

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΓΩΓΗΣ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΕΙΔΙΚΗ
ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ



Διπλωματική εργασία

*« Η επίδραση των διαφυλικών σχέσεων στο
ψυχολογικό ευ ζην και στην ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρία:
Εκπαιδευτικές προτάσεις.»*

ΚΩΣΤΙΚΑ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, 2024

Διπλωματική εργασία:

*« Η επίδραση των διαφυλικών σχέσεων στο
ψυχολογικό ευ ζην και στην ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρία:
Εκπαιδευτικές προτάσεις.»*

ΚΩΣΤΙΚΑ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

- 1. κ. Σούλης Σπυρίδων-Γεώργιος Καθηγητής, ΠΤΔΕ, Παν. Ιωαννίνων (επι-
βλέπων)*
- 2. κ. Μορφίδη Ελένη, Επίκουρος Καθηγήτρια, ΠΤΔΕ, Παν. Ιωαννίνων*
- 3. κ. Κυπριωτάκη Μαρία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, ΠΤΠΕ, Παν. Κρήτης*

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, 2024

Περιεχόμενα

Περιεχόμενα.....	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
Abstract	4
Εισαγωγή.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ.....	7
1.1 Εννοιολογική προσέγγιση	7
1.2 Στάδια ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης.....	8
1.3 Σεξουαλική αγωγή/εκπαίδευση	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΝΑΠΗΡΙΑ	12
2.1. Ιστορικοκοινωνική εξέλιξη της αναπηρίας.	12
2.2 Εννοιολογική προσέγγιση της αναπηρίας	12
2.3 Ιατρικό μοντέλο.....	13
2.4 Κοινωνικό μοντέλο.....	14
2.5 Σύγκριση ιατρικού και κοινωνικού μοντέλου	15
2.6 Οριοθέτηση Αναπηριών.....	15
2.6.1 Οπτική αναπηρία	15
2.6.2 Ακουστική Αναπηρία	16
2.6.3 Κινητική Αναπηρία.....	17
2.6.4 Χρόνιες Παθήσεις.....	18
2.6.5 Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ)	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΕΥ ΖΗΝ	21
3.1 Εννοιολογική προσέγγιση	21
3.2 Διαστάσεις του ψυχολογικού ευ ζην.....	22
3.3 Παράγοντες που επηρεάζουν το ψυχολογικό ευ ζην	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	25
4.1 Εννοιολογική προσέγγιση	25
4.2 Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής.....	28
4.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής.....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΕΡΕΥΝΩΝ	31
5.1 Αναπηρία & Σεξουαλικότητα	31
5.1.1 Σεξουαλικότητα & Οπτική αναπηρία	33
5.1.2 Σεξουαλικότητα & Ακουστική Αναπηρία	34
5.1.3 Σεξουαλικότητα & Σωματική Αναπηρία	34
5.1.4 Σεξουαλικότητα & Χρόνιες Παθήσεις.....	36
5.1.5 Σεξουαλικότητα & Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ)	36
5.2 Αναπηρία & Ψυχολογικό ευ ζην	37

5.2.1 Ψυχολογικό ευ ζην & Οπτική αναπηρία.....	38
5.2.2 Ψυχολογικό ευ ζην & Ακουστική αναπηρία.....	39
5.2.3 Ψυχολογικό ευ ζην & Σωματική Αναπηρία.....	39
5.2.4 Ψυχολογικό ευ ζην & Χρόνιες ασθένειες.....	40
5.2.5 Ψυχολογικό ευ ζην & Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ).....	40
5.3 Αναπηρία & Ποιότητα Ζωής.....	40
5.3.1 Ποιότητα ζωής & Οπτική Αναπηρία.....	42
5.3.2 Ποιότητα ζωής & Ακουστική αναπηρία.....	43
5.3.3 Ποιότητα ζωής & Σωματική αναπηρία.....	44
5.3.4 Ποιότητα ζωής & Χρόνιες Ασθένειες.....	44
5.3.5 Ποιότητα ζωής & Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ).....	45
5.4 Έρευνες που εξετάζουν τη σχέση μεταξύ της Σεξουαλικότητας & του Ψυχολογικού ευ ζην και της Σεξουαλικότητας & της Ποιότητας ζωής των ατόμων με Αναπηρία.....	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	52
6.1 Σκοπός Έρευνας/Ερευνητικά Ερωτήματα.....	52
6.1.1 Ερευνητικά Ερωτήματα.....	52
6.2 Συμμετέχοντες της Έρευνας.....	52
6.3 Διαδικασία Συλλογής Ερευνητικών Δεδομένων.....	56
6.4 Ερευνητικό Εργαλείο.....	56
6.5 Ψυχομετρικά Εργαλεία.....	57
6.6 Περιγραφικά Στοιχεία Ερωτηματολογίων.....	61
6.6.1 Περιγραφή των δεικτών της Σεξουαλικής κλίμακας (SS).....	61
6.6.2 Περιγραφή των δεικτών του Ψυχολογικού ευ ζην (PWBS).....	61
6.6.3 Περιγραφή των δεικτών της Ποιότητας ζωής (WHOQOL-BREF).....	62
6.7 Στατιστική Επεξεργασία δεδομένων.....	62
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	63
7.1 Πρώτο ερευνητικό Ερώτημα: <i>Διαφοροποίηση των διαστάσεων της σεξουαλικότητας μεταξύ των ατόμων με αναπηρία και των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων;</i>	63
7.2 Δεύτερο Ερευνητικό Ερώτημα: <i>Διαφοροποίηση των διαστάσεων του ψυχολογικού ευ ζην μεταξύ των ατόμων με αναπηρία και των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων;</i>	65
7.3 Τρίτο ερευνητικό ερώτημα: <i>Διαφοροποίηση των διαστάσεων της ποιότητας ζωής μεταξύ των ατόμων με αναπηρία και των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων;</i>	68
7.4 Τέταρτο Ερευνητικό Ερώτημα: <i>Συσχέτιση των διαστάσεων της σεξουαλικότητας μεταξύ των διαστάσεων του ψυχολογικού ευ ζην και των διαστάσεων της ποιότητας ζωής.</i>	71

7.4.1 Συσχέτιση των διαστάσεων της Σεξουαλικότητας με της πτυχές του ψυχολογικού ευ ζην.....	71
7.4.2 Συσχέτιση των διαστάσεων της Σεξουαλικότητας με τις διαστάσεις της Ποιότητας Ζωής	73
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	74
8.1 Σύζήτηση	74
8.2 Συμπεράσματα.....	80
8.3 Εκπαιδευτικές Προτάσεις.....	80
8.4 Περιορισμοί της Έρευνας.....	84
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	84
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι	109

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η σεξουαλικότητα είναι αναπόσπαστο κομμάτι της ανθρώπινης φύσης. Ως εκ τούτου, η καθιέρωση μιας ασφαλούς σεξουαλικής ταυτότητας είναι ένας κύριος αναπτυξιακός στόχος για την μετάβαση ενός ατόμου από την παιδική ηλικία στην εφηβεία και τα χρόνια που ακολουθούν. Για τα άτομα με αναπηρία η κατάργηση των μύθων σχετικά με τη σεξουαλικότητα είναι ζωτικής σημασίας για τη συνολική υγεία και ευημερία τους. Η σεξουαλικότητα είναι ένα πολύ σημαντικό μέρος της προσωπικότητας του κάθε ατόμου καθώς και μια βασική ανθρώπινη ανάγκη που ταυτόχρονα δεν μπορεί να διαχωριστεί από άλλους τομείς της ζωής, συμπεριλαμβανομένης της ποιότητας ζωής και του ψυχολογικού ευ ζην. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθεί κατά πόσο η σεξουαλικότητα επηρεάζει το ψυχολογικό ευ ζην καθώς και την ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρία. Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω ψυχομετρικά εργαλεία: Για την μέτρηση των μεταβλητών της σεξουαλικότητας χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα σεξουαλικότητας *The Sexuality Scale* (Snell & Papini, 1989). Για την μέτρηση του ψυχολογικού ευ ζην χρησιμοποιήθηκε η *Κλίμακα Μέτρησης του Ψυχολογικού Ευ Ζην [PWBS]* (Ryff, C.D. et.al. 2007) και για την μέτρηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε το Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας – (*WorldHealthOrganizationQualityofLife -WHOQOL-BREF*). Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν συνολικά 192 άτομα εκ των οποίων τα 150 είχαν κάποια μορφή αναπηρίας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώθηκε μεγάλη συσχέτιση της Αναπηρίας τόσο με της πτυχές της σεξουαλικότητας, όσο και των πτυχών του Ψυχολογικού ευ ζην και της Ποιότητας ζωής Συνολικά τα αποτελέσματα της έρευνας υποστηρίζουν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων της σεξουαλικότητας και του Ψυχολογικού Ευ ζην, ενισχύοντας την υπόθεση ότι ο σεξουαλικός προσανατολισμός σχετίζεται με το ψυχολογικό ευ ζην. Επίσης, τα αποτελέσματα δείχνουν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων της σεξουαλικότητας και των πτυχών της Ποιότητας της ζωής τους. Η σεξουαλικότητα είναι μια θεμελιώδης διάσταση της ανθρώπινης ύπαρξης άρρηκτα συνδεδεμένη με την αυτοπεποίθηση, την συγκρότηση και επηρεάζει αποφασιστικά το ψυχολογικό ευ ζην και την ποιότητα ζωής τους. Η έλλειψη πληροφόρησης και εκπαίδευσης σχετικά με τη σεξουαλικότητα και την αναπηρία θεωρήθηκε ότι ήταν κύριοι παράγοντες που συμβάλλουν στο στίγμα που συνδέεται με την αναπηρία και τη σεξουαλικότητα. Οι κοινωνικές στάσεις και αντιλήψεις καθοδηγούνται από την εκπαίδευση και τη γνώση, εάν δεν υπάρχει έκθεση στη σεξουαλικότητα και την αναπηρία, ως επακόλουθο, η κοινωνία θα έχει μειωμένη κατανόηση αυτών των ζητημάτων. Ως εκ τούτου, η περαιτέρω έρευνα επικεντρώνεται στον καλύτερο τρόπο εκπαίδευσης και ενημέρωσης όλων των μελών της κοινωνίας.

Λέξεις-κλειδιά: Σεξουαλικότητα, αναπηρία, ψυχολογικό ευ ζην, ποιότητα ζωής

Abstract

Sexuality is an integral part of human nature. Therefore, establishing a secure sexual identity is a major developmental goal for a person's transition from childhood to adolescence and the years that follow. For people with disabilities, dispelling myths about sexuality is vital to their overall health and well-being. Sexuality is a very important part of each individual's personality as well as a basic human need that at the same time cannot be separated from other areas of life, including quality of life and psychological well-being. The purpose of this research is to investigate whether sexuality affects psychological well-being as well as quality of life of people with disabilities. The following psychometric instruments were used to collect data: The Sexuality Scale[SS] (Snell & Papini, 1989) was used to measure the variables of sexuality. The Psychological Well-Being Measurement Scale [PWBS] (Ryff. C.D. et.al. 2007) and to measure quality of life the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF) was used. The sample of the study consisted of a total of 192 people of which 150 had some form of disability. According to the results of the survey a strong correlation was found between disability and both aspects of sexuality, as well as aspects of Psychological Well-Being and Quality of Life. Overall, the results of the survey support significant correlations between the dimensions of sexuality and Psychological Well-Being, supporting the hypothesis that sexual orientation is related to psychological well-being. Also, the results show significant correlations between the dimensions of sexuality and aspects of their Quality of Life. Sexuality is a fundamental dimension of human existence inextricably linked to self-confidence, constitution and has a decisive influence on their psychological well-being and quality of life. Lack of information and education about sexuality and disability were considered to be major contributing factors to the stigma associated with disability and sexuality. Social attitudes and perceptions are driven by education and knowledge, if there is no exposure to sexuality and disability, as a consequence, society will have a reduced understanding of these issues. Therefore, further research must focus on how best to educate and inform all members of society.

Key Words: Sexuality, disability, psychological well-being, quality of life

Εισαγωγή

Στην εποχή μας η σεξουαλικότητα δεν αποτελεί πλέον ταμπού αν και μέχρι τον 19^ο αιώνα, το αναφαίρετο δικαίωμα του ανθρώπου στην σεξουαλική έκφραση, συναντούσε ανυπέρβλητα εμπόδια πόσο μάλλον αν αναλογιστούμε τα άτομα με αναπηρία (Παναϊκάς & Κυριάκη, 2003).

Υπολογίζεται ότι, παραπάνω από το 15% του πληθυσμού παγκοσμίως αντιμετωπίζει κάποιο είδος αναπηρίας, συμπεριλαμβανομένων των σωματικών και αισθητηριακών αναπηριών, της αναπτυξιακής και διανοητικής αναπηρίας και της ψυχοκοινωνικής αναπηρίας (ΠΟΥ, 2001). Η σεξουαλικότητα των ατόμων με αναπηρία αποτελεί ένα θέμα που παραμένει ταμπού, όχι μόνο στην Ελλάδα, αλλά παντού. Το γεγονός αυτό αποτελεί απόρροια αφενός της έλλειψης ενημέρωσης σχετικά με θέματα σεξουαλικής υγείας και αφετέρου της κοινωνική αντίληψη που πρεσβεύει πως τα άτομα με αναπηρία έχουν λιγότερα δικαιώματα καθώς και λιγότερες απαιτήσεις και ως εκ τούτου είναι άτομα χωρίς σεξουαλικές ανάγκες και επιθυμίες. Η κατάσταση αυτή βέβαια με την πάροδο του χρόνου έχει κάπως βελτιωθεί.

Οι μεγαλύτερες αλλαγές συνέβησαν το 1960, όπου ο πρόεδρος των ΗΠΑ John F. Kennedy, έχοντας ο ίδιος αδερφή με νοητική υστέρηση, συνέβαλλε ώστε να αναπτυχθούν νέες πρακτικές και όροι σχετικά με την διάγνωση και τον ορισμό της αναπηρίας. Αναδείχθηκε έτσι η ανάγκη για την εκπαίδευση των Ατόμων με αναπηρία σε κοινωνικές και σεξουαλικές δεξιότητες, διότι πολλοί είχαν άγνοια της διαδικασίας αναπαραγωγής, του ελέγχου γεννήσεων και της στειρώσης. Έτσι δημιουργήθηκαν προγράμματα σχετικά με την τροποποίηση της συμπεριφοράς στις ετεροφυλοφιλικές σχέσεις, για την αποφυγή ακραίων σεξουαλικών συμπεριφορών και τον έλεγχο των γεννήσεων, καθώς και προγράμματα που στόχευαν στη συμβουλευτική των γονέων με παιδιά με αναπηρία, με σκοπό την εκπαίδευση και την ενημέρωση τους για το πως πρέπει να μιλήσουν στα παιδιά τους για το σεξ (Kempton & Kahn, 1991). Το 1970, τη λεγόμενη δεκαετία της σεξουαλικής απελευθέρωσης και των δικαιωμάτων, δημιουργήθηκαν νέες νομοθετικές ρυθμίσεις για τα παιδιά με αναπηρίες.

Το 1973 η Πράξη Αποκατάστασης, τομέας 504 προωθούσε την εκπαίδευση των παιδιών με αναπηρία, ανεξαρτήτως του είδους και της σοβαρότητας της αναπηρίας, ενώ το 1975 η Πράξη “Εκπαίδευση για όλα τα ανάπηρα παιδιά” παρέχει στα σχολεία κεφάλαια παροχής ίσης πρόσβασης σε όλα τα Άτομα με αναπηρία, με αποτέλεσμα η αξιολόγηση και η εκπαίδευση των παιδιών με αναπηρία σε συνεργασία με τους γονείς να λαμβάνει μια υποχρεωτική μορφή. Μέσω αυτών των ρυθμίσεων, διεκδικήθηκαν τα σεξουαλικά δικαιώματα τα οποία εγκαθιδρύονταν μέσω της σεξουαλικής εκπαίδευσης, την προσβασιμότητα σε γνώσεις ή την εκπαίδευση αυτών που συμβούλευαν ή δίδασκαν τα παιδιά για τη σεξουαλικότητα. Το ενδιαφέρον εστιάστηκε επίσης και στους γονείς των Ατόμων με αναπηρία, έτσι ώστε να κατανοήσουν ότι τα παιδιά τους είναι σεξουαλικά όντα και ότι η εκπαίδευση και η ενημέρωση τους θα είχε ως αποτέλεσμα την αποφυγή κάποιας ακατάλληλης σεξουαλικής δραστηριότητας και συμπεριφοράς. Τέλος, σημαντικό ρόλο διαδραμάτισε η μείωση του άγχους των γονέων σχετικά με τον αυνανισμό, καθώς και η καθοδήγηση των γονέων στο τι και πως να διδάξουν τα παιδιά τους ανάλογα με το λειτουργικό τους επίπεδο, την αντίσταση στην εκμετάλλευση ή τον κατάλληλο χειρισμό (Kempton & Kahn, 1991).

Παρόλα αυτά, έρευνα του 1980, ανέδειξε πως ποσοστό του 80-95% των Ατόμων με αναπηρία έχει υποστεί σεξουαλικής εκμετάλλευσης μία φορά τουλάχιστον στη ζωή τους, και ότι το 90% αυτών είχαν πέσει θύματα των ίδιων των ανθρώπων που τα φρόντιζαν. (American School Health Association, 2003). Όλες οι ανθρώπινες υπάρξει, αντιμετωπίζοντας ή όχι κάποια αναπηρία, έχουν σεξουαλικά ένστικτα απο τη

στιγμή της γέννησής τους έως και το θάνατό τους (Greydanus, Rimsza, Newhouse, 2002). Η ανεπαρκής και ελλιπής πληροφόρηση αναφορικά με τη σεξουαλικότητα των ατόμων με αναπηρία επιφέρει επιπτώσεις στον τρόπο με τον οποίο τα άτομα με αναπηρία κατανοούν, αποδέχονται και εκφράζουν τη σεξουαλικότητά τους (Aunos & Feldman, 2002· Walter, 1996). Ως επι των πλείστων, περιορίζουν την εκδήλωση σεξουαλικής συμπεριφοράς και για αυτό επηρεάζεται και η ποιότητα της σεξουαλικής έκφρασής τους (Lesseliers & Van Hove, 2002). Ως εκ τούτου θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική η σεξουαλική εκπαίδευση καθώς αποφέρει σημαντικά οφέλη. Όπως παραδείγματος χάρη, τα ευρήματα της έρευνας των Beddows & Brooks (2016), ανέδειξαν πως τα άτομα με αυτισμό που έλαβαν επαρκή ενημέρωση σχετικά με την σεξουαλικότητα, δεν εμφάνισαν προβλήματα στην αναγνώριση και στην έκφραση της σεξουαλικότητάς τους, σε αντίθεση με τα άτομα με αυτισμό που δεν έλαβαν κάποια ενημέρωση.

Κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί διάφορες αντιφατικές απόψεις όπως για παράδειγμα η φράση του Boy George (τραγουδιστής των Culture Club) “ I would rather have a cup of tea than sex” και από την άλλη η σταθερά καθημερινή της προβολή από τα ΜΜΕ που την παρουσιάζουν ως υπέρτατο αγαθό(Shakespeare, 2000). Παρά τις διαφορές νομοθετικές ρυθμίσεις, σπανίως εμφανίζονται ως σεξουαλικά όντα τα άτομα με αναπηρία στα ΜΜΕ, καθώς 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 Ατόμων με αναπηρία 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, επιθυμούν να κάνουν οικογένεια και να αποκτήσουν τους δικούς τους απογόνους (Κώτση, 2014). Η σεξουαλικότητα είναι μια θεμελιώδης διάσταση της ανθρώπινης ύπαρξης άρρηκτα συνδεδεμένη με την αυτοπεποίθηση, την συγκρότηση και επηρεάζει αποφασιστικά το ευ ζην και την ποιότητα ζωής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ

1.1 Εννοιολογική προσέγγιση

Στον Φρόιντ, τον πατέρα της ψυχανάλυσης, οφείλεται η χρήση του όρου σεξουαλικότητα στο καθημερινό μας λεξιλόγιο. Ακόμα όμως και για τον ίδιο τον Φρόιντ, ο ορισμός της σημασίας και του περιεχομένου αυτής της λέξης δεν ήταν κάτι εύκολο. Αρχικά εστίασε στην σεξουαλική πράξη και στην ικανοποίηση, αφήνοντας έξω από τον ορισμό πράξεις όπως ένα φιλή, ένα χάδι ή ένα βλέμμα, που θα μπορούσαν να υπάρξουν και χωρίς τη σεξουαλική επαφή. Έτσι στο έργο του «Τρία δοκίμια για την σεξουαλικότητα» εισήγαγε έναν ευρύτερο όρο, τη Λίμπιντο, που περιλαμβάνει πολλά περισσότερα από το σεξουαλικό ένστικτο και τις μορφές του, όπως τις ερωτικές επιλογές και τη διαμόρφωση χαρακτήρων με βάση τη θεωρία της σεξουαλικότητας(Freud, 2013). 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). Αξίζει να σημειωθεί, ότι ο όρος σεξουαλικότητα δεν περιλαμβάνει μόνο τη σεξουαλική πράξη αυτή καθ' αυτή, αλλά και τη συναισθηματική ανάπτυξη. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας(WHO, 2015) υπογραμμίζει πως πέρα από την σεξουαλική πράξη η σεξουαλικότητα εκφράζεται και μέσω σκέψεων, φαντασιώσεων, επιθυμιών, αξιών, πεποιθήσεων, στάσεων, συμπεριφορών κ.α..

Στην σεξουαλικότητα αλληλοεπιδρούν βιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί, οικονομικοί, πολιτικοί, πολιτιστικοί, θρησκευτικοί, ιστορικοί και άλλοι παράγοντες. Εμπεριέχει επίσης και μια δυναμική διάσταση, μιας και η οπτική μας για την σεξουαλικότητα μεταβάλλεται συνεχώς ως αποτέλεσμα των νέων εμπειριών μας καθώς και της επίσημης και ανεπίσημης εκπαίδευσης (Koller, 2000).

Το σεξ συντελεί στα αισθήματα της ικανοποίησης και της απόλαυσης αλλά και της ανάγκης της διατήρησης της ζωής και της δημιουργίας μια στενότερης σχέσης. Η ανακάλυψη της σεξουαλικότητας ενός ατόμου γίνεται ενστικτωδώς. Αναπτύσσεται μέσα από την συναισθηματική και ψυχολογική ωριμότητα του ατόμου και εφαρμόζεται με την δημιουργία επαφών με έναν σύντροφο. Η ανάγκη της συντροφικότητας αποτελεί μια ώθηση για το σεξ στο οποίο σημαντικό ρόλο παίζει όλο το ψυχο-σωματικό αλλά και συναισθηματικό υπόβαθρο που έχει αναπτύξει ο άνθρωπος. Η σεξουαλικότητα σχετίζεται με την έκφραση της ψυχολογικής και βιολογικής λειτουργίας η οποία εφαρμόζεται για την σωματική και συναισθηματική ικανοποίηση του ανθρώπου μέσα από την ηδονή. (Ασκητής 1995).

Από βιολογικής άποψης λοιπόν η σεξουαλικότητα είναι το μέσο της αναπαραγωγής. Βέβαια οι σεξουαλικές επαφές δεν περιορίζονται μόνο στην αναπαραγωγική διαδικασία, αλλά και στη δημιουργία δεσμών μεταξύ των ατόμων. Η σεξουαλικότητα υπόκειται στην ανθρώπινη συμπεριφορά με αποτέλεσμα να επηρεάζεται από διάφορα έθιμα και θρησκείες. Για αυτό και η σεξουαλική συμπεριφορά ποικίλει ανάλογα τον τόπο, τα έθιμα και τις θρησκείες. (Ηλιάδου και Παλάσκα 2008).

Η έννοια αυτή έχει την ίδια ηλικία με τον άνθρωπο πάνω στη γη. Είναι σαφές ότι δεν υφίσταται ξεκάθαρος ορισμός και ότι πολλές φορές αποδίδουμε ένα προσωπικό νόημα. Οι επαγγελματίες υγείας παραδείγματος χάρι, θα επικεντρωθούν στην ανατομία, την αναπαραγωγή, τα προσωπικά χαρακτηριστικά ή σε κάποια ασθένεια. Οι έμποροι και το μάρκετινγκ θα την χρησιμοποιήσουν για την επίτευξη σκοπών, κάτι πολύ διαδεδομένο στη σύγχρονη εποχή (Levine, 1992).

Γενικά, η σεξουαλικότητα σχετίζεται με την βιολογία, την κοινωνιολογία, την ανθρωπολογία και την ψυχολογία, για αυτό το λόγο έχει γίνει αντικείμενο έρευνας πολλών ερευνητών. Έτσι πολλοί ερευνητές προσπαθούν να δώσουν έναν δικό τους ορισμό όπως παραδείγματος χάρι ο Koller (2000) που θεωρεί τη σεξουαλικότητα κάτι περισσότερο από σεξουαλική συμπεριφορά. Περιλαμβάνει μέσα της την αυτοεικόνα, συναισθήματα, αξίες, στάσεις, απόψεις, συμπεριφορές.

Άλλοι πάλι ερευνητές αναφέρουν πως η σεξουαλικότητα συνδέεται με την ψυχολογική ανάγκη να είναι κάποιος αρεστός και αποδεκτός, να δίνει αλλά και να δέχεται στοργή, να αισθάνεται ότι αξίζει και ότι είναι ελκυστικός, να μοιράζεται σκέψεις και αισθήματα. Ταυτόχρονα είναι και μια κοινωνική διαδικασία ενταγμένη στο πλαίσιο που διαμορφώνεται το κοινωνικό φύλο, η εικόνα του σώματος, οι κοινωνικές σχέσεις και οι μελλοντικές φιλοδοξίες (Murphy & Elias, 2006). Ορισμένοι τονίζουν την ιδέα της ενόρμησης και του ενστίκτου (Goldstein & McBride, 1979) ως κυρίαρχο στοιχείο στη σεξουαλικότητα. Άλλες πάλι φορές η σεξουαλικότητα τονίζεται και σαν κοινωνικό φαινόμενο, όπου κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες επηρέαζαν τη διαμόρφωση της. Δεν είναι αδιάφορη από χαρακτηριστικά όπως η δομή της οικογένειας (Blum, 1997), η φυλή και η εθνικότητα ή το εισόδημα και η οικονομική θέση του ατόμου (Blum et al., 2000).

Στην ελληνική βιβλιογραφία ο όρος «σεξουαλικότητα» παρουσιάζεται ως «κάθε εκδήλωση της ζωής και της συμπεριφοράς ενός οργανισμού που συνδέεται με την ύπαρξη δύο φύλων και περιλαμβάνει τις βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και ηθικές πλευρές της σεξουαλικής ζωής» (Μανιάτης, 1981). Αναφέρεται σαν έμφυτη

ορμή και φυσική τάση, που επηρεάζεται από τα έθνη, τις κοινωνίες, τις εποχές και από πολιτιστικές επιδράσεις(Νασιάκου, 1996).

1.2 Στάδια ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης

η κοινωνικοποίηση του ανθρώπου αρχίζει κιόλας από την βρεφική ηλικία, όπου και διαμορφώνονται οι πρώτες ανθρώπινες σχέσεις. Η πρώτη και πιο καθοριστική μας σχέση και επαφή είναι αυτή που έχουμε με τη μητέρα μας, η οποία με τη φροντίδα της θέτει τις βάσεις για υγιείς μελλοντικές σχέσεις. Η θεωρία του Freud εισήγαγε την άποψη ότι η σεξουαλικότητα ξεκινάει με τη γέννηση του ατόμου και συνεχίζεται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του μέσα από πέντε διαφορετικά στάδια κατά τα οποία επιλέγεται διαφορετική ερωτογενή ζώνη του σώματος που συνδυάζεται με διαφορετική αντίστοιχα σωματική δραστηριότητα (Αντωνοπούλου, 1997).

Κατά την βρεφική ηλικία λοιπόν αναπτύσσεται το στοματικό στάδιο (1 έτους). Στο στάδιο αυτό, είναι είναι υψίστης σημασίας το χτίσιμο του συναισθήματος, της εμπιστοσύνης και της ασφάλειας. Ο Freud στη βρεφική ηλικία συνδέει την άντληση ευχαρίστησης, της ηδονής δηλαδή κυρίως με τις αισθήσεις που δέχεται το βρέφος μέσω του στόματος και της αφής (Πανάικας & κυριάκη , 2003). Η πρώτη σχέση είναι αυτή με τη μητέρα η οποία με τη 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 ανάπτυξη. Η αποστέρηση φροντίδας, στοργής και ασφάλειας σε αυτή την ηλικία, έχει συνδεθεί με ανώριμες σεξουαλικές συμπεριφορές στην εφηβεία και την ενήλική ζωή(Αντωνοπούλου, 1997). Η ανεπαρκής φροντίδα γενικότερα διαμορφώνει ένα αίσθημα ανασφάλειας, φόβου και θυμού. Αυτό με τη σειρά του οδηγεί σε χαρακτηριστικά όπως επιθετικότητα και νευρικότητα όπως επίσης παθητικότητα και μέσα από τον ψυχολογικό μηχανισμό της απόσυρσης, να αποτραβηχτεί σε ουσίες όπως αλκοόλ και ναρκωτικά. Τέλος πολλοί θεωρούν ότι οι ψυχοσωματικές ασθένειες που ταλαιπωρούν τους ανθρώπους, έχουν τις απαρχές σε αυτή την περίοδο της ζωής(Γιωσαφάτ, 2010).

Στο δεύτερο στάδιο, το πρωκτικό στάδιο (2-3 ετών) το παιδί στρέφεται στην πρωκτική ζώνη ως εστία έντασης και ικανοποίησης. Είναι το στάδιο εκείνο που θα αναπτυχθεί η αυτονομία ή ο αρνητισμός (Παρασκευόπουλος, τόμος 2, 1985). Σε αυτό το στάδιο της σεξουαλικής ανάπτυξης το νήπιο αρχίζει να μαθαίνει τον ρόλο του ως αγόρι ή κορίτσι, είναι σε θέση να ονομάσει διάφορα σημεία του σώματός του και αποκτά τον έλεγχο των σφιγκτήρων του. Είναι μια δύσκολη περίοδος για το παιδί γιατί διαπιστώνει ότι δεν έχει μόνο δικαιώματα. Μέσω της μητέρας η κοινωνία θα προσπαθήσει να χαλιναγωγήσει τα ένστικτα και να το προετοιμάσει για το κοινωνικό κόσμο (Γιωσαφάτ, 2010).

Στο τρίτο στάδιο, το φαλλικό στάδιο (3-7 ετών) το παιδί δείχνει ενδιαφέρον για τα γεννητικά του όργανα. Η γεννητική περιοχή γίνεται το επίκεντρο της σεξουαλικότητας καθώς και βασική πηγή ικανοποίησης, κυρίως μέσω του αυνανισμού. Στη φάση αυτή, τα παιδιά διακρίνουν τις ανατομικές διαφορές των δύο φύλων και ανησυχούν για την επάρκεια των γεννητικών τους οργάνων καθώς τα συγκρίνουν με το αντίθετο φύλο. Είναι η περίοδος κατά την οποία τα παιδιά φέρνουν τους γονείς σε αμηχανία με τα δύσκολα ερωτήματα που θέτουν γύρω από την σεξουαλική συμπεριφορά. (Πανάικας & Κυριάκη, 2003). Οι γονείς πρέπει να δείξουν κατανόηση και προθυμία να ακούσουν τις απορίες των παιδιών τους, καθώς μια ακραία συμπεριφορά θα οδηγήσει τα παιδιά στη σκέψη ότι το σώμα είναι κάτι κακό η δημιουργεί ντροπή. Αυτή η περιέργεια των παιδιών αποφέρει οφέλη, καθώς θα βοηθήσει τα παιδιά να προσδώσουν μια σταθερότητα στην έννοια «φύλο» κάτι το οποίο είναι απαραίτητο για την μετέπειτα ανάπτυξη

των διαφυλικών σχέσεων. Αυτή η περίοδος χαρακτηρίζεται από το οιδιπόδειο σύμπλεγμα, όπου οι σχέσεις με τον γονέα αποκτούν έντονα ερωτική επένδυση. Το παιδί θα στρέψει την αγάπη του στον γονέα του αντίθετου φύλου (Παρασκευόπουλος, τόμος 2, 1985). 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 (Κώτση, 2014).

Το τέταρτο στάδιο, το στάδιο της λανθάνουσας σεξουαλικότητας (7-11 ετών) αναπτύσσεται στην σχολική ηλικία και ενισχύεται το Υπερεγώ ενώ παράλληλα εμφανίζονται και αισθήματα ντροπής. Το παιδί έχει καλύτερο έλεγχο των ενορμήσεων του και μεγαλύτερη συγκέντρωση (Παρασκευόπουλος, τόμος 3, 1985). Οι συνναστροφές γίνονται λιγότερο ετερόφυλες και εντάσσονται σε ομόφυλες παρέες. Στην ηλικία αυτή το παιδί κρατάει μια απόσταση από το άλλο φύλο μέχρι την εφηβεία. Οι εναλλακτικές ταυτίσεις με άλλα πρόσωπα και η μετουσίωση της ερωτικής ενόρμησης διευκολύνουν την εξεύρεση εναλλακτικών πηγών ικανοποίησης και την κοινωνικοποίηση του ατόμου. Στην ηλικία αυτή η κατάκτηση της έννοιας του «φύλου» είναι πλήρης. Έρευνες αναφέρουν την αύξηση του ερωτισμού μέσω του αυνανισμού. Ο Kinsey στις έρευνές του κατέγραψε σεξουαλικές συμπεριφορές αντρών και γυναικών στην Αμερική τη δεκαετία του 1940 αναφέρει ότι το 55% του δείγματος είχαν σεξουαλικές «επαφές» πριν από την εφηβεία (Herbert, 1996). Είναι φανερό λοιπόν ότι ακόμα και σε αυστηρές εποχές η εκδήλωση της σεξουαλικότητας δεν εμποδίζονταν.

Το πέμπτο και τελευταίο στάδιο, το στάδιο της ετερόφυλης σεξουαλικότητας (12 + ετών) μπορεί να χωριστεί σε τρεις φάσεις:

- Στην προεφηβική
- Στην εφηβική
- Στην μετεφηβική

Στο στάδιο αυτό ο έφηβος βιώνει έντονες αλλαγές σε βιοσωματικό και ψυχοπνευματικό επίπεδο (κουρκούτας, 2001): συναισθηματικές αλλαγές όπως τάση για απομόνωση, νευρικότητα, ανία, αντίδραση και εναντίωση σε κάθε μορφή εξουσίας, ονειροπόληση, έλλειψη αυτοπεποίθησης (Παρασκευόπουλος, τόμος 4, 1985). Εμφανίζονται τάσεις ανεξαρτητοποίησης, εντάσεις με τους γονείς και έντονη ανησυχία για την εμφάνιση και το ντύσιμό του (Απεσλής, 2012). Τόσο οι γονείς όσο και οι νέοι βιώνουν έντονα αυτή την περίοδο. Οι γονείς θέλουν να προστατέψουν τους εφήβους από συμπεριφορές για τις οποίες δεν είναι ακόμη έτοιμοι νοητικά ή συναισθηματικά (Tharinger, 1987). Από το άλλο μέρος οι έφηβοι θέλουν να διαμορφώσουν την προσωπική τους ταυτότητα ξεχωριστά από τους γονείς τους και να βιώσουν τη φυσική, συναισθηματική και νοητική τους ανάπτυξη (Dacey, 1986).

1.3 Σεξουαλική αγωγή/εκπαίδευση

Η σεξουαλική εκπαίδευση πρέπει να περιλαμβάνει πολλά πράγματα. Να μην σχετίζεται μόνο το σεξ και την αναπαραγωγική διαδικασία αλλά σύμφωνα με την Haffner (1990), μια ολοκληρωμένη σεξουαλική εκπαίδευση συμπεριλαμβάνει τις βιολογικές, κοινωνικοπολιτισμικές, ψυχολογικές και πνευματικές διαστάσεις της σεξουαλικότητας. Ο WHO & BZgA (2010), αναφέρουν ότι η Σεξουαλική Αγωγή είναι η διαδικασία μάθησης για τις γνωστικές, συναισθηματικές, κοινωνικές, διαλογικές και σωματικές πτυχές της σεξουαλικότητας. Είναι η καθοδήγηση και η εκπαίδευση για θέματα που σχετίζονται με την ανθρώπινη σεξουαλικότητα, συμπεριλαμβανομένων των συναισθηματικών σχέσεων και ευθυνών, της ανθρώπινης σεξουαλικής ανατομίας, της

σεξουαλικής δραστηριότητας, της σεξουαλικής αναπαραγωγής, της ηλικίας συναίνεσης, της αναπαραγωγικής υγείας, των αναπαραγωγικών δικαιωμάτων, της σεξουαλικής υγείας, του ασφαλούς σεξ και του ελέγχου των γεννήσεων (Locker, 2001).

Η Σεξουαλική Αγωγή αρχίζει από την παιδική ηλικία και εξελίσσεται μέσω της εφηβείας και της ενηλικίωσης. Η UNESCO (2018) αναφέρει ότι η Σεξουαλική Αγωγή στοχεύει στο να εξοπλίσει τους νέους με τις γνώσεις, τις δεξιότητες, τις στάσεις και τις αξίες που χρειάζονται, για να προσδιορίσουν και να απολαύσουν τη σεξουαλικότητά τους. Σύμφωνα με το “ Sex Information and Education Council of the U.S.” η σεξουαλική εκπαίδευση πρέπει να περιλαμβάνει : α) γεγονότα, δεδομένα και πληροφορίες β) συναισθήματα, αξίες και στάσεις και γ) την εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας και στην λήψη υπεύθυνων αποφάσεων (Haffner, 1990). Καθώς επίσης και την πληροφόρηση για σημαντικά θέματα της ζωής, όπως την τεκνοποίηση και τη σεξουαλική επαφή. «Μια εκτενής σεξουαλική εκπαίδευση θα πρέπει να αναφέρεται στις βιολογικές, κοινωνικό-εκπαιδευτικές και πνευματικές διαστάσεις της σεξουαλικότητας» (Haffner, 1990, p.28; SIECUS, 1996, σελ.3).

Αφού οι άνθρωποι είναι σεξουαλικά όντα όχι μόνο από τη στιγμή της γέννησης τους, αλλά ήδη ακόμη και από την ανάπτυξη τους μέσα στη μήτρα της μητέρας τους. Οποιαδήποτε γνώση και κατανόηση μπορούμε να κερδίσουμε θα είναι αναμφισβήτητη προς όφελος της αυτογνωσίας μας και μια προσωπική ανταμοιβή, με συνέπεια την αυξανόμενη ποιότητα ζωής για όλους, ιδιαίτερα, μέσω της βελτίωσης των προσωπικών και διαπροσωπικών μας σχέσεων. Η σεξουαλική εκπαίδευση πρέπει να αρχίζει, προτού οι νέοι φθάσουν στην εφηβεία, και προτού αναπτύξουν συγκεκριμένους τρόπους συμπεριφοράς (Kirby, 1997, 2001; Dickson et al., 1998). Η κατάλληλη όμως ηλικία κατά την οποία πρέπει να αρχίσει η σεξουαλική εκπαίδευση εξαρτάται από τη σωματική, συναισθηματική και νοητική ανάπτυξη των νέων. Τα θέματα που θα διδαχτούν και ο τρόπος επίσης εξαρτάται από το ποιος ασκεί τη σεξουαλική εκπαίδευση, πότε, και σε ποιο πλαίσιο, όπως και αυτό που το κάθε νεαρό άτομο ξεχωριστά θέλει να ξέρει (Howard et al., 1996). Είναι σημαντικό η παροχή πληροφοριών να αρχίσει σε μικρή ηλικία γιατί αυτό θα παρέχει τη βάση με την οποία θα καταλάβουν τις αναλυτικές πληροφορίες που αφορούν στην εφηβεία και παρέχονται στα προ-εφηβικά στάδια. Οι φορείς που είναι αρμόδιοι για την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση είναι: Το σχολείο, διάφορες οργανώσεις και εταιρείες οικογενειακού προγραμματισμού, τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, οι ελεύθερες συζητήσεις και η οικογένεια. (Frazer, 2001).

Σε βιβλιογραφικές αναφορές (Deasaulnies, 1995) συναντάται η κατηγοριοποίηση των στόχων που πρέπει να προάγει η σεξουαλική αγωγή οι οποίο χωρίζονται σε τρεις ομάδες:

- ❖ Η γνωστική ομάδα περιλαμβάνει την μετάδοση πληροφοριών και γνώσεων σχετικά με τη βιολογική ανάπτυξη του ανθρώπινου σώματος και του αναπαραγωγικού συστήματος, τα γεννητικά όργανα, τα στάδια ανάπτυξης κ.α.
- ❖ Η συναισθηματική ομάδα, αφορά, την ανάπτυξη ενδιαφερόντων, αξιών και αντιλήψεων γύρω από την σεξουαλικότητα των ατόμων. Πιο συγκεκριμένα, θα μιλήσει για την ανάγκη τα παιδιά να αποδεχτούν την σεξουαλικότητά τους, να αποκτήσουν αυτοέλεγχο, να σέβονται τους γύρω τους, να μπορούν να λαμβάνουν υπεύθυνες αποφάσεις, να αποδεχτούν το σώμα τους, να δημιουργήσουν αντιλήψεις απέναντι στο θεσμό της οικογένειας κ.α
- ❖ Η συμπεριφοριστική ομάδα, περιλαμβάνει τους τρόπους, τις τεχνικές, τα μέσα θα λέγαμε ώστε ένα παιδί να μπορέσει να εκφράσει ορθά την σεξουαλικότητά του. Η ομάδα αυτή θα ασχοληθεί με κομμάτια της επικοινωνίας, τη διαδικασία των σχέσεων και τρόπους συζήτησης και λύσης προβλημάτων. Η συγκεκριμένη

ομάδα είναι πολύ σημαντική, διότι συμβάλει στην δημιουργία ισορροπημένων σχέσεων στο μέλλον (Κρεατσάς, 2003).

Η Ελλάδα είναι μία από τις ελάχιστες χώρες του ευρωπαϊκού χώρου, όπου δεν έχει συγκεκριμένη πολιτική για την σεξουαλική αγωγή. Διδάσκεται μόνο στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση και αυτό στα πλαίσια προγραμμάτων υγείας. Δυνατότητα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης παρέχεται μόνο από προγράμματα Αγωγής Υγείας, τα οποία είναι πιλοτικά, εκτός ωρολογιακού προγράμματος, με μικρή συμμετοχή, με αποτέλεσμα να υποβαθμίζεται ακόμα περισσότερο το ζήτημα της σεξουαλικής αγωγής (Δετοράκης, 2007).

Στην Ελλάδα μέχρι σήμερα, δεν υπήρξε ποτέ μάθημα σεξουαλικής αγωγής, ενταγμένο στο σχολικό πρόγραμμα. Αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης είναι οι έφηβοι της χώρας, να τελούν κάτω από συνθήκες άγνοιας ή ημιμάθειας. Οι γνώσεις που έχουν, αν έχουν, προέρχονται από άλλα μέσα πληροφόρησης, όπως το ίντερνετ, τα περιοδικά, η τηλεόραση και δυστυχώς συχνότερα από την πορνογραφία. Στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση ειδικά είναι σχεδόν ανύπαρκτη όπως και η εκπαίδευση στους υπεύθυνους αγωγής υγείας αλλά και στους γονείς (Δετοράκης 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΝΑΠΗΡΙΑ

2.1. Ιστορικοκοινωνική εξέλιξη της αναπηρίας.

Κάνοντας μια σύντομη αναδρομή στην ιστορία της ανθρωπότητας, παρατηρείται, ότι τα άτομα με αναπηρίες υπήρχαν από την πρώτη στιγμή που το ανθρώπινο είδος έκανε την εμφάνιση του στην γη. Όμως σε κάθε εποχή υπήρχε διαφορετική ερμηνεία και τρόπος αντιμετώπισης των ατόμων με αναπηρία (Πολυχρονοπούλου, 2012). Ειδικότερα στις πρωτόγονες κοινωνίες εξαιτίας των δύσκολων συνθηκών διαβίωσης ο μέσος χρόνος ζωής των ατόμων που γεννιόνταν με αναπηρία δεν ξεπερνούσε την βρεφική ηλικία, ενώ οι περισσότερες φυλές επέτρεπαν την θανάτωση του νεογέννητου, αν ήταν άρρωστο ή αδύναμο. Τρανταχτό παράδειγμα αποτελεί η αρχαία Σπάρτη στην οποία τα παιδιά με νοητική υστέρηση και άλλες αναπηρίες τα πετούσαν στον καιάδα, αλλά και στην αρχαία Ρώμη όπου τα άτομα με νοητική υστέρηση χρησιμοποιούνταν ως γελωτοποιοί για να διασκεδάζουν τους αυτοκράτορες. Επίσης στο Βυζάντιο η μοναδική μέθοδος που εφαρμόζονταν για τα άτομα με αναπηρία ήταν η ελεημοσύνη, η απομόνωση και ο εγκλεισμός σε μοναστήρια και ιδρύματα (Πολυχρονοπούλου, 2012).

Αντίθετα κάπως καλύτερα ήταν τα πράγματα στην αρχαία Αίγυπτο παρομοίως και στην αρχαία Αθήνα όπου υπήρχε μια πρώιμη μορφή κοινωνικής περίθαλψης για αυτά τα άτομα(Πολυχρονοπούλου, 2012). Ωστόσο στον μεσαίωνα η κατάσταση χειροτέρευσε και άρχισε να βελτιώνεται πάλι την περίοδο της Αναγέννησης όπου η κοινωνία άρχισε να αντιμετωπίζει πιο ανθρώπινα τα άτομα με αναπηρίες(Αλογάκου, Κασσάρα, & Τωμαδάκη, 2016).

Έπειτα ο 19^{ος} αιώνας αποτέλεσε σταθμό στον τομέα της Ειδικής Αγωγής λόγω του έργου του Jean Marc Gaspard Itard (1774-1838), ο οποίος απέδειξε ότι ακόμα και ένα παιδί με βαριά νοητική υστέρηση μπορεί να βελτιώσει τις δυνατότητες του μέσω της ειδικής εκπαίδευσης. Παράλληλα ιδρύθηκαν και πολλά εκπαιδευτικά ιδρύματα.(Πολυχρονοπούλου,2012). Τον 20^ο αιώνα βέβαια πραγματώνεται μια πιο συστηματική προσπάθεια μελέτης και επιστημονικής-ανθρωπιστικής αντιμετώπισης των ατόμων με αναπηρίες. (Πολυχρονοπούλου, 2012). Τέλος τον 21^ο αιώνα, τόσο η πρόοδος της ιατρικής και η προώθηση των δικαιωμάτων των ατόμων με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες ή/και αναπηρία, όσο και η συμβολή της τεχνολογίας στην αποκατάσταση πολλών μορφών σωματικής αναπηρίας και στην ένταξη των αναπήρων στην κοινότητα με τις

σύγχρονες τεχνικές και την υποστήριξη των Η/Υ. κάνουν εμφανή την αλλαγή της στάσης της κοινωνίας με το πέρασμα των χρόνων απέναντι στα άτομα με αναπηρίες.

Ως τόσο αξίζει να σημειωθεί ότι, ενώ τις τελευταίες δεκαετίες η κοινωνία έχει αφυπνισθεί σχετικά με τις ψυχοκοινωνικές παραμέτρους της αναπηρίας, μένει πολύς δρόμος ακόμα ώστε τα άτομα με σωματικές και αισθητηριακές αναπηρίες να πάψουν να θεωρούνται πολίτες δεύτερης κατηγορίας (Αντωνίου, 2009).

2.2 Εννοιολογική προσέγγιση της αναπηρίας

Η αποτύπωση του όρου “αναπηρία” είναι ένα δύσκολο εγχείρημα εξαιτίας της πολυπλοκότητας του ζητήματος. Η προσπάθεια να περιγραφεί με σαφήνεια η έννοια της αναπηρίας συναντά πολλαπλά εμπόδια αφού πρόκειται για ένα πολύπλοκο φαινόμενο το οποίο διαφοροποιείται είτε αναλόγως με τις κοινωνικοπολιτικές αντιλήψεις που ισχύουν είτε αναλόγως με την κατάσταση του ατόμου το οποίο τη φέρει. Οι θεωρητικές προσεγγίσεις της έννοιας της αναπηρίας διαφοροποιούνται αναφορικά με την αναγνώριση είτε της μειονεξίας (disadvantage), είτε της κοινωνικής καταπίεσης (oppression), ως κυρίαρχο παράγοντα για τον προσδιορισμό της αναπηρίας (Thomas, 2004). Σύμφωνα με τον Ποντίκη (1989), μορφολογικά ανάπηρος θεωρείται ο άνθρωπος εκείνος από τον οποίο λείπει μία αίσθηση ή ένα μέλος του σώματός του. Σε διεθνή κλίμακα ωστόσο, έχει επικρατήσει η άποψη πως αναπηρία είναι η έλλειψη συγκεκριμένων εμφανών αισθήσεων ή μελών του σώματος ενός ατόμου. Όπως αναφέρεται στο βιβλίο της Πολυχρονοπούλου, σύμφωνα με την ιατρική επιστήμη ως αναπηρία νοείται η ύπαρξη συγγενούς ή επίκτητης λειτουργικής βλάβης, αποτέλεσμα ή κατάλοιπο συνήθως κάποιας ασθένειας ή κάποιου ατυχήματος. Ο όρος αυτός συχνά χρησιμοποιείται ως συνώνυμος με τον όρο μειονεξία ή μειονεκτικότητα χωρίς αυτό να σημαίνει πως κάθε αναπηρία εξελίσσεται πάντα σε μειονεξία. Οι κοινωνικοί ψυχολόγοι πιστεύουν πως αυτό εξαρτάται κυρίως από τη φύση και τη σοβαρότητα του προβλήματος, το βαθμό στον οποίο το πρόβλημα αυτό παρεμβαίνει στην καθημερινότητα του ατόμου, καθώς και από τις στάσεις που διατηρούν οι άλλοι απέναντι στο συγκεκριμένο πρόβλημα, η οικογένεια αλλά και η κοινωνία γενικότερα (Πολυχρονοπούλου, 2003).

Αναλυτικότερα, διακρίνονται σε: α) ατομικές προσεγγίσεις, οι οποίες επικεντρώνουν στο άτομο και β) κοινωνικές προσεγγίσεις, οι οποίες εστιάζουν σε παράγοντες οργάνωσης του κοινωνικού περιβάλλοντος και σε πολιτισμικούς παράγοντες, για την προσέγγιση της εν λόγω έννοιας. Στις ατομικές προσεγγίσεις λοιπόν εντάσσεται το ιατρικό μοντέλο και στις κοινωνικές το κοινωνικό μοντέλο.

2.3 Ιατρικό μοντέλο

Κατά την δεκαετία του ‘50 το κυρίαρχο μοντέλο στο οποίο στηρίζονταν η παρεχόμενη εκπαίδευση για τα άτομα με αναπηρία ήταν το ιατρικό. Το μοντέλο αυτό ξεκίνησε προσεγγίζοντας την αναπηρία ως μια αυθύπαρκτη, αντικειμενική πραγματικότητα, η οποία νομιμοποιεί την κοινωνική «μειονεξία» των Ατόμων με αναπηρία αφού η σωματική διαταραχή τους ταυτίστηκε με την ανικανότητα για πολιτική και κοινωνική δράση και συμμετοχή (Καραγιάννη και Ζώνιου-Σιδέρη, 2006). Δεδομένου ότι το επίκεντρο της αναπηρίας, στο πλαίσιο του ιατρικού μοντέλου, αφορά το άτομο που εμφανίζεται διαφορετικό σε σύγκριση με τις κοινωνικά καθορισμένες νόρμες (Borsay, 2005), η ιατρική ματιά θεωρείται ως το κλειδί για την ακύρωση των μη συμμορφωμένων μελών της, όπως είναι τα Άτομα με αναπηρία (Hughes, 2000). Στο συγκεκριμένο μοντέλο η αναπηρία κατανοείται μέσα από τη διάσταση της βιολογίας ως αποτέλεσμα της σωματικής ανεπάρκειας, η οποία συνδέεται με την «ασθένεια» στη βάση της σωματικής ή της νοητικής δυσλειτουργίας. Επιπλέον, η αναπηρία νοείται ως μεμονωμένο πρόβλημα, στο οποίο τα άτομα χαρακτηρίζονται από ελαττώματα που αυτόματα

τα καθιστούν ανάπηρα, σε σχέση με τους υπολοίπους ανθρώπους. Συνεπώς προωθείται η άποψη ότι εξαρτώνται και χρειάζονται θεραπεία και φροντίδα από ειδικό(Ζώνιου-Σιδέρη, Ντεροπούλου-Ντέρου, Βλάχου-Μπαλαφούτη, 2012). Από τη στιγμή λοιπόν που τα κύρια αίτια είναι βιολογικά, γίνεται αντιληπτό πως τα άτομα θεωρούνται το πρόβλημα και όχι η κοινωνία.

Το 1980 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) προέβη σε ένα σύστημα ταξινόμησης της αναπηρίας (International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps) χρησιμοποιώντας προοδευτικά τους όρους “impairment” (βλάβη-απώλεια σταθερότητας ή λειτουργίας) “disability”(περιορισμός-μείωση των ικανοτήτων) και “handicap” (αναπηρία-απώλεια της ικανότητας συμμετοχής στις δραστηριότητες). Ο όρος “impairment” αναφέρεται σε βλάβη-πάθηση των οργάνων ή των λειτουργιών του ανθρώπου. Με τον όρο “disability” περιγράφεται ο περιορισμός ικανοτήτων του ανθρώπου ως απόρροια της βλάβης. Τέλος ο όρος “handicap” αναφέρεται στις επιπτώσεις που προκαλεί ο περιορισμός των ικανοτήτων αναφορικά με το σύνολο των δραστηριοτήτων του ανθρώπου (Mundy, 2002). Εδώ, η ιατρική παρουσιάζεται ως ο “μοναδικός” επιστημονικός κλάδος που μπορεί να διαχειριστεί την αναπηρία. Έγινε όμως αντιληπτό μέσα από διεκδικήσεις πως το ιατρικό μοντέλο υστερεί, καθώς και ότι η αναπηρία αποτελεί ένα μεγάλο ευρύτερο κοινωνικό, ηθικό και πολιτικό ζήτημα (Crow et al., 1996 : the lancet, 2009). Για αυτό και σταδιακά, ο τρόπος σκέψης και αντίληψης της αναπηρίας οδηγήθηκε σε μια αντίθετη προσπάθεια κατανόησής της και έχοντας μια φιλοσοφική απόσταση από το ιατρικό μοντέλο αναπτύχθηκε το κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας.

