

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ:
«ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ»**

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: «ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΗΡΙΑ: Η ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ
ΜΙΑΣ ΑΝΑΓΚΗΣ»**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΣ ΦΟΙΤΗΤΗΣ:
ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ Π. ΚΥΜΠΟΥΡΟΠΟΥΛΟΣ**



ΑΘΗΝΑ, ΜΑΡΤΙΟΣ 2014

Αφιερωμένο σε δυο ανθρώπους
που με βοήθησαν και με βοηθούν
καθημερινά να γίνω αυτό που
είμαι, στους γονείς μου!

Επίσης, η εργασία αφιερώνεται σε
ένα πρόσωπο που με έμαθε πως
ό,τι αξίζει διαρκεί, τη Ντίνα!

Φωτογραφία εξωφύλλου (Tee Corinne, 1979): Γυναίκα σε αναπηρικό αμαξίδιο με αρτιμελή εραστή.

Η φωτογραφία αποτυπώθηκε στο πρώτο μουσικό άλμπουμ του συγκροτήματος "Suede"

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	v
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α': ΓΝΩΡΙΖΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑ	1
1.1 Εισαγωγή.....	2
1.2 Η έννοια της αναπηρίας.....	2
1.3 Η κατάσταση της αναπηρίας σε αριθμούς.....	4
1.4 Πολιτική ορθότητα για την αναπηρία.....	8
1.5 Μοντέλα αναπηρίας.....	10
1.6 Από το Ιατρικό στο Κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας.....	12
1.6.1 Ιατρικό μοντέλο αναπηρίας.....	12
1.6.2 Κοινωνικό μοντέλο αναπηρίας.....	14
1.7 Η βιο-ψυχο-κοινωνική προσέγγιση του ICF.....	18
1.8 Η αναγνώριση των δικαιωμάτων των Ατόμων με Αναπηρία και η πορεία μέχρι τη Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία..	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β': Η ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΕΙΔΟΥΣ	24
2.1 Η ανθρώπινη σεξουαλικότητα ως ένα αναπόσπαστο τμήμα της προσωπικότητας.....	25
2.2 Η πορεία προς την αναγνώριση της ανθρώπινης σεξουαλικότητας.....	26
2.3 Η έκφραση της ανθρώπινης σεξουαλικότητας.....	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ': ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ	41
3.1 Η σεξουαλικότητα της αναπηρίας: Μια ιστορική αναδρομή.....	42
3.2 Η σεξουαλικότητα των ατόμων με αναπηρία από την οπτική της επιστήμης.....	45
3.3 Η σεξουαλικότητα των ατόμων με αναπηρία μέσα στο κοινωνικό γίγνεσθαι.....	47
3.4 Η τέχνη και η ενημέρωση ως θετικοί πρεσβευτές στη σεξουαλικότητα της αναπηρίας.....	57

3.5 Η σεξουαλικότητα της κινητικής αναπηρίας μέσα στην ελληνική πραγματικότητα.....	61
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ': Η ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΚΙΝΗΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ.....	63
4.1 Μεθοδολογία.....	64
4.2 Αποτελέσματα.....	66
4.3 Συζήτηση και Συμπεράσματα.....	92
4.4 Επίλογος.....	95
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	99
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	101
Ξενόγλωσση.....	102
Ελληνόγλωσση.....	116

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η δόμηση και η λειτουργία των σύγχρονων κοινωνιών έχουν οδηγήσει στη δημιουργία ενός δίπολου που χαρακτηρίζεται από την έννοια του "κανονικού" και του "μη κανονικού". Ενώ η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει μικρό αριθμό ατόμων, αφού τα "κριτήρια" είναι αυστηρά (όπως σωματική αρτιότητα, συναισθηματική ισορροπία, χρωματική ομοιότητα), και η δεύτερη κατηγορία την πλειονότητα των ανθρώπων, εντούτοις το "φυσιολογικό" αποτελεί τη βάση με την οποία ο σύγχρονος κόσμος σκέφτεται και δρα.

Μέσα σε αυτόν τον κόσμο βρίσκονται και τα Άτομα με κάθε είδους Αναπηρία. Άτομα που είτε γεννήθηκαν με μια νόσο που οδηγεί στην αναπηρία είτε άτομα που απέκτησαν την αναπηρία μετά από ατύχημα ή νόσο, ανήκουν στα όρια του "μη κανονικού" που δυστυχώς η κοινωνία δεν τα έχει εντάξει μέσα στην εύρυθμη λειτουργία της. Έτσι, τα δικαιώματα που έχουν ως άτομα καταλύονται και δημιουργείται μια κοινωνική απομόνωση μιας ακόμα "μη κανονικής" κοινωνικής ομάδας. Αυτά τα άτομα θεωρούνται διαφορετικά, με διαφορετικές ανάγκες και διαφορετικούς στόχους.

Η αλήθεια όμως είναι πως οι ανάγκες είναι οικουμενικές και πανανθρώπινες για όλους τους ανθρώπους και τροποποιούνται μόνο με την ιδιοσυγκρασία του καθενός και όχι με τα σωματικά χαρακτηριστικά του. Ο ύπνος, η λήψη τροφής και η σεξουαλικότητα αποτελούν μέρος των φυσιολογικών αναγκών του ανθρώπου. Και όμως, το τελευταίο έχει θεωρηθεί αυθαίρετα πως δεν είναι παρόν στα Άτομα με Αναπηρία.

Ως Άτομο με Αναπηρία θέλησα σε αυτήν την εργασία να διερευνήσω τη σχέση της αναπηρίας, και κυρίως της κινητικής αναπηρίας, σε σχέση με την έκφραση της σεξουαλικότητας στην Ελλάδα. Στο πρώτο μέρος της εργασίας, θα αναπτυχθούν τα σύγχρονα δεδομένα που ισχύουν για την κατάσταση της αναπηρίας, παγκόσμια και εγχώρια. Στο δεύτερο μέρος, γίνεται μια σύντομη αναδρομή για τη σημασία της σεξουαλικότητας ανά τους αιώνες και δίνεται έμφαση στη σεξουαλική συμπεριφορά. Στο τρίτο μέρος, θα δοθούν οι πτυχές της σεξουαλικότητας στην κατάσταση της κινητικής αναπηρίας και θα γίνει προσπάθεια για αναπροσαρμογή της λανθασμένης άποψης για την ασεξουαλικότητα των Ατόμων με Αναπηρία.

Στο τέταρτο μέρος και τελευταίο μέρος, θα δοθεί η μεθοδολογία της έρευνας και θα καταγραφούν τα αποτελέσματα αυτής.

Τέλος, σε αυτό το σημείο θα ήθελα να ευχαριστήσω την Επίκουρη Καθηγήτρια κα. Μαρία Κοκκώση για τη βοήθεια και τις σημαντικές συμβουλές της.

Με εκτίμηση,
Στέλιος Κυμπουρόπουλος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄

ΓΝΩΡΙΖΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

Εισαγωγή

Η κατάσταση της αναπηρίας είναι αναπόσπαστο κομμάτι της ανθρώπινης υπόστασης. Είτε πρόκειται για κληρονομούμενες παθήσεις (π.χ. προοδευτικές νευρομυϊκές παθήσεις) είτε για συγγενείς παθήσεις (π.χ. εγκεφαλική παράλυση) είτε για επίκτητες (π.χ. ατυχήματα) η έννοια της αναπηρίας υφίσταται –με διάφορες παραλλαγές και σημασίες– τόσα χρόνια όσα υπάρχει και ο άνθρωπος. Μάλιστα στην αρχαία ελληνική μυθολογία, ο θεός Ήφαιστος περιγράφεται να έχει "ατροφικά" κάτω άκρα, το οποίο αποτέλεσε αίτιο για το διωγμό του από τον Όλυμπο και λόγο για το χλευασμό του από τους υπόλοιπους θεούς (Καττάμη και συν., 2007). Επιπλέον, η πρώτη γραπτή αναφορά για προσθετικό μέλος άκρου ποδός (δηλ. και ύπαρξη αναπηρίας) γίνεται στο Ινδικό ποίημα "Rig-Veda" που χρονολογείται μεταξύ του 3.500 π.Χ. – 1.800 π.Χ. και αφηγείται την τραγική ιστορία της Βασίλισσας Vishpala, μιας πολεμίστριας, η οποία έχασε το πόδι της στη μάχη (Vanderwerker, 1976). Από τότε και μέχρι σήμερα πολλά είναι τα παραδείγματα τα οποία μέσα από την τέχνη και την ιστορική καταγραφή αποτυπώνουν την ύπαρξη της αναπηρίας στην εξέλιξη των κοινωνιών ("Disability Social History Project - Timeline," n.d.).

Η μόνη αλήθεια για σχεδόν κάθε άνθρωπο είναι πως σε κάποιο σημείο της ζωής του θα αποκτήσει μια μόνιμη ή παροδική διαταραχή ("impairment") και από εκείνους που θα επιβιώσουν θα αντιμετωπίσουν αυξανόμενες λειτουργικές δυσκολίες στην περίοδο της τρίτης ηλικίας. Φαίνεται λοιπόν πως η αναπηρία είναι μια κατάσταση πάρα πολύ ιδιαίτερη και ρευστή, καθώς οποιοσδήποτε που σήμερα θεωρείται "κανονικός" θα μπορούσε αύριο να είναι ο ίδιος ή κάποιος από το πολύ κοντινό του περιβάλλον, άτομο με αναπηρία (Oliver, 1990)

Η έννοια της αναπηρίας

Κατά την εξέλιξη των κοινωνιών, έχουν γίνει προσπάθειες να δοθούν διάφορες ερμηνείες και αποδόσεις της λέξης "αναπηρία". Παρ' όλα αυτά, αυτό που προκύπτει είναι πως η λέξη "αναπηρία" έχει τόσες διαφορετικές έννοιες στις διαφορετικές κουλτούρες, όπως ακριβώς συμβαίνει και με τη λέξη "πολιτισμός" (Brown, 2002). Στην Ελλάδα ακόμα και πολύ πρόσφατες εργασίες, προσδίδουν μια πολύ αρνητική χροιά στον ορισμό της λέξης, ο οποίος μονοδιάστατα βασίζεται σε ιατρικούς όρους (βλ. ορισμό → απώλεια υγείας) και στην «ανικανότητα» του ανθρώπου που βιώνει την αναπηρία (βλ. ορισμό → διαταραχή) (Μπαμπινιώτης, 2002). Όμως, η

διεθνής επιστημονική κοινότητα έχει αναθεωρήσει τον τρόπο με τον οποίο τα μέλη της κοινωνίας αντιμετωπίζουν την αναπηρία και το Άτομο με Αναπηρία (ΑμεΑ).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, μετά από μια μακρά διαδικασία συζητήσεων και παρατηρήσεων που πραγματοποιήθηκαν μεταξύ ακαδημαϊκών επιστημόνων, κλινικών ιατρών, και ΑμεΑ, συνέθεσε το 2001 τη Διεθνή Ταξινόμηση της Λειτουργικότητας, της Αναπηρίας και της Υγείας (International Classification of Functioning, Disability and Health - ICF) (World Health Organization, 2001). Σκοπός αυτής της ταξινόμησης είναι να προσφέρει μια κοινή και αποδεκτή επιστημονική γλώσσα επικοινωνίας για τους ορισμούς και την αξιολόγηση της αναπηρίας ως «βιο-ψυχο-κοινωνική σύνθεση». Αν και το ICF δεν είναι το τέλειο εργαλείο για τον προσδιορισμό της αναπηρίας (Heerkens et al., 2011), εντούτοις αναγνωρίζει τον ρόλο των περιβαλλοντικών παραγόντων στη δημιουργία της αναπηρίας, καθώς και το ρόλο των συνθηκών υγείας (Bickenbach, 2012). Σύμφωνα με το ICF, η αναπηρία είναι ένας γενικός όρος, που περιλαμβάνει

- τις διαταραχές ("impairments"),
- τους περιορισμούς της δραστηριότητας ("activity limitations") και
- τους περιορισμούς της συμμετοχής ("participation restrictions").

Η *διαταραχή* είναι ένα πρόβλημα στη λειτουργία του σώματος ή τη δομή του. Ο *περιορισμός της δραστηριότητας* είναι μια δυσκολία που αντιμετωπίζει ένα άτομο στην εκτέλεση ενός έργου ή δράσης, ενώ ο *περιορισμός της συμμετοχής* είναι ένα πρόβλημα που βιώνεται από ένα άτομο σε ανάμειξη στις καταστάσεις της ζωής. Έτσι, η αναπηρία είναι ένα πολύπλοκο φαινόμενο, γεγονός που αντανάκλα την αλληλεπίδραση μεταξύ των χαρακτηριστικών του σώματος ενός ατόμου και των χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία αυτός ή αυτή ζει.

Πρέπει να διευκρινιστεί ότι οι φράσεις "άτομο με αναπηρία" και "χρονίως πάσχον άτομο" είναι δυο διαφορετικές οντότητες και οι ορισμοί του δε θα πρέπει να συγχέονται. Ο όρος "χρονίως πάσχον άτομο" αναφέρεται σε εκείνα τα άτομα που νοσούν από οποιαδήποτε διαταραχή που παραμένει για μεγάλο χρονικό διάστημα και επηρεάζει τη σωματική, συναισθηματική, πνευματική, επαγγελματική, κοινωνική ή πνευματική λειτουργία (Mosby, Inc, 2009). Οι ασθένειες αυτές είναι μεγάλης διάρκειας και γενικά αργής εξέλιξης. Η καρδιοπάθεια, το εγκεφαλικό επεισόδιο, ο καρκίνος, οι χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις και ο διαβήτης

χαρακτηρίζονται ως χρόνιες ασθένειες και είναι μακράν η κύρια αιτία θνησιμότητας στον κόσμο, αντιπροσωπεύοντας το 63% του συνόλου των θανάτων (“WHO | Noncommunicable diseases,” 2013). Μια χρόνια νόσος μπορεί να οδηγήσει στην κατάσταση της αναπηρίας, ενώ η κατάσταση της αναπηρίας δεν οφείλεται σε χρόνια νόσο, αλλά ούτε και χαρακτηρίζεται ως νόσος (Parker, 2009).

Η κατάσταση της αναπηρίας σε αριθμούς

Εξαιτίας της πολυδιάστατης ερμηνείας, που αναφέρθηκε παραπάνω, ο τρόπος μέτρησης του πληθυσμού που χαρακτηρίζεται ως ΑμεΑ δημιουργεί δυσκολίες, προκλήσεις και προβληματισμούς. Πιο συγκεκριμένα, οι μετρήσεις του αριθμού των ΑμεΑ ποικίλλουν ανάλογα με το σκοπό και την εφαρμογή των δεδομένων, την έννοια της αναπηρίας, τις πτυχές της αναπηρίας που εξετάζονται –διαταραχές, περιορισμοί δραστηριότητας, περιορισμοί συμμετοχής, συνθήκες που σχετίζονται με την υγεία, περιβαλλοντικοί παράγοντες– τους διάφορους ορισμούς, το σχεδιασμό των ερωτήσεων, τις πηγές αναφοράς, τις μεθόδους συλλογής δεδομένων, τις προσδοκίες της λειτουργικότητας, καθώς και τις ηλικιακές ομάδες. Επιπλέον, ο τρόπος που προσεγγίζει η κάθε μελέτη την μέτρηση της αναπηρίας ποικίλει από χώρα σε χώρα καθιστώντας πιο δύσκολη την εκτίμηση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων. Από την άλλη, το μεγαλύτερο μέρος αυτών των δεδομένων προέρχεται από χώρες υψηλού εισοδήματος, ενώ στις αναπτυσσόμενες χώρες παρατηρείται έλλειψη καταγραφής ή συλλογής δεδομένων. Ως εκ τούτου, η διεθνής σύγκριση των στατιστικών για την κατάσταση της αναπηρίας δεν είναι δυνατή (Palmer & Harley, 2012).

Σε αυτό το σημείο πρέπει να τονιστεί ότι υπάρχει μια αντικειμενική αλήθεια. Κάθε "είδος αναπηρίας" έχει ιδιαίτερες ανάγκες υγείας, εκπαίδευσης, αποκατάστασης, κοινωνικές ανάγκες και ανάγκες υποστήριξης (CDC, n.d.). Το παραπάνω σημειώνεται για να γίνει κατανοητό πως η χρησιμότητα των δεδομένων είναι περιορισμένη, διότι τα προκύπτοντα ποσοστά επιπολασμού δεν είναι ενδεικτικά της συνολικής έκτασης της αναπηρίας. Αυτό συμβαίνει γιατί, δύο άτομα με την ίδια διαταραχή μπορεί να έχουν πολύ διαφορετικές εμπειρίες και ανάγκες, ενώ οι χώρες μπορεί να χρειάζονται απόλυτες πληροφορίες πάνω σε σωματικές και βιολογικές διαταραχές για το σχεδιασμό υπηρεσιών και την πρόληψη των διακρίσεων. Με απλά

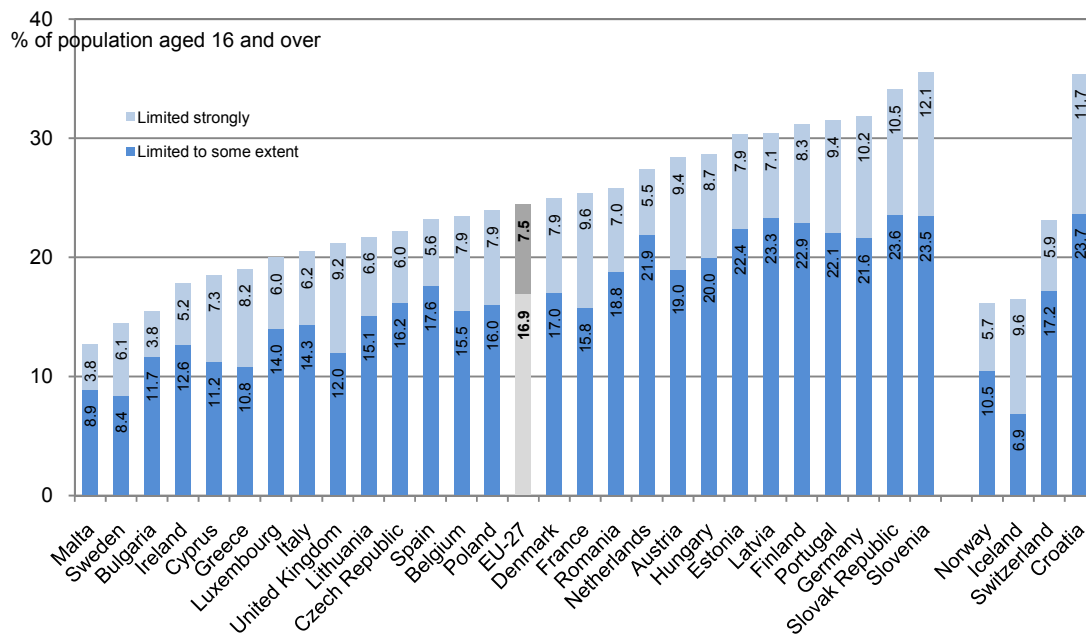
λόγια, συγκεκριμένη διαταραχή δε συνεπάγεται συγκεκριμένες ανάγκες. Και ενώ τα άτομα με αναπηρία είναι ποικίλα και ετερογενή, υπάρχει μια στερεοτυπική άποψη της αναπηρίας, πως αναπηρία σημαίνει χρήστης αναπηρικού αμαξιδίου και μερικές άλλες "κλασικές" ομάδες όπως είναι οι τυφλοί και οι κωφοί (Park et al., 2012). Πάντως αδρά, μπορούν να αναγνωριστούν οι παρακάτω τύποι αναπηρίας (Raue & Lewis, 2011):

- η τύφλωση και οι σοβαρές εξασθενίσεις στην όραση
- η κώφωση και η μεγάλη βαρηκοΐα
- οι κινητικές διαταραχές
- η νοητική υστέρηση
- οι δυσκολίες στη μάθηση (δυσλεξία, διαταραχή λόγου κ.ά.)
- οι εκπαιδευτικές αναπηρίες
- οι ψυχικές νόσοι
- οι χρόνιες νόσοι
- ο αυτισμός

Αν και, όπως φάνηκε, υπάρχει δυσκολία στον υπολογισμό του αριθμού των ΑμεΑ, εντούτοις έχουν γίνει εκτιμήσεις και έρευνες επάνω σε αυτό το θέμα. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, με δυο παγκόσμιες μελέτες, προσπάθησε να τεκμηριώσει αυτό το ποσοστό: την World Health Survey (Παγκόσμια Έρευνα Υγείας) (Üstün et al., 2003) και την Global Burden of Disease study, 2004 update (World Health Organization, 2008). Η *Παγκόσμια Έρευνα Υγείας*, μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε πρόσωπο-με-πρόσωπο σε νοικοκυριά κατά την περίοδο 2002-2004, είναι η μεγαλύτερη πολυεθνική έρευνα υγείας και αναπηρίας η οποία χρησιμοποίησε μόνο ένα σύνολο ερωτήσεων και ενιαίες μεθόδους για τη συλλογή συγκρίσιμων δεδομένων υγείας σε όλες τις χώρες. Από την έρευνα προέκυψε ότι το ποσοστό του μέσου επιπολασμού του ενήλικου πληθυσμού ηλικίας 18 ετών και άνω ήταν 15,6% (περίπου 650 εκατομμύρια άτομα από τους εκτιμώμενους 4,2 δισεκατομμύρια ενήλικες ηλικίας 18 ετών και άνω το 2004 (United Nations & Statistical Division, 2007)) που κυμαίνονται από 11,8% σε χώρες με υψηλό εισόδημα σε 18,0% στις χώρες με χαμηλά εισοδήματα. Ο αριθμός αυτός αναφέρεται σε ενήλικες που αντιμετώπιζαν σοβαρές δυσκολίες λειτουργίας στην καθημερινή τους ζωή. Επιπλέον, το μέσο ποσοστό επιπολασμού για τους ενήλικες με πολύ σοβαρές δυσκολίες εκτιμήθηκε στο 2,2% ή περίπου 92 εκατ. άτομα το 2004. Από την ανάλυση της

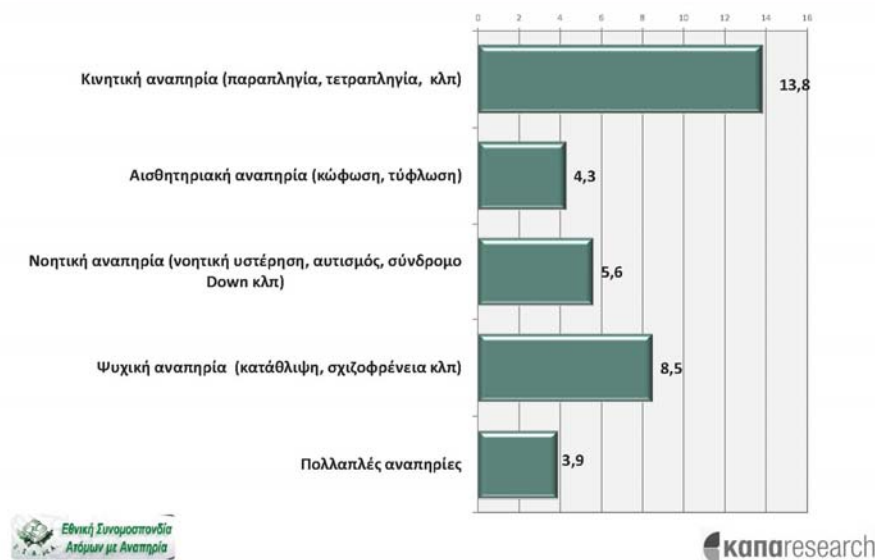
Global Burden of Disease study, 2004 update εκτιμάται ότι το 15,3% του παγκόσμιου πληθυσμού (περίπου 978 εκατομμύρια άτομα του εκτιμώμενου 6,4 δισ. πληθυσμού το 2004 (United Nations & Statistical Division, 2007)) είχαν "μέτρια ή σοβαρή αναπηρία», ενώ το 2,9% ή περίπου 185 εκατομμύρια αντιμετώπιζαν "σοβαρή αναπηρία" – αναφέρονται καταστάσεις όπως τετραπληγία, σοβαρή κατάθλιψη, ή τύφλωση. Μεταξύ των ατόμων ηλικίας 15 ετών και άνω, τα ποσοστά ήταν αντίστοιχα 19,4% και 3,8%, ή 892 εκατομμύρια και 175 εκατομμύρια. Ωστόσο, δεν είναι απόλυτα έγκυρη η αναφορά στην αναπηρία και στη συνολική εικόνα της μόνο από τις συνθήκες για την υγεία και τις διαταραχές. Για αυτό το λόγο, ο υπολογισμός του αριθμητικού μεγέθους των ΑμεΑ απαιτεί πιο συγκεκριμένες πληροφορίες.

Στη διευρυμένη Ευρωπαϊκή Ένωση (27 κράτη – μέλη) δεν έχει διεξαχθεί κάποια μεγάλη μελέτη για τον υπολογισμό του αριθμού των ΑμεΑ. Μόνο έμμεσα μπορεί να εκτιμηθεί το ποσοστό της αναπηρίας της ευρωπαϊκής κοινωνίας μέσω της πανευρωπαϊκής έρευνας EU-SILC (European Union - Statistics on Income and Living Conditions - Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών) (Eurostat, 2010). Παρά τους περιορισμούς που τέθηκαν λόγω του ότι η έρευνα ήταν αυτοσυμπληρούμενη αφενός και αφετέρου δεν συμπεριέλαβε τα άτομα που διαβιούσαν σε ιδρύματα, προέκυψε ότι το 24% των ερωτηθέντων είχε περιορίσει τις συνήθειες καθημερινές δραστηριότητες εξαιτίας ενός προβλήματος υγείας το τελευταίο εξάμηνο, με το 8% των ερωτηθέντων να απαντά πως ήταν "έντονα περιορισμένη" και το 17% να απαντά πως ήταν "περιορισμένη σε κάποιο βαθμό", βάσει του μέσου όρου όλων των κρατών – μελών.



Από την ίδια έρευνα προκύπτει πως στην Ελλάδα το 21% του πληθυσμού απαντά θετικά στην ερώτηση, με 8,2% να αναφέρει έντονο περιορισμό συνήθεις καθημερινές δραστηριότητες το τελευταίο εξάμηνο. Βέβαια, για την ελληνική πραγματικότητα δεν έχουν πραγματοποιηθεί αξιόλογες και ουσιαστικές μελέτες για να βρεθεί ο πραγματικός αριθμός των ΑμεΑ και δυστυχώς χάθηκε η μοναδική ευκαιρία καταγραφής τους με την εθνική απογραφή του 2011. Παρ' όλα αυτά, το 1996 από μια αυτοσυμπληρούμενη έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τη Eurostat, προέκυψε πως μόνο το 8,2% του ελληνικού πληθυσμού ανήκει στην ομάδα των αναπήρων, με το 3,3% να δηλώνει σοβαρή αναπηρία (Statistical Office of the European Communities & European Commission, 2001). Τέλος, σε μια πρόσφατη έρευνα της Εθνικής Συνομοσπονδίας Ατόμων με Αναπηρία (Ε.Σ.Α.μεΑ.) σε αντιπροσωπευτικό δείγμα περίπου 4.500 ανθρώπων που δεν ήταν ΑμεΑ φάνηκε ότι το 13,8% των ανθρώπων έχουν κάποιο άτομο με κινητική αναπηρία στο νοικοκυριό τους ή στο οικογενειακό τους περιβάλλον, ποσοστό πολύ μεγαλύτερο σε σχέση με τους άλλους τύπους αναπηρίας (ΕΣΑμεΑ, 2013).

Στο νοικοκυριό σας ή στο οικογενειακό σας περιβάλλον υπάρχει κάποιο άτομο με :
(πολλαπλή επιλογή)



Εικόνα 2: Έρευνα για άτομα με αναπηρία, ΕΣΑμεΑ
(Πηγή: ΚΑΠΑ research, Νοέμβριος 2013)

Έγινε λοιπόν εμφανές πως για την καλύτερη πιστότητα των αποτελεσμάτων χρειάζεται πρώτον, μια απόδοση του ορισμού της αναπηρίας η οποία θα είναι παγκοσμίως αποδεκτή και δεύτερον, θα διαχωρίζει αρτιότερα την έννοια της "αναπηρίας" από την έννοια του "χρόνιου πάσχοντος".

Πολιτική ορθότητα για την αναπηρία

Στην ελληνική γλώσσα, υπάρχουν δεκάδες λέξεις που χρησιμοποιούνται, άλλοτε λανθασμένα και άλλοτε καθ' υπερβολή, για να περιγράψουν την κατάσταση της αναπηρίας. Οι συνηθέστερες λέξεις και φράσεις που απαντώνται είναι άτομα με ειδικές ανάγκες, άτομα με ειδικές δεξιότητες, άτομα με ειδικές ικανότητες, σακάτης. Αν κάποιος κοιτάξει τις ρίζες της κάθε λέξης, είναι δυνατόν να κατανοήσει και την ιστορία της εποχής (American Heritage Dictionaries, 2000). Για παράδειγμα, η έννοια της λέξης "σακάτης" έχει τούρκικες ρίζες (sakat=πέφτω) και υποδηλώνει τον άνθρωπο που έχει ανεπανόρθωτη σωματική ζημιά, ο σακατεμένος, ο σημαδεμένος, ο ανάπηρος (Μπαμπινιώτης, 2002). Οι πολίτες που ζούσαν σε εκείνη την εποχή

θεωρούσαν τα άτομα με κινητικές δυσκολίες ως ανάκανα δίνοντάς τους το χειρότερο χαρακτηρισμό.

Στην Ελλάδα της μεταπολίτευσης, υιοθετήθηκε επίσημα ο όρος "άτομα με ειδικές ανάγκες" θεωρώντας πως οι ανάγκες αυτών των ανθρώπων είναι ιδιαίτερες και μοναδικές, προκαλώντας έτσι τον κοινωνικό αποκλεισμό και την κοινωνική απομόνωση (Σκορδίλης, 2010). Η επικράτηση επί σειρά ετών του όρου, παρέπεμπε στην αδυναμία/ανικανότητα της πολιτείας να δημιουργήσει προσβάσεις σε θεμελιώδη κοινωνικά δικαιώματα και αγαθά για τους ανθρώπους με αναπηρία και έτσι βαπτίζονταν "ειδικές" οι γενικές ανάγκες των ανθρώπων με αναπηρία (στην εκπαίδευση, εργασία κ.ο.κ.) επειδή η πολιτεία δεν τις κάλυπτε. Δυστυχώς και στις ημέρες μας, συνεχίζει να χρησιμοποιείται λανθασμένα αυτή η ορολογία, ακόμα και σε επιστημονικά και δημοσιογραφικά δοκίμια (Κουβέλας και Καλογήρου, 2003; Ελευθεροτυπία, 2006; Ψαθάς, 2009), παρ' όλο που ήδη από το 2001, στο Σύνταγμα της Ελλάδας εισάγεται στο άρθρο 21, παράγραφος 6 η έννοια "άτομο με αναπηρία" από την Ζ' Αναθεωρητική Βουλή των Ελλήνων (Αναθεωρητική Βουλή των Ελλήνων, 2008). Ακόμα όμως και ο όρος "ανάπηρος" είναι λανθασμένος, αφού ετυμολογικά σημαίνει *ο βλαμμένος σε κάποιο μέρος του σώματος, επί του νου* (Βασδέκης, 2011). Όμως ο όρος "αναπηρία" έχει επανοικειοποιηθεί (Croom, 2011) και πλέον η φράση "άτομο με αναπηρία" αποτελεί την έννοια που έχει πολιτική ορθότητα (Political correctness), οπότε και πρέπει να γίνεται η χρήση της χωρίς κανένα δισταγμό και φόβο προσβολής. Άλλα παραδείγματα πολιτικά ορθών εκφράσεων είναι το "αναπηρικό αμαξίδιο", το "άτομο με τύφλωση", ο "άνθρωπος με σύνδρομο Down", ο "ιατρός με τετραπληγία" κ.ά.

Στην πορεία της ονοματοδότησης της κατάστασης της αναπηρίας, χρησιμοποιήθηκαν και συνεχίζουν να χρησιμοποιούνται –με λανθασμένο τρόπο– φράσεις, όπως άτομα με ειδικές δεξιότητες (Μιχαηλίδης, 2003) ή άτομο με δύναμη ψυχής (news247.gr, 2013) ή αναπηρική καρέκλα, που σκοπό έχουν είτε να εκθειάσουν με υπερβολικό τρόπο μια κατάσταση που είναι μέρος της κοινωνίας είτε να αποδώσουν στην αναπηρία απόψεις που δεν αποδίδουν την πραγματικότητα και δημιουργούν μια υπερβατική άποψη (Κασπίρης, 2012). Τα ΑμεΑ δηλαδή κατανοούν πλέον ότι οι κυρίαρχοι ορισμοί για την αναπηρία θέτουν προβλήματα για την ατομική και ομαδική ταυτότητά τους, θέτοντας υπό αμφισβήτηση τη χρήση του λεξιλογίου που αναφέρεται σε αυτά. Υπάρχει εναντίωση στην ορολογία που είναι είτε προσβλητική (σακάτης, σπαστικός, μογγόλος κ.λπ.) είτε απλά αποπροσωποποιεί (ο μειονεκτικός, ο αποκλίνων, ο

τυφλός, ο κωφός κ.ά.) και με αυτόν τον τρόπο οι ΑμεΑ άρχισαν να καλλιεργούν μια αναπτυσσόμενη κοινή συνείδηση και ταυτότητα (Oliver, 2009). Έτσι, τα ίδια τα ΑμεΑ τις τελευταίες δεκαετίες, άρχισαν να αποδοκιμάζουν τον τρόπο που τους αντιμετώπιζε η κοινωνία και να θέτουν τις βάσεις για μια διαφορετική θεώρηση της αναπηρίας, ενός διαφορετικού μοντέλου σκέψης, γνωστού ως κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας.

Μοντέλα αναπηρίας

Τα μοντέλα της αναπηρίας είναι εργαλεία για τον προσδιορισμό της διαταραχής και, τελικά, για την παροχή μιας βάσης με την οποία η κυβέρνηση και η κοινωνία μπορούν να επινοήσουν στρατηγικές για την αντιμετώπιση των αναγκών των ΑμεΑ (American Board of Medical Psychotherapists, 2006). Σύμφωνα όμως με το Luhmann (1982), κάθε ένα μοντέλο έχει τη δική του "αντίληψη" και περιγραφή της πραγματικότητας, η οποία δε σχετίζεται με την πραγματικότητα των υπολοίπων μοντέλων. Έτσι, ενώ συχνά αντιμετωπίζονται με σκεπτικισμό, αποτελούν ένα χρήσιμο πλαίσιο για την κατανόηση των θεμάτων αναπηρίας, προσφέροντας προοπτική σε εκείνους που δημιουργούν και εφαρμόζουν τα μοντέλα. Ο τρόπος σκέψης είναι απλός, καθώς κινείται πάνω σε ένα δυαδικό σύστημα του τι μπορεί και τι δε μπορεί να κάνει το ΑμεΑ, με εξαίρεση το κοινωνικό μοντέλο (Σχήμα 1). Με αυτό το σκεπτικό, έχουν δημιουργηθεί διάφορα μοντέλα και θεωρίες για να κατανοηθεί και να εξηγηθεί η κατάσταση της αναπηρίας και της λειτουργικότητας. Μερικά από τα βασικά είναι τα παρακάτω (Johnston, 1996; Disabled World, 2010):

- **Το ιατρικό μοντέλο:** η αναπηρία παρουσιάζεται ως πρόβλημα του προσώπου, που προκαλείται άμεσα από την ασθένεια, τον τραυματισμό ή άλλη κατάσταση υγείας, και επομένως απαιτείται συνεχή ιατρική φροντίδα που παρέχεται με τη μορφή της ατομικής παρακολούθησης από τους επαγγελματίες.
- **Το κοινωνικό μοντέλο:** η αναπηρία δεν είναι χαρακτηριστικό ενός ατόμου, αλλά μάλλον μια σύνθετη συλλογή συνθηκών, πολλές από τις οποίες έχουν δημιουργηθεί από το κοινωνικό περιβάλλον.

- **Το φιλανθρωπικό μοντέλο:** τα άτομα με αναπηρία είναι θύματα της περιστασης και ως εκ τούτου είναι άξιοι του οίκτου.
- **Το θρησκευτικό / ηθικό μοντέλο:** η αναπηρία είναι μια τιμωρία που επιβλήθηκε σε ένα άτομο ή μια οικογένεια από μια εξωτερική δύναμη.
- **Το μοντέλο της αγοράς:** συμπεριλαμβάνει τα δικαιώματα και το καταναλωτικό μοντέλο αυτής της μειονότητας, αφού αναγνωρίζει τα ΑμεΑ και τα εμπλεκόμενα μέρη αυτών, όπως τους συγγενείς ή τους φίλους, ως αντιπροσώπους μιας μεγάλης ομάδας καταναλωτών, εργαζομένων και ψηφοφόρων.

Αν και έγινε μια στοιχειώδης αναφορά στην κεντρική ιδέα μερικών μοντέλων αναπηρίας, πρέπει να σημειωθεί πως μόνο σε δυο μοντέλα δημιουργούνται συζητήσεις, γίνονται αναλύσεις και αναπτύσσονται θεωρίες και κριτικές από το κίνημα των ΑμεΑ, από επιστήμονες, από ακτιβιστές και από άλλους επαγγελματίες υγείας. Αυτά τα μοντέλα είναι το *ιατρικό μοντέλο* και το *κοινωνικό μοντέλο* της αναπηρίας και περιγράφονται σαν αντίθετα μοντέλα, αφού έχουν δύο αντικρουόμενες προσεγγίσεις για την αναπηρία, υποστηρίζοντας διαφορετικές αντιλήψεις για τη σχέση διαταραχής και περιορισμού (Wasserman et al., 2013).

Σύστημα	αντίληψη της αναπηρίας ως	Διαδικοί κώδικες
Ιατρικό σύστημα	Αρρώστια, έλλειμμα, δυσλειτουργία, έκπτωση, χρήζουσα θεραπεία	- Υγεία - Αρρώστια
Οικονομικό σύστημα	Έλλειψη οικονομικών πόρων, αδυναμία πληρωμής, φτώχεια	- Ικανότητα για πληρωμή - Ανικανότητα για πληρωμή
Σύστημα αγοράς εργασίας	Εργασιακή ανικανότητα, αδυναμία εμπλοκής σε επικερδή δραστηριότητα	- Ικανότητα για εργασία - Ανικανότητα για εργασία
Νομικό σύστημα	Νομική ανικανότητα, έλλειψη δικαιωμάτων / υποχρεώσεων	- Λογική - Ακαταλόγιστο
Σύστημα αποκατάστασης	Υποστήριξη / διόρθωση λειτουργικών ανικανοτήτων	- Ικανότητα λειτουργίας - Ανικανότητα λειτουργίας
Εκπαιδευτικό σύστημα	Μαθησιακές δυσκολίες, χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο	- Εκπαιδευσιμος/η - Μη εκπαιδευσιμος/η
Σύστημα της τέχνης	Ασχήμια, ελλειμματικό /ελαττωματικό σώμα	- Ομορφιά - Ασχήμια

Πίνακας 1: Διαδικοί κώδικες αντίληψης στα διάφορα μοντέλα αναπηρίας
(Πηγή: Ορισμοί της αναπηρίας, Δανιλόπουλος, 2003)

Από το Ιατρικό στο Κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας

Ιατρικό μοντέλο αναπηρίας

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, το ιατρικό μοντέλο της αναπηρίας αντιμετωπίζει την αναπηρία σαν ένα "πρόβλημα" που ανήκει στο ίδιο το άτομο με αναπηρία. Δεν αποτελεί ένα θέμα το οποίο απασχολεί οποιονδήποτε άλλον άνθρωπο, εκτός από το άτομο που έχει την αναπηρία. Ιστορικά, το ιατρικό μοντέλο προσέγγισης της αναπηρίας αναδείχθηκε ως κυρίαρχη εννοιολογική θεώρηση στις αρχές του 20ού αιώνα και μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του 1960, ασκώντας σημαντικότερη επιρροή στη διαμόρφωση των κοινωνικών αντιλήψεων και πολιτικών. Το μοντέλο αυτό, ξεκίνησε προσεγγίζοντας την αναπηρία ως μια αυθύπαρκτη, αντικειμενική πραγματικότητα, η οποία νομιμοποιεί την κοινωνική "μειονεξία" των ΑμεΑ, αφού η σωματική διαταραχή τους ταυτίστηκε με την ανικανότητα για πολιτική και κοινωνική δράση και συμμετοχή (Καραγιάννη και Ζώνιου-Σιδέρη, 2006). Όπως περιέγραψε και ο Holden (1990), αυτός ο τρόπος θεώρησης οδηγεί τον ασθενή να εκτιμάται μόνο από την άποψη της παθολογίας του.



Η κεντρική ιδέα του ιατρικού μοντέλου συχνά φαίνεται να είναι εξαιρετικά στενή και υπεραπλουστευμένη. Για παράδειγμα, αν ένας μαθητής που κινείται με αναπηρικό αμαξίδιο δεν μπορεί να έχει πρόσβαση σε ένα κτίριο εξαιτίας της ύπαρξης σκαλιών, το ιατρικό μοντέλο προτείνει ότι αυτό συμβαίνει εξαιτίας του αναπηρικού αμαξιδίου, κι όχι των σκαλιών. Επιπλέον, τα άτομα που πλήττονται θα πρέπει να αναφέρονται ως "ασθενείς" και αυτό δεν θεωρείται λάθος, ούτε γίνεται αμφισβήτηση των αιτιών της κατάστασης της αναπηρίας. Αναγνωρίζεται

μόνο πως η αναπηρία οφείλεται στις ιατρικές παθήσεις και διαταραχές των σωματικών συστημάτων ή λειτουργιών ενός ατόμου, ανεξάρτητα από την προέλευσή τους, και θεωρούνται ουσιαστικά παρόμοια με την ασθένεια (Dare & O'Donovan, 2002).

