρόταση υπάρχουν δυο επιλογές απάντησης: «ναι» ή «όχι». Για κάθε άτομο, μπορούν να υπολογιστούν πέντε βαθμοί: (α) συνολικός βαθμός αυτοεκτίμησης με άθροιση του αριθμού όλων των προτάσεων που απαντήθηκαν σωστά εκτός από αυτές της κλίμακας ψεύδους, οπότε ο υψηλότερος δυνατός βαθμός είναι το 32, (β) βαθμός γενικής αυτοεκτίμησης (προτάσεις: 2, 3, 6, 8, 11, 13, 18, 20, 23, 25, 26, 28, 30, 32, 37, 39), (γ) βαθμός κοινωνικής αυτοεκτίμησης (προτάσεις: 1, 5, 7, 10, 16, 21, 31, 35), (δ) βαθμός προσωπικής αυτοεκτίμησης (προτάσεις: 12, 15, 17, 22, 27, 34, 36, 40) και ε) βαθμός ψεύδους-αμυντικότητας (προτάσεις: 4, 9, 14, 19, 24, 29, 33, 38). Η

κλίμακα ψεύδους έχει ως στόχο να εκτιμήσει την ειλικρίνεια ενός ατόμου μέσα από ερωτήσεις, όπως για παράδειγμα «Λες ποτέ ψέματα;». Τα άτομα που συστηματικά αρνούνται και δίνουν μια κοινωνικά επιθυμητή απάντηση θεωρούνται ότι είναι «αμυντικά». Το αποτέλεσμα αυτής της κλίμακας δεν προστίθεται στη συνολική βαθμολογία, αλλά θεωρείται ότι δίνει μια ένδειξη του πόσο ειλικρινά κάποιος/α απάντησε στο ερωτηματολόγιο.

Τέλος, σύμφωνα με τον Battle, τα άτομα που απαντούν στο ερωτηματολόγιο μπορούν να ταξινομηθούν σε πέντε κατηγορίες αυτοεκτίμησης σε σχέση με τη βαθμολογία τους: (α) πολλή χαμηλή μέχρι 13, (β) χαμηλή από 14 μέχρι 19, (γ) μέτρια από 20 μέχρι 26, (δ) υψηλή από 26 μέχρι 29 και (ε) πολλή υψηλή όταν είναι πάνω από 30.

B. Πολυδιάστατο Ερωτηματολόγιο Σεξουαλικότητας (The Multidimensional Sexuality Questionnaire [MSQ]) (W.E.Snell, T.D. Fisher και A.S. Walters. Προσαρμογή: Κ. Καφέτσιος και Λ. Καραγιαννοπούλου)

Το ερωτηματολόγιο αποσκοπεί στη μέτρηση, μέσω αυτοαναφοράς, βασικών ατομικών τάσεων που σχετίζονται με δώδεκα πτυχές της σεξουαλικότητας. Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας μελετήθηκαν τρεις πτυχές της σεξουαλικότητας: (α) η σεξουαλική αυτοεκτίμηση (γενική τάση του ατόμου να αξιολογεί θετικά την ικανότητα του να σχετίζεται σεξουαλικά με άλλα άτομα), (β) το σεξουαλικό άγχος (τάση του ατόμου να νιώθει δυσάρεστη ένταση και άγχος αναφορικά με τις σεξουαλικές πτυχές της ζωής του), (γ) η σεξουαλική ικανοποίηση (τάση του ατόμου να αισθάνεται επαρκώς ικανοποιημένο από τη σεξουαλική ζωή του).

Οι τρεις αυτές διακριτές υποκλίμακες, οι οποίες αφορούν τρεις διαφορετικές πτυχές της σεξουαλικότητας, αποτελούνται από δέκα πέντε προτάσεις οι οποίες στο ερωτηματολόγιο που διατέθηκε στην παρούσα έρευνα αντιστοιχούν ανά υποκλίμακα ως εξής: σεξουαλική αυτοεκτίμηση (41, 42, 43, 44, 45), σεξουαλικό άγχος (46, 47, 48, 49, 50), σεξουαλική ικανοποίηση (51, 52, 53, 54, 55). Υψηλή βαθμολογία στην κάθε υποκλίμακα υποδηλώνει ότι το άτομο εκδηλώνει σε μεγαλύτερη συχνότητα και ένταση την αντίστοιχη σεξουαλική τάση.

10.4. Συλλογή ερευνητικών δεδομένων

Δείγμα της παρούσας έρευνας, αποτέλεσαν 298 άτομα με ή δίχως αναπηρία. Από αυτά, τα 242 παρουσίαζαν κάποιο είδος αναπηρίας ενώ τα υπόλοιπα 56 όχι. Από τα άτομα με αναπηρία, 65 ήταν κωφά, 58 τυφλά, 60 με σωματική αναπηρία και τα υπόλοιπα 59 έπασχαν από κάποια χρόνια πάθηση, όπως σκλήρυνση κατά πλάκας ή σακχαρώδη διαβήτη. Επίσης, έλαβαν μέρος στην έρευνα και 56 άτομα χωρίς αναπηρία, τα οποία λειτούργησαν ως ομάδα ελέγχου.

Η συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε από την περιφέρεια Ηπείρου κυρίως (Ιωάννινα, Άρτα, Πρέβεζα, Ηγουμενίτσα), αλλά και από τους νομούς Αρκαδίας, Κορίνθου, Θεσσαλονίκης και Αττικής, όπου συνεργαστήκαμε με τους κατά τόπους συλλόγους των ατόμων με αναπηρία. Η διανομή των ερωτηματολογίων ξεκίνησε τον Οκτώβριο του 2013 και ολοκληρώθηκε τον Μάρτιο του 2014. Για το δείγμα των ατόμων δίχως αναπηρία χρησιμοποιήθηκε τυχαίο δείγμα από την περιφέρεια Ηπείρου.

Τα ερωτηματολόγια που αποστείλαμε για συμπλήρωση ήταν 350 και από αυτά λάβαμε συμπληρωμένα τα 298 (ποσοστό ανταπόκρισης 85,1%). Ωστόσο, μετά από σχετικό έλεγχο των ερωτηματολογίων που συμπληρώθηκαν απ' όλα τα άτομα με ή δίχως αναπηρία, στο τελικό δείγμα της έρευνας συμμετείχαν 250 συνολικά άτομα, 50 δηλαδή άτομα από κάθε μία από τις παραπάνω ομάδες (48 ερωτηματολόγια κρίθηκαν ακατάλληλα καθώς δεν ακολουθούσαν τις οδηγίες για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου).

10.5. Στατιστική επεξεργασία δεδομένων

Για τη Στατιστική Επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το SPSS for Windows, version 21.0 (Statistical Package for Social Sciences- Στατιστικό πακέτο εφαρμογών για τις Κοινωνικές Επιστήμες).

Για την ανάλυση των ποιοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της περιγραφικής στατιστικής, υπολογίζοντας τα περιγραφικά στοιχεία μέσος όρος, τυπική απόκλιση και εύρος τιμών.

Η ύπαρξη συνοχής μεταξύ των κλιμάκων υπολογίστηκε μέσω του δείκτη Cronbach ο οποίος είναι ένας από τους ευρέως χρησιμοποιούμενους δείκτες αξιοπιστίας και υπολογίστηκε από τον Cronbach (1951). Αλλιώς ονομάζεται και δείκτης εσωτερικής συνάφειας (internal consistency coefficient). Ο δείκτης αυτός μπορεί να ερμηνευτεί ως ο βαθμός συσχέτισης μεταξύ μιας κλίμακας και όλων των

πιθανών κλιμάκων που περιλαμβάνουν τον ίδιο αριθμό θεμάτων και οι οποίες θα μπορούσε να δημιουργηθούν από ένα υποθετικό σύνολο θεμάτων τα οποία μετρούν το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό. Θεωρητικά μπορεί να κυμαίνεται από το μείον άπειρο έως το 1 (μόνο οι θετικές τιμές έχουν νόημα).

Ενδεικτικές τιμές αξιοπιστίας είναι οι παρακάτω:

< 0.6 η κλίμακα είναι αναξιόπιστη

0.6 το ελάχιστο αποδεκτό όριο

0.7 επαρκές

0.8 καλύτερο

0.9 πολύ υψηλή αξιοπιστία (μάλλον σπάνιο)

Για τον έλεγχο κανονικότητας των δεδομένων των μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο Shapiro-Wilk καθώς το μέγεθος του δείγματος είναι ≤ 50 .

Για τη διερεύνηση της διαφοράς μέσω μεταξύ δύο ομάδων ως προς μια εξαρτημένη μεταβλητή τα δεδομένα της οποίας ακολουθούν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test ανεξάρτητων δειγμάτων ενώ τα αριθμητικά δεδομένα με μη κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό ισοδύναμο κριτήριο Mann-Whitney's U. Στην περίπτωση που οι ομάδες ήταν περισσότερες από δύο εφαρμόστηκε η Ανάλυση Διασποράς με ένα παράγοντα (One-Way Anova) όπου τα αριθμητικά δεδομένα ακολουθούσαν την κανονική κατανομή και το μη παραμετρικό ισοδύναμο κριτήριο Kruskal-Wallis στην περίπτωση που δεν υπήρχε κανονικότητα στα αριθμητικά δεδομένα.

Για τον έλεγχο συσχέτισης των υποκλιμάκων αυτοεκτίμησης και των υποκλιμάκων σεξουαλικότητας χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής ρ του Spearman.

Το επίπεδο σημαντικότητας p του ελέγχου ορίστηκε στις τιμές 0.05, 0.01 και 0.001. Οι τιμές του στατιστικού ελέγχου οι οποίες αντιστοιχούν στο επίπεδο σημαντικότητας p ονομάζονται κρίσιμες τιμές και προσδιορίζουν την ύπαρξη συσχέτισης ή όχι μεταξύ των μεταβλητών. Επίπεδο σημαντικότητας p μικρότερο των κρίσιμων τιμών προϋποθέτει ύπαρξη στατιστικά σημαντικής σχέσης ή διαφοράς μεταξύ των μεταβλητών. Συγκεκριμένα, όσο μικρότερη είναι η κρίσιμη τιμή τόσο πιο στατιστικά σημαντική συσχέτιση ή διαφορά υποδεικνύεται.

Κεφάλαιο 11: Αποτελέσματα έρευνας

11.1 Διερεύνηση αυτοεκτίμησης

Προκειμένου να διερευνηθεί ο βαθμός αυτοεκτίμησης κάθε ομάδας του δείγματος πραγματοποιήθηκε άθροισμα των ερωτήσεων που συνιστούν την κλίμακα γενικής αυτοεκτίμησης, κοινωνικής αυτοεκτίμησης και προσωπικής αυτοεκτίμησης.

Οι πέντε κατηγορίες αυτοεκτίμησης που ταξινομεί ο Battle στα άτομα που απαντούν στο ερωτηματολόγιο σε σχέση με τη βαθμολογία τους είναι: (α) πολλή χαμηλή μέχρι 13, (β) χαμηλή από 14 μέχρι 19, (γ) μέτρια από 20 μέχρι 26, (δ) υψηλή από 26 μέχρι 29 και (ε) πολλή υψηλή όταν είναι πάνω από 30.

Η συνολική αυτοεκτίμηση και των πέντε ομάδων του δείγματος προέκυψε ότι είναι πολλή υψηλή. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον όμως παρουσιάζει ότι τα άτομα του δείγματος με αναπηρία παρουσιάζουν πιο υψηλή συνολική αυτοεκτίμηση από ότι τα άτομα του δείγματος χωρίς αναπηρία. Συγκεκριμένα ο βαθμός συνολικής αυτοεκτίμησης στα άτομα χωρίς αναπηρία είναι 38,98, στα άτομα με προβλήματα όρασης 39,48, στα άτομα με προβλήματα ακοής 43,22, στα άτομα με κινητικά προβλήματα 41,64 και στα άτομα με χρόνιες παθήσεις 43,46. (Πίνακας 1)

Αντίστοιχα αποτελέσματα παρουσιάζονται και στις παραμέτρους γενική αυτοεκτίμηση και κοινωνική αυτοεκτίμηση όπου τα άτομα με αναπηρία έχουν πιο υψηλούς βαθμούς από ότι τα άτομα χωρίς αναπηρία. Αναλυτικά ως προς τη γενική αυτοεκτίμηση στα άτομα με προβλήματα όρασης ο Μ.Ο. είναι 19,30, με προβλήματα ακοής 21,18, με κινητικά προβλήματα 20,12, με χρόνιες παθήσεις 21,26 ενώ στα άτομα χωρίς αναπηρία ο βαθμός γενικής αυτοεκτίμησης είναι 18,80. Ως προς την κοινωνική αυτοεκτίμηση στα άτομα με προβλήματα όρασης ο Μ.Ο. είναι 9,40, με προβλήματα ακοής 9,84, με κινητικά προβλήματα 9,76, με χρόνιες παθήσεις 9,82 και στα άτομα χωρίς αναπηρία ο βαθμός κοινωνικής αυτοεκτίμησης είναι 9,16.

Μόνο ως προς τον βαθμό προσωπικής αυτοεκτίμησης προέκυψε ότι μικρότερο παρουσιάζουν τα άτομα με προβλήματα όρασης και με άξουσα σειρά ακολουθούν τα άτομα χωρίς αναπηρία με 11,02, τα άτομα με κινητικά προβλήματα με 11,76, τα άτομα με προβλήματα ακοής με 12,20 και τα άτομα με χρόνιες παθήσεις με 12,38.

Συνεπώς πρώτη ερευνητική υπόθεση της παρούσας εργασίας σύμφωνα με την οποία ο βαθμός συνολικής αυτοεκτίμησης αλλά και των παραμέτρων αυτής

αναμένεται να είναι πιο υψηλός στα άτομα χωρίς αναπηρία από ότι στα άτομα με αναπηρία δεν επαληθεύεται.

Πίνακας 1: Περιγραφικά στοιχεία συνολικής αυτοεκτίμησης και παραμέτρων αυτής

	Ομάδα ατόμων	N	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Γενική Αυτοεκτίμηση	Προβλήματα Όρασης	50	16,00	31,00	19,3000	2,75718
	Προβλήματα Ακοής	50	17,00	29,00	21,1800	2,89750
	Κινητικά Προβλήματα	50	16,00	29,00	20,1200	3,20484
	Χρόνιες Παθήσεις	50	16,00	31,00	21,2600	3,72969
	Χωρίς αναπηρία	50	16,00	26,00	18,8000	2,55551
Κοινωνική Αυτοεκτίμηση	Προβλήματα Όρασης	50	8,00	15,00	9,4000	1,55183
	Προβλήματα Ακοής	50	8,00	13,00	9,8400	1,37559
	Κινητικά Προβλήματα	50	8,00	14,00	9,7600	1,58514
	Χρόνιες Παθήσεις	50	8,00	14,00	9,8200	1,43839
	Χωρίς αναπηρία	50	8,00	14,00	9,1600	1,34559
Προσωπική Αυτοεκτίμηση	Προβλήματα Όρασης	50	8,00	15,00	10,7800	1,83270
	Προβλήματα Ακοής	50	8,00	16,00	12,2000	2,35606
	Κινητικά Προβλήματα	50	8,00	16,00	11,7600	2,19052
	Χρόνιες Παθήσεις	50	8,00	15,00	12,3800	2,18427
	Χωρίς αναπηρία	50	8,00	16,00	11,0200	2,13322
Συνολική Αυτοεκτίμηση	Προβλήματα Όρασης	50	32,00	61,00	39,4800	5,11197
	Προβλήματα Ακοής	50	34,00	55,00	43,2200	5,61808
	Κινητικά Προβλήματα	50	33,00	57,00	41,6400	6,06347
	Χρόνιες Παθήσεις	50	33,00	58,00	43,4600	6,57519
	Χωρίς αναπηρία	50	32,00	55,00	38,9800	4,85500

11.2 Διερεύνηση παραμέτρων σεξουαλικότητας

Στην παρούσα ερευνητική εργασία μελετήθηκαν οι παράμετροι σεξουαλικότητας που αφορούσαν το σεξουαλικό άγχος, τη σεξουαλική ικανοποίηση και τη σεξουαλική αυτοεκτίμηση. Καθώς η κλίμακα των απαντήσεων στις ερωτήσεις που απαρτίζουν τις παραμέτρους σεξουαλικότητας και που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα εργασία (Ερωτηματολόγιο, Παράρτημα Ι) είναι δύο βαθμίδων με το 1 να αντιστοιχεί στο Ναι και το 2 στο Όχι, γίνεται κατανοητό ότι υψηλός μέσος όρος στις παραμέτρους σεξουαλικό άγχος, σεξουαλική ικανοποίηση και αυτοεκτίμηση υποδηλώνει ότι τα άτομα εκδηλώνουν σε χαμηλότερη συχνότητα και ένταση την αντίστοιχη σεξουαλική τάση. Συνεπώς παρατηρούνται τα εξής: (Πίνακας 2)

Σεξουαλικό άγχος εμφανίζουν σε μεγαλύτερη συχνότητα και ένταση τα άτομα με αναπηρία από ότι τα άτομα χωρίς αναπηρία αν και η συχνότητα και ένταση στη συγκεκριμένη παράμετρο σεξουαλικότητας δεν προέκυψε πολύ υψηλή για καμία από τις ομάδες του δείγματος. Συγκεκριμένα το υψηλότερο σεξουαλικό άγχος εμφανίζουν τα άτομα με χρόνιες παθήσεις (Μ.Ο. 7,92), ακολουθούν τα άτομα με κινητικά προβλήματα (Μ.Ο. 8,46), τα άτομα με προβλήματα όρασης (Μ.Ο. 8,72) και τα άτομα με προβλήματα ακοής (Μ.Ο. 8,90) ενώ στα άτομα χωρίς αναπηρία η ένταση και η συχνότητα σεξουαλικού άγχους προέκυψε πολύ μικρή (Μ.Ο. 9,46).

Σεξουαλική ικανοποίηση και σεξουαλική αυτοεκτίμηση δεν εμφανίζουν με μεγάλη συχνότητα και υψηλή ένταση καμία από τις ομάδες του δείγματος. Ενδεικτικό όμως είναι ότι υψηλότερη σεξουαλική ικανοποίηση και αυτοεκτίμηση παρατηρείται στα άτομα χωρίς αναπηρία (Μ.Ο. 5,48 και 5,88 αντίστοιχα) ενώ στα άτομα με αναπηρία η σεξουαλική ικανοποίηση και αυτοεκτίμηση είναι χαμηλότερη. Συγκεκριμένα ο βαθμός σεξουαλικής ικανοποίησης στα άτομα με προβλήματα όρασης είναι 6,64, με προβλήματα ακοής 6,38, με κινητικά προβλήματα 6,72 και με χρόνιες παθήσεις 6,80. Ο βαθμός σεξουαλικής αυτοεκτίμησης στα άτομα με προβλήματα όρασης είναι 6,22, με προβλήματα ακοής 6,82, με κινητικά προβλήματα 6,36 και με χρόνιες παθήσεις 6,98.

Συμπεραίνουμε ότι οι ερευνητικές υποθέσεις που αναφέρουν ότι το σεξουαλικό άγχος αναμένεται πιο υψηλό στα άτομα με αναπηρία από ότι στα άτομα χωρίς αναπηρία και ότι η σεξουαλική ικανοποίηση και αυτοεκτίμηση αναμένεται πιο υψηλή στα άτομα χωρίς αναπηρία από ότι στα άτομα με αναπηρία, επαληθεύονται.

Πίνακας 2: Περιγραφικά στοιχεία παραμέτρων σεξουαλικότητας

	Ομάδα ατόμων	N	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Σεξουαλικό Άγγος	Προβλήματα Όρασης	50	5,00	10,00	8,7200	1,90638
	Προβλήματα Ακοής	50	5,00	10,00	8,9000	1,86537
	Κινητικά Προβλήματα	50	5,00	10,00	8,4600	1,97133
	Χρόνιες Παθήσεις	50	5,00	10,00	7,9200	2,01869
	Χωρίς αναπηρία	50	5,00	10,00	9,4600	1,19881
Σεξουαλική Ικονοποίηση	Προβλήματα Όρασης	50	5,00	10,00	6,6400	2,13580
	Προβλήματα Ακοής	50	5,00	10,00	6,3800	2,06911
	Κινητικά Προβλήματα	50	5,00	10,00	6,7200	2,14799
	Χρόνιες Παθήσεις	50	5,00	10,00	6,8000	2,17594
	Χωρίς αναπηρία	50	5,00	9,00	5,4800	1,11098
Σεξουαλική Αυτοεκτίμηση	Προβλήματα Όρασης	50	5,00	10,00	6,2200	1,68171
	Προβλήματα Ακοής	50	5,00	10,00	6,8200	1,54774
	Κινητικά Προβλήματα	50	5,00	10,00	6,3600	1,83792
	Χρόνιες Παθήσεις	50	5,00	10,00	6,9800	2,04530
	Χωρίς αναπηρία	50	5,00	10,00	5,8800	1,39445

11.3 Ανάλυση αξιοπιστίας

Η εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου ως προς την κλίμακα αυτοεκτίμησης, των παραμέτρων αυτοεκτίμησης και των παραμέτρων σεξουαλικότητας εκτιμήθηκε βάσει του δείκτη alpha του Cronbach.

Παρατηρείται υψηλή αξιοπιστία των δεδομένων συνολικής αυτοεκτίμησης ως προς όλες τις ομάδες του δείγματος ($\alpha > 0,08$) ενώ η πιο χαμηλή αξιοπιστία εμφανίζεται ως προς τη συνοχή του ερωτηματολογίου στην παράμετρο κοινωνικής αυτοεκτίμησης όπου στα άτομα χωρίς αναπηρία ο δείκτης alpha του Cronbach είναι 0,571, στα άτομα με προβλήματα ακοής 0,440, στα άτομα με κινητικά προβλήματα 0,592 και στα άτομα με χρόνιες παθήσεις 0,473. Στα άτομα με προβλήματα όρασης η πιο χαμηλή τιμή του δείκτη alpha του Cronbach εμφανίζεται στην παράμετρο προσωπική αυτοεκτίμησης ($\alpha = 0,594$). (Πίνακας 3)

Η συνοχή των δεδομένων του ερωτηματολογίου ως προς τις παραμέτρους σεξουαλικότητας εμφανίζεται από υψηλή ($\alpha > 0,8$) έως πολύ υψηλή ($\alpha > 0,9$) σε όλες τις ομάδες του δείγματος εκτός από την παράμετρο σεξουαλικού άγχους στα άτομα με προβλήματα ακοής όπου η τιμή του δείκτη alpha του Cronbach είναι 0,697, δηλαδή σε οριακά επίπεδα. (Πίνακας 4)

Πίνακας 3: Συνοχή δεδομένων κλίμακας αυτοεκτίμησης και παραμέτρων αυτοεκτίμησης σύμφωνα με τον δείκτη εσωτερικής συνέφειας Cronbach α

Ομάδα Ατόμων		Cronbach α	Αριθμός ερωτήσεων
Χωρίς αναπηρία	Γενική Αυτοεκτίμηση	0,730	16
	Κοινωνική Αυτοεκτίμηση	0,571	8
	Προσωπική Αυτοεκτίμηση	0,731	8
	Συνολική Αυτοεκτίμηση	0,831	32
Προβλήματα Όρασης	Γενική Αυτοεκτίμηση	0,752	16
	Κοινωνική Αυτοεκτίμηση	0,681	8
	Προσωπική Αυτοεκτίμηση	0,594	8
	Συνολική Αυτοεκτίμηση	0,841	32
Προβλήματα Ακοής	Γενική Αυτοεκτίμηση	0,710	16
	Κοινωνική Αυτοεκτίμηση	0,440	8
	Προσωπική Αυτοεκτίμηση	0,758	8
	Συνολική Αυτοεκτίμηση	0,841	32

Κινητικά Προβλήματα	Γενική Αυτοεκτίμηση	0,783	16
	Κοινωνική Αυτοεκτίμηση	0,592	8
	Προσωπική Αυτοεκτίμηση	0,737	8
	Συνολική Αυτοεκτίμηση	0,874	32
Χρόνιες Παθήσεις	Γενική Αυτοεκτίμηση	0,828	16
	Κοινωνική Αυτοεκτίμηση	0,473	8
	Προσωπική Αυτοεκτίμηση	0,716	8
	Συνολική Αυτοεκτίμηση	0,887	32

Πίνακας 4: Συνοχή δεδομένων παραμέτρων σεξουαλικότητας σύμφωνα με τον δείκτη εσωτερικής συνέπειας Cronbach a

Ομάδα Ατόμων		Cronbach a	Αριθμός ερωτήσεων
Χωρίς αναπηρία	Σεξουαλικό Άγχος	0,803	5
	Σεξουαλική Ικανοποίηση	0,830	5
	Σεξουαλική Αυτοεκτίμηση	0,804	5
Προβλήματα Όρασης	Σεξουαλικό Άγχος	0,858	5
	Σεξουαλική Ικανοποίηση	0,920	5
	Σεξουαλική Αυτοεκτίμηση	0,944	5
Προβλήματα Ακοής	Σεξουαλικό Άγχος	0,697	5
	Σεξουαλική Ικανοποίηση	0,936	5
	Σεξουαλική Αυτοεκτίμηση	0,955	5
Κινητικά Προβλήματα	Σεξουαλικό Άγχος	0,882	5
	Σεξουαλική Ικανοποίηση	0,905	5
	Σεξουαλική Αυτοεκτίμηση	0,939	5
Χρόνιες Παθήσεις	Σεξουαλικό Άγχος	0,897	5
	Σεξουαλική Ικανοποίηση	0,878	5
	Σεξουαλική Αυτοεκτίμηση	0,942	5