2.4 Κοινωνικό μοντέλο

Η κοινωνιολογία και η πολιτική επιστήμη έρχονται να συμβάλλουν στην κατανόηση του φαινομένου της αναπηρίας. Ωθούν την αναπηρία έξω από το πλαίσιο της ιατρικής και της «θεραπείας», αλλά και έξω από τη λογική του ασύλου (Μαυροπούλου, 2007). Το κοινωνικό μοντέλο αναδείχθηκε ως μια δυναμική εννοιολογική προσέγγιση, όπου η αναπηρία πλέον δεν θεωρείται ως ιδιαίτερο ατομικό χαρακτηριστικό και πρόβλημα του κάθε ανθρώπου μεμονωμένα, αλλά ως ένας περιορισμός που επιβάλλεται από την κοινωνία, η οποία καθιστά ανάπηρους τους ανθρώπους, αποκλείοντας τους από το δικαίωμα της πλήρους συμμετοχής στα κοινωνικά δρώμενα (Τσιανικά, Συμεωνίδου, Παναγιώτου, 2012). Η αναπηρία εδώ θεωρείται ένα κοινωνικό κατασκεύασμα, το οποίο είναι θεμελιωμένο πάνω στην διαταραχή αλλά δεν αποτελεί αναγκαία συνέπεια της διαταραχής και διαμορφώνεται ανάλογα με το γενικότερο πλαίσιο στήριξης, συμπεριλαμβανομένων των προγραμμάτων και υπηρεσιών που προσφέρονται στο άτομο στον τόπο διαμονής του. Το κλειδί δηλαδή για τον ορισμό που προτείνεται από αυτό το μοντέλο είναι η εστίαση στην κοινωνία και στις ανάπηρες δομές της, οι οποίες χρειάζονται αναδιαμόρφωση, παρά στο άτομο ή στα άτομα με διαταραχή (Shakespeare & Watson, 2001).

Κάνοντας μια αναδρομή, ήδη από την δεκαετία του 1960 άρχισαν να γίνονται οι πρώτες ζυμώσεις και να αμφισβητείται η ατομιστική προσέγγιση της αναπηρίας, μέσα από μια προσπάθεια σύνδεσης της παθολογίας και της δυναμικής διαδικασίας (δηλαδή τις επιρροές της κοινωνίας) που οδηγούσε στις λειτουργικές συνέπειες (Nagi, 1966). Προχωρώντας πλέον στην δεκαετία του '70 και του '80, δυο σχεδόν παράλληλα κινήματα εμφανίστηκαν σε Ηνωμένο Βασίλειο και ΗΠΑ (Union of the Physically Impaired Against Segregation – UPIAS και Society for Disability Studies -SDS, αντίστοιχα) θέτοντας τις βάσεις για αυτήν τη νέα αντίληψη. Επικεντρώθηκαν στους τρόπους με τους οποίους η αναπηρία αποτελεί μια κοινωνική κατασκευή. Μέσα από τα ατομικά παραδείγματα και τις κοινωνικές επεκτάσεις της αναπηρίας, τα μέλη του

UPIAS υποστήριξαν ότι η αναπηρία είναι μια σύνθετη μορφή κοινωνικής καταπίεσης παρόμοια με αυτήν που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες, οι εθνοτικές μειονότητες, οι λεσβίες και οι ομοφυλόφιλοι άνδρες (Barnes, 2012). Μάλιστα ο συγκεκριμένος οργανισμός υποστήριξε ότι, κατά την δική μας οπτική, η κοινωνία είναι αυτή που ορίζει ως ανίκανα τα άτομα με αναπηρία.

Εξαιτίας λοιπόν του αυξανόμενου ενδιαφέροντος για την αναπηρία σε διεθνές επίπεδο, το 1980 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κάνει την πρώτη προσπάθεια να παρέχει έναν ορισμό της αναπηρίας, καθολικά αποδεκτό, εκδίδοντας το εγχειρίδιο της Διεθνούς Ταξινόμησης Βλαβών, Αναπηριών και Μειονεξιών (International Classification of Impairment Disability and Handicap – ICIDH) (World Health Organization, 1980). Ένα χρόνο αργότερα ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών (Ο.Η.Ε) κήρυξε την τότε τρέχουσα χρονιά ως Διεθνές Έτος για τα Άτομα με Αναπηρία (IYDP) (United Nations, 1976). Από εκεί και έπειτα, ακολούθησαν και άλλες δράσεις από τον ΟΗΕ που σχετίζονταν με την παγκόσμια στρατηγική για την αναπηρία, με πιο κύρια την θεσμοθέτηση της 3^{ης} Δεκεμβρίου ως Παγκόσμια Ημέρα Ατόμων με Αναπηρία (United Nations, 1992), η οποία γιορτάζεται με διάφορους βαθμούς επιτυχίας σε όλον τον πλανήτη κάθε χρόνο. Τελικά όμως φάνηκε πως το εγχειρίδιο δεν μπόρεσε να αντιπροσωπεύσει την πολυπλοκότητα της αναπηρίας και για τον λόγο αυτό δέχτηκε πολλές κριτικές από το ίδιο το αναπηρικό κίνημα και όσους σχετίζονται με θέματα αναπηρίας, δημιουργώντας έτσι την ανάγκη για αναθεωρήσεις και διορθώσεις (I.C.I.D.H.-2, ICF). Υπήρχαν πολλές και έντονες φωνές πως το κοινωνικό μοντέλο αναπηρίας δεν καλύπτει έναν ολιστικό τρόπο σκέψης (Dewsbury et al., 2004), αφήνοντας στο περιθώριο κυρίως τις ατομικές διαταραχές, που θεωρείται ως αναπόσπαστο μέρος της εμπειρίας της αναπηρίας (π.χ. τα άτομα με σύνδρομο Down). Αυτό που τελικά μπορεί κανείς να ισχυριστεί είναι πως ενώ η ζωή μερικών Ατόμων με αναπηρία μπορεί να ενταχτεί πλήρως εντός του κοινωνικού μοντέλου, σε άλλους αυτό δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί (Pinder, 1997). Έτσι υιοθετήθηκε μια περιοριστική προσέγγιση της αναπηρίας η οποία θεωρήθηκε αποκλειστικά και μόνο ως κοινωνική κατασκευή, ενώ παράλληλα οι σωματικές, οι ψυχοσυναισθηματικές παράμετροι και οποιοδήποτε βίωμα που αναφέρονταν στην προσωπική διάσταση της αναπηρίας εξορίστηκαν από το πλαίσιο της συζήτησης και του διαλόγου.

2.5 Σύγκριση ιατρικού και κοινωνικού μοντέλου

Το κοινωνικό μοντέλο σε αντίθεση με το ιατρικό μοντέλο αντιλαμβάνεται την αναπηρία, όχι ως χαρακτηριστικό του ατόμου, αλλά ως αποτέλεσμα της σχέσης του ατόμου με το περιβάλλον του, ως « κοινωνική κατασκευή». Αντιμετωπίζει την αναπηρία όχι ως προσωπικό πρόβλημα, αλλά ως πρόβλημα της κοινωνίας και θέμα πλήρους ένταξης του ατόμου σε αυτήν. Ενώ το ιατρικό μοντέλο εστιάζει στην ατομική μεταχείριση και ευθύνη του ατόμου με αναπηρία. Το ιατρικό μοντέλο δίνει έμφαση στη θεωρία της προσωπικής τραγωδίας. Η θεωρία αυτή υποστηρίζεται από εκείνους που πιστεύουν πως τα άτομα με αναπηρία λόγω του σώματός τους είναι «ανίκανοι» να επιτύχουν την εναρμόνιση με το κοινωνικά «φυσιολογικό». Το κοινωνικό πρότυπο ξεφεύγει από την ιατροκοπιημένη, εξειδικευμένη προσέγγιση της αναπηρίας και εστιάζεται στο πλαίσιο των ομάδων και συστημάτων αυτοβοήθειας από ανθρώπους με εμπειρία για τα άτομα με αναπηρίες. Τέλος, μια ακόμα σημαντική διάκριση αφορά το γεγονός ότι το κοινωνικό μοντέλο εστιάζει στη συλλογική ταυτότητα των ατόμων με αναπηρία, στην διεκδίκηση των δικαιωμάτων τους και στην ανάγκη επιβεβαίωσης. Μια πεποιθήση που το ιατρικό μοντέλο δεν ενστερνίζεται, καθώς αντιλαμβάνεται το άτομο με αναπηρία ως μεμονωμένες ταυτότητες που στόχος τους είναι η προσαρμογή τους στο υπάρχον κοινωνικό περιβάλλον. (Ζώνιου-Σιδέρη, 2012).

2.6 Οριοθέτηση Αναπηριών

2.6.1 Οπτική αναπηρία

Σύμφωνα με την Ελληνική Νομοθεσία (Ν.958/1979) τυφλό θεωρείται κάθε άτομο του οποίου η οπτική οξύτητα είναι μικρότερη από το 1/20 της φυσιολογικής στον οφθαλμό που βλέπει καλύτερα, ακόμα και με την καλύτερη δυνατή διόρθωση. Όσον αφορά τα άτομα με τύφλωση και τον ορισμό της αναπηρίας τους καλό θα ήταν να διασαφηνιστεί ότι τα άτομα με τύφλωση δεν είναι απαραίητο να βρίσκονται σε ολική τύφλωση. Υπάρχουν και οι περιπτώσεις όπου βλέπουν μερικώς εξαιτίας διαφόρων παραγόντων και συνθηκών όπως είναι κάποιο συγκεκριμένο φως ή η εξάσκηση μέσω της κατάλληλης εκπαίδευσης της λειτουργικής όρασης, ώστε και με μερική όραση να μπορεί το άτομο να συναναστρέφεται και να λειτουργεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο (Huebner, 2000· Best, 1992).

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.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας υπάρχουν τέσσερα πεδία τα οποία σχετίζονται με την οπτική λειτουργία: η κανονική όραση, η ήπια οπτική βλάβη, η σοβαρή οπτική βλάβη και η τύφλωση. Η ήπια και σοβαρή οπτική βλάβη αναφέρονται με τον όρο «μειωμένη όραση», ο οποίος μαζί με τον όρο «τύφλωση» συνιστούν την οπτική αναπηρία (WHO, 2016b).

Οι βασικότερες αιτίες της τύφλωσης σύμφωνα με έρευνα του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας (WHO) συνοψίζονται στις παρακάτω:

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

(Thylefors et al, 1995)

2.6.2 Ακουστική Αναπηρία

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, (World Health Organization), κώφωση είναι η απώλεια της αίσθησης της ακοής και χαρακτηρίζει την αδυναμία του ανθρώπου να ακούσει όπως κάποιος άλλος με φυσιολογική ακοή. Επιπλέον, η κώφωση μπορεί να είναι ήπια, μέτρια, σοβαρή ή ολική. Επομένως, κωφό χαρακτηρίζεται το άτομο με ολική απώλεια ακοής που αντιστοιχεί σε ελάχιστη ή καθόλου ακοή, ενώ βαρήκοο είναι το άτομο με απώλεια ακοής που κυμαίνεται από ήπια προς σοβαρή. Τα βαρήκοα άτομα έχουν την ικανότητα να κατανοούν την ομιλία με τη χρήση διαφόρων ακουστικών βοηθημάτων όπως τα ακουστικά βαρηκοΐας και τα κοχλιακά εμφυτεύματα (WHO, 2017).

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 τον Smith (1975), είναι βασικό να διακρίνονται τα άτομα με κώφωση από τα άτομα με βαρηκοΐα και να αναφέρεται το μέγεθος και ο βαθμός της απώλειας της ακοής. Αυτό είναι απαραίτητο κυρίως στην διαδικασία της αναγνώρισης και διάγνωσης, με την οποία θα καθοριστεί και η εκάστοτε βοήθεια και εκπαίδευση που πρέπει να παρέχεται στο άτομο και ως προς την ομιλία αλλά και ως προς την επικοινωνία που θα χρειαστεί να εξασκήσει (Smith, 1975).

Ως προς το μέγεθος της ακουστικής απώλειας, υπάρχουν διάφορες κατηγοριοποιήσεις. Η ακοή μετρείται σε dB και μπορεί να καταταχθεί σε:

- α) η φυσιολογική ακοή (0-15 dB),
- β) πολύ μικρού βαθμού βαρηκοΐα (15-25 dB),
- γ) μικρού βαθμού βαρηκοΐα (25-40 dB)
- δ) μετρίου βαθμού βαρηκοΐα (40-55 dB),
- ε) μεγάλου βαθμού βαρηκοΐα (55-70 dB)
- στ) πολύ μεγάλου βαθμού βαρηκοΐα (70-90 dB)
- ζ) πάρα πολύ μεγάλου βαθμού βαρηκοΐα (90-110 dB)

(Κουρμπέτη & Χατζοπούλου, 2010).

Ανάλογα με την περίοδο εμφάνισης της αναπηρίας τα άτομα με κώφωση μπορούν να διακριθούν σε «προγλωσσικούς» και «μεταγλωσσικούς» κωφούς. Ως άτομα με «προγλωσσική» κώφωση θεωρούνται εκείνα τα οποία απέκτησαν την αναπηρία της κώφωσης στα 2 με 3 πρώτα χρόνια της ζωής τους, πριν ακόμα δηλαδή καταφέρουν να κατακτήσουν την ομιλία τους. Ως άτομα με «μεταγλωσσική» κώφωση θεωρούνται τα άτομα εκείνα τα οποία είχαν κατακτήσει την ομιλία της γλώσσας τους και στη συνέχεια σε κάποια ηλικία απώλεσαν την ακοή τους (Walker, 2013).

2.6.3 Κινητική Αναπηρία

Τα άτομα με κινητική αναπηρία, ανάλογα με την σοβαρότητα της κατάστασης τους, παρουσιάζουν συχνά δυσκολίες στην προσαρμοστικότητα, στην καθημερινή συναναστροφή και στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και γενικότερα στα επίπεδα ποιότητας ζωής τους. Στην κατηγορία των ατόμων με σωματικά-κινητικά προβλήματα εντάσσονται τα άτομα με τετραπληγίες, παραπληγίες, ημιπληγίες και γενικά αυτά που έχουν προβλήματα κίνησης μέλους ή μελών του σώματος. Τα άτομα με κινητική αναπηρία είναι μία μεγάλη ομάδα ατόμων η οποία συνήθως δεν είναι ομοιογενής.

Η κινητική αναπηρία διαφοροποιείται ως προς τον χρόνο κτήσης της, σε εκγενετής κινητική αναπηρία, όταν εμφανίζεται κατά τη γέννηση του ατόμου ή αμέσως μετά από αυτήν, και σε επίκτητη κινητική αναπηρία όταν αυτή οφείλεται σε κάποια ασθένεια ή τραυματισμό κατά τη διάρκεια ζωής του ατόμου (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, 2008).

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.

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.

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.

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.

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.

6) Αρθρογρίπωση

Εκ γενετής πάθηση κατά την οποία προσβάλλονται οι αρθρώσεις και οφείλεται σε εκφύλιση του νωτιαίου μυελού.

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.

8) Ακρωτηριασμοί

Ακρωτηριασμός είναι η αφαίρεση τμήματος ή μέλους του σώματος. Η αιτία μπορεί να είναι τραυματισμός, κακοήθεις όγκοι, αγγειακές βλάβες, δυσμορφίες κα.

2.6.4 Χρόνιες Παθήσεις

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, «χρόνιες είναι οι ασθένειες που δεν μεταβιβάζονται από τον έναν οργανισμό στον άλλον. Μπορούν να διαρκέσουν για μεγάλο χρονικό διάστημα και τις περισσότερες φορές επεκτείνονται με πολύ αργό ρυθμό. Στις χρόνιες παθήσεις περιλαμβάνονται οι αιματολογικές παθήσεις (π.χ. μεσογειακή αναιμία), οι παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος (π.χ. άσθμα), οι παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος (π.χ. καρδιακή ανεπάρκεια), τα δερματολογικά νοσήματα (π.χ. μελαγχρωματική ξηροδερμία), οι ψυχικές διαταραχές (π.χ. Alzheimer), οι νεφρολογικές (π.χ. χρόνια νεφρική ανεπάρκεια) καθώς και οι ογκολογικές παθήσεις (π.χ. κακόηθες νεόπλασμα τελικού σταδίου)» (WHO, 2016).

2.6.4.1 Μεσογειακή Αναιμία

Ο όρος μεσογειακή αναιμία ή αλλιώς θαλασσαιμία αναφέρεται σε μια ομάδα γενετικών νοσημάτων του αίματος που χαρακτηρίζονται από μειωμένη σύνθεση του ενός από τους δυο τύπους πολυπεπτιδικών αλυσών (α ή β) ή και από πλήρη κατάργηση της σύνθεσης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την μείωση της πλήρωσης των ερυθρών κυττάρων με αιμοσφαιρίνη που είναι και η κύρια αιτία εκδήλωσης της νόσου. Η Μεσογειακή Αναιμία συγκαταλέγεται ανάμεσα στις πιο κοινές κληρονομικές παθήσεις του αίματος, σε παγκόσμιο επίπεδο. Σύμφωνα με εκτιμήσεις, περίπου το 1,5% του παγκόσμιου πληθυσμού (80 έως 90 εκατομμύρια άτομα) είναι φορείς της β μεσογειακής αναιμίας, με περίπου 60.000 συμπτωματικά βρέφη να γεννώνται σε ετήσια βάση (Κουτελέκος & Χαλιάσος, 2013).

Αρχικά, επειδή εκδηλωνόταν κυρίως στις χώρες τις Μεσογείου, χαρακτηρίστηκε με το όνομα μεσογειακή. Στην πραγματικότητα όμως, η εμφάνιση της μεσογειακής αναιμίας, είναι αυξημένη, εκτός από τις χώρες της Μεσογείου, και στη Μέση Ανατολή, στη Νότια και Ανατολική Ασία, στο Νότιο Ειρηνικό και στη Νότια Κίνα, με ποσοστό φορέων που κυμαίνεται από 2-25% (Weatherall, 2010· Cappellini et al., 2008). Η υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης φορέων στη Μεσόγειο σημειώνεται στην Κύπρο (14%) και τη Σαρδηνία (10,3%) (Galanello & Origa, 2010· Weatherall, 2010). Σημαντικό σταθμό για την πρόληψη της νόσου αποτέλεσε ο προγεννητικός έλεγχος που άρχισε να διεξάγεται το 1975 από τον Άρη Αντσακλή, ένα γυναικολόγο, που εκπαιδεύτηκε στις τεχνικές της εμβρυοσκόπησης στο Λονδίνο. Ωστόσο, η μεσογειακή αναιμία είναι ακόμα ένα σημαντικό και δύσκολο ζήτημα, το οποίο επηρεάζει την υγεία των ατόμων που πάσχουν από αυτή, την καθημερινότητά τους, τις ασχολίες τους καθώς προκαλεί μεγάλες αλλαγές και στο σώμα αλλά και στη διαβίωση και την ποιότητά ζωής τους. Έτσι, πολλές φορές παρατηρείται τα άτομα αυτά να έχουν μεγάλες ψυχολογικές διακυμάνσεις, άγχος, κακή ψυχολογική διάθεση και πίεση, υποφέρουν από κατάθλιψη και επομένως όλα αυτά έχουν αρνητικό αντίκτυπο και στη θεραπεία και πορεία της νόσου. (Loukoroulos, 2011). Η αντιμετώπιση της μεσογειακής αναιμίας απαιτεί ενθάρρυνση των επαγγελματιών υγείας για την καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση και ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης.

2.6.4.2 Σκλήρυνση κατά Πλάκας

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. Η φλεγμονή είναι δυνατόν να επέλθει οποιαδήποτε περιοχή του εγκεφάλου, του νωτιαίου μυελού και του οπτικού νεύρου με συνήθη συμπτώματα συμπεριλαμβανομένων, την κατάθλιψη και το άγχος, τα κινητικά προβλήματα, τον μειωμένο έλεγχο του χεριού και των δακτύλων, την ασαφή ομιλία, την ακράτεια ούρων και κοπράνων, τη γνωστική δυσλειτουργία, προκαλώντας δυσκολίες στη μνήμη και στη συγκέντρωση, προβλήματα με τις λέξεις, και ελλοχεύει κίνδυνος για την ύπαρξη προβλημάτων στις οπτικοακουστικές ικανότητες, τον προγραμματισμό και την επίλυση προβλημάτων γενικότερα ο κίνδυνος για την ύπαρξη προβλημάτων στις οπτικοακουστικές ικανότητες, τον προγραμματισμό και την επίλυση προβλημάτων γενικότερα. (Kanavos et al., 2016).

Υπάρχουν τρεις βασικοί τύποι ΣΚΠ, καθένας από τους οποίους διαφέρει στη σοβαρότητα των συμπτωμάτων:

- I. Υποτροπιάζουσα-Διαλείπουσα ΣκΠ (Relapsing-Remitting MS, RRMS): Αποτελεί την πιο πολυσύχναστη μορφή, η οποία προσβάλλει περίπου το 85% των ατόμων με ΣκΠ.
- II. Δευτεροπαθής Προϊούσα ΣκΠ (Secondary Progressive MS, SPMS): Συνήθως ακολουθεί την Υποτροπιάζουσα-Διαλείπουσα σε ποσοστό 50% , όταν υπάρχει εξέλιξη της νόσου μεταξύ των κρίσεων.
- III. Πρωτοπαθής Προϊούσα ΣκΠ (Primary Progressive MS, PPMS): Αφορά το 10-15% των ασθενών και περιγράφεται από μια πιο σταθερή αύξηση της αναπηρίας με την απουσία οξέων υποτροπών.

Λιγότερο συχνή στην εμφάνιση της αποτελεί η Προϊούσα Υποτροπιάζουσα ΣκΠ (Progressive-Relapsing MS, PRMS). Ωστόσο χαρακτηρίζεται ως η σοβαρότερη μορφή που αφορά στο 5% των ασθενών και διακρίνεται από βαθμιαία επιδείνωση των συμπτωμάτων με διαστήματα εξάρσεων (Kanavos et al., 2016).

Η σκλήρυνση κατά πλάκας προκαλείται από άγνωστη αιτιολογία καθώς οι ειδικοί δεν έχουν κατανοήσει πλήρως το γιατί προκαλείται αν και έχουν πολλές πληροφορίες για την παθοφυσιολογία της ασθένειας. Υπάρχουν πολλά συμπτώματα τα οποία όμως έχουν να κάνουν με το σημείο του κεντρικού νευρικού συστήματος που υποφέρει το άτομο. Πολλοί επιστήμονες θεωρούν ότι η σκλήρυνση κατά πλάκας εμφανίζεται εξαιτίας γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων (Βοζίκης & Σωτηροπούλου, 2012).

2.6.4.3 Σακχαρώδης διαβήτης

Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) είναι μια παθολογική κατάσταση η οποία αποτελεί ένα από τα συχνότερα χρόνια νοσήματα, διαρκεί για πολλά χρόνια συνήθως και προκαλεί πρόωγη θνησιμότητα στους φορείς της νόσου. 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. (WHO, 2011).

Οι κυριότεροι τύποι του σακχαρώδη διαβήτη είναι:

- Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 (ή ινσουλινοεξαρτώμενος ή νεανικός διαβήτης)

Είναι αυτοάνοσο νόσημα που χαρακτηρίζεται από την πλήρη καταστροφή των β-κυττάρων του παγκρέατος, με συνέπεια την συχνή εμφάνιση αυξημένων επιπέδων γλυκόζης, εξαιτίας της ολικής έλλειψης ή της ελάχιστης ινσουλίνης στον οργανισμό. Συνήθως, κάνει την εμφάνισή της σε παιδιά και εφήβους χωρίς ωστόσο να αποκλείεται η εκδήλωση της σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου, ακόμη και στην όγδοη και ένατη δεκαετία της ζωής (Τσατσούλης, 2015).

- Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (ή μη ινσουλινοεξαρτώμενος διαβήτης).

Προέρχεται από τον συνδυασμό μειωμένης έκκρισης ινσουλίνης και ελαττωμένης ευαισθησίας των κυττάρων στην ινσουλίνη. Αυτός ο τύπος ΣΔ που αφορά περίπου το 90-95% των ασθενών με ΣΔ, είναι και ο συχνότερος στην εμφάνιση του (American Diabetes Association, 2014, 2017). Παράγοντες οι οποίοι μπορούν να προκαλέσουν και να οδηγήσουν σε ΣΔ είναι η παχυσαρκία, η ηλικία και το οικογενειακό ιστορικό. Τα συμπτώματα του ΣΔ τύπου 2 είναι πιο ήπια από αυτά του ΣΔ τύπου.

- Σακχαρώδης διαβήτης κύησης.

Ο συγκεκριμένος τύπος διαβήτη εμφανίζεται για πρώτη φορά κατά τη διάρκεια της κύησης και υποχωρεί μετά τον τοκετό. Προσβάλλει το 3-5% των κυήσεων. Όπως

και ο ΣΔ τύπου 2, ο σακχαρώδης διαβήτης κήσης χαρακτηρίζεται από μειωμένη έκκριση ινσουλίνης και ελαττωμένη ευαισθησία των κυττάρων στην ινσουλίνη (American Diabetes Association, 2014, 2017).

2.6.5 Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ)

Η ΔΕΠ/Υ αποτελεί την πλέον συνηθισμένη νευροαναπτυξιακή διαταραχή της παιδικής ηλικίας αλλά και της ενήλικης ζωής, η οποία χαρακτηρίζεται για τον πολυπαράγοντικό της χαρακτήρα και το ισχυρό γενετικό της υπόβαθρο (Biederman 2005). Περίπου ένα στα τρία παιδιά που εξετάζονται από σχετικές υπηρεσίες, υπεύθυνες για την ψυχική υγεία, εμφανίζει συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ, τα οποία μπορεί να διαρκέσουν μέχρι την εφηβεία του ή ακόμη και την ενήλικη ζωή του (Barkley, 2013).

Ειδικότερα, ο όρος διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/ υπερκινητικότητα(ΔΕΠ-Υ) αναφέρεται σε παιδιά και ενήλικες που αντιμετωπίζουν σοβαρές συμπεριφορικές και γνωστικές δυσκολίες σε σημαντικούς τομείς της ζωής τους, όπως στις διαπροσωπικές σχέσεις, στο σχολείο, στην εργασία και στην οικογένεια, εξαιτίας υπερβολικής κινητικής δραστηριότητας και προβλημάτων στον έλεγχο της προσοχής και των παρορμήσεων (Κάκουρος, 2001). Σύμφωνα με τον Biederman (2005), τα άτομα που αντιμετωπίζουν ΔΕΠ/Υ παρουσιάζουν δυσμενή ακαδημαϊκά και επαγγελματικά αποτελέσματα ενώ παράλληλα εκδηλώνουν μεγαλύτερη προδιάθεση για εμφάνιση χαμηλής αυτοεκτίμησης, ατυχήματα, χρήση καπνού και αλκοόλ αλλά και για πρόκληση εντάσεων στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, λόγω ανάρμοστης συμπεριφοράς. Γίνεται αντιληπτό λοιπόν πως η ΔΕΠ/Υ είναι μια διαταραχή μεγάλης βαρύτητας που απαιτεί άμεση αναγνώριση και χρήζει θεραπείας(Roberts et al., 2016; Swanson et al., 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΕΥ ΖΗΝ

3.1 Εννοιολογική προσέγγιση

Η έννοια του ψυχολογικού ευ ζην (psychological well-being) αντανακλά τη βέλτιστη ψυχολογική κατάσταση, στο πλαίσιο αποτελεσματικής συναναστροφής του ατόμου με υπαρξιακά ζητήματα τα οποία προκύπτουν αναπάντεχα στη ζωή (Ryff & Singer, 2008). Η έννοια του ευ ζην γενικότερα, αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια με πολύπλευρο περιεχόμενο, η οποία έχει απασχολήσει την κοινωνία ευρύτερα (Τζινιέρη, 2010). Δεν αποτελεί έναν καινούργιο όρο, καθώς έχει απασχολήσει Έλληνες φιλοσόφους από την αρχαιότητα. Ο Δημοκρίτος, ο Σωκράτης, ο Πλάτωνας και ο Αριστοτέλης στα έργα τους κάνουν λόγο για την «ευδαιμονία», δηλαδή για την ευτυχία και την ευημερία του ανθρώπου((Ryff, 2014 ; Renaud & Bedard, 2013).

Ο Αριστοτέλης ήταν ένας από τους πρώτους φιλοσόφους που ασχολήθηκε με το θέμα της ευδαιμονικής θεώρησης, αποτυπώνοντας τις απόψεις του για την έννοια της ευτυχίας στα έργα του «Ηθικά Νικομάχεια», «Ηθικά Μεγάλα» και «Ηθικά Ευδήμεια». Σύμφωνα λοιπόν με τη θεώρηση του Αριστοτέλη ο ανώτατος σκοπός της ηθικής ζωής του ατόμου είναι η κατάκτηση της ευδαιμονίας, η οποία αποτελεί το υπέρτατο και τελικό αγαθό της ζωής. Μάλιστα, ορίζει την ευδαιμονία ως ενέργεια της ψυχής, η επίτευξη της οποίας πραγματοποιείται μέσω μίας συμπεριφοράς, που διέπεται από τάξη, αρμονία, σταθερότητα, συνέπεια και συντονισμό. Ορίζει την έννοια της ευδαιμονίας ως ενέργεια της ψυχής, που πραγματοποιείται σύμφωνα με τους κανόνες της τέλει αρετής («Η ευδαιμονία ἐστὶ ψυχῆς ἐνέργειά τις κατ' ἀρετὴν τελείαν») (Mprofu, Sefotho & Maree, 2017).

Η έννοια της ψυχολογικής ευεξίας, απαντά σε δύο μορφές, την ηδονική και την ευδαιμονική (Alós et al., 2021). Ο ηδονισμός αφορά τη σχέση μεταξύ ευεξίας και ευτυχίας, με την παρουσία θετικών επιπτώσεων και την απουσία αρνητικών (Diener, 2009). Από την άλλη πλευρά, η ευδαιμονική προοπτική, δεν αναφέρεται απλά στην ευτυχία, αλλά προτείνει την ευημερία ως μια μορφή πλήρους ζωής (Al-Dwaikat et al., 2020). Η ευδαιμονία δεν αποτελεί μονάχα το αποτέλεσμα μιας κατάστασης ή ενέργειας, αλλά κατά κύριο λόγο είναι η διαδικασία της ολοκλήρωσης του ατόμου που βασίζεται στην πραγμάτωση όλων των ανθρωπίνων δυνατοτήτων και την αρμονική ανάπτυξή τους (Deci & Ryan, 2006). Σύμφωνα με αυτή την προοπτική, ένα άτομο που βιώνει υψηλή ψυχολογική ευημερία βρίσκει τη ζωή ικανοποιητική και σημαντική, ανεξαρτήτως της παρουσίας ή της απουσίας υψηλών επιπέδων θετικών συναισθημάτων και χαμηλών επιπέδων αρνητικών (Tong, Lum, Sasaki & Yu, 2018).

Ο ηδονισμός, ο οποίος αποτελεί την πρώτη διάσταση του ευ ζην απαντάται και ως υποκειμενικό ευ ζην στην σύγχρονη βιβλιογραφία. Απαρτίζεται από δύο σημαντικά γνωρίσματα: α) την ευτυχία και β) την ικανοποίηση από τη ζωή (Ryan & Deci, 2001). Στον αντίποδα, βρίσκεται ο ευδαιμονισμός, ο οποίος συνδέεται κυρίως με την αρετή και την ηθική. Ακόμη, η ευδαιμονία σχετίζεται με το ευ ζην και το ευ πράττειν, όπως εύστοχα επισήμανε ο αρχαίος φιλόσοφος Αριστοτέλης στα Ηθικά Νικομάχεια. Τέλος, η ευδαιμονία σύμφωνα με την Τζινιέρη, (2010), θεωρείται το κατά φύσιν και κατ' αρετήν ζην. Οι στόχοι και οι σκοποί του κάθε ατόμου σχετίζονται άμεσα με το ευ ζην. Αποτελέσματα ερευνών έχουν δείξει πως όταν ένα άτομο θέτει στόχους στη ζωή του, παραμένει προσηλωμένο σε αυτούς, προσδοκά την πρόοδο και την ανέλιξη και εν τέλει την επίτευξη αυτών, τότε καταφέρνει να έχει καλή ζωή. Στην περίπτωση στην οποία, οι στόχοι απουσιάζουν από τη ζωή του ατόμου τότε επέρχονται δυσκολίες και προβλήματα σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο (Αναστασιλάκη, 2017).

3.2 Διαστάσεις του ψυχολογικού ευ ζην

Το ψυχολογικό ευ ζην, ορίζεται ως ένα κράμα θετικών συναισθημάτων όπως η ευτυχία η οποία, ταυτίζεται με την ηδονή, τα οποία οδηγούν στην αποτελεσματικότητα του ατόμου τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο (ευδαιμονία) (Deci & Ryan, 2008). Με λίγα λόγια, με τον όρο ψυχολογικό ευ ζην εννοείται η ζωή του ατόμου να εξελίσσεται ορθά, καλά, δηλαδή, να προκύπτει ο συνδυασμός «αισθάνομαι καλά» και «λειτουργώ σωστά, αποτελεσματικά» (Huppert, 2009).

Η Ryff κατέληξε στη δημιουργία ενός πολυδιάστατου επεξηγηματικού μοντέλου, που συγκροτείται από τις εξής βασικές ψυχολογικές αρχές για το άτομο (Ryff, 1995):

- ✓ να αποκτήσει την αίσθηση του αυτοπροσδιορισμού και προσωπικών αρχών
- ✓ να διαμορφώσει με τέτοιο τρόπο το περιβάλλον του, ώστε να καλύπτονται οι προσωπικές του ανάγκες και επιθυμίες
- ✓ να αναπτύξει στο μέγιστο δυνατό βαθμό τα ταλέντα και τις δεξιότητες του
- ✓ να έχει αναπτύξει αλλά και διατηρήσει ζεστές διαπροσωπικές σχέσεις
- ✓ να βρει νόημα στις προσπάθειες του και τις προκλήσεις
- ✓ να νιώθει καλά με τον εαυτό του

Ειδικότερα, σύμφωνα με το μοντέλο της Ryff, το ψυχολογικό ευ ζην είναι ένας όρος πολλών διαστάσεων, στο πλαίσιο του οποίου συγκαταλέγονται υποκειμενικές, κοινωνικές και ψυχολογικές διαστάσεις (Ryff, 2014). Μάλιστα, συντίθεται από τις εξής έξι υποκλίμακες (Cheng & Sin, 2020):

1. **Αυτονομία:** η αυτονομία σχετίζεται με το επίπεδο στο οποίο το άτομο είναι αυτοκαθορισμένο, έτοιμο και ανεξάρτητο να αντιμετωπίσει τις κοινωνικές συνθήκες,

να σκεφτεί και να δράσει με μια συγκεκριμένη νόρμα, να καθορίσει την συμπεριφορά του βάσει εσωτερικών μηχανισμών και φυσικά να συσχετίσει τον εαυτό του σε σχέση με προσωπικά πρότυπα.

2. Κυριαρχία στο περιβάλλον: αναφέρεται στο βαθμό που το άτομο εμφανίζει την ικανότητα να κυριαρχεί και να αλληλοεπιδρά με το περιβάλλον. Στην ικανότητα να ελέγχει δύσκολες εξωτερικές δραστηριότητες, να αξιοποιεί τις κατάλληλες ευκαιρίες και τέλος να είναι ικανό να διαμορφώσει τα σωστά περιβάλλοντα ώστε να ανταποκρίνονται στις δικιές του ανάγκες και ιδανικά.

3. Προσωπική ανάπτυξη: τονίζει τον βαθμό στον οποίο το άτομο είναι σε θέση να ελέγχει και να κατανοεί τη συνεχή ανάπτυξή του. Με λίγα λόγια, να θεωρεί τον εαυτό του ικανό να εξελιχθεί, να είναι ανοιχτό σε νέα δεδομένα και καταστάσεις, να αξιοποιεί τις δυνατότητές του, να εξελίσσεται με το πέρασμα του χρόνου και καταλήγοντας, να αποκτά αυτογνωσία και αποδοτικότητα.

4. Θετικές σχέσεις με τους άλλους: δείχνει τον βαθμό που το άτομο αναπτύσσει ικανοποιητική και εμπιστευτική σχέση με άλλους ανθρώπους. Δείχνει κατά πόσο το άτομο ενδιαφέρεται για την ευτυχία των συνανθρώπων του, μπαίνει στη θέση του άλλου, διακατέχεται από αισθήματα αγάπης και αντιλαμβάνεται πως ο πυρήνας των ανθρωπίνων σχέσεων είναι το νοιάζομαι- μοιράζομαι.

5. Σκοπός στη ζωή: φανερώνει τον βαθμό, στον οποίο το άτομο είναι ικανό να θέσει τους δικούς του στόχους και σκοπούς, θέτει τις κατευθυντήριες γραμμές στη ζωή του, νιώθει πως το παρελθόν και το παρόν του έχουν νόημα και εν γένει έχει πεποιθήσεις οι οποίες προσφέρουν σκοπό στη ζωή.

6. Αποδοχή του εαυτού: αναφέρεται στον βαθμό που κάποιος αποδέχεται την ύπαρξή του όπως είναι, αντιλαμβάνεται και αποδέχεται κάθε μέρος της προσωπικότητάς του, αντιμετωπίζει τα αρνητικά του στοιχεία με θετικό τρόπο και τέλος, δείχνει τον βαθμό στον οποίον αισθάνεται καλά για το παρελθόν του.

3.3 Παράγοντες που επηρεάζουν το ψυχολογικό ευ ζην

- Προσωπικότητα

Ένας από τους ισχυρότερους προγνωστικούς παράγοντες του συναισθηματικού μας προφίλ είναι η προσωπικότητα, ιδιαίτερα οι διαστάσεις της εξωστρέφειας και του νευρωτισμού. Η εξωστρέφεια (κοινωνικότητα) συνδέεται έντονα με ένα θετικό συναισθηματικό στυλ, ενώ ο νευρωτισμός με ένα αρνητικό συναισθηματικό στυλ (Argyle & Lu, 1990 ; Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999). Η προσωπικότητα δεν σχετίζεται μόνο με το πώς νιώθουμε αλλά και με το πόσο καλά λειτουργούμε ψυχολογικά. Το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο μέτρο της θετικής ψυχολογικής λειτουργίας είναι οι κλίμακες ψυχολογικής ευημερίας της Ryff (Ryff, 1989) που καλύπτουν τις διαστάσεις της αυτονομίας, της περιβαλλοντικής κυριαρχίας, της προσωπικής ανάπτυξης, των προσωπικών σχέσεων με τους άλλους, του σκοπού στη ζωή και της αποδοχής του εαυτού. Μελέτες έχουν δείξει ισχυρές συσχετίσεις της ψυχολογικής ευεξίας τόσο με την εξωστρέφεια όσο και με τον νευρωτισμό (DeNeve & Cooper, 1998 ; Ruini et al, 2003 ; Vitterso & Nilsen, 2002).

Ωστόσο, μια διαχρονική μελέτη που χρησιμοποιεί την κλίμακα Ryff, στην οποία η προσωπικότητα μετρήθηκε τρεις δεκαετίες πριν από την αξιολόγηση της ψυχολογικής ευεξίας, δείχνει πολύ μεγαλύτερη επίδραση της εξωστρέφειας παρά του νευρωτισμού (Abbott et al., 2008).

- Κοινωνικοί παράγοντες

Σε όλα τα είδη θηλαστικών, η μεταγενέστερη συναισθηματική ευεξία και η γνωστική ικανότητα επηρεάζονται βαθιά από το πρώιμο κοινωνικό περιβάλλον. Ιδιαίτερη σημασία έχει η στενότητα του δεσμού μεταξύ μητέρας και βρέφους. Το σύνολο της έρευνας σε ανθρώπινα βρέφη που πραγματοποιήθηκε από τον Ainsworth και μετέπειτα ερευνητές (π.χ. Ainsworth & Bell, 1970 ; Maccoby & Martin, 1983) παρέχει στοιχεία ότι, ακόμη και στη βρεφική ηλικία, τα θετικά συναισθήματα συνδέονται με θετική γνωστική και κοινωνική συμπεριφορά που μπορεί να αποτελέσει βάση για ανθεκτικότητα σε όλη τη ζωή. Μελέτες τόσο σε ανθρώπους όσο και σε πρωτεύοντα θηλαστικά έχουν δείξει ότι ο ρόλος του πατέρα καθώς και της μητέρας είναι σημαντικός στην ανάπτυξη της ευημερίας. Παραδείγματος χάρη, το να έχεις έναν απόντα, καταχρηστικό ή αυταρχικό πατέρα σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο προβλημάτων ψυχικής υγείας στην εφηβεία και την πρώιμη ενήλικη ζωή (π.χ. Amato & Sobolewski, 2001), ενώ μερικές μελέτες έχουν δείξει τα οφέλη ενός θετικού τρόπου πατρότητας (π.χ. ζεστασιά) στην ευημερία ενός παιδιού (Furnham & Cheng, 2000; Flouri & Buchanan, 2003).

- Γενετικοί Παράγοντες

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι ο γονότυπος ενός ατόμου έχει επίσης επίδραση στην ανάπτυξη της ψυχολογικής ευεξίας και της ανθεκτικότητας στο στρες. Πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι η παραλλαγή βραχέων αλληλόμορφων του γονιδίου μεταφορέα σεροτονίνης (5-HTT) προσδίδει ευπάθεια στην κατάθλιψη, αλλά μόνο όταν υπάρχουν κατάλληλοι περιβαλλοντικοί παράγοντες ενεργοποίησης (Caspi et al., 2003 ; Kendler, Kuhn, Vittum, Prescott, & Riley, 2005). Αυτό το γονίδιο βρέθηκε να επηρεάζει την ενεργοποίηση του εγκεφάλου σε εκείνες τις περιοχές που εμπλέκονται στην επεξεργασία του συναισθήματος.

Ενώ η έρευνα προχωρά με ταχείς ρυθμούς σε γονίδια που προσδίδουν αυξημένο κίνδυνο ψυχολογικών διαταραχών, απαιτείται επίσης έρευνα για να εντοπιστεί εάν υπάρχουν γονίδια που αυξάνουν την πιθανότητα ψυχολογικής άνθησης (Huppert, 2009).

- Δημογραφικοί Παράγοντες

1. φύλο

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά δείχνουν επίσης κάποιες επιπτώσεις στην ευημερία και την κακή ψυχολογική κατάσταση. Οι γυναίκες έχουν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά συμπτωμάτων (ή διάγνωσης) κοινών ψυχικών διαταραχών όπως το άγχος και η κατάθλιψη από τους άνδρες (Huppert, 2009). Ενώ κάποιες άλλες έδειξαν υψηλότερες βαθμολογίες για τους άνδρες (Stephens, Dulberg, & Joubert, 1999).

2. ηλικία

Η συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και ψυχικής ευεξίας είναι επίσης πολύπλοκη. Έρευνες που χρησιμοποιούν μετρήσεις ευημερίας βρίσκουν μια συσχέτιση με την ηλικία. Οι νεότεροι και οι μεγαλύτεροι άνθρωποι τείνουν να έχουν υψηλότερες βαθμολογίες ευημερίας από τους μεσήλικες, αν και μπορεί να υπάρχει μια πτώση της ευημερίας μεταξύ των πολύ ηλικιωμένων (Blanchflower & Oswald, 2008; Clark & Oswald, 1994). Ενώ οι μεσήλικες ενήλικες έχουν επίσης τον υψηλότερο επιπολασμό κοινών ψυχικών διαταραχών (Singleton, Bumpstead, O'Brien, Lee, & Meltzer, 2001). Έχουν επίσης αναφερθεί αλληλεπιδράσεις μεταξύ ηλικίας και φύλου. Στοιχεία από τη Βρετανική Έρευνα Υγείας και Τρόπου Ζωής δείχνουν ότι, σε σύγκριση με τους μεσήλικες και τους νεότερους άνδρες, οι ηλικιωμένοι έχουν τον μικρότερο αριθμό συμπτωμάτων ψυχολογικής δυσφορίας. Από την άλλη πλευρά, σε σύγκριση με άλλες ηλικιακές ομάδες, οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας έχουν την υψηλότερη βαθμολογία στα συμπτώματα ψυχολογικής δυσφορίας και επίσης τη χαμηλότερη βαθμολογία στη θετική ευεξία (Huppert & Whittington, 2003).

3. ο γάμος

Το να είσαι παντρεμένος συνήθως συνδέεται με υψηλότερη ικανοποίηση από τη ζωή και χαμηλότερα ποσοστά ψυχολογικής κακής υγείας (Dolan, Peasgood, & White, 2008). Αλλά η κατεύθυνση της αιτιώδους συνάφειας δεν είναι σαφής, καθώς άτομα με υψηλά επίπεδα ψυχολογικής ευεξίας είναι πιο πιθανό να παντρευτούν (Diener, 2000). Δύο μελέτες έδειξαν ότι μια διάσταση της ευημερίας, η αυτονομία, είναι υψηλότερη μεταξύ των γυναικών που έχουν χωρίσει σε σύγκριση με τις παντρεμένες ή τις μη παντρεμένες γυναίκες (Lindfors, Berntsson, & Lundberg, 2006).

- Κοινωνικοοικονομικοί Παράγοντες

- 1) εισόδημα

Οι κύριοι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες τείνουν να έχουν συγκρίσιμες επιπτώσεις στην ψυχική ευεξία και την ψυχική ασθένεια. Γενικά, υπάρχει μια κοινωνική κλίση όπου τα υψηλότερα επίπεδα εισοδήματος και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση συνδέονται με υψηλότερα επίπεδα ευημερίας και χαμηλότερα ποσοστά διαταραχής (Dolan et al., 2008; Ryff & Singer, 1998b), αν και αυτή η επίδραση μειώνεται σε προοδευτικά υψηλότερα επίπεδα εισοδήματος.

- 2) εκπαίδευση

Ενώ οι περισσότερες μελέτες βρίσκουν τα ανώτατα εκπαιδευτικά προσόντα προστατευτικά έναντι της κακής ψυχικής υγείας, μερικές έχουν βρει μια αντίστροφη κλίση για την εκπαίδευση (Dolan et al., 2008; Fagg et al., 2008). Για παράδειγμα, οι Chevalier και Feinstein (2006) βρήκαν ότι οι άνδρες με υψηλό μορφωτικό επίπεδο είναι πιο πιθανό να πάθουν κατάθλιψη από εκείνους με χαμηλότερη εκπαίδευση. Υποστηρίζουν ότι η αύξηση της κατάθλιψης που σχετίζεται με το ανώτατο επίπεδο εκπαίδευσης μπορεί να αποτελεί ένδειξη του εργασιακού άγχους. Η αντίστροφη κλίση για την εκπαίδευση θα μπορούσε επίσης να αντανακλά το ρόλο της εκπαίδευσης στην αύξηση των προσδοκιών που μπορεί να μην έχουν εκπληρωθεί. Επομένως, η αύξηση του μορφωτικού επιπέδου δεν εγγυάται από μόνη της ότι θα βελτιωθεί η ευημερία.

- 3) ανεργία

Η ανεργία έχει συνδεθεί από καιρό με την παρουσία προβλημάτων ψυχικής υγείας (Evans & Repper, 2000) και χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή (Winkelmann & Winkelmann, 1998). Σε πολλές μελέτες, η κατεύθυνση της αιτιότητας δεν μπορεί να εξακριβωθεί, αλλά δεδομένα από ορισμένες διαχρονικές μελέτες δείχνουν ότι οι άνθρωποι που ξεκίνησαν σχετικά ευτυχισμένοι έγιναν δυστυχισμένοι αφού έμειναν άνεργοι (Lucas, Clark, Georgellis, & Diener, 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

4.1 Εννοιολογική προσέγγιση

Τα τελευταία χρόνια οι πληθυσμοί του δυτικού κόσμου γνωρίζουν έστω και ενστικτωδώς τη σημαίνει ο όρος ποιότητα ζωής με βάση πάντα τα θέλω τους. Όμως, μέχρι και σήμερα δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός (Basu, 2004) και αυτό γιατί τον όρο “ποιότητα ζωής” δύσκολα μπορεί κάποιος να τον ορίσει αφού είναι μια έννοια πολύ αφηρημένη (Λαμπροπούλου, 2018). Η ποιότητα ζωής αποτελεί ένα πολύπλευρο φαινόμενο με πλούσιο περιεχόμενο και πολυθεματική προσέγγιση (Ventegodt et al., 2003). Αποτελεί αδιαμφισβήτητα μία πολυδιάστατη, ευμετάβλητη και υποκειμενική έννοια (Θεοφίλου, 2015). Γενικότερα, αναφέρεται στον βαθμό ευημερίας ενός ατόμου (McAbee et al., 2017), αλλά και στο νόημα που αποδίδουν οι άνθρωποι σε σημαντικές πτυχές της ζωής τους (Moons et al., 2006; Oyewumi et al., 2013). Πιο συγκεκριμένα, περιλαμβάνει προσωπικές προτιμήσεις, εμπειρίες, αντιλήψεις και στάσεις σχετικά με

φιλοσοφικές, πολιτιστικές, πνευματικές, ψυχολογικές, οικονομικές, πολιτικές και διαπροσωπικές διαστάσεις της καθημερινής ζωής (Yfantopoulos, 2001c). Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η ποιότητα ζωής ορίζεται ως η αντίληψη του ατόμου για το επίπεδο ζωής του, στο πλαίσιο του συστήματος αξιών και σε σχέση με τους προσωπικούς στόχους, προσδοκίες, πρότυπα καθώς και τις ανησυχίες που το διακρίνει (WHO, 2012). Είναι μια διαδεδομένη Παγκοσμίως έννοια, καθώς χρησιμοποιείται ως βασική αρχή για την ύπαρξη κοινωνικών αλληλεπιδράσεων μεταξύ ατόμου και κοινωνίας, που επικεντρώνεται στο άτομο αυτό καθ' αυτό και στο περιβάλλον του και παρέχει ένα πλαίσιο στο οποίο εφαρμόζονται αρχές και ιδέες της ποιότητας ζωής (Schalock et al., 2002). Επομένως, πρόκειται για μια κοινωνική και εξατομικευμένη κατασκευή (Oyewumi et al., 2013), την οποία το κάθε άτομο αντιλαμβάνεται με τον δικό του μοναδικό τρόπο (Jaiyeola & Adeyemo, 2018). Ο όρος της ποιότητας ζωής εσωκλείει παράγοντες, όπως είναι παραδείγματος χάρη, η υγεία, η εκπαίδευση, η οικονομική κατάσταση, οι δραστηριότητες αναψυχής, οι κοινωνικές σχέσεις και το περιβάλλον (Theofilou, 2013). Είναι ένας όρος, ο οποίος έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς από όλους τους κλάδους των επιστημών επομένως, μπορεί να οριστεί με διαφορετικό τρόπο από διαφορετικά επιστημονικά πεδία, όπως τις επιστήμες υγείας, την κοινωνιολογία, την ανθρωπολογία, την ψυχολογία, την οικονομική επιστήμη και άλλες επιστήμες που ασχολούνται με τον άνθρωπο και το περιβάλλον του.

Αφού η ποιότητα ζωής λοιπόν αποτελεί μία πολυδιάστατη έννοια με οικονομικές, κοινωνικές, ιατρικές, πολιτιστικές και προσωπικές προσεγγίσεις, αντιλήψεις και εμπειρίες (Yfantopoulos, 2001) υπάρχουν και διαφορετικές προσεγγίσεις, όπως η οικονομολογική προσέγγιση που εστιάζει στην κατανομή οικονομικών πόρων, στη σύγκριση κρατών, στο Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν και στα επίπεδα φτώχειας (Νάκου, 2001) ενώ από την άλλη μεριά η ψυχολογία και η κοινωνιολογία συνδυάζουν τους κοινωνικοοικονομικούς και ψυχολογικούς παράγοντες σε 3 κατηγορίες:

- ❖ Τις εξωτερικές συνθήκες (εργασία, σπίτι και οικονομία)
- ❖ Τις διαπροσωπικές σχέσεις (οικογένεια, σύντροφος, φίλοι)
- ❖ Την εσωτερική ισορροπία (διάθεση, αυτοσεβασμός και αυτοεκτίμηση) (Lindstrom, 1995).

Σύμφωνα με την ιατρική προσέγγιση, η ποιότητα ζωής, κατά τις τελευταίες δεκαετίες, έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον της ιατρικής κοινότητας και άλλων ειδικοτήτων στο χώρο της υγείας. Ως όρος έχει δεχτεί πολλαπλές σημασιολογικές προσεγγίσεις, κυρίως όμως περικλείει παραμέτρους της καλής ψυχικής, κοινωνικής και σωματικής κατάστασης του ατόμου, εστιάζοντας στην υποκειμενική του εκτίμηση (Θεοφίλου, 2015).

Παρά τις διαφορετικές αντιλήψεις όλοι οι επιστημονικοί κλάδοι αναφέρουν ότι η ποιότητα ζωής σχετίζεται με την ικανοποίηση που αισθάνεται κάποιος σε τρία επίπεδα: σωματικό, ψυχολογικό και κοινωνικό. Επηρεάζεται, από την ενασχόλησή του με ικανοποιητικές δραστηριότητες στον ελεύθερο του χρόνο και την υποκειμενική αντίληψη του βαθμού λειτουργικότητάς του σε σημαντικούς τομείς της ζωής (Στεφάνου, 2012).

Ο Ferrans (1996), επισήμανε ότι υπάρχει μια αυξανόμενη ανάγκη για αποσαφήνιση της έννοιας της ποιότητας ζωής. Ο Liu (1976) υποστήριξε ότι «υπάρχουν τόσοι πολλοί ορισμοί για την ποιότητα ζωής, όσοι ακριβώς είναι και οι άνθρωποι», σκεπτόμενος ότι οι άνθρωποι διαφέρουν μεταξύ τους ως προς το τι θεωρεί ο καθένας σημαντικό.

Κατά καιρούς λοιπόν έχουν προταθεί διάφοροι ορισμοί, ανάλογα με την οπτική γωνία υπό την οποία ο εκάστοτε ερευνητής αντιμετωπίζει το θέμα. Οι Schalock και

Keith (2016), όρισαν την ποιότητα ζωής ως «ένα πολυδιάστατο φαινόμενο που αποτελείται από βασικούς τομείς που επηρεάζονται από προσωπικά χαρακτηριστικά και περιβαλλοντικούς παράγοντες». Landesman (1986), Υποστηρίζει ότι «η ποιότητα ζωής είναι το σύνολο μιας σειράς από αντικειμενικά μετρήσιμες συνθήκες ζωής, όπως τις έχει βιώσει ένα άτομο. Οι Borthwick-Duffy et al. (1992) διατύπωσαν, «η ποιότητα ζωής ορίζεται ως ένα συνονθύλευμα των συνθηκών διαβίωσης και της ικανοποίησης», δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην ανάγκη να λαμβάνονται υπόψη και οι προσωπικές αξίες, οι φιλοδοξίες και οι προσδοκίες.