Δηλαδή, σε αυτό το μοντέλο αναπηρίας περιλαμβάνεται η έννοια της "ιατρικοποίησης". Αυτό αντανακλάται σε ποικίλες εκφάνσεις και αλληλεπιδράσεις της ζωής και αποτελείται από α) την επαγγελματική κυριαρχία στη ζωή των ατόμων με αναπηρία, β) τη χαμηλή προτεραιότητα που τους δίνεται από τις κοινωνίες δίνοντας έμφαση στα ιατρικά προβλήματα που προκύπτουν και υποτιμώντας ταυτόχρονα την προσωπικότητα των ατόμων με αυτές τις χρόνιες παθήσεις, γ) τον αποκλεισμό τους από τις αποφάσεις και την έρευνα που σχετίζονται με αυτούς και τη ζωή τους αφού ως ΑμεΑ θεωρείται πως ορίζονται από τις διαταραχές τους οπότε δεν έχουν πολλές δυνατότητες και τέλος δ) μια μεμονωμένη αντίληψη για την ανεύρεση των αιτιών και των λύσεων στα προβλήματα της αναπηρίας (Borsay, 2005; Shakespeare, 2006). Το σκεπτικό και η υιοθέτηση της ιατρικής θεώρησης σταδιακά συνέβαλε σημαντικά στην αποδυνάμωση των ανθρώπων με αναπηρία. Κατ'επέκταση, το ιατρικό μοντέλο υποστηρίζει ότι μια "συμπονετική" ή δίκαιη κοινωνία επενδύει τους πόρους της στην υγειονομική περίθαλψη και τις συναφείς υπηρεσίες, σε μια προσπάθεια να θεραπεύσει ιατρικά την αναπηρία, έτσι ώστε να επεκταθεί η λειτουργικότητα και να επιτραπεί στα άτομα με αναπηρία να ζήσουν μια πιο "κανονική" ζωή (Kent & Quinlan, 1996).

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 συμμορφούμενων μελών της, όπως είναι τα ΑμεΑ (Hughes, 2000). Έτσι, η κοινωνία απέδωσε ένα κύριο τρόπο αναγνώρισης σε ό, τι σχετίζεται με την έννοια της αναπηρίας (π.χ. ανάπηρος μαθητής, ανάπηρη μητέρα) κατά βάση αρνητικής σημασιολογίας (Galvin, 2005). Και τελικά δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος με τη στάση των επαγγελματιών υγείας να απομονώνει και να στιγματίζει περαιτέρω τα ΑμεΑ. Παρά τα όσα μπορεί να υποθέσουν πολλοί επαγγελματίες υγείας, τα ΑμεΑ μπορούν να είναι υγιείς και δεν χρειάζεται απαραίτητα να "διορθωθούν" (The Lancet, 2009). Άλλωστε, πολλά από τα Άτομα με Αναπηρία δεν θεωρούν τους εαυτούς τους ως ασθενείς (Watson, 2002; Australian Bureau of Statistics, 2009). Έτσι, για αρκετές δεκαετίες, τα ΑμεΑ διαβιούσαν υπό αυτές τις συνθήκες με το συγκεκριμένο τρόπο αντιμετώπισης της

κοινωνίας. Έγινε όμως κατανοητό μέσα από διεκδικήσεις πως το ιατρικό μοντέλο υστερεί, καθώς και ότι η αναπηρία αποτελεί ένα πολύ 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*.

Κοινωνικό μοντέλο αναπηρίας

Σύμφωνα με το κοινωνικό μοντέλο, τα άτομα με αναπηρία αποτελούν μια καταπιεσμένη κοινωνική ομάδα καθώς γίνεται διάκριση της διαταραχής που έχουν οι άνθρωποι και της καταπίεσης που βιώνουν, ενώ ως "αναπηρία" ορίζεται η κοινωνική καταπίεση και όχι η μορφή διαταραχής. Η αναπηρία θεωρείται ένα κοινωνικό κατασκευάσμα, το οποίο είναι θεμελιωμένο πάνω στη 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).

Το κοινωνικό μοντέλο προσέγγισης της αναπηρίας αναδείχθηκε ως μια δυναμική εννοιολογική προσέγγιση στις αρχές της δεκαετίας του 1980 από το κοινωνικό κίνημα των



Εικόνα 4: Διαγραμματική απεικόνιση κοινωνικού μοντέλου αναπηρίας
(Πηγή: ΕΤΤΑΔ, 2008)

ΑμεΑ, εστιάζοντας το ενδιαφέρον του στην κριτική του κυρίαρχου, ως τότε, ιατρικού μοντέλου (Καραγιάννη και Ζώνιου-Σιδέρη, 2006). Ήδη όμως από τη δεκαετία του '60, άρχισαν να γίνονται οι πρώτες ζυμώσεις και να αμφισβητείται η ατομιστική – θετιστική προσέγγιση της αναπηρίας, μέσα από μια προσπάθεια σύνδεσης της παθολογίας και της δυναμικής διαδικασίας (δηλ. της επιρροές της κοινωνίας) που οδηγούσε στις λειτουργικές συνέπειες (Nagi, 1966). Φτάνοντας πλέον στις δεκαετίες του '70 και του '80, δυο σχεδόν παράλληλα κινήματα εμφανίστηκαν σε Ηνωμένο Βασίλειο και Η.Π.Α. (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 είναι κοινωνικά παραγόμενη, με το κοινωνικό μοντέλο να τα καταφέρνει στην απο-ιατρικοποίηση και απο-εξατομίκευση της αναπηρίας. Ιδιαίτερα για το UPIAS, που θεωρείται και ο πιο ισχυρός οργανισμός επιρροής στην ιστορία του κοινωνικού μοντέλου σκέψης, είναι γνωστό πως λειτουργούσε με βάση την προσωπική εμπειρία και τις κοινωνιολογικές γνώσεις, αν και κανένα από τα μέλη δεν είχαν ακαδημαϊκές γνώσεις κοινωνιολογίας. Μέσα από τα ατομικά παραδείγματα και τις κοινωνικές επεκτάσεις της αναπηρίας, τα μέλη της UPIAS υποστήριζαν ότι η αναπηρία ήταν μια σύνθετη μορφή κοινωνικής καταπίεσης παρόμοια με αυτή που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες, οι εθνοτικές μειονότητες, οι λεσβίες και οι ομοφυλόφιλοι άνδρες (Barnes, 2012). Μάλιστα ο συγκεκριμένος οργανισμός υποστήριζε το εξής: «Κατά την δική μας οπτική, η κοινωνία είναι αυτή που ορίζει ως ανίκανα τα άτομα με αναπηρία. Ο χαρακτηρισμός της ανικανότητας τοποθετείται πάνω από οποιαδήποτε μορφή αναπηρίας και ενισχύει την απομόνωση και εξαίρεση των ατόμων με αναπηρία από τη συμμετοχή τους στην κοινωνία.» (Union of the Physically Impaired Against Segregation & Disability Alliance, 1976), το οποίο θεωρείται ένας βασικός ορισμός του μοντέλου αναπηρίας που αργότερα ονομάστηκε "κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας" από το Mike Oliver (1986).

Με αυτό τον τρόπο η προαναφερόμενη φιλοσοφία, έγινε ένα σημαντικό πολιτικό εργαλείο για τη χειραφέτηση και την κοινωνική ένταξη των ΑμεΑ σε όλο τον κόσμο (Hughes & Paterson, 1997). Ο Mike Oliver, ο Vic Finkelstein (1979, 1981) και ο Colin Barnes (1992) ως ακαδημαϊκοί επιστήμονες που ήταν και οι ίδιοι άτομα με αναπηρία, έδωσαν επιπλέον ακαδημαϊκή αξιοπιστία στη σημαντικότητα του κοινωνικού προτύπου θεώρησης, με αποτέλεσμα τη συνειδητοποίηση, από τη μεριά των ΑμεΑ, αυτών των καταστάσεων καθώς και της κοινωνικής καταπίεσης, που οδήγησε στην απόφαση για συλλογική διεκδίκηση απέναντι στην

κοινωνία και συνέβαλε στη δημιουργία του Διεθνούς και Ευρωπαϊκού Αναπηρικού Κινήματος και στην οργανωμένη πολιτική προσπάθεια διεκδίκησης νομοθετικού πλαισίου για ισότιμα δικαιώματα στην εργασία, την εκπαίδευση και την ανεξάρτητη διαβίωση (Shakespeare & Watson, 2001; Finkelstein, 2001).

Ιατρικό πρότυπο	Κοινωνικό πρότυπο
Η αναπηρία είναι μια «προσωπική τραγωδία»	Η αναπηρία είναι η εμπειρία της κοινωνικής κατοχής
Η αναπηρία είναι ένα προσωπικό πρόβλημα	Η αναπηρία είναι ένα κοινωνικό πρόβλημα
Το Ιατρική φροντίδα είναι η «θεραπεία»	Οι ομάδες και τα συστήματα αυτοβοήθειας ωφελούν τα άτομα με αναπηρίες πάρα πολύ
Κυριαρχία των ειδημόνων	Προσωπική και συλλογική ευθύνη
Η εμπειρία υπάρχει σε (καταρτισμένους) επαγγελματίες	Η εμπειρία είναι η πείρα των ατόμων με αναπηρίες
Το άτομο με αναπηρίες πρέπει να προσαρμοστεί	Το άτομο με αναπηρίες πρέπει να επιβεβαιωθεί
Τα άτομα με αναπηρίες έχουν μια μεμονωμένη ταυτότητα	Τα άτομα με αναπηρίες έχουν μια συλλογική ταυτότητα
Τα άτομα με αναπηρίες χρειάζονται φροντίδα	Τα άτομα με αναπηρίες έχουν δικαιώματα
Οι επαγγελματίες έχουν τον έλεγχο	Τα άτομα με αναπηρίες πρέπει να κάνουν τις επιλογές τους
Η αναπηρία είναι ένα ζήτημα πολιτικής	Η αναπηρία είναι ένα πολιτικό ζήτημα
Μεμονωμένες προσαρμογές	Κοινωνική αλλαγή

Πίνακας 2: Διαφορές αντίληψης της αναπηρίας στο ιατρικό και στο κοινωνικό μοντέλο (Πηγή: ETTAD, 2008)

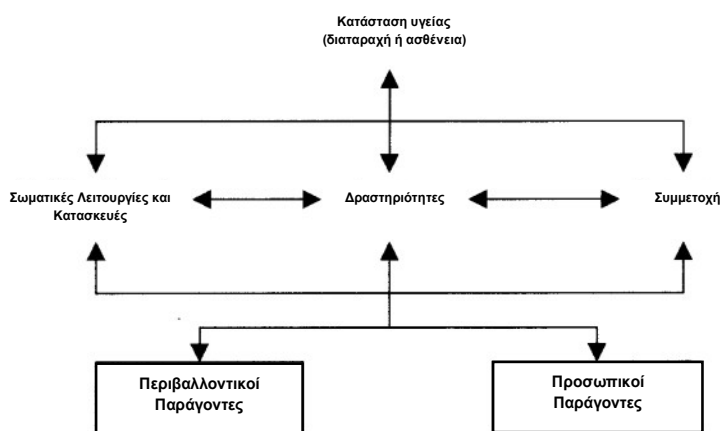
Εξαιτίας λοιπόν του αυξημένου ενδιαφέροντος για την αναπηρία σε διεθνές επίπεδο, το 1980 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κάνει την πρώτη προσπάθεια να παρέχει έναν ορισμό της αναπηρίας, καθολικά αποδεκτό, εκδίδοντας το εγχειρίδιο της *Διεθνούς Ταξινόμησης Βλαβών, Αναπηριών και Μειονεξιών* (International 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). Αυτά τα δυο ξεχωριστά γεγονότα, που συνετέλεσαν στην αναγνώριση της σημαντικότητας και της πληθωρικότητας αυτής της κατάστασης, είχαν διαφορετική αποδοχή από τη διεθνή κοινότητα της αναπηρίας και όχι μόνο. Από την μια, το εγχειρίδιο δέχτηκε σφοδρή κριτική σε διάφορα επίπεδα τόσο για την αποκλειστικότητα της χρήσης ιατρικών ορισμών και βιο-φυσικών υποθέσεων "κανονικότητας", όσο και για τη αποδοχή της λέξης "βλάβες" που ορίζεται ως η αιτία της "αναπηρίας" και της "μειονέξιας". Συνεπώς, η λογική υπαγορεύει α) ότι αυτές οι βλάβες πρέπει να εξαλειφθούν, να ελαχιστοποιηθούν ή να θεραπευτούν, και β) ότι η ζωή αυτών των ατόμων είναι εξαρτημένη από τους επαγγελματίες υγείας για την παροχή θεραπευτικής και κοινωνικής υποστήριξης (Oliver, 1990; Davis, 1995). Από την άλλη, με την υιοθέτηση του 1981 ως Διεθνές Έτος για τα Άτομα με Αναπηρία έγινε μια επίσημη αναγνώριση ότι οι εθνικές κυβερνήσεις είναι υπεύθυνες για την εξασφάλιση ίσων δικαιωμάτων για τα άτομα με αναπηρία. Από εκεί και έπειτα, ακολούθησαν και άλλες δράσεις από τον ΟΗΕ που σχετίζονταν με την παγκόσμια στρατηγική για την αναπηρία, με πιο κύρια τη θεσμοθέτηση της 3^{ης} Δεκεμβρίου ως Παγκόσμια Ημέρα Ατόμων με Αναπηρία (United Nations, 1992), η οποία γιορτάζεται με διάφορους βαθμούς επιτυχίας σε όλο τον πλανήτη κάθε χρόνο. Η τήρηση της ημέρας στοχεύει στην προώθηση της κατανόησης σε θέματα αναπηρίας και στην κινητοποίηση υποστήριξης για την αξιοπρέπεια, τα δικαιώματα και την ευημερία των ατόμων με αναπηρία.

Τελικά, φάνηκε πως το εγχειρίδιο δε μπορούσε να αντιπροσωπεύσει την πολυπλοκότητα της αναπηρίας και για αυτό δέχτηκε πολλές κριτικές από το αναπηρικό κίνημα και τους ανθρώπους που σχετίζονταν με θέματα αναπηρίας, δημιουργώντας έτσι την ανάγκη για αναθεωρήσεις και διορθώσεις (I.C.I.D.H.-2, ICF). Όμως, κριτική και αμφισβήτηση δέχτηκε και το ίδιο το κοινωνικό μοντέλο. Αν και μετά την ανάπτυξη και διάδοση αναγνωρίστηκε καθολικά, με αποδεικτικά στοιχεία, πως το μοντέλο επηρέασε θετικά τις τρέχουσες διεθνείς διακηρύξεις και συμβάσεις, τις εθνικές νομοθεσίες, αλλά και την παγκόσμια εξάπλωση υπηρεσιών

βασισμένων στην κοινότητα και την ένταξη των ΑμεΑ στην εκπαίδευση (Gabel & Peters, 2005), εντούτοις 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. Το κοινωνικό μοντέλο έχει επικριθεί για την αποτυχία του να ασχοληθεί με τις διαταραχές ('impairments'), που θεωρείται ως αναπόσπαστο μέρος της εμπειρίας της αναπηρίας (π.χ. άτομα με σύνδρομο Down). Η σημασία αυτής της κριτικής είναι ότι δε δίνεται η δυνατότητα στο μοντέλο να ερμηνεύσει εξ ολοκλήρου την βιωμένη από τους ανθρώπους εμπειρία της αναπηρίας. Αυτό που τελικά μπορεί κανείς να ισχυριστεί είναι πως ενώ η ζωή μερικών ΑμεΑ μπορεί να ενταχθεί πλήρως εντός του κοινωνικού μοντέλου, σε άλλους αυτό δε 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 αναφερόταν στην προσωπική διάσταση της αναπηρίας εξορίστηκαν από το πλαίσιο της συζήτησης και του διαλόγου. Η κεντρική ιδέα όμως παραμένει ζωντανή στον τρόπο αναφοράς και διεκδίκησης αλλαγών από τα ΑμεΑ, ως βασικός πυλώνας για τη θεώρηση της αναπηρίας,

Η βιο-ψυχο-κοινωνική προσέγγιση του ICF

Μετά τις εκδόσεις του I.C.I.D.H. το 1980 και του I.C.I.D.H.-2 το 1992, το ICF εκδόθηκε από τον Π.Ο.Υ. ως αναβάθμισή τους το 2001 (Bickenbach et al., 1999). Με τον ICF γίνεται προσπάθεια ώστε να συνδυαστεί η βιολογική κατανόηση της διαταραχής με τις κοινωνικές



διαστάσεις της αναπηρίας. Κατανοεί την πολυσυνθετικότητα του ανθρώπου και την αναγάγει στο επίπεδο της κατάστασης της αναπηρίας. Το ICF αποτελεί ένα σύστημα κατάταξης της κατάστασης υγείας με μια σειρά θεωρητικών επιρροών παρά ένα εννοιολογικό μοντέλο. Πάντως, έχει αναγνωριστεί ευρέως ως μια σημαντική κίνηση μακριά από μια βιοϊατρική άποψη για την αναπηρία (Bury, 2000; Leonardi et al., 2006). Αν και δεν πρόκειται για ένα καινούργιο μοντέλο, στόχος του συγκεκριμένου ταξινομικού συστήματος είναι να συνδυάσει τις πτυχές τόσο του ιατρικού όσο και του κοινωνικού μοντέλου αναπηρίας. Με αυτόν τον τρόπο, γίνεται αντιληπτό πως αυτή η αλληλεπίδραση είναι μια εμπειρία κοινή σε όλους τους ανθρώπους και αφορά όλη τη διάρκεια ζωής τους, καθώς η συγκεκριμένη θεωρητική προσέγγιση απορρίπτει την ιδέα του υποτιθέμενου κανόνα που υποστηριζόταν στις προηγούμενες αντιλήψεις της αναπηρίας (Good, 2003).

Τελικά, το ICF προσεγγίζει την αναπηρία με έναν πιο πολυσυστηματικό τρόπο, στο οποίο αν γίνουν προεκτάσεις και προσθήκες και σε άλλους τομείς της ζωής, όπως είναι η Ποιότητα Ζωής, τότε θα μπορεί να θεωρηθεί ως ένα ολοκληρωμένο μοντέλο της αναπηρίας (Whiteneck, 2006). Ακόμα και έτσι όμως, το ICF μοιάζει με ένα πρόσφατα διαμορφούμενο μοντέλο, το οποίο προτάθηκε από τον Carol Thomas (1999) και κάνει τη χαμένη σύνδεση μεταξύ ατόμου και κοινωνίας. Αυτό ονομάζεται *κοινωνικό-σχεσιακό μοντέλο αναπηρίας* και αναγνωρίζει τόσο τις προσωπικές όσο και τις κοινωνικές επιπτώσεις της διαταραχής, εξακολουθώντας όμως να ισχυρίζεται ότι η αναπηρία εξαρτάται από τις κοινωνικές συνθήκες (Thomas, 2004; Reindal, 2008). Αυτό σημαίνει πως η αναπηρία γίνεται κατανοητή σαν αποτέλεσμα της επίδρασης των κοινωνικών συμπεριφορών που προστίθεται στην επίδραση της διαταραχής (Martin, 2013). Όπως συμβαίνει και στο κλασικό κοινωνικό μοντέλο, σημασία δίνεται και εδώ στη μείωση των φραγμών της κοινωνίας για τα άτομα με διαταραχές. Αν και φαίνεται πως αυτό το μοντέλο προσεγγίζει σφαιρικότερα την κατάσταση της αναπηρίας, δεν τυγχάνει ακόμα της προσοχής του διεθνούς αναπηρικού κινήματος και των θεωρητικών που σχετίζονται με την αναπηρία.

Η αναγνώριση των δικαιωμάτων των Ατόμων με Αναπηρία και η πορεία μέχρι τη Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία

Τα Άτομα με Αναπηρία, εκ φύσεως, πρέπει να απολαμβάνουν τα ίδια δικαιώματα με τους ανθρώπους χωρίς αναπηρία. Αυτό όμως δε γίνεται κατανοητό μέσα στην ανάπτυξη και διαμόρφωση της κοινωνίας, αφού όπως αποτυπώθηκε παραπάνω τα μέλη της κοινωνίας τείνουν να αντιμετωπίζουν τα άτομα με αναπηρία σαν άρρωστα, χωρίς δυνατότητα να λειτουργήσουν έλλογα και χωρίς δικαιώματα στην καθημερινότητά τους και γενικά στη ζωή τους. Με την έννοια "ανθρώπινα δικαιώματα" νοούνται τα δικαιώματα που έχει ένα άτομο, επειδή αυτός ή αυτή είναι ένα ανθρώπινο ον. Τα ανθρώπινα δικαιώματα μπορεί επίσης να οριστούν ως οι βασικές ανάγκες, χωρίς τις οποίες οι άνθρωποι δεν μπορούν να ζήσουν με αξιοπρέπεια (Lansdown, 2009, σελ. 11). Το 1948 η Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ υιοθετεί την **Οικουμενική Διακήρυξη για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα** (United Nations, 1948).

Αυτό το κείμενο αποτελεί ουσιαστικά σε όλη του την έκταση την πρώτη αναγνωρισμένη και επικυρωμένη νομοθεσία για την κοινωνική προστασία των ΑμεΑ. Δυο όμως συγκεκριμένα άρθρα ξεχωρίζουν:

- **το άρθρο 25**, στο οποίο συγκεκριμένα αναφέρονται τα κοινωνικο-οικονομικά δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία, και
- **το άρθρο 7**, στο οποίο διασφαλίζεται η ισότητα ενώπιον του νόμου και της ίσης προστασίας από το νόμο για όλους τους ανθρώπους, συμπεριλαμβανομένων και των φαινομένων διάκρισης.

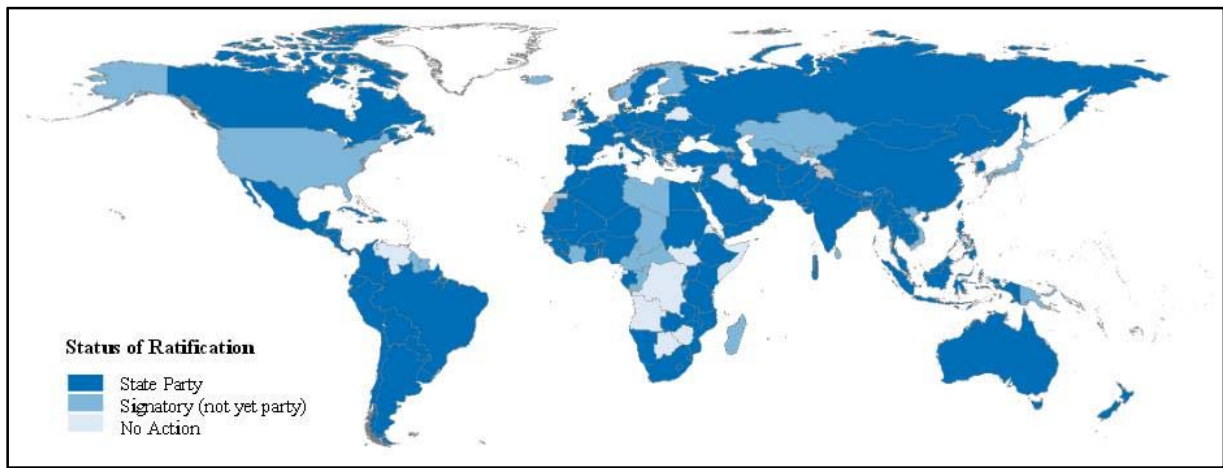
Στα παραπάνω προστέθηκε και το **Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Μορφωτικά Δικαιώματα** (1966) κυρίως με το άρθρο 2, ενώ στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Ένωσης η νομοθετική στήριξη συμπληρώνεται νομίμως με την Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την **Προστασία των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και των Θεμελιωδών Ελευθεριών** (Council of Europe, 1950), κυρίως με το δεύτερο άρθρο που γίνεται αναφορά στην νοητική αναπηρία. Το τοπίο σχετικά με τα δικαιώματα των ΑμεΑ παραμένει ακόμα μη ξεκάθαρο εκείνη την και δημιουργούνται δυο ακόμα διακηρύξεις που αφορούν αποκλειστικά τα ΑμεΑ. Η πρώτη ονομάζεται **Διακήρυξη των Δικαιωμάτων για Άτομα με Νοητική Υστέρηση** (United Nations, 1971), δηλώνοντας ξεκάθαρα πως «τα νοητικά καθυστερημένα άτομα έχουν, στο μέγιστο εφικτό

βαθμό, τα ίδια δικαιώματα με τους άλλους ανθρώπους.» Η δεύτερη, που είναι και η πιο βασική, είναι η **Διακήρυξη των Δικαιωμάτων των ΑμεΑ** (United Nations, 1975), που αποφασίστηκε στο πλαίσιο της περαιτέρω ανάπτυξης και εμπέδωσης της φιλοσοφίας του κοινωνικού κράτους και της προστασίας των κοινωνικών δικαιωμάτων, αποτελώντας συνέπεια της εγγύησης των κρατών-μελών του ΟΗΕ να δραστηριοποιηθούν για να προάγουν το επίπεδο ζωής των ΑμεΑ. Μετέπειτα ακολούθησαν και άλλες διακηρύξεις και διεθνείς συνθήκες που ξεκαθαρίζουν τα δικαιώματα των ΑμεΑ. Ακολουθώντας τη χρονολογική σειρά εμφάνισής σημειώνονται:

- Η **Διακήρυξη για τα Δικαιώματα των Κωφών-Τυφλών Ατόμων** (1979).
- Η **Διακήρυξη SUNDBERG** (1981) με βασικές αρχές τη συμμετοχή, ένταξη και ανάπτυξη της προσωπικότητας των ΑμεΑ, την αποκέντρωση και τον διεπαγγελματικό συντονισμό.
- Η **Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού** (1989) με το **άρθρο 23** αναγνωρίζει άμεσα τα δικαιώματα των παιδιών με αναπηρίες, δηλώνοντας ότι τα παιδιά με αναπηρίες έχουν δικαίωμα σε μια "πλήρη και ικανοποιητική ζωή" με αξιοπρέπεια και συμμετοχή στην κοινότητα.
- Το **Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης** (2000) με τα **άρθρα 1 και 21**.

Όλα τα προηγούμενα νομοθετικά κείμενα είτε αναφερόντουσαν έμμεσα στα δικαιώματα των ΑμεΑ είτε περιορίζονταν σε 2-3 άρθρα τους που ξεκάθαρα διαπραγματευόντουσαν τα ζητήματα της αναπηρίας είτε γινόταν αναφορά μόνο σε ένα είδος αναπηρίας. Εξαίρεση αποτελεί η Διακήρυξη των Δικαιωμάτων των ΑμεΑ στην οποία υπάρχει μια γενικότερη αντίληψη της κατάστασης της αναπηρίας, αλλά η διακήρυξη του 1975 επηρεαζόταν από τις κοινωνικές θεωρήσεις απέναντι στο θέμα που διαπραγματευόταν, την αναπηρία. Για αυτό στις 30 Μαρτίου 2006, εγκρίθηκε από τη Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ η **Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία** (2006), συγκεντρώνοντας όλα εκείνα τα χαρακτηριστικά για να μειωθούν οι διακρίσεις προς τα Άτομα με Αναπηρία. Η αποδοχή της συγκεκριμένης σύμβασης ήταν θεαματική και αποτέλεσε ρεκόρ ο αριθμός των χωρών που δεσμεύτηκαν και υπέγραψαν τη Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών την εναρκτήρια ημέρα, στις 30 Μαρτίου 2007. Η Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία αποτελεί την πρώτη σύμβαση ανθρωπίνων

δικαιωμάτων του 21^{ου} αιώνα και είναι το πρώτο νομικά δεσμευτικό μέσο για τα ανθρώπινα δικαιώματα που προστατεύει πλήρως τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία (“Convention on the Rights of Persons with Disabilities,” 2014). Μέχρι σήμερα, από τα 193 κράτη-μέλη του ΟΗΕ έχουν επικυρώσει τη Σύμβαση (δηλαδή έγινε νομοθεσία του κάθε κράτους) 141 χώρες. Στην Ελλάδα η επικύρωση έγινε στις 31 Μαΐου 2012¹.



Εικόνα 5: Επικύρωση Σύμβασης για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία
(Πηγή: United Nations Office of Legal Affairs (OLA), January 31, 2013 <http://untreaty.un.org/ola>)

Τα 50 άρθρα που συνθέτουν τη Σύμβαση καλύπτουν διάφορες ηλικιακές ομάδες, ξεχωριστές εκφάνσεις και καταστάσεις ζωής, ενώ γενικά δίνεται ιδιαίτερη σημασία στις πολλαπλές διακρίσεις (π.χ. γυναικείο φύλο και αναπηρία). Μέσα από τα άρθρα περιγράφονται τα αστικά, τα πολιτιστικά, τα πολιτικά, τα κοινωνικά και τα οικονομικά δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία. Η Σύμβαση υιοθετεί μια ευρεία κατηγοριοποίηση των ατόμων με αναπηρία και επιβεβαιώνει ότι όλα τα πρόσωπα, με όλους τους τύπους αναπηρίας, πρέπει να απολαμβάνουν όλα τα ανθρώπινα δικαιώματα και τις θεμελιώδεις ελευθερίες. Διευκρινίζει και πληροί τις προϋποθέσεις για το πώς οι κατηγορίες των δικαιωμάτων ισχύουν για όλα τα άτομα με αναπηρία και προσδιορίζει τους τομείς όπου θα πρέπει να γίνονται προσαρμογές για τα άτομα με

¹ N. 4074/2012

αναπηρία, με σκοπό να ασκούν αποτελεσματικά τα δικαιώματά τους και επισημαίνει τους τομείς όπου καταπατούνται αυτά τα δικαιώματα, με σκοπό την ενίσχυση και την προστασία τους.

Η Σύμβαση έχει μια σαφή διάσταση του κοινωνικού μοντέλου αναπηρίας και αυτό φαίνεται άμεσα από το 1^ο Άρθρο της, που λειτουργεί ως ορισμός των ΑμεΑ:

Τα άτομα με αναπηρίες περιλαμβάνουν εκείνα που έχουν μακροχρόνια σωματικά, ψυχικά, διανοητικά ή αισθητήρια εμπόδια, που, σε αλληλεπίδραση με διάφορα εμπόδια, μπορούν να παρεμποδίσουν την πλήρη και αποτελεσματική συμμετοχή τους στην κοινωνία, σε ίση βάση με τους άλλους.

Βέβαια, πάνω σε αυτή την άποψη μερικοί μελετητές εγείρουν μια διαφορετική γνώμη, λέγοντας ότι ο ορισμός αυτός είναι περισσότερο ιατρικός παρά κοινωνικός, διότι περιορίζει την έννοια της αναπηρίας στα ίδια τα άτομα με τη διαταραχή, παραλείποντας να αναγνωρίσει ότι ένα άτομο βιώνει την εμπειρία της αναπηρίας σε συνάρτηση με το περιβάλλον στο οποίο ζει. Δε συμβαδίζει με την τρέχουσα έκδοση του ICF δεν ορίζει ένα συγκεκριμένο αίτιο αναπηρίας. Δηλαδή με αυτόν τον ορισμό δε διαφαίνεται η δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ του ατόμου με την κατάσταση της υγείας και τους προσωπικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που καθορίζουν την αναπηρία (Leonardi et al., 2006). Ίσως ο ορισμός της Σύμβασης χρειάζεται επανεκτίμηση υπό το πρίσμα της δυναμικότητας.

Ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός ότι στη Σύμβαση καταγράφονται για πρώτη φορά θέματα που και στον 21^ο αιώνα θεωρούνται "απαγορευμένα", ταμπού. Ιδιαίτερη προσοχή λοιπόν αξίζει να δοθεί στο Άρθρο 21, και κυρίως στην παράγραφο 1:

Τα Συμβαλλόμενα Κράτη λαμβάνουν αποτελεσματικά και κατάλληλα μέτρα προκειμένου να εξαλείψουν τις διακρίσεις κατά των ατόμων με αναπηρίες, σε όλα θέματα που σχετίζονται με το γάμο, την οικογένεια, την πατρότητα και τις σχέσεις, σε ίση βάση με τους άλλους,

Το Άρθρο αναφέρεται στο δικαίωμα του ΑμεΑ να δημιουργεί ερωτικές σχέσεις και στη διατήρηση αυτής με αποτέλεσμα το γάμο. Έμμεσα δηλαδή αναδεικνύεται και η έμφυτη σεξουαλικότητα των ΑμεΑ και το δικαίωμα της σεξουαλικής έκφρασης και επιθυμίας τους, ένα θέμα που διαστρεβλώνεται σε παγκόσμιο επίπεδο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β΄

Η ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΕΙΔΟΥΣ

Η ανθρώπινη σεξουαλικότητα ως ένα αναπόσπαστο τμήμα της προσωπικότητας

Προτού αναπτυχθεί το θέμα της σεξουαλικότητας στα άτομα με αναπηρία, και κυρίως στα άτομα με κινητική αναπηρία, πρέπει να γίνει κατανοητό και να αναδειχθεί το θέμα της σεξουαλικότητας για όλα τα ανθρώπινα όντα. Η ύπαρξή της είναι έμφυτη, διαμορφώνει και διαμορφώνεται από τις ανάγκες της προσωπικότητας, αποτελώντας βασικό συστατικό αυτής. Η ανθρώπινη σεξουαλικότητα αποτελεί μια φυσιολογική λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού, όπως π.χ. η πέψη (Βαϊδάκης, 2005). Οι βασικές αρχές της ανθρώπινης σεξουαλικότητας είναι καθολικές και αναπόσπαστες του τι σημαίνει να είσαι άνθρωπος. Είναι δικαίωμα του ανθρώπου, προστατεύοντας συγχρόνως την ατομικότητα και την ελευθερία του άλλου προσώπου στην έκφρασή της (R. G. Parker, 2007; International Council on Human Rights Policy, 2009).

Η σεξουαλικότητα είναι ένας από τους τρόπους που έχουμε γίνει φωτισμένοι, στην πραγματικότητα, γιατί μας οδηγεί στην αυτογνωσία.

Alice Walker (1944 – σήμερα)

Σύμφωνα λοιπόν με τα συμπεράσματα της συνάντησης για την προαγωγή της σεξουαλικής υγείας, σεξουαλικότητα (sexuality) είναι μια πυρηνική παράμετρος της ανθρώπινης ύπαρξης που περιλαμβάνει το φύλο, το κοινωνικό φύλο, την ταυτότητα και το ρόλο φύλου, τον σεξουαλικό προσανατολισμό, τον ερωτισμό, την συναισθηματική πρόσδεση (αγάπη) και την αναπαραγωγή. Βιώνεται ή εκφράζεται με σκέψεις, φαντασιώσεις, επιθυμίες, πεποιθήσεις, στάσεις ζωής, αξίες, δραστηριότητες, πρακτικές, ρόλους, σχέσεις. Επίσης, η σεξουαλικότητα είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικο-οικονομικών, πολιτισμικών, ηθικών και θρησκευτικών / πνευματικών παραγόντων (Pan American Health Organization & World Health Organization, 2000). Όλα αυτά τα στοιχεία που αναδύονται από τον ορισμό της σεξουαλικότητας έχουν παράλληλα το δικό τους ξεχωριστό ορισμό, η ανάπτυξη των οποίων ξεφεύγει από τα όρια του συγκεκριμένου πονήματος. Επικουρικά, πρέπει να διευκρινιστεί πως, ενώ η σεξουαλικότητα μπορεί να περιλαμβάνει όλες αυτές τις πτυχές, δεν χρειάζεται όλες αυτές οι διαστάσεις να βιώνονται ή να εκφράζονται. Τέλος, η Αμερικάνικη Ψυχολογική Εταιρεία (American Psychological Association – APA) δίνει τη δική της διάσταση για τη έννοια της

σεξουαλικότητας την ίδια χρονιά. Σύμφωνα με την APA, η σεξουαλικότητα περιλαμβάνει τρία στάδια (Kazdin, 2000):

- *Επιθυμία, το ενδιαφέρον του να είσαι σεξουαλικός.*
- *Ενθουσιασμός, η κατάσταση της διέγερσης που προκαλεί η σεξουαλική ενεργοποίηση.*
- *Οργασμός, η κορύφωση της σεξουαλικής ευχαρίστησης.*

Η πορεία προς την αναγνώριση της ανθρώπινης σεξουαλικότητας

Σύμφωνα με την τρέχουσα άποψη, η σεξουαλική λειτουργία θεωρείται πως διαμορφώνεται και από τα τρία βασικά επίπεδα ανάπτυξης του «βιο-ψυχο-κοινωνικού» ατόμου: το βιολογικό, το κοινωνικό και το ψυχολογικό. Φυσικά, η διαίρεση σε τρία επίπεδα – διαστάσεις είναι σχηματική και γίνεται για σκοπούς παρατήρησης και μελέτης, αφού στην πραγματικότητα αυτά αλληλοεπηρεάζονται και πολλές φορές τα όριά τους είναι ασαφή (Βαϊδάκης, 2005). Μέχρι να δημιουργηθεί και να αναγνωριστεί ευρέως το παραπάνω μοντέλο, η ανθρώπινη σεξουαλικότητα δέχτηκε πολλές επικρίσεις και περιορισμούς.

Η σεξουαλικότητα, κατά την πορεία και την εξέλιξη της ανθρωπότητας, έχει δεχτεί επιρροές από κοινωνικούς κανόνες και θρησκευτικές αντιλήψεις που στην πραγματικότητα την μετέτρεψαν από μια "πυρηνική παράμετρο" της ανθρώπινης φύσης και ηθικό σε κάτι ευτελές και ανήθικο. Η Πτώση του Ανθρώπου που περιγράφεται στο βιβλίο της Γένεσις (Γένεσις 3), η ιστορία της Ελένης της Τροίας στην Ιλιάδα και η πτώση της Ρωμαϊκής Αυτοκρατορίας, που αρκετοί ερευνητές πιστεύουν πως προερχόταν από την απαθλίωση των σεξουαλικών ηθών (Gibbon, 1776; Farrington et al., 1994; Cawthorne, 2005) αποτελούν παραδείγματα για το πώς η παράδοση αντιλαμβανόταν λανθασμένα το θέμα της σεξουαλικότητας και το πώς θεωρούταν ως αιτία της ανθρώπινης εξαθλίωσης. Ιστορικά, ο πιο διαδεδομένος σεξουαλικός κανόνας, και ο κανόνας που προωθείται σχεδόν καθολικά από όλες τις θρησκείες του κόσμου, είναι ότι το σεξ είναι κατάλληλο μόνο μέσα στο γάμο και οι σεξουαλικές πράξεις υποτιμούνται όταν ασκούνται εκτός αυτού.

Οι περισσότεροι διαδεδομένες θρησκείες διαδίδουν το θέμα της "εγκράτειας" (Μπαμπινιώτης, 2002) για τη σεξουαλικότητα, θεωρώντας την σαν πάθος όταν δεν επιτελείται εντός του γάμου.

- Στο Χριστιανισμό, ο Απόστολος Παύλος στην 1^η επιστολή του προς τους Κορινθίους (1 επ. Κορινθίους 7:8-9), αναφέρει πως είναι καλό για τους ανύπαντρους να παραμείνουν σε αυτήν την κατάσταση, αλλά αν δεν μπορούν να ελέγξουν τον εαυτό τους, θα πρέπει να παντρευτούν, αφού είναι καλύτερα να παντρευτείς από το να σε κάμει το πάθος. Βέβαια στην ίδια επιστολή (1 επ. Κορινθίους 7:5), ο Απ. Παύλος ενθαρρύνει τα ζευγάρια να είναι ενεργά σεξουαλικά μεταξύ τους συχνά, ώστε να μην υπάρχει πειρασμός από το σατανά, χάνοντας τον αυτοέλεγχο -εννοώντας με εξωσυζυγική σχέση (Ματθαίου 19:6). Υπάρχουν όμως πολλά επιπρόσθετα παραδείγματα που κινούνται στο ίδιο σκεπτικό. Για το θέμα του αυνανισμού, η Ορθόδοξη Χριστιανική θρησκεία το θεωρεί αμαρτία κατατάσσοντάς το στις "κατά μόνας αμαρτίες" (Βίτκου, 2013). Ο αυνανισμός αποτελεί, κατά την Ορθόδοξη Χριστιανική Εκκλησία, την εκτόνωση της επιθυμίας για συνουσία, όταν αυτή δεν είναι εφικτή για διάφορους λόγους. Σύμφωνα όμως με τον π. Φιλόθεο Φάρο (2009), σημασία δεν έχει η πράξη όσο το κίνητρο· η πράξη συνιστά αμαρτία εάν και καθ' όσον έχει ως κίνητρο την ικανοποίηση του εγώ και όχι την αγάπη.
- Όπως και στη Χριστιανική θρησκεία, έτσι και στον Ισλαμισμό η έκφραση της σεξουαλικότητας εκτός γάμου απαγορεύεται και θεωρείται αμαρτία, όπως και οι προγαμιαίες σεξουαλικές επαφές (Κοράνι 17:32). Έτσι, ο γάμος θεωρείται η μέγιστη προτροπή του Θεού προς τον άνθρωπο (Κοράνι 24:32) και είναι ευλογημένος από το Θεό (Κοράνι 30:21). Βέβαια, στον Ισλαμισμό επιτρέπεται ο γάμος ενός άνδρα με έως και τέσσερις γυναίκες αρκεί να είναι δίκαιος σε κάθε μια από αυτές. Διαφορετικά, πρέπει να μείνει με μια γυναίκα (Κοράνι 4:3). Και με τον όρο "δίκαιος", νοείται δίκαιος και στις σεξουαλικές του υποχρεώσεις. Μέσα στον Ισλαμισμό, το σεξ θεωρείται μια ευχάριστη, ακόμα και πνευματική δραστηριότητα, και καθήκον του πιστού (Κοράνι 2:222). Ένα τουλάχιστον χαντίθ (= κείμενο με αναφορές σχετικά με τις πράξεις και τα λόγια του Μωάμεθ)

δηλώνει ρητά ότι η σεξουαλική συνεύρεση ενός παντρεμένου ζευγαριού αποτελεί καλή πράξη που ανταμείβεται από τον Θεό. Μέσα στο Κοράνι και στα χαντιθς γίνεται ξεκάθαρη αναφορά τόσο στον οργασμό του άνδρα και της γυναίκας όσο και στην παρόμοια σεξουαλική δραστηριότητα και των δύο φύλων (Rizvi, 2001). Ακόμα μια άποψη που μοιράζεται ο Ισλαμισμός και ο Χριστιανισμός είναι το θέμα του αυνανισμού. Και στον Ισλαμισμό, ο ατομικός αυνανισμός είναι μια αμαρτία εγωιστικής πράξης που απαγορεύεται (Κοράνι 23:5-6).

- Ο *Ιουδαϊσμός* προωθεί μέσω της διδασκαλίας του το θέμα της έκφρασης της σεξουαλικότητας μόνο μέσα στο πλαίσιο του γάμου, μια πράξη που είναι ηθική. Πιο συγκεκριμένα, το Ταλμούδ (= εξωβιβλική συλλογή εβραϊκών κειμένων που αποτελεί τη συνέχεια της ιουδαϊκής Βίβλου) ορίζει το προγαμιαίο σεξ ως ασυδοσία. Παρά το γεγονός ότι η ασυδοσία δεν κατατάσσεται τόσο χαμηλά όσο η μοιχεία, και ότι υπό ορισμένες συνθήκες τεχνικά δεν απαγορεύεται, εντούτοις το προγαμιαίο σεξ αποδοκιμάζεται από τις παραδοσιακές εβραϊκές κοινωνίες (Biale, 1995). Πάντως σεξουαλικά διαχωρίζεται ο ρόλος των ανδρών και των γυναικών, αφού θεωρείται πως οι γυναίκες έχουν περισσότερες σεξουαλικές ευθύνες, και αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες κυρώσεις, από τους άνδρες σε ζητήματα όπως η μοιχεία, και για αυτό πρέπει να επιδίδονται σε τελετουργίες ώστε να εξασφαλίζεται η σεξουαλική αγνότητα (Schneider, 1984). Τέλος, μέσα από τη βιβλική αφήγηση του Αυνάν (Talmud: Niddah 13), το Ταλμούδ απαγορεύει το αρσενικό αυνανισμό, δεδομένου ότι οδηγεί σε άσκοπη έκχυση του σπέρματος, ή σε σκέψεις ακάθαρτων γυναικών, δηλαδή γυναικών εκτός από τη νόμιμη σύζυγο του άνδρα.