11.4. Έλεγχος κανονικότητας δεδομένων

Επειδή κάθε ομάδα του δείγματος έχει μέγεθος $n=50$ το στατιστικό κριτήριο που είναι κατάλληλο να ελέγξει την ύπαρξη ή μη κανονικότητας των δεδομένων της κλίμακας νοήματος ζωής είναι εκείνο των Shapiro-Wilk. Συνεπώς λαμβάνοντας ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το 5%, διατυπώνουμε τη μηδενική υπόθεση H_0 η οποία απορρίπτεται αν $p < 0,05$ και την εναλλακτική υπόθεση H_1 οι οποίες είναι:

H_0 : Η κατανομή του δείγματος μας δεν απέχει και πολύ από την κανονική κατανομή

H_1 : Η κατανομή του δείγματος μας, απέχει πολύ από την κανονική κατανομή

Από τον έλεγχο κανονικότητας στα δεδομένα των παραμέτρων του ερωτηματολογίου προέκυψε ότι η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται για τα δεδομένα όλων των παραμέτρων αυτοεκτίμησης και σεξουαλικότητας στις ομάδες του δείγματος ($p < 0,05$) συνεπώς η κατανομή του δείγματος ως προς αυτές τις παραμέτρους αυτοεκτίμησης και σεξουαλικότητας απέχει πολύ από την κανονική κατανομή. Ως προς τα δεδομένα της κλίμακας αυτοεκτίμησης προκύπτει ότι ακολουθούν την κανονική κατανομή στις ομάδες ατόμων του δείγματος με προβλήματα ακοής και χρόνιες παθήσεις ($p > 0,05$) ενώ δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή στις ομάδες ατόμων του δείγματος χωρίς αναπηρία, με προβλήματα όρασης και με κινητικά προβλήματα ($p < 0,05$). (Πίνακες 5 & 6)

Πίνακας 5: Κριτήριο ύπαρξης κανονικότητας δεδομένων κλίμακας αυτοεκτίμησης και παραμέτρων αυτής ανά ομάδα του δείγματος

Ομάδα Ατόμων		Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.
Χωρίς αναπηρία	Γενική Αυτοεκτίμηση	,843	50	,000
	Κοινωνική Αυτοεκτίμηση	,807	50	,000
	Προσωπική Αυτοεκτίμηση	,942	50	,016
	Συνολική Αυτοεκτίμηση	,872	50	,000
Προβλήματα Όρασης	Γενική Αυτοεκτίμηση	,862	50	,000
	Κοινωνική Αυτοεκτίμηση	,778	50	,000
	Προσωπική Αυτοεκτίμηση	,933	50	,007
	Συνολική Αυτοεκτίμηση	,864	50	,000
Προβλήματα Ακοής	Γενική Αυτοεκτίμηση	,943	50	,018
	Κοινωνική Αυτοεκτίμηση	,902	50	,001
	Προσωπική Αυτοεκτίμηση	,896	50	,000
	Συνολική Αυτοεκτίμηση	,967	50	,180

Κινητικά Προβλήματα	Γενική Αυτοεκτίμηση	,902	50	,001
	Κοινωνική Αυτοεκτίμηση	,885	50	,000
	Προσωπική Αυτοεκτίμηση	,950	50	,033
	Συνολική Αυτοεκτίμηση	,937	50	,010
Χρόνιες Παθήσεις	Γενική Αυτοεκτίμηση	,923	50	,003
	Κοινωνική Αυτοεκτίμηση	,904	50	,001
	Προσωπική Αυτοεκτίμηση	,910	50	,001
	Συνολική Αυτοεκτίμηση	,955	50	,053

Πίνακας 6: Κριτήριο ύπαρξης κανονικότητας δεδομένων παραμέτρων σεξουαλικότητας ανά ομάδα του δείγματος

Ομάδα Ατόμων		Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.
Χωρίς αναπηρία	Σεξουαλικό Άγχος	,515	50	,000
	Σεξουαλική Ικανοποίηση	,493	50	,000
	Σεξουαλική Αυτοεκτίμηση	,684	50	,000
Προβλήματα Όρασης	Σεξουαλικό Άγχος	,662	50	,000
	Σεξουαλική Ικανοποίηση	,700	50	,000
	Σεξουαλική Αυτοεκτίμηση	,733	50	,000
Προβλήματα Ακοής	Σεξουαλικό Άγχος	,612	50	,000
	Σεξουαλική Ικανοποίηση	,644	50	,000
	Σεξουαλική Αυτοεκτίμηση	,892	50	,000
Κινητικά Προβλήματα	Σεξουαλικό Άγχος	,720	50	,000
	Σεξουαλική Ικανοποίηση	,713	50	,000
	Σεξουαλική Αυτοεκτίμηση	,719	50	,000
Χρόνιες Παθήσεις	Σεξουαλικό Άγχος	,819	50	,000
	Σεξουαλική Ικανοποίηση	,715	50	,000
	Σεξουαλική Αυτοεκτίμηση	,782	50	,000

11.5. Ανάλυση μέσω κλίμακας αυτοεκτίμησης, παραμέτρων αυτοεκτίμησης και παραμέτρων σεξουαλικότητας με ατομικά χαρακτηριστικά κάθε ομάδας ατόμων του δείγματος

Για τη σύγκριση των μέσων όρων ανά ατομικό χαρακτηριστικό των ομάδων του δείγματος ως προς τις παραμέτρους αυτοεκτίμησης, τη συνολική αυτοεκτίμηση και τις παραμέτρους σεξουαλικότητας εφαρμόστηκαν παραμετρικά κριτήρια όπου η κατανομή των δεδομένων δεν απέχει πολύ από την κανονική κατανομή και μη παραμετρικά όπου η κατανομή των δεδομένων απέχει από την κανονική κατανομή.

Οι πίνακες μέσω όρων ανά ατομικό χαρακτηριστικό το οποίο παρουσίασε στατιστικά σημαντική διαφορά με τις παραμέτρους αυτοεκτίμησης, τη συνολική αυτοεκτίμηση και τις παραμέτρους σεξουαλικότητας παρουσιάζονται στο Παράρτημα III.

Στα άτομα χωρίς αναπηρία στατιστικά σημαντική διαφορά παρουσίασε: (Πίνακας 7)

Ο βαθμός γενικής αυτοεκτίμησης ως προς το μορφωτικό επίπεδο ($p=0,021<0,05$) όπου τα άτομα χωρίς αναπηρία που είναι απόφοιτοι γυμνασίου παρουσίασαν υψηλότερο βαθμό γενικής αυτοεκτίμησης (Μ.Ο. 22,00) από ότι τα άτομα χωρίς αναπηρία που έχουν δίπλωμα ΑΕΙ/ΤΕΙ (Μ.Ο. 18,59).

Ο βαθμός κοινωνικής αυτοεκτίμησης ως προς τα δύο επίπεδα του φύλου ($p=0,047<0,05$) με τους άνδρες να εμφανίζουν υψηλότερο βαθμό κοινωνικής αυτοεκτίμησης (Μ.Ο. 9,88) από ότι οι γυναίκες (Μ.Ο. 9,00).

Ο βαθμός προσωπικής αυτοεκτίμησης ως προς την ύπαρξη κάποιου χόμπι ($p=0,019<0,05$) όπου τα άτομα που δεν έχουν κάποιο χόμπι παρουσίασαν υψηλότερη προσωπική αυτοεκτίμηση (Μ.Ο. 12,36) από ότι τα άτομα χωρίς αναπηρία που έχουν κάποιο χόμπι (Μ.Ο. 10,64), και

Ο βαθμός συνολικής αυτοεκτίμησης ως προς το μορφωτικό επίπεδο ($p=0,028<0,05$) όπου τα άτομα χωρίς αναπηρία που είναι απόφοιτοι γυμνασίου εμφάνισαν υψηλότερη συνολική αυτοεκτίμηση (Μ.Ο.44) από ότι τα άτομα χωρίς αναπηρία που έχουν δίπλωμα ΑΕΙ/ΤΕΙ.

Πίνακας 7: Δείκτες ύπαρξης στατιστικά σημαντικής διαφοράς μεταξύ των ατομικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων χωρίς αναπηρία ως προς την κλίμακα αυτοεκτίμησης, τις παραμέτρους αυτοεκτίμησης και τις παραμέτρους σεξουαλικότητας

	Γενική Αυτοεκτίμηση	Κοινωνική Αυτοεκτίμηση	Προσωπική Αυτοεκτίμηση	Συνολική Αυτοεκτίμηση	Σεξουαλικό Άγχος	Σεξουαλική Ικανοποίηση	Σεξουαλική Αυτοεκτίμηση
Φύλο	,480	,047*	,306	,751	,755	,104	,586
Αδέρφια	,245	,856	,505	,223	,558	,102	,125
Ύπαρξη εργασίας	,259	,607	,785	,703	,928	,431	,141
Ύπαρξη Χόμπι	,294	,863	,019*	,067	,563	,513	,111
Ηλικία	,666	,896	,398	,572	,560	,305	,432
Οικογ. Κατάσταση	,815	,137	,348	,956	,352	,727	,333
Σειρά Γέννησης	,574	,573	,563	,823	,881	,523	,840
Εκπαίδευση	,021*	,966	,086	,028*	,301	,380	,677
Εισόδημα	,853	,423	,723	,814	,579	,442	,736
Επαφή με ΣΠ	,514	,181	,847	,514	,473	,482	,599
Επαφή με ΦΠ	,645	,093	,922	,389	,172	,247	,263

Σημείωση: * $p < 0,05$

Στα άτομα με προβλήματα όρασης στατιστικά σημαντική διαφορά παρουσίασε: (Πίνακας 8)

Ο βαθμός γενικής αυτοεκτίμησης ως προς την προέλευση της αναπηρίας ($p=0,003 < 0,01$) όπου τα άτομα των οποίων το πρόβλημα όρασης είναι επίκτητο παρουσίασαν χαμηλότερη γενική αυτοεκτίμηση (Μ.Ο.18,19) από ότι τα άτομα των οποίων το πρόβλημα όρασης είναι εκ γενετής (Μ.Ο. 20,50), ως προς την ύπαρξη κάποιου χόμπι ($p=0,002 < 0,01$) με τα άτομα με προβλήματα όρασης που δεν έχουν κάποιο χόμπι να εμφανίζουν υψηλότερη γενική αυτοεκτίμηση (Μ.Ο. 25,00) από ότι τα άτομα με προβλήματα όρασης που έχουν κάποιο χόμπι (Μ.Ο. 18,80), ως προς το μορφωτικό επίπεδο ($p=0,008 < 0,01$) όπου υψηλότερη γενική αυτοεκτίμηση στα άτομα με προβλήματα όρασης του δείγματος παρουσιάζουν οι απόφοιτοι Γυμνασίου (Μ.Ο. 21,00) και Λυκείου (Μ.Ο. 21,25) ενώ ακολουθούν οι κάτοχοι διπλώματος ΑΕΙ/ΤΕΙ (Μ.Ο. 18,90), οι απόφοιτοι Δημοτικού (Μ.Ο. 17,75) και τελευταίοι οι απόφοιτοι

επαγγελματικών σχολών (M.O.17,55), και ως προς την επαφή με συγγενικά πρόσωπα ($p=0,039<0,05$) όπου πιο υψηλή γενική αυτοεκτίμηση εμφανίζουν τα άτομα με προβλήματα όρασης που θεωρούν μη ικανοποιητική την επαφή τους με συγγενικά πρόσωπα (M.O. 31,00) από ότι τα άτομα με προβλήματα όρασης που τη θεωρούν μέτρια (M.O. 20,07) ή ικανοποιητική (M.O. 18,69).

Ο βαθμός κοινωνικής αυτοεκτίμησης ως προς την ύπαρξη κάποιου χόμπι ($p=0,001<0,01$) όπου τα άτομα με προβλήματα όρασης που έχουν κάποιο χόμπι παρουσιάζουν χαμηλότερη κοινωνική αυτοεκτίμηση (M.O. 9,10) από ότι τα άτομα με προβλήματα όρασης που δεν έχουν κάποιο χόμπι (M.O. 12,75), και ως προς την επαφή με φιλικά πρόσωπα ($p=0,023<0,05$) όπου τα άτομα με προβλήματα όρασης που δηλώνουν ότι είναι μέτρια ικανοποιημένοι από την επαφή τους με φιλικά πρόσωπα έχουν υψηλότερη κοινωνική αυτοεκτίμηση (M.O. 11,00) από ότι τα άτομα με προβλήματα όρασης που δηλώνουν ότι η επαφή τους με φιλικά πρόσωπα είναι μη ικανοποιητική (M.O. 10,00) και ακόμα χαμηλότερη αυτών που δηλώνουν ότι είναι ικανοποιητική (M.O. 8,94).

Ο βαθμός προσωπικής αυτοεκτίμησης ως προς την ύπαρξη κάποιου χόμπι ($p=0,001<0,01$) όπου τα άτομα με προβλήματα όρασης που έχουν κάποιο χόμπι έχουν χαμηλότερη προσωπική αυτοεκτίμηση (M.O. 10,50) από ότι τα άτομα με προβλήματα όρασης που δεν έχουν κάποιο χόμπι (M.O. 14,00)

Ο βαθμός συνολικής αυτοεκτίμησης ως προς την προέλευση της αναπηρίας ($p=0,018<0,05$), ως προς την ύπαρξη κάποιου χόμπι ($p=0,001<0,01$) και ως προς το μορφωτικό επίπεδο ($p=0,043<0,05$). Συγκεκριμένα, τα άτομα των οποίων το πρόβλημα όρασης είναι επίκτητο παρουσίασαν χαμηλότερη συνολική αυτοεκτίμηση (M.O.37,96) από ότι τα άτομα των οποίων το πρόβλημα όρασης είναι εκ γενετής (M.O. 41,12), τα άτομα με προβλήματα όρασης που δεν έχουν κάποιο χόμπι να εμφανίζουν υψηλότερη συνολική αυτοεκτίμηση (M.O. 51,75) από ότι τα άτομα με προβλήματα όρασης που έχουν κάποιο χόμπι (M.O. 38,41) και στα άτομα με προβλήματα όρασης του δείγματος υψηλότερη συνολική αυτοεκτίμηση παρουσιάζουν οι απόφοιτοι Λυκείου (M.O. 42,96) και Γυμνασίου (M.O. 41,75) ενώ ακολουθούν οι κάτοχοι διπλώματος ΑΕΙ/ΤΕΙ (M.O. 38,85), οι απόφοιτοι Δημοτικού (M.O. 38,00) και τελευταίοι οι απόφοιτοι επαγγελματικών σχολών (M.O. 36,00)

Ο βαθμός σεξουαλικού άγχους ως προς την ύπαρξη κάποιου χόμπι ($p=0,020<0,05$) και ως προς την οικογενειακή κατάσταση του ατόμου με προβλήματα όρασης ($p=0,041<0,05$). Τα άτομα με προβλήματα όρασης που δεν έχουν κάποιο

χόμπι εμφανίζουν περισσότερο σεξουαλικό άγχος (Μ.Ο. 8,93) από ότι τα άτομα με προβλήματα όρασης που έχουν κάποιο χόμπι (Μ.Ο. 8,93). Επίσης τα άτομα με προβλήματα όρασης που είναι σε σχέση εμφανίζουν χαμηλότερο σεξουαλικό άγχος (Μ.Ο. 10,00) από ότι οι άγαμοι/ες (Μ.Ο. 8,65), οι έγγαμοι/ες (Μ.Ο. 8,27) ενώ το υψηλότερο σεξουαλικό άγχος εμφανίζουν οι διαζευγμένοι/ες (Μ.Ο. 7,00).

Ο βαθμός σεξουαλικής αυτοεκτίμησης ως προς την ύπαρξη εργασίας ($p=0,035<0,05$) και ως προς την επαφή με φιλικά πρόσωπα ($p=0,041<0,05$). Η σεξουαλική αυτοεκτίμηση είναι πιο χαμηλή στα άτομα με προβλήματα όρασης που εργάζονται (Μ.Ο. 7,10) από ότι σε αυτά που δεν εργάζονται (Μ.Ο. 5,67).

Πίνακας 8: Δείκτες ύπαρξης στατιστικά σημαντικής διαφοράς μεταξύ των ατομικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με προβλήματα όρασης ως προς την κλίμακα αυτοεκτίμησης, τις παραμέτρους αυτοεκτίμησης και τις παραμέτρους σεξουαλικότητας

	Γενική Αυτοεκτίμηση	Κοινωνική Αυτοεκτίμηση	Προσωπική Αυτοεκτίμηση	Συνολική Αυτοεκτίμηση	Σεξουαλικό Άγχος	Σεξουαλική Ικανοποίηση	Σεξουαλική Αυτοεκτίμηση
Φύλο	,520	,661	,338	,991	,606	,251	,078
Προέλευση Αναπηρίας	,003*	,642	,496	,018*	,692	,714	,303
Αδέρφια	,599	,914	,805	,916	,432	,397	,368
Ύπαρξη εργασίας	,746	,574	,863	,960	,955	,363	,035*
Ύπαρξη Χόμπι	,002**	,010*	,001**	,001**	,020*	,706	,416
Ηλικία	,067	,586	,381	,279	,244	,983	,331
Οικογ. Κατάσταση	,339	,117	,599	,335	,041*	,098	,428
Σειρά Γέννησης	,559	,476	,425	,334	,206	,248	,292
Εκπαίδευση	,008**	,533	,251	,043*	,709	,462	,091
Εισόδημα	,501	,647	,113	,300	,293	,522	,712
Επαφή με ΣΠ	,039*	,206	,181	,117	,214	,475	,358
Επαφή με ΦΠ	,543	,023*	,063	,063	,198	,099	,041*

Σημείωση: * $p<0,05$, ** $p<0,01$

Επίσης, η σεξουαλική αυτοεκτίμηση είναι πιο χαμηλή στα άτομα με προβλήματα όρασης που δηλώνουν ότι η επαφή τους με φιλικά πρόσωπα είναι μη ικανοποιητική

(M.O. 10,00), ακολουθούν τα άτομα με προβλήματα όρασης που δηλώνουν ότι η επαφή τους με φιλικά πρόσωπα είναι μέτρια (M.O. 6,70) και τέλος τα άτομα με προβλήματα όρασης που δηλώνουν ότι η επαφή τους με φιλικά πρόσωπα είναι ικανοποιητική (M.O. 5,89).

Στα άτομα με προβλήματα ακοής στατιστικά σημαντική διαφορά παρουσίασε: (Πίνακας 9)

Ο βαθμός γενικής αυτοεκτίμησης ως προς τα δύο επίπεδα του φύλου ($p=0,026<0,05$), άνδρες M.O. 20,00 και γυναίκες M.O. 21,78, και ως προς το μορφωτικό επίπεδο ($p=0,023<0,05$) όπου στα άτομα του δείγματος με προβλήματα ακοής οι απόφοιτοι επαγγελματικών σχολών έχουν τον υψηλότερο M.O. 23,50, ακολουθούν οι απόφοιτοι Δημοτικού M.O. 22,25, απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ με M.O. 21,92, οι απόφοιτοι Γυμνασίου με M.O. 21,00 και τέλος οι απόφοιτοι Λυκείου με M.O. 19,43.

Ο βαθμός κοινωνικής αυτοεκτίμησης ως προς την ύπαρξη εργασίας ($p=0,038<0,05$), M.O. 9,51 στα άτομα με προβλήματα ακοής που έχουν εργασία και M.O. 10,21 στα άτομα που δεν έχουν εργασία, ως προς το μορφωτικό επίπεδο ($p=0,015<0,05$), M.O. 10,25 στους απόφοιτους Δημοτικού, M.O. 11,00 απόφοιτοι Γυμνασίου, M.O. 8,87 απόφοιτοι Λυκείου, M.O. 10,23 διπλωματούχοι ΑΕΙ/ΤΕΙ και M.O. 10,50 απόφοιτοι επαγγελματικών σχολών, ως προς το ύψος του εισοδήματος ($p=0,027<0,05$) με υψηλότερη κοινωνική αυτοεκτίμηση στα άτομα με προβλήματα όρασης των οποίων το εισόδημα είναι από 0-500 ευρώ M.O. 10,30, ακολουθούν τα άτομα με εισόδημα από 501-1000 ευρώ με M.O. 9,7917, με εισόδημα άνω των 2000 ευρώ με M.O. 8,60 και με εισόδημα 1001-1500 ευρώ με M.O. 8,00, και ως προς την επαφή με φιλικά πρόσωπα ($p=0,035<0,05$) με M.O. 10,85 στα άτομα που η επαφή τους με φιλικά πρόσωπα είναι μέτρια και M.O. 9,67 στα άτομα που η επαφή τους με φιλικά πρόσωπα είναι ικανοποιητική.

Ο βαθμός προσωπικής αυτοεκτίμησης ως προς τα δύο επίπεδα του φύλου ($p=0,024<0,05$), M.O. 11,11 στους άνδρες και M.O. 12,75 στις γυναίκες, ως προς το αν έχουν αδέρφια ($p=0,013<0,05$), M.O. 12,6500 στα άτομα με προβλήματα ακοής που έχουν αδέρφια και M.O. 10,40 σε αυτά που δεν έχουν αδέρφια, και ως προς την ηλικιακή ομάδα στην οποία βρίσκονται ($p=0,047<0,05$) με τα άτομα με προβλήματα ακοής που είναι από 26-35 να εμφανίζουν την υψηλότερη προσωπική αυτοεκτίμηση με M.O. 13,71, ακολουθούν τα άτομα με προβλήματα ακοής που είναι άνω των 46 με

M.O. 12,10, τα άτομα με προβλήματα ακοής που είναι από 16-25 με M.O. 11,83 και τα άτομα με προβλήματα ακοής που είναι από 36-45 με M.O. 11,07.

Ο βαθμός συνολικής αυτοεκτίμησης ως προς τα δύο επίπεδα του φύλου ($p=0,033<0,01$), άνδρες M.O. 40,88 και γυναίκες M.O. 44,42, και ως προς το μορφωτικό επίπεδο ($p=0,018<0,05$) με υψηλότερο βαθμό στους απόφοιτους επαγγελματικών σχολών με M.O. 47,00, ακολουθούν απόφοιτοι Δημοτικού με M.O. 46,25, απόφοιτοι Γυμνασίου με M.O. 45,00, διπλωματούχοι ΑΕΙ/ΤΕΙ με M.O. 44,65 και απόφοιτοι Λυκείου με M.O. 39,43.

Πίνακας 9: Δείκτες ύπαρξης στατιστικά σημαντικής διαφοράς μεταξύ των ατομικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με προβλήματα ακοής ως προς την κλίμακα αυτοεκτίμησης, τις παραμέτρους αυτοεκτίμησης και τις παραμέτρους σεξουαλικότητας

	Γενική Αυτοεκτίμηση	Κοινωνική Αυτοεκτίμηση	Προσωπική Αυτοεκτίμηση	Συνολική Αυτοεκτίμηση	Σεξουαλικό Άγχος	Σεξουαλική Ικανοποίηση	Σεξουαλική Αυτοεκτίμηση
Φύλο	,026*	,643	,024*	,033*	,827	,171	,178
Προέλευση Αναπηρίας	,590	,362	,435	,621	,890	,043*	,632
Αδέρφια	,600	,930	,013*	,100	,299	,200	,187
Ύπαρξη εργασίας	,145	,038*	,489	,319	,136	,040*	,056
Ύπαρξη Χόμπι	,489	,957	,687	,880	,519	,352	,022*
Ηλικία	,709	,676	,047*	,229	,063	,838	,981
Οικογ. Κατάσταση	,102	,543	,809	,432	,495	,002**	,205
Σειρά Γέννησης	,765	,217	,830	,771	,658	,734	,235
Εκπαίδευση	,023*	,015*	,227	,018*	,147	,735	,104
Εισόδημα	,214	,027*	,194	,069	,633	,609	,170
Επαφή με ΣΠ	,843	,859	,425	,953	,114	,662	,258
Επαφή με ΦΠ	,285	,035*	,788	,266	,790	,844	,897

Σημείωση: * $p<0,05$, ** $p<0,01$

Ο βαθμός σεξουαλικής ικανοποίησης ως προς την προέλευση της αναπηρία ($p=0,043<0,05$), άτομα με επίκτητα προβλήματα ακοής M.O. 7,13 ενώ άτομα με εκ γενετής προβλήματα ακοής M.O. 5,74, ως προς την ύπαρξη εργασίας ($p=0,040<0,05$)

οι έχοντες εργασία με Μ.Ο. 5,88 ενώ οι μη έχοντες με υψηλότερο Μ.Ο. 6,95, και ως προς την οικογενειακή κατάσταση του ατόμου με προβλήματα ακοής ($p=0,002<0,01$), όπου οι άγαμοι με Μ.Ο. 7,30 και οι διαζευγμένοι με Μ.Ο. 7,00 έχουν μικρότερη σεξουαλική ικανοποίηση από τους έγγαμους με Μ.Ο. 5,08 και αυτούς που είναι σε σχέση με Μ.Ο. 5,00.