Ο Farquhar (1995) πρότεινε τρία κύρια είδη ορισμών της ποιότητας ζωής:

- 1) την καθολική
- 2) τη συστατική
- 3) την εστιασμένη σε ορισμούς.

Οι καθολικοί ορισμοί ενσωματώνουν τις ιδέες της ικανοποίησης/δυσaréσκειας και της ευτυχίας/ δυστυχίας. Οι ορισμοί των συστατικών καταθέτουν την ποιότητα ζωής σε στοιχεία ή διαστάσεις ή εντοπίζουν ορισμένα χαρακτηριστικά που θεωρούνται απαραίτητα για οποιαδήποτε αξιολόγηση της ποιότητας ζωής. Τέλος, οι εστιασμένοι ορισμοί αναφέρονται σε ένα μόνο ή σε μικρό αριθμό διαστάσεων της ποιότητας ζωής.

Σύμφωνα με τον Freud, η ευτυχία πηγάζει από τις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου (Θεοφίλου, 2015). Κατά τον McCall (1975), η ποιότητα ζωής συνίσταται στην ύπαρξη και στη δυνατότητα πρόσβασης προς τις απαραίτητες εκείνες συνθήκες που εξασφαλίζουν την ευτυχία σε μία δεδομένη κοινωνία ή περιοχή. Σύμφωνα με την αντίληψη του Hancock η ποιότητα ζωής των ατόμων μιας κοινωνίας εξαρτάται από την εύρυθμη λειτουργία της και περιλαμβάνει δραστηριότητες όπως η συμμετοχή στα κοινά και ο βαθμός πολιτικοποίησης (Hancock et al., 1999).

Παρατηρείτε λοιπόν, ότι υπάρχει μία διάκριση μεταξύ των «αντικειμενικών» και «υποκειμενικών» παραμέτρων. Από αυτό μπορούμε να καταλάβουμε ότι υπάρχει αναγκαιότητα συνδυασμού αυτών των δύο παραμέτρων που θα μπορούσε να οδηγήσει στην τελική διατύπωση της έννοιας της ποιότητας ζωής. Έτσι «η ποιότητα ζωής ορίζεται ως το να είναι η ζωή καλή και αξιολογείται με κριτήρια υποκειμενικά, αλλά και αντικειμενικά που καθορίζονται από την εκτίμηση των εξωτερικών συνθηκών» (Zautra and Goodhart, 1979). Ειδικότερα, η υποκειμενική διάσταση αναφέρεται στο αίσθημα της ευημερίας και στην ικανοποίηση που προσλαμβάνουν τα άτομα από το περιβάλλον και αξιολογείται από το ίδιο το άτομο, ανάλογα με τα συναισθήματά του, την ικανοποίηση ή τη δυσaréσκεια που αισθάνεται για τη ζωή του και τους στόχους που έχει θέσει. Η αντικειμενική διάσταση αναφέρεται στους δείκτες της ανθρώπινης ανάπτυξης και κοινωνικής ευημερίας και περιλαμβάνει παράγοντες όπως τον πολιτικό και κοινωνικό βίο, τις οικονομικές εξελίξεις, το φυσικό περιβάλλον, τα συλλογικά και ατομικά δικαιώματα, την υγειονομική κατάσταση ενός τόπου και την ευκαιρία βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης (Σαρρής, 2001).

Ο Maclaren σημειώνει ότι οι αντικειμενικοί δείκτες χρησιμοποιούνται για να μετρήσουν κάτι συγκεκριμένο όπως η οικονομία ή τα χαρακτηριστικά της κοινωνίας, ενώ οι υποκειμενικοί δείκτες σχετίζονται με τις αξιολογικές κρίσεις του κοινωνικού συνόλου (Maclaren, 1996).

Η έννοια της ποιότητας ζωής δηλαδή περιλαμβάνει :

α) Υποκειμενικές μετρήσεις τόσο σε ατομικό επίπεδο (ικανοποίηση από το συνθήκες διαβίωσης, ευτυχία, αίσθημα ευεξίας / υγείας, τις γενετικές προδιαθέσεις) όσο και σε επίπεδο κοινωνικού συνόλου (δυνατότητα να συμμετέχεις και να επηρεάζεις τις συνθήκες ζωής των άλλων) (Hancock, 2000).

β) Αντικειμενικές μετρήσεις τόσο σε ατομικό επίπεδο (για παράδειγμα επίπεδο εκπαίδευσης / μόρφωσης) όσο και σε επίπεδο κοινωνικού συνόλου (περιβαλλοντικές,

κοινωνικές, οικονομικές συνθήκες, επίπεδο κοινωνικής πρόνοιας, πολιτικός βίος, την εθνική ταυτότητα ,τα ατομικά και συλλογικά δικαιώματα κτλ) (Claussen, 2004).

Τέλος, υπάρχουν 4 κατηγορίες δεικτών που εστιάζουν στην ποιότητα ζωής του ανθρώπου και είναι οι ακόλουθοι:

1) Περιβαλλοντικοί δείκτες: ασχολούνται με τους φυσικούς πόρους και το περιβάλλον και αποσκοπούν στη μέγιστη βελτίωσή του.

2) Οικονομικοί δείκτες: παρουσιάζουν στοιχεία από την οικονομία μιας συγκεκριμένης περιοχής.

3) Κοινωνικοί δείκτες: ασχολούνται με θέματα όπως η υγεία, η εκπαίδευση, η εργασία, η κατοικία κ.α. (Aristigueta & Dooren, 2005).

4) Πολιτισμικοί δείκτες: αφορούν τα ήθη και τα έθιμα μιας ,την εθνική μας ταυτότητα και την πολιτισμική μας κληρονομιά.

Η ακαταλληλότητα ενός δείκτη για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής εξαρτάται κάθε φορά από τα χαρακτηριστικά της κοινότητας που εξετάζει (Παπάνης, 2007).

4.2 Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής

Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής αποκτά όλο και μεγαλύτερη σημασία στον τομέα της υγείας (Rustoen & Schjølbjer 2000). Βασική λοιπόν προϋπόθεση για την υψηλή ποιότητα ζωής των ατόμων αποτελεί η υγεία. Η σχετιζόμενη δηλαδή με την υγεία ποιότητα ζωής (ΣΥΠΖ), αναφέρεται στην ψυχοκοινωνική, συναισθηματική και σωματική έκβαση της θεραπείας όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τον ασθενή (Pandey et al., 2002). Η μέτρηση του συνολικού επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού, λειτουργεί σαν τη βασική συνισταμένη για την εκτίμηση του επιπέδου της ποιότητας ζωής εφόσον η υγεία με τη σύγχρονη αντίληψη της σχετίζεται με άμεσο τρόπο με σωματική και ψυχολογική ευεξία των ατόμων (Υφαντοπούλου, 2001). Συγκεκριμένα, η ΣΥΠΖ αποτελεί ένα επιστημονικό δημιούργημα, το οποίο επικεντρώνεται στην υγεία, καθώς δεν αναφέρεται σε παράγοντες όπως η ευτυχία, η ικανοποίηση, τα πρότυπα ζωής, το κλίμα ή το περιβάλλον, αλλά περιλαμβάνει αποκλειστικά τις πλευρές της ποιότητας ζωής που αφορούν τη σωματική, ψυχική και κοινωνική υγεία (Υφαντόπουλος, 2007). Η ΣΥΠΖ δηλαδή αποτελεί μια δυναμική έννοια, η οποία επικεντρώνεται σε τομείς και λειτουργίες της ζωής άρρηκτα συνδεδεμένες με την κατάσταση υγείας και μπορεί να περιλαμβάνει θέματα όπως το επίπεδο υγείας, η συναισθηματική, γνωστική, κοινωνική και σεξουαλική λειτουργικότητα καθώς και έννοιες υπαρξιακού περιεχομένου. Η έννοια της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία αναφέρεται τόσο στους ασθενείς, όσο και στους υγιείς. Όσον αφορά τους ασθενείς, η ΣΥΠΖ μετρά τις επιπτώσεις μιας νόσου, εκφράζοντας το βαθμό κατά τον οποίο η συνήθης σωματική, συναισθηματική και κοινωνική ευεξία επηρεάζεται από τη νόσο ή από τη θεραπεία της. Όσον αφορά το γενικό πληθυσμό, βασίζεται στην εκτίμηση που κάνει το ίδιο το άτομο για την κατάσταση της υγείας του προσλαμβάνοντας φυσικές, συναισθηματικές και κοινωνικές διαστάσεις (Αργέντου, 2009).

Σύμφωνα με τους Τριανταφύλλου και συν. (2005), οι κύριες μεθοδολογικές προσεγγίσεις της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας είναι:

1. Εκτίμηση της ποιότητας ζωής σε σχέση με την υγεία γενικά: αξιολογούνται οι επιδράσεις που ασκούνται από την ίδια τη νόσο, καθώς και από την πρόληψη και τη θεραπεία της νόσου στη λειτουργική κατάσταση και ψυχική ευεξία του ανθρώπου.

2. Εκτίμηση της ποιότητας ζωής σε σχέση με μία ασθένεια: επισημαίνονται οι επιδράσεις που έχει μια συγκεκριμένη ασθένεια στην ποιότητα ζωής του ασθενή.

3. Εκτίμηση ενός συγκεκριμένου τομέα της ποιότητας ζωής: αξιολογούνται συγκεκριμένοι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής, όπως η σωματική λειτουργικότητα, τα επίπεδα πόνου και κόπωσης, το άγχος και η κατάθλιψη, κ.α.

4.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής

Η ποιότητα ζωής αποτελεί έναν όρο ο οποίος έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως από το σύνολο των επιστημονικών κλάδων (Yfanloroulos, 2001; Huber et al. 2018). Αυτό επιβεβαιώνεται από την πολυφωνία που υπάρχει για τον ορισμό του περιεχομένου του συγκεκριμένου όρου. Η ποιότητα ζωής λοιπόν αποτελεί μια έννοια δυναμική και πολυποικίλη. Η πολυπλοκότητα του όρου διαφαίνεται από την πληθώρα των παραγόντων που μπορούν να την επηρεάσουν. Η εμπειρία της αναπηρίας επηρεάζεται από την ικανότητα εκτέλεσης καθηκόντων, τους παράγοντες που διευκολύνουν την καθημερινότητα και τα εμπόδια στο περιβάλλον και τις συνθήκες υγείας (Cieza et al., 2018).

Σύμφωνα με τους Jespersen και συνεργάτες (2018), ο τρόπος που μπορούν τα άτομα με αναπηρία να διατηρήσουν την κοινωνική τους συμμετοχή και τις κοινωνικές τους σχέσεις επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους. Για το λόγο αυτό, τα προγράμματα παρέμβασης θα πρέπει να περιλαμβάνουν την προσπάθεια δημιουργίας και διατήρησης κοινωνικών σχέσεων μαζί με ψυχολογική βοήθεια, τη χορήγηση βοηθημάτων και την οικονομική υποστήριξη με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της κοινωνικής συμμετοχής των ατόμων με αναπηρία. Η ανάπτυξη διαπροσωπικών δεξιοτήτων και επικοινωνίας είναι στοιχεία απαραίτητα ιδιαίτερα όταν το άτομο ενηλικιώνεται όπως συμβαίνει και για ένα άτομο τυπικώς αναπτυσσόμενο (Nota, Ferrari, Soresi et al., 2007). Η δημιουργία και η ανάπτυξη διαπροσωπικών δεξιοτήτων είναι ένα απαραίτητο στοιχείο για μια ποιοτική ενήλικη ζωή, ακόμα και για τα άτομα τυπικής ανάπτυξης, πόσο μάλλον για τα άτομα με αναπηρία (Miller & Chan, 2008).

Η αναπηρία επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ατόμων, σε όλους τους τομείς (υγεία, ψυχολογία, κοινωνικές σχέσεις, περιβάλλον). Οι Edwards, Patrick και Topolski, (2003) υποστήριξαν ότι τα άτομα με αναπηρία αναφέρουν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής σε σχέση με εκείνα χωρίς αναπηρία, με μεγαλύτερη έμφαση στην αυτοαξιολόγηση της υγείας και τα σύνδρομα κατάθλιψης. Επίσης, όπως αναφέρουν οι Jespersen και συνεργάτες (2018), η αποδοχή από την κοινωνία, οι διακρίσεις, οι προκαταλήψεις και η ικανότητα συμμετοχής στα κοινωνικά δρώμενα επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής τους. Ακόμη, τα άτομα με αναπηρία έρχονται συχνά αντιμέτωπα με εμπόδια πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και ιατρικής περίθαλψης. Με δεδομένο λοιπόν ότι, η διαμόρφωση του περιβάλλοντος είναι βασισμένη στις ανάγκες των ατόμων χωρίς αναπηρία, το γεγονός αυτό συνεπώς, εμποδίζει τα άτομα με αναπηρία να οικειοποιηθούν κοινωνικά αποδεκτούς τρόπους ζωής, ενώ σε πολλές περιπτώσεις δεν έχουν τη δυνατότητα να εκφράσουν τις απόψεις τους, να συμμετέχουν ισότιμα στη λήψη των αποφάσεων, ακόμα και αν αφορούν τα ίδια (Σούλης, Φλωρίδης, 2006). Για το λόγο αυτό είναι σημαντικό να μειωθούν τα κοινωνικά και περιβαλλοντικά εμπόδια ώστε να επιτευχθεί η ενσωμάτωση των ατόμων με αναπηρία στο σχολείο, την οικογένεια, τις κοινωνικές δραστηριότητες ως μια πρακτική λύση για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους (Edwards et al., 2003).

Η ποιότητα ζωής λοιπόν λαμβάνει μια υποκειμενική διάσταση και επηρεάζεται από εγγενείς και εξωγενείς παράγοντες, είναι δύσκολο να διαχειριστεί και να βελτιστοποιήσει αυτή την έννοια χωρίς να προβλέψει τους καθοριστικούς της παράγοντες (Kuvalekar et al., 2015). Μερικοί από τους καθοριστικούς παράγοντες της ποιότητας

ζωής σε άτομα με αναπηρία περιλαμβάνουν το άγχος και την κατάθλιψη, την περιορισμένη αυτόαποτελεσματικότητα και την περιορισμένη σωματική δραστηριότητα (Westlund & Jong, 2022). Στις έρευνες έχει παρατηρηθεί μια σύγκλιση αναφορικά με το ότι οι αναπηρίες προκαλούν σημαντική επιβάρυνση στα άτομα, τα οποία και αντιμετωπίζουν περισσότερους περιορισμούς στις κοινωνικές δραστηριότητες από τους υγιείς, οι οποίοι συνδέονται με χαμηλότερο επίπεδο ευημερίας και σχετικά κακή ποιότητα ζωής (Rajati et al., 2018).

Μια βιβλιογραφική ανασκόπηση από τους Selwyn & Riley (2015) για άτομα με αναπηρίες σχετικά με τους τομείς ποιότητας ζωής απέδωσε αρκετούς δείκτες. Η συντριπτική πλειονότητα αυτών των δεικτών σχετίζεται με επτά βασικούς τομείς της ποιότητας ζωής:

- διαπροσωπικές σχέσεις
- κοινωνική ένταξη
- προσωπική ανάπτυξη
- φυσική ευημερία
- αυτοδιάθεση
- υλική ευημερία και δικαιώματα (Selwyn & Riley, 2015; Schalock, 2004).

Σύμφωνα με τον Σαρρή(2001), οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής κατηγοριοποιούνται σε οκτώ κατηγορίες.

1.Κοινωνικοοικονομική δομή και λειτουργία της κοινωνίας: τρόπος παραγωγής, σχέσεις παραγωγής, καταμερισμός εργασίας, κοινωνική διαστρωμάτωση.

2.Οικονομικοπολιτικοί παράγοντες: επίπεδο κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης και ευημερίας, τύποι διανομής εισοδήματος, προγραμματισμός, αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των τομέων της οικονομίας.

3.Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες: τρόπος ζωής, κοινωνικοοικονομικές ανισότητες, ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά κατοικίας, αστική και αγροτική διάρθρωση.

4.Ψυχοκοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες: ήθη και έθιμα, συνήθειες, νοοτροπία, τάσεις και στάσεις, κοινωνική συμπεριφορά και άσκηση κοινωνικών ρόλων, επίπεδα αλφαριθμητισμού, ποιότητα εκπαιδευτικού συστήματος.

5.Περιβαλλοντολογικοί παράγοντες: επίπεδο μόλυνσης του περιβάλλοντος, βαθμός προστασίας των οικοσυστημάτων.

6.Γεωφυσικοί παράγοντες: φυσικός πλούτος, πρώτες ύλες, παραγωγικότητα γης, κλιματολογικές συνθήκες.

7.Δημογραφικοί παράγοντες: ρυθμός εξέλιξης πληθυσμού, αστική και αγροτική πυκνότητα, εσωτερική και εξωτερική μετανάστευση και σύνθεση του πληθυσμού κατά φύλο, ηλικία, επάγγελμα, κλπ.

8.Υγειονομικοί και ιατρικοί παράγοντες: επίπεδο και εξέλιξη υγειονομικών, επιδημιολογικών και ιατρικών γνώσεων και πρακτικών.

Κατά τους Renwick και Brown (1996), οι κύριοι παράγοντες της ποιότητας ζωής είναι: η σωματική και ψυχολογική ευεξία, η αυτονομία, η αυτοεκτίμηση, η ανεξαρτησία, η έλλειψη άγχους, η πνευματική ευεξία, η σωματική άσκηση, η εμφάνιση, η διατροφή, οι προσωπικές αξίες, οι αντιλήψεις, τα υλικά αγαθά, η επάρκεια αγαθών, η προσβασιμότητα σε αγαθά και υπηρεσίες, οι διαπροσωπικές σχέσεις, οι οικογένεια, οι φίλοι, η κατοικία, τα σχολικά κτίρια, το επάγγελμα, ο ελεύθερος χρόνος, η ψυχαγωγία, η μόρφωση και οι δυνατότητες για εξέλιξη.

Επίσης κατά τους Nussbaum και Sen (1993), οι παράγοντες αυτοί είναι: το χρηματικό εισόδημα, το προσδόκιμο ζωής, η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, η εκπαίδευση, η εργασία, τα πολιτικά και νομικά δικαιώματα, οι προσωπικές και κοινωνικές

ελευθερίες, οι ανθρώπινες σχέσεις και η δυνατότητα για ανάπτυξη της φαντασίας και της έκφρασης συναισθημάτων.

Επιπροσθέτως, σύμφωνα με τους Zahran et al.(2005), σημαντικό ρόλο έχουν: το φύλο, η ηλικία, η εθνότητα, η οικογενειακή κατάσταση του ατόμου, η εκπαίδευση, το εισόδημα, η εργασιακή κατάσταση, (δηλαδή αν το άτομο έχει συνταξιοδοτηθεί, είναι άνεργο ή για οποιονδήποτε λόγο δεν μπορεί να εργαστεί καθόλου) και η πρόβλεψη για υγειονομική περιθάλαψη.

Γίνεται λοιπόν κατανοητό από τα παραπάνω, ότι δεν υπάρχει μία κοινά αποδεκτή άποψη σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής. Υπάρχουν ωστόσο, ορισμένοι κοινά αποδεκτοί παράγοντες από διαφορετικά επιστημονικά πεδία και οι οποίοι μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε τρεις ομάδες αυτοί είναι:

- ✓ **Σωματική ευημερία:** η συγκεκριμένη ομάδα παραγόντων αποτελεί στοιχείο-κλειδί στις περισσότερες έρευνες που αφορούν την ποιότητα ζωής και εμπεριέχει τη σωματική κατάσταση (πόνος και άλλες δυσάρεστες αισθήσεις, ενέργεια και εξάντληση, ύπνος και ξεκούραση) και την λειτουργική κατάσταση του ατόμου (σωματική ικανότητα, ικανότητα επικοινωνίας, συναισθηματική κατάσταση).
- ✓ **Υλική ευημερία:** αποτελεί μία εξίσου σημαντική ομάδα παραγόντων που επηρεάζει την ποιότητα ζωής και περιλαμβάνει παράγοντες όπως η οικονομική κατάσταση του ατόμου, η εργασία, τα υλικά αγαθά και οι συνθήκες διαβίωσης και στέγασης.
- ✓ **Κοινωνική ευημερία:** αποτελεί τη μεγαλύτερη ομάδα παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής. Μάλιστα, οι συγκεκριμένοι παράγοντες κερδίζουν ολοένα και μεγαλύτερο έδαφος στην έρευνα της ποιότητας ζωής, φέρνοντας την οικογένεια, την κοινωνική ζωή και τον ελεύθερο χρόνο στο προσκήνιο (Pukeliene & Starkauskiene, 2011).

Ένας άλλος παράγοντας που επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής είναι η ύπαρξη ελεύθερου χρόνου. Ο Olfert (2003) αναφέρει ότι ο ελεύθερος χρόνος έχει 4 βασικά χαρακτηριστικά σχετικά με:

- Το περιβάλλον (διατήρηση- προστασία δασών και φυσικού περιβάλλοντος)
- Τα κοινωνικά (ανάπτυξη στενών οικογενειακών σχέσεων και αίσθημα εθελοντισμού)
- Τα οικονομικά (οικογενειακό και προσωπικό εισόδημα, γενικότερη οικονομική κατάσταση)
- Τα προσωπικά (διασκέδαση, χαλάρωση, ταξίδια, γυμναστήριο κ.α.)

Βέβαια, μόνο η ύπαρξη του ελεύθερου χρόνου δεν αρκεί, αφού σημαντική παράμετρος είναι και η κατάλληλη αξιοποίηση του που θα συμβάλει στην βελτίωση και εξέλιξη της ποιότητας ζωής(Τζινιέρη & Κοκκώση., 2003).

Παρ' όλα αυτά, θεωρείται ότι είναι απαραίτητη και η διερεύνηση των εσωτερικών ψυχολογικών διεργασιών, για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής(Βεσαί, 2021). Ο Fransson (2008), προσδιόρισε τη θετική ψυχική υγεία σε μία κατάσταση ισορροπίας που συμπεριλαμβάνει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- ✓ Τη δυνατότητα αντίστασης στο stress,
- ✓ Τη δυνατότητα του ατόμου να είναι ενεργητικό και ανεξάρτητο από κοινωνικές επιρροές,
- ✓ Την ικανότητα να ελέγχει το περιβάλλον,
- ✓ Την ικανότητα να αγαπά, να εργάζεται και να διασκεδάζει και
- ✓ Τη δυνατότητα να επιλύει τα προβλήματά του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΕΡΕΥΝΩΝ

5.1 Αναπηρία & Σεξουαλικότητα

Υπολογίζεται ότι το 15% παγκοσμίως αντιμετωπίζει κάποια μορφή αναπηρίας. Φυσικές, αισθητηριακές, νοητικές και αναπτυξιακές αναπηρίες επηρεάζουν άνδρες και γυναίκες σε ολόκληρο τον κόσμο. Τα αίτια που προκαλούν τις αναπηρίες ποικίλουν, ενώ η εμφάνιση τους μπορεί να γίνεται κατά τη στιγμή της γέννηση ή και σε μεγαλύτερη ηλικία, εξαιτίας κάποιου ατυχήματος ή ασθένειας. Τα άτομα με αναπηρίες έρχονται καθημερινά αντιμέτωπα με πλήθος δυσκολιών λόγω της κατάστασης της υγείας τους και πολύ συχνά γίνεται λόγος για την ανάγκη διασφάλισης των δικαιωμάτων τους. Ένα όμως θέμα που δεν συζητείται αρκετά, αφορά την σεξουαλικότητά τους (Addlakha, Price & Heidari, 2017).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO, 2010) ορίζει τη σεξουαλική υγεία ως μια κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας που σχετίζεται με τη σεξουαλικότητα καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής (Edwards, 2004). Κατά τον Deepak (2002) η σεξουαλικότητα κι η αναπηρία αποτελούν δυο θέματα ταμπού που κρύβονται πίσω από κλειστές πόρτες και δεν συζητιούνται ανοιχτά στην κοινωνία. Τα άτομα με αναπηρία βρίσκονται πάρα πολύ μακριά από την ερμηνεία της αρρενωπότητας ή της θηλυκότητας καθώς τα περισσότερα από τα χαρακτηριστικά που συνδέονται με την αρρενωπότητα και τη θηλυκότητα είναι κοινωνικά δομημένα και συνεπώς οι κοινωνικές ομάδες ορίζουν τι είναι και τι δεν είναι ανδρικό και θηλυκό (Sanchez et al., 2009). Τα άτομα με αναπηρία δείχνουν ενδιαφέρον για συναισθηματικές και συντροφικές σχέσεις, έχουν σεξουαλικές ανάγκες που ζητούν να εκπληρωθούν (Dupras & Dionne, 2014). Δυσκολεύονται όμως να ελέγξουν την σεξουαλικότητά τους και να την εκφράσουν με κοινωνικά αποδεκτό τρόπο (Dupras & Dionne, 2014). Η δυσκολία αυτή στην ανάπτυξη της σεξουαλικότητάς τους έγκειται στην άμεση εξάρτηση που έχουν από τους άλλους (Shepperdson, 1995). Η εξάρτηση από τους άλλους προκαλεί αισθήματα απογοήτευση και αισθήματα αναξιότητας. Κόντρα στα στερεότυπα που έχουν δημιουργηθεί για αυτό το θέμα, τα άτομα με αναπηρία εξερευνούν και ανακαλύπτουν την σεξουαλικότητά τους και οι περισσότεροι από αυτούς είναι σεξουαλικά ενεργοί παρά τους περιορισμούς που αντιμετωπίζουν. Παράλληλα, όσοι δεν είναι ακόμα σεξουαλικά ενεργοί, εκφράζουν επιθυμία να γίνουν ενεργοί σύντομα (McClelland, et al., 2012).

Για να είναι σεξουαλικά ενεργά τα άτομα με αναπηρία, θα πρέπει να έχουν ενεργή κοινωνική ζωή, να είναι ικανοί να δημιουργούν και να διατηρούν φιλίες και να έχουν δεχθεί σεξουαλική εκπαίδευση ώστε να γνωρίσουν την ανατομία του σώματός τους, τους τρόπους επικοινωνίας, να μπορούν να διατυπώνουν ορθά τις σεξουαλικές τους ανάγκες, να έχουν ιδιωτικότητα και δικαίωμα στο λάθος. Θα πρέπει επίσης, να έχουν ευκαιρίες ώστε να αναζητήσουν την σεξουαλικότητά τους (Bedard, Zhang & Zucker, 2010), να εκφράσουν την σεξουαλικότητά τους και να δημιουργήσουν και να διατηρήσουν σχέσεις (Gomez, 2012).

Όπως ήδη έχουμε αναφέρει η σεξουαλικότητα είναι αναπόσπαστο κομμάτι της ανθρώπινης ύπαρξης η οποία εμπεριέχει το σεξ, τους ρόλους των φύλων, τον σεξουαλικό προσανατολισμό, την απόλαυση, την οικειότητα, την αναπαραγωγή. Το κομμάτι

της σεξουαλικότητας είναι αναπόσπαστα συνδεδεμένο με τις επιθυμίες, τις φαντασιώσεις, τις συμπεριφορές και τις σχέσεις (World Health Organization, 2017). Η σεξουαλικότητα δεν είναι μόνο ότι έχει σχέση με το σεξ αλλά επηρεάζει όλες τις διαστάσεις της ανθρώπινης φύσης. Πρόκειται για ένα ένστικτο το οποίο ξεκινά με τη γέννηση του ανθρώπου και είναι κοινό σε όλους ανεξαρτήτως από το εάν έχουν ή όχι κάποια αναπηρία. Η σεξουαλικότητα παίζει βασικό ρόλο στην αυτοπραγμάτωση κάθε ανθρώπου. Έτσι η σεξουαλικότητα για τα άτομα με αναπηρία, είναι το ίδιο σημαντική όσο και για τα άτομα χωρίς αναπηρία (Baxley & Zendell, 2011). Ο βαθμός στον οποίο η αναπηρία γίνεται εμπόδιο 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. Αν και όπως είπαμε η δυνατότητα έκφρασης της σεξουαλικότητας αποτελεί θεμελιώδες δικαίωμα του ανθρώπου, η μελέτη της σεξουαλικότητας των ατόμων με αναπηρία είναι ένας κλάδος ιδιαίτερα παραμελημένος (Γιαννακόπουλος, 2006).

5.1.1 Σεξουαλικότητα & Οπτική αναπηρία

Ανθρωποι με βλάβες όρασης, ίσως ,αντιμετωπίσουν προβλήματα στην επικοινωνία με τους άλλους. Συχνά θεωρούμε δεδομένο, ότι η οπτική επαφή είναι συνήθως το πρώτο βήμα, για να επικοινωνήσεις με έναν πιθανό σεξουαλικό σύντροφο. Οι τυφλοί κι εκείνοι με μειωμένη όραση δεν έχουν στη διάθεσή τους αυτή τη δυνατότητα (Δασκαλάκη, 2013). Στην έρευνα των Cankurtaran et al.,(2020) όπου συμμετείχαν 90 άτομα με οπτική αναπηρία τεκμηριώθηκε πως η χαμηλή οπτική οξύτητα, συνδέεται με μειωμένη σεξουαλική επιθυμία και ικανοποίηση.

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. Ως αντιστάθμισμα βέβαια χρησιμοποιούνται άλλοι τρόποι επικοινωνίας όπως ο προφορικός λόγος και το άγγιγμα χεριών και ώμων του άλλου προσώπου (Δασκαλάκη, 2013).

Επίσης, όσον αφορά στη σεξουαλική συμπεριφορά αλλά και εκπαίδευση των τυφλών ατόμων, δε διαφέρει από αυτή των βλεπόντων (De Graaf et al., 2005). Ως τόσο, στην μελέτη των Wild et al., (2014) που επιδιώκει να κατανοήσει και να μάθει περισσότερο για τις ανάγκες και τις εμπειρίες σεξουαλικής αγωγής των μαθητών με προβλήματα όρασης και αποτελούνταν συνολικά, από 30 άτομα ηλικίας μεταξύ 18 και 30 ετών και διηγήθηκαν τις εμπειρίες τους σχετικά με τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση μέσω μιας έρευνας που περιλαμβάνει ερωτήσεις ανοιχτού τύπου και τύπου Likert. Αναφέρεται σύμφωνα με τους ερωτηθέντες ότι το να έχουν προβλήματα όρασης επηρέασε τις εμπειρίες τους στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Ανέφεραν ότι τα προγράμματα σπουδών περιορίζονταν συχνά σε θέματα όπως οι κίνδυνοι που σχετίζονται με τη σεξουαλική συμπεριφορά και ανατομικές ή βιολογικές πληροφορίες. Η προσέγγιση της διδασκαλίας περιλάμβανε παρουσίαση, συζήτηση ορισμένων σεναρίων και ελάχιστη ρητή ομιλία. Μια τέτοια εστίαση άφησε εκτός ή περιόρισε στο ελάχιστο ένα ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο της σεξουαλικότητας, συμπεριλαμβανομένων των τρόπων επικοινωνίας σε στενές σχέσεις, των κοινωνικών κανόνων γύρω από τις σεξουαλικές συμπεριφορές, των ορισμών της συναίνεσης στις σεξουαλικές σχέσεις, των επιλογών για ασφαλέστερο σεξ και των πόρων για τον εντοπισμό άλλων πληροφοριών. Η πλειονότητα

των συμμετεχόντων ανέφερε ότι η εμπειρία τους στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση παρεμποδίστηκε από την αποτυχία να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα όρασής τους. Αυτό υποδηλώνει ότι η ενδοσχολική διδασκαλία της σεξουαλικής αγωγής είναι περιορισμένης εστίασης και παρουσιάζεται ακατάλληλα για τις ανάγκες των μαθητών με προβλήματα όρασης. Αυτοί οι περιορισμοί, ωστόσο, δεν εμπόδισαν τους ερωτηθέντες να μάθουν για το σεξ. Έμαθαν αρκετές πληροφορίες για το σεξ με τρόπους που τους ήταν διαθέσιμοι εκτός του εγκεκριμένου σχολικού προγράμματος. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι έμαθαν περισσότερα εκτός του σχολικού προγράμματος για την πλειονότητα των θεμάτων που αναφέρονται στην έρευνα από φίλους, μέλη της οικογένειας και το Διαδίκτυο. Αυτές οι διαδεδομένες πηγές θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε παραπληροφόρηση και ως εκ τούτου υποδεικνύουν μια σαφή ανάγκη για πιο αξιόπιστες πηγές εκπαίδευσης και πληροφόρησης.

5.1.2 Σεξουαλικότητα & Ακουστική Αναπηρία

Σύμφωνα με τον Bounds (1987), οι κωφοί έχουν λιγότερες γνώσεις πάνω σε θέματα σεξουαλικής φύσεως απ' ό,τι ο γενικός πληθυσμός. Το μεγαλύτερο ωστόσο πρόβλημα που αναδύεται μέσα από σχετικές έρευνες 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». Όπως αναφέρετε στην μελέτη των Heiman et al., (2015) που στόχευε να χαρακτηρίσει τις αυτοαναφερόμενες σεξουαλικές συμπεριφορές των Κωφών ατόμων και η οποία αποτελούνταν από 282 Κωφούς συμμετέχοντες ηλικίας 18–64 ετών. Τα Κωφά άτομα ήταν σημαντικά πιο πιθανό να αναφέρουν δύο ή περισσότερους σεξουαλικούς συντρόφους το περασμένο έτος. Το γεγονός αυτό θέτει τα άτομα σε υψηλότερο κίνδυνο για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην περιορισμένη πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας πληροφορίες σεξουαλικής υγείας. Τα κωφά άτομα αγωνίζονται με χαμηλότερο αλφαριθμητισμό και γνώση υγείας σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Τα ευρήματα έδειξαν επίσης πως ένα χαμηλό ποσοστό των Κωφών ατόμων ήταν παντρεμένοι ή σε μια σοβαρή σχέση και από την άλλη, ένα υψηλότερο ποσοστό ήταν διαζευγμένοι. Γενικά, είχαν λιγότερες πιθανότητες να παντρευτούν και περισσότερες πιθανότητες να χωρίσουν σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Ένας σημαντικός λόγος 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). Η αδυναμία εντοπίζεται στο γεγονός ότι η παρεχόμενη πληροφορία που σχετίζεται με την σεξουαλική εκπαίδευση γίνονται γραπτά κάτι το οποίο δεν συστήνεται στην περίπτωση των κωφών μαθητών καθώς παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα αναγνωστικής κατανόησης απ' ό,τι ο υπόλοιπος πληθυσμός. Όπως ήδη αναφέραμε λοιπόν το μεγαλύτερο πρόβλημα των κωφών ατόμων είναι η επικοινωνία, αυτό φαίνεται λογικό αν αναλογιστούμε ότι μια μεγάλη πλειοψηφία αυτών των ανθρώπων χρησιμοποιεί τη νοηματική γλώσσα ή δικά της μοναδικά μέσα επικοινωνίας όπως η χειλανάγνωση και όπως είναι γνωστό οι τρόποι αυτοί επικοινωνίας δεν είναι γνωστοί στην πλειονότητα των ακουόντων, συνεπώς εάν ένας κωφός άνθρωπος επιλέξει να βγει ραντεβού με έναν ακούοντα που δεν χρησιμοποιεί τη νοηματική γλώσσα, τότε θα ήταν απαραίτητο να είναι παρών ένας διερμηνέας της νοηματικής. Αυτό από μόνο του αποτελεί ένα πρόβλημα καθώς δεν είναι εύκολο να έχεις μια παθιασμένη σεξουαλική συζήτηση μέσω τρίτου. Τίποτα από αυτά βέβαια δεν αποκλείει τη δυνατότητα σε μια πιθανή σεξουαλική σχέση αν και οι δύο σύντροφοι μάθουν να χρησιμοποιούν τη νοηματική γλώσσα, γεγονός που συμβαίνει συχνά. (Δασκαλάκη, 2013).

Συναντούμε επίσης 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.

5.1.3 Σεξουαλικότητα & Σωματική Αναπηρία

Οι άνθρωποι με κινητικά προβλήματα έχουν επίσης μια ποικιλία στην ομάδα τους. Μερικές μορφές κινητικής αναπηρίας αφορούν τον τραυματισμό της σπονδυλικής στήλης, τη δισχιδή ράχη, τον τραυματισμό του εγκεφάλου, το εγκεφαλικό επεισόδιο ή κάποιον ακρωτηριασμό. 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. Από έρευνες έχει αποδειχτεί ότι τα άτομα με φυσικές αναπηρίες έχουν περιορισμένη σεξουαλική ζωή. Αυτό οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στη μειωμένη κινητικότητα η οποία έχει αποδειχτεί ότι παρεμποδίζει τη σεξουαλική έκφραση των ατόμων με αναπηρίες (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).

Η έρευνα των MacDougal και Morin, 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). Ως τόσο υπάρχει μια μεγάλη διαφοροποίηση στους τρόπους με τους οποίους αυτοί οι άνθρωποι εκφράζονται σεξουαλικά. Για παράδειγμα, οι White et al., (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. Συχνά, πρέπει να μάθουν πώς να είναι σεξουαλικοί με το να ξαναεξοικειωθούν με το σώμα τους. Αυτό επιτυγχάνεται με το να αγγίζονται μόνοι τους, ώστε να ανακαλύψουν το τι τους κάνει να νιώθουν όμορφα. Οι άνθρωποι με κάκωση του νωτιαίου μυελού, συχνά, μιλούν για το πόσο δύσκολο είναι να χάνεις την ικανότητα του να έχεις τη σεξουαλική ανακούφιση του φυσιολογικού οργανισμού. Λένε, όμως ότι μόλις έγιναν πιο οικείοι με τα σώματά τους, άρχισαν να παρατηρούν αύξηση της διέγερσης, όταν άλλες περιοχές του σώματός τους ερεθίζονται. Ανεξάρτητα από το αν αυτό είναι ο λαιμός, τα αυτιά, τα χέρια, οι θηλές ή οποιαδήποτε περιοχή που μπορείς να ερεθίσεις χαϊδεύοντας, οι άνθρωποι με ποικίλους τύπους παράλυσης αναφέρουν ότι αισθάνονται σεξουαλικά ερεθισμένοι, ακόμη και αν δεν φθάνουν σε «φυσιολογικό» οργανισμό. Μερικοί άνθρωποι με παράλυση λένε ακόμα ότι τα σεξουαλικά τους συναισθήματα έχουν μεταφερθεί «μέσα στο κεφάλι τους» και ότι πετυχαίνουν «εγκεφαλικούς οργανισμούς» στη θέση των φυσιολογικών οργανισμών (Δασκαλάκη, 2013).

Επίσης, οι McCabe και Taleporos (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 το άτομο με αναπηρία 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. Οι σύντροφοι ανθρώπων με αναπηρίες, μερικές φορές, αισθάνονται ότι είναι προσβλητικό το να κάνουν ερωτήσεις για ενδεχόμενη σεξουαλική πράξη. Παρόλα αυτά, αν έχει αναπτυχθεί ένα επίπεδο εμπιστοσύνης και επικοινωνίας, οι ερωτήσεις αυτής της φύσης είναι καλοδεχούμενες από τους ανθρώπους με αναπηρίες, γιατί δημιουργούν ένα πεδίο για να συζητηθούν αυτά τα θέματα (Δασκαλάκη. 2013).

5.1.4 Σεξουαλικότητα & Χρόνιες Παθήσεις

Η δραστηριότητα μιας χρόνιας νόσου, οι επιπλοκές της και η θεραπεία της μπορεί να επηρεάσουν τη σεξουαλικότητα ενός ατόμου. Για παράδειγμα, η γυναικεία σεξουαλική δυσλειτουργία και η μειωμένη σεξουαλική επιθυμία είναι πολύ συχνές μετά τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού (Schover et al., 2013). Επίσης οι διάφορες επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη μπορεί να επηρεάσουν σημαντικά τη σεξουαλική λειτουργία και ευχαρίστηση των ασθενών. Η σεξουαλική δυσλειτουργία θεωρείται πια μία από τις μακροπρόθεσμες επιπλοκές του διαβήτη. Οι αρνητικές επιδράσεις του διαβήτη στη σεξουαλική λειτουργία και υγεία των ασθενών εντοπίζονται και στα δύο φύλα, και συγκεκριμένα, συχνά παρατηρείται στυτική δυσλειτουργία στους άνδρες και μειωμένη λίπανση στις γυναίκες (Rahmanian et al., 2019; Ejegi-Memeh et al., 2021). Δυσλειτουργία στύσης παρατηρείται επίσης στους άντρες που πάσχουν από Σκλήρυνση κατά πλάκας όπως και μείωση του σεξουαλικού ενδιαφέροντος – libido καθώς και πρόβλημα κορύφωσης ανεξάρτητα από την ηλικία του ασθενούς και το χρονικό διάστημα από τη διάγνωση ή το επίπεδο αναπηρίας. (Burtchell, 2014). Όσον αφορά τις γυναίκες με ΣκΠ παρατηρούνται : έλλειψη επιθυμίας, μειωμένη αίσθηση στα γεννητικά όργανα, μειωμένη λίπανση του κόλπου, ανικανότητα κορύφωσης – οργασμού.

Οι ασθενείς με χρόνια ασθένεια μπορεί να μην ενδιαφέρονται για το σεξ ή μπορεί να γίνουν σεξουαλικά αδρανείς λόγω εσφαλμένων αντιλήψεων σχετικά με την ικανότητά τους να κάνουν σεξ ή την ασφάλεια των σεξουαλικών σχέσεων ή λόγω ανησυχιών για την εικόνα του σώματος ή θλίψης που σχετίζονται με τη διάγνωση της ασθένειάς τους (Carter, 1990). Η κατάθλιψη, η κόπωση, ο πόνος, το στρες και το άγχος μπορεί να συμβάλλουν περαιτέρω στη σεξουαλική δυσλειτουργία. Σύμφωνα με τον D' Ardenne το 2004, οι χρόνιες παθήσεις επηρεάζουν βαθύτατα τις διαπροσωπικές σεξουαλικές σχέσεις και τη σεξουαλική υγεία του ατόμου. Οι ασθενείς αισθάνονται μειονεκτικά μέσα στη σχέση, με τους/τις συντρόφους των, νιώθουν ελλιπείς, ντρέπονται για το σώμα τους, έχουν μειωμένη αυτοεκτίμηση, απομονώνονται, αποστασιοποιούνται, ενώ μπορεί η συναισθηματική τους επικοινωνία να αμβλύνεται ή να περνά περιόδους ζηλοτυπικών εκρήξεων.

5.1.5 Σεξουαλικότητα & Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ)

Η καθιέρωση μιας ασφαλούς σεξουαλικής ταυτότητας είναι ένας κύριος αναπτυξιακός στόχος της μετάβασης ενός ατόμου από την παιδική ηλικία στην εφηβεία και στα χρόνια που ακολουθούν. Κατά την εφηβεία, όχι μόνο συμβαίνουν φυσιολογικές

και ανατομικές αλλαγές, αλλά οι έφηβοι συνειδητοποιούν επίσης τη σεξουαλική διέγερση, τις επιθυμίες και τις λειτουργίες και αρχίζουν να αναπτύσσουν αυτοπροσανατολισμένες και διαπροσωπικές σεξουαλικές συμπεριφορές (Fortenberry & Puberty, 2013). Αρκετοί εσωτερικοί και εξωτερικοί, βιολογικοί καθώς και περιβαλλοντικοί παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των ψυχικών διαταραχών, μπορούν να επηρεάσουν την αναδυόμενη σεξουαλικότητα. Οι αναπτυξιακές διαταραχές που εμφανίζονται πολύ νωρίς στη ζωή μπορούν να επηρεάσουν την κοινωνικοποίηση ενός ατόμου και ως εκ τούτου, έχουν ιδιαίτερη σημασία για την ανάπτυξη της σεξουαλικότητας (Schöttle et al., 2017; Turner et al., 2019).

Η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) ως νευροαναπτυξιακή διαταραχή που ορίζεται από τα βασικά συμπτώματα της απροσεξίας, της υπερκινητικότητας και της παρορμητικότητας, αλλά και με συναισθηματική δυσρύθμιση, αντιθετικές συμπεριφορές ή αποδιοργάνωση που εμφανίζονται νωρίς στη ζωή, μπορεί να επηρεάσει πολλούς τομείς της προσωπικής ζωής και την κοινωνική ανάπτυξη, συμπεριλαμβανομένης της σεξουαλικής υγείας.

Τα άτομα με ΔΕΠΥ ανέφεραν σημαντικά περισσότερες υπερσεξουαλικές συμπεριφορές από άτομα χωρίς ΔΕΠΥ. Σε γυναίκες με ΔΕΠΥ, οι υπερσεξουαλικές συμπεριφορές, η ανάληψη σεξουαλικού κινδύνου καθώς και οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες σχετίζονταν στενά με συμπτώματα συναισθηματικής δυσρύθμισης, παρορμητικότητας και συμπτωμάτων αντίθεσης. Στους άνδρες με ΔΕΠΥ, οι συσχετίσεις μεταξύ της συμπτωματολογίας της ΔΕΠΥ και των μετρήσεων που σχετίζονται με τη σεξουαλικότητα ήταν λιγότερο σαφείς, ωστόσο, τα σημάδια συναισθηματικής απορρύθμισης φάνηκαν να σχετίζονται. Η ΔΕΠΥ σχετίζεται περαιτέρω με σημαντικές βλάβες στις διαπροσωπικές σχέσεις στο πλαίσιο της οικογένειας και των συνομηλίκων (Gardner & Gerdes, 2015). Λιγότερη σταθερότητα στις ρομαντικές σχέσεις και λιγότερη ικανοποίηση μέσα στις σχέσεις βρέθηκε μεταξύ των ενηλίκων με ΔΕΠΥ (Biederman et al., 2006).

Ομοίως, άλλες μελέτες βρήκαν μειωμένη ποιότητα των ρομαντικών σχέσεων, πιο δυσπροσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης και λιγότερη σχεσιακή ικανοποίηση στις σχέσεις τους σε νέους με υψηλά επίπεδα ΔΕΠΥ (Canu et al., 2014; Bruner et al., 2015). Επιπλέον, ένα αυξημένο ποσοστό χωρισμών και διαζυγίων (Biederman et al., 2006; Eakin et al., 2004; Anastopoulos et al., 2009) και αυξημένος κίνδυνος βίας από τους συντρόφους, κυρίως λεκτική βία, έχει συσχετιστεί με τη ΔΕΠΥ. Επιπλέον, τα άτομα με ΔΕΠΥ είναι πιο συχνά θύματα σεξουαλικής βίας (Wymbs et al., 2017). Η αναδυόμενη έρευνα της τελευταίας δεκαετίας υπογραμμίζει επίσης ένα υψηλό ποσοστό συνυπάρχουσας ΔΕΠΥ σε υπερσεξουαλικά άτομα (Niazof et al., 2019). Μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για τη ΔΕΠΥ και τα πιθανά σεξουαλικά προβλήματα έδειξε ότι τα άτομα με ΔΕΠΥ αναφέρουν περισσότερη σεξουαλική επιθυμία, μεγαλύτερη συχνότητα αυνανισμού, λιγότερη σεξουαλική ικανοποίηση και περισσότερες σεξουαλικές δυσλειτουργίες από τον γενικό πληθυσμό (Soldati et al., 2020). Αν και ορισμένες μελέτες έδειξαν υψηλό επιπολασμό της ΔΕΠΥ σε υπερσεξουαλικά άτομα, τα τρέχοντα ευρήματα δεν υποστηρίζουν ξεκάθαρα την ιδέα ότι η υπερσεξουαλικότητα είναι πιο συχνή σε άτομα με ΔΕΠΥ (Soldati et al., 2020).

Συμπερασματικά, Τα άτομα με ΔΕΠΥ συνήθως εμφανίζουν νωρίτερα έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας και της σεξουαλικής επαφής, έχουν περισσότερες εγκυμοσύνες κατά την εφηβεία, χρησιμοποιούν προφυλακτικά κατά τη σεξουαλική επαφή λιγότερο συχνά, διαγιγνώσκονται συχνότερα με σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις και χρησιμοποιούν αλκοόλ και ναρκωτικά κατά τις σεξουαλικές επαφές πιο συχνά σε σύγκριση σε ενήλικες χωρίς ΔΕΠΥ (Hechtman et al., 2016; Sarver et al., 2014; Isaksson et al., 2018). Παρόλα αυτά, τα ευρήματα της έρευνας των Hertz et al., (2022)

δεν μπόρεσαν να επιβεβαιώσουν αυτό το μοτίβο. Παρόλο που αξιολογήθηκε ένα ευρύ φάσμα επικίνδυνων σεξουαλικών συμπεριφορών, δεν βρέθηκαν διαφορές μεταξύ των ατόμων με και χωρίς ΔΕΠΥ, εκτός από τους άνδρες με ΔΕΠΥ που είναι πιο πιθανό να εγκαταλείψουν μια κοινωνική εκδήλωση με κάποιον που μόλις γνώρισαν και οι γυναίκες με ΔΕΠΥ να έχουν νωρίτερα την πρώτη σεξουαλική τους εμπειρία σε σύγκριση με τις γυναίκες χωρίς ΔΕΠΥ. Ωστόσο, προηγούμενες έρευνες πρότειναν επίσης ότι οι επικίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές σε άτομα με ΔΕΠΥ εμφανίζονται ιδιαίτερα κατά την εφηβεία και επομένως είναι πιθανό οι ενήλικες με ΔΕΠΥ να μην εμφανίζουν πλέον επικίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές (Østergaard et al., 2017).

5.2 Αναπηρία & Ψυχολογικό ευ ζην

Η ψυχική ευεξία γενικά μπορεί να περιγραφεί ως ένας συνδυασμός ηδονικής και ευδαιμονικής ευεξίας έτσι ώστε να αντιπροσωπεύεται η θετική ψυχολογική λειτουργία ενσωματώνοντας όχι μόνο την ευτυχία και την ευδαιμονία αλλά και έννοιες όπως η αυτοεκτίμηση (Myers and Diener 1995; Ryff 1989, 2014). Η μελέτη της ευημερίας στον τομέα της θετικής ψυχολογίας έχει γίνει πιο σημαντική μετά τα ευρήματα ότι η μεγαλύτερη ευημερία έχει σημαντικά οφέλη για την υγεία (Stimpson, 2021). Κάθε μορφή αναπηρίας σημαίνει αυτομάτως την έλλειψη μιας σημαντικής λειτουργίας για τη ζωή του ατόμου, με αποτέλεσμα τόσο ο σωματικός όσο και ο πνευματικός τομέας να επηρεάζονται σημαντικά.

Το άτομο με αναπηρία εμφανίζει σημάδια απογοήτευσης, ανησυχίας, φόβου και χαμηλής αυτοεκτίμησης και συχνά αρνείται να συμβιβαστεί και να προσαρμοστεί, παρουσιάζοντας χαμηλό ψυχολογικό ευ ζην (Stevellink, Malcolm & Fear, 2015). Με τον όρο ευ ζην εννοείται η πνευματική υγεία του ατόμου, τα υψηλά ή χαμηλά επίπεδα των θετικών/αρνητικών συναισθημάτων καθώς και η αίσθηση ικανοποίησης από τη ζωή. Ειδικότερα οι θεμελιώδεις συνιστώσες του ευ ζην είναι: η ικανοποίηση από τη ζωή, η ψυχολογική ισορροπία, η πνευματική διαύγεια, η αυτοεκτίμηση αλλά και τα αρνητικά συναισθήματα του άγχους, της κατάθλιψης και της μοναξιάς (Pinquart & Pfeiffer, 2011).

5.2.1 Ψυχολογικό ευ ζην & Οπτική αναπηρία.

Αρκετές έρευνες έχουν ασχοληθεί με το ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με οπτική αναπηρία. Οι Linely & Joseph (2005), παρατήρησαν ότι τα επίπεδα κατάθλιψης και κακής ψυχολογικής ευημερίας σε άτομα με προβλήματα όρασης είναι τουλάχιστον δύο φορές υψηλότερα από τα άτομα χωρίς οπτική αναπηρία. Το άτομο με οπτική αναπηρία εγκλωβίζεται στην αναπηρία του, αισθάνεται μοναξιά και ενδέχεται να εμφανίσει καταθλιπτικά χαρακτηριστικά τα οποία θα δυσχεραίνουν την ψυχολογική του κατάσταση (Renaud & Bedard, 2013). Ειδικότερα, η οπτική απώλεια οδηγεί σε έλλειψη της αυτοκυριαρχίας και του προσωπικού ελέγχου, με το άτομο να κυριεύεται από έντονη ανησυχία, ανασφάλεια, φόβο, χαμηλή αυτοπεποίθηση, μοναξιά και κοινωνική απομόνωση (Linely & Joseph, 2005). Επιπλέον, η επίκτητη οπτική αναπηρία συνδέεται με αρνητικές διακυμάνσεις στην ψυχολογία. Το άτομο σταματά να προσδοκά και να ονειρεύεται για το μέλλον, ζει παθητικά και έχει το ανικανοποίητο (Wahl, Schilling, Oswald & Heyl, 1999). Ως επί τον πλείστον, η οπτική αναπηρία εμφανίζεται σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, γεγονός που δημιουργεί προβλήματα στην καθημερινότητά τους (Dey, 1997). Συγκεκριμένα, η οπτική αναπηρία η οποία είναι επίκτητη και εμφανίζεται στην έκτη δεκαετία στους ενήλικες οδηγεί σε ψυχολογική και κοινωνική απόθραυσση.

Ωστόσο, σε αντίθεση με όσα προαναφέρθηκαν βρίσκεται το εύρημα των Jackson, Taylor, Palmatier, Elliott, & Elliott, (1998) όπου τα άτομα με οπτική αναπηρία φαίνεται πως τείνουν να διαχειριστούν την νέα πραγματικότητα μέσω της διαδικασίας διαπραγμάτευσης της πραγματικότητας. Η συγκεκριμένη διαδικασία βοηθά το άτομο να αποκτήσει κίνητρα για να ζήσει και βελτιώνοντας παράλληλα το ευ ζην. Τέλος σύμφωνα με το αποτέλεσμα της έρευνας του Kef (2002), ο οποίος μελετώντας άτομα ηλικίας 14 έως 24 ετών με προβλήματα όρασης, παρατήρησε ότι η πλειοψηφία του δείγματος παρουσίαζε υψηλή αυτοεκτίμηση και χαμηλή αίσθηση μοναξιάς. Γενικότερα, τα άτομα με οπτική αναπηρία είχαν αποδεχθεί τις συνέπειες της αναπηρίας και εμφάνιζαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα επίπεδα ευημερίας σε σχέση με τους βλέποντες (Kef, 2002).