Και ενώ η θρησκεία δημιουργεί κάποιες δεσμεύσεις και περιορισμούς στο θέμα της σεξουαλικότητας θέτοντας όρια μέσα στα οποία αυτή θα μπορεί να εκφράζεται, οι κοινωνικές ανάγκες και απόψεις της κάθε εποχής ανήγαγαν τη σεξουαλικότητα σε κάτι πολύ σπουδαίο και απαραίτητο για τον άνθρωπο και αυτό εκδηλώνεται μέσα από την τέχνη και τα απομεινάρια της ιστορίας που διασώζονται για προσωπικά, και όχι μόνο, βιώματα. Τρεις πολιτισμοί ξεχωρίζουν για την εμφανή σεξουαλική δραστηριότητα, κληρονομιά που άφησαν στις επόμενες γενιές.

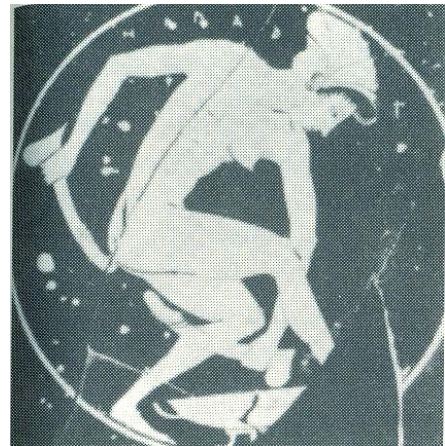
-
- Μέσα από ινδουιστικά κείμενα διακρίνονται κάποιες πτυχές της σεξουαλικής έκφρασης της *Ινδίας*, η οποία δείχνει τον υποτιμητικό ρόλο της γυναίκας μέσα στην κοινωνία, την ύπαρξη της πολυγαμίας και τη δυνατότητα πραγματοποίησης σεξουαλικής πράξης και εκτός γάμου (Kasem, 2001; Α. Μιχαηλίδης, 2006). Επίσης, πληροφορίες υπάρχουν και στα έπη της αρχαίας Ινδίας, το Ramayana (Buck et al., 2000) και το Mahabharata (Buck, 2000), τα οποία έχουν συνταχθεί γύρω στα 1400 έτη π.Χ. Τα κείμενα αυτά υποστηρίζουν την άποψη ότι στην αρχαία Ινδία, η σεξουαλική πράξη θεωρούνταν μια αμοιβαία υποχρέωση ανάμεσα σε ένα παντρεμένο ζευγάρι, όπου ο άνδρας και η γυναίκα ευχαριστούσε ο ένας τον άλλο εξίσου, με το σεξ να θεωρείται ιδιωτική υπόθεση. Όσο για την πολυγαμία φαίνεται πως ασκείτο από τους άρχοντες, ενώ οι απλοί άνθρωποι διατηρούσαν τη μονογαμία (Oman, 2004). Από τη συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή έρχεται και το Kama Sutra, το πιο γνωστό σεξουαλικό λογοτέχνημα της Ινδίας. Δημιουργήθηκε από τους Ινδουιστές ως εγχειρίδιο για τον έρωτα στο γάμο. Το κείμενο τονίζει πως η ευχαρίστηση είναι ο σκοπός της συνουσίας και πηγαίνει ακόμη βαθύτερα σχετικά με τις ομοφυλοφιλικές επιθυμίες θεωρώντας πως είναι το ίδιο με ετεροφυλόφιλους επιθυμίες (Vatsyayana et al., 2002). Όπως λέει και ο Indra Sinha (1997) «το Kama Sutra δεν είναι ούτε αποκλειστικά εγχειρίδιο του σεξ ούτε, όπως επίσης συνήθως χρησιμοποιείται για την τέχνη, ένα ιερό ή θρησκευτικό έργο». Είναι μια φιλοσοφία, ένας τρόπος σκέψης. Φαίνεται τελικά πως η Ινδία διαδραμάτισε ένα σημαντικό ρόλο στην ιστορία του σεξ, με το να γράφει ένα από τα πρώτα κείμενα λογοτεχνίας που αντιμετωπίζει τη σεξουαλική επαφή ως μια πρωτόλεια "επιστήμη". Θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η Ινδία πρωτοστάτησε στην χρήση της σεξουαλικής εκπαίδευσης μέσα από την τέχνη και τη λογοτεχνία.
 - Στην *αρχαία Ελλάδα* (με έναρξη περίπου το 700 π.Χ.) είναι ξεκάθαρο πως οι κοινωνίες ήταν δομημένες σε ένα πρότυπο ανδρικής κυριαρχίας. Στην Αθήνα, η γυναίκα θεωρούνταν ιδιοκτησία του άνδρα, ενώ οι γυναίκες της Σπάρτης είχαν περισσότερη υπόληψη. Οι άνδρες είχαν τον έλεγχο για όλα τα ζητήματα της κοινωνίας και αυτό φαίνεται και μέσα από τη σεξουαλική ζωή, αφού οι γυναίκες ήταν σε αδυναμία να ορίσουν τον εαυτό τους ακόμα και στην ερωτική

συνεύρεση, στην οποία ο άνδρας είχε τον απόλυτο και αποκλειστικό έλεγχο. Οι άνδρες μπορούσαν να χαίρονται τη σεξουαλική τους ορμή έξω από το γάμο, ενώ οι γυναίκες είχαν το δικαίωμα να επικοινωνούν σεξουαλικά μόνον με το σύζυγό τους και ήταν εξαρτημένες από την εύνοια και την ετοιμότητα του συζύγου. Για το γάμο η γενετήσια ζωή έπαιζε δευτερεύοντα ρόλο.

Απαιτούσε μιν τη σωματική ένωση για τη γέννηση των απογόνων, δεν είχε όμως ως καθήκον της την ικανοποίηση της γενετήσιας ορμής ή την πλήρωση αισθησιακής ηδονής. Ούτε οι νόμοι ούτε τα ήθη απαιτούσαν την αποκλειστική ενότητα γέννησης και ηδονής. Η εξωσυζυγική αναζήτηση ενός άνδρα δεν ήταν αποδοκιμαστέα. Οι άνδρες μπορούσαν να χαίρονται τη σεξουαλική τους ορμή και

έξω από το γάμο, ακόμα και αν αυτή η συμπεριφορά δεν ανταποκρινόταν στα υψηλά ηθικά ιδανικά, ωστόσο ήταν ανεκτή (Reinsberg, 1999; Flaceliere, 2009). Για αυτό και οι άντρες πίστευαν ότι η εκλεπτυσμένη πορνεία ήταν απαραίτητη για την ευχαρίστησή τους και διαφορετικές κατηγορίες εκδιδόμενων γυναικών ήταν διαθέσιμες (Reinsberg, 1999):

- ο Εταίρα, γυναίκα μορφωμένη και ευφυής σύντροφος, ήταν για την πνευματική όσο και σωματική ευχαρίστηση. Η εταίρα είχε την εικόνα της πολιτισμένης και αυτοσυνείδητης γυναίκας
- ο Πόρνη, γυναίκα που αν και δεν ασκούσε επάγγελμα απαγορευμένο από τους νόμους αντιμετώπιζε όμως σε αυστηρή κριτική από μέρους της κοινωνίας. Οι πόρνες ήταν για εκείνους που με τα πενιχρά τους μέσα δεν τους επιτρεπόταν να χαρούν μια εταίρα.



Εικόνα 6: Εταίρα κραδαίνει ταυτόχρονα δυο δερμάτινους "φαλλούς", τους οποίους κινεί προς τον εαυτό της ωσάν για να τους εισαγάγει μέσα της και από εμπρός και από πίσω. (Πηγή: *Γάμος Εταίρες Και Παιδεραστία Στην Αρχαία Ελλάδα*, Reinsberg, Carola, μετάφραση από Δημοσθένης Γ. Γεωργοβασίλης, 1999)

-
- ο Ιερόδουλη, νεαρό κορίτσι στην υπηρεσία κάποιας θεότητας, προσέφεραν σεξουαλικές υπηρεσίες στους επισκέπτες του ναού και σε αντίθεση με τις "λαϊκές" πόρνες, οι ιερόδουλες είχαν σημαντική θέση στην κοινωνία.

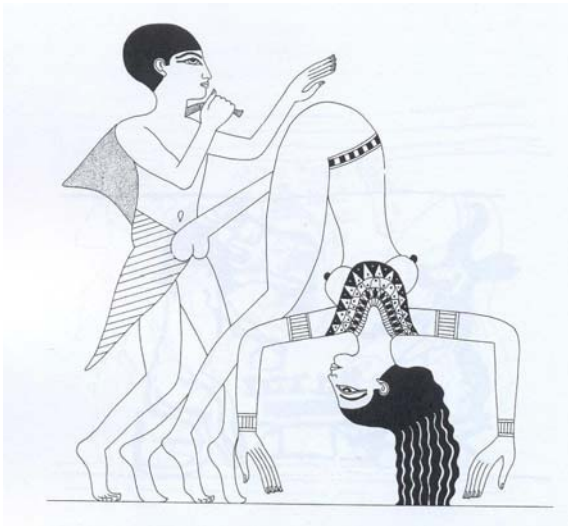
- Από την άλλη, η ομοφυλοφιλία γινόταν αποδεκτή ως φυσιολογικό είδος ερωτικής σχέσης, όπως ακριβώς ήταν και η ετεροφυλοφιλία, και μάλιστα της προσέδιδαν έναν παιδαγωγικό χαρακτήρα κατά τρόπο βαθύτερο και περισσότερο πνευματικό, και όχι τόσο σωματικό-φυσικό, όπως φαίνεται και στη φιλοσοφία του Σωκράτη και των μαθητών του (Πλάτων, 1949). Θεωρούταν ως συμβολή στην ηθική, ακόμα και στα αυστηρά πλαίσια των τότε πολεμικών δυνάμεων (Hanson, 1990; Πλούταρχος, 1993, παρ. 18). Οι πρακτικές αυτές ήταν ένα σημάδι ωριμότητας για τα νεαρά αγόρια, από τους άνδρες που τους θεωρούσαν μέντορες τους. Μολονότι οι γραπτές πηγές καθιστούν σαφές ότι οι Αθηναίοι είχαν πρωκτική επαφή με τους ερωμένους, οι Αθηναίοι καλλιτέχνες απέφευγαν επιμελώς την απεικόνισή της, (Stewart, 2003).



Εικόνα 7: Αθηναϊκό κύπελλο (6^{ου} αι. π.Χ.) που απεικονίζει έναν άνδρα μαζί με έναν ημίγυμνο νεαρό. (Πηγή: Antikenmuseum, Βερολίνο)

- Ένας ακόμα πολιτισμός, αυτός της αρχαίας Ρώμης, παρουσίασε ιδιαίτερες συμπεριφορές σχετικά με τη σεξουαλική έκφραση των πολιτών της. Το καθήκον του πολίτη να ελέγχει το σώμα του, ήταν κεντρικής σημασίας για την έννοια της ανδρικής σεξουαλικότητας στη Ρωμαϊκή Αυτοκρατορία (McGinn, 1998). Σε αυτήν τη ρωμαϊκή πατριαρχική κοινωνία, ο "πραγματικός άνδρας" δεν θα έπρεπε να υποβάλλει τον εαυτό του σε χρήση ή ευχαρίστηση των άλλων. Αντίστοιχη συμπεριφορά έπρεπε να επιδεικνύουν και οι γυναίκες πολίτες της καλής κοινωνικής "τάξης", με μια μορφή σεξουαλικής ακεραιότητας που τόνιζε την ελκυστικότητά τους και τον αυτοέλεγχό τους (Langlands, 2006). Η σεξουαλική

συμπεριφορά περιοριζόταν εντός του γάμου, ειδικά για τις γυναίκες. Όμως, το ρωμαϊκό δίκαιο τιμωρούσε τα σεξουαλικά εγκλήματα όπως τη μοιχεία. Ο όρος μοιχεία αποδιδόταν μόνο όταν ένας σύζυγος είχε σεξουαλική σύντροφο που ήταν παντρεμένη. Τέλος, η πορνεία ήταν νόμιμη, δημόσια και διαδεδομένη, ενώ η ομοφυλοφιλία δεν θεωρούταν ως μείωση της αρρενωπότητας ενός Ρωμαίου και ήταν αποδεκτή όταν οι σεξουαλικοί σύντροφοι ήταν άνδρες κοινωνικά κατώτεροι, όπως πόρνοι, ηθοποιοί και δούλοι (Vanoyeke, 2006; Williams, 2010). Και οι Ρωμαίοι λοιπόν άφησαν κληρονομιά όλη αυτήν τη σεξουαλική τους δραστηριότητα, μέσα από τις άφθονες αποτυπώσεις της στη λογοτεχνία και την τέχνη.



Εικόνα 9: Ερωτικός Πάπυρος του Τουρίνου.
Νέο Βασίλειο, 19^η δυναστεία.
(Πηγή: Αιγυπτιακό μουσείο Τουρίνου)

Από αυτήν τη μικρή αντιπαραβολή των αντιλήψεων, φαίνεται ο διαφορετικός τρόπος προσέγγισης της σεξουαλικότητας. Τα παραδείγματα είναι πολλά και υπάρχουν πολλά περισσότερα (βλ. Εικόνα 8). Σε γενικές γραμμές, ενώ η θρησκεία δημιουργεί ηθικές οδηγίες για να μεταφέρει το μήνυμα πως η σεξουαλικότητα προσδιορίζεται σε ένα πλαίσιο αγάπης και ψυχικής επικοινωνίας, οι κοινωνικές απαιτήσεις τοποθετούν τη σεξουαλικότητα ως ένα συμβάν που πραγματοποιείται για ψυχαγωγικούς σκοπούς. Και τελικά, μέσα στους αιώνες επικράτησε η άποψη της ηθικής γύρω από τη σεξουαλικότητα δημιουργώντας φοβίες,

προκαταλήψεις και προβληματισμούς οι οποίοι καταπίεσαν και προσδιόρισαν σε μεγάλο βαθμό τις προσωπικότητες των ανθρώπων.

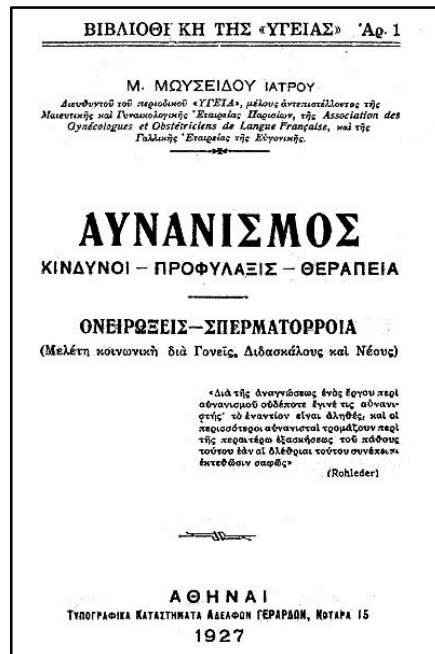
Διατηρώντας τις παραδόσεις των σχέσεων και του γάμου της Ρωμαϊκής Αυτοκρατορίας, το ομοφυλοφιλικό σεξ δεν καταδιωκόταν (μόνο σε συγκεκριμένες συνθήκες και μόνο μεταξύ ανδρών, όπως σημειώθηκε παραπάνω), το διαζύγιο επιτρεπόταν, η μοιχεία δεν αναγνωριζόταν ως άνομη για έναν παντρεμένο άντρα (ενώ η παντρεμένη γυναίκα τιμωρούταν για τη μοιχεία

της), ο αυνανισμός αποτελούσε μια πράξη ανηθικότητας, και όλα αυτά διατηρούνταν ζωντανά στη συνείδηση των ανθρώπων ακόμα και πριν την έναρξη του Μεσαίωνα.

Αντιθέτως, η ανθρώπινη σεξουαλικότητα αντιμετωπίστηκε σαν κάτι μεμπτό και βρώμικο κατά την Μεσαιωνική περίοδο και για αυτό περιορίστηκε μόνο στην ανάγκη ύπαρξή της για την τεκνοποίηση. Πιο συγκεκριμένα, επικρατεί η έννοια της παρθενίας που ήταν μια έννοια-κλειδί για αυτήν την περίοδο. Θεωρούνταν ως η ιδανική κατάσταση και για τους άνδρες και για τις γυναίκες, και ήταν ακόμη πιο ανώτερη και από τη *μονογαμία*. Η έννοια της παρθενίας ήταν πολύ ισχυρή, ώστε κυρίως οι παρθένες γυναίκες θεωρήθηκαν πως είχαν ανώτερες εξουσίες όσον αφορά την αντοχή σε δαιμονικό πειρασμό. Στα παντρεμένα ζευγάρια, έφτανε σε ακραίες καταστάσεις, αφού μερικά από τα μεγαλύτερα σε ηλικία ενθαρρύνονταν να αποχωριστούν και να εισέλθουν σε μοναστικά σπίτια, ζώντας το υπόλοιπο της ζωής τους ως μοναχοί και μοναχές. Πάντως, οι γάμοι ήταν νομικά και θρησκευτικά δεσμευτικοί μέχρι το θάνατο. Στη μεσαιωνική ζωή, ακόμα και μέσα στο ζευγάρι, η σεξουαλική τους δραστηριότητα περιοριζόταν σε πολύ αυστηρούς κανονισμούς. Το *σεξ έπρεπε να προορίζεται μόνο για την αναπαραγωγή*, και ήταν απαραίτητη η *απουσία απόλαυσης*. Έτσι, σεξουαλικές στάσεις που δε μπορούσαν να ευοδώσουν την αναπαραγωγή (διείσδυση από πίσω, γυναίκα από πάνω) ή καταστάσεις όπως ήταν ο στοματικός και πρωκτικός έρωτας, ακόμη και μεταξύ των συζύγων ενός γάμου, ήταν εγκληματικές. Γενικότερα, όλες οι μορφές της σεξουαλικής δραστηριότητας στις οποίες το σπέρμα χυνόταν έξω από τον κόλπο είχαν καταδικαστεί, όπως για παράδειγμα, ο στοματικός έρωτας, ο πρωκτικός έρωτας, ο αυνανισμός. Ακόμα όμως και στο σεξ για αναπαραγωγή, υπήρχαν αυστηροί κανονισμοί για το πότε αυτό θα μπορούσε να γίνει (για παράδειγμα, όχι σε ημέρες νηστείας, όχι τις ημέρες των γιορτών, όχι τις Κυριακές, κ.ά.). Αξιοσημείωτο γεγονός είναι πως οι γυναίκες είχαν το ίδιο δικαίωμα με τους άνδρες στην προσδοκία μονογαμίας από το σύζυγό τους, καθώς και στην προσδοκία του σεξ μέσα στο γάμο. Όλες αυτές οι συσχετίσεις με την μείωση της ευχαρίστησης και την έννοια της εγκράτειας, βασιζόταν στην ιδέα της *αμαρτίας* που ήταν απολύτως θεμελιώδης. Σεξουαλικές πράξεις εκτός από αυτές που προβλέπονταν από την Εκκλησία (όπως αναφέρθηκαν παραπάνω) προσδιορίζονταν κυρίως όσον αφορά την αμαρτωλότητα και την καταπάτηση των ιερών διαταγμάτων του Θεού για την ανθρωπότητα. Τέλος, άλλη μια παράδοξη στάση της κοινωνίας υπήρχε απέναντι στις *πόρνες*, αφού δεν ήταν αρνητική. Πρέπει να σημειωθεί πως αν και η πορνεία ήταν παράνομη, οι πόρνες σπανίως διώκονταν ποινικά. Το επάγγελμά τους αναγνωρίστηκε ως αναγκαίο για να προστατεύσει και να

διαφυλάξει τις άλλες γυναίκες (για παράδειγμα, αν οι άνδρες επιθυμούν πρωκτικό σεξ, θα ήταν καλύτερα αυτό να γινόταν με μια πόρνη από ό, τι με τη σύζυγό του) (Karras, 2005; Ruys, 2013).

Όμως, πρέπει να γίνει κατανοητό πως ο Μεσαίωνας δεν ήταν μια ενιαία χρονική και χωρική οντότητα, και αυτό σημαίνει πως τα σεξουαλικά αυτές πρακτικές δεν είχαν την ίδια ένταση και παρουσία σε όλη την περίοδο και σε όλους τους τόπους. Παρ' όλα αυτά, με πολλούς τρόπους, τα σεξουαλικά ήθη που υπήρχαν μέσα στη μεσαιωνική περίοδο συνέχιζαν να επιβεβαιώνονται μέχρι και τις αρχές της σύγχρονης περιόδου. Στα μέσα του 18^{ου} αιώνα, ο διάσημος στην εποχή του Ελβετός νευρολόγος, παθολόγος, καθηγητής και σύμβουλος του Βατικανού **Samuel-Auguste Tissot** (1728 – 1797) (Barras, 2003) δημοσίευσε μια μελέτη με τίτλο "L'Onanisme" (1764), από όπου καθιερώθηκε και ο όρος αυνανισμός. Στο πόνημα αυτό, ο Tissot ανέφερε ότι ο αυνανισμός, εκτός του ότι ήταν αμαρτία, επιπλέον προκαλούσε θάμβος όρασης, τρεμούλες στα χέρια, δυσκολίες συγκέντρωσης κ.ά., με άλλα λόγια ήταν επιβλαβής στην υγεία (Βαϊδάκης, 2003). Το έργο του παρουσιάστηκε ως ακαδημαϊκό, επιστημονικό αποτέλεσμα σε μια εποχή που η πειραματική φυσιολογία ήταν σχεδόν ανύπαρκτη. Λόγω του επιστημονικού κύρους που απολάμβανε ο Tissot, οι απόψεις του γρήγορα έκαναν τον γύρο της Ευρώπης. Όπως είναι φανερό, είχαν αρχίσει οι ζυμώσεις και είχε ξεκινήσει το επιστημονικό ενδιαφέρον όχι μόνο για τον αυνανισμό, αλλά και για ολόκληρη τη σεξουαλική λειτουργία, πάνω στην οποία πραγματοποιήθηκαν μελέτες. Μια πρώιμη μελέτη έγινε το 1837 σε 3.558 εγγεγραμμένες πόρνες του Παρισιού, από τον Αλέξανδρο Alexander Jean Baptiste Parent-Duchatelet και έχει χαρακτηριστεί ως το πρώτο έργο της σύγχρονης έρευνας γύρω από το σεξ (Bullough, 1989).



Εικόνα 10:
Εξώφυλλο από
το βιβλίο του
ιατρού Μ.
Μουσειδίου,
1927
(Πηγή:
iatropedia.gr,
2013)

Προς τα τέλη του 19^{ου} αιώνα, άρχισαν να ξεχωρίζουν οι πραγματικές επιστημονικές ανησυχίες και διάφοροι μελετητές άρχισαν να υψώνουν τη φωνή τους και να τολμούν να

μιλήσουν για την ανθρώπινη σεξουαλικότητα, προσπαθώντας να κατατάξουν, να ορίσουν και να ερμηνεύσουν διάφορες εκδηλώσεις αυτής. Ο Havelock Ellis (1859-1939), ο Freud (1856-1939) και ο Theodoor Hendrik van de Velde (1873-1937) ήταν μια πρώτη σειρά ιατρών που το έργο τους απέδωσε καρπούς στο δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα (Βαϊδάκης, 2005). Και στην Ελλάδα οι επιρροές για τη σεξουαλική συμπεριφορά είχαν δημιουργήσει μια αρνητική αντίληψη για αυτήν και αυτό φαίνεται από την έκδοση του βιβλίου "ΑΥΝΑΝΙΣΜΟΣ: κίνδυνοι-προφύλαξις-θεραπεία. Μελέτη κοινωνική δια γονείς, δασκάλους και νέους" το 1927, από τον Έλληνα ιατρό, διευθυντή του περιοδικού ΥΓΕΙΑ και της Γαλλικής εταιρίας της Ευγονικής Μ. Μουσειδίδη. Μεταξύ των άλλων γράφει "ΑΥΝΑΝΙΣΜΟΣ είνε ή βδελυρά και όλεθρία συνήθεια, καθ' ήν τά εξω γεννητικά όργανα ερεθίζονται τεχνητός είτε διά τής χειρός, είτε δι' εργαλείων, είτε απλώς διά τής φαντασίας επί σκοπώ γενετησίου διεγέρσεως ή καί ικανοποιήσεως τής γενετησίου ορμής.". Επίσης, ο ίδιος θεωρεί τον αυνανισμό σαν ασθένεια και "ανησηχητικόν κοινωνικόν φαινόμενον" (iatropedia.gr, 2013).

Στον 20^ο αιώνα, πρωτεργάτες στην σεξολογία ήταν ο Alfred Kinsey (1894-1956), που ήταν ζωολόγος, και μαζί με τους συνεργάτες του κατασκεύασε την κλίμακα του Kinsey (Kinsey et al., 1948; Kinsey et al., 1953) και το δίδυμο Masters & Johnson, οι οποίοι με το πρώτο τους βιβλίο *Human Sexual Response* (1966) επιχειρούν μια επιστημονική περιγραφή της ανθρώπινης σεξουαλικής λειτουργίας (Βαϊδάκης, 2005). Μαζί με την αύξηση του ενδιαφέροντος και τεκμηρίωση της επιστημονικής οντότητας της σεξουαλικότητας, μια κοινωνική αντίδραση προώθησε ακόμα περισσότερο την αποδοχή της ποικίλους σεξουαλικής φύσης και διαφοροποίησης του ανθρώπου. Η σεξουαλική επανάσταση, όπως ονομάστηκε, ήταν ένα κοινωνικό κίνημα που αμφισβήτησε τους παραδοσιακούς κώδικες συμπεριφοράς που σχετίζονται με τη σεξουαλικότητα και τις διαπροσωπικές σχέσεις σε όλο τον δυτικό κόσμο και διήρκεσε από τη δεκαετία του 1960 έως τη δεκαετία του 1980 (Allyn, 2001). Η σεξουαλική επανάσταση είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση της αποδοχής του σεξ έξω από τις παραδοσιακές ετεροφυλοφιλικές μονογαμικές σχέσεις (κυρίως γάμου).

Φτάνοντας λοιπόν στο σήμερα και έχοντας κατά νου το πρότυπο του «βιο-ψυχο-κοινωνικού» ατόμου, είναι αποδεκτό πως η σεξουαλικότητα αρχίζει κατά τη σύλληψη με το συνδυασμό των χρωμοσωμάτων και περνά από διάφορα στάδια ανάπτυξης με βασικό σταθμό την εφηβεία. Εκεί, λόγω της ραγδαίας αύξησης των ορμονών εμφανίζονται τα δευτερογενή

χαρακτηριστικά του φύλου και έτσι ολοκληρώνεται η ανάπτυξη της ενστικτώδους αυτής λειτουργίας. Στη συνέχεια, η κοινωνία διαμορφώνει τη σεξουαλική συμπεριφορά (δηλαδή, τη διαδικασία προσέγγισης για την επιτέλεση της αναπαραγωγής) μέσα από την οικογένεια, το σχολείο, τις παρέες, τα περιοδικά, την τηλεόραση, τον κινηματογράφο κ.λπ. Έτσι λοιπόν, τόσο η βιολογική όσο και η κοινωνική παράμετρος συναντώνται και δρουν τελικά πάνω στο κάθε άτομο, επηρεάζουν δηλαδή τη ψυχολογία του ή, καλύτερα, διαπλάθουν τις ψυχολογικές του ανάγκες. Επομένως για να κατανοήσει κανείς καλύτερα τη σεξουαλική συμπεριφορά θα πρέπει να γνωρίζει ότι η σεξουαλική πράξη είναι η τελική διαδικασία πολλών άλλων διεργασιών (Βαϊδάκης, 2005).

Συμπερασματικά, πρέπει να γίνει κατανοητό πως η ανθρώπινη σεξουαλικότητα κινείται μέσα σε ένα φάσμα σεξουαλικότητας και δεν είναι συγκεκριμένος ο τρόπος εκδήλωσή της για όλους τους ανθρώπους (Johnson, 2007). Αυτό σημαίνει πως πολλοί άνθρωποι πειραματίζονται με μια σειρά από σεξουαλικές δραστηριότητες κατά τη διάρκεια της ζωής τους, αν και τείνουν να συμμετέχουν μόνο σε μερικές από αυτές σε τακτική βάση. Μερικοί άνθρωποι απολαμβάνουν πολλές διαφορετικές σεξουαλικές δραστηριότητες, ενώ άλλοι αποφεύγουν τη σεξουαλική δραστηριότητα συνολικά για θρησκευτικούς ή άλλους λόγους. Μερικοί προτιμούν μονογαμικές σχέσεις για σεξ, και άλλοι μπορεί να προτιμούν πολλούς διαφορετικούς συντρόφους σε όλη τη ζωή τους.

Η έκφραση της ανθρώπινης σεξουαλικότητας

Όπως ειπώθηκε και προηγουμένως, η συμμετοχή στη σεξουαλική πρακτική αποτελεί μονάχα το τελικό στάδιο μιας ολόκληρης κατάστασης, που ονομάζεται σεξουαλικότητα. Βάσει της σεξουαλικότητας διαμορφώνεται και εκδηλώνεται η **ανθρώπινη σεξουαλική δραστηριότητα**, ή **ανθρώπινη σεξουαλική συμπεριφορά**. Δηλαδή η σεξουαλική συμπεριφορά αποτελεί τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι βιώνουν και εκφράζουν τη σεξουαλικότητά τους. Υπάρχει μια πληθώρα πιθανών λόγων που οι άνθρωποι επιδίδονται σε σεξουαλική δραστηριότητα. Αν και ο πρωταρχικός εξελικτικός σκοπός τη σεξουαλικής δραστηριότητας είναι η αναπαραγωγή, η έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Meston & Buss (2007) σε σπουδαστές πανεπιστημίου πρότεινε ότι οι άνθρωποι κάνουν σεξ για τέσσερις γενικούς λόγους:

-
- φυσική έλξη,
 - αύξηση συναισθηματικής σύνδεσης,
 - άμβλυνση της ανασφάλειας, καθώς και
 - ως μέσο για ένα σκοπό.

Αυτό σημαίνει πως στην καθημερινότητα, οι άνθρωποι συμμετέχουν σε σεξουαλική δραστηριότητα είτε εξαιτίας της ευχαρίστησης που αντλούν από τη σεξουαλική διέγερση είτε εξαιτίας της σεξουαλικής επιθυμίας που δημιουργείται για ένα πρόσωπο που νιώθουν έλξη είτε εξαιτίας της ανάγκης για σωματική ικανοποίηση μετά από μεγάλη σεξουαλική αποχή είτε αποκλειστικά για την σεξουαλική ευχαρίστηση του συντρόφου είτε για την προσπάθεια τεκνοποίησης είτε για οποιονδήποτε άλλο λόγο που έχει σαν αποτέλεσμα τη σεξουαλική πράξη.

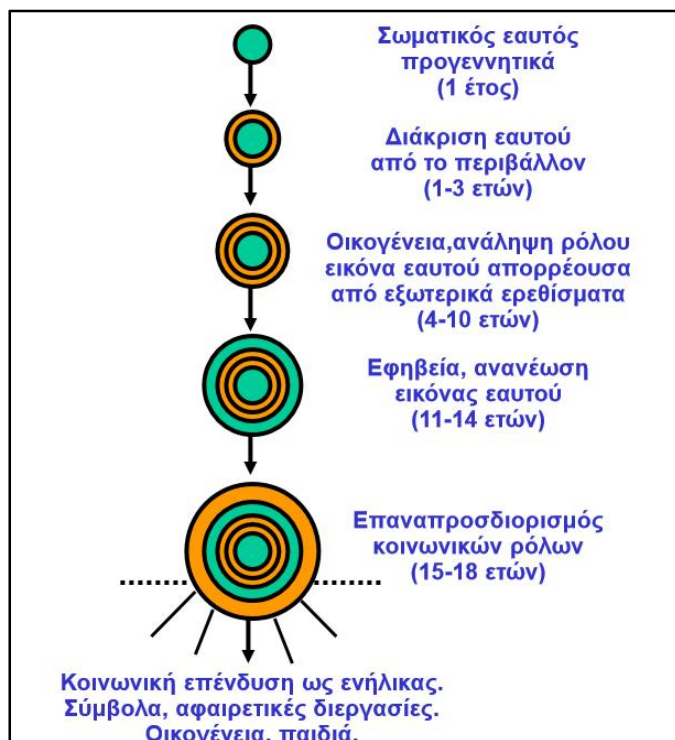
Αν και η σεξουαλικότητα είναι μια πυρηνική παράμετρος της ανθρώπινης φύσης, εντούτοις δεν είναι καθορισμένη από την ημέρα της γέννησής μας. Αντιθέτως, διαμορφώνεται και επηρεάζεται μέσα από διάφορες συνιστώσες. Σε αυτό το σημείο πρέπει να τονιστεί το πολύ σημαντικό και επαναστατικό, για την εποχή του, έργο του Sigmund Freud. Ο **Sigmund Schlomo Freud** (1856–1939) (Storr, 2001), ήταν ο πρώτος που μίλησε ανοιχτά για τα θέματα της σεξουαλικότητας (Grotjahn, 1951) και ήταν αυτός που με το βιβλίο του *Three Essays on the Theory of Sexuality* (1905) παρατήρησε πως η παιδική σεξουαλικότητα είναι ενεργή από την αρχή της ζωής. Ο Sigmund Freud αναλύει τη θεωρία του για την παιδική σεξουαλικότητα, περιγράφοντας τη δυνατότητα του παιδιού να έχει ένα μεγάλο αριθμό αντικειμένων που θα μπορούσαν να αποτελούν μια πηγή ευχαρίστησης καθώς και ότι μπορεί να αντλεί σεξουαλική ευχαρίστηση από οποιοδήποτε μέρος του σώματός τους, δηλαδή από διάφορες ερωτογενείς ζώνες (το ονόμασε *polymorphously perverse*). Υποστήριξε ότι το άτομο διανύει μια σειρά από στάδια με στόχο την ικανοποίηση ιδιαίτερα της ορμής για ηδονή (*libido*), προσπαθώντας συνεχώς να εξισορροπήσει τις εσωτερικές παρορμήσεις και τις απαιτήσεις της κοινωνικής πραγματικότητας. Πίστευε ότι, αν το παιδί υποστεί σεξουαλική απογοήτευση σε σχέση με οποιαδήποτε αναπτυξιακό στάδιο, το παιδί θα βιώσει άγχος που θα επιμείνει στην ενήλικη ζωή σα μια λειτουργική ψυχική διαταραχή, δηλαδή ως νεύρωση (Brennan, 2003). Σύμφωνα λοιπόν με τη θεωρία του, τα βρέφη φτάνουν στην ενήλικη ζωή διαπερνώντας πέντε ψυχοσεξουαλικά στάδια ανάπτυξης, που έχουν ως επίκεντρο τις ερωτογενείς ζώνες μέσω των οποίων βιώνουν τη χαρά (Freud, 1905; Sigelman & Rider, 2008):

-
- στο *στοματικό στάδιο* (γέννηση έως 1^ο έτος), με το βρέφος να δέχεται ευχαρίστηση από το θηλασμό,
 - στο *πρωκτικό στάδιο* (1^ο έως 3^ο έτος), με το παιδί να έχει τον πρωκτό σαν εστία ψυχικής έντασης και ικανοποίησης, στην προσπάθειά του να αποκτήσει τον έλεγχο των σφιγκτήρων (ενούρηση, εγκόπρηση),
 - στο *φαλλικό στάδιο* (3^ο έως 6^ο έτος), με το παιδί να έχει ως πρωτογενή ερωτογενή ζώνη τα γεννητικά όργανά του. Είναι αυτό το στάδιο της ανάπτυξης όπου τα παιδιά αναπτύσσουν επίγνωση του σώματός τους, των σωμάτων των άλλων παιδιών και των σωμάτων των γονιών τους. Επίσης, στο φαλλικό στάδιο βιώνει μια πολύ αποφασιστική ψυχοσεξουαλική εμπειρία για την μετέπειτα ανάπτυξή του. Για το μεν αγόρι είναι το Οιδιπόδειο σύμπλεγμα (ο ψυχοσεξουαλικός ανταγωνισμός υιού-πατέρα, για την κατοχή της μητέρας), για το δε κορίτσι είναι, όπως ονομάστηκε αργότερα (Jung, 1916), το σύμπλεγμα της Ηλέκτρας (ο ψυχοσεξουαλικός ανταγωνισμός του κοριτσιού με τη μητέρα της για την κατοχή του πατέρα),
 - στο *λανθάνον στάδιο* (6^ο έως έναρξη εφηβείας), με το παιδί να ενισχύει και να εδραιώνει τις συνήθειες του χαρακτήρα που αναπτύχθηκαν στα τρία προηγούμενα στάδια και να αντλεί την ευχαρίστηση της ικανοποίησης από εξωτερικές δραστηριότητες, όπως την εκπαίδευση, τις φίλιες, τα χόμπι, και
 - στο *γεννητικό στάδιο* (από την εφηβεία και σε όλη την ενήλικη ζωή), με το άτομο να στρέφεται προς τα μέλη του αντίθετου φύλου για να εκφράσει την αγάπη του και να αναπαράγει απογόνους. Όπως και στο φαλλικό στάδιο έτσι και σε αυτό, τα γεννητικά όργανα αποτελούν το κέντρο της ευχαρίστησης, αλλά πλέον η σεξουαλικότητα είναι συναινετική και αφορά ενήλικες, παρά μοναχική και νηπιακή.

Όμως, ο Freud κατέληξε και σε κάτι άλλο· θεώρησε πως ο αυνανισμός ήταν μια απερίσκεπτη και επιβλαβής πράξη. Σε αυτό το συμπέρασμα έφτασε αφού πίστευε πως μια παιδική σεξουαλική συνήθεια (όπως είναι η τριβή των γεννητικών οργάνων) έρχεται σε αντίθεση με την αναπτυξιακή κατάσταση του ενήλικα και του Εγώ του (Makari, 1998).

Μπορεί ο Freud να ήταν ο πρώτος που ασχολήθηκε με την παιδική σεξουαλικότητα, η οποία διαφέρει από αυτήν των ενηλίκων, όμως ακολούθησαν και άλλοι μελετητές. Λίγο αργότερα ο Alfred Kinsey (1948; 1953), παρατήρησε ότι τα παιδιά είναι εκ φύσεως περίεργα για το σώμα τους και τη σεξουαλική του λειτουργία (απορίες σχετικά με τη γέννηση των παιδιών ή η ψηλάφηση των γεννητικών οργάνων). Το παιγνίδι γύρω από το σεξ (ιατρός-νοσοκόμα), που είχε ενδιαφέρον, αρχίζει να μειώνεται καθώς τα παιδιά περνούν από το δημοτικό σχολείο, διατηρώντας όμως υψηλά τα επίπεδα περιέργειας για αυτό. Όμως, η έντονη ενασχόληση με τη σεξουαλικότητα δεν εμφανίζεται μέχρι την εφηβεία, όπου σε αυτό το στάδιο λαμβάνει χώρα η κύρια αύξηση του σεξουαλικού ενδιαφέροντος.

Για τους εφήβους, η σεξουαλικότητα αποτελεί συχνά μια ζωτικής σημασίας πτυχή της ζωής (Ponton, 2001). Αυτό το στάδιο σεξουαλικής ανάπτυξης είναι που δέχεται τις περισσότερες επιρροές, αφού η σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων, στις περισσότερες περιπτώσεις,



Εικόνα 11: Φάσεις ανάπτυξης εικόνας εαυτού

(Πηγή: Βαϊδάκης Ν., *Ψυχοσεξουαλικές Διαταραχές-Διάγνωση και Θεραπεία 2013-2014*, Αθήνα)

επηρεάζεται από τους κανόνες και τα έθιμα πολιτισμού τους, τον σεξουαλικό προσανατολισμό τους, καθώς και τα ζητήματα του κοινωνικού ελέγχου, όπως είναι η ηλικία μετά την οποία η σεξουαλική επαφή είναι πλέον νόμιμη. Είναι η περίοδος που συνήθως, αν όχι αργότερα, ξεκινά

μια έντονη ενασχόληση με τη σεξουαλική συμπεριφορά τους, μια συμπεριφορά που επηρεάζεται από την αυτοεκτίμηση (Goodson et al., 2006), την εικόνα εαυτού (Caldwell et al., 2004), την εικόνα σώματος (Vasilenko et al., 2011) καθώς και από πολλές άλλες ψυχολογικές παραμέτρους που απασχολούν ιδιαίτερα τους εφήβους.

Δεν είναι όμως μόνο οι ψυχολογικές και κοινωνικές συνιστώσες που αναφέρθηκαν που δομούν τη σεξουαλική έκφραση ενός ατόμου. Υπάρχουν επίσης και σωματικοί λόγοι που εισέρχονται στη σεξουαλική συμπεριφορά κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Κάποια διαταραχή στη σωματική ή ψυχική υγεία, που είτε υπήρχε από την παιδική ηλικία είτε εμφανίστηκε αργότερα, μπορεί να οδηγήσει στην αναπηρία, η οποία με τη σειρά της διαμορφώνει τη σεξουαλικότητα (Ζαφειρίου και Εμμανουηλίδου, 2005). Μια αναπηρία ωστόσο δεν απασχολεί το άτομο μόνο κατά τη διάρκεια της εφηβείας, αλλά συνεχίζει να τον επηρεάζει καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του. Έτσι λοιπόν η αναπηρία αποτελεί μια ξεχωριστή της πτυχή για τη σεξουαλικότητα, που όταν υφίσταται είναι τόσο πολυσύνθετη όσο είναι η αναπηρία.