Ο βαθμός σεξουαλικής αυτοεκτίμησης ως προς την ύπαρξη κάποιου χόμπι ($p=0,022<0,05$) με τους έχοντες κάποιο χόμπι να έχουν μεγαλύτερη σεξουαλική αυτοεκτίμηση (Μ.Ο.6,64) από τους μη έχοντες (Μ.Ο. 7,75).

Στα άτομα με κινητικά προβλήματα στατιστικά σημαντική διαφορά παρουσίασε: (Πίνακας 10)

Ο βαθμός γενικής αυτοεκτίμησης ως προς το μορφωτικό επίπεδο ($p=0,032<0,05$) με τους απόφοιτους Δημοτικού να παρουσιάζουν υψηλότερο βαθμό γενικής αυτοεκτίμησης με Μ.Ο. 23,00 από τους απόφοιτους Γυμνασίου με Μ.Ο. 21,37, τους διπλωματούχους ΑΕΙ/ΤΕΙ με Μ.Ο. 21,16, τους απόφοιτους Λυκείου με Μ.Ο. 19,15 και τους απόφοιτους επαγγελματικών σχολών με Μ.Ο. 19,08, και ως προς την επαφή με φιλικά πρόσωπα ($p=0,013<0,05$) με τα άτομα με κινητικά προβλήματα που δήλωσαν ότι η επαφή τους με φιλικά πρόσωπα είναι μη ικανοποιητική να εμφανίζουν υψηλότερη γενική αυτοεκτίμηση με Μ.Ο. 23,00 από ότι τα άτομα με κινητικά προβλήματα που δήλωσαν ότι η επαφή τους με φιλικά πρόσωπα είναι μέτρια με Μ.Ο. 22,75 και αυτών που δήλωσαν ότι είναι ικανοποιητική με Μ.Ο. 19,18.

Ο βαθμός κοινωνικής αυτοεκτίμησης ως προς την επαφή με συγγενικά πρόσωπα ($p=0,020<0,05$) και ως προς την επαφή με φιλικά πρόσωπα ($p=0,001<0,01$). Παρατηρήθηκε ότι τα άτομα με κινητικά προβλήματα που κρίνουν ως μέτρια την επαφή τους με τα φιλικά πρόσωπα (Μ.Ο. 11,08) και την επαφή τους με συγγενικά πρόσωπα (Μ.Ο. 10,29) παρουσιάζουν υψηλότερη κοινωνική αυτοεκτίμηση από ότι τα άτομα με κινητικά προβλήματα που κρίνουν ικανοποιητική την επαφή τους με φιλικά πρόσωπα (Μ.Ο. 9,21) και με συγγενικά πρόσωπα (Μ.Ο. 9,32).

Ο βαθμός προσωπικής αυτοεκτίμησης ως προς το μορφωτικό επίπεδο ($p=0,006<0,01$) με τους απόφοιτους Δημοτικού να παρουσιάζουν υψηλότερο βαθμό γενικής αυτοεκτίμησης με Μ.Ο. 14,60, ακολουθούν οι απόφοιτοι Γυμνασίου με Μ.Ο. 13,00, οι απόφοιτοι Λυκείου με Μ.Ο. 11,26, οι διπλωματούχοι ΑΕΙ/ΤΕΙ με Μ.Ο. 11,00 και οι απόφοιτοι επαγγελματικών σχολών με Μ.Ο. 10,91, και ως προς την επαφή με φιλικά πρόσωπα ($p=0,045<0,05$), με τα άτομα με κινητικά προβλήματα που κρίνουν ως μέτρια την επαφή τους με τα φιλικά πρόσωπα (Μ.Ο. 13,00) να

παρουσιάζουν υψηλότερη προσωπική αυτοεκτίμηση από ότι τα άτομα με κινητικά προβλήματα που κρίνουν ικανοποιητική την επαφή τους με φιλικά πρόσωπα (M.O. 11,29).

Ο βαθμός συνολικής αυτοεκτίμησης ως προς το μορφωτικό επίπεδο ($p=0,016<0,05$) και ως προς την επαφή με φιλικά πρόσωπα ($p=0,002<0,01$). Παρατηρήθηκε ότι οι απόφοιτοι Δημοτικού παρουσιάζουν υψηλότερο βαθμό συνολικής αυτοεκτίμησης με M.O. 49,00, ακολουθούν οι απόφοιτοι Γυμνασίου με M.O. 44,50, οι διπλωματούχοι ΑΕΙ/ΤΕΙ με M.O. 42,00, οι απόφοιτοι Λυκείου με M.O. 39,68 και οι απόφοιτοι επαγγελματικών σχολών με M.O. 39,58. Επίσης, τα άτομα με κινητικά προβλήματα που κρίνουν ως μέτρια την επαφή τους με τα φιλικά πρόσωπα (M.O. 46,83) παρουσιάζουν υψηλότερη συνολική αυτοεκτίμηση από ότι τα άτομα με κινητικά προβλήματα που κρίνουν ικανοποιητική την επαφή τους με φιλικά πρόσωπα (M.O. 39,70).

Ο βαθμός σεξουαλικού άγχους ως προς την προέλευση της αναπηρία ($p=0,037<0,05$) και ως προς το μορφωτικό επίπεδο ($p=0,031<0,05$). Χαμηλότερο σεξουαλικό άγχος εμφανίζουν τα άτομα με κινητικά προβλήματα των οποίων η αναπηρία είναι επίκτητη (M.O. 8,85) από ότι εκείνα των οποίων η αναπηρία είναι εκ γενετής (M.O. 7,53). Επιπλέον οι απόφοιτοι Λυκείου παρουσιάζουν το πιο χαμηλό σεξουαλικό άγχος (M.O. 9,21) και ακολουθούν οι απόφοιτοι επαγγελματικών σχολών με M.O. 8,53, οι διπλωματούχοι ΑΕΙ/ΤΕΙ με M.O. 8,50, οι απόφοιτοι Γυμνασίου με M.O. 7,50 και τέλος με το μεγαλύτερο σεξουαλικό άγχος εμφανίζονται οι απόφοιτοι Δημοτικού.

Ο βαθμός σεξουαλικής ικανοποίησης ως προς την οικογενειακή κατάσταση του ατόμου με κινητικά προβλήματα ($p=0,002<0,01$), ως προς την επαφή με συγγενικά πρόσωπα ($p=0,003<0,01$) και ως προς την επαφή με φιλικά πρόσωπα ($p=0,002<0,01$). Η διαφορά ως προς την οικογενειακή κατάσταση εντοπίζεται στο ότι τα άτομα με κινητικά προβλήματα που είναι άγαμοι εμφανίζουν χαμηλότερη σεξουαλική ικανοποίηση (M.O. 7,31) από ότι τα άτομα με κινητικά προβλήματα που είναι σε σχέση (M.O. 6,00) ή είναι έγγαμοι (M.O. 5,07). Παρατηρήθηκε ακόμη ότι τα άτομα με κινητικά προβλήματα που κρίνουν ως μέτρια την επαφή τους με τα φιλικά πρόσωπα (M.O. 8,75) και την επαφή τους με συγγενικά πρόσωπα (M.O. 8,23) παρουσιάζουν χαμηλότερη σεξουαλική ικανοποίηση από ότι τα άτομα με κινητικά προβλήματα που κρίνουν ικανοποιητική την επαφή τους με φιλικά πρόσωπα (M.O. 6,10) και με συγγενικά πρόσωπα (M.O. 6,72).

Πίνακας 10: Δείκτες ύπαρξης στατιστικά σημαντικής διαφοράς μεταξύ των ατομικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με κινητικά προβλήματα ως προς την κλίμακα αυτοεκτίμησης, τις παραμέτρους αυτοεκτίμησης και τις παραμέτρους σεξουαλικότητας

	Γενική Αυτοεκτίμηση	Κοινωνική Αυτοεκτίμηση	Προσωπική Αυτοεκτίμηση	Συνολική Αυτοεκτίμηση	Σεξουαλικό Άγχος	Σεξουαλική Ικανοποίηση	Σεξουαλική Αυτοεκτίμηση
Φύλο	,576	,847	,568	,578	,966	,905	,741
Προέλευση Αναπηρίας	,487	,515	,131	,284	,037*	,754	,183
Αδέρφια	,611	,296	,724	,501	,812	,141	,171
Ύπαρξη εργασίας	,083	,119	,717	,231	,949	,935	,062
Ύπαρξη Χόμπι	,151	,868	,273	,184	,215	,089	,085
Ηλικία	,768	,100	,485	,430	,782	,709	,679
Οικογ. Κατάσταση	,745	,188	,999	,919	,740	,002**	,070
Σειρά Γέννησης	,964	,962	,862	,987	,399	,058	,264
Εκπαίδευση	,032*	,360	,006**	,016*	,031*	,975	,880
Εισόδημα	,590	,571	,515	,539	,563	,995	,280
Επαφή με ΣΠ	,447	,020*	,432	,605	,331	,003**	,119
Επαφή με ΦΠ	,013*	,001**	,045*	,002**	,101	,002**	,057

Σημείωση: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Στα άτομα με χρόνιες παθήσεις στατιστικά σημαντική διαφορά παρουσίασε: (Πίνακας 11)

Ο βαθμός γενικής αυτοεκτίμησης ως προς τα δύο επίπεδα του φύλου ($p=0,017 < 0,05$), με τους άνδρες με χρόνιες παθήσεις να εμφανίζουν χαμηλότερη γενική αυτοεκτίμηση (Μ.Ο. 19,95) από ότι οι γυναίκες με χρόνιες παθήσεις (Μ.Ο. 22,28), ως προς την ύπαρξη κάποιου χόμπι ($p=0,000 < 0,001$) με τους έχοντες κάποιο χόμπι να έχουν μικρότερη γενική αυτοεκτίμηση (Μ.Ο. 19,94) από τους μη έχοντες κάποιο χόμπι (Μ.Ο. 24,64), και ως προς την οικογενειακή κατάσταση του ατόμου με χρόνια πάθηση ($p=0,035 < 0,05$) με τους άγαμους/ες με χρόνια πάθηση να εμφανίζουν την χαμηλότερη γενική αυτοεκτίμηση (Μ.Ο. 19,22) από ότι οι έγγαμοι (Μ.Ο. 22,22).

Ο βαθμός κοινωνικής αυτοεκτίμησης ως προς τα δύο επίπεδα του φύλου ($p=0,012 < 0,05$), με τους άνδρες με χρόνιες παθήσεις να εμφανίζουν χαμηλότερη

κοινωνική αυτοεκτίμηση (M.O. 9,31) από ότι οι γυναίκες με χρόνιες παθήσεις (M.O. 11,14), ως προς την ύπαρξη εργασίας ($p=0,039<0,05$) με τους έχοντες εργασία να εμφανίζουν χαμηλότερη κοινωνική αυτοεκτίμηση (M.O. 9,14) από τους μη έχοντες εργασία (M.O. 10,08) και ως προς την ύπαρξη κάποιου χόμπι ($p=0,000<0,001$) με τους έχοντες κάποιο χόμπι να έχουν μικρότερη κοινωνική αυτοεκτίμηση (M.O. 9,30) από τους μη έχοντες κάποιο χόμπι (M.O. 11,14).

Ο βαθμός προσωπικής αυτοεκτίμησης ως προς τα δύο επίπεδα του φύλου ($p=0,020<0,05$) με τους άνδρες με χρόνιες παθήσεις να εμφανίζουν χαμηλότερη προσωπική αυτοεκτίμηση (M.O. 11,59) από ότι οι γυναίκες με χρόνιες παθήσεις (M.O. 13,00), ως προς την ύπαρξη εργασίας ($p=0,044<0,05$) με τους έχοντες εργασία να εμφανίζουν χαμηλότερη προσωπική αυτοεκτίμηση (M.O. 11,50) από τους μη έχοντες εργασία (M.O. 12,72), ως προς την ύπαρξη κάποιου χόμπι ($p=0,001<0,01$) με τους έχοντες κάποιο χόμπι να έχουν μικρότερη προσωπική αυτοεκτίμηση (M.O. 11,75) από τους μη έχοντες κάποιο χόμπι (M.O. 14,00), ως προς την ηλικιακή ομάδα των ατόμων με χρόνιες παθήσεις ($p=0,003<0,01$) όπου την υψηλότερη προσωπική αυτοεκτίμηση εμφανίζουν τα άτομα με χρόνιες παθήσεις ηλικίας άνω των 46 ετών (M.O. 13,44), ακολουθούν τα άτομα με χρόνιες παθήσεις ηλικίας 36 έως 45 (M.O. 12,47), ηλικίας 16 έως 25 ετών (M.O. 12,33) ενώ τη μικρότερη προσωπική αυτοεκτίμηση παρουσιάζουν τα άτομα με χρόνιες παθήσεις ηλικίας 26 έως 35 ετών (M.O. 10,11), ως προς την οικογενειακή κατάσταση του ατόμου με χρόνια πάθηση ($p=0,022<0,05$) με τους χήρους (M.O. 14,16) και τους έγγαμους (M.O. 12,68) να εμφανίζουν υψηλότερη προσωπική αυτοεκτίμηση από τους άγαμους με χρόνιες παθήσεις (M.O. 11,16) και ως προς το μορφωτικό επίπεδο ($p=0,003<0,01$) με τους απόφοιτους Λυκείου (M.O. 13,63) και τους απόφοιτους Γυμνασίου (M.O. 13,28) να εμφανίζουν υψηλότερη προσωπική αυτοεκτίμηση από τους διπλωματούχους ΑΕΙ/ΤΕΙ (M.O. 11,42).

Ο βαθμός συνολικής αυτοεκτίμησης ως προς τα δύο επίπεδα του φύλου ($p=0,008<0,01$) με τους άνδρες με χρόνιες παθήσεις να εμφανίζουν χαμηλότερη συνολική αυτοεκτίμηση (M.O. 40,86) από ότι οι γυναίκες με χρόνιες παθήσεις (M.O. 45,50), ως προς την ύπαρξη κάποιου χόμπι ($p=0,000<0,001$) με τους έχοντες κάποιο χόμπι να έχουν μικρότερη συνολική αυτοεκτίμηση (M.O. 41,00) από τους μη έχοντες κάποιο χόμπι (M.O. 49,78), ως προς την ηλικιακή ομάδα των ατόμων ($p=0,028<0,05$) όπου την υψηλότερη συνολική αυτοεκτίμηση εμφανίζουν τα άτομα με χρόνιες παθήσεις ηλικίας άνω των 46 ετών (M.O. 46,11), ακολουθούν τα άτομα με χρόνιες

παθήσεις ηλικίας 36 έως 45 (Μ.Ο. 44,17), ηλικίας 16 έως 25 ετών (Μ.Ο. 40,66) ενώ τη μικρότερη συνολική αυτοεκτίμηση παρουσιάζουν τα άτομα με χρόνιες παθήσεις ηλικίας 26 έως 35 ετών (Μ.Ο. 38,66), ως προς την οικογενειακή κατάσταση του ατόμου με χρόνια πάθηση ($p=0,027<0,05$) με τους χήρους (Μ.Ο. 47,16) και τους έγγαμους (Μ.Ο. 44,86) να εμφανίζουν υψηλότερη συνολική αυτοεκτίμηση από τους άγαμους με χρόνιες παθήσεις (Μ.Ο. 39,72) και ως προς το μορφωτικό επίπεδο ($p=0,026<0,05$) με τους απόφοιτους Λυκείου (Μ.Ο. 46,36) και τους απόφοιτους Γυμνασίου (Μ.Ο. 45,42) να εμφανίζουν υψηλότερη συνολική αυτοεκτίμηση από τους διπλωματούχους ΑΕΙ/ΤΕΙ (Μ.Ο.41,19).

Ο βαθμός σεξουαλικού άγχους ως προς την ύπαρξη κάποιου χόμπι ($p=0,034<0,05$) και ως προς την ηλικιακή ομάδα των ατόμων με χρόνιες παθήσεις ($p=0,023<0,05$). Συγκεκριμένα οι έχοντες κάποιο χόμπι έχουν χαμηλότερο σεξουαλικό άγχος (Μ.Ο. 8,30) από τους μη έχοντες κάποιο χόμπι (Μ.Ο. 6,92). Επίσης, χαμηλότερο σεξουαλικό άγχος εκδηλώνουν τα άτομα με χρόνιες παθήσεις που είναι 26 έως 35 ετών (Μ.Ο. 9,22), ακολουθούν οι ηλικίας από 16 έως 25 (Μ.Ο. 8,66), οι ηλικίας 36 έως 45 (Μ.Ο. 8,05) ενώ το μεγαλύτερο σεξουαλικό άγχος εκδηλώνουν οι άνω των 46 ετών.

Ο βαθμός σεξουαλικής ικανοποίησης ως προς τα δύο επίπεδα του φύλου ($p=0,005<0,01$) με τους άνδρες με χρόνιες παθήσεις να εμφανίζουν υψηλότερη σεξουαλική ικανοποίηση (Μ.Ο. 6,00) από ότι οι γυναίκες με χρόνιες παθήσεις (Μ.Ο. 7,42), ως προς την ύπαρξη εργασίας ($p=0,020<0,05$) με τους έχοντες εργασία να εμφανίζουν υψηλότερη σεξουαλική ικανοποίηση (Μ.Ο. 5,71) από τους μη έχοντες εργασία (Μ.Ο. 7,22), ως προς την ύπαρξη κάποιου χόμπι ($p=0,001<0,01$) με τους έχοντες κάποιο χόμπι να έχουν υψηλότερη σεξουαλική ικανοποίηση (Μ.Ο. 6,27) από τους μη έχοντες κάποιο χόμπι (Μ.Ο. 8,14), ως προς την ηλικιακή ομάδα των ατόμων ($p=0,019<0,05$) με χαμηλότερη σεξουαλική ικανοποίηση να εμφανίζουν τα άτομα με χρόνιες παθήσεις ηλικίας άνω των 46 (Μ.Ο. 8,00), ακολουθούν τα άτομα με χρόνιες παθήσεις ηλικίας 36 έως 45 (Μ.Ο. 6,58), τα άτομα με χρόνιες παθήσεις ηλικίας 26 έως 35 (Μ.Ο. 5,77) ενώ την μεγαλύτερη σεξουαλική ικανοποίηση εμφανίζουν τα άτομα με χρόνιες παθήσεις ηλικίας 16 έως 25 ετών, και ως προς την οικογενειακή κατάσταση του ατόμου με χρόνια πάθηση ($p=0,034<0,05$) με τους χήρους (Μ.Ο. 9,16) να εμφανίζουν χαμηλότερη σεξουαλική ικανοποίηση από τους έγγαμους (Μ.Ο. 6,81) και τους άγαμους με χρόνιες παθήσεις (Μ.Ο. 6,05).

Ο βαθμός σεξουαλικής αυτοεκτίμησης ως προς τα δύο επίπεδα του φύλου ($p=0,003<0,01$) με τους άνδρες με χρόνιες παθήσεις να εμφανίζουν υψηλότερη σεξουαλική αυτοεκτίμηση (Μ.Ο. 6,13) από ότι οι γυναίκες με χρόνιες παθήσεις (Μ.Ο. 7,64), και ως προς την ύπαρξη κάποιου χόμπι ($p=0,007<0,01$) με τους έχοντες κάποιο χόμπι να έχουν υψηλότερη σεξουαλική αυτοεκτίμηση (Μ.Ο. 6,44) από τους μη έχοντες κάποιο χόμπι (Μ.Ο. 8,35).

Πίνακας 11: Δείκτες ύπαρξης στατιστικά σημαντικής διαφοράς μεταξύ των ατομικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με χρόνιες παθήσεις ως προς την κλίμακα αυτοεκτίμησης, τις παραμέτρους αυτοεκτίμησης και τις παραμέτρους σεξουαλικότητας

	Γενική Αυτοεκτίμηση	Κοινωνική Αυτοεκτίμηση	Προσωπική Αυτοεκτίμηση	Συνολική Αυτοεκτίμηση	Σεξουαλικό Άγχος	Σεξουαλική Ικανοποίηση	Σεξουαλική Αυτοεκτίμηση
Φύλο	,017*	,012*	,020*	,008**	,606	,005**	,003**
Προέλευση Αναπηρίας	,403	,522	,193	,405	,151	,333	,236
Αδέρφια	,474	,370	,272	,496	,451	,639	,402
Ύπαρξη εργασίας	,339	,039*	,044*	,093	,172	,020*	,122
Ύπαρξη Χόμπι	,000***	,000***	,001**	,000***	,034*	,001**	,007**
Ηλικία	,123	,098	,003**	,028*	,023*	,019*	,242
Οικογ. Κατάσταση	,035*	,128	,022*	,027*	,261	,034*	,226
Σειρά Γέννησης	,466	,127	,633	,408	,305	,170	,101
Εκπαίδευση	,115	,391	,003**	,026*	,141	,139	,337
Εισόδημα	,613	,621	,946	,919	,763	,737	,467
Επαφή με ΣΠ	,855	,137	,714	,713	,892	,278	,723
Επαφή με ΦΠ	,250	,500	,280	,285	,705	,506	,496

Σημείωση: * $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$

11.6. Έλεγχος συσχέτισης κλίμακας αυτοεκτίμησης, παραμέτρων αυτοεκτίμησης και παραμέτρων σεξουαλικότητας

Προκειμένου να ελεγχθεί η συσχέτιση της κλίμακας αυτοεκτίμησης και των παραμέτρων αυτής με τις παραμέτρους σεξουαλικότητας, σεξουαλικό άγχος, σεξουαλική ικανοποίηση και σεξουαλική αυτοεκτίμηση, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson. Πρέπει να σημειωθεί ότι θετική συσχέτιση αντιστοιχεί σε ανάλογη μεταβολή των μεταβλητών ενώ αρνητική συσχέτιση σε αντιστρόφως ανάλογη μεταβολή των μεταβλητών.

Όπως παρατηρούμε στον πίνακα 12, ο οποίος αφορά την ομάδα του δείγματος χωρίς αναπηρία, υπάρχει στατιστικά πάρα πολύ σημαντική θετική συσχέτιση ($p < 0,001$) μεταξύ της κλίμακας αυτοεκτίμησης με τις παραμέτρους γενική αυτοεκτίμηση, κοινωνική αυτοεκτίμηση και προσωπική αυτοεκτίμηση. Στατιστικά σημαντική είναι και η θετική συσχέτιση της γενικής αυτοεκτίμησης με την κοινωνική αυτοεκτίμηση ($p < 0,01$) και με την προσωπική αυτοεκτίμηση ($p < 0,001$) ενώ δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της κοινωνικής αυτοεκτίμησης με την προσωπική αυτοεκτίμηση ($p > 0,05$).

Στον ίδιο πίνακα διαπιστώνεται ότι στα άτομα χωρίς αναπηρία η συνολική αυτοεκτίμηση, η γενική αυτοεκτίμηση και η κοινωνική αυτοεκτίμηση σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με θετική συσχέτιση με τη σεξουαλική ικανοποίηση και αυτοεκτίμηση, η προσωπική αυτοεκτίμηση σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τη σεξουαλική αυτοεκτίμηση ενώ δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση (με δείκτη συνάφειας αρνητικό) στα άτομα χωρίς αναπηρία μεταξύ του σεξουαλικού άγχους και της συνολικής αυτοεκτίμησης καθώς και τις παραμέτρους αυτής. Επίσης στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρείται μεταξύ των παραμέτρων σεξουαλικότητας. Η παράμετρος σεξουαλικού άγχους σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με αρνητική συσχέτιση με την σεξουαλική ικανοποίηση και αυτοεκτίμηση, δηλαδή ενδεχόμενη αύξηση της σεξουαλικής ικανοποίησης και αυτοεκτίμησης έχει ως αποτέλεσμα την μείωση του σεξουαλικού άγχους και αντίστροφα. Η σεξουαλική ικανοποίηση και η σεξουαλική αυτοεκτίμηση στα άτομα χωρίς αναπηρία παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση.

Πίνακας 12: Συσχέτιση κλίμακας αυτοεκτίμησης και παραμέτρων αυτοεκτίμησης με παραμέτρους σεξουαλικότητας στα άτομα χωρίς αναπηρία

		Γενική Αυτοεκτίμηση	Κοινωνική Αυτοεκτίμηση	Προσωπική Αυτοεκτίμηση	Συνολική Αυτοεκτίμηση	Σεξουαλικό Άγχος	Σεξουαλική Ικανοποίηση	Σεξουαλική Αυτοεκτίμηση
Γενική Αυτοεκτίμηση	r_s		,431**	,581**	,901**	-,216	,372**	,663**
	p		,002	,000	,000	,132	,008	,000
	N		50	50	50	50	50	50
Κοινωνική Αυτοεκτίμηση	r_s	,431**		,241	,610**	-,249	,289*	,304*
	p	,002		,092	,000	,081	,042	,032
	N	50		50	50	50	50	50
Προσωπική Αυτοεκτίμηση	r_s	,581**	,241		,812**	-,020	,211	,406**
	p	,000	,092		,000	,892	,141	,003
	N	50	50		50	50	50	50
Συνολική Αυτοεκτίμηση	r_s	,901**	,610**	,812**		-,191	,369**	,612**
	p	,000	,000	,000		,183	,008	,000
	N	50	50	50		50	50	50
Σεξουαλικό Άγχος	r_s	-,216	-,249	-,020	-,191		-,629**	-,528**
	p	,132	,081	,892	,183		,000	,000
	N	50	50	50	50		50	50
Σεξουαλική Ικανοποίηση	r_s	,372**	,289*	,211	,369**	-,629**		,736**
	p	,008	,042	,141	,008	,000		,000
	N	50	50	50	50	50		50
Σεξουαλική Αυτοεκτίμηση	r_s	,663**	,304*	,406**	,612**	-,528**	,736**	
	p	,000	,032	,003	,000	,000	,000	
	N	50	50	50	50	50	50	

Σημείωση: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Στα άτομα του δείγματος με προβλήματα όρασης οι παράμετροι αυτοεκτίμησης συνδέονται στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους αλλά και με την παράμετρο συνολικής αυτοεκτίμησης με δείκτες συνάφειας θετικούς. Επίσης, στα άτομα με προβλήματα όρασης στατιστικά σημαντικά συνδέονται και οι παράμετροι σεξουαλικότητας όπου μεταξύ του σεξουαλικού άγχους και της σεξουαλικής ικανοποίησης και αυτοεκτίμησης οι δείκτες συνάφειας είναι αρνητικοί ενώ μεταξύ της σεξουαλικής ικανοποίησης με την αυτοεκτίμηση ο δείκτης συνάφειας είναι θετικός.

Εντούτοις, ιδιαίτερο ενδιαφέρον αποτελεί η μη στατιστικά σημαντική συσχέτιση της σεξουαλικής ικανοποίησης και σεξουαλικής αυτοεκτίμησης των ατόμων με προβλήματα όρασης με καμία από τις παραμέτρους αυτοεκτίμησης αλλά ούτε και με τη συνολική αυτοεκτίμηση. Ωστόσο, το σεξουαλικό άγχος στα άτομα με προβλήματα

όρασης συνδέεται στατιστικά σημαντικά, με αρνητικό δείκτη συνάφειας, με την παράμετρο προσωπική αυτοεκτίμηση καθώς και με την συνολική αυτοεκτίμηση.

(Πίνακας 13)

Πίνακας 13: Συσχέτιση κλίμακας αυτοεκτίμησης και παραμέτρων αυτοεκτίμησης με παραμέτρους σεξουαλικότητας στα άτομα με προβλήματα όρασης

		Γενική Αυτοεκτίμηση	Κοινωνική Αυτοεκτίμηση	Προσωπική Αυτοεκτίμηση	Συνολική Αυτοεκτίμηση	Σεξουαλικό Άγχος	Σεξουαλική Ικανοποίηση	Σεξουαλική Αυτοεκτίμηση
Γενική Αυτοεκτίμηση	r_s		,572**	,522**	,900**	-,189	-,071	,056
	p		,000	,000	,000	,188	,622	,700
	N		50	50	50	50	50	50
Κοινωνική Αυτοεκτίμηση	r_s	,572**		,455**	,775**	-,155	,081	,169
	p	,000		,001	,000	,284	,575	,241
	N	50		50	50	50	50	50
Προσωπική Αυτοεκτίμηση	r_s	,522**	,455**		,778**	-,427**	,209	,201
	p	,000	,001		,000	,002	,146	,161
	N	50	50		50	50	50	50
Συνολική Αυτοεκτίμηση	r_s	,900**	,775**	,778**		-,302*	,061	,154
	p	,000	,000	,000		,033	,674	,287
	N	50	50	50		50	50	50
Σεξουαλικό Άγχος	r_s	-,189	-,155	-,427**	-,302*		-,622**	-,662**
	p	,188	,284	,002	,033		,000	,000
	N	50	50	50	50		50	50
Σεξουαλική Ικανοποίηση	r_s	-,071	,081	,209	,061	-,622**		,704**
	p	,622	,575	,146	,674	,000		,000
	N	50	50	50	50	50		50
Σεξουαλική Αυτοεκτίμηση	r_s	,056	,169	,201	,154	-,662**	,704**	
	p	,700	,241	,161	,287	,000	,000	
	N	50	50	50	50	50	50	

Σημείωση: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Όπως στα άτομα του δείγματος με προβλήματα όρασης έτσι και στα άτομα με προβλήματα ακοής οι παράμετροι αυτοεκτίμησης συνδέονται στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους αλλά και με την παράμετρο συνολικής αυτοεκτίμησης με δείκτες συνάφειας θετικούς. Μεταξύ των παραμέτρων σεξουαλικότητας όμως, η παράμετρος σεξουαλικού άγχους συνδέεται στατιστικά σημαντικά με αρνητικό δείκτη συνάφειας μόνο με την σεξουαλική αυτοεκτίμηση. Η σεξουαλική ικανοποίηση συνδέεται στατιστικά σημαντικά με την σεξουαλική αυτοεκτίμηση με θετικό δείκτη συνάφειας.

Η αρνητική συσχέτιση του σεξουαλικού άγχους με την αυτοεκτίμηση στα άτομα με προβλήματα ακοής επιβεβαιώνεται ως προς όλες τις παραμέτρους αυτοεκτίμησης

και ως προς τη συνολική αυτοεκτίμηση. Αντίστοιχα επιβεβαιώνεται η θετική συσχέτιση της σεξουαλικής αυτοεκτίμησης με την γενική αυτοεκτίμηση, την κοινωνική αυτοεκτίμηση και την συνολική αυτοεκτίμηση ενώ καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση δεν παρατηρείται στα άτομα με προβλήματα ακοής μεταξύ της σεξουαλικής ικανοποίησης και των παραμέτρων αυτοεκτίμησης αλλά και της συνολικής αυτοεκτίμησης. (Πίνακας 14)

Πίνακας 14: Συσχέτιση κλίμακας αυτοεκτίμησης και παραμέτρων αυτοεκτίμησης με παραμέτρους σεξουαλικότητας στα άτομα με προβλήματα ακοής

		Γενική Αυτοεκτίμηση	Κοινωνική Αυτοεκτίμηση	Προσωπική Αυτοεκτίμηση	Συνολική Αυτοεκτίμηση	Σεξουαλικό Άγχος	Σεξουαλική Ικανοποίηση	Σεξουαλική Αυτοεκτίμηση
Γενική Αυτοεκτίμηση	r_s		,622**	,575**	,909**	-,472**	,216	,626**
	p		,000	,000	,000	,001	,131	,000
	N		50	50	50	50	50	50
Κοινωνική Αυτοεκτίμηση	r_s	,622**		,451**	,755**	-,388**	-,064	,360*
	p	,000		,001	,000	,005	,658	,010
	N	50		50	50	50	50	50
Προσωπική Αυτοεκτίμηση	r_s	,575**	,451**		,826**	-,539**	,093	,234
	p	,000	,001		,000	,000	,521	,102
	N	50	50		50	50	50	50
Συνολική Αυτοεκτίμηση	r_s	,909**	,755**	,826**		-,565**	,135	,509**
	p	,000	,000	,000		,000	,350	,000
	N	50	50	50		50	50	50
Σεξουαλικό Άγχος	r_s	-,472**	-,388**	-,539**	-,565**		-,064	-,310*
	p	,001	,005	,000	,000		,659	,028
	N	50	50	50	50		50	50
Σεξουαλική Ικανοποίηση	r_s	,216	-,064	,093	,135	-,064		,442**
	p	,131	,658	,521	,350	,659		,001
	N	50	50	50	50	50		50
Σεξουαλική Αυτοεκτίμηση	r_s	,626**	,360*	,234	,509**	-,310*	,442**	
	p	,000	,010	,102	,000	,028	,001	
	N	50	50	50	50	50	50	

Σημείωση: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Στα άτομα με κινητικά προβλήματα δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική συσχέτιση μόνο μεταξύ της σεξουαλικής ικανοποίησης και της σεξουαλικής αυτοεκτίμησης με την παράμετρο προσωπική αυτοεκτίμηση. Οι παράμετροι αυτοεκτίμησης συνδέονται με θετικό δείκτη συνάφειας στατιστικά σημαντικά τόσο μεταξύ όσο και με την συνολική αυτοεκτίμηση. Επίσης, το σεξουαλικό άγχος συνδέεται με αρνητικό δείκτη συνάφειας στατιστικά σημαντικά με την σεξουαλική

ικανοποίηση και αυτοεκτίμηση οι οποίες συνδέονται στατιστικά σημαντικά με θετικό δείκτη συνάφειας.

Ως προς την συσχέτιση της σεξουαλικότητας με την αυτοεκτίμηση στα άτομα με κινητικά προβλήματα, στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρείται στο σεξουαλικό άγχος με τη γενική αυτοεκτίμηση, την κοινωνική αυτοεκτίμηση, την προσωπική αυτοεκτίμηση και τη συνολική αυτοεκτίμηση με αρνητικούς δείκτες συνάφειας, στη σεξουαλική ικανοποίηση με τη γενική αυτοεκτίμηση, την κοινωνική αυτοεκτίμηση και τη συνολική αυτοεκτίμηση με θετικούς δείκτες συνάφειας και στη σεξουαλική αυτοεκτίμηση με τη γενική αυτοεκτίμηση, την κοινωνική αυτοεκτίμηση, την προσωπική αυτοεκτίμηση και τη συνολική αυτοεκτίμηση με θετικούς δείκτες συνάφειας. (Πίνακας 15)

Πίνακας 15: Συσχέτιση κλίμακας αυτοεκτίμησης και παραμέτρων αυτοεκτίμησης με παραμέτρους σεξουαλικότητας στα άτομα με κινητικά προβλήματα

		Γενική Αυτοεκτίμηση	Κοινωνική Αυτοεκτίμηση	Προσωπική Αυτοεκτίμηση	Συνολική Αυτοεκτίμηση	Σεξουαλικό Άγχος	Σεξουαλική Ικανοποίηση	Σεξουαλική Αυτοεκτίμηση
Γενική Αυτοεκτίμηση	r _s		,657**	,635**	,930**	-,516**	,435**	,554**
	p		,000	,000	,000	,000	,002	,000
	N		50	50	50	50	50	50
Κοινωνική Αυτοεκτίμηση	r _s	,657**		,518**	,796**	-,408**	,393**	,430**
	p	,000		,000	,000	,003	,005	,002
	N	50		50	50	50	50	50
Προσωπική Αυτοεκτίμηση	r _s	,635**	,518**		,832**	-,636**	,267	,240
	p	,000	,000		,000	,000	,061	,093
	N	50	50		50	50	50	50
Συνολική Αυτοεκτίμηση	r _s	,930**	,796**	,832**		-,609**	,429**	,492**
	p	,000	,000	,000		,000	,002	,000
	N	50	50	50		50	50	50
Σεξουαλικό Άγχος	r _s	-,516**	-,408**	-,636**	-,609**		-,412**	-,340*
	p	,000	,003	,000	,000		,003	,016
	N	50	50	50	50		50	50
Σεξουαλική Ικανοποίηση	r _s	,435**	,393**	,267	,429**	-,412**		,657**
	p	,002	,005	,061	,002	,003		,000
	N	50	50	50	50	50		50
Σεξουαλική Αυτοεκτίμηση	r _s	,554**	,430**	,240	,492**	-,340*	,657**	
	p	,000	,002	,093	,000	,016	,000	
	N	50	50	50	50	50	50	

Σημείωση: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Τέλος, στα άτομα με χρόνιες παθήσεις επιβεβαιώνεται η θετικά στατιστικά σημαντική συσχέτιση των παραμέτρων αυτοεκτίμησης μεταξύ τους και ως προς τη συνολική αυτοεκτίμηση, η θετικά στατιστικά σημαντική συσχέτιση της σεξουαλικής ικανοποίησης με τη σεξουαλική αυτοεκτίμηση και η αρνητικά στατιστικά σημαντική συσχέτιση του σεξουαλικού άγχους με τη σεξουαλική αυτοεκτίμηση και σεξουαλική ικανοποίηση. Επίσης, επιβεβαιώνεται στα άτομα με χρόνιες παθήσεις η στατιστικά σημαντικά συσχέτιση με αρνητικούς δείκτες συνάφειας του σεξουαλικού άγχους με τις παραμέτρους αυτοεκτίμησης και τη συνολική αυτοεκτίμηση, καθώς και η στατιστικά σημαντικά συσχέτιση με θετικούς δείκτες συνάφειας της σεξουαλικής ικανοποίησης και σεξουαλικής αυτοεκτίμησης με τις παραμέτρους αυτοεκτίμησης και τη συνολική αυτοεκτίμηση. (Πίνακας 16)

Πίνακας 16: Συσχέτιση κλίμακας αυτοεκτίμησης και παραμέτρων αυτοεκτίμησης με παραμέτρους σεξουαλικότητας στα άτομα με χρόνιες παθήσεις

		Γενική Αυτοεκτίμηση	Κοινωνική Αυτοεκτίμηση	Προσωπική Αυτοεκτίμηση	Συνολική Αυτοεκτίμηση	Σεξουαλικό Άγχος	Σεξουαλική Ικανοποίηση	Σεξουαλική Αυτοεκτίμηση
Γενική Αυτοεκτίμηση	r_s		,701**	,724**	,961**	-,480**	,608**	,587**
	p		,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N		50	50	50	50	50	50
Κοινωνική Αυτοεκτίμηση	r_s	,701**		,503**	,784**	-,434**	,490**	,470**
	p	,000		,000	,000	,002	,000	,001
	N	50		50	50	50	50	50
Προσωπική Αυτοεκτίμηση	r_s	,724**	,503**		,853**	-,636**	,527**	,513**
	p	,000	,000		,000	,000	,000	,000
	N	50	50		50	50	50	50
Συνολική Αυτοεκτίμηση	r_s	,961**	,784**	,853**		-,578**	,627**	,606**
	p	,000	,000	,000		,000	,000	,000
	N	50	50	50		50	50	50
Σεξουαλικό Άγχος	r_s	-,480**	-,434**	-,636**	-,578**		-,482**	-,480**
	p	,000	,002	,000	,000		,000	,000
	N	50	50	50	50		50	50
Σεξουαλική Ικανοποίηση	r_s	,608**	,490**	,527**	,627**	-,482**		,792**
	p	,000	,000	,000	,000	,000		,000
	N	50	50	50	50	50		50
Σεξουαλική Αυτοεκτίμηση	r_s	,587**	,470**	,513**	,606**	-,480**	,792**	
	p	,000	,001	,000	,000	,000	,000	
	N	50	50	50	50	50	50	

Σημείωση: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Κεφάλαιο 12: Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της αυτοεκτίμησης ατόμων με και δίχως αναπηρία καθώς και ο προσδιορισμός αυτής ως παράγοντας πρόκλησης σεξουαλικού άγχους, σεξουαλικής αυτοεκτίμησης και ικανοποίησης.

Η εξέταση του βαθμού της αυτοεκτίμησης, σε όλες τις παραμέτρους αυτής στα άτομα δίχως αναπηρία από ότι στα άτομα με αναπηρία ήταν ο πρώτος βασικός στόχος της έρευνας. Από αυτή την εξέταση, διαπιστώθηκε ότι η συνολική αυτοεκτίμηση και των πέντε ομάδων του δείγματος προέκυψε ότι είναι πολύ υψηλή. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον όμως παρουσιάζει ότι τα άτομα του δείγματος με αναπηρία παρουσιάζουν πιο υψηλή συνολική αυτοεκτίμηση από ότι τα άτομα του δείγματος χωρίς αναπηρία. Δεν επιβεβαιώθηκε επομένως η πρώτη ερευνητική υπόθεση σύμφωνα με την οποία ο βαθμός αυτοεκτίμησης, σε όλες τις παραμέτρους αυτής, αναμενόταν να είναι πιο υψηλός στα άτομα δίχως αναπηρία από ότι στα άτομα με αναπηρία. Αυτά τα ευρήματα συμφωνούν και με ευρήματα άλλων ερευνών, σύμφωνα με τα οποία τα άτομα με προβλήματα όρασης κυρίως, σημειώνουν πιο υψηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης από τα άτομα δίχως αναπηρία (Kef & Bos, 2006). Επίσης, τα ευρήματά μας μπορεί να υποστηριχτούν και από τη έρευνα των McCabe και Taleporos το 2001 που τόνισαν ότι οι άνθρωποι που έχουν βιώσει την αναπηρία τους για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, ανέφεραν θετικότερα συναισθήματα για τη ζωή τους, ακόμα και αν η αναπηρία τους κατέστη πιο σοβαρή. Έτσι, όσο περισσότερο χρόνο έχει βιώσει κάποιος την αναπηρία του τόσο πιο υψηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης παρουσιάζει. Αυτό εξηγείται και από το γεγονός ότι μεσολαβεί μια περίοδος προσαρμοστικότητας και υπερπήδησης των εμφανιζόμενων εμποδίων (McCabe & Taleporos, 2001). Επίσης, κατά τον Barker (Ζώνιου- Σιδέρη, 1996, σ.36), οι ανάπηροι είναι μια ανομοιογενής ψυχολογική ομάδα που οι ψυχικές τους μεταπτώσεις εξαρτώνται άμεσα από το κοινωνικό περιβάλλον οπότε το πρώτο αποτέλεσμα της έρευνάς μας μπορεί να ερμηνευθεί και βάσει του γεγονότος ότι στις μέρες μας, οι άνθρωποι έχουν γίνει πιο ανεκτικοί στη διαφορετικότητα και αποδέχονται την αναπηρία, με αποτέλεσμα τα άτομα με αναπηρία που εξαρτώνται άμεσα από το κοινωνικό περιβάλλον, να εσωτερικεύουν αυτήν την αποδοχή και να οδηγούνται σε υψηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης.

Ένας από τους βασικούς στόχους της έρευνας ήταν η διερεύνηση ύπαρξης στατιστικά σημαντικής διαφοράς των παραμέτρων αυτοεκτίμησης και σεξουαλικότητας ως προς τα ατομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Από τη

στατιστική ανάλυση προέκυψαν σημαντικά συμπεράσματα τόσο για τα άτομα δίχως αναπηρία όσο και για τα άτομα με αναπηρία ως προς τα ατομικά τους χαρακτηριστικά.

Οι διαφορές που παρουσιάστηκαν στα άτομα δίχως αναπηρία στην αυτοεκτίμηση ως προς τα ατομικά τους χαρακτηριστικά αφορούσαν την εκπαίδευση τους, το φύλο τους και την ύπαρξη κάποιου χόμπι. Συγκεκριμένα, τα άτομα χωρίς αναπηρία που είναι απόφοιτοι γυμνασίου παρουσίασαν υψηλότερο βαθμό γενικής και συνολικής αυτοεκτίμησης από ότι τα άτομα χωρίς αναπηρία που έχουν δίπλωμα ΑΕΙ/ΤΕΙ, οι άνδρες εμφάνισαν υψηλότερο βαθμό κοινωνικής αυτοεκτίμησης από ότι οι γυναίκες και τα άτομα που δεν έχουν κάποιο χόμπι παρουσίασαν υψηλότερη προσωπική αυτοεκτίμηση από ότι τα άτομα χωρίς αναπηρία που έχουν κάποιο χόμπι. Ως προς την σεξουαλικότητα των ατόμων χωρίς αναπηρία δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά με κανένα ατομικό χαρακτηριστικό.

Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές που εμφάνισαν τα άτομα με προβλήματα όρασης στην αυτοεκτίμηση τους ήταν ως προς την προέλευση της αναπηρίας τους, την ύπαρξη κάποιου χόμπι, το μορφωτικό τους επίπεδο, την οικογενειακή τους κατάσταση, την ύπαρξη εργασίας και ως προς την ικανοποίηση τους από την επαφή τους με φιλικά ή συγγενικά πρόσωπα. Αναλυτικά, τα άτομα των οποίων το πρόβλημα όρασης είναι επίκτητο παρουσίασαν χαμηλότερη γενική και συνολική αυτοεκτίμηση από ότι τα άτομα με εκ γενετής πρόβλημα όρασης. Τα άτομα με προβλήματα όρασης που δεν έχουν κάποιο χόμπι εμφανίζουν υψηλότερη γενική, κοινωνική, προσωπική και συνολική αυτοεκτίμηση από ότι τα άτομα με προβλήματα όρασης που έχουν κάποιο χόμπι. Υψηλότερη γενική και συνολική αυτοεκτίμηση στα άτομα με προβλήματα όρασης του δείγματος παρουσίασαν οι απόφοιτοι Γυμνασίου και Λυκείου ενώ ακολουθούν οι κάτοχοι διπλώματος ΑΕΙ/ΤΕΙ, οι απόφοιτοι Δημοτικού και τελευταίοι οι απόφοιτοι επαγγελματικών σχολών. Τα άτομα με προβλήματα όρασης που δηλώνουν ότι είναι μέτρια ικανοποιημένοι από την επαφή τους με φιλικά πρόσωπα ή μη ικανοποιημένα και μέτρια από την επαφή τους με συγγενικά πρόσωπα εμφανίζουν πιο υψηλή γενική και κοινωνική αυτοεκτίμηση από ότι τα άτομα με προβλήματα όρασης που θεωρούν ικανοποιητική την επαφή τους με συγγενικά ή φιλικά πρόσωπα.

Η σεξουαλικότητα των ατόμων με προβλήματα όρασης επηρεάζεται στατιστικά σημαντικά από την ύπαρξη κάποιου χόμπι, την οικογενειακή κατάσταση, την ύπαρξη εργασίας και την επαφή με φιλικά πρόσωπα. Συγκεκριμένα τα άτομα με προβλήματα

όρασης που έχουν κάποιο χόμπι εμφανίζουν χαμηλότερο σεξουαλικό άγχος από τα άτομα με προβλήματα όρασης που δεν έχουν κάποιο χόμπι. Επίσης τα άτομα με προβλήματα όρασης που είναι σε σχέση εμφανίζουν χαμηλότερο σεξουαλικό άγχος από ότι οι άγαμοι/ες, οι έγγαμοι/ες ενώ το υψηλότερο σεξουαλικό άγχος εμφανίζουν οι διαζευγμένοι/ες. Η σεξουαλική αυτοεκτίμηση είναι πιο χαμηλή στα άτομα με προβλήματα όρασης που εργάζονται από ότι σε αυτά που δεν εργάζονται και πιο χαμηλή στα άτομα με προβλήματα όρασης που δηλώνουν ότι η επαφή τους με φιλικά πρόσωπα είναι μη ικανοποιητική από ότι μέτρια ή ικανοποιητική.

Η αυτοεκτίμηση των ατόμων με προβλήματα ακοής προέκυψε ότι διαφέρει στατιστικά σημαντικά ανάμεσα στα δύο επίπεδα του φύλου, στο μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων, στην ύπαρξη εργασίας, στο εισόδημα, στο αν έχουν αδέρφια, στις ηλικιακές ομάδες και στην ικανοποίηση ή όχι από την επαφή με φιλικά πρόσωπα. Ειδικότερα, οι άνδρες εμφανίζουν χαμηλότερη γενική, προσωπική και συνολική αυτοεκτίμηση από ότι οι γυναίκες. Οι απόφοιτοι επαγγελματικών σχολών έχουν την υψηλότερη γενική και συνολική αυτοεκτίμηση και οι απόφοιτοι Γυμνασίου την υψηλότερη κοινωνική αυτοεκτίμηση ενώ οι απόφοιτοι Λυκείου έχουν την χαμηλότερη γενική, κοινωνική και συνολική αυτοεκτίμηση. Τα άτομα με προβλήματα ακοής που έχουν εργασία εμφάνισαν χαμηλότερη κοινωνική αυτοεκτίμηση από τα άτομα με προβλήματα ακοής που δεν έχουν εργασία. Υψηλότερη κοινωνική αυτοεκτίμηση παρουσίασαν τα άτομα με προβλήματα όρασης των οποίων το εισόδημα είναι από 0-500 ευρώ και χαμηλότερη όσα έχουν εισόδημα 1001-1500 ευρώ καθώς και τα άτομα στα οποία η επαφή τους με φιλικά πρόσωπα είναι μέτρια από ότι τα άτομα που η επαφή τους με φιλικά πρόσωπα είναι ικανοποιητική. Επίσης υψηλότερη προσωπική αυτοεκτίμηση παρουσιάζουν τα άτομα με προβλήματα ακοής που έχουν αδέρφια από ότι αυτά που δεν έχουν αδέρφια, όσα είναι από 26 έως 35 ενώ ακολουθούν όσα είναι άνω των 46, από 16 έως 25 και τέλος τα άτομα με προβλήματα ακοής που είναι από 36 έως 45.

Επίσης, στα άτομα με προβλήματα ακοής σημαντικά παρατηρείται ότι επηρεάζεται η αίσθηση σεξουαλικής ικανοποίησης από την προέλευση της αναπηρίας, την ύπαρξη εργασίας και την οικογενειακή τους κατάσταση. Συγκεκριμένα, τα άτομα με επίκτητα προβλήματα ακοής εμφανίζουν χαμηλότερη σεξουαλική ικανοποίηση από τα άτομα με εκ γενετής προβλήματα ακοής, οι έχοντες εργασία στα άτομα με προβλήματα ακοής έχουν υψηλότερη σεξουαλική ικανοποίηση από τους μη έχοντες εργασία και οι άγαμοι με τους διαζευγμένους εμφανίζουν

χαμηλότερη σεξουαλική ικανοποίηση από τους έγγαμους και όσους είναι σε σχέση. Επιπλέον, σημαντικά επηρεάζεται και η σεξουαλική αυτοεκτίμηση των ατόμων με προβλήματα ακοής από την ύπαρξη κάποιου χόμπι καθώς οι έχοντες κάποιο χόμπι έχουν μεγαλύτερη σεξουαλική αυτοεκτίμηση από τους μη έχοντες κάποιο χόμπι.

Η αυτοεκτίμηση στα άτομα με κινητικά προβλήματα επηρεάζεται στατιστικά σημαντικά από την εκπαίδευση τους και την επαφή τους με φιλικά και με συγγενικά πρόσωπα. Αναλυτικά παρατηρήθηκε ότι οι απόφοιτοι Δημοτικού παρουσιάζουν υψηλότερο βαθμό γενικής, προσωπικής και συνολικής αυτοεκτίμησης ενώ ακολουθούν οι απόφοιτοι Γυμνασίου, οι διπλωματούχοι ΑΕΙ/ΤΕΙ, οι απόφοιτοι Λυκείου και οι απόφοιτοι επαγγελματικών σχολών. Τα άτομα με κινητικά προβλήματα που δήλωσαν ότι η επαφή τους με φιλικά πρόσωπα είναι μέτρια εμφανίζουν υψηλότερη γενική, κοινωνική, προσωπική και συνολική αυτοεκτίμηση από ότι τα άτομα με κινητικά προβλήματα που δήλωσαν ότι η επαφή τους με φιλικά πρόσωπα είναι ικανοποιητική. Παρατηρήθηκε ακόμη ότι τα άτομα με κινητικά προβλήματα που κρίνουν ως μέτρια την επαφή τους και με τα με συγγενικά τους πρόσωπα παρουσιάζουν υψηλότερη κοινωνική αυτοεκτίμηση από ότι τα άτομα με κινητικά προβλήματα που κρίνουν ικανοποιητική την επαφή τους με συγγενικά τους πρόσωπα.

Η σεξουαλικότητα των ατόμων με κινητικά προβλήματα επηρεάζεται στατιστικά σημαντικά από την προέλευση της αναπηρίας, την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων, το μορφωτικό τους επίπεδο και την επαφή τους με φιλικά και συγγενικά πρόσωπα. Αναλυτικά χαμηλότερο σεξουαλικό άγχος εμφανίζουν τα άτομα με κινητικά προβλήματα των οποίων η αναπηρία είναι επίκτητη από ότι εκείνα των οποίων η αναπηρία είναι εκ γενετής. Οι απόφοιτοι Λυκείου παρουσιάζουν πιο χαμηλό σεξουαλικό άγχος και ακολουθούν οι απόφοιτοι επαγγελματικών σχολών, οι διπλωματούχοι ΑΕΙ/ΤΕΙ, οι απόφοιτοι Γυμνασίου και τέλος με το μεγαλύτερο σεξουαλικό άγχος εμφανίζονται οι απόφοιτοι Δημοτικού. Η επιρροή της οικογενειακής κατάστασης στην σεξουαλική ικανοποίηση εντοπίζεται στο ότι τα άτομα με κινητικά προβλήματα που είναι άγαμοι εμφανίζουν χαμηλότερη σεξουαλική ικανοποίηση από ότι τα άτομα με κινητικά προβλήματα που είναι σε σχέση ή είναι έγγαμοι. Παρατηρήθηκε ακόμη ότι τα άτομα με κινητικά προβλήματα που κρίνουν ως μέτρια την επαφή τους με τα φιλικά πρόσωπα και την επαφή τους με συγγενικά πρόσωπα παρουσιάζουν χαμηλότερη σεξουαλική ικανοποίηση από ότι τα άτομα με

κινητικά προβλήματα που κρίνουν ικανοποιητική την επαφή τους με φιλικά πρόσωπα και με συγγενικά πρόσωπα.

Ιδιαίτερα υψηλές στατιστικά σημαντικές διαφορές παρουσιάστηκαν στα άτομα με χρόνιες παθήσεις ως προς αρκετά από τα ατομικά τους χαρακτηριστικά. Συγκεκριμένα, οι άνδρες με χρόνιες παθήσεις εμφανίζουν χαμηλότερη γενική, κοινωνική, προσωπική και συνολικά αυτοεκτίμηση από ότι οι γυναίκες με χρόνιες παθήσεις. Οι έχοντες κάποιο χόμπι έχουν μικρότερη γενική, κοινωνική, προσωπική και συνολική αυτοεκτίμηση από τους μη έχοντες κάποιο χόμπι. Οι έχοντες εργασία παρουσιάζουν μικρότερη κοινωνική και προσωπική αυτοεκτίμηση από τους μη έχοντες εργασία. Οι άγαμοι/ες με χρόνια πάθηση εμφανίζουν χαμηλότερη γενική, προσωπική και κοινωνική αυτοεκτίμηση από ότι οι έγγαμοι. Υψηλότερη προσωπική και συνολική αυτοεκτίμηση εμφανίζουν τα άτομα με χρόνιες παθήσεις άνω των 46 ετών ενώ τα άτομα που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 26 με 35 ετών εμφανίζουν την χαμηλότερη προσωπική και συνολική αυτοεκτίμηση. Οι απόφοιτοι Λυκείου και οι απόφοιτοι Γυμνασίου εμφανίζουν υψηλότερη συνολική και προσωπική αυτοεκτίμηση από τους διπλωματούχους ΑΕΙ/ΤΕΙ.

Ως προς την σεξουαλικότητα των ατόμων με χρόνιες παθήσεις παρατηρήθηκε ότι οι έχοντες κάποιο χόμπι έχουν χαμηλότερο σεξουαλικό άγχος και υψηλότερη σεξουαλική αυτοεκτίμηση και ικανοποίηση από τους μη έχοντες κάποιο χόμπι. Επίσης, οι άνδρες με χρόνιες παθήσεις παρουσιάζουν υψηλότερη σεξουαλική ικανοποίηση και αυτοεκτίμηση από ότι οι γυναίκες. Το σεξουαλικό άγχος που εκδηλώνουν τα άτομα με χρόνιες παθήσεις είναι χαμηλότερο στην ηλικιακή ομάδα των 26 έως 35 ετών ενώ μεγαλύτερο σεξουαλικό άγχος εκδηλώνουν οι άνω των 46 ετών. Επιπλέον, τα άτομα με χρόνια ασθένεια που είναι άνω των 46 ετών εμφανίζουν την μικρότερη σεξουαλική ικανοποίηση ενώ την μεγαλύτερη σεξουαλική ικανοποίηση εμφανίζουν τα άτομα με χρόνια ασθένεια μικρότερης ηλικίας. Επίσης η εργασία επηρεάζει σημαντικά την σεξουαλική ικανοποίηση των ατόμων με χρόνιες παθήσεις καθώς οι έχοντες εργασία εμφανίζουν υψηλότερη σεξουαλική ικανοποίηση από τους μη έχοντες εργασία.

Η τρίτη κατά σειρά ερευνητική υπόθεση σύμφωνα με την οποία το σεξουαλικό άγχος στα άτομα με αναπηρία είναι υψηλότερο από ότι στα άτομα δίχως αναπηρία επαληθεύτηκε καθώς βρέθηκε ότι σεξουαλικό άγχος εμφανίζουν σε μεγαλύτερη συχνότητα και ένταση τα άτομα με αναπηρία από ότι τα άτομα χωρίς αναπηρία. Το συγκεκριμένο εύρημα συμφωνεί και με προηγούμενες έρευνες όπως αυτή των Elliott

& O'Donohue το 1997, που απέδειξαν πειραματικά ότι το προκαλούμενο άγχος επηρεάζει αρνητικά τη γυναικεία σεξουαλική διέγερση άρα κάνουμε λόγο για σεξουαλικό άγχος (αλλά μόνο όταν υπάρχουν και συνοδά προβλήματα, στην περίπτωση μας κάποιο είδος αναπηρίας) (Elliott & O'Donohue, 1997). Επίσης, όπως διαπιστώθηκε και σε άλλες έρευνες, ανήσυχα άτομα όπως άτομα με αναπηρίες (από έρευνες (Turner & Beiser, 1990) έχει διαπιστωθεί ότι τα άτομα με χρόνιες παθήσεις ή αναπηρίες παρουσιάζουν δύο έως τέσσερις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο συναισθηματικής φόρτισης και παρουσίας άγχους συγκριτικά με τα υγιή άτομα) θεωρούν τον εαυτό τους λιγότερο ικανό να ανταπεξέλθει σε μία πιθανή σεξουαλική συνεύρεση (Feeney et al., 2000) και έχουν την τάση να ανησυχούν για τη σεξουαλική τους επίδοση (Birnbau, 2007). Επιπλέον, έρευνες έχουν αποδείξει ότι τα άτομα με άγχος παρουσιάζουν συνοδευτικά και σεξουαλικό άγχος (Davis et al., 2006).

Συνεχίζοντας την έρευνα μας, τα ευρήματα μάς υποδεικνύουν ότι αν και η σεξουαλική ικανοποίηση δεν εμφανίζεται με μεγάλη συχνότητα και υψηλή ένταση σε καμία από τις ομάδες του δείγματος, εντούτοις ενδεικτικό είναι ότι υψηλότερη σεξουαλική ικανοποίηση παρατηρείται στα άτομα χωρίς αναπηρία, ενώ στα άτομα με αναπηρία η σεξουαλική ικανοποίηση είναι χαμηλότερη. Ως αποτέλεσμα επαληθεύεται η τέταρτη ερευνητική μας υπόθεση σύμφωνα με την οποία, η σεξουαλική ικανοποίηση στα άτομα με αναπηρία είναι χαμηλότερη από ότι στα άτομα δίχως αναπηρία. Το συγκεκριμένο εύρημα επαληθεύεται και από σχετική έρευνα που αναφέρει ότι παρόλο που η βαρύτητα της αναπηρίας δε φάνηκε να συσχετίζεται με τη σεξουαλική δραστηριότητα, οι γυναίκες με αναπηρία είχαν χαμηλότερα επίπεδα σεξουαλικής δραστηριότητας και σεξουαλικής ικανοποίησης, σε σύγκριση με τις μη ανάπηρες (Nosek et al., 1996). Επίσης, τα ευρήματά μας συμβαδίζουν και με αυτά που εμφανίζουν τα άτομα με μειωμένη κινητικότητα να έχουν περιορισμένη σεξουαλική έκφραση και κινητήρια δύναμη για αυνανισμό ή πρόκληση επαρκούς σεξουαλικής ευχαρίστησης στο σύντροφο τους (Taleporos, 2001). Η εξάρτηση επίσης από άλλους για αυτοσυντήρηση μπορεί να οδηγήσει σε περιορισμό της σεξουαλικής έκφρασης του ανάπηρου ατόμου, εξαιτίας έλλειψης προσωπικών στιγμών αλλά και της υπερπροστατευτικότητας των γονιών του (Bach & Bardach, 1997, Knight, 1983, Taleporos, 2001).

Όσον αφορά στην υπόθεση που θέσαμε στα πλαίσια της έρευνάς μας, κατά την οποία η σεξουαλική αυτοεκτίμηση στα άτομα με αναπηρία είναι χαμηλότερη από ότι στα άτομα δίχως αναπηρία, η έρευνά μας απέδειξε ότι η σεξουαλική αυτοεκτίμηση

είναι πιο υψηλή στα άτομα χωρίς αναπηρία από ότι στα άτομα με αναπηρία, επαληθεύοντας έτσι την πέμπτη μας υπόθεση. Παρόμοια αποτελέσματα είχαν και άλλες έρευνες (Donelson, 1998, Silvers, 1997), σύμφωνα με τις οποίες οι άνθρωποι με αναπηρίες παρουσίαζαν χαμηλότερα επίπεδα σεξουαλικής αυτοεκτίμησης και υψηλότερα σεξουαλικής κατάθλιψης απ' ότι οι άνθρωποι χωρίς αναπηρίες. Επίσης, σε έρευνα αποδείχθηκε ότι οι γυναίκες με αναπηρίες ήταν λιγότερο ευχαριστημένες από τις ευκαιρίες τους για ραντεβού, ένιωθαν λιγότερο ελκυστικές και αντιμετώπιζαν περισσότερα κοινωνικά και προσωπικά εμπόδια σε πιθανό ραντεβού με κάποιον άντρα, σε σχέση πάντα με αυτές χωρίς αναπηρία (Rintala et al., 1997).

Ως προς την έβδομη ερευνητική υπόθεση, σύμφωνα με την οποία η αυτοεκτίμηση των ατόμων με και δίχως αναπηρία σχετίζεται αρνητικά με το σεξουαλικό τους άγχος αυτή επαληθεύεται πλήρως για τα άτομα με προβλήματα όρασης, κινητικά προβλήματα και χρόνιες παθήσεις, στα άτομα με προβλήματα όρασης στατιστικά σημαντικά αρνητική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ τις προσωπικής αυτοεκτίμησης και της συνολικής αυτοεκτίμησης με το σεξουαλικό άγχος, ενώ δεν επαληθεύεται για τα άτομα δίχως αναπηρία όπου αν και η συσχέτιση του σεξουαλικού άγχους με τις παραμέτρους αυτοεκτίμησης και τη συνολική αυτοεκτίμηση είναι αρνητική παρόλα αυτά δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική.

Η τελευταία μας ερευνητική υπόθεση αφορούσε την ύπαρξη θετικής συσχέτισης μεταξύ της αυτοεκτίμησης των ατόμων με και δίχως αναπηρία με την σεξουαλική τους ικανοποίηση και αυτοεκτίμηση.

Διαπιστώνεται ότι στα άτομα χωρίς αναπηρία η συνολική, η γενική και η κοινωνική αυτοεκτίμηση σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με θετική συσχέτιση με τη σεξουαλική ικανοποίηση και αυτοεκτίμηση ενώ η προσωπική αυτοεκτίμηση σχετίζεται στατιστικά σημαντικά μόνο με τη σεξουαλική αυτοεκτίμηση.

Στα άτομα με προβλήματα όρασης ιδιαίτερο ενδιαφέρον αποτελεί η μη στατιστικά σημαντική συσχέτιση της σεξουαλικής ικανοποίησης και σεξουαλικής αυτοεκτίμησης των ατόμων με προβλήματα όρασης με καμία από τις παραμέτρους αυτοεκτίμησης αλλά ούτε και με τη συνολική αυτοεκτίμηση. Ωστόσο, το σεξουαλικό άγχος στα άτομα με προβλήματα όρασης συνδέεται στατιστικά σημαντικά, με αρνητικό δείκτη συνάφειας, με την παράμετρο προσωπική αυτοεκτίμηση καθώς και με την συνολική αυτοεκτίμηση.

Αντίστοιχα, στα άτομα με προβλήματα ακοής επιβεβαιώνεται η θετική συσχέτιση της σεξουαλικής αυτοεκτίμησης με την γενική αυτοεκτίμηση, την κοινωνική

αυτοεκτίμηση και την συνολική αυτοεκτίμηση ενώ καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση δεν παρατηρείται στα άτομα με προβλήματα ακοής μεταξύ της σεξουαλικής ικανοποίησης και των παραμέτρων αυτοεκτίμησης αλλά και της συνολικής αυτοεκτίμησης.

Ως προς την συσχέτιση της σεξουαλικότητας με την αυτοεκτίμηση στα άτομα με κινητικά προβλήματα, στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρείται στο σεξουαλικό άγχος με τη γενική αυτοεκτίμηση, την κοινωνική αυτοεκτίμηση, την προσωπική αυτοεκτίμηση και τη συνολική αυτοεκτίμηση με αρνητικούς δείκτες συνάφειας, στη σεξουαλική ικανοποίηση με τη γενική αυτοεκτίμηση, την κοινωνική αυτοεκτίμηση και τη συνολική αυτοεκτίμηση με θετικούς δείκτες συνάφειας και στη σεξουαλική αυτοεκτίμηση με τη γενική αυτοεκτίμηση, την κοινωνική αυτοεκτίμηση, την προσωπική αυτοεκτίμηση και τη συνολική αυτοεκτίμηση με θετικούς δείκτες συνάφειας.

Τέλος, στα άτομα με χρόνιες παθήσεις επιβεβαιώνεται η θετικά στατιστικά σημαντική συσχέτιση των παραμέτρων αυτοεκτίμησης μεταξύ τους και ως προς τη συνολική αυτοεκτίμηση, η θετικά στατιστικά σημαντική συσχέτιση της σεξουαλικής ικανοποίησης με τη σεξουαλική αυτοεκτίμηση καθώς και η στατιστικά σημαντικά συσχέτιση με θετικούς δείκτες συνάφειας της σεξουαλικής ικανοποίησης και σεξουαλικής αυτοεκτίμησης με τις παραμέτρους αυτοεκτίμησης και τη συνολική αυτοεκτίμηση.

Κεφάλαιο 13: Εκπαιδευτικές προτάσεις

Στην προσπάθεια που έγινε για διερεύνηση της αυτοεκτίμησης σε σχέση με τη σεξουαλικότητα στα άτομα με αναπηρία, προέκυψαν ορισμένα ενδιαφέροντα αποτελέσματα, όπως καταγράφηκαν από τα ίδια τα άτομα με αναπηρία. Συνοψίζοντας τα σημαντικότερα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, μπορούμε να πούμε ότι το είδος της αναπηρίας τους δε φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στην αυτοεκτίμηση και τη σεξουαλικότητα τους. Ωστόσο, διαφαίνεται η ανάγκη για μια στοχευόμενη παροχή σεξουαλικής εκπαίδευσης και ενημέρωσης των ατόμων με αναπηρία καθώς η ξεκάθαρη κατανόηση και γνώση της σεξουαλικότητας έχει θετικά αποτελέσματα στην ανάπτυξη του ατόμου. Επίσης, λαμβάνοντας υπόψη ότι η σεξουαλικότητα του ενήλικα εξαρτάται κατά μεγάλο μέρος από τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση που έλαβε καθ' όλη τη διάρκεια των παιδικών του χρόνων, η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση θα πρέπει να είναι απαλλαγμένη από προκαταλήψεις και ταμπού, προκειμένου το παιδί να χτίσει μια υγιή σεξουαλική ταυτότητα.

Αν και η αντιμετώπιση της σεξουαλικότητας των ατόμων με αναπηρία αντιμετωπιζόταν αφενός με αποτροπή της συμμετοχής τους σε σεξουαλικές δραστηριότητες, αφετέρου δε με έλλειψη ενημέρωσης για σχετικά ζητήματα και η οικογένεια αναλάμβανε τη σεξουαλική αγωγή των παιδιών (Darlymple, 1993), οι σύγχρονες έρευνες δείχνουν ότι το ρόλο αυτό πρέπει να τον αναλάβει το σχολείο. Επίσης, δε θεωρούνταν ότι υπήρχε ανάγκη για σεξουαλικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα μέχρι τον εντοπισμό κάποιου προβλήματος, συνήθως σεξουαλικού αδικήματος, ενώ το περιεχόμενο αυτών των προγραμμάτων αφορούσε κυρίως τις φυσιολογικές και βιολογικές πλευρές του σεξ και λιγότερο θέματα οικειότητας, αισθησιασμού, σεξουαλικής δυσλειτουργίας ή παρενόχλησης (Nezu et al, 2007).

Πλέον γνωρίζουμε ότι η σεξουαλική εκπαίδευση ενδυναμώνει το άτομο με αναπηρία και του παρέχει τα αναγκαία εργαλεία ώστε να ενσωματωθεί στην κοινωνία επιτυχώς. Αυτή η ενσωμάτωση δε θα βοηθήσει μόνο το άτομο με αναπηρία, αλλά θα ενδυναμώσει και την κοινωνία ως σύνολο, καθώς θα δημιουργήσει θετική κοινωνική αλλαγή με αυξημένη αποδοχή της ποικιλίας και της διαφορετικότητας (Swango-Wilson, 2010).

Σύμφωνα με την εισήγηση του Παρασκευόπουλου το 1996 στο Σεμινάριο Κατάρτισης Εκπαιδευτικών- Στελεχών σε Θέματα Σεξουαλικής Αγωγής και Ισότητας των Φύλων , ο όρος «διαφυλική αγωγή» προτείνεται να χρησιμοποιείται, ως γλωσσικά και πραγματολογικά ευστοχότερος, αντί των όρων «σεξουαλική

διαπαιδαγώγηση», «ερωτική αγωγή», «γενετήσια αγωγή» ή «διανθρώπινες σχέσεις». Η διαφυλική αγωγή έχει ως επίκεντρο την ερωτική ορμή και την ανθρώπινη σεξουαλικότητα και περιλαμβάνει όλες τις διάφορες παραμέτρους- βιολογικές, ηθικές, ψυχολογικές και κοινωνικές- που διέπουν τις σχέσεις των δύο φύλων. Επίσης, τόνισε ότι το θέμα της εισαγωγής της διαφυλικής αγωγής στα σχολεία της χώρας μας έχει τεθεί και συζητηθεί έντονα εδώ και πολλές δεκαετίες, χωρίς ωστόσο κανένα ουσιαστικό πρακτικό αποτέλεσμα. Σύμφωνα με τον ίδιο, η παρατεταμένη αυτή διστακτικότητα και αναβλητικότητα της Ελληνικής Πολιτείας για την εισαγωγή της διαφυλικής αγωγής στα σχολεία μας, οφείλεται κυρίως στην ύπαρξη σύγχυσης για το τι είναι, ως σχολική μάθηση αυτή η διαφυλική αγωγή, ποιοι είναι οι διδακτικοί σκοποί αλλά και ποια είναι η ύλη της.

Έτσι λοιπόν, η γενική παραδοχή της ανάγκης για εφαρμογή προγραμμάτων διαφυλικής αγωγής στην εκπαίδευση των ατόμων με ή χωρίς αναπηρία, έδωσε την ευκαιρία σε διακεκριμένους επιστήμονες να διατυπώσουν τις απόψεις τους σχετικά με την εισαγωγή της στην εκπαίδευση και να προτείνουν μοντέλα διδασκαλίας της (Κιντής, 1996, Κονδύλη, 1996). Λαμβάνοντας υπόψη μου αυτές τις θέσεις καθώς και τα ευρήματα από τα ερευνητικά δεδομένα, προτείνω τα ακόλουθα:

- Επιμόρφωση των εκπαιδευτικών όλων των ειδικοτήτων σε θέματα διαφυλικής αγωγής με ειδικά ταχύρυθμα επιμορφωτικά σεμινάρια σε τακτά χρονικά διαστήματα από τους αρμόδιους φορείς.
- Έναρξη από την πρωτοβάθμια εκπαίδευση και να μην είναι αποκλειστική ευθύνη μιας ειδικότητας αλλά να εμπλέκεται όλο το εκπαιδευτικό προσωπικό με το ανάλογο εγχειρίδιο
- Επιμόρφωση των γονέων σε θέματα διαφυλικής αγωγής με ειδικά ταχύρυθμα επιμορφωτικά σεμινάρια από τους αρμόδιους φορείς.
- Εισαγωγή ως μάθημα επιλογής, στα τα τμήματα των Α.Ε.Ι. που οδηγούν τους αποφοίτους τους στην εκπαίδευση.
- Εισαγωγή της διαφυλικής αγωγής, ανάλογα με τις τοπικές ανάγκες και συνθήκες, σε όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης.
- Παραγωγή και αξιοποίηση διδακτικού και εποπτικού υλικού.
- Διδασκαλία της διαφυλικής αγωγής μέσα από όλα τα μαθήματα ή μέσα από διάφορα μαθήματα, με αυτοτελές Αναλυτικό Πρόγραμμα και με σπειροειδή ανάπτυξη της ύλης.

- Βασικός στόχος της η διαμόρφωση της ταυτότητας του φύλου, που θα περιλαμβάνει τόσο το βιολογικό όσο και τον ψυχοκοινωνικό ρόλο του φύλου.
- Βάση της η ισότητα των φύλων χωρίς αποκλεισμούς ομάδων.
- Λειτουργία του σχολείου ως πρόσφορου πεδίου πληροφόρησης.
- Ουσιαστική συνεργασία σχολείου και γονέων.
- Ίδρυση συμβουλευτικών σταθμών (από του Υπουργείο Υγείας ή την Τοπική Αυτοδιοίκηση) που θα είναι στελεχωμένοι με ειδικό επιστημονικό προσωπικό σε θέματα διαφυλικής αγωγής.
- Αναγνώριση της σεξουαλικότητας όχι μόνο ως σεξουαλικής επαφής, αλλά ως ενός ευρέος φάσματος διαπροσωπικών σχέσεων.
- Να γίνει αναπόσπαστο τμήμα της διαδικασίας εκμάθησης, που αρχίζει στην παιδική ηλικία και συνεχίζεται στην ενήλικη ζωή.
- Να απευθύνεται σε όλα τα παιδιά, νέους και ενήλικους, συμπεριλαμβανομένων εκείνων με αναπηρία.
- Να ενθαρρύνει του αυτοσεβασμό, την αυτογνωσία και ένα αίσθημα ηθικής ευθύνης, προκειμένου τα άτομα να αποφεύγουν και να αντιστέκονται στην ανεπιθύμητη σεξουαλική εμπειρία.

Ενδεικτικά, μια ουσιαστική παρέμβαση της διαφυλικής αγωγής θα μπορούσε να περιλαμβάνει τους παρακάτω στόχους:

- Ακριβή πληροφόρηση σε θέματα σεξουαλικότητας.
- Υιοθέτηση υγιούς στάσης ζωής.
- Απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων μέσα από τη συνύπαρξη και την αλληλεπίδραση των δύο φύλων.
- Δυνατότητα να πετυχαίνουν ρεαλιστικούς στόχους σε τομείς σχετικούς με το γάμο, το γονεϊκό ρόλο και την οικογένεια γενικότερα.

Τέλος, σίγουρα τα άτομα με αναπηρία έχουν σταδιακά ενσωματωθεί στην κοινωνία και οι εκπαιδευτικές τους ανάγκες έχουν μετακινηθεί από την παραδοσιακή έμφαση σε δεξιότητες καθημερινής ζωής σε ένα εύρος κοινωνικών και επαγγελματικών δραστηριοτήτων, συμπεριλαμβανομένου της σεξουαλικής έκφρασης και εκπαίδευσης. Όσον αφορά τις σεξουαλικές σχέσεις, πλέον οι ετερόφυλες σχέσεις δεν είναι τόσο απαγορευμένες όσο στο παρελθόν, οι ομόφυλες σχέσεις όμως πάσχουν ακόμα από κατανόηση, ενώ είναι απαραίτητη η παροχή βοήθειας σε ανθρώπους που είναι αβέβαιοι για τη σεξουαλική τους ταυτότητα.

Ωστόσο, είναι αρκετά αυτά που πρέπει να γίνουν σε επίπεδο παρέμβασης τόσο σε κοινωνικό και ατομικό επίπεδο όσο και σε εκπαιδευτικό. Στόχος η παντελής άρση της κοινωνικής απομόνωσης και του διαχωρισμού των ατόμων με αναπηρία και η διασφάλιση των ανθρώπινων και σεξουαλικών δικαιωμάτων τους. Σε εκπαιδευτικό επίπεδο, προτείνεται η θεσμοθέτηση, σχεδιασμός και εφαρμογή βραχύχρονων και μακρόχρονων σεξουαλικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων, με συμπερίληψη των γονέων καθώς και συμβουλευτική και υποστήριξή τους. Τέλος, είναι επιτακτικό να αρχίσουμε να ακούμε τις φωνές των ατόμων με αναπηρία, όχι μόνο για να καταγράψουμε τις εμπειρίες τους, αλλά για να αφουγκραστούμε και να ανταποκριθούμε στις ανάγκες τους.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

- Benedetti, M. M. (1999). *Ο Διαβήτης σ' ένα κόσμο που αλλάζει με γρήγορους ρυθμούς*, Γλυκιά ζωή, 19, 24-25
- Bocker- Denk- Heitz (2007). *Παθολογική Ανατομική II* . (Επιμ. Πατσούρης Ευ.). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης,
- Γιαννακόπουλος, Κ. (2006). *Σεξουαλικότητα. Θεωρίες και πολιτικές της ανθρωπολογίας*. (Επιμ.). Αθήνα: εκδόσεις Αλεξάνδρεια.
- Cooley στο: Μακρή-Μπότσαρη, Ε.(2001), *Αυτοαντίληψη και Αυτοεκτίμηση Μοντέλα, ανάπτυξη, λειτουργικός ρόλος και αξιολόγηση*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, σ.22
- Coopersmith στο: Μακρή-Μπότσαρη, Ε.(2001), *Αυτοαντίληψη και Αυτοεκτίμηση Μοντέλα, ανάπτυξη, λειτουργικός ρόλος και αξιολόγηση*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, σ.22
- Δημητρόπουλος, Α.(2000). *Πρακτική εφαρμογή προγραμμάτων ένταξης παιδιών με κινητικές αναπηρίες*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Διομήδους Μ., (1996). *Διαφυλικές σχέσεις ατόμων με ειδικές ανάγκες* (τόμος Β) Εμμανουηλίδου, Α. (2007). *Δεξιότητες ζωής για άτομα με ειδικές ανάγκες*.
- Ζώνιου- Σιδέρη, Α. (1996). *Οι ανάπηροι και η εκπαίδευσή τους: μια ψυχοπαιδαγωγική προσέγγιση της ένταξης*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- James, W. στο: Μακρή-Μπότσαρη, Ε.(2001), *Αυτοαντίληψη και Αυτοεκτίμηση Μοντέλα, ανάπτυξη, λειτουργικός ρόλος και αξιολόγηση*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, σ.21
- Κοντοπούλου, Μ. (2007). *Παιδί και ψυχοκοινωνικές δυσκολίες, μια ψυχοδυναμική οπτική*. Αθήνα: Gutenberg - Γιώργος & Κώστας Δαρδανός.
- Κουρκούτας, Η. Ε. (2001). *Η ψυχολογία του εφήβου: θεωρητικά ζητήματα και κλινικές περιπτώσεις*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κιντής, Γ. (1996). *Η Σεξουαλική αγωγή στην Ελλάδα. Προβληματισμοί και Προτάσεις*. Πρακτικά Σεμιναρίου Διαφυλικών Σχέσεων, τόμ. Β', Αθήνα.
- Kirk, S. I. (1973). *Η εκπαίδευση των αποκλινόντων παιδιών*. (Μτφ.: Κ. Τσιμπούκη). Αθήνα

- Κονδύλη, Α. (1996). *Ένα διδακτικό μοντέλο για την εφαρμογή της σεξουαλικής αγωγής στα σχολεία της μέσης εκπαίδευσης*, Πρακτικά Σεμιναρίου Διαφυλικών Σχέσεων, τόμ. Β', Αθήνα.
- Κουτσούκη, Δ. (1997). *Ειδική Φυσική Αγωγή. Θεωρία και Πρακτική*. Αθήνα: Εκδόσεις Δ. Κουτσούκη.
- Κρουσταλάκης, Γ. Σ. (2000). *Παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες*. Αθήνα.
- Κυπριωτάκης, Α. (1989). *Τα ειδικά παιδιά και η αγωγή τους*. Ηράκλειο: Ψυχοτεχνική.
- Κυπριωτάκης, Α. Β. (2000). *Ειδική Αγωγή*. Πρακτικά Συνεδρίου Ειδικής Αγωγής, «Τάσεις και Προοπτικές αγωγής και εκπαίδευσης των ατόμων με ειδικές ανάγκες στην Ενωμένη Ευρώπη σήμερα». Ρέθυμνο.
- Λεοντάρη Α. (1998). *Αυτοαντίληψη*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Λογοθέτης, Ι., Μυλωνάς, Ι. (1996). *Νευρολογία*, Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων & Περιοδικών.
- Μακρή-Μπότσαρη, Ε.(2001). *Αυτοαντίληψη και Αυτοεκτίμηση: Μοντέλα, ανάπτυξη, λειτουργικός ρόλος και αξιολόγηση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. σ.21
- Mead στο: Μακρή-Μπότσαρη, Ε.(2001), *Αυτοαντίληψη και Αυτοεκτίμηση Μοντέλα, ανάπτυξη, λειτουργικός ρόλος και αξιολόγηση*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, σ.22
- McPHEE, S., Papadakis, M. (2008). *CURRENT Medical Diagnosis and Treatment* (Επιμ. Τσιάνος, Ηλονίδης, Καλφάκης, Μαλτέζος, Μπούμπας, Μπούρος, Σπηλιοπούλου) , (Τόμ. 1^{ος}). 46^η Αγγλική έκδοση, 4^η Ελληνική, Αθήνα: Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α. Ε.
- Moore, D. F. (2007). *Εκπαίδευση και κώφωση: ψυχολογική προσέγγιση, αρχές και πρακτικές* (Μτφ.: Χ. Λυμπεροπούλου). Α. Ζώνιου – Σιδέρη & Ε. Ντεροπούλου – Ντέρου (Επιμ.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Moran, G. & Fonagy, P. (1998). *Ο ρόλος της Ψυχοθεραπείας στη Θεραπευτική Αγωγή του Παιδικού Διαβήτη*. Στο Σουρ, Ρ. & Μίλερ, Σ. (επιμ.) (Μτφ. Τσαρμάκη, Δρ. & Τεττέρη, Ι.), *Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία Παιδιών με Σωματικές Μειονεξίες και Ψυχοδιανοητικές Διαταραχές*. Αθήνα: Καστανιώτη. σσ.231-253.
- Ορφανού, Ξ. (1998). *Το αλφαβητάριο του διαβήτη*. Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία, *Διαβητολογικά Νέα*, 2(35). <http://www.mednet.gr/greek/soc/ede/diab212.htm>

- Προύτζου-Κασσιού, Κ. *Ινσουλοεξαρτώμενος Σακχαρώδης Διαβήτης στα Παιδιά και τους Εφήβους*. Ανακτήθηκε από: http://www.iatronet.gr/html/asth_paidiatr_diavitis.html
- Παπάνης, Ε. *Ελληνική Κοινωνική Έρευνα*. Ανακτήθηκε από: http://epapanis.blogspot.com/2007/09/blog-post_6657.html
- Παρασκευόπουλος, Ι. (1996). *Διαφυλική Αγωγή: Ένα μοντέλο για την εισαγωγή της στο ελληνικό Σχολείο* (τόμ. Β). Πρακτικά Σεμιναρίου Διαφυλικών Σχέσεων. Αθήνα, σ. 429- 453.
- Πολυχρονοπούλου, Σ. (1995). *Παιδιά και έφηβοι με ειδικές ανάγκες και δυνατότητες*. Αθήνα: Εκδόσεις Σ. Πολυχρονοπούλου
- Πολυχρονοπούλου, Σ. (2003). *Παιδιά και Έφηβοι με Ειδικές Ανάγκες και Δυνατότητες: Σύγχρονες Τάσεις Εκπαίδευσης και Ειδικής Υποστήριξης* (Τόμ. Α'). Αθήνα: ΑΤΡΑΠΟΣ.
- Πολυχρονοπούλου - Ζαχαρογέωργα, Σ. (1995). *Παιδιά και έφηβοι με ειδικές ανάγκες και δυνατότητες*. Αθήνα: Ατραπός.
- Rosenberg, M.(1986), *Conceiving the self*. New York: Basic, σ.54 16 Cooley στο: Μακρή-Μπότσαρη, Ε.(2001), *Αυτοαντίληψη και Αυτοεκτίμηση Μοντέλα, ανάπτυξη, λειτουργικός ρόλος και αξιολόγηση*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, σ.22
- Sinason, V., (1998). *Η ανάπτυξη της ταυτότητας κατά την εφηβεία*. Στο ανθολόγιο: Τσιάντης, Ι., Αναστασόπουλος, Δ., Χατζάρα, Β., Λιακοπούλου, Μ., Χριστιανόπουλος, Κ., (Επιμ.) *Εφηβεία: ένα μεταβατικό στάδιο σ' ένα μεταβαλλόμενο κόσμο*, Αθήνα: Καστανιώτη.
- Σούλης, Σ.Γ. (2008). *Ένα Σχολείο για Όλους. Από την έρευνα στην πράξη. Παιδαγωγική της ένταξης* (Τόμ. Β'). Αθήνα: Gutenberg.
- Σταθόπουλος, Π.(1999). *Κοινωνική Πρόνοια, μία γενική θεώρηση*. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην.
- Στεφανίδης, Κ.(2004). *Μελέτη με αντικείμενο την καθολική πρόσβαση και ισότιμη συμμετοχή ατόμων με αναπηρία στην κοινωνία της πληροφορίας-επιχειρησιακό πρόγραμμα "Κοινωνία της Πληροφορίας"*. Ανακτήθηκε από: www.infosoc.gr.
- Stevens, A., Lowe, J. (1998). *Παθολογική Ανατομική*. (Επιμ. Δάβαρης), Αθήνα: Πανεπιστημιακές Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.
- Χατζηχαράλαμπος Ε. (2000). *Ψυχοκοινωνικά προβλήματα μερικώς βλεπόντων και τυφλών ατόμων – Διαστάσεις αποκατάστασης και κοινωνικής ένταξης*, Αθήνα.

Χρηστάκη, Κ.Γ. (1994). *Θέματα Ειδικής Αγωγής*, Αθήνα.

Ξενόγλωσση

Anderson, B. L. and Cyranowski, J. M. (1994). Women's Sexual Self-schema. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1079–1100.

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2001). *Sexuality and intellectual disability*

Audrey Brassard, Emmanuelle Dupuy, Sophie Bergeron & Phillip R. Shaver (2013). Attachment Insecurities and Women's Sexual Function and Satisfaction: The Mediating Roles of Sexual Self-Esteem, Sexual Anxiety, and Sexual Assertiveness, *The Journal of Sex Research*.

Auslander, B., Rosenthal, S. Fortenberry, D., Biro, F., Bernstein, D., & Zimet, G. (2007). Predictors of sexual satisfaction in an adolescent and college population. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 20, 25-28.

Bach, J., & Bardach, J. (1997). *Neuromuscular disease*. In M. L. Sipski & C. J. Alexander (Eds.), *Sexual function in people with disability and chronic illness: A health professional's guide*, 247–258. Gaithersburg, MD: Aspen.

Barraga N. (1983). *Visual Handicaps and Learning, Exceptional Resources*, Austin.

Barraga. N (1986). Sensory perceptual development, in Scholl. G: « Foundations of education for blind and visually handicapped and youth », *American Foundation for the Blind*, New York.

Baumeister, R. F., Catanese, K. R., & Vohs, K. D. (2001). Is there a gender difference in strength of sex drive? Theoretical views, conceptual distinctions, and a review of relevant evidence. *Personality and Social Psychology Review*, 5(3), 242–273.

Bijou, S.W. (1979). A functional analysis of retarded development. In N.R. Ellis (Ed). *International review of research in mental retardation (1)*. New York, Academic Press.

Bijou, S.W. & Dunitz-Johnson, E. (1981). Interbehavior analysis of developmental disabilities. *Psychological Record*, 31, 305-329.

- Birnbaum, G. E., Reis, H. T., Mikulincer, M., Gillath, O., & Orpaz, A. (2006). When sex is more than just sex: Attachment orientations, sexual experience, and relationship quality. *Journal of Personality and Social Psychology, 91*, 929–943.
- Birnbaum, G. E. (2007). Attachment orientations, sexual functioning, and relationship satisfaction in a community sample of women. *Journal of Social and Personal Relationships, 24*, 21–35
- Birnbaum, G. E., & Gillath, O. (2006). Measuring subgoals of the sexual behavioral system: What is sex good for? *Journal of Social and Personal Relationships, 23*, 675–701
- Bounds, C. A. (1987). Consciousness-raising with deaf female adolescents. In G. Anderson & D. Watson (Eds.), *Innovations in the habilitation and rehabilitation of deaf adolescents* Little Rock, AR: University of Arkansas Rehabilitation Research and Training Center for Persons Who Are Deaf or Hard of Hearing. (225-234).
- Bridges, S.K., Lease, S.H., & Ellison, C.R. (2004). Predicting sexual satisfaction in women: Implications for counselor education and training. *Journal of Counseling and Development, 82*, 158-166.
- British Columbia Special education (1998). Awareness of Chronic Health Conditions: What the Teacher Should Know. Ανακτήθηκε από: <http://www.bced.gov.bc.ca/specialed/awareness/contents.htm>
- Burns, R.(1982), Self-concept development and education, *London :Holt, Rinehart and Winston*. p.25
- Byers, S., Demmon, S., & Lawrance, K. (1998). Sexual satisfaction within dating relationships: A test of the interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Journal of Social and Personal Relationships, 15*, 257-267.
- Byers, E. S. (2011). Beyond the birds and the bees and was it good for you? Thirty years of research on sexual communication. *Canadian Psychology=Psychologie canadienne, 52*(1), 20–28.
- Carroll G, Massarelli E, Opzoomer A, et al. (1983). Adolescents with chronic disease. Are they receiving comprehensive health care? *J Adolesc Health Care 4*. 261-265.
- Coopersmith, S. (1967). The antedescents of self-esteem, San Fransisco: *Consulting Psychologists Press*, 4-5.

- D' Ardenne P (2004) The couple sharing long term illness. *Sexual and Relationship Therapy* 19, 291–308.
- Davis, D., Shaver, P. R., Widaman, K. F., Vernon, M. L., Folette, W. C., & Beitz, K. (2006). “I can’t get no satisfaction”: Insecure attachment, inhibited sexual communication, and sexual dissatisfaction. *Personal Relationships*, 13, 465–483.
- Davies, J. (1996). Sexuality Education for Children with Visual Impairments. Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia.
- Davies HD, Zeiss AM, Shea EA & Tinklenberg JR (1998). Sexuality and intimacy in Alzheimer’s patients and their partners. *Sexuality and Disability* 16, 193–203.
- De Graaf, H., Meijer, S, Poelman, J., Vanwesenbeeck, I.: Seks Onder Je 25e (2005). Rutgers Nisso Groep/Soa Aids Nederland, Utrecht.
- Dewitte, M. (2012). Different perspectives on the sex-attachment link: Towards an emotion-motivational account. *Journal of Sex Research*, 49, 105–124.
- Donelson, E. (1998). The relationship of sexual self-concept to the level of spinal cord injury and other factors. *Dissertation Abstracts International Section B: The Sciences and Engineering*, 58,6805.
- Elliott, A. N., & O’Donohue, W. T. (1997). The effects of anxiety and distraction on sexual arousal in a nonclinical sample of heterosexual women. *Archives of Sexual Behavior*, 26, 607–624
- Feeney, J. A., Peterson, C., Gallois, C., & Terry, D. J. (2000). Attachment style as a predictor of sexual attitudes and behavior in late adolescence. *Psychology and Health*, 14, 1105–1122
- Fitz- Gerald D., Fitz- Gerald M. (1977). Deaf people are sexual, too. *SIECUS Report* 6(2).
- Fitz- Gerald D., Fitz- Gerald M. (1977). Behind the times. *SIECUS Report* 6(2). 3-5. Flohr, & L. Zegans (Eds.), Psychosocial interventions with physically disabled persons: Mind and medicine. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press. 183– 199
- Frank, E., Anderson, C., & Rubinstein, D. N. (1978). Frequency of sexual dysfunction in normal couples. *New England Journal of Medicine*, 299(3), 111–115.
- Gates, E. A., & Galask, R. P. (2001). Psychological and sexual functioning in women with vulvar vestibulitis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 22, 221–228.

- Gil, S. (2007). Body image, well-being and sexual satisfaction: A comparison between heterosexual and gay man. *Sexual and Relationship Therapy*, 22, 1468-1749.
- Giordano, F. G., & Rush, C. L. (2010). Self-esteem and sexuality: An exploration of differentiation and attachment. In M. H. Guindon (Ed.), *Self-esteem across the lifespan: Issues and interventions* (pp. 205–218). New York, NY: Routledge
- Green, A., Gale, E.A.M., & Patterson, C.C. (1992). Incidence of childhood – onset insulin - dependent diabetes mellitus: The EURODIAB AGE Study», *The Lancet*, 339, 905-909.
- Greydanus DE, Demarest DS, Sears JM. (1988). Sexuality of the chronically ill adolescent. *J Adolesc Health Care*, (9). 67-73.
- Griggs W (1978). Staying well while growing old: sex and the elderly. *American Journal of Nursing* 8, 1352–1354.
- Grossman, S. (1972). Sexual knowledge, attitudes, and experience of deaf college students. Unpublished master's thesis, George Washington University, Washington, DC.
- Hales G. *Beyond Disability*, The Open University, 1996
- Hardman, M.L., Drew, C.J. & Winston-Egan, M.(1999). Physical and Health Disabilities. In Hardman, M.L., Drew, C.J. & Winston Egan, M., *Human Exceptionality, Society, School and Family*, 6th ed., Boston: Allyn and Bacon, 461- 505.
- Heiman, J. R., Long, J. S., Smith, S. N., Fisher, W. A., Sand, M. S., & Rosen, R. C. (2011). Sexual satisfaction and relationship happiness in midlife and older couples in five countries. *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 741–753.
- Holmes, R. V. (1976). A sex education program for the visually impaired in a residential school. *SIECUS Report* 4(5).
- Holt, A., & Lyness, K.P. (2007). Body image and sexual satisfaction: Implications for couple therapy. *Journal of Couple and Relationship Therapy*, 6, 45-68.
- Huang, C., Lee, L., & Chang, M. (2007). The influences of personality and motivation on exercise participation and quality of life. *Social Behavior and Personality*, 35, 1189-1210.
- Huurre, T.M., Aro, H.M. (1998). Psychosocial development among adolescents with visual impairment. *Eur. Child. Adoles. Psych.* 7, 73–78.

- Ingrid Lorraine Potgieter (2012). Development of a career meta-competency model for sustained employability. University of South Africa
- Johnson WR. (1975), *Sex Education and Counseling of Special Groups*. Springfield, IL, Charles C. Thomas.
- Jones, E., & Badger, T. (1991). Deaf children's knowledge of internal human anatomy. *Journal of Special Education*, 25(2), 252-260.
- Katzin L (1990) Chronic illness and sexuality. *The American Journal of Nursing* 90, 54–59.
- Kef, S., Bos H. (2006). Is Love Blind? Sexual Behavior and Psychological Adjustment of Adolescents with Blindness, *Sexuality and Disability*, 24, 89-100
- Kef, S., Dekovic, M.(2004). The role of parental and peer support in adolescents well-being: a comparison of adolescents with and without a visual impairment. *J Adolescence* 27, 453–466.
- Kef, S.(1999). Outlook on relations. personal networks and psychosocial characteristics of visually impaired adolescents. Thela thesis, University of Amsterdam, Amsterdam.
- Knight, S. E. (1983). Sexual concerns of the physically disabled. In B. Heller, L.
- Koch T, Kralik D & Eastwood S (2002). Constructions of sexuality for women living with multiple sclerosis. *Journal of Advanced Nursing* 39, 137–145.
- Koller, R. (2000). Sexuality and adolescents with autism. *Sexuality and disability*, 18 (2), 125-135.
- Kralik D, Koch T & Telford K (2001).Constructions of sexuality for midlife women living with chronic illness. *Journal of Advanced Nursing* 35, 180–187.
- Leopold, J.S. (2003). The direct and indirect effect of body image on sexual satisfaction. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 63(11-B), 5525. US: University Microfilms International.
- Luckner, J. L., & Gonzales, B. R. (1993). What deaf and hard-of-hearing adolescents know and think about AIDS. *American Annals of the Deaf*, 138(4), 338-342.
- MacDougall, J., & Morin, S. (1979). Sexual attitudes and self-reported behavior of congenitally disabled adults. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 11, 189–204.
- McNulty, J. K., & Fisher, T. D. (2008). Gender differences in response to sexual expectancies and changes in sexual frequency: A shortterm longitudinal study

- of sexual satisfaction in newly married couples. *Archives of Sexual Behavior*, 37(2), 229–240.
- McCabe, M. P., McDonald, E., Deeks, A., Vowels, L., & Cobain, M. (1996). The impact of multiple sclerosis on sexuality and relationships. *Journal of Sex Research*, 33, 241–248.
- McCabe, M. P., Taleporos, G., (2001). Sexual Esteem, Sexual Satisfaction, and Sexual Behavior Among People With Physical Disability. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 367
- Me'nard, D. A., & Offman, A. (2009). The interrelationships between sexual self-esteem, sexual assertiveness and sexual satisfaction. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 18, 35–45.
- Meyer, B. (1994). *Sex and the Slimming Woman*. *Weight Watchers Magazine*, 27(2):36–41.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change. New York, NY: Guilford Press
- Mindel, E. D., & Vernon, M. (1971). They grow in silence. Silver Spring, MD: National Association of the Deaf Press.
- Murphy, N. A., & Elias, E. R. (2006). Sexuality of children and adolescents with developmental disabilities. *Pediatrics*, 118 (1), 398-403.
- Nezu, C., M., Nezu, A., M., Klein, T., L., & Clair, M. (2007). Sex Offending Behavior, στο Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities, Issues on Clinical Child Psychology, 635-655. New York, Springer.
- Nosek, M., Rintala, D., Young, M., Howland, C., Foley, C., Rossi, D., et al. (1996). Sexual functioning among women with physical disabilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 77, 107–115.
- Oattes, M. K., & Offman, A. (2007). Global self-esteem and sexual self-esteem as predictors of sexual communication in intimate relationships. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 16, 89–100.
- Palace, E. M., & Gorzalka, B. B. (1990). The enhancing effects of anxiety on arousal in sexually dysfunctional and functional women. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 403–411.
- Pangman VC & Sequire M (2000) Sexuality and the chronically ill older adult: a social justice issue. *Sexuality and Disability* 18, 49– 59.