5.2.2 Ψυχολογικό ευ ζην & Ακουστική αναπηρία

Οι Cieśła, et al., (2015), ανέδειξαν πως τα άτομα με απώλεια ακοής συγκεντρώνουν αρνητικές βαθμολογίες στους τομείς της σωματικής και ψυχολογικής υγείας. Τα παραπάνω αποτελέσματα αποδόθηκαν στο γεγονός πως η απώλεια ακοής ωθεί τα άτομα να επικεντρώνουν την προσοχή τους σε θέματα υγείας, προκαλώντας τους συχνά αρνητικά συναισθήματα.

Στην μελέτη των de Graaf, & Bijl (2002) που σκοπό είχε την διερεύνηση των καθοριστικών παραγόντων της ψυχικής υγείας σε ενήλικες με σοβαρά προβλήματα ακοής στην Ολλανδία, ξεχωριστά ανά προγλωσσική και μεταγλωσσική ηλικία έναρξης. Πραγματοποιήθηκαν 523 συνεντεύξεις πρόσωπο με πρόσωπο σε άτομα με προβλήματα ακοής. Διαπιστώθηκε πως η ψυχική δυσφορία είναι μεγαλύτερη μεταξύ των ατόμων με προβλήματα ακοής σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό και επίσης δεν αναφέρθηκε καμία συσχέτιση μεταξύ του βαθμού απώλειας ακοής και της ψυχικής δυσφορίας. Αναφέρουν χαμηλότερες βαθμολογίες στην ψυχική τους υγεία αλλά και στις κοινωνικές τους συναναστροφές, γεγονός που φαίνεται να οφείλεται στις δυσκολίες επικοινωνίας που αντιμετωπίζουν, στη χαμηλή αυτοεκτίμηση και κατά κύριο λόγο στην έλλειψη αποδοχής της απώλειας της ακοής τους.

Γενικά, τα δεδομένα που έχουμε σχετικά με την ψυχική ευεξία στον πληθυσμό των Κωφών είναι περιορισμένα και γενικά δείχνουν αυξημένα επίπεδα κακής ψυχολογικής υγείας (Bridgeman et al, 2000; Chęcinski, 1991; Graaf, 2002; Ridgeway, 1999). Οι Werngren-Elgstrom et al (2001), μελέτησαν ένα δείγμα ηλικιωμένων προγλωσσικά Κωφών που έδειξαν αυξημένα ποσοστά καταθλιπτικών συμπτωμάτων και αϋπνίας, Από την άλλη πλευρά, τα άτομα που βιώνουν μια κατάσταση αναπηρίας, όπως μια ακουστική απώλεια, προσαρμόζονται ψυχολογικά, αλλάζοντας τους στόχους και τις προτεραιότητες στη ζωή τους. Βρίσκουν δηλαδή σκοπό και νόημα σε άλλες πτυχές της ζωής και επαναπροσδιορίζουν τους εαυτούς τους και αποδέχονται τη νέα τους ταυτότητα (Ubel et al., 2005).

5.2.3 Ψυχολογικό ευ ζην & Σωματική Αναπηρία

Το άτομο με σωματική αναπηρία βιώνει μια εσωτερική διαμάχη ανάμεσα σε αυτά που θέλει και σε αυτά που μπορεί να κάνει. Η θετική ή αρνητική αντιμετώπιση της πραγματικότητας θα εξελίξει ή όχι τον ψυχολογικό τομέα του ατόμου (Παπάνης, Γιαβρίμης, & Βίκη, 2009). Γίνεται αντιληπτό πως, ο τρόπος αντίδρασης και αντιμετώπισης του ατόμου απέναντι στην αναπηρία είναι καθοριστικός για την ποιότητα της ψυχολογικής του κατάστασης (Tedeschi & Kilmer, 2005).

Όπως αναφέρουν οι Elliott, Uswatte, Lewis & Palmatier (2000), τα άτομα που έχουν αποκτήσει κινητική αναπηρία στη διάρκεια της ζωής τους φαίνεται να παρουσιάζουν ποικίλες διακυμάνσεις στην ευημερία τους. Οι διακυμάνσεις αυτές, προέκυψε

πως καθορίζονται από την αντίδραση και αντιμετώπιση της αναπηρίας από το ίδιο το άτομο, αλλά και από περιβαλλοντικά στοιχεία (Elliott, et al., 2000). Συγκεκριμένα οι αντιδράσεις ενός ατόμου με σωματική αναπηρία επικεντρώνονται σε ατομικά και περιβαλλοντικά στοιχεία τα οποία αλληλοσυσχετίζονται. Η επίδραση δηλαδή του κοινωνικού περιβάλλοντος στον ψυχικό κόσμο του ατόμου είναι μεγάλη. Αυτό διαπιστώνεται από το γεγονός πως, εκείνο καθορίζει την λειτουργικότητα ή την δυσλειτουργία ενός ατόμου με αναπηρία σε διάφορους τομείς της ζωής όπως: η εργασία, η μετακίνηση, η ψυχαγωγία και η εκπαίδευση (Σούλης, 2008). Αυτό φαίνεται και από την έρευνα των Mrofu et al. (2017), όπου διαπιστώθηκε ότι οι έφηβοι με σωματικές αναπηρίες που λαμβάνουν κοινωνική υποστήριξη και ζουν σε περιβάλλοντα χωρίς αποκλεισμούς, έχουν υψηλά επίπεδα αυτονομίας, σκοπού στη ζωή, θετικών σχέσεων, προσωπικής ανάπτυξης και αυτο-αποδοχής. Όταν το άτομο εφαρμόζει μεθόδους οι οποίες εστιάζουν στην αναπηρία τότε οδηγείται σε αυτοαποτελεσματικότητα και αποκτά θετική ψυχική προσαρμογή (Dahlbeck & Lightsey, 2008). Σε αντίθετη περίπτωση, το άτομο οδηγείται σε αρνητικές ψυχολογικές συνθήκες (Dahlbeck & Lightsey, 2008; HudekKnezevic, Kardum, & Maglica, 2005).

5.2.4 Ψυχολογικό ευ ζην & Χρόνιες ασθένειες

Ως χρόνιες ασθένειες ορίζονται τα παρατεταμένα προβλήματα υγείας που συχνά συνοδεύονται από μακροχρόνιους περιορισμούς υγείας και αυξημένες ανάγκες φροντίδας. Μια χρόνια ασθένεια επηρεάζει πολλές πτυχές της ζωής που μπορούν να δημιουργήσουν συναισθηματικούς, ψυχολογικούς και στρεσογόνους παράγοντες. Ως εκ τούτου, προκαλούνται επιπτώσεις στην ευημερία των ατόμων που την αντιμετωπίζουν.

Οι Stacherl et al., (2024), εξέτασαν άμεσες και διαχρονικές αλλαγές στην υγεία και την ικανοποίηση από τη ζωή μετά την εμφάνιση καρκίνου, καρδιοπάθειας, διαβήτη ή εγκεφαλικού. Παρατηρήθηκε άμεση πτώση τόσο στην υγεία όσο και στην ικανοποίηση από τη ζωή. Μακροπρόθεσμα, τα αποτελέσματά έδειξαν διαρκείς μειώσεις στην ευημερία μετά την έναρξη μιας χρόνιας ασθένειας και περιορισμένες τάσεις ανάκαμψης.

5.2.5 Ψυχολογικό ευ ζην & Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ)

Τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ όπως η απροσεξία, η παρορμητικότητα ή/και η υπερκινητικότητα μπορεί συχνά να οδηγήσουν σε σημαντικές προκλήσεις συμπεριφοράς στο σπίτι, στο σχολείο και στο εργασιακό περιβάλλον (American Psychiatric Association, 2013). Η ΔΕΠΥ σχετίζεται με πολυάριθμες δυσμενείς εκβάσεις καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής, συμπεριλαμβανομένης της χαμηλότερης ακαδημαϊκής επίδοσης (Loe & Feldman, 2007; Polderman et al., 2010), της χαμηλότερης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης (Able et al., 2007), της χαμηλότερης αυτοεκτίμησης (Shaw-Zirt et al., 2005), και μεγαλύτερα ελλείμματα στις κοινωνικές σχέσεις (Biederman et al., 2006 ; Moyá et al., 2014).

Η ΔΕΠ-Υ σχετίζεται με επίσημα αποτελέσματα ψυχικής υγείας συμπεριλαμβανομένων υψηλότερων ποσοστών διάθεσης, άγχους και διπολικών διαταραχών (Able et al., 2007 ; Kessler et al., 2006), διαταραχές χρήσης ουσιών (Capusan et al., 2019 ; Wilens et al., 2011) και υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονικών ιδεών και συμπεριφορών (Chronis-Tuscano et al., 2010 ; Fuller-Thomson et al., 2020 ; Hurtig et al., 2012).

5.3 Αναπηρία & Ποιότητα Ζωής

Η ποιότητα ζωής, υποστήριξαν οι Schalock και Verdugo (2013), έχει παράσχει ένα πλαίσιο για ένα σύστημα παροχής υπηρεσιών που «βασίζεται στις αξίες της αξιοπρέπειας, της ισότητας, της ενδυνάμωσης, της αυτοδιάθεσης, της μη διάκρισης και της ένταξης» Η ποιότητα ζωής δεν είναι ένα «πράγμα» που έχουν οι άνθρωποι. είναι ένα πολυδιάστατο κατασκευάσμα που παρέχει ένα μέσο για το σχεδιασμό και την αξιολόγηση υποστηρίξεων για άτομα σε συστήματα υπηρεσιών (Schalock, 1994). Η διερεύνηση της ποιότητας ζωής, γίνεται κατά κύριο λόγο με σκοπό να εντοπιστούν και να καλυφθούν οι ανάγκες του ατόμου καθώς επίσης και να εντοπιστούν οι πλευρές της ζωής του στις οποίες υπάρχει μια σχετική ποιότητα και να συνεχιστεί η στήριξη του ατόμου πάνω σε αυτές. Φυσικά, η διερεύνηση της ποιότητας ζωής γίνεται κυρίως για τις πλευρές της ζωής που μπορούν να βελτιωθούν και οι οποίες σχετίζονται με τις βασικές του ανάγκες όπως, η απόκτηση υλικών αγαθών αλλά και η ένταξη του ατόμου στην κοινωνία (Schalock & Verdugo, 2002). Σύμφωνα με τον Schalock (2000), υπάρχουν τρεις βασικές προϋποθέσεις τις οποίες κάποιος πρέπει να λάβει υπόψιν του προκειμένου να οδηγηθεί σε έναν σωστό τρόπο αξιολόγησης της ποιότητας ζωής.

Αυτές είναι οι εξής:

1. Η αξιολόγηση θα πρέπει να λαμβάνει υπ'όψιν της τα αποτελέσματα που αφορούν το ίδιο το άτομο.
2. Η μέτρηση της ποιότητας ζωής θα πρέπει να γίνεται με παραπάνω από έναν τρόπους, καθώς αυτή επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες.
3. Ποιότητα ζωής είναι το άθροισμα των παραγόντων που απαρτίζουν την προσωπική ευημερία ενός ατόμου με ή χωρίς αναπηρία.

Γενικά, κάποια από τα στοιχεία που δημιουργούν μια ποιοτική ζωή για το άτομο με αναπηρία και όχι μόνο είναι (α) τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις που έχει το άτομο απέναντι στην κοινότητα την οποία ανήκει, (β) η προβολή προς τα έξω των δυνατοτήτων του και των ικανοτήτων του, (γ) ο τρόπος βοήθειας του ατόμου, έτσι ώστε να μπορεί να ελέγχει τη ζωή του από μόνο του ως ένα βαθμό ικανοποιητικό για το ίδιο, (δ) η υποστήριξη και η αμοιβαία σχέση με την οικογένειά του, (ε) η αλλαγή του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο ζει και κινείται για να μπορεί να καλύψει κάποιες από τις ανάγκες του (Magerotte, 1991 όπως γράφεται στο Δελλασούδας, 2006).

Ειδικότερα, η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής του ατόμου με αναπηρία συμπεριλαμβάνει

- ✓ την άποψη του ίδιου του ατόμου
- ✓ την άποψη του φροντιστή ή των φροντιστών του
- ✓ την άποψη των υπολοίπων μελών της οικογένειας του και
- ✓ την καταγραφή διαφόρων πληροφοριών που απορρέουν από τον υπάρχοντα τρόπο ζωής του (Nota, Soresi & Perry, 2006· Vandergriff & Chubon, 1994).

Η αναπηρία είναι μέρος της ανθρώπινης κατάστασης. Όλοι σχεδόν οι άνθρωποι θα υποστούν προσωρινή ή μόνιμη αναπηρία κάποια στιγμή στη ζωή τους και όσοι επιβιώσουν μέχρι τα βαθιά γεράματα θα αντιμετωπίσουν αυξανόμενες δυσκολίες στη λειτουργικότητα τους (WHO, 2011). Η αναπηρία δηλαδή πλήττει την λειτουργική κατάσταση ενός ανθρώπου και σχετίζεται με το κατά πόσον ένα άτομο είναι σε θέση να ανταποκριθεί σε κοινωνικούς ρόλους και σε ποιο βαθμό έχει την ικανότητα να ανταποκρίνονται στις δραστηριότητες καθημερινής ζωής (Livingston et al., 2007). Εφόσον λοιπόν, η αναπηρία ορίζεται σύμφωνα με το ICF ως:

- 1) Βλάβη: προβλήματα στη λειτουργία του σώματος ή στη δομή αυτού,
- 2) Περιορισμός δραστηριοτήτων: δυσκολίες στην εκτέλεση των δραστηριοτήτων,
- 3) Περιορισμός στη συμμετοχή: προβλήματα και απομόνωση στην κοινωνική ζωή (Λατσού και συν., 2014)

Είναι φυσικό, οι επιπτώσεις της αναπηρίας να αποφέρουν στο άτομο άγχος, θλίψη, χαμηλή αυτοαντίληψη (Livneh & Antonak, 2005), οδηγώντας τον, στον στιγματισμό, την περιθωριοποίηση και εν τέλει στον κοινωνικό αποκλεισμό του. Η Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία (Ηνωμένα Έθνη, 2006) αναγνωρίζει ότι τα άτομα με αναπηρία συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν παραβιάσεις δικαιωμάτων και εμπόδια στην ισότιμη συμμετοχή στην κοινωνία. Η κατάσταση αυτή πρέπει να ανατραπεί.

Σημαντικό ρόλο προς αυτή την κατεύθυνση διαδραματίζουν τα προγράμματα των ιδρυμάτων, τα οποία στοχεύουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με αναπηρία καθώς επίσης και οι γονείς και γενικά τα μέλη της οικογένειας, εφόσον αυτοί είναι που γνωρίζουν καλύτερα το άτομο με αναπηρία, αφού βρίσκονται σε καθημερινή συναναστροφή μαζί του και γνωρίζουν όλες τις απαραίτητες πληροφορίες που χρειάζονται σχετικά με το ιατρικό ιστορικό του, τις ικανότητες και τις αδυναμίες του, τις επιθυμίες, τις ανάγκες αλλά και τις καταστάσεις με τις οποίες αν έρθει αντιμέτωπο θα αντιδράσει, πληροφορίες δηλαδή που θα συμβάλλουν στον κατάλληλο σχεδιασμό ενός εξατομικευμένου υποστηρικτικού προγράμματος που θα ανταποκρίνεται στις ανάγκες του. (Magerotte, 1991, όπ. αναφ. στο Δελλασούδας, 2006). Για τον σκοπό αυτό, επιβάλλεται, μια στενή και ουσιαστική συνεργασία της οικογένειας και των διάφορων υποστηρικτικών φορέων για την δημιουργία μιας καλής ποιότητας ζωής για το άτομο με αναπηρία.

5.3.1 Ποιότητα ζωής & Οπτική Αναπηρία

Όσον αφορά την οπτική αναπηρία είναι αυτονόητο ότι επιφέρει πολλαπλές αλλαγές στην καθημερινότητα των ατόμων που την αντιμετωπίζουν, καθώς πολλές δραστηριότητες που θεωρούνταν αυτονόητες δεν εκτελούνται πλέον με την ίδια ευκολία. Το άτομο αντιμετωπίζει δυσκολίες στην εκτέλεση απλών καθημερινών δεξιοτήτων από το ντύσιμο, το φαγητό, το γράψιμο, την οδήγηση μέχρι και τις κοινωνικές του συναναστροφές και γενικά στο να αλληλοεπιδράσει με τους άλλους ανθρώπους και το περιβάλλον γύρω του (Langelaan, 2007).

Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι η οπτική αναπηρία επηρεάζει τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και την ανεξαρτησία του ατόμου και ως επακόλουθο παρουσιάζει χαμηλή ποιότητα ζωής (Iein et al., 1998; West et al., 1997). Συνεπώς, η οπτική αναπηρία επηρεάζει την καθημερινή λειτουργία, την κινητικότητα και τη συναισθηματική ευεξία (Parrish et al., 1997; Mackenzie et al., 2002) οδηγώντας γενικά σε περιορισμό σε όλους τους τομείς της ζωής. Ειδικότερα, έχει συσχετιστεί με υψηλά επίπεδα κατάθλιψης, μεγαλύτερο άγχος στη ζωή, χαμηλότερη ικανοποίηση και χαμηλότερα επίπεδα δραστηριότητας (Brody et al., 2001). Επίσης, ένας άλλος παράγοντας που επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής ατόμων με οπτική αναπηρία είναι και η κακή κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση (Brennan, Su, & Horowitz, 2006) επιφέροντας χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής στα άτομα που την αντιμετωπίζουν. Επίσης, στην έρευνα των Brasil de Almeida Rebouças et al., (2016) με δείγμα 80 άτομα με οπτική αναπηρία, αναδείχθηκε πως οι πτυχές εικόνας σώματος και εμφάνιση και αυτοεκτίμηση σημείωσαν τα καλύτερα ποσοστά.

Έτσι, φαίνεται ότι τα άτομα με προβλήματα όρασης έχουν ένα καλό επίπεδο ικανοποίησης με τα προσωπικά τους χαρακτηριστικά. Το γεγονός αυτό αποδεικνύει υψηλή αυτοεκτίμηση. Επίσης η έρευνα έδειξε επίσης ότι αν και οι μισοί από τους ερωτηθέντες ήταν οικονομικά ενεργοί και έχουν καλή αυτοεκτίμηση. Η πτυχή που συνθέτει τον τομέα "Πνευματικές πτυχές, θρησκεία, προσωπικές πεποιθήσεις" συγκέντρωσε ένα καλό ποσοστό. Η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα αναφέρονται συχνά ως προ-

στατευτικοί παράγοντες για την υγεία και συνδέονται στενά με την ποιότητα ζωής. Αναλύοντας τον τομέα του επιπέδου ανεξαρτησίας, παρατηρείται ότι ο τομέας αυτός έχει πτυχές με χαμηλές βαθμολογίες. Τα χαμηλότερα ποσοστά ήταν η εξάρτηση από φάρμακα ή θεραπείες και Κινητικότητα. Η έρευνα αυτή έδειξε ότι ο πληθυσμός της μελέτης έχει υψηλό βαθμό εξάρτησης, καθώς οι φαρμακευτικές ή γενικές ιατρικές θεραπείες. Αυτά τα ευρήματα έχουν μεγάλη πιθανότητα να βλάψουν την ποιότητα ζωής των ατόμων αυτών.

Από την άλλη πλευρά, στην έρευνα των Ongtangco et al., (2018) όπου περιλάμβανε 36 συμμετέχοντες και σκοπό είχε να περιγραφεί ο αντίκτυπος της οπτικής αναπηρίας στην ποιότητα ζωής των εφήβων διαπιστώθηκε πως, κατά την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής τους, οι περισσότεροι συμμετέχοντες απάντησαν πως είναι "ούτε κακή ούτε καλή" και πως η αυτοεκτίμηση τους ήταν χαμηλή επειδή προκαλείται κυρίως από τα αρνητικά σχόλια των ανθρώπων σχετικά με την κατάστασή τους. Στην πτυχή του σωματικού πόνου, η πλειονότητα των συμμετεχόντων απάντησε ότι "λίγο" τους εμποδίζει να κάνουν αυτό που πρέπει να κάνουν" και ότι έχουν "ως επί το πλείστον" έχουν αρκετή ενέργεια για την καθημερινή ζωή". Τέλος ένας άλλος συμμετέχων δήλωσε ότι αισθάνεται πιο τυχερός από τους άλλους ανθρώπους χωρίς αναπηρία, επειδή πιστεύει ότι εκτιμά τη ζωή περισσότερο από ό,τι οι βλέποντες. Γενικά οι συμμετέχοντες της παρούσας μελέτης αξιολόγησαν την ποιότητα ζωής τους ως μέτρια.

5.3.2 Ποιότητα ζωής & Ακουστική αναπηρία

Τα άτομα με ακουστική αναπηρία είναι γνωστό ότι, αποτελούν μια ετερογενή ομάδα με ποικίλα χαρακτηριστικά (Fellinger et al., 2008; Hintermair, 2010; Meserole et al., 2013; Petrou et al., 2007; Wake, et al., 2004). Συγκεκριμένα, στα χαρακτηριστικά συμπεριλαμβάνονται, η ηλικία εμφάνισης της ακουστικής αναπηρίας, ο βαθμός απώλειας της ακοής, η ύπαρξη η μη ακουστικής ενίσχυσης και το είδος αυτής, η μέθοδος επικοινωνίας που χρησιμοποιείται από ένα Κωφό ή βαρήκοο άτομο, οι ικανότητες στον χειρισμό των γλωσσών, το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση και φυσικά ο τρόπος αλληλεπίδρασης των ατόμων αυτών με τον κοινωνικό περίγυρο (Haukedal et al., 2019; Kushalnagar et al., 2007; Santos et al., 2019).

Οι Jaiyeola & Adeyemo (2018) και Oyewumi, et al. (2013), διαπίστωσαν πως οι προγλωσσικά Κωφοί παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητα ζωής σε σχέση με τα άτομα που έχασαν την ακοή τους μεταγενέστερα δηλαδή μετά την ηλικία των πέντε ετών. Όταν τα άτομα γεννιούνται κωφά ή χάνουν την αίσθηση της ακοής τους πριν αποκτήσουν ομιλία, αναφέρονται ως «προγλωσσικά» Κωφοί. Η προγλωσσική κώφωση συνεπάγεται εκτεταμένα επικοινωνιακά προβλήματα με βαθιές συνέπειες στη γνωστική κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη (Fellinger et al., 2005). Η πλειοψηφία των Κωφών μεγαλώνουν σε οικογένειες που ακούνε και τα μέλη των οποίων δεν γνωρίζουν τη νοηματική γλώσσα, έτσι τα άτομα αυτά ζουν απομονωμένα και θεωρούνται ως τα προβληματικά παιδιά της οικογένειας (Prillwitz, 1982). Δεν έχουν επαφή με άλλα άτομα που ανήκουν στην ίδια κατηγορία μέχρι και την ηλικία των 6 ετών (Fellinger et al., 2005a), όπου και αρχίζουν να πηγαίνουν σε σχολείο για κωφούς, αποκτούν τη νοηματική γλώσσα και γίνονται μέλη της κοινότητας των κωφών (Angermeyer et al., 2000).

Τα περισσότερα από τα μέλη της κοινότητας των κωφών θεωρούν τους εαυτούς τους ακόμη και ως μέλη μιας «εθνοτικής μειονότητας» (Kyle, 1990) και περιορίζουν ακόμα και την επιλογή των συντρόφων τους σε μέλη αυτής της κοινότητας (Fellinger et al., 2005a) και περνούν το μεγαλύτερο μέρος του ελεύθερου χρόνου τους σε αυτήν

την κουλτούρα. Αυτός ο ισχυρός ομαδικός προσανατολισμός μεταξύ των Κωφών βασίζεται ως επί των πλείστων, στη χρήση της νοηματικής γλώσσας αλλά και σε κοινές εμπειρίες ζωής. Παρόμοια, η Ademokeya (2008), αναφέρει πως όταν η ακουστική αναπηρία επέρχεται πριν από τα τρία έτη, αυτό έχει ως συνέπεια δυσκολίες στην επικοινωνία, οι οποίες θα οδηγήσουν εν τέλει σε κοινωνική απομόνωση, σε σχολική αποτυχία και απογοήτευση εξαιτίας των δυσκολιών που προκύπτουν στην εκπαίδευση και αργότερα στην εργασία αλλά και στις κοινωνικές συναναστροφές των ατόμων.

Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει επίσης ο βαθμός απώλειας της ακοής. Σε έρευνες διαπιστώθηκε πως οι συμμετέχοντες με μεγαλύτερο βαθμό απώλειας ακοής έχουν χαμηλότερες βαθμολογίες στις κοινωνικές τους σχέσεις και αλληλεπιδράσεις, στην ψυχική αλλά και τη σωματική τους υγεία (Trimpida et al., 2018 ; Ciesla et al., 2015; Borujeni et al., 2015). Στην μελέτη των Harris et al., (1995) όπου συμμετείχαν 9 ασθενείς ηλικίας μεταξύ 18 και 60 ετών με προβλήματα ακοής και οι οποίοι υποβλήθηκαν σε επέμβαση για την τοποθέτηση κοχλιακού εμφυτεύματος με αποτέλεσμα, μετά την επέμβαση, συμμετείχαν όλο και περισσότερο σε κοινωνικές δραστηριότητες και οι περισσότεροι από τους ασθενείς εργάζονταν και πάλι με αποτέλεσμα μια σταθερή ανοδική πορεία του μέσου προσωπικού εισοδήματος και αυτό συνέβαλε σε μια ομοιόμορφη και συστηματική βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Στην μελέτη των Mousley et al., (2018) εξεταστικέ σε ποιο βαθμό το στίγμα σχετίζεται με χειρότερη ψυχολογική, σωματική και συμπεριφορική υγεία μεταξύ κωφών αναδυόμενων ενηλίκων. Το δείγμα αποτελούνταν από 171 κωφούς ενήλικές ηλικίας 18–29 ετών. Διαπιστώθηκε ότι το θεσπισμένο στίγμα, προέβλεπε αξιόπιστα μεγαλύτερα καταθλιπτικά συμπτώματα, μεγαλύτερο άγχος και χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Στην έρευνα των Niemensivu et al., (2018) με σκοπό την αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (HRQoL) σε εφήβους και παιδιά με προβλήματα ακοής και η σύγκρισή της με αυτή των ατόμων με ακοή και με 100 συνολικά συμμετέχοντες εκ των οποίων 50 έφηβοι και 50 παιδιά, διαπιστώθηκε πως οι συνολικές βαθμολογίες HRQoL ήταν κάπως χαμηλότερες στους εφήβους και τα παιδιά με προβλήματα ακοής σε σχέση με τους τυπικούς συνομηλίκους τους. Γενικά, διαφαίνονται τα μειωμένα επίπεδα ψυχοκοινωνικής ευημερίας και κοινωνικής αλληλεπίδρασης των ατόμων με ακουστική αναπηρία.

5.3.3 Ποιότητα ζωής & Σωματική αναπηρία

Η σωματική αναπηρία ορίζεται ως «η απώλεια της κινητικής λειτουργίας διαφόρων βαθμών ή περιορισμός στις κινήσεις ή τις δραστηριότητες που προκύπτει από παραμορφωμένα άκρα, παράλυση σώματος ή παραμόρφωση που προκαλείται από βλάβη στη δομή ή τη λειτουργία των μερών του σώματος. Συνεπώς, τα άτομα με σωματική αναπηρία δυσκολεύονται να εκτελέσουν δραστηριότητες που απαιτούνται στην καθημερινή διαβίωση, συμπεριλαμβανομένης της αυτοφροντίδας, της μεταφοράς της κινητικότητας στο σπίτι και την κοινότητα. Γενικώς, έχουν λιγότερες πιθανότητες να συμμετάσχουν σε όλες αυτές τις βασικές δραστηριότητες σε σύγκριση με τα αρτιμελή άτομα (Hannon et al., 2008). Τα παραπάνω τείνουν να οδηγήσουν τα άτομα με κινητική αναπηρία σε χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής.

Επίσης, η έρευνα των Λατσού και συν (2014), ανέδειξε ότι η ποιότητα ζωής είναι πολύ χαμηλή στα άτομα με κινητική αναπηρία σε σχέση με τον τυπικό πληθυσμό και πως ακόμη τα άτομα με κινητική αναπηρία που απέκτησαν την αναπηρία μετέπειτα στην ζωής τους και όχι εκ γενετής, παρουσιάζουν ακόμα χαμηλότερη ποιότητα ζωής.

5.3.4 Ποιότητα ζωής & Χρόνιες Ασθένειες

Κάθε πάθηση αποτελεί για τον άνθρωπο μια μορφή απειλής. Όλοι όσοι ζουν με χρόνιες ασθένειες, είναι δυνατόν να βιώσουν αβεβαιότητα όταν η αιτία της νόσου ή η εξέλιξη της είναι άγνωστη, όταν τα συμπτώματα κυμαίνονται ανοδικά και είναι απρόβλεπτα, καθώς και όταν υπάρχει έλλειψη γνώσεων σχετικά με τις επιλογές και τα αποτελέσματα της θεραπείας που πρέπει να ακολουθηθούν. Ως εκ τούτου, η αβεβαιότητα αυτή και η αντιμετώπισή της είναι κρίσιμες πτυχές που επηρεάζουν την ζωή του ασθενούς (Bloom et al., 2008; Germino et al., 2013; Kornblith 19 et al., 2007).

Επίσης οι Kimmel et. al. (1995), επισήμαναν πως υπάρχει άμεσα συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία του εκάστοτε ασθενούς και στην ποιότητα της ζωής του. Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερης ηλικίας ήταν οι πάσχοντες (65 και άνω) τόσο χαμηλότερα επίπεδα σωματικής λειτουργίας παρουσίαζαν, καθώς επίσης και λιγότερη διάθεση για συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες, συγκριτικά με τον νεότερο πληθυσμό. Σύμφωνα με τους Burckhardt et. al. (1989), όσοι πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια, μπορούν να έχουν μία καλή ποιότητα ζωής αν υφίστανται ορισμένοι παράγοντες όπως: η ύπαρξη των υλικών ανέσεων, το επίπεδο της υγείας, οι σχέσεις τόσο με την οικογένεια όσο και με τους φίλους, η ικανότητα τους για κοινωνικοποίηση (με τη χρήση κοινωνικών δεξιοτήτων), η συμμετοχή τους σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες, καθώς και η κατανόηση και ικανοποίηση από τις εργασιακές τους εμπειρίες.

Επίσης και στην έρευνα της Θεοφίλου (2011), αναδείχθηκε ότι η στήριξη από την οικογένεια επηρεάζει την ποιότητα της ζωής των ατόμων που αντιμετωπίζουν χρόνιες ασθένειες όπως η Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια τελικού σταδίου. Ανέδειξε επίσης πως οι περιορισμοί στη διατροφή και στις κοινωνικές σχέσεις, η μειωμένη libido, καθώς και η σωματική κούραση που προκαλείται από τη διαδικασία της αιμοκάθαρσης, επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών.

5.3.5 Ποιότητα ζωής & Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ)

Τα άτομα με ΔΕΠΥ διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για κοινωνικές, συναισθηματικές και προσαρμοστικές δυσκολίες (August et al., 1998, Hoza, 2007, Nijmeijer et al., 2008, Wilson and Marcotte, 1996), οι οποίες προβλέπουν δυσμενή ψυχοκοινωνικά αποτελέσματα στη μετέπειτα ζωή. Η βιβλιογραφία τεκμηριώνει ότι η ποιότητα ζωής των νέων με ΔΕΠΥ είναι σημαντικά χαμηλότερη από τα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα σε διάφορους τομείς όπως οι ψυχοκοινωνικοί τομείς, τα επιτεύγματα και η αυτοαξιολόγηση (Hakkaart-van Roijen et al., 2007, Klassen et al., 2004, Matza et al., 2005, Pongwilairat et al., 2005, Sawyer et al., 2002, Topolski et al., 2004, Varni and Burwinkle, 2006).

Τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ στην ενήλικη ζωή θεωρείται ότι αυξάνουν την πιθανότητα για χαμηλή επαγγελματική επίδοση, κατάχρηση ουσιών και αντικοινωνικών και παραβατικών συμπεριφορών (Barkley et al., 2006, Biederman et al., 1998, Torgersen et al., 2006). Σύμφωνα με τους Chao et al (2008), τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ συσχετίστηκαν με σοβαρή κατάθλιψη, άγχος και υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας και χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Αρκετές μελέτες ανέφεραν ότι η ΔΕΠΥ μπορεί επίσης να συμβάλει σε αυξητικές ψυχιατρικές συννοσηρότητες, όπως της διαταραχής συμπεριφοράς, των διπολικών διαταραχών, της κατάθλιψης, του άγχους και των προβλημάτων ύπνου (Biederman, 2005; Biederman et al., 2006; Gau et al., 2010b; Murphy και Barkley, 1996; Tai et al., 2012).

5.4 Έρευνες που εξετάζουν τη σχέση μεταξύ της Σεξουαλικότητας & του Ψυχολογικού ευ ζην και της Σεξουαλικότητας & της Ποιότητας ζωής των ατόμων με Αναπηρία.

Η σεξουαλική δραστηριότητα είναι ένα κεντρικό συστατικό των στενών σχέσεων και έχει αποδειχθεί ότι έχει πολλά οφέλη για την υγεία και την ευημερία. Μελέτες έχουν δείξει ότι τα άτομα με αναπηρίες συχνά αναφέρουν λιγότερη ικανοποίηση από τη σεξουαλική τους ζωή (Diamond, 2013).

Η μελέτη των Taleporos & McCabe (2002), διερεύνησε τη σχέση μεταξύ σεξουαλικότητας και ψυχολογικής ευεξίας σε άτομα με σωματικές αναπηρίες. Συνολικά 1.196 συμμετέχοντες ολοκλήρωσαν τη μελέτη. Υπήρχαν 748 συμμετέχοντες που είχαν σωματική αναπηρία και 448 συμμετέχοντες που ήταν αρτιμελείς. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η σεξουαλική εκτίμηση, η σωματική εκτίμηση και η σεξουαλική ικανοποίηση ήταν ισχυροί προγνωστικοί παράγοντες της αυτοεκτίμησης και της κατάθλιψης μεταξύ των ατόμων με σωματική αναπηρία και ότι αυτή η σχέση ήταν ισχυρότερη μεταξύ των ατόμων με σωματική αναπηρία από τους ικανούς συμμετέχοντες.

Παρόμοια αποτελέσματα είχαν και άλλες έρευνες, όπως των Donelson (1998) και Silvers (1997), σύμφωνα με τις οποίες οι άνθρωποι με σωματικές αναπηρίες παρουσίαζαν χαμηλότερα επίπεδα σεξουαλικής αυτοεκτίμησης και υψηλότερα σεξουαλικής κατάθλιψης απ' ό,τι οι άνθρωποι χωρίς αναπηρίες. Στην έρευνα των McCabe et al., (2000) στην οποία συμμετείχαν εξήντα άτομα με συγγενή σωματική αναπηρία 33 άνδρες και 27 γυναίκες με μέση ηλικία 28 έτη. Καταδεικνύεται ότι τα άτομα με σωματική αναπηρία βίωναν χαμηλά επίπεδα σεξουαλικών γνώσεων και εμπειριών, είχαν αρνητικά συναισθήματα σε σχέση με τη σεξουαλικότητα και βίωναν υψηλά επίπεδα σεξουαλικών αναγκών. Οι ερωτηθέντες βίωσαν χαμηλότερο επίπεδο σεξουαλικής εμπειρίας από τα συγκρίσιμα ευρήματα από το γενικό πληθυσμό. Για παράδειγμα, το 38,6% των ατόμων με σωματική αναπηρία δεν είχαν ποτέ βιώσει σεξουαλική επαφή. Στην ίδια έρευνα φαίνεται πως η αντικειμενική ποιότητα ζωής των ερωτηθέντων με αναπηρία ήταν χαμηλότερη από ό,τι είναι στον γενικό πληθυσμό. Αυτό είναι αναμενόμενο λόγω των φτωχότερων συνθηκών υγείας που επικρατούν. Οι ισχυρότερες συσχετίσεις που διαπιστώθηκαν βέβαια ήταν μεταξύ της σημασίας των τομέων της ζωής και της σεξουαλικότητας, παρά με την ικανοποίηση από τους τομείς της ζωής. Ίσως τα άτομα με σωματική αναπηρία να έχουν αρνηθεί τη σεξουαλικότητά τους λόγω της αντιδράσεων των φροντιστών, των γονέων και της γενικής κοινότητας. Ως αποτέλεσμα, παρόλο που η σεξουαλικότητα θεωρείται σημαντική για την ποιότητα ζωής τους, δεν συνδέεται με την ικανοποίησή τους από τη ζωή. Ως τόσο, παρόλο που υπήρχαν χαμηλά επίπεδα γνώσεων και εμπειρίας και αρκετά αρνητικά συναισθήματα σχετικά με τη σεξουαλικότητα μεταξύ των ερωτηθέντων, ως τόσο υπήρχε μεγάλη επιθυμία να μάθουν περισσότερα για τη σεξουαλικότητα. Διαφαίνονταν επομένως ότι η σεξουαλικότητα ήταν μια σημαντική πτυχή της ζωής αυτών των ατόμων.

Παρομοίως, στην έρευνα των Taleporos & McCabe (2001), όπου έλαβαν μέρος 35 άτομα με σωματικές αναπηρίες, ηλικίας από 19 έως 60 ετών. Φάνηκε ότι συνολικά, οι συμμετέχοντες, οι οποίοι είχαν όλοι κάποια μορφή σωματικής αναπηρίας, είχαν έντονο ενδιαφέρον και επιθυμία για σεξουαλική έκφραση και πως η σεξουαλικότητα

αποτελούσε μείζον θέμα για τους περισσότερους. Πολλοί ερωτηθέντες ανέφεραν χαμηλή σεξουαλική εκτίμηση, χαμηλά επίπεδα σεξουαλικής ικανοποίησης, αρνητικά συναισθήματα για τον εαυτό τους ως σεξουαλικό ον και με το να είναι σεξουαλικός σύντροφος και απογοήτευση επειδή δεν μπορούσαν να αντιμετωπίσουν τις σεξουαλικές σκέψεις και τα συναισθήματά τους. Η σύναψη σεξουαλικών σχέσεων διαπιστώθηκε ότι είναι δύσκολη λόγω των πολλών εμποδίων που προέκυπταν από τη σωματική αναπηρία, καθώς και από τις κοινωνικές συμπεριφορές απέναντι στη σωματική διαφορετικότητα. Αυτό φάνηκε να συνδέεται με αυξημένα συναισθήματα αρνητικότητας και πως η αναπηρία περιορίζει τη σεξουαλική τους έκφραση.

Επίσης Στην έρευνα των Taleporos & McCabe (2003) που διερεύνησε τη σχέση μεταξύ της κατάστασης της σχέσης και της ψυχολογικής προσαρμογής, της σεξουαλικής εκτίμησης και της σεξουαλικής συμπεριφοράς ατόμων με και χωρίς σωματική αναπηρία και συνολικά συμμετείχαν 1196 άτομα, εκ των οποίων 748 συμμετέχοντες είχαν σωματική αναπηρία (367 άνδρες, 381 γυναίκες) και 448 συμμετέχοντες (171 άνδρες, 277 γυναίκες) ήταν αρτιμελείς και το ηλικιακό τους εύρος κυμαίνονταν από 18 έως 69 ετών, αναδείχθηκε, πως τα άτομα με κινητική αναπηρία έχουν χαμηλότερα επίπεδα σεξουαλικής αυτοεκτίμησης σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς αναπηρία θεωρώντας πολλοί την αναπηρία τους ως εμπόδιο για την σεξουαλική έκφραση. Επίσης, πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η σωματική αναπηρία και η σοβαρότητά της σχετίζονταν με αυξημένη πιθανότητα να είσαι άγαμος. Όσον αφορά την ψυχολογική προσαρμογή, οι άγαμοι άνθρωποι με σωματικές αναπηρίες ήταν πιο καταθλιπτικοί από εκείνους που είχαν έναν σύντροφο με τον οποίο όμως δεν συζούσαν καθώς επίσης και τα παντρεμένα άτομα με σωματικές αναπηρίες ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα σεξουαλικής ευεξίας από τα άτομα που είχαν συντρόφους με τους οποίους ομοίως δεν συζούσαν. Αυτό υποδηλώνει ότι μεταξύ των ζευγαριών όπου ο σύντροφος έχει σωματική αναπηρία, ο γάμος και οι σχέσεις που ζούνε μπορεί να προσθέσουν βάρη που δεν υπάρχουν σε πιο περιστασιακές σχέσεις.

Επιπλέον, σύμφωνα με τους Retznik et al., (2017) όπου μελέτησαν μεταξύ άλλων 26 άτομα με σωματική αναπηρία, επισημαίνεται ότι οι νεαροί ενήλικες με σωματική αναπηρία έχουν λιγότερη εμπειρία σχέσεων και έγιναν σεξουαλικά ενεργοί σε μεγαλύτερη ηλικία σε σύγκριση με άλλες ομάδες αναπήρων. Επίσης, αξιολογούν την αναζήτησή τους για σύντροφο ως πιο δύσκολη και αναφέρουν την αναπηρία τους ως τον κύριο λόγο. Αυτό το αποδίδουν στο ότι ο στιγματισμός δημιουργεί εμπόδια στη δημιουργία σεξουαλικών σχέσεων για άτομα με ορατές σωματικές αναπηρίες. Σχετικά με τις γυναίκες, οι ερωτώμενες είχαν μια αρνητική εικόνα σώματος. Αυτό οφείλετε στο γεγονός πως οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς στα ιδανικά ομορφιάς όσον αφορά τη σεξουαλικότητα από τους άνδρες και κρίνονται πιο αυστηρά όσον αφορά τη φυσική ομορφιά και την ελκυστικότητα. Με αναπηρίες που είναι ορατές, η απόρριψη από το κοινωνικό περιβάλλον δημιουργεί αισθήματα ανασφάλειας και εμποδίζει τη θετική ανάπτυξη της ταυτότητας. Ως εκ τούτου, τα άτομα με αναπηρία, ιδιαίτερα οι γυναίκες με ορατή αναπηρία, είναι λιγότερο πιθανό να προσελκύσουν συντρόφους επειδή οι κοινωνικές προσδοκίες ομορφιάς παίζουν σημαντικό ρόλο κατά την αναζήτηση συντρόφου.

Αυτός ο στιγματισμός μπορεί να οδηγήσει σε έλλειψη αποδοχής του σώματός τους και σε χαμηλή (σεξουαλική) αυτοπεποίθηση και επιπλέον, μπορεί να έχει αρνητική επίδραση στη στάση απέναντι στη συντροφικότητα και τη σεξουαλικότητα. Παρόλα αυτά, οι γυναίκες που ερωτήθηκαν ήταν πιο πιθανό να έχουν σχέσεις με συντρόφους χωρίς αναπηρία σε σύγκριση με τους άνδρες. Η επιλογή ενός συντρόφου χωρίς αναπηρία μπορεί να συνδεθεί με την ανάγκη να νιώθουμε αποδεκτές. Επίσης, ανεξαρτήτως φύλου, φάνηκε ότι έχουν λιγότερη επιθυμία να κάνουν παιδιά. Αυτό θα μπορούσε να εξηγηθεί με τον στιγματισμό σε συνδυασμό με την κοινωνική παρανόηση ότι τα άτομα με σωματική αναπηρία θα μεταδώσουν την αναπηρία τους. Ένας άλλος λόγος θα μπορούσε να είναι η φτωχότερη σωματική διάπλαση των ατόμων με σωματική αναπηρία, η οποία θα μπορούσε να επηρεάσει την εμπιστοσύνη τους σχετικά με την ικανότητα υποστήριξης ενός παιδιού.

Στην μελέτη των Kef & Bos (2006) εξετάστηκε η σεξουαλική γνώση, η σεξουαλική συμπεριφορά και η ψυχολογική προσαρμογή των εφήβων με τύφλωση. Το δείγμα περιελάμβανε 36 Ολλανδούς έφηβους που είχαν οπτική αναπηρία. 16 άνδρες και 20 γυναίκες. Τα αποτελέσματα των συνεντεύξεων δεν αποκάλυψαν προβλήματα σχετικά με τη σεξουαλική γνώση ή την ψυχολογική προσαρμογή. Επίσης οι έφηβοι με οπτική αναπηρία είχαν λιγότερες σεξουαλικές εμπειρίες και οι οποίες αποκτήθηκαν σε μεγαλύτερη ηλικία σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Επίσης αναδείχθηκε πως τα αγόρια με οπτική αναπηρία σημείωναν υψηλότερη βαθμολογία στον τομέα της αυτοεκτίμησης εάν είχαν σεξουαλική επαφή. Συμπερασματικά, 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.

Στην έρευνα των Salehi et al., (2015), όπου συμμετείχαν 138 άτομα με προβλήματα όρασης και στόχο είχε τη διερεύνηση της σεξουαλικής αυτοαντίληψης στα άτομα με οπτική αναπηρία, δεν έδειξε σημαντική διαφορά μεταξύ τυφλών ανδρών και γυναικών. Ωστόσο, αναδείχθηκε ότι η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζει την σεξουαλική αυτοαντίληψη, καθώς οι υποκλίμακες του σεξουαλικού άγχους και του σεξουαλικού φόβου ήταν σημαντικά υψηλότερες στους ελεύθερους συμμετέχοντες και οι υποκλίμακες της σεξουαλικής αποτελεσματικότητας ήταν σημαντικά υψηλότερες στους παντρεμένους.

Επίσης, οι Retznik et al., (2017) στην έρευνα τους, όπου μεταξύ άλλων μελέτησαν 18 άτομα με οπτική αναπηρία, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα άτομα με οπτική αναπηρία ξεκινούν τις σχέσεις τους σε μεταγενέστερη ηλικία από την αναμενόμενη επειδή πρέπει να ξεπεράσουν μεγαλύτερα εμπόδια για να συνάψουν μια σεξουαλική σχέση. Για παράδειγμα, είναι δύσκολο να αξιολογήσουν τις φυσικές ενδείξεις που προαπαιτούνται για την απόκτηση ενός πιθανού ερωτικού συντρόφου, όπως παραδείγματος χάρη, η οπτική επαφή ή η κρίση των εκφράσεων του προσώπου και των χειρονομιών. Τα άτομα με οπτική αναπηρία συχνά μένουν μόνοι τους φοιτώντας στα εξειδικευμένα σχολεία και έτσι δημιουργούν φιλίες κυρίως μόνο με άτομα της ίδιας αναπηρίας. Βιώνουν την αναπηρία τους επιβαρυντική και παρουσιάζουν έντονο αίσθημα κατωτερότητας, ανασφάλειας και εξάρτησης. Έχουν συχνά μικρότερα κοινωνικά δίκτυα,

εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων και μοναξιάς και πρέπει να ξεπεράσουν μεγαλύτερα εμπόδια σύνδεσης με τον έξω κόσμο.

Επιπρόσθετα, στην έρευνα των Shpigelman & Vorobioff (2021), διερευνήθηκαν οι σεξουαλικές εμπειρίες ατόμων με προβλήματα όρασης. Η μελέτη διεξήχθη στην ισραηλινή πολυπολιτισμική κοινωνία. Έλαβαν μέρος 24 Εβραίους και Άραβες ενήλικες ηλικίας 18-40 ετών με προβλήματα όρασης. Τα ευρήματα έδειξαν πως οι νεαροί ενήλικες με προβλήματα όρασης συχνά αντιμετωπίζουν σωματικά και κοινωνικά εμπόδια για την σύναψη και τη διατήρηση μιας σεξουαλικής σχέσης. Ειδικότερα αναδείχθηκε πως για τις μουσουλμάνες γυναίκες, η αγαμία φαινόταν να είναι μια οδυνηρή κατάσταση σε σύγκριση με τις Εβραίες. Ως εκ τούτου καταδεικνύεται η διασταύρωση της διαβίου αναπηρίας, του φύλου και της κουλτούρας στο πλαίσιο των σεξουαλικών σχέσεων. Εν κατακλείδι συμπεραίνεται, πως η ύπαρξη ενός σεξουαλικού συντρόφου συμβάλλει στην αποδοχή του εαυτού και στην ψυχολογική ευημερία των νεαρών ατόμων με προβλήματα όρασης.

Σχετικά με την ομάδα των Κωφών ατόμων τίθεται το ερώτημα εάν η κατανόηση συναισθηματικών λέξεων όπως αγάπη, έρωτας, συντροφικότητα κ.α είναι επαρκώς κατανοητές. Καθώς οι Κωφοί δυσκολεύονται με την αφηρημένη σκέψη, την ανάγνωση, γραφή, μνήμη και επικοινωνία (Shaffer, 2009, Salkind, 2004, Corker, 1994). Ως εκ τούτου οι δυσκολίες αυτές αποτελούν πηγή σύγχυσης, ανησυχίας και άγχους. Αυτό ακριβώς επισημαίνεται στην έρευνα του Kolibiki (2014), όπου συμμετείχαν 63 κωφοί έφηβοι ηλικίας 15 έως 19 ετών. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι έφηβοι με ακουστική αναπηρία είχαν διαφορετική αντίληψη για το σεξουαλικό συναίσθημα σε σύγκριση με τους ακούοντες. Οι Κωφοί έφηβοι υποφέρουν από μια καθυστέρηση στις ψυχολογικές τους διεργασίες και έτσι αντί να ερωτευτούν ή να βιώνουν τον «πλατωνικό έρωτα» που είναι συνηθισμένο στους εφήβους, επιλέγουν να εσωτερικεύουν τα συναισθήματά τους, να τα απορρίπτουν και να τα αρνούνται χωρίς να μοιράζονται τα ερωτήματά τους με άλλους ανθρώπους. Αυτή η αμφιθυμία γίνεται πρόβλημα στον τρόπο «αυτοεκτίμησης» και αυτό θα επηρεάσει τον έγγαμο βίο τους. Στην ίδια έρευνα φάνηκε πως ορισμένα κωφά κορίτσια που ανακαλύπτουν τις συναισθηματικές και σεξουαλικές τους επιθυμίες προτιμούν να εστιάζουν αυτή την τάση στα ακούοντα αγόρια. και αποφεύγουν να έχουν συναισθηματική σχέση ή σεξουαλική σχέση με έναν νεαρό Κωφό.

Στην έρευνα των Lehane et al.,(2017) με 513 συμμετέχοντες, ηλικίας 50 ετών και άνω, εντοπίστηκε πως η σεξουαλικότητα μεταξύ των ζευγαριών που ζουν με επίκτητη κώφωση συσχετίζεται σημαντικά με την ψυχολογική ευημερία των συντρόφων. Τα ευρήματα έδειξαν επίσης πως οι συνέπειες της απώλειας ακοής που σχετίζονται με την επικοινωνία μπορεί να έχουν μεγαλύτερο αντίκτυπο στη σεξουαλικότητα των γυναικών από ό,τι στους άνδρες. Στην μελέτη των Ozler & Ozler (2013) όπου συμμετείχαν 85 ενήλικα άτομα άνδρες μεταξύ 20-50 ετών. Οι 45 είχαν επίκτητη, αμφοτερόπλευρη, νευροαισθητήρια απώλεια ακοής και οι άλλοι 40 ήταν ενήλικες με φυσιολογικά επίπεδα ακοής. Στόχος της μελέτης ήταν να αξιολογήσει την ποιότητα της κοινωνικής και σεξουαλικής ζωής σε άνδρες ασθενείς με απώλεια ακοής. Στη μελέτη, τα άτομα με απώλεια ακοής είχαν υψηλότερα επίπεδα τόσο της

κοινωνικο-ψυχικής όσο και της συναισθηματικής αναπηρίας. Παρουσίαζαν στρες και φτωχότερα επίπεδα κοινωνικής λειτουργικότητας. Γενικότερα, οι ασθενείς με απώλεια ακοής είχαν φτωχότερες βαθμολογίες στην ποιότητα ζωής. Δηλαδή ο κοινωνικοψυχολογικός και συναισθηματικός ρόλος των ατόμων με προβλήματα ακοής ήταν φτωχότερος. Σχετικά με την σεξουαλική επιθυμία, οι τομείς της συνολικής ικανοποίησης παρουσίασαν πολύ χαμηλές βαθμολογίες καθώς και οι βαθμολογίες για τη στυτική λειτουργία και η ικανοποίηση από τη συνουσία ήταν παρόμοιες.

Στην έρευνα επίσης των Retznik et al., (2017) όπου ερευνήθηκαν 152 άτομα εκ των οποίων οι 40 αντιμετώπιζαν ακουστική αναπηρία, παρατηρήθηκε ότι οι νέοι ενήλικες με ακουστική αναπηρία είναι πιο κινητικοί και ανεξάρτητοι από τους νεαρούς ενήλικες με οπτική και σωματική αναπηρία καθώς είναι σε θέση να ξεκινήσουν κοινωνικές επαφές και ρομαντικές σχέσεις ανεξάρτητα, χωρίς τη συμβολή τρίτου. Οι νέοι ενήλικες με προβλήματα ακοής τείνουν να έχουν σημαντικά μεγαλύτερους κύκλους φίλων. Οι φίλοι τους τείνουν να έχουν επίσης προβλήματα ακοής λόγω της πρώιμης ιδρυματοποίησης τους. Και όσο πιο έντονη είναι η επικοινωνιακή αναπηρία, τόσο περισσότερο τείνουν να αποσύρονται σε μια κοινότητα Κωφών. Συμπερασματικά, φαίνονται να οδηγούνται σε έναν οικειοθελή κοινωνικό αποκλεισμό.

Στην έρευνα των Monzani et al.,(2008) όπου συμμετείχαν 73 άτομα με απώλεια ακοής, 35 άνδρες και 38 γυναίκες με ηλικιακό εύρος 35-54 ετών, φάνηκε πως τα άτομα με προβλήματα ακοής, έχουν μειωμένες συνήθεις κοινωνικές δραστηριότητες, αντιμετωπίζουν αυξημένα προβλήματα σχέσεων με την οικογένεια και τους φίλους και έχουν μεγαλύτερες συναισθηματικές δυσκολίες στην εργασία. Επίσης, ανέφεραν πολύ μεγαλύτερα συναισθηματικά και κοινωνικά προβλήματα από άτομα με φυσιολογική ακουστική λειτουργία. Παρουσίασαν άγχος, κατάθλιψη, φοβικό άγχος, διαπροσωπική ευαισθησία και εχθρότητα. Το φοβικό άγχος, για παράδειγμα, γίνεται ως αντικείμενα που περιγράφουν τον φόβο για δημόσιους χώρους και πλήθη, όπου τα άτομα με προβλήματα ακοής μπορεί να δυσκολεύονται περισσότερο να ερμηνεύσουν τη γλώσσα. Επίσης η εχθρότητα και η διαπροσωπική ευαισθησία είναι κατανοητές ψυχολογικές αντιδράσεις σε απογοητευτικές αλληλεπιδράσεις όπου μπορεί να προκληθεί αίσθημα κατωτερότητας και θυμού.