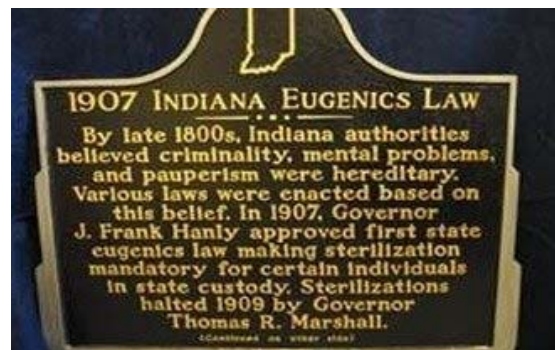
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ΄:

ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ

Η σεξουαλικότητα της αναπηρίας: Μια ιστορική αναδρομή

Όπως αναδείχθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, η σεξουαλικότητα είναι μία από τις πιο φυσικές και βασικές πτυχές της ζωής ενός ατόμου. Επεκτείνοντας αυτήν τη φυσική και ανθρώπινη πραγματικότητα, γίνεται κατανοητό πως η σεξουαλικότητα, και η έκφραση αυτής, είναι τόσο σημαντική και θεμελιώδης στα άτομα με αναπηρία όσο και στα άτομα χωρίς αναπηρία (Bezerra & Pagliuca, 2010; Eastgate, 2008; Hwang et al., 2007; Wiegerink et al., 2008). Όλα τα ΑμεΑ, ασχέτως με το ποια παθολογική αιτιολογία δημιουργεί τη διαταραχή, έχουν έμφυτη τη σεξουαλικότητα και, κατ' επέκταση, την ανάγκη να την εκφράσουν και να την εκδηλώσουν. Η ιστορία όμως έχει καταγράψει βάνανυσα γεγονότα και μια ανήθικη καταπάτηση της ανθρώπινης ατομικότητας και διαφορετικότητας.

Σε μια διάρκεια 3 ετών την περίοδο που κυβερνούσε ο Adolf Hitler στην Ευρώπη κατά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, πραγματοποιήθηκαν πάνω από 200.000 στείρωσεις, οι περισσότερες εκ των οποίων σε ΑμεΑ με σκοπό να εξαλειφθεί η πιθανή κληρονομική μεταβίβαση μιας ευρείας ποικιλίας καταστάσεων, όπως τύφλωση, συγγενή νοσήματα κ.ά. (Lifton, 2000). Αλλά και οι Η.Π.Α. αρκετά χρόνια πριν από τον Hitler εφήρμοζαν την τακτική της τεχνητής στείρωσης σε άτομα με νοητική υστέρηση, θεσπίζοντας σε διάφορες πολιτείες σχετικές νομοθεσίες από το 1897-1909 (Julius, 1965). Επίσης, το 1927 στην υπόθεση *Buck v. Bell*² το Ανώτατο Δικαστήριο των Η.Π.Α. ενέκρινε την υποχρεωτική στείρωση των ακατάλληλων, συμπεριλαμβανομένων και των ατόμων με νοητική υστέρηση, με σκοπό, όπως δήλωσε ο δικαστής «την προστασία και την υγεία και του κράτους», θεωρώντας πως μια τέτοια πράξη δεν παραβίαζε το Σύνταγμα. Εκτός από αυτά τα ιστορικά στοιχεία, που αποτελούν μια ενδεικτική εικόνα της άσχημης πραγματικότητας για την ζωή των ΑμεΑ αλλά και των πεποιθήσεων που υπήρχαν



² *Buck v. Bell* - 274 U.S. 200

σχετικά με τη σεξουαλική τους ζωή, η δυτική σχετιζόμενη με την αναπηρία βιβλιογραφία δεν φαίνεται να παρουσιάζει ιδιαίτερα επιστημονικά δεδομένα μέχρι τη δεκαετία του 1950.

Σύμφωνα με το Shuttleworth (2007) από τη δεκαετία του '50 έως και τη δεκαετία του '70, εξ αιτίας των προγραμμάτων αποκατάστασης που δημιουργήθηκαν κυρίως για τους αναπήρους πολέμου, αλλά και για αυτούς που είχαν λειτουργικές απώλειες μετά από τραυματισμό (π.χ. βλάβη νωτιαίου μυελού από αυτοκινητιστικό δυστύχημα), οι ερευνητές άρχισαν να αναγνωρίζουν πως υπήρχαν συνέπειες στη σεξουαλικότητα για τους ανθρώπους με σωματικές διαταραχές. Παρ' όλα αυτά, η προσοχή δόθηκε στα βιολογικά προβλήματα που προέκυπταν (π.χ. αδυναμία στύσης ή εκσπερμάτωσης) παρά στα κοινωνικά ζητήματα. Για αυτό, σε αυτές τις δυο δεκαετίες η βιβλιογραφία φάνηκε πως έδινε έμφαση στην αποκατάσταση των σεξουαλικών δυσλειτουργιών παρά στις κοινωνικές προεκτάσεις της αναπηρίας (Shuttleworth, 2003). Έτσι, οι πρώτοι ερευνητές αγνόησαν τις γυναίκες, τις διάφορες φυλετικές και σεξουαλικές μειονότητες, τους ανθρώπους με χρόνιες σωματικές διαταραχές, και δεν ασχολήθηκαν με θέματα που αφορούσαν την οικειότητα, την ποιότητα ζωής ή τη σεξουαλική έκφραση.

Με την απαίτηση από τα αναπηρικά κοινωνικά κινήματα για τη διαφορετική προσέγγιση της αναπηρίας (ανάπτυξη κοινωνικού μοντέλου αναπηρίας), στη δεκαετία του '70 και στις αρχές του '80 υπήρχε μια μεγάλη ώθηση για την αμφισβήτηση της κυριαρχίας του ιατρικού μοντέλου στην κατανόηση, καθώς και στην αναπλαισίωση, της αναπηρίας από ατομικό σε ένα κοινωνικό φαινόμενο. Όμως, σε αυτήν την αρχική περίοδο διεκδίκησης η προσοχή δόθηκε σε ζητήματα όπως είναι η προσβασιμότητα στα κτήρια και στα Μέσα Μαζικής Μεταφοράς, στα εμπόδια που υπήρχαν στην εργασία και γενικότερα στην κοινωνική απομόνωση των ΑμεΑ και λιγότερο σε θέματα που αφορούσαν τη σεξουαλική υγεία (Waxman, 1994). Μεμονωμένες κινήσεις είχαν πραγματοποιηθεί αυτήν την περίοδο, κινήσεις που προετοίμαζαν το έδαφος ώστε η σχέση "σεξουαλικότητα και αναπηρία" να απαλλαγεί από της ιατρική κυριαρχία. Από την μια, ιδρύθηκε στο Πανεπιστήμιο της Καλιφόρνια, στο Σαν Φρανσίσκο, μια μονάδα για την αναπηρία και τη σεξουαλικότητα η οποία ενσωμάτωσε την κοινωνική κατανόηση αυτών των θεμάτων (Jacobson, 2000). Με το παραγόμενο έργο της και την παρεχόμενη εκπαίδευση σε επαγγελματίες υγείας για τον τρόπο που θα συνεργάζονται με τα ΑμεΑ ασκούσε κριτική στην κοινωνική προκατάληψη της σεξουαλικότητας των ΑμεΑ. Εντούτοις, η λειτουργία της

αναστάθηκε λόγω έλλειψης χρηματοδότησης. Από την άλλη, το 1978 και μέχρι σήμερα εκδίδεται από τον εκδοτικό οίκο *Springer Publishing* το επιστημονικό περιοδικό **Sexuality and Disability**, που όπως τονίζεται πρόκειται για «Ένα περιοδικό αφιερωμένο στις Ψυχολογικές και Ιατρικές Πτυχές της Σεξουαλικότητας στην Αποκατάσταση και στις Κοινωνικές Συνθήκες». Έκπληξη αποτελεί το γεγονός πως ένα από τα πρώτα άρθρα του περιοδικού αφορούσε τη σεξουαλικότητα στη γυναίκα με αναπηρία (Romano, 1978), θέμα που μέχρι και σήμερα αποτελεί κατάσταση "πολλαπλής διάκρισης" (Multiple Discrimination).

Στην επόμενη δεκαετία και πιο συγκεκριμένα στα μέσα της δεκαετίας του '80 μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του '90, υπήρχαν λίγες φωνές που παρουσιάζονταν σε μελέτες σχετιζόμενες με την αναπηρία και υποστήριζαν την εστίαση της προσοχής στα κρίσιμα θέματα της αναπηρίας και σεξουαλικότητας. Τέτοιοι ερευνητές με κινητική κυρίως αναπηρία ήταν οι αποθανόντες Barbara Waxman, ο Harlan Hahn και η εν ζωή Carol Gill, που προσπαθώντας να βάλουν τη σεξουαλικότητα στην πολιτική και ερευνητική ατζέντα των κινημάτων της αναπηρίας της εποχής καταφέρθηκαν κατά της έλλειψης κοινωνικής και πολιτικής ανάλυσης πάνω σε αυτά τα ζητήματα. Ωστόσο, το κάλεσμά τους δεν λαμβάνεται σοβαρά υπόψη μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του '90.

Η πραγματική ανατροπή έγινε το 1996, όταν οι Tom Shakespeare, Kath Gillespie-Sells, και Dominic Davies δημοσίευσαν το βιβλίο *The Sexual Politics of Disability: Untold Desires*, που αποτέλεσε την αφετηρία για μια καινούργια εποχή στο συγκεκριμένο τομέα. Το έργο τους είναι η πρώτη συστηματική μελέτη (ποιοτικής ανάλυσης) της αναπηρίας και σεξουαλικότητας που έχει θέσει ως προτεραιότητα-στόχο την απλή διαπίστωση πως τα άτομα με αναπηρία σκέφτονται και αισθάνονται τη σεξουαλικότητά τους. Το βιβλίο αφηγείται την σεξουαλική καταπίεση που αντιμετωπίζουν τα άτομα με αναπηρίες, καθώς και τις θετικές σεξουαλικές εμπειρίες αυτών των ατόμων. Μετά από αυτήν τη λογική και συγχρόνως πρωτοποριακή προσέγγιση του πυρηνικού αυτού θέματος για τους ανθρώπους με αναπηρία, η σεξουαλικότητα αποκτά μια άλλη θέση στις δράσεις των ΑμεΑ και δεν αποτελεί πλέον ένα ζήτημα που πρέπει να αναμένει τη λύση των άλλων δικαιωμάτων των ΑμεΑ, αλλά βρίσκεται στους βασικούς στόχους διεκδίκησής τους. Ακολούθως, η εμπειρία των ΑμεΑ, η σεξουαλικότητα και η σεξουαλική επιθυμία τους γίνεται αυξανόμενα το επίκεντρο πολλών ερευνών.

Η σεξουαλικότητα των ατόμων με αναπηρία από την οπτική της επιστήμης

Από την εποχή της δεκαετίας του '90 και έπειτα, η βιβλιογραφία αρχίζει να εξερευνά όχι μόνο τις βιολογικές επιπτώσεις που έχουν οι διαταραχές στη σεξουαλικότητα των ΑμεΑ, αλλά και τη ψυχοκοινωνική σύνδεση μεταξύ σεξουαλικής έκφρασης και αναπηρίας. Συνήθως, στη βιβλιογραφία οι άνθρωποι που ζουν με μια διαταραχή είτε ομαδοποιούνται ως μια ομοιογενής ομάδα που ορίζεται ως "άτομα με αναπηρία" ή χωρίζονται σε μία από τις δύο ομάδες:

- 1) εκ γενετής διαταραχές (π.χ. εγκεφαλική παράλυση, δισχιδής ράχη) ή
- 2) επίκτητες βλάβες (π.χ. κάκωση του νωτιαίου μυελού ή επίκτητο εγκεφαλικό τραύμα).

Η διάκριση αυτή είναι χρήσιμη στη μελέτη της σεξουαλικότητας, επειδή οι άνθρωποι που ζουν με μια συγγενή διαταραχή, ή αυτοί που αποκτούν τη διαταραχή σε νεαρή ηλικία, μπορεί να έχουν πολύ διαφορετικές εμπειρίες, συναισθήματα και πεποιθήσεις για τη σεξουαλικότητά τους σε σχέση με τους ανθρώπους που αποκτούν τη διαταραχή αργότερα στη ζωή τους (Di Giulio, 2003).

Υπάρχουν περιπτώσεις που τα άτομα με συγγενείς σωματικές διαταραχές μεγαλώνουν και κοινωνικοποιούνται ως "άτομο με αναπηρία", το οποίο θεωρείται συνώνυμο με μια ασεξουαλική κατάσταση με επακόλουθο την έλλειψη ενθάρρυνσης προς μια θετική και υγιή σεξουαλικότητα (Mona et al., 1994). Αντιθέτως, τα άτομα με προ-εφηβική έναρξη της διαταραχής τείνουν να ενσωματώνουν με θετικό τρόπο τη σεξουαλική τους ανάπτυξη. Τέλος, οι άνθρωποι που αποκτούν τις διαταραχές αργότερα στη ζωή τους έρχονται αντιμέτωποι με ένα διαφορετικό σύνολο προκλήσεων.

Ένας τραυματισμός ή μια ασθένεια που οδηγεί σε μια επίκτητη διαταραχή συνεπάγεται συνήθως μια μακρά και βαθιά περίοδο προσαρμογής σε ένα νέο τρόπο ζωής. Οι άνθρωποι, που κάποτε ήταν χωρίς αναπηρία, έρχονται αντιμέτωποι με μια νέα κατάσταση που τους τροποποιεί τη φυσική, τη ψυχολογική και τη συναισθηματική ταυτότητα η οποία έχει στενές επιπτώσεις στην αυτο-αντίληψή τους, καθώς και στην αντίληψη που έχουν οι άλλοι σχετικά με τη σεξουαλικότητά τους (McCabe, 2002; Di Giulio, 2003; Randall, 2008). Πρακτικά, οι διαφορετικές διαταραχές και χρόνιες επιπτώσεις της ασθένειας επηρεάζουν ποικιλοτρόπως τη σωματική και ψυχική ικανότητα ενός ατόμου στο να πραγματοποιεί ερωτικά ραντεβού και

συγκεκριμένες σεξουαλικές δραστηριότητες. Η εικόνα του σώματος και οι κοινωνικές πεποιθήσεις σχετικά με την ελκυστικότητα, καθώς και η πρόσβαση σε περιβάλλοντα όπου είναι πιθανό να συναντήσουν δυνητικούς συντρόφους επηρεάζεται από τον τρόπο που οι διαταραχές και οι χρόνιες ασθένειες εκδηλώνονται σε κάθε άτομο (Shuttleworth, 2000; Di Giulio, 2003; McCabe & Taleporos, 2003).

Αν και έχουν γίνει προσπάθειες ώστε να υπάρχει ένα αποτελεσματικό εργαλείο για την εκτίμηση της σεξουαλικής δραστηριότητας, και γενικά τη γνώση και την εμπειρία γύρω από τα σεξουαλικά θέματα στα άτομα με αναπηρία, εντούτοις στις μέρες μας κάτι τέτοιο δεν είναι ακόμα εφικτό. Οι McCabe et al. (1999) στην προσπάθειά τους να συνθέσουν ένα τέτοιο δομημένο ερωτηματολόγιο δημιούργησαν το SexKen, χωρίς όμως να έχει την ανάλογη ερευνητική απήχηση. Καλύτερη αποδοχή από την επιστημονική κοινότητα έδειξε η κλίμακα PDSBE (Physical Disability Sexual and Body Esteem Scale) η οποία κατασκευάστηκε από τους Taleporos & McCabe (2002), με σκοπό να αποτυπώσει τη σεξουαλική εκτίμηση, την ελκυστικότητα σε άλλους και τη σωματική εκτίμηση στα άτομα με σωματική αναπηρία, γιατί αυτοί είναι οι βασικοί παράγοντες που διαταράσσονται σε αυτήν τη μορφή αναπηρίας.

Πάντως, υπάρχει πλέον ένα μεγάλο και σημαντικό σώμα βιβλιογραφίας όσον αφορά τη σεξουαλικότητα των ατόμων που ζουν με κάποιες μορφές χρόνιας νόσου ή άλλες διαταραχές (Chance, 2002; Nusbaum et al., 2003; Claiborne & Rizzo, 2006; Verschuren et al., 2010). Οι μελετητές έχουν ασχοληθεί επαναλαμβανόμενα με συγκεκριμένες αιτίες αναπηρίας που σχετίζονται με τις βιοψυχοκοινωνικές και ψυχοσεξουαλικές συνέπειες αυτών, όπως την κάκωση του νωτιαίου μυελού (Alexander & Alexander, 2007; Ricciardi et al., 2007; Abramson et al., 2008), το εγκεφαλικό επεισόδιο (Pistoia et al., 2006; Kautz, 2007), τη σκλήρυνση κατά πλάκας (Bronner et al., 2010; Schmidt et al., 2005), τα καρδιαγγειακά νοσήματα (Jaarsma et al., 2010; Maciver & Ross, 2012), τη νόσο του Parkinson (Goecker et al., 2006; Balami & Robertson, 2007; Rees et al., 2007), την εγκεφαλική παράλυση (Davis et al., 2009; Wiegerink et al., 2011), τις νευρομυϊκές διαταραχές (O’Dea et al., 2011) και τις αναπηρίες με νοητική υστέρηση (Ailey et al., 2003; McGuire & Bayley, 2011).

Η κατάσταση όμως της αναπηρίας περιλαμβάνει πολλά περισσότερα βιώματα και αλληλεπιδράσεις από αυτές που μπορούν να αποτυπωθούν σε μια έρευνα, συνθήκες που σίγουρα επηρεάζουν και τη σεξουαλικότητα. Δυστυχώς οι ειδικοί υγείας δε μπορούν να δώσουν

οδηγίες και να διαμορφώσουν τα κοινωνικά πρότυπα, σύμφωνα με τα οποία η οποιαδήποτε διαταραχή καθιστά ένα άτομο λιγότερο ή περισσότερο "ανάπηρο". Αυτό έδειξε και η μελέτη των Shakespeare et al. (1996), ότι δηλαδή υπάρχουν "ιεραρχίες" στον καθορισμό της σεξουαλικής ελκυστικότητας μεταξύ των ΑμεΑ. Οι άνθρωποι με τις λιγότερο ορατές διαταραχές θεωρήθηκε πως είχαν καλύτερη σεξουαλική απήχηση. Μάλιστα, ένας από τους συμμετέχοντες δήλωσε ότι τα άτομα με αιμορροφιλία βρίσκονται στην κορυφή της ιεραρχίας «επειδή ήταν πιο κοντά στο να φαίνονται άτομα χωρίς αναπηρία», ενώ τα άτομα με μυϊκή δυστροφία ήταν στο κάτω μέρος της.

Επομένως, η σημαντικότητα που υπάρχει στο θέμα της σεξουαλικότητας των ΑμεΑ καθορίζεται από την άποψη της κοινωνίας.

Η σεξουαλικότητα των ατόμων με αναπηρία μέσα στο κοινωνικό γίγνεσθαι

Η κατάσταση της αναπηρίας, όπως έχει τονισθεί, αποτελεί ένα πολύπλοκο θέμα για την κοινωνία. Ακόμα και σήμερα τα μέλη της κάθε κοινωνίας δε μπορούν να συνειδητοποιήσουν πως η διαφορετικότητα που φαίνεται στο σώμα και στην λειτουργία ενός ατόμου με διαταραχή είναι μια άλλη έκφραση του φυσιολογικού, που ανήκει στην πολυπλοκότητα της κοινωνικής δομής. Βέβαια, το τι είναι σεξουαλικό και ελκυστικό διαφέρει από κοινωνία σε κοινωνία και από εποχή σε εποχή. Στην εποχή μας σεξουαλικότητα και αναπηρία είναι δυο έννοιες που δε μπορούν να συνδυαστούν. Στην μελέτη των Esmail et al., (2010), ένας από τους συμμετέχοντες δήλωσε:

«Οι άνθρωποι έχουν μια πολύ συγκεκριμένη άποψη για το τι σημαίνει να είσαι σεξουαλικός και θα ήταν πρόκληση για πολλούς ανθρώπους να το επεκτείνουν αυτό ώστε να περιλαμβάνει και τους ανθρώπους με αναπηρία»

Τα άτομα με αναπηρία είναι πάρα πολύ συχνά μακριά από την ερμηνεία της αρρενωπότητας ή της θηλυκότητας, μεταξύ των πολλών άλλων πραγμάτων που θεωρούνται ως αυτονόητα από τα μέλη του πληθυσμού χωρίς αναπηρία (Milligan & Neufeldt, 2001; Butler, 2004). Ωστόσο, τα περισσότερα από τα χαρακτηριστικά, που συνδέονται με την αρρενωπότητα και τη θηλυκότητα,

είναι κοινωνικά δομημένα. Δηλαδή, οι κοινωνικές ομάδες ορίζουν τι είναι και τι δεν είναι ανδρικό και θηλυκό (Sanchez et al., 2009).

Οι άνθρωποι χωρίς αναπηρία θεωρούν πως οι ΑμεΑ είναι «ακριβώς σαν τα παιδιά» (Shakespeare et al., 1996). Βασιζόμενοι σε αυτήν την άποψη, αποδίδεται αυθαίρετα, και μάλλον στερεοτυπικά, στα ΑμεΑ ο χαρακτηρισμός της ασεξουαλικότητας, δηλαδή θεωρούνται πως έχουν έλλειψη σεξουαλικού δυναμικού ή ενδιαφέροντος, πως «τα άτομα με αναπηρία δεν έχουν την ικανότητα του σεξουαλικού αισθήματος» (Shakespeare et al., 1996). Όντως, πολλοί μελετητές και ακτιβιστές, παρατηρώντας ότι η κοινωνία των μη αναπήρων και τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης συνήθως αντιμετωπίζει τα άτομα με αναπηρία ως ασεξουαλικά όντα, απορρίπτουν την **ασεξουαλικότητα ως ένα μύθο** και προσπαθώντας να διασφαλίσουν το δικαίωμα των ΑμεΑ στη σεξουαλικότητα, ισχυρίζονται πως **είναι σεξουαλικοί** (Waxman & Finger, 1989; Shuttleworth & Mona, 2002). Κατ' επέκταση, αν κάποιος που δεν είναι ΑμεΑ δεν έχει επιθυμία για σεξουαλική επαφή, τότε έχει διαταραχή μειωμένης ή ανεσταλμένης σεξουαλικής επιθυμίας (*sexual interest/arousal disorder* για γυναίκες και *male hypoactive sexual desire disorder* για άνδρες, κατά DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013)). Το ίδιο θα συμβεί και σε διαταραχή του οργασμού, θα δοθεί μια αντίστοιχη διάγνωση. Και στις δυο περιπτώσεις, στο άτομο, αφού πληροί τις προϋποθέσεις, θα του προταθεί το κατάλληλο θεραπευτικό σχήμα. Ωστόσο, εάν το ίδιο άτομο είχε μια αναπηρία και παρουσίαζε τις ίδιες διαταραχές τότε πιθανότατα αυτό δεν θα θεωρείτο πως είναι παθολογικό. Και αυτή η παραμέληση της τόσο σημαντικής πτυχής για ευχαρίστηση, από τη ζωή των ΑμεΑ, διαιωνίζεται αφού υπάρχει

- η άτυπη "παραδοχή" ότι τα άτομα με αναπηρία είναι "παιδιά" και ασεξουαλικά εκ φύσεως άτομα,
- η τελείως ιατρική προσέγγιση στο πεδίο του αν μπορεί να γίνει η αναπαραγωγική διαδικασία (Whipple et al., 1996) και
- η υπόθεση ότι, φυσιολογικά, οι άνθρωποι με αναπηρία δεν είναι σε θέση να απολαύσουν την ευχαρίστηση ή τον οργασμό από τη σεξουαλική πρακτική (Basson, 1998; Neufeld et al., 2002).

Πολύ ουσιαστικό ρόλο για ένα ΑμεΑ, διαδραματίζει η ύπαρξη ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος για την ανάπτυξη και καλλιέργεια μιας υγιούς σεξουαλικής συμπεριφοράς, αλλά και τη διατήρηση αυτής. Ιδιαίτερα στα άτομα που η διαταραχή είναι συγγενής ή παρουσιάστηκε στην παιδική ηλικία οι γονείς αποτελούν τον κύριο παράγοντα για τη σεξουαλικότητα του ατόμου. Οι Cole & Cole (1993) κατέληξαν στο ότι το μεγαλύτερο πρόβλημα στα άτομα με σωματική αναπηρία σχετίζεται με την επιθυμία των γονέων τους να έχουν τα παιδιά μια "κανονική" ζωή, άποψη που μετριάζεται από την ανάγκη τους για προστασία αυτών από σωματική και συναισθηματική ζημιά. Οι γονείς έχοντας κατά νου τις θεωρίες της κοινωνίας για τη σεξουαλικότητα των παιδιών τους, θεωρούν πως θα πληγωθούν συναισθηματικά σε αυτόν τον τομέα και προτιμούν να τα προφυλάξουν παρά να τα εκθέσουν σε τέτοιο κίνδυνο, από τη στιγμή που είναι πληγωμένα λόγω της διαταραχής τους. Και αυτή η αντίληψη είναι ανεξάρτητη από το είδος της αναπηρίας. Ερευνητές μελέτησαν ενήλικες που έχουν χαρακτηριστεί ότι έχουν νοητική υστέρηση και κατέγραψαν τεράστια επίπτωση που μπορούν να έχουν οι γονείς για τα σεξουαλικά όρια του παιδιού τους (Lesseliers & Van Hove, 2002):

Ένας εντυπωσιακός αριθμός των συμμετεχόντων, όταν ρωτήθηκε αν "θα ήθελε περισσότερα" στον τομέα αυτόν, όπως να εξερευνήσει γυμνό ο ένας τον άλλο, να έχει σεξουαλική επαφή, απάντησε κάτι σαν "δεν το κάνουμε"... [διότι] δεν επιτρέπουν περισσότερο οι γονείς τους. Για παράδειγμα, "δε μας επιτρέπουν, οι γονείς μας θα θυμώσουν μαζί μας στην περίπτωση που το κάνουμε αυτό."

Επίσης, αρκετά ΑμεΑ είτε διατηρούν μόνιμες σχέσεις, με τους συντρόφους τους να διαβιούν σε κοινό ή διαφορετικά σπίτια, είτε είναι παντρεμένα. Και σε αυτήν την περίπτωση η σεξουαλική επίδοση και συμπεριφορά επηρεάζεται από την ποιότητα τη σχέσης του ζευγαριού και επηρεάζει την ποιότητα ζωής και τη σφαίρα του συναισθήματος του ατόμου με την κινητική αναπηρία περισσότερο σε σχέση με τα ζευγάρια που και τα δυο άτομα δεν έχουν κινητική αναπηρία (Taleporos & McCabe, 2003).

Το παραπάνω δεν αποτελεί τον κανόνα αφού τα περισσότερα από τα άτομα με κινητική αναπηρία δυσκολεύονται ακόμα και στο να ξεκινήσουν μια σχέση. Πολλές μελέτες έχουν αναδείξει αυτό το σημείο, αποτυπώνοντας το γεγονός πως τα άτομα με κινητική αναπηρία δημιουργούν λιγότερες σεξουαλικές σχέσεις συγκριτικά με τους ανθρώπους χωρίς αναπηρία (McCabe & Taleporos, 2003; Skär, 2003; Wiegerink et al., 2008). Οι Stevens et al. (1996)

σημείωσαν παρατηρώντας τα αποτελέσματα της έρευνάς τους πως μόνο το 29% των εφήβων με σωματική αναπηρία, ηλικίας 13-16 ετών, ανέφεραν πως είχαν βγει σε ραντεβού σε όλη τους τη ζωή.

Ένας ακόμη παράγοντας που σχετίζεται με τη σεξουαλικότητα των ΑμεΑ είναι η βαρύτητα της διαταραχής που προκαλεί την αναπηρία. Το αντίκτυπο που έχει η σοβαρότητα και η βαρύτητα της διαταραχής επηρεάζει ανάλογα και τη σεξουαλική έκφραση του ατόμου. Στη μελέτη των Cromer et al. (1990) μόνο το ένα στα τέσσερα άτομα στην περίοδο της εφηβείας με μυελομηνιγγοκήλη (συνηθέστερος τύπος δισχιδούς ράχης) είχαν προηγούμενη σεξουαλική εμπειρία, σε σχέση τόσο με το 40% των ατόμων που έπασχαν από κυστική ίνωση όσο και με τους πάνω από μισούς υγιείς μάρτυρες. Επίσης, στη μελέτη της McCabe (1999) εκτός του γεγονότος ότι για ακόμη μια φορά φάνηκε η επίδραση που έχει η βαρύτητα της αναπηρίας στις σεξουαλικές εμπειρίες, δηλώνοντας ότι μεγαλύτερος βαθμός αναπηρίας συνεπάγεται μικρότερη σεξουαλική εμπειρία (μελετώμενος πληθυσμός: άτομα με μέτρια νοητική υστέρηση, άτομα με κινητική αναπηρία και υγιείς-μάρτυρες), φάνηκε επίσης πως και οι δύο ομάδες των ερωτηθέντων ατόμων με αναπηρία παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα σεξουαλικών αναγκών από τους ερωτηθέντες του γενικού πληθυσμού. Αυτό σημαίνει πως τα άτομα με αναπηρία, ανεξαρτήτως της βαρύτητας αυτής, έχουν μια ισχυρή ανάγκη να βιώσουν το ερωτικό ραντεβού, την οικειότητα και τη σεξουαλική αλληλεπίδραση, αλλά λόγω έλλειψης γνώσεων, αρνητικών συναισθημάτων τους γενικά για τη σεξουαλικότητα και έλλειψης ευκαιριών για τη σεξουαλική έκφρασή τους, είναι αδύνατον να αναπτύξουν τέτοιες εμπειρίες.

Σε αυτό το σημείο πρέπει να τονισθεί η αναγκαιότητα της σεξουαλικής εκπαίδευσης. Μεγαλώνοντας το παιδί, συνήθως, του γεννιούνται ερωτήματα γύρω από τα σεξουαλικά ζητήματα (Kinsey et al., 1948; Kinsey et al., 1953). Αυτά τα ερωτήματα πάντα προκαλούν αγωνία και ανησυχία στους γονείς για το πώς θα ανταποκριθούν σε αυτά. Στους γονείς που έχουν παιδιά με αναπηρία δημιουργείται ένας επιπλέον φόβος πως θα ανοιχτεί μια συζήτηση για ένα πυρηνικό θέμα για τη ζωή τους, που μπορεί αφενός να προκαλέσει πρώιμο ενδιαφέρον για το σεξ και τη σεξουαλικότητα εν γένει και αφετέρου δε θα μπορούν να την απολαύσουν μελλοντικά (Nelson, 1995; Guest, 2000), οπότε αποσιωπούν ή διαστρεβλώνουν την πραγματικότητα. Το σχολείο δεν είναι παράδειγμα μιας ορθής σεξουαλικής εκπαίδευσης (Silva, 2002) και η αποτελεσματικότητά μειώνεται όταν γίνεται αναφορά σε νέους με αναπηρία, αφού η

εκπαίδευση δεν απαντά σε καίρια ερωτήματα σχετικά με την αναπηρία τους και τη σεξουαλικότητα (Blum et al., 1991; Blackburn, 1995). Από την άλλη μεριά, οι Rohleder & Swartz (2009) διαπίστωσαν ότι οι εκπαιδευτικοί των νέων με αναπηρία είναι πρόθυμοι να τους παρέχουν κατάλληλη αγωγή και δεν αρνούνται την ικανότητά τους για μια ουσιαστική σεξουαλική σχέση. Και στις μέρες μας, υπάρχουν εργαλεία που μπορούν να βοηθήσουν τους ειδικούς προς αυτήν την κατεύθυνση (World Health Organization, 1989; World Health Organization & United Nations Population Fund, 2009). Όμως, η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση είναι πιο πολύπλευρη για τα ΑμεΑ συγκριτικά με τη διαπαιδαγώγηση σε άτομα χωρίς αναπηρία και πρέπει να βρεθούν εκείνες οι αποτελεσματικές μέθοδοι ώστε να παρέχεται σωστά. Εκτός από τα γενικά θέματα –αναπαραγωγική διαδικασία και ανατομία γεννητικών οργάνων, σεξουαλική διείσδυση, αυτοϊκανοποίηση, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα– η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση για αυτά τα άτομα πρέπει να περιλαμβάνει και θέματα, όπως ανάπτυξη αποτελεσματικών δεξιοτήτων επικοινωνίας και λήψης αποφάσεων, ικανότητα άρνησης σε σεξουαλική πρόσκληση, τρόπους για δημιουργία ικανοποιητικών σχέσεων, καθώς και τεχνικές αύξησης της αυτοπεποίθησης (Guest, 2000; Neufeld et al., 2002; Higgins et al., 2012). Ειδικά το τελευταίο πεδίο αποτελεί ουσιώδες κεντρικό σημείο στη ζωή πολλών ΑμεΑ, ένα πεδίο ζωτικής σημασίας.

Η αυτοπεποίθηση που έχει ένας άνθρωπος μπορεί να αποτελέσει κινητήριο δύναμη για την επίτευξη στόχων και απαιτήσεων της ζωής, αν είναι μεγάλη, ή να είναι τροχοπέδη για την εξέλιξη του ατόμου, αν είναι μικρή. Ιδιαίτερα στη ζωή ενός ατόμου με κινητική αναπηρία, εκτός από τους παράγοντες που αφορούν όλη την ανθρωπότητα (βλ. ισορροπημένες ανθρώπινες σχέσεις, εργασιακή αποκατάσταση, αίσθημα υγείας κ.ά.), παρεμβαίνουν και άλλα χαρακτηριστικά που μπορούν να διαταράξουν την αυτοπεποίθηση. Η **εξάρτηση** από άλλους προκαλεί απογοήτευση και αισθήματα αναξιοσύνης, η κοινωνική ομάδα "ανάπηροι" που από μόνο του αυτό το σύνολο έχει μια **αρνητική κοινωνική χροιά**, η **παρέκκλιση της ομορφιάς του σώματος** από τις ανάλογες ανδρικές και γυναικείες εικόνες που συνηθίζουν να παρουσιάζουν ψηλά, άπαχα με συγκεκριμένο σχήμα σώματα, το **καθαυτό είδος της διαταραχής** είναι μερικοί από τους παράγοντες που μοιράζονται σχεδόν αποκλειστικά τα άτομα με κινητική αναπηρία και εν δυνάμει οδηγούν σε μείωση της αυτοπεποίθησης (Sakellariou, 2006). Επιπλέον, μια άλλη παράμετρος, η σεξουαλική αυτοπεποίθηση, φαίνεται πως είναι μειωμένη στα άτομα με αναπηρία. Πιο συγκεκριμένα, έχει βρεθεί πως τα άτομα με κινητική

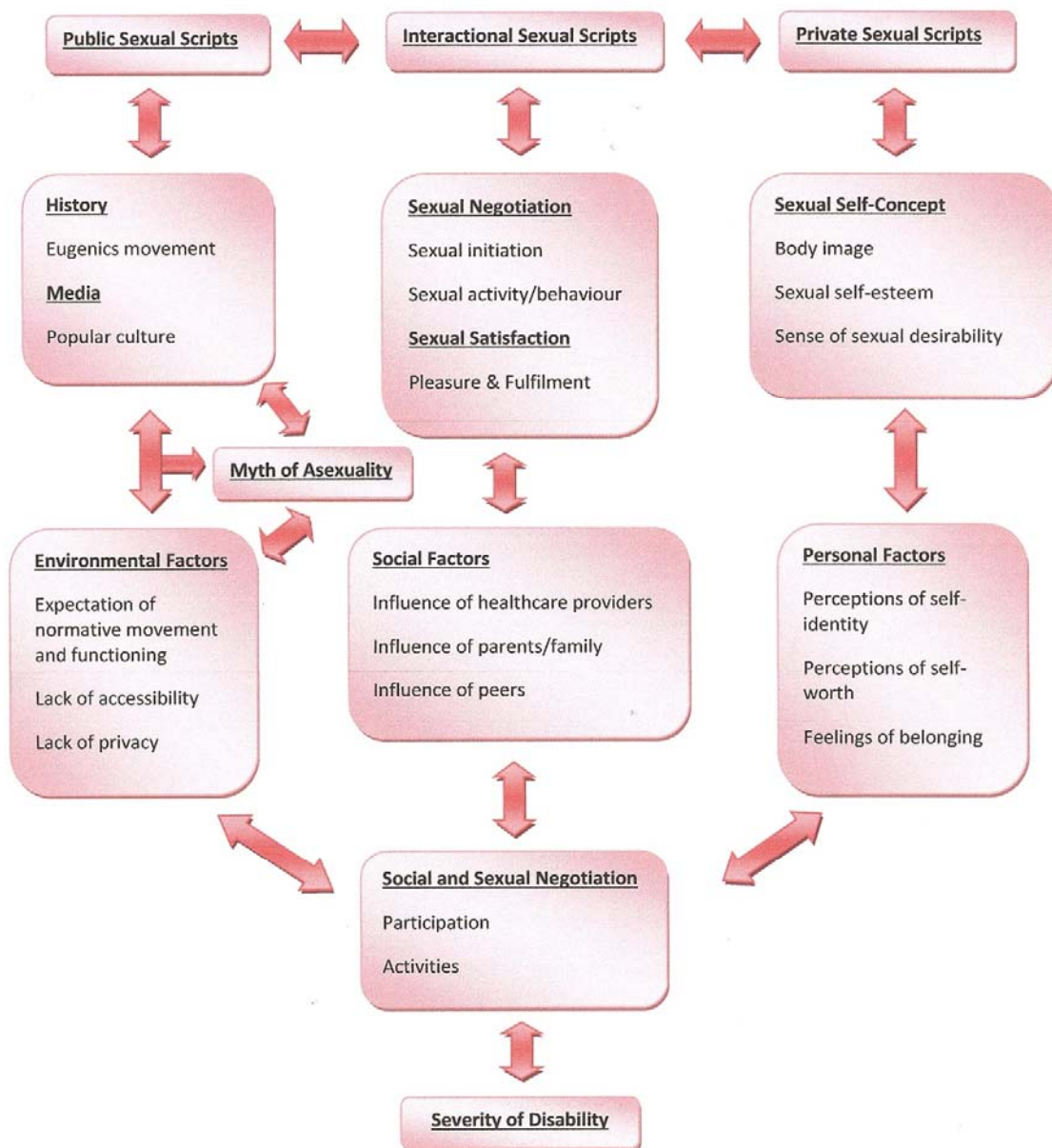


Figure 1. Preliminary Model for the Construction of Individual Sexuality in People with Cerebral Palsy

McCabe, P., & Taleporos, M. (2003). *Journal of Human Sexuality*, 15(2), 105-115.

αναπηρία έχουν χαμηλότερα επίπεδα σεξουαλικής αυτοεκτίμησης σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς αναπηρία (McCabe & Taleporos, 2003) –θεωρώντας πολλοί την αναπηρία τους ως

εμπόδιο για την σεξουαλική έκφραση (Taleporos & McCabe, 2003) και τις ρομαντικές σχέσεις (Skär, 2003)– το οποίο τους οδηγεί στο να είναι λιγότερο σίγουροι για να δημιουργήσουν μια πιο δεσμευτική σχέση από ό,τι τα άτομα χωρίς αναπηρία. Πάντως, μελέτες τόσο στο γενικό πληθυσμό (Mah & Binik, 2005) όσο και σε πληθυσμό ατόμων με κινητική αναπηρία (Wiegerink et al., 2012) έδειξαν ότι η σεξουαλική ευχαρίστηση συσχετίζεται περισσότερο με τους ψυχοκοινωνικούς παρά με τους φυσικούς παράγοντες. Αναλύοντας το παραπάνω λίγο περισσότερο, γίνεται κατανοητό πως τα αρνητικά αισθήματα σε ένα άτομο με αναπηρία επηρεάζουν σε σημαντικότερο βαθμό τη σεξουαλική έκφραση και συμπεριφορά δημιουργώντας του περισσότερες δυσκολίες από αυτές που δημιουργεί η διαταραχή της αναπηρίας. Για αυτό η σταθερότητα και η βελτίωση στους συναισθηματικούς τομείς της αυτοαποτελεσματικότητας, της αυτοεκτίμησης και της σεξουαλικής αυτοεκτίμησης είναι απαραίτητη για την αύξηση στην ποιότητα της σεξουαλικότητας ενός ατόμου με κινητική αναπηρία.

Αν η προσοχή εστιαστεί στην Εικόνα 13, μπορεί κανείς να παρατηρήσει πως όλοι αυτοί οι παράγοντες που αναφέρθηκαν σε προηγούμενες παραγράφους, συνοψίζονται και δίνουν μια πραγματική διάσταση του τρόπου με τον οποίο διαμορφώνεται η σεξουαλικότητα ενός ατόμου με κινητική αναπηρία. Φαίνεται πολύπλοκη, πολυσύνθετη και καθένα άτομο με κινητική αναπηρία πρέπει να ξεπεράσει πολλές κοινωνικές προκαταλήψεις – άγνοιες, αλλά και να προβεί σε ατομικές – εσωτερικές συγκρούσεις έτσι ώστε να έχει μια ενεργή σεξουαλικότητα. Εκτός από τους συντελεστές της Εικόνας 13, τα άτομα με κινητική αναπηρία αντιμετωπίζουν επιπλέον πρακτικούς και κοινωνικούς φραγμούς που εμποδίζουν την σεξουαλική έκφρασή τους. Για παράδειγμα, ο φόβος για μετατροπή μιας ερωτικής σχέσης σε σύντροφο-βοηθό (Esmail et al., 2010), ο φόβος πως μειωμένη κινητικότητα σημαίνει και μειωμένη σεξουαλική ποικιλότητα (Sakellariou, 2006), η πιθανή μειωμένη μυϊκή αντοχή που οδηγεί σε αδυναμία αναντιστάσεως ή μη επαρκούς ευχαρίστησης του σεξουαλικού συντρόφου, η εξάρτηση από άλλους για τη φροντίδα μπορεί να περιορίσουν σοβαρά τις ευκαιρίες ενός ατόμου να εκφράζει ελεύθερα τη σεξουαλικότητά του (McCabe & Taleporos, 2003). Όμως τα "σεξουαλικά δικαιώματα" αποτελούν θεμελιώδες στοιχείο των ανθρώπινων δικαιωμάτων (Appel, 2010). Σύμφωνα με τον Jacob Appel, «Περιλαμβάνουν το δικαίωμα να βιώσει κάποιος ευχάριστη σεξουαλικότητα, η οποία είναι καθοριστικής σημασίας η ίδια και, ταυτόχρονα, αποτελεί θεμελιώδες μέσο επικοινωνίας και αγάπης μεταξύ των ανθρώπων». Και για την Virginia Johnson, η σεξουαλική ευχαρίστηση είναι πολύ σημαντική, αφού αναφέρεται σε αυτήν ως «αυθεντική, διαρκής

ικανοποίηση που μας κάνει να αισθανόμαστε ολοκληρωμένα ανθρώπινα όντα» (Masters & Johnson, 1974, σελ. 28). Για αυτό, απαραίτητο για την ομαλή διαβίωση του ατόμου με κινητική αναπηρία είναι η έννομη και συναινετική κατάκτηση και απόλαυση αυτής της σεξουαλικής ευχαρίστησης με οποιονδήποτε τρόπο. Και αυτό μπορούν να το προσφέρουν οι εργάτριες (ή εργάτες) του σεξ.