- Perrone, K., & Worthington, E. (2001). Factors influencing ratings of marital quality by individuals with dual-career marriages: A conceptual model. *Journal of Counseling Psychology, 48*, 3-9.
- Polonsky, W.H. (1993). Psychosocial Issues in Diabetes Mellitus. In Gatchel, R.J. & Blanchard, E.B. (eds), *Psychophysiological Disorders. Research and Clinical Applications*, Washington: American Psychological Association, pp.357-382
- Rintala, D. H., Howland, C. A., Nosek, M. A., Bennett, J. L., Young, M. E., Foley, C. C., et al. (1997). Dating issues for women with physical disabilities. *Sexuality and Disability, 15*, 219– 242.
- Rosenberg, M.(1965). *Society and the adolescent self-image*, Princeton, NJ: Princeton University Press, 30-31.
- Sacks, S.Z., Wolffe, K.E. (1998). Lifestyles of adolescents with visual impairments: an ethnographic analysis. *J. Visual.Impair. Blindness 92*, 7–17.
- Silvers, B. (1997). Sexuality, early-onset physical disability, and sense of coherence. *Dissertation Abstracts International Section B: The Sciences and Engineering, 57*, 7743
- Sinnema G, Bonarius HCJ, van der Laag H, Stoop JW. (1988). The development of adolescents with cystic fibrosis. *J Adolesc Health Care, 9*, 61-66.
- Sipski, M. (1991). Spinal cord injury: What is the effect on sexual response? *Journal of American Paraplegia Society, 14*, 40–43.
- Schachner, D. A., & Shaver, P. R. (2002). Attachment style and human mate poaching. *New Review of Social Psychology, 1*, 122–129.
- Schover LR & Jensen SB (1988). *Sexuality and Chronic Illness; A Comprehensive Approach*. The Guilford Press, New York.
- Smith, P., Hamilton, B., & Granger, V. (1990). Adult sexual behaviors in 1989: Number of partners, frequency, and risk. Paper presented at the meeting of the American Association of the Advancement of Science, New Orleans.
- Smith, A., Lyons, A., Ferris, J., Richters, J., Pitts, M., & Shelley, J. (2011). Sexual and relationship satisfaction among heterosexual men and women: The importance of desired frequency of sex. *Journal of Sex and Marital Therapy, 37*(2), 104–115.
- Snell WE Jr, Fisher TD, & Walters AS (1993). The Multidimensional Sexuality Questionnaire: An objective self-report measure of psychological tendencies associated with human sexuality. *Annals of Sex Research 6*. 27–55.

- Sprecher, S., & Cate, R. (2004). Sexual satisfaction and sexual expression as predictors of relationship satisfaction and stability. In J. Harvey, A. Wenzel, & S. Sprecher (Eds.), *Handbook of sexuality in close relationships* (pp. 235–256). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Sprecher, S., Christopher, F. S., & Cate, R. (2006). Sexuality in close relationships. In A. Vangelisti & D. Perlman (Eds.), *The Cambridge handbook of personal relationships* (pp. 463–482). New York, NY: Cambridge University Press.
- Strasburger VC, Brown RT, eds.(1991). *The adolescent with chronic illness or disability. Adolescent medicine. A practical guide.* Boston, Little, Brown, 149-61.
- Swango- Wilson, A., (2010). Meaningful sex education programs for individuals with developmental and cognitive disability: A four cohort study. *Sexuality and disability, 27* (4), 223-228.
- Taleporos, G. (2001). Sexuality and physical disability. In C. Wood (Ed.), *Sexual positions: An Australian view* (pp. 155–166). Melbourne, Australia: Hill of Content Publishing.
- Taylor, R., Sternberg, L. & Richards, S. (1995). Students With Physical and Other Health impairments. In Taylor, R., Sternberg, L. & Richards, S., *Exceptional Children- Integrating Research and Teaching*, 2nd ed., San Diego: Singular publishing, 261- 284.
- Tepper MS (2000). Sexuality and disability: the missing discourse of pleasure. *Sexuality and Disability 18*, 283–29.
- Thylefors B, Negrel AD, Pararajasegaram R, Dadzie KY. (1995). Global data on Blindness. *Bulletin of the World Health Organization, 73*(1), 115-121
- Trieschmann, R. B. (1988). *Spinal cord injuries: Psychological, social, and vocational rehabilitation* (2nd ed.). New York: Demos.
- Tripp, A. W., & Kahn, J. V. (1986). Comparison of the sexual knowledge of hearing impaired and hearing adults. *Journal of Rehabilitation, 19*(3-4), 15-18.
- van den Hout, M., & Barlow, D. (2000). Attention, arousal, and expectancies in anxiety and sexual disorders. *Journal of Affective Disorders, 61*, 241–256
- Turner, R. J., & Beiser, M. (1990). Major depression and depressive symptomatology among the physically disabled. *Journal of Nervous and Mental Disease, 178*, 343–350.
- White, R. στο: Παπάνης, Ε., *Ελληνική Κοινωνική Έρευνα*

- White, M. J., Rintala, D. H., Hart, K. A., & Fuhrer, M. J. (1993). Sexual activities, concerns and interests of women with spinal cord injury living in the community. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 72, 372–378.
- World Health Organization (2010, November). *Better health, better lives: Children and young people with intellectual disabilities and their families*. Ανασκόπηση των πρακτικών του συνεδρίου World Health Organization Regional Office for Europe, Bucharest, Romania. Ανακτήθηκε στις // από http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/126570/e94430.pdf
- Young, M., Denny, G., Luquis, R., & Young, T. (1998). Correlates of sexual satisfaction in marriage. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 72, 115-127.
- Young, M., Denny, G., Young, T., & Luquis, R. (2000). Sexual satisfaction among married women. *American Journal of Health Studies*, 16, 73-84.
- Zeanah, P. D., & Schwarz, J. C. (1996). Reliability and validity of the sexual self-esteem inventory for women. *Assessment*, 3, 1–15.



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Στο πλαίσιο της ερευνητικής εργασίας που διεξάγεται θα σας παρακαλούσαμε να συμπληρώσετε το παρακάτω ερωτηματολόγιο. Η συμμετοχή σας θα έχει ιδιαίτερη βαρύτητα και σας παρακαλούμε θερμά να απαντήσετε ειλικρινά σε όλες τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις. Τα στοιχεία που παρέχετε θα παραμείνουν απολύτως ανώνυμα.

Σημειώστε με ένα (X) την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει.

1. Φύλο

Αντρας Γυναίκα

2. Ηλικία

16-25 26-35 36-45 46 και άνω

3. Οικογενειακή κατάσταση

Άγαμος/-η Έγγαμος/-η Διαζευγμένος/-η

Χήρος/-α Σε σχέση

4. Έχετε κάποιο είδος αναπηρίας;

Ναι Όχι

5. Αν ναι, ποια είναι η αναπηρία σας;

Τύφλωση Κώφωση Σωματική αναπηρία Σακχαρώδη
διαβήτη

Σκλήρυνση κατά πλάκας Μεσογειακή αναιμία

η αναπηρία σας είναι:

Επίκτητη Εκ γενετής

6. Έχετε αδέρφια;

Ναι Όχι

7. Αν ναι, ποια είναι η σειρά γέννησής σας;

Το πρώτο παιδί της οικογένειας

Το δεύτερο παιδί της οικογένειας

Το τρίτο παιδί της οικογένειας

Το τέταρτο παιδί της οικογένειας

Έχω 4 ή και περισσότερα αδέρφια μεγαλύτερα από εμένα

8. Εκπαίδευση

Δημοτικό Γυμνάσιο Λύκειο

ΑΕΙ/ΤΕΙ Επαγγελματικές σχολές

9. Εργάζεστε;

Ναι Όχι

10. Συνολικά εισοδήματα το μήνα σε ευρώ

0-500 500-1.000 1.001-1.500

1.501-2.000 2.001 και άνω

11. Έχετε κάποιο χόμπι;

Ναι Όχι

12. Συναναστροφή με συγγενικά πρόσωπα

Μη ικανοποιητική Μέτρια Ικανοποιητική

13. Συναναστροφή με φιλικά πρόσωπα

Μη ικανοποιητική Μέτρια Ικανοποιητική

		ΝΑΙ	ΟΧΙ
1.	Έχεις λίγους μόνο φίλους;		
2.	Είσαι χαρούμενος/η τον περισσότερο καιρό;		
3.	Μπορείς να κάνεις τα περισσότερα πράγματα τόσο καλά όσο και οι άλλοι;		
4.	Συμπαθείς όλους όσους γνωρίζεις;		
5.	Περνάς τον πιο πολύ από τον ελεύθερο χρόνο σου μόνος/η;		
6.	Σου αρέσει που είσαι άντρας/αγόρι; Σου αρέσει που είσαι γυναίκα/ κορίτσι;		
7.	Οι πιο πολλοί άνθρωποι που γνωρίζεις σε συμπαθούν;		
8.	Συνήθως καταφέρνεις να ολοκληρώσεις με επιτυχία σημαντικά καθήκοντα ή εργασίες που έχεις αναλάβει;		
9.	Έχεις πάρει ποτέ κάτι που δεν ανήκε σε εσένα;		
10.	Είσαι τόσο έξυπνος /η όσο και οι πιο πολλοί άνθρωποι;		
11.	Αισθάνεσαι ότι είσαι τόσο σημαντικός/ή όσο και οι πιο πολλοί άνθρωποι;		
12.	Σε πιάνει μελαγχολία εύκολα;		
13.	Θα άλλαζες πολλά πράγματα στον εαυτό σου αν μπορούσες;		
14.	Λες πάντα την αλήθεια;		
15.	Είσαι τόσο εμφανίσιμος/η όσο οι πιο πολλοί άνθρωποι;		
16.	Σε αντιπαθούν πολλοί άνθρωποι;		
17.	Είσαι συνήθως σε ένταση ή αγχωμένος/η;		
18.	Σου λείπει η αυτοπεποίθηση;		
19.	Κουτσομπολεύεις κάπου κάπου;		
20.	Αισθάνεσαι συχνά ότι δεν είσαι σε τίποτα καλός/ή;		
21.	Είσαι τόσο δυνατός/η και υγιής όσο και οι πιο πολλοί άνθρωποι;		
22.	Αισθάνεσαι εύκολα πληγωμένος/η;		
23.	Είναι δύσκολο για σένα να εκφράσεις τις απόψεις σου ή τα συναισθήματα σου;		
24.	Θυμώνεις ποτέ;		
25.	Αισθάνεσαι συχνά ότι ντρέπεσαι για τον εαυτό σου;		
26.	Οι άλλοι άνθρωποι γενικά είναι πιο πετυχημένοι από σένα;		
27.	Αισθάνεσαι άβολα τον περισσότερο καιρό χωρίς να ξέρεις γιατί;		
28.	Θα σου άρεσε να είσαι τόσο ευτυχισμένος/η όσο και οι άλλοι φαίνονται να είναι;		
29.	Είσαι ποτέ ντροπαλός/ή;		
30.	Είσαι μια αποτυχία;		
31.	Οι ιδέες σου αρέσουν στους άλλους;		
32.	Σου είναι δύσκολο να κάνεις καινούριες γνωριμίες;		
33.	Λες ποτέ ψέματα;		
34.	Είσαι συχνά αναστατωμένος/η για κάτι;		
35.	Οι πιο πολλοί άνθρωποι σέβονται τις απόψεις σου;		
36.	Είσαι πιο ευαίσθητος/η από ότι οι πιο πολλοί άνθρωποι;		
37.	Είσαι τόσο χαρούμενος/η όσο και οι πιο πολλοί άνθρωποι;		
38.	Είσαι ποτέ λυπημένος/η ή θλιμμένος/η;		

39.	Σου λείπει σίγουρα η ικανότητα να παίρνεις πρωτοβουλίες;		
40.	Ανησυχείς πολύ;		
41.	Έχω αυτοπεποίθηση όσον αφορά στις σεξουαλικές μου επιδόσεις.		
42.	Είμαι πολύ καλός/η σεξουαλικός/η σύντροφος.		
43.	Τα καταφέρνω καλύτερα από τους/τις περισσότερους/ες στο σεξ.		
44.	Θα έλεγα ότι είμαι πολύ καλός/η σεξουαλικός/η σύντροφος.		
45.	Θα είχα αυτοπεποίθηση σε μια πιθανή σεξουαλική αναμέτρηση.		
46.	Αισθάνομαι άγχος όταν σκέφτομαι τη σεξουαλική μου ζωή.		
47.	Ανησυχώ για τη σεξουαλική μου ζωή.		
48.	Νιώθω κάπως άβολα όταν σκέφτομαι τα ζητήματα της σεξουαλικής μου ζωής.		
49.	Συνήθως ανησυχώ για τη σεξουαλική μου ζωή.		
50.	Αγχώνομαι όταν σκέφτομαι τη σεξουαλική μου ζωή.		
51.	Είμαι πολύ ικανοποιημένος/η με τον τρόπο που ικανοποιούνται οι σεξουαλικές μου ανάγκες αυτή τη στιγμή.		
52.	Είμαι πολύ ικανοποιημένος/η από τη σεξουαλική μου σχέση.		
53.	Η σεξουαλική μου σχέση ικανοποιεί τις αρχικές μου προσδοκίες.		
54.	Η σεξουαλική μου σχέση είναι πολύ καλή συγκριτικά με αυτές που διατηρούν οι περισσότεροι.		
55.	Είμαι πολύ ικανοποιημένος/η από τη σεξουαλική μου ζωή.		

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Πίνακες δομής δείγματος ανά δημογραφικό στοιχείο

Πίνακας 1: Φύλο

		Φύλο		Σύνολο
		Ανδρας	Γυναίκα	
Τύφλωση	Συχνότητα	38	12	50
	% μερικού συνόλου	15,2%	4,8%	20,0%
Κώφωση	Συχνότητα	17	33	50
	% μερικού συνόλου	6,8%	13,2%	20,0%
Σωματική Αναπηρία	Συχνότητα	30	20	50
	% μερικού συνόλου	12,0%	8,0%	20,0%
Χρόνιες Παθήσεις	Συχνότητα	22	28	50
	% μερικού συνόλου	8,8%	11,2%	20,0%
Χωρίς αναπηρία	Συχνότητα	9	41	50
	% μερικού συνόλου	3,6%	16,4%	20,0%
Σύνολο	Συχνότητα	116	134	250
	% του Συνόλου	46,4%	53,6%	100,0%

Πίνακας 2: Ηλικία

		Ηλικία				Σύνολο
		16-25	26-35	36-45	>46	
Τύφλωση	Συχνότητα	9	19	12	10	50
	% μερικού συνόλου	3,6%	7,6%	4,8%	4,0%	20,0%
Κώφωση	Συχνότητα	12	14	14	10	50
	% μερικού συνόλου	4,8%	5,6%	5,6%	4,0%	20,0%
Σωματική Αναπηρία	Συχνότητα	1	12	16	21	50
	% μερικού συνόλου	0,4%	4,8%	6,4%	8,4%	20,0%
Χρόνιες Παθήσεις	Συχνότητα	6	9	17	18	50
	% μερικού συνόλου	2,4%	3,6%	6,8%	7,2%	20,0%
Χωρίς αναπηρία	Συχνότητα	22	16	9	3	50
	% μερικού συνόλου	8,8%	6,4%	3,6%	1,2%	20,0%
Σύνολο	Συχνότητα	50	70	68	62	250
	% του Συνόλου	20,0%	28,0%	27,2%	24,8%	100,0%

Πίνακας 3: Οικογενειακή Κατάσταση

		Οικογενειακή Κατάσταση					Σύνολο
		Άγαμος/η	Έγγαμος/η	Διαζευγμένος/η	Χήρος/α	Σε σχέση	
Τύφλωση	Συχνότητα	29	11	2	0	8	50
	% μερικού συνόλου	11,6%	4,4%	0,8%	0,0%	3,2%	20,0%
Κώφωση	Συχνότητα	23	12	5	1	9	50
	% μερικού συνόλου	9,2%	4,8%	2,0%	0,4%	3,6%	20,0%
Σωματική Αναπηρία	Συχνότητα	29	14	2	1	4	50
	% μερικού συνόλου	11,6%	5,6%	0,8%	0,4%	1,6%	20,0%
Χρόνιες Παθήσεις	Συχνότητα	18	22	2	6	2	50
	% μερικού συνόλου	7,2%	8,8%	0,8%	2,4%	0,8%	20,0%
Χωρίς αναπηρία	Συχνότητα	21	15	0	0	14	50
	% μερικού συνόλου	8,4%	6,0%	0,0%	0,0%	5,6%	20,0%
Σύνολο	Συχνότητα	120	74	11	8	37	250
	% του Συνόλου	48,0%	29,6%	4,4%	3,2%	14,8%	100,0%

Πίνακας 4: Προέλευση Αναπηρίας

		Προέλευση Αναπηρίας		Σύνολο
		Επίκτητη	Εκ γενετής	
Τύφλωση	Συχνότητα	26	24	50
	% μερικού συνόλου	13,0%	12,0%	25,0%
Κώφωση	Συχνότητα	23	27	50
	% μερικού συνόλου	11,5%	13,5%	25,0%
Σωματική Αναπηρία	Συχνότητα	35	15	50
	% μερικού συνόλου	17,5%	7,5%	25,0%
Χρόνιες Παθήσεις	Συχνότητα	49	1	50
	% μερικού συνόλου	24,5%	0,5%	25,0%
Σύνολο	Συχνότητα	133	67	200
	% του Συνόλου	66,5%	33,5%	100,0%

Πίνακας 5: Αδέρφια

		Αδέρφια		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Τύφλωση	Συχνότητα	49	1	50
	% μερικού συνόλου	19,6%	0,4%	20,0%
Κώφωση	Συχνότητα	40	10	50
	% μερικού συνόλου	16,0%	4,0%	20,0%
Σωματική Αναπηρία	Συχνότητα	43	7	50
	% μερικού συνόλου	17,2%	2,8%	20,0%
Χρόνιες Παθήσεις	Συχνότητα	45	5	50
	% μερικού συνόλου	18,0%	2,0%	20,0%
Χωρίς αναπηρία	Συχνότητα	49	1	50
	% μερικού συνόλου	19,6%	0,4%	20,0%
Σύνολο	Συχνότητα	226	24	250
	% του Συνόλου	90,4%	9,6%	100,0%

Πίνακας 6: Σειρά Γέννησης

		Σειρά Γέννησης					Σύνολο
		Πρώτο	Δεύτερο	Τρίτο	Τέταρτο	Πέμπτο και άνω	
Τύφλωση	Συχνότητα	16	22	5	3	3	49
	% μερικού συνόλου	7,1%	9,7%	2,2%	1,3%	1,3%	21,7%
Κώφωση	Συχνότητα	19	10	10	1	0	40
	% μερικού συνόλου	8,4%	4,4%	4,4%	0,4%	0,0%	17,7%
Σωματική Αναπηρία	Συχνότητα	16	19	3	2	3	43
	% μερικού συνόλου	7,1%	8,4%	1,3%	0,9%	1,3%	19,0%
Χρόνιες Παθήσεις	Συχνότητα	17	17	7	0	4	45
	% μερικού συνόλου	7,5%	7,5%	3,1%	0,0%	1,8%	19,9%
Χωρίς αναπηρία	Συχνότητα	26	20	3	0	0	49
	% μερικού συνόλου	11,5%	8,8%	1,3%	0,0%	0,0%	21,7%
Σύνολο	Συχνότητα	94	88	28	6	10	226
	% του Συνόλου	41,6%	38,9%	12,4%	2,7%	4,4%	100,0%

Πίνακας 7: Μορφωτικό Επίπεδο

		Εκπαίδευση					Σύνολο
		Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	ΑΕΙ/ΤΕΙ	Επαγγελματικές Σχολές	
Τύφλωση	Συχνότητα	4	4	12	21	9	50
	% μερικού συνόλου	1,6%	1,6%	4,8%	8,4%	3,6%	20,0%
Κώφωση	Συχνότητα	4	2	16	26	2	50
	% μερικού συνόλου	1,6%	0,8%	6,4%	10,4%	0,8%	20,0%
Σωματική Αναπηρία	Συχνότητα	5	8	19	6	12	50
	% μερικού συνόλου	2,0%	3,2%	7,6%	2,4%	4,8%	20,0%
Χρόνιες Παθήσεις	Συχνότητα	3	7	11	26	3	50
	% μερικού συνόλου	1,2%	2,8%	4,4%	10,4%	1,2%	20,0%
Χωρίς αναπηρία	Συχνότητα	0	3	0	47	0	50
	% μερικού συνόλου	0,0%	1,2%	0,0%	18,8%	0,0%	20,0%
Σύνολο	Συχνότητα	16	24	58	126	26	250
	% του Συνόλου	6,4%	9,6%	23,2%	50,4%	10,4%	100,0%

Πίνακας 8: Ύπαρξη Εργασίας

		Εργασία		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Τύφλωση	Συχνότητα	19	31	50
	% μερικού συνόλου	7,6%	12,4%	20,0%
Κώφωση	Συχνότητα	27	23	50
	% μερικού συνόλου	10,8%	9,2%	20,0%
Σωματική Αναπηρία	Συχνότητα	6	44	50
	% μερικού συνόλου	2,4%	17,6%	20,0%
Χρόνιες Παθήσεις	Συχνότητα	14	36	50
	% μερικού συνόλου	5,6%	14,4%	20,0%
Χωρίς αναπηρία	Συχνότητα	31	19	50
	% μερικού συνόλου	12,4%	7,6%	20,0%
Σύνολο	Συχνότητα	97	153	250
	% του Συνόλου	38,8%	61,2%	100,0%

Πίνακας 9: Εισόδημα

		Εισόδημα					Σύνολο
		0-500	501-1000	1001-1500	1501-2000	>2000	
Τύφλωση	Συχνότητα	13	28	3	5	1	50
	% μερικού συνόλου	5,2%	11,2%	1,2%	2,0%	0,4%	20,0%
Κώφωση	Συχνότητα	20	24	1	0	5	50
	% μερικού συνόλου	8,0%	9,6%	0,4%	0,0%	2,0%	20,0%
Σωματική Αναπηρία	Συχνότητα	16	24	4	4	2	50
	% μερικού συνόλου	6,4%	9,6%	1,6%	1,6%	0,8%	20,0%
Χρόνιες Παθήσεις	Συχνότητα	19	24	3	4	0	50
	% μερικού συνόλου	7,6%	9,6%	1,2%	1,6%	0,0%	20,0%
Χωρίς αναπηρία	Συχνότητα	23	18	5	4	0	50
	% μερικού συνόλου	9,2%	7,2%	2,0%	1,6%	0,0%	20,0%
Σύνολο	Συχνότητα	91	118	16	17	8	250
	% του Συνόλου	36,4%	47,2%	6,4%	6,8%	3,2%	100,0%

Πίνακας 10: Ύπαρξη Χόμπι

		Χόμπι		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Τύφλωση	Συχνότητα	46	4	50
	% μερικού συνόλου	18,4%	1,6%	20,0%
Κώφωση	Συχνότητα	42	8	50
	% μερικού συνόλου	16,8%	3,2%	20,0%
Σωματική Αναπηρία	Συχνότητα	45	5	50
	% μερικού συνόλου	18,0%	2,0%	20,0%
Χρόνιες Παθήσεις	Συχνότητα	36	14	50
	% μερικού συνόλου	14,4%	5,6%	20,0%
Χωρίς αναπηρία	Συχνότητα	39	11	50
	% μερικού συνόλου	15,6%	4,4%	20,0%
Σύνολο	Συχνότητα	208	42	250
	% του Συνόλου	83,2%	16,8%	100,0%

Πίνακας 11: Επαφή με Συγγενικά Πρόσωπα

		Επαφή με Συγγενικά Πρόσωπα			Σύνολο
		Μη Ικανοποιητική	Μέτρια	Ικανοποιητική	
Τύφλωση	Συχνότητα	1	13	36	50
	% μερικού συνόλου	0,4%	5,2%	14,4%	20,0%
Κώφωση	Συχνότητα	3	26	21	50
	% μερικού συνόλου	1,2%	10,4%	8,4%	20,0%
Σωματική Αναπηρία	Συχνότητα	2	17	31	50
	% μερικού συνόλου	0,8%	6,8%	12,4%	20,0%
Χρόνιες Παθήσεις	Συχνότητα	2	8	40	50
	% μερικού συνόλου	0,8%	3,2%	16,0%	20,0%
Χωρίς αναπηρία	Συχνότητα	1	13	36	50
	% μερικού συνόλου	0,4%	5,2%	14,4%	20,0%
Σύνολο	Συχνότητα	9	77	164	250
	% του Συνόλου	3,6%	30,8%	65,6%	100,0%

Πίνακας 12: Επαφή με Φιλικά Πρόσωπα

		Επαφή με Φιλικά Πρόσωπα			Σύνολο
		Μη Ικανοποιητική	Μέτρια	Ικανοποιητική	
Τύφλωση	Συχνότητα	2	10	38	50
	% μερικού συνόλου	0,8%	4,0%	15,2%	20,0%
Κώφωση	Συχνότητα	0	7	43	50
	% μερικού συνόλου	0,0%	2,8%	17,2%	20,0%
Σωματική Αναπηρία	Συχνότητα	1	12	37	50
	% μερικού συνόλου	0,4%	4,8%	14,8%	20,0%
Χρόνιες Παθήσεις	Συχνότητα	1	8	41	50
	% μερικού συνόλου	0,4%	3,2%	16,4%	20,0%
Χωρίς αναπηρία	Συχνότητα	0	5	45	50
	% μερικού συνόλου	0,0%	2,0%	18,0%	20,0%
Σύνολο	Συχνότητα	4	42	204	250
	% του Συνόλου	1,6%	16,8%	81,6%	100,0%

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

1. Πίνακες μέσων όρων ανά ατομικό χαρακτηριστικό με στατιστικά σημαντικές διαφορές στα άτομα χωρίς αναπηρία

Πίνακας 1.1 Γενική Αυτοεκτίμηση ως προς το μορφωτικό επίπεδο

Εκπαίδευση	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Γυμνάσιο	22,0000	3	1,00000
ΑΕΙ/ΤΕΙ	18,5957	47	2,49050
Σύνολο	18,8000	50	2,55551

Πίνακας 1.2: Κοινωνική Αυτοεκτίμηση ως προς το φύλο

Φύλο	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Άνδρας	9,8889	9	1,36423
Γυναίκα	9,0000	41	1,30384
Σύνολο	9,1600	50	1,34559

Πίνακας 1.3: Προσωπική Αυτοεκτίμηση ως προς την ύπαρξη κάποιου χόμπι

Χόμπι	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Ναι	10,6410	39	2,01947
Όχι	12,3636	11	2,06265
Σύνολο	11,0200	50	2,13322

Πίνακας 1.4 : Συνολική Αυτοεκτίμηση ως προς το μορφωτικό επίπεδο

Εκπαίδευση	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Γυμνάσιο	44,0000	3	3,00000
ΑΕΙ/ΤΕΙ	38,6596	47	4,79255
Σύνολο	38,9800	50	4,85500

2. Πίνακες μέσω των όρων ανά ατομικό χαρακτηριστικό με στατιστικά σημαντικές διαφορές στα άτομα με προβλήματα όρασης

Πίνακας 2.1. Γενική Αυτοεκτίμηση ως προς την προέλευση αναπηρίας

Προέλευση Αναπηρίας	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Επίκτητη	18,1923	26	1,60048
Εκ γενετής	20,5000	24	3,24372
Σύνολο	19,3000	50	2,75718

Πίνακας 2.2. Γενική Αυτοεκτίμηση ως προς την ύπαρξη κάποιου χόμπι

Χόμπι	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Ναι	18,8043	46	1,97337
Όχι	25,0000	4	4,32049
Σύνολο	19,3000	50	2,75718

Πίνακας 2.3. Γενική Αυτοεκτίμηση ως προς το μορφωτικό επίπεδο

Εκπαίδευση	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Δημοτικό	17,7500	4	2,87228
Γυμνάσιο	21,0000	4	2,70801
Λύκειο	21,2500	12	3,62128
ΑΕΙ/ΤΕΙ	18,9048	21	1,64027
Επαγγελματικές Σχολές	17,5556	9	1,94365
Σύνολο	19,3000	50	2,75718

Πίνακας 2.4. Γενική Αυτοεκτίμηση ως προς την επαφή με συγγενικά πρόσωπα

Επαφή με ΣΠ	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Μη Ικανοποιητική	31,0000	1	.
Μέτρια	20,0769	13	1,93484
Ικανοποιητική	18,6944	36	2,20155
Σύνολο	19,3000	50	2,75718

Πίνακας 2.5. Κοινωνική Αυτοεκτίμηση ως προς την ύπαρξη κάποιου χόμπι

Χόμπι	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Ναι	9,1087	46	1,03770
Όχι	12,7500	4	2,62996
Σύνολο	9,4000	50	1,55183

Πίνακας 2.6. Κοινωνική Αυτοεκτίμηση ως προς την επαφή με φιλικά πρόσωπα

Επαφή με ΦΠ	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Μη Ικανοποιητική	10,0000	2	,00000
Μέτρια	11,0000	10	2,49444
Ικανοποιητική	8,9474	38	,86828
Σύνολο	9,4000	50	1,55183

Πίνακας 2.7. Προσωπική Αυτοεκτίμηση ως προς την ύπαρξη κάποιου χόμπι

Χόμπι	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Ναι	10,5000	46	1,61589
Όχι	14,0000	4	,81650
Σύνολο	10,7800	50	1,83270

Πίνακας 2.8. Συνολική Αυτοεκτίμηση ως προς την προέλευση αναπηρίας

Προέλευση Αναπηρίας	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Επίκτητη	37,9615	26	3,51546
Εκ γενετής	41,1250	24	6,06711
Σύνολο	39,4800	50	5,11197

Πίνακας 2.9. Συνολική Αυτοεκτίμηση ως προς το μορφωτικό επίπεδο

Εκπαίδευση	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Δημοτικό	38,0000	4	6,27163
Γυμνάσιο	41,7500	4	4,42531
Λύκειο	42,9167	12	7,32937
ΑΕΙ/ΤΕΙ	38,8571	21	2,72554
Επαγγελματικές Σχολές	36,0000	9	3,08221
Σύνολο	39,4800	50	5,11197

Πίνακας 2.10. Συνολική Αυτοεκτίμηση ως προς την ύπαρξη κάποιου χόμπι

Χόμπι	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Ναι	38,4130	46	3,33051
Όχι	51,7500	4	6,50000
Σύνολο	39,4800	50	5,11197

Πίνακας 2.11. Σεξουαλικό άγχος ως προς την ύπαρξη κάποιου χόμπι

Χόμπι	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Ναι	8,9348	46	1,71791
Όχι	6,2500	4	2,50000
Σύνολο	8,7200	50	1,90638

Πίνακας 2.12. Σεξουαλικό άγχος ως προς την οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή Κατάσταση	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Άγαμος/η	8,6552	29	1,87609
Εγγαμος/η	8,2727	11	2,24013
Διαζευγμένος/η	7,0000	2	2,82843
Σε σχέση	10,0000	8	,00000
Σύνολο	8,7200	50	1,90638

Πίνακας 2.13. Σεξουαλική Αυτοεκτίμηση ως προς την ύπαρξη εργασίας

Εργασία	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Ναι	7,1053	19	2,18314
Όχι	5,6774	31	,97936
Σύνολο	6,2200	50	1,68171

Πίνακας 2.14. Σεξουαλική Αυτοεκτίμηση ως προς την επαφή με φιλικά πρόσωπα

Επαφή με ΦΠ	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Μη Ικανοποιητική	10,0000	2	,00000
Μέτρια	6,7000	10	2,31181
Ικανοποιητική	5,8947	38	1,22562
Σύνολο	6,2200	50	1,68171

3. Πίνακες μέσω των όρων ανά ατομικό χαρακτηριστικό με στατιστικά σημαντικές διαφορές στα άτομα με προβλήματα ακοής

Πίνακας 3.1. Γενική Αυτοεκτίμηση ως προς το φύλο

Φύλο	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Άνδρας	20,0000	17	2,62202
Γυναίκα	21,7879	33	2,88051
Σύνολο	21,1800	50	2,89750

Πίνακας 3.2. Γενική Αυτοεκτίμηση ως προς το μορφωτικό επίπεδο

Εκπαίδευση	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Δημοτικό	22,2500	4	,95743
Γυμνάσιο	21,0000	2	4,24264
Λύκειο	19,4375	16	2,09662
ΑΕΙ/ΤΕΙ	21,9231	26	3,05841
Επαγγελματικές Σχολές	23,5000	2	3,53553
Σύνολο	21,1800	50	2,89750

Πίνακας 3.3. Κοινωνική Αυτοεκτίμηση ως προς το μορφωτικό επίπεδο

Εκπαίδευση	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Δημοτικό	10,2500	4	1,50000
Γυμνάσιο	11,0000	2	2,82843
Λύκειο	8,8750	16	,80623
ΑΕΙ/ΤΕΙ	10,2308	26	1,33589
Επαγγελματικές Σχολές	10,5000	2	,70711
Σύνολο	9,8400	50	1,37559

Πίνακας 3.4. Κοινωνική Αυτοεκτίμηση ως προς την ύπαρξη εργασίας

Εργασία	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Ναι	9,5185	27	1,42425
Όχι	10,2174	23	1,24157
Σύνολο	9,8400	50	1,37559

Πίνακας 3.5. Κοινωνική Αυτοεκτίμηση ως προς την επαφή με φιλικά πρόσωπα

Επαφή Με ΦΠ	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Μέτρια	10,8571	7	1,21499
Ικανοποιητική	9,6744	43	1,34024
Σύνολο	9,8400	50	1,37559

Πίνακας 3.6. Κοινωνική Αυτοεκτίμηση ως προς το ύψος εισοδήματος

Εισόδημα	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
0-500	10,3000	20	1,38031
501-1000	9,7917	24	1,31807
1001-1500	8,0000	1	.
>2000	8,6000	5	,54772
Σύνολο	9,8400	50	1,37559

Πίνακας 3.7. Προσωπική Αυτοεκτίμηση ως προς το αν υπάρχουν αδέρφια

Αδέρφια	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Ναι	12,6500	40	2,23664
Όχι	10,4000	10	2,01108
Σύνολο	12,2000	50	2,35606

Πίνακας 3.8. Προσωπική Αυτοεκτίμηση ως προς το φύλο

Φύλο	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Άνδρας	11,1176	17	2,52196
Γυναίκα	12,7576	33	2,09210
Σύνολο	12,2000	50	2,35606

Πίνακας 3.9. Προσωπική Αυτοεκτίμηση ως προς την ηλικία

Ηλικία	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
16-25	11,8333	12	2,36771
26-35	13,7143	14	1,13873
36-45	11,0714	14	2,75860
>46	12,1000	10	2,18327
Σύνολο	12,2000	50	2,35606

Πίνακας 3.10. Συνολική Αυτοεκτίμηση ως προς το φύλο

Φύλο	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Άνδρας	40,8824	17	6,02995
Γυναίκα	44,4242	33	5,07463
Σύνολο	43,2200	50	5,61808

Πίνακας 3.11. Συνολική Αυτοεκτίμηση ως προς το μορφωτικό επίπεδο

Εκπαίδευση	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Δημοτικό	46,2500	4	3,30404
Γυμνάσιο	45,0000	2	9,89949
Λύκειο	39,4375	16	4,60389
ΑΕΙ/ΤΕΙ	44,6538	26	5,18415
Επαγγελματικές Σχολές	47,0000	2	8,48528
Σύνολο	43,2200	50	5,61808

Πίνακας 3.12. Σεξουαλική ικανοποίηση ως προς την προέλευση αναπηρίας

Προέλευση Αναπηρίας	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Επίκτητη	7,1304	23	2,43655
Εκ γενετής	5,7407	27	1,45688
Σύνολο	6,3800	50	2,06911

Πίνακας 3.13. Σεξουαλική ικανοποίηση ως προς την ύπαρξη εργασίας

Εργασία	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Ναι	5,8889	27	1,84669
Όχι	6,9565	23	2,20492
Σύνολο	6,3800	50	2,06911

Πίνακας 3.14. Σεξουαλική ικανοποίηση ως προς την οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή Κατάσταση	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Άγαμος/η	7,3043	23	2,20402
Εγγαμος/η	5,0833	12	,28868
Διαζευγμένος/η	7,0000	5	2,73861
Χήρος/α	10,0000	1	.
Σε σχέση	5,0000	9	,00000
Σύνολο	6,3800	50	2,06911

Πίνακας 3.15. Σεξουαλική αυτοεκτίμηση ως προς την ύπαρξη κάποιου χόμπι

Χόμπι	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Ναι	6,6429	42	1,60520
Όχι	7,7500	8	,70711
Σύνολο	6,8200	50	1,54774

4. Πίνακες μέσων όρων ανά ατομικό χαρακτηριστικό με στατιστικά σημαντικές διαφορές στα άτομα με κινητικά προβλήματα

Πίνακας 4.1. Γενική αυτοεκτίμηση ως προς το μορφωτικό επίπεδο

Εκπαίδευση	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Δημοτικό	23,0000	5	2,91548
Γυμνάσιο	21,3750	8	3,46152
Λύκειο	19,1579	19	2,33959
ΑΕΙ/ΤΕΙ	21,1667	6	2,48328
Επαγγελματικές Σχολές	19,0833	12	3,87201
Σύνολο	20,1200	50	3,20484

Πίνακας 4.2. Γενική αυτοεκτίμηση ως προς την επαφή με φιλικά πρόσωπα

Επαφή με ΦΠ	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Μη Ικανοποιητική	23,0000	1	.
Μέτρια	22,7500	12	3,88763
Ικανοποιητική	19,1892	37	2,43627
Σύνολο	20,1200	50	3,20484

Πίνακας 4.3. Κοινωνική αυτοεκτίμηση ως προς την επαφή με φιλικά πρόσωπα

Επαφή με ΦΠ	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Μη Ικανοποιητική	14,0000	1	.
Μέτρια	11,0833	12	1,67649
Ικανοποιητική	9,2162	37	1,08359
Σύνολο	9,7600	50	1,58514

Πίνακας 4.4. Κοινωνική αυτοεκτίμηση ως προς την επαφή με συγγενικά πρόσωπα

Επαφή με ΣΠ	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Μη Ικανοποιητική	12,0000	2	2,82843
Μέτρια	10,2941	17	1,44761
Ικανοποιητική	9,3226	31	1,42331
Σύνολο	9,7600	50	1,58514

Πίνακας 4.5. Προσωπική αυτοεκτίμηση ως προς την επαφή με φιλικά πρόσωπα

Επαφή Με ΦΠ	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Μη Ικανοποιητική	14,0000	1	.
Μέτρια	13,0000	12	1,65145
Ικανοποιητική	11,2973	37	2,19678
Σύνολο	11,7600	50	2,19052

Πίνακας 4.6. Προσωπική αυτοεκτίμηση ως προς το μορφωτικό επίπεδο

Εκπαίδευση	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Δημοτικό	14,6000	5	,89443
Γυμνάσιο	13,0000	8	1,69031
Λύκειο	11,2632	19	1,99561
ΑΕΙ/ΤΕΙ	11,0000	6	2,36643
Επαγγελματικές Σχολές	10,9167	12	1,97523
Σύνολο	11,7600	50	2,19052

Πίνακας 4.7. Συνολική αυτοεκτίμηση ως προς το μορφωτικό επίπεδο

Εκπαίδευση	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Δημοτικό	49,0000	5	5,61249
Γυμνάσιο	44,5000	8	5,85540
Λύκειο	39,6842	19	4,48519
ΑΕΙ/ΤΕΙ	42,0000	6	5,21536
Επαγγελματικές Σχολές	39,5833	12	6,58453
Σύνολο	41,6400	50	6,06347

Πίνακας 4.8. Συνολική αυτοεκτίμηση ως προς την επαφή με φιλικά πρόσωπα

Επαφή Με ΦΠ	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Μη Ικανοποιητική	51,0000	1	.
Μέτρια	46,8333	12	6,37942
Ικανοποιητική	39,7027	37	4,72502
Σύνολο	41,6400	50	6,06347

Πίνακας 4.9. Σεξουαλικό άγχος ως προς την προέλευση της αναπηρίας

Προέλευση Αναπηρίας	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Επίκτητη	8,8571	35	1,73447
Εκ γενετής	7,5333	15	2,23180
Σύνολο	8,4600	50	1,97133

Πίνακας 4.10. Σεξουαλικό άγχος ως προς το μορφωτικό επίπεδο

Εκπαίδευση	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Δημοτικό	6,8000	5	2,48998
Γυμνάσιο	7,5000	8	1,85164
Λύκειο	9,2105	19	1,43678
ΑΕΙ/ΤΕΙ	8,5000	6	2,34521
Επαγγελματικές Σχολές	8,5833	12	2,02073
Σύνολο	8,4600	50	1,97133

Πίνακας 4.11. Σεξουαλική ικανοποίηση ως προς την οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή Κατάσταση	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Άγαμος/η	7,3103	29	2,20557
Εγγαμος/η	5,0714	14	,26726
Διαζευγμένος/η	9,5000	2	,70711
Χήρος/α	10,0000	1	.
Σε σχέση	6,0000	4	2,00000
Σύνολο	6,7200	50	2,14799

Πίνακας 4.12. Σεξουαλική ικανοποίηση ως προς την επαφή με συγγενικά πρόσωπα

Επαφή Με ΣΠ	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Μη Ικανοποιητική	5,0000	2	,00000
Μέτρια	8,2353	17	2,04724
Ικανοποιητική	6,0000	31	1,80739
Σύνολο	6,7200	50	2,14799

Πίνακας 4.13. Σεξουαλική ικανοποίηση ως προς την επαφή με φιλικά πρόσωπα

Επαφή Με ΦΠ	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Μη Ικανοποιητική	5,0000	1	.
Μέτρια	8,7500	12	1,91288
Ικανοποιητική	6,1081	37	1,82245
Σύνολο	6,7200	50	2,14799

5. Πίνακες μέσω των όρων ατομικών χαρακτηριστικών με στατιστικά σημαντική διαφορά στα άτομα με χρόνιες παθήσεις

Πίνακας 5.1. Γενική αυτοεκτίμηση ως προς το φύλο

Φύλο	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Άνδρας	19,9545	22	3,53859
Γυναίκα	22,2857	28	3,60922
Σύνολο	21,2600	50	3,72969

Πίνακας 5.2. Γενική αυτοεκτίμηση ως προς την ύπαρξη κάποιου χόμπι

Χόμπι	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Ναι	19,9444	36	2,73542
Όχι	24,6429	14	3,89491
Σύνολο	21,2600	50	3,72969

Πίνακας 5.3. Γενική αυτοεκτίμηση ως προς την οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή Κατάσταση	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Άγαμος/η	19,2222	18	2,48657
Εγγαμος/η	22,2273	22	4,24188
Διαζευγμένος/η	24,5000	2	2,12132
Χήρος/α	22,3333	6	3,66970
Σε σχέση	22,5000	2	,70711
Σύνολο	21,2600	50	3,72969

Πίνακας 5.4. Κοινωνική αυτοεκτίμηση ως προς το φύλο

Φύλο	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Άνδρας	9,3182	22	1,35879
Γυναίκα	10,2143	28	1,39728
Σύνολο	9,8200	50	1,43839

Πίνακας 5.5. Κοινωνική αυτοεκτίμηση ως προς την ύπαρξη κάποιου χόμπι

Χόμπι	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Ναι	9,3056	36	1,14191
Όχι	11,1429	14	1,29241
Σύνολο	9,8200	50	1,43839

Πίνακας 5.6. Κοινωνική αυτοεκτίμηση ως προς την ύπαρξη εργασίας

Εργασία	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Ναι	9,1429	14	,66299
Όχι	10,0833	36	1,57435
Σύνολο	9,8200	50	1,43839

Πίνακας 5.7. Προσωπική αυτοεκτίμηση ως προς το φύλο

Φύλο	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Άνδρας	11,5909	22	2,06234
Γυναίκα	13,0000	28	2,10819
Σύνολο	12,3800	50	2,18427

Πίνακας 5.8. Προσωπική αυτοεκτίμηση ως προς την ύπαρξη κάποιου χόμπι

Χόμπι	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Ναι	11,7500	36	2,03365
Όχι	14,0000	14	1,70970
Σύνολο	12,3800	50	2,18427

Πίνακας 5.9. Προσωπική αυτοεκτίμηση ως προς την ύπαρξη εργασίας

Εργασία	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Ναι	11,5000	14	1,50640
Όχι	12,7222	36	2,32516
Σύνολο	12,3800	50	2,18427

Πίνακας 5.10. Προσωπική αυτοεκτίμηση ως προς την ηλικία

Ηλικία	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
16-25	12,3333	6	1,75119
26-35	10,1111	9	1,36423
36-45	12,4706	17	2,18282
>46	13,4444	18	1,88562
Σύνολο	12,3800	50	2,18427

Πίνακας 5.11. Προσωπική αυτοεκτίμηση ως προς την οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή Κατάσταση	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Άγαμος/η	11,1667	18	2,25571
Εγγαμος/η	12,6818	22	1,86155
Διαζευγμένος/η	14,5000	2	,70711
Χήρος/α	14,1667	6	,98319
Σε σχέση	12,5000	2	3,53553
Σύνολο	12,3800	50	2,18427

Πίνακας 5.12. Προσωπική αυτοεκτίμηση ως προς το μορφωτικό επίπεδο

Εκπαίδευση	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Δημοτικό	15,0000	3	,00000
Γυμνάσιο	13,2857	7	2,05866
Λύκειο	13,6364	11	1,68954
ΑΕΙ/ΤΕΙ	11,4231	26	2,06249
Επαγγελματικές Σχολές	11,3333	3	1,15470
Σύνολο	12,3800	50	2,18427

Πίνακας 5.13. Συνολική αυτοεκτίμηση ως προς το φύλο

Φύλο	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Άνδρας	40,8636	22	6,02610
Γυναίκα	45,5000	28	6,35668
Σύνολο	43,4600	50	6,57519

Πίνακας 5.14. Συνολική αυτοεκτίμηση ως προς την ύπαρξη κάποιου χόμπι

Χόμπι	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Ναι	41,0000	36	4,97996
Όχι	49,7857	14	6,02787
Σύνολο	43,4600	50	6,57519

Πίνακας 5.15. Συνολική αυτοεκτίμηση ως προς την ηλικία

Ηλικία	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
16-25	40,6667	6	3,93277
26-35	38,6667	9	4,06202
36-45	44,1765	17	7,00210
>46	46,1111	18	6,57883
Σύνολο	43,4600	50	6,57519

Πίνακας 5.16. Συνολική αυτοεκτίμηση ως προς την οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή Κατάσταση	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Άγαμος/η	39,7222	18	4,89664
Εγγαμος/η	44,8636	22	7,15339
Διαζευγμένος/η	50,0000	2	2,82843
Χήρος/α	47,1667	6	5,41910
Σε σχέση	44,0000	2	4,24264
Σύνολο	43,4600	50	6,57519

Πίνακας 5.17. Συνολική αυτοεκτίμηση ως προς το μορφωτικό επίπεδο

Εκπαίδευση	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Δημοτικό	51,3333	3	5,68624
Γυμνάσιο	45,4286	7	6,29437
Λύκειο	46,3636	11	7,10314
ΑΕΙ/ΤΕΙ	41,1923	26	5,73424
Επαγγελματικές Σχολές	40,0000	3	2,64575
Σύνολο	43,4600	50	6,57519

Πίνακας 5.18. Σεξουαλικό άγχος ως προς την ύπαρξη κάποιου χόμπι

Χόμπι	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Ναι	8,3056	36	1,99742
Όχι	6,9286	14	1,77436
Σύνολο	7,9200	50	2,01869

Πίνακας 5.19. Σεξουαλικό άγχος ως προς την ηλικία

Ηλικία	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
16-25	8,6667	6	2,06559
26-35	9,2222	9	,97183
36-45	8,0588	17	2,24918
>46	6,8889	18	1,74521
Σύνολο	7,9200	50	2,01869

Πίνακας 5.20. Σεξουαλική ικανοποίηση ως προς το φύλο

Φύλο	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Άνδρας	6,0000	22	1,87718
Γυναίκα	7,4286	28	2,21825
Σύνολο	6,8000	50	2,17594

Πίνακας 5.21. Σεξουαλική ικανοποίηση ως προς την ύπαρξη εργασίας

Εργασία	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Ναι	5,7143	14	1,32599
Όχι	7,2222	36	2,30665
Σύνολο	6,8000	50	2,17594

Πίνακας 5.22. Σεξουαλική ικανοποίηση ως προς την ύπαρξη κάποιου χόμπι

Χόμπι	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Ναι	6,2778	36	2,02288
Όχι	8,1429	14	2,03270
Σύνολο	6,8000	50	2,17594

Πίνακας 5.23. Σεξουαλική ικανοποίηση ως προς την ηλικία

Ηλικία	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
16-25	5,3333	6	,51640
26-35	5,7778	9	1,56347
36-45	6,5882	17	2,06334
>46	8,0000	18	2,35147
Σύνολο	6,8000	50	2,17594

Πίνακας 5.24. Σεξουαλική ικανοποίηση ως προς την οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή Κατάσταση	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Άγαμος/η	6,0556	18	1,76476
Εγγαμος/η	6,8182	22	2,15222
Διαζευγμένος/η	8,0000	2	2,82843
Χήρος/α	9,1667	6	2,04124
Σε σχέση	5,0000	2	,00000
Σύνολο	6,8000	50	2,17594

Πίνακας 5.25. Σεξουαλική αυτοεκτίμηση ως προς το φύλο

Φύλο	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Άνδρας	6,1364	22	1,78073
Γυναίκα	7,6429	28	2,02236
Σύνολο	6,9800	50	2,04530

Πίνακας 5.26. Σεξουαλική αυτοεκτίμηση ως προς την ύπαρξη κάποιου γόμπι

Χόμπι	M.O.	N	Τυπική Απόκλιση
Ναι	6,4444	36	1,79594
Όχι	8,3571	14	2,06089
Σύνολο	6,9800	50	2,04530