Στην μελέτη των Fellingner et al.,(2007) που στοχεύει στη σύγκριση των επιπέδων ψυχολογικής δυσφορίας και της ποιότητας ζωής σε άτομα με προβλήματα ακοής με τα επίπεδα που αναφέρονται από τους κωφούς και τον πληθυσμό με ακοή. Συμμετείχαν συνολικά 373 άτομα με προβλήματα ακοής. Διαπιστώθηκε πως οι βαρήκοοι έχουν χειρότερες κοινωνικές σχέσεις από τους Κωφούς και βρίσκονται σε μειονεκτική θέση σε σχέση με την ακοή σε όλους τους τομείς. Η ποιότητα ζωής τους σχετίζεται με το επίπεδο ικανοποίησης από την ακοή που επιτυγχάνεται από τα ακουστικά βαρηκοΐας.

Η σεξουαλική υγεία μπορεί να έχει άμεσο αντίκτυπο στη συνολική ευημερία των ασθενών με χρόνιες ασθένειες. Η σεξουαλική λειτουργία επηρεάζεται συχνά σε άτομα που ζουν με χρόνια ασθένεια και στους συντρόφους τους και οι πολλαπλές συννοσηρότητες αυξάνουν την πιθανότητα σεξουαλικής δυσλειτουργίας(Steinke,

2013). Σύμφωνα με τον Colson (2016), στην ανασκόπηση της επιστημονικής βιβλιογραφίας που διεξήγαγε από το 1997 όπου διερεύνησε τη σημασία των σεξουαλικών δυσλειτουργιών σε ασθενείς που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες, τόσο σε επιδημιολογικούς όρους όσο και σε σχέση με την ψυχολογική τους επίδραση. Διαπίστωσε πως οι ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νόσο επηρεάζονται συχνότερα από σεξουαλικές δυσλειτουργίες, οι οποίες έχουν σοβαρές συνέπειες τόσο στις διαπροσωπικές τους σχέσεις όσο και στην ψυχολογική/ συναισθηματική τους κατάσταση.

Η μελέτη των Damirchi et al.,(2021) διερεύνησε τον μεσολαβητικό ρόλο της σεξουαλικής αυτοεκτίμησης στη σχέση μεταξύ της ποιότητας του γάμου και της ψυχολογικής προσαρμογής στη νόσο σε γυναίκες με χρόνιες παθήσεις. Το δείγμα αποτέλεσαν 200 γυναίκες με χρόνια νοσήματα. Τα ευρήματα αποκάλυψαν σημαντικές θετικές σχέσεις μεταξύ της ποιότητας του γάμου και της σεξουαλικής αυτοεκτίμησης με την ψυχολογική προσαρμογή. Επιπλέον, βρέθηκαν σημαντικές θετικές σχέσεις μεταξύ της ποιότητας του γάμου και της σεξουαλικής αυτοεκτίμησης. Η σεξουαλική αυτοεκτίμηση μεσολάβησε επίσης στη σχέση μεταξύ της ποιότητας του γάμου και της ψυχολογικής προσαρμογής. Συμπερασματικά, Η μελέτη αποκάλυψε ότι η σεξουαλική αυτοεκτίμηση έπαιξε έναν πλήρως μεσολαβητικό ρόλο μεταξύ της ποιότητας του γάμου και της ψυχολογικής προσαρμογής σε γυναίκες με χρόνια ασθένεια.

Στην βιβλιογραφική ανασκόπηση των Merghati-Khoei et al., (2016) αξιολογήθηκε η επίδραση των χρόνιων ασθενειών στη σεξουαλική λειτουργία των ηλικιωμένων. Τα αποτελέσματα των μελετών ταξινομήθηκαν σε θέματα όπως σωματικά, ψυχολογικά, πολιτιστικά και κοινωνικά. Ο διαβήτης, οι καρδιαγγειακές, οι καρκινικές και οι χρόνιες αναπνευστικές ασθένειες, μπορούν να μειώσουν τη σεξουαλική ικανότητα και επιθυμία, έχοντας αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα της σεξουαλικής ζωής των ηλικιωμένων. Οι χρόνιες παθήσεις μπορούν να επηρεάσουν τις σεξουαλικές εκφράσεις και τις αντιδράσεις που επηρεάζουν αρνητικά τη διάθεση και την ενεργητικότητα, με αποτέλεσμα να προκαλέσουν κατάθλιψη και θλίψη, καθώς και απώλεια αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησης σε ηλικιωμένους ενήλικες.

Επίσης στην έρευνα των Reis et al., (2010) που στόχο είχε να προσδιορίσει τα επίπεδα ποιότητας ζωής των ασθενών με γυναικολογικό καρκίνο και να ανακαλύψει τα προβλήματα που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής και τη σεξουαλική τους λειτουργία και στην οποία συμμετείχαν 100 γυναίκες. Έδειξε πως η συνολική ποιότητα ζωής ήταν μέτρια. Ο γυναικολογικός καρκίνος και οι διαδικασίες θεραπείας προκάλεσαν σημαντικά προβλήματα που είχαν αρνητική επίδραση στις σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές πτυχές της ποιότητας ζωής. Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι οι θεραπευτικές διαδικασίες προσβάλλουν τέσσερις φορές τη σεξουαλική υγεία, την εικόνα του σώματος, τη λειτουργία του ρόλου του φύλου (θηλυκότητα), τη σεξουαλική λειτουργία και τη γονιμότητα. Συμπερασματικά, Ο γυναικολογικός καρκίνος και οι διαδικασίες θεραπείας προκαλούν σημαντικά προβλήματα που έχουν αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής και η σεξουαλική λειτουργία είναι ιδιαίτερα μειωμένη.

Στην ανασκόπηση των Soldati et al.,(2020) με σκοπό την απόκτηση καλύτερης γνώσης σχετικά με τη σεξουαλικότητα σε άτομα με ΔΕΠΥ και τη συζήτηση του ελέγχου και τη διαχείριση των πιθανών σεξουαλικών προβλημάτων τους, αναδείχθηκε ότι

τα άτομα με ΔΕΠΥ αναφέρουν περισσότερη σεξουαλική επιθυμία, μεγαλύτερη συχνότητα αυνανισμού, λιγότερη σεξουαλική ικανοποίηση και περισσότερες σεξουαλικές δυσλειτουργίες από τον γενικό πληθυσμό. Ως εκ τούτου παρουσιάζουν αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχολογική τους ευημερία.

Σύμφωνα με τους Wallin et al., (2022) στην μελέτη των οποίων Χρησιμοποιήθηκε ποιοτικός σχεδιασμός και τα δεδομένα συλλέχθηκαν με ατομικές συνεντεύξεις και συνεντεύξεις ομάδων εστίασης με 15 νεαρές γυναίκες, ηλικίας 15–29 ετών με διάγνωση ΔΕΠΥ, αναδείχθηκε πως οι γυναίκες αυτές αισθάνονται ότι είναι διαφορετικές από άλλες γυναίκες χωρίς ΔΕΠΥ, περιγράφοντας πώς τα συμπτώματα επηρεάζουν τις πράξεις τους με αποτέλεσμα το επαναλαμβανόμενο περιστασιακό σεξ, τις μάχες με τις ρομαντικές σχέσεις και τις δυσκολίες συγκέντρωσης κατά τη διάρκεια του σεξ. Θεωρούν ότι η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η αρνητική εικόνα του εαυτού τους είναι αποτέλεσμα της ζωής με ΔΕΠΥ, που τις καθιστά λιγότερο άνετες σε σεξουαλικές καταστάσεις, τις εμποδίζουν να εκφράσουν τις επιθυμίες τους σε έναν σύντροφο και αυξάνουν τον φόβο τους για απόρριψη. Τα προβλήματα συγκέντρωσης είναι ένας λόγος για χαμηλή σεξουαλική ικανοποίηση σε γυναίκες με ΔΕΠΥ. Οι γυναίκες τονίζουν ότι η ζωή με ΔΕΠΥ έχει οδηγήσει σε αισθήματα συνεχούς αποτυχίας στη ζωή και στην πεποίθηση ότι παίρνουν πάντα λάθος αποφάσεις, με αποτέλεσμα να εκτιμούν λιγότερο τον εαυτό τους και να φοβούνται μήπως πουν κάτι λάθος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1 Σκοπός Έρευνας/Ερευνητικά Ερωτήματα

Η παρούσα εργασία αποτελεί μια εμπειρική έρευνα και επιλέχθηκε η ποσοτική μέθοδος γιατί κρίνεται κατάλληλη για τέτοιου είδους έρευνες. Σκοπός της έρευνας είναι να εξετάσει την επίδραση της σεξουαλικότητας στο ψυχολογικό ευ ζην και στην ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρία και των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων, έχοντας ως κύρια ερευνητικά ερωτήματά τα εξής:

6.1.1 Ερευνητικά Ερωτήματα

1) Διαφοροποιούνται οι διαστάσεις της σεξουαλικότητας (Σεξουαλική εκτίμηση, σεξουαλική κατάθλιψη, σεξουαλική ενασχόληση) μεταξύ των ατόμων με αναπηρία και των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων;

2) Διαφοροποιείται το ψυχολογικό ευ ζην (αυτονομία, κυριαρχία στο περιβάλλον, προσωπική ανάπτυξη, θετικές σχέσεις με τους άλλους, σκοπός στη ζωή και αποδοχή του εαυτού) μεταξύ των ατόμων με αναπηρία και των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων;

3) Διαφοροποιείται η ποιότητα ζωής (Σωματική υγεία, ψυχολογική υγεία, κοινωνικές σχέσεις, περιβάλλον) μεταξύ των ατόμων με αναπηρία και των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων;

4) Ποια είναι η σχέση της σεξουαλικότητας με τις πτυχές του ψυχολογικού ευ ζην και τις πτυχές της ποιότητας ζωής?

6.2 Συμμετέχοντες της Έρευνας

Στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης, διενεργήθηκε μια συστηματική ανάλυση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν συνολικά 192 ενήλικοι συμμετέχοντες, που αποτελούνται από 42 τυπικά αναπτυσσόμενα άτομα και 150 άτομα με διάφορες αναπηρίες. Ο πίνακας 1 παρουσιάζει συνοπτικά τους συμμετέχοντες. Όσον αφορά το είδος της αναπηρίας, παρατηρούμε ότι 46 άτομα έχουν σωματική αναπηρία (24.0%), οι 23 έχουν ακουστική αναπηρία (12.0%), οι 21 έχουν τύφλωση (10.9%), 37 πάσχουν από χρόνιες παθήσεις (19.3%), 21 άτομα έχουν ΔΕΠ-Υ, και 42 εκ των συμμετεχόντων δεν αντιμετωπίζουν κάποια αναπηρία (21.9%). Αναφορικά με την καταγωγή της αναπηρίας, το 51.3% των ατόμων δηλώνει ότι η αναπηρία τους είναι επίκτητη, ενώ το 48.7% δηλώνει ότι προέρχεται εκ γενετής. Τέλος στην ερώτηση με το αν η αναπηρία έχει αποτελέσει εμπόδιο στη σύναψη κάποιας ερωτικής σχέσης, το 62.0% των συμμετεχόντων αναφέρει ότι Ναι αποτελεί, ενώ το 38.0% δηλώνει ότι δεν αποτελεί.

Πίνακας 1: Χαρακτηριστικά συμμετεχόντων ως προς το είδος της αναπηρίας και επιρροή στις σχέσεις και τη ζωή των συμμετεχόντων

	N	%		
Είδος αναπηρίας	Τύφλωση	21	10.9%	
	Μερικώς βλέπων	0	0.0%	
	Κώφωση	23	12.0%	
	Βαρήκοος	0	0.0%	
	Νοητική αναπηρία	0	0.0%	
	Σωματική αναπηρία	46	24.0%	
	Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος	0	0.0%	
	ΔΕΠ-Υ	21	10.9%	
	Πολλαπλές αναπηρίες	2	1.0%	
	Χρόνιες παθήσεις	37	19.3%	
	Δεν αντιμετωπίζω κάποια αναπηρία	42	21.9%	
	Η αναπηρία σας είναι;	Επίκτητη	77	51.3%
		Εκ γενετής	73	48.7%
Η αναπηρία σας έχει σταθεί εμπόδιο στην σύναψη κάποιας ερωτικής σχέσης;	Όχι	57	38.0%	
	Ναι	93	62.0%	

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης βάσει του φύλου, της ηλικίας, της οικογενειακής κατάστασης και του τόπου κατοικίας παρουσιάζονται στον πίνακα 2. Όσον αφορά το φύλο, παρατηρούμε ότι ο αριθμός των γυναικών συμμετεχόντων είναι N = 127 (66.1%), και των ανδρών N = 65 (33.9%).

Επιμερίζοντας τα αποτελέσματα αναφορικά με το φύλο των ερωτηθέντων παρατηρούμε ότι για την οπτική αναπηρία 12 (57,1%) ήταν γυναίκες και 9 (42,9%) Άνδρες. Με Ακουστική αναπηρία συμμετείχαν 13 (56,5%) γυναίκες και 10 (43,5%) άνδρες. Με σωματική αναπηρία 17 (37%) ήταν γυναίκες και 29 (63%) ήταν άνδρες. Με ΔΕΠ-Υ 15 (71,4%) ήταν γυναίκες και 6 (28,6%) άνδρες. Με χρόνιες παθήσεις και οι 37 (100%) ήταν γυναίκες και τέλος από τα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα τα 33 (78,6%) ήταν γυναίκες και 9 (21,4%) άνδρες.

Σχετικά με τις ηλικιακές ομάδες, οι συμμετέχοντες κατανέμονται στις ακόλουθες κατηγορίες: 12.5% στην ηλικιακή ομάδα 18-25 ετών, 21.4% στην ομάδα 26-36 ετών, 29.7% στην ομάδα 37-47 ετών και 36.5% στην ομάδα 48 ετών και άνω. Επιπλέον, σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση, οι συμμετέχοντες κατανέμονται ως εξής: 50.5% άγαμοι, 33.3% έγγαμοι, 1.6% σε συμβίωση και 14.6% διαζευγμένοι. Τέλος, όσον αφορά τον τόπο κατοικίας, οι συμμετέχοντες κατανέμονται μεταξύ χωριού και πόλης, με το 13.0% να δηλώνει ότι κατοικεί σε χωριό και το 87.0% σε πόλη.

Πίνακας 2: Χαρακτηριστικά συμμετεχόντων μελέτης ανά φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση και τόπο κατοικίας

		N	%
Φύλο	Γυναίκα	127	66.1%
	Άνδρας	65	33.9%
Ηλικία	18-25	24	12.5%
	26-36	41	21.4%
	37-47	57	29.7%
	48 και άνω	70	36.5%
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος(η)	97	50.5%
	Έγγαμος(η)	64	33.3%
	Σε συμβίωση	3	1.6%
	Διαζευγμένος(η)	28	14.6%
	Χήρος(α)	0	0.0%
Τόπος κατοικίας	Χωριό	25	13.0%
	Πόλη	167	87.0%

Στο παρακάτω πίνακα 3 αναλύονται τα δεδομένα σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο, όπου παρατηρούμε ότι η μεγαλύτερη ποσοστιαία κατανομή εντοπίζεται στους συμμετέχοντες με δευτεροβάθμια εκπαίδευση με 34.9%, ακολουθούμενη από τους κατόχους μεταπτυχιακού τίτλου με 28.6% και τους αποφοίτους ΑΕΙ με 14.1%. Επιπρόσθετα, αναφορικά με το επάγγελμα, παρατηρούμε ότι η μεγαλύτερη ποσοστιαία κατανομή εντοπίζεται στους μη εργαζόμενους με 38.5%, ενώ οι ιδιωτικοί υπάλληλοι συμμετέχουν με 23.4%, οι δημόσιοι υπάλληλοι με 21.9%, και οι ελεύθεροι επαγγελματίες με 14.1%. Τέλος, σχετικά με το εισόδημα, παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (38.5%) δηλώνει εισόδημα μεταξύ 501 και 1.000 ευρώ το μήνα, ενώ 28.1% δηλώνει εισόδημα μεταξύ 1.001 και 1.500 ευρώ το μήνα, και 16.7% δηλώνει εισόδημα από 0 έως 500 ευρώ το μήνα. Επιπλέον, το 8.9% δηλώνει εισόδημα άνω των 2.001 ευρώ το μήνα, ενώ το 7.8% δηλώνει εισόδημα μεταξύ 1.501 και 2.000 ευρώ το μήνα.

Πίνακας 3 Χαρακτηριστικά συμμετεχόντων ανά μορφωτικό επίπεδο, επάγγελμα και εισόδημα

		N	%
Μορφωτικό επίπεδο	Πρωτοβάθμια εκπαίδευση	20	10.4%
	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	67	34.9%
	Απόφοιτος(η) ΤΕΙ	21	10.9%
	Απόφοιτος(η) ΑΕΙ	27	14.1%
	Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου	55	28.6%
	Κάτοχος διδακτορικού τίτλου	2	1.0%
Επάγγελμα	Ιδιωτικός Υπάλληλος	45	23.4%
	Δημόσιος Υπάλληλος	42	21.9%
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	27	14.1%
	Δεν εργάζομαι	74	38.5%
	Οικιακά	4	2.1%
Ποια είναι τα συνολικά σας εισοδήματα το μήνα σε ευρώ;	0-500	32	16.7%
	501-1.000	74	38.5%
	1.001-1.500	54	28.1%
	1.501-2.000	15	7.8%
	2.001 και άνω	17	8.9%

Στον επόμενο πίνακα 4, παρουσιάζονται οι αντιλήψεις και οι συνήθειες των συμμετεχόντων σχετικά με την οικογένεια, τη θρησκεία, τους φίλους και τα χόμπι. Σε ό,τι αφορά τη σχέση με τους γονείς, η πλειονότητα των συμμετεχόντων (67.2%) αναφέρει ότι η σχέση τους με τους γονείς τους είναι καλή, ενώ μια μικρότερη ποσότητα (13.5%) αναφέρει κακή σχέση και ένα ποσοστό 19.3% δηλώνει ούτε καλή ούτε κακή σχέση. Σχετικά με τη θρησκεία, οι απαντήσεις διαφοροποιούνται, με το 34.4% των συμμετεχόντων να δηλώνει ότι θρησκευεται ούτε πολύ ούτε λίγο, ενώ το 21.4% δηλώνει πολύ. Όσον αφορά την ύπαρξη φίλων, το 86.5% των συμμετεχόντων δηλώνει ότι έχει φίλους, ενώ το 13.5% δηλώνει ότι δεν έχει. Επιμερίζοντας τα αποτελέσματα αναφορικά με τα άτομα με αναπηρία, 15 (71,4%) άτομα με οπτική αναπηρία απάντησαν Ναι ότι έχουν φίλους και 6 (28,6%) απάντησαν Όχι, με ακουστική αναπηρία 19 (82,6%) απάντησαν ναι και 4 (17,4%) όχι, με σωματική αναπηρία 38 (82,6%) απάντησαν ναι και 8 (17,4%) όχι, με ΔΕΠ-Υ, 15 (71,4%) απάντησαν ναι και 6 (28,6%) όχι, με χρόνιες παθήσεις και οι 37 (100%) απάντησαν ναι και τέλος αναφορικά με τα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα 40 (95,2%) απάντησαν ότι έχουν φίλους και τα 2 (4,8%) όχι.

Τέλος, σχετικά με τα χόμπι, το 83.3% των συμμετεχόντων δηλώνει ότι έχει κάποιο χόμπι, ενώ το 16.7% δηλώνει ότι δεν έχει.

Πίνακας 4 Αντιλήψεις και συνήθειες των συμμετεχόντων σε σχέση με την οικογένεια, τη θρησκεία, τους φίλους και τα χόμπι

	N	%
--	---	---

Πώς είναι η σχέση σας με τους γονείς σας;	Κακή	26	13.5%
	Ούτε καλή ούτε κακή	37	19.3%
	Καλή	129	67.2%
Θρησκεύεστε;	Καθόλου	33	17.2%
	Λίγο	43	22.4%
	Ούτε πολύ ούτε λίγο	66	34.4%
	Πολύ	41	21.4%
	Πάρα πολύ	9	4.7%
Έχετε φίλους;	Όχι	26	13.5%
	Ναι	166	86.5%
Έχετε κάποιο χόμπι;	Όχι	32	16.7%
	Ναι	160	83.3%

Τέλος ο πίνακας 5 παρουσιάζει πληροφορίες σχετικά με την ενημέρωση των συμμετεχόντων σχετικά με τη σεξουαλικότητα και τη σεξουαλική αγωγή, καθώς επίσης και το ποσοστό αυτών που έχουν υποστεί κάποια μορφή σεξουαλικής παρενόχλησης. Σχετικά με την πηγή ενημέρωσης σχετικά με τη σεξουαλικότητα/σεξουαλική αγωγή, παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες αναφέρουν το Ίντερνετ (53.1%) ως την κύρια πηγή ενημέρωσης, ενώ η οικογένεια και το σχολείο επίσης παίζουν σημαντικό ρόλο με ποσοστά 18.8% και 14.6% αντίστοιχα. Τα υπόλοιπα ποσοστά προέρχονται από τηλεόραση, περιοδικά και περιοδικά ερωτικού περιεχομένου. Όσον αφορά τη σεξουαλική παρενόχληση, το 62.1% των συμμετεχόντων αναφέρει ότι δεν έχει υποστεί κάποια μορφή σεξουαλικής παρενόχλησης, ενώ το 37.9% έχει απαντήσει θετικά.

Πίνακας 5 Ενημέρωση σχετικά με τη σεξουαλικότητα και σεξουαλική αγωγή

		N	%
Η ενημέρωση σας σχετικά με την σεξουαλικότητα/σεξουαλική αγωγή από που προέρχεται;	Ίντερνετ	102	53.1%
	Τηλεόραση	13	6.8%
	Περιοδικά	6	3.1%
	Περιοδικά ερωτικού περιεχομένου	7	3.6%
	Οικογένεια	36	18.8%
	Σχολείο	28	14.6%
Έχετε υποστεί κάποια σεξουαλική παρενόχληση;	Όχι	118	62.1%
	Ναι	72	37.9%

Επιμερίζοντας τα αποτελέσματα στα άτομα με αναπηρία, 6 (28,6%) άτομα με οπτική αναπηρία δήλωσαν ότι έχουν υποστεί κάποια σεξουαλική παρενόχληση και τα 15 (71,4%) όχι. Με ακουστική αναπηρία 3 (13,0%) άτομα απάντησαν ναι και 20 (87,0%) όχι. Με σωματική αναπηρία 4 (9,1%) απάντησαν ναι και 40 (90,9%) όχι. Με ΔΕΠ-Υ 15 (71,4%) απάντησαν καταφατικά και 6 (28,6%) όχι. Με χρόνιες παθήσεις οι

25(67,6%) απάντησαν ναι και οι 12 (32,4%) όχι. Τέλος σχετικά με τα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα τα 19 (45,2%) δήλωσαν ότι έχουν υποστεί κάποια σεξουαλική παρενόχληση και τα 23 (54,8%) απάντησαν αρνητικά.

6.3 Διαδικασία Συλλογής Ερευνητικών Δεδομένων

Η επιλογή του δείγματος για την υλοποίηση της παρούσας μελέτης πραγματοποιήθηκε με τυχαία δειγματοληψία. από άτομα με οπτική, ακουστική, σωματική αναπηρία, χρόνιες παθήσεις και ΔΕΠ-Υ καθώς και από τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα.

Η διαδικασία συλλογής ερευνητικών δεδομένων ξεκίνησε τον Νοέμβριο του 2023 και ολοκληρώθηκε τον Μάρτιο του 2024. Τα Ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε διάφορους συλλόγους και σωματεία ατόμων με αναπηρία σε όλη την επικράτεια και και παράλληλα προωθήθηκαν και μέσω e-mails, Google forms, και μέσων κοινωνικής δικτύωσης σε όλη την Ελλάδα. Η συμπλήρωση έγινε ανώνυμα.

6.4 Ερευνητικό Εργαλείο

Για την πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας συγκροτήθηκε ένα ενιαίο ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς 118 συνολικών ερωτήσεων, το οποίο χωρίζονταν από δυο ενότητες. Η πρώτη ενότητα αποτελούνταν από 16 ερωτήσεις και αποσκοπούσε στην συλλογή των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων, ενώ η δεύτερη ενότητα περιελάμβανε τα ψυχομετρικά εργαλεία που ενσωματώθηκαν στην έρευνα.

6.5 Ψυχομετρικά Εργαλεία

«The Sexuality Scale(SS): An Instrument to Measure Sexual-Esteem, Sexual-Depression, and Sexual-Preoccupation(1989)»

Συγγραφείς: William E. Snell, Jr. Southeast Missouri State University
& **DENNIS R. PAPINI**, University of Arkansas-Fayetteville

Η κλίμακα της σεξουαλικότητας είναι ένα όργανο σχεδιασμένο να μετράει τρεις πτυχές της ανθρώπινης σεξουαλικότητας: *τη σεξουαλική εκτίμηση, τη σεξουαλική κατάθλιψη και τη σεξουαλική ενασχόληση.*

- a) **Σεξουαλική εκτίμηση:** ορίζεται ως ο θετικός σεβασμός του ατόμου και η εμπιστοσύνη στην ικανότητα του να βιώνει τη σεξουαλικότητα του με ικανοποιητικό και ευχάριστο τρόπο.
- b) **Σεξουαλική κατάθλιψη:** ορίζεται ως η εμπειρία των συναισθημάτων κατάθλιψης σχετικά με τη σεξουαλική ζωή κάποιου, δηλαδή ως η τάση του ατόμου να αισθάνεται θλίψη και αποθάρρυνση για την ικανότητα του να σχετίζεται σεξουαλικά με ένα άλλο άτομο.
- c) **Σεξουαλική ενασχόληση:** ορίζεται ως η τάση του ατόμου να σκέφτεται το σέξ σε υπερβολικό βαθμό να απορροφάτε τόσο πολύ και να παθιάζεται γύρω απο σεξουαλικές γνώσεις και συμπεριφορές και να αποκλείει ουσιαστικά τις σκέψεις του πάνω σε άλλα θέματα.

Αποτελείται από συνολικά 30 ερωτήσεις. Για κάθε ερώτηση οι συμμετέχοντες πρέπει να δηλώσουν τον βαθμό διαφωνίας ή συμφωνίας τους. Οι ερωτήσεις ακολουθούν την πενταβάθμια κλίμακα του Likert, με διαβαθμίσεις από το 1 έως το 5 με τις απαντήσεις σε κάθε ερώτηση να κυμαίνονται από (+2, -2) για την βαθμολόγηση κάθε κλίμακας τα στοιχεία αθροίζονται με συγκεκριμένη διαδικασία. Υψηλότερα θετικά αποτελέσματα αντιστοιχούν σε μεγαλύτερη συμφωνία με τις δηλώσεις και υψηλότερα αρνητικά αποτελέσματα αντιστοιχούν σε μεγαλύτερη διαφωνία με τις δηλώσεις.

Όπου 1: *Συμφωνώ*, 2: *Συμφωνώ λίγο*, 3: *Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ*, 4: *Διαφωνώ λίγο*, 5: *Διαφωνώ*.

Οι υψηλότερες θετικές βαθμολογίες αντιστοιχούν σε μεγαλύτερη συμφωνία με τις δηλώσεις και οι πιο ακραίες αρνητικές βαθμολογίες δείχνουν μεγαλύτερη διαφωνία με τις δηλώσεις. **Σημείωση:** Το (R) στα παρακάτω ερωτήματα υποδηλώνει ότι το στοιχείο έχει βαθμολογηθεί αντίστροφα. Όπου τα στοιχεία έχουν φορτωθεί περισσότερο από 40 στον καθορισμένο συντελεστή τους, υπογραμμίζονται οι σχετικοί συντελεστές.

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ:

Εξετάζεται από 10 ερωτήσεις: “*Είμαι καλός σεξουαλικός σύντροφος*”, “*Θα βαθμολογούσα τη σεξουαλική μου ικανότητα αρκετά υψηλή*”, “*Είμαι καλύτερος στο σεξ από τους περισσότερους άλλους ανθρώπους*”, “*Μερικές φορές έχω αμφιβολίες για το σεξ μου επάρκεια. (R)*”, “*Δεν έχω μεγάλη αυτοπεποίθηση στις σεξουαλικές συναναστροφές. (R)*”, “*Θεωρώ τον εαυτό μου ως πολύ καλό σεξουαλικό σύντροφο*”, “*Θα βαθμολογούσα χαμηλά τον εαυτό μου ως σεξουαλικό σύντροφο. (R)*”, “*Είμαι σίγουρος για τον εαυτό μου ως σεξουαλικό σύντροφο*”, “*Δεν είμαι πολύ σίγουρος για τις σεξουαλικές μου ικανότητες. (R)*”, “*Μερικές φορές αμφιβάλω για τη σεξουαλική μου ικανότητα. (R)*”.

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΝΑΣΧΟΛΗΣΗ:

Εξετάζεται από 10 προτάσεις: “*Σκέφτομαι συνέχεια το σεξ*”, “*Σκέφτομαι το σεξ περισσότερο από οτιδήποτε άλλο*”, “*Δεν ονειρεύομαι σεξουαλικές καταστάσεις. (R)*”, “*Τείνω να με απασχολεί το σεξ*”, “*Σκέφτομαι συνεχώς να κάνω σεξ*”, “*Σκέφτομαι το σεξ πολλές φορές*”, “*Σπάνια σκέφτομαι το σεξ. (R)*”, “*Δεν φαντασιώνομαι σχεδόν ποτέ να κάνω σεξ. (R)*”, “*Μάλλον σκέφτομαι το σεξ λιγότερο συχνά από τους περισσότερους Άνθρωποι. (R)*”, “*Δεν σκέφτομαι το σεξ πολύ συχνά. (R)*”.

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ:

Τέλος η διάσταση αυτή εξετάζεται από 10 ερωτήματα: “*Έχω κατάθλιψη για τις σεξουαλικές πτυχές της ζωής μου*”, “*Νιώθω καλά με τη σεξουαλικότητά μου. (R)*”, “*Είμαι απογοητευμένος για την ποιότητα της σεξουαλικής μου ζωής*”, “*Το να σκέφτομαι το σεξ με κάνει χαρούμενο. (R)*”, “*Απολαμβάνω ευχαρίστηση και απόλαυση από το σεξ. (R)*”, “*Νιώθω απογοητευμένος για τη σεξουαλική μου ζωή*”, “*Νιώθω δυστυχισμένη για τις σεξουαλικές μου σχέσεις*”, “*Νιώθω ικανοποιημένη με τη σεξουαλική μου ζωή. (R)*”, “*Νιώθω λυπημένος όταν σκέφτομαι τις σεξουαλικές μου εμπειρίες*”, “*Δεν αποθαρρύνομαι για το σεξ. (R)*”.

Η έρευνα έδειξε ότι ελληνική μετάφραση με στάθμισή των στοιχείων δεν υπάρχει και μεταφράστηκε στα ελληνικά από τον ερευνητή της παρούσας έρευνας.

Το ερωτηματολόγιο ανακτήθηκε από την ηλεκτρονική διεύθυνση:

<http://dx.doi.org/10.1080/00224498909551510>

Αναφορικά με τον δείκτη αξιοπιστίας του εργαλείου υπολογίστηκε ο συντελεστής **Cronbach's Alpha**.

Πίνακας 6 : Δείκτης αξιοπιστίας του *Sexuality Scale(SS)*

	N	Cronbach's alpha
Σεξουαλική Εκτίμηση	10	.916
Σεξουαλική Ενασχόληση	10	.863
Σεξουαλική Κατάθλιψη	10	.840

«Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας – (WorldHealthOrganizationQualityofLife -WHOQOL-BREF)»

Το ψυχομετρικό εργαλείο WHOQOL-BREF αποτελεί τη σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου Ποιότητας Ζωής WHOQOL-100 (Ginieri-Coccossis et al., 2012 · Skevington et al., 2004), που αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ). Το συγκεκριμένο εργαλείο έχει ως στόχο την προαγωγή ενός διαπολιτισμικού συστήματος αξιολόγησης της ποιότητας ζωής, η οποία μπορεί να συμβάλλει στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Τζινιέρη-Κοκκώση και συν., 2003). Η δημιουργία της ελληνικής μορφής του WHOQOL-BREF διεκπεραιώθηκε από την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο υπό την αιγίδα του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας. Βασικοί συντελεστές του συγκεκριμένου έργου αποτελούν δύο κλινικοί ψυχολόγοι (Μ.Τζινιέρη - Κοκκώση, Β. Αντωνοπούλου) και ένας κοινωνιολόγος (Ε. Τριανταφύλλου). Η μελέτη για τη δημιουργία της ελληνικής μορφής πραγματοποιήθηκε με βάση το προτεινόμενο, από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ερευνητικό πρωτόκολλο με άξονα τον διαπολιτισμικό χαρακτήρα των ερωτηματολογίων WHOQOL. Ειδικότερα, η ελληνική εκδοχή του WHOQOL-BREF αποτελείται συνολικά από 30 ερωτήματα. Τα 26 από αυτά έχουν επιλεγεί από το αγγλικό πρωτότυπο WHOQOL-100 βάσει στατιστικών κριτηρίων (Ginieri-Coccossis et al., 2012), ενώ τα επιπλέον 4 ερωτήματα έχουν προκύψει από την προσαρμογή του ερωτηματολογίου στα ελληνικά πολιτισμικά δεδομένα (Τζινιέρη-Κοκκώση και συν., 2003). Η ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου αποτελείται από 4 θεματικές ενότητες:

Για κάθε μία από τις θεματικές αυτές ενότητες αντιστοιχούν ερωτήσεις, οι οποίες στο σύνολό τους, είναι 26. Ειδικότερα, η θεματική

1) **Σωματική υγεία:** ο συγκεκριμένος τομέας περιλαμβάνει 9 ερωτήματα και περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 3,4,10,15,16,17,18,27,30 και διερευνά τη σωματική υγεία σε συνδυασμό με το επίπεδο ανεξαρτησίας των ατόμων. Ειδικότερα, τα 9 στοιχεία της θεματικής ενότητας αποσκοπούν στην άντληση πληροφοριών αναφορικά με ενδεχόμενους σωματικούς πόνους που βιώνει το άτομο, την επιρροή των πόνων αυτών στις καθημερινές του δραστηριότητες, την ανάγκη του ατόμου για φαρμακευτικές ουσίες και ιατρική βοήθεια, την ενέργεια, κόπωση και κινητικότητά του, την ποιότητα του ύπνου αλλά και την ικανότητα του για εργασία.

2) **Ψυχολογική υγεία:** ο προαναφερόμενος τομέας ενσωματώνει 6 ερωτήματα και περιλαμβάνει τα ερωτήματα 5,6,7,11,19,26, τα οποία αποσκοπούν στη διερεύνηση

της ψυχολογικής υγείας και πνευματικότητας των ατόμων. Συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις στοχεύουν στη συλλογή των προσωπικών πεποιθήσεων του ατόμου αναφορικά με τη ζωή του, τη συγκέντρωση του, την εικόνα του σώματος και της εξωτερικής του εμφάνισης, την αυτοεκτίμηση αλλά και την εμφάνιση θετικών και αρνητικών συναισθημάτων.

3) **Κοινωνικές σχέσεις:** η συγκεκριμένη θεματική ενότητα απαρτίζεται από 5 ερωτήματα και περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 20, 21, 22, 28, 29, οι οποίες συγκεντρώνουν πληροφορίες για τις προσωπικές σχέσεις του ερωτώμενου, την κοινωνική υποστήριξη από το φιλικό περιβάλλον και τη σεξουαλική του ζωή.

4) **Περιβάλλον:** ο τομέας του περιβάλλοντος αποτελείται από 8 ερωτήματα και περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 8,9,12,13,14,23,24,25, τα οποία διερευνούν την επάρκεια της καθημερινής ασφάλειας του ερωτώμενου, την υγιεινή στο χώρο που ζει, την οικονομική του κατάσταση, την επάρκεια στην πληροφόρηση, την δυνατότητα δημιουργίας και διασκέδασης, την ποιότητα κατοικίας, την περίθαλψη αλλά και τα μέσα μετακίνησης.

Εκτός από τα προαναφερόμενα, το συγκεκριμένο ψυχομετρικό εργαλείο περιλαμβάνει 2 ακόμη ερωτήματα, τις ερωτήσεις **1 & 2** οι οποίες αξιολογούν το «ευ ζην» του ατόμου **σφαιρικά**, δηλαδή την ποιότητα ζωής του στο **σύνολό της** αλλά και **τη γενική κατάσταση της υγείας του**. Οι ερωτήσεις ακολουθούν την πενταβάθμια κλίμακα του Likert, με διαβαθμίσεις από το 1 έως το 5, όπου το άτομο καλείται να απαντήσει αναλογιζόμενο τον εαυτό του και τη ζωή του κατά τις δύο τελευταίες εβδομάδες. Όπου 1: **Υπερβολικά**, 2: **Πολύ**, 3: **Μέτρια**, 4: **Αρκετά**, 5: **Καθόλου**.

Το εύρος βαθμολογίας ορίζεται από 0 ως 100, με τις υψηλότερες βαθμολογίες στο σκορ του ερωτηματολογίου να αποκαλύπτουν καλύτερη ποιότητα ζωής. (Giniერი-Coccosis et al., 2012 · Τζινιέρη-Κοκκώση και συν., 2003).

Αναφορικά με τον δείκτη αξιοπιστίας του εργαλείου υπολογίστηκε ο συντελεστής **Cronbach's Alpha**.

Πίνακας 7: Δείκτης αξιοπιστίας των διαστάσεων του ερωτηματολογίου Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (**WHOQOL-BREF**)

	N	Cronbach's alpha
Σωματική υγεία (Εύρος 0-100)	9	.727
Ψυχολογική υγεία (Εύρος 0-100)	6	.833
Κοινωνικές σχέσεις (Εύρος 0-100)	5	.837
Περιβάλλον (Εύρος 0-100)	8	.664

«Κλίμακα Μέτρησης του Ψυχολογικού Ευ Ζην (42 Item version) (Psychological WellBeing Scales - 42 Item version [PWBS])»

Συγγραφέας. **Ryff. C.D. et.al. (2007)**

Η Κλίμακα Μέτρησης του Ψυχολογικού Ευ Ζην (PWB) 42 στοιχείων μετρά έξι πτυχές της ευημερίας και της ευτυχίας: αυτονομία, περιβαλλοντική κυριαρχία, προσωπική ανάπτυξη, θετικές σχέσεις με τους άλλους, σκοπός της ζωής και αυτοαποδοχή

(Ryff et al., 2007). Πρόκειται για μια πιο σύντομη μορφή της αρχικής Κλίμακας Μέτρησης του Ψυχολογικού Ευ Ζην των 84 στοιχείων. Αφορά κλίμακα αυτοαναφοράς αποτελούμενη από ερωτήσεις που μπορούν να απαντηθούν σε μια κλίμακα του τύπου Συμφωνώ έντονα Διαφωνώ έντονα. Τρόπος Βαθμολόγησης. Όλα τα στοιχεία της κλίμακας βαθμολογούνται από το 1= Συμφωνώ έντονα έως το 7=Διαφωνώ έντονα.

Όπου: 1: Συμφωνώ έντονα, 2: Συμφωνώ σχετικά, 3: Συμφωνώ λίγο, 4: ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ, 5: Διαφωνώ λίγο, 6: Διαφωνώ σχετικά, 7: Διαφωνώ έντονα. Τέλος αποτελείται από 6 υποκλίμακες:

1. Αυτονομία, με τις ερωτήσεις 1, 13, 24, 35, 41, 10 και 21.
2. Κυριαρχία στο Περιβάλλον, με τις ερωτήσεις 3, 15, 26, 36, 42, 12 και 23.
3. Προσωπικής ανάπτυξης, με τις ερωτήσεις 5, 17, 28, 37, 2, 14 και 25.
4. Θετικές σχέσεις με άλλους, με τις ερωτήσεις 7, 18, 30, 38, 4, 16 και 27.
5. Σκοπός στη ζωή, με τις ερωτήσεις 9, 20, 32, 39, 6, 29 και 33.
6. Αυτοαποδοχή, με τις ερωτήσεις 11, 22, 34, 40, 8, 19 και 31.

Τα ερωτήματα 1, 2, 3, 4, 6, 7, 11, 13, 17, 20, 21, 22, 23, 27, 29, 31, 35, 36, 37, 38 και 40 πρέπει να έχουν **αντίστροφη βαθμολογία**. Τα στοιχεία με αντίστροφη βαθμολόγηση είναι διατυπωμένα προς την αντίθετη κατεύθυνση από αυτό που μετρά η κλίμακα. Ο τύπος για την αντίστροφη βαθμολόγηση ενός στοιχείου είναι ο εξής: ((Αριθμός βαθμών κλίμακας) + 1) - (Απάντηση του ερωτώμενου) Για να υπολογιστούν οι βαθμολογίες των υποκλιμάκων για κάθε συμμετέχοντα, αθροίζονται τις απαντήσεις των ερωτηθέντων στα στοιχεία κάθε υποκλίμακας. Οι υψηλότερες βαθμολογίες δείχνουν μεγαλύτερη ευημερία.

Αναφορικά με τον δείκτη αξιοπιστίας του εργαλείου υπολογίστηκε ο συντελεστής **Cronbach's Alpha**.

Πίνακας 8: Δείκτης αξιοπιστίας των διαστάσεων του Ψυχολογικού Ευ ζην [PWBS]»

	N	Cronbach's alpha
Αυτονομία	7	.663
Κυριαρχία στο περιβάλλον	7	.823
Προσωπική ανάπτυξη	7	.653
Θετικές σχέσεις με άλλους	7	.694
Σκοπός στη ζωή	7	.659
Αυτοαποδοχή	7	.835

6.6 Περιγραφικά Στοιχεία Ερωτηματολογίων

6.6.1 Περιγραφή των δεικτών της Σεξουαλικής κλίμακας (SS)

Πίνακας 9 Περιγραφή των δεικτών του (SS)

	N	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Σεξουαλική Εκτίμηση	10	-15.00	20.00	3.19	9.74
Σεξουαλική Ενασχόληση	10	-18.00	20.00	1.37	8.36
Σεξουαλική Κατάθλιψη	10	-20.00	16.00	-2.80	8.93

Από τον πίνακα 9, φαίνεται η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση του ερωτηματολογίου (SS). Ο πρώτος δείκτης «Σεξουαλική εκτίμηση» έχει μέση τιμή 3.19 και τυπική απόκλιση 9.74. Ο δείκτης «Σεξουαλική Ενασχόληση» έχει μέση τιμή 1.37 και τυπική απόκλιση 8,36. Τέλος ο δείκτης «Σεξουαλική κατάθλιψη» έχει μέση τιμή -2.80 και τυπική απόκλιση 8.93.

6.6.2 Περιγραφή των δεικτών του Ψυχολογικού ευ ζην (PWBS)

Πίνακας 10 Περιγραφή των δεικτών του (PWBS)

	N	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Αυτονομία	7	9.00	48.00	33.91	6.72
Κυριαρχία στο περιβάλλον	7	10.00	47.00	27.88	8.40
Προσωπική ανάπτυξη	7	22.00	49.00	36.97	6.20
Θετικές σχέσεις με άλλους	7	24.00	49.00	36.11	7.02
Σκοπός στη ζωή	7	15.00	48.00	34.56	7.57
Αυτοαποδοχή	7	9.00	47.00	29.86	9.08

Από τον πίνακα 10, φαίνεται η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση του ερωτηματολογίου (PWBS). Ο πρώτος δείκτης «Αυτονομία» έχει μέση τιμή 33.91 και τυπική απόκλιση 6.72. Ο δείκτης «Κυριαρχία στο περιβάλλον» έχει μέση τιμή 27.88 και τυπική απόκλιση 8.40. Ο δείκτης «Προσωπική ανάπτυξη» έχει μέση τιμή 36.97 και τυπική απόκλιση 6.20. Ο δείκτης «Θετικές σχέσεις με άλλους» έχει μέση τιμή 36.11 και τυπική απόκλιση 7,02. Ο δείκτης «Σκοπός στη ζωή» έχει μέση τιμή 34.56 και τυπική απόκλιση 7.57. Τέλος ο δείκτης «Αυτοαποδοχής» έχει μέση τιμή 29.86 και τυπική απόκλιση 9.08.

6.6.3 Περιγραφή των δεικτών της Ποιότητας ζωής (WHOQOL-BREF)

Πίνακας 11 Περιγραφή των δεικτών του (WHOQOL-BREF)

	N	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Σωματική υγεία (Εύρος 0-100)	9	22.22	91.67	59.23	16.60
Ψυχολογική υγεία (Εύρος 0-100)	6	.00	91.67	56.12	20.54
Κοινωνικές σχέσεις (Εύρος 0-100)	5	.00	100.00	51.25	23.59

Από τον πίνακα 11, φαίνεται η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση του ερωτηματολογίου (*WHOQOL-BREF*). Ο πρώτος δείκτης «Σωματική αναπηρία» έχει μέση τιμή 59.23 και τυπική απόκλιση 16.60. Ο δείκτης «Ψυχολογική υγεία» έχει μέση τιμή 56.12 και τυπική απόκλιση 20.54. Ο δείκτης «Κοινωνικές σχέσεις» έχει μέση τιμή 51.25 και τυπική απόκλιση 23.59. Τέλος ο δείκτης «Περιβάλλον» έχει μέση τιμή 53.84 και τυπική απόκλιση 14.06.

6.7 Στατιστική Επεξεργασία δεδομένων

Επιλέχθηκε η ποσοτική μέθοδος γιατί κρίθηκε κατάλληλη για την συγκεκριμένη έρευνα. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό SPSS v28.0. Για την περιγραφή των ποσοτικών τιμών και εκβάσεων χρησιμοποιήθηκαν μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις ενώ για τις κατηγορικές μετρήσεις όπως το φύλο, και γενικότερα τα δημογραφικά στοιχεία, πλήθη και ποσοστά. Η ύπαρξη συνοχής μεταξύ των κλιμάκων υπολογίστηκε μέσω του δείκτη εσωτερικής συνάφειας (internal consistency coefficient) ή διαφορετικά δείκτη Cronbach's Alpha, ο οποίος είναι ένας από τους πιο διαδεδομένους δείκτες αξιοπιστίας.

Για την εξέταση των συσχετίσεων μεταξύ των διαστάσεων των ερωτηματολογίων χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος συσχέτισης Pearson. Τέλος για τις συγκρίσεις μεταξύ των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων και των ατόμων με αναπηρία πραγματοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης και στην συνέχεια ακολούθησαν έλεγχοι πολλαπλών συγκρίσεων σύμφωνα με το κριτήριο Tukey. Τέλος το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0.05 σε όλες τις περιπτώσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

7.1 Πρώτο ερευνητικό Ερώτημα: Διαφοροποίηση των διαστάσεων της σεξουαλικότητας μεταξύ των ατόμων με αναπηρία και των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων;

Προκειμένου να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ των διαστάσεων της σεξουαλικότητας ανάμεσα στα άτομα με αναπηρία και στα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα πραγματοποιήθηκε έλεγχος ανάλυσης διακύμανσης για κάθε διάσταση της σεξουαλικότητας ξεχωριστά και στην συνέχεια πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι πολλαπλών συγκρίσεων σύμφωνα με το κριτήριο Tukey.

Για τη διάσταση της “Σεξουαλικής εκτίμησης” όπως φαίνεται από τον πίνακα 12 της ανάλυσης διακύμανσης που ακολουθεί, διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάλογα με την ύπαρξη αναπηρία ή όχι και με το είδος της ($F_{6,185} = 1.035; p = 0.404$).

Πίνακας 12 Διαφοροποίηση της «σεξουαλικής εκτίμησης» στα άτομα με αναπηρία & στα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα

Σεξουαλική Εκτίμηση

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
Τύφλωση	21	1.5714	6.40758	1.39825	-1.3453	4.4881
Κώφωση	23	1.9565	4.06178	.84694	.2001	3.7130
Σωματική αναπηρία	46	2.4565	10.41304	1.53532	-.6358	5.5488
ΔΕΠ-Υ	21	1.1429	13.94735	3.04356	-5.2059	7.4916
Χρόνιες παθήσεις	37	4.2162	10.31486	1.69575	.7771	7.6554
Δεν αντιμετωπίζω κάποια αναπηρία	42	5.8333	9.56089	1.47528	2.8540	8.8127
Total	192	3.1875	9.74256	.70311	1.8006	4.5744

Για τη διάσταση της “Σεξουαλικής Ενασχόλησης” όπως φαίνεται από τον πίνακα 13 της ανάλυσης διακύμανσης που ακολουθεί, διαπιστώνεται ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων και των ατόμων με αναπηρία ($F_{6,185} = 9.879; p < 0.001$).

Πίνακας 13 Διαφοροποίηση της «σεξουαλικής ενασχόλησης» στα άτομα με αναπηρία & στα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα

Σεξουαλική Ενασχόληση

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
Τύφλωση	21	2.4286	4.44490	.96996	.4053	4.4519
Κώφωση	23	3.1304	3.84122	.80095	1.4694	4.7915
Σωματική αναπηρία	46	4.2174	7.77721	1.14669	1.9078	6.5269
ΔΕΠ-Υ	21	7.0000	12.12436	2.64575	1.4811	12.5189
Χρόνιες παθήσεις	37	-5.8919	6.78963	1.11621	-8.1557	-3.6281
Δεν αντιμετωπίζω κάποια αναπηρία	42	.7381	6.83270	1.05431	-1.3911	2.8673
Total	192	1.3698	8.36308	.60355	.1793	2.5603

Συγκεκριμένα, και όπως προέκυψε από τους ελέγχους πολλαπλών συγκρίσεων σύμφωνα με το κριτήριο Tukey, αναμένονται σημαντικά χαμηλότερες τιμές στα άτομα με χρόνιες παθήσεις συγκριτικά με τους συμμετέχοντες όλων των άλλων κατηγοριών με $p < .002$ σε όλες τις περιπτώσεις.

Τέλος για τη διάσταση της “Σεξουαλικής κατάθλιψη” όπως φαίνεται από τον πίνακα 14 της ανάλυσης διακύμανσης που ακολουθεί, φαίνεται ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων και των ατόμων με αναπηρία ($F_{6,185} = 7.785; p < 0.001$).

Πίνακας 14 Διαφοροποίηση της «σεξουαλικής κατάθλιψης» στα άτομα με αναπηρία & στα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα

Σεξουαλική Κατάθλιψη

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
Τύφλωση	21	-3.7143	6.16557	1.34544	-6.5208	-.9078
Κώφωση	23	1.0435	3.41758	.71261	-.4344	2.5213
Σωματική αναπηρία	46	-1.8696	9.02739	1.33102	-4.5504	.8112
ΔΕΠ-Υ	21	4.1429	4.04086	.88179	2.3035	5.9822
Χρόνιες παθήσεις	37	-2.9730	11.11427	1.82717	-6.6787	.7327
Δεν αντιμετωπίζω κάποια αναπηρία	42	-9.0000	8.12404	1.25357	-11.5316	-6.4684
Total	192	-2.7969	8.93111	.64455	-4.0682	-1.5255

Συγκεκριμένα, και όπως προέκυψε από τους ελέγχους πολλαπλών συγκρίσεων σύμφωνα με το κριτήριο Tukey, αναμένονται σημαντικά υψηλότερες τιμές στα άτομα με κώφωση, σωματική αναπηρία, ΔΕΠ-Υ και χρόνιες παθήσεις συγκριτικά με όσους δεν έχουν κάποια αναπηρία με $p < .001$ σε όλες τις περιπτώσεις. Παράλληλα τα άτομα με ΔΕΠ-Υ αναμένεται να έχουν υψηλότερες τιμές συγκριτικά με τα άτομα με οπτική αναπηρία και χρόνιες παθήσεις.

7.2 Δεύτερο Ερευνητικό Ερώτημα: Διαφοροποίηση των διαστάσεων του ψυχολογικού ευ ζην μεταξύ των ατόμων με αναπηρία και των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων;

Προκειμένου να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ των διαστάσεων του ψυχολογικού ευ ζην ανάμεσα στα άτομα με αναπηρία και στα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα πραγματοποιήθηκε έλεγχος ανάλυσης διακύμανσης για κάθε διάσταση του ψυχολογικού ευ ζην και πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι πολλαπλών συγκρίσεων σύμφωνα με το κριτήριο Tukey.

Από τον πίνακα 15 της ανάλυσης διακύμανσης που ακολουθεί για τη διάσταση της “Αυτονομίας” φαίνεται ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων και των ατόμων με αναπηρία ($F_{6,185} = 6.196; p < 0.001$).

Πίνακας 15 Διαφοροποίηση της «Αυτονομίας» στα άτομα με αναπηρία & στα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα

Αυτονομία

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
Τύφλωση	21	32.5714	6.50055	1.41854	29.6124	35.5304
Κώφωση	23	30.3043	3.84276	.80127	28.6426	31.9661

Σωματική αναπηρία	46	37.1522	5.59352	.82472	35.4911	38.8132
ΔΕΠ-Υ	21	30.1429	6.32681	1.38062	27.2629	33.0228
Χρόνιες παθήσεις	37	36.5135	6.10383	1.00346	34.4784	38.5486
Δεν αντιμετωπίζω κάποια αναπηρία	42	32.5714	7.75586	1.19675	30.1545	34.9883
Total	192	33.9115	6.72399	.48526	32.9543	34.8686

Συγκεκριμένα, και όπως προέκυψε από τους ελέγχους πολλαπλών συγκρίσεων σύμφωνα με το κριτήριο Tukey, αναμένονται σημαντικά υψηλότερες τιμές σε άτομα με σωματική αναπηρία και χρόνιες παθήσεις συγκριτικά με τα άτομα με κώφωση με $p < .005$, ενώ τα άτομα με σωματική αναπηρία και χρόνιες παθήσεις αναμένεται να έχουν υψηλότερες τιμές σε σχέση με τους ασθενείς με ΔΕΠΥ. Τέλος χαμηλότερες τιμές αναμένονται και στους συμμετέχοντες χωρίς αναπηρία, συγκριτικά με τα άτομα με σωματική αναπηρία.

Για τη διάσταση της “Κυριαρχίας τους περιβάλλοντος” όπως φαίνεται από τον πίνακα 16 της ανάλυσης διακύμανσης που ακολουθεί, διαπιστώνουμε ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων και των ατόμων με αναπηρία. ($F_{6,185} = 7.685; p < 0.001$).