Σε πολλές κοινωνίες του δυτικού πολιτισμού, το επάγγελμα των εργατριών του σεξ, ή αλλιώς ιερόδουλων ή πορνών, είναι παράνομο και θεωρείται ως ένας ευτελής τρόπος ζωής (Reynaga, 2008). Αυτό το επάγγελμα συμβολίζει ένα αρνητικό και γεμάτο από αρρώστιες και βρωμιά κομμάτι της κοινωνίας. Όμως, οι υπηρεσίες που προσφέρονται από τις (ή τους) επαγγελματίες αυτής της δουλειάς, μόνο θετική επίδραση μπορεί να έχει για ένα μεγάλο ποσοστό της κοινωνίας. Μερικά από τα κίνητρα που καταγράφονται για την αναζήτηση αυτών των υπηρεσιών είναι: ο ενθουσιασμός, η έλλειψη συναισθηματικών δεσμών, η μοναξιά και μια ανικανότητα να σχηματίσουν σεξουαλικές σχέσεις (Campbell, 1998). Αυτό το φάσμα των κινήτρων είναι μερικώς φανερό στις ανάγκες και τις επιθυμίες που εκφράζονται και από τα άτομα με κινητική αναπηρία. Έχει γραφτεί η άποψη πως υπάρχει μια απευθείας σύνδεση μεταξύ της κατεστραμμένης σεξουαλικής αυτοεκτίμησης και της κακής ποιότητας ζωής (Mayers et al., 2003), ένα αίσθημα που πολλές φορές μοιράζονται τα άτομα με κινητική αναπηρία (McCabe & Taleporos, 2003). Με τη βοήθεια αυτών των υπηρεσιών, αυτό το αίσθημα βελτιώνεται το οποίο επηρεάζει θετικά όλες τις πτυχές της ζωής του ΑμεΑ. Δυστυχώς, δεν υπάρχουν πολλά επιστημονικά δεδομένα για τη σχέση των εργατριών του σεξ και των ατόμων με κινητική αναπηρία. Αυτό όμως που φαίνεται, από τα λίγα δεδομένα που υπάρχουν, είναι πως η χρήση αυτών των υπηρεσιών προσφέρει πολλά περισσότερα από τη διαδικασία της εκτόνωσης ή ακόμα και της ευχαρίστησης. Οι υπηρεσίες που προσφέρουν οι εργάτριες του σεξ είναι πολύ σημαντικές και οι χρήστες με κινητική αναπηρία αυτών των υπηρεσιών τις χρησιμοποιούν για διάφορους λόγους, όπως την αδυναμία εύρεσης διαφορετικού τρόπου ερωτικής συνεύρεσης και την αποφυγή της ανεπιθύμητης σεξουαλικής αποχής (αγαμία), την ύπαρξη της πεποίθησης του "ανεπαρκούς" εραστή εξαιτίας της σωματικής αναπηρίας και την έλλειψη γνώσης ή πρακτικής σεξουαλικής εμπειρίας, την ανάπτυξη σεξουαλικής οικειότητας και ενός άλλου είδους φιλίας και γενικά την επίτευξη μιας καλύτερης ποιότητας ζωής (Sanders, 2007). Επίσης, σε πολλές περιπτώσεις η συνεύρεση με μια εργάτρια του σεξ είναι μονόδρομος, όπως για παράδειγμα μπορεί να συμβεί σε άτομα με βαριά αναπηρία που δεν έχουν κανένα τρόπο εκτόνωσης και

σεξουαλικής ευχαρίστησης. Σε τέτοιες περιπτώσεις, οι εργάτριες του σεξ αναλαμβάνουν το ρόλο του σεξουαλικού εκπαιδευτή και της ενίσχυσης της μη εκφρασμένης σεξουαλικότητας. Με αυτό το σκεπτικό γράφτηκε ένα από τα κείμενα που έμειναν στην ιστορία για τον τρόπο που ξεδιπλώνεται το θέμα της σεξουαλικότητας των ΑμεΑ, μέσα από το προσωπικό βίωμα. Είναι το κείμενο του δημοσιογράφου και ατόμου με σοβαρή κινητική αναπηρία **Mark O'Brien** (1949 – 1999). Μέχρι την ηλικία των 36 χρονών, ήταν ένα άτομο χωρίς καμιά ερωτική εμπειρία ούτε καν την εμπειρία της αυτοϊκανοποίησης. Με το δημοσίευσμά του στο περιοδικό *The Sun* (O'Brien, 1990) διατυπώνει με πολύ ξεκάθαρο και γλαφυρό τρόπο την ανάγκη του να ξεπεράσει αυτήν την έλλειψη της σεξουαλικής έκφρασης, την πρώτη του σεξουαλική εμπειρία, την επαφή που είχε με την εργάτρια του σεξ και δείχνει σε όλον τον κόσμο πως η σεξουαλικότητα είναι αναφαίρετο δικαίωμα κάθε ανθρώπου. Από τότε και μέχρι σήμερα έχουν φανεί δείγματα βελτίωσης και αναγνώρισης πως η σεξουαλικότητα αποτελεί κεντρική ανάγκη των ΑμεΑ και ειδικά των ατόμων με κινητική αναπηρία. Εργάτριες του σεξ που έχουν ως πελάτες μόνο άτομα με βαριά κινητική αναπηρία (Αυτονομία, 2009), οίκοι ανοχής που είναι ειδικά διαμορφωμένοι για ΑμεΑ (Dicker, 2013), κρατική πληρωμή σε ΑμεΑ για επίσκεψη σε εργάτριες του σεξ σαν αναγνώριση του δικαιώματος για σεξουαλική επαφή (Sims, 2010), εκπαίδευση των εργατριών του σεξ σε θέματα προσέγγισης και συμπεριφοράς έτσι ώστε το ΑμεΑ να έχει μια ποιοτική σεξουαλική επαφή είναι μερικά από τα πιο χαρακτηριστικά παραδείγματα διεθνώς. Οι εργάτριες του σεξ είναι ως επί το πλείστον γυναίκες με ετεροφυλοφιλικό σεξουαλικό προσανατολισμό (Katsulis, 2009, σελ. 120). Εύλογα λοιπόν γεννιέται το ερώτημα του τι γίνεται με τη σεξουαλικότητα των γυναικών με κινητική αναπηρία και των ατόμων με ομοφυλοφιλική σεξουαλική ταυτότητα.

Τόσο οι γυναίκες όσο και οι ομοφυλόφιλοι αντιμετωπίζουν αυτό που ονομάζεται "πολλαπλή διάκριση". Σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό για τα Θεμελιώδη Δικαιώματα (European Union Agency for Fundamental Rights - FRA, 2010), ο όρος *πολλαπλή διάκριση* οφείλεται στο «γεγονός ότι ένα άτομο μπορεί να υφίστανται διακρίσεις για περισσότερους από έναν λόγους σε κάθε δεδομένη κατάσταση ή χρονική στιγμή. Με άλλα λόγια, ένα άτομο δεν έχει μόνο ένα υπόβαθρο μιας μειονότητας, αλλά και μια ορισμένη ηλικία και ένα φύλο που μπορεί να αυξήσει την ευαλωτότητα του σε διακρίσεις. [...] Άλλα προσωπικά χαρακτηριστικά ή συνθήκες, όπως η αναπηρία ή το εκπαιδευτικό υπόβαθρο, επίσης επηρεάζουν το να βιώσει κάποιος/-α και το να εκτεθεί στη διάκριση». Από πολύ νωρίς είχε διαπιστωθεί πως οι γυναίκες με αναπηρία είναι διπλά περιθωριοποιημένες, και λόγω της αναπηρίας και λόγω του φύλου τους,

αντιμετωπίζοντας πολλαπλά εμπόδια στο να πετύχουν τους στόχους της ζωής τους (Fine & Asch, 1981). Οι γυναίκες με αναπηρία προσπαθούν διπλά για να αναδείξουν τη σεξουαλική τους φύση τόσο μέσα από το αναπηρικά κινήματα όσο και μέσα από τα κινήματα του φεμινισμού (Doe et al., 1999; O'Connor et al., 2006). Άλλο ένα θέμα που απασχολεί τις γυναίκες με αναπηρία είναι η μητρότητα, αφού πιστεύεται πως αδυνατούν να εμπλακούν και να διαχειριστούν μια τέτοια κατάσταση (O'Toole, 2002). Η σοβαρότητα αυτής της διάκρισης και η σπουδαιότητα που υπάρχει για την καταπολέμησή της επισημαίνεται και στο έκτο άρθρο της Σύμβασης για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία (United Nations, 2006) για την **πολλαπλή διάκριση της γυναίκας** και αναφέρεται ρητά πως «Τα Συμβαλλόμενα Κράτη λαμβάνουν όλα τα κατάλληλα μέτρα, προκειμένου να διασφαλίζουν την πλήρη ανάπτυξη, προαγωγή και ενίσχυση των γυναικών, με σκοπό την εγγύηση της άσκησης και απόλαυσης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των θεμελιωδών ελευθεριών που καθορίζονται στην παρούσα Σύμβαση». Παρόμοιες δυσκολίες αντιμετωπίζουν και τα ΑμεΑ που έχουν διαφορετική ταυτότητα φύλου, μη κοινωνικά αποδεκτή. Η αναφορά γίνεται για τα ομοφυλόφιλα ή και με άλλες σεξουαλικές ταυτότητες άτομα. Αυτά τα άτομα, εκτός όλων των υπολοίπων ανησυχιών που προκύπτουν από την αναπηρία και σχετίζονται με την έκφραση της σεξουαλικότητάς τους, δέχονται επιπλέον πιέσεις για το σεξουαλικό τους προσανατολισμό. Αν και τα άτομα αυτά δεν έχουν τις ίδιες ευκαιρίες για να εκφράσουν τον σεξουαλικό τους προσανατολισμό σε σχέση με τους ανήκοντες σε αυτήν την κοινωνική ομάδα χωρίς αναπηρία (Löfgren-Mårtenson, 2009), εντούτοις οι Fredriksen-Goldsen et al. (2012) με τα ευρήματά τους έδειξαν ότι ο επιπολασμός της αναπηρίας είναι μεγαλύτερος μεταξύ των λεσβιών, των gay και των αμφιφυλόφιλων ενηλίκων σε σχέση με τους ετεροφυλόφιλους ομόλογούς τους. Μαζί λοιπόν με την αναγνώριση της σεξουαλικότητας των ΑμεΑ πρέπει να γίνει και η αναγνώριση της ελεύθερης επιλογής του σεξουαλικού προσανατολισμού. Και σε αυτά τα δύο μεγάλη συμβολή προσφέρουν οι τέχνες και η σωστή πληροφόρηση.

Η τέχνη και η ενημέρωση ως θετικοί πρεσβευτές στη σεξουαλικότητα της αναπηρίας

Τα τελευταία χρόνια, έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες ώστε να κινητοποιηθεί η κοινωνία και να αναγνωρίσει την ενεργή σεξουαλικότητα που βιώνουν τα ΑμεΑ. Όταν επιτευχθεί αυτή η μεταστροφή στον τρόπο σκέψης των πολιτών χωρίς αναπηρία, τότε τα εμπόδια προς την έκφραση της σεξουαλικότητας θα καταρρεύσουν και η σεξουαλική επαφή θα γίνει πιο ευχάριστη, άνετη και ελεύθερη και για τα ΑμεΑ. Με αυτό το σκεπτικό ως βάση, οι τέχνες και τα ΜΜΕ έχουν χρησιμοποιηθεί για να αναδείξουν την πραγματικότητα που υπάρχει πίσω από την κοινωνική προκατάληψη.

Όπως αναδείχθηκε σε προηγούμενες παραγράφους, τα άτομα με αναπηρία νιώθουν πως υστερούν σεξουαλικά και αυτό τους κάνει να περιορίζουν την έκφρασή τους, αφού αρκετά συχνά δεν αναζητούν διαφορετικούς τρόπους σεξουαλικής πρακτικής από φόβο και άγνοια και έτσι χάνουν την απαραίτητη για τη ζωή τους σεξουαλική ευχαρίστηση. Το βιβλίο *The Ultimate Guide to Sex and Disability* (Kaufman et al., 2003) δημιουργήθηκε από μια ιατρό, έναν εκπαιδευτή του σεξ και μια ακτιβίστρια με αναπηρία, με σκοπό να αποτελέσει τον πρώτο ολοκληρωμένο οδηγό του σεξ για ανθρώπους με διαφορετικές μορφές αναπηρίας. Από το 2011, στις Η.Π.Α. κυκλοφορεί το περιοδικό *New Mobility Magazine* (<http://www.newmobility.com/>), το οποίο ασχολείται με θέματα αποκλειστικά κινητικής αναπηρίας αναδεικνύοντας παραδείγματα από ανθρώπους που βιώνουν τη διαφορετικότητα φυσιολογικά, έτσι όπως ορίζεται από τις νόρμες της κοινωνίας. Μεταξύ των θεμάτων που αναπτύσσονται στις σελίδες του είναι και η σεξουαλικότητα, αποδεικνύοντας έμπρακτα με αληθινές ιστορίες πως το σεξ και οι σχέσεις είναι για όλους (Tolan, 2014).

Τη μεγάλη διαφορά όμως για την κατανόηση από τους ανθρώπους χωρίς αναπηρία της σεξουαλικής έκφρασης και έμφυτης ανάγκης των ΑμεΑ έκαναν δυο πρόσφατες κινηματογραφικές ταινίες. Με αυτές τις ταινίες, δόθηκε η πραγματική διάσταση της σεξουαλικότητας, ενώ το κοινό κατάφερε να συνειδητοποιήσει πως το σεξ είναι απαραίτητο για όλους και μπορεί να γίνει απολαυστικό με διάφορους τρόπους. Πιο συγκεκριμένα, με τη πολυβραβευμένη και διεθνώς αναγνωρισμένη γαλλική ταινία *Intouchables* (2011) (ελληνικός τίτλος "Οι Άθικτοι") ο θεατής μέσα από πραγματικά γεγονότα της ζωής του Philippe Pozzo di

Borgo βιώνει την κατάσταση της βαριάς κινητικής αναπηρίας. Ο Philippe Pozzo απέκτησε την τετραπληγία του σε ηλικία 42 ετών, ύστερα από ατύχημα που είχε πετώντας με αλεξίπτωτο πλαγιάς. Μέσα από την κινηματογραφική ιστορία γίνονται αναφορές σε διάφορα κομμάτια που απασχολούν τη ζωή ενός ατόμου με κινητική αναπηρία. Μεταξύ των άλλων όμως διαπραγματεύεται και το θέμα της σεξουαλικότητας, που λόγω βλάβης του νωτιαίου μυελού στην αυχενική περιοχή της σπονδυλικής στήλης, οι συνηθισμένες ερωτογενείς ζώνες των γεννητικών του οργάνων δεν ανταποκρίνονται και έτσι ο συγκεκριμένος άνθρωπος δέχεται τη σεξουαλική ευχαρίστηση μέσω της τριβής του λοβού των αυτιών. Επίσης, άλλη μια ταινία, αμερικάνικης παραγωγής, προβάλλει με χιουμοριστικό τρόπο την ανάγκη για σεξουαλική έκφραση και ευχαρίστηση των ΑμεΑ. Η ταινία *The Sessions* (2012) (ελληνικός τίτλος "Μαθήματα Ενηλικίωσης", αναδεικνύοντας εύκολα και ξεκάθαρα την αντίληψη και τη νοοτροπία της ελληνικής κοινωνίας για το θέμα) παρακολουθεί την πορεία του Mark O'Brien να ζησει την εμπειρία της σεξουαλικής ευχαρίστησης συναντώντας μια αντικαταστάτρια του σεξ, αφού ποτέ και με κανέναν τρόπο δεν το έχει καταφέρει αυτό μέχρι την ηλικία των 38 ετών. Η ταινία, που κέρδισε το Βραβείο Κοινού στις Η.Π.Α. (2012), βασίζεται στα αληθινά γεγονότα που περιγράφονται στο άρθρο *On Seeing a Sex Surrogate* (O'Brien, 1990). Με αυτόν τον τρόπο φαίνεται, η σημαντικότητα της προσφοράς σεξουαλικών υπηρεσιών, νομίμως, για ένα πλήθος ατόμων της κοινωνίας.

Από εκεί και πέρα με κεντρικό θέμα τη σεξουαλικότητα της αναπηρίας, έχουν σκηνοθετηθεί ντοκιμαντέρ που προβάλλουν διάφορες πτυχές αυτής, όπως είναι η πορνεία και η σεξουαλικότητα των ατόμων με βαριά κινητική αναπηρία. Το έργο *Scarlet Road* (2011) από την Αυστραλία, είναι ένα ντοκιμαντέρ που διαπραγματεύεται τις ιδέες για τη σεξουαλικότητα, το σεξ ως εργασία και τα άτομα με αναπηρία. Ο σκηνοθέτης παρακολουθεί τη ζωή μιας εργάτριας του σεξ η οποία ειδικεύεται σε πελάτες με κινητική αναπηρία, μερικοί από τους οποίους έχουν πολύ περιορισμένη ικανότητα κίνησης. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα ενός πελάτη με σκλήρυνση κατά πλάκας ο οποίος αναφέρει μετά από ένα ραντεβού με την πρωταγωνίστρια του ντοκιμαντέρ *πως νιώθει και πάλι άνδρας*. Η προβολή τόσο ιδιωτικών στιγμών από τη μεριά των ΑμεΑ δείχνει πως στην εποχή μας, η προκατάληψη για τη σεξουαλικότητα της αναπηρίας περιορίζεται, τουλάχιστον στην αντίληψη των ΑμεΑ, και τα άτομα αυτά τολμούν να ισχυριστούν πως η σεξουαλικότητα είναι μέρος της ανθρώπινης φύσης και πως έχουν την ανάγκη να την εκφράζουν και να εμπλέκονται σε σεξουαλικές πράξεις. Αυτήν την τακτική,

δηλαδή την έκθεση προσωπικών σεξουαλικών ιστοριών κυρίως από άτομα με κινητική αναπηρία, φαίνεται και από διάφορα άλλα ντοκιμαντέρ, όπως είναι:

- Το *(Sex)abled: Disability Uncensored* (2009), μια ταινία μικρού μήκους η οποία μέσα σε 14 λεπτά καταγράφει τις προσωπικές εμπειρίες ατόμων με κινητική αναπηρία που σχετίζονται με το σεξ, το ερωτικό ραντεβού, την οικειότητα και τοποθετούνται πάνω στις εσφαλμένες αντιλήψεις και τα στερεότυπα της κοινωνίας σχετικά με τη σεξουαλικότητα και την αναπηρία,
- Το *SexAbility* (2012), μια εκπαιδευτική ταινία που σκιαγραφεί το προφίλ της σεξουαλικής ζωής τεσσάρων ατόμων με διαφορετικές μορφές αναπηρίας, αναδεικνύοντας το πώς κάθε άτομο βιώνει τη δική του/της σεξουαλικότητα,
- Το *Yes, we fuck!* (2013), ένα καινοτόμο ντοκιμαντέρ από την Ισπανία, που δείχνει μέσα από βίντεο και φωτογραφίες, χωρίς συστολή και προσβολή, ορισμένους άνδρες και γυναίκες με διαφορετικούς τύπους αναπηρίας να κάνουν σεξ, ως αντιπαραβολή της παντελούς απουσίας ηθοποιών ή χαρακτήρων με κάποια μορφή αναπηρίας από τις ερωτικές ιστορίες και τις ταινίες πορνό, και
- Το *Sex On Wheels* (2013), ένα ντοκιμαντέρ που επικεντρώνεται στη σεξουαλική ζωή τεσσάρων ατόμων με αναπηρία, καθώς και μιας εργάτριας του σεξ που ειδικεύεται στην εργασία με τους άνδρες με αναπηρία, και εξερευνά τους διαφορετικούς τρόπους που τα άτομα με αναπηρία αντιμετωπίζουν τα εμπόδια στην προσπάθειά τους να ικανοποιήσουν αυτήν τη βασική ανάγκη της σεξουαλικής έκφρασης. Μάλιστα, ένας εκ των συμμετεχόντων που έχει εγκεφαλική παράλυση έχει τη φιλοδοξία να γίνει ο πρώτος pornstar με αναπηρία στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Και ενώ οι παραδοσιακοί τρόποι έχουν μια περιορισμένη πρόσβαση στην κοινωνία, το internet δίνει τη δυνατότητα μιας επιπλέον πηγής πληροφόρησης και ελεύθερης έκφρασης στα ΑμεΑ για την αναζήτηση και σωστή ενημέρωση τόσο των ατόμων με αναπηρία όσο και της υπόλοιπης κοινωνίας. Ιστοσελίδες για τη σεξουαλικότητα των ΑμεΑ είναι διάσπαρτες κατά χιλιάδες μέσα στο διαδίκτυο. Τα καλά παραδείγματα και πάλι προέρχονται από το εξωτερικό με ορισμένες ιστοσελίδες να ξεχωρίζουν για το ενδιαφέρον περιεχόμενό τους. Η ιστοσελίδα TLC-Trust (<http://www.tlc-trust.org.uk/index.php>) ιδρύθηκε το 2000 με έδρα το Ηνωμένο Βασίλειο. Μεταξύ των ιδρυτών της ήταν και ένα άτομο με αναπηρία ο οποίος ένιωθε θλίψη γιατί είχε

φτάσει στα μέσα της τέταρτης δεκαετίας της ζωής του και ακόμα δεν είχε καμιά ερωτική εμπειρία. Έτσι, δημιουργήθηκε η ανάγκη να υπάρχει ένας διαδικτυακός χώρος με εργατρίες/-τες του σεξ. Πλέον στην ιστοσελίδα, εκτός του ότι μπορεί κανείς να βρει μια ποικιλία πληροφοριών, υπάρχει η δυνατότητα αναζήτησης περισσότερων από εκατό εργατριών/-τών του σεξ για κάθε γούστο και σεξουαλικό προσανατολισμό, οι οποίοι με υπευθυνότητα προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε ΑμεΑ σε όλο το Ηνωμένο Βασίλειο. Μια εκ των πολλών ιστοριών που αναγράφονται στην ιστοσελίδα είναι και αυτή του 38χρονου κατά την οποία ο πατέρας του είχε ο ίδιος καλέσει μια εργάτρια του σεξ σα δώρο για τα γενέθλια του υιού του, αφού μέχρι τότε δεν είχε καμιά ερωτική επαφή. Παρόμοιο περιεχόμενο μπορεί κανείς να βρει στην ιστοσελίδα Touching Base (<http://www.touchingbase.org/>) ενός φιλανθρωπικού οργανισμού από το Σύδνεϋ της Αυστραλίας που ιδρύθηκε το 2000 από την ανάγκη, για ακόμη μια φορά, της δημιουργίας ενός συνδέσμου μεταξύ των ΑμεΑ και των εργατριών/-τών του σεξ ώστε να συνδεθούν μεταξύ τους, εστιάζοντας στην πρόσβαση, στις διακρίσεις, στα ανθρώπινα δικαιώματα, στα νομικά ζητήματα και στα κοινωνικά εμπόδια που αυτές οι δύο περιθωριοποιημένες ομάδες μπορούν να αντιμετωπίσουν. Περιπλανώμενος κανείς στις σελίδες του οργανισμού μπορεί να βρει, εκτός των άλλων, ιστορίες από ανθρώπους που έκαναν χρήση των υπηρεσιών των εργατριών/-τών του σεξ και οδηγίες ειδικά για άτομα με αναπηρία για ασφαλές σεξ. Μια ακόμα ιστοσελίδα, που αναπτύσσει μια τελείως διαφορετική θεματολογία σε σχέση με τις δυο προηγούμενες, είναι η Sexuality and Disability (<http://www.sexualityanddisability.org/>). Οτιδήποτε είναι σχετικό με την αναπηρία και τη σεξουαλικότητα αποτελεί υλικό της συγκεκριμένης ιστοσελίδας. Είναι σημείο αναφοράς για την οικογένεια, για το ζευγάρι, για τον ιατρό, για οποιονδήποτε ενδιαφέρεται για το θέμα αυτό. Σε αυτήν την ιστοσελίδα, υπάρχουν πρωτότυπα κείμενα και κείμενα από άλλες βιβλιογραφίες που αναφέρονται γενικά στη σεξουαλικότητα των ανδρών, των γυναικών, των ομοφυλοφίλων, στη διαχείριση των ερωτικών σχέσεων που αναπτύσσονται, στην καλή γνώση του σώματος και της εικόνας του. Θα μπορούσε να πει κανείς πως αποτελεί πηγή για μια πρώτη γνωριμία με το αντικείμενο της σεξουαλικότητας στα άτομα με αναπηρία.

Δυστυχώς, μεγάλοι ιστότοποι με αντίστοιχο περιεχόμενο και υλικό δεν υπάρχουν στην ελληνική επικράτεια. Μόνο μεμονωμένες προσπάθειες αναδεικνύονται επιτυχώς. Μια από τις πιο παλιές ελληνικές ιστοσελίδες σε θέματα αναπηρίας είναι η Αυτονομία (πρώην Αναπηρία ΤΩΡΑ, www.disabled.gr) που πρωτοεμφανίστηκε στο διαδίκτυο το 1987. Ο κύριος όγκος των κειμένων του περιλαμβάνει αναδημοσιεύσεις, από άλλες ενημερωτικές πηγές, που αφορούν την

κινητική αναπηρία και κείμενα – μεταφράσεις από την αλλοδαπή επικαιρότητα. Με τον ίδιο τρόπο, οι υπεύθυνοι της ιστοσελίδας ασχολούνται και με τα θέματα της σεξουαλικότητας και αναπηρίας. Τέλος, αξ σημειωθεί και το αφιέρωμα που έκανε το διαδικτυακό περιοδικό 10% (<http://www.10percent.gr/>) στην αναπηρία το 2011. Η ιδιαίτερη αναφορά γίνεται, αφού το περιοδικό έχει ως αντικείμενό του την ομοφυλοφιλία και τις άλλες σεξουαλικές ταυτότητες και στο 30^ο τεύχος του κάνει μνεία τόσο στα θέματα αναπηρίας γενικά όσο και στην κατάσταση της αναπηρίας και πως αυτή βιώνεται με τις συγκεκριμένες ταυτότητες φύλου.

Όμως, ούτε και η ελληνική επιστημονική κοινότητα έχει ασχοληθεί ουσιαστικά και τακτικά με τη σεξουαλικότητα των ΑμεΑ, και κυρίως των ατόμων με κινητική αναπηρία.

Η σεξουαλικότητα της κινητικής αναπηρίας μέσα στην ελληνική πραγματικότητα

Η Ελλάδα παρουσιάζει γενικότερα μεγάλη έλλειψη τόσο στην καταγραφή των ΑμεΑ σαν ύπαρξη όσο και στην καταγραφή των αναγκών τους. Αυτό σημαίνει πως η ελληνική βιβλιογραφία και εμπειρία δεν έχει δώσει την πρέπουσα σημασία σε πολλά ζητήματα της καθημερινότητάς τους, πόσο μάλλον να ασχοληθεί ουσιαστικά με την σεξουαλικότητα των ΑμεΑ. Για αυτό υπάρχουν ελάχιστες δημοσιευμένες μελέτες πάνω στο θέμα, το οποίο δεν αντανακλά ούτε την πραγματικότητα ούτε και αναδεικνύει την ουσιαστική ανάγκη που υπάρχει και έχει διαπιστωθεί διεθνώς.

Η Karellou (2003) μελέτησε την άποψη που έχει η ελληνική κοινωνία για τη σεξουαλικότητα των ατόμων με μαθησιακές δυσκολίες. Αυτό που διαπίστωσε ήταν πως το μορφωτικό επίπεδο είχε μια σταθερή επίδραση στις απόψεις σχετικά με τη σεξουαλικότητά τους, ενώ οι στάσεις των συμμετεχόντων απέναντι στην σεξουαλικότητα των ανθρώπων χωρίς μαθησιακές δυσκολίες ήταν πιο απελευθερωμένη και σύγχρονη συγκριτικά με τις απόψεις που είχαν για τις διάφορες πτυχές της σεξουαλικότητας των ατόμων με μαθησιακές δυσκολίες. Επίσης, οι Ζαφειρίου και Εμμανουηλίδου (2005) διαπίστωσαν πως υπάρχει ανάγκη προσοχής και σεξουαλικής εκπαίδευσης στους εφήβους με κινητική αναπηρία, γιατί εκτός των θεμάτων που έρχονται αντιμέτωποι ως έφηβοι πρέπει να διαχειριστούν και τα θέματα της αναπηρίας τους.

Αυτή η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας είχε έναν περισσότερο πατερναλιστικό τρόπο σκέψης παρά έναν τρόπο κατανόησης των αναγκών.

Έτσι διαπιστώνεται πως ενώ η διεθνής βιβλιογραφία έχει αναδείξει αρκετά σημεία από τα ζητήματα που απασχολούν τα άτομα με κινητική αναπηρία σχετικά με τη σεξουαλικότητά τους σε διάφορους τομείς, όπως το βιολογικό με τη στυτική δυσλειτουργία και τη μείωση της αισθητικότητας ή το κοινωνικό με τη λανθασμένη αντίληψη περί ασεξουαλικότητας ή το ψυχολογικό, στην Ελλάδα δεν έχουν γίνει παρόμοιες μελέτες και έρευνες για το πώς νιώθουν τα ίδια τα άτομα με κινητική αναπηρία για τη σεξουαλικότητά τους, τη σεξουαλική έκφρασή τους και την αναγνώριση των αναγκών τους. Με την παρούσα εργασία γίνεται η προσπάθεια αυτά τα προβλήματα και οι ανησυχίες να προσδιορισθούν και να τεκμηριωθούν στην σύγχρονη ελληνική κοινωνία και να δοθεί η ευκαιρία για περαιτέρω ανάλυση και επεξεργασία με σκοπό να κατανοηθεί καλύτερα η δεδομένη κατάσταση και στην Ελλάδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ΄:

**Η ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ
ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑΣ**

ΚΑΙ

ΚΙΝΗΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

ΣΕ

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Μεθοδολογία

Η μελέτη βασίστηκε στη συλλογή δεδομένων, από ερωτηματολόγια που συμπλήρωναν αποκλειστικά άτομα με κινητική αναπηρία, διαδικτυακά, οι οποίοι απέκτησαν την αναπηρία τους από οποιαδήποτε αιτιολογία. Εξαίρεση αποτελεί η συννοσηρότητα με νοητική υστέρηση.

Χρησιμοποιώντας την πλατφόρμα της ιστοσελίδας Obsurvey (<https://obsurvey.com/>), κατασκευάστηκε ερωτηματολόγιο που περιλάμβανε τέσσερα μέρη:

- i *Δημογραφικά στοιχεία και στοιχεία που σχετίζονταν με την αναπηρία τους.* Μεταξύ των δημογραφικών ερωτήσεων (π.χ. φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση), περιλαμβάνονται ερωτήσεις σχετικά με τη βαρύτητα της αναπηρίας, την πρόσφατη σεξουαλική δραστηριότητα, την επί πληρωμή αναζήτηση σεξουαλικών υπηρεσιών, την άποψη της κοινωνίας για τη σεξουαλική δραστηριότητα των ατόμων με κινητική αναπηρία.
- ii *Ερωτηματολόγιο DASS-21* (Λυράκος και συν, 2012). Πρόκειται για ένα ποσοτικό εργαλείο μέτρησης της αρνητικής συναισθηματική διάστασης, που συνίσταται από τις κλίμακες της κατάθλιψης (π.χ. δυσφορία, απελπισία, υποτίμηση ζωής), του άγχους (π.χ. διέγερση αυτόνομου νευρικού συστήματος, υποκειμενική εμπειρία επίδρασης άγχους) και του στρες (π.χ. γνωστικά, υποκειμενικά συμπτώματα του άγχους). Το ερωτηματολόγιο έχει σταθμιστεί σε ελληνικό κοινό βάσει δείγματος 537 ατόμων. Αποτελείται από 21 προτάσεις και είναι η συνοπτική μορφή του ερωτηματολογίου DASS-42 (Lyraeos et al., 2011). Κάθε κλίμακα έχει επτά ερωτήσεις και οι συμμετέχοντες δηλώνουν το βαθμό στον οποίο θεωρούν ότι τους αντιπροσωπεύει σε καθεμία από τις προτάσεις χρησιμοποιώντας μια κλίμακα τύπου Likert τεσσάρων διαβαθμίσεων (όπου 0=Δεν ισχύει καθόλου για μένα, 3=Είχε ισχύ σε μένα πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές). Αν και η DASS-21 δεν είναι ένα κατηγορικό μέτρο των κλινικών διαγνώσεων, με τον τρόπο που έχει αναπτυχθεί δίνεται η δυνατότητα καθορισμού σε ήπιου/μέτριου/σοβαρού/εξαιρετικά σοβαρού βαθμού για κάθε κλίμακα.
- iii *Ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF* (M. Ginieri-Coccosis et al., 2012). Πρόκειται για τη σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας WHOQOL-100 (Maria Ginieri-Coccosis et al., 2009). Η ελληνική εκδοχή του

ερωτηματολογίου WHOQOL-BREF, που χρησιμοποιήθηκε, περιλαμβάνει 26 ερωτήσεις του αγγλικού πρωτοτύπου και 4 επιπλέον ερωτήσεις, που έχουν προκύψει από την προσαρμογή του ερωτηματολογίου στα ελληνικά πολιτισμικά δεδομένα. Η μελέτη του ερωτηματολογίου βασίστηκε σε δείγμα 425 ατόμων, αποτελούμενο από υγιείς και ασθενείς είτε με σωματικές είτε με ψυχιατρικές διαγνώσεις. Εξετάζει τέσσερις θεματικές ενότητες: α) τη σωματική υγεία, β) την ψυχική υγεία, γ) τις κοινωνικές σχέσεις και δ) το περιβάλλον. Καθεμιά από τις 30 ερωτήσεις βαθμολογείται με μια κλίμακα τύπου Likert πέντε διαβαθμίσεων και υψηλότερη συνολική βαθμολογία σε έναν τομέα, σημαίνει καλύτερη ποιότητα ζωής στο άτομο στο συγκεκριμένο τομέα.

- iv *Ερωτηματολόγιο Sexuality Scale* (Snell & Papini, 1989). Πρόκειται για ένα αυτοαναφορικό όργανο σχεδιασμένο για τη μέτρηση τριών πτυχών της ανθρώπινης σεξουαλικότητας: α) τη σεξουαλική αυτοεκτίμηση, που ορίζεται ως η θετική σχέση και εμπιστοσύνη στην ικανότητα να βιώσει κάποιος άνθρωπος τη σεξουαλικότητά του με έναν ικανοποιητικό και ευχάριστο τρόπο, β) τη σεξουαλική κατάθλιψη, που ορίζεται ως η συναισθηματική εμπειρία της θλίψης, της δυστυχίας και της σχετιζόμενης με τη σεξουαλική ζωή κατάθλιψης ενός ατόμου και γ) τη σεξουαλική ενασχόληση, που ορίζεται ως η τάση του να σκέφτεται κάποιος το σεξ σε υπερβολικό βαθμό. Ελληνική μετάφραση με στάθμιση των στοιχείων δεν υπάρχει και τα ερωτήματα δόθηκαν σε ελληνική απόδοση. Αποτελείται από 30 ερωτήσεις σε κλίμακα τύπου Likert πέντε διαβαθμίσεων, με τις απαντήσεις κάθε ερώτησης να κυμαίνονται από +2 έως -2. Για τη βαθμολόγηση κάθε κλίμακας, τα στοιχεία αθροίζονται με συγκεκριμένη διαδικασία. Έτσι, υψηλότερα θετικά αποτελέσματα αντιστοιχούν σε μεγαλύτερη συμφωνία με τις δηλώσεις, και πολύ αρνητικά αποτελέσματα υποδεικνύουν μεγαλύτερη διαφωνία με τις δηλώσεις.

Στη συνέχεια, η αναγγελία για την πραγματοποίηση της έρευνας αναρτήθηκε σε προσωπικό λογαριασμό στο Facebook (Εικόνα 14), η οποία διαδόθηκε σε περίπου 4.800 διαδικτυακούς φίλους. Παρόμοιο μήνυμα αναρτήθηκε επιπλέον 5 φορές στον ίδιο λογαριασμό. Η δημοσίευση της έρευνας έφθασε και σε άλλους λογαριασμούς, προσωπικούς ή ομάδας, μέσω της διαδικασίας της κοινοποίησης. Κριτήρια αποκλεισμού αποτέλεσαν η ηλικία που δεν έπρεπε να είναι μικρότερη από 16 ετών, η κατοικία εκτός Ελλάδας και η μη γνώση της ελληνικής γλώσσας. Η διαδικασία συλλογής των ερωτηματολογίων ξεκίνησε στις 31 Ιανουαρίου 2014 και

ολοκληρώθηκε στις 23 Φεβρουαρίου, ενώ η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το πρόγραμμα SPSS 20.0 για Windows.



Εικόνα 14: Στιγμιότυπα από προσωπικό λογαριασμό Facebook

Αποτελέσματα

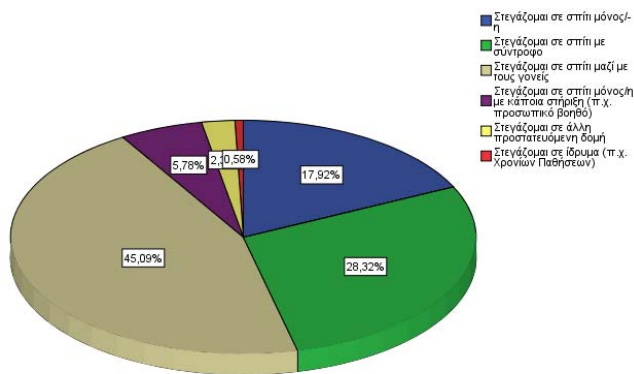
Στο ερωτηματολόγιο απάντησαν 178 άτομα, ενώ θεωρήθηκαν ως έγκυρα οι απαντήσεις που δόθηκαν από 175 άτομα (80 άνδρες, 93 γυναίκες και 5 άκυρα). Η Μέση ηλικία του δείγματος είναι $34,13 \pm 11,01$ έτη (έγκυρες απαντήσεις 168). Το μεγαλύτερο ποσοστό φαίνεται πως κατοικεί μαζί με την πατρική οικογένεια (Πίνακας 3, Διάγραμμα 1), ενώ αυτήν την περίοδο δηλώνει πως δεν έχει σχέση (Πίνακας 4, Διάγραμμα 2).

	Συχνότητα	Ποσοστό
Στεγάζομαι σε σπίτι μόνος/-η	31	17,9
Στεγάζομαι σε σπίτι με σύντροφο	49	28,3
Στεγάζομαι σε σπίτι μαζί με τους γονείς	78	45,1
Στεγάζομαι σε σπίτι μόνος/η με κάποια στήριξη (π.χ. προσωπικό βοηθό)	10	5,8
Στεγάζομαι σε άλλη προστατευόμενη δομή	4	2,3
Στεγάζομαι σε ίδρυμα (π.χ. Χρονίων Παθήσεων)	1	0,6
Σύνολο	173	100,0

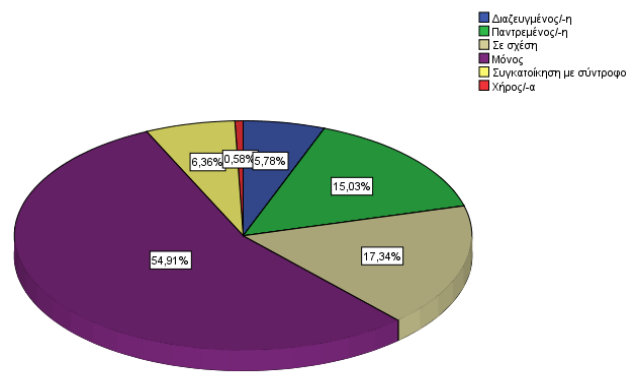
Πίνακας 3: Τρόπος στέγασης

	Συχνότητα	Ποσοστό
Διαζευγμένος/-η	10	5,8
Παντρεμένος/-η	26	15,0
Σε σχέση	30	17,3
Μόνος	95	54,9
Συγκατοίκηση με σύντροφο	11	6,4
Χήρος/-α	1	0,6
Σύνολο	173	100,0

Πίνακας 4: Οικογενειακή κατάσταση



Διαγράμμα 1. Τρόπος στέγασης



Διαγράμμα 2. Οικογενειακή κατάσταση

Ως τόπο διαμονής την Ελλάδα δήλωσαν τα 156 άτομα. Στη συνέχεια έγινε κατηγοριοποίηση με τον εξής τρόπο:

- Αθήνα, που περιλαμβάνει ολόκληρη την Αττική,

{ }

- Θεσσαλονίκη, που περιλαμβάνει όλα τα άτομα που διαμένουν στην συγκεκριμένη πόλη και
- Περιφέρεια που περιλαμβάνει όλα τα άτομα που ζουν εκτός Αθήνας και Θεσσαλονίκης.

Η κατανομή συχνοτήτων για τις απαντήσεις στο συγκεκριμένο ερώτημα φαίνεται στον Πίνακα 5:

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΑΘΗΝΑ	100	64,1
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ	11	7,1
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	45	28,8
σύνολο	156	100,0

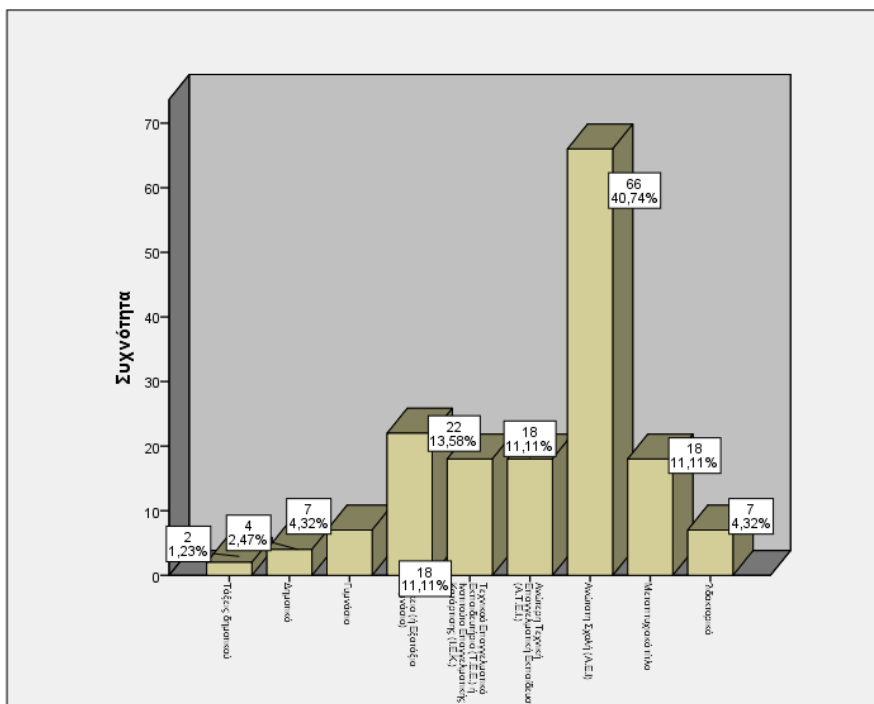
Πίνακας 5: Τόπος διαμονής του μελετώμενου δείγματος

Όπως παρατηρείται, η πλειονότητα των συμμετεχόντων στην έρευνα, κατοικεί στην Αθήνα (100 άτομα - ποσοστό 64,1%). Σημαντικό είναι και το ποσοστό των ατόμων που διαμένουν στην περιφέρεια (28,8%, δηλαδή 45 άτομα).

Σε ότι αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων στην έρευνα, οι 66 από τους 162 που απάντησαν (ποσοστό 40,7%) είναι απόφοιτοι ή φοιτητές Ανώτατης Σχολής (ΑΕΙ). Το συγκεκριμένο ποσοστό διαφέρει σημαντικά από το αμέσως επόμενο που είναι το 13,6% και αντιστοιχεί στους κατόχους απολυτηρίου Λυκείου ή εξατάξιου Γυμνασίου (Πίνακας 6, Διάγραμμα 3). Πέντε άτομα από το δείγμα δεν έχουν πάει καθόλου σχολείο. Από τα 162 άτομα που απάντησαν θετικά για το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, μόλις τα 35 (ποσοστό 21,6%) φοίτησαν σε ειδικό σχολείο, ενώ 124 (ποσοστό 78,4%) δε φοίτησαν σε αυτό.

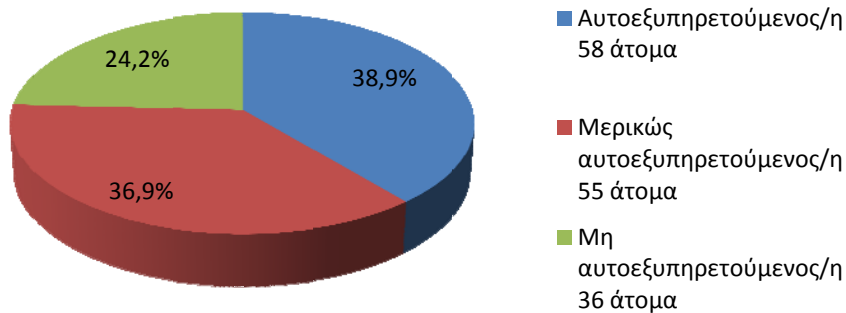
	Συχνότητα	ποσοστό
Τάξεις δημοτικού	2	1,2
Δημοτικό	4	2,5
Γυμνάσιο	7	4,3
Λύκειο (ή Εξατάξιο Γυμνάσιο)	22	13,6
Τεχνικό Επαγγελματικό Εκπαιδευτήριο (Τ.Ε.Ε.) ή Ινστιτούτο Επαγγελματικής Κατάρτισης (Ι.Ε.Κ.)	18	11,1
Ανώτερη Τεχνική Επαγγελματική Εκπαίδευση (Α.Τ.Ε.Ι.)	18	11,1
Ανώτατη Σχολή (Α.Ε.Ι)	66	40,7
Μεταπτυχιακό τίτλο	18	11,1
Διδακτορικό	7	4,3
Σύνολο	162	100,0

Πίνακας 6: Εκπαιδευτικό επίπεδο



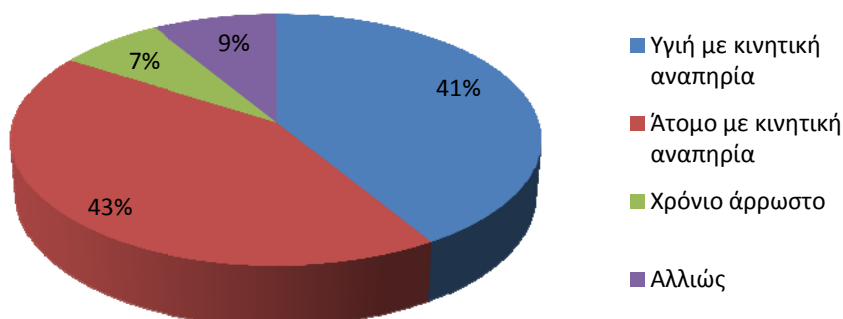
Διάγραμμα 3: Εκπαιδευτικό επίπεδο

Στο ερώτημα για το πώς τους χαρακτηρίζεται η κατάσταση αναπηρίας τους, απάντησαν 149 από τα 173 άτομα, με το 38,9% να απαντά ως αυτοεξυπηρετούμενους, το 36,9% ως μερικώς αυτοεξυπηρετούμενους και το 24,2% ως μη αυτοεξυπηρετούμενους (Διάγραμμα 4).



Διάγραμμα 4:
Κατάσταση
αναπηρίας

Τέλος στην ερώτηση για το πως θα περιέγραφαν τον εαυτό τους σε εξάρτηση με την κινητική διαταραχή τους τα άτομα του δείγματος, τα 62 από τα 150 άτομα που απάντησαν σε αυτήν την ερώτηση δήλωσαν την περιγραφή "Υγιή με κινητική αναπηρία", τα 64 δήλωσαν "Άτομο με κινητική αναπηρία", έντεκα δήλωσαν "Χρόνιο άρρωστο" και 13 άτομα έδωσαν μια άλλη περιγραφή για την κατάσταση (τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζοντας στο Διάγραμμα 5), με τους περισσότερους από αυτούς να δηλώνουν το "άνθρωπος με αναπηρία" γιατί το "άτομο" το θεωρούν ουδέτερο.

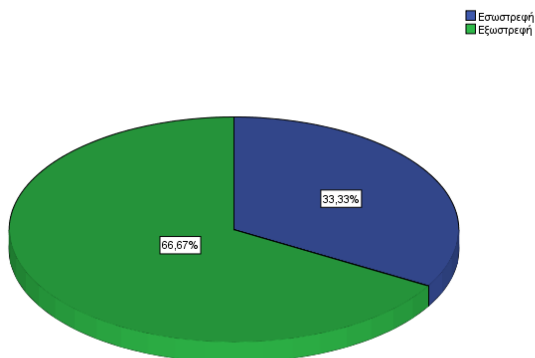
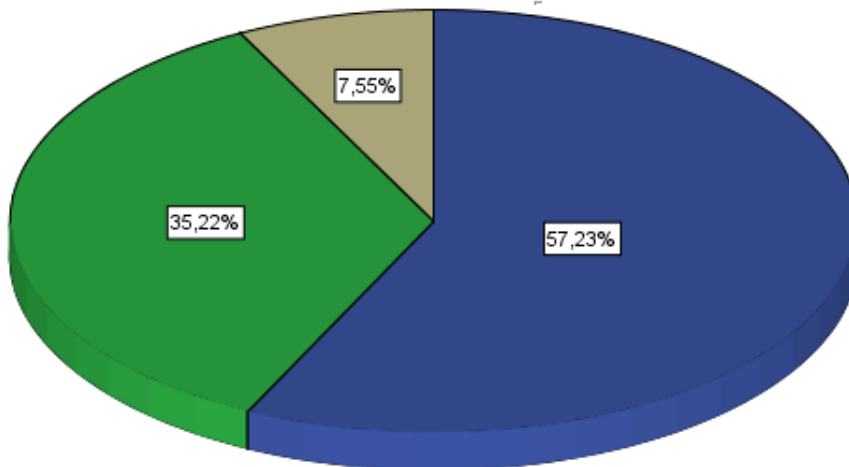


Διάγραμμα 5:
Περιγραφή
εαυτού

Επίσης, έγινε εκτίμηση της κοινωνικής συμπεριφοράς του μελετώμενου δείγματος. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων αναφέρει πως προτιμά με την παρέα του να βγαίνει έξω σε διάφορα μαγαζιά για διασκέδαση (ποσοστό 57,2%), καθώς και ότι η πλειονότητα των ατόμων του δείγματος χαρακτηρίζονται ως εξωστρεφή άτομα (ποσοστό 66,7%). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στα Διαγράμματα 6 και 7, αντίστοιχα.

	Συχνότητα	Ποσοστό
Βόλτα Έξω	91	57,2
Συγκέντρωση Σε Σπίτι	56	35,2
Δεν Έχω Παρέες	12	7,5
Σύνολο	159	100,0

■ Βόλτα Εξω
■ Συγκέντρωση Σε Σπίτι
■ Δεν Έχω Παρέες



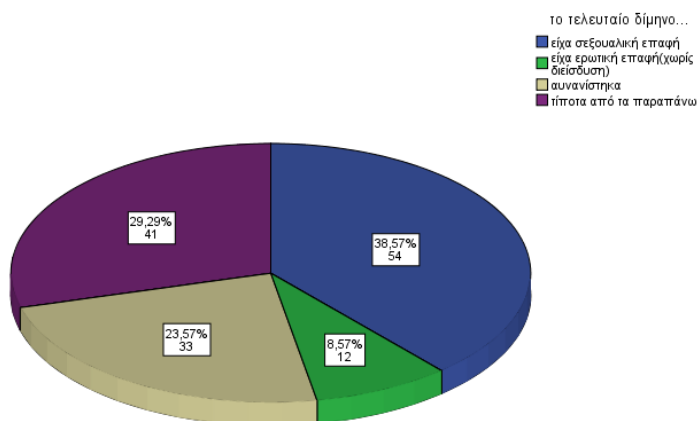
	Συχνότητα	Ποσοστό
Εσωστρεφή	53	33,3
Εξωστρεφή	106	66,7
Σύνολο	159	100,0

Διάγραμμα 7: Αποτύπωση συχνοτήτων στην ερώτηση "Γενικά θα χαρακτηρίζατε τον εαυτό σας ως εξωστρεφή ή ως εσωστρεφή;"

Στη συνέχεια, εξετάστηκαν διάφορες παράμετροι για να εκτιμηθεί η σεξουαλική ζωή του δείγματος. Συνολικά, σεξουαλική επαφή με ή χωρίς διείσδυση είχαν τα 104 από τα 139 άτομα που απάντησαν (δηλαδή ποσοστό 74,8%), ενώ 35 άτομα (ποσοστό 25,2%) δεν είχαν καθόλου σεξουαλική επαφή. Οι συγκεκριμένες απαντήσεις με τα αντίστοιχα ποσοστά φαίνονται και στο αντίστοιχο Διάγραμμα 8. Σχετικά με τη σεξουαλική δραστηριότητα των ατόμων του δείγματος το τελευταίο δίμηνο, το 38,6% αναφέρει πως είχε σεξουαλική επαφή με διείσδυση, ενώ το 29,3% υποστηρίζει πως δεν έκανε καμιά σεξουαλική πράξη (Διάγραμμα 9)



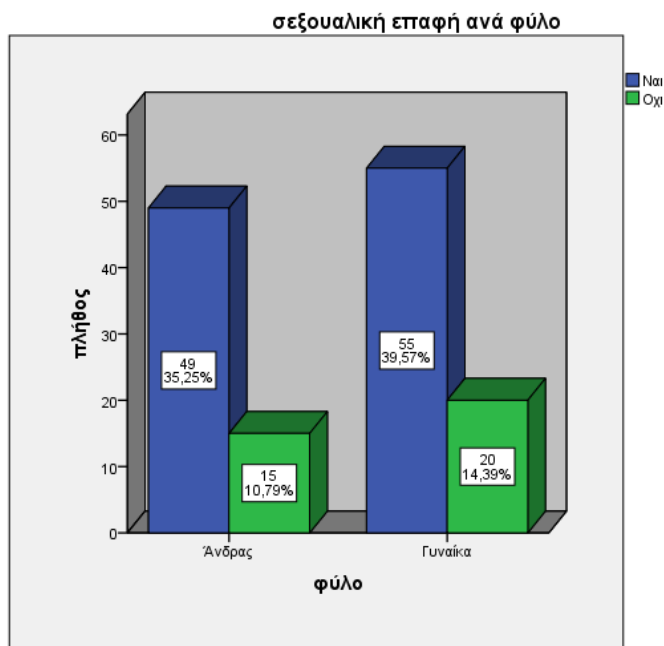
Ακολουθεί εκτίμηση της ύπαρξης σεξουαλικής επαφής ή όχι ανάλογα με το φύλο. Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 7, το 76,6% των ανδρών (49 άνδρες από τους 64) και το 73,3% των γυναικών (55 γυναίκες από τις 75), που συμμετείχαν στην έρευνά μας, είχαν σεξουαλική επαφή. Τα συγκεκριμένα ποσοστά με τις αντίστοιχες συχνότητες ανά φύλο και ύπαρξη σεξουαλικής επαφής ή όχι φαίνονται και στο Διάγραμμα 10.



Διάγραμμα 9:
Σεξουαλική
δραστηριότητα το
τελευταίο δίμηνο

			Είχατε σεξουαλική επαφή;		σύνολο
			Ναι	Όχι	
φύλο	Άνδρας	Πλήθος	49	15	64
		% επί του φύλου	76,6%	23,4%	100,0%
		% επί του συνόλου της αντίστοιχης στήλης	47,1%	42,9%	46,0%
		% επί του συνόλου	35,3%	10,8%	46,0%
	Γυναίκα	Πλήθος	55	20	75
		% επί του φύλου	73,3%	26,7%	100,0%
		% επί του συνόλου της αντίστοιχης στήλης	52,9%	57,1%	54,0%
		% επί του συνόλου	39,6%	14,4%	54,0%
σύνολο	Πλήθος	104	35	139	
	% επί του φύλου	74,8%	25,2%	100,0%	
	% επί του συνόλου της αντίστοιχης στήλης	100,0%	100,0%	100,0%	
	% επί του συνόλου	74,8%	25,2%	100,0%	

Πίνακας 7: Διπλής είσοδος (συνάφεια) για τις μεταβλητές "φύλο" και "ύπαρξη σεξουαλικής επαφής"



μα 10: Ποσοστά σεξουαλικής επαφής ι φύλο

Στην ερώτηση της σεξουαλικής κατεύθυνσης, σχεδόν απόλυτα απάντησαν πως τα άτομα έχουν ετεροφυλοφιλική κατεύθυνση με τα αναλυτικά αποτελέσματα να παρουσιάζονται στον Πίνακα 8.

	Συχνότητα	Ποσοστό
Ετεροφυλοφιλική (Straight)	133	95,7
Ομοφυλοφιλική (Gay & Lesbian)	1	,7
Αμφισεξουαλική (Bisexual)	4	2,9
Άλλο	1	,7
Σύνολο	139	100,0

Πίνακας 8: Σεξουαλική κατεύθυνση

Στο σημείο αυτό χωρίστηκαν τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα μας σε δύο ηλικιακές ομάδες. Σε όσους έχουν ηλικία ≤ 40 έτη και σε όσους έχουν ηλικία >40 και κατόπιν γίνεται η επιλογή όσων ατόμων έχουν σεξουαλική επαφή (συνολικά 102 άτομα). Αν και το

μέγεθος των ομάδων είναι μικρό, φαίνεται πως υπάρχει διαφορά στη σεξουαλική επαφή μεταξύ των ατόμων ηλικίας ≤ 40 ετών και >40 ετών, αφού τα 29 από τα 102 είναι άνω των 40 ετών (ποσοστό 28%) και 73 που είναι κάτω των 40 ετών (ποσοστό 72%).

Όπως δείχνει και ο Πίνακας 9, υπάρχουν 57 άτομα που είναι απόφοιτοι ΑΕΙ και απάντησαν στο ερώτημα αν είχαν σεξουαλική επαφή ή όχι. Γίνεται ο παρακάτω έλεγχος ποσοστών:

$H_0: p_1=p_2$ έναντι της

$H_1: p_1 \neq p_2$

Υπάρχουν 41 άτομα που απάντησαν θετικά στο ότι έχουν σεξουαλική επαφή (ποσοστό 72%) και 16 που δεν έχουν (ποσοστό 28%). Από τον Πίνακα 9 προκύπτει το συμπέρασμα ότι τα δύο αυτά ποσοστά, σε οποιοδήποτε επίπεδο σημαντικότητας α , μπορούν να θεωρηθούν άνισα μεταξύ τους.

	Κατηγορία	N	Παρατηρούμενη αναλογία	Αναλογία δοκιμής	Exact Sig. (2-tailed)
Ομάδα 1	Ναι	41	,72	,50	,001
Ομάδα 2	Όχι	16	,28		
Συνολικά		57	1,00		

Πίνακας 9: Έλεγχος ποσοστών για "Ανώτατη Σχολή" και "σεξουαλική επαφή"

Επιπλέον, 136 άτομα απάντησαν για το αν πήγαν σε ειδικό σχολείο όσο και για την ύπαρξη σεξουαλικής επαφής. Από αυτά, το 73,3% είχε σεξουαλική επαφή, ενώ το υπόλοιπο 26,7% δεν είχε. Τα ίδια περίπου ποσοστά συναντάμε και στα άτομα που δεν πήγαν σε κάποιο ειδικό σχολείο. Το 75,5% δήλωσε πως είχε σεξουαλική επαφή, ενώ το 24,5% δήλωσε πως δεν είχε. Κατόπιν έγινε έλεγχος ανεξαρτησίας (Έλεγχος χ^2) για το αν οι δυο παράγοντες "φοίτηση σε ειδικό σχολείο" και "ύπαρξη σεξουαλικής επαφής" είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους ή όχι και φάνηκε πως οι δυο παράγοντες δε σχετίζονται μεταξύ τους ($p < 0,81$), δηλαδή η γνώση της μιας μεταβλητής δεν βοηθά στην πρόβλεψη της άλλης.

Στην συνέχεια μελετάται η ύπαρξη ή όχι σεξουαλικής επαφής, ανάλογα με τον τόπο διαμονής και για όσα άτομα απάντησαν στα συγκεκριμένα ερωτήματα. Και στις δύο ερωτήσεις απάντησαν 128 άτομα, όπως βλέπουμε και στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 10). Από τον ίδιο πίνακα, βλέπουμε πως ανεξάρτητα από τον τόπο διαμονής, τα ποσοστά των ατόμων που είχαν σεξουαλική επαφή είναι αρκετά υψηλά. Στην Αθήνα το 76,9% είχε σεξουαλική επαφή, στην Θεσσαλονίκη το 66,7% και τέλος στην περιφέρεια το 68,3%.

		Σεξ. επαφή		σύνολο	
		Ναι	Όχι		
Τόπος διαμονής	ΑΘΗΝΑ	πλήθος	60	18	78
		% επί του τόπου διαμονής	76,9%	23,1%	100,0%
		% επί της ύπαρξης επαφής	63,8%	52,9%	60,9%
		% επί του συνόλου	46,9%	14,1%	60,9%
	ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ	πλήθος	6	3	9
		% επί του τόπου διαμονής	66,7%	33,3%	100,0%
		% επί της ύπαρξης επαφής	6,4%	8,8%	7,0%
		% επί του συνόλου	4,7%	2,3%	7,0%
	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	πλήθος	28	13	41
		% επί του τόπου διαμονής	68,3%	31,7%	100,0%
		% επί της ύπαρξης επαφής	29,8%	38,2%	32,0%
		% επί του συνόλου	21,9%	10,2%	32,0%
σύνολο	πλήθος	94	34	128	
	% επί του τόπου διαμονής	73,4%	26,6%	100,0%	
	% επί της ύπαρξης επαφής	100,0%	100,0%	100,0%	
	% επί του συνόλου	73,4%	26,6%	100,0%	

Πίνακας 10: Διπλή είσοδος (συνάφειας) για τις μεταβλητές «τόπος διαμονής» και «ύπαρξη σεξουαλικής επαφής».

Κατόπιν γίνεται έλεγχος ανεξαρτησίας (Έλεγχος χ^2) για να εξεταστεί κατά πόσο οι μεταβλητές "τόπος διαμονής" και "ύπαρξη σεξουαλικής επαφής" είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους ή όχι. Ο συγκεκριμένος έλεγχος είναι ο εξής:

H_0 : οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες

H_1 : οι μεταβλητές δεν είναι ανεξάρτητες

Από τον έλεγχο προκύπτει πως σε οποιοδήποτε επίπεδο σημαντικότητας α , δεν απορρίπτουμε την H_0 , δηλαδή οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες, αφού $p < 0,534$. Συνεπώς, η σεξουαλική δραστηριότητα είναι ανεξάρτητη από τον τόπο διαμονής.

Στην συνέχεια εξετάζεται η σεξουαλική δραστηριότητα των ατόμων, το τελευταίο δίμηνο, ανάλογα με τον τόπο διαμονής τους (Πίνακας 11). Στο συγκεκριμένο ερώτημα και επειδή κάποια άτομα επέλεξαν περισσότερες της μιας απαντήσεις, η μεταβλητή θεωρήθηκε ως πολλαπλής απόκρισης (multiple response).

		Το τελευταίο διμηνο...				σύνολο
		είχα σεξουαλική επαφή	είχα ερωτική επαφή(χωρίς διείσδυση)	Αυνανίστηκα	τίποτα από τα παραπάνω	
ΑΘΗΝΑ	πλήθος	31	12	18	24	78
	% επί του τόπου διαμονής	39,7%	15,4%	23,1%	30,8%	
	% επί της ύπαρξης επαφής	64,6%	80,0%	50,0%	63,2%	
	% επί του συνόλου	24,2%	9,4%	14,1%	18,8%	60,9%
Τόπος διαμονής ΘΕΣ/ΝΙΚΗ	πλήθος	2	0	5	3	9
	% επί του τόπου διαμονής	22,2%	0,0%	55,6%	33,3%	
	% επί της ύπαρξης επαφής	4,2%	0,0%	13,9%	7,9%	
	% επί του συνόλου	1,6%	0,0%	3,9%	2,3%	7,0%
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	πλήθος	15	3	13	11	41
	% επί του τόπου διαμονής	36,6%	7,3%	31,7%	26,8%	
	% επί της ύπαρξης επαφής	31,2%	20,0%	36,1%	28,9%	
	% επί του συνόλου	11,7%	2,3%	10,2%	8,6%	32,0%
Σύνολο	Πλήθος	48	15	36	38	128
	% επί του συνόλου	37,5%	11,7%	28,1%	29,7%	100,0%

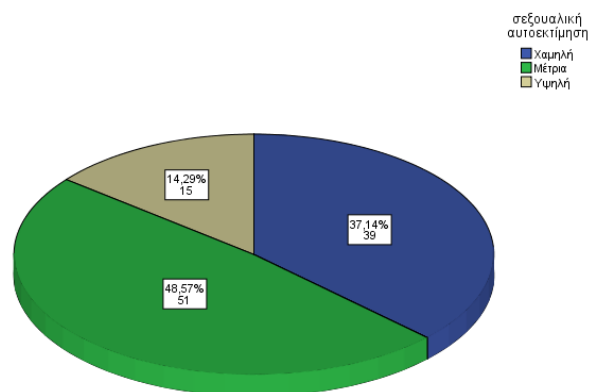
Πίνακας 11: Πολλαπλή απόκριση για τις μεταβλητές «τόπος διαμονής» και «ύπαρξη σεξουαλικής επαφής».

Όπως φαίνεται από τα παραπάνω, στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων στην έρευνα είχε σεξουαλική επαφή κατά το τελευταίο δίμηνο. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα που διαμένουν στην πόλη της Θεσσαλονίκης σε ποσοστό 55,6% δήλωσαν ότι κατά τη διάρκεια του τελευταίου διμήνου ανυπνίστηκαν. Τέλος στην περιφέρεια υπερτερούν όσοι κατά τη διάρκεια του τελευταίου διμήνου είχαν σεξουαλική επαφή (15 άτομα από τα 41 με τόπο διαμονής τη Θεσσαλονίκη-ποσοστό 36,6%). Όμως περίπου το ίδιο ποσοστό έχουμε και για τα άτομα που κατά τη διάρκεια του τελευταίου διμήνου ανυπνίστηκαν (13 άτομα-ποσοστό 31,7%)

Στο σημείο αυτό θα μελετηθεί το επίπεδο κατάθλιψης με την χαμηλή αυτοεκτίμηση. Στον Πίνακα 12 φαίνεται η συχνότητα της κατάθλιψης ανά βαθμό βαρύτητας, ενώ στο Διάγραμμα 13 αποτυπώνεται η συχνότητα της σεξουαλικής αυτοεκτίμησης ανάλογα με την έντασή της. Τα περισσότερα άτομα εμφανίζουν φυσιολογικό επίπεδο (ποσοστό 35%). Ακολουθούν τα άτομα των οποίων το επίπεδο κατάθλιψης βρίσκεται σε εξαιρετικά σοβαρό βαθμό.

	Συχνότητα	Ποσοστό
Φυσιολογικό	42	35,0
Ηπιος Βαθμός	13	10,8
Μέτριος Βαθμός	21	17,5
Σοβαρός Βαθμός	8	6,7
Εξαιρετικά Σοβαρός Βαθμός	36	30,0
Σύνολο	120	100,0

Πίνακα 12: Συχνότητα κατάθλιψης ανά βαθμό βαρύτητας



Διάγραμμα 13: Συχνότητα της σεξουαλικής αυτοεκτίμησης ανάλογα με βαθμό έντασης

		Σεξουαλική αυτοεκτίμηση			σύνολο	
		Χαμηλή	Μέτρια	Υψηλή		
κατάθλιψη	Ηπιος Βαθμός	πλήθος	5	5	2	12
		% της κατάθλιψης	41,7%	41,7%	16,7%	100,0%
		% της αυτοεκτίμησης	12,8%	9,8%	13,3%	11,4%
		% του συνόλου	4,8%	4,8%	1,9%	11,4%
	Μέτριος Βαθμός	πλήθος	6	11	1	18
		% της κατάθλιψης	33,3%	61,1%	5,6%	100,0%
		% της αυτοεκτίμησης	15,4%	21,6%	6,7%	17,1%
		% του συνόλου	5,7%	10,5%	1,0%	17,1%
	Φυσιολογικό	πλήθος	10	16	12	38
		% της κατάθλιψης	26,3%	42,1%	31,6%	100,0%
		% της αυτοεκτίμησης	25,6%	31,4%	80,0%	36,2%
		% του συνόλου	9,5%	15,2%	11,4%	36,2%
Σοβαρός Βαθμός	πλήθος	3	2	0	5	
	% της κατάθλιψης	60,0%	40,0%	0,0%	100,0%	
	% της αυτοεκτίμησης	7,7%	3,9%	0,0%	4,8%	
	% του συνόλου	2,9%	1,9%	0,0%	4,8%	
Εξαιρετικά Σοβαρός Βαθμός	πλήθος	15	17	0	32	
	% της κατάθλιψης	46,9%	53,1%	0,0%	100,0%	
	% της αυτοεκτίμησης	38,5%	33,3%	0,0%	30,5%	
	% του συνόλου	14,3%	16,2%	0,0%	30,5%	
σύνολο	πλήθος	39	51	15	105	
	% της κατάθλιψης	37,1%	48,6%	14,3%	100,0%	
	% της αυτοεκτίμησης	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% του συνόλου	37,1%	48,6%	14,3%	100,0%	

Πίνακας 13: Διπλή είσοδος (συνάφειας) για τις μεταβλητές «κατάθλιψη» και «σεξουαλική αυτοεκτίμηση».

Θα μελετήσουμε το ποσοστό χαμηλής σεξουαλικής αυτοπεποίθησης για τις δύο μεταβλητές υψηλότερης συχνότητας επιπέδων κατάθλιψης. Όπως βλέπουμε και στον παραπάνω πίνακα συνάφειας για τις μεταβλητές "κατάθλιψη" και "σεξουαλική αυτοεκτίμηση", φυσιολογικό επίπεδο κατάθλιψης και χαμηλή σεξουαλική αυτοεκτίμηση εμφανίζουν 10 άτομα, ενώ εξαιρετικά σοβαρό βαθμό κατάθλιψης και χαμηλή αυτοεκτίμηση εμφανίζουν 15 άτομα. Τέλος, γίνεται έλεγχος ποσοστών για την χαμηλή σεξουαλική αυτοεκτίμηση ανάλογα με το επίπεδο κατάθλιψης.

$H_0: p_1=38,5\%$ έναντι της

$H_1: p_1<38,5\%$

Όπως παρατηρείται και από τον Πίνακα 14, που ελέγχεται κατά πόσο το ποσοστό των ατόμων με φυσιολογικό επίπεδο κατάθλιψης και χαμηλή σεξουαλική αυτοεκτίμηση ισούται με 38,5%, δηλαδή με το ποσοστό των ατόμων με εξαιρετικά σοβαρό βαθμό κατάθλιψης και χαμηλή σεξουαλική αυτοεκτίμηση, σε οποιοδήποτε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha<0,66$ δεν απορρίπτεται την μηδενική υπόθεση, άρα μπορούμε να ισχυριστούμε ισότητα των δύο ποσοστών.

	Κατηγορία	N	Παρατηρούμενη αναλογία	Αναλογία δοκιμής	Exact Sig. (1-tailed)
Ομάδα 1	Φυσιολογικό επίπεδο	10	,256	,385	,066a
Ομάδα 2	Υπόλοιπα επίπεδα	29	,744		
Συνολικά		39	1,000		

a. Η εναλλακτική υπόθεση δηλώνει ότι το ποσοστό των περιπτώσεων της πρώτης ομάδας $<0,385$.

Πίνακας 14: Έλεγχος ποσοστών για "χαμηλή σεξουαλική αυτοεκτίμηση" και "φυσιολογικό - εξαιρετικά σοβαρό βαθμό κατάθλιψης"

Η εκτίμηση συνεχίζεται με τον έλεγχο ποσοστών για τα αυτοεξυπηρετούμενα άτομα, καθώς και για τα μη αυτοεξυπηρετούμενα, μεταξύ αυτών που έχουν χαμηλή σεξουαλική αυτοεκτίμηση και αυτών που έχουν υψηλή. Μεταξύ των **Αυτοεξυπηρετούμενων ατόμων**

υπάρχουν 20 που έχουν υψηλή ή χαμηλή σεξουαλική αυτοεκτίμηση. Τα 13 από αυτά (ποσοστό 65%) έχουν χαμηλή σεξουαλική αυτοεκτίμηση και τα υπόλοιπα 7 υψηλή. Με τον παρακάτω έλεγχο ποσοστών εκτιμάται η ισότητα ή μη των συγκεκριμένων ποσοστών.

$H_0: p_1=p_2$ έναντι της

$H_1: p_1 \neq p_2$

Όπως φαίνεται και από τον Πίνακα 15 δεν γίνεται να απορριφθεί η μηδενική υπόθεση. Συνεπώς μπορούμε να ισχυριστούμε ότι τα δύο ποσοστά δεν διαφέρουν στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους. Αυτό συμβαίνει γιατί τα 20 άτομα είναι μικρό δείγμα, το οποίο δεν μπορεί να οδηγήσει στο να γίνει αποδεκτή στατιστικά σημαντική διαφορά στα δύο ποσοστά.

		Κατηγορία	N	Παρατηρούμενη αναλογία	Αναλογία δοκιμής	Exact Sig. (2-tailed)
Σεξουαλική αυτοεκτίμηση	Ομάδα 1	Χαμηλή	13	,65	,50	,263
	Ομάδα 2	Υψηλή	7	,35		
	Συνολικά		20	1,00		

Πίνακας 15: Έλεγχος ποσοστών για "αυτοεξυπηρετούμενα άτομα" και "υψηλή - χαμηλή σεξουαλική αυτοεκτίμηση"

Σε ότι αφορά τα **Μη αυτοεξυπηρετούμενα άτομα**, 11 παρουσιάζουν χαμηλή σεξουαλική αυτοεκτίμηση (ποσοστό 85%) και μόλις 2 υψηλή (ποσοστό 15%). Κάνοντας όπως και πριν έλεγχο για την ισότητα των δύο ποσοστών, καταλήγουμε στο συμπέρασμα πως σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha > 0,022$ μπορούμε να απορρίψουμε την H_0 , δηλαδή να θεωρήσουμε ότι τα δύο ποσοστά διαφέρουν στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους.

		Κατηγορία	N	Παρατηρούμενη αναλογία	Αναλογία δοκιμής	Exact Sig. (2-tailed)
Σεξουαλική αυτοεκτίμηση	Ομάδα 1	Χαμηλή	11	,85	,50	,022
	Ομάδα 2	Υψηλή	2	,15		
	Συνολικά		13	1,00		

Πίνακας 16: Έλεγχος ποσοστών για "Μη αυτοεξυπηρετούμενα άτομα" και "υψηλή - χαμηλή σεξουαλική αυτοεκτίμηση"

Στο συγκεκριμένο σημείο θα πραγματοποιηθεί έλεγχος ANOVA για την ισότητα των μέσων που προκύπτουν σε ότι αφορά οι ενότητες *κοινωνικές σχέσεις* και *συνολική εκτίμηση* του WHOQOL-BREF των συμμετεχόντων στην έρευνα μας και ανάλογα με το πώς χαρακτηρίζονται σε σχέση με τον βαθμό αναπηρίας τους (αυτοεξυπηρετούμενος/η, μερικώς αυτοεξυπηρετούμενος/η, μη αυτοεξυπηρετούμενος/η). Αρχικά θα δοθούν περιγραφικά μέτρα για τις τρεις επιμέρους κατηγορίες.

	πλήθος	μέσος	Τυπική απόκλιση	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη Τιμή
Αυτοεξυπηρετούμενος/η	41	14,1463	3,59306	5,60	20,00
Μερικώς Αυτοεξυπηρετούμενος/η	39	13,2513	2,83018	4,80	17,60
Μη Αυτοεξυπηρετούμενος/η	28	12,8286	2,66206	8,00	18,40
Σύνολο	108	13,4815	3,12398	4,80	20,00

Πίνακας 17: Περιγραφικά μέτρα για τον μέσο στις κοινωνικές σχέσεις ανάλογα με το πώς χαρακτηρίζονται τα άτομα σε σχέση με τον βαθμό αναπηρίας

Όπως δείχνει ο παραπάνω πίνακας, στο συγκεκριμένο κομμάτι της έρευνας συμμετέχουν 108 άτομα. Τα 41 που χαρακτηρίζονται ως αυτοεξυπηρετούμενα, 39 ως μερικώς αυτοεξυπηρετούμενα και 28 ως μη αυτοεξυπηρετούμενα. Τα χαρακτηριζόμενα ως αυτοεξυπηρετούμενα, στις κοινωνικές σχέσεις εμφανίζουν μέσο όρο $14,15 \pm 3,53$ και μεγαλύτερο εύρος τιμών στον συγκεκριμένο δείκτη αφού εμφανίζει ελάχιστη τιμή 5,6 και μέγιστη 20. Τα μερικώς αυτοεξυπηρετούμενα άτομα εμφανίζουν μέσο $13,25 \pm 2,83$. Τέλος, τα μη αυτοεξυπηρετούμενα εμφανίζουν μέσο $12,83 \pm 2,66$. Στο σύνολό τους τα 108 άτομα εμφανίζουν μέσο 13,48. Παρατηρείται λοιπόν πως τα αυτοεξυπηρετούμενα άτομα εμφανίζουν τον μεγαλύτερο μέσο όρο στις κοινωνικές σχέσεις και ακολουθούν τα μερικώς αυτοεξυπηρετούμενα και μετά τα μη αυτοεξυπηρετούμενα με τον χαμηλότερο μέσο όρο. Πριν γίνει έλεγχος ANOVA για τους μέσους, θα πραγματοποιηθεί έλεγχος για την ισότητα των διακυμάνσεων. Ο έλεγχος είναι ο εξής:

$H_0 : \sigma_1^2 = \sigma_2^2 = \sigma_3^2$ έναντι της

H_1 : τουλάχιστον δύο διασπορές διαφέρουν

και όπως βλέπουμε και από τον παρακάτω πίνακα σε οποιοδήποτε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha < 0,361$ δεν απορρίπτουμε την μηδενική υπόθεση. Συνεπώς μπορούμε να θεωρήσουμε ισότητα διακυμάνσεων.

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,029	2	105	,361

Πίνακας 18: Έλεγχος ομοιογένειας διακυμάνσεων στην ενότητα "κοινωνικές σχέσεις"

Κατόπιν πραγματοποιείται έλεγχος για τους μέσους. Ο συγκεκριμένος έλεγχος είναι ο εξής:

$H_0 : \mu_1 = \mu_2 = \mu_3$ έναντι της

H_1 : τουλάχιστον δύο μέσοι διαφέρουν

και όπως φαίνεται και από τον Πίνακα 19 σε οποιοδήποτε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha < 0,194$ δεν απορρίπτουμε την μηδενική υπόθεση. Συνεπώς μπορούμε να θεωρήσουμε ότι οι μέσοι ανά χαρακτηρισμό των ατόμων δεν διαφέρουν στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους.

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	32,126	2	16,063	1,666	,194
Within Groups	1012,117	105	9,639		
Total	1044,243	107			

Πίνακας 19: Έλεγχος ANOVA για την ενότητα "κοινωνικές σχέσεις" του WHOQOL-BREF

Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγουμε όπως είναι προφανές και στον έλεγχο των μέσων ανά δύο, όπως βλέπουμε και στον παρακάτω πίνακα, όπου έχουν υπολογιστεί οι διαφορές στους μέσους, αν συγκριθούν ανά δύο, καθώς και οι αντίστοιχες "κρίσιμες τιμές" (p-value) για την απόρριψη ή όχι της H_0 .

(I) VAR00038	(J) VAR00038	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Αυτοεξυπηρετούμενος/η	Μερικώς Αυτοεξυπηρετούμενος/η	,89506	,69445	,439
	Μη Αυτοεξυπηρετούμενος/η	1,31777	,76116	,228
Μερικώς Αυτοεξυπηρετούμενος/η	Αυτοεξυπηρετούμενος/η	-,89506	,69445	,439
	Μη Αυτοεξυπηρετούμενος/η	,42271	,76904	,860
Μη Αυτοεξυπηρετούμενος/η	Αυτοεξυπηρετούμενος/η	-1,31777	,76116	,228
	Μερικώς Αυτοεξυπηρετούμενος/η	-,42271	,76904	,860

Πίνακας 20: Έλεγχος Scheffe για το πεδίο "κοινωνικές σχέσεις" του WHOQOL-BREF

Όπως και προηγουμένως, θα γίνει έλεγχος ANOVA για την ισότητα των μέσων που προκύπτουν σε ότι αφορά την ενότητα *συνολική εκτίμηση* WHOQOL-BREF των συμμετεχόντων στην έρευνα και ανάλογα με το πώς χαρακτηρίζονται σε σχέση με τον βαθμό αναπηρίας τους (αυτοεξυπηρετούμενος/η, μερικώς αυτό-εξυπηρετούμενος/η, μη αυτοεξυπηρετούμενος/η). Θα δούμε πρώτα περιγραφικά μέτρα για τις τρεις επιμέρους κατηγορίες.

	πλήθος	μέσος	Τυπική απόκλιση	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη Τιμή
Αυτοεξυπηρετούμενος/η	41	15,3659	2,69959	8,00	20,00
Μερικώς Αυτοεξυπηρετούμενος/η	39	13,1795	3,16952	4,00	18,00
Μη Αυτοεξυπηρετούμενος/η	28	12,3571	3,26842	6,00	18,00
Total	108	13,7963	3,25766	4,00	20,00

Πίνακας 21: Περιγραφικά μέτρα για τον μέσο της συνολικής εκτίμησης ανάλογα με το πώς χαρακτηρίζονται τα άτομα σε σχέση με τον βαθμό αναπηρίας.

Όπως παρατηρούμε και από τον παραπάνω πίνακα και στο συγκεκριμένο κομμάτι της έρευνας μας συμμετέχουν 108 άτομα (τα ίδια όπως και πριν). Τα 41 που χαρακτηρίζονται ως αυτοεξυπηρετούμενα, 39 ως μερικώς αυτοεξυπηρετούμενα και 28 ως μη αυτοεξυπηρετούμενα. Τα χαρακτηριζόμενα ως αυτοεξυπηρετούμενα, στην συνολική εκτίμηση εμφανίζουν μέσο όρο $15,36 \pm 2,7$ και εύρος τιμών από 8 ως 20. Τα μερικώς αυτοεξυπηρετούμενα άτομα εμφανίζουν μέσο $13,18 \pm 3,17$. Στην συγκεκριμένη κατηγορία έχουμε το μεγαλύτερο εύρος τιμών με ελάχιστη τιμή για το δείκτη 4 και μέγιστη το 20. Τέλος, τα μη αυτοεξυπηρετούμενα εμφανίζουν μέσο

12,35±3,26. Στο σύνολό τους τα 108 άτομα εμφανίζουν μέσο 13,79, ελάχιστα υψηλότερο από ότι στις κοινωνικές σχέσεις που μελετήθηκε πριν. Παρατηρείται λοιπόν πως στη συνολική εκτίμηση, τα αυτοεξυπηρετούμενα άτομα εμφανίζουν τον μεγαλύτερο μέσο όρο και ακολουθούν τα μερικώς αυτοεξυπηρετούμενα και μετά τα μη αυτοεξυπηρετούμενα με τον χαμηλότερο μέσο όρο. Πριν πραγματοποιηθεί έλεγχος ANOVA για τους μέσους, θα γίνει έλεγχος για την ισότητα των διακυμάνσεων. Ο έλεγχος είναι ο εξής:

$H_0 : \sigma_1^2 = \sigma_2^2 = \sigma_3^2$ έναντι της

$H_1 : \text{τουλάχιστον δύο διασπορές διαφέρουν}$

και όπως φαίνεται και από τον Πίνακα 22 σε οποιοδήποτε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha < 0,132$ δεν απορρίπτουμε την μηδενική υπόθεση. Συνεπώς μπορούμε να θεωρήσουμε και εδώ ισότητα διακυμάνσεων.

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2,064	2	105	,132

Πίνακας 22: Έλεγχος ομοιογένειας διακυμάνσεων για τη συνολική εκτίμηση

Κατόπιν πραγματοποιείται έλεγχος για τους μέσους. Ο συγκεκριμένος έλεγχος είναι ο εξής:

$H_0 : \mu_1 = \mu_2 = \mu_3$ έναντι της

$H_1 : \text{τουλάχιστον δύο μέσοι διαφέρουν}$

και όπως φαίνεται και από τον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 23) σε οποιοδήποτε επίπεδο σημαντικότητας α απορρίπτουμε την μηδενική υπόθεση. Συνεπώς μπορούμε να θεωρήσουμε ότι οι μέσοι ανά χαρακτηρισμό των ατόμων σε σχέση με την αναπηρία τους διαφέρουν στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους, ως προς την συνολική εκτίμηση.