Πίνακας 16 Διαφοροποίηση της «Κυριαρχίας στο περιβάλλον» στα άτομα με αναπηρία & στα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα

Κυριαρχία στο περιβάλλον

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
Τύφλωση	21	27.5714	3.50102	.76399	25.9778	29.1651
Κώφωση	23	26.3043	3.44350	.71802	24.8153	27.7934
Σωματική αναπηρία	46	29.8478	7.22639	1.06547	27.7019	31.9938
ΔΕΠ-Υ	21	17.8571	5.93537	1.29520	15.1554	20.5589
Χρόνιες παθήσεις	37	30.0541	11.77319	1.93550	26.1287	33.9794
Δεν αντιμετωπίζω κάποια αναπηρία	42	29.6429	7.35783	1.13534	27.3500	31.9357
Total	192	27.8802	8.39604	.60593	26.6850	29.0754

Συγκεκριμένα, και όπως προέκυψε από τους ελέγχους πολλαπλών συγκρίσεων σύμφωνα με το κριτήριο Tukey, αναμένονται σημαντικά χαμηλότερες τιμές σε άτομα με ΔΕΠ-Υ συγκριτικά με όλες τις άλλες ομάδες με $p < .005$,

Από τον πίνακα 17 της ανάλυσης διακύμανσης που ακολουθεί για τη διάσταση της “Προσωπικής ανάπτυξης” φαίνεται επίσης ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων και των ατόμων με αναπηρία. ($F_{6,185} = 4.816; p < 0.001$).

Πίνακας 17 Διαφοροποίηση της «Προσωπικής ανάπτυξης» στα άτομα με αναπηρία & στα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα

Προσωπική ανάπτυξη

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
Τύφλωση	21	37.2857	7.42390	1.62003	33.9064	40.6650
Κώφωση	23	31.4348	4.47037	.93214	29.5017	33.3679
Σωματική αναπηρία	46	37.3913	6.92974	1.02173	35.3334	39.4492
ΔΕΠ-Υ	21	35.5714	5.99643	1.30853	32.8419	38.3010
Χρόνιες παθήσεις	37	38.7027	4.73676	.77872	37.1234	40.2820
Δεν αντιμετωπίζω κάποια αναπηρία	42	38.6429	5.19297	.80129	37.0246	40.2611
Total	192	36.9688	6.20159	.44756	36.0860	37.8515

Συγκεκριμένα, και όπως προέκυψε από τους ελέγχους πολλαπλών συγκρίσεων σύμφωνα με το κριτήριο Tukey, αναμένονται σημαντικά χαμηλότερες τιμές στα άτομα με κώφωση συγκριτικά με όλες τις άλλες ομάδες με $p < 0.05$ ενώ εξαιρούνται τα άτομα με ΔΕΠ-Υ.

Εν συνεχή, από τον πίνακα 18 της ανάλυσης διακύμανσης που ακολουθεί σχετικά με τη διάσταση των “Θετικών σχέσεων με τους άλλους” φαίνεται ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων και των ατόμων με αναπηρία. ($F_{6,185} = 4.343; p < 0.001$).

Πίνακας 18 Διαφοροποίηση του δείκτη «Θετικές σχέσεις με άλλους» στα άτομα με αναπηρία & στα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα

Θετικές σχέσεις με άλλους

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
Τύφλωση	21	35.4286	7.50714	1.63819	32.0114	38.8458
Κώφωση	23	32.7391	3.54475	.73913	31.2063	34.2720
Σωματική αναπηρία	46	36.2609	7.58195	1.11790	34.0093	38.5124
ΔΕΠ-Υ	21	32.1429	6.74007	1.47080	29.0748	35.2109
Χρόνιες παθήσεις	37	36.4324	7.63232	1.25475	33.8877	38.9772
Δεν αντιμετωπίζω κάποια αναπηρία	42	39.6429	5.50752	.84983	37.9266	41.3591
Total	192	36.1094	7.01632	.50636	35.1106	37.1082

Συγκεκριμένα, και όπως προέκυψε από τους ελέγχους πολλαπλών συγκρίσεων σύμφωνα με το κριτήριο Tukey, αναμένονται σημαντικά υψηλότερες τιμές στους συμμετέχοντες χωρίς αναπηρία συγκριτικά με τα άτομα με κώφωση και με ΔΕΠ-Υ με $p = .002$ και $p = .001$.

Επιπροσθέτως, όπως φαίνεται από τον πίνακα 19 της ανάλυσης διακύμανσης που ακολουθεί για τη διάσταση του “Σκοπού της Ζωής” διαπιστώνεται ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων και των ατόμων με αναπηρία. ($F_{6,185} = 15.623; p < 0.001$).

Πίνακας 19 Διαφοροποίηση του δείκτη «Σκοπός στη ζωή» στα άτομα με αναπηρία & στα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
Τύφλωση	21	35.5714	5.44584	1.18838	33.0925	38.0503
Κώφωση	23	27.7826	3.89588	.81235	26.0979	29.4673
Σωματική αναπηρία	46	38.2174	7.05821	1.04068	36.1214	40.3134
ΔΕΠ-Υ	21	25.8571	5.09201	1.11117	23.5393	28.1750
Χρόνιες παθήσεις	37	35.4595	6.08091	.99970	33.4320	37.4869
Δεν αντιμετωπίζω κάποια αναπηρία	42	37.4524	7.17789	1.10757	35.2156	39.6892
Total	192	34.5625	7.56724	.54612	33.4853	35.6397

Συγκεκριμένα, και όπως προέκυψε από τους ελέγχους πολλαπλών συγκρίσεων σύμφωνα με το κριτήριο Tukey, αναμένονται σημαντικά υψηλότερες τιμές στα άτομα με σωματική αναπηρία, χρόνιες παθήσεις, τύφλωση, αλλά και στα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα, συγκριτικά με τα άτομα με ακουστική αναπηρία και με ΔΕΠ-Υ με $p < .001$.

Τέλος, από τον πίνακα 20 της ανάλυσης διακύμανσης που ακολουθεί, για τη διάσταση της “Αυτοαποδοχής” διαπιστώνεται επίσης ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων και των ατόμων με αναπηρία. ($F_{6,185} = 10.015; p < 0.001$).

Πίνακας 20 Διαφοροποίηση της «Αυτοαποδοχής» στα άτομα με αναπηρία & στα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
Τύφλωση	21	29.2857	4.76595	1.04002	27.1163	31.4551
Κώφωση	23	24.6522	2.78973	.58170	23.4458	25.8585
Σωματική αναπηρία	46	31.3696	7.28273	1.07378	29.2069	33.5323
ΔΕΠ-Υ	21	19.7143	9.45062	2.06230	15.4124	24.0162
Χρόνιες παθήσεις	37	33.3514	10.91181	1.79389	29.7132	36.9895
Δεν αντιμετωπίζω κάποια αναπηρία	42	33.0000	8.26984	1.27606	30.4229	35.5771

Συγκεκριμένα, και όπως προέκυψε από τους ελέγχους πολλαπλών συγκρίσεων σύμφωνα με το κριτήριο Tukey, αναμένονται σημαντικά χαμηλότερες τιμές στα άτομα με ΔΕΠ-Υ συγκριτικά με τα άτομα που έχουν οπτική αναπηρία, σωματική αναπηρία, χρόνιες παθήσεις ή δεν έχουν κάποια αναπηρία με $p < .001$ σε όλες τις περιπτώσεις. Παράλληλα αναμένονται χαμηλότερες τιμές στα άτομα με ακουστική αναπηρία συγκριτικά με τα άτομα που έχουν σωματική αναπηρία, χρόνιες παθήσεις ή δεν έχουν κάποια αναπηρία με $p < .05$.

7.3 Τρίτο ερευνητικό ερώτημα: Διαφοροποίηση των διαστάσεων της ποιότητας ζωής μεταξύ των ατόμων με αναπηρία και των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων;

Εν συνεχή, προκειμένου να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ των διαστάσεων της ποιότητας ζωής ανάμεσα στα άτομα με αναπηρία και στα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα πραγματοποιήθηκε έλεγχος ανάλυσης διακύμανσης για κάθε διάσταση της ποιότητας ζωής και ακολούθησαν έλεγχοι πολλαπλών συγκρίσεων σύμφωνα με το κριτήριο Tukey.

Από τον πίνακα 21 της ανάλυσης διακύμανσης που ακολουθεί για τη διάσταση της «Σωματικής υγείας» φαίνεται ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων και των ατόμων με αναπηρία. ($F_{6,185} = 9.355; p < 0.001$).

Σωματική υγεία

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
Τύφλωση	21	57.9365	17.03948	3.71832	50.1802	65.692
Κώφωση	23	58.3333	7.15587	1.49210	55.2389	61.427
Σωματική αναπηρία	46	56.4010	16.53103	2.43737	51.4919	61.310
ΔΕΠ-Υ	21	49.6032	14.06241	3.06867	43.2020	56.004
Χρόνιες παθήσεις	37	54.2793	17.23062	2.83270	48.5343	60.024
Δεν αντιμετωπίζω κάποια αναπηρία	42	73.4127	12.57532	1.94041	69.4940	77.331
Total	192	59.2303	16.59620	1.19773	56.8679	61.592

Πίνακας 21 Διαφοροποίηση της «Σωματική υγεία» στα άτομα με αναπηρία & στα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα

Συγκεκριμένα, και όπως προέκυψε από τους ελέγχους πολλαπλών συγκρίσεων σύμφωνα με το κριτήριο Tukey, αναμένονται σημαντικά χαμηλότερες τιμές σε όλες τις αναπηρίες συγκριτικά με τους συμμετέχοντες χωρίς κάποια αναπηρία με $p < .001$ σε όλες τις περιπτώσεις ενώ σημειώνεται ότι μεταξύ των διαφορετικών τύπων αναπηρίας δε καταγράφονται στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Από τον πίνακα 22 της ανάλυσης διακύμανσης που ακολουθεί για τη διάσταση της “Ψυχολογικής υγείας” φαίνεται ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάλογα με την ύπαρξη αναπηρία ή όχι και με το είδος της ($F_{6,185} = 10.965; p < 0.001$).

Πίνακας 22 Διαφοροποίηση της «ψυχολογικής υγείας» στα άτομα με αναπηρία & στα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
Τύφλωση	21	56.5476	14.22607	3.10438	50.0720	63.0232
Κώφωση	23	43.2971	7.18830	1.49886	40.1886	46.4056
Σωματική αναπηρία	46	58.3333	18.38377	2.71054	52.8740	63.7926
ΔΕΠ-Υ	21	32.7381	22.17691	4.83940	22.6433	42.8329
Χρόνιες παθήσεις	37	64.8649	21.48384	3.53192	57.7018	72.0279
Δεν αντιμετωπίζω κάποια αναπηρία	42	64.0873	17.50804	2.70155	58.6314	69.5432
Total	192	56.1198	20.53630	1.48208	53.1964	59.0431

Συγκεκριμένα, και όπως προέκυψε από τους ελέγχους πολλαπλών συγκρίσεων σύμφωνα με το κριτήριο Tukey, αναμένονται σημαντικά χαμηλότερες τιμές στα άτομα με κώφωση σε σχέση με όσους δηλώνουν σωματική αναπηρία, με όσους έχουν χρόνιες παθήσεις αλλά και σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία. Τα ίδια συμπεράσματα προκύπτουν και για τους ασθενείς με ΔΕΠΥ, οι οποίοι διαφέρουν σημαντικά, με χαμηλότερες τιμές και από τα άτομα με τύφλωση με $p < 0.001$ σε όλες τις περιπτώσεις ενώ δεν σημειώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των υπολοίπων κατηγοριών.

Από τον πίνακα 23 της ανάλυσης διακύμανσης που ακολουθεί για τη διάσταση των “Κοινωνικών σχέσεων” φαίνεται ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάλογα με την ύπαρξη αναπηρία ή όχι και με το είδος της ($F_{6,185} = 8.264; p < 0.001$).

Πίνακας 23 Διαφοροποίηση του δείκτη «Κοινωνικές σχέσεις» στα άτομα με αναπηρία & στα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
Τύφλωση	21	52.1429	23.05273	5.03052	41.6494	62.6363
Κώφωση	23	44.7826	11.32959	2.36238	39.8833	49.6819
Σωματική αναπηρία	46	43.4783	22.75155	3.35453	36.7219	50.2346
ΔΕΠ-Υ	21	35.0000	20.49390	4.47214	25.6713	44.3287
Χρόνιες παθήσεις	37	53.6486	26.94255	4.42933	44.6656	62.6317

Δεν αντιμετωπίζω κάποια αναπηρία	42	68.8095	17.48900	2.69861	63.3596	74.2595
Total	192	51.2500	23.59120	1.70255	47.8918	54.6082

Συγκεκριμένα, και όπως προέκυψε από τους ελέγχους πολλαπλών συγκρίσεων σύμφωνα με το κριτήριο Tukey, αναμένονται σημαντικά χαμηλότερες τιμές σε όλες τις αναπηρίες συγκριτικά με τους συμμετέχοντες χωρίς κάποια αναπηρία με $p < .001$ σε όλες τις περιπτώσεις ενώ εξαίρεση αποτελούν οι συγκρίσεις με τα άτομα με οπτική αναπηρία.

Από τον πίνακα 24 της ανάλυσης διακύμανσης που ακολουθεί για τη διάσταση του “Περιβάλλοντος” φαίνεται ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάλογα με την ύπαρξη αναπηρία ή όχι και με το είδος της ($F_{6,185} = 4.492; p < 0.001$).

Πίνακας 24 Διαφοροποίηση του δείκτη «Περιβάλλον» στα άτομα με αναπηρία & στα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα

Περιβάλλον	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
Τύφλωση	21	53.1250	13.36828	2.91720	47.0398	59.2102
Κώφωση	23	47.6902	7.37210	1.53719	44.5023	50.8782
Σωματική αναπηρία	46	55.0272	14.47097	2.13363	50.7298	59.3245
ΔΕΠ-Υ	21	45.5357	19.12570	4.17357	36.8298	54.2416
Χρόνιες παθήσεις	37	52.6182	8.05234	1.32380	49.9335	55.3030
Δεν αντιμετωπίζω κάποια αναπηρία	42	61.1607	14.21442	2.19333	56.7312	65.5902
Total	192	53.8411	14.05917	1.01463	51.8398	55.8425

Συγκεκριμένα, και όπως προέκυψε από τους ελέγχους πολλαπλών συγκρίσεων σύμφωνα με το κριτήριο Tukey, αναμένονται σημαντικά χαμηλότερες τιμές στους ασθενείς με κώφωση και ΔΕΠΥ συγκριτικά με τους συμμετέχοντες χωρίς κάποια αναπηρία με $p = .003$ και $p < .001$ αντίστοιχα ενώ σημειώνεται ότι μεταξύ των υπολοίπων τύπων αναπηρίας δε καταγράφονται στατιστικά σημαντικές διαφορές.

7.4 Τέταρτο Ερευνητικό Ερώτημα: Συσχέτιση των διαστάσεων της σεξουαλικότητας μεταξύ των διαστάσεων του ψυχολογικού ευ ζην και των διαστάσεων της ποιότητας ζωής.

7.4.1 Συσχέτιση των διαστάσεων της Σεξουαλικότητας με της πτυχές του ψυχολογικού ευ ζην.

Προς απάντηση του τέταρτου ερωτήματος πραγματοποιήθηκε έλεγχος των συσχετίσεων μεταξύ των διαστάσεων του Sexuality Scale (SS) και των διαστάσεων της

Κλίμακας Μέτρησης του Ψυχολογικού Ευ ζην (PWBS). Χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson για την ανάλυση των δεδομένων. Αναφορικά με τη διάσταση της Αυτονομίας, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική και θετική συσχέτιση με τη Σεξουαλική Εκτίμηση ($r = 0.162$, $p = 0.024$) και στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με τη Σεξουαλική Κατάθλιψη ($r = -0.142$, $p = 0.049$), ενώ δεν παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση με τη Σεξουαλική Ενασχόληση ($r = -0.023$, $p = 0.750$). Σχετικά με τη διάσταση της Κυριαρχίας στο περιβάλλον, παρατηρήθηκαν σημαντικές συσχετίσεις και με τις τρεις διαστάσεις του Sexuality Scale, με θετική συσχέτιση με τη Σεξουαλική Εκτίμηση ($r = 0.239$, $p < 0.001$) και αρνητικές συσχετίσεις με τη Σεξουαλική Ενασχόληση ($r = -0.245$, $p < 0.001$) και τη Σεξουαλική Κατάθλιψη ($r = -0.579$, $p < 0.001$). Επιπλέον, για τη διάσταση της Προσωπικής ανάπτυξης, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική και θετική συσχέτιση με τη Σεξουαλική Εκτίμηση ($r = 0.275$, $p < 0.001$) και στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με τη Σεξουαλική Κατάθλιψη ($r = -0.498$, $p < 0.001$), ενώ δεν παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση με τη Σεξουαλική Ενασχόληση ($r = -0.022$, $p = 0.764$). Για τις διαστάσεις των Θετικών σχέσεων με άλλους και του Σκοπού στη ζωή, παρατηρήθηκαν σημαντικές θετικές συσχετίσεις με τη Σεξουαλική Εκτίμηση ($r = 0.367$ και $r = 0.250$, αντίστοιχα, $p < 0.001$) και αρνητικές συσχετίσεις με τη Σεξουαλική Κατάθλιψη ($r = -0.646$ και $r = -0.495$, αντίστοιχα, $p < 0.001$), ενώ δεν παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση με τη Σεξουαλική Ενασχόληση ($r = 0.071$ και $r = -0.017$, αντίστοιχα, $p > 0.05$). Τέλος, όσον αφορά τη διάσταση της Αυτοαποδοχής, παρατηρήθηκαν σημαντικές θετικές συσχετίσεις με τη Σεξουαλική Εκτίμηση ($r = 0.298$, $p < 0.001$) και σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις με τη Σεξουαλική Ενασχόληση ($r = -0.231$, $p = 0.001$) και τη Σεξουαλική Κατάθλιψη ($r = -0.570$, $p < 0.001$). Συνολικά, τα παραπάνω αποτελέσματα υποστηρίζουν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων του Sexuality Scale και της Κλίμακας Μέτρησης του Ψυχολογικού Ευ ζην, ενισχύοντας την υπόθεση ότι ο σεξουαλικός προσανατολισμός σχετίζεται με την ψυχολογική ευ ζην. Στο πλαίσιο της στατιστικής ανάλυσης, οι θετικές συσχετίσεις δείχνουν ότι καθώς η μία μεταβλητή αυξάνεται, η άλλη μεταβλητή αυξάνεται επίσης. Αυτό σημαίνει ότι οι δύο μεταβλητές κινούνται σε παρόμοια κατεύθυνση. Από την άλλη πλευρά, οι αρνητικές συσχετίσεις δείχνουν ότι καθώς η μία μεταβλητή αυξάνεται, η άλλη μεταβλητή μειώνεται. Αυτό σημαίνει ότι οι δύο μεταβλητές κινούνται σε αντίθετες κατευθύνσεις.

Πίνακας 23 Έλεγχος συσχετίσεων μεταξύ των διαστάσεων του Sexuality Scale (SS) και των διαστάσεων της Κλίμακας Μέτρησης του Ψυχολογικού Ευ ζην (PWBS)

		Σεξουαλική Εκτίμηση	Σεξουαλική Ενασχόληση	Σεξουαλική Κατάθλιψη
Αυτονομία	Συντελεστής συσχέτισης Pearson	.162	-.023	-.142
	p	.024	.750	.049
	N	192	192	192
Κυριαρχία στο περιβάλλον	Συντελεστής συσχέτισης Pearson	.239	-.245	-.579

	p	<.001	<.001	<.001
	N	192	192	192
Προσωπική ανάπτυξη	Συντελεστής συσχέτισης Pearson	.275	-.022	-.498
	p	<.001	.764	<.001
	N	192	192	192
Θετικές σχέσεις με άλλους	Συντελεστής συσχέτισης Pearson	.367	.071	-.646
	p	<.001	.326	<.001
	N	192	192	192
Σκοπός στη ζωή	Συντελεστής συσχέτισης Pearson	.250	-.017	-.495
	p	<.001	.818	<.001
	N	192	192	192
Αυτοαποδοχή	Συντελεστής συσχέτισης Pearson	.298	-.231	-.570
	p	<.001	.001	<.001
	N	192	192	192

7.4.2 Συσχέτιση των διαστάσεων της Σεξουαλικότητας με τις διαστάσεις της Ποιότητας Ζωής

Τέλος προς απάντηση του Τέταρτου ερευνητικού ερωτήματος πραγματοποιήθηκε έλεγχος των συσχετίσεων μεταξύ των διαστάσεων του Sexuality Scale (SS) και των διαστάσεων του ερωτηματολογίου Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Σε σχέση με τη διάσταση της Σωματικής υγείας, παρατηρήθηκε μη σημαντική συσχέτιση με τη Σεξουαλική Εκτίμηση ($r = 0.022$, $p = 0.760$) και τη Σεξουαλική Ενασχόληση ($r = -0.008$, $p = 0.912$), ενώ παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με τη Σεξουαλική Κατάθλιψη ($r = -0.487$, $p < 0.001$). Όσον αφορά τη διάσταση της Ψυχολογικής υγείας, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με τη Σεξουαλική Εκτίμηση ($r = 0.230$, $p = 0.001$), μη σημαντική συσχέτιση με τη Σεξουαλική Ενασχόληση ($r = -0.134$, $p = 0.065$), και στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με τη Σεξουαλική Κατάθλιψη ($r = -0.479$, $p < 0.001$). Για τη διάσταση των Κοινωνικών σχέσεων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με τη Σεξουαλική Εκτίμηση ($r = 0.246$, $p < 0.001$), μη σημαντική συσχέτιση με τη Σεξουαλική Ενασχόληση ($r = -0.049$, $p = 0.496$), και στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με τη Σεξουαλική Κατάθλιψη ($r = -0.672$, $p < 0.001$). Τέλος, για τη διάσταση του Περιβάλλοντος, παρατηρήθηκε μη σημαντική συσχέτιση με τη Σεξουαλική Εκτίμηση ($r = 0.122$, $p = 0.092$) και τη Σεξουαλική Ενασχόληση ($r = -0.047$, $p = 0.513$), ενώ παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με τη Σεξουαλική Κατάθλιψη ($r = -0.365$, $p < 0.001$). Συνολικά, τα παραπάνω αποτελέσματα δείχνουν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων του Sexuality Scale και των διαστάσεων

του ερωτηματολογίου Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Η θετική συσχέτιση υποδεικνύει ότι καθώς μια μεταβλητή αυξάνεται, η άλλη μεταβλητή αυξάνεται επίσης, ενώ η αρνητική συσχέτιση υποδεικνύει αντίστροφη σχέση μεταξύ των μεταβλητών.

Πίνακας 24 Έλεγχος συσχετίσεων μεταξύ των διαστάσεων του *Sexuality Scale (SS)* και των διαστάσεων του ερωτηματολογίου Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας

		Σεξουα- λική Εκτί- μηση	Σεξουα- λική Ενα- σχόληση	Σεξουα- λική Κα- τάθλιψη
Σωματική υγεία (Εύρος 0-100)	Συντελεστής συ- σχέτισης Pearson	.022	-.008	-.487
	p	.760	.912	<.001
	N	192	192	192
Ψυχολογική υγεία (Εύρος 0-100)	Συντελεστής συ- σχέτισης Pearson	.230	-.134	-.479
	p	.001	.065	<.001
	N	192	192	192
Κοινωνικές σχέσεις (Εύρος 0-100)	Συντελεστής συ- σχέτισης Pearson	.246	-.049	-.672
	p	<.001	.496	<.001
	N	192	192	192
Περιβάλλον (Εύρος 0-100)	Συντελεστής συ- σχέτισης Pearson	.122	-.047	-.365
	p	.092	.513	<.001
	N	192	192	192

- Από τα παραπάνω αποτελέσματα συμπεραίνουμε ότι υπάρχει μεγάλη συσχέτιση της Αναπηρίας τόσο με της πτυχές της σεξουαλικότητας, όσο και των πτυχών του Ψυχολογικού ευ ζην και της Ποιότητας ζωής .
- Επιπροσθέτως, συνολικά, τα παραπάνω αποτελέσματα υποστηρίζουν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων της σεξουαλικότητας και του Ψυχολογικού Ευ ζην, ενισχύοντας την υπόθεση ότι ο σεξουαλικός προσανατολισμός σχετίζεται με το ψυχολογικό ευ ζην.
- Τέλος, αναφορικά με της διαστάσεις της Ποιότητας της ζωής σε σχέση με τις πτυχές της σεξουαλικότητας συνολικά τα αποτελέσματα δείχνουν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας της σεξουαλικότητας και των διαστάσεων της Ποιότητας Ζωής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

8.1 Συζήτηση

Για τη διάσταση της “*Σεξουαλικής εκτίμησης*”, διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάλογα με την ύπαρξη αναπηρίας ή όχι και με το είδος της. Το αποτέλεσμα αυτό έρχεται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα της έρευνας των Taleroos & McCabe (2002) όπου διαπιστώθηκε πως, η σωματική αναπηρία ασκούσε επιρροή στη σεξουαλική εκτίμηση με αντίκτυπο στην αυτοεκτίμηση και στα αισθήματα κατάθλιψης. Επίσης, σε άλλη έρευνα, τα άτομα με σωματική αναπηρία ανέφεραν χαμηλή σεξουαλική εκτίμηση, χαμηλά επίπεδα σεξουαλικής ικανοποίησης καθώς και αρνητικά συναισθήματα για τον εαυτό τους ως σεξουαλικό ον (Taleroos & McCabe, 2001). Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώθηκαν και σε μεταγενέστερη έρευνα των Taleroos & McCabe (2003) όπου διαπιστώθηκε παρόμοια πως τα άτομα με σωματική αναπηρία έχουν χαμηλότερα επίπεδα σεξουαλικής αυτοεκτίμησης σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς αναπηρία θεωρώντας, πολλοί την αναπηρία τους ως εμπόδιο για την σεξουαλική έκφραση.

Για τη διάσταση της “*Σεξουαλικής Ενασχόλησης*”, διαπιστώθηκε ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων και των ατόμων με αναπηρία. Η έρευνα μας έρχεται να συμφωνήσει με την ανασκόπηση των Soldati et al., (2020) όπου αναδείχθηκε ότι τα άτομα με ΔΕΠΥ αναφέρουν περισσότερη σεξουαλική επιθυμία και μεγαλύτερη συχνότητα αυνανισμού από τον γενικό πληθυσμό. Επίσης στην έρευνα των Gardner & Gerdes (2015) παρατηρούμε πως τα άτομα με ΔΕΠΥ ανέφεραν σημαντικά περισσότερες υπερσεξουαλικές συμπεριφορές από άτομα χωρίς ΔΕΠΥ. Το γεγονός αυτό διαπιστώνεται και από την έρευνα των Hertz et al., (2022) όπου οι άνδρες με ΔΕΠΥ που είναι πιο πιθανό να εγκαταλείψουν μια κοινωνική εκδήλωση με κάποιον που μόλις γνώρισαν και πως οι γυναίκες καθώς και οι άντρες με ΔΕΠΥ αποκτούν νωρίτερα την πρώτη σεξουαλική τους εμπειρία σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Στην παρούσα έρευνα διαπιστώθηκαν σημαντικά χαμηλότερες τιμές στα άτομα με χρόνιες παθήσεις συγκριτικά με τους συμμετέχοντες όλων των άλλων κατηγοριών σε όλες τις περιπτώσεις. Το γεγονός αυτό πιθανόν να οφείλετε στο γεγονός πως η σεξουαλική λειτουργία επηρεάζεται συχνά σε άτομα που ζουν με χρόνια ασθένεια καθώς οι πολλαπλές συννοσηρότητες αυξάνουν την πιθανότητα σεξουαλικής δυσλειτουργίας (Steinke, 2013). Η δραστηριότητα μιας χρόνιας νόσου, οι επιπλοκές της και η θεραπεία της μπορεί να επηρεάσουν τη σεξουαλικότητα ενός ατόμου. Για παράδειγμα, η γυναικεία σεξουαλική δυσλειτουργία και η μειωμένη σεξουαλική επιθυμία είναι πολύ συχνές μετά τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού (Schover et al., 2013). Επίσης στην έρευνα του Burtchell (2014) διαπιστώθηκε πως, οι άντρες που πάσχουν από Σκλήρυνση κατά πλάκας παρουσιάζουν μείωση του σεξουαλικού τους ενδιαφέροντος – libido. Εν κατακλείδι, σύμφωνα με τον Carter (1990) τα άτομα με χρόνια ασθένεια μπορεί να μην ενδιαφέρονται για το σεξ ή μπορεί να γίνουν σεξουαλικά αδρανείς λόγω εσφαλμένων αντιλήψεων σχετικά με την ικανότητά τους να κάνουν σεξ ή την ασφάλεια των σεξουαλικών σχέσεων ή λόγω ανησυχιών για την εικόνα του σώματος ή θλίψης που σχετίζονται με τη διάγνωση της ασθένειάς τους.

Επιπλέον για τη διάσταση της “*Σεξουαλικής κατάθλιψης*”, διαπιστώθηκε ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων και των ατόμων με αναπηρία καθώς διαπιστώθηκαν σημαντικά υψηλότερες τιμές στα άτομα με κώφωση, με σωματική αναπηρία, με ΔΕΠ-Υ και χρόνιες παθήσεις συγκριτικά με όσους δεν αντιμετωπίζουν κάποια αναπηρία σε όλες τις περιπτώσεις. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με τα ευρήματα των Donelson (1998) και

Silvers (1997), σύμφωνα με τα οποία οι άνθρωποι με σωματικές αναπηρίες παρουσιάζαν χαμηλότερα επίπεδα σεξουαλικής αυτοεκτίμησης και υψηλότερα σεξουαλικής κατάθλιψης απ' ότι οι άνθρωποι χωρίς αναπηρίες. Παρομοίως, στην έρευνα των Talerpos & McCabe (2001) οι ερωτηθέντες ανέφεραν χαμηλή σεξουαλική εκτίμηση, χαμηλά επίπεδα σεξουαλικής ικανοποίησης, αρνητικά συναισθήματα για τον εαυτό τους ως σεξουαλικό ον και με το να είναι σεξουαλικός σύντροφος καθώς και απογοήτευση. Στην έρευνα επίσης των Talerpos & McCabe (2003) αναδείχθηκε, πως τα άτομα με κινητική αναπηρία έχουν χαμηλότερα επίπεδα σεξουαλικής αυτοεκτίμησης σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς αναπηρία θεωρώντας πολλοί την αναπηρία τους ως εμπόδιο για την σεξουαλική έκφραση. Αναφορικά με τα άτομα που αντιμετωπίζουν μια χρόνια ασθένεια, διαπιστώθηκε στην έρευνα του Colson (2016) πως επηρεάζονται συχνότερα από σεξουαλικές δυσλειτουργίες, οι οποίες έχουν σοβαρές συνέπειες στην ψυχολογική/ συναισθηματική τους κατάσταση. Επίσης στην βιβλιογραφική ανασκόπηση των Merghati-Khoei et al., (2016), φάνηκε πως οι χρόνιες παθήσεις μπορούν να επηρεάσουν τις σεξουαλικές εκφράσεις και τις αντιδράσεις που επηρεάζουν αρνητικά τη διάθεση και την ενεργητικότητα, με αποτέλεσμα να προκαλέσουν κατάθλιψη και θλίψη, καθώς και απώλεια αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησης. Σχετικά με την ομάδα των Κωφών ατόμων όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, τίθεται το ερώτημα εάν η κατανόηση συναισθηματικών λέξεων όπως αγάπη, έρωτας, συντροφικότητα κ.α είναι επαρκώς κατανοητές. Καθώς οι Κωφοί δυσκολεύονται με την αφηρημένη σκέψη, την ανάγνωση, γραφή, μνήμη και επικοινωνία (Shaffer, 2009, Salkind, 2004, Corker, 1994). Ως εκ τούτου οι δυσκολίες αυτές αποτελούν πηγή σύγχυσης, ανησυχίας και άγχους. Επίσης στην μελέτη των Ozler & Ozler (2013) διαπιστώθηκε πως οι τομείς της συνολικής σεξουαλικής ικανοποίησης παρουσίασαν πολύ χαμηλές βαθμολογίες. Για τα άτομα με ΔΕΠ-Υ στην ανασκόπηση των Soldati et al.,(2020) αναφέρθηκε, λιγότερη σεξουαλική ικανοποίηση και περισσότερες σεξουαλικές δυσλειτουργίες από τον γενικό πληθυσμό. Ως εκ τούτου παρουσιάζουν αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχολογική τους ευημερία. Επιπλέον Σύμφωνα με τους Wallin et al., (2022) τα προβλήματα συγκέντρωσης που αντιμετωπίζουν τα άτομα με ΔΕΠ-Υ είναι ένας λόγος για την χαμηλή σεξουαλική τους ικανοποίηση. Τέλος, τα ευρήματα της μελέτης μας δείχνουν επίσης ότι τα άτομα με ΔΕΠ-Υ έχουν υψηλότερες τιμές συγκριτικά με τα άτομα με οπτική αναπηρία και χρόνιες παθήσεις.

Για τη διάσταση της “*Αυτονομίας*” όπως φαίνεται στην έρευνα μας, υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων και των ατόμων με αναπηρία. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνεται και από διάφορες έρευνες όπου παραδείγματος χάρη η οπτική αναπηρία επηρεάζει την ανεξαρτησία του ατόμου καθώς γενικά επηρεάζει την καθημερινή λειτουργία, την κινητικότητα και τη συναισθηματική ευεξία (Parrish et al., 1997; Mackenzie et al., 2002) οδηγώντας γενικά σε περιορισμό σε όλους τους τομείς της ζωής. Ειδικότερα, έχει συσχετιστεί με υψηλά επίπεδα κατάθλιψης, μεγαλύτερο άγχος στη ζωή, χαμηλότερη ικανοποίηση και χαμηλότερα επίπεδα δραστηριότητας(Brody et al., 2001). Διαπιστώθηκαν επίσης σημαντικά υψηλότερες τιμές σε άτομα με σωματική αναπηρία και χρόνιες παθήσεις συγκριτικά με τα άτομα με κώφωση και ΔΕΠ-Υ. Η αιτιολόγηση αυτού του ευρήματος πιθανότατα στηρίζεται στην διαπίστωση πως η θετική ή αρνητική αντιμετώπιση της πραγματικότητας θα εξελίξει ή όχι τον ψυχολογικό τομέα του ατόμου (Παπάνης, Γιαβρίμης, & Βίκη, 2009). Γίνεται αντιληπτό λοιπόν πως, ο τρόπος αντίδρασης και αντιμετώπισης

του ατόμου απέναντι στην αναπηρία είναι καθοριστικός για την ποιότητα της ψυχολογικής του κατάστασης (Tedeschi & Kilmer, 2005).

Όπως αναφέρουν, παραδείγματος χάρη οι Elliott et al., (2000), τα άτομα που έχουν αποκτήσει κινητική αναπηρία στη διάρκεια της ζωής τους φαίνεται να παρουσιάζουν ποικίλες διακυμάνσεις στην ευημερία τους. Οι διακυμάνσεις αυτές, προέκυψε πως καθορίζονται από την αντίδραση και αντιμετώπιση της αναπηρίας από το ίδιο το άτομο, αλλά και από περιβαλλοντικά στοιχεία. Τέλος ένα ενδιαφέρον εύρημα είναι ότι, χαμηλότερες τιμές διαπιστώθηκαν και στους συμμετέχοντες χωρίς αναπηρία, συγκριτικά με τα άτομα με σωματική αναπηρία. Το γεγονός αυτό ίσως οφείλεται στο ότι όταν το άτομο με αναπηρία εφαρμόζει μεθόδους οι οποίες εστιάζουν στην αναπηρία τότε οδηγείται σε αυτοαποτελεσματικότητα και αποκτά θετική ψυχική προσαρμογή (Dahlbeck & Lightsey, 2008). Σε αντίθετη περίπτωση, το άτομο οδηγείται σε αρνητικές ψυχολογικές συνθήκες (Dahlbeck & Lightsey, 2008; HudekKnezevic, Kardum, & Maglica, 2005).

Από την άλλη πλευρά, τα ευρήματα αυτά έρχονται σε αντίθεση με την έρευνα των Hannon et al., (2008) στην οποία, όσον αφορά τα άτομα με σωματική αναπηρία δηλώνεται ότι είναι αυτονόητο να δυσκολεύονται να εκτελέσουν δραστηριότητες που απαιτούνται στην καθημερινή διαβίωση, συμπεριλαμβανομένης της αυτοφροντίδας, της μεταφοράς της κινητικότητας στο σπίτι και την κοινότητα. Γενικώς, έχουν λιγότερες πιθανότητες να συμμετάσχουν σε όλες αυτές τις βασικές δραστηριότητες σε σύγκριση με τα αρτιμελή άτομα. Γενικά, το άτομο με σωματική αναπηρία βιώνει μια εσωτερική διαμάχη ανάμεσα σε αυτά που θέλει και σε αυτά που μπορεί να κάνει (Παπάνης, Γιαβρίμης, & Βίκη, 2009). Συγκεκριμένα οι αντιδράσεις ενός ατόμου με σωματική αναπηρία επικεντρώνονται σε ατομικά και περιβαλλοντικά στοιχεία τα οποία αλληλοσυσχετίζονται. Αυτό διαπιστώνεται από το γεγονός πως, εκείνο καθορίζει την λειτουργικότητα ή την δυσλειτουργία ενός ατόμου με αναπηρία σε διάφορους τομείς της ζωής όπως: η εργασία, η μετακίνηση, η ψυχαγωγία και η εκπαίδευση (Σούλης, 2008). Αυτό επιβεβαιώνεται και από την έρευνα των Mrofu et al. (2017), καθώς στην έρευνα τους σχετικά με έφηβους με σωματικές αναπηρίες διαπιστώθηκε ότι εκείνοι που λαμβάνουν κοινωνική υποστήριξη και ζουν σε περιβάλλοντα χωρίς αποκλεισμούς, έχουν υψηλά επίπεδα αυτονομίας γεγονός που συμπίπτει με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας.

Για τη διάσταση της “*Κυριαρχίας τους περιβάλλοντος*”, διαπιστώθηκε ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων και των ατόμων με αναπηρία. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκαν σημαντικά χαμηλότερες τιμές σε άτομα με ΔΕΠ-Υ συγκριτικά με όλες τις άλλες ομάδες. Αυτό συμφωνεί με τα ευρήματα διαφόρων ερευνών όπου διαπιστώνεται πως τα άτομα με ΔΕΠΥ διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για κοινωνικές, συναισθηματικές και προσαρμοστικές δυσκολίες (August et al., 1998, Hoza, 2007, Nijmeijer et al., 2008, Wilson and Marcotte, 1996), Για τη διάσταση της “*Προσωπικής ανάπτυξης*” φάνηκε επίσης ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων και των ατόμων με αναπηρία καθώς παρατηρήθηκαν σημαντικά χαμηλότερες τιμές στα άτομα με κώφωση συγκριτικά με όλες τις άλλες ομάδες. Σύμφωνα με τους Fellingner et al., (2005) το γεγονός αυτό οφείλεται στα εκτεταμένα επικοινωνιακά

προβλήματα που παρουσιάζουν τα άτομα με Κώφωση με αποτέλεσμα να υπάρχουν δυσμενείς συνέπειες στη γνωστική, κοινωνική και συναισθηματική τους ανάπτυξη. Για τη διάσταση των “**Θετικών σχέσεων με τους άλλους**” παρατηρήθηκε επίσης ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων και των ατόμων με αναπηρία. Διαπιστώθηκαν σημαντικά υψηλότερες τιμές στους συμμετέχοντες χωρίς αναπηρία συγκριτικά με τα άτομα με κώφωση και με ΔΕΠ-Υ. Η έρευνα μας συμφωνεί επίσης με τα ευρήματα της έρευνας των Ozler & Ozler (2013) όπου διαπιστώθηκε πως τα άτομα με απώλεια ακοής είχαν υψηλότερα επίπεδα τόσο της κοινωνικο-ψυχικής όσο και της συναισθηματικής αναπηρίας. Παρουσίαζαν στρες και φτωχότερα επίπεδα κοινωνικής λειτουργικότητας. Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και στην έρευνα των Monzani et al.,(2008) καθώς φάνηκε πως τα άτομα με προβλήματα ακοής, έχουν μειωμένες συνήθειες κοινωνικές δραστηριότητες, αντιμετωπίζουν αυξημένα προβλήματα σχέσεων με την οικογένεια και τους φίλους και έχουν μεγαλύτερες συναισθηματικές δυσκολίες στην εργασία. Επίσης, ανέφεραν πολύ μεγαλύτερα συναισθηματικά και κοινωνικά προβλήματα από άτομα με φυσιολογική ακουστική λειτουργία. Επίσης και στα άτομα με ΔΕΠ-Υ παρατηρούνται σημαντικές βλάβες στις διαπροσωπικές σχέσεις στο πλαίσιο της οικογένειας και των συνομηλίκων (Gardner & Gerdes, 2015). Διαπιστώνεται λιγότερη σταθερότητα στις ρομαντικές σχέσεις και λιγότερη ικανοποίηση μέσα σε αυτές (Biederman et al., 2006).

Για τη διάσταση του “**Σκοπού της Ζωής**” διαπιστώθηκε επίσης ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων και των ατόμων με αναπηρία, καθώς σημαντικά υψηλότερες τιμές παρατηρήθηκαν στα άτομα με σωματική αναπηρία, χρόνιες παθήσεις, τύφλωση, αλλά και στα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα, συγκριτικά με τα άτομα με ακουστική αναπηρία και με ΔΕΠ-Υ. Το αποτέλεσμα αυτό έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα της έρευνας των Ubel et al., (2005) καθώς επισημαίνουν πως τα άτομα που βιώνουν μια κατάσταση αναπηρίας, όπως μια ακουστική απώλεια, προσαρμόζονται ψυχολογικά, αλλάζοντας τους στόχους και τις προτεραιότητες στη ζωή τους. Βρίσκουν δηλαδή σκοπό και νόημα σε άλλες πτυχές της ζωής και επαναπροσδιορίζουν τους εαυτούς τους και αποδέχονται τη νέα τους ταυτότητα.

Για τη διάσταση της “**Αυτοαποδοχής**” διαπιστώνεται επίσης ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων και των ατόμων με αναπηρία, διαπιστώνονται σημαντικά χαμηλότερες τιμές στα άτομα με ΔΕΠ-Υ συγκριτικά με τα άτομα που έχουν οπτική αναπηρία, σωματική αναπηρία, χρόνιες παθήσεις ή δεν έχουν κάποια αναπηρία σε όλες τις περιπτώσεις. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με την έρευνα των Wallin et al., (2022) καθώς διαπιστώθηκε πως οι γυναίκες με ΔΕΠ-Υ αισθάνονται ότι είναι διαφορετικές από άλλες γυναίκες που δεν αντιμετωπίζουν ΔΕΠΥ. Έχουν αρνητική εικόνα του εαυτού τους καθώς και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Τα ευρήματα της προηγούμενης έρευνας συμφωνούν με τα ευρήματα της έρευνας του D’ Ardenne (2004), καθώς αναδείχθηκε πως τα άτομα με χρόνιες παθήσεις νιώθουν ελλειπίες, ντρέπονται για το σώμα τους και έχουν μειωμένη αυτοεκτίμηση. Από την άλλη πλευρά, τα ευρήματα της τελευταίας έρευνας, έρχονται σε αντίθεση με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας καθώς διαπιστώνονται σημαντικά χαμηλότερες τιμές στα άτομα με ΔΕΠ-Υ συγκριτικά με τα άτομα που αντιμετωπίζουν

χρόνιες παθήσεις, σωματική αναπηρία, οπτική αναπηρία ή δεν αντιμετωπίζουν κάποια αναπηρία. Επίσης, Σε συμφωνία με τα ευρήματα μας έρχεται και η έρευνα των Jackson et al., (1998) όπου τα άτομα με οπτική αναπηρία φαίνεται πως τείνουν να διαχειριστούν την νέα πραγματικότητα μέσω της διαδικασίας διαπραγμάτευσης της πραγματικότητας. Η συγκεκριμένη διαδικασία βοηθά το άτομο να αποκτήσει κίνητρα για να ζήσει και βελτιώνοντας παράλληλα το ευ ζην. Παρόμοια, σύμφωνα με το αποτέλεσμα της έρευνας του Kef (2002), παρατήρησε ότι η πλειοψηφία των ατόμων με οπτική αναπηρία παρουσίαζε υψηλή αυτοεκτίμηση και χαμηλή αίσθηση μοναξιάς. Γενικότερα, τα άτομα με οπτική αναπηρία είχαν αποδεχθεί τις συνέπειες της αναπηρίας και εμφάνιζαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα επίπεδα ευημερίας σε σχέση με τους βλέποντες. Παράλληλα διαπιστώνονται χαμηλότερες τιμές στα άτομα με ακουστική αναπηρία συγκριτικά με τα άτομα που έχουν σωματική αναπηρία, χρόνιες παθήσεις ή δεν έχουν κάποια αναπηρία. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας συμφωνούν με την μελέτη των de Graaf & Bijl (2002) στην οποία διαπιστώθηκε πως η ψυχική δυσφορία είναι μεγαλύτερη μεταξύ των ατόμων με προβλήματα ακοής σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό καθώς σημειώνουν χαμηλότερες βαθμολογίες στην ψυχική τους υγεία αλλά και στις κοινωνικές τους συναναστροφές, γεγονός που φαίνεται να οφείλεται στις δυσκολίες επικοινωνίας που αντιμετωπίζουν, στη χαμηλή αυτοεκτίμηση και κατά κύριο λόγο στην έλλειψη αποδοχής της απώλειας της ακοής τους.

Για τη διάσταση της “**Σωματικής υγείας**” υπάρχουν επίσης στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων και των ατόμων με αναπηρία, καθώς διαπιστώνονται σημαντικά χαμηλότερες τιμές σε όλες τις αναπηρίες συγκριτικά με τους συμμετέχοντες χωρίς κάποια αναπηρία σε όλες τις περιπτώσεις ενώ σημειώνεται ότι μεταξύ των διαφορετικών τύπων αναπηρίας δε καταγράφονται στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Πιο συγκεκριμένα, σχετικά με τις διαστάσεις του Ψυχολογικού ευ ζην σε συσχέτιση με τις πτυχές της σεξουαλικότητας συμπεραίνουμε ότι για τη διάσταση της “**Αυτονομίας**”, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική και θετική συσχέτιση με τη Σεξουαλική Εκτίμηση και στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με τη Σεξουαλική Κατάθλιψη, ενώ δεν παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση με τη Σεξουαλική Ενασχόληση. Το γεγονός αυτό συμπεραίνεται και από την έρευνα των Taleporos & McCabe (2002) όπου διαπιστώνεται πως η σεξουαλική εκτίμηση, η σωματική εκτίμηση και η σεξουαλική ικανοποίηση ήταν ισχυροί προγνωστικοί παράγοντες της αυτοεκτίμησης και της κατάθλιψης μεταξύ των ατόμων με σωματική αναπηρία και ότι αυτή η σχέση ήταν ισχυρότερη μεταξύ των ατόμων με σωματική αναπηρία από τους ικανούς συμμετέχοντες. Σχετικά με τη διάσταση της “**Κοριαρχίας στο περιβάλλον**”, παρατηρήθηκαν σημαντικές συσχετίσεις και με τις τρεις διαστάσεις της σεξουαλικότητας, με θετική συσχέτιση με τη Σεξουαλική Εκτίμηση και αρνητικές συσχετίσεις με τη Σεξουαλική Ενασχόληση και τη Σεξουαλική Κατάθλιψη. Επιπλέον, για τη διάσταση της “**Προσωπικής ανάπτυξης**”, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική και θετική συσχέτιση με τη Σεξουαλική Εκτίμηση και στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με τη Σεξουαλική Κατάθλιψη ενώ δεν παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση με τη Σεξουαλική Ενασχόληση. Για τις διαστάσεις των “**Θετικών σχέσεων με άλλους**” και του “**Σκοπού στη ζωή**”, παρατηρήθηκαν σημαντικές θετικές συσχετίσεις με τη Σεξουαλική Εκτίμηση, αντίστοιχα, και αρνητικές συσχετίσεις με τη Σεξουαλική Κατάθλιψη, αντίστοιχα, ενώ δεν παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση με τη Σεξουαλική Ενασχόληση, αντίστοιχα.

Τέλος, όσον αφορά τη διάσταση της “**Αυτοαποδοχής**”, παρατηρήθηκαν σημαντικές θετικές συσχετίσεις με τη Σεξουαλική Εκτίμηση και σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις με τη Σεξουαλική Ενασχόληση.

Συμπερασματικά διαπιστώθηκε ότι, σχετικά με την “**Σωματική υγεία**”, παρατηρήθηκε μη σημαντική συσχέτιση με τη Σεξουαλική Εκτίμηση και τη Σεξουαλική Ενασχόληση, ενώ παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με τη Σεξουαλική Κατάθλιψη. Όσον αφορά τη “**Ψυχολογικής υγεία**”, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με τη Σεξουαλική Εκτίμηση, μη σημαντική συσχέτιση με τη Σεξουαλική Ενασχόληση και στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με τη Σεξουαλική Κατάθλιψη. Για τη διάσταση των “**Κοινωνικών σχέσεων**”, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με τη Σεξουαλική Εκτίμηση, μη σημαντική συσχέτιση με τη Σεξουαλική Ενασχόληση, και στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με τη Σεξουαλική Κατάθλιψη. Τέλος, για τη διάσταση του “**Περιβάλλοντος**”, παρατηρήθηκε μη σημαντική συσχέτιση με τη Σεξουαλική Εκτίμηση και τη Σεξουαλική Ενασχόληση, ενώ παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με τη Σεξουαλική Κατάθλιψη.

8.2 Συμπεράσματα

Ανέκαθεν, τα Άτομα με Αναπηρία έχουν θεωρηθεί ως μη-σεξουαλικά όντα, γεγονός που πιθανόν να οφείλεται αφενός, στις εμφανείς φυσικές διαφορές καθώς και στις πιθανές διαφορές λειτουργικότητας που παρουσιάζουν και αφετέρου στην έλλειψη πληροφόρησης και εκπαίδευσης σχετικά με τη σεξουαλικότητα και την αναπηρία. Συνεπώς, είναι αναμενόμενο πως τέτοιες αντιλήψεις θα επιφέρουν επιζήμιες και επιβλαβείς συνέπειες στα Άτομα με Αναπηρία επηρεάζοντας πολλές πλευρές της ζωής τους, συμπεριλαμβανομένων του ψυχολογικού τους ευ ζην καθώς και της ποιότητας ζωής τους.

Τα Άτομα με αναπηρία, όπως και ο υπόλοιπος πληθυσμός βιώνουν τις ίδιες ανάγκες έκφρασης της σεξουαλικότητας τους ανεξάρτητα από το είδος της αναπηρίας τους. Κάθε άνθρωπος διατηρεί την ικανότητα και το δικαίωμα να δώσει και να λάβει αγάπη και ευχαρίστηση. Συνεπώς, απώτερος στόχος όλων των μελών της κοινωνίας θα πρέπει να αποτελεί η κατάρριψη των μύθων, η άρση των προκαταλήψεων, των ταμπού και του αποκλεισμού που σχετίζεται με τη σεξουαλικότητα των ατόμων με αναπηρία. Ο στόχος αυτός είναι δυνατόν να επιτευχθεί μόνο μέσω της ευαισθητοποίησης, της κατανόησης, της αποδοχής της διαφορετικότητας και της ενσυναίσθησης, προκειμένου να οδηγηθούμε σε μια συμπεριληπτική κοινωνία.

8.3 Εκπαιδευτικές Προτάσεις

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1975) για τη σεξουαλική υγεία, η ανθρώπινη σεξουαλικότητα συνδέεται άρρηκτα με την ανάπτυξη της προσωπικότητας και την ποιότητα ζωής. Ως εκ τούτου, το δικαίωμα στη συναισθηματική και σεξουαλική ζωή αποτελεί μια από τις θεμελιώδεις αρχές για τις σύγχρονες δημοκρατικές κοινωνίες. Με δεδομένο το γεγονός ότι οι κοινωνικές στάσεις και αντιλήψεις καθοδηγούνται από την εκπαίδευση και την πληροφόρηση γίνεται αντιληπτό ότι για την προάσπιση αυτού του δικαιώματος απαιτείται να επικεντρωθούμε στον καλύτερο τρόπο εκπαίδευσης και ενημέρωσης όλων των μελών της κοινωνίας πάνω σε θέματα σεξουαλικότητας, ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας, σεξουαλικού προσανατολισμού κ.α. Συνεπώς,

πρέπει να εντάξουμε στην εκπαιδευτική ατζέντα το θέμα της σεξουαλικής εκπαίδευσης και ενημέρωσης όλων των ατόμων της κοινωνίας, ενηλίκων και ανηλίκων, έχοντας ή μη αναπηρία.

Σύμφωνα με τον Haffner (1990), η σεξουαλική εκπαίδευση δεν είναι μια σειρά διαλέξεων που συνήθως λαμβάνει χώρα όταν τα παιδιά πλησιάζουν ή βρίσκονται στην εφηβεία. Αλλά αποτελεί μια διαδικασία ζωής και θα πρέπει να ξεκινά όσο πιο νωρίς γίνεται. Η παραπάνω ενέργεια όμως, προκειμένου να καρποφορήσει προϋποθέτει την συνεργασία όλων των θεσμών της κοινωνίας.

Η Ελλάδα είναι από τις λίγες χώρες στην Ευρώπη που δεν έχει ενσωματώσει στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα των σχολείων το μάθημα της «σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης» έτσι προκύπτει η ανάγκη η Πολιτεία να εντάξει στις προτεραιότητες της την διαπαιδαγώγηση και ενημέρωση όλων ανεξαρτήτως των πολιτών πάνω στην σεξουαλική αγωγή και υγεία.

Σε επίπεδο Σχολικών Μονάδων αυτό θα μπορούσε να γίνει με διάφορους τρόπους:

- ❖ Σε πρώτο στάδιο επιτακτική είναι η κατάλληλη επιμόρφωση και περαιτέρω κατάρτιση των Εκπαιδευτικών σε θέματα σεξουαλικής αγωγής. Το κράτος με στοχευμένες ενέργειες πρέπει να καλύψει αυτό το κενό. Πρέπει λοιπόν να διαμορφωθούν κατάλληλα προγράμματα για την επιμόρφωση των εκπαιδευτικών (ημερίδες, σεμινάρια, συνέδρια) που θα έχουν υποχρεωτικό χαρακτήρα, προκειμένου να εμπλουτιστεί η φαρέτρα των εκπαιδευτικών με τα απαραίτητα εφόδια και την απαραίτητη γνώση. Αυτές οι επιμορφώσεις θα έπρεπε να οργανώνονται στο πλαίσιο προγραμμάτων του υπουργείου παιδείας, χρηματοδοτούμενων από την Πολιτεία. Έτσι θα διαμορφωθούν οι κατάλληλες προϋποθέσεις για την διαμόρφωση επιτυχημένων μορφών, μεθόδων και τεχνικών για την κατάλληλη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των παιδιών. Κατά την άποψη μου, η βελτίωση της κατάρτισης των εκπαιδευτικών αποτελεί βασική προτεραιότητα για τη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας της εκπαίδευσης. Καθώς ένας καλός εκπαιδευτικός πρέπει να διαθέτει μια πολύπλευρη παιδαγωγική κατάρτιση και να έχει αυξημένο το αίσθημα της ενσυναίσθησης προκειμένου να είναι σε θέση να προσφέρει ουσιαστική βοήθεια και συμπαράσταση στον εκάστοτε μαθητή που πιθανόν να βρεθεί αντιμέτωπος με προβλήματα πάσης φύσεως όπως παραδείγματος χάρη , σεξουαλική παρενόχλησή, προσβολή της γενετήσιας αξιοπρέπειας, σχολικού εκφοβισμού καθώς και βίας κάθε μορφής.
- ❖ Εν συνεχή, το κράτος σε συνεργασία με το Υπουργείο παιδείας θα πρέπει επίσης να προσφέρουν τους κατάλληλους πόρους που απαιτούνται με σκοπό να δημιουργηθούν/σχεδιαστούν κατάλληλα διαμορφωμένα προγράμματα εκπαίδευσης όλων των μαθητών πάνω στην σεξουαλική αγωγή, που θα γίνονται από εξειδικευμένο και κατάλληλα καταρτισμένο προσωπικό και τα οποία θα λαμβάνουν υπόψιν τα ατομικά χαρακτηριστικά των παιδιών (όπως ηλικία, αναπηρία, φύλο .κ.α.) και θα είναι προσαρμοσμένα πάνω στα ελληνικά δεδομένα, λαμβάνοντας υπόψιν την ελληνική κουλτούρα και νοοτροπία ούτως ώστε να είναι πιο κατανοητά και να κεντρίζουν ευκολότερα την προσοχή και το ενδιαφέρον των παιδιών. Επιπλέον το υλικό που θα παρέχεται, δεν πρέπει να στηρίζεται μόνο στους παραδοσιακούς τρόπους μάθησης αλλά θα πρέπει να εξιχνιαστεί και να προσαρμοστεί στις επιταγές της σημερινής πραγματικότητας των ραγδαίων τεχνολογικών εξελίξεων και επιτευγμάτων. Αυτό θα επιτευχθεί μέσω της αξιοποίησης των Ψηφιακών Τεχνολογιών στην εκπαίδευση ή των

Τεχνολογιών της Πληροφορίας και της Επικοινωνίας (Τ.Π.Ε.), όπως έχει καθιερωθεί να αναφέρονται. Η αξιοποίηση των Τ.Π.Ε μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά και να φέρει θετικά αποτελέσματα στη διαδικασία της διδασκαλίας και της μάθησης καθώς υποστηρίζει την ενεργό συμμετοχή, την κατανόηση, την μαθησιακή και εκπαιδευτική διαδικασία όλων των παιδιών. Συγκεκριμένα, η αξιοποίηση των Ψηφιακών Τεχνολογιών, όπως η επαυξημένη πραγματικότητα (AR), μπορεί να χρησιμοποιηθεί ευρέως σε εκπαιδευτικά περιβάλλοντα και αυτό γιατί η τεχνολογία AR δεν απαιτεί πλέον τόσο ακριβό υλικό και εξελιγμένο εξοπλισμό, σε σύγκριση με το παρελθόν καθώς τώρα μπορεί να χρησιμοποιηθεί με υπολογιστές ή κινητές συσκευές όπως κινητά, tablet κ.α. (Akçayır & Akçayır, 2017). Έτσι η όλη διαδικασία της διδασκαλίας λαμβάνει μια διαδραστική μορφή. Πράγμα που σημαίνει ότι θα είναι εμπλουτισμένη και θα έχει επενδυθεί με ποικίλα μέσα όπως, εικόνα, μουσική, ήχο, οπτικοποίηση, δραματοποίηση, αντικείμενα αναφοράς κ.α. θα υπάρχει δηλαδή μια εννοιολογική πλαισίωση του περιεχομένου διδασκαλίας με ποικίλους τρόπους. Αυτή η προσπάθεια για την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των παιδιών, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, πρέπει να ξεκινήσει όσο το δυνατόν νωρίτερα, αρχίζοντας από το Δημοτικό ακόμη, και συμβαδίζοντας τουλάχιστον σε όλη την υποχρεωτική εκπαίδευση μέχρι το Λύκειο. Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση ουσιαστικά θα συμβάλει αφενός στην ενημέρωση σχετικά με το ανθρώπινο σώμα, τις βιολογικές λειτουργίες της αναπαραγωγής, τις σχέσεις των φύλων και αφετέρου στην σχετική προετοιμασία για τους πιθανούς κινδύνους που μπορούν να προκύψουν. Όπως παραδείγματος χάρη, η σεξουαλική παρενόχληση/κακοποίηση. Τα σχετικά προγράμματα είναι σημαντικό να πραγματοποιούνται μέσα στην τάξη και να προσαρμόζονται στην ηλικία και το αναπτυξιακό επίπεδο των μαθητών στους οποίους απευθύνονται. Έτσι τα παιδιά θα εφοδιαστούν με γνώσεις και δεξιότητες ώστε να είναι ικανά να αναγνωρίσουν και να απωθήσουν κάποιον που θα επιδιώξει να τα κακοποιήσει σεξουαλικά (Walsh et al., 2018). Η ένταξη της σεξουαλικής αγωγής στα σχολεία θα εφοδιάσει παιδιά και νεαρά άτομα με γνώσεις, δεξιότητες και αξίες που θα τα ενδυναμώσουν, προκειμένου να αντιληφθούν καλύτερα την έννοια, της ευημερίας και της αξιοπρέπειάς, να αναπτύξουν υγιείς κοινωνικές και σεξουαλικές σχέσεις που θα χαρακτηρίζονται από σεβασμό, να συνειδητοποιήσουν ότι οι αποφάσεις που παίρνουν έχουν αντίκτυπο τόσο στα ίδια όσο και στα υπόλοιπα άτομα και τέλος να κατανοήσουν και να διασφαλίσουν την προστασία των δικαιωμάτων τους σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Εν τέλει, η ένταξη της σεξουαλικής αγωγής στα σχολεία θα βοηθήσει, ώστε τα παιδιά να αντιληφθούν πως η σεξουαλικότητα δεν πρέπει να θεωρείται ταμπού και πως είναι κάτι το απολύτως φυσιολογικό και άρρηκτα συνδεδεμένο με την ανθρώπινη φύση

- ❖ Σε αυτό το στάδιο επίσης θα ήταν πολύ ωφέλιμο να υπάρξει γενίκευση και έλεγχος της εκπαίδευσης σχετικά με την σεξουαλική αγωγή, την οποία θα μπορούσε το κράτος να επιτύχει μέσω της διαμόρφωσης μιας επιτροπής αποτελούμενης από εξειδικευμένο προσωπικό (όπως παιδοψυχολόγους κοινωνικούς λειτουργούς κ.α) που θα έχει ως κύρια αρμοδιότητα ανά τακτά χρονικά διαστήματα να επισκέπτεται τα σχολεία και να διενεργεί έρευνες με κατάλληλα σχεδιασμένα διαγνωστικά εργαλεία για να μπορούν να αξιολογήσουν την κατάσταση των μαθητών κ του σχολείου γενικά πάνω σε θέματα (όπως σεξουαλικής παρενόχλησης, προσβολής γενετήσιας

αξιοπρέπειας, βίας, κακοποίηση, εκφοβισμού κ.α). Παραδείγματος χάρη αν μια πόλη διαθέτει 10 σχολικές μονάδες, θα μπορούσαν (μετα την αξιολόγηση και λαμβάνοντας υπόψιν συγκεκριμένα κριτήρια) να εντάξουν τις μονάδες με ένα συγκεκριμένο χρωματικό συνδυασμό, δηλαδή με πράσινο τα σχολεία που δεν παρατηρούνται τέτοια περιστατικά, με κίτρινο για σχολεία με λιγιστά περιστατικά κ με κόκκινο τις σχολικές μονάδες όπου παρατηρούνται πολλά από τα προαναφερθέντα περιστατικά. Έτσι λοιπόν οι προσπάθειες διαπαιδαγώγησης και επιμόρφωσης θα παίρνουν μια πιο στοχευμένη μορφή με πιο γρήγορα αποτελέσματα εξοικονομώντας χρόνο.

- ❖ Επιπροσθέτως, η συμβολή των γονέων είναι καθοριστικής σημασίας καθώς οι γονείς αποτελούν το σημαντικότερο σημείο αναφοράς των παιδιών. Η καλή λοιπόν και στενή συνεργασία του σχολείου με την οικογένεια είναι υψίστης σημασίας καθώς μια τέτοια συνεργασία θα συμβάλει καθοριστικά σε μια πολύπλευρη και ολοκληρωμένη ανάπτυξη του παιδιού και ως επακόλουθο θα αποφέρει πολλαπλά οφέλη στην κοινωνία γενικότερα. Ως τόσο αρκετοί γονείς διστάζουν να συζητούν με τα παιδιά τους θέματα σεξουαλικής φύσεως και πολλές φορές αποφεύγουν να απαντούν σε αντίστοιχες ερωτήσεις αφού είτε νιώθουν άβολα είτε θεωρούν ότι δεν είναι οι κατάλληλοι για να απαντήσουν. Παρόλα αυτά, οι γονείς οφείλουν να αναλάβουν την ευθύνη της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των παιδιών τους. Ένα πρώτο βήμα προς αυτή την κατεύθυνση, είναι η προετοιμασία και η κατάλληλη ενημέρωση του ίδιου του γονέα σχετικά με ζητήματα σεξουαλικότητας. Η κατάλληλη αυτή ενημέρωση των γονέων για θέματα σεξουαλικής αγωγής θα πρέπει να γίνει σε συνεργασία με τις Σχολικές μονάδες από ειδικούς με διάφορα μέσα όπως: η παροχή κατάλληλου εκπαιδευτικού υλικού παραδείγματος χάρη, βιβλία με σχετικό περιεχόμενο, καθώς και η πραγματοποίηση ανά τακτά χρονικά διαστήματα δωρεάν σεμιναρίων, ημερίδων και συνεδρίων. Αυτό θα συνέβαλε στην ανάπτυξη μιας διαπροσωπικής σχέσης μεταξύ γονέων και ειδικών, βασισμένη στην συνεργασία και τον αλληλοσεβασμό και στη αποτελεσματικότερη προώθηση του κοινού τους σκοπού, που είναι η σωστή σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των παιδιών. Καθώς λοιπόν, η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση αποτελεί μία μακρόχρονη διαδικασία και όχι μια μεμονωμένη συζήτηση, για τον λόγο αυτό, είναι σημαντικό ο γονέας να είναι ανοιχτός να δείχνει προθυμία να ακούσει τις απορίες του παιδιού του, δίνοντας συγκεκριμένες και ξεκάθαρες απαντήσεις, προσαρμοσμένες στην ηλικία του και να αποφεύγει ακραίες ή επικριτικές αντιδράσεις. Η συνέχιση αυτής της ενημέρωσης και πληροφόρησης του παιδιού, που ξεκινάει από το σχολείο και συνεχίζεται στο σπίτι, θα βοηθήσει το παιδί ώστε οι πληροφορίες που συλλέγει, να γίνουν κατανοητές και να εγκαθιδρυθούν μονίμως. Είναι σημαντικό, λοιπόν, οι γονείς να επενδύσουν σε μία ισχυρή σχέση με το παιδί τους που θα βασίζεται στην αγάπη, στην κατανόηση και στην καλή επικοινωνία έτσι ώστε το παιδί να μπορεί να τους εμπιστευτεί και να συζητάει ανοιχτά μαζί τους για επιθυμίες, φόβους, προβληματισμούς και ανησυχίες.
- ❖ Τέλος μια άλλη πρόταση που αφορά αποκλειστικά τα άτομα με αναπηρία αποτελεί η εκπαίδευση και η ένταξη στην κοινωνία του θεσμού «των Σεξουαλικών βοηθών» που θα βοηθήσουν στην προσβασιμότητα των Ατόμων με αναπηρία στη σεξουαλική ζωή. Οι σεξουαλικοί βοηθοί είναι σεξεργάτες/-τριες που έχουν εκπαιδευτεί σε θέματα αναπηρίας, γνωρίζουν δηλαδή τα ειδικά

χαρακτηριστικά αρκετών από τις βλάβες και πώς να το διαχειριστούν σωματικά, προκειμένου να προσφέρουν σεξουαλική ικανοποίηση, είτε μέσα από τη σεξουαλική πράξη, είτε μέσα από την οποιαδήποτε άλλη πράξη. Επιπρόσθετα προσφέρουν και σεξουαλική αγωγή και εκπαίδευση σε ανθρώπους με αναπηρία και στους φροντιστές τους. Συγκεκριμένα μπορούν να βοηθήσουν στη διερεύνηση των σωματικών και σεξουαλικών αναγκών, που μπορεί ή δεν μπορεί να κάνουν στο σεξ, ανάλογα με την αναπηρία και τη βλάβη τους. Μπορεί να είναι μια προκαταρκτική σεξουαλική διέγερση, μπορεί να είναι η σεξουαλική πράξη σε όλα της τα στάδια και φυσικά, όπως και με όλους τους/τις σεξεργάτες/τριες, μπορεί να υπάρξει ολοκληρωμένη σεξουαλική πράξη. Αυτό εξαρτάται από το τι επιθυμεί ο άνθρωπος που απευθύνεται στους σεξουαλικούς βοηθούς. Η σχέση με τον πελάτη είναι αμειβόμενη και έχει ισοτιμία, σεβασμό αλλά δεν έχει την υπόσταση του έρωτα υπό τη συναισθηματική του διάσταση». Σε χώρες της Ευρώπης υπάρχει «ο θεσμός του σεξουαλικού βοηθού». Στην Ισπανία δεν έχει παγιωθεί ακόμη αλλά στη Γαλλία και την Ελβετία υπάρχει. Στην Ιαπωνία, υπάρχει και περιλαμβάνεται στο σύστημα υγείας. Ο/η σεξουαλικός/η βοηθός, μέσω των παρεχόμενων υπηρεσιών, έρχεται για να καλύψει την ανάγκη για πρόσβαση των Ατόμων με Αναπηρία στο σεξ. Ωστόσο, οι υπηρεσίες αυτές δεν θα απευθύνονται σε όλα τα Άτομα με Αναπηρία, αλλά μόνο σε όσους μπορούν να δώσουν συναίνεση και συγκατάθεση, δηλαδή απευθύνονται κυρίως σε ανθρώπους με κινητική αναπηρία ή με ήπια νοητική αναπηρία, που αντιλαμβάνονται σε τι είδους σχέση βρίσκονται. Η επαφή του με το άτομο με αναπηρία θα γίνεται βάσει συγκεκριμένου πρωτοκόλλου και συνεννόησης μεταξύ τους(Αθηναϊκό-Μακεδονικό Πρακτορείο Ειδήσεων, 2023).

Συνεπώς, στόχος αυτών των δράσεων αποτελεί η κατάρριψη των μύθων, η άρση των προκαταλήψεων, των ταμπού και του αποκλεισμού που σχετίζεται με τη σεξουαλικότητα των ατόμων γενικότερα, αλλά και των ατόμων με αναπηρία ειδικότερα. Ο στόχος αυτός είναι δυνατόν να επιτευχθεί μόνο μέσω της ευαισθητοποίησης και της ενσυναίσθησης, που αποτελούν επακόλουθα της εκπαίδευσης και της πληροφόρησης.

8.4 Περιορισμοί της Έρευνας

Σε όλες τις έρευνες είναι εύλογο να υπάρχουν πρακτικοί και θεωρητικοί περιορισμοί. Η παρούσα έρευνα είναι μια αρχική μελέτη και χρήζει περαιτέρω έρευνας.

- ❖ Αναφορικά με το Δείγμα της παρούσας μελέτης, θα μπορούσε να χαρακτηριστεί μικρό, και τα ευρήματα της έρευνας να μην μπορούν να γενικευτούν στον γενικό πληθυσμό. Επίσης δεν υπήρξε εκπροσώπηση από όλες της ομάδες αναπηριών κάτι που θα ήταν πιο θεμιτό ούτως ώστε να οδηγούμασταν σε πιο ολοκληρωμένα αποτελέσματα. Μελλοντικές έρευνες θα ήταν καλό να συμπεριλάβουν στο δείγμα τους και άτομα με Διαταραχή αυτιστικού φάσματος καθώς επίσης και άτομα με ήπια Νοητική αναπηρία.
- ❖ Επιπλέον, δεν έγιναν όλες οι πιθανές συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών και δεν εντοπίστηκαν όλοι οι πιθανοί παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν το ψυχολογικό ευ ζην και την ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρία και των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων.

- ❖ Τέλος, η συλλογή των δεδομένων έγινε αποκλειστικά μέσω ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς τα οποία αν και αποτελούν μία ευρέως διαδεδομένη και αποδεκτή μορφή συλλογής δεδομένων, ωστόσο πάντα ελλοχεύει ο κίνδυνος οι συμμετέχοντες να μην είναι απόλυτα αντικειμενικοί ή ειλικρινείς στις απαντήσεις τους και να απαντάνε με βάση κοινωνικά αποδεκτά πρότυπα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abbott, R.A., Ploubidis, G.B., Croudace, T.J., Kuh, D., Wadsworth, M.E.J., & Huppert, F.A. (2008). Η σχέση μεταξύ της πρώιμης προσωπικότητας και της ψυχολογικής ευεξίας στη μέση ηλικία: Στοιχεία από μια μελέτη κοόρτης γέννησης στο Ηνωμένο Βασίλειο. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43 (9), 679 – 687
- Able, S. L., Johnston, J. A., Adler, L. A., & Swindle, R. W. (2007). Functional and psychosocial impairment in adults with undiagnosed ADHD. *Psychological Medicine*, 37(1), 97.
- Addlakha, R., Price, J., & Heidari, S. (2017). Disability and sexuality: claiming sexual and reproductive rights. *Reproductive Health Matters*, 25(50), 4-9. <http://doi.org/10.1080/09688080.2017.1336375>
- Ademokoya, J. A. (2008). Classroom Communication and Placement of the Deaf Child in an Inclusive Class. *Journal of Human Ecology*, 23(3), 203–209. <https://doi.org/10.1080/09709274.2008.11906072>
- Ainsworth, M.D., & Bell, S.M. (1970). Προσκόλληση, εξερεύνηση και χωρισμός: Απεικονίζεται από τη συμπεριφορά παιδιών ενός έτους σε μια περίεργη κατάσταση. *Παιδική Ανάπτυξη*, 41, 49 – 67
- Akçayır, M., & Akçayır, G. (2017). Advantages and challenges associated with augmented reality for education: A systematic review of the literature. *Educational research review*, 20, 1-11.
- Al-Dwaikat, T. N., Rababah, J. A., Al-Hammouri, M. M., & Chlebowy, D. O. (2020). Social Support, Self-Efficacy, and Psychological Wellbeing of Adults with Type 2 Diabetes. *Western Journal of Nursing Research*, 43(4), 288-297. <https://doi.org/10.1177/0193945920921101>.
- Alós, F. J., Acedo, V. I., Hervas, M. A. M., & Moreno Osella, E. M. (2021). Psychological well-being and disability: a comparison among university students. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 19(1), 93-116. ISSN:1696-2095.
- Altman B. M. (2014). Definitions, concepts, and measures of disability. *Annals of epidemiology*, 24(1), 2–7. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2013.05.018>

- Amato, PR , & Sobolewski, JM (2001.) Οι επιπτώσεις του διαζυγίου και της συζυγικής διαφωνίας στην ψυχολογική ευημερία των ενηλίκων παιδιών . *American Sociological Review* , 66 (6), 900 – 921
- American Diabetes Association. (2014). *Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus*. *Diabetes Care*, 37(1), 81-90.
- American Diabetes Association. (2017). *Classification and diagnosis of diabetes*. *Diabetes Care*, 40(1), 11-20.
- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing, Inc.. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and manual of mental disorders*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
- American School Health Association (2003). *Quality sexuality education for students with disabilities or other special needs*
- Anastopoulos AD., Sommer JL., Schatz Nadhd K. (2009). Family functioning. *Curr. Atten. Disord.* 1:167– 70. doi: 10.1007/s12618-009-0023-2 and application. Signum, Hamburg, pp 201–213
- Angermeyer MC., Kilian R., Matschinger .,H. (2000). WHOQOL100 und WHOQOL-BREF. *Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität*, Göttingen
- Aristigueta M., Dooren W., (2005), *The Rediscovery of Social Indicators in Europe and the U.S.A.: an International Comparison*, Paper prepared for EGPA, Annual Conference.
- August, G. J., Braswell, L., & Thuras, P. (1998). Diagnostic stability of ADHD in a community sample of school-aged children screened for disruptive behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 345–356
- Aunos, M. & Feldman, M. A. (2002). Attitudes towards sexuality, sterilization and parenting rights of persons with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15, 285-296.
- 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

- Barkley, R. A. (2013). *Taking Charge of ADHD* (3rd ed.). New York: Guilford Press
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2006). Young adult outcome of hyperactive children: Adaptive functioning in major life activities. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45, 192–202.
- Barnes, C. (2012). The Social Model of Disability: Valuable or Irrelevant ? In. N. Watson, A. Roulstone, & Thomas (Eds), *Routledge handbook of disability studies* (pp. 12-29). London
- Basu D., (2004), *Quality of Life Issues in Mental Health Care: Past, Present and Future*, *German Journal of Psychiatry*, Issue 7, Volume 3, p.p. 35 -43
- Baxley and Zendell (2011) *Promoting Youth Sexual Health: Home, School, and Community Collaboration*.
- Bedard, C., Zhang, H. L., & Zucker, K. J. (2010). Gender identity and sexual orientation in people with developmental disabilities. *Sexuality and Disability*, 28(3), 165-175.
- Beddows, N. & Brooks, R. (2016). Inappropriate sexual behaviour in adolescents with autism spectrum disorder: what education is recommended and why. *Early intervention in Psychiatry*, 10(4), 282-289.
- Biederman J. (2005). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Selective Overview. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1215-1220.
- Biederman J., Faraone SV., Spencer TJ., Mick E., Monuteaux MC., Aleardi M. (2006). Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: a controlled study of 1001 adults in the community. *J Clin Psychiatry*:67:524–40. doi: 10.4088/JCP.v67n0403
- Biederman, J. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder: A selective overview. *Biological Psychiatry*, 57, 1215–1220.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Taylor, A., Sienna, M., Williamson, S., & Fine, C. (1998). Diagnostic continuity between child and adolescent ADHD: Findings from a longitudinal clinical sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37, 305–313
- Biederman, J., Faraone, S., Spencer, T., Mick, E., Monuteaux, M., & Aleardi, M. (2006). Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(4), 524–540.
- Biederman, J., Monuteaux, M. C., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T. E., Silva, J. M., et al. (2006). Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: A controlled 10-year follow-up study. *Psychological Medicine*, 36, 167–180.

- Blanchflower, DG , & Oswald, AJ (2008). Είναι η ευημερία σε σχήμα U κατά τη διάρκεια του κύκλου ζωής; *Social Science & Medicine* , 66 , 1733 – 1749 .
- BLOOM, J. R., STEWART, S. L., D'ONOFRIO, C. N., LUCE, J., & BANKS, P. J. (2008). Addressing the needs of young breast cancer survivors at the five-year milestone: Can a short-term, low-intensity intervention produce change? *Journal of Cancer Survivorship*, 2, 190–204. <https://doi.org/10.1007/s11764-008-0058-x>
- Blum, R. (1997). Sexual health contraceptive needs of adolescents with chronic conditions. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 151, 290-292
- Blum, R. W., Beuhring, T., Shew, M. L., Bearinger, L. H., Sieving, R. E. & Resnick, M. D. (2000). The effects of race/ethnicity, income, & family structure on adolescent risk behaviours. *American Journal of Public Health*, 90, 1879-1884.
- Borsay, A. (2005). *Disability and social policy in Britain since 1750: a history of exclusion*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire: New York: PalgraveMacmillan.
- Borthwick-Duffy, S.A., Widaman K.F., Little, T.D. and Eyman, R.K. (1992), *Foster Family Care of Persons with Mental Retardation*, Washington DC: American Association on Mental Retardation.
- Borujeni S, Hatamizadeh N, Vameghi R, Kraskian A. (2015). Hearing Loss Related Quality of Life in Adolescents with Hearing Loss. *Iranian Rehabilitation Journal*, 13 (1), 43- 38
- Brasil de Almeida Rebouças, C., Mendonça de Araújo, M., Cavalcante Braga, F., Taveira Fernandes, G., & Cavalcante Costa, S. (2016). Evaluation of quality of life of visually impaired. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(1).
- Brennan, M., Su, Y. P., & Horowitz, A. (2006). Longitudinal associations between dual sensory impairment and everyday competence among older adults. *Journal of rehabilitation research & development*, 43(6)
- Bridgeman G., Maypherson B., Rako M., Campbell J., Manning V et al. (2000). A National Epidemiological Survey of Mental Illness in the New Zealand Deaf Community. Paper presented to the 5th European and 2nd World Conference on Mental Health and Deafness, Copenhagen
- Brody BL., Gamst AC., Williams RA., et al. (2001). Depression, visual acuity, comorbidity, and disability associated with age-related macular degeneration. *Ophthalmology*.;108:1893–1900, discussion 1900–1891
- Bruner MR., Kuryluk AD., Whitton SW. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptom levels and romantic relationship quality in college students. *J Am Coll Health*. 63:98–108. doi: 10.1080/07448481.2014.975717

- BURCKHARDT, C. S., WOODS, S. L., SCHULTZ, A. A., & ZIEBARTH, D. M. (1989). Quality of life of adults with chronic illness: a psychometric study. *Research in nursing & health*, 12(6), 347-354.
- Burtcell, J. (2014). Sexual Dysfunction: An Overlooked Side Effect of M.S. http://translate.googleusercontent.com/translate_e?depth=1Qhl=el@,prev...search%3F... [25 Οκτ.2014]
- Campbell A., Converse P.E. & Rodgers W.L., (1976), *The quality of American life: Perceptions, Evaluations and satisfaction*, Russel Sage Fundation, New York
- Cankurtaran, V., Ozates, S., Ozates, M. E., & Ozler, S. (2020). Influence of visual acuity level on sexual function in patients with cataract. *Indian Journal of Ophthalmology*, 68(8), 1579-1583.
- Canu WH., Tabor LS., Michael KD., Bazzini DG., Elmore AL. (2014). Young adult romantic couples' conflict resolution and satisfaction varies with partner's attention-deficit/hyperactivity disorder type. *J Marital Fam Ther* 40:509–24. doi: 10.1111/jmft.12018
- Cappellini, M.-D., Cohen, A., Eleftheriou, A., Piga, A., Porter, J., & Taher, A. (2008). *Guidelines for the Clinical Management of Thalassaemia*, 2nd Revised edition. Nicosia (CY): Thalassaemia International Federation
- Capusan, A. J., Bendtsen, P., Marteinsdottir, I., & Larsson, H. (2019). Comorbidity of adult ADHD and its subtypes with substance use disorder in a large population-based epidemiological study. *Journal of Attention Disorders*, 23(12), 1416–1426.
- Carter M. (1990). Illness, chronic disease and sexuality. In: Fogel CI, Lauver D, eds. *Sexual health promotion*. Philadelphia: Saunders, 305-12.
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, TE, Taylor, A., Craig, IW, Harrington, HL,McClay, J., Mill, J., Martin, J., Braithwaite, A., & Poulton, R. (2003). Επιρροή από στρες ζωής στην κατάθλιψη: Μετριασμός από πολυμορφισμό στο γονίδιο 5-HTT. *Επιστήμη*, 301, 386–389
- Chao, C. Y., Gau, S. S. F., Mao, W. C., Shyu, J. F., Chen, Y. C., & Yeh, C. B. (2008). Relationship of attention-deficit–hyperactivity disorder symptoms, depressive/anxiety symptoms, and life quality in young men. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 421–426
- Checinski, K.(1991). Preliminary findings of the study of the prevalence of psychiatric disorder in prelingually deaf adults living in the community. *Proceedings, Mental Health and Deafness Conference*, St. George's Hospital Medical School, London

- Cheng, S., & Sin, K. F. (2020). University Self-efficacy and Quality of University Life among Students with and without Hearing Impairment and Hearing Students. *International Journal of Disability, Development and Education*, 1-13. <https://doi.org/10.1080/1034912X.2020.1801989>.
- Chevalier, A. , & Feinstein, L. (2006). Sheepskin ή Prozac: Η αιτιολογική επίδραση της εκπαίδευσης στην ψυχική υγεία . Έκθεση που δημοσιεύτηκε από το Centre for the Economics of Education, London School of Economics, Λονδίνο.
- Chronis-Tuscano, A., Molina, B. S., Pelham, W. E., Applegate, B., Dahlke, A., Overmyer, M., & Lahey, B. B. (2010). Very early predictors of adolescent depression and suicide attempts in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67(10), 1044–1051.
- Cieśla, K., Lewandowska, M., & Skarżyński, H. (2015). Health-related quality of life and mental distress in patients with partial deafness: preliminary findings. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 273(3), 767–776. doi:10.1007/s00405-015-3713-7
- Cieza, A., Sabariego, C., Bickenbach, J., & Chatterji, S. (2018). Rethinking disability. *BMC Medicine*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12916-017-1002-6>
- Clark, G. (2009). The multi-channel cochlear implant: Past, present and future perspectives
- Clark, A. , & Oswald, A. (1994). Η δυστυχία και η ανεργία . *The Economic Journal* , 104 , 648 – 659 .
- Claussen C., (2004), Using Quality of Life Measures for Program Evaluation: A Review of the Literature, *Rehabilitation Review VRRI*, Volume 15, Number 1.
- Colson, M. H. (2016). Sexual dysfunction and chronic illness. Part 1. Epidemiology, impact and significance. *Sexologies*, 25(1), e5-e11.
- Corker, M. (1994). *Counselling the deaf challenge*, Ed: Jessica Kingsley publishers
- Crow, L., Barnes, C., & Mercer, G. (1996). Including all of our lives: renewing the social model of disability. In C. Barnes & G. Mercer (Eds.), *Exploring the Divide: Illness and Disability*. Disability Press.
- D' Ardenne P. (2004). The couple sharing long term illness. *Sexual and Relationship Therapy* 19, 291–308.
- Dacey, J.S. (1986). *Adolescents today* (3rd ed.). Glenview, IL: Scott, Foresman & Company.
- Dahlbeck, D. T., & Lightsey, O. R. Jr. (2008). Generalized self-efficacy, coping, and self-esteem as predictors of psychological adjustment among children with disabilities or chronic illnesses. *Children's Health Care*, 37(4), 293-315.
- Damirchi, E. S., Ayadi, N., Dargahi, S., Ahmadboukani, S., & Pireinaladin, S. (2021). The Mediating Role of Sexual Self-esteem in the Relationship Between

- Marital Quality and Psychological Adaptation to Illness in Women with Chronic Pain Illness. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, 10(2).
- Davies, J. (1996). Sexuality Education for Children with Visual Impairments. Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia.
 - De Graaf, H., Meijer, S., Poelman, J., Vanwesenbeeck, I.: Seks Onder Je 25e (2005). Rutgers Nisso Groep/Soa Aids Nederland, Utrecht
 - de Graaf, R., & Bijl, R. V. (2002). Determinants of mental distress in adults with a severe auditory impairment: differences between prelingual and postlingual deafness. *Psychosomatic medicine*, 64(1), 61-70.
 - Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2006). Edonia, Eudaimonia, and Well-being: an Introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9, 139-170. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-90181>.
 - Deepak, S. (2002). .Male, Female or Disabled. M.A. Thesis. The Department of Sociology and Social Policy: University of Leeds.
 - DeNeve, KM , & Cooper, H. (1998). Η ευτυχισμένη προσωπικότητα: Μια μετα-ανάλυση 137 χαρακτηριστικών προσωπικότητας και υποκειμενικής ευημερίας . *Ψυχολογικό Δελτίο* , 124 , 197 – 229
 - Desaulniers, M. (1995). Faire l' education sexuelle a l' ecole. Editions Nouvelles. Στο Γερούκη, Μ. (χ.χ). Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση - Διαφυλικές Σχέσεις στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση. Περιεχόμενο, κατευθύνσεις, προοπτικές και ρόλος των εκπαιδευτικών, 1-13. Ανακτημένο 10 Μαρτίου, 2010, από http://www.margaritagerouki.net/pdf-files/paper_programma.pdf.
 - Dewsbury, G. Clarke, K., Randall, D., Rouncefield, M., & Sommerville, I. (2004). The anti-social model of disability. *Disability & Society*, 19(2), 145-158. doi:10.1080/0968759042000181776
 - Dey, A. N. (1997). Characteristics of elderly nursing home residents: data from the 1995 National Nursing Home Survey (No. 289). US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics.
 - Diamond, L. M. (2013). Where's the sex in relationship research. *Let's talk about sex: Multidisciplinary discussions*, 46-66.
 - Dickson N, Paul C, Herbison P, Silva P. (1998). First sexual intercourse: age, coercion and later regrets reported by a birth cohort. *BMJ* 316:29-33.
 - Diener E. (2000). Εξήγηση διαφορών στα κοινωνικά επίπεδα ευτυχίας: Σχετικά πρότυπα, εκπλήρωση αναγκών, κουλτούρα και θεωρία αξιολόγησης . *Journal of Happiness Studies* , 1 , 41 – 78 .
 - Diener, E. (Ed.). (2009). The science of well-being: The collected works of Ed Diener. Springer Science + Business Media. <https://doi.org/10.1007/978-90-481-2350-6>.
 - Diener, E. , Suh, EM , Lucas, RE , & Smith, HL (1999). Υποκειμενική ευημερία: Τρεις δεκαετίες προόδου . *Ψυχολογικό Δελτίο* , 125 , 276 – 302 .
 - Dolan, P. , Peasgood, T. , & White, M. (2008). Ξέρουμε πραγματικά τι μας κάνει ευτυχισμένους; Μια ανασκόπηση της οικονομικής βιβλιογραφίας σχετικά με τους παράγοντες που σχετίζονται με την υποκειμενική ευημερία . *Journal of Economic Psychology* , 29 , 94 – 122 .
 - 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

- Dupras, A., & Dionne, H. (2014). The concern of parents regarding the sexuality of their child with a mild intellectual disability. *Sexologies*, 23(4), e79-e83.
- Eakin L., Minde K., Hechtman L., Ochs E., Krane E., Bouffard R., et al. (2004). The marital and family functioning of adults with ADHD and their spouses. *J Atten Disord.* 8:1–10. doi: 10.1177/108705470400800101
- Edwards WM, Coleman E. (2004). Defining sexual health: A descriptive overview. *Arch Sex Behav*; 33: 189–195. Crossref. PubMed. ISI.
- Ejegi-Memeh, S., Hinchliff, S. and Johnson, M. (2021). ‘Sexual health discussions between healthcare professionals and midlife-older women living with Type 2 diabetes: An interpretative phenomenological study.’ *Journal of Advanced Nursing*, 77(3) pp. 1411–1421.
- Elliott, T., Uswatte, G., Lewis, L., & Palmatier, A. (2000). Goal instability and adjustment to physical disability. *Journal of Counseling Psychology*, 47(2), 251-265. <http://dx.doi.org/10.1037//0022-0167.47.2.251>.
- Evans, J. , & Repper, J. (2000). Απασχόληση, κοινωνική ένταξη και ψυχική υγεία . *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* , 7 , 15 – 24 .
- Fagg, J. , Curtis, S. , Stansfeld, SA , Cattell, V. , Tupuola, A.-M. , & Arephin, M. (2008). Κοινωνικός κατακερματισμός περιοχής, κοινωνική υποστήριξη για άτομα και ψυχοκοινωνική υγεία σε νεαρούς ενήλικες: Στοιχεία από μια εθνική έρευνα στην Αγγλία . *Social Science & Medicine* , 66 , 242 – 254 .
- Fairbairn, G, Rowley, R. Bowen, M., (1995). *Sexuality, Learning Difficulties and Doing What’s Right*. David Fulton Publishers: London.
- Farquhar M. (1995). Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal of Advanced Nursing* 22: 502-508.
- Fayers PM., Machin D. (2000). *Quality of Life – Assessment, Analysis and Interpretation*. John Wiley & Sons Ltd, West Sussex England, 3-5
- Fellingner J., Holzinger D., Schoberberger R., Lenz G .(2005a). Psychosoziale Merkmale bei Gehörlosen. *Daten aus einer Spezialambulanz für Gehörlose. Nervenarzt* 76(1):43–51
- Fellingner, J., Holzinger, D., Dobner, U., Gerich, J., Lehner, R., Lenz, G., & Goldberg, D. (2005). Mental distress and quality of life in a deaf population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 40, 737-742.
- Fellingner, J., Holzinger, D., Gerich, J., & Goldberg, D. (2007). Mental distress and quality of life in the hard of hearing. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(3), 243–245. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00976.x>
- Fellingner, J., Holzinger, D., Gerich, J., & Goldberg, D. (2007). Mental distress and quality of life in the hard of hearing. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(3), 243-245.
- Fellingner, J., Holzinger, D., Sattel, H., & Laucht, M. (2008). Mental health and quality of life in deaf pupils. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(7), 414–423. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-0683-y>
- Ferrans C. (1996). Development of a conceptual model of quality of life. *Scholarly Inquiry for Nursing Practise* 10: 293-304.
- Fitz- Gerald D., Fitz- Gerald M. (1977). Deaf people are sexual, too. *SIECUS Repor* 6(2)
- Flouris, E. , & Buchanan, A. (2003). Ο ρόλος της εμπλοκής του πατέρα στη μετέπειτα ψυχική υγεία των παιδιών . *Journal of Adolescence* , 26 , 63 – 78 .
- Fortenberry J., Puberty D. (2013). Adolescent sexuality. *Horm Behav.* 64:280–7. doi: 10.1016/j.yhbeh.2013.03.007

- Fransson, P. (2008). Quality of Life for Members of Swedish Prostate Cancer Patient Associations. *Cancer Nursing*, 31(1), 23–31.
- Frazer Ricardo A. (2001) Prejudice Versus Discrimination in the Employment Interview: We may Hire Equally, but Our Memories Harbour Prejudice.
- Fuller-Thomson, E., & Ryckman, K. (2020). Achieving complete mental health despite a history of generalized anxiety disorders: Findings from a large, nationally representative Canadian survey. *Journal of Affective Disorders*, 265, 687–694
- Furnham, A. , & Cheng, H. (2000). Αντιληπτή γονική συμπεριφορά, αυτοεκτίμηση και ευτυχία . *Κοινωνική Ψυχιατρική και Ψυχιατρική Επιδημιολογία* , 35 , 463 – 470 .
- Galanello, R., & Origa, R. (2010). Beta-thalassemia. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 5(11), 1-15.
- Gardner DM, Gerdes AC. (2015). A review of peer relationships and friendships in youth with ADHD. *J Atten Disord.* 19:844–55. doi: 10.1177/1087054713501552
- Gau, S.S.-F., Ni, H.-C., Shang, C.-Y., Soong, W.-T., Wu, Y.-Y., Lin, L.-Y., et al. (2010). Psychiatric comorbidity among children and adolescents with and without persistent attention-deficit hyperactivity disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 135–143.
- GERMINO, B. B., MISHEL, M.H., CRANDELL, J., PORTER, L., BLYLER, D., JENERETTE, C., & GILL, K. M. (2013). Outcomes of an uncertainty management intervention in younger African American and Caucasian breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 40(1), 82–92. <https://doi.org/10.1188/13.ONF.82-92/>
- Gomez, M. T. (2012). The S words: sexuality, sensuality, sexual expression and people with intellectual disability. *Sexuality and disability*, 30(2), 237-245.
- Graaf, R. & Bijl, R. V. (2002). Determinants of Mental Distress in Adults with a Severe Auditory Impairment: Differences Between Prelingual and Postlingual Deafness. *Psychosomatic Medicine*, 64(1), 61-70
- Graaf, R. (2002). Determinants of mental distress in adults with a severe auditory impairment: differences between prelingual and postlingual deafness. *Psychosom Med* 64(1):61–70
- Greydanus, D.E., Rimsza, M. E. & Newhouse, P. A. (2002). Adolescent sexuality and disability. *Adolesc. Med.*, (2), 223-47
- Gullacksen, A. C., Göransson, L., Rönnblom, G. H., Koppen, A., & Jørgensen, A. R. (2011). Life adjustment and combined visual and hearing disability/deafblindness: An internal process over time. *Retrieved from nvc.brandfactory.se/Files/sv-SE/9045/RelatedFiles/168730_Engelsk.pdf*.
- Haffner D.W. (1990). Sex education 2000: A call to action. New York: Sex Information and Education Council of the U.S.
- Haffner, D.W. (1990). Sex education 2000: A call to action. New York: Sex Information and Education Council of the U.S. (B)
- Hakkaart-van Roijen, L., Zwirs, B. W. C., Bouwmans, C., Tan, S., Schulpen, T. W. J., Vlasveld, L., et al. (2007). Societal costs and quality of life of children suffering from attention deficient hyperactivity disorder (ADHD). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16, 316–326.
- Hancock T , Labonte R., Edwards R., (1999), Measuring population health at the community level. Ottawa: Health Canada.

- Hancock T., (2000), Quality of Life Indicators and the DHC. Paper for the Health Promotion Consultant. Ontario.
- Hannon F., Fitzsimon N., Kelleher C; National Disability Authority (Ireland); Surveys of Lifestyle, Attitudes and Nutrition (SLÁN). (2008). Physical activity, health and quality of Health Qual Life Outcomes; 6: 1-8
- Harris, J. P., Anderson, J. P., & Novak, R. (1995). An outcomes study of cochlear implants in deaf patients: audiologic, economic, and quality-of-life changes. *Archives of Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, 121(4), 398-404.
- Harrison, C., Fortin, M., Akker, M., van den, Mair, F., Calderon-Larranaga, A., Boland, F., et al. (2021). Comorbidity versus multimorbidity: why it matters. *J. Comorbid.* 11, 2633556521993993. doi: 10.1177/2633556521993993
- Haukedal, C. L., Lyxell, B., & Wie, O. B. (2019). Health-Related Quality of Life With Cochlear Implants. *Ear and Hearing*, 41(2), 330-343. doi:10.1097/aud.0000000000000761
- Hechtman L., Swanson JM., Sibley MH., Stehli A., Owens EB., Mitchell JT. (2016). Stern K. Functional adult outcomes. 16 years after childhood diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder: MTA results. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. (2016) 55:945–52. doi: 10.1016/j.jaac.2016.07.774
- Heiman, E., Haynes, S., & McKee, M. (2015). Sexual health behaviors of deaf American Sign Language (ASL) users. *Disability and health journal*, 8(4), 579-585.
- Herbert, M. (1996). *Ψυχολογικά προβλήματα της παιδικής ηλικίας*. Τόμος β'. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Hertz, P. G., Turner, D., Barra, S., Biedermann, L., Retz-Junginger, P., Schöttle, D., & Retz, W. (2022). Sexuality in adults with ADHD: results of an online survey. *Frontiers in psychiatry*, 13, 868278.
- Hingsburger, D., & Tough, S. (2002). Healthy sexuality: Attitudes, systems, and policies. *Research & Practice for Persons with Severe Disabilities*, 27(1), 8-17.
- Hintermair M. (2010). Quality of life of mainstreamed hearing impaired children--results of a study with the Inventory of Life Quality of Children and Youth (ILC). *Zeitschrift fur Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 38(3), 189–199. Doi: HYPERLINK "https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000032" HYPERLINK "https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000032"10.1024/1422-4917
- Howard, M., & Mitchell, M. E. (1996). Postponing sexual involvement: An educational series for preteens. Adolescent Reproductive Health Center, Grady Health System. Atlanta: GA.
- Howlin P. (2021). Adults with autism: changes in understanding since DSM-111. *J Autism Dev Disord*. 51:4291–308. doi: 10.1007/s10803-020-04847-z
- Hoza, B. (2007). Peer functioning in children with ADHD. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 655–663.
- <https://www.in.gr/2023/06/17/greece/amea-limpinto-ton-aggelon-kai-oi-anyparktoi-seksoualikoi-voithoi-gia-amea/>
- Huber, M. Vogelmann, M. and Leidl, R. (2018). Valuing health-related quality of life: systematic variation in health perception. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16 (1), 161
- Huber, M., Pletzer, B., Giourgas, A., Nickisch, A., Kunze, S., & Illg, A. (2015). Schooling Relates to Mental Health Problems in Adolescents with Cochlear

- Implants— Mediation by Hearing and Family Variables. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01889>
- Hudek-Knežević, J., Kardum I., Kalebić Maglica, B. (2005). The sources of stress and coping styles as mediators and moderators of the relationship between personality traits and physical symptoms. *Review of Psychology*, Vol. 12, No. 2, 91- 101
 - Huebner, K. M. (2000). Visual Impairment. In: M. C. Holbrook, & A. J. Koenig (Eds.), *Foundations of Education*. Vol. I: History and theory of teaching children and youths with visual impairments (pp. 55-76). ABF Press.
 - Hughes, B. (2000). Medicine and the Aesthetic Invalidation of Disabled People. *Disability & Society*, 15(4), 555-568. doi: 10.1080/09687590050068170.
 - Huppert, F. A. (2009). Psychological well-being: Evidence regarding its causes and consequences. *Applied psychology: health and well-being*, 1(2), 137-164.
 - Huppert, FA , & Whittington, JE (2003). Στοιχεία για την ανεξαρτησία της θετικής και αρνητικής ευημερίας: Επιπτώσεις για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής . *British Journal of Health Psychology* , 8 , 107 – 122 .
 - Hurtig, T., Taanila, A., Moilanen, I., Nordström, T., & Ebeling, H. (2012). Suicidal and self-harm behaviour associated with adolescent attention deficit hyperactivity disorder—A study in the northern Finland birth cohort 1986. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66(5), 320–328.
 - Individuals with Disabilities Education Improvement Act, (2004). Overview, Explanation and Comparison. Ανακτήθηκε από <http://www.wrightslaw.com/idea/idea.2004.all.pdf>
 - International Diabetes Federation. (2015). *Diabetes Atlas, Seventh Edition*.
 - Isaksson J., Stickley A., Kuposov R., Ruchkin V. (2018). The danger of being inattentive - ADHD symptoms and risky sexual behaviour in Russian adolescents. *Eur Psychiatry*. 47:42–8. doi: 10.1016/j.eurpsy.2017.09.004
 - Jackson, W.T., Taylor, R.E., Palmatier, A.D., Elliott, T.R., & Elliot, J. L. (1998). Negotiating the reality of visual impairment: Hope, coping, and functional ability. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 5 (2), 173-185
 - Jaiyeola, M. T., & Adeyemo, A. A. (2018). Quality of life of deaf and hard of hearing students in Ibadan metropolis, Nigeria. *PLOS ONE*, 13(1), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190130>
 - Jaiyeola, M. T., & Adeyemo, A. A. (2018). Quality of life of deaf and hard of hearing students in Ibadan metropolis, Nigeria. *PLOS ONE*, 13(1), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190130>
 - Jespersen, L.N., Michelsen, S.I., Tjørnhøj Thomsen, T., Marie Kofod Svensson, M., Holstein, B.E. & Due, P. (2018). Living with a disability: a qualitative study of associations between social relations, social participation and quality of life. *Disability and Rehabilitation*, 41(11), 1275-1286. doi:<https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1424949>
 - Johnson WR. (1975), *Sex Education and Counseling of Special Groups*. Springfield, IL, Charles C. Thomas.
 - Kanavos, P., Tinelli, M., Efthymiadou, O., Visintin, E., Grimaccia, F., & Mossman, J. (2016). Towards better outcomes in multiple sclerosis by addressing policy change: The International Multiple Sclerosis Study (IMPrESS). The London School of Economics and Political Science. London, UK.

- Kef, S. (2002). Psychosocial adjustment and the meaning of social support for visually impaired adolescents. *Journal of visual impairment and blindness*, 96(1), 22- 37. <https://doi.org/10.1177%2F0145482X0209600104>.
- 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., Bos H. (2006). Is Love Blind? Sexual Behavior and Psychological Adjustment of Adolescents with Blindness, *Sexuality and Disability*, 24, 89-100
- Kempton, W. & Caparulo, F. (1983). Counselling parents & care staff on the sexual needs of mentally handicapped people. In A. Craft & M. Craft (Eds.), *Sex education & counselling for mentally handicapped people*. Tunbridge Wells: Costello.
- Kempton, W. & Kahn, E. (1991). Sexuality and people with intellectual disabilities: A historical perspective. *Sexuality and Disability*, 9(2), 93- 110.
- Kendler, KS , Kuhn, JW , Vittum, J. , Prescott, CA , & Riley, B. (2005). Η αλληλεπίδραση αγχωτικών γεγονότων ζωής και ενός πολυμορφισμού μεταφορέα σεροτονίνης στην πρόβλεψη επεισοδίων μείζονος κατάθλιψης: Μια αναπαραγωγή . *Archives of General Psychiatry* , 62 , 529 – 535
- Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., Faraone, S. V., Greenhill, L. L., Howes, M. J., & Secnik, K. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the national comorbidity survey replication. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 716–723.
- KIMMEL, P. L., PETERSON, R. A., WEIHS, K. L., SIMMENS, S. J., BOYLE, D. H., CRUZ, I, ... & VEIS, J. H. (1995). Aspects of quality of life in hemodialysis patients. *Journal of the American society of Nephrology*, 6(5), 1418-1426.
- Kirby, D. (1997). No easy answers: Research findings on programs to reduce teen pregnancy. Washington, DC: The National Campaign to Reduce Teen Pregnancy.
- Kirby, D. (2001). Understanding what works and what doesn't in reducing adolescent sexual risk-taking. *Family Planning Perspectives*, 33(6), 276-281.
- Klassen, A. F., Miller, A., & Fine, S. (2004). Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 114, e541–e547
- Klein BE., Klein R., Lee KE., Cruickshanks KJ. (1998). Performance based and self-assessed measures of visual function as related to history of falls, hip fractures, and measured gait time. The Beaver Dam Eye Study. *Ophthalmology*. 105(1):160-4. PMID: 94427936.
- Kolibiki, H. M. (2014). A Study of emotional relationships among deaf adolescents. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 114, 399-402.
- KORNBLITH, A. B., POWELL, M., REGAN, M. M., BENNETT, S., KRASNER, C., MOY, B., YOUNGER, J., GOODMAN, A., BERKOWITZ, R., & WINER, E. (2007). Long-term psychosocial adjustment of older versus younger survivors of breast and endometrial cancer. *Psycho-Oncology*, 16, 895–903. <https://doi.org/10.1002/pon.1146>
- Kushalnagar, P., Krull, K., Hannay, J., Mehta, P., Caudle, S., & Oghalai, J. (2007). Intelligence, Parental Depression, and Behavior Adaptability in Deaf

- Children Being Considered for Cochlear Implantation. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 12(3), 335–349. <https://doi.org/10.1093/deafed/enm006>
- Kuvalekar, K., Kamath, R., Kamath, V. G., Shetty, B., Mayya, S. S., & Chandrasekaran, V. (2015). Quality of life among persons with physical disability in udupi taluk: A cross sectional study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 4(1), 69. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.152258>
 - Kyle, J. (1990). The deaf community: custom, culture and tradition. In: Prillwith S, Vollhaber T (eds) *Sign language research*
 - Landesman, S. (1986), “Quality of life and personal life satisfaction: Definition and measurement issues”, *Mental Retardation*, Vol.24, 141-143.
 - Langelaan, M., (2007). *Quality of Life of Visually Impaired Working Age Adults*, [e-book version].
 - Lehane, C. M., Dammeyer, J., Hovaldt, H. B., & Elsass, P. (2017). Sexuality and well-being among couples living with acquired deafblindness. *Sexuality and Disability*, 35, 135-146.
 - Lesseliers, J. & Van Hove, G. (2002). Barriers to the Development of Intimate Relationships and the Expression of Sexuality among People with Developmental Disabilities: Their Perceptions. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 27 (1), 69-81.
 - Levine, S. (1992). *Sexual life: A Clinicians Guide*. Springer Science.
 - Lindfors, P. , Berntsson, L. , & Lundberg, U. (2006). Δομή παραγόντων των κλιμάκων ψυχολογικής ευημερίας του Ryff σε Σουηδές και άντρες υπαλλήλους . *Personality and Individual Differences* , 40 , 1213 – 1222 .
 - Lindstrom B., (1995), *Measuring and improving quality of life for children*. Social Pediatrics. Oxford University Press. Oxford, p.p.570 - 585.
 - Linely, P., A., & Joseph, S. (2005). The human capacity for growth through adversity. *Am. Psychol.*, 60(3), 262-264. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.60.3.262b>.
 - Liu, B.C. (1976), *Quality of Life Indicators in U.S. Metropolitan Areas: A statistical analysis*, New York: Praeger Publishers.
 - Livingston, M.H., Rosenbaum, P.L., Russell, D.J.,& Palisano, R.J.(2007). Quality of life among adolescents with cerebral palsy: what does the literature tell us? *Developmental Medicine and Child Neurology*, 49(3), 225–231.
 - Livneh, H., & Antonak, R. F. (2005). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A primer for counselors. *Journal of Counseling & Development*, 83(1), 12–20.
 - Locker, S. (2001). *Sari Says: The real dirt on everything from sex to school*. HarperCollins: New York
 - Loe, I. M., & Feldman, H. M. (2007). Academic and educational outcomes of children with ADHD. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6), 643–654
 - Loukopoulos, D. (2011). Haemoglobinopathies in Greece: prevention programme over the past 35 years. *Indian J Med Res*, 134(4), 572–576.
 - Lucas, RE , Clark, AE , Georgellis, Y. , & Diener, E. (2004). Η ανεργία αλλάζει το καθορισμένο σημείο για την ικανοποίηση από τη ζωή . *Ψυχολογική Επιστήμη* , 15 , 8 – 13 .
 - Maccoby, EE , & Martin, JA (1983). Κοινωνικοποίηση στο πλαίσιο της οικογένειας: Αλληλεπίδραση γονέα-παιδιού . Στο PH Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology: Socialiation, personality, and social development* (Τόμος 4, σελ. 1 – 101 , 4η έκδ.). Νέα Υόρκη: Wiley.

- MacDougall, J. C., & Morin, S. (1979). Sexual attitudes and self-reported behavior of congenitally disabled adults. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 11(3), 189.
- Mackenzie PJ., Chang TS., Scott IU., et al. (2002). Assessment of vision related function in patients with age-related macular degeneration. *Ophthalmology*, 109:720–729.
- Maclaren V.M., (1996),Developing Indicators of urban Sustainability: a focus on a Canadian experience. ICURR PRESS. Toronto.
- Matza, L. S., Secnik, K., Mannix, S., & Sallee, F. R. (2005). Parent-proxy EQ-5D ratings of children with attention-deficit hyperactivity disorder in the US and the UK. *Pharmacoeconomics*, 23, 777–790.
- Mc Call W V. (1975). Quality of life. *Social Indicators Research*: 2: 229-248.
- McAbee, E. R., Drasgow, E., & Lowrey, K. A. (2017). How do deaf adults define quality of life? *American Annals of the Deaf*, 162(4), 333–349. <https://doi.org/10.1353/aad.2017.0031>
- McCabe, M. P., & Taleporos, G. (2003). Sexual Esteem, Sexual Satisfaction and Sexual Behavior Among People with Physical Disability. *Archives of Sexual Behavior*, 32(4), 359-369. doi: 10.1023/A: 1024047100251
- McCabe, M. P., Cummins, R. A., & Deeks, A. A. (2000). Sexuality and quality of life among people with physical disability. *Sexuality and Disability*, 18, 115-123.
- McCabe, M. P., Taleporos, G.,(2001).Sexual Esteem, Sexual Satisfaction, and Sexual Behavior Among People With Physical Disability. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 367
- McClelland, A., Flicker, S., Nepveux, D., Nixon, S., Vo, T., Wilson, C., Marshall, Z., Travers, R., & Proudfoot, D. (2012). Seeking safer sexual spaces: queer and trans young people labeled with intellectual disabilities and the paradoxical risks of restriction. *Journal of Homosexuality*, 59(6), 808-819
- Merghati-Khoei, E., Pirak, A., Yazdkhasti, M., & Rezasoltani, P. (2016). Sexuality and elderly with chronic diseases: A review of the existing literature. *Journal of Research in Medical Sciences*, 21(1), 136.
- Meserole, R. L., Carson, C. M., Riley, A. W., Wang, N.-Y., Quittner, A. L., Eisenberg, L. S.,... Niparko, J. K. (2013). Assessment of health-related quality of life 6 years after childhood cochlear implantation. *Quality of Life Research*, 23(2), 719–731. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0509-3>
- Monzani, D., Galeazzi, G. M., Genovese, E., Marrara, A., & Martini, A. (2008). Psychological profile and social behaviour of working adults with mild or moderate hearing loss. *Acta Otorhinolaryngologica Italica*, 28(2), 61.
- Moons, P., Budts, W., & De Geest, S. (2006). Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 43(7), 891–901. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.03.015>
- Mousley, V. L., & Chaudoir, S. R. (2018). Deaf stigma: Links between stigma and well-being among deaf emerging adults. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 23(4), 341-350.
- Moyá, J., Stringaris, A. K., Asherson, P., Sandberg, S., & Taylor, E. (2014). The impact of persisting hyperactivity on social relationships: A community-based,

controlled 20-year follow-up study. *Journal of Attention Disorders*, 18(1), 52–60.

- Mpfu, J., Sefotho, M.M. & Maree, J.G. (2017). Psychological well-being of adolescents with physical disabilities in Zimbabwean inclusive community settings: An exploratory study. *African Journal of Disability*, 6(0), 325. <https://doi.org/10.4102/ajod.v6i0.325>.
- Murphy, K., & Barkley, R. A. (1996). Attention deficit hyperactivity disorder adults: Comorbidities and adaptive impairments. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 393–401.
- Murphy, N. A. & Elias, E. R. (2006). Sexuality of children and adolescents with developmental disabilities. *Pediatrics*, 118 (1), 398 – 403.
- Nagi, S. (1966). Same conceptual issues in disability and rehabilitation. In M. Sussman (Ed), *Sociology and rehabilitation*. American Sociological Association.
- Niazof D., Weizman A., Weinstein A. (2019). The contribution of ADHD and attachment difficulties to online pornography use among students. *Compr Psychiatry*. 93:56–60. doi: 10.1016/j.comppsy.2019.07.002
- Niemensivu, R., Roine, R. P., Sintonen, H., & Kentala, E. (2018). Health-related quality of life in hearing-impaired adolescents and children. *Acta Oto-Laryngologica*, 138(7), 652–658. <https://doi.org/10.1080/00016489.2018.1438661>.
- Nijmeijer, J. S., Minderaa, R. B., Buitelaar, J. K., Mulligan, A., Hartman, C. A., & Hoekstra, P. J. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder and social dysfunctioning. *Clinical Psychology Review*, 28, 692–708
- Nota, L., Ferrari, L., Soresi, S., & Wehmeyer, M. (2007). Self-determination, social abilities and the quality of life of people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(11), 850-865.
- Nota, L., Soresi, S., & Perry, J. (2006). Quality of life in adults with an intellectual disability: the evaluation of quality of life instrument. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50 (5), 371-385.
- Nussbaum, M. and Sen, A. (1993), *The Quality of Life*, Oxford: Clarendon Press
- Olfert S., (2003), *Quality of Life Leisure Indicators*. Community University Institute For
- Ongtangco, K. S., Aguila, E. C., & Morales, G. M. V. (2018). Quality of Life of Visually Impaired Adolescents in. *Journal of Social Health Volume, 1*(1).
- Østergaard SD., Dalsgaard S., Faraone SV., Munk-Olsen T., Laursen TM. (2017). Teenage parenthood and birth rates for individuals with and without attention-deficit/hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 56:578–84. doi: 10.1016/j.jaac.2017.05.003
- Oyewumi, A., Akangbe, T., & Adigun, O. (2013). Personality factors as correlates of perceived quality of life among adolescents with hearing impairment in selected secondary schools in Lagos state, Nigeria. *Journal of Education and Practice*, 4(9), 162–168.
- Oyewumi, A., Akangbe, T., & Adigun, O. (2013). Personality factors as correlates of perceived quality of life among adolescents with hearing impairment in selected secondary schools in Lagos state, Nigeria. *Journal of Education and Practice*, 4(9), 162–168.

- Ozler, G. S., & Ozler, S. (2013). Quality of social and sexual life in males with hearing loss. *The Journal of International Advanced Otolaryngology*, 9(2), 211.
- Pandey M., Thomas B.C., Ramdas K., Eremenco S. & Nair M.K. (2002). Quality of life in breast cancer patients: validation of a FACT-B Malayalam version. *Quality of Life Research* 11: 87-90.
- Parrish RK., Gedde SJ., Scott IU., et al. (1997). Visual function and quality of life among patients with glaucoma. *Arch Ophthalmol.*115:1447–1455.
- Petrou, S., McCann, D., Law, C. M., Watkin, P. M., Worsfold, S., & Kennedy, C. R. (2007). Health Status and Health-Related Quality of Life Preference-Based Outcomes of Children Who Are Aged 7 to 9 Years and Have Bilateral Permanent Childhood Hearing Impairment. *PEDIATRICS*, 120(5), 1044–1052. doi:10.1542/peds.2007-0159
- PINDER, R. (1997). A Reply to Tom Shakespeare and Nikolas Watson. *Disability & Society*, 12(2),301-306. doi:10.1080/09687599727399
- Pinquart, M., & Pfeiffer, J.P. (2011). Psychological well-being in visually impaired and unimpaired individuals: a meta-analysis. *British Journal of Visual Impairment*, 29 (1), 27-45.
- Polderman, T. J., Boomsma, D. I., Bartels, M., Verhulst, F. C., & Huizink, A. C. (2010). A systematic review of prospective studies on attention problems and academic achievement. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(4), 271–284.
- Pongwilairat, K., Louthrenoo, O., Charnsil, C., & Witoonchart, C. (2005). Quality of life of children with attention-deficit/hyper activity disorder. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 88, 1062–1066
- Prillwitz, S. (1982). zum Zusammenhang von Kognition, Kommunikation und Sprache mit Bezug auf die Gehörlosenproblematik. Kohlhammer, Stuttgart, pp 271–289
- Pukeliene, V. and Starkauskiene, V. (2011), “Quality of Life: Factors Determining its Measurement Complexity”, *Engineering Economics*, Vol.22, No.2, 147-156.
- Rahmanian, E., Salari, N., Mohammadi, M. and Jalali, R. (2019). ‘Evaluation of sexual dysfunction and female sexual dysfunction indicators in women with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis.’ *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 11 p. 73.
- Rajati, F., Ashtarian, H., Salari, N., Ghanbari, M., Naghibifar, Z., & Hosseini, S. A. (2018). Quality of life predictors in physically disabled people. *Journal of Education and Health Promotion*, 7(1), 61. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_115_17
- Reynolds, C. & Fletches-Janzen, E. (2000). *Encyclopedia of Special Education* (Vol.2). New York: John Wiley and Sons.
- Reis, N., Beji, N. K., & Coskun, A. (2010). Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: results from quantitative and qualitative data. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(2), 137-146.
- Renaud, J., & Bedard, E. (2013). Depression in the elderly with visual impairment and its association with quality of life. *Clinical interventions in aging*, 8, 931
- Renaud, J., & Bédard, E. (2013). Depression in the elderly with visual impairment and its association with quality of life. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 931-43. doi:10.2147/cias27717.

- Renwick, R., Brown, I. (1996), “Quality of life indicators and health: current status and emerging conceptions”, *Social Indicators Research*, Vol.39, No.1, 65-88.
- Retznik, L., Wienholz, S., Seidel, A., Pantenburg, B., Conrad, I., Michel, M., & Riedel-Heller, S. G. (2017). Relationship status: Single? Young adults with visual, hearing, or physical disability and their experiences with partnership and sexuality. *Sexuality and disability*, 35, 415-432.
- Reynolds, C. R., & Goldstein, S. (1999). *Handbook of neurodevelopmental and genetic disorders in children*. New York: The Guilford Press
- Ridgeway, S. (1997). Deaf people and psychological health— some preliminary findings. *Deaf Worlds* 13(1):9–18
- 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.
- Roberts B.A., Martel M.M., Nigg J.T. (2016). Are There Executive Dysfunction Subtypes Within ADHD? *Journal of Attention Disorders*, 21(4), 807-825
- Ruini, C. , Ottolini, F. , Rafanelli, C. , Tossani, E. , Ryff, CD , & Fava, GA (2003). Η σχέση της ψυχολογικής ευεξίας με την αγωνία και την προσωπικότητα . *Ψυχοθεραπεία και Ψυχοσωματική* , 72 , 268 – 275 .
- Rustoen T. & Schjolberg T.K.R. (2000). *Cancer Nursing Research Priorities*. *Cancer Nursing* 23: 375-381.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological Well-Being in Adult Life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99-104. <https://doi.org/10.1111%2F1467-8721.ep10772395>.
- Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and psychosomatics*, 83(1), 10-28. <https://doi.org/10.1159/000353263>
- Ryff, C. D. (2014). Psychological Well-Being Revisited: Advances in the Science and Practice of Eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 10–28. doi:10.1159/000353263.
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, 9(1), 13–39. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9019-0>.
- Ryff, CD (1989). Η ευτυχία είναι το παν, ή μήπως είναι; Εξερευνήσεις για την έννοια της ψυχολογικής ευεξίας . *Journal of Personality and Social Psychology* , 57 , 1069 – 1081 .
- Ryff, CD , & Singer, B. (1998b). Μέση ηλικία και ευεξία . Στο HS Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health*, 2 (σελ. 707 – 719). Νέα Υόρκη: Academic Press.
- Salehi, M., Azarbayejani, A., Shafiei, K., Ziaei, T., & Shayegh, B. (2015). Self-esteem, general and sexual self-concepts in blind people. *Journal of Research in Medical Sciences*, 20(10), 930-936.
- Salkind, N. J. (2004). *An introduction to theories of human development*, Ed:Sage
- Sanchez, F. J., Greenberg, S. T., Liu, W. M., & Vilain, E. (2009). Reported Effects of Masculine Ideals on Gay Men. *Psychology of Men & Masculinity*, 10(1), 73-78. doi:10.1037/a0013513

- Santos, I. B., Lacerda, A., Gagné, J. P., Giselle Massi, G., Berberian, A. P., Guarinello, A. C. (2019). QUALITY OF LIFE IN DEAF SIGN LANGUAGE USERS IN SOUTHERN BRAZIL PSYCHOLOGICAL DOMAIN. *European Journal of Special Education Research*, 5(1). <http://dx.doi.org/10.46827/ejse.v0i0.2668>
- Sarver DE., McCart MR., Sheidow AJ., Letourneau J. (2014). EADHD and risky sexual behavior in adolescents: conduct problems and substance use as mediators of risk. *J Child Psychol Psychiatry*. 5:1345–53. doi: 10.1111/jcpp.12249
- Sawyer, M. G., Whaites, L., Rey, J. M., Hazell, P. L., Graetz, B. W., & Baghurst, P. (2002). Health-related quality of life of children and adolescents with mental disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 530–537
- Schalock, R. L. (2000). Three Decades of Quality of Life. *Focus on Autism and other Developmental Disabilities*, 15 (2), 116-127
- Schalock, R. L., Verdugo, M. A., & Braddock, D. L. (2002). *Handbook on quality of life for human service practitioners*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation
- Schalock, R.L.(1994). Quality of life, quality enhancement, and quality assurance: Implications for program planning and evaluation in the field of mental retardation and developmental disabilities. *Eval. Program Plan*. 17, 121–131. [CrossRef]
- Schalock, R.L.; Keith, K.D. (2016). The evolution of the quality-of-life concept. In *Cross-cultural Quality of Life: Enhancing the Lives of People with Intellectual Disability*, 2nd ed.; Schalock, R.L., Keith, K.D., Eds.; American Association on Intellectual and Developmental Disabilities: Washington, DC, USA; pp. 3–12
- Schalock, R.L.; Verdugo, M.A. (2013). The impact of the quality of life concept on the field of intellectual disability. In *The Oxford Handbook of Positive Psychology and Disability*; Wehmeyer, M., Ed.; Oxford University Press: Oxford, UK; pp. 37–47.
- Schöttle D., Briken P., Tüscher O., Turner D. (2017). Sexuality in autism: hypersexual and paraphilic behavior in women and men with high-functioning autism spectrum disorder. *Dialogues Clinical Neurosci*. 19:381–93. doi: 10.31887/DCNS.2017.19.4/dschoettle
- Schover LR, Yuan Y, Fellman BM. (2013): Efficacy trial of an Internet-based intervention for cancer-related female sexual dysfunction. *J Natl Compr Canc Netw*; 11: 1389–1397. Crossref. PubMed
- Selwyn, J. & Riley, S. (2015). *Measuring well-being: A literature review*. Bristol: Hadley Centre for Adoption and Foster Care Studies & Coram Voice...
- Shaffer, D. R. (2009). *Social and Personality Development*, Ed: Wadsworth
- Shakespeare, T. (2000). Disabled sexuality: Toward rights and recognition. *Sexuality and Disability*, 18, 159-166.
- Shakespeare, T., & Watson, N. (2001). The social model of disability: An outdated ideology? *Research in social science and Disability*, 2 9-28. doi: 10.1016/S1479-3547(01)80018-X.

- Shaw-Zirt, B., Popali-Lehane, L., Chaplin, W., & Bergman, A. (2005). Adjustment, social skills, and self-esteem in college students with symptoms of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 8(3), 109–120
- Shepperdson, B. (1995). The control of sexuality in young people with Down's syndrome. *Child: Care, health and development*, 21(5), 333-349.
- Shpigelman, C. N., & Vorobioff, M. (2021). Romantic relationship and psychological wellbeing: the experiences of young individuals with visual impairment. *Disability and rehabilitation*, 43(9), 1228-1236.
- SIECUS. (1996). National guidelines task force. Guidelines for comprehensive sexuality education: Kindergarten 12th grade. New York: Sexuality Information and Education Council of the United States.
- Silvers, B. (1997). Sexuality, early-onset physical disability, and sense of coherence. Dissertation Abstracts International Section B: The Sciences and Engineering, 57, 7743
- Singleton, N. , Bumpstead, R. , O'Brien, M. , Lee, A. , & Meltzer, H. (2001). Ψυχιατρική νοσηρότητα μεταξύ ενηλίκων που ζουν σε ιδιωτικά νοικοκυριά, 2000 . Λονδίνο: The Stationery Office.
- Smith, C. R. (1975). Residual hearing and speech production in deaf children. *Journal of Speech and Hearing Research*, 18(4), 795-811. *Social Research*, p.p.7 - 11.
- Soldati L., Bianchi-Demicheli F., Schockaert P., Köhl J., Bolmont M., Hasler R., et al. (2020). Sexual function, sexual dysfunctions, and ADHD: a systematic literature review. *J Sex Med*. 17:1653–64. doi: 10.1016/j.jsxm.2020.03.019
- Soldati, L., Bianchi-Demicheli, F., Schockaert, P., Köhl, J., Bolmont, ., Hasler, R., & Perroud, N. (2020). Sexual function, sexual dysfunctions, and ADHD: a systematic literature review. *The journal of sexual medicine*, 17(9), 1653-1664.
- Stacherl, B., & Sauzet, O. (2024). Chronic disease onset and wellbeing development: longitudinal analysis and the role of healthcare access. *European Journal of Public Health*, 34(1), 29-34.
- Steinke, E. E. (2013). Sexuality and chronic illness. *Journal of gerontological nursing*, 39(11), 18-27.
- Stephens, T. , Dulberg, C. , & Joubert, N. (1999). Ψυχική υγεία του καναδικού πληθυσμού: Μια ολοκληρωμένη ανάλυση . Χρόνιες ασθένειες στον Καναδά , 20 , 118 – 126 .
- Stevelink, S. A. M., Malcolm, E. M., & Fear, N. T. (2015). Visual impairment, coping strategies and impact on daily life: a qualitative study among working-age UK exservice personnel. *BMC Public Health*, 15(1). doi:10.1186/s12889-015-2455-1.
- Swanson, J. M., Volkow, N. D., Newcorn, J., et al. (2006). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Encyclopedia of Cognitive Science*.
- Tai, Y. M., Gau, C. S., Gau, S. S., & Chiu, H. W. (2012). Prediction of ADHD to anxiety disorders: An 11-year national insurance data analysis in Taiwan. *Journal of Attention Disorder* (Epub ahead of print, March 13, 2012)
- 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
- Taleporos, G., & McCabe, M. P. (2001). Physical disability and sexual esteem. *Sexuality and Disability*, 19, 131-148.

- Taleporos, G., & McCabe, M. P. (2002). The impact of sexual esteem, body esteem, and sexual satisfaction on psychological well-being in people with physical disability. *Sexuality and Disability*, 20, 177-183.
- Taleporos, G., & McCabe, M. P. (2003). Relationships, sexuality and adjustment among people with physical disability. *Sexual and relationship therapy*, 18(1), 25-43.
- Tedeschi, R. G., & Kilmer, R. P. (2005). Assessing strengths, resilience, and growth to guide clinical interventions. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 2
- Tharinger, D.J. (1987). Sexual interest. In A. Thomas & J. Grimes (Eds.), *Children's needs: Psychological perspectives*. Washington, DC: National Association of School Psychologists. (C)
- The Lancet. (2009). Disability: beyond the medical model. *The Lancet*, 374(9704), 1793. doi: 10.1016/S0140-6736(09)62043-2.
- Theofilou, P. (2013). Quality of life: definition and measurement. *Europe's journal of psychology*, 9(1).
- Thomas, C. (2004). How is disability understood? An examination of sociological approaches. *Disability and Society*, 19(6), 569-583.
- Thylefors B, Negrel AD, Pararajasegaram R, Dadzie KY. (1995). Global data on Blindness. *Bulletin of the World Health Organization*, 73(1), 115-121
- Tong, E. M. W., Lum, D. J. K., Sasaki, E. & Yu, Z. (2018). Concurrent and Temporal Relationships Between Humility and Emotional and Psychological Well-Being. *Journal of Happiness Studies*, 1-16. <https://doi.org/10.1007/s10902s>.
- Topolski, T. D., Edwards, T. C., Patrick, D. L., Varley, P., Way, M. E., & Buesching, D. P. (2004). Quality of life of adolescent males with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorders*, 7, 163-173.
- Torgersen, T., Gjervan, B., & Rasmussen, K. (2006). ADHD in adults: A study of clinical characteristics, impairment and comorbidity. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60, 38-43
- Tsimpida, D., Kaitelidou, D. & Galanis, P. (2018). Determinants of health-related quality of life (HRQoL) among deaf and hard of hearing adults in Greece: a cross-sectional study. *Arch Public Health*, 76(55). <https://doi.org/10.1186/s13690-018-0304-2>
- Turner D., Briken P., Schöttle D. (2019). Sexual dysfunctions and their association with the dual control model of sexual response in men and women with high-functioning autism. *J Clin Med*. 8:425-36. doi: 10.3390/jcm8040425
- Ubel, P., A., Loewenstein, G., Schwarz, N., & Smith, D. (2005). Misimagining the Unimaginable: The Disability Paradox and Health Care Decision Making. *Health Psychology In the Public Domain*, 24(4), 57-62.
- UNESCO, (2018). International technical guidance on sexuality education: an evidence informed approach. Revised Edition. Published by the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), place Paris. Ανακτήθηκε από: <http://unesdoc.unesco.org/images/0026/002607/260770e.pdf>
- Union of the Physically Impaired Against Segregation and Disability Alliance. (1979). *Fundamental Principles of Disability: Being a Summary of the Discussion Held on 22nd November, 1975 and Containing Commentaries from*

Each Organization. The Union Retrieved from [http://disability – studies. Leeds. Ac.uk / files/library/UPIAS- fundamental – principles.pdf](http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/UPIAS-fundamental-principles.pdf).

- United Nations. (1976, December 16). International Year of Disabled Persons. United Nations. Retrieved from://www. Un-documents.net/a 31r 123.htm
- Vandergriff, D. V., & Chubon, R. A. (1994). Quality of life experienced by persons with mental retardation in various residential settings. *Journal of Rehabilitation*, 60, 30-37.
- Varni, J. W., & Burwinkle, T. M. (2006). The PedsQLTM as a patient-reported outcome in children and adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A population-based study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4, 26.
- Ventegodt, S., Andersen, N. J., & Merrick, J. (2003). Quality of Life Philosophy I. Quality of Life, Happiness, and Meaning in Life. *The Scientific World JOURNAL*, 3, 1164–1175.<https://doi.org/10.1100/tsw.2003.102>
- Vitterso, J. , & Nilsen, F. (2002). Η εννοιολογική και σχεσιακή δομή της υποκειμενικής ευημερίας, του νευρωτισμού και της εξωστρέφειας: Για άλλη μια φορά, ο νευρωτισμός είναι ο σημαντικός προγνωστικός παράγοντας της ευτυχίας . *Ερευνα κοινωνικών δεικτών* , 57 , 89 – 118 .
- Wahl, H.W., Schilling, O., Oswald, F., & Heyl, V. (1999). Psychological consequences of age- related visual impairment: Comparison with mobility-impaired older adults and long- term outcome. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 54 (5), 304-316
- Wake, M., Hughes, E. K., Poulakis, Z., Collins, C., & Rickards, F. W. (2004). Outcomes of children with mild-profound congenital hearing loss at 7 to 8 years: A population study. *Ear Hear*, 25 (1), 1–8. <https://doi.org/10.1097/01.AUD.0000111262.12219.2F>
- Walker, R. (2013). Child mental health and deafness. *Paediatrics and child health*, 23(10), 438-442.
- Wallin, K., Wallin Lundell, I., Hanberger, L., Alehagen, S., & Hultsjö, S. (2022). Self-experienced sexual and reproductive health in young women with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A qualitative interview study. *BMC Women's Health*, 22(1), 289.
- Walsh, K., Zwi, K., Woolfenden, S., & Shlonsky, A. (2018). School-based education programs for the prevention of child sexual abuse: A Cochrane systematic review and meta analysis. *Research on social work practice*, 28(1), 33-55.
- Werngren-Elgstrom M., Dehlin O., Iwarsson,S. (2003). Aspects of quality of life of persons with prelingual deafness using sign language: subjective wellbeing, ill-health symptoms, depression and insomnia. *Arch Gerontol Geriatr* 37:13–24
- West SK., Munoz B., Rubin GS., Schein OD., Bandeen-Roche K., Zeger S, et al. (1997). Function and visual impairment in a population-based study of older adults. The SEE project. *Salisbury Eye Evaluation. Invest Ophthalmol Vis Sci*.38(1):72-82. PMID: 9008632
- Westlund, K. L., & Jong, M. (2022). Quality of Life of People with Mobility-Related Disabilities in Sweden: A Comparative Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22), 15109. <https://doi.org/10.3390/ijerph192215109>

- 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.
- WHO (2012). The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). Retrieved from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>
- WHO Regional Office for Europe & BZgA. (2010). “Standards for sexuality in Europe. A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists.” Cologne: World Health Organization, Regional Office for Europe and BZgA, Federal Centre for Health Education. Ανακτήθηκε από:http://www.oif.ac.at/fileadmin/OEIF/andere_Publikationen/WHO_BZgA_Standards.pdf
- WHO. (1975). Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals. Technical report series Nr. 572. <http://www2.huberlin.de/sexology/GESUND/ARCHIV/WHOR.HTM>
- WHO. (2011). Global status report on noncommunicable diseases 2011.
- WHO. (2016b). Visual impairment and blindness
- WHO. (2017). Deafness and hearing loss
- Wild, TA, Kelly, SM, Blackburn, MV, & Ryan, CL (2014). Ενήλικες με προβλήματα όρασης αναφέρουν τις εμπειρίες τους σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης Πλήρες άρθρο.
- Wilens, T. E., Martelon, M., Joshi, G., Bateman, C., Fried, R., Petty, C., & Biederman, J. (2011). Does ADHD predict substance-use disorders? A 10-year follow-up study of young adults with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(6), 543–553.
- Wilson, J. M., & Marcotte, A. C. (1996). Psychosocial adjustment and educational outcome in adolescents with a childhood diagnosis of attention deficit disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 579–587.
- Winkelmann, L. , & Winkelmann, R. (1998). Γιατί οι άνεργοι είναι τόσο δυστυχημένοι; Στοιχεία από δεδομένα πίνακα . *Economica* , 65 , 1 – 15 .
- World Health Organization (2010, November). Better health, better lives: Children and young people with intellectual disabilities and their families.
- World Health Organization (2015, Ιούλιος 29). Sexual and reproductive health. Ανακτήθηκε από http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/
- World Health Organization (2015, Ιούλιος, 29). Sexual and reproductive health. Ανακτήθηκε από http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/.
- World Health Organization. (1980). *Intranational classification of impairments ,disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease.* Geneva : [Albany, N.Y : World Health Organization ; sold by WHO Publications Centre USA].
- Wymbs BT., Dawson AE., Suhr JA., Bunford N., Gidycz CA. (2017). ADHD. Symptoms as risk factors for intimate partner violence perpetration and victimization. *J Interpers Violence.* 32:659–81. doi: 10.1177/0886260515586371

- Yfantopoulos J. (2001c). Health-Related Quality of Life. Archives of Hellenic Medicine: 19: 131-146.
- Yfantopoulos, J. (2001). Quality of Life and QALYs in the measurement of health. Archives of Hellenic Medicine, 18, 114-130.
- Zahran, H.S., Kobau, R., Moriarty, D.G., Zack, M.M., Holt, J., Donehoo, R., (2005). Health-related quality of life surveillance-United States, 1993-2002, 54(4), 1-35, Morbidity and Mortality Weekly Report: Surveillance Summaries, Ανακτήθηκε από <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5404a1.htm>
- Zautra, A., Goodhart, D. (1979), "Quality of life indicators: A review of literature", Community Mental Health Review, Vol.4, 1-10.
- Αλογάκου, Γ., Κασσάρα, Α., Τωμαδάκη, Δ.(2016). Κοινωνικό Vs ατομικό μοντέλο αναπηρίας. Αθήνα
- Αναστασιλάκη, Β. (2017). Εκπαίδευση και Ποιότητα Ζωής των Εφήβων και Ενηλίκων Ατόμων με Προβλήματα Όρασης. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.
- Αντωνίου, Α.Σ.(2009). *Ψυχολογία Ατόμων με Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες (Α' τόμ.)*. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Αντωνοπούλου, Χ. (1997). *Ανθρώπινη σεξουαλικότητα*. Αθήνα : Αυτοέκδοση.
- Απεσλής, Ν. (2012). *Σεξουαλική εκπαίδευση για μαθητές με νοητική καθυστέρηση στη σχολική ηλικία: εκτίμηση αναγκών και εκπόνηση προγραμμάτων παρέμβασης (Διδακτορική Διατριβή)*. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας Παιδαγωγικό Τμήμα Ειδικής Αγωγής, Βόλος.
- Αργέντου, Α. (2009), «Ποιότητα Ζωής σχετιζόμενη με τη υγεία, ΕΛΕΥΘΩ, Τομ.1, 25-30.
- Αριστοτέλης (1993). Άπαντα: Ηθικά Ευδήμεια, τομ. 6, επιμ. Β. Μανδηλαράς, εισαγ.- μτφρ.- σχόλια: Μεταφραστική Ομάδα Κάκτου. Αθήνα: Εκδόσεις Κάκτος
- Αριστοτέλης (2006). Ηθικά Νικομάχεια Βιβλία Α-Δ, τομ. 1, εισαγ.-μτφρ.-σχόλια: Δ. Λυμπουρλής. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Ζήτρος.
- Ασκητής Θ. (1995). Σεξ: Ο Μύθος, τα Προβλήματα και η Προσέγγιση του σήμερα, ΤΥΠΩΘΥΤΩ Δαρδάνος Γ.
- Βεσάι, Ε. (2021). Ποιότητα ζωής ασθενών και ψυχοκοινωνική προσέγγιση με αυτοάνοσα νοσήματα.
- Βοζίκης, Α., & Σωτηροπούλου, Ε. (2012). Πολλαπλή σκλήρυνση κατά πλάκας στην Ελλάδα: Ανάλυση των ιδίων πληρωμών. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(4), 448-453.
- Γιαννακόπουλος, Κ. (2006). Σεξουαλικότητα. Θεωρίες και πολιτικές της ανθρωπολογίας. (Επιμ.). Αθήνα: εκδόσεις Αλεξάνδρεια
- Γωσαφατ, Μ.(2010). *Μεγαλώνοντας μέσα στην ελληνική οικογένεια. Η ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη των παιδιών και ο ρόλος των γονιών*. Αθήνα: Αρμός.
- Δασκαλάκη, Σ . (2013). Σεξουαλικότητα ατόμων με αναπηρία. Παιδαγωγικά ρεύματα στο Αιγαίο, 6(1), 27-32.
- Δελλασούδας, Λ. Γ. (2006). Ποιότητα Ζωής Ατόμων με Αναπηρία. Δείκτης Κοινωνικής Ένταξης και Ενσωμάτωσης (Vol. Δ). Αθήνα: Ατραπός
- Δετοράκης Ι. (2007). Οικογενειακός Προγραμματισμός- Αντισύλληψη- Σεξουαλική Διαφώτιση, Αθήνα: Πατάκης
- Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία. (2005). Άτομα με βαριές αναπηρίες και πολλαπλές ανάγκες εξάρτησης: Οι αποκλεισμένοι ανάμεσα στους αποκλεισμένους. Αθήνα: ΕΣΑμΕΑ

- Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία. (2008). Σχεδιάζοντας πολιτική σε θέματα αναπηρίας.
- Ζωνίου-Σιδέρη, Α. & Ντεροπούλου-Ντέρου, Ε. & Βλάχου-Μπαλαφούτη, Α. (2012). *Αναπηρία και εκπαιδευτική πολιτική*. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο.
- Ζώνιου-Σιδέρη, Α. (2012). Αναπηρία και εκπαιδευτική πολιτική. Αθήνα: Πεδίο.
- Ηλιάδου Μ., & Παλάσκα Π. (2008). Σεξουαλική συμπεριφορά και νέοι. *Νοσηλευτική*, 47(4):497–506
- Ηνωμένα Έθνη (2006) Σύμβαση για τα δικαιώματα των άτομα με αναπηρία. Διαθέσιμο στο: <http://www.un.org/Disabilities/convention/conventionfull>.
- ΘΕΟΦΙΛΟΥ, Π. (2011). Ποιότητα ζωής και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου: μια ποιοτική ανάλυση. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 3(2), 70-80.
- Θεοφίλου, Π. Α. (2015). Ποιότητα ζωής στο χώρο της υγείας.
- Θεοφίλου, Π. Α. (2015). Ποιότητα ζωής στο χώρο της υγείας.
- Κάκουρος, Ε. (2001). Το υπερκινητικό παιδί. Οι δυσκολίες του στη μάθηση και στη συμπεριφορά. Εκδ. Ελληνικά Γράμματα.
- Καραγιάννη, Π., & Ζώνιου-Σιδέρη, Α. (2006). « Το κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας. Θεωρία και Ερευνητική Πρακτική. Αντιφάσεις και Ερωτήματα». *Μακεδνόν*, (15), 223-232.
- Κουρκούτας, Η. (2001). *Η ψυχολογία του εφήβου. Θεωρητικά ζητήματα και κλινικές περιπτώσεις*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κουρμπέτης, Β. & Χατζοπούλου Μ. (2010). Μπορώ και με τα μάτια μου, Εκπαιδευτικές προσεγγίσεις και πρακτικές για κωφούς μαθητές, Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Κουτελέκος, Ι., & Χαλιάσος, Ν. (2013). Μεσογειακή αναιμία. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 2(3), 101-112.
- Κουτσούκη, Δ. (1997). *Ειδική Φυσική Αγωγή. Θεωρία και Πρακτική*. Αθήνα: Εκδόσεις Δ. Κουτσούκη.
- Κρεατσάς Γ. (2003) Σεξουαλική αγωγή και οι σχέσεις των δύο φύλων, (Ελληνικά Γράμματα)
- Κώτση, Κ. (2014). *Η αυτοεκτίμηση ως παράγοντας διαφυλικών σχέσεων στα άτομα με αναπηρία: διαναπηρική έρευνα – αναπηρικές προτάσεις (Μεταπτυχιακή εργασία)*. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, ΠΤΔΕ, Ιωάννινα.
- Λαμπροπούλου, Π. (2018). Ποιότητα ζωής ατόμων με αναπηρία και η δυνατότητα επιλογών: μια πιλοτική έρευνα.
- Λατσού, Δ., Πιερράκος, Γ., Υφαντόπουλος, Ν., και Υφαντόπουλος, Ι. (2014). Ποιότητα ζωής ατόμων με κινητικά προβλήματα σε αναπηρικές καρέκλες στην Ελλάδα, 5(31), 591-598.
- Λατσού, Δ., Πιερράκος, Γ., Υφαντόπουλος, Ν., & Υφαντόπουλος, Ι. (2014). Ποιότητα ζωής ατόμων με κινητικά προβλήματα σε αναπηρικές καρέκλες στην Ελλάδα, 5(31), 591-598.
- Λάτσου, Δ., Πιερράκος, Γ., Υφαντόπουλος, Ν., & Υφαντόπουλος, Ι. (2014). Ποιότητα ζωής ατόμων με κινητικά προβλήματα σε αναπηρικές καρέκλες στην Ελλάδα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 31(5), 591-598.
- Μαυροπούλου, Σ. (2007). Η κοινωνική ένταξη και η μετάβαση σε χώρο εργασίας για τα άτομα στο φάσμα του αυτισμού. Αναθεωρητικά ζητήματα και εκπαιδευτικές παρεμβάσεις. Βόλος: αυτοέκδοση.

- Μπαρλαγιάννη, Ε. (2020). Σεξουαλική αγωγή ατόμων με αυτισμό.
- Νάκου Σ., (2001), Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας. Εφαρμογές στην παιδιατρική. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής ,18(3), σελίδες 254-266.
- Νασιάκου, Μ. (1996). Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Πρακτικά Σεμιναρίου Διαφυλικών Σχέσεων, τόμος Α Αθήνα, σ. 312-317.
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Παγκόσμια έκθεση για την αναπηρία. Γενεύη : Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας;2001. Διαθέσιμο από: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report [Μελετητής Google]
- Πανάικας, Π. & Κυριάκη, Σ. (2003). Σεξουαλική Αγωγή και Νοητική Υστέρηση. Αθήνα: Νηρηίδες.
- Παπάνης Ε ., (2007), Ελληνική Κοινωνική Έρευνα -Greek Social Research, Ποιότητα ζωής .
- Παπάνης, Ε., Γιαβρίμης, Π., & Βίκη, Α. (2009). Καινοτόμες προσεγγίσεις στην Ειδική Αγωγή: Εκπαιδευτική έρευνα για τις ευάλωτες ομάδες πληθυσμού. Αθήνα: Εκδόσεις: Ι. Σιδέρης
- Παρασκευόπουλος, Ι. (1985). *Εξελικτική ψυχολογία*. Τόμος 1,2,3,4. Αθήνα: Αυτοέκδοση.
- Πολυχρονοπούλου - Ζαχαρογέωργα, Σ. (1995). Παιδιά και έφηβοι με ειδικές ανάγκες και δυνατότητες. Αθήνα: Ατραπός
- Πολυχρονοπούλου, Σ. (2003). Παιδιά και έφηβοι με ειδικές ανάγκες και δυνατότητες: Σύγχρονες τάσεις εκπαίδευσης και ειδικής υποστήριξης. Αθήνα: Ατραπος.
- Πολυχρονοπούλου, Σ.(2012). Παιδιά και έφηβοι με ειδικές ανάγκες και δυνατότητες. Αίγινα: Αυτοέκδοση
- Ποντίκης, Γ. (1989). Η ψυχοκοινωνική ανάπτυξη αναπήρων οράσεως παιδών και εφήβων. Αθήνα.
- Σαρρής, Μ. (2001), Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήσης.
- Στεφάνου, Β. (2012). Η ποιότητα ζωής ατόμων με νοητική αναπηρία.
- Τζινιέρη – Κοκκώση, Μ. (2011). Ποιότητα Ζωής. Προσέγγιση στη σημασία. Στο Συλλογικό (Επιμ), Τιμητικός Τόμος Γεωργίου Ν. Χριστοδούλου (σσ. 862 – 865). Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Τζινιέρη- Κοκκώση, Μ. (2010). Ποιότητα ζωής. Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης (ΕΚΤ).Retrieved from <http://hdl.handle.net/10442/8262>
- Τζινιέρη, Κοκκώση Μ., Τριανταφύλλου Ε., Αντωνοπούλου Β., Τομαράς και Β. Χριστοδούλου Γ.Ν., (2003), Εγχειρίδιο ποιότητας ζωής .Με άξονα το ερωτηματολόγιο , WhoQol 100 , Εκδόσεις Βήτα , Αθήνα.
- Τριανταφύλλου, Ε.Σ., Οικονόμου, Μ.Π., Χριστοδούλου Γ.Ν. (2005), Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία: Εννοιολογικές Αναφορές και Θεωρητικά Μοντέλα, στο Β.Π. Κονταξάκης, Μ.Ι. Χαβάκη - Κονταξάκη, Γ.Ν. Χριστοδούλου (Επιμ. Έκδ.), Προληπτική ψυχιατρική και ψυχική υγιεινή (577-591), Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Τσατσούλης Α. (2015). Σύγχρονο Εγχειρίδιο Ενδοκρινολογίας. Εκδόσεις Κάλλιπος.
- Τσιανικά, Β., Συμεωνίδου, Α., Παναγιώτου, Κ. (2012). *Ενταξιακή εκπαίδευση και κοινωνική δικαιοσύνη στη σύγχρονη εποχή: Ερωτήματα και προβληματισμοί*. Έκθεση δημοσιευμένη στο 12^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Παιδαγωγικής. Αθήνα.

- Τσιανίνα, Β., Συμεωνίδου, Α., Παναγιώτου, Κ. (2012). Ενταξιακή εκπαίδευση και κοινωνική δικαιοσύνη στη σύγχρονη εποχή: Ερωτήματα και προβληματισμοί.
- Υφαντόπουλος, Γ., Ν. (2007), «Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Τομ.24, 6-18.
- Φρόνιτ,Σ.(2013). Τρεις μελέτες για τη θεωρία της σεξουαλικότητας(Μτφρ.: Μυλωνά Ν.). Αθήνα: Νίκας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Αξιότιμοι/ες συμμετέχοντες/ουσες,

Στο πλαίσιο ερευνητικής μελέτης που διεξάγεται παρακαλείσθε να συμπληρώσετε το ακόλουθο ερωτηματολόγιο. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι απολύτως ανώνυμη και οι πληροφορίες που θα παρέχετε θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς.

Σας ευχαριστώ θερμά εκ των προτέρων για την αρωγή σας και την συνεργασία σας!

Υπεύθυνη ερευνητικής εργασίας: Κωστίκα Κωνσταντίνα

Στοιχεία Επικοινωνίας: Ntina.kwstika@gmail.com

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Σημειώστε με ένα Χ το τετράγωνο που σας αντιπροσωπεύει.

- 1) **Φύλο:** Γυναίκα Άνδρας
- 2) **Ηλικία :** 18-25 26-36 37-47 48 και άνω
- 3) **Οικογενειακή κατάσταση:**
- Άγαμος(η)
- Έγγαμος(η)
- Σε συμβίωση
- Διαζευγμένος(η)
- Χήρος(α)
- 4) **Μορφωτικό επίπεδο:**

- Πρωτοβάθμια εκπαίδευση
- Δευτεροβάθμια εκπαίδευση
- Απόφοιτος(η) ΤΕΙ
- Απόφοιτος(η) ΑΕΙ
- Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου
- Κάτοχος διδακτορικού τίτλου

5) Επάγγελμα:

- Ιδιωτικός Υπάλληλος
- Δημόσιος Υπάλληλος
- Ελεύθερος Επαγγελματία
- Δεν εργάζομαι
- Οικιακά

6) Είδος αναπηρίας:

- Τύφλωση
- Μερικώς βλέπων
- Κώφωση
- Βαρήκοος
- Νοητική αναπηρία
- Σωματική αναπηρία
- Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος
- ΔΕΠ-Υ
- Πολλαπλές αναπηρίες
- Χρόνιες παθήσεις
- Δεν αντιμετωπίζω κάποια αναπηρία

7) Τόπος κατοικίας:

- Χωριό
- Πόλη

8) Πως είναι η σχέση σας με τους γονείς σας;

Καλή	Ούτε καλή Ούτε κακή	κακή
------	------------------------	------

9) Θρησκεύεστε;

Πάρα πολύ	Πολύ	Ούτε πολύ ούτε λίγο	λίγο	καθόλου
-----------	------	------------------------	------	---------

10) Έχετε φίλους;

Ναι Όχι

11) Η αναπηρία σας είναι;

Επίκτητη Εκ γενετής

12) Η αναπηρία σας έχει σταθεί εμπόδιο στην σύναψη κάποιας ερωτικής σχέσης;

Ναι Όχι

13) Έχετε κάποιο χόμπι;

Ναι Όχι

14) Η ενημέρωση σας σχετικά με την σεξουαλικότητα/σεξουαλική αγωγή από που προέρχεται;

Ίντερνετ

τηλεόραση

περιοδικά

περιοδικά ερωτικού περιεχομένου

Οικογένεια

Σχολείο

15) Έχετε υποστεί κάποια σεξουαλική παρενόχληση;

Ναι

Όχι

16) Ποια είναι τα συνολικά σας εισοδήματα το μήνα σε ευρώ;

0-500

500-1.000

1.001-1.500

1.501-2.000

2.001 και άνω

Στις ερωτήσεις που ακολουθούν κυκλώστε τον αριθμό που σας εκφράζει καλύτερα.

1=Συμφωνώ	2=Συμφωνώ λίγο	3=Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	4=Διαφωνώ λίγο	5=Διαφωνώ
------------------	-----------------------	------------------------------------	-----------------------	------------------

17) Είμαι καλός σεξουαλικός σύντροφος

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

18) Νιώθω κατάθλιψη για τις σεξουαλικές πτυχές της ζωής μου.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

19) Σκέφτομαι το σεξ όλη την ώρα.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

20) Θα βαθμολογούσα πολύ ψηλά τις σεξουαλικές μου ικανότητες.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

21) Νιώθω καλά με τη σεξουαλικότητά μου.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

22) Σκέφτομαι το σεξ περισσότερο από οτιδήποτε άλλο.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

23) Είμαι καλύτερος στο σεξ από τους περισσότερους άλλους ανθρώπους.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

24) Είμαι απογοητευμένος για την ποιότητα της σεξουαλικής μου ζωής.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

25) Δεν ονειρεύομαι σεξουαλικές καταστάσεις.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

26) Μερικές φορές έχω αμφιβολίες για τη σεξουαλική μου ικανότητα.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

27) Το να σκέφτομαι το σεξ με κάνει χαρούμενο.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

28) Τείνω να με απασχολεί το σεξ.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

29) Δεν έχω μεγάλη αυτοπεποίθηση στις σεξουαλικές συναναστροφές.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

30) Από το σεξ αντλώ ευχαρίστηση και απόλαυση.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

31) Σκέφτομαι συνεχώς να κάνω σεξ.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

32) Θεωρώ τον εαυτό μου ως έναν πολύ καλό σεξουαλικό σύντροφο.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

33) Νιώθω απογοητευμένος για τη σεξουαλική μου ζωή.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

34) Σκέφτομαι το σεξ πολλές φορές.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

35) Θα βαθμολογούσα χαμηλά τον εαυτό μου ως σεξουαλικό σύντροφο.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

36) Νιώθω δυστυχημένος για τις σεξουαλικές μου σχέσεις.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

37) Σπάνια σκέφτομαι το σεξ.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

38) Είμαι σίγουρος για τον εαυτό μου ως σεξουαλικό σύντροφο.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

39) Νιώθω ικανοποιημένος με τη σεξουαλική μου ζωή.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

40) Δεν φαντασιώνομαι σχεδόν ποτέ να κάνω σεξ.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

41) Δεν είμαι πολύ σίγουρος για τις σεξουαλικές μου ικανότητες.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

42) Αισθάνομαι λυπημένος όταν σκέφτομαι τις σεξουαλικές μου εμπειρίες.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

43) Μάλλον σκέφτομαι το σεξ λιγότερο συχνά από τους περισσότερους ανθρώπους.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

44) Μερικές φορές αμφιβάλω για τη σεξουαλική μου ικανότητα.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

45) Δεν αποθαρρύνομαι για το σεξ.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

46) Δεν σκέφτομαι το σεξ πολύ συχνά.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Στις παρακάτω ερωτήσεις παρακαλείσθε να επιλέξετε την απάντηση που σας εκφράζει καλύτερα δηλώνοντας τον βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας.

1=Συμφωνώ Έντονα	2=Συμφωνώ σχετικά	3=Συμφωνώ λίγο	4=Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	5= Διαφωνώ λίγο	6=Διαφωνώ σχετικά	7=Διαφωνώ έντονα
---------------------	----------------------	-------------------	--------------------------------------	-----------------------	----------------------	---------------------

47) Δε φοβάμαι να πω αυτό που σκέφτομαι, ακόμη και όταν οι άλλοι δε συμφωνούν μαζί μου.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

48) Για μένα, η ζωή ως τώρα υπήρξε μια ιστορία μάθησης, αλλαγής και ανάπτυξης.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

49) Γενικά, αισθάνομαι ότι εγώ κατευθύνω τη ζωή μου.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

50) Οι άνθρωποι θα με περιέγραφαν ως άτομο που προσφέρει.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

51) Δεν με ενδιαφέρουν δραστηριότητες που διευρύνουν τους ορίζοντές μου.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

52) Μου αρέσει να κάνω σχέδια για το μέλλον και να προσπαθώ να τα πραγματοποιήσω.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

53) Οι περισσότεροι άνθρωποι με θεωρούν στοργικό και τρυφερό άτομο.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

54) Από πολλές απόψεις, αισθάνομαι απογοητευμένος/η με όσα πέτυχα στη ζωή μου.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

55) Ζω τη ζωή μου μέρα με τη μέρα και δε σκέφτομαι ιδιαίτερα το μέλλον.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

56) Τείνω να στενοχωριέμαι σχετικά με το τι πιστεύουν οι άλλοι για μένα.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

57) Όταν αναλογίζομαι το παρελθόν μου, είμαι ικανοποιημένος/η με το πώς ήρθαν τα πράγματα.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

58) Έχω δυσκολία να διευθετήσω τη ζωή μου με έναν ικανοποιητικό τρόπο για μένα.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

59) Οι αποφάσεις μου δεν επηρεάζονται συνήθως από το τί κάνουν όλοι οι άλλοι.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

60) Παραιτήθηκα από την προσπάθεια να κάνω μεγάλες βελτιώσεις ή αλλαγές στη ζωή μου εδώ και πολύ καιρό.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

61) Η καθημερινή ζωή με καταβάλλει συχνά.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

62) Δεν είχα πολλές κοντινές φιλίες και σχέσεις εμπιστοσύνης με τους άλλους.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

63) Νομίζω ότι είναι σημαντικό να έχεις νέες εμπειρίες που να προκαλούν τον τρόπο που σκέφτεσαι για τον εαυτό σου και τον κόσμο.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

64) Μου ήταν δύσκολο να διατηρήσω στενούς φίλους.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

65) Πιθανόν δεν αισθάνομαι τόσο θετικά για τον εαυτό μου, όσο αισθάνονται οι άλλοι για τον εαυτό τους.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

66) Έχω μια αίσθηση προσανατολισμού και σκοπού στη ζωή μου.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

67) Κρίνω τον εαυτό μου με βάση αυτά που εγώ θεωρώ σημαντικά, όχι με αυτά που θεωρούν σημαντικά οι άλλοι.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

68) Γενικά, έχω αυτοπεποίθηση και αισθάνομαι θετικά για τον εαυτό μου.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

69) Μέχρι τώρα μπόρεσα να κάνω τη ζωή μου όπως την ήθελα να είναι.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

70) Τείνω να επηρεάζομαι από ανθρώπους με ισχυρές απόψεις.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

71) Δεν απολαμβάνω να βρίσκομαι σε νέες καταστάσεις όπου χρειάζεται να αλλάξω τον τρόπο που κάνω τα πράγματα.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

72) Δεν ταιριάζω πολύ καλά με άλλους ανθρώπους.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

73) Ξέρω ότι μπορώ να εμπιστευθώ τους φίλους μου, όπως και εκείνοι ξέρουν ότι μπορούν να εμπιστευτούν εμένα.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

74) Τώρα που το σκέφτομαι, δεν έχω βελτιωθεί πραγματικά ως άνθρωπος με το πέρασμα των χρόνων.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

75) Μερικοί άνθρωποι δεν ξέρουν τι θέλουν από τη ζωή τους, αλλά εγώ δεν είμαι ένας από αυτούς.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

76) Συχνά αισθάνομαι μοναξιά επειδή έχω λίγους στενούς φίλους, στους οποίους μπορώ να μιλήσω ελεύθερα.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

77) Όταν συγκρίνω τον εαυτό μου με φίλους και ανθρώπους που γνωρίζω, με κάνει νιώθω καλά για το ποιος είμαι.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

78) Δεν ξέρω πραγματικά τι προσπαθώ να κάνω στη ζωή μου.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

79) Μερικές φορές αισθάνομαι ότι έκανα όλα όσα ήταν να κάνω στη ζωή μου.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

80) Αισθάνομαι ότι πολλοί από τους ανθρώπους που γνωρίζω έχουν πετύχει περισσότερα στη ζωή τους από ότι εγώ.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

81) Πιστεύω στις απόψεις μου, ακόμη και αν οι περισσότεροι άνθρωποι δε συμφωνούν μαζί τους.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

82) Είμαι αρκετά καλός/ή στο να διαχειρίζομαι την καθημερινή μου ζωή.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

83) Νομίζω ότι έχω εξελιχθεί πολύ ως άτομο με τον καιρό.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

84) Απολαμβάνω τις καλές συζητήσεις με την οικογένεια και τους φίλους μου.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

85) Οι καθημερινές μου δραστηριότητες μου φαίνονται συχνά άνευ σημασίας.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

86) Μου αρέσουν οι περισσότερες πλευρές της προσωπικότητάς μου.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

87) Μου είναι δύσκολο να λέω αυτό που σκέφτομαι σχετικά με αμφιλεγόμενα ζητήματα.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

88) Συχνά αισθάνομαι να με κατακλύζουν οι ευθύνες μου.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Στις παρακάτω ερωτήσεις παρακαλείσθε να επιλέξετε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα.

Οι απαντήσεις σας να αναφέρονται στο διάστημα των δύο τελευταίων εβδομάδων.

<i>1=υπερβολικά</i>	<i>2=πολύ</i>	<i>3=μέτρια</i>	<i>4=λίγο</i>	<i>5=καθόλου</i>
---------------------	---------------	-----------------	---------------	------------------

89) Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υγεία σας;

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

90) Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι τυχόν σωματικοί πόνοι σας εμποδίζουν να κάνετε τις δουλειές σας;

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

91) Σε ποιο βαθμό χρειάζεστε οποιαδήποτε ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσετε στην καθημερινή σας ζωή; (πχ. φάρμακα, αιμοκάθαρση, κλπ.)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

92) Πόσο πολύ απολαμβάνετε τη ζωή;

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

93) Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι η ζωή σας έχει νόημα;

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

94) Πόσο καλά μπορείτε να συγκεντρωθείτε σε κάτι που κάνετε;

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

95) Πόσο ασφαλής από κινδύνους αισθάνεστε στην καθημερινή σας ζωή;

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

96) Πόσο υγιεινό είναι το φυσικό περιβάλλον στο οποίο ζείτε;

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

97) Σε ποιο βαθμό έχετε την απαιτούμενη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

98) Σε ποιο βαθμό αποδέχεστε τη σωματική σας εικόνα και την εμφάνισή σας γενικότερα;

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

99) Σε ποιο βαθμό έχετε τα απαιτούμενα χρήματα για να καλύπτετε τις ανάγκες σας;

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

100) Πόσο εύκολα μπορείτε να βρείτε πληροφορίες τις οποίες χρειάζεστε στην καθημερινή σας ζωή;

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

101) Σε ποιο βαθμό έχετε ελεύθερο χρόνο για ψυχαγωγία;

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

102) Πόσο καλά μπορείτε να κυκλοφορείτε και να κινείστε μέσα και έξω από το σπίτι;

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

103) Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον ύπνο σας;

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

104) Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την ικανότητά σας να τα βγάξετε πέρα με τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

105) Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την ικανότητά σας για εργασία;

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

106) Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον εαυτό σας;

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

107) Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις προσωπικές σας σχέσεις;

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

108) Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την σεξουαλική σας ζωή;

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

109) Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υποστήριξη που έχετε από τους φίλους σας;

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

110) Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις συνθήκες που επικρατούν στον τόπο που κατοικείτε;

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

111) Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την πρόσβαση που έχετε σε διάφορες υπηρεσίες υγείας;

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

112) Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τα μεταφορικά μέσα που χρησιμοποιείτε;

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

113) Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τους κοινωνικούς ρόλους που έχετε αναλάβει και τις κοινωνικές δραστηριότητες που έχετε αναπτύξει;

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

114) Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι σας;

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

115) Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ικανοποιημένος/η με την εργασία ή την απασχόληση που έχετε; (κατά πόσο ανταποκρίνεται στις ανάγκες και στις προσδοκίες σας)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

116) Πόσο καλή και πόσο πολύ καλύπτει τις ανάγκες σας η διατροφή σας;

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

117) Πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα της ζωής σας γενικά;

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

118) Πόσο συχνά έχετε αρνητικά συναισθήματα, όπως μελαγχολική διάθεση, απελπισία, άγχος, κατάθλιψη;

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---