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	173,834	2	86,917	9,490	,000
Within Groups	961,684	105	9,159		
Total	1135,519	107			

Πίνακας 23: Έλεγχος ANOVA για τη συνολική εκτίμηση του WHOQOL-BREF

Στη συνέχεια γίνεται έλεγχος των μέσων ανά δύο. Όπως δείχνει και ο παρακάτω πίνακας (Πίνακας 24), στον οποίο έχουν υπολογιστεί οι διαφορές στους μέσους, αν συγκριθούν ανά δύο, καθώς και οι αντίστοιχες "κρίσιμες τιμές" (p-value), ισότητα μέσων μπορούμε να ισχυριστούμε ότι έχουμε μεταξύ του ζευγαριού "Μερικώς Αυτοεξυπηρετούμενος/η" και "Μη αυτοεξυπηρετούμενος/η". Μεταξύ του ζευγαριού "Αυτοεξυπηρετούμενος/η" και "Μερικώς Αυτοεξυπηρετούμενος/η" μπορούμε να ισχυριστούμε ότι δεν έχουμε ισότητα μέσων για το δείκτη συνολικής εκτίμησης, για επίπεδο σημαντικότητας $\alpha > 0,007$. Τέλος για το ζευγάρι "Αυτοεξυπηρετούμενος/η" και "Μη αυτοεξυπηρετούμενος/η" μπορούμε να ισχυριστούμε ότι οι μέσοι για τον δείκτη της συνολικής εκτίμησης διαφέρουν στατιστικά σημαντικά σε οποιοδήποτε επίπεδο σημαντικότητας α .

(I) VAR00038	(J) VAR00038	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Αυτοεξυπηρετούμενος/η	Μερικώς	2,18637*	,67693	,007
	Αυτοεξυπηρετούμενος/η			
Μερικώς	Μη Αυτοεξυπηρετούμενος/η	3,00871*	,74195	,000
	Αυτοεξυπηρετούμενος/η	-2,18637*	,67693	,007
Αυτοεξυπηρετούμενος/η	Μη Αυτοεξυπηρετούμενος/η	,82234	,74963	,550
	Αυτοεξυπηρετούμενος/η	-3,00871*	,74195	,000
Μη Αυτοεξυπηρετούμενος/η	Μερικώς	-,82234	,74963	,550
	Αυτοεξυπηρετούμενος/η			

*. Η μέση διαφορά είναι σημαντική στο επίπεδο 0,05.

Πίνακας 24: Έλεγχος Scheffe για τη συνολική εκτίμηση του WHOQOL-BREF

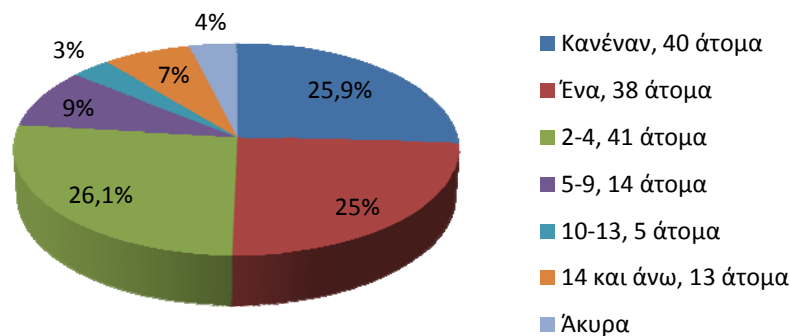
Τα παραπάνω συμπεράσματα τα βλέπουμε και στον ακόλουθο πίνακα όπου υπάρχουν δύο γκρουπ σε ότι αφορά τους μέσους για την συνολική εκτίμηση: το πρώτο που περιλαμβάνει

τα “Μη Αυτοεξυπηρετούμενα” άτομα καθώς και τα “Μερικώς Αυτοεξυπηρετούμενα” και το δεύτερο που περιλαμβάνει μόνο τα “Αυτοεξυπηρετούμενα”

VAR00038	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
Μη Αυτοεξυπηρετούμενος/η	28	12,3571	
Μερικώς Αυτοεξυπηρετούμενος/η	39	13,1795	
Αυτοεξυπηρετούμενος/η	41		15,3659
Sig.		,526	1,000

Πίνακας 25: Έλεγχος Scheffe για τη συνολική εκτίμηση σε συγκεκριμένο συνδυασμό μεταβλητών

Στη συνέχεια, υπολογίστηκε ο αριθμός των διαφορετικών σεξουαλικών συντρόφων που είχε ένα άτομο είτε αν η κινητική αναπηρία είναι συγγενής είτε αν εμφανίστηκε σε μεγαλύτερη ηλικία και είναι επίκτητη. Από το δείγμα φάνηκε πως το μεγαλύτερο ποσοστό έχει 2-4 διαφορετικούς σεξουαλικούς συντρόφους στη ζωή του και ακολουθεί με ελάχιστη διαφορά το ποσοστό εκείνων των ατόμων που σαν άτομα με κινητική αναπηρία δεν είχαν κανέναν σεξουαλικό σύντροφο. Το Διάγραμμα 14 αποτυπώνει όλα τα ποσοστά του δείγματος.



Διάγραμμα 14: Συχνότητες διαφορετικών σεξουαλικών συντρόφων στην κατάσταση της κινητικής αναπηρίας

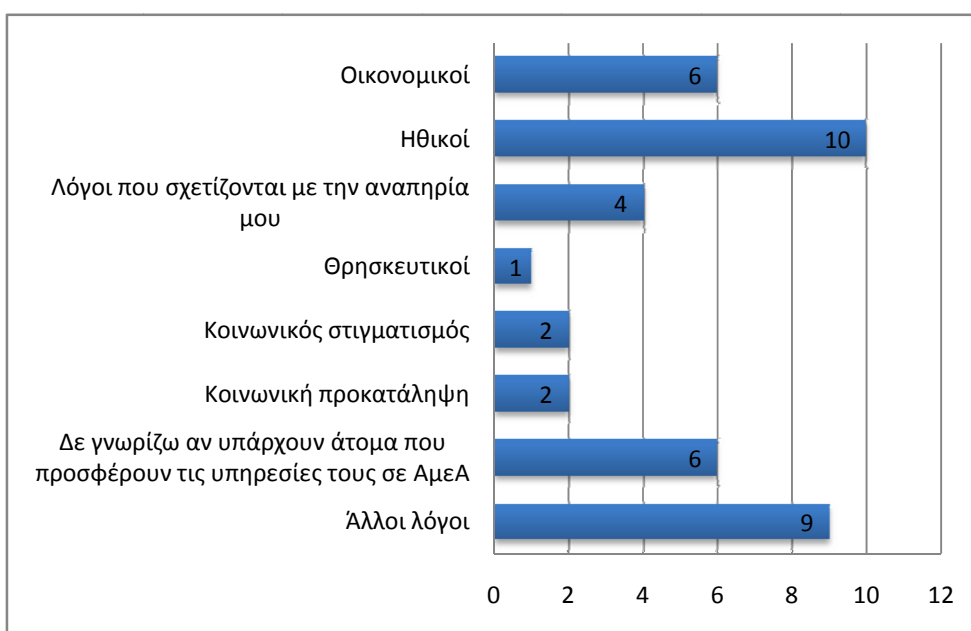
Σε αυτό το σημείο, έγινε εκτίμηση χρήσης των σεξουαλικών υπηρεσιών από τα άτομα με κινητική αναπηρία. Από το δείγμα φαίνεται πως μόνο 24 άτομα (ποσοστό 17,3%) απάντησαν ότι είχαν εμπειρία σεξουαλικής επαφής επί πληρωμή από τα 139 άτομα που απάντησαν συνολικά στην ερώτηση (Πίνακας 26). Τα υπόλοιπα 115 άτομα που απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση, απάντησαν και στο ερώτημα αν έχουν σκεφτεί να έρθουν σε σεξουαλική επαφή επί πληρωμή. Από τα 115 άτομα, τα 25 από αυτά δήλωσαν πως το έχουν σκεφτεί και 90 πως όχι, με τα αντίστοιχα ποσοστά τα είναι 21,7% και 78,3% (Πίνακας 27). Τα 25 άτομα που απάντησαν θετικά στην ερώτηση, δήλωσαν και τους λόγους που δεν έχουν χρησιμοποιήσει σεξουαλικές υπηρεσίες αφού το έχουν σκεφτεί. Έχοντας τη δυνατότητα πολλαπλών απαντήσεων, τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 15. Αρκετά άτομα δε γνωρίζουν αν υπάρχει εργάτρια/-της του σεξ που να προσφέρει υπηρεσίες σε ΑμεΑ (6 άτομα), ενώ ηθικοί λόγοι τους αναστέλλουν από την αγορά τέτοιων υπηρεσιών (10 άτομα). Επίσης, για τη χρήση προφυλακτικού απάντησαν 104 συμμετέχοντες, με ένα ποσοστό 41% να κάνει συνεχή χρήση προφυλακτικού, σε αντίθεση με το ποσοστό 20% που δεν το χρησιμοποιεί ποτέ (Διάγραμμα 16).

	Συχνότητα	ποσοστό
Ναι	24	17,3
Όχι	115	82,7
σύνολο	139	100,0

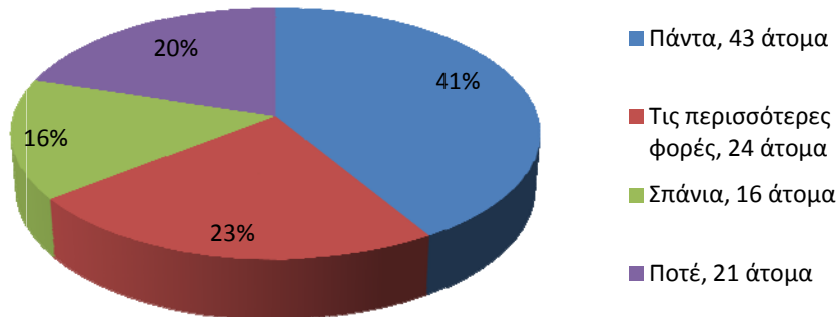
Πίνακας 26: Συχνότητες σεξουαλικής επαφής επί πληρωμή

	Συχνότητα	ποσοστό
Ναι	25	21,7
Όχι	90	78,3
σύνολο	115	100,0

Πίνακας 26: Συχνότητες σεξουαλικής επαφής επί πληρωμή



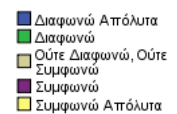
Διάγραμμα 15: Λόγοι της μη χρήσης σεξουαλικών υπηρεσιών επί πληρωμή



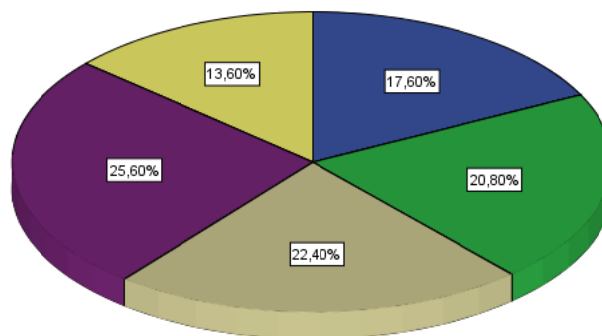
Διάγραμμα 16: Συχνότητες χρήσης προφυλακτικού

Η έρευνα ολοκληρώνεται με ένα σύνολο τεσσάρων ερωτήσεων σχετικά με τις απόψεις των ατόμων με κινητική αναπηρία του δείγματος, όσον αφορά την αναπηρία τους και τη δυνατότητα δημιουργίας σεξουαλικών σχέσεων. Σε κάθε μια από τις ερωτήσεις έχουν απαντήσει 125 άτομα και υπάρχει μια ισοκατανομή στις περισσότερες από αυτές. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στα Διαγράμματα 17, 18, 19 και 20.

	Συχνότητα	Ποσοστά
Διαφωνώ Απόλυτα	22	17,6
Διαφωνώ	26	20,8
Ούτε Διαφωνώ, Ούτε Συμφωνώ	28	22,4
Συμφωνώ	32	25,6
Συμφωνώ Απόλυτα	17	13,6
σύνολο	125	100,0



Διάγραμμα 17: Ερώτηση "Η πάθησή μου με δυσκολεύει να δημιουργήσω μια σεξουαλική σχέση"

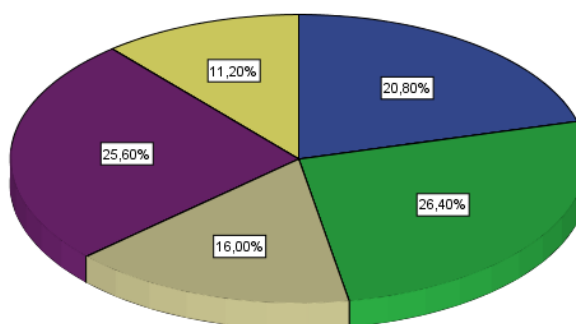


	Συχνότητα	Ποσοστό
Διαφωνώ Απόλυτα	26	20,8
Διαφωνώ	33	26,4
Ούτε Διαφωνώ, Ούτε Συμφωνώ	20	16,0
Συμφωνώ	32	25,6
Συμφωνώ Απόλυτα	14	11,2
σύνολο	125	100,0

Νιώθω αποκλεισμένος/-η σεξουαλικά από την κοινωνία

■ Διαφωνώ Απόλυτα
■ Διαφωνώ
■ Ούτε Διαφωνώ, Ούτε Συμφωνώ
■ Συμφωνώ
■ Συμφωνώ Απόλυτα

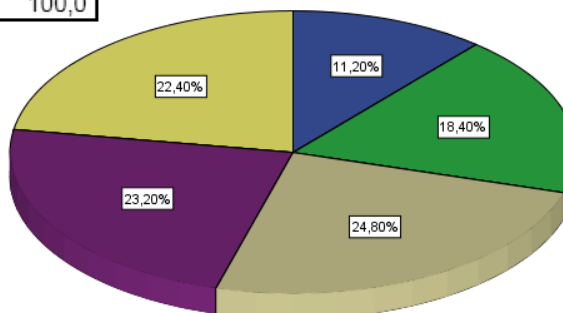
Διάγραμμα 18: Ερώτηση "Νιώθω αποκλεισμένος/-η σεξουαλικά από την κοινωνία"



	Συχνότητα	Ποσοστό
Διαφωνώ Απόλυτα	14	11,2
Διαφωνώ	23	18,4
Ούτε Διαφωνώ, Ούτε Συμφωνώ	31	24,8
Συμφωνώ	29	23,2
Συμφωνώ Απόλυτα	28	22,4
Σύνολο	125	100,0

■ Διαφωνώ Απόλυτα
■ Διαφωνώ
■ Ούτε Διαφωνώ, Ούτε Συμφωνώ
■ Συμφωνώ
■ Συμφωνώ Απόλυτα

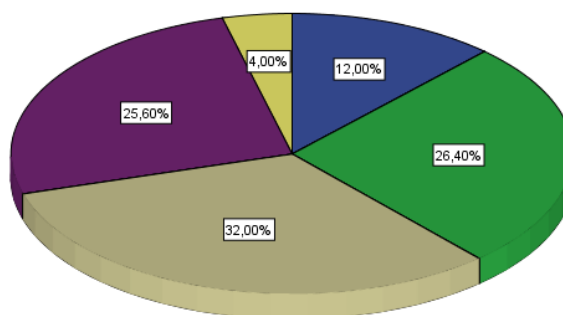
Διάγραμμα 19: Ερώτηση "Οι νοοτροπίες των άλλων παρά η αναπηρία μου κάνουν τις σεξουαλικές σχέσεις λιγότερο ευχάριστες"



	Συχνότητα	Ποσοστό
Διαφωνώ Απόλυτα	15	12,0
Διαφωνώ	33	26,4
Ούτε Διαφωνώ, Ούτε Συμφωνώ	40	32,0
Συμφωνώ	32	25,6
Συμφωνώ Απόλυτα	5	4,0
Σύνολο	125	100,0

■ Διαφωνώ Απόλυτα
■ Διαφωνώ
■ Ούτε Διαφωνώ, Ούτε Συμφωνώ
■ Συμφωνώ
■ Συμφωνώ Απόλυτα

Διάγραμμα 20: Ερώτηση "Οι προσωπικές μου διευθετήσεις δυσκολεύουν τη δημιουργία μιας ερωτικής σχέσης"



Συζήτηση και Συμπεράσματα

Το ζήτημα της ανθρώπινης σεξουαλικότητας των ΑμεΑ είναι ένα θεμέλιο της προσωπικότητάς τους που απασχολεί δυστυχώς σε μικρότερο βαθμό κοινωνία και επαγγελματίες υγείας παγκοσμίως (Mona et al., 1994; Butler, 2004; Kim, 2011). Και στην Ελλάδα υπάρχουν ελάχιστες δημοσιευμένες εργασίες που μελετούν το θέμα της σεξουαλικότητας στην κατάσταση της αναπηρίας εν γένει. Η παρούσα μελέτη αποτελεί ίσως την πρώτη ελληνική ερευνητική προσπάθεια εκτίμησης της σεξουαλικής συμπεριφοράς και εμπειρίας των ατόμων με κινητική αναπηρία.

Ένα από τα πολύ σημαντικά ευρήματα της έρευνας είναι πως το 1/4 των ατόμων που αποτέλεσαν το μελετώμενο πληθυσμό (ποσοστό 25,2%) δεν είχαν καμία σεξουαλική εμπειρία σε όλη τους τη ζωή. Το ποσοστό αυτό όπως παρουσιάζεται είναι πολύ μεγαλύτερο από αυτό που είχε αναδειχθεί στην έρευνα της ιστοσελίδας *Disability Now* (<http://www.disabilitynow.org.uk>) (Parritt, 2005). Η έρευνα διεξήχθη μεταξύ 1.115 ατόμων με διάφορα είδη αναπηρίας (οργανική, κινητική, αισθητηριακή, νοητική), αποτελώντας τη μεγαλύτερη ερευνητική προσπάθεια στο Ηνωμένο Βασίλειο. Πιο συγκεκριμένα, μόνο το 15,3% των συμμετεχόντων αναφέρει πως δεν

είχε καμιά σεξουαλική εμπειρία. Συγχρόνως, σχεδόν το 38,57% του δείγματος αναφέρει πως το τελευταίο δίμηνο έχει έρθει σε σεξουαλική επαφή με διείσδυση, ενώ παρόμοια δεδομένα προέρχονται από την έρευνα του Ηνωμένου Βασιλείου, με το 35,7% να υποστηρίζει την ύπαρξη σεξουαλικής επαφής, στο διάστημα του τελευταίου μήνα. Μια άλλη παράμετρος είναι πως η πλειονότητα των ατόμων της έρευνας (ποσοστό >75%) αναφέρει πως στη ζωή του σαν άτομο με κινητική αναπηρία έχει από κανέναν έως 4 διαφορετικούς σεξουαλικούς συντρόφους. Αυτός ο αριθμός είναι πολύ μικρότερος σε σχέση με αυτόν που αναφέρεται (10,6 μ.ό.) σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ελληνικό δείγμα από τη Durex (2005).

Φαίνεται πως το εκπαιδευτικό επίπεδο στη συγκεκριμένη μελέτη επηρεάζει την ύπαρξη σεξουαλικής επαφής, αφού τα άτομα που είναι φοιτητές ή έχουν αποφοιτήσει από Ανώτατη Σχολή έχουν περισσότερες πιθανότητες να έχουν σεξουαλική επαφή. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι άνθρωποι με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο έχουν μεγαλύτερο κοινωνικό περίγυρο, έχουν περισσότερες πιθανότητες να εργαστούν και δημιουργούν μια αίσθηση σιγουριάς στα άτομα με τα οποία συναναστρέφονται.

Λίγα είναι τα άτομα που έχουν κάνει χρήση σεξουαλικών υπηρεσιών (ποσοστό 17,3), ενώ το ποσοστό που σκέφτεται να βρεθεί σεξουαλικά με ένα τέτοιο άτομο είναι ακόμα μεγαλύτερο (ποσοστό 21,7). Διάφοροι είναι οι λόγοι που ενδιαφέρει το σκέφτονται και θέλουν να χρησιμοποιήσουν σεξουαλικές υπηρεσίες, όπως ηθικοί ή άγνοιας για την ύπαρξη ατόμων που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε ΑμεΑ. Ανατρέχοντας στην έρευνα του Ηνωμένου Βασιλείου (Parritt, 2005), διαπιστώνεται πως το ποσοστό που χρησιμοποίησαν σεξουαλικές υπηρεσίες ήταν ακόμα χαμηλότερο (11,7%), ενώ το ποσοστό αυξάνει όταν η ερώτηση απευθύνεται μόνο σε άνδρες. Από το δείγμα φαίνεται πως το 41% κατανοεί τους κινδύνους που υπάρχουν με τη σεξουαλική πράξη και έτσι κάνει πάντα χρήση προφυλακτικού, σε αντίθεση με το 20% που δεν κάνει ποτέ χρήση.

Εντυπωσιακά είναι και τα επίπεδα της ποιότητας ζωής μεταξύ των διαφορετικών βαθμών αναπηρίας. Πιο συγκεκριμένα, και οι τρεις βαθμίδες αναπηρίας (αυτοεξυπηρετούμενοι, μερικώς αυτοεξυπηρετούμενοι και μη αυτοεξυπηρετούμενοι) παρουσιάζουν υψηλό βαθμό στην κατηγορία των κοινωνικών σχέσεων ο οποίος δεν διαφέρει μεταξύ των αναπηριών (μετά από έλεγχο ANOVA, οι μέσοι όροι δε διαφέρουν στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους με $p < 0,194$). Επίσης, αν και η ποιότητα ζωής παραμένει υψηλή στη συνολική εκτίμηση, υπάρχει σημαντική

στατιστική διαφορά ($p < 0,005$) μεταξύ των αυτοεξυπηρετούμενων και μη αυτοεξυπηρετούμενων με τους πρώτους να παρουσιάζουν καλύτερη ποιότητα ζωής. Σε αυτήν την έρευνα, με τους υψηλούς βαθμούς ποιότητας ζωής, η οποία είναι παρόμοια σε όλες τις βαθμίδες βαρύτητας, επιβεβαιώνεται αυτό που ονομάζεται "παράδοξο της αναπηρίας" (Albrecht & Devlieger, 1999). Οι Albrecht & Devlieger (1999) με την έρευνά τους ανέδειξαν αυτό το παράδοξο αφού το 54,3% των ατόμων που προσκλήθηκαν με μέτρια έως σοβαρή αναπηρία ανέφεραν ότι έχουν μια άριστη ή καλή ποιότητα ζωής.

Όμως, η μη αναγνώριση της σεξουαλικότητας δεν είναι αποκομμένη από τα υπόλοιπα κοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζει ένα άτομο με κινητική αναπηρία. Για να μπορέσει να ενταχθεί η σεξουαλική ευχαρίστηση ενός ατόμου με κινητική αναπηρία στην πραγματικότητα της ελληνικής κοινωνίας χρειάζεται ένα γενικότερο πλαίσιο αλλαγών των συνθηκών διαβίωσης των ατόμων με αναπηρία. Το αίσθημα της ανεξαρτησίας που μπορεί να προσφέρεται ανάλογα σε κάθε περίπτωση είτε μέσω της φιλοσοφίας της Ανεξάρτητης Διαβίωσης είτε μέσω της οικονομικής αυτοτέλειας είναι καθοριστικό για τον τρόπο που κανείς διαχειρίζεται τη σεξουαλική έκφραση (Ratzka, 1998; Sakellariou, 2006). Η βελτίωση των γενικότερων κοινωνικών σχέσεων, η ύπαρξη δουλειάς και το υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο αποτελούν συνθήκες με τις οποίες, αν ενισχυθούν, το άτομο με κινητική αναπηρία μπορεί να μεγαλώσει τη σεξουαλική έκφρασή του. Πρέπει να τροποποιηθούν καταστάσεις και πεποιθήσεις που σχετίζονται με την αναπηρία, ώστε να βελτιωθεί η συνολική εικόνα των ατόμων με αναπηρία και μέσα από αυτό να αναδειχθεί και η σεξουαλικότητά τους.

Πρέπει να σταματήσει η στερεότυπη ερώτηση «μπορείς να κάνεις σεξ», που απευθύνεται στα άτομα με κινητική αναπηρία όταν κάποιος χωρίς αναπηρία παρατηρήσει κάποιον/-α να κάθεται σε αναπηρικό αμαξίδιο. Είναι άλλο το να χαρακτηρίζεται κάποιος ως άτομο με αναπηρία λόγω μιας διαταραχής και διαφορετικό το θέλει και να μπορεί να εκφράζει τη σεξουαλικότητά του. Με σκοπό να αποφεύγονται παρόμοιες αυθαίρετες θεωρήσεις και απόψεις να δημιουργηθεί ένα πλαίσιο ενεργούς σεξουαλικής αγωγής για τα άτομα χωρίς αναπηρία για να γνωρίσουν και να μάθουν πως δεν υπάρχει ασεξουαλικότητα στην αναπηρία και πως σε κάθε άνθρωπο εκφράζεται με μοναδικό τρόπο. Επίσης, πρέπει να δημιουργηθεί ένα σύστημα σεξουαλικής εκπαίδευσης και για τα άτομα με αναπηρία ώστε να γνωρίσουν και να μάθουν για

τη σεξουαλικότητά τους πως είναι παρούσα και αναγκαία για την εύρυθμη λειτουργία της προσωπικότητας.

Όπως φάνηκε και από τις απαντήσεις του δείγματος, οι άνθρωποι με κινητική αναπηρία διστάζουν να κάνουν χρήση σεξουαλικών υπηρεσιών γιατί δε ξέρουν αν υπάρχει κατάλληλο άτομο για ΑμεΑ που να μπορούν να εμπιστευτούν. Για αυτό, πρέπει να υπάρξει ένα υποστηρικτικό – εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τις εργατρίες/-τες του σεξ έτσι ώστε να αυξηθεί η οικειότητα τους με τα άτομα με αναπηρία και να μπορούν να προσφέρουν πιο άνετα τις υπηρεσίες τους σε αυτά. Είναι πολύ βασικό ακόμα και άτομα με βαριά αναπηρία να μπορούν να απολαμβάνουν τη σεξουαλική ευχαρίστηση.

Από τη μελέτη φάνηκε πως οικονομικοί λόγοι αποκλείουν ένα άτομο με κινητική αναπηρία να αγοράσει σεξουαλικές υπηρεσίες. Έτσι, μια άλλη δομή θα μπορούσε να δημιουργηθεί στα πλαίσια μιας κοινωνικής υπηρεσίας. Η ανάπτυξη ενός κοινωνικού δικτύου παροχής σεξουαλικών υπηρεσιών, σε άτομα με αναπηρία που δεν έχουν εκφράσει τη σεξουαλικότητά τους και δεν έχουν καμία σεξουαλική εμπειρία στη ζωή τους. Αυτό το δίκτυο θα μπορούσε να δημιουργηθεί από ανθρώπους (γυναίκες και άντρες), οι όποιοι οικειοθελώς θα παρέχουν σεξουαλικές εμπειρίες.

Τέλος, πρέπει να σημειωθεί πως εξαιτίας του μικρού δείγματος των συμμετεχόντων υπάρχει αδυναμία γενίκευσης των συμπερασμάτων και η παρούσα εργασία αποτελεί ένα δείγμα της ελληνικής πραγματικότητας για το πως βιώνουν τη σεξουαλικότητα τους τα άτομα με κινητική αναπηρία. Περαιτέρω έρευνα για τη σεξουαλικότητα της κινητικής αναπηρίας είναι αναγκαίο να πραγματοποιηθεί με σκοπό να εκτιμηθούν τα παρόντα αποτελέσματα και να δοθούν επιπλέον κατευθυντήριες οδηγίες για την εξασφάλιση της σεξουαλικής έκφρασης όλων των ατόμων. Απαραίτητο είναι να αξιολογηθούν οι διαφορετικές ανάγκες βάσει της βαρύτητας της αναπηρίας. Επίσης, η άποψη της ελληνικής κοινωνίας για τη σεξουαλικότητα των ΑμεΑ πρέπει να μελετηθεί σε μελλοντική έρευνα.

Επίλογος

Το ζήτημα της ανθρώπινης σεξουαλικότητας δε μπορεί να εξαντληθεί στα πλαίσια μιας

επιστημονικής αναζήτησης. Χιλιάδες εργασίες και βιβλία έχουν γραφτεί γύρω από την ερμηνεία και το περιεχόμενο της σεξουαλικότητας. Αυτή η παράμετρος της ανθρώπινης φύσης απασχολεί τον άνθρωπο από τα πρώτα βήματα της ύπαρξής του. Για να γίνει κατανοητός ο κεντρικός ρόλος που έχει στη προσωπικότητα και στη φυσιολογική λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού χρειάστηκε να περάσουν δεκάδες αιώνες. Ακόμα και μέχρι σήμερα δεν καθίσταται δυνατό να οριστεί ολοκληρωτικά το τι περιλαμβάνεται μέσα στην έννοια της. Αυτό που γίνεται κατανοητό όμως είναι πως η σεξουαλικότητα και η έκφραση αυτής είναι δικαίωμα του κάθε ανθρώπου. Και δυστυχώς, τα άτομα με αναπηρία άργησαν να το κατανοήσουν.

Από τότε που δημιουργήθηκαν τα αναπηρικά κινήματα, ο πρωταρχικός τους στόχος ήταν η διεκδίκηση της ελευθερίας και της ανεξαρτησίας των πολιτών με αναπηρία, η κοινωνική συμμετοχή τους, τα εργασιακά δικαιώματα παραμελώντας τον αγώνα για το δικαίωμα της σεξουαλικής έκφρασης που έπρεπε να απαιτήσουν. Αυτό σημαίνει ότι και στα άτομα με αναπηρία υπάρχει αυτό το πυρηνικό συστατικό της προσωπικότητας. Για την έκφραση της σεξουαλικότητας ένα άτομο με αναπηρία πρέπει να αντιμετωπίσει τόσους πολλούς παράγοντες. Παράγοντες που πηγάζουν από τον εαυτό του όπως είναι η εικόνα σώματος, η σεξουαλική αυτοεκτίμηση, παράγοντες που πηγάζουν από το περιβάλλον όπως έλλειψη προσβασιμότητας ή έλλειψη ιδιωτικότητας, παράγοντες κοινωνικοποίησης όπως είναι η συμμετοχή και η ένταξη σε δραστηριότητες και έναν βασικό κοινωνικό παράγοντα το μύθο της σεξουαλικότητας των ατόμων με αναπηρία. Είναι άλλο το να χαρακτηρίζεται κάποιος ως άτομο με αναπηρία λόγω μιας διαταραχής και διαφορετικό το να θέλει και να μπορεί να εκφράζει τη σεξουαλικότητά του.

Και μια σύγχρονη επιστημονική και κοινωνική προσέγγιση της κατάστασης της αναπηρίας πρέπει να τοποθετεί το θέμα της σεξουαλικότητας στο επίκεντρό της. Είναι τόσο σημαντική και αναγκαία όσο για τον καθένα άνθρωπο. Οι παράγοντες που πρέπει να αναδιαμορφωθούν για να γίνει συνολικά αποδεκτή η σεξουαλικότητα των ΑμεΑ, και κυρίως των κινητικά αναπήρων, είναι πολλοί και ίσως αρκετοί από αυτούς να αγγίζουν το άτομο σαν προσωπικότητα. Μπορεί όμως η κοινότητα των ΑμεΑ, σε συνεργασία και με τους επιστήμονες υγείας, να καταρρίψει τους μύθους και τις λανθασμένες πεποιθήσεις για τη σεξουαλική ζωή των ΑμεΑ. Μέσα από τη ζωή του καθενός, μέσα από συλλογικές διεκδικήσεις (π.χ. disability parade) και μέσα από τη γενικότερη και ολοκληρωτική απομυθοποίηση της σεξουαλικότητας μπορεί η κοινωνία να καταλάβει πως η σεξουαλική ευχαρίστηση είναι μια ανάγκη που πρέπει να

απολαμβάνει κάθε ΑμεΑ, όσο βαριά ή ελαφριά μορφή αναπηρίας και αν έχει. Αυτό που πρέπει να αποτυπωθεί στη συνείδηση των ανθρώπων είναι πως τα ΑμεΑ είναι άνθρωποι άρα και σεξουαλικά όντα.

Ο τρόπος που εκφράζει ο καθένας τη σεξουαλικότητά του είναι μοναδικός και ανεξάρτητος από την οποιοδήποτε ή μη διαταραχή. Το μόνο σίγουρο είναι πως όποιος θέλει και όποιες έχει την ανάγκη πρέπει να έχει το δικαίωμα στη σεξουαλική έκφραση. Οι γονείς, οι επαγγελματίες υγείας, αλλά και η ίδια η κοινωνία πρέπει να αλλάξει την αντίληψη για την αναπηρία και να προαχθούν τα δικαιώματα των ΑμεΑ. Και έτσι, η σεξουαλικότητα μπορεί να γίνει κομμάτι της φυσιολογικής καθημερινότητας των ΑμεΑ τόσο στην αντίληψη των ανθρώπων όσο και πρακτικά με την εγκαθίδρυση δομών, υπηρεσιών και λήψη μέτρων που θα στηρίζουν το σεξουαλικό δικαίωμα, ειδικά σε βαριές μορφές σωματικών και άλλων διαταραχών.

Ανάγκη για σεξ δεν έχει κάποιος γιατί κάθεται σε αναπηρικό αμαξίδιο, χρησιμοποιεί ειδικό μπαστούνι για να περπατάει επειδή διαφορετικά δε βλέπει, κουνάει πολύ τα χέρια του για να μιλήσει ή αδυνατεί να μιλήσει με τους συνηθισμένους τρόπους οπότε χρειάζεται κάποιο άλλο μέσο. Ανάγκη για σεξουαλική επαφή και επικοινωνία έχουν όλοι οι άνθρωποι και αυτό είναι φυσιολογικό. Το παθολογικό είναι να μην υπάρχει δυνατότητα έκφρασης και απόλαυσης, με μόνη δυνατότητα την καταπίεση και την απόκρυψή της.

Για να επιτευχθεί όμως το σεξουαλικό δικαίωμα των ΑμεΑ πρέπει να υπάρχει μια καλύτερη αποδοχή και κατανόηση της κατάστασης της αναπηρίας μέσα στην κοινωνία. Πρέπει να θεμελιωθούν όλα τα δικαιώματα της ελευθερίας, της διαφορετικότητας, της προσβασιμότητας, της εργασίας, της εκπαίδευσης που πηγάζουν από την ανθρώπινη φύση και έγιναν αποδεκτά πριν από 66 χρόνια με την Οικουμενική Διακήρυξη για των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων. Η ανθρώπινη σεξουαλικότητα λοιπόν δεν αποτελεί μια ξεχωριστή οντότητα και για αυτό πρέπει να αποτελεί βασικό σημείο συζήτησης και διεκδίκησης στη ζωή των ΑμεΑ.

Η προσοχή μας, με γνώμονα τις αλλαγές που γίνονται σε παγκόσμιο επίπεδο στα θέματα της αναπηρίας, πρέπει να στραφεί στα προβλήματα που αντιμετωπίζει ένα άτομο με αναπηρία και στην ελληνική επικράτεια και να δοθούν προτάσεις βελτίωσης της καθημερινότητας, συνολικά. Γιατί όταν υπάρχει μονομερής ενασχόληση με συγκεκριμένες πτυχές της αναπηρίας, να υπάρχουν "προτεραιότητες", απομονώνονται και ξεχνιόνται κάποια ζητήματα ζωτικής σημασίας, όπως είναι η σεξουαλικότητα.

Η σεξουαλικότητα δεν είναι μόνο η πραγματοποίηση της σεξουαλικής πράξης. Είναι όλα αυτά τα φαινόμενα που δεν εξαρτώνται από ένα γερό σώμα, αλλά μεταφέρουν όλες τις άδηλες καταστάσεις που συνθέτουν τον ανθρώπινο οργανισμό.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για να ολοκληρωθεί αυτό το έργο, χρειάστηκαν πολλές ώρες εγρήγορσης, γραψίματος και παρακολούθησης μιας οθόνης. Αυτή η προσπάθεια δεν οφείλεται μονάχα στη σύνθεση του παρόντος, αλλά στον τρόπο γραφής μου που είναι αργός και αρκετά κουραστικός. Και πάλι όμως, αυτή η προσπάθεια θα είχε μείνει ημιτελής εάν στην πορεία δε βοηθούσαν κάποιοι Άνθρωποι με το δικό τους τρόπο. Ένα ευχαριστώ δεν αρκεί γιατί η συμβολή τους είναι ουσιώδης και απαραίτητη για την ολοκλήρωση. Ευχαριστώ:

- Την κα Βασιλειάδου Σ. Μαρία, γενική ιατρός και υπεύθυνη του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών "Προαγωγή Ψυχικής Υγείας – Πρόληψη Ψυχιατρικών Διαταραχών", η οποία με τη στάση και την ηθική υποστήριξή της μου έδωσε την ευκαιρία να ολοκληρώσω το παρόν πόνημα.
- Τον κ. Μπακαλογιάννη Μιλτιάδη, μαθηματικός – στατιστικολόγος, ο οποίος στήριξε την προσπάθειά μου παράγοντας όλα τα στατιστικά αποτελέσματα, χωρίς τη βοήθεια του οποίου δε θα είχε εκτιμηθεί η σεξουαλικότητα της κινητικής αναπηρίας στην Ελλάδα.
- Τον κ. Λυράκο Γεώργιο, κλινικός ψυχολόγος, για την ευγενή παραχώρηση της άδειας χρήσης του Ελληνικού Ερωτηματολογίου Μέτρησης DASS 21.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενογλωσση

- Abbadessa, I. (2013, December 17). “Yes, we fuck!”: even the disabled have sex. West - Welfare Society Territory. Retrieved from <http://www.west-info.eu/yes-we-fuck-even-the-disabled-have-sex/>
- Abramson, C. E., McBride, K. E., Konnyu, K. J., Elliott, S. L., & SCIRE Research Team. (2008). Sexual health outcome measures for individuals with a spinal cord injury: a systematic review. *Spinal Cord*, 46(5), 320–324. doi:10.1038/sj.sc.3102136
- Ailey, S. H., Marks, B. A., Crisp, C., & Hahn, J. E. (2003). Promoting sexuality across the life span for individuals with intellectual and developmental disabilities. *The Nursing Clinics of North America*, 38(2), 229–252.
- Albrecht, G. L., & Devlieger, P. J. (1999). The disability paradox: high quality of life against all odds. *Social Science & Medicine* (1982), 48(8), 977–988.
- Alexander, M. S., & Alexander, C. J. (2007). Recommendations for discussing sexuality after spinal cord injury/dysfunction in children, adolescents, and adults. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 30 Suppl 1, S65–70.
- Allyn, D. (2001). *Make Love, Not War: The Sexual Revolution, an Unfettered History*. Taylor & Francis.
- American Board of Medical Psychotherapis. (2006). *Advances in Medical Psychotherapy and Psychodiagnosis, Volume 11, 2002-2003*. Kendall Hunt Pub Co.
- American Heritage Dictionaries (Ed.). (2000). etymology. *The American Heritage® Dictionary of the English Language*. Houghton Mifflin Company.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (5th edition.)*. USA: American Psychiatric Pres.
- Appel, J. M. (2010). Sex rights for the disabled? *Journal of Medical Ethics*, 36(3), 152–154. doi:10.1136/jme.2009.033183
- Australian Bureau of Statistics. (2009). *National Health Survey: Summary of Results, 2007-2008*. Canberra. Retrieved from <http://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/Lookup/4364.0Main+Features12007-2008%20%28Reissue%29?OpenDocument>
- Balami, J., & Robertson, D. (2007). Parkinson’s disease and sexuality. *British Journal of Hospital Medicine (London, England: 2005)*, 68(12), 644–647.
- Barnes, C. (1992). Institutional discrimination against disabled people and the campaign for anti-discrimination legislation. *Critical Social Policy*, 12(34), 5–22. doi:10.1177/026101839201203401
- 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 [u.a.: Routledge.
- Barras, V. (2003). Tissot, Samuel-Auguste-André-David (1728–1797). In (A. C. Kors, Ed.) *Encyclopedia of the Enlightenment*. Oxford; New York: Oxford University Press.

-
- Basson, R. (1998). Sexual health of women with disabilities. *Canadian Medical Association Journal*, 159(4), 359–362.
- Bezerra, C. P., & Pagliuca, L. (2010). The experience of sexuality by visually impaired adolescents. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 44(3), 577–82.
- Biale, R. (1995). *Women and Jewish law: the essential texts, their history, and their relevance for today*. New York: Schocken Books; Distributed by Pantheon Books.
- Bickenbach, J. (2012). *ICF Core sets: Manual for Clinical Practice For the ICF Research Branch, in cooperation with the WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications in Germany (DIMDI)*. Toronto (Ontario): Hogrefe Publishing.
- Bickenbach, J. E., Chatterji, S., Badley, E. M., & Üstün, T. B. (1999). Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. *Social Science & Medicine*, 48(9), 1173–1187. doi:10.1016/S0277-9536(98)00441-9
- Blackburn, M. (1995). “Sexuality, disability and abuse: advice for life ... not just for kids”! *Child: Care, Health and Development*, 21(5), 351–361.
- Blum, R. W., Resnick, M. D., Nelson, R., & St Germaine, A. (1991). Family and peer issues among adolescents with spina bifida and cerebral palsy. *Pediatrics*, 88(2), 280–285.
- Borsary, A. (2005). *Disability and social policy in Britain since 1750: a history of exclusion*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire; New York: PalgraveMacmillan.
- Brennan, J. F. (2003). *History and systems of psychology*. Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall.
- Bronner, G., Elran, E., Golomb, J., & Korczyn, A. D. (2010). Female sexuality in multiple sclerosis: the multidimensional nature of the problem and the intervention. *Acta Neurologica Scandinavica*, 121(5), 289–301. doi:10.1111/j.1600-0404.2009.01314.x
- Brown, S. (2002). What Is Disability Culture? *Disability Studies Quarterly*, 22(2). Retrieved from <http://dsq-sds.org/article/view/343>
- Buck, W. (2000). *Mahabharata*. Delhi: Motilal Banarsidass.
- Buck, W., Triest, S., & van Nooten (Eds.). (2000). *Ramayana*. Berkeley: University of California Press.
- Bullough, V. L. (1989). *The Society for the Scientific Study of Sex: A Brief History*. Foundation for the Scientific Study of Sexuality.
- Bury, M. (Ed.). (2000). A comment on the ICIDH2. *Disability & Society*, 15(7), 1073–1077. doi:10.1080/713662025
- Butler, P. (2004). Violence related to gender and sexuality. *Progress in Reproductive Health Research*, 67. Retrieved from <http://www.who.int/hrp/publications/progress/en/>
- Caldwell, M. S., Rudolph, K. D., Troop-Gordon, W., & Kim, D.-Y. (2004). Reciprocal influences among relational self-views, social disengagement, and peer stress during early adolescence. *Child Development*, 75(4), 1140–1154. doi:10.1111/j.1467-8624.2004.00730.x
- Campbell, R. (1998). *Invisible men: Making visible male clients of female prostitutes in Merseyside*. In J. Elias, V. L. Bullough, V. Elias, & G. Brewer (Eds.), *Prostitution: On Whores, Hustlers, and Johns* (First edition.). Prometheus Books.
- Cawthorne, N. (2005). *Sex lives of the Roman emperors*. London: Prion.

-
- CDC. (n.d.). Disability and Health, Types of Disabilities. Retrieved January 28, 2014, from <http://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/types.html>
- Chance, R. S. (2002). To love and be loved: sexuality and people with physical disabilities. *Journal of Psychology and Theology*, 30(3), 195–208.
- chronic illness. (n.d.). TheFreeDictionary.com. Retrieved January 26, 2014, from <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/chronic+illness>
- Claiborne, N., & Rizzo, V. M. (2006). Addressing sexual issues in individuals with chronic health conditions. *Health & Social Work*, 31(3), 221–224.
- Cole, S. S., & Cole, T. M. (1993). Sexuality, disability, and reproductive issues through the lifespan. *Sexuality and Disability*, 11(3), 189–205. doi:10.1007/BF01102578
- Convention on the Rights of Persons with Disabilities. (2014). UN Enable. Retrieved February 16, 2014, from <http://www.un.org/disabilities/>
- Council of Europe. (1950, November 4). European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms, as amended by Protocols Nos. 11 and 14. Council of Europe. Retrieved from <http://conventions.coe.int/treaty/en/treaties/html/005.htm>
- Cromer, B. A., Enrile, B., McCoy, K., Gerhardstein, M. J., Fitzpatrick, M., & Judis, J. (1990). Knowledge, attitudes and behavior related to sexuality in adolescents with chronic disability. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 32(7), 602–610.
- Croom, A. M. (2011). Slurs. *Language Sciences*, 33(3), 343–358. doi:10.1016/j.langsci.2010.11.005
- 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.
- Dare, A., & O'Donovan, M. (2002). Perceptions of disability: Access and Inclusion. In *Good Practice in Caring for Young Children with Special Needs* (pp. 31–32). Nelson Thornes.
- Davis, E., Shelly, A., Waters, E., Mackinnon, A., Reddihough, D., Boyd, R., & Graham, H. K. (2009). Quality of life of adolescents with cerebral palsy: perspectives of adolescents and parents. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 51(3), 193–199. doi:10.1111/j.1469-8749.2008.03194.x
- Davis, L. J. (1995). *Enforcing normalcy: disability, deafness, and the body*. London; New York: Verso.
- Definitions of The Models of Disability. (n.d.). Disabled World. Retrieved February 7, 2014, from <http://www.disabled-world.com/definitions/disability-models.php>
- 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
- Di Giulio, G. (2003). Sexuality and people living with physical or developmental disabilities: A review of keeping issues. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 12(1).
- Dicker, R. (2013, January 7). Brothel For Persons With Disabilities To Feature Wheelchair Access, Special Assistance. *Huffington Post*. Retrieved from http://www.huffingtonpost.com/2013/01/07/brothel-disabled-disabilities-madam-becky-adams_n_2424721.html

-
- Disability Social History Project - Timeline. (n.d.). Retrieved January 21, 2014, from http://www.disabilityhistory.org/timeline_new.html
- Disabled World. (2010, September 10). Definitions of The Models of Disability. Retrieved from <http://www.disabled-world.com/definitions/disability-models.php>
- Doe, T., O'Toole, C., & Kafer, A. (Eds.). (1999). Claiming our bodies: resource pages (p. 53). Presented at the Disabled Women's Conference.
- Donnelly, S. (2012). Sexability. Documentary. Retrieved from <http://blog.flixfling.com/?p=13863>
- Durex. (2005). Global Sex Survey. Retrieved from <https://docs.google.com/viewer?url=http%3A%2F%2Fwww.durex.com%2Fen-jp%2Fsexualwellbeingsurvey%2Fdocuments%2Fgss2005result.pdf>
- Eastgate, G. (2008). Sexual health for people with intellectual disability. *Salud Pública de México*, 50 Suppl 2, s255–259.
- Esmail, S., Darry, K., Walter, A., & Knupp, H. (2010). Attitudes and perceptions towards disability and sexuality. *Disability and Rehabilitation*, 32(14), 1148–1155. doi:10.3109/09638280903419277
- ETTAD. (2008). Κατανόηση της αναπηρίας: Ένας πρακτικός οδηγός. Retrieved from <http://gr.ettad.eu/Understanding%20Disability%20-%20guide%20to%20good%20practice.pdf>
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2010). Data in Focus – Multiple Discrimination (No. 05).
- Eurostat. (2010). European Union Statistics on Income and Living Conditions. Retrieved from http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/microdata/eu_silc
- Exploring models of disabilities! (n.d.). Androgena. Retrieved from <http://androgena.wordpress.com/2012/01/12/exploring-models-of-disabilities/>
- Farrington, G., Murdoch, B., & Murdoch, A. (1994). *The Dedalus book of Roman decadence: emperors of debauchery*. Sawtry, Cambs. [England]; New York, NY: Dedalus; Hippocrene.
- Fine, M., & Asch, A. (1981). Disabled Women: Sexism without the Pedestal. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 8, 233.
- Finkelstein, V. (1979). Attitudes and Disabled. World Rehabilitation fund, International Exchange of Experts and Information in Rehabilitation.
- Finkelstein, V. (1981). To deny or not to deny disability. In A. Brechin, P. Liddiard, & J. Swain (Eds.), *Handicap in a Social World*. Sevenoaks: Hodder and Stoughton.
- Finkelstein, V. (2001). The Social Model of Disability Repossessed. The Disability Studies Archive UK, Centre for Disability Studies: University of Leeds.
- Flaceliere, R. (2009). Ο Έρωτας στην αρχαία Ελλάδα. (A. Καραντώνης, Trans.). Παπαδήμας. Retrieved from <http://www.politeianet.gr/books/9789602060841-flaceliere-robert-papadimas-o-erotas-stin-archaia-ellada-203200>
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H.-J., & Barkan, S. E. (2012). Disability Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults: Disparities in Prevalence and Risk. *American Journal of Public Health*, 102(1), e16–e21. doi:10.2105/AJPH.2011.300379
- Freud, S. (1905). Three essays on the theory of sexuality.

-
- Gabel, S., & Peters, S. (2005). Presage of a paradigm shift? Beyond the social model of disability toward resistance theories of disability. *Disability & Society*, 20(2), 227–227. doi:10.1080/09687590500059408
- Galvin, R. D. (2005). Researching the disabled identity: contextualising the identity transformations which accompany the onset of impairment. *Sociology of Health & Illness*, 27(3), 393–413. doi:10.1111/j.1467-9566.2005.00448.x
- Gibbon, E. (1776). *The history of the decline and fall of the Roman empire* (Vols. 1-12).
- Ginieri-Coccosis, M., Triantafillou, E., Tomaras, V., Liappas, I. A., Christodoulou, G. N., & Papadimitriou, G. N. (2009). Quality of life in mentally ill, physically ill and healthy individuals: The validation of the Greek version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100) questionnaire. *Annals of General Psychiatry*, 8(1), 23. doi:10.1186/1744-859X-8-23
- Ginieri-Coccosis, M., Triantafillou, E., Tomaras, V., Soldatos, C., Mavreas, V., & Christodoulou, G. (2012). Psychometric properties of WHOQOL-BREF in clinical and healthy Greek populations: Incorporating new culture-relevant items. *Psychiatriki*, 23(2), 130–142.
- Goecker, D., Rösing, D., & Beier, K. M. (2006). [Influence of neurological diseases on partnership and sexuality. Particularly in view of multiple sclerosis and Parkinson's disease]. *Der Urologe. Ausg. A*, 45(8), 992, 994–998. doi:10.1007/s00120-006-1094-7
- Good, A. (2003, April). Competing paradigms in studying disability: the ICF as a way forward? Paper presented at the Annual Conference of the Sociological Association of Ireland.
- Goodson, P., Buhi, E. R., & Dunsmore, S. C. (2006). Self-esteem and adolescent sexual behaviors, attitudes, and intentions: a systematic review. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 38(3), 310–319. doi:10.1016/j.jadohealth.2005.05.026
- Google Books Link. (n.d.). Retrieved from <http://books.google.gr/books?id=nYqLAAAAIAAJ>
- Gragg, J. (2012, January 29). 2012 Sundance Film Festival Announces Awards. Text. Retrieved March 8, 2014, from <http://www.webcitation.org/mainframe.php>
- Grotjahn, M. (1951). "Historical Notes: A Letter from Freud.": *The American Journal of Psychiatry*, April, 1951, 107, No. 10, pp. 786 and 787. *International Journal of Psycho-Analysis*, 32, 331.
- Guest, G. V. (2000). Sex Education: A Source for Promoting Character Development in Young People with Physical Disabilities. *Sexuality and Disability*, 18(2), 137–142. doi:10.1023/A:1005519114512
- Hanson, V. D. (1990). *The Western way of war: infantry battle in classical Greece*. New York; London: Oxford University Press.
- Heerkens, Y., Bougie, T., & Claus, E. (2011). The use of the ICF in the process of supplying assistive products: discussion paper based on the experience using a general Dutch prescription guideline. *Prosthetics and Orthotics International*, 35(3), 310–317. doi:10.1177/0309364611419890
- Higgins, A., Sharek, D., Nolan, M., Sheerin, B., Flanagan, P., Slaicuinaite, S., ... Walsh, H. (2012). Mixed methods evaluation of an interdisciplinary sexuality education programme for staff

-
- working with people who have an acquired physical disability. *Journal of Advanced Nursing*, 68(11), 2559–2569. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.05959.x
- Hoffman, A., & Novakovich, D. (2009). (Sex)abled: Disability Uncensored. Documentary, Short. Retrieved from <http://www.sexsmartfilms.com/free-videos/sex-abled-disability-uncensored>
- Holden, R. J. (1990). Models, muddles and medicine. *International Journal of Nursing Studies*, 27(3), 223–234.
- Holmgren, J. H. (1976). Evaluating materials management. *Modern Healthcare*. [Short-Term Care Ed.], 5(1), 52–56.
- Hughes, B. (2000). Medicine and the Aesthetic Invalidation of Disabled People. *Disability & Society*, 15(4), 555–568. doi:10.1080/09687590050058170
- HUGHES, B., & PATERSON, K. (1997). The Social Model of Disability and the Disappearing Body: Towards a sociology of impairment. *Disability & Society*, 12(3), 325–340. doi:10.1080/09687599727209
- Hwang, K., Johnston, M., & Smith, J. K. (2007). Romantic attachment in individuals with physical disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 52(2), 184–195. doi:10.1037/0090-5550.52.2.184
- iatropedia.gr. (2013, June 4). Τι πίστευαν για τον αυνανισμό, οι γιατροί στην Ελλάδα, το 1927. Retrieved from <http://www.iatropedia.gr/articles/read/3186>
- International Council on Human Rights Policy. (2009). Sexuality and human rights: a discussion paper. Versoix: International Council on Human Rights Policy. Retrieved from http://www.ichrp.org/files/reports/47/137_web.pdf
- Jaarsma, T., Steinke, E. E., & Gianotten, W. L. (2010). Sexual problems in cardiac patients: how to assess, when to refer. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(2), 159–164. doi:10.1097/JCN.0b013e3181c60e7c
- Jacobson, D. S. (2000). The Sexuality and Disability Unit: Applications for Group Training. *Sexuality and Disability*, 18(3), 175–177. doi:10.1023/A:1026413714592
- Johnson, O. S. (2007). *The sexual spectrum: exploring human diversity*. Vancouver: Raincoast Books.
- Johnston, M. (1996). Models of disability. *The Psychologist*, 9(5), 205–210.
- Julius, P. (1965). “. . . Three Generations of Imbeciles are Enough . . .”: State Eugenic Sterilization in American Thought and Practice. Retrieved from http://digitalarchive.gsu.edu/col_facpub/95
- Jung, C. G. (1916). *Psychoanalysis and Neurosis*.
- Karellou, J. (2003). Laypeople’s Attitudes Towards the Sexuality of People with Learning Disabilities in Greece. *Sexuality and Disability*, 21(1), 65–84. doi:10.1023/A:1023562909800
- Karras, R. M. (2005). *Sexuality in Medieval Europe: doing unto others*. New York: Routledge.
- Kasem. (2001). *Women in Hindu Purans*. Retrieved from http://avijit.humanists.net/article/women_in_hindu_purans.htm
- Katsulis, Y. (2009). *Sex Work and the City: The Social Geography of Health and Safety in Tijuana, Mexico*. University of Texas Press.
- Kaufman, M., Silverberg, C., & Odette, F. (2003). *The ultimate guide to sex and disability: for all of us who live with disabilities, chronic pain, and illness (1st ed.)*. San Francisco: Cleis Press.

-
- Kautz, D. D. (2007). Hope for love: practical advice for intimacy and sex after stroke. *Rehabilitation Nursing: The Official Journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 32(3), 95–103; discussion 132.
- Kazdin, A. E. (Ed.). (2000). *Encyclopedia of psychology*. Washington, D.C.: Oxford [Oxfordshire]; New York: American Psychological Association; Oxford University Press.
- Kent, D., & Quinlan, K. A. (1996). *Extraordinary people with disabilities*. New York: Children's Press.
- Kim, E. (2011). Asexuality in disability narratives. *Sexualities*, 14(4), 479–493. doi:10.1177/1363460711406463
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., & Martin, C. E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Bloomington, Ind: Indiana University Press.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E., & Gebhard, P. (1953). *Sexual Behavior in the Human Female*. Indiana University Press.
- Langlands, R. (2006). *Sexual Morality in Ancient Rome*. Cambridge University Press.
- Lansdown, G. (2009). *See me, hear me: a guide to using the UN convention on the rights of persons with disabilities to promote the rights of children*. London: Save the Children.
- Leonardi, M., Bickenbach, J., Ustun, T. B., Kostanjsek, N., & Chatterji, S. (2006). The definition of disability: what is in a name? *The Lancet*, 368(9543), 1219–1221. doi:10.1016/S0140-6736(06)69498-1
- 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. doi:10.2511/rpsd.27.1.69
- Levin, B. (2012). *The Sessions*. Fox Searchlight.
- Lifton, R. J. (2000). *The Nazi doctors: medical killing and the psychology of genocide*. New York: Basic Books.
- Löfgren-Mårtenson, L. (2009). The Invisibility of Young Homosexual Women and Men with Intellectual Disabilities. *Sexuality and Disability*, 27(1), 21–26. doi:10.1007/s11195-008-9101-0
- LUHMANN, N. (1982). The World Society as a Social System. *International Journal of General Systems*, 8(3), 131–138. doi:10.1080/03081078208547442
- Lyrakos, G. N., Arvaniti, C., Smyrnioti, M., & Kostopanagiotou, G. (2011). Translation and validation study of the depression anxiety stress scale in the greek general population and in a psychiatric patient's sample. *European Psychiatry*, 26, Supplement 1, 1731. doi:10.1016/S0924-9338(11)73435-6
- Maciver, J., & Ross, H. J. (2012). Quality of life and left ventricular assist device support. *Circulation*, 126(7), 866–874. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.111.040279
- Mah, K., & Binik, Y. M. (2005). Are orgasms in the mind or the body? Psychosocial versus physiological correlates of orgasmic pleasure and satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31(3), 187–200. doi:10.1080/00926230590513401

-
- Makari, G. J. (1998). Between Seduction and Libido: Sigmund Freud's Masturbation Hypotheses and the Realignment of His Etiologic Thinking, 1897-1905. *Bulletin of the History of Medicine*, 72(4), 638–662. doi:10.1353/bhm.1998.0216
- Martin, J. J. (2013). Benefits and barriers to physical activity for individuals with disabilities: a social-relational model of disability perspective. *Disability and Rehabilitation*, 35(24), 2030–2037. doi:10.3109/09638288.2013.802377
- Masala, C., & Petretto, D. R. (2008). From disablement to enablement: conceptual models of disability in the 20th century. *Disability and Rehabilitation*, 30(17), 1233–1244. doi:10.1080/09638280701602418
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1966). *Human sexual response*. Little, Brown.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1974). *The pleasure bond: a new look at sexuality and commitment*. Boston: Little, Brown.
- Mayers, K. S., Heller, D. K., & Heller, J. A. (2003). Damaged Sexual Self-Esteem: A Kind of Disability. *Sexuality and Disability*, 21(4), 269–282. doi:10.1023/B:SEDI.0000010069.08844.04
- McCabe, M. P. (1999). Sexual Knowledge, Experience and Feelings Among People with Disability. *Sexuality and Disability*, 17(2), 157–170. doi:10.1023/A:1021476418440
- McCabe, M. P. (2002). Relationship functioning and sexuality among people with multiple sclerosis. *Journal of Sex Research*, 39(4), 302–309. doi:10.1080/00224490209552154
- McCabe, M. P., Cummins, R. A., & Deeks, A. A. (1999). Construction and psychometric properties of sexuality scales: sex knowledge, experience, and needs scales for people with intellectual disabilities (SexKen-ID), people with physical disabilities (SexKen-PD), and the general population (SexKen-GP). *Research in Developmental Disabilities*, 20(4), 241–254.
- 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
- McGinn, T. A. (1998). *Prostitution, sexuality, and the law in ancient Rome*. New York: Oxford University Press.
- McGuire, B. E., & Bayley, A. A. (2011). Relationships, sexuality and decision-making capacity in people with an intellectual disability. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(5), 398–402. doi:10.1097/YCO.0b013e328349bbcb
- Meston, C. M., & Buss, D. M. (2007). Why humans have sex. *Archives of Sexual Behavior*, 36(4), 477–507. doi:10.1007/s10508-007-9175-2
- Milligan, M. S., & Neufeldt, A. H. (2001). The Myth of Asexuality: A Survey of Social and Empirical Evidence. *Sexuality and Disability*, 19(2), 91–109. doi:10.1023/A:1010621705591
- Mona, L. R., Gardos, P. S., & Brown, R. C. (1994). Sexual self views of women with disabilities: The relationship among age-of-onset, nature of disability and sexual self-esteem. *Sexuality and Disability*, 12(4), 261–277. doi:10.1007/BF02575318
- Mosby, Inc. (2009). *Mosby's medical dictionary* (8th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Nagi, S. (1966). Some conceptual issues in disability and rehabilitation. In M. Sussman (Ed.), *Sociology and rehabilitation*. American Sociological Association.

-
- Nakache, O., & Toledano, E. (2011). *The Intouchables*. Sony Pictures Home Entertainment.
- Nelson, M. R. (1995). Sexuality in childhood disability. *Physical Medicine and Rehabilitation: State of the Art Reviews*, 9(2), 451–462.
- Neufeld, J. A., Klingbeil, F., Bryen, D. N., Silverman, B., & Thomas, A. (2002). Adolescent sexuality and disability. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 13(4), 857–873.
- news247.gr. (2013, November 12). Συγκλονιστικός χορός από έναν ανάπηρο - Όταν χορεύει η δύναμη της ψυχής. Retrieved from <http://www.tothemaonline.com/tothema-list/sigklonistikos-xoros>
- Nusbaum, M. R. H., Hamilton, C., & Lenahan, P. (2003). Chronic illness and sexual functioning. *American Family Physician*, 67(2), 347–354.
- O'Brien, M. (1990, May). On Seeing A Sex Surrogate. *The Sun*, (174).
- O'Connor, J., Barry, U., & Murphy, S. (2006). Chapter 6: Sexuality, Reproductive Freedoms and Motherhood. In *Exploring the research and policy gaps*. University College of Dublin.
- O'Dea, S. M., Shuttleworth, R. P., & Wedgwood, N. (2011). Disability, Doctors and Sexuality: Do Healthcare Providers Influence the Sexual Wellbeing of People Living with a Neuromuscular Disorder? *Sexuality and Disability*, 30(2), 171–185. doi:10.1007/s11195-011-9235-3
- O'Toole, C. (2002). Sex, Disability And Motherhood: Access To Sexuality For Disabled Mothers. *Disability Studies Quarterly*, 22(4). Retrieved from <http://dsq-sds.org/article/view/374>
- Oliver, M. (1986). Social Policy and Disability: Some Theoretical Issues. *Disability, Handicap & Society*, 1(1), 5–17. doi:10.1080/02674648666780021
- Oliver, M. (1990). *The Politics of Disablement: A Sociological Approach*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Oliver, M. (1996). *Understanding Disability: From Theory to Practice*. Palgrave Macmillan.
- Oliver, M. (2009). Αναπηρία και πολιτική.
- Oman, J. C. (2004). *The Stories of the Ramayana And the Mahabharata: The Great Indian Epics 1899*. Kessinger Publishing.
- Palmer, M., & Harley, D. (2012). Models and measurement in disability: an international review. *Health Policy and Planning*, 27(5), 357–364. doi:10.1093/heapol/czr047
- Pan American Health Organization, & World Health Organization. (2000). *Promotion Sexual Health of Recommendations for Action*. In N. Βαϊδάκης (Trans.), . Antigua Guatemala.
- Park, A., Clery, E., Curtice, J., Philips, M., & Utting, D. (Eds.). (2012). *British social attitudes: the 29th Report*. London: National Centre for Social Research (Great Britain). Retrieved from http://adam.zozlak.org/DataBases/BSA/ParkEtAl_2012_BritishSocialAttitudes%2029.pdf
- Parker, D. (2009, November 27). A “cure” for Down syndrome? *Contrarian*. Retrieved January 26, 2014, from <http://contrarian.ca/2009/11/27/a-cure-for-down-syndrome-%E2%80%94-reader-feedback-6/>
- Parritt, S. (2005). Time to Talk Sex Survey. *Disability Now*.
- PINDER, R. (1997). A Reply to Tom Shakespeare and Nicholas Watson. *Disability & Society*, 12(2), 301–306. doi:10.1080/09687599727399

-
- Pistoia, F., Govoni, S., & Boselli, C. (2006). Sex after stroke: a CNS only dysfunction? *Pharmacological Research: The Official Journal of the Italian Pharmacological Society*, 54(1), 11–18. doi:10.1016/j.phrs.2006.01.010
- Ponton, L. E. (2001). *The sex lives of teenagers: revealing the secret world of adolescent boys and girls*. New York: Plume.
- Randall, S. J. (2008). *The Association of Past and Intended Sexual Behavior with Sexual Self-concept, Self-esteem, and Sexual Self-efficacy*. ProQuest.
- Ratzka, A. (1998). *Sexuality and people with disabilities: What experts often are not aware of*.
- Raue, K., & Lewis, L. (2011). *Students with disabilities at degree-granting postsecondary institutions, Students with disabilities at degree-granting postsecondary institutions*. United States Department of Education. Retrieved from <http://nces.ed.gov/pubs2011/2011018.pdf>
- Rees, P. M., Fowler, C. J., & Maas, C. P. (2007). Sexual function in men and women with neurological disorders. *Lancet*, 369(9560), 512–525. doi:10.1016/S0140-6736(07)60238-4
- Reindal, S. M. (2008). A social relational model of disability: a theoretical framework for special needs education? *European Journal of Special Needs Education*, 23(2), 135–146. doi:10.1080/08856250801947812
- Reinsberg, C. (1999). *Γάμος εταιρες και παιδεραστια στην αρχαία Ελλάδα*. (Δ. Γ. Γεωργοβασίλης, Trans.). Retrieved from <http://www.ebooks.gr/gr/%CE%B3%CE%B1%CE%BC%CE%BF%CF%82-%CE%B5%CF%84%CE%B1%CE%B9%CF%81%CE%B5%CF%82-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CF%80%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%B5%CF%81%CE%B1%CF%83%CF%84%CE%B9%CE%B1-%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD-%CE%B1%CF%81%CF%87%CE%B1%CE%B9%CE%B1-%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%B1%CE%B4%CE%B1-139149.html>
- Reynaga, E. (2008). Recognize sex work as legitimate work. *HIV/AIDS Policy & Law Review / Canadian HIV/AIDS Legal Network*, 13(2-3), 97–98.
- Ricciardi, R., Szabo, C. M., & Poulos, A. Y. (2007). Sexuality and spinal cord injury. *The Nursing Clinics of North America*, 42(4), 675–684; viii–ix. doi:10.1016/j.cnur.2007.08.005
- Rizvi, S. M. (2001). *Marriage & morals in Islam*. Qum: Ansariyan Publications.
- Rohleder, P., & Swartz, L. (2009). Providing sex education to persons with learning disabilities in the era of HIV/AIDS: tensions between discourses of human rights and restriction. *Journal of Health Psychology*, 14(4), 601–610. doi:10.1177/1359105309103579
- Romano, M. D. (1978). Sexuality and the disabled female. *Sexuality and Disability*, 1(1), 27–33. doi:10.1007/BF01100999
- Ruys, D. J. F. (2013, August 20). *Medieval Sex and Sexuality*. Retrieved from <http://www.historychannel.com.au/articles/28/medieval-sex-and-sexuality#.UwZs8c49VEP>
- Sakellariou, D. (2006). If not the Disability, then what? Barriers to Reclaiming Sexuality Following Spinal Cord Injury. *Sexuality and Disability*, 24(2), 101–111. doi:10.1007/s11195-006-9008-6

-
- 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), 73–87. doi:10.1037/a0013513
- Sanders, T. (2007). The politics of sexual citizenship: commercial sex and disability. *Disability & Society*, 22(5), 439–455. doi:10.1080/09687590701427479
- Scarlet Alliance Australian Sex Workers Association. (1989). Retrieved June 26, 2013, from <http://www.scarletalliance.org.au/>
- Schmidt, E. Z., Hofmann, P., Niederwieser, G., Kapfhammer, H.-P., & Bonelli, R. M. (2005). Sexuality in multiple sclerosis. *Journal of Neural Transmission (Vienna, Austria: 1996)*, 112(9), 1201–1211. doi:10.1007/s00702-005-0275-7
- Schneider, S. W. (1984). *Jewish and female: choices and changes in our lives today*. New York: Simon and Schuster.
- Scott, C. (2011). *Scarlet Road*. Documentary.
- Shakespeare, T. (2006). *Disability rights and wrongs*. London; New York: Routledge.
- Shakespeare, T., Gillespie-Sells, K., & Davies, D. (1996). *The sexual politics of disability: untold desires*. Cassell.
- 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
- Shuttleworth, R., & Mona, L. (2002). Introduction to the Symposium. In *Disability Studies Quarterly* (Vol. 22). The Ohio State University Libraries. Retrieved from <http://dsq-sds.org/article/view/368>
- Shuttleworth, R. P. (2000). The search for sexual intimacy for men with cerebral palsy. *Sexuality and Disability*, 18(4). Retrieved from http://www.academia.edu/1017689/The_search_for_sexual_intimacy_for_men_with_cerebral_palsy
- Shuttleworth, R. P. (2007). *Disability and Sexuality: From Medical Model to Sexual Rights*. In G. Herdt & C. Howe (Eds.), *21st Century Sexualities: Contemporary Issues in Health, Education, and Rights* (pp. 145–48). Routledge.
- Sigelman, C., & Rider, E. (2008). *Life-Span Human Development*. Cengage Learning.
- Silva, M. (2002). The effectiveness of school-based sex education programs in the promotion of abstinent behavior: a meta-analysis. *Health Education Research*, 17(4), 471–481. doi:10.1093/her/17.4.471
- Sims, P. (2010, October 8). Councils pay for disabled to visit prostitutes and lap-dancing clubs from £520m taxpayer fund. Mail Online. Retrieved from <http://www.dailymail.co.uk/news/article-1303273/Councils-pay-disabled-visit-prostitutes-lap-dancing-clubs.html>
- Sinha, I. (1997). *The love teachings of Kama sutra: with extracts from Koka shastra, Ananga ranga, and other famous Indian works on love*. New York: Marlowe & Company.
- Skär, R. N. L. (2003). Peer and adult relationships of adolescents with disabilities. *Journal of Adolescence*, 26(6), 635–649. doi:10.1016/S0140-1971(03)00061-7

-
- Snell, W. E., & Papini, D. R. (1989). The sexuality scale: An instrument to measure sexual-esteem, sexual-depression, and sexual-preoccupation. *Journal of Sex Research*, 26(2), 256–263.
doi:10.1080/00224498909551510
- Statistical Office of the European Communities, & European Commission. (2001). *Disability and social participation in Europe*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Stevens, S. E., Steele, C. A., Jutai, J. W., Kalnins, I. V., Bortolussi, J. A., & Biggar, W. D. (1996). Adolescents with physical disabilities: some psychosocial aspects of health. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 19(2), 157–164.
doi:10.1016/1054-139X(96)00027-4
- Stewart, A. (2003). Τέχνη, επιθυμία και σώμα στην αρχαία Ελλάδα. (Α. Νικολόπουλος, Trans.). Αλεξάνδρεια.
- Storr, A. (2001). Freud, Sigmund. In (S. Lock, J. M. Last, & G. Dunea, Eds.) *The Oxford illustrated companion to medicine*. Oxford; New York: Oxford University Press.
- Taleporos, G., & McCabe, M. P. (2002). Development and Validation of the Physical Disability Sexual and Body Esteem Scale. *Sexuality and Disability*, 20(3), 159–176.
doi:10.1023/A:1021441631385
- Taleporos, G., & McCabe, M. P. (2003). Relationships, sexuality and adjustment among people with physical disability. *Sexual and Relationship Therapy*, 18(1), 25–43.
doi:10.1080/1468199031000061245
- The Lancet. (2009). Disability: beyond the medical model. *The Lancet*, 374(9704), 1793.
doi:10.1016/S0140-6736(09)62043-2
- The Local. (2013, May 11). Sex workers learn to help disabled clients. Retrieved from <http://www.thelocal.de/20130511/49655>
- Thomas, C. (1999). *Female forms: experiencing and understanding disability*. Buckingham; Philadelphia, Pa.: Open University Press.
- Thomas, C. (2004). How is disability understood? An examination of sociological approaches. *Disability & Society*, 19(6), 569–583. doi:10.1080/0968759042000252506
- Tissot, S. A. D. (1764). *L'onanisme, dissertation sur les maladies produites par la masturbation*. F. Grasset.
- Tolan, M. (2014, February). Kaitlyn & Greg: Spirited, Sexy & Sweet. *New Mobility*, (2). Retrieved from <http://www.newmobility.com/2014/02/spirited-sexy-sweet-wheelchair-couple/>
- Trani, J., & Bakhshi, P. (2006). The Capability Approach to Understanding Disability: Increasing Comparability, Defining Efficient Programs. In V. Reboud (Ed.), *Capabilities and Public Policies*. Paris: French Agency for Development. Retrieved from <http://discovery.ucl.ac.uk/52040/>
- Union of the Physically Impaired Against Segregation, & Disability Alliance. (1976). *Fundamental Principles of Disability: Being a Summary of the Discussion Held on 22nd November, 1975 and Containing Commentaries from Each Organisation*. The Union. Retrieved from <http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/UPIAS-fundamental-principles.pdf>

-
- United Nations. (1948, December 10). Universal Declaration of Human Rights. United Nations General Assembly. Retrieved from <http://www.un.org/en/documents/udhr/>
- United Nations. (1966, December 16). International Covenant on Civil and Political Rights. UN General Assembly. Retrieved from <http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/ccpr.aspx>
- United Nations. (1971, December 20). Declaration on the Rights of Disabled Persons. UN General Assembly. Retrieved from <http://www.worldlii.org/int/other/UNGARsn/1971/100.pdf>
- United Nations. (1975, December 9). Declaration on the Rights of Disabled Persons. UN General Assembly. Retrieved from <http://www.equalrightstrust.org/ertdocumentbank/DisabilityDoc.pdf>
- United Nations. (1976, December 16). International Year of Disabled Persons. United Nations. Retrieved from <http://www.un-documents.net/a31r123.htm>
- United Nations. (1989, November 20). Convention on the Rights of the Child. UN General Assembly. Retrieved from <http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>
- United Nations. (1992, October 14). The International Day of Persons with Disabilities. United Nations. Retrieved from http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/47/3
- United Nations. (2006, December 13). Convention on the Rights of Persons with Disabilities. UN General Assembly. Retrieved from <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml>
- United Nations. (n.d.). Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Retrieved February 16, 2014, from <http://www.un.org/disabilities/default.asp?navid=12&pid=150>
- United Nations, & Statistical Division. (2007). Demographic Yearbook 2004 = Annuaire démographique. New York: United Nations Pubs.
- Üstün, T., Chatterji, S., Mechbal, A., & Murray, C. J. L. (2003). The World Health Surveys. In Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism (p. 798). Geneva: World Health Organization.
- Vanderwerker, E., JR. (1976). A Brief Review of the History of Amputations and Protheses. *Inter-Clinic Information Bulletin*, 15(5), 15 – 16.
- Vanoyeke, V. (2006). Η πορνεία στην Ελλάδα και τη Ρώμη (). (Λ. Παλλαντίου, Trans.). Retrieved from <http://www.bookdepository.co.uk/%CE%97-%CF%80%CE%BF%CF%81%CE%BD%CE%B5%CE%AF%CE%B1-%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD-%CE%95%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CF%84%CE%B7-%CE%A1%CF%8E%CE%BC%CE%B7-Vanoyeke-Violaine/9789602063781>
- Vasilenko, S. A., Ram, N., & Lefkowitz, E. S. (2011). Body image and first sexual intercourse in late adolescence. *Journal of Adolescence*, 34(2), 327–335. doi:10.1016/j.adolescence.2010.04.005
- Vatsyayana, M., Doniger, W., & Kakar, S. (2002). *Kamasutra: A New, Complete English Translation of the Sanskrit Text* □: with Excerpts from the Sanskrit Jayamangala Commentary of Yashodhara Indrapada, the Hindi Jaya Commentary of Devadatta Shastri, and Explanatory Notes by the Translators. Oxford University Press.

-
- Verschuren, J. E. A., Enzlin, P., Dijkstra, P. U., Geertzen, J. H. B., & Dekker, R. (2010). Chronic disease and sexuality: a generic conceptual framework. *Journal of Sex Research*, 47(2), 153–170. doi:10.1080/00224491003658227
- Wasserman, D., Asch, A., Blustein, J., & Putnam, D. (2013). Disability: Definitions, Models, Experience. In E. N. Zalta (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Fall 2013.). Retrieved from <http://plato.stanford.edu/archives/fall2013/entries/disability/>
- Wasson, R. G., & Ingalls, D. H. (1971). The soma of the Rig Veda: what was it? *Journal of the American Oriental Society*. American Oriental Society, 91, 169–187.
- Watson, N. (2002). Well, I Know this is Going to Sound Very Strange to You, but I Don't See Myself as a Disabled Person: Identity and disability. *Disability & Society*, 17(5), 509–527. doi:10.1080/09687590220148496
- Waxman, B. F. (1994). It's Time to Politicize Our Sexual Oppression. In B. Shaw (Ed.), *The Ragged Edge: The Disability Experience from the Pages of the First Fifteen Years of The Disability Rag*. Advocado Press, Incorporated.
- Waxman, B. F. (1999). Sexual imagery of physically disabled women: Erotic? perverse? sexist? *Sexuality and Disability*, 17(3), 277–282.
- Waxman, B., & Finger, A. (1989). The Politics of Sex and Disability. *Disability Studies Quarterly*, 9(3), 1–5.
- Whipple, B., Richards, E., Tepper, M., & Komisaruk, B. R. (1996). Sexual response in women with complete spinal cord injury. In D. M. Krotoski, M. A. Nosek, & M. A. Turk (Eds.), *Women with physical disabilities: achieving and maintaining health and well-being* (pp. 69–80). Baltimore: P.H. Brookes Pub. Co.
- Whiteneck, G. (2006, June). A Critique of the ICF With Recommendations for Environmental Factors. PowerPoint presented at the 12th Annual North American Collaborating Center Conference on ICF, Vancouver, British Columbia (Canada). Retrieved from http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/internet/GALE_WHITENECK_LOOK_AHEAD_EN
- WHO | Noncommunicable diseases. (2013, March). WHO. Retrieved January 26, 2014, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>
- Wiegerink, D. J. H. G., Roebroek, M. E., Donkervoort, M., Cohen-Kettenis, P. T., Stam, H. J., & Transition Research Group South West Netherlands. (2008). Social, intimate and sexual relationships of adolescents with cerebral palsy compared with able-bodied age-mates. *Journal of Rehabilitation Medicine: Official Journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine*, 40(2), 112–118. doi:10.2340/16501977-0137
- Wiegerink, D. J. H. G., Stam, H. J., Ketelaar, M., Cohen-Kettenis, P. T., Roebroek, M. E., & the Transition Research Group South West Netherlands. (2012). Personal and environmental factors contributing to participation in romantic relationships and sexual activity of young adults with cerebral palsy. *Disability and Rehabilitation*, 34(17), 1481–1487. doi:10.3109/09638288.2011.648002
- Wiegerink, D., Roebroek, M., Bender, J., Stam, H., Cohen-Kettenis, P., & Transition Research Group South West Netherlands. (2011). *Sexuality of Young Adults with Cerebral Palsy:*

Experienced Limitations and Needs. *Sexuality and Disability*, 29(2), 119–128.

doi:10.1007/s11195-010-9180-6

Williams, C. A. (2010). *Roman homosexuality*. Oxford; New York: Oxford University Press.

World Health Organization. (1980). *International 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].

World Health Organization. (1989). *Σεξολογία για ειδικούς σε θέματα υγείας*. (N. Βαϊδάκης, Trans.). Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health: ICF*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

World Health Organization, & United Nations Population Fund. (2009). *Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities WHO/UNFPA guidance note*. Geneva; New York: World Health Organization; UNFPA. Retrieved from <http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598682%5Feng.pdf>

Young, E. (2013). *Sex on Wheels*. Documentary.

Ελληνόγλωσση

Αναθεωρητική Βουλή των Ελλήνων. *Σύνταγμα του 2008*. , Pub. L. No. A' 120/27.6.2008 (2008).

Retrieved from <http://www.et.gr/index.php/component/content/article/82-2013-01-30-08-00-00/171-2010-03-04-09-51-07>

Αυτονομία. (2009, June 16). *Εκδιδόμενη για αναπήρους*. Retrieved from

<http://www.disabled.gr/ekdidomeni-gia-anapirous/>

Βαϊδάκης, Ν. (2003). *Η Ψυχιατρική και η σεξουαλική ζωή στη σύγχρονη κοινωνία*. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ, 14(4), 246.

Βαϊδάκης, Ν. (2005). *Η σεξουαλική συμπεριφορά του ανθρώπου*. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.

Βασδέκης, Σ. (2011, August 19). *πήρος. Μυστικά της ανάγνωσης: Ετυμολογικό Λεξικό της*

Ελληνικής γλώσσας. Retrieved from http://veritasgreek.blogspot.gr/2011/08/blog-post_18.html

Βίτκου, Κ. (2013, March 23). *Κατά μόνας αμαρτίες*. <http://neoskopos.com>. Retrieved from

<http://neoskopos.com/news/el/node/30055>

Δανιλόπουλος, Δ. (2003, September 13). *Ορισμοί της αναπηρίας*. Retrieved from

http://www.politropo.org/pdf/anapiria_orismoi_kai_koinoniki_diastasi.pdf

Ελευθεροτυπία. (2006, June 16). *Ανοιχτός Καιάδας*.

ΕΣΑμεΑ. (2013). *Συνέντευξη τύπου ενόψει της 3ης Δεκεμβρη- Εθνική Ημέρα ΑμεΑ (Δελτίο Τύπου)*. Retrieved from

http://www.esaea.gr/index.php?module=announce&ANN_id=4548&ANN_user_op=view&news=1&MMN_position=20:20

-
- Ευρωπαϊκή Ένωση. (2000). Χάρτης θεμελιωδών δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Retrieved from <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opedocpdf.pdf?reldoc=y&docid=4e8032b92>
- Ζαφειρίου, Δ., & Εμμανουηλίδου, Ε. (2005). Παιδιατρική Βορείου Ελλάδος. Παιδιατρική Βορείου Ελλάδος, 17(3), 266 – 273.
- Καραγιάννη, Π., & Ζώνιου-Σιδέρη, Α. (2006). «Το Κοινωνικό Μοντέλο της Αναπηρίας. Θεωρία και Ερευνητική Πρακτική. Αντιφάσεις και Ερωτήματα». Μακεδόν, (15), 223–232.
- Κασπίρης, Γ. (2012). Με λένε Στέλιο. Retrieved from http://www.youtube.com/watch?v=yWtoRFX0YgY&feature=youtube_gdata_player
- Καττάμη, Χ., Διαμαντοπούλου, Ρ., Μαυροειδή, Π., & Κουτσουλέλου, Π. (2007). Αναπηρία και ελληνική τέχνη. In Η ενταξη της διάστασης της αναπηρίας στις πολιτικές και στις πρακτικές. Ινστιτούτο Κοινωνικής Προστασίας και Αλληλεγγύης. Retrieved from http://www.ekka.org.gr/portal_docs/researchstudies/picture/10_483.pdf
- Κουβέλας, Ν., & Καλογήρου, Κ. (2003, November 24). Τα άτομα με ειδικές ικανότητες έχουν δικαίωμα στην οδοντιατρική πρόληψη και φροντίδα. iatronet. Retrieved February 3, 2014, from http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=560
- Λυράκος, Γ., Αρβανίτη, Χ., & Κωστοπαναγιώτου, Γ. (2012). Ελληνικό Ερωτηματολόγιο Μέτρησης της Κατάθλιψης, του Άγχους και του Στρες 21 ερωτήσεων (DASS 21). In Α. Σταλίκας, Σ. Τριλίβα, & Π. Ρούσση (Eds.), Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα (pp. 122–123). ΠΕΔΙΟ. Retrieved from <http://www.politeianet.gr/books/9789605460815-stalikas-anastasios-pedio-ta-psuchometrika-ergaleia-stin-ellada-212741?gclid=CPm-hcWPib0CFWvjwgodI5wATg>
- Μιχαηλίδης, Α. (2006). Η θέση της γυναίκας στον Ινδουισμό. Αθήνα: Καρδαμίσας.
- Μιχαηλίδης, Τ. (2003, December 11). Άτομα με ειδικές δεξιότητες. Τα Νέα. Retrieved from <http://www.tanea.gr/news/culture/article/4314107/?iid=2>
- Μπαμπινιώτης, Γ. (2002, January). Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας. Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας.
- π. Φιλόθεος Φάρρος. (2009). Έρωτος Φύσις. Αθήνα: Αρμός.
- Πλάτων. (1949). ΣΥΜΠΟΣΙΟ (ΠΕΡΙ ΕΡΩΤΟΣ). Αθήνα: Ακαδημίας Αθηνών. Retrieved from <http://www.politeianet.gr/books/9789609421096-platon-pontiki-platon-sumposio-peri-erotos-174930>
- Πλούταρχος. (1993). ΠΕΛΟΠΙΔΑΣ - ΜΑΡΚΕΛΛΟΣ. In Γ. Καλόπουλος (Trans.), ΠΛΟΥΤΑΡΧΟΣ: ΒΙΟΙ ΠΑΡΑΛΛΗΛΟΙ (Vol. 8). Κάκτος. Retrieved from <http://www.politeianet.gr/books/9789603521853-ploutarchos-kaktos-ploutarchos-bioi-paralliloi-dekatos-ebdomos-tomos-174734>
- Σκορδίλης, Α. (2010, June 24). Ο όρος “άτομα με ειδικές ανάγκες” προσβάλλει τους ανθρώπους με αναπηρία. Ελευθεροτυπία. Retrieved from <http://www.enet.gr/?i=news.el.article&id=176630>
- Ψαθάς, Δ. (2009, June 14). Κοινωνική επανένταξη, υποστήριξη Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες.