

**ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**«ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΖΩΗ ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ  
ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ»**

**ΓΚΟΝΤΑ ΝΙΚΗ**  
**ΣΙΑΚΑΒΑΡΑ ΛΕΝΑ**  
**ΠΑΡΟΙΚΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ**

**ΠΑΤΡΑ, 2013**

**Η πτυχιακή εργασία των σπουδαστριών εγκρίνεται.**

Ημερομηνία:

Υπογράφει:

**Μέλη εξεταστικής επιτροπής**

1. ....

2. ....

3. ....

ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.  
ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

«ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΖΩΗ ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ  
ΥΣΤΕΡΗΣΗ»

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ:  
ΓΚΟΝΤΑ ΝΙΚΗ  
ΠΑΡΟΙΚΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ  
ΣΙΑΚΑΒΑΡΑ ΛΕΝΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:  
ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΚΛΩΝΗ

Πτυχιακή εργασία για τη λήψη πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (ΑΤΕΙ) Πάτρας.

Copyright: *«Τα άτομα τα οποία εκπονούν την παρούσα εργασία φέρουν ολόκληρη την ευθύνη προσδιορισμού της δίκαιης χρήσης του υλικού, η οποία ορίζεται στην βάση των εξής παραγόντων: του εκπαιδευτικού μη κερδοσκοπικού σκοπού, της φύσης του υλικού που χρησιμοποιεί (τμήμα κειμένου, πίνακες, σχήματα, εικόνες), του ποσοστού και της σημαντικότητας του τμήματος που χρησιμοποιεί σε σχέση με το όλο κείμενο υπό copyright και των πιθανών συνεπειών της χρήσης αυτής η στη γενικότερη αξία του υπό copyright κειμένου».*

..... 2013

© 2007, Copyright υπό ΓΚΟΝΤΑ ΝΙΚΗ....

© 2007 All rights reserved

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα θέλαμε να εκφράσουμε τη βαθειά μου ευγνωμοσύνη σε όσους συνέβαλαν στην ολοκλήρωσή της πτυχιακής εργασίας μας. Την καθηγήτρια μας που ανέλαβε πρόθυμα να εποπτεύσει την εκπόνηση της εργασίας, την ευχαριστούμε ευχαριστώ θερμά για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε αναθέτοντάς μας αυτήν την εργασία, καθώς και για την κατανόησή της στο ξεκίνημα αυτού του εγχειρήματος. Την ευχαριστούμε για την ενθάρρυνση καθώς, επίσης, για τις συμβουλές της σε θέματα μεθοδολογίας αναφορικά με τη συγγραφή της παρούσας πτυχιακής εργασίας.

Ακόμη, οφείλουμε να ευχαριστήσουμε τους γονείς των εφήβων με νοητική υστέρηση από τον Σύλλογο ΑμΕΑ Βόλου και το Ειδικό Σχολείο Ίδρυμα Αγωγής Ανηλίκων Βόλου που αποδέχθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα που πραγματοποιήσαμε.

Τέλος, ευχαριστούμε τις οικογένειές μας που επωμίστηκαν πολλά βάρη κατά τη διάρκεια των σπουδών μας, με ευγνωμοσύνη αναγνωρίζουμε την υποστήριξη, την ενθάρρυνση και την επιμονή τους να συνεχίσουμε τις σπουδές μας.

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

---

<b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</b> .....	<b>3</b>
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΙΝΑΚΩΝ</b> .....	<b>9</b>
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ</b> .....	<b>10</b>
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	<b>11</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>13</b>
<b>ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ</b> .....	<b>15</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ</b> .....	<b>17</b>
1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ .....	18
1.2. ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ΤΗΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ .....	20
1.3. ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ .....	23
1.4. ΘΕΩΡΙΕΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ .....	28
1.5. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ.....	29
1.6 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ.....	31
1.7. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ .....	34
1.8. ΜΟΡΦΕΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ .....	37
1.9. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ.....	38
1.9.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ.....	39
1.9.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΜΕΣΑ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ.....	40
1.10. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΝΩΡΙΣΜΑΤΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ .....	41
1.11. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ .....	44
1.12. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ - ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ .....	47
1.13. ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ .....	48
1.14. ΠΡΟΛΗΨΗ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ .....	49
1.15. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ .....	50

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ..... 53**

2.1. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ .....	54
2.1.1. ΕΝΝΟΙΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	54
2.1.2. ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ .....	56
2.1.3. ΣΤΑΔΙΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑ FREUD.....	57
2.2. ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ.....	58
2.3. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ & ΕΚΦΡΑΣΗ ΣΤΗ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ.....	65
2.3.1. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ & ΕΚΦΡΑΣΗ ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ.....	67
2.4. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΖΩΗ ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ .....	74

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ  
ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ ..... 80**

3.1. ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗΣ ΣΤΗ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ.....	81
3.1.1. ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗΣ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ .....	83
3.1.2. ΣΤΟΧΟΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗΣ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ.....	84
3.2. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΣΤΗ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ .....	85
3.2.1. ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ – ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	87
3.2.2. ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ – ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΣΩΜΑΤΟΣ.....	88
3.2.3. ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟ ΑΛΛΟ ΦΥΛΟ – ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΠΑΦΗ .....	90
3.2.4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ.....	92
3.2.5. ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΚΑΙ ΤΕΚΝΟΠΟΙΗΣΗ .....	93
3.3. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ – ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ.....	94
3.4. ΦΟΡΕΙΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗΣ .....	97

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ .....</b>	<b>100</b>
4.1 ΕΙΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	101
4.2. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	101
4.3. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ – ΔΕΙΓΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	102
4.4. ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ.....	103
4.5. ΔΙΑΝΟΜΗ ΚΑΙ ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	106
4.6. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	106
4.7. ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	107
4.8. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	107
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....</b>	<b>108</b>
5.1. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ 1 <sup>ης</sup> ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ .....	109
5.2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ 2 <sup>ης</sup> ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ .....	112
5.3. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ 3 <sup>ης</sup> ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ .....	114
5.4. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ 4 <sup>ης</sup> ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ .....	119
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ .....</b>	<b>130</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ.....</b>	<b>136</b>
7.1. ΑΠΟΨΕΙΣ ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ ΓΙΑ ΘΕΜΑΤΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΖΩΗΣ .....	<b>137</b>
7.2. ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΟΝΕΩΝ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ.....	<b>140</b>
7.3 ΣΥΜΦΩΝΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΜΕ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΠΡΟΗΓΗΘΕΙ Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτη	
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>147</b>

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	148
ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	151
ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ .....	157
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ - ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....</b>	<b>158</b>



## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

---

Πίνακας 1.1. Κλινική εικόνα νοητικής υστέρησης .....	47
Πίνακας 2.1. Εγκεφαλικές περιοχές (υποθαλαμικοί πυρήνες) που συνδέονται με τη σεξουαλική συμπεριφορά .....	57
Πίνακας 4.1. Περιγραφή: Ερευνητικοί Στόχοι, Ερευνητικό Ερώτημα, Ενότητα Ερωτηματολογίου, Ερώτηση, Στόχος & Τύπος Ερώτησης.....	105
Πίνακας 5.1. Φύλο γονέα .....	109
Πίνακας 5.2. Ηλικία γονέα .....	110
Πίνακας 5.3. Επίπεδο σπουδών γονέα.....	111
Πίνακας 5.4. Επάγγελμα γονέα .....	112
Πίνακας 5.5. Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα.....	113
Πίνακας 5.6. Φύλο ατόμου με ΝΥ .....	114
Πίνακας 5.7. Ηλικία ατόμου με ΝΥ .....	115
Πίνακας 5.8. Επίπεδο νοητικής υστέρησης.....	116
Πίνακας 5.9. Γνωρίσματα σεξουαλικής συμπεριφοράς εφήβων με νοητική υστέρηση .....	118
Πίνακας 5.10. Γνωρίσματα σεξουαλικής συμπεριφοράς εφήβων με νοητική υστέρηση .....	119
Πίνακας 5.11. Χαρακτηριστικά συμβουλευτικής οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας και ανάπτυξης εφήβων με νοητική υστέρηση .....	123
Πίνακας 5.12. Χαρακτηριστικά συμβουλευτικής οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας και ανάπτυξης εφήβων με νοητική υστέρηση .....	124
Πίνακας 5.13. Χαρακτηριστικά σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης εφήβων με νοητική υστέρηση.....	127
Πίνακας 5.14. Αιτία άρνησης συμβουλευτικής οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας/ανάπτυξης και σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης εφήβων τους με νοητική υστέρηση.....	130
Πίνακας 5.15. Κατάλληλη ηλικία συμβουλευτικής οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας/ ανάπτυξης και την σεξουαλική διαπαιδαγώγησή παιδιών με νοητική υστέρηση.....	133

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

---

Σχήμα 5.1. Φύλο γονέα.....	109
Σχήμα 5.2. Ηλικία γονέα .....	110
Σχήμα 5.3. Επίπεδο σπουδών γονέα.....	111
Σχήμα 5.4. Επάγγελμα γονέα .....	112
Σχήμα 5.5. Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα .....	113
Σχήμα 5.7. Ηλικία ατόμου με ΝΥ .....	114
Σχήμα 5.8. Επίπεδο νοητικής υστέρησης.....	115
Σχήμα 5.9. Γνωρίσματα σεξουαλικής συμπεριφοράς εφήβων με νοητική υστέρηση .....	116
Σχήμα 5.10. Χαρακτηριστικά συμβουλευτικής οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας και ανάπτυξης εφήβων με νοητική υστέρηση .....	122
Σχήμα 5.11. Χαρακτηριστικά σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης εφήβων με νοητική υστέρηση .....	126
Σχήμα 5.12. Αιτία άρνησης συμβουλευτικής οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας/ανάπτυξης και σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης εφήβων τους με νοητική υστέρηση .....	132
Σχήμα 5.13. Κατάλληλη ηλικία συμβουλευτικής οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας/ ανάπτυξης και την σεξουαλική διαπαιδαγώγησή παιδιών με νοητική υστέρηση.....	133

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

---

**Σκοπός:** Ο κύριος σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι η διερεύνηση θεμάτων αναφορικά με την σεξουαλικότητα των εφήβων με νοητική υστέρηση και τις απόψεις των γονέων τους για τη συμβουλευτική της οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας/ανάπτυξης και για τη σεξουαλική διαπαιδαγώγησή των παιδιών τους.

**Μεθοδολογία:** Για την ανάλυση των θεωρητικών στοιχείων της εργασίας πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική και αρθρογραφική ανασκόπηση έτσι ώστε να μελετηθούν οι έννοιες της νοητικής υστέρησης, της σεξουαλικότητας στη νοητική υστέρηση και της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης εφήβων με νοητική υστέρηση. Επίσης, για να καλυφθούν οι ερευνητικοί στόχοι, δηλαδή η διερεύνηση της σεξουαλικότητας των εφήβων με ΝΥ, της συμβουλευτικής οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας και ανάπτυξης των εφήβων με ΝΥ, της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των εφήβων με ΝΥ, της αιτίας άρνησης των γονέων των εφήβων με ΝΥ στη συμβουλευτική οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας/ανάπτυξης και σεξουαλικής διαπαιδαγώγησής τους και της κατάλληλης ηλικίας των παιδιών με ΝΥ για συμβουλευτική οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας/ ανάπτυξης και σεξουαλική διαπαιδαγώγηση πραγματοποιήθηκε μια ποσοτική έρευνα σε δείγμα 65 γονέων στο Σύλλογο Γονέων και Φίλων ΑΜΕΑ Ν. Μαγνησία και στο Ειδικό Δημοτικό σχολείο του Ιδρύματος Αγωγής Ανηλίκων Βόλου.

**Αποτελέσματα:** Η ερευνητική εργασία ανέδειξε ως γνωρίσματα της σεξουαλικότητας των εφήβων με ΝΥ τη μη εκδήλωση σεξουαλικού ενδιαφέροντος για άτομα ίδιου φύλου (87,7%), τη μη δυσκολία κοινωνικής αλληλεπίδρασης (76,9%) και τη γνώση ανατομικών ανομοιοτήτων του ανθρώπινου σώματος (55,4% ). Ως χαρακτηριστικά της συμβουλευτικής οικογένειας ανέδειξε την αποδοχή των ερωτικών συναισθήματα τους, την ενημέρωση για αντισύλληψη, σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα και σεξουαλική εκμετάλλευση ή κακοποίηση (100%). Ως χαρακτηριστικά της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των εφήβων με ΝΥ ανέδειξε την πληροφόρηση για ανθρώπινη ανάπτυξη & αλλαγών στην περίοδο της εφηβείας (εμμηνόρροια, τριχοφυΐα), την προστασία από σεξουαλικές μεταδιδόμενες νόσους και εγκυμοσύνη και την η συναισθηματική ενίσχυση (100%). Ως αιτίες άρνησης της συμβουλευτικής οικογένειας και της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης ανέδειξε την

αναγκαιότητά τους (100%), το θέμα «taboo» (100%), την απροθυμία της σεξουαλικότητας των εφήβων (100%), την πιθανή μελλοντική σύναψη σεξουαλικών σχέσεων (89,2%) και την μη εμπιστοσύνη σε ειδικούς (44,6%). Ως κατάλληλη ηλικία για συμβουλευτική οικογένειας και σεξουαλική διαπαιδαγώγησή θεωρήθηκε η προεφηβεία (8-12 ετών - 55,4%) και η εφηβεία (13-18 ετών - 44,6%).

**Συμπεράσματα:** Η παρούσα εργασία ανέδειξε σημαντικά θέματα αναφορικά με το τρίπτυχο σεξουαλικότητα – συμβουλευτική οικογένειας – σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των εφήβων με ΝΥ και σημείωσε την σημαντικότητα των απόψεων των γονέων τους για την μελλοντική ανεξαρτητοποίησή τους και την καλύτερη ποιότητα ζωής τους. Φυσικά, περαιτέρω έρευνες στο αντικείμενο είναι απαιτητές.

**Λέξεις – Κλειδιά:** *Νοητική Υστέρηση, Έφηβοι, Γονείς, Σεξουαλικότητα, Συμβουλευτική Οικογένειας, Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση.*

## ABSTRACT

---

**Purpose:** The main purpose of the present study is to investigate issues regarding the sexuality of adolescents with mental retardation and the opinions of their parents for family counseling on sexual health / development and sexual education of their children.

**Methodology:** For the analysis of the theoretical elements of this essay performed literature and articles review to study the concepts of mental disability, sexuality in mental retardation and sexual education of adolescents with mental retardation. Also, to cover the research objectives, namely to explore the sexuality of adolescents with MR, the family counseling on sexual health and development of adolescents with MR, sexual education of adolescents with MR, causes of denial of parents of adolescents with MR in the family counseling on sexual health / sexual development and their upbringing and the appropriate age for children with MR for family counseling on sexual health / development and sex education took place a quantitative survey of a sample of 65 parents in Association of Parents and Friends of People With Disabilities of the Prefecture of Magnesia and in Special Elementary School in Volos.

**Results:** The research highlighted as characteristics of the sexuality of adolescents with MR the lack of sexual interest for same sex individuals (87.7%), the social interaction (76.9%) and the knowledge of anatomical disparities of the human body (55.4%). As characteristics of the family counseling highlighted the acceptance of sexual feelings, information on contraception, sexually transmitted diseases and sexual exploitation or abuse (100%). As characteristics of the sexual education of adolescents with MR highlighted informing about human development and changes during adolescence (menstruation, hair growth), protection from sexually transmitted diseases and pregnancy and emotional strengthening (100%). The reasons for refusal of family counseling and sex education has highlighted their necessity (100%) «taboo» (100%), the reluctance of adolescent sexuality (100%), possible future conclusion of sexual relations (89.2%) and non-confidence in specialists (44.6%). The appropriate age for family counseling and sex education was defined as prepubertal (8-12 years old - 55.4%) and adolescence (13-18 years old - 44.6%).

**Conclusions:** This study highlighted significant issues relating to triangle sexuality - family counseling - sexual education of adolescents with MR and noted the importance of the views of parents for their future independence and a better quality of life. Of course, more research on the subject is due.

**Key – Words:** *Mental Retardation, Adolescents, Parenting, Sexuality, Family Counseling, Sex Education.*

## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

---

CDC.....	Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων
DSM.....	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD-10.....	International Classification of Diseases -10
ICD-10.....	International Classification of Diseases -10
W.A.I.S.....	Wechsler Adult Intelligence Scale
W.I.S.C... ..	Wechsler Intelligence Scale for Children
Δ.N.....	Δείκτης Νοημοσύνης
INAH 3.....	Interstitial Nuclei of Anterior Hypothalamus 3
Κ.N.Σ.....	Κεντρικό Νευρικό Σύστημα
ΝΥ.....	Νοητική Υστέρηση
Π.Η.....	Πνευματική Ηλικία
Χ.Η.....	Χρονολογική Ηλικία

Το βασικό κίνητρο για την επιλογή του θέματος «Σεξουαλική Ανάπτυξη Και Ζωή Εφήβων Με Νοητική Υστέρηση» αποτέλεσε, η αναδυόμενη αναγκαιότητα της ύπαρξης νέων λύσεων σε προβλήματα σεξουαλικότητα ευαίσθητων πληθυσμών που ταλανίζουν την δημόσια υγεία στην Ελλάδα. Δυστυχώς πολλά προβλήματα οργανωτικού χαρακτήρα που αντιμετωπίζει το κοινωνικό κράτος και οι προκαταλήψεις σε θέματα σεξουαλικότητας αποτελούν συστατικά στοιχεία που επηρεάζουν αρνητικά την σεξουαλική ανάπτυξη και ζωή ατόμων με νοητική υστέρηση που βρίσκονται στην κρίσιμη περίοδο της εφηβείας.

Η εργασία διακρίνεται σε οκτώ επιμέρους κεφάλαια στα οποία να αναλύονται οι έννοιες της νοητικής υστέρησης, της σεξουαλικότητας και της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης εφήβων με νοητική υστέρηση, η μεθοδολογία της έρευνας, η παρουσίαση των στατιστικών αποτελεσμάτων της έρευνας, η παράθεση συζήτησης των ευρημάτων της έρευνας και αποτελεσμάτων άλλων ερευνητών στο ίδιο αντικείμενο, η διεξαγωγή συμπερασμάτων και ο προτάσεις για μελλοντικές έρευνες. Ειδικότερα, μέσα από μια έρευνα σε δείγμα 65 γονέων εφήβων με νοητική υστέρηση στο Σύλλογο Γονέων και Φίλων ΑΜΕΑ Ν. Μαγνησία και στο Ειδικό Δημοτικό σχολείο του Ιδρύματος Αγωγής Ανηλίκων Βόλου δίδονται απαντήσεις σε ερευνητικά ερωτήματα αναφορικά με την σεξουαλικότητα των εφήβων με νοητική υστέρηση και τις απόψεις των γονέων τους για τη συμβουλευτική της οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας/ανάπτυξης και για τη σεξουαλική διαπαιδαγώγησή των παιδιών τους.





## 1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

---

Οι αρχαίοι Έλληνες πίστευαν ότι υπεύθυνοι για τις νοητικές παθήσεις ήταν οι Θεοί και η θεραπεία γινόταν σε ναούς που τους ονόμαζαν «Ιερά του Ασκληπιού». Ο Ιπποκράτης κατά τον 4<sup>ο</sup> και 5<sup>ο</sup> αιώνα απέρριψε ότι η νοητική υστέρηση είχε Θεϊκή προέλευση και τόνισε ότι οφειλόταν σε παθολογία του εγκεφάλου. Αναφορές για άτομα με νοητική υστέρηση γίνονται και στη Ρωμαϊκή εποχή όπου πλούσιοι Ρωμαίοι συντηρούσαν τους γνωστούς «γελωτοποιούς» για να διασκεδάζουν τους καλεσμένους τους. Στην πραγματικότητα όμως συχνά, ήταν άτομα με νοητική υστέρηση, που προκαλούσαν το γέλιο με τις κινήσεις, τις εκφράσεις και τις πράξεις τους και τα οποία ενισχύονταν παράλληλα να συμπεριφέρονται με τρόπο «γελοίο». Αυτά τα άτομα είχαν, συνήθως καλή μεταχείριση (Βασιλείου, 1998).

Με το πέρασμα των αιώνων όμως, τα άτομα με νοητική υστέρηση και άλλες ανεπάρκειες αντιμετωπίζονταν με προκατάληψη και απόρριψη από το σύνολο της κοινωνίας. Τα άτομα που με τα σημερινά δεδομένα θα χαρακτηρίζονταν ως άτομα με νοητική υστέρηση, εντάσσονταν στην ομάδα των ατόμων με τις ψυχικές διαταραχές. Σε γενικές γραμμές οι άνθρωποι τους αγνοούσαν ή τους φοβόταν γιατί οι διαφορές που είχαν σε σχέση με τους άλλους ανθρώπους στην εμφάνιση και στις ικανότητες δεν μπορούσαν να γίνουν κατανοητές. Αυτή η άγνοια για τα άτομα με ειδικές ανάγκες προκαλούσε το φόβο με αποτέλεσμα να τους φέρονται πολλές φορές με τρόπο απάνθρωπο και να τους περιθωριοποιούν (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2004).

Τα άτομα αυτά κατά τη Μεσαιωνική περίοδο θεωρούνταν «δαιμονισμένα» και έπρεπε να υποβληθούν σε εξορκισμούς για να απαλλαγούν από τα κακά πνεύματα. Ο κλήρος ήταν υπεύθυνος για τη θεραπεία και η κακομεταχείριση, (με μαστιγώματα, κακή σίτιση, βύθιση σε καυτό νερό και άλλες απάνθρωπες μεταχειρίσεις), θεωρείτο δικαιολογημένη ως «κακομεταχείριση του σατανά». Η εφαρμογή αυτών των βάνανσων θεραπευτικών μεθόδων συνεχίστηκε το 16<sup>ο</sup> και 17<sup>ο</sup> αιώνα. Σ' αυτούς τους αιώνες χιλιάδες άτομα με νοητική υστέρηση, θανατώθηκαν στην πυρά, επειδή θεωρήθηκαν ως μάγισσες και μάγοι (Βασιλείου, 1998, Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2004).

Στα μέσα του 1800 πολλά παιδιά με νοητική υστέρηση τοποθετήθηκαν σε εκπαιδευτικές δομές. Ο Edouard Seguin ίδρυσε στη Γαλλία το 1837 το πρώτο σχολείο για άτομα με νοητική υστέρηση, με την πεποίθηση ότι αν τους προσφερθεί εντατική εκπαίδευση θα γύριζαν στο σπίτι έχοντας υψηλότερο επίπεδο λειτουργικότητας στο κοινωνικό περιβάλλον. Το αρχικό όμως σχέδιο εκπαίδευσης των παιδιών ώστε να ξεπεράσουν τις

δυσκολίες δεν υλοποιήθηκε. Αυτά τα προγράμματα σταδιακά έγιναν μεγαλύτερα και τελικά ο στόχος μετατοπίστηκε από την εντατική εκπαίδευση στην ιδρυματική φροντίδα. Οι ιδρυματικές αυτές δομές χρησιμοποιούνταν πάρα πολύ μέχρι τα μέσα του 1900, όταν έγιναν γνωστές στο κοινό οι πολυπληθείς ανθυγιεινές και σε μερικές περιπτώσεις και κακοποιητικές συνθήκες. Αυτό ήταν τα έναυσμα για την αποασυλοποίηση (Kaplan-Sadock, 2005).

Την ίδια χρονική περίοδο αναπτύχθηκε το κίνημα της ευγονικής, που ο Francis Galton αποτέλεσε τον κύριο εκφραστή αυτής της ιδέας που την όρισε ως επιστήμη που ασχολείται με την μελέτη των μεταβλητών που βελτιώνουν τα εγγενή χαρακτηριστικά των δύο φύλων. Μέχρι το 1910 είχε γίνει ευρέως γνωστό αυτό το κίνημα με αποτέλεσμα τη δεκαετία του 1920 να ψηφιστεί στην Αμερική ο νόμος για την υποχρεωτική στείρωση των νοητικά καθυστερημένων ατόμων. Φαίνεται λοιπόν ότι το κοινωνικό ενδιαφέρον μετατέθηκε, από την εκπαίδευση και την περίθαλψη αυτών των ατόμων στην προστασία της κοινωνίας από τη δήθεν επιβλαβή τους επίδραση στο κοινωνικό σύνολο. Το αποτέλεσμα ήταν η δραματική αύξηση του εγκλεισμού τους στα ιδρύματα μέχρι τη δεκαετία του 1960 και στη συνέχεια ακολούθησε, όπως προαναφέραμε, η αποασυλοποίηση (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2004).

Μετά τα τέλη του 1960, λίγα άτομα με νοητική υστέρηση τοποθετήθηκαν σε ιδρύματα. Σήμερα ο εγκλεισμός σε ιδρύματα μακράς παραμονής αποφεύγεται ως καταστροφικός για όλες σχεδόν τις περιπτώσεις. Πρέπει όμως να σημειωθεί, ότι η ιδρυματική λογική που είναι συνυφασμένη με το στιγματισμό, την απομόνωση και την απόρριψη των νοητικά καθυστερημένων ατόμων τη συναντάμε ακόμα και σήμερα στις προκαταλήψεις των ανθρώπων, ειδικών και μη ειδικών. Είναι απαραίτητο λοιπόν, στην προσπάθεια που απαιτείται για να ενσωματωθούν τα άτομα με νοητική υστέρηση στο κοινωνικό σύνολο, να αναπτύσσονται και προγράμματα αγωγής υγείας της κοινότητας, που θα έχουν ως στόχο την τροποποίηση των αρνητικών στάσεων και προκαταλήψεων προς τα άτομα με νοητική υστέρηση (Χριστοδούλου και συν., 2000, Χριστοδούλου 2006). Οι τομείς της αποασυλοποίησης έχουν ως στόχο την προετοιμασία ψυχικά ασθενών με μειωμένη λειτουργικότητα για την ένταξή τους στην κοινωνία και ιδιαίτερα στον κόσμο της εργασίας. Η επίτευξη του στόχου αυτού κατορθώνεται διαμέσου της εφαρμογής προγραμμάτων αποκατάστασης σε ατομική και ομαδική βάση (Ζήση, 2005).

Στην Ελλάδα οι πρώτες προσπάθειες θεωρητικής θεμελίωσης του κλάδου της ειδικής αγωγής ξεκίνησαν στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα. Το πρώτο ειδικό Δημοτικό σχολείο στη χώρα μας ήταν το «Πρότυπο Ειδικό Σχολείο Αθηνών», το οποίο ιδρύθηκε το 1937 στην Καισαριανή από την παιδαγωγό Ρόζα Ιμβριώτη. Το 1954 ιδρύθηκε στην Αθήνα ο πρώτος

«Ιατροπαιδαγωγικός Συμβουλευτικός Σταθμός» και η «Εταιρία Ψυχικής Υγιεινής και Νευροψυχιατρικής του παιδιού» από τον παιδαγωγό Κώστα Καλαντζή. Ωστόσο η συστηματική ανάπτυξη της ειδικής αγωγής στη χώρα μας άρχισε από τη δεκαετία του 1970 με τη συγκρότηση της επιτροπής «Θεμάτων Ειδικής Αγωγής» από το Υπουργείο Παιδείας που ήταν υπεύθυνη για την οργάνωση της ειδικής αγωγής. Μετά την ψήφιση του δημόσιου νόμου 94-142 (η Οργάνωση για την Εκπαίδευση για όλα τα Ανάπηρα Παιδιά) το 1975, έχει ανατεθεί στο δημόσιο εκπαιδευτικό σύστημα να προσφέρει την κατάλληλη εκπαίδευση σε όλα τα παιδιά με αναπηρίες. Η οργάνωση για τα άτομα με αναπηρίες το 1990 επεκτάθηκε και μετέτρεψε την παραπάνω νομοθεσία. Πρόσφατα η παροχή δημόσιας εκπαίδευσης για όλα τα παιδιά, συμπεριλαμβανομένων και αυτών με αναπηρίες, έγινε υποχρεωτική από το νόμο και πρέπει να παρέχεται «στο ελάχιστο περιοριστικό περιβάλλον» (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2004, Kaplan-Sadock, 2005).

## **1.2. ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ΤΗΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ**

---

Η νοημοσύνη είναι η σπουδαιότερη γνωστική δύναμη του ανθρώπου. Η νοημοσύνη αποτελεί μια σύνθεση γνωστικών λειτουργιών και δυνάμεων, οι οποίες καθοδηγούν το άτομο να επιλύει προβληματισμούς και να προσαρμόζεται σε μη συνηθισμένες καταστάσεις της ζωής. Η νοημοσύνη είναι δύσκολο να οριστεί καθώς αποτελεί μια αφηρημένη σύλληψη ενώ ο Piaget αναφέρει πως η νοημοσύνη είναι ένα είδος βιολογικής προσαρμογής του ατόμου στο περιβάλλον του (Ππαγεωργίου, 2004). Ο Wechsler (1958) όρισε τη νοημοσύνη ως τη γενική ικανότητα του ανθρώπου να δρα σκόπιμα, να σκέπτεται λογικά και να προσαρμόζεται αποτελεσματικά στο περιβάλλον (Κακούρος – Μανιαδάκη, 2004). Οι Sternberg και Detterman (1986) έδωσαν έμφαση στην ικανότητα του ατόμου να γνωρίζει και να καταλαβαίνει τον εαυτό του, τις δυνατότητες και τα όριά του και να ασκεί αυτοέλεγχο. Η νοημοσύνη αποτελεί μια «πνευματική δύναμη» που βοηθά κάθε άνθρωπο στο να αναγνωρίζει τον εαυτό του και τους συνανθρώπους του στα πλαίσια μιας κοινωνικής οντότητας. Ουσιαστικά, η νοημοσύνη ως μια δυναμική διεργασία σκέψης καθοδηγεί τις ψυχικές λειτουργίες σε μια ισόρροπη κατάσταση η οποία όμως δεν είναι ίδια σε όλους τους ανθρώπους. Ορισμένα άτομα την κατέχουν σε μέσο ή φυσιολογικό βαθμό, ενώ άλλα σε ανώτερο ή κατώτερο, οπότε γίνεται αναφορά σε άτομα φυσιολογικά, υπερέχοντα και

υστερούντα με φυσιολογική, ανώτερη και υπολειπόμενη ή ανεπαρκή νοημοσύνη (Παρασκευόπουλος, 1998).

Η νοητική υστέρηση αποτελεί ένα από τα προβλήματα που απασχολούν ιδιαίτερα τους ειδικούς της ψυχικής υγείας εδώ πολλά έτη. Η κατανόηση της φύσης της νοητικής υστέρησης, η προσπάθεια ταξινόμησης της, η διερεύνηση της αιτιολογίας της, ο καθορισμός του κατάλληλου εκπαιδευτικού πλαισίου και η επεξεργασία ειδικών εκπαιδευτικών μεθόδων για τα άτομα με νοητική υστέρηση αποτελούν ορισμένα μόνο από τα πεδία έρευνας, παλαιότερα και σημερινά, στα οποία συμμετέχουν επιστήμονες διαφόρων ειδικοτήτων, όπως ιατροί, ψυχολόγοι, ψυχίατροι, εκπαιδευτικοί και πολλοί άλλοι (Κακούρος – Μανιαδάκη, 2004).

Με το πέρασμα των ετών η έννοια της ανεπαρκούς νοημοσύνης αποτέλεσε αντικείμενο της παγκόσμιας βιβλιογραφίας και ειδικότερα εκφράσεις όπως «ιδιωτεία», «παραφροσύνη», «ολιγοφρένεια», «απόκλιση», «πνευματική αναπηρία», «νοητική καθυστέρηση» και άλλες έκαναν την εμφάνισή του. Πιο συγκεκριμένα, στην Γαλλία του 18<sup>ου</sup> αιώνα, ο Jean Etienne Dominique Esquirol (1772-1840)<sup>1</sup>, ως ψυχίατρος αναθεώρησε την χρήση του όρου «ιδιωτεία» Και μετά από έρευνες στο άσυλο Salpêtrière, καθόρισε την διάκριση της νοητικής ανεπάρκειας από την παραφροσύνη. Έτσι ο Esquirol θεώρησε τον άνθρωπο με πνευματική ανεπάρκεια πάντα «φτωχό» στον διανοητικό τομέα, με την σκέψη του να μην είναι ποτέ ικανή να εκπληρώσει τον δυναμικό προορισμό της, να βρίσκεται πάντα στην ίδια πνευματική μιζέρια και αδυναμία και να διατηρεί πολλά παιδικά χαρακτηριστικά με πρωτόγονη πνευματική κατάσταση (Παρασκευόπουλος, 1998).

Ένας ακόμη Γάλλος, ο Itard (1774-1838)<sup>2</sup>, ιατρός χειρουργός, προσπάθησε να κατανοήσει τα ελλείμματα των παιδιών με πνευματική ανεπάρκεια και να διαμορφώσει μια αγωγή για εκείνα. Έτσι, εργάστηκε πάνω σε μια πρωτότυπη κατάσταση με την αγωγή του παιδιού Victor, που βρέθηκε στο δάσος του Aveyron η συμπεριφορά του οποίου

---

<sup>1</sup> Ο Jean Etienne Dominique Esquirol γεννήθηκε στην Τουλούζη το 1772 και πέθανε στο Παρίσι το 1840. Ήταν ψυχίατρος. Υπήρξε μαθητής και διάδοχος του Philippe Pinel στο άσυλο Salpêtrière, το 1820. Το ίδιο πνεύμα, ο ίδιος ζήλος και η ίδια χάρη εμπύχωναν και τους δύο. Ο Esquirol μελέτησε περισσότερο άτομα με νοητική ανεπάρκεια, τα οποία δεν θεωρούσε άρρωστα, όπως έκαναν πολλοί μέχρι τότε. ΓΓ αυτόν, η νοητική ανεπάρκεια είναι μια αθεράπευτη κατάσταση, που διαπιστώνεται από την παιδική ακόμα ηλικία. Η θέση αυτή επηρέασε πολύ τις ιδέες των μεταγενεστέρων για τη νοητική ανεπάρκεια. Τους βοήθησε να δουν τα νοητικά καθυστερημένα άτομα με άλλο, πιο φιλικό, πιο ανθρώπινο, διαφέρον.

<sup>2</sup> Ο Jean Marc Gaspard Itard γεννήθηκε στις 24 Απριλίου 1774 στην Oraison της ΝΑ. Γαλλίας και πέθανε στις 5 Ιουλίου 1838 στο Παρίσι. Ήταν γιατρός χειρουργός. Σε ηλικία 25 ετών υποστήριξε τη διατριβή του με θέμα σχετικό με τον πνευμονοθώρακα. Το 1801 έγινε γνωστός σε όλη την Ευρώπη με τη δημοσίευση των προσπαθειών του για την αγωγή του άγριου παιδιού του δάσους του Aveyron. Στο Παρίσι του δόθηκε η διεύθυνση ενός Ινστιτούτου για κωφάλαλους. Οι περισσότερες επιστημονικές του εργασίες αφορούν την αγωγή του λόγου και της ακοής. Γι' αυτό και θεωρήθηκε ο θεμελιωτής της ωτορινολαρυγγολογίας. Κυρίως όμως είναι ο πρώτος ειδικός παιδαγωγός.

χαρακτηρίστηκε ως «ζωώδης». Ο Itard έθεσε ως κύριο στόχο την αγωγή του παιδιού αυτού για το οποίο θεώρησε ότι μπορεί να εκπαιδευτεί σε πολλούς τομείς όπως της ακοής, της ομιλίας, της σκέψης, της νοημοσύνης και της κοινωνικοποίησης. Η αγωγή διήρκεσε πέντε έτη και τα αποτελέσματά της ήταν σημαντικά αφού ο Victor «εξημερώθηκε» αλλά δεν κατέκτησε ποτέ τον προφορικό λόγο. Η προσπάθεια αυτή απέδωσε στον Itard τον τίτλο του πρώτου παιδαγωγού νοητικά καθυστερημένων ατόμων. Αργότερα η παιδαγωγός, Maria Montessori (1870-1952), στη Ιταλία, υιοθέτησε τις απόψεις του Itard για να προβεί στις πρώτες προσπάθειές της στην Πειραματική Παιδαγωγική, η οποία ακολούθησε τις οδηγίες του και τα κριτήριά του στη διαμόρφωση και παρουσίαση του συστήματος της το οποίο ακόμα και σήμερα είναι αποδεκτή σε πολλές δομές μοντεσσοριανής φιλοσοφίας από νηπιαγωγεία έως και ιδρύματα ειδικής αγωγής (Κουτσουβάνου, 1991).

Η προσπάθεια για την κατανόηση της νοητικής υστέρησης βρήκε ακόμη πολλούς θιασώτες και ιατροί, ψυχολόγοι και παιδαγωγοί σε πολλές χώρες της Ευρώπης προσπάθησαν να διερευνήσουν τόσο την έννοια όσο και την αγωγή της. Διακεκριμένοι θεωρούνται οι Γάλλων E. Seguin και A. Binet, οι Βέλγοι O. Decroly και A. Descroedres κ.ά. Αλλά ο Guggenbuehl C.E., Ελβετός ιατρός, προσπάθησε να μελετήσει και να αναδείξει μια θεραπευτική αγωγή για ένα καθυστερημένο άτομο από το 1839. Βασικό μέσο της αγωγής θεώρησε την ύπαρξη καλού περιβάλλοντος και έτσι μετέφερε τους ασθενείς του σε ένα ίδρυμα που δημιούργησε ο ίδιος στο βουνό. Στα άτομα που μελετούσε παρείχε πλούσια διατροφή, άσκηση και φαρμακευτική αγωγή (Kanner, 1964). Όμως, τα ταξίδια του Guggenbuehl σε άλλα ιδρύματα κόστισαν την παρακμή του δικού του ιδρύματος και το κλείσιμό του το 1858. Βέβαια, το έργο του βρήκε συνεχιστές μεταγενέστερους για την αγωγή των νοητικά καθυστερημένων ατόμων. Έτσι, κατά το τέλος του 19<sup>ου</sup> αιώνα και τις αρχές του 20<sup>ου</sup>, έκαναν την εμφάνισή τους πολλά θεραπευτικά ιδρύματα, ως συνεχιστές του έργου του Guggenbuehl, αλλά και σ' ένα ευρύτερο χώρο αντιμετώπισης της πνευματικής ανεπάρκειας και μάλιστα κάτω από δυσμενείς συνθήκες υλικής και ψυχολογικής φύσης (πολλοί ασθενείς, λίγο προσωπικό, περιφρόνηση κ.λπ.) (Schleichkorn, 1981).

Όλες αυτές οι έρευνες που πραγματοποιήθηκαν βοήθησαν στη μελέτη της έννοιας της νοητικής υστέρησης και αποτέλεσαν σημαντικοί σταθμοί στον επιστημονικό χώρο. Η έννοια της νοητικής υστέρησης προσδιορίστηκε ακόμη περισσότερο και οι ερευνητές ανακάλυψαν πολλαπλά στοιχεία της έννοιας αυτής (Παρασκευόπουλος, 1998).

### 1.3. ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ

---

Πολλοί είναι οι ορισμοί που έχουν περιγράψει τη νοητική υστέρηση η οποία σε πολλές βιβλιογραφικές αναφορές αναφέρεται και ως «νοητική καθυστέρηση» που αποτελεί και έναν ορισμό από την απόδοση της ελληνικής μετάφρασης των διαγνωστικών εγχειριδίων DSM-IV και ICD-10. Όμως, ο όρος «υστέρηση» θεωρείται προτιμότερος από τον όρο «καθυστέρηση» αναφορικά με την ακρίβεια που πρέπει να δοθεί στην κλινική περιγραφή του. Καθώς, με τον όρο «καθυστέρηση» αναδεικνύονται ζητήματα αργών ρυθμών ανάπτυξης σε παραλληλισμό με άλλα άτομα ίδιας χρονολογικής ηλικίας και δυνατότητα υπερκέρρασης της νοητικής ανεπάρκειας, η οποία μπορεί να συμβεί μόνο σε περίπτωση που η νοητική ανεπάρκεια οφείλεται σε περιβαλλοντικά αίτια και υπάρχει έγκαιρη διάγνωση και πρόωμη παρέμβαση για την αποκατάσταση της καθυστέρησης. Άρα, η νοητική εξέλιξη ενός ανθρώπου με νοητική ανεπάρκεια είναι ελλιπής και έτσι κρίνεται σωστότερη η χρήση του όρου «νοητική υστέρηση» (Κακούρος – Μανιαδάκη, 2004).

Ο όρος «νοητική υστέρηση» υποδηλώνει το βαθμό κατά τον οποίο ένα άτομο μπορεί να λειτουργήσει σε αποδεκτά πρότυπα συμπεριφοράς, κοινωνικά και πολιτισμικά, σε μια δεδομένη χρονική στιγμή και σε συγκεκριμένο τόπο. Είναι πολύ δύσκολο να προσδιοριστεί απόλυτα πως η νοητική ανεπάρκεια πρέπει να θεωρηθεί και αδυναμία της νοημοσύνης. Έτσι, και πολλοί συγγραφείς δυσκολεύτηκαν να αποδώσουν έναν ορισμό στην νοητική υστέρηση. Βέβαια, το 1967 ο A. Rey (1967), Ελβετός ψυχολόγος, μίλησε για νοητική υστέρηση (Arriération Mentale) και πρότεινε τον εξής ορισμό: *«Πνευματικά καθυστερημένο είναι το παιδί εκείνο που δεν διαθέτει τα μέσα διαμόρφωσης των αισθησιοκινητικών και πνευματικών ικανοτήτων, που, στα πλαίσια ενός ορισμένου πολιτισμού, θα χαρακτήριζαν την πραγματική του ηλικία. Η δυνατότητα διαμόρφωσης των ικανοτήτων αυτών προσεφέρθη στο παιδί από το εκπαιδευτικό του περιβάλλον, αλλά ο οργανισμός του δεν ανταποκρίθηκε στην προσφορά αυτή. Έτσι εμφανίζει μια αναπηρία που εμποδίζει ή επιβραδύνει την ομαλή πνευματική ανάπτυξη»*. (Κρασσανάκη, 1989).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει τη νοητική υστέρηση *«ως κατάσταση καθυστερημένης ή ατελούς ανάπτυξης της νόησης, που χαρακτηρίζεται ιδιαίτερα από διαταραχή των δεξιοτήτων, οι οποίες εκδηλώνονται στη διάρκεια της αναπτυξιακής περιόδου και οι οποίες συμβάλλουν στο συνολικό επίπεδο της νοημοσύνης, δηλαδή των γνωστικών, γλωσσικών, κινητικών και κοινωνικών ικανοτήτων»* (Χριστοδούλου, 2006). Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Εταιρεία για τη Νοητική Ανεπάρκεια (American Association on Mental Deficiency

(Ajuriaguerra, 1974) πρότεινε, έναν σύντομο και σαφή ορισμό για τη νοητικής ανεπάρκεια, το 1959. Πιο συγκεκριμένα θεώρησε πως η «*νοητική καθυστέρηση αναφέρεται στη σημαντικά κάτω από το μέσο όρο γενική λειτουργία που συνυπάρχει με την ανεπάρκεια στην προσαρμοστική συμπεριφορά, όπως εκδηλώνεται κατά την περίοδο της εξέλιξης*» (Τσάντης – Μυλωνόπουλος, 2001, Κονταξάκης και συν., 2005).

Ειδικότερα, η γενική λειτουργία του πνεύματος αναφέρεται στη γενική νοητική ικανότητα του ατόμου που προσδιορίζεται μέσω διαφόρων tests αξιολόγησης (Binet, Stanford - Binet, W.I.S.C. κ.ά.), ο μέσος όρος της γενικής νοητικής ικανότητας θεωρήθηκε ο δείκτης νοημοσύνης 85, η περίοδος ανάπτυξης θεωρήθηκε το χρονικό διάστημα από τη σύλληψη έως και το 16<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας του ατόμου, η αλλοίωση της προσαρμοστικής συμπεριφοράς αναφέρεται στην ικανότητά του να εναρμονίζεται με το περιβάλλον του. Οπότε οι παράγοντες που μαρτυρούν την ανικανότητα θεωρούνται η γενική ωριμότητα του γλωσσικού κινητικού και νοητικού συστήματος, η κατάκτηση της διαδικασίας της μάθησης γνώσεων και δεξιοτήτων και η προσαρμογή σε ένα κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον. Μάλιστα, όταν ένα άτομο εμφανίζει ανεπάρκεια και στους τρεις παράγοντες, τότε πρόκειται για βαριά περίπτωση νοητικής υστέρησης (Κρασανάκη, 1989, Karellou, 2007).

Έτσι, είναι σημαντικό ως «νοητική υστέρηση» να θεωρηθεί κάθε κατάσταση μειωμένης ανάπτυξης των ανωτέρων ψυχικών λειτουργιών, ώστε ο πάσχων να αδυνατεί να ανταποκριθεί σωστά στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής, πολύ δε περισσότερο να επιτύχει μια αντίστοιχη προσαρμογή σε νέες καταστάσεις. Απαραίτητη προϋπόθεση της δυνατότητας μιας τέτοιας προσαρμογής είναι η ορθά κατευθυνόμενη (σκόπιμη) σκέψη, αποτέλεσμα αρμονικής λειτουργίας των ανωτέρων ψυχικών λειτουργιών και απότοκος πείρας και μάθησης (Ιεροδιακόνου και συν., 1998).

Πριν αποδοθούν οι παραπάνω ορισμοί για τη νοητική υστέρηση υπήρξε μια διαφορετική προσέγγισή του με βάση ορισμένα κριτήρια, όπως:

1. **Βιολογικά.** Τα βιολογικά κριτήρια ερμηνείας της νοητικής υστέρησης βρίσκουν υπέρμαχους τους ιατρούς οι οποίοι την θεωρούν ως μια παθολογική κατάσταση, μια ασθένεια, με πολλαπλή αιτιολογική βάση αναφορικά με κληρονομικά και περιβαλλοντικά αίτια. Έτσι, με βάση τα βιολογικά κριτήρια η νοητική υστέρηση καθορίζεται μέσω κληρονομικότητας, χρωμοσωμικών ανωμαλιών, γνωστών σύνδρομων (σύνδρομο Down, σύνδρομο Turner κ.ά.), βιοχημικών ανωμαλιών της σύστασης των χρωμοσωμάτων (γαλακτοξαιμία), βλαβών του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος ή και του εγκεφάλου κατά την εγκυμοσύνη, τη γέννηση ή



κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής, άλλων ενδογενών καταστάσεων (σύνδρομο Strauss). Τα βιολογικά κριτήρια αποδίδουν μια επιστημονική πραγματικότητα για τον φυσικό οργανισμό ενός ατόμου αν και δεν υπάρχουν ασθένειες της νοημοσύνης ή της πνευματικής ανάπτυξης αλλά του Νευρικού Συστήματος. Έτσι, η νοητική υστέρηση αποτελεί μια έκφραση της νοσηρής κατάστασης του Νευρικού Συστήματος και όχι μόνο ερμηνεία της ψυχολογικής κατάστασης.

2. **Κοινωνικά.** Τα κοινωνικά κριτήρια θέλουν τη νοητική υστέρηση να αποτελεί στοιχείο απουσίας κοινωνικής προσαρμογής. Η έννοια της υστέρησης περικλείει την μειωμένη ικανότητα του ατόμου για κοινωνική προσαρμογή στο περιβάλλον του, γεγονός που απαιτεί εκτός από την μελέτη του Δ.Ν. την εκτίμηση των συνθηκών του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος του ατόμου ώστε να αξιολογηθεί το επίπεδο της ανεπάρκειάς του. Όσο μικρότερη είναι η προσαρμογή του ατόμου τόσο λιγότερο υγιές πνευματικά θεωρείται καθώς η μη προσαρμογή συνδέεται με την ανυπαρξία μιας διαρκής και αμοιβαίας σχέσης του ατόμου με τους συναθρώπους του. Έτσι, η μη προσαρμογή υποδηλώνει μια δυναμική κατάσταση και όχι στατιστική – όπως ο Δ.Ν. – και μαρτυρά την έλλειψη της παρουσίας του ατόμου στον κοινωνικό περίγυρό του, δηλαδή στον οικογενειακό, σχολικό και τον ευρύτερο κοινωνικό χώρο. Εδώ, η συμβολή της οικογένειας στην νοητική ανάπτυξη ενός ατόμου έχει το μεγαλύτερο ειδικό βάρος καθώς ο τρόπος των γονέων, το κλίμα και οι συνθήκες διαβίωσης συνιστούν παράγοντες που την επηρεάζουν. Αλλά και το σχολικό περιβάλλον είναι σημαντικό καθώς συμβάλλει στην αξιολόγηση της νοητικής ανάπτυξης εφόσον ένα παιδί είναι ικανό να ανταπεξέλθει στο σχολικό φορτίο που ορίζεται για την ηλικία του (Egg, 1972). Βέβαια, η έννοια της μη προσαρμογής δημιούργησε μια σύγχυση στους συγγραφείς καθώς εσωκλείει διαφόρων γενικών μορφών συμπεριφοράς όπως η ζωηρότητα, η υπερβολικά έντονη δραστηριότητα και οι εγκληματικές τάσεις, οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν σε χαρακτηρισμό ενός ατόμου ως νοητικά υπολειπόμενου αλλά μπορούν να επηρεαστούν και από άλλους παράγοντες όπως τα ατομικά, πολιτιστικά, φιλοσοφικά, θρησκευτικά και ιδεολογικά χαρακτηριστικά ενός ατόμου – παιδιού, εφήβου ή νέου. Επίσης, η προσαρμοστικότητα ενός ατόμου εξαρτάται από δύο στοιχεία που προσδιορίζουν την ανάπτυξή του σε κάθε στάδιο της ζωής, δηλαδή από την ηλικία του και το περιβάλλον στο οποίο δραστηριοποιείται. Έτσι, ένα παιδί απροσάρμοστο σ' ένα

σχολικό πληθυσμό της πόλης μπορεί να θεωρείται φυσιολογικό σ' ένα μικρό οικισμό και ένα απροσάρμοστο άτομο στα δέκα του χρόνια δεν μπορεί να θεωρηθεί εξίσου απροσάρμοστο στα σαράντα του. Η αιτιολογία της κακής προσαρμογής ενός ατόμου απασχόλησε τον Lafon R. (1969) ο οποίος θεώρησε πως οφείλεται σε διάφορες καταστάσεις επιζήμιες όπως:

- **Αισθησιοκινητικές Διαταραχές:** κακή λειτουργία αισθήσεων (όρασης και ακοής), δυσκολίες στην κίνηση, κινητική ανεπάρκεια, ενούρηση.
- **Ανεπάρκεια Νοημοσύνης:** ελαφρά, μέση και βαριά νοητική καθυστέρηση.
- **Γλωσσικές Διαταραχές:** δυσλεξία, ψευδισμός, τραυλισμός, βατταρισμός, αγραφία, αφασία.
- **Γνωστικές Διαταραχές Προσοχής, Μνήμης, Φαντασίας, Κρίσης.**
- **Διαταραγμένο Οικογενειακό, Σχολικό Και Κοινωνικό Περιβάλλον:** ηθικοί κίνδυνοι, εκμετάλλευση, ανισότητες ευκαιριών μόρφωσης, εχθρικοί, αυστηροί, διεξυγμένοι, ψυχικά ασθενείς γονείς, κακές μέθοδοι εκπαίδευσης, μεγάλος αριθμός παιδιών στην τάξη, αυστηρός εκπαιδευτικός.
- **Διαταραχές Συμπεριφοράς:** επιθετικότητα, αρνητισμός, φυγή, τάσεις αυτοκτονίας, ενδοστρέφεια, εξωστρέφεια, μυθομανία, σχιζοθυμία, κυκλοθυμία.
- **Νευρωτικές Εκδηλώσεις:** άγχος, αγωνία, ονυχοφαγία, υποχονδρία, διαταραχές ύπνου.
- **Οξείες Ή Χρόνιες Ασθένειες:** μηνιγγίτιδες, εγκεφαλίτιδες, επιληψίες.
- **Συναισθηματικές Διαταραχές:** απάθεια, φόβος, δειλία, ζήλεια, άγχος.
- **Σωματικές Ανεπάρκειες:** κακή σωματική διάπλαση, υποπλασίες, υπερπλασίες, νανισμός, γιγαντισμός.
- **Ψυχωτικές Παθήσεις:** σχιζοφρένεια, μανιοκαταθλιπτική ψύχωση, παραλήρημα, αμνησία, μανία, μελαγχολία.

3. **Ψυχομετρικά.** Τα ψυχομετρικά κριτήρια αναδεικνύουν την αξία των ειδικών tests της αξιολόγησης της νοητικής ικανότητας του ατόμου. Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων επίδοσης σ' ένα test οδηγεί στην εύρεση της Πνευματικής Ηλικίας του (Π.Η.), που μπορεί να είναι ίση, ανώτερη ή κατώτερη της Χρονολογικής Ηλικίας του (Χ.Η.). Έτσι, νοητική υστέρηση παρουσιάζουν όσοι η Π.Η. τους είναι μικρότερη από τη Χ.Η. (Π.Η. < Χ.Η.). Έτσι, καθορίστηκε ο Δείκτης Νοημοσύνης (Δ.Ν.), που αποτελεί την ποσοστιαία έκφραση του ηλικίου

της Π.Η. και της Χ.Η., και θεωρείται ο καλύτερος ερμηνευτής της ικανότητας της νοημοσύνης και εκφραστής της νοητικής ανεπάρκειας. Άρα, με βάση το πηλίκο της διαίρεσης της Π.Η. διά της Χ.Η., όσα άτομα έχουν Δ.Ν. κάτω του 100 κρίνονται νοητικά υπολειπόμενα. Μάλιστα ο αριθμός 100 επιδέχεται μιας απόκλισης προς τα πάνω και κάτω. Έτσι, νοητικά υστερημένο θεωρείται το άτομο, του οποίου ο Δ.Ν. είναι μικρότερος από τον μέσο όρο των Δ.Ν. του πληθυσμού στον οποίο ανήκει. Μάλιστα, στο παρελθόν είχαν προσεγγιστεί και ταξινομήσεις ανάλογα με τον συγγραφέα. Έτσι, σύμφωνα με τη θεωρητική κατανομή του Gauss η ανάπτυξης της νοημοσύνης περιλαμβάνει ιδιώτες (Δ.Ν. έως 40), ασκήσιμοι (Δ.Ν. 40 έως 55), εκπαιδύσιμοι (Δ.Ν. 55 έως 70), οριακή καθυστέρηση (Δ.Ν. 70 έως 85), φυσιολογική νοημοσύνη (Δ.Ν. 85 έως 115), απλώς ευφυείς (Δ.Ν. 115 έως 130), εξαιρετικώς ευφυείς (Δ.Ν. 130 έως 145), μεγαλοφυείς, (Δ.Ν. 145 έως 160) και ιδιοφυείς (Δ.Ν. 160 και πάνω). Σύμφωνα με τον Gauss, το 68,26% του γενικού πληθυσμού έχει Δ.Ν. φυσιολογικούς (85-115). Ποσοστό 13,59% βρίσκεται σε μια οριακή νοητική καθυστέρηση. Κάτω του 70 τοποθετούνται τα άτομα εκπαιδύσιμα, ασκήσιμα και οι ανεπίδεκτα άσκησης και μάθησης. Ακόμη πολλοί ερευνητές προσπάθησαν να αποδώσουν τον Δ.Ν. όπως ο Αμερικανός Terman, ο οποίος χρησιμοποίησε το test Stanford - Binet, και θεώρησε πως φυσιολογικά ή μέσης νοητικής ικανότητας είναι τα άτομα με Δ.Ν. 90 έως 110. Επίσης, ο D. Wechsler ασχολήθηκε με τον Δ.Ν. και χρησιμοποίησε ένα test που επινόησε ο ίδιος, το W.A.I.S. για ενήλικους και το W.I.S.C. για παιδιά, ο οποίος διέκρινε ως άτομα με φυσιολογική νοημοσύνη όσα είχαν Δ.Ν. 90 έως 110. Οπότε ο δείκτης νοημοσύνης είναι πολύ σημαντικός καθώς εκφράζει την πνευματική ικανότητα επιτέλεσης ενός έργου και την δυσκολία που τυχόν αντιμετωπίσει κάποιο άτομο σχετικά με την διαδικασία της μάθησης. Δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του σχολείου. Παιδιά με Δ.Ν. γύρω στο 50 με δυσκολία μαθαίνουν ανάγνωση και γραφή ως το τέλος της ανάπτυξης τους (Χ.Η. = 15-16 ετών). Επίσης, όσα έχουν Δ.Ν. γύρω στο 70 δεν μπορούν να κατακτήσουν την αφηρημένη σκέψη, που κατακτά ένα φυσιολογικό παιδί από τα 10-11 χρόνια της ηλικίας του. Από τα προηγούμενα γίνεται φανερό ότι η νοητική ανεπάρκεια, όπως την αποκαλύπτουν τα ψυχομετρικά κριτήρια, δεν είναι κάτι το φανταστικό, αλλά κάτι πολύ συγκεκριμένο. Είναι μια πνευματική οντότητα, μια περιορισμένη λειτουργία των πνευματικών οργάνων του ατόμου. Είναι,

καλύτερα, μια κατάσταση που δείχνει ότι η πνευματική δυναμικότητα του ατόμου είναι πολύ πιο κάτω από εκείνη που διαθέτουν τα περισσότερα άτομα της ηλικίας του. Αυτό μπορεί να το διαπιστώσει άνετα όποιος επισκεφθεί μια σχολική τάξη φυσιολογικών παιδιών, στην οποία φοιτούν και μερικά με ανεπαρκή νοημοσύνη. Βέβαια, δεν είναι δυνατό να προταθεί ένα μόνο test για την κατανόηση της νοητικής ανεπάρκειας μάλιστα ότι η διάγνωσή της που να βασίζεται μόνο στο Δ.Ν. ίσως δεν είναι και ακριβής. Οπότε, γι' αυτό αναλύθηκαν και άλλα κριτήρια (Κρασανάκη, 1989).

#### **1.4. ΘΕΩΡΙΕΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ**

---

Οι θεωρίες νοητικής υστέρησης προσδίδουν μια ιδιαίτερη σημασία στην επεξεργασία της νοημοσύνης και της προσαρμοστικής συμπεριφοράς των νοητικά υστερημένων ατόμων. Οι θεωρίες αποτελούν θεωρητικά συστήματα που εισήχθησαν από τον Wendeler (1976) και τον Meyer (1977), παιδαγωγούς νοητικά υστερημένων ατόμων. Οι Wendeler και Meyer παρουσίασαν ένα πλήθος θεωριών νοητικής υστέρησης, τις εξής:

1. **Αδυναμίας Ίχνους Ερεθίσματος,**
2. **Ακαμψίας,**
3. **Ανάπτυξης & Διαφοράς**
4. **Αυξημένων Κοινωνικών Κινήτρων,**
5. **Διαδικασιών Ελλιπούς Εναποτύπωσης,**
6. **Έλλειψης Αναστολών,**
7. **Έλλειψης Προσοχής**
8. **Ελλιπούς Γλωσσικής Αντιμετώπισης,**
9. **Εξωστρέφειας,**
10. **Ιεραρχίας Ενισχυτών,**
11. **Καθυστέρησης Στο Επίπεδο Διαμόρφωσης Εννοιών,**
12. **Μη Μάθησης Βάσει Αντιδράσεων,**
13. **Μη Οργάνωσης Μαθησιακού Υλικού,**
14. **Προσδοκίας Μιας Αποτυχίας (Anstotz, 1997).**

## 1.5. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ

---

Η επιδημιολογία αναφέρεται στη μελέτη των περιστατικών, της συχνότητας, του ελέγχου και της κατανομής συγκεκριμένων διαταραχών μέσα σε έναν ορισμένο πληθυσμό. Η επιδημιολογική μελέτη της νοητικής υστέρησης ξεκινά από το 1811 όταν ο Ναπολέων διέταξε να πραγματοποιηθεί απογραφή των «κρετίνων» σε ένα άσυλο της Ελβετίας. Η αρχική αυτή προσπάθεια δεν είχε αποτελέσματα αλλά οι ερευνητές μέχρι και σήμερα προσπαθούν να εξασφαλίσουν ακριβή επιδημιολογικά δεδομένα. Σήμερα, το ποσοστό της νοητικής υστέρησης υπολογίζεται περίπου στο 1%-3% του γενικού πληθυσμού αν και εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τα διαγνωστικά κριτήρια που χρησιμοποιούνται (Ιεροδιάκονου και συν., 1998, Hodapp & Dykens, 1996).

Ειδικά αν θεωρηθεί ως διαγνωστικό κριτήριο ο Δ.Ν. (μικρότερος ή ίσος του 70) τα άτομα με νοητική υστέρηση υπολογίζονται στο 2,28% του γενικού πληθυσμού. Εκτιμάται ότι το 0,4% του πληθυσμού αυτού παρουσιάζει μέτρια, σοβαρή ή βαριά νοητική υστέρηση, δηλαδή ο Δ.Ν. αυτών των ατόμων βρίσκεται κάτω από το 50 (Abramowicz & Richardson, 1975). Κατά σειρά συχνότητας, σύμφωνα με τον Ιεροδιάκονο και τους συνεργάτες του (1998) την πρώτη θέση κατέχει η ελαφρά νοητική υστέρηση, την δεύτερη η μέτρια και την τρίτη η βαρεία σε αναλογία περίπου 75:20:5. Επίσης, υπάρχουν πιο συγκεκριμένες αναφορές για την κατανομή των ατόμων με νοητική υστέρηση στο γενικό πληθυσμό το 85% αποτελούν άτομα με ήπια νοητική υστέρηση, 10% άτομα με μέτρια νοητική υστέρηση, 3-4% άτομα με σοβαρή νοητική υστέρηση και 1-2% είναι άτομα με βαριά νοητική υστέρηση (Κακούρος & Μανιαδάκη, 2004).

Ακόμη, παρατηρείται σημαντική αύξηση του ποσοστού της νοητικής υστέρησης από την προσχολική ηλικία (0-4) στη σχολική περίοδο (5-12), με κορύφωση στην εφηβεία (15-20). Από τα 22 και μετά η συχνότητα μειώνεται σταθερά, για να εξαφανιστεί πρακτικά μετά τα 65. Επίσης, καταγράφεται μια σαφής, αντιστρόφως ανάλογη σχέση ανάμεσα στο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και τη νοητική ικανότητα. Οι παλαιότερα διαπιστωθείσες διαφορές ανάμεσα στους μέσους όρους των δεικτών νοημοσύνης μεταξύ των αγροτικών και αστικών περιοχών δεν επαληθεύονται από τα νεότερα δεδομένα (Κονταξάκης και συν., 2005).

Επίσης, υπάρχει διαφορά στη συχνότητα μεταξύ των δύο φύλων, με ελαφρά υπεροχή των ανδρών καθώς παρουσιάζουν νοητική υστέρηση με λίγο μεγαλύτερη συχνότητα σε σχέση με τις γυναίκες (American Psychiatric Association, 1994). Οι διαφορές αυτές ενδέχεται

να ισχύουν στις περιπτώσεις της βαριάς ή της σοβαρής νοητικής υστέρησης, που η αιτιολογία της υστέρησης σχετίζεται συχνά με γεννητικές διαταραχές του χρωμοσώματος «X» (Anderson, 1981, 1994) οι οποίες παρουσιάζονται συχνότερα στα αγόρια (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2004, Τσιάντης-Μανωλόπουλος, 2001). Όμως, έχει διατυπωθεί πως αυτή η υπεροχή στα αγόρια δεν είναι απόλυτη και αιτιολογείται εξαιτίας της πιο συνηθισμένης προτροπής των γονέων να εκτιμήσουν τα συχνά συνυπάρχοντα προβλημάτων συμπεριφοράς (Richardson et al., 1986).

Βέβαια, υπάρχουν πολλοί ερευνητές που ασχολήθηκαν με τον υπολογισμό της νοητικής υστέρησης. Όπως η Mercer J. (1973) η οποία υποστήριξε πως η εμφάνισής της στο γενικό πληθυσμό βρίσκεται στο 1%, στοιχείο που προκύπτει καθώς η ίδια αμφισβητεί την αποκλειστική χρήση του Δ.Ν. στον υπολογισμό της νοητικής υστέρησης και αναγνωρίζει την συνεκτίμηση της προσαρμοστικής συμπεριφοράς στο περιβάλλον, της ηλικίας, της πληρότητας των διαγνωστικών κριτηρίων για τη νοητική υστέρηση και της συννοσηρότητας. Άλλοι ερευνητές που πραγματοποίησαν επιδημιολογικές έρευνες για τον υπολογισμό των ατόμων με νοητική υστέρηση σε κοινοτικό δείγμα κατέληξαν σε ποσοστό 2% (Zigler & Hodapp, 1995).

Νεότερες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί δίδουν νέα δεδομένα στην επιδημιολογία της νοητικής υστέρησης. Στις ΗΠΑ το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC) δημοσίευσε τα αποτελέσματα μιας έρευνας από 14 Πολιτείες των ΗΠΑ η οποία ανέδειξε δεδομένα που προέρχονται από το δίκτυο επιτήρησης Παρακολούθηση Αυτισμού και Αναπτυξιακών Αναπηριών (ADDM) και αφορούν το έτος 2009. Ως προς την ύπαρξη νοητικής υστέρησης, σε εθνικό επίπεδο αναφέρεται σε ποσοστό 38%, ενώ σε ποσοστό 24% αναφέρεται οριακή νοημοσύνη. Τα υπόλοιπα περιστατικά έχουν φυσιολογική νοημοσύνη (CDC, 2012).

Σύμφωνα με εκτιμήσεις, ο αριθμός των ατόμων με νοητική καθυστέρηση στην Ελλάδα είναι περί τα 150.000 σε συνολικό πληθυσμό περίπου 11.000.000 ατόμων. Βέβαια, δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία που να υπολογίζεται ο αριθμός τους με ακρίβεια. Τα πιο πρόσφατα δεδομένα προέρχονται από την απογραφή του πληθυσμού το 1991, όπου ο συνολικός αριθμός των ατόμων με αναπηρία που διαβίωνε σε οικογένειες ή στην κοινότητα ήταν 232.751 άτομα, και σε ιδρύματα (συμπεριλαμβανομένων των ασύλων) 34.432. Από την πρώτη ομάδα, το 6%, δηλαδή 13.954 αφορούσε άτομα με νοητική υστέρηση, ενώ από τη δεύτερη το ήταν 13,3% δηλαδή 4.580 άτομα (Madianos, 1994).

## 1.6 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ

---

Η έννοια της νοημοσύνης περιλαμβάνει την ικανότητα κάθε ανθρώπου να ανταπεξέρχεται σε ένα σύνολο πολύπλοκων διαδικασιών όπως η αφηρημένη σκέψη, η γλωσσική ικανότητα, η δημιουργικότητα, η επίλυση προβλημάτων, η μαθηματική ικανότητα, η μάθηση, η προσαρμογή στο περιβάλλον και η ταχύτητα επεξεργασίας πληροφοριών, οι οποίες θεωρείται ότι αξιολογούνται μέσα από τις κλίμακες αξιολόγησης της νοημοσύνης (Snyderman & Rothman, 1987).

Ιστορικά, το ενδιαφέρον για τη δημιουργία των απαραίτητων εργαλείων για την ουσιαστική αξιολογητική διαδικασία των νοητικών ικανοτήτων εμφανίστηκε από τον 19<sup>ο</sup> αιώνα και δημιούργησε την ανάγκη. Η πρώτη κλίμακα αξιολόγησης νοημοσύνης (IQ tests) κατασκευάστηκε από τους Γάλλους ιατρούς Alfred Binet και Theodore Simon το 1905 (Κονταξάκης και συν., 2005). Έπειτα, το 1916 η κλίμακα Binet-Simon διευρύνθηκε και σταθμίστηκε σε αμερικάνικο δείγμα από τον Lewis Terman, στο Πανεπιστήμιο Stanford. Η αμερικάνικη έκδοση της αρχικής γαλλικής ονομάστηκε Stanford-Binet. Στη συνέχεια, στη δεκαετία του '30, ο Αμερικανός ψυχολόγος D. Wechsler εισήγαγε ένα σύνολο νοομετρικών κλιμάκων που με την κλίμακα Stanford-Binet αποτελούν τα πιο σημαντικά εργαλεία στην αξιολόγηση της νοημοσύνης σε όλες τις ηλικίες. Η κλίμακα του Wechsler WAIS-R (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence – Revised) χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της νοημοσύνης ατόμων από 16 ετών και άνω, η κλίμακα WISC-III (Wechsler Intelligence Scale for Children, Third Edition) χρησιμοποιείται για παιδιά και εφήβους 6 ετών έως 17 ετών και η κλίμακα WPPSI-R (Wechsler Adult Intelligence Scale – Revised) για τα παιδιά από 3 ετών έως 7 ετών και 3 μηνών (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2004).

Ένα από τα τεστ νοημοσύνης για παιδιά και εφήβους που είναι ευρέως διαδεδομένο και χρησιμοποιούμενο στην Ελλάδα είναι οι κλίμακες νοημοσύνης του Weschler (WISC-III). Το test αξιολόγησης WISC-III μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ελληνικό πληθυσμό και θεωρείται έγκυρο για την αξιολόγηση του νοητικού επιπέδου των παιδιών σχολικής ηλικίας και εφήβων (Κονταξάκης και συν., 2005). Το πλεονέκτημα του τεστ αυτού είναι ότι έχει σταθμιστεί στην Ελλάδα και μπορεί να αποδώσει δείκτες λεκτικής και της πρακτικής διανοητικής ικανότητας. Επιπλέον, μέσω των 13 διαφορετικών υποκλιμάκων, παρέχει ένα μεγάλο εύρος αξιόπιστων και έγκυρων πληροφοριών για τις γνωστικές ικανότητες του παιδιού. Έτσι, συμβάλει στη δημιουργία του νοητικού προφίλ του ατόμου προσδιορίζοντας τις δυνατότητες και τις

αδυναμίες του, κάτι που αποτελεί τη βάση της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης (Zeidner, 2001 Σταλίκας και συν., 2002).

Τα αποτελέσματα από το WISC-III πληροφορούν για τον τρόπο σκέψης και αντιμετώπισης ενός παιδιού ή εφήβου διαφόρων καταστάσεων. Τα αποτελέσματα προκύπτουν μέσα από την ανάλυση σε τρία στάδια:

- 1. Ανάλυση Γενικού Δείκτη Νοημοσύνης.** Εδώ, η μέτρηση του Δ.Ν. δίδει μια έγκυρη και αξιόπιστη πληροφόρηση για το επίπεδο της νοητικής κατάστασης του ατόμου. Ειδικότερα η κατηγοροποίηση του Δ.Ν. σύμφωνα με το WISC-III παρουσιάζει το επίπεδο της νοητικής λειτουργία ενός παιδιού ή εφήβου σε σχέση με άλλα άτομα της ίδιας ηλικίας και είναι η εξής:
  - Δ.Ν. = 130+, εξαιρετικά ευφυείς,
  - Δ.Ν. = 120-129: ευφυείς,
  - Δ.Ν. = 110-119: ανώτερα φυσιολογικά,
  - Δ.Ν. = 90-109: φυσιολογικά,
  - Δ.Ν. = 80-89: χαμηλά φυσιολογικά,
  - Δ.Ν. = 70-79: οριακή νοημοσύνη,
  - Δ.Ν. = 55-69: ελαφρά νοητική υστέρηση,
  - Δ.Ν. = 40-54: μέτρια νοητική υστέρηση,
  - Δ.Ν. = 25-39: βαριά νοητική υστέρηση,
  - Δ.Ν. = 25 και κάτω: βαρύτατη νοητική υστέρηση.
- 2. Ανάλυση Πρακτικού Και Λεκτικού Δείκτη Νοημοσύνης.** Η επόμενη ανάλυση περιλαμβάνει την διασάφηση των αποτελεσμάτων του λεκτικού και του πρακτικού δείκτη νοημοσύνης που προκύπτουν από δύο κλίμακες την λεκτική και την πρακτική. Η λεκτική κλίμακα περιλαμβάνει έξι δραστηριότητες που εκτιμούν τις λεκτικές γνώσεις που αποκόμισε στο σχολικό περιβάλλον και το επίπεδο κατανόησης του ατόμου αλλά και την χρήση των γνώσεων σε νέες καταστάσεις. Επίσης, η πρακτική κλίμακα αξιολογεί την ικανότητα χρήσης των γνώσεων σε μια νέα κατάσταση και την δεξιότητα επίλυσης προβλημάτων και περιλαμβάνει έξι δραστηριότητες και αξιολογεί την κατανόηση και την οργάνωση οπτικών ερεθισμάτων σε ένα συγκεκριμένο χρονικό πλαίσιο.
- 3. Ανάλυση επιμέρους δραστηριοτήτων.** Η αξιολόγηση δραστηριοτήτων του WISC-III αναλύει τις δυνάμεις και αδυναμίες του ατόμου σε διάφορες δεξιότητες, όπως:



- Αριθμητική
- Κατανόηση - Λογική Κρίση
- Κωδικοποίηση
- Λαβύρινθοι
- Λεξιλόγιο
- Μάθηση
- Μνήμη Αριθμών
- Ομοιότητες
- Πληροφορίες
- Πλούτος Σκέψης
- Σειροθέτηση Εικόνων
- Συμπλήρωση Εικόνων
- Συναρμολόγηση Εικόνων
- Σχέδια Με Κύβους - Οπτική Αντίληψη Στο Χώρο (Σωτηρακοπούλου, 2003).

Βέβαια, είναι σημαντικό να λαμβάνει κανείς υπόψη τους περιορισμούς των κλιμάκων αξιολόγησης καθώς αποτελούν μεν κύριο διαγνωστικό εργαλείο της νοητικής υστέρησης. Οι περιορισμοί έγκειται σε μια σειρά από μεταβλητές που επιδρούν στην διαμόρφωση των τελικών αποτελεσμάτων μιας κλίμακας αξιολόγησης. Έτσι, τέτοιες μεταβλητές θεωρούνται το επίπεδο αυτοεκτίμησης του ατόμου, η ικανότητα συγκέντρωσης της προσοχής και η ψυχολογική του κατάσταση του. Οπότε, πρέπει να υπάρχει προσοχή με τα διεξαγόμενα αποτελέσματα μιας κλίμακας αξιολόγησης καθώς είναι δυνατό να είναι παραπλανητικά αν δεν συνεκτιμηθούν οι παραπάνω μεταβλητές με περίσκεψη και κλινική ευαισθησία. Παραδειγματικά αναφέρεται ότι ένα άτομο είναι δυνατό να έχει μειωμένες επιδόσεις από αυτές που διαθέτει καθώς αντιμετωπίζει πρόβλημα διάσπασης της προσοχής ή και ακόμα χαμηλή αυτοπεποίθηση αλλά όχι νοητική ανεπάρκεια (Κάκουρος, 1996).

## 1.7. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ

---

Η νοητική υστέρηση μπορεί να λάβει μια κατηγοριοποίηση η οποία ποικίλλει ανάλογα με τον συγγραφέα και τα κριτήρια που χρησιμοποιεί για να την διαμορφώσει. Οπότε οι επιμέρους ταξινομήσεις είναι οι εξής:

1. **Kirk.** Ο Kirk (1973) ταξινομεί τη νοητική υστέρηση ανάλογα με τις μαθησιακές ικανότητες των ατόμων και επικαλείται για την ένταξη τους στο κατάλληλο εκπαιδευτικό πλαίσιο. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια η ταξινόμηση αυτή τείνει να εγκαταλειφθεί καθώς η ταξινόμηση αυτή οριοθετεί την ωφέλεια που μπορούν να αποκομίσουν τα άτομα από την εκπαίδευση ώστε να μεταβληθεί σε κάποιο βαθμό η κατάστασή τους (Πολυχρονοπούλου, 1990) και σήμερα υπάρχει πρόοδος στις παιδαγωγικές μεθόδους ακόμη και για άτομα με μέτρια και βαριά νοητική υστέρηση (Σούλης, 2000, Κακούρος & Μανιαδάκη, 2004). Παρόλα αυτά, η ταξινόμηση είναι η εξής:

- **Ασκήσιμα (Trainable):** Τα ασκήσιμα άτομα ανήκουν στη μέση βαθμίδα νοητικής υστέρησης. Ο ρυθμός της νοητικής τους ανάπτυξης είναι μεταξύ του ενός τετάρτου και του μισού του μέσου φυσιολογικού, δηλαδή ο Δείκτης Νοημοσύνης τους κυμαίνεται μεταξύ 25 και 50. Τα ασκήσιμα άτομα δεν είναι σε θέση να αφομοιώσουν βασικές σχολικές γνώσεις και δεξιότητες. Με κατάλληλη εκπαίδευση επιδιώκεται να αποκτήσουν δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης. Επίσης, παρουσιάζουν φυσικές ελαφρές ή σοβαρές μειονεξίες που επηρεάζουν την κινητική, αισθητηριακή και φυσική εξέλιξη και κατάστασή τους. Η νοητική ανάπτυξη είναι αδύναμη, και περιλαμβάνει αποστήθιση λέξεων ή απλών αριθμών, δεν κατακτούν την γραφή, ανάγνωση και αριθμητική, αναπτύσσουν καλές διαπροσωπικές σχέσεις, ίσως να χαρακτηρίζονται από επιθετικότητα, κοινωνική απομόνωση και αντιφατικές συναισθηματικές καταστάσεις (Παρασκευόπουλος, 1985). Τα άτομα αυτά δεν είναι ικανά να αποκτήσουν τις συνήθεις σχολικές γνώσεις. Μπορούν όμως να ασκηθούν σε δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης, όπως στην ατομική καθαριότητα, στο ντύσιμο και στο φαγητό και να απασχολούνται παραγωγικά στα πλαίσια της οικογένειας ή σε ειδικά πλαίσια όπως σε κάποια προστατευμένα εργαστήρια (Παρασκευόπουλος, 1980).

- **Βραδυμαθή (Slow Learner):** Τα βραδυμαθή άτομα έχουν οριακή νοημοσύνη, δηλαδή βρίσκονται στο κατώτατο όριο. Η κοινωνική, συναισθηματική, σωματική και κινητική τους ανάπτυξη είναι φυσιολογική. Η ικανότητά τους για αφηρημένη σκέψη είναι περιορισμένη, δυσκολεύονται στη μεταφορά μάθησης και επηρεάζονται από άσχετα ερεθίσματα. Επαναλαμβάνουν τα ίδια λάθη και δεν ολοκληρώνουν μια εργασία, δυσκολεύονται να κατανοήσουν οδηγίες αλλά και να τις εκτελέσουν. Απογοητεύονται εύκολα, δεν έχουν αυτοπεποίθηση και δικαιολογούνται για τα λάθη τους. Στο σχολικό περιβάλλον δεν αποδίδουν όπως οι άλλοι συμμαθητές τους. Τα βραδυμαθή άτομα δεν μπορούν να επωφεληθούν ουσιαστικά από κάποια αγωγή και έχουν ανάγκη από συνεχή ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και φροντίδα (Παρασκευόπουλος, 1980).
- **Εκπαιδεύσιμα (Educable):** Τα εκπαιδεύσιμα άτομα ανήκουν στην ανώτερη βαθμίδα νοητικής υστέρησης. Ο ρυθμός της νοητικής τους ανάπτυξης είναι μεταξύ του μισού και των τριών τετάρτων του μέσου φυσιολογικού, δηλαδή ο Δ.Ν. τους κυμαίνεται μεταξύ 50 και 75. Τα εκπαιδεύσιμα άτομα μπορούν να μάθουν βασικές σχολικές γνώσεις και δεξιότητες (ανάγνωση, γραφή, αριθμητική), ανάλογα με τη νοητική τους ανάπτυξη. Συνήθως παρουσιάζουν διαταραχές στα συστήματα της ακοής, όρασης και κινητικού συντονισμού. Η νοητική ανάπτυξη ακολουθεί την πορεία των φυσιολογικών ατόμων εκτός από ορισμένες διαφορές στο τελικό επίπεδο ανάπτυξης. Παρουσιάζουν δυσκολία στην αφηρημένη σκέψη, στην επίλυση προβλημάτων, στην ταξινόμηση αντικειμένων και εικόνων, δεν διακρίνουν ομοιότητες και διαφορές, δεν εστιάζουν την προσοχή τους σε ένα αντικείμενο, υστερούν στην προσοχή καθώς έχουν αδύνατη μνήμη και η αντιληπτική οργάνωση των ερεθισμάτων που δέχονται είναι χαοτική. Είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα προς το περιβάλλον και δύσκολα διακρίνουν το καλό από το κακό (Παρασκευόπουλος, 1985). Τέλος, έχουν την ικανότητα να αποκτήσουν βασικές κοινωνικές και επαγγελματικές δεξιότητες, να ενταχθούν στο κοινωνικό σύνολο και να ζήσουν οικονομικά και κοινωνικά ανεξάρτητα μερικώς ή ολικώς (Παρασκευόπουλος, 1980).
- **Πλήρως εξαρτώμενα (Totally Depended \ Custodial):** Τα πλήρως εξαρτώμενα άτομα παρουσιάζουν βαριά νοητική καθυστέρηση με τη

νοητική ανάπτυξή τους να βρίσκεται κάτω από το 1\4 του κανονικού, γι' αυτό και δεν είναι σε θέση να ασκηθούν στην αυτοεξυπηρέτηση και την κοινωνικότητα αλλά και δεν μπορούν να επιβιώσουν χωρίς βοήθεια καθώς απαιτείται να δέχονται φροντίδα και επίβλεψη για την αντιμετώπιση των προσωπικών τους αναγκών. Συνήθως η γλωσσική εξέλιξη είναι ανύπαρκτη ή πολύ περιορισμένη σε μόνο λίγες λέξεις ή και φράσεις.

2. **Αμερικάνικος Σύνδεσμος για τη Νοητική Υστέρηση (1992).** Εδώ κριτήριο για την ταξινόμηση των ατόμων με νοητική υστέρηση είναι η ανάγκη για στήριξη από τις αρμόδιες υπηρεσίες ώστε να προσαρμόζεται λειτουργικά στην κοινότητα. Ειδικότερα:
  - **Άτομα που έχουν ανάγκη περιοδικής στήριξης,**
  - **Άτομα που έχουν ανάγκη από περιορισμένη στήριξη,**
  - **Άτομα που έχουν ανάγκη από εκτεταμένη στήριξη,**
  - **Άτομα που έχουν ανάγκη από συνεχή στήριξη** (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2004).
3. **DSM-IV-TR.** Εδώ η ταξινόμηση πραγματοποιείται ανάλογα με τη βαρύτητα της νοητικής υστέρησης ως εξής:
  - **Ήπια Νοητική Καθυστέρηση:** Δ.Ν. 50-55 έως περίπου 70,
  - **Μέτρια Νοητική Καθυστέρηση:** Δ.Ν. 35-40 έως 50-55,
  - **Βαριά Νοητική Καθυστέρηση:** Δ.Ν. 20-25 έως 35-40,
  - **Βαθιά Νοητική Καθυστέρηση:** Δ.Ν. κάτω από 20 ή 25,
  - **Νοητική Καθυστέρηση Απροσδιόριστης Βαρύτητας:** Όταν υπάρχουν ενδείξεις νοητικής υστέρησης αλλά η νοημοσύνη δεν μπορεί να ελεγχθεί με σταθμισμένες δοκιμασίες, π.χ. σε άτομα που δεν συνεργάζονται ή είναι εξαιρετικά διαταραγμένα αλλά και τα βρέφη (Γκοτζαμάνης, 2004).
4. **Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας.** Η ταξινόμηση από την ΠΟΥ δίδει σημασία μόνο στο Δ.Ν.. Η ταξινόμηση που προτείνει είναι η εξής:
  - **Βαριά νοητική ανεπάρκεια:** Δ.Ν.< 20,
  - **Αυστηρή νοητική ανεπάρκεια:** Δ.Ν. 21-35,
  - **Μέση νοητική ανεπάρκεια:** Δ.Ν. 35-50,
  - **Ελαφρά νοητική ανεπάρκεια:** Δ.Ν. 50-70 (Κρασσανάκης, 1989).

## 1.8. ΜΟΡΦΕΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ

---

Οι μορφές της νοητικής υστέρησης αποτέλεσαν αντικείμενο μελέτης πολλών ερευνητών εδώ και πολλά έτη (Pearson & Jaederholm, 1914, Lewis, 1933, Werner & Strauss, 1941). Οι μορφές είναι οι εξής:

1. **Νοητική υστέρηση οργανικών – λειτουργικών αιτιολογιών.** Εδώ η νοητική υστέρηση λαμβάνει διάφορες μορφές που εμφανίζονται από προγεννητικές και γενετικές βλάβες όπως: πρόωρο τοκετό, περιγεννητική ανοξία, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, μηνιγγίτιδα έκθεση στη θαλιδομίδη, ερυθρά και ενδομήτρια ατυχήματα. Βέβαια, υπάρχουν περισσότερα από 750 οργανικά-λειτουργικά αίτια της νοητικής υστέρησης (Opitz, 1996) και συνεχώς προστίθενται ακόμα περισσότερα αίτια κυρίως γενετικά (Moser, 1992). Ορισμένες από τις πιο σημαντικές μορφές νοητικής υστέρησης οργανικής – λειτουργικής αιτιολογίας είναι οι γενετικές – χρωμοσωματικές διαταραχές που περιλαμβάνουν:

- **Σύνδρομο Down.** Γενετικά ευθύνεται κατά 95% το 3<sup>ο</sup> χρωμόσωμα στο 21<sup>ο</sup> ζεύγος (τρισωμία 21). Παρουσιάζεται σε 1 - 1,5 ανά 1.000 γεννήσεις που επιβιώνουν και τα κυριότερα σωματικά χαρακτηριστικά και χαρακτηριστικά συμπεριφοράς είναι η μέτρια νοητική καθυστέρηση, οι επικανθικές πτυχώσεις γύρω από τα μάτια, η σωματώδης κατασκευή, η υποτιθέμενη κοινωνική και εξωστρεφής συμπεριφορά και τα προβλήματα ομιλίας και γλώσσας.
- **Σύνδρομο Prader-Willi.** Παρουσιάζεται στα δύο τρίτα των περιπτώσεων και οφείλεται σε απουσία στο χρωμόσωμα 15, το ένα τρίτο οφείλονται σε μητρική δισωμία (και τα δύο 15 από τη μητέρα). Παρουσιάζεται σε 1 ανά 15.000 γεννήσεις νεογνών που επιβιώνουν. Τα κυριότερα χαρακτηριστικά που παρατηρούνται είναι η ελαφρά νοητική καθυστέρηση, η τάση για παχυσαρκία (και μικρό ανάστημα), η εμμονή στην αναζήτηση τροφής και σχετικοί προβληματισμοί, το πείσμα και η τάση για ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή.
- **Σύνδρομο Williams.** Παρουσιάζεται λόγω απουσίας στο χρωμόσωμα 7 σε 1 από τις 50.000 γεννήσεις νεογνών που επιβιώνουν. Τα κυριότερα χαρακτηριστικά που παρατηρούνται είναι η ελαφρά νοητική καθυστέρηση,

το πρόσωπο «που θυμίζει ξωτικό», η φιλική και υπερλεκτική συμπεριφορά και η πιθανότητα εμφάνισης άγχους στην εφηβεία.

- **Σύνδρομο Εύθραυστου X.** Γενετικά ευθύνεται η εύθραυστη περιοχή (λεπτό, νηματοειδές τμήμα) στον μακρύ βραχίονα του χρωμοσώματος X. παρουσιάζεται σε 0.73-0.92 περιπτώσεις ανά 1.000 γεννήσεις νεογνών που επιβιώνουν. Τα κυριότερα χαρακτηριστικά που παρατηρούνται είναι η μέτρια νοητική καθυστέρηση, μεγαλύτερη συχνότητα στα αγόρια από ότι στα κορίτσια, στα αγόρια παρατηρούνται συχνά μεγάλα αυτιά μακριά, λεπτά πρόσωπα και (μετά την εφηβεία) μεγάλοι όρχεις, υπερκινητικότητα και συμπεριφορά παρόμοια με των αντιστικών ατόμων (Hodapp, 2003).
2. **Νοητική υστέρηση χωρίς οργανική αιτιολογία.** Εδώ τα άτομα φαίνονται φυσιολογικά αναφορικά με το επίπεδο της υγείας, της εξωτερικής εμφάνισης και της ανάπτυξής τους, αλλά τα επίπεδα νοημοσύνης που παρουσιάζουν είναι πολύ χαμηλά. Σε δημογραφικό επίπεδο τα άτομα αυτά κατά κύριο λόγο ανήκουν σε χαμηλότερες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις και ίσως προέρχονται από περιβάλλον μειονοτήτων ή και οικογενειακό περιβάλλον του τα μέλη της εξίσου έχουν χαμηλό επίπεδο νοημοσύνης (Hodapp, 2003).

## 1.9. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ

---

Η διάγνωση της νοητικής υστέρησης μπορεί να πραγματοποιηθεί σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο που ακολουθούνται ορισμένες φάσεις καθώς περιλαμβάνει την λήψη ιστορικού από το άτομο, την αξιολόγηση της νοημοσύνης μέσω σταθμισμένης δοκιμασίας, την ψυχιατρική συνέντευξη και την εκτίμηση της ανάπτυξης και της προσαρμοστικής λειτουργίας του. Βέβαια, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως η διάγνωση από μόνη της δεν μπορεί να προσδιορίσει την πρόγνωση και την αιτιολογία της νοητικής καθυστέρησης. Στη συνέχεια η περαιτέρω εκτίμηση για σωματικά σημεία, ο έλεγχος για νευρολογικές ανωμαλίες και ο εργαστηριακός έλεγχος μπορούν να πιστοποιήσουν την αιτιολογία και την πρόγνωση της νοητικής υστέρησης (Kaplan- Sadock, 2005).

### 1.9.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ

---

Στη σημερινή εποχή,

Πιο συγκεκριμένα τα διαγνωστικά κριτήρια της νοητικής υστέρησης σύμφωνα με το DSM-IV-TR (2004) είναι τα εξής:

1. **Δείκτης Νοημοσύνης.** Διαγνωστικά η πνευματική λειτουργία του ατόμου πρέπει να βρεθεί ότι είναι σημαντικά κατώτερη από το μέσο όρο ώστε ο Δ.Ν. να είναι περίπου 70 ή μικρότερος σύμφωνα με κάποια σταθμισμένη νοομετρική αξιολογητική διεργασία. (Γκοτζαμάνης, 2004). Το κριτήριο αυτό καθορίζει ότι το άτομο με νοητική υστέρηση πρέπει να έχει Δ.Ν. χαμηλότερο κατά δύο ή περισσότερες τυπικές αποκλίσεις από το μέσο όρο του 100. Το κριτήριο δεν είναι αρκετό για τη διάγνωση της νοητικής υστέρησης καθώς θα πρέπει παράλληλα το άτομο να έχει δυσκολίες σε δύο τουλάχιστον από τα αναφερόμενα κριτήρια (Κακούρος & Μανιαδάκη, 2004).
2. **Προσαρμοστική Λειτουργία.** Διαγνωστικά παρατηρείται παράλληλη συνύπαρξη ελλειμμάτων ή μειωμένη προσαρμοστική λειτουργία στο περιβάλλον. Έτσι το άτομο παρουσιάζει αναποτελεσματικότητα στο να ανταποκριθεί, σύμφωνα με την ηλικία του, σε διάφορους σημαντικούς τομείς όπως η επικοινωνία, η αυτοεξυπηρέτηση, η ανεξάρτητη και αυτόνομη διαβίωση, οι κοινωνικές και διαπροσωπικές σχέσεις, κακές σχολικές δεξιότητες, δυσκολία για εργασία, ανεκμετάλλευτος ελεύθερος χρόνος, αίσθημα ανασφάλειας (Γκοτζαμάνης, 2004). Το κριτήριο αυτό είναι σημαντικό καθώς μπορεί να «διορθώσει» παρερμηνείες σε περιπτώσεις που κάποιο άτομο δεν αποδίδει ικανοποιητικά στα αξιολογητικά test αλλά μπορεί να προσαρμοστεί με αποτελεσματικό τρόπο στο περιβάλλον του (Κακούρος & Μανιαδάκη, 2004).
3. **Ηλικία.** Η διάγνωση της νοητικής υστέρησης βρίσκεται σε άμεση συσχέτιση με την ηλικία, καθώς και η έναρξη των συμπτωμάτων να έχουν αρχίσει να παρουσιάζονται από πολλή μικρή ηλικία μακριά από την ενηλικίωση των ατόμων (Γκοτζαμάνης, 2004). Η διάγνωση της νοητικής υστέρησης λαμβάνει υπόψη της την ανάπτυξη του ατόμου ανάλογα με την ηλικία του αλλά πρέπει να σημειωθεί πως αποκλείονται άτομα με νοητικές ανεπάρκειες της διάγνωσης όταν αυτές οφείλονται για παράδειγμα σε εγκεφαλικούς τραυματισμούς ή σε

ασθένειες που εμφανίζονται σε ενήλικες (Νόσος Αλζχάιμερ) (Κακούρος, 1996, Κακούρος & Μανιαδάκη, 2004).

### **1.9.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΜΕΣΑ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ**

---

Για τη διάγνωση της νοητικής υστέρησης χρησιμοποιούνται ορισμένα διαγνωστικά μέσα<sup>3</sup> που αποτελούν κλίμακες αξιολόγησης που είναι αποδεκτές σε διεθνή επίπεδο με τον όρο «τεστ» (test) και μετρούν τη νοημοσύνη, τις ειδικές δεξιότητες, την ψυχοκινητική ωριμότητα, την προσωπικότητα και άλλα στοιχεία ενός ατόμου. Βέβαια, τα τεστ αυτά διεξάγουν αποτελέσματα τα οποία πλαισιώνονται και από άλλα εργαλεία όπως ερωτηματολόγια, συνεντεύξεις, κοινωνιογράμματα κ.ά.. (Κρασανάκης, 1989, Κυπριωτάκης, 1989).

Εδώ θα παρατεθούν συνοπτικά τα πιο σημαντικά διαγνωστικά μέσα της νοητικής υστέρησης. Πιο συγκεκριμένα (Κρασανάκης, 1989, Κυπριωτάκης, 1989):

1. **Ψυχοκινητικά Τεστ.** Τα ψυχοκινητικά τεστ εφαρμόζεται σε παιδιά ηλικίας τριών μηνών έως δύο ετών και προσπαθούν να αξιολογήσουν κατά πόσο το παιδί θα ανταποκριθεί, ανάλογα με την ηλικία του, σε κινήσεις, ομιλία, προσαρμογή και κοινωνική συμπεριφορά. Περιλαμβάνουν τα τεστ των: Kuhlmann, Izard & Simon και Gesell.
2. **Τεστ Γενικής Νοημοσύνης.** Τα τεστ γενικής νοημοσύνης εφαρμόζονται σε όλες τις ηλικίες από 3 έως και ενηλίκους και μετρούν τη νοημοσύνη μέσα από δοκιμασίες που φανερώνουν το επίπεδο της γλωσσικής, αριθμητική και αντιληπτικής, των γνώσεων, της κρίσης, της μνήμης, της σκέψης και της πνευματικής ωριμότητας. Περιλαμβάνουν τα τεστ των: Binet & Simon, Terman, Wechsler, Μετρική Κλίμακα Νοημοσύνης (Zazzo, Gilly & Verba – Rati), Πανεπιστήμιου Καλιφόρνιας.
3. **Μη Γλωσσικά Τεστ.** Τα μη γλωσσικά τεστ εφαρμόζονται σε παιδιά ηλικίας από 3 έως και 15 ετών. Περιλαμβάνουν δοκιμασίες όπως ζωγραφικής και βοηθά στο να αξιολογηθούν οι συγκριτικοί σχηματισμοί, οι συνειρμοί, η μνήμη, η φαντασία, η ικανότητα αντίληψης και οργάνωσης του χώρου, του παιδιού συγκριτικά με

---

<sup>3</sup> Παρακάτω θα περιγραφούν συνοπτικά τα μέσα που μπορούν να χρησιμοποιήσουν επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα οι ψυχολόγοι και οι κοινωνικοί λειτουργοί.



άλλα της ηλικίας του, Περιλαμβάνουν τα τεστ των: Goodenough, Raven, Kohs, Rey.

4. **Άλλα Διαγνωστικά Μέσα.** Εδώ περιλαμβάνεται η συνέντευξη που βοηθά στη συγκέντρωση πληροφοριών και στη διαμόρφωση της τελικής άποψης και απαιτεί την άμεση παρουσία του κοινωνικού λειτουργού και την επαφή του με άτομα του περιβάλλοντος του παιδιού. Μέσω της συνέντευξης με γονείς συγκεντρώνονται οι πληροφορίες για την σύνθεση της οικογένειας, την οικονομική κατάσταση, τις συνθήκες διαβίωσης, την σπουδαιότητα που αποδίδεται στην εκπαίδευση από την οικογένεια, οι απόψεις για το σχολείο, τους εκπαιδευτικούς και στάση σχετικά με την αυτονομία του παιδιού. Ακόμη, στα άλλα διαγνωστικά μέσα περιλαμβάνονται οι κλίμακες ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης που αποτελούν ειδικά ερωτηματολόγια (όπως η κλίμακα του Doll ή του Vineland) και βοηθούν στην ανάδειξη της κοινωνικής ωριμότητας των ατόμων.

#### **1.10. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΝΩΡΙΣΜΑΤΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ**

---

Τα χαρακτηριστικά γνώρισματα των ατόμων με νοητική υστέρηση ανάλογα με την βαρύτητα της κατάστασής τους είναι τα εξής:

1. **Ήπια ή Ελαφρά Νοητική Υστέρηση.** Τα άτομα με ήπια νοητική υστέρηση αποτελούν την πολυπληθέστερη κατηγορία ατόμων με νοητική υστέρηση. Τα άτομα με ήπια ή ελαφρά νοητική υστέρηση είναι γνωστά και ως εκπαιδεύσιμα σχολικά ή εκπαιδεύσιμα και αποτελούν την πολυπληθέστερη ομάδα ανάμεσα στα άτομα με νοητική καθυστέρηση, περίπου το 85% του συνολικού πληθυσμού των διανοητικά υπολειπόμενων ατόμων. Η ελαφρά νοητική υστέρηση ενεργεί σε συγκεκριμένες λειτουργίες (MacCormick et al, 1990) παρόλα αυτά η σκέψη έχει τα ίδια ποιοτικά χαρακτηριστικά με τα φυσιολογικά άτομα. Αναπτύσσουν κοινωνικές δεξιότητες και αυτοεξυπηρέτηση πριν από την ηλικία των πέντε ετών και δύσκολα διακρίνονται από τα άλλα παιδιά της ίδιας ηλικίας. Παρουσιάζουν μικρή καθυστέρηση στις κινητικές και αντιληπτικές ικανότητες αλλά και στην ανάπτυξη του λόγου (Βογινδρούκας & Ζηκοπούλου, 2009). Αποκτούν σχολικές γνώσεις έως το επίπεδο της ΣΤ΄ Δημοτικού, καθώς κατανοούν τα περισσότερα μαθήματα του δημοτικού σχολείου ή τουλάχιστον των περισσότερων τάξεών του

(Πολυχρονοπούλου, 1995) συνήθως όμως αυτό γίνεται όταν φτάσουν στο τέλος της εφηβικής τους ηλικίας. Ως ενήλικες εντάσσονται και προσαρμόζονται στο κοινωνικό σύνολο. Αυτοσυντηρούνται και επιτυγχάνουν επαγγελματικές δεξιότητες, αλλά χρειάζονται καθοδήγηση, επίβλεψη και βοήθεια σε έντονες κοινωνικές ή οικονομικές πιέσεις. Τα ελλείμματα στην επικοινωνία, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η εξάρτηση συμβάλλουν στη σχετική έλλειψη αυθορμητισμού. Ορισμένα απ' αυτά τα άτομα υποφέρουν και από εγκεφαλική βλάβη. Ενδέχεται να παρουσιάζουν οργανικά προβλήματα, όπως ανωμαλία στην όραση και στην ακοή (μικρή συχνότητα) και έχουν περιορισμένη ικανότητα στην αφηρημένη σκέψη και δυσκολεύονται να γενικεύσουν τις εμπειρίες τους. Έτσι συχνά παραμένουν προσκολλημένα στην ίδια σκέψη και αδυνατούν ν' αναγνωρίσουν επιμέρους κοινά στοιχεία ανάμεσα σε διαφορετικές περιπτώσεις. Επίσης, παρουσιάζουν δυσκολίες στην αντιληπτική τους ικανότητα, διαθέτουν φτωχή ικανότητα για αναλυτική οργάνωση της σκέψης, περιορισμένη συγκέντρωση προσοχής, μικρό εύρος μνήμης και αδυναμία να χρησιμοποιήσουν λειτουργικά την φαντασία τους (Μάνος, 1997, Kaplan-Sadock, 2005). Σε πολλές περιπτώσεις, μάλιστα, η ικανοποιητική προσαρμογή των ατόμων αυτών στο περιβάλλον συντελεί στο να μην πληρούν πλέον τα κριτήρια της νοητικής υστέρησης κατά την ενηλικίωση τους (Hodapp & Dykens, 1996).

2. **Μέτρια Νοητική Υστέρηση.** Τα άτομα αυτής της κατηγορίας ονομάζονται και ασκήσιμα και αποτελούν το 10% του συνολικού πληθυσμού των διανοητικά υστερημένων ατόμων. Οφείλεται κυρίως σε βιολογικά αίτια, και σε ατυχήματα, τραυματισμούς ή μολυσματικές ασθένειες κατά την ενδομήτρια, την περιγεννητική, τη βρεφική ή και τη νηπιακή περίοδο. Έχουν εμφανή εξωτερικά χαρακτηριστικά (ύψος, βάρος, σωματική κατασκευή χαρακτηριστικά προσώπου) και η διάγνωση μπορεί να γίνει από τη βρεφική ή την πρώτη παιδική ηλικία (Πολυμεροπούλου, 2007). Στην ηλικία των 6 ετών τα παιδιά αυτά είναι συνήθως σε θέση να επικοινωνούν με απλές λέξεις και χειρονομίες και έχουν αναπτύξει κινητικές δεξιότητες και δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης ανάλογες με αυτές ενός παιδιού 2-3 ετών (Κακούρος & Μανιαδάκη, 2004). Μαθαίνουν να μιλούν και να επικοινωνούν σε χαμηλότερο όμως επίπεδο και φτωχό λεξιλόγιο. Έχουν επαρκή κινητική ανάπτυξη, αυτοεξυπηρετούνται με μέτρια επίβλεψη, αφομοιώνουν μαθήματα μέχρι το επίπεδο της Β' Δημοτικού, δηλαδή καταφέρνουν να

αποκτήσουν τις στοιχειώδεις σχολικές δεξιότητες, όπως ανάγνωση, γραφή απλών φράσεων ή μικρών κειμένων ή απλές αριθμητικές πράξεις. Σαν ενήλικες στον κοινωνικό τομέα μπορούν να επιτύχουν κάποιο βαθμό κοινωνικής υπευθυνότητας, ν' αποκτήσουν δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης, να ντύνονται, να προστατεύουν τον εαυτό τους από συνηθισμένους κινδύνους (π.χ. στο σπίτι, στο σχολείο), να προσαρμόζονται στις απαιτήσεις του σπιτιού ή της γειτονιάς, να σέβονται την περιουσία και τα δικαιώματα των άλλων και να συνεργάζονται. Μπορούν να εργάζονται σε προστατευμένο περιβάλλον ως ανειδίκευτοι εργάτες. Έχουν όμως ανάγκη από συνεχή επίβλεψη (Μάνος, 1997). Στην ενηλικίωση, τα περισσότερα άτομα με μέτρια νοητική υστέρηση είναι σε θέση να ασκούν κάποια χειρωνακτική εργασία με επίβλεψη σε προστατευμένα εργαστήρια (Κακούρος & Μανιαδάκη, 2004).

3. **Βαριά Νοητική Υστέρηση.** Τα άτομα μ' αυτό το βαθμό υστέρησης αποτελούν περίπου το 3%-4% του συνολικού πληθυσμού των διανοητικά υστερημένων. Οφείλεται σχεδόν αποκλειστικά σε βιολογικά αίτια, δεν αποκλείονται, όμως, ατυχήματα ή ασθένειες κατά την προγεννητική, την περιγεννητική ή τη μεταγεννητική περίοδο. Έχουν εμφανή εξωτερικά χαρακτηριστικά και συνήθως συνοδεύεται από σοβαρά προβλήματα, όπως εγκεφαλική παράλυση, απώλεια ακοής ή όρασης, συναισθηματικές διαταραχές. Η φυσική και η κινητική τους ανάπτυξη χαρακτηρίζεται από σοβαρότατα προβλήματα σε όλα τα επίπεδα. Ο λόγος τους είναι πολύ στοιχειώδης και συνοδεύεται από προβλήματα άρθρωσης (Μάνος, 1997, Πολυμεροπούλου, 2007). Η ανάπτυξη της λεκτικής επικοινωνίας είναι εξαιρετικά περιορισμένη. Τα άτομα αυτά αντιμετωπίζουν συνήθως και άλλα προβλήματα υγείας όπως κινητικά, αναπνευστικά ή καρδιακά προβλήματα. Τα περισσότερα άτομα με σοβαρή νοητική υστέρηση χρειάζονται ειδική βοήθεια και επίβλεψη σε όλη τη ζωή τους (Κακούρος & Μανιαδάκη, 2004). Άλλωστε και ο Inhelder (1968) αναγνώρισε τα ελλείμματα στην γνωστική τους ανάπτυξη και μάλιστα θεώρησε πως η βαριά νοητική καθυστέρηση είναι τόσο ισχυρή που επενεργεί στο στάδιο της αισθησιοκινητικής νοημοσύνης.
4. **Βαθιά Νοητική Υστέρηση.** Τα βαθιά καθυστερημένα άτομα αποτελούν το 1% - 2% του συνολικού πληθυσμού των διανοητικά καθυστερημένων. Παρουσιάζουν ολική καθυστέρηση σε προσχολικό στάδιο και απαιτείται συνεχή φροντίδα. Στη σχολική ηλικία παρουσιάζουν κάποια κινητική ανάπτυξη και μπορεί να

ωφεληθούν από ασκήσεις σε αυτοεξυπηρέτηση, σε ελάχιστο όμως βαθμό. Επίσης με την απαραίτητη εκπαίδευση μπορούν να βελτιώσουν τις επικοινωνιακές τους δεξιότητες. Τα εκπαιδευτικά τους, λοιπόν, προγράμματα, όπως και στη σοβαρή νοητική καθυστέρηση, στοχεύουν στην κοινωνική τους προσαρμογή σε ένα ελεγχόμενο περιβάλλον. Πολλές έρευνες καταδεικνύουν σαφώς ότι, για παράδειγμα, παιδιά με βαριά νοητική υστέρηση κατάφεραν μετά από εκπαίδευση να φάνε μόνα τους χωρίς την βοήθεια ενήλικα, ή να μάθουν 100 και πλέον λέξεις, επιτυγχάνοντας έτσι να επικοινωνήσουν λειτουργικά σε πολλές καταστάσεις της καθημερινής ζωής (Πολυμεροπούλου, 2007). Στην ενήλικη ζωή τους έχουν πολύ περιορισμένη κινητική και γλωσσική ανάπτυξη, είναι δυνατόν να πετύχουν πολύ περιορισμένη αυτοεξυπηρέτηση και γενικά για να επιζήσουν χρειάζονται συνεχή κοινωνική και ιατρική φροντίδα (Μάνος, 1997).

### 1.11. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ

---

Οι αιτιολογικοί παράγοντες στη νοητική υστέρηση μπορεί να είναι γενετικοί, αναπτυξιακοί, επίκτητοι ή κάποιος συνδυασμός αυτών. Η βαρύτητα της επακόλουθης νοητικής υστέρησης σχετίζεται με τη χρονική στιγμή, τη διάρκεια του συμβάντος και το βαθμό έκθεσης του Κ.Ν.Σ.. Όσο πιο βαριά είναι η νοητική υστέρηση τόσο πιο πολλές πιθανότητες υπάρχουν να αποκαλυφθεί η αιτιολογία. Ωστόσο, σε ποσοστό 30% έως 40% δεν μπορεί να ανευρεθεί σαφής αιτιολογία. Ακολουθεί παρουσίαση των συχνότερων αιτιολογικών παραγόντων ή ίσως καλύτερα προδιαθετικών παραγόντων (Kaplan-Sadock, 2005, Μάνος, 1997).

Η αιτιολογία είναι η εξής:

1. **Γενετικοί Παράγοντες.** Οι γενετικοί παράγοντες περιλαμβάνουν:

- **Κληρονομικές ανωμαλίες**, με μέσο μεταβίβασης τα γονίδια, που είναι φορείς των γενετικών πληροφοριών, τόσο των φυσιολογικών, όσο και των παθολογικών (Παπαγεωργίου, 2004).
- **Γονιδιακές ανωμαλίες:**
  - i. **Σύνδρομο με ανωμαλίες οργάνων που προέρχονται από το πρώτο βραγχιακό τόξο** (σύνδρομο Wildervanck, σύνδρομο Rubinstein-

- Taybi, σύνδρομο Smith-Lemli-Opitz, σύνδρομο Berry-Franchescetti, σύνδρομο Hallerman-Streiff).
- ii. **Σύνδρομα με χαρακτηριστική εμφάνιση προσώπου-κρανίου** (μικροκεφαλία, ακροκεφαλο-συνδακτυλία, κρανιοπροσωπική δυσόστωση, υπερτελορισμός, πτηνοκεφαλικός νανισμός),
  - iii. **Σύνδρομα μη σαφώς καθορισμένης γενετικής βάσης** (σύνδρομο De Lange, σύνδρομο Sturge Weber και σύνδρομο Prader-Willi).
  - iv. **Σύνδρομα που κληρονομούνται με τον φυλοσύνδετο τρόπο** (νόσος του Norrie, σύνδρομο Renpenning, φυλοσύνδετος υδροκέφαλος, φυλοσύνδετη σπαστική παραπληγία).
  - v. **Σύνδρομα που οφείλονται σε συγγενείς διαταραχές του μεταβολισμού.** Από διάφορες βλάβες που μπορούν να συμβούν στο κύτταρο, σε γονιδιακό επίπεδο, είναι δυνατό να σταματήσει η φυσιολογική παραγωγή ενζύμων και πρωτεϊνών όπως και η αναπαραγωγή κυττάρων όμοιων με το μητρικό. Ειδικότερα:
    - Διαταραχές μεταβολισμού πρωτεϊνών (Φαινυλοκετονουρία, Ομοκυστινουρία),
    - Διαταραχές μεταβολισμού υδατανθράκων (γαλακτοζαιμία, διαταραχές εναπόθεσης γλυκογόνου, ιδιοπαθής υπογλυκαιμία και οικογενής γαλακτική οξέωση),
    - Διαταραχές μεταβολισμού λιποειδών (οικογενής αμαυρωτική ιδιοτεία, μεταχρωματική λευκοδυστροφία, νόσος του Refsum),
    - Διαταραχές συνδετικού ιστού (σύνδρομο Hunter, σύνδρομο Hurler, σύνδρομο Sanfilippo),
    - Διάφορα σύνδρομα διαταραχών μεταβολισμού (νόσος Wilson, σύνδρομο Lesch-Nyhan, κρετινισμός, ιδιοπαθής υπερασβεστιαμία).
  - vi. **Σύνδρομα χωρίς χαρακτηριστική εμφάνιση προσώπου-κρανίου** (σύνδρομο Albright, σύνδρομο Lawrence-Moon-Biedl, οζώδης σκλήρυνση) (Ιεροδιακόνου και συν., 1998).
- **Χρωμοσωματικές ανωμαλίες.** Οι χρωμοσωματικές ανωμαλίες αφορούν ανωμαλίες στα σωματικά ή τα φυλετικά χρωμοσώματα όπως το σύνδρομο Down από μετάθεση χρωμοσωμάτων και το σύνδρομο εύθραυστου X

χρωμοσώματος οι οποίες αποτελούν τις πιο συχνές αιτίες διανοητικής υστέρησης (Μάνος,1997).

## **2. Επίκτητοι Και Αναπτυξιακοί Παράγοντες:**

- Ενδοκρανιακή αιμορραγία του εμβρύου
- Ακτινοβολίες κατά την κύηση
- Επίκτητες διαταραχές της παιδικής ηλικίας
- Επιπλοκές της κύησης (π.χ. κολπική αιμορραγία, προδρομικός πλακούντας, πρόωρη αποκόλληση πλακούντα και πρόπτωση ομφάλιου λώρου)
- Κακή διατροφή της μέλλουσας μητέρας, υπερβολικό κάπνισμα, χρόνια κατάχρηση αλκοόλ, λήψη φαρμάκων και ναρκωτικών κατά την προγεννητική περίοδο.
- Κτυπήματα της εγκύου στην κοιλιακή χώρα από τραυματισμούς, αυτοκινητιστικά ατυχήματα κ.ά.
- Λοιμώξεις (π.χ. εγκεφαλίτιδα, μηνιγγίτιδα)
- Μητρικές λοιμώξεις κατά την κύηση (ερυθρά, λοίμωξη από κυτταρομεγαλοϊό, σύφιλη, τοξοπλάσμωση, ιός απλού έρπητα, ανεμοβλογιά, σύνδρομο επίκτητης ανοσοεπάρκειας, (AIDS))
- Μικρό βάρος γέννησης κάτω από 2.500 γρ.
- Προγεννητική έκθεση στα φάρμακα
- Πρόωρος τοκετός
- Τραύματα κεφαλής (κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις)
- Τοξικές – χημικές δηλητηριάσεις με μόλυβδο, χαλκό ή και υδράργυρο
- Χρόνια νοσήματα της μητέρας (π.χ. υπέρταση, αρρυθμιστος διαβήτης, φύσημα, αναιμία) (Ιεροδιακόνου και συν., 1998, Παπαγεωργίου, 2004, Kaplan-Sadock, 2005).

- ## **3. Περιβαλλοντικοί Και Κοινωνικοπολιτισμικοί Παράγοντες:**
- Αποστέρηση φροντίδας, μητρική αποστέρηση, έλλειψη διαπροσωπικών σχέσεων, αποστέρηση τροφής, αποστέρηση κοινωνικών, λεκτικών και άλλων ερεθισμάτων, συναισθηματική ανασφάλεια, ύπαρξη νοητικά καθυστερημένων γονέων, φτώχεια, δυσμενείς συνθήκες διαβίωσης (Μάνος, 1997, Παπαγεωργίου, 2004).

## 1.12. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ - ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ

Η κλινική εικόνα της νοητικής καθυστέρησης περιγράφεται αδρά στον Πίνακα 1.1.

**Πίνακας 1.1.** Κλινική εικόνα νοητικής υστέρησης

Επίπεδο	Ωρίμανση και ανάπτυξη (Προσχολική ηλικία: 0-5)	Άσκηση και εκπαίδευση (Σχολική ηλικία: 6-21)	Κοινωνική προσαρμογή (Ενηλικίωση: 21 και άνω)
<b>Βαριά</b>	Μεγάλη καθυστέρηση: ελάχιστη ικανότητα σε όλες τις αισθητικοκινητικές λειτουργίες, χρειάζεται συνεχή φροντίδα	Εμφανείς καθυστερήσεις σε όλες τις αναπτυξιακές περιοχές, πρωτόγονες συναισθηματικές αντιδράσεις, ανταποκρίνεται στη βασική εκπαίδευση χεριών, ποδιών και σιαγόνων, χρειάζεται στενή επιτήρηση	Μπορεί να βαδίζει, χρειάζεται νοσηλευτική φροντίδα, συνήθως ωφελείται από συστηματική σωματική δραστηριότητα, αδυναμία αυτοσυντήρησης
<b>Σοβαρή</b>	Σημαντική καθυστέρηση στην κινητική εξέλιξη, ελάχιστη ή καθόλου ικανότητα επικοινωνίας, μπορεί να μάθει να τρώει μόνο του	Συνήθως περπατάει, μερική κατανόηση του λόγου και απόκρισης, μπορεί να ωφεληθεί από συστηματική εκπαίδευση στις βασικές του ανάγκες	Μπορεί να αντιμετωπίσει τις καθημερινές απλές επαναλαμβανόμενες δραστηριότητες, χρειάζεται συνεχή καθοδήγηση σε προστατευτικό περιβάλλον
<b>Μέτρια</b>	Υποσημειούμενες καθυστερήσεις στην κινητική εξέλιξη, ιδιαίτερα στο λόγο, ανταποκρίνεται σε ποικίλες δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης μετά από εκπαίδευση	Μπορεί να μάθει βασικούς στόχους επικοινωνίας, ατομικής υγιεινής και ασφάλειας, απλές χειρωνακτικές δραστηριότητες, δεν κατανοεί την ανάγνωση και την αριθμητική	Μπορεί να εκτελεί απλούς στόχους σε προστατευτικό περιβάλλον, συμμετέχει σε απλές δημιουργικές δραστηριότητες, μετακινείται μόνος σε οικείους χώρους, συνήθως ανίκανος να αυτοδιαχειριστεί
<b>Ελαφρά</b>	Συνήθως δεν γίνεται αντιληπτή από το μη ειδικό, υπάρχει καθυστέρηση στην έναρξη της βάδισης, της ομιλίας και της αυτοεξυπηρέτησης στο φαγητό σε σύγκριση με τα άλλα παιδιά	Μπορεί να επιτύχει πρακτικούς στόχους και δεξιότητες, να μάθει να διαβάζει και να κάνει πράξεις στο επίπεδο της 3ης-6ης δημοτικού μετά από ειδική εκπαίδευση, μπορεί να καθοδηγηθεί στις κοινωνικές αξίες	Συνήθως πετυχαίνει κοινωνικούς και επαγγελματικούς στόχους επαρκείς για την αυτοδιαχείριση του, χρειάζεται περιστασιακή καθοδήγηση κάτω από ασυνήθιστες καταστάσεις

Πηγή: Κονταξάκης και συν., 2005, 451.

Αναφορικά με τη συννοσηρότητα της νοητικής υστέρησης υπάρχουν πολλές αναφορές στην βιβλιογραφία, οι εξής:

1. **Αναπτυξιακές Διαταραχές.** Το 10-40% των ατόμων με νοητική υστέρηση αντιμετωπίζει τουλάχιστον μία επιπλέον αναπτυξιακή δυσκολία (Nezu et al., 1992).
2. **Γνωστικά Και Κοινωνικά Ελλείμματα.** Παρατηρούνται διαταραχές λόγου - ομιλίας, έκφρασης του προφορικού λόγου, προσοχής, αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, δυσκολίες σε διαπροσωπικές σχέσεις με άλλους ανθρώπους και ειδικά με τους συνομηλίκους, περιθωριοποίηση (Volkmar et al, 1990). Επίσης, είναι σημαντικό το μειωμένο κίνητρο για μάθηση (MacMillan & Keough, 1971).
3. **Διάχυτες Εξελικτικές Διαταραχές.** Ο αυτισμός αποτελεί την πιο συνήθη συνύπαρξη με τη νοητική υστέρηση σε ποσοστό 75% (Κονταξάκης και συν., 2005).
4. **Συναισθηματικές Ψυχώσεις.** Συχνές διαγνώσεις αποτελούν η σχιζοφρενική διαταραχή, η μονοπολική καταθλιπτική διαταραχή, η νευρωσική κατάθλιψη, διαταραχή της προσωπικότητας, αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές της διάθεσης, υπερκινητικό σύνδρομο. Εκτιμάται επίσης ότι η συχνότητα εμφάνισης συναισθηματικών προβλημάτων ή προβλημάτων συμπεριφοράς στα παιδιά με νοητική υστέρηση είναι 4-6 φορές υψηλότερη σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (McLean, 1993).
5. **Ψυχιατρική Διαταραχή.** Έρευνες δείχνουν ότι 30-60% των νοητικά υστερημένων ατόμων πάσχουν και από ψυχιατρική διαταραχή και ειδικά κάποιο οργανικό ψυχοσύνδρομο που τις περισσότερες φορές παρουσιάζεται στη βαριά νοητική υστέρηση (Κονταξάκης και συν., 2005).

### 1.13. ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ

---

Η πορεία και η πρόγνωση της Διανοητικής καθυστέρησης ποικίλει ανάλογα με τη βαρύτητα. Στις περισσότερες περιπτώσεις η υποκειμενική ανωμαλία δεν βελτιώνεται, αλλά το επίπεδο της προσαρμοστικότητας του ατόμου μπορεί να επηρεαστεί θετικά από ένα βελτιωμένο και υποστηρικτικό περιβάλλον. Γενικά τα άτομα με ήπια και μέτρια νοητική



υστέρηση έχουν τη μεγαλύτερη ικανότητα να προσαρμόζονται στις περιβαλλοντικές συνθήκες και να παρουσιάσουν σημαντική βελτίωση στην ποιότητα ζωής τους με κατάλληλη εκπαίδευση και άσκηση. Η πορεία όμως από μερικές βαριές και βαθιές μορφές παρουσιάζουν προοδευτική επιδείνωση και τελικά πρόωρο θάνατο (π.χ. οφειλόμενες σε νόσο Tay-Sachs). Ήδη από τη δεκαετία του 1930 έχει βρεθεί ότι ο μέσος όρος ζωής των ατόμων με δείκτη νοημοσύνης κάτω από το 50 είναι μικρότερος σε σύγκριση με ανθρώπους που έχουν υψηλότερο Δ.Ν.. Η τάση αυτή εξακολουθεί να παρατηρείται και σε πιο πρόσφατες μελέτες, όσο χαμηλότερος είναι ο Δ.Ν. τόσο μεγαλύτερη είναι η απόκλιση από τα μέσο όρο της ζωής των φυσιολογικών ατόμων (Μάνος, 1997, Kaplan-Sodock, 2005 Χριστοδούλου, 2006).

#### **1.14. ΠΡΟΛΗΨΗ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ**

---

Η σημασία της πρόληψης των μειονεξιών στη σωματική και ψυχική υγεία των ατόμων με νοητική υστέρηση αποτελεί ένα σημαντικό τομέα καθώς αποτελεί επιτακτική ανάγκη γιατί είναι η μόνη δυνατότητα πραγματικής αντιμετώπισης του προβλήματος. Η αντιμετώπιση των καταστάσεων που ενδέχεται να οδηγήσουν στην εμφάνιση νοητικής υστέρησης διακρίνεται σε πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη οι οποίες περιλαμβάνουν συγκεκριμένες δράσεις που αφορούν σε βιο-ιατρικές προόδους που είναι εφαρμόσιμες, σε κοινωνικές απόψεις που πρέπει να μεταβληθούν και σε πρωτοβουλίες της πολιτείας που πρέπει να ληφθούν (Κονταξακης και συν., 2005).

Ειδικότερα η πρόληψη περιλαμβάνει:

1. **Πρωτογενής Πρόληψη:** περιλαμβάνει την επιμόρφωση του γενικού πληθυσμού, ώστε να επιτευχθεί η ενημέρωση του κοινού για τους παράγοντες που ευνοούν τη νοητική καθυστέρηση, προγεννητικός έλεγχος και λεπτομερής ενημέρωση της μέλλουσας μητέρας για τα απαραίτητα μέτρα υγιεινής που πρέπει να λαμβάνει, κατάλληλη νεογνική ιατρική φροντίδα, μείωση των κρουσμάτων παραμέλησης και κακοποίησης των παιδιών. Επίσης, περιλαμβάνει τις εξής δραστηριότητες την ενημέρωση του κοινού για κινδύνους από τον αλκοολισμό, τη χρήση ναρκωτικών ουσιών, το AIDS, χρήση απαραίτητης διατροφής σε άτομα που πάσχουν από ενζυμικές νόσους (π.χ. φαινυλκετονουρία), την γενετική καθοδήγηση σε άτομα που έχουν ήδη στο οικογενειακό τους περιβάλλον ένα άτομο με νοητική υστέρηση, τον εμβολιασμό για ιλαρά και ερυθρά, την αποφυγή επαφής της

μέλλουσας μητέρας με γάτες για την αποφυγή του κινδύνου της τοξοπλάσμωσης. Αλλά και την πραγματοποίηση προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής για την βελτίωση των συνθηκών κακής διαβίωσης και διατροφής παιδιών, την καλύτερη προγεννητική και περιγεννητική φροντίδα, την αύξηση του ενδιαφέροντος για την ευημερία των παιδιών.

2. **Δευτερογενής Πρόληψη:** Η δευτερογενής πρόληψη περιλαμβάνει τον έγκαιρο προγεννητικό έλεγχο μέσω απαραίτητων τεχνικών όπως η αμνιοπαρακέντηση την έγκυρη διάγνωση, όλων των νεογνών για μεταβολικά νοσήματα, ώστε να μειωθεί η πορεία της νόσου όπου ενδείκνυται - συνήθως στις μεγαλύτερες ηλικίες μελλουσών μητέρων από 32 ετών και πάνω. Επίσης, περιλαμβάνει τον εντοπισμό εμβρύων με χρωμοσωμικά νοσήματα (π.χ. σύνδρομο Down, σύνδρομο εύθραυστου X χρωμοσώματος) και τον έλεγχο της α-πρωτεΐνης στον ορό του αίματος της μητέρας για την ανίχνευση εμβρύων πασχόντων από σύνδρομο Down ή δισχιδή ράχη.
3. **Τριτογενής Πρόληψη:** περιλαμβάνει την υποστήριξη της οικογένειας και του παιδιού, με την παροχή των υπηρεσιών και την εφαρμογή προγραμμάτων πρώιμης παρέμβασης, δηλαδή ειδικής εκπαίδευσης, επαγγελματικής αποκατάστασης και ψυχολογικής υποστήριξης. Ενημέρωση μειονεκτούντων οικογενειών σε επίπεδο οικονομικό και μορφωτικό μέσω της κινητοποίησης του δικτύου υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας. Αυτά τα μέτρα είναι δυνατόν να περιορίσουν τις μακροχρόνιες δυσμενείς επιπτώσεις της νοητικής υστέρησης (Κάκουρος- Μανιαδάκη, 2006, Kaplan-Sadock, 2005, Χριστοδούλου, 2006).

### **1.15. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΥΣΤΕΡΗΣΗΣ**

---

Η θεραπευτική προσέγγιση των ατόμων με νοητική υστέρηση περιλαμβάνει τις κατάλληλες παρεμβάσεις ώστε να αντιμετωπιστεί η συννοσηρότητα των πολλαπλών σωματικών και ψυχιατρικών διαταραχών. Η θεραπευτική αντιμετώπιση των ατόμων με νοητική υστέρηση περιλαμβάνει την δημιουργία των κατάλληλων εκπαιδευτικών προγραμμάτων που να στοχεύουν στην πλήρη ανάπτυξη και εξέλιξη του νοητικού δυναμικού και των γνωστικών δεξιοτήτων των ατόμων. Βέβαια, για να γίνουν πράξη τα προγράμματα

αυτά απαιτείται η συντονισμένη συνεργασία του ατόμου, της οικογένειας και των επαγγελματιών υγείας (Kaplan-Sadock, 2005, Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2004).

Ειδικότερα, ένα θεραπευτικό πλαίσιο αντιμετώπισης μπορεί να περιλαμβάνει:

1. **Αγωγή σε ειδικές σχολικές μονάδες.** Η αγωγή σε ειδικές σχολικές μονάδες που είναι ενταγμένες στην κοινότητα και στο οικείο περιβάλλον του νοητικά υστερημένου ατόμου είναι ιδιαίτερα ωφέλιμη. Η αποφυγή του εγκλεισμού σε δομές μακράς νοσηλείας (ιδρύματα) είναι απαραίτητο να μην αποτελεί την πρώτη επιλογή καθώς έχει καταστροφικά αποτελέσματα. Όμως, σε περίπτωση που απαιτηθεί οι γονείς θα πρέπει να είναι προετοιμασμένοι να αντιμετωπίσουν δύσκολες αναφορικά με το στιγματισμό, την απομόνωση και την κοινωνική απόρριψη των νοητικά υστερημένων παιδιών τους.
2. **Έγκαιρη παρέμβαση.** Η έγκαιρη και έγκυρη παρέμβαση από τη νηπιακή ηλικία αποφέρει περισσότερα θετικά αποτελέσματα καθώς η συστηματική εκπαίδευσης σε παιδιά προσχολικής ηλικίας με νοητική υστέρηση βοηθά στην περαιτέρω ανάπτυξη και εξέλιξη δεξιοτήτων τόσο της ομιλίας όσο και της επικοινωνίας, της αυτοεξυπηρέτησης και της κοινωνικής προσαρμογής καθώς απαιτείται περισσότερος χρόνος για να κατακτήσουν εμπειρίες που τα φυσιολογικά παιδιά της ηλικίας τους κατέχουν.
3. **Εκμάθηση τρόπων αυτοεξυπηρέτησης.** Η εκπαίδευση τρόπων αυτοεξυπηρέτησης μέσα από δραστηριότητες καθημερινής ζωής σε ελαφρές, μέτριες και βαρείες μορφές νοητικής υστέρησης από μια διεπιστημονική ομάδα που να περιλαμβάνει ιατρικό, παραϊατρικό και εκπαιδευτικό προσωπικό (ιατρών, φυσιοθεραπευτών, λογοθεραπευτών, κοινωνικών λειτουργών ειδικού εκπαιδευτικού προσωπικού κ.ά.).
4. **Εφαρμογή συμπεριφορικών τεχνικών** για την εκπαίδευση των ατόμων με νοητική υστέρηση για τη μείωση των ανεπιθύμητων μορφών συμπεριφοράς.
5. **Παροχή συμβουλών για ειδική διαιτητική αγωγή.**
6. **Προσεκτική και ολοκληρωμένη κλινική εκτίμηση και των σωματικών και των ψυχικών – ψυχοκοινωνικών προβλημάτων.**
7. **Φαρμακοθεραπεία.** Η φαρμακοθεραπεία βοηθά στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών και γίνεται χρήση πολλαπλών φαρμακευτικών σκευασμάτων όπως αντιεπιληπτικά, μείζονα και ελάσσονα ηρεμιστικά, αντικαταθλιπτικά, σταθεροποιητικά του συναισθήματος και διεγερτικά που χορηγούνται με απόλυτη

προσοχή από τον θεράπων ιατρό όταν κρίνει ότι υπάρχουν οι απαραίτητες ενδείξεις.

8. **Ψυχολογική υποστήριξη και συστηματική συμβουλευτική ατόμου και του οικογενειακού περιβάλλοντός του.** Η οικογένεια πρέπει να έχει ενεργό συμμετοχή στην όλη διαδικασία της θεραπευτικής αντιμετώπισης και την ενημέρωση των γονέων για τις δυσκολίες που θα αντιμετωπίσουν στη μακρά πορεία της ανατροφής του παιδιού με νοητική υστέρηση. Εδώ χρησιμοποιείται η ομαδική και ατομική ψυχοθεραπεία, η οποία επιλέγεται πιο συχνά στην αντιμετώπιση νοητικά υστερημένων εφήβων. Η ατομική ψυχοθεραπεία προσαρμόζεται στις δυνατότητες του κάθε ατόμου ώστε να το ενισχύσει και να το καταστήσει ικανό να κατανοήσει την προσωπικότητά του. Ακόμη, η συμβουλευτική των γονέων είναι πολύ σημαντική και τροποποιείται ανάλογα με την αναπτυξιακή κατάσταση του μέλους της οικογένειάς τους. Κατά την βρεφική και προσχολική ηλικία, οι γονείς απαιτείται να καθοδηγούνται ώστε να μπορούν να προσφέρουν στο παιδί τα ερεθίσματα ώστε να αναπτύξει την δεξιότητα του λόγου και να κατακτήσει αναπτυξιακούς στόχους όπως προσοχή, κοινωνικοποίηση και στοιχειώδη αυτοεξυπηρέτηση. Στη σχολική ηλικία, οι γονείς εκπαιδεύονται ώστε να μπορούν να παιδαγωγήσουν σωστά το παιδί ώστε να αποκτήσει τις κύριες σχολικές γνώσεις και να μπορεί να συμμετέχει και να προσαρμόζεται στο κοινωνικό του περιβάλλον. Στην εφηβεία οι γονείς αναπτύσσουν ισχυρές ανησυχίες καθώς πρέπει να έχουν προετοιμάσει το παιδί ώστε να έχει κατακτήσει ένα επίπεδο ανεξαρτησίας που ως νεαρός ενήλικας με νοητική υστέρηση θα πρέπει να ανταπεξέλθει ακόμα και σε ένα εργασιακό περιβάλλον (Ramey et al., 1996, Ιεροδιάκονου και συν., 1998, Κονταξάκης και συν., 2005).



## 2.1. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ

---

### 2.1.1. ΕΝΝΟΙΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑΣ

---

Η έννοια της σεξουαλικότητας έχει απασχολήσει πολλούς συγγραφείς. Η σεξουαλικότητα εννοιολογικά εσωκλείει τις βιολογικές ενορμήσεις που προέρχονται από την αναπαραγωγική φύση κάθε ανθρώπου. Ειδικότερα, ο Freud, σημείωσε πως η σεξουαλικότητα είναι έμφυτη ενόρμηση και παρουσιάζεται ακόμα από τους πρώτους μήνες της ζωής κάθε ατόμου και σταθεροποιείται στην εφηβική ηλικία. Η πρώτη εξωτερίκευση της σεξουαλικότητας παρατηρείται ακόμη από τη βρεφική ηλικία μέσα από ψυχοσωματικές εκφάνσεις, όπως για παράδειγμα ο θηλασμός και η επαφή με το σώμα της μητέρας. Επίσης, ο Freud, παρουσίασε δύο κύρια ένστικτα στον άνθρωπο, το ερωτικό και το ένστικτο της αυτοσυντήρησης. Το ερωτικό ένστικτο περικλείει την αυτοερωτική – ναρκισσιστική σχέση και τη σχέση αγάπης για κάποιο άλλο άτομο (Κρεατσάς, 2003).

Η σεξουαλικότητα ως λέξη παρουσιάστηκε στην αγγλική γλώσσα, πριν από πολλά έτη και παρουσίαζε με ένα τεχνικό και αυστηρό τρόπο την διάκριση μεταξύ θηλυκού και αρσενικού. Ακόμη, τον 18<sup>ο</sup> αιώνα, η ετυμολογική έννοια της σεξουαλικότητας έγινε ευρύτερη και εκτός από την διαφοροποίηση του φύλου παρουσίαζε την αναπαραγωγική διεργασία και τα ανθρώπινα συναισθήματα. Επίσης, το 19<sup>ο</sup> αιώνα, η σεξουαλικότητα άρχισε να χρησιμοποιείται ως ουσιαστικό και μέχρι τα τέλη του οι εκφράσεις πέρασαν από την αναπαραγωγή και στην σεξουαλική ικανοποίηση. Σήμερα, ευρύτερα χρησιμοποιείται ο όρος «σεξ» αλλά και ο όρος «σεξουαλικότητα» που περιλαμβάνει ψυχολογικές και πολιτιστικές εκφράσεις της ανθρώπινης σεξουαλικής συμπεριφοράς, όπως:

1. **Αγάπη,**
2. **Αμοιβαία ανταπόδοση,**
3. **Ανάγκη ανθρώπων για αγάπη και προσωπική ολοκλήρωση**
4. **Ανατομία και η φυσιολογία των δύο φύλων,**
5. **Αντίδραση στον ανδρισμό και τη θηλυκότητα,**
6. **Απόρριψη,**
7. **Απώλεια,**
8. **Αυτοεκτίμηση,**
9. **Βιολογική αναπαραγωγή του ανθρώπου,**

10. **Βιολογικοί μηχανισμοί παραγωγής σπέρματος και ωαρίων,**
11. **Γνώση για τον ανδρισμό ή τη θηλυκότητα του εαυτού και του συντρόφου**
12. **Εγκυμοσύνη,**
13. **Ζήλια,**
14. **Ικανοποίηση,**
15. **Μοναχικότητα,**
16. **Οικειότητα,**
17. **Πόθος,**
18. **Σεξουαλική διέγερση,**
19. **Στοργή,**
20. **Συντροφικότητα**
21. **Χαρά** (Αντωνοπούλου, 1997).

Επίσης, στη σύγχρονη εποχή έχει αποτελέσει σημαντική ενασχόληση η έρευνα για την ανθρώπινη σεξουαλικότητα. Η σεξουαλικότητα έχει χαρακτηριστεί ως κοινωνικό φαινόμενο και μαρτυρά την σεξουαλική έλξη μέσα στις ανθρώπινες σχέσεις και επιδρά σε όλο το φάσμα της ανθρώπινης ζωής, στις συμπεριφορές και στις στάσεις. Έτσι, η έρευνα για τη σεξουαλικότητα είναι ικανή να διασαφηνίσει τη σεξουαλική συμπεριφορά αλλά και την κοινωνική αποδοχή της και να οδηγήσει σε θετική αντίληψη γι' αυτήν. Πιο συγκεκριμένα οι αιτίες που οδηγούν στην ενασχόληση και τη μελέτη της σεξουαλικότητας είναι οι εξής:

1. **Αναγνώριση αρνητικών στοιχείων που απειλούν τις ανθρώπινες σεξουαλικές σχέσεις όπως η εκμετάλλευση, η εξάρτηση και η ζήλια,**
2. **Απόκτηση τεκμηριωμένης γνώσης της ανθρώπινης σεξουαλικότητας,**
3. **Αποτίμηση σεξουαλικών ερευνών,**
4. **Αποφυγή σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων,**
5. **Βελτίωση ανθρώπινης επικοινωνίας και ανταλλαγή απόψεων για σεξουαλικά θέματα (ανατομίας, φυσιολογίας, συναισθήματος) με άνετο και ελεύθερο τρόπο εφόσον θα είναι απαλλαγμένες από το ανεπαρκές λεξιλόγιο, τους συναισθηματικούς συνειρμούς και το άγχος που θα διευκολύνει τη μετάδοση πληροφοριών για την σεξουαλικότητα,**
6. **Διαμόρφωση θετικής αντίληψης του εαυτού στη σεξουαλική διαδικασία που αυξάνει την αυτοεκτίμηση, μειώνει τα αισθήματα ενοχής ή ανησυχίας, τα σεξουαλικά προβλήματα, τα αισθήματα σεξουαλικής ανεπάρκειας και σεξουαλικής αποτυχίας,**

7. Διασαφήνιση σεξουαλικών αξιών – ηθικής – θρησκευτικών πεποιθήσεων και αποσαφήνιση σεξουαλικών ανησυχιών αναφορικά με τις σεξουαλικές σχέσεις, τη μονογαμικότητα και την αυτοϊκανοποίηση,
8. Έλεγχος γονιμότητας για τη μεγιστοποίηση των δυνατοτήτων σύλληψης και τις μεθόδους αντισύλληψης τη μείωση ανεπιθύμητων εγκυμοσύνων,
9. Κατανόηση αιτιών και επίλυση προβλημάτων σεξουαλικής ανταπόκρισης,
10. Νομιμοποίηση σεξουαλικής ικανοποίησης μέσα από την αποδοχή των σεξουαλικών αντιδράσεων, αναγκών και προτιμήσεων,
11. Προετοιμασία για μητρότητα – πατρότητα και σεξουαλική διαπαιδαγώγηση παιδιών (Αντωνοπούλου, 1997).

### **2.1.2. ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ**

---

Ο εγκέφαλος ρυθμίζει την σεξουαλική συμπεριφορά του κάθε ανθρώπου. Η περιοχή του εγκεφάλου που δραστηριοποιείται περισσότερο είναι ο υποθάλαμος που ελέγχει την πρόσθια υπόφυση καθώς απελευθερώνει ορμόνες που την διεγείρουν, η οποία απελευθερώνει ξανά ορμόνες ανάλογα με το φύλο – οιστρογόνα (οιστραδιόλη) στις γυναίκες και τεστοστερόνη στους άνδρες – που επηρεάζουν τα γεννητικά όργανα, ωοθήκες και όρχεις αντίστοιχα. Τέλος, αυτές οι σεξουαλικές ορμόνες δρουν στον υποθάλαμο και προκαλούν την έντονη εκδήλωση της σεξουαλικής συμπεριφοράς (Βαϊδάκης, 2005).

Βέβαια πρέπει να σημειωθεί πως έρευνες για τις περιοχές του εγκεφάλου που επηρεάζουν την ανθρώπινη σεξουαλική συμπεριφορά δεν δίδουν πολλά σαφή αποτελέσματα τα οποία, μάλιστα, θεωρούνται αμφιλεγόμενα. Βέβαια, έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε ποντίκια έχουν αναδείξει πως ο ερεθισμός του προσθίου κοιλιοπλάγιου υποθαλάμου προκαλεί στυτική λειτουργία, ο ερεθισμός της έσω προσθιοεγκεφαλικής δεσμίδας προκαλεί εκσπερμάτιση και ο ερεθισμός του προσθίου υποθαλάμου προκαλεί τη συνολική συμπεριφορά της σεξουαλικής δραστηριότητας (συνουσία με εκσπερμάτιση). Περισσότερα ευρήματα για διαφοροποίηση στον ανθρώπινο εγκέφαλο πραγματοποίησε ο LeVay (1991) ο οποίος επεσήμανε το μεσεγκεφαλικό πυρήνα INAH 3 (Interstitial Nuclei of Anterior Hypothalamus 3), το οποίο συσχέτισε με την έκφραση της σεξουαλικής δραστηριότητας. Ο παρακάτω Πίνακας 2.1. παραθέτει τρεις έρευνες των Swaab & Fliers, 1985, Allen et al, 1989 και LeVay, 1991 (Βαϊδάκης, 2005).



**Πίνακας 2.1.** Εγκεφαλικές περιοχές (υποθαλαμικοί πυρήνες) που συνδέονται με τη σεξουαλική συμπεριφορά

Ερευνητές	ΙΝΑΗ* I	ΙΝΑΗ 2	ΙΝΑΗ 3	ΙΝΑΗ 4
Swaab & Fliers, 1985	Ευρύτερος στους άνδρες	Δεν υπάρχουν μελέτες	Δεν υπάρχουν μελέτες	Δεν υπάρχουν μελέτες
Allen et al, 1989	Χωρίς διαφορές στα δύο φύλα	Ευρύτερος στους άνδρες από ότι σε μερικές γυναίκες	Ευρύτερος στους άνδρες	Χωρίς διαφορές στα δύο φύλα
LeVay, 1991	Χωρίς διαφορές στα δύο φύλα	Χωρίς διαφορές στα δύο φύλα	Ευρύτερος στους ετεροφυλόφιλους άνδρες απ' ότι στις γυναίκες ή στους ομοφυλόφιλους	Χωρίς διαφορές στα δύο φύλα

Πηγή: Βαϊδάκης, 2005, 33

### 2.1.3. ΣΤΑΔΙΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΥΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑ FREUD

Τα στάδια της σεξουαλικότητας κατά τον Freud ο οποίος ανέδειξε την ψυχοσεξουαλική ωρίμανση του ανθρώπου είναι η εξής:

1. **Στοματικό Στάδιο.** Μέσω του στοματικού σταδίου ο άνθρωπος έρχεται για πρώτη φορά σε επαφή με την αυτοσυντήρηση μέσω του θηλασμού η οποία ταυτόχρονα αποτελεί και την αρχική έκφραση σεξουαλικού αισθήματος.
2. **Πρωκτικό Στάδιο.** Όταν ο άνθρωπος μέχρι την ηλικία των 3 – 4 ετών κατακτά τον έλεγχο των σφιγκτήρων. Εδώ, η πρωκτική αυτοερωτική σεξουαλική έκφραση κάνει την εμφάνισή της και το αντικείμενο της επιθυμίας κατευθύνεται στο ίδιο το σώμα.
3. **Φαλλικό Στάδιο.** Το στάδιο αυτό κατακτάται από τον άνθρωπο μεταξύ 3<sup>ου</sup> και 7<sup>ου</sup> έτους, όπου βιώνει ικανοποίηση από την αναζήτηση και εξέταση των γεννητικών οργάνων και από την παρακολούθηση των ανομοιοτήτων των δύο φύλων. Εδώ, σταματά η αυτοερωτική επιθυμία και εξελίσσεται σε ερωτική έλξη για το άλλο φύλο που μάλιστα αντικατοπτρίζεται προς τον έναν από τους δύο γονείς.
4. **Στάδιο Λανθάνουσας Σεξουαλικότητας.** Το στάδιο αυτό κατακτάται από τον άνθρωπο μεταξύ 6<sup>ου</sup> και 11<sup>ου</sup> έτους, το οποίο χαρακτηρίζεται από ήρεμη

σεξουαλική έκφραση καθώς αναπτύσσει φιλικές σχέσεις και εστιάζει το ενδιαφέρον του στις κοινωνικές σχέσεις του (Κρεατσάς, 2003).

## 2.2. ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

---

Η ανάπτυξη της σεξουαλικότητας και των στοιχείων που την προσδιορίζουν όπως ο ρόλος του φύλου, η συμπεριφορά του φύλου, οι στάσεις των ανθρώπων και του κοινωνικού περιβάλλοντος για τη σεξουαλική ανάπτυξη απαιτείται να περιγραφεί με βάση το κριτήριο της ηλικίας (Κακαβούλης, 1995). Η σεξουαλική ανάπτυξη εκφράζεται μέσα από τις σεξουαλικές εμπειρίες που για κάθε άνθρωπο ξεκινούν από τη γέννησή του και εξελίσσονται σε όλη του τη ζωή (Αντωνοπούλου, 1997).

Παρακάτω, θα πραγματοποιηθεί μια σκιαγράφηση του ηλικιακού διαγράμματος της σεξουαλικής ανάπτυξης:

1. **Προγεννητική.** Η σεξουαλική αγωγή ξεκινά από την αγωγή και την προετοιμασία των γονέων για την δημιουργία οικογένειας. Οι στάσεις των γονέων για την σεξουαλική συμπεριφορά διαμορφώνουν την παιδεία μιας ευμενής προθυμίας και αντίληψης για την σεξουαλικότητα των παιδιών τους. Εδώ, οι γονείς δεν θα πρέπει να είναι επιφορτισμένοι από διαφορετικές διαθέσεις ανάλογα με το φύλο του παιδιού τους καθώς η την αρχή της ισότητας των δύο φύλων θα πρέπει να χαρακτηρίζει την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση που θα ακολουθήσουν στο μέλλον (Κακαβούλης, 1995).
2. **Βρεφική.** Η βρεφική ηλικία αποτελεί μια ηλικιακή κατηγορία που ξεκινά από τον τοκετό μέχρι και τους 18 μήνες της ζωής ενός ατόμου. Τα βρέφη μπορούν να χαρακτηριστούν ως «σεξουαλικά» καθώς έχει παρατηρηθεί στυτική λειτουργία στα αγόρια και κολπική ύγρανση στα κορίτσια ακόμη και 24 ώρες μετά τον τοκετό, αλλά και άλλα χαρακτηριστικά γνωρίσματα όπως οι ρυθμικές κινήσεις του σώματος και η εξερεύνηση του σώματος. Ο ρόλος των γονέων είναι απόλυτα σημαντικός και συνίσταται στις εξής εκφάνσεις:
  - Ο ρόλος των γονέων είναι σημαντικός καθώς η φροντίδα που παρέχουν συντελεί στη συναισθηματική και διανοητική ανάπτυξη των παιδιών. Πρακτικές αντίθετες όπως οι μη σωστές σχέσεις μεταξύ γονέων και παιδιού, η στέρηση ασφάλειας οδηγούν σε ανάπτυξη συναισθημάτων ανασφάλειας,

εξαρτημένης συμπεριφοράς και ανικανοποίητης επιζήτησης στοργής που μάλιστα έχουν συνδεθεί με την μη «κατάλληλη» σεξουαλική συμπεριφορά στην φάση της εφηβείας και της ενηλικίωσης (Αντωνοπούλου, 1997)

- Ο ρόλος των γονέων είναι ακόμη πιο σημαντικός αναφορικά με την αποδοχή της σεξουαλικής και αισθησιακής συμπεριφοράς των βρεφών η οποία θα βοηθήσει στο μέλλον ώστε στην εφηβεία να αντιμετωπίσουν την σεξουαλικότητα χωρίς ενοχικά συναισθήματα και ανησυχίες. Ενώ, εναντιώσεις και κυρώσεις σχετικά με την σεξουαλική έκφραση των βρεφών (άγγιγμα γεννητικών οργάνων ή σώματος) είναι δυνατό να επηρεάσουν τα συναισθήματα του παιδιού για την εικόνα του σώματος του και να οδηγήσουν σε παρόμοια συμπεριφορά στη μελλοντική εφηβική και ενήλικη ζωή (Αντωνοπούλου, 1997).
- Ο ρόλος της μητέρας αναδεικνύεται, μάλιστα, η συμβολή της προσήλωσης του παιδιού στη μητέρα στα τρία πρώτα έτη της ζωής του, κατά τον Freud, συνιστά την πρώτη και ισχυρότερη σχέση αγάπης που αποτελεί πρότυπο για όλες τις μελλοντικές σχέσεις, βέβαια, η μητέρα πρέπει να εκπαιδεύσει το παιδί της ώστε να αναπτύξει μια σχετική ανεξαρτησία και δεξιότητα ώστε να αναπτύσσει σωστές διαφυλικές σχέσεις (Κακαβούλης, 1997).
- Η μητέρα πρέπει να προσέξει ιδιαίτερα τον απογαλακτισμό του παιδιού καθώς αποτελεί μια επίπονη διαδικασία στην διάρκεια της οποίας το βρέφος βιώνει το στοματικό στάδιο της ψυχοσεξουαλικής του ανάπτυξης κατά τον Freud, και θα πρέπει να πραγματοποιηθεί με όσο το δυνατό λιγότερο αδέξιο τρόπο, διαφορετικά το βρέφος θα αναπτύξει συμπεριφορές υποκατάστασης του μητρικού στήθους με ένα μέρος του σώματος του (π.χ. τον αντίχειρα), υπερκινητικότητα, ευαισθησία, απληστία, στοματική καθήλωση (πιπίλισμα δακτύλου, δάγκωμα, μασούλισμα) και μη αποδοχή αποχωρισμού των γονέων για ένταξη στο σχολικό ή κοινωνικό περιβάλλον (Μαντζιάφου – Κανελλοπούλου, 2009).
- Οι γονείς πρέπει να εκπαιδεύσουν το βρέφος στον αυτοέλεγχο των σφιγκτήρων για την αποβολή των περιττωμάτων και στην εξέλιξη ικανοτήτων αυτοεξυπηρέτησης και προσωπικής υγιεινής, που κατά τον Freud, συσχετίζονται με το πρωκτικό στάδιο ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης (Κακαβούλης, 1995).

3. **Προσχολική.** Στη ηλικιακή αυτή φάση το παιδί αναζητά να ανακαλύψει διερευνητικά τη γενετήσια περιοχή και να πληροφορηθεί για την ανατομία του σώματός του και για τις ανομοιότητες των δύο φύλων. Σε ορισμένα παιδιά παρατηρείται ζήλος προς τον ετερόφυλο γονέα ως εκδήλωση της αναγκαιότητας ταύτισης της προσωπικότητάς του με γνωρίσματα του αντίθετου φύλου, εκδήλωση αυτοερωτισμού και αυτοϊκανοποίησης και απόπειρα για κάποιου είδους σεξουαλική επαφή που φανερώνει περιέργεια αποτελούν πολύ «λεπτά» θέματα ως προς τον χειρισμό τους καθώς τραυματικές εμπειρίες, επιπλήξεις και ποινές σε αυτή την φάση μπορούν να οδηγήσουν σε επηρεασμό της σεξουαλικής συμπεριφοράς στο μέλλον (σύμπλεγμα ευνουχισμού, οπισθοδρόμησης, αποτυχίας, φόβου, ντροπής κ.ά.). Εδώ, η ήρεμη στάση αποδοχής, των γονέων σε αρμονία με τη φυσικότητα της διάθεσης εξερεύνησης του παιδιού, είναι πιθανό να έχει πιο θετικά αποτελέσματα σε αντίθεση με την ενόχληση όταν αντιλαμβάνονται κάποια σεξουαλική δραστηριοποίηση στοιχείο που αποτελεί αποτέλεσμα προκατάληψης, τυποποιημένης κοινωνικής αγωγής των δυτικών πολιτισμικών προτύπων που διαχωρίζουν την αναπαραγωγή από τη σεξουαλική δραστηριότητα (Αντωνοπούλου, 1997). Επίσης, τα παιδιά προσχολικής ηλικίας αποκτούν μια σαφή σεξουαλική ταυτότητα και επιζητούν ενημέρωση για την σεξουαλικότητα και έχουν αναζητήσεις σχετικά με την γέννηση των παιδιών και την σεξουαλική επαφή των γονέων. Εδώ, οι γονείς και οι παιδαγωγοί πρέπει να υπομονετικοί, καλοί ακροατές και να εξασφαλίζουν στα παιδιά ένα πλαίσιο ασφάλειας, στοργής και εμπιστοσύνης απαντώντας στα ερωτήματά τους με φυσικό, απλό, πραγματικό τρόπο ανάλογο του γνωστικού τους επιπέδου αλλά και των ιδίων. Οι απαντήσεις σε παιδί αυτής της ηλικίας πρέπει να είναι απλές, σωστές, καθησυχαστικές και να περιορίζονται στην ερώτηση που τίθεται από το ίδιο (Τσαρμακλής, 2007). Οι αναζητήσεις των παιδιών προσχολικής ηλικίας έχουν να κάνουν και με την έκφραση του φύλου τους, της συμπεριφοράς που αυτό συνεπάγεται και του ρόλου τους, στοιχεία που πρέπει να ενισχύονται από τους γονείς ώστε να αναδεικνύονται τα ψυχοφυσικά χαρακτηριστικά του φύλου (Κακαβούλης, 1995).
4. **Παιδική (Σχολική).** Κατά την διάρκεια της παιδικής ηλικίας που χαρακτηρίζεται και ως σχολική το παιδί διέρχεται από μια φάση «λανθάνουσας σεξουαλικότητας» και αναζητά απαντήσεις σε ερωτήσεις αναφορικά με την

σεξουαλικότητα που αυτή την φορά είναι πιο στοχευμένες καθώς έχει την ανάγκη να πληροφορηθεί για τη δημιουργία του εμβρύου, την ένωση σπερματοζωαρίου - ωαρίου, τον τρόπο της σεξουαλικής δραστηριότητας των γονέων και άλλων, που αποτελούν φυσιολογικές εκφράσεις της συγκεκριμένης λογικής που κατέχουν μέχρι στιγμής η οποία μάλιστα το καθιστά ικανό να κατανοεί δύσκολες έννοιες αναφορικά με το φύλο, την ανατομία του σώματος, την γενετήσια λειτουργία και τις ανθρώπινες και διαφυλικές σχέσεις και την ισοτιμία των δύο φύλων (Κακαβούλης, 1995). Η πληροφόρηση του παιδιού, σε αυτή την ηλικία, προχωρά σε περισσότερες λεπτομέρειες που περιλαμβάνουν περιγραφές, επεξηγήσεις και αναλύσεις για τις διαφυλικές σχέσεις, η οποία θα πρέπει να πραγματοποιείται με απλό και φυσικό τρόπο σε ένα κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης και σεβασμού για ανθρώπινες σχέσεις με παράλληλη ενθάρρυνση απασχόληση με δημιουργικές δραστηριότητες, το σχολείο και το παιχνίδι. Εδώ θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή των γονέων και των παιδαγωγών σε περιπτώσεις ψυχοσωματικών εκδηλώσεων (αυνανισμός, σεξουαλική ερευνητικότητα, ερωτικά παιχνίδια) που αποτελούν μηχανισμούς άμυνας του παιδιού και μαρτυρούν την προσπάθειά του να διαφύγει κάποιας πίεσης (Mandic, 1985). Επίσης, είναι σημαντικό οι γονείς και οι παιδαγωγοί να ανταποκρίνονται στο παιδί με απλό και ειλικρινή τρόπο χωρίς να αναλώνονται σε λεπτομερειακές και επιστημονικές συζητήσεις και να αποδίδουν χροιά σεξουαλικής φύσης στις ερωτήσεις του παιδιού. Επειδή το παιδί δεν μπορεί να αντιληφθεί ότι η ανταπόκριση των γονέων και των παιδαγωγών δεν έχει σχέση με το ίδιο συγγέουν μια παράξενη αντίδρασή τους με την φύση της ερώτησής τους με αποτέλεσμα να την επαναλαμβάνουν και να τους προκαλούν άγχος και αμηχανία. Κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας το παιδί εκφράζει έντονα συναισθήματα προς τους γονείς του αντίθετου φύλου στοιχείο που πολλές φορές προκαλεί ανησυχία καθώς είναι δυνατό να συνοδεύονται από σωματικές εκδηλώσεις όπως φιλία και αγκαλιές που αποτελούν κωδικοποιημένες εκφάνσεις της σεξουαλικής τους συμπεριφοράς μεταξύ των παιδιών. Επίσης, οι σχέσεις που αναπτύσσει το παιδί στη σχολική μονάδα με τους συνομηλίκους του άλλου φύλου περικλείουν εκφράσεις ερωτικών συναισθημάτων όπως βλέμματα, χαμόγελα, αγκαλιάσματα και εκδηλώσεις στοργής καθώς η έλξη συγγέεται με την συμπάθεια προς κάποιο άλλο παιδί. Έτσι, απαιτείται αυτή η περίοδος σύγχυσης να υπερκεραστεί μέσω της ειλικρινούς πληροφόρησης από το σπίτι και το

σχολείο, ώστε το παιδί να μην παγιώσει λανθασμένους συνειρμούς. Προς το τέλος της παιδικής ηλικίας, λίγο πριν την εφηβεία, ένας αριθμός παιδιών (5%) έχει ετεροφυλοφιλικές σεξουαλικές σχέσεις καθώς η σεξουαλική διάθεση αυξάνεται και λαμβάνει τη μορφή ερωτικού παιχνιδιού, αλλά και ο αυτοερωτισμός ο οποίος όμως δεν επιφέρει βλαπτικά αποτελέσματα στη σωματική υγεία, συναισθηματικό πρόβλημα ή σύγχυση σεξουαλικού προσανατολισμού, αντίθετα λειτουργεί θετικά καθώς το παιδί αποκτά αυτοαντίληψη και σεβασμό για το σώμα του και το σώμα των άλλων. Όλα αυτά ίσως να ανησυχήσουν τους γονείς οι οποίοι πρέπει να συζητούν με το παιδί και να το κατευθύνουν (Αντωνοπούλου, 1997).

5. **Προεφηβεία.** η προεφηβεία αποτελεί την κατάλληλη ηλικία για την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και ειδικά τα 8 έως 12 έτη. Σε αυτή την ηλικία το παιδί επιθυμεί να αποκομίσει πολλές πληροφορίες αναφορικά με την σωματική ανάπτυξη και την διαδικασία της αναπαραγωγής και της γέννησης ενός παιδιού. Εδώ ένας επαγγελματίας υγείας (πχ. παιδίατρος), οι παιδαγωγοί και οι γονείς πρέπει με σοβαρότητα να προσφέρουν εμπειριστατωμένες απαντήσεις χωρίς διάθεση εμπαιγμού ώστε να οικοδομήσουν σχέσεις εμπιστοσύνης με το παιδί που θα επιτρέψει και περαιτέρω ενημέρωση σε σεξουαλικά θέματα όταν ζητηθεί από το παιδί (Τσαρμακλής, 2007). Σε αυτή την ηλικιακή φάση, ενώ η εξερεύνηση της σεξουαλικότητας είναι σημαντική, η έντονη κοινωνική δραστηριοποίηση είναι έκδηλη και πολλές φορές υποσκάπτει την σεξουαλικότητα. Το παιδί αναπτύσσει κοινωνικούς δεσμούς με φίλους τους οποίους θεωρεί και πολύ σημαντικούς με τους οποίους αναπτύσσουν μια επικοινωνία και έτσι απαγκιστρώνονται από την οικογενειακή εξάρτηση. Εδώ, η στάση των γονέων είναι σημαντική καθώς θα πρέπει να αποδέχονται μια τέτοια συμπεριφορά και δεν πρέπει να εκδηλώνουν συναισθήματα απόρριψης ώστε να οδηγήσουν το παιδί τους σε ενοχές. Επίσης, οι εκδηλώσεις σεξουαλικής συμπεριφοράς είναι έκδηλες, καθώς οι κοινωνικές σχέσεις το επιτάσσουν μέσα από ομαδικά ραντεβού και κοινωνικές συνεστιάσεις (πάρτι) με συνομηλίκους, όπως η αυτοανακάλυψη, ο αυνανισμός και ομοφυλοφιλικές πράξεις που πολλές φορές αποτελούν μια απλή εξερεύνηση του σώματος ενός φίλου ή των γεννητικών του οργάνων λόγω περιέργειας (Κρεατσάς, 2003) που δεν επηρεάζουν τον ενήλικο σεξουαλικό προσανατολισμό του παιδιού

καθώς δεν μπορεί μια τέτοια συμπεριφορά να προδικάσει έναν ενήλικο ομοφυλοφιλικό προσανατολισμό (Αντωνοπούλου, 1997).

6. **Εφηβεία.** Η εφηβεία αποτελεί το κύριο στάδιο της ετερόφυλης σεξουαλικότητας που ο έφηβος διέρχεται μιας ολικής διαφοροποίησης στο βιοσωματικό και ψυχικό τομέα καθώς βρίσκεται σε μία φάση ωρίμανση της γενετήσιας λειτουργίας που διαρκεί από τα 13 έως και τα 20 έτη (Αντωνοπούλου, 1997, Κρεατσάς, 2003). Στην εφηβεία συντελούνται φυσιολογικές αλλαγές και παράλληλα σημειώνονται συναισθηματικές αλλαγές που απορρέουν από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον του εφήβου (Αντωνοπούλου, 1997). Ο έφηβος αντιμετωπίζει δυσκολίες στην αντίληψη της εικόνας του σώματος του (εμμηνορρυσία, ανάπτυξη στήθους, αύξηση ύψους, ανάπτυξη όρχεων και πέους, ανάπτυξη εφηβικής τριχοφυΐας, αλλαγή φωνής, αλλαγή σχήματος σώματος, αύξηση μυϊκής δύναμης, δερματικά προβλήματα (ακμή)) (Αντωνοπούλου, 1997) και βιώνει έντονα ψυχικά βιώματα που πολλές φορές προέρχονται από το «ιδανικό» σωματότυπο που επιτάσσει ο κοινωνικός περίγυρος να διαθέτουν. Μάλιστα, κάποιοι έφηβοι είναι δυσαρεστημένοι από την σωματική τους ανάπτυξη και βιώνουν συναισθήματα κατωτερότητας που τους οδηγούν σε αμυντικές ή και αντιδραστικές αγχώδεις συμπεριφορές προς τους συνομήλικους αλλά και τους ενήλικους σε κοινωνικό, σχολικό και οικογενειακό περιβάλλον. Αλλά και πολλές βιοσωματικές διαφοροποιήσεις παρατηρούνται με επιπτώσεις στην ψυχολογική κατάσταση του εφήβου όπως οι εσωτερικές (αύξηση επιπέδων ορμονών, συναισθηματική αστάθεια, υπερένταση, υπερευαισθησία, νωθρότητα, φόβος και ανησυχία για τη σωματική διάπλαση και τη σεξουαλική ικανότητα) και οι εξωτερικές (εξωτερική εμφάνιση προσώπου και σώματος) που επηρεάζουν την σεξουαλικότητα και τη διαμόρφωση μιας σταθερής ψυχοσεξουαλικής ταυτότητας (Κρεατσάς, 2003). Αλλά και οι σχέσεις με το οικογενειακό περιβάλλον τείνουν να διαρραγούν καθώς ο έφηβος συνεχίζει μετά την προεφηβεία να απομακρύνεται όλο και περισσότερο από την οικογένειά του αναπτύσσοντας στοιχεία ανεξαρτησίας όμως οι γονείς πρέπει να συνεχίσουν να έχουν έναν ρόλο καθοδηγητή και να μην αισθάνονται παραγκωνισμένοι ή ότι τα απιδιά τους δεν ανταποκρίνονται στις επιθυμίες τους προς τις «πρέπουσες» σεξουαλικές συμπεριφορές. Η αποδοχή αυτής της πρόκλησης από τους γονείς αντιστοιχεί απλά με την αναμενόμενη, τυπική συμπεριφορά ενός υπεύθυνου εφήβου που ωριμάζει. Ο ρόλος των γονέων

συνίσταται στην αναθεώρηση της στάσης τους, έτσι ώστε να μπορούν να πλησιάσουν ευκολότερα τους νέους, να αντιληφθούν τα προβλήματα και τις αδυναμίες τους και στη συνέχεια να είναι σε θέση να τους μεταδώσουν τα στοιχεία της γενετησιακής αγωγής (Παρασκευόπουλος και συν., 1995). Παρ' όλα αυτά, οι έφηβοι χρειάζονται αυτή την καθοδήγηση και, επομένως, οι γονείς οφείλουν αφενός να διατηρήσουν τη δική τους ισορροπία, αφετέρου να συνεχίσουν να τους ενθαρρύνουν (Αντωνοπούλου, 1997). Βέβαια, η εφηβεία αποτελεί μια δύσκολη ηλικιακή περίοδο που ο έφηβος αναζητά τη συστηματική σεξουαλική αγωγή και ενδιαφέρεται να αποκτήσει γνώσεις για τη γενετήσια λειτουργία, την ερωτική έλξη και τις σεξουαλικές σχέσεις των δύο φύλων. Εδώ, η ενημέρωση πραγματοποιείται με επιστημονική τεκμηρίωση με απλό και σοβαρό τρόπο και παρουσίαση των διαστάσεων της σεξουαλικής ζωής (βιοσωματική, ψυχολογική, κοινωνική, ιατρική, ηθική και θρησκευτική) ώστε να προκύψουν απαντήσεις σε θέματα της γενετήσιας ορμής, της αυτορρύθμισης της σεξουαλικής συμπεριφοράς, της ανάδειξης μιας ποιότητας στις σχέσεις αγάπης και αλληλοσεβασμού και να καλλιεργηθεί η σπουδαιότητα των μονίμων και ερωτικών δεσμών μεταξύ των ανθρώπων. Η ενημέρωση σε σεξουαλικά θέματα αναδεικνύεται ως συμβουλευτική και συνεργασία για την επίλυση προβλημάτων των εφήβων. Τέτοια προβλήματα θεωρούνται οι μη ώριμες σεξουαλικές σχέσεις, οι ερωτικές απογοητεύσεις, η σεξουαλική κακοποίηση, η ανεπιθύμητη σύλληψη, η χρήση αντισυλληπτικών, το AIDS, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, η απουσία αυθεντικότητας και πιστότητας στις σχέσεις, η σεξουαλική προκλητικότητα του περιβάλλοντος, οι σεξουαλικές διαστροφές, η αδυναμία αυτοελέγχου και αυτοσυγκράτησης, η απουσία βαθύτερου νοήματος της σεξουαλικής διαδικασίας. Τα προβλήματα αυτά θα πρέπει να βρουν λύση και έτσι η σεξουαλική αγωγή έχει μια εξέχουσα θέση ώστε υπεύθυνα να πληροφορήσει και να παρέχει βοήθεια στους εφήβους για να αποκτήσουν θετική στάση για την σεξουαλικότητά τους, να αποκτήσουν αρχές και αξίες που θα τους βοηθήσουν να εξασφαλίζουν την ψυχοσωματική υγεία τους και απολαμβάνουν μια ολοκληρωμένες διαφυλικές σχέσεις στηριζόμενες στην αγάπη (Κακαβούλης, 1995). Βέβαια, η σεξουαλική αγωγή στην εφηβεία είναι μια δύσκολη υπόθεση που απαιτεί υπομονή και επιμονή καθώς η προσέγγιση των εφήβων είναι αντίξοη λόγω της επαναστατικότητάς τους που τους οδηγεί σε διαφωνίες και ανώριμες



συμπεριφορές με αποτέλεσμα να επικοινωνούν μόνο με όποιον εμπιστεύονται. Το πρόσωπο που θα λάβει το ρόλο του παιδαγωγού της σεξουαλικής αγωγής πρέπει να έχει γνώσεις ανατομίας και φυσιολογίας του ανθρώπινου σώματος ώστε να ενημερώσει τον έφηβο για θέματα αναφορικά με την λειτουργία του σώματος, τη διαδικασία αναπαραγωγής και τις ανατομικές λεπτομέρειες των γεννητικών οργάνων αλλά ψυχοκοινωνικές γνώσεις για να αναδείξει και τη σημαντικότητα της ανάπτυξης συναισθημάτων που συνδυάζονται με την σεξουαλικότητα. Το άτομο που έχει παιδαγωγικό ρόλο μπορεί να είναι ειδικός παιδαγωγός, ιατρός, ψυχολόγος ή και κοινωνικός λειτουργός (Παρασκευόπουλος και συν., 1995), το οποίο, μετά από την έγκριση των γονέων, προσεγγίζει τον έφηβο μόνο του ώστε να οικοδομήσει μια σχέση εμπιστοσύνης και στη συνέχεια ο έφηβος παραθέτει τους προβληματισμούς του. Ο ειδικός αναλαμβάνει το ρόλο του «φίλου» και όχι των γονέων και προσπαθεί να εισχωρήσει στον ψυχισμό του εφήβου και να εκμαιεύσει πληροφορίες για την ιδιωτική του ζωή ώστε να ενημερωθεί αν είναι σεξουαλικά ενεργός, αν είναι ικανοποιημένος από την σεξουαλική του ζωή, αν έχει τάσεις για ομοφυλοφιλικές σχέσεις, αν έχει ροπή προς τον αυτοερωτισμό και αν είναι ενημερωμένος για θέματα αναφορικά με την προστασία από ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, επικίνδυνες σεξουαλικές παροδικές με τυχαίο σύντροφο. Εδώ, ο ειδικός θα πρέπει να αξιολογήσει την κατάσταση του εφήβου και να εντοπίσει στοιχεία ιδιαιτερότητας που να απαιτούν ψυχολογική υποστήριξη (Τσαρμακλής, 2007).

### **2.3. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ & ΕΚΦΡΑΣΗ ΣΤΗ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ**

---

Στην παρούσα ενότητα θα μας απασχολήσει η σεξουαλικότητα ως μέρος της προσωπικότητας σε άτομα με νοητική υστέρηση τα οποία έχουν εξίσου σεξουαλικές ανάγκες με τα φυσιολογικά άτομα. Η σεξουαλική ανάπτυξη καθορίζεται από τον τρόπο που οικοδομούνται οι πεποιθήσεις για τη σεξουαλικότητα, οι σεξουαλικές ανάγκες και η προσωπικότητα (Βαϊδάκης, 2005). Πρέπει να σημειωθεί πως η σεξουαλική λειτουργία διαμορφώνεται και από τα τρία βασικά επίπεδα ανάπτυξης:

1. **Βιολογικό.** Η σεξουαλική έκφραση αποτελεί μια φυσιολογική λειτουργία του ανθρώπου που ξεκινά από την τη σύλληψη και κορυφώνεται στην εφηβεία.

2. **Κοινωνικό.** Η σεξουαλική έκφραση αποτελεί μια κοινωνική συμπεριφορά που προσεγγίζει την αναπαραγωγή μέσα στο κοινωνικό πλαίσιο (κοινωνία, οικογένεια, σχολείο, φίλοι).
3. **Ψυχολογικό.** Η σεξουαλική έκφραση αποτελεί μια ψυχολογική διεργασία που διαμορφώνει τις ψυχολογικές και συναισθηματικές ανάγκες κάθε ανθρώπου (Βαϊδάκης, 2005).

Πιο συγκεκριμένα για να γίνει κατανοητή η σεξουαλική ανάπτυξη των εφήβων με νοητική υστέρηση είναι σημαντικό να μελετηθεί η ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων και της σεξουαλικότητας στα φυσιολογικά παιδιά (όπως παρατέθηκε στην ενότητα 2.2). Η αναπτυξιακή διαδικασία είναι μακροπρόθεσμη και διαφέρει σε διάρκεια σε κάθε άτομο και επιβαρύνεται στις περιπτώσεις της νοητικής υστέρησης. Όμως, η αλληλουχία της εξέλιξης της αναπτυξιακής διαδικασίας είναι πάντα ίδια. Ειδικότερα:

1. **Βρεφική Ηλικία.** Στα φυσιολογικά παιδιά ξεκινά η κοινωνικοποίηση και οι πρώτες ανθρώπινες σχέσεις. Στα παιδιά με νοητική υστέρηση ύπαρξη μιας αναπηρίας μπορεί να σταθεί εμπόδιο στην εκδήλωση τρυφερότητας μέσω της αγκαλιάς και του χαιδιού. Τα βρέφη συχνά υποβάλλονται σε χειρισμούς για την φροντίδα τους από την οικογένεια ή από το ιατρικό προσωπικό που πολύ απέχουν από το τρυφερό άγγιγμα. Αυτή η κατάσταση μπορεί να επηρεάσει την εικόνα του εαυτού και να ελαττώσει την εμπιστοσύνη στους άλλους, γεγονός που μπορεί να εμποδίσει την σωστή κοινωνική και σεξουαλική ανάπτυξη και να δυναμιτίσει τις απώτερες εμπειρίες και σχέσεις με τον εαυτό και τους γύρω.
2. **Νηπιακή Ηλικία.** Κατά την νηπιακή ηλικία το φυσιολογικό παιδί αναγνωρίζει το φύλο του και αντιλαμβάνεται το ρόλο του ως αγόρι ή κορίτσι. Στα παιδιά με νοητική υστέρηση ίσως υπάρξει μια διαταραγμένη αντίληψη για την ταυτότητα του φύλου και για τους ρόλους του κάθε φύλου, μη αναγνώριση ανατομικών περιοχών και καθυστέρηση στον έλεγχο των σφιγκτήρων.
3. **Προσχολική Ηλικία.** Κατά την προσχολική ηλικία στο φυσιολογικό παιδί ενισχύεται η ταυτότητα του φύλου καθώς και οι ρόλοι του, ξεκινά η κοινωνική συναναστροφή, η κοινωνική αλληλεπίδραση με άλλα πρόσωπα και η λογική σκέψη. Τα παιδιά με νοητική υστέρηση αντιμετωπίζουν δυσκολίες με όλα τα παραπάνω με την αποτέλεσμα την συχνή κοινωνική απομόνωση.
4. **Σχολική Ηλικία.** Κατά την σχολική ηλικία τα φυσιολογικά παιδιά καλλιεργούν και βελτιώνουν την διαδικασία της λογικής σκέψης, της μάθησης και τις

κοινωνικές δεξιότητες τους, αναζητούν και ανταλλάσσουν πληροφορίες για σεξουαλικά θέματα. Τα παιδιά με νοητική υστέρηση αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην κοινωνικοποίηση και στην επικοινωνία με τους συνομηλίκους ίσως και λόγω της υπερπροστασίας των γονέων τους με αποτέλεσμα η σεξουαλική ανάπτυξη συχνά να εμποδίζεται και να καθυστερεί (Εμμανουηλίδου, 2007).

Παρακάτω θα αναφερθούμε στην εφηβεία ξεχωριστά.

### ***2.3.1. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ & ΕΚΦΡΑΣΗ ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ***

---

Η εφηβεία μπορεί να διακριθεί σε επιμέρους τρεις φάσεις στην πρώτη εφηβεία, στη μέση και στην όψιμη. Στην πρώτη εφηβεία το μοντέλο της σεξουαλικής ωρίμανσης των εφήβων με νοητική υστέρηση διαφέρει από αυτό των φυσιολογικών παιδιών στα εξής:

1. **Ασεξουαλικότητα.** Επίσης, η καθυστέρηση της σεξουαλικής ανάπτυξης εντείνεται από τον μύθο της ασεξουαλικότητάς τους, της μη ικανότητας συμμετοχής στη σεξουαλική δραστηριότητα, την έλλειψη σεξουαλικού ενδιαφέροντος ακόμα και αν οι ίδιοι επιθυμούν να συνάψουν ερωτικές σχέσεις.
2. **Γονιμότητα.** Η γονιμότητα των εφήβων με νοητική υστέρηση σπανία επηρεάζεται κυρίως στο γυναικείο φύλο παρά στο ανδρικό που πολλές φορές παρουσιάζουν πρόβλημα σεξουαλικής ικανότητας. Βέβαια, η παρουσία κάποιας εγκυμοσύνης ή και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, είναι συχνά φαινόμενα που μαρτυρούν την προσπάθεια τους να αποδείξουν ότι είναι φυσιολογικά άτομα, παρόλα αυτά η συμπεριφορά αυτή συνδέεται με την έλλειψη πληροφόρησης για την αντισύλληψη και την προστασία.
3. **Διαστρεβλωμένη Εικόνα Για Τον Εαυτό.** Οι έφηβοι με νοητική υστέρηση διαμορφώνουν μια διαστρεβλωμένη εικόνα για τον εαυτό και το σώμα τους και σε περίπτωση φυσικής αναπηρίας η διαστρέβλωση αυτή εντείνεται με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, αισθήματα κατωτερότητας, μη ικανοποιητική εικόνα σώματος και αμφισβήτηση για την μελλοντική σεξουαλική ικανότητά τους, την δυνατότητα για αναπαραγωγή και δημιουργία οικογένειας.
4. **Εκκίνηση Σεξουαλικής Ζωής.** Το επίπεδο της νοητικής υστέρησης καθορίζει πως ο έφηβος μπορεί να εκφραστεί σεξουαλικά. Οι έφηβοι με χαμηλό ήπια ή

μέτρια νοητική υστέρηση, παρά την μεγαλύτερη κοινωνική απομόνωση, ξεκινούν την σεξουαλική τους ζωή στον ίδιο χρόνο και είναι τουλάχιστον τόσο δραστήριοι ερωτικά όσο και οι συνομήλικοί τους. Το γεγονός αυτό οφείλεται στην ανάγκη να αποδείξουν ότι είναι φυσιολογικοί και έχουν τις ίδιες ανάγκες με τους συνομηλικούς τους. Επίσης οι έρευνες δείχνουν ότι τα ποσοστά της ομοφυλοφιλίας είναι ίδια τόσο στους φυσιολογικούς όσο και στους κινητικά ανάπηρους εφήβους.

5. **Εξάρτηση Από Το Γονεϊκό Περιβάλλον.** Πολύ σημαντικό ρόλο στην σεξουαλική ανάπτυξη των εφήβων με νοητική υστέρηση παίζουν οι γονείς που ενισχύουν την άρνηση της έκφρασης της σεξουαλικότητας με τους φόβους τους και τις αμφιβολίες τους για την επάρκεια των παιδιών τους. Ακόμη συχνά στερούν τους νέους αυτούς από ιδιωτικές στιγμές στις οποίες θα μπορούσαν να αναπτύξουν σχέσεις και να εκφράσουν την σεξουαλικότητα τους. Ακόμη, είναι δυνατό ο έφηβος με νοητική υστέρηση να παλινδρομήσει σε πρώιμα μοντέλα συμπεριφοράς λόγω της εξάρτησης από τους γονείς αλλά το ίδιο αυτό γεγονός μπορεί να του δημιουργήσει τεράστιο άγχος. Η άγνοια των ψυχολογικών επιπτώσεων της νοητικής υστέρησης στην σεξουαλική ανάπτυξη μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα ακόμη και την κακή συμμόρφωση με τις ιατρικές οδηγίες.
6. **Καθυστέρηση Ή Απουσία Κοινωνικής Αποδοχής.** Ο έφηβος με νοητική υστέρηση παρουσιάζει μεγαλύτερη εξάρτηση από το γονεϊκό περιβάλλον γεγονός που καθυστερεί την ανεξαρτητοποίησή του με αποτέλεσμα την μη κοινωνικοποίηση και τη μη συναναστροφή με συνομήλικους του. Η κοινωνική αποδοχή καθυστερεί ή εκλείπει με επακόλουθο την καθυστέρηση στην ομαλή σεξουαλική ανάπτυξη. Παρά το γεγονός ότι ο έφηβος αισθάνεται λιγότερο αποδεκτός από τους συνομηλικούς του οι περισσότεροι από αυτούς πιστεύουν ότι θα μπορέσει να δημιουργήσει και να διατηρήσει μια σχέση στη ζωή τους. Πολλές φορές είναι διατεθειμένοι να προσαρμοστούν ώστε να καλύψουν τις σεξουαλικές τους ανάγκες.
7. **Καθυστέρηση Ή Απουσία Σεξουαλικής Διαπαιδαγώγησης Και Πληροφόρησης.** Ακόμα και ερευνητικές προσπάθειες που έχουν πραγματοποιηθεί καταλήγουν στην καθυστερημένη σεξουαλική ανάπτυξη των εφήβων με νοητική υστέρηση καθώς περιορισμένες είναι και οι γνώσεις και η εκπαίδευση αυτών σε σεξουαλικά ζητήματα, τις απόψεις και τις στάσεις τους

στην αναπτυσσόμενη σεξουαλικότητά τους. Παρόλα αυτά οι έφηβοι με νοητική υστέρηση έχουν την ίδια επιθυμία, σε σχέση με τους φυσιολογικούς εφήβους, για συναισθηματική και σεξουαλική ολοκλήρωση και αναπαραγωγική δυνατότητα και αναζητούν πληροφόρηση, από τους γονείς, δάσκαλους, ιατρούς και οι συνομήλικους για την ανατομία και την φυσιολογία, για τα συναισθήματα που σχετίζονται με την σεξουαλικότητα, την εγκυμοσύνη, την αντισύλληψη και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, εκτός όσων έχουν νοητική υστέρηση βαριάς μορφής. Βέβαια, η καθυστέρηση της σεξουαλικής ανάπτυξης μπορεί να θεωρηθεί ότι ενισχύεται από την έλλειψη σεξουαλικής εκπαίδευσης που να είναι προσαρμοσμένη στις ιδιαίτερες ανάγκες των εφήβων με νοητική υστέρηση και τους ελάχιστους ειδικούς – επαγγελματίες στο θέμα αυτό.

8. **Καθυστέρηση Ήβης.** Στα παιδιά με νοητική υστέρηση η εφηβεία ξεκινά νωρίτερα με εμφάνιση των δευτερογενών χαρακτηριστικών του φύλου και ολοκληρώνεται με πιο αργό ρυθμό σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, για παράδειγμα στα κορίτσια η εμμηναρχή και η ανάπτυξη του στήθους ξεκινά αργότερα με αποτέλεσμα να καθυστερεί και η σεξουαλική ωρίμανση.
9. **Καταστάσεις Και Φαρμακευτική Αγωγή.** Με το πέρασμα των ετών στην όψιμη εφηβεία έφηβος με νοητική υστέρηση έχει να αντιμετωπίσει την έλλειψη προηγούμενων εμπειριών και η δυσκολία να εκμεταλλευτεί τις δυνατότητες για μόρφωση και εργασία λόγω της κατάστασής του που οδηγούν στην ανεπαρκή ανεξαρτητοποίησή του. Πολλές φορές οι καταστάσεις αυτές ή και φάρμακα που αυτές απαιτούν έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην σεξουαλική ικανότητα και στην αισθητικότητα. Έτσι πολλές είναι και οι δυσλειτουργίες που εμφανίζονται (ξηρότητα κόλπου, δυσπαρευνία, διαταραχές οργασμού, στύσης, εκσπερμάτωσης) που εμποδίζουν την ερωτική συνεύρεση. Αν και η δυσλειτουργία πολλές φορές παρουσιάζεται και εξαιτίας άλλων αιτιών όπως ψυχολογικών (πίεση σεξουαλικής απόδοσης), και απουσίας σεξουαλική διαπαιδαγώγησης.
10. **Σεξουαλική Κακοποίηση.** Πολλές φορές η σεξουαλική κακοποίηση ειδικότερα των γυναικών εφήβων είναι συνήθης καθώς δεν αντιλαμβάνονται την έννοια της εκμετάλλευσης. Αποτέλεσμα της σεξουαλικής κακοποίησης είναι τα υψηλά ποσοστά σεξουαλικών παραπτώματων σε άτομα που έχουν υποστεί τα ίδια

κακοποίηση (Πανάικας & Κυριάκη, 2003, Εμμανουηλίδου, 2007, Kampert & Goreczny, 2007, Kenny, 2010).

Είναι κατανοητό ότι οι έφηβοι με νοητική υστέρηση έχουν παρόμοιες ανάγκες με τους συνομήλικους τους και πιο συγκεκριμένα επιθυμούν να συναναστρέφονται μ' αυτούς και να αναπτύσσουν σχέσεις τρυφερότητας. Η εφηβεία δεν είναι διαφορετική και ο έφηβος με νοητική υστέρηση θα πρέπει να αντιμετωπίσει όμοιες προκλήσεις, ερωτήσεις, ενδιαφέροντα και προσδοκίες με τους συνομηλικούς του. Η μετάβαση στην εφηβεία οδηγεί στην ανάπτυξη της σεξουαλικότητας η οποία περιλαμβάνει συστατικά στοιχεία που δυσκολεύουν το άτομο με νοητική υστέρηση όπως η ταυτότητα του φύλου, η σεξουαλική διαδικασία, οι ρόλοι και οι συμπεριφορές ενός ατόμου ανάλογα με το φύλο του. Η σεξουαλική έκφραση επηρεάζεται σημαντικά από πολλούς παράγοντες όπως η διανοητική, συναισθηματική, ψυχολογική, φυσική και κοινωνική κατάσταση του ατόμου. Καθώς το άτομο δεν είναι σε θέση να έρθει αντιμέτωπο και να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις των ερωτικών και σεξουαλικών σχέσεων που προϋποθέτουν την συνειδητή ύπαρξη συμπεριφορών όπως η εμπιστοσύνη, η οικειότητα, η αποδοχή, η κοινωνικότητα και η ανάπτυξη διαφυλικής σχέσης. Έτσι, η προσαρμογή των ατόμων με νοητική υστέρηση στην εφηβική ζωή είναι δύσκολη καθώς η επιτυχία ή η αποτυχία στις παραπάνω προκλήσεις αποτελεί στοιχείο προσδιορισμού της μετέπειτα σεξουαλικής ανάπτυξης (Εμμανουηλίδου, 2007).

Η ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη των εφήβων με νοητική υστέρηση είναι η ίδια με φυσιολογικών ατόμων όμως διαφέρει η χρονική διέλευση από κάθε στάδιο της καθώς επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες της έκφρασης των σεξουαλικών αναγκών και συναισθημάτων, τους εξής:

1. **Αδυναμία απόκτησης, διατήρησης και κατανόησης κοινωνικών σχέσεων.** Η αδυναμία αυτή οδηγεί σε κοινωνική απομόνωση (Haracopos & Pedersen, 1992).
2. **Αδυναμία στον τομέα της μάθησης.** Τα μειονεκτήματα στην αυθόρμητη μάθηση, στη γενίκευση και μεταφορά της μάθησης στην πράξη, είναι αποτελέσματα των ελλειμμάτων στη μνήμη, στην προσοχή και στη γλωσσική δεξιότητα (Πανάικας & Κυριάκη, 2003).
3. **Αδυναμία διατήρησης ερωτικών σχέσεων** (Haracopos & Pedersen, 1992).
4. **Απορρίψεις από το άλλο φύλο.** Η βίωση μιας αποτυχίας στον ερωτικό ή σεξουαλικό τομέα μπορεί να οδηγήσει σε απόγνωση, σε επιθετική συμπεριφορά, αυτοερωτισμό, απομόνωση, πλήρη παραίτηση από την σεξουαλικότητα (Haracopos & Pedersen, 1992).

5. **Αυτοερωτικές σεξουαλικές συμπεριφορές.** Κατά κανόνα οι σεξουαλικές συμπεριφορές είναι αυτοερωτικές δίχως όμως να απορρίπτεται η περιέργεια για σεξουαλική έκφραση (Lumley & Scotti, 2001, Πανάικας & Κυριάκη, 2003).
6. **Διαβίωση σε καταπιεστικό περιβάλλον.** Το οικογενειακό περιβάλλον ή η διαβίωση στην κοινότητα δεν επιτρέπει την έκφραση και την ικανοποίηση των σεξουαλικών αναγκών (Lumley & Scotti, 2001, Πανάικας & Κυριάκη, 2003).
7. **Δυσκολία ελέγχου παρορμήσεων και πρόβλεψη συνεπειών των πράξεων** τους με αποτέλεσμα η σεξουαλική συμπεριφορά τους να θεωρείται συχνά κοινωνικά ανάρμοστη (Πανάικας & Κυριάκη, 2003).
8. **Δυσκολία ενσυναίσθησης και κατανόησης συναισθηματικών εκφράσεων άλλων ατόμων** (Haracopos & Pedersen, 1992).
9. **Δυσκολία κατανόησης και έκφραση προσωπικών συναισθημάτων, αναγκών και επιθυμιών** (Haracopos & Pedersen, 1992).
10. **Έλλειψη κατανόησης κοινωνικών κανόνων** (Haracopos & Pedersen, 1992).
11. **Έλλειψη σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης.** Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση σε άτομα με νοητική υστέρηση είναι συνήθως ανύπαρκτη με αποτέλεσμα τα άτομα αυτά να αναπτύσσουν συναισθήματα ντροπής, φόβου, ενοχών για το σώμα τους, τα γεννητικά τους όργανα, τις σεξουαλικές ανάγκες τους, τα ερωτικά αισθήματά τους. Από όλα αυτά προκύπτει ένας επιπλέον εξαναγκασμός για αποσιώπηση των σεξουαλικών τους βούλησεων και αναγκών, της αποφυγής συζήτησης για ζητήματα σεξουαλικότητας και αμφισβήτηση της σεξουαλικότητά τους (Leutar & Mihokovic, 2007).
12. **Εμμονή σε ανύπαρκτες ερωτικές σχέσεις** (Haracopos & Pedersen, 1992).
13. **Λιγότερη πρόσβαση σε πληροφορίες μέσω γραπτών κειμένων ή συνομιλίες με συνομηλίκους** (Wood, 2004).
14. **Μειωμένες ευκαιρίες παρατήρησης, ανάπτυξης και διαμόρφωσης κοινωνικών δεξιοτήτων και συναναστροφών** (Wood, 2004).
15. **Μειωμένη κοινωνική αλληλεπίδραση, επικοινωνία και φυσική επαφή με άλλους ανθρώπους** (Haracopos & Pedersen, 1992).
16. **Μύθοι γύρω από την αναπηρία.** Αν και η αναπηρία προσθέτει δυσκολίες στην σεξουαλική ωρίμανση του εφήβου με νοητική υστέρηση υπάρχουν και πολλοί μύθοι που συσχετίζονται με τη καθυστερημένη ή ελλειπούσα σεξουαλικότητα. Σχεδόν πάντα προβάλλεται μια παιδική φυσιογνωμία και συμπεριφορά που δεν

επιτρέπει την σεξουαλική έκφραση μέσα από τη σύναψη ερωτικών σχέσεων, τη σεξουαλική δραστηριότητα και τη δημιουργία οικογένειας. Μάλιστα, η εικόνα της ασεξουαλικότητας είναι φυσιολογική και ενισχύεται με τον φόβο της εκδήλωσης ανάρμοστων σεξουαλικών ορμών. Αυτά οδηγούν στην στέρηση σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης. Μάλιστα, οι μύθοι αυτοί οδηγούν τον έφηβο στην απομόνωση και στην έλλειψη σεξουαλικής έκφρασης (Εμμανουηλίδου, 2007).

17. **Περιορισμένη φαντασία** (Haracopos & Pedersen, 1992).
18. **Στερεότυπες και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές που εμποδίζουν την καθημερινή ζωή** (Haracopos & Pedersen, 1992).

Τέλος, πολλές έρευνες καταδεικνύουν την έκφραση της σεξουαλικής συμπεριφοράς σε εφήβους με νοητική υστέρηση, όπως οι εξής:

1. **Timmers και συνεργάτες (1981)**: Σε δείγμα 13 ανδρών και 12 γυναικών με νοητική υστέρηση που διαβίωναν στην κοινότητα, το 65% των ανδρών και το 82% των γυναικών ήταν σεξουαλικά ενεργό στο παρελθόν, το 38% των ανδρών και το 42% των γυναικών ήταν σεξουαλικά ενεργό στο παρόν με συχνότητα που πάνω από μια φορά το μήνα.
2. **Ousley και Mesibov (1991)**: Σε έρευνα 41 ατόμων (21 άτομα με υψηλής λειτουργικότητας αυτισμό και 20 άτομα με ήπια ή μέτρια νοητική υστέρηση) διαπιστώθηκε πως τα άτομα με αυτισμό είχαν λιγότερες σεξουαλικές εμπειρίες.
3. **Haracopos και Pedersen (1992)**: Σε δείγμα 87 ατόμων με νοητική υστέρηση που διαβίωναν στην κοινότητα, το 68% αυνανιζόταν, και από αυτούς το 60% επιτύγχανε οργασμό, το 53% πραγματοποιούσε δημόσιος αυνανισμός, το 42% είχε έντονες συμπεριφορές σεξουαλικής διέγερσης (άγγιγμα γενετικών οργάνων ή άλλων μελών του σώματος, απόπειρα σεξουαλικής διείσδυσης), το 28% είχε ηπιότερες συμπεριφορές που δεν είχαν εμφανή αποτελέσματα διέγερσης (αγκάλιασμα, φιλία, αγγίγματα). Τα άτομα με υψηλού επιπέδου νοητικής υστέρηση ήταν σεξουαλικά ενεργό κατά 75% και κατά 27% τα άτομα με χαμηλότερο επίπεδο.
4. **Ruble και Darlymple (1993)**: Σε έρευνα σε 100 άτομα με νοητική υστέρηση παρατηρήθηκαν υψηλά ποσοστά επίδειξης σεξουαλικών συμπεριφορών σε δημόσιο χώρο παρά την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση που τους είχε πραγματοποιηθεί. Μάλιστα, το 65% άγγιζαν τα γεννητικά τους όργανα, το 28% αφαιρούσαν τα ρούχα τους, το 23% αυνανίζονταν, το 18% ακουμπούσαν



ακατάλληλα άτομα του αντίθετου φύλου και το 18% κοιτούσαν ή μιλούσαν ακατάλληλα.

5. **Konstantareas και Lunsky (1997):** Σε έρευνα 31 ατόμων (15 ατόμων μέτριας και σοβαρής νοητικής με αυτισμό και 16 με νοητική υστέρηση) δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην σεξουαλική δραστηριότητα όμως υπήρξε αρνητική συσχέτιση των σεξουαλικών γνώσεων και της θετικής στάσης για σεξουαλικές δραστηριότητες, δηλαδή όσες περισσότερες γνώσεις είχαν τόσο λιγότερο υποστήριζαν διάφορες σεξουαλικές δραστηριότητες. Η έρευνα καταδεικνύει την ανάγκη να ερευνηθούν οι σεξουαλικές γνώσεις, στάσεις, προσδοκίες και ανησυχίες των ατόμων με νοητική υστέρηση.
6. **Van Bourgodien, Reicle και Palmer (1997):** Σε έρευνα 89 ατόμων με νοητική υστέρηση, καταγράφηκε το 69% να αυνανίζεται και το 25% έχει σεξουαλική επιθυμία μετά από την απλή παρατήρηση άλλων ατόμων.
7. **McCabe (1999):** Σε δείγμα 60 ατόμων με ήπια νοητική υστέρηση, το 58% ήταν σεξουαλικά ενεργό στο παρελθόν και το 38% ήταν σεξουαλικά ενεργό στο παρόν. Η McCabe διαπίστωσε πως τα άτομα με νοητική υστέρηση είναι λιγότερο σεξουαλικά ενεργά από τα φυσιολογικά άτομα.
8. **McGillivray (1999):** Σε δείγμα 35 ανδρών και 25 γυναικών με ήπια ή μέτρια νοητική υστέρηση που διαβίωναν στην κοινότητα, το 18% των ανδρών και το 42% των γυναικών και ήταν σεξουαλικά ενεργό στο παρελθόν ή στο παρόν.
9. **Cheng και Udry (2005):** Οι έφηβοι με νοητική υστέρηση είναι λιγότερο σεξουαλικά ενεργοί σε σύγκριση με φυσιολογικούς εφήβους τυπικής ανάπτυξης.
10. **Stokes και Kaur (2005):** Οι έφηβοι με νοητική υστέρηση παρουσιάζουν λιγότερες κοινωνικές συναναστροφές, λιγότερες σεξουαλικές συμπεριφορές (αυνανισμός) και πολλές περισσότερες μη κατάλληλες σεξουαλικές συμπεριφορές (άγγιγμα τρίτων, άγγιγμα εαυτού τους σε κοινή θέα, απροσάρμοστη ομιλία σε σεξουαλικά θέματα, δημόσιο αυνανισμό, δημόσια αφαίρεση ενδυμάτων).
11. **Hellemans και συνεργάτες (2010):** Σε έρευνα 39 ατόμων (20 άτομα με αυτισμό και ήπια/μέτρια νοητική υστέρηση και 19 άτομα μόνο με ήπια/μέτρια νοητική υστέρηση) δε διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις σεξουαλικές συμπεριφορές τους. Και οι δύο ομάδες είχαν εμπειρία αυνανισμού. Εδώ, τα άτομα με νοητική υστέρηση είχαν περισσότερες ερωτικές σχέσεις ενώ τα άτομα με

αυτισμό και νοητική καθυστέρηση είχαν περισσότερες σεξουαλικές συμπεριφορές αποκλίνουσας μορφής με στοιχεία εμμονής.

12. **Mehzabin και Stokes (2011)**: Οι έφηβοι με νοητική υστέρηση συμμετέχουν λιγότερο σε κοινωνικές συμπεριφορές και είχαν λιγότερες σεξουαλικές εμπειρίες σε σχέση με φυσιολογικούς συνομηλίκους τους.

#### **2.4. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΖΩΗ ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ**

---

Οι έφηβοι με νοητική υστέρηση έχουν τα ίδια νομικά, πολιτικά και ανθρώπινα δικαιώματα. Στα ανθρώπινα δικαιώματα αυτά, συμπεριλαμβάνεται και το δικαίωμα στον έρωτα, στην ιδιωτική ζωή, στην ενημέρωση για τη σεξουαλική συμπεριφορά, στην ασφαλή σεξουαλική δραστηριότητα, στη σεξουαλική εκμετάλλευση και πως μπορούν να την αποφύγουν, ακόμα στο γάμο και στην τεκνοποίηση. Οι έφηβοι με νοητική υστέρηση έχουν το δικαίωμα να έχουν μια προσωπική ζωή σεξουαλικά ενεργή και να αντιμετωπίζονται με σεβασμό και αξιοπρέπεια στην ενήλικη ζωή τους. Έχουν το δικαίωμα να είναι σεξουαλικά, να συνάπτουν και να διακόπτουν σχέσεις (Fairbairn et al, 1995, Σανιδά, 2007, Isler et al, 2009).

Είναι κατανοητό ότι οι έφηβοι με νοητική υστέρηση έχουν τις ίδιες ανάγκες με τα φυσιολογικά άτομα για τρυφερότητα και συναναστροφή με τους συνομηλίκους τους. Καθώς μεταβαίνουν από την εφηβεία στην ενήλικη ζωή περνούν από τα ίδια στάδια και αντιμετωπίζουν τις ίδιες προκλήσεις με τους φυσιολογικούς συνομηλίκους τους. Έχουν παρόμοιες απορίες, ανησυχίες, όνειρα και προσδοκίες (Suris et al, 1996).

Παρόλο που η σεξουαλικότητα των εφήβων με νοητική υστέρηση, έχει απασχολήσει πολλούς επαγγελματίες υγείας είναι ένα ζήτημα που σπάνια αναφέρεται σε καθημερινές κοινωνικές συζητήσεις κι επιπλέον, συχνά παραλείπεται από βιβλία και διαλέξεις που εστιάζονται στην ανθρώπινη σεξουαλικότητα (Mona, 2008).

Σχετικά με τη σεξουαλική ζωή οι έφηβοι με νοητική υστέρηση αντιμετωπίζουν δυσκολίες με τη σεξουαλική δραστηριότητα, περισσότερο από άλλους. Βέβαια, τα άτομα αυτά διατηρούν τη σεξουαλική τους ταυτότητα και εκφράζουν τη σεξουαλικότητά τους, συχνά, με ένα τρόπο διαφορετικό από των φυσιολογικών (Mona, 2008).

Παρόλο που οι σεξουαλικές ανάγκες, επιθυμίες και προσδοκίες των εφήβων με νοητική υστέρηση δε διαφοροποιούνται από αυτές των υπολοίπων ατόμων, η έκφραση και η

ικανοποίηση τους προκαλεί ανησυχίες στα πρόσωπα του άμεσου και ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντός τους. Οι ανησυχίες αυτές δεν είναι πάντα αδικαιολόγητες και συνδέονται στενά, τόσο με τους περιορισμούς που θέτει η ίδια η νοητική υστέρηση, μια και είναι γνωστό ότι επηρεάζει όλους τους τομείς ανάπτυξης του ατόμου (γνωστικό, συναισθηματικό και κοινωνικό), όσο και με την ανομοιογένεια που χαρακτηρίζει τα άτομα αυτά και οφείλεται σε διαφορές, όπως ο βαθμός (οριακή, μέση, σοβαρή) ή η αιτιολογία του προβλήματος (Πανάικας & Κυριάκη, 2003).

Επίσης, το φύλο παίζει μεγάλο ρόλο, καθώς οι έφηβοι με νοητική υστέρηση υπάρχουν σε μια κοινωνία που ήδη έχει μια στάση πιο ανεκτική στη σεξουαλική δραστηριότητα των αγοριών παρά των κοριτσιών. Παρόλα αυτά στην ελληνική κοινωνία μερικά χρόνια πριν, τα κορίτσια με νοητική υστέρηση παντρεύονταν πιο συχνά από τα αγόρια. Η σεξουαλικότητα των εφήβων με νοητική υστέρηση περιορίζεται από ένα ακόμα παράγοντα, το φόβο των γονέων οι οποίοι πιστεύουν ότι μόλις το παιδί τους αποκτήσει σεξουαλική ζωή θα χάσουν τον έλεγχο πάνω του καθώς υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να αντιληφθούν την σεξουαλική δραστηριότητα ως «καινούργιο παιχνίδι» που θα το αναζητούν συνέχεια. Έτσι, οι ισορροπίες στην οικογένεια θα ανατραπούν. Όμως, στις περισσότερες περιπτώσεις, ιδιαίτερα σε άτομα που δεν παρουσιάζουν κάποια διαταραχή ελέγχου παρορμήσεων, οι φόβοι αυτοί είναι αβάσιμοι. Η σεξουαλικότητα των εφήβων με νοητική υστέρηση συνδέεται με προκαταλήψεις και μύθους. Τους αποδίδεται, είτε υποσεξουαλικότητα, είτε διαστροφή στις σεξουαλικές τους επιθυμίες (επιδειξιομανία, σεξουαλική επιθετικότητα). Η αλήθεια όμως απέχει από αυτές τις εικόνες. Οι έφηβοι με νοητική υστέρηση όχι μόνο δεν είναι επιθετικοί αλλά αντίθετα είναι παθητικοί κι αυτό που επιζητούν είναι η επαφή με το αντίθετο φύλο. Η σεξουαλική ζωή των εφήβων με νοητική υστέρηση εμπλέκει κυρίως ζητήματα κοινωνικής, ψυχολογικής και εκπαιδευτικής υφής. Επίσης, πολλά και σημαντικά είναι τα βασικά γνωρίσματα της σεξουαλικής συμπεριφοράς των ατόμων με νοητική υστέρηση που καθορίζουν την σεξουαλική τους ζωή, όπως:

1. **Έλλειψη Αυτορρύθμισης.** Η έκφραση των σεξουαλικών τους επιθυμιών προς το αντίθετο φύλο δεν γίνεται με οργανωμένο τρόπο. Η δυσκολία τους να προβλέψουν τις συνέπειες των πράξεων τους δημιουργεί προβλήματα στις σχέσεις τους. Επιπλέον, επειδή δεν μπορούν να ελέγξουν τις παρορμήσεις τους, η συμπεριφορά τους συχνά θεωρείται κοινωνικά ανάρμωστη. Η συνέπεια των «ηθικών» κανόνων και της απογοήτευσης που ακολουθεί προκαλεί μια αντίσταση και αντιδραστική συμπεριφορά που τείνει να οδηγήσει το άτομο σε αποκλίνουσα

συμπεριφορά στην προσπάθειά του να καλύψει την σωματική αυτή ανάγκη (Mayer, 2008).

2. **Αδυναμία Αποκωδικοποίησης Και Πρόβλεψης Συμπεριφοράς Και Κινήτρων Των Άλλων.** Η αδυναμία να αποκωδικοποιήσουν και να προβλέπουν τη συμπεριφορά και τα κίνητρα των άλλων καθώς έχουν συνηθίσει να εξαρτώνται από τους άλλους, αλλά και τις συνέπειες των πράξεων τους, τα καθιστά ευάλωτα στη σεξουαλική εκμετάλλευση, σε ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες αλλά και σε σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες. Δηλαδή, καθιστούν τα άτομα με νοητική υστέρηση πιο τρωτά στη σεξουαλική κακοποίηση (Kempston & Rose, 1986). Τα άτομα με νοητική καθυστέρηση πέφτουν συχνά θύματα σεξουαλικής κακοποίησης συχνότερα από συγγενικά πρόσωπα. Σύμφωνα με τον Podell και τους συνεργάτες του (1996) η μειωμένη σωματική ικανότητα δικαιολογεί την έλλειψη της αντίστασης, με αποτέλεσμα να καθιστά το άτομο ευάλωτο σε μια απειλητική κατάσταση που ενδέχεται να δεχθεί μια σεξουαλική κακοποίηση αλλά στην ουσία να μην αντιληφθεί ότι βιάστηκε. Το άτομο καθίσταται θύμα κακοποίησης στην προσπάθειά του να γευτεί την σεξουαλική αίσθηση και την αγάπη αλλά δεν είναι σε θέση να κατανοήσει και να προβεί στον έλεγχο μιας τέτοιας αποτρόπαιης κατάστασης (Podell et al, 1996).
3. **Αυτοερωτική Σεξουαλική Συμπεριφορά.** Είναι γεγονός ότι ο αυνανισμός αποτελεί την πιο συχνή μορφή σεξουαλικής ικανοποίησης των εφήβων με νοητική υστέρηση. Ο αυνανισμός μπορεί να θεωρηθεί μία γνωριμία με το σώμα και αποτελεί φυσιολογική πορεία προς τη σεξουαλική ολοκλήρωση. Για τα περισσότερα από τα άτομα με νοητική καθυστέρηση αποτελεί και τη μόνη σεξουαλική λειτουργία. Στην περίπτωση τους, κύρια αιτία του δημόσιου αυνανισμού θεωρείται η έλλειψη ευκαιριών για «ιδιωτικές στιγμές», λόγω των συνθηκών ζωής τους και των υπερβολικών περιορισμών και επιτήρησης είτε από τους γονείς είτε από το προσωπικό που τα φροντίζει. Ζουν συνήθως σε ένα καταπιεστικό περιβάλλον, μέσα στο οποίο δεν τους επιτρέπεται να εκφράσουν και να ικανοποιήσουν τις σεξουαλικές τους επιθυμίες (Craft & Craft, 1987).
4. **Ενοχική Και Φοβική Εκδήλωση Συναισθημάτων.** Η εκδήλωση των σεξουαλικών τους επιθυμιών τις περισσότερες φορές συνοδεύεται από φόβο ή ενοχή, συναισθήματα που με τη σειρά τους μπορεί να οδηγήσουν στην απελπισία, στην απογοήτευση, στη μοναξιά και, κατά συνέπεια, σε ακατάλληλη και

δυσπροσάρμοστη συμπεριφορά. Ο φόβος και η ενοχή συνδέονται με τη δυνατότητα σύναψης σεξουαλικών σχέσεων. Οι περιορισμένες ευκαιρίες για κοινωνική αλληλεπίδραση και η δυσκολία τους να παρατηρούν και να ακολουθούν ένα μοντέλο συμπεριφοράς, δυσχεραίνουν περισσότερο την προσπάθεια να μάθουν να διαχειρίζονται με αποδεκτό τρόπο τις σεξουαλικές τους επιθυμίες (Craft, 1987). Βέβαια, δεν έχει παρατηρηθεί διαφορά ως προς τη συχνότητα έκφρασης ομοφυλοφιλικών τάσεων και σχέσεων ανάμεσα στα άτομα με νοητική υστέρηση και στον υπόλοιπο πληθυσμό. Απλά, οι φτωχές κοινωνικές δεξιότητες, η ανεπάρκεια εμπειριών με το αντίθετο φύλο και η έλλειψη διαθέσιμων συντρόφων, δυσχεραίνουν την ανάπτυξη ετεροφυλικών σχέσεων (Smith et al, 1995). Επίσης, μελέτες υπογραμμίζουν ότι τα άτομα με νοητική υστέρηση δεν επιτίθενται προκειμένου να ικανοποιήσουν το σεξουαλικό τους ένστικτο, αλλά αντίθετα, επιχειρούν με αυτόν τον τρόπο να εκφράσουν την επιθυμία να συνδεθούν με άτομα του άλλου φύλου. Το ίδιο ισχύει και στις περιπτώσεις της επιδειξιμανίας, που για τα άτομα αυτά αποτελεί την έκφραση της επιθυμίας τους για επαφή με το άλλο φύλο, μολονότι αυτό γίνεται με «πρωτόγονο» τρόπο (Νιτσόπουλος, 1981, 1992).

5. **Δυσκολία Πρόσβασης Σε Πληροφόρηση.** Η εξάρτηση από τους άλλους και οι λιγοστές ευκαιρίες για κοινωνική αλληλεπίδραση καθιστούν δύσκολη την πρόσβαση τους σε πηγές ξεκάθαρης και ακριβούς πληροφόρησης (Smith et al, 1995). Σύμφωνα με παλαιότερες αντιλήψεις, η πληροφόρηση και η ενημέρωση των εφήβων με νοητική υστέρηση ήταν εντελώς άσκοπες και ανώφελες, επειδή αφενός τα άτομα αυτά δεν θα αναπτύξουν ενεργή και υγιή σεξουαλική ζωή και αφετέρου η ενημέρωσή τους για θέματα σχετικά με σεξουαλικές δραστηριότητες θα μπορούσε να αποβεί επικίνδυνη, αφού είναι πιθανό να αφυπνιστούν σεξουαλικά και να οδηγηθούν σε έντονη σεξουαλική ζωή (Kempton & Rose, 1986).
6. **Κοινωνικές Δεσμεύσεις.** Στην ανάπτυξη μιας αρμονικής σεξουαλικής ζωής σε εφήβους με νοητική υστέρηση ρόλο διαδραματίζουν οι κοινωνικές δεσμεύσεις, δηλαδή οι αντιλήψεις του κοινωνικού περιγύρου απέναντί τους οι οποίες ενισχύονται από την ανασφάλεια των ίδιων των εφήβων αλλά και από απουσία επικοινωνιακών κωδικών σε συναισθηματικό και ψυχικό επίπεδο και οικογενειακό περιβάλλον. Οι δεσμεύσεις αυτές γίνονται εμπόδια στη δημιουργία

μιας φυσιολογικής σεξουαλικής ζωής που εξαρτάται από την ιδιαιτερότητα της νοητικής υστέρησης, του βαθμού της τυχόν αναπηρίας σε σωματικό επίπεδο και την εν γένει στάση της κοινωνίας μας απέναντι στους ανθρώπους αυτούς. Έτσι, τα άτομα αυτά παραμένουν κοινωνικά απομονωμένα, με έλλειψη γνώσεων και εμπειρίας και κοινωνικότητας (Παρασκευόπουλος και συν., 1998).

Εδώ είναι σημαντικό να αναφερθούμε στην σπουδαιότητα στην συμβολή ορισμένων πρόσωπα που μπορούν να αναλάβουν την ενημέρωση των εφήβων. Αρχικά, οι γονείς, που, πολλές φορές, είτε διστάζουν να πάρουν μια τέτοια ευθύνη είτε, όταν το κάνουν, δίνουν συνήθως στις παραινέσεις τους επικριτικό ή έντονα ηθικό τόνο. Η στάση των γονέων κινείται από την άρνηση της σεξουαλικότητας ως την καταπίεση και την ηθικολογία. Παράλληλα, οι γονείς δε γνωρίζουν πώς να αντιμετωπίσουν την έκφραση της σεξουαλικότητας των παιδιών τους και αδυνατούν να προσδιορίσουν τον καταλληλότερο τρόπο αγωγής, ώστε να τον εφαρμόσουν, ενώ τα θέματα που τους απασχολούν περισσότερο είναι ο αυνανισμός, η σεξουαλική εκμετάλλευσή τους και η ομοφυλοφιλία. Οι γονείς συνήθως αισθάνονται ενοχές και ανησυχούν για τις συνέπειες των απαντήσεων που δίνουν στα παιδιά τους (McCabe, 1993). Ενώ στην πλειοψηφία τους οι γονείς εφήβων με νοητική υστέρηση συμμερίζονται τις σεξουαλικές ανάγκες των παιδιών τους, ελάχιστοι από αυτούς τα ενθάρρυναν ουσιαστικά να τις εκφράσουν. Η αποτροπή και η διάσπαση της προσοχής των παιδιών τους θεωρήθηκε ο καταλληλότερος τρόπος για την αντιμετώπιση της σεξουαλικής τους συμπεριφοράς. Επίσης, η αγωγή που τους έδιναν έπαιρνε συνήθως τη μορφή προειδοποίησης για αποφυγή της σεξουαλικής επαφής, πιστεύοντας πως, οποιαδήποτε ενίσχυση προς την αντίθετη κατεύθυνση θα τα ενθάρρυνε να πειραματιστούν ή - ακόμα χειρότερα - θα προκαλούσε το ενδιαφέρον τους για σεξουαλικές δραστηριότητες, στις οποίες οι ίδιοι θεωρούσαν ότι εκείνα δε θα μπορούσαν να ανταποκριθούν. Ωστόσο, μεγάλο ποσοστό γονέων εγκρίνει τη σεξουαλική αγωγή καθώς τη θεωρεί απαραίτητη, αν και οι περισσότεροι μεταβιβάζουν την ευθύνη τους σε επαγγελματίες (Κρεατσάς, 1992, Fairbairn et al, 1995, Shepperdson, 1995).

Από την άλλη πλευρά, οι συνομήλικοι, στους οποίους είναι πιθανό οι έφηβοι με νοητική υστέρηση να απευθυνθούν, οι οποίοι όμως ίσως να είναι ελλιπώς ή καθόλου πληροφορημένοι. Πρέπει, επίσης, να συνεκτιμηθεί ότι οι ίδιοι οι έφηβοι με νοητική υστέρηση έχουν λίγο έως πολύ μειωμένη την ικανότητα να κατανοούν και να αφομοιώνουν χωρίς βοήθεια τις πληροφορίες που δέχονται από βιβλία και φυλλάδια. Παράλληλα, δυσκολεύονται

να εκτιμήσουν το περιεχόμενο σχετικών μηνυμάτων από πηγές ευρύτερης ενημέρωσης (τηλεόραση, ταινίες, περιοδικά) (Κρεατσάς, 1992, Fairbairn et al, 1995, Shepperdson, 1995).

Όσα προαναφέρθηκαν είναι στοιχεία που συνθέτουν την πραγματικότητα της σεξουαλικής ζωής των εφήβων με νοητική υστέρηση και όπως σημειώνεται, η αδιαφορία ή η ουδετερότητα όσων προσφέρουν υπηρεσίες σε θέματα της σεξουαλικότητάς τους, δεν είναι η ενδεδειγμένη αντιμετώπιση (Shepperdson, 1995). Εκείνο που επιβάλλεται να γίνει είναι προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης εφήβων με νοητική υστέρηση, τα οποία θα τους προσδώσουν συναισθήματα αυτοπεποίθησης, σεξουαλικής ωριμότητας και ταυτότητας, και θα τους επιτρέψουν να έχουν μια όσο το δυνατόν περισσότερο αρμονική σεξουαλική ζωή. Βέβαια, απαιτείται και η ανάλογη στήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον για την αντιμετώπιση των διαφοροποιήσεων στη σεξουαλική ζωή των παιδιών τους και εκπαίδευση των ιδίων ώστε να εκπαιδεύσουν και να συμβουλευθούν σωστά τους εφήβους ώστε να έχει ως σκοπό την άρση των προκαταλήψεων και την αλλαγή των αντιλήψεών τους σε ζητήματα σεξουαλικής φύσης (Παρασκευόπουλος και συν., 1998).

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ**

---



### 3.1. ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣ ΣΤΗ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ

---

Οι έφηβοι με νοητική υστέρηση δείχνουν μεγάλο ενδιαφέρον για ζητήματα που σχετίζονται με τη σεξουαλικότητα τους. Η γνώση τους σε σεξουαλικά θέματα είναι ανεπαρκής και περιορισμένη, μάλιστα, πολλοί από αυτούς δεν αναγνωρίζουν ανατομικές διαφορές των δύο φύλων ενώ αντιλαμβάνονται ορισμένες μορφές σεξουαλικής έκφρασης όπως το φιλί, το αγκάλιασμα και τη σεξουαλική επαφή, χωρίς όμως να μπορούν να κατανοήσουν τις συμπεριφορές αυτές (Garcia - Penuelas, 1993). Όλα τα παραπάνω καθιστούν αναγκαία την ύπαρξη της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των ιδίων των εφήβων με νοητική υστέρηση και των γονέων τους αλλά και γενικότερα του κοινωνικού συνόλου. Έτσι, πρέπει να γίνουν αποδεκτά, να υπερασπιστούν και να γίνουν άξια σεβασμού τα έμφυτα σεξουαλικά δικαιώματα των ατόμων αυτών (Σαμαρά, 2009).

Η σεξουαλική αγωγή δεν πρέπει να απουσιάζει από το πλαίσιο της συνολικής εκπαίδευσης του εφήβου με νοητική υστέρηση. Η ενημέρωση και η αγωγή σχετικά με την ανθρώπινη σεξουαλικότητα είναι αναγκαίες και θα παίξουν θετικό ρόλο στην ομαλή ολοκλήρωση της προσωπικότητάς του (Garcia – Penuelas, 1993). Έτσι, τίθενται θέματα όπως είναι ο προσδιορισμός των σκοπών, του περιεχομένου και των μέσων της σεξουαλικής εκπαίδευσης. Η γενετήσια αγωγή δεν πρέπει να περιορίζεται στην παροχή πληροφοριών σχετικά με την ανατομία του ανθρώπινου σώματος και τη γενετήσια λειτουργία αλλά να πληροφορεί για τις αρχές, αξίες και στάσεις που διέπουν τη σεξουαλική ζωή και τις διαφυλικές σχέσεις. Επίσης, πρέπει να ανευρεθούν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και τα μορφωτικά εφόδια που θα συμβάλλουν στη σωστή σεξουαλική αγωγή και κατά πόσο ένας ειδικός νομιμοποιείται να εκφράζει στους έφηβους με νοητική υστέρηση τις προσωπικές του αντιλήψεις, όταν αυτές δεν αντιστοιχούν σε ένα κοινά αποδεκτό κώδικα αξιών και αρχών. Αλλά και πώς θα αντιμετωπίσει ο ειδικός τις ενδεχόμενες ενδοψυχικές συγκρούσεις που μπορεί να προκύψουν πάνω στην άσκηση του έργου του ή από την ανάγκη για αυτογνωσία και αυτοέλεγχο, ευαισθησία και σεβασμό προς τους άλλους, προσαρμογή στις απαιτήσεις του ρόλου του, αναγνώριση των προσωπικών ορίων και των ευθυνών του (Ναζίρη, 1991, Κακαβούλης, 1995, McKenna, 2003).

Η γνώση σε ζητήματα σεξουαλικότητας μπορεί να είναι απαραίτητη συνθήκη που θα κάνει τον έφηβο με νοητική υστέρηση ικανό να ζήσει τη σεξουαλικότητα του, να την απολαύσει και να τη μοιραστεί με σεβασμό και υπευθυνότητα. Μπορεί ακόμη να συμβάλει

στη μείωση λαθών, προκαταλήψεων και λανθασμένων πληροφοριών που προέρχονται από τη μυθολογία του παρελθόντος αλλά και από την πορνογραφική και εμπορική ενημέρωση που επικρατεί στη σύγχρονη εποχή. Οι ειδικοί και η οικογένεια ως βασικοί φορείς σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης έχουν την υποχρέωση, την ευθύνη και την αρμοδιότητα να βοηθήσουν κάθε νέο να αποκτήσει κοινωνική σεξουαλική ωριμότητα (Πανάικας & Κυριακή, 2003, McKenna, 2003). Έτσι, αποτελεί επιτακτική ανάγκη η σεξουαλική αγωγή με οργανωμένο τρόπο από ειδικούς όμως να μειώνεται ή να αναιρείται ο σημαντικός ρόλος της οικογένειας (Γιωτάκος & Πρεκατέ, 2006).

Ουσιαστικά, οι ειδικοί που ασχολούνται με εφήβους με νοητική υστέρηση απαιτείται να δείχνουν ειλικρίνεια, θάρρος, ευθύτητα και υπευθυνότητα όταν αντιμετωπίζουν άμεσα τα ζητήματα της ανθρώπινης σεξουαλικότητας, επειδή – είτε το πιστεύουν είτε όχι – και τα άτομα με νοητική υστέρηση έχουν σεξουαλικότητα. Τρεις μαγικές λέξεις, πληροφόρηση, ενημέρωση, εκπαίδευση, είναι η καλύτερη πρόληψη. Ο μοναδικός τρόπος πρόληψης για τη σεξουαλική κακοποίηση και εκμετάλλευση των εφήβων με νοητική υστέρηση είναι η πληροφόρηση τους για την ανατομία του σώματος τους και τα δικαιώματά τους σε αυτό, η ενημέρωση για μεθόδους αντισύλληψης και η εκπαίδευση τους σε θέματα σεξουαλικής αγωγής (McKenna, 2003, Γιωτάκος & Πρεκατέ, 2006).

Στη σύγχρονη εποχή είναι δικαίωμα των εφήβων με νοητική υστέρηση να εκφράζουν τη σεξουαλικότητά τους, να παρακολουθούν προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης ώστε να ελέγχουν και να αναπτύσσουν σωστά τη σεξουαλικότητά τους χωρίς κινδύνους, να επιλέγουν τις μεθόδους αντισύλληψης και τη χρονική στιγμή δημιουργίας ή μη οικογένειας. Τέλος, πρέπει να αντιμετωπίζονται από το κοινωνικό σύνολο ως άτομα με υπευθυνότητα και δικαιώματα στη ζωή, τα οποία όμως χρειάζονται ειδική ενημέρωση για τα σεξουαλικά τους δικαιώματα (Κρεατσάς, 2003).

### **3.1.1. ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ**

---

Η αποτελεσματικότητα της εφαρμογής σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης είναι άμεσα συνυφασμένη με την βελτίωση του νοητικά υστερημένου εφήβου αλλά μπορεί να εξαρτηθεί από τα εξής:

1. Την κατάλληλη ιατρική επίβλεψη και τη δυνατή θεραπευτική αγωγή.
2. Την παρουσία κι άλλων συμπτωμάτων (διαταραχές χαρακτήρα, κινητικότητας, γλώσσας, αισθητηρίων κ.λπ.), ικανών να καταστήσουν δυσχερέστερη την κατάσταση του πνευματικά υστερημένου εφήβου.
3. Το κοινωνικό περιβάλλον. Η προσαρμογή του νοητικά υστερημένου εφήβου στο περιβάλλον με λιγότερες απαιτήσεις είναι πάντα ευκολότερη.
4. Το οικογενειακό περιβάλλον. Όταν οι γονείς και τα αδέρφια του εφήβου με νοητική υστέρηση γνωρίζουν την ιδιαιτερότητα του προβλήματος του και του συμπεριφέρονται ανάλογα, δημιουργούνται ευνοϊκές συναισθηματικές και πνευματικές συνθήκες για την ανάπτυξη του. Το αντίθετο μπορεί να συμβεί, όταν ο έφηβος εγκλεισθεί σε ίδρυμα, τα άτομα του οποίου δεν δείχνουν την ίδια κατανόηση με τα πρόσωπα της οικογένειας. Δεν είναι έτσι απίθανο να κλεισθεί ο έφηβος στον εαυτό του, να αδρανεί και τελικά να καταστεί ακοινωνήτος. Στην περίπτωση αυτή, δεν θα μπορέσει να φθάσει το ψυχολογικό επίπεδο ανάπτυξης που επιτρέπουν οι δυνατότητες του.
5. Τον βαθμό της νοητικής υστέρησης.
6. Τον χρόνο έναρξης της παρέμβασης. Όσο πιο νωρίς αρχίσει η παρέμβαση της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης τόσο μεγαλύτερες ελπίδες βελτίωσης υπάρχουν (Κρασανάκης, 1989).

### **3.1.2. ΣΤΟΧΟΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗΣ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ**

---

Πρέπει να καταστηθεί σαφές πως η διαπαιδαγώγηση διαφέρει από την ενημέρωση. Η διαπαιδαγώγηση δεν είναι απλή παροχή πληροφοριών αλλά μια γενικότερη αγωγή ώστε ο έφηβος να εκπαιδευτεί σε θέματα αναφορικά με τη σεξουαλικότητα. Η διαπαιδαγώγηση ως διαδικασία, που ξεκινά από το οικογενειακό περιβάλλον περνά από το κοινωνικό και καταλήγει στον έφηβο. Οι στόχοι της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης είναι να καταστήσει τον έφηβο ικανό για να:

1. Αναπτύξει καλύτερες διαπροσωπικές σχέσεις
2. Απολαμβάνει τις σεξουαλικές εμπειρίες
3. Ενδυναμωθεί να προφυλαχτεί από ψυχοτραυματισμούς γύρω από τη σεξουαλική λειτουργία
4. Μειώσει τα σεξουαλικά προβλήματα
5. Περιορίσει τη συχνότητα μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης
6. Περιορίσει τη συχνότητα των αφροδισίων νοσημάτων (Παρασκευόπουλος, 1998).

Είναι σαφές ότι η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση έχει φιλόδοξους στόχους. Οι στόχοι της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, αναφέρονται στη σωματογνωσία, στην έκφραση των συναισθημάτων, στη χρήση λεξιλογίου για κοινωνικές σχέσεις, στη φροντίδα του σώματος και στις συνθήκες υγιεινής, στην καλλιέργεια ικανοτήτων συνεργασίας και επικοινωνίας, στη συμμετοχή και στη διαδικασία λήψης αποφάσεων καθώς και στη γνώση των σχέσεων αγοριού – κοριτσιού. Ο τελευταίος στόχος αφορά την προσαρμογή του εφήβου στο περιβάλλον και περιλαμβάνει δραστηριότητες όπως, παιχνίδια και ντοκιμαντέρ με θέματα σεξουαλικής αγωγής ή σχέσεις ετερόφυλων (π.χ. τα παιδιά μιλούν για τη γιορτή των ερωτευμένων, παρακολουθούν εκδηλώσεις για το AIDS, μαθαίνουν τους κινδύνους των σεξουαλικών σχέσεων, τη χρήση προφυλακτικού κ.ά.). Ο προβληματισμός που γεννιέται εδώ έχει σχέση με το χρόνο ο οποίος προβλέπεται για την επίτευξη του συγκεκριμένου στόχου και με τα μέσα που πρέπει να χρησιμοποιηθούν. Η γενικότερη εικόνα που σχηματίζεται είναι ότι η σεξουαλική αγωγή των εφήβων με νοητική υστέρηση παραμένει σε «εμβρυακή» κατάσταση (Πανάικας & Κυριάκη, 2003).

Πρακτικά, η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των εφήβων με νοητική υστέρηση στοχεύει στην αγωγή σχετικά με την ανατομία και φυσιολογία του σώματος, την ενημέρωση για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και τα συμπτώματά τους, την ενημέρωση πάνω σε

θέματα εγκυμοσύνης και αντισύλληψης, την εξάσκηση σε κοινωνικές δεξιότητες, την προσωπική υγιεινή και συναισθηματική ενίσχυση (Servais, 2006, Σανιδά, 2007). Οι ειδικοί μέσω της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης σκοπεύουν να αναπτύξουν τις δυνατότητές του εφήβου με κύριο σκοπό να αναπτύξουν δυνάμεις, να μεταδώσουν γνώσεις και δεξιότητες, να βοηθήσουν στην ένταξή του στην κοινότητα ώστε να περάσει προοδευτικά στο περιβάλλον της ενήλικης ζωής (Κρασανάκης, 1989).

### **3.2. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΣΤΗ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ**

---

Η ανάπτυξη μιας ασφαλούς σεξουαλικής ταυτότητας είναι δύσκολη καθώς η νοητική υστέρηση επιβαρύνει την διαδικασία αυτή και απαιτεί σεξουαλική αγωγή για την ομαλή πορεία προς την σεξουαλική ολοκλήρωση (Σαμαρά, 2009). Στα άτομα με νοητική υστέρηση που δεν έχουν την κατάλληλη διαπαιδαγώγηση η εμπειρία μιας σεξουαλικής σχέσης ίσως να έχει τραυματικό χαρακτήρα. Βέβαια, η αδιαφορία των φορέων που ασχολούνται με τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση για τα άτομα αυτά μπορεί να εκληφθεί ως μια άλλη μορφή κοινωνικής απομόνωσης και καταπίεσης (Κρεατσάς, 2003).

Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση είναι σημαντική καθώς βοηθά τον έφηβο με νοητική υστέρηση να βελτιώσει δεξιότητες σχετικά με την ανατομία και τη φυσιολογία του γεννητικού συστήματος, την προσωπική υγιεινή και την περιποίηση, την θετική σεξουαλική αυτοεικόνα, την ικανότητα για φυσική επαφή με κάποιο άλλο άτομο (άγγιγμα), την επικοινωνία με άλλα άτομα, τον σχηματισμό υγιών σχέσεων με το αντίθετο φύλο (φιλικές και ερωτικές) και την οριοθέτηση αυτών για αποφυγή σεξουαλικής κακοποίησης, την εκδήλωση της σεξουαλικής ενέργειάς του, προσφέρει ενημέρωση σχετικά με θέματα που αφορούν την προγεννητικό έλεγχο, εγκυμοσύνη, τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες και την αντισύλληψη. Οι έφηβοι με νοητική υστέρηση μπορεί να παρουσιάζουν και σωματική αναπηρία και, γι' αυτό η διαπαιδαγώγηση πρέπει να είναι ανάλογη. Έτσι, βάση των αποτελεσμάτων της αξιολόγησης του εφήβου (ηλικία, ενδιαφέρον για το άλλο φύλο, ωριμότητα, δυνατότητα σεξουαλικής ολοκλήρωσης, οικογένεια,), κατευθύνει την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση με τέτοιο τρόπο ώστε το άτομο να αναπτύξει τη σεξουαλικότητά του. Σχετικά με την εκπαίδευση της σεξουαλικής έκφρασης προτείνονται ατομικές συνεδρίες (διάρκειας 45 λεπτά με 1 ώρα) μέσω παιχνιδιού, είναι μία προτεινόμενη μέθοδος, μέσω της

οποίας ο έφηβος εκπαιδεύεται στις απαιτούμενες δεξιότητες, αλλά και στην σεξουαλική επαφή, τα οποία αποτελούν κομμάτια της σεξουαλικής έκφρασης (Παρασκευόπουλος, 1998, Fouche, 2001).

Στην παρέμβαση της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στην ενδυνάμωση της αυτοπεποίθησης και της αυτοεικόνας των εφήβων με νοητική υστέρηση. Λαμβάνονται υπόψη όλα τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους, όπως αδυναμίες στην αντιληπτική ικανότητα, δυσκολίες στην ανάπτυξη διαπροσωπικών και κοινωνικών σχέσεων και μειωμένη αυτενέργεια. Έπειτα, σχεδιάζεται μια σειρά εξατομικευμένων παρεμβάσεων (Christiansen & Matuska, 2004). Ειδικότερα, ένα πρόγραμμα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης εφήβων με νοητική υστέρηση διαμορφώνεται με βάση την ηλικία, τις επιθυμίες και τη συμπεριφορά τους (Σαμαρά, 2009). Τα περισσότερα προγράμματα επικεντρώνονται στην αυτοερωτική σεξουαλική συμπεριφορά καθώς ένα μικρό ποσοστό των ατόμων αυτών έχουν ολοκληρωμένη σεξουαλική εμπειρία (Leutar & Mihokoni, 2007). Βέβαια, ο σχεδιασμός ενός τέτοιου προγράμματος είναι δύσκολος και απαιτεί τον συντονισμό μιας διεπιστημονικής ομάδας που πρέπει να είναι αντικειμενική και μην κριτικάρει οποιαδήποτε συμπεριφορά, ώστε το πρόγραμμα να βοηθήσει τους εφήβους να διαχειρίζονται την σεξουαλικότητά τους, να προάγουν και να ενδυναμώνουν τις δυνατότητές τους (Christiansen & Matuska, 2004).

Σήμερα το δικαίωμα της έκφρασης της σεξουαλικότητας των εφήβων με νοητική υστέρηση είναι σε κάποιο βαθμό αποδεκτή και έτσι δύναται να παρακολουθούν προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης ώστε να ελέγχουν και να αναπτύσσουν με ορθό τρόπο τη σεξουαλικότητά τους χωρίς κινδύνους, να επιλέγουν τις μεθόδους αντισύλληψης και τη χρονική στιγμή δημιουργίας ή μη οικογένειας. Τέλος, πρέπει να αντιμετωπίζονται από το κοινωνικό σύνολο ως άτομα με υπευθυνότητα και δικαιώματα στη ζωή, τα οποία όμως χρειάζονται ειδική ενημέρωση για τα σεξουαλικά τους δικαιώματα (Κρεατσάς, 2003).

### **3.2.1. ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ – ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

---

Οι έφηβοι με νοητική υστέρηση παρουσιάζουν συχνά προβλήματα σχετικά με την περιποίηση του σώματός τους και την προσωπική τους υγιεινή. Έτσι, οι ειδικοί θίγουν το θέμα αυτό κατά τη διάρκεια των συνεδριών τους, εξηγώντας τη σημασία της διατήρησης της προσωπικής υγιεινής, στη σεξουαλικότητα και στις σχέσεις τους με τα άλλα άτομα. Η περιποίηση και η προσωπική υγιεινή ενθαρρύνονται μέσω της εκτέλεσης δραστηριοτήτων για περιποίηση και φροντίδα του σώματος γενικά και ειδικότερα των μαλλιών, του προσώπου, των δοντιών, του δέρματος, των νυχιών και των ποδιών. Ο έφηβος πρέπει να ενημερώνεται για τα ειδικά στον τομέα αυτό προϊόντα του εμπορίου (σαπούνια, σαμπουάν, βούρτσες), να ενθαρρύνεται να χρησιμοποιεί βασικά καλλυντικά (αφρός ξυρίσματος, για τα αγόρια, κρέμα προσώπου, για τα κορίτσια και αποσμητικά για την κακοσμία) και να διατηρεί καθημερινά ένα καλό επίπεδο αυτοφροντίδας. Επιπρόσθετα, ο έφηβος ενθαρρύνεται να διατηρεί ένα καλό επίπεδο στην ατομική του υγιεινή, όπως το μπάνιο ή ντους, χρήση τουαλέτας και καθαριότητα μετά τη χρήση της, καθαριότητα μερών σώματος σε ειδικές περιπτώσεις όπως, η έμμηνος ρύση, για τα κορίτσια. Η οργάνωση αυτού του τομέα των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής θα διευκολύνει την ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης και τις κοινωνικές σχέσεις του έφηβου (Parham & Fazio, 1997, Μαλαματίδου – Ρουσσάκου, 1997).

Ειδικότερα, σε έφηβους με νοητική υστέρηση η προσωπική υγιεινή μπορεί να διδαχθεί από τον ειδικό με την βοήθεια είτε κάποιου φωτογραφικού υλικού είτε ανθρώπινων ομοιωμάτων (κούκλες). Παραδειγματικά, πλάθει μία ιστορία ότι η κούκλα έχει την ίδια ηλικία με τον έφηβο άτομο, την ονοματίζει και ξεκινά να δημιουργεί μαζί με τον έφηβο μία ιστορία για το που πρέπει να πάει η κούκλα και τι υποχρεώσεις έχει (π.χ. ότι η κούκλα πρέπει να ετοιμαστεί για να κοιμηθεί το βράδυ). Στη φάση αυτή ο ειδικός περιμένοντας προσπαθεί να εκμαιεύσει από τον έφηβο την περιγραφή των δραστηριοτήτων των οποίων η κούκλα πρέπει να πραγματοποιήσει ώστε να προετοιμαστεί για τον ύπνο, όπως: φυσική ανάγκη (τουαλέτα), πλύσιμο δοντιών και ένδυση με πιτζάμες. Στην περίπτωση που ο έφηβος δεν αναφέρει κάποια δραστηριότητα του ζητείται να πει τι κάνει το ίδιο κάθε μέρα, όταν ετοιμάζεται να κοιμηθεί. Στην πορεία του εξηγούνται από τον ειδικό ότι πρέπει να εκτελούνται οι συγκεκριμένες καθημερινές δραστηριότητες. Αφού εξηγηθούν αυτές οι δραστηριότητες ζητείται από τον έφηβο να ντύσει την κούκλα κατάλληλα για τον ύπνο. Του δίδεται μία ποικιλία ρούχων και ο ειδικός περιμένει να ντύσει την κούκλα με τα κατάλληλα ρούχα, στην προκειμένη περίπτωση πιτζάμες. Κατά την διάρκεια που ο έφηβος ντύνει την

κούκλα, ο ειδικός παρατηρεί και εξηγεί την σωστή σειρά με την οποία πρέπει να φοριούνται τα ρούχα. Μέσα από αυτή την δραστηριότητα ο έφηβος μαθαίνει και αντιλαμβάνεται ποιος είναι ο κοινωνικά αποδεκτός τρόπος ένδυσης, ανάλογα με την περίπτωση, αλλά και ποιοι είναι οι διάφοροι κανόνες υγιεινής που πρέπει να τηρούνται. Τέλος, ο ειδικός μπορεί να κάνει μπάνιο στην κούκλα και με αυτόν τον τρόπο να εκπαιδεύσει τον έφηβο πάνω στην ατομική υγιεινή αλλά και στο ανθρώπινο σώμα (Parham & Fazio, 1997).

Βέβαια, σημαντική είναι και η στάση του ειδικού έναντι στο νοητικά υστερημένο έφηβο. Πρέπει να αναγνωρίζει την προσπάθειά του, για κάτι που κάνει. Μπορεί να το συγχαρεί για ένα νέο κούρεμα ή τη φροντίδα των νυχιών ή μια συγκεκριμένη ενδυμασία. Αυτό θα αποτελέσει ένα μέσο επηρεασμού του ατόμου το οποίο θα συνδυάσει την αναγνώριση (κομπλιμέντο) με την ελκυστικότητά του ως άνθρωπος. Έτσι, η διαδικασία προάγει την υγιεινή και την προσωπική φροντίδα, με αποτέλεσμα ο έφηβος να ενδιαφέρεται για την προσωπική του εμφάνιση, να αποκτά υπευθυνότητα αλλά και αυτοπεποίθηση (Crouch & Alers, 2005).

### **3.2.2. ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ – ΑΝΤΙΑΛΗΨΗ ΣΩΜΑΤΟΣ**

---

Μια πολύ σημαντική επίπτωση της νοητικής υστέρησης είναι η διαμόρφωση κακής και διαστρεβλωμένης εικόνας των εφήβων για τον εαυτό τους και το σώμα τους. Καθώς διαμορφώνονται τα χαρακτηριστικά του φύλου τα άτομα ανησυχούν για την επάρκεια του σώματός τους. Η νοητική υστέρηση προσθέτει ένα επιπλέον βάρος στην δύσκολη αυτή διαδικασία. Έτσι, οι έφηβοι παρουσιάζουν συχνά χαμηλή αυτοεκτίμηση και μη ικανοποιητική εικόνα σώματος (Εμμανουηλίδου, 2006).

Αρχικά, ο ειδικός προσπαθεί να αναπτύξει την δεξιότητα του έφηβου να αναγνωρίζει και να ονομάζει το κάθε μέλος του σώματός του και ειδικότερα τα χέρια, τα πόδια, τα μάτια, τη μύτη, το στόμα, τα αυτιά, την κοιλιά, την πλάτη και τον λαιμό. Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσα από κάποια παιχνίδια. Βέβαια, για να μάθει τα διάφορα μέλη του σώματός του απαιτείται αρχικά να τα αισθανθεί. Τα στάδια που ακολουθούνται είναι τα εξής: στην αρχή ο έφηβος τα παρατηρεί και τα δείχνει στον εαυτό του, στη συνέχεια σε ένα άλλο άτομο και τέλος σε μία κούκλα. Αυτή η διαδικασία μπορεί να γίνει με πολλούς τρόπους, όπως με την χρήση μαρκαδόρων, ειδικών παιχνιδιών, ασκήσεων πάνω σε στρώματα, αλλά και μέσω ανθρώπινων ομοιωμάτων (Μαρτινίδου, 2009).



Επίσης, για να έχει ένα άτομο με νοητική υστέρηση μία πλήρη εικόνα για το σώμα του εκτός από την ονομασία του κάθε μέλους, πρέπει να γνωρίζει τη θέση του και τη λειτουργικότητά τους, δηλαδή να διαθέτει την δεξιότητα της αντίληψης σώματος. Στην διαδικασία ο έφηβος μαθαίνει την χρησιμότητα του κεφαλιού και στη συνέχεια των υπόλοιπων μελών του σώματός του ξεχωριστά και ειδικότερα των γεννητικών οργάνων. Γι' αυτό το σκοπό του δίδεται μία κούκλα και του ζητείται να την παρατηρήσει και στη συνέχεια να υποδείξει το που βρίσκεται το κάθε μέλος. Αφού τα ονομάσει ο ειδικός διαλύει την κούκλα και του ζητά να την συναρμολογήσει ξανά, αν παρατηρηθεί κάποια δυσκολία, δίδεται μια ολοκληρωμένη κούκλα ώστε να μπορεί να βοηθηθεί (Τσίτσικα, 2005).

Στην πορεία ο ειδικός απλώνει ένα κομμάτι χαρτιού μεγαλύτερο από το μέγεθος του ατόμου πάνω σε ένα στρώμα και του ζητά να ξαπλώσει πάνω του, με τα χέρια και τα πόδια του ανοιχτά. Στη συνέχεια σχηματίζει με έναν μαρκαδόρο το περίγραμμα του σώματός του και ζητά από τον έφηβο να σηκωθεί για να δει το περίγραμμα, λέγοντάς του ότι αυτό είναι το σώμα του. Εκεί, ζητείται από τον έφηβο να ζωγραφίσει πρώτα το κεφάλι του και μετά δίνοντας του χρώματα του ζητείται να ζωγραφίσει το περίγραμμα του, με τα ίδια χρώματα με τα ρούχα που φορά, ονομάζοντας τα ρούχα και τα μέλη που ζωγραφίζει. Επίσης, δίδονται στον έφηβο ζωγραφιές από άλλα άτομα στα οποία λείπουν τμήματα του σώματός τους και του ζητείται να βρει τι λείπει και να το ζωγραφίσει. Ακόμα δίδονται εικόνες ενός ατόμου που τα μέλη του είναι κομμένα και του ζητείται να τα τοποθετήσει στη σωστή τους θέση, ώστε να δημιουργηθεί το σώμα του. Αν δυσκολευτεί του παρέχεται βοήθεια από τον ειδικό. Μέσα από αυτές τις διαδικασίες ο έφηβος με νοητική υστέρηση αντιλαμβάνεται το ανθρώπινο σώμα. Στην πορεία των συνεδριών δίδονται περισσότερες λεπτομέρειες για κάθε μέλος του σώματος, όπως ότι τα άνω άκρα αποτελούνται από τρία τμήματα, (ώμος, αγκώνα, παλάμη) τα οποία βοηθούν στην πραγματοποίηση διάφορων κινήσεων, χρήσιμων στην καθημερινή ζωή. Το ίδιο επαναλαμβάνεται και με τα κάτω άκρα και με τα άλλα μέλη του σώματος. Τέλος, ανάλογα με το επίπεδο του ατόμου μπορούν να επεξηγηθούν οι διαφορές ανάμεσα στο γυναικείο και το αντρικό σώμα, όπως επίσης και για τα διάφορα όργανα του σώματός και την χρησιμότητά τους (Τσίτσικα, 2005).

### **3.2.3. ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟ ΑΛΛΟ ΦΥΛΟ – ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΠΑΦΗ**

---

Ο έφηβος με νοητική υστέρηση βοηθιέται από τον ειδικό, σκοπός του οποίου είναι να του παρέχει μια συναισθηματική ενίσχυση. Ο ειδικός αντιμετωπίζει πάντα τον έφηβο με ιδιαίτερη αγάπη και σεβασμό, προσπαθώντας να δημιουργήσει ένα συναισθηματικό δέσιμο το οποίο θα αποτελέσει σημαντικό εφαλτήριο για την ανάπτυξη μιας σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ τους, που είναι απαραίτητη στην παρέμβαση (Buscaglia, 1993).

Βέβαια, ο ειδικός πρέπει να εστιάσει στο πως ο έφηβος θα δημιουργήσει μια σχέση με ένα άτομο του αντίθετου φύλου. Θα πρέπει να εξηγήσει γιατί οι άνθρωποι ξεκινούν μια συναισθηματική σχέση. Αρχικά, με την εισαγωγή διάφορων στοιχείων σε μια ατομική συνεδρία όπως, οι λόγοι για τους οποίους μπορεί κανείς να δημιουργήσει μια σχέση, όπως η έλξη που πρέπει να νιώθει κάποιος - από την εξωτερική εμφάνιση μιας γυναίκας ή ενός άνδρα, να διασκεδάζει να περνάει όμορφα και να γελά με τον άλλον, να έχει κάποια κοινά ενδιαφέροντα, να εμπιστεύεται τον άλλο ως φίλο και τέλος να κάνει ο ένας τον άλλο να αισθάνεται όμορφα. Βέβαια, ο ειδικός θα πρέπει να εξηγήσει εκτός από τα αρχικά συναισθήματα σε μια σχέση και την αρχική προσέγγιση μέσω του «φλερτ», του πρώτου ραντεβού αλλά και των συναισθημάτων που ίσως αναπτυχθούν όπως η αγωνία, η προσμονή και ο έρωτας (Μεταξά – Παξινοπού, 2004).

Έτσι, αφού ο έφηβος περάσει από το αρχικό στάδιο της εκπαίδευσης σχετικά με το ξεκίνημα μιας συναισθηματικής σχέσης με ένα άλλο άτομο, μπορεί να συνεχίσει η εκπαίδευσή του πάνω στον τομέα της σεξουαλικής επαφής. Καθώς, πολλά άτομα με νοητική υστέρηση ενδιαφέρονται για την σεξουαλική επαφή, αλλά δεν γνωρίζουν τον τρόπο. Αυτοί μπορούν να μάθουν πολλά για τις διάφορες στάσεις και τεχνικές, μέσα από φωτογραφίες και συζητήσεις. Δεν πρέπει να λησμονείται από τον ειδικό ότι η υγιής έκφραση της σεξουαλικότητας και η ανάπτυξη μιας συναισθηματικής και στοργικής σχέσης, μπορεί να είναι η μεγαλύτερη παρηγοριά και η σπουδαιότερη εμπειρία στη ζωή ενός νοητικά υστερούμενου εφήβου (Buscaglia, 1993).

Η εκπαίδευση μπορεί να γίνει με διάφορους τρόπους αλλά εξαρτώνται από το επίπεδο νοητικής υστέρησης. Αυτό που συνηθίζεται είναι η εκπαίδευση πάνω στην σεξουαλική συμπεριφορά μέσω διακριτικών σκίτσων, εικόνων, εκπαιδευτικών ταινιών και του παιχνιδιού. Βέβαια ο πιο κοινός τρόπος είναι η χρήση ανθρώπινων ομοιωμάτων, μετά από αρκετές συνεδρίες ο έφηβος μπορεί να παίζει και με δύο κούκλες ταυτόχρονα και να

αναπαράγει διάφορες επαφές που μπορεί να έχουν μεταξύ τους οι δύο κούκλες (Parham & Fazio, 1997,).

Επίσης, ένας ειδικός, μπορεί να διδάξει στον έφηβο ένα σύνολο κανόνων γνωστό ως «CLASP Rules». Σύμφωνα με τους «CLASP Rules» ο ειδικός εκπαιδεύει τον έφηβο σχετικά με την σεξουαλική συμπεριφορά βοηθώντας το να αντιληφθεί κάποιες δύσκολες έννοιες σχετικές με την σεξουαλική επαφή. Έτσι, κάθε γράμμα της λέξης «CLASP» έχει ένα ιδιαίτερο νόημα. Αρχικά το «C» προέρχεται από την λέξη «Consensual» που μεταφράζεται ως «Συναίνεση». Εδώ, ο ειδικός εστιάζει στο γεγονός ότι και οι δύο σύντροφοι δίδουν την συγκατάθεσή τους σχετικά με την έναρξη και την διακοπή μιας σεξουαλικής δραστηριότητας. Το σημαντικό είναι και οι δύο να ξέρουν ότι έχουν το δικαίωμα να αποσύρουν τη συγκατάθεσή τους ανά πάσα στιγμή, και ότι το «όχι» πάντα σημαίνει «δεν», και όχι οτιδήποτε άλλο. Τα άτομα με νοητική υστέρηση διακρίνουν ότι το «Stop» σημαίνει πάντα ότι κάποιος πρέπει να σταματήσει τώρα. Το γράμμα «L» προέρχεται από τη λέξη «Legal» που σημαίνει «Νόμιμη». Εδώ, ο έφηβος πρέπει να διακρίνει αν η σεξουαλική δραστηριότητα είναι «κακή» ή «παράνομη» και δεν πρέπει να προχωρήσει μέχρι να διαπιστώσει αν είναι νόμιμη. Για παράδειγμα αν δεν είναι συναινετική μια σεξουαλική πράξη τότε θεωρείται βιασμός και ο βιασμός είναι παράνομος. Ακόμη, το γράμμα «A» προέρχεται από τη λέξη «Adult» που σημαίνει «Ενήλικας». Η σεξουαλική επαφή, οι συζητήσεις και τα συναισθήματα είναι αποδεκτά μόνο μεταξύ ενηλίκων. Τα άτομα πρέπει να κατανοήσουν ότι ποτέ δεν είναι αποδεκτή μια σεξουαλική επαφή μεταξύ ενός ενήλικα και ενός παιδιού, καθώς είναι παράνομη. Ομοίως, η σεξουαλική επαφή μεταξύ παιδιών είναι απαράδεκτη και δεν υποστηρίζεται με κανέναν τρόπο. Το γράμμα «S» προέρχεται από τη λέξη «Safer» που σημαίνει «Ασφαλής». Η σεξουαλική επαφή πρέπει να καταστεί ασφαλής. Για παράδειγμα πραγματοποιείται εκμάθηση του τι απαιτείται να ξέρει ο έφηβος ώστε να μην θέσει τον εαυτό του σε κίνδυνο, όπως η χρήση προφυλακτικού για οποιαδήποτε σεξουαλική επαφή έτσι ώστε ο έφηβος να μην εκτίθεται σε σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Τέλος, το γράμμα «P» που προέρχεται από την λέξη «Private» που σημαίνει «Ιδιωτική». Η ιδιωτικότητα είναι μια έννοια που συνήθως παρερμηνεύεται από τα άτομα με νοητική υστέρηση, καθώς αντιλαμβάνονται τον ιδιωτικό χώρο, κάπου «μακριά» όπως τα δάση ή τους θάμνους στο πάρκο. Έτσι, διδάσκεται η ερμηνεία της «ιδιωτικής» σεξουαλικής συμπεριφοράς, η οποία πρέπει να λαμβάνει χώρα σε έναν προσωπικό, ιδιωτικό χώρο και όχι σε δημόσιο ή με παρουσία άλλων προσώπων εκτός του συντρόφου (Mayer, 2008).

### 3.2.4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ

---

Ο ρόλος των κοινωνικών δεξιοτήτων, οι οποίοι χρειάζονται για την προσαρμογή των εφήβων στο περιβάλλον που ζουν και αλληλεπιδρούν, είναι σημαντικός. Οι νοητικά υστερημένοι έφηβοι, συνήθως διαθέτουν μια φυσιολογία όπως όλα τα άτομα της ηλικίας τους, όμως διαφέρουν στη νοητική ηλικία, με αποτέλεσμα να υστερούν στις κοινωνικές δεξιότητες, καθώς δεν μπορούν να εξοικειωθούν στις κοινωνικές δεξιότητες «τυχαία», όπως συμβαίνει με τα φυσιολογικά άτομα (Εμμανουηλίδου, 2006).

Η παρέμβαση της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης εστιάζει στην εκπαίδευση και στην παροχή ευκαιριών για ανάπτυξη στενών και ευρύτερων κοινωνικών σχέσεων (ενθάρρυνση για ανταλλαγές επισκέψεων με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας, συμμετοχή στη χορωδία, επαφές με φορείς της κοινότητας). Ενθαρρύνεται η ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων που αναμένεται κυρίως να έχει ο πελάτης στην καθημερινή του ζωή. Στον τομέα αυτό συμπεριλαμβάνονται δραστηριότητες για ανάπτυξη διαφόρων τύπων επικοινωνίας (χρήση τηλεφώνου, αλληλογραφία). Σημαντική θεωρείται και η εκτέλεση των κοινωνικών ρόλων που περιέχουν και αρνητικά στοιχεία (χειρισμός ανεπιθύμητων επισκεπτών, ενοχλητικών τηλεφωνημάτων) (Μαλαματίδου – Ρουσσάκου, 1997).

Η εκμάθηση των κοινωνικών δεξιοτήτων μπορεί ακόμη να περιλαμβάνει σχέσεις με συνομηλίκους και μεγαλύτερους καθώς και μικρότερους, θετικές αντιδράσεις που είναι κατάλληλες στην αρμόζουσα συνθήκη και κατάσταση. Η ικανότητα σύναψης δυαδικών και ομαδικών διαπροσωπικών σχέσεων (με οικεία άτομα), επίπεδο ανταπόκρισης σ' αυτές και είδη σχέσεων προτείνεται σταδιακά η εμπλοκή του ατόμου σε μικρές και αργότερα σε πολυάνθρωπες ομάδες, η άσκηση στην αναγνώριση κοινωνικών σημάτων για έναρξη σχέσης, η δραματοποίηση καθημερινών κοινωνικών καταστάσεων και ο πειραματισμός σε διάφορα είδη σχέσεων (στοργής, συναδελφικής φύσης, φιλικής φύσης) (Μαλαματίδου – Ρουσσάκου, 1997).

Βέβαια, το πιο σημαντικό όμως είναι η εκμάθηση της γλώσσας για επικοινωνία. Χωρίς την κατάλληλη γνώση των δεξιοτήτων αυτές οι σχέσεις είναι φτωχές. Οι δεξιότητες αυτές είναι καθοριστικές για την έναρξη, τη διατήρηση και την ποιότητα μιας κοινωνικής σχέσης, γι' αυτό και θα πρέπει να ασκούνται τόσο γενικά (κατά τη διάρκεια των καθημερινών δραστηριοτήτων) όσο και ειδικά. Ειδικά προτεινόμενες δραστηριότητες είναι η ανάληψη διαφορετικών ατομικών εκφράσεων μπροστά σε καθρέπτη (έκφραση χαράς, αποδοχής, έκπληξης, θυμού...), η μη λεκτική μίμηση ενός προσώπου ή ενός επαγγέλματος, το παίξιμο

ρόλων, η ανάγνωση ποιημάτων στην ομάδα, η παρακολούθηση ταινιών. Σημαντική θεωρείται η ανατροφοδότηση μέσω video και φωτογραφιών. Έτσι, η κοινωνικοποίηση των ατόμων με νοητική υστέρηση, η αποδοχή από την ομάδα αποτελεί προϋπόθεση για την ομαλή σεξουαλική τους ανάπτυξη (Kazdin & Matson, 1981, Μαλαματίδου – Ρουσσάκου, 1997, Βασιλείου, 1998, Εμμανουηλίδου, 2006).

Η εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες οδηγεί τον έφηβο στην απόκτηση κοινωνικά αποδεκτής σεξουαλικής συμπεριφοράς. Ειδικότερα, οι στόχοι θα μπορούσαν να είναι οι ακόλουθοι ώστε ο έφηβος να μη:

1. αγγίζει τους άλλους ανάρμοστα,
2. εμπλέκεται σε ανάρμωστη σεξουαλική συμπεριφορά,
3. μιλά ανάρμοστα για τη σεξουαλική δραστηριότητα και να μη κάνει ανάρμοστα αστεία,
4. παραμένει πολύ ώρα στη τουαλέτα.
5. στυλώνει άπρεπα το βλέμμα του,
6. χρησιμοποιεί ανάρμωστη γλώσσα, να μη βωμολοχεί στο δρόμο ή στο σπίτι (Αγαλιώτης και συν., 2004).

Οι ενδεικτικές δραστηριότητες επίτευξης των παραπάνω στόχων αποτελούν (Αγαλιώτης και συν., 2004):

1. Η άσκηση χρήσης από τα άτομα με νοητική υστέρηση λέξεων κλισέ αντί βωμολογιών,
2. Η ενασχόληση με παιχνίδια σωματογνωσίας όπου εκπαιδεύονται σε κατάλληλες σεξουαλικές συμπεριφορές,
3. Παρακολούθηση ταινίες video αγωγής υγείας (σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης).

### **3.2.5. ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΚΑΙ ΤΕΚΝΟΠΟΙΗΣΗ**

---

Τα πραγματικά στοιχεία σχετικά με τη σεξουαλικότητα του διανοητικά υστερημένου εφήβου, συμπεριλαμβανομένων της επίδρασης των φαρμάκων και της διάγνωση τους, τις πληροφορίες σχετικά με τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και τις μεθόδους αντισύλληψης, αποτελούν μέρος ενός προγράμματος (Conod & Servais, 2007). Ειδικότερα, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι: η σύφιλη, η βλεννόρροια, ο γεννητικός έρπης και το HIV. Οι αντισυλληπτικές μέθοδοι είναι: το ελαστικό προφυλακτικό, τα

αντισυλληπτικά χάπια, το ενδομητρικό σπινάλ, τα ενέσιμα μακράς διάρκειας αντισυλληπτικά και η στείρωση (Αγγελίδης και συν., 1991). Βέβαια, έχουν διατυπωθεί αρκετοί προβληματισμοί, καθώς η ενημέρωση σε θέματα σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων και αντισύλληψης αποτελούν μέρος του ρόλου ενός ειδικού και ίσως θα πρέπει να είναι ένας επαγγελματίας υγείας όπως ένας νοσηλεύτης ή και ένας ιατρός (Fouche, 2001).

Αντιθέτως, οι Novak και Mitchell (1988) θεωρούν ότι τα άτομα με νοητική υστέρηση που έχουν μια στενή σχέση με τον ειδικό σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης με τον οποίο πραγματοποιούν συχνές ατομικές συνεδρίες, νιώθουν πιο άνετα να συζητούν μαζί του, σεξουαλικά ζητήματα. Μάλιστα έρευνά τους απέδειξε ότι όσο μεγαλύτερος ήταν ο ημερήσιος χρόνος επαφής τους, τόσο περισσότερος αφιερώνονταν σε μια ειλικρινή και ανοιχτή συζήτηση σχετικά με τη σεξουαλικότητα αλλά και τους προβληματισμούς τους. Η πιο κοινή μέθοδος αντισύλληψης, που προτείνεται από τον ειδικό, είναι το προφυλακτικό. Η εκπαίδευση πάνω στην χρήση του είναι σχετικά απλή και μπορεί να γίνει είτε με εικόνες είτε με χρήση ομοιωμάτων (Morris, 2003).

### **3.3. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ – ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ**

---

Και σε προηγούμενη ενότητα παρατέθηκαν οι πολλαπλοί προβληματισμοί των γονέων σε θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης (Νιτσόπουλου, 1992). Έτσι, είναι απαραίτητη η συμβουλευτική της οικογένειας από κοινωνικούς λειτουργούς καθώς πρέπει να αποδεχθεί την αναγκαιότητα της σεξουαλικής φύσης του διανοητικά υστερημένου εφήβου – μέλους της. Η συμβουλευτική γονέων, για τη φύση και τα προβλήματα της σεξουαλικής ζωής των παιδιών τους, αποτελεί λύση για την αλλαγή των αντιλήψεών τους (McKenna, 2003).

Η παροχή στήριξης από κοινωνικούς λειτουργούς για την αντιμετώπιση των αλλαγών στη σεξουαλικότητα των παιδιών τους και η παροχή εκπαίδευσης, ώστε να εκπαιδύσουν οι ίδιοι τα παιδιά τους, είναι απαραίτητες. Η συμβουλευτική στήριξη από κοινωνικούς λειτουργούς είναι αναγκαία ώστε να μπορέσουν οι γονείς να αποδεχθούν τη σεξουαλικότητα των παιδιών τους και να τα στηρίξουν με τον τρόπο που πρέπει (Αγγελίδης και συν., 1991). Γεγονός που ισχυροποιείται από μια έρευνα του McDermott και των συνεργατών του (1994), καθώς ανακάλυψε ότι ένα πρόγραμμα οικογενειακού προγραμματισμού και συμβουλευτικής επιτρέπει την ενδυνάμωση της διδασκαλίας σεξουαλικών ζητημάτων με νοητικά υστερημένα άτομα ακόμα και κατά τη διάρκεια ατομικών κατ' οίκον επισκέψεων. Έτσι, η συμβουλευτική

βοηθά τους γονείς να αποδεχθούν τις συναισθηματικές αντιδράσεις τους αναφορικά με τη μειονεξία του παιδιού τους, όπως η απώλεια αυτοεκτίμησης, η ντροπή, και η αμυντική στάση. Καθώς μια πιθανή σεξουαλική κακοποίηση θα τους φέρει μπροστά σε ένα κοινωνικό διασυρμό και στίγμα (Γιωτάκος & Πρεκατέ, 2006), οπότε θα αποτελέσει και ένα σημαντικό βήμα στην πρόληψη της σεξουαλικής κακοποίησης των παιδιών τους (Lumley, 1998).

Η συμβουλευτική από κοινωνικούς λειτουργούς είναι σημαντική και σε αποδοχή πιο «λεπτών» ζητημάτων όπως ο αυνανισμός. Ο αυνανισμός παρέχει ευχαρίστηση, ικανοποίηση και αποτελεί τη φυσιολογική πορεία προς την σεξουαλική ολοκλήρωση αλλά οι έφηβοι με νοητική υστέρηση μπορούν να διδαχθούν, ότι πρέπει να αυνανίζονται σε αθέατους, προσωπικούς χώρους του σπιτιού τους, και πουθενά αλλού και ποτέ μπροστά σε άλλους. Οπωσδήποτε, το να διδάξουν οι γονείς στο διανοητικά υστερημένο παιδί τους την «απομόνωση» στη διάρκεια του αυνανισμού, είναι μια πολύ δύσκολη εμπειρία γι' αυτούς. Στόχος του κοινωνικού λειτουργού είναι να εκπαιδεύσει τους γονείς, ώστε, εκείνοι με την σειρά τους, να γαλουχήσουν το μέλος της οικογένειάς τους, σχετικά με το τι επιτρέπεται να γίνεται δημόσια και τι ιδιαιτέρως. Αν κατορθώσουν να διδάξουν στο διανοητικά υστερημένο άτομο για παράδειγμα ότι πρέπει να είναι μόνο του όταν ουρεί, κάνει μπάνιο ντύνεται και γδύνεται, τότε θα μάθει ότι κι έτσι, μόνο του, πρέπει να είναι όταν αυνανίζεται (Αγγελίδης και συν., 1991, Van Der Kwaak et al, 2010).

Επιπρόσθετα, οι έφηβοι με νοητική υστέρηση πέφτουν συχνά θύματα σεξουαλικής κακοποίησης, συχνότερα από συγγενικά πρόσωπα. Οι κοινωνικοί λειτουργοί σε συνεργασία με τους γονείς, πρέπει να τα εκπαιδεύουν πάνω σε θέματα σεξουαλικότητας και στα δικαιώματά του σώματός τους, ώστε να διαπαιδαγωγούνται στην πρόληψη σεξουαλικής κακοποίησης (Χαρίτου, 2002). Ειδικότερα, η εκμάθηση των δεξιοτήτων πρόληψης της σεξουαλικής κακοποίησης σε έφηβες με νοητική υστέρηση είναι εφικτή, οπότε είναι ελπιδοφόρα οποιαδήποτε παρέμβαση (Lumley, 1998, Plaks et al, 2010).

Δεν είναι ασυνήθιστο οι νοητικά υστερημένα έφηβοι να ψηλαφούν τα σώματα άλλων αγοριών ή κοριτσιών. Δεν αντιλαμβάνονται πολλές φορές τη σοβαρότητα αυτής της συμπεριφοράς ή τον αντίκτυπο της σε τρίτους. Πρέπει να τους εξηγηθεί από τους γονείς, οι οποίοι έχουν λάβει την κατάλληλη πληροφόρηση από την συμβουλευτική από κοινωνικούς λειτουργούς, ήρεμα αλλά αποφασιστικά, ότι οι πράξεις τους είναι ανάρμοστες και δεν είναι σωστό να αγγίζουν κάποιον που δεν θέλει. Ίσως χρειαστεί κάποιο είδος τιμωρίας, αν δεν είναι σε θέση να καταλάβουν ότι η συμπεριφορά αυτή μπορεί να τους βλάψει. Το πρόβλημα είναι ότι ίσως δεν έχουν άλλη διέξοδο για την σεξουαλική τους ενέργεια, δεν έχουν αναπτύξει την

κατάλληλη κοινωνικότητα ή έχουν άσχημη εικόνα για τον εαυτό τους και βλέπουν αυτή την συμπεριφορά σαν ευκαιρία να τραβήξουν την προσοχή. Ορισμένοι έφηβοι με νοητική υστέρηση απομονώνονται, ίσως γιατί νιώθουν ανίκανοι για οποιαδήποτε «φυσιολογική» σχέση ή διότι πιστεύουν ότι κανείς δεν μπορεί να ενδιαφερθεί πραγματικά γι' αυτούς. Είναι ανάγκη λοιπόν οι γονείς να τους παροτρύνουν διακριτικά να λάβουν μέρος σε κοινωνικές δραστηριότητες και να αναζητήσουν συντροφιάς. Θα πρέπει να προτείνουν οτιδήποτε τους κάνει να αισθάνονται καλύτερα με τον εαυτό τους και πιο άνετα με τους άλλους, όπως το να περάσουν μία δύο μέρες στο σπίτι φίλων ή να κάνουν μια εκδρομή, δημιουργικές δραστηριότητες, που μπορεί να προάγει μία αίσθηση της συντροφικότητας. Κάτι τέτοιο μπορεί να ξεκινήσει με ομαδικές συναντήσεις γονέων όπου συζητούνται οι φόβους και τα συναισθήματά τους (Buscaglia, 1993).

Ο έφηβος με νοητική υστέρηση θα πρέπει να μάθει ότι υπάρχουν άνθρωποι που επιλέγουν να μην παντρευτούν ή να μην κάνουν οικογένεια, διότι δεν τους ταιριάζει, αυτό όμως δεν τους εμποδίζει να έχουν φίλους και κοινωνικά δραστήρια ζωή. Βέβαια, είναι ένα σημαντικό μέρος της ζωής τους, ο γάμος και η απόκτηση τέκνων. Εδώ, ο ειδικός σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης μπορεί να διδάξει τον έφηβο με φωτογραφίες που καταδεικνύουν την αναγκαιότητα της ύπαρξης υπευθυνότητας σε περίπτωση σύναψης γάμου, ότι δηλαδή θα υπάρξουν πολλές υποχρεώσεις και ευθύνες όπως η ετοιμασία και το σερβίρισμα του καθημερινού φαγητού, το τάισμα των τέκνων, οι οικιακές εργασίες, η εργασία και η ψυχαγωγία. Εδώ, η συνεισφορά των γονέων είναι καταλυτική. Βέβαια αν αυτή δεν υπάρχει συμπεραίνεται ότι η τεκνοποίηση από ζευγάρια με νοητική υστέρηση δεν πρέπει να ενθαρρύνεται από καμία συμβουλευτική παρέμβαση (Αγγελίδης και συν., 1991).

Τέλος, όταν τα μέλη μιας οικογένειας μάθουν να μιλούν ανοιχτά για την σεξουαλικότητα τα πλεονεκτήματα είναι πολλά. Αρχικά, γιατί υπάρχει ανοικτή επικοινωνία γονέων – μελών οικογένειας, γεγονός που δημιουργεί στους εφήβους με νοητική υστέρηση το αίσθημα της εμπιστοσύνης προς τους γονείς τους. Μελλοντικά, αν τυχόν αντιμετωπίσουν κάποια δυσκολία ή πρόβλημα, θα έχουν την άνεση να το μοιραστούν με τους γονείς τους. Επίσης, μαθαίνουν να μην ντρέπονται για το σώμα τους και να αποδέχονται τα ερωτικά τους συναισθήματα ως κάτι το φυσιολογικό, όπως πραγματικά είναι. Όταν, λοιπόν, οι έφηβοι θα φθάσουν στην περίοδο της αφύπνισης της σεξουαλικότητάς τους, θα έχουν μάθει να σέβονται το σώμα τους και να το χειρίζονται σωστά (Cole, 1998).



### **3.4. ΦΟΡΕΙΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗΣ**

---

Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των εφήβων με νοητική υστέρηση έχει απασχολήσει την ελληνική πολιτεία, μέσω του αρμόδιου Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων, Πολιτισμού και Αθλητισμού, που πραγματοποιεί ειδικά προγράμματα. Μέσω της Διεύθυνσης Αγωγής Υγείας δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σχεδιάζει και συντονίζει προγράμματα αγωγής υγείας, όπως πιλοτικά προγράμματα αγωγής υγείας – διαφυλικών σχέσεων. Μέσω αυτών των προγραμμάτων, που πραγματοποιούνται στο σχολικό περιβάλλον, πραγματοποιείται κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη των εφήβων, μέσω των οποίων ο έφηβος μαθαίνει να εκφράζει την ανάγκη του για πληροφόρηση αναφορικά με σεξουαλικά ζητήματα. Τα προγράμματα αυτά διασφαλίζουν την διαμόρφωση ορθών αντιλήψεων και συμπεριφορών σε σεξουαλικά θέματα δημιουργώντας υπεύθυνα και ενημερωμένα άτομα με ηθικές και κοινωνικές αξίες. Στα πλαίσια των κρατικών φορέων διοργανώνονται ομιλίες, εκδίδονται και ενημερωτικά φυλλάδια για την πρόληψη και την αγωγή υγείας. Σε προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης συμμετέχουν οι εξής κρατικοί φορείς:

- 1. Ιατρική Σχολή**
- 2. Ινστιτούτο Υγείας Παιδιού**
- 3. Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού Κέντρων Υγείας**
- 4. Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού Νοσοκομείων**
- 5. Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων**
- 6. Κέντρο Στήριξης Οικογένειας**
- 7. Μαιευτική Και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών**
- 8. Ορθόδοξη Εκκλησία**
- 9. Σχολές Γονέων Ιεράς Αρχιεπισκοπής Αθηνών**
- 10. Σχολή Δημόσιας Υγείας**
- 11. Τηλεφωνικός Σταθμός Για AIDS Νοσοκομείο «Α. Συγγρός»**
- 12. Φιλοσοφική Σχολή Τομέας Ψυχολογίας Του Πανεπιστημίου Αθηνών**  
(Κρεατσάς, 2003)

Επίσης, μη κυβερνητικοί φορείς αγωγής υγείας που μπορούν να προσφέρουν υπηρεσίες σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης σε έφηβους με νοητική υστέρηση και τις οικογένειές τους είναι οι παρακάτω:

- 1. Γιατροί του Κόσμου,**
- 2. Γιατροί χωρίς Σύνορα,**

3. **Ελληνική Εταιρεία Παιδικής και Νεανικής Γυναικολογίας,**
4. **Ένωση Φορέων Στήριξης Ατόμων Με Νοητική Υστέρηση Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία «Μελεδώνη».** Η Αστική μη κερδοσκοπική εταιρία «Μελεδώνη» ιδρύθηκε το 1997 και αποτελεί Ένωση Φορέων Στήριξης Ατόμων με Νοητική Υστέρηση. Ως ένωση η «Μελεδώνη» έχει καταφέρει κάτι πολύ σημαντικό. Να φέρει κοντά και να εκπροσωπήσει τους φορείς που παρέχουν υπηρεσίες αποκλειστικά σε άτομα με νοητική υστέρηση ΜΕΛΕΔΩΝΗ (2013).
5. **ΕΣΤΙΑ - Κέντρο Κοινωνικής Φροντίδας Ατόμων με Νοητική Υστέρηση.** Είναι φορέας που δραστηριοποιείται στην παροχή υπηρεσιών σε άτομα με νοητική υστέρηση. Η Εστία ιδρύθηκε το 1982 από γονείς και φίλους ατόμων με νοητική υστέρηση και διοικείται από επταμελές Διοικητικό Συμβούλιο. Είναι Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου, Ειδικώς Αναγνωρισμένο Φιλανθρωπικό Σωματείο, εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης και δέχεται άτομα από 18 έως 32 ετών (ΕΣΤΙΑ, 2013).
6. **Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αντισύλληψης και Αναπαραγωγικής Υγείας.** Η Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού (Ε.Σ.Ο.Π.), ως μη κυβερνητική, μη κερδοσκοπική οργάνωση έχει ως αμετακίνητο στόχο τον ορθό σχεδιασμό, και την οργάνωση της ατομικής και οικογενειακής ζωής για ένα ευτυχέστερο μέλλον. Η Ε.Ο.Π. ιδρύθηκε το 1976 και πρωτοστατεί για την αναγνώριση και την διάδοση του θεσμού του οικογενειακού προγραμματισμού και τα μέλη της συμμετέχουν εθελοντικά. Το 2006, το Διοικητικό Συμβούλιο της Διεθνούς Ομοσπονδίας του Οικογενειακού Προγραμματισμού απένειμε πιστοποίηση στην Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, μετά από έλεγχο ως προς την συγκρότηση, τη διοίκηση και τον σχεδιασμό της. Επιπλέον η Ε.Σ.Ο.Π. αποτελεί μέλος της E.S.C. (European Society of Contraception) – Ευρωπαϊκής Εταιρείας Αντισύλληψης, συμμετέχοντας σε καμπάνιες και συνέδρια. η Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού ασχολείται με ευπαθείς κοινωνικές ομάδες και αγωνίζεται για την προώθηση και προάσπιση των σεξουαλικών και αναπαραγωγικών δικαιωμάτων αυτών, δίχως πολιτιστικά και θρησκευτικά κριτήρια και με σεβασμό στην οποιαδήποτε ιδιαιτερότητα (ΕΣΟΠ, 2013).
7. **Κ.Ε.Ε.Π.Ε.Α. «Ορίζοντες» - Κέντρο Επαγγελματικής Εκπαίδευσης Παιδιών με Ειδικές Ανάγκες.** Το Κέντρο Επαγγελματικής Εκπαίδευσης Παιδιών με

Ειδικές Ανάγκες Κ.Ε.Ε.Π.Ε.Α. «ΟΡΙΖΟΝΤΕΣ» είναι ένα μη κερδοσκοπικό, Ειδικώς Αναγνωρισμένο Φιλανθρωπικό Σωματείο που δημιουργήθηκε το 1998 από γονείς Ατόμων με Αναπηρία, επιστήμονες και ευαισθητοποιημένους πολίτες της περιοχής μας. Λειτουργεί ως Μονάδα εξυπηρέτησης αναγκών εκπαίδευσης Ατόμων με Νοητική Υστέρηση και Αυτισμό στον Άγιο Δημήτριο – Αττικής, εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης και τη Νομαρχία Αθηνών και διοικείται από 7μελές Συμβούλιο, το οποίο αποτελείται κυρίως από γονείς ατόμων με αναπηρίες (Κ.Ε.Ε.Π.Ε.Α., 2013).

8. **Σύλλογος Για Την Εκπαίδευση - Επαγγελματική Κατάρτιση Και Αποκατάσταση Ατόμων Με Νοητική Υστέρηση «Οι Μαχητές»** Σκοπός του συλλόγου είναι η συνολική αντιμετώπιση, ειδική αγωγή, προκατάρτιση, επαγγελματική κατάρτιση και επαγγελματική – κοινωνική προώθηση των παιδιών – ατόμων με νοητική υστέρηση (ΜΑΧΗΤΕΣ, 2013).
9. **Σύλλογος Γονέων για την Υποστηριζόμενη Διαβίωση Προσώπων με Νοητική Υστέρηση «Πέταγμα».** Ο Σύλλογος Γονέων για την Υποστηριζόμενη Διαβίωση Προσώπων με Νοητική Υστέρηση με την επωνυμία "Πέταγμα" οργανώνει διάφορα προγράμματα, για άτομα με νοητική υστέρηση, με στόχο την εκπαίδευση στην αυτόνο-μη διαβίωση, και την κοινωνική ένταξη. Παράλληλα, οργανώνει προγράμματα διακοπών από την οικογένεια με στόχο την οργάνωση ενός εποικοδομητικού διαλείμματος για τους γονείς και τα παιδιά τους (ΠΕΤΑΓΜΑ, 2013).



## 4.1 ΕΙΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

---

Το είδος μιας έρευνας αποτελεί ένα εκτεταμένο σχεδιασμό για τη συγκέντρωση και την αξιολόγηση των στοιχείων της, ο οποίος ακολουθεί τους προβληματισμούς που έχουν τεθεί, αποτελεί μια δύσκολη επιλογή για κάθε ερευνητή, καθώς πρέπει να προσδιοριστεί από την εκκίνηση ενός ερευνητικού σχεδίου που ακόμη βρίσκεται σε αρχικά στάδια και δε διαθέτει μια πλήρη εικόνα του αντικειμενικού του προβληματισμού (Δημητρόπουλος, 2004).

Η διάκριση των ειδών μιας έρευνας είναι μεταξύ ποσοτικής και ποιοτικής. Οι ερευνητές που υιοθετούν την ποσοτική μέθοδο χρησιμοποιούν στατιστικές αναλύσεις και μετρήσεις, ενώ οι ποιοτικοί ερευνητές δίνουν έμφαση στα λεγόμενα των εξεταζόμενων προσώπων (Κυριαζόπουλος & Σαμαντά, 2011).

Η ποσοτική έρευνα αφορά στη μέτρηση μεγεθών με ποσοτικό τρόπο, περιλαμβάνει μετρήσιμα μεγέθη και πραγματοποιείται σε ένα μεγάλο πλήθος ατόμων, ώστε να είναι δυνατή η εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων, με την συμπλήρωση ερωτηματολογίων. Ενώ, η ποιοτική έρευνα πραγματοποιείται σε μικρότερο αριθμό ατόμων και εξετάζει την συμπεριφορά, την γνώμη, τα συναισθήματα και την στάση αυτών (Τομαράς, 2005).

Στη συγκεκριμένη εργασία θα χρησιμοποιηθεί η μέθοδος της ποσοτικής έρευνας και θα διερευνηθούν, μέσω ενός ερωτηματολογίου, η σεξουαλικότητα των εφήβων με νοητική υστέρηση και οι στάσεις των γονέων τους για τη συμβουλευτική της οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας/ανάπτυξης αλλά και για τη σεξουαλική διαπαιδαγώγησή των παιδιών τους.

## 4.2. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ

---

Ο κύριος σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι η διερεύνηση θεμάτων αναφορικά με την σεξουαλικότητα των εφήβων με νοητική υστέρηση και τις απόψεις των γονέων τους για τη συμβουλευτική της οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας/ανάπτυξης και για τη σεξουαλική διαπαιδαγώγησή των παιδιών τους.

Πιο συγκεκριμένα οι ερευνητικοί στόχοι είναι οι εξής:

- 1.<sup>ος</sup>: Να διερευνηθεί η σεξουαλικότητα των εφήβων με ΝΥ.
- 2.<sup>ος</sup>: Να διερευνηθεί η συμβουλευτική οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας και ανάπτυξης των εφήβων με ΝΥ.

3. 3<sup>ος</sup>: Να διερευνηθεί η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των εφήβων με ΝΥ.
4. 4<sup>ος</sup>: Να διερευνηθεί η αιτία που καθιστά τους γονείς των εφήβων με ΝΥ αρνητικούς στην συμβουλευτική της οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας/ανάπτυξης και σεξουαλικής διαπαιδαγώγησής τους.
5. 5<sup>ος</sup>: Να διερευνηθεί η ηλικία των παιδιών με ΝΥ την οποία οι γονείς θεωρούν κατάλληλη για την συμβουλευτική οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας/ανάπτυξης και την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των παιδιών τους.

### 4.3. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ – ΔΕΙΓΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

---

Ο καθορισμός του δείγματος μιας έρευνας αντικατοπτρίζει την αντιπροσωπευτικότητα ενός πληθυσμού (Κατσίλλης, 2006). Το μέγεθος του δείγματος μιας έρευνας μπορεί να προσδιοριστεί στο 1% έως 10% του πληθυσμού καθώς τα σαφώς καθορισμένα δείγματα μπορούν συχνά να εξασφαλίσουν συνέπεια, εφόσον χρησιμοποιείται αξιόπιστη διαδικασία δειγματοληψίας (Kotler & Keller, 2006).

Οι τεχνικές της δειγματοληψίας είναι η δειγματοληψία πιθανότητας και μη πιθανότητας, στην πρώτη κάθε συστατικό στοιχείο του πληθυσμού μπορεί να λάβει μέρος στο δείγμα και στην δεύτερη δεν είναι δυνατή η εύρεση της πιθανότητας να συμμετέχει ένα στοιχείο του πληθυσμού στο δείγμα (Kothari, 2004).

Στην παρούσα εργασία ακολουθήθηκε η τεχνική της δειγματοληψίας της πιθανότητας καθώς η επιλογή του δείγματος πραγματοποιήθηκε με τυχαίο τρόπο από ένα πληθυσμό. Ειδικότερα, ο πληθυσμός από τον οποίο προέκυψε το δείγμα αποτελείται από γονείς εφήβων με νοητική υστέρηση που διαμένουν στην περιοχή του Νομού Μαγνησίας στηριζόμενο στην προσωπική κρίση της ερευνήτριας. Ειδικότερα το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 65 γονείς εφήβων με νοητική υστέρηση. Αρχικά, δόθηκε το ερωτηματολόγιο σε 78 γονείς οι 65 από τους οποίους αποδέχθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα. Οπότε, προέκυψε ένα ποσοστό συμμετοχής 83,33% εξασφαλίζοντας μια αξιόπιστη δειγματοληψία (Kotler & Keller, 2006), εφόσον υπερβαίνει τη συνθήκη της αναλογίας του 1%-10% (Κυριαζόπουλος & Σαμαντά, 2011).

Η έρευνα αφορά κατά κύριο λόγο τους εφήβους με νοητική υστέρηση. Επιλέχτηκε ως δείγμα της έρευνας οι γονείς εφήβων με ΝΥ, καθώς δεν θα ήταν δυνατό δεδομένης της

νοητικής τους ανεπάρκειας αλλά και των εργαλείων που είχαμε στη διάθεση μας να ληφθούν οι απαραίτητες πληροφορίες από τους ίδιους τους έφηβους.

#### 4.4. ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

---

Ακολουθώντας τη στρατηγική της επισκόπησης προέκυψε το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για την έρευνα, το οποίο είναι ένα ερωτηματολόγιο (Cohen & Manion, 1994).

Η κατάρτιση του ερωτηματολογίου οδηγεί στη σύνθεση ερωτήσεων που προϋποθέτει τον απόλυτο προσδιορισμό του εξεταζόμενου θέματος, τη γνώση των βιβλιογραφικών πηγών, τον καθορισμό των ερευνητικών στόχων, ερωτημάτων και υποθέσεων και του δείγματος (McDaniel & Gates, 2007).

Έτσι, το ερωτηματολόγιο αποτελείται από ένα πλήθος ερωτημάτων που σκοπεύουν να αναδείξουν τις απόψεις του δείγματος (Σταθακόπουλος, 2005) και τη συμπεριφορά του σε προκαθορισμένες καταστάσεις ή ερωτήματα (Γκίβαλος, 2003).

Το ερωτηματολόγιο «πειθαρχεί» στις ανάγκες της σύνταξης καθώς οι ερωτήσεις δημιουργούνται με τέτοιο τρόπο, ώστε να περικλείουν τους ερευνητικούς στόχους αλλά και είναι έτσι δομημένες, ώστε να προσελκύουν την ανταπόκριση του ερωτώμενου και να διευκολύνεται η ανάλυση των στοιχείων του με τη χρήση στατιστικών πακέτων, όπως το SPSS (Γναρδέλλης, 2006).

Το ερωτηματολόγιο διαμοιράζεται σε μια ομάδα ατόμων, ώστε ο ερευνητής να αποκομίσει στοιχεία που θα τον βοηθήσουν να διεξάγει συμπεράσματα για το ερευνητικό του πρόβλημα. Ειδικότερα *«ο σχεδιασμός του ερωτηματολογίου αποτελεί τον «θεμέλιο λίθο» της έρευνας αφού καθορίζει το είδος των ερευνητικών ερωτημάτων που θέλουμε να απαντήσουμε και τον τύπο των ερωτήσεων που θα χρησιμοποιήσουμε για το σκοπό αυτό»* (Κυριαζόπουλος & Σαμαντά, 2011: 123).

Η παρούσα έρευνα βασίζεται στη μέθοδο της επισκόπησης και στην επιλογή του ερωτηματολογίου ως εργαλείου της. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 13 ερωτήσεις κλειστού τύπου οι οποίες ομαδοποιούνται σε τέσσερις ενότητες. Ειδικότερα:

1. Στην 1<sup>η</sup> ενότητα **«Δημογραφικό Προφίλ Γονέων»** περιλαμβάνονται πέντε ερωτήσεις. Στην Ερώτηση 1 αναλύεται το φύλο του γονέα. Η 2<sup>η</sup> ερώτηση

σχετίζεται με την ηλικία του γονέα. Η 3<sup>η</sup> ερώτηση αναφέρεται στο επίπεδο σπουδών του γονέα. Η 4<sup>η</sup> ερώτηση προσδιορίζει το επάγγελμα του γονέα και η 5<sup>η</sup> ερώτηση αναφέρεται στο ετήσιο οικογενειακό εισόδημα.

2. Στην 2<sup>η</sup> ενότητα «**Δημογραφικό Προφίλ Εφήβων Με Νοητική Υστέρηση**» περιλαμβάνονται τρεις ερωτήσεις. Στην Ερώτηση 6 αναλύεται το φύλο του ατόμου με νοητική υστέρηση. Η 7<sup>η</sup> ερώτηση σχετίζεται με το επίπεδο τα νοητικής υστέρησης του ατόμου.
3. Στην 3<sup>η</sup> ενότητα «**Σεξουαλικότητα Εφήβων Με Νοητική Υστέρηση**» περιλαμβάνεται μια ερώτηση, η 9<sup>η</sup> η οποία διερευνά τα γνωρίσματα της σεξουαλικής συμπεριφοράς του εφήβου μέσα από 18 υποερωτήσεις.
4. Στην 4<sup>η</sup> ενότητα «**Απόψεις Γονέων**» περιλαμβάνονται τέσσερις ερωτήσεις. Η 10<sup>η</sup> ερώτηση διερευνά το βαθμό στον οποίο συμφωνούν οι γονείς με διάφορα χαρακτηριστικά της συμβουλευτικής οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας και ανάπτυξης των παιδιών τους μέσα από 9 υποερωτήσεις. Η 11<sup>η</sup> ερώτηση διερευνά το βαθμό στον οποίο συμφωνούν οι γονείς με τα χαρακτηριστικά της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των παιδιών τους μέσα από 10 υποερωτήσεις. Η 12<sup>η</sup> ερώτηση διερευνά τη στάση των γονέων αναφορικά με την αιτία που τους επιβάλλει να αρνούνται την συμβουλευτική της οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας/ανάπτυξης και της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των παιδιών τους με νοητική υστέρηση μέσα από 10 υποερωτήσεις. Τέλος η ερώτηση 13 αναζητά την κατάλληλη ηλικία των παιδιών με νοητική υστέρηση στην οποία εκείνοι επιθυμούν την συμβουλευτική οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας/ανάπτυξης και την σεξουαλική διαπαιδαγώγησή τους.

Επίσης, τα ερευνητικά ερωτήματα που έχουν τεθεί είναι τα εξής:

1. Ποιά είναι τα γνωρίσματα της σεξουαλικότητας των εφήβων με ΝΥ;
2. Ποιά είναι τα χαρακτηριστικά της συμβουλευτικής οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας και ανάπτυξης των εφήβων με ΝΥ;
3. Ποιά είναι τα χαρακτηριστικά της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των εφήβων με ΝΥ;
4. Ποιά είναι η κύρια αιτία άρνησης των γονέων σχετικά με τη συμβουλευτική οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας/ανάπτυξης και σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των εφήβων με ΝΥ;



5. Ποία είναι η ηλικία των παιδιών με ΝΥ την οποία οι γονείς θεωρούν κατάλληλη για την συμβουλευτική οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας / ανάπτυξης και την σεξουαλική διαπαιδαγώγησή τους;

Συγκεντρωτικά, η περιγραφή κάθε ερευνητικού στόχου, ερωτήματος, ενότητας ερωτηματολογίου, ερώτησης, στόχου και τύπου ερώτησης αναλύονται στον παρακάτω Πίνακα 4.1..

**Πίνακας 4.1. Περιγραφή: Ερευνητικοί Στόχοι, Ερευνητικό Ερώτημα, Ενότητα Ερωτηματολογίου, Ερώτηση, Στόχος & Τύπος Ερώτησης**

Ερευνητικοί Στόχοι	Ερευνητικό Ερώτημα	Ενότητα Ερωτηματολογίου	Ερώτηση	Στόχος Ερώτησης	Τύπος Ερώτησης
		Ενότητα 1. Δημογραφικό Προφίλ Γονέα	Ερώτηση 1	Διερεύνηση φύλου γονέα	Διχοτομική
			Ερώτηση 2.	Διερεύνηση ηλικίας γονέα	Πολλαπλών επιλογών
			Ερώτηση 3.	Διερεύνηση επίπεδου σπουδών γονέα	Πολλαπλών επιλογών
			Ερώτηση 4.	Διερεύνηση επαγγέλματος γονέα	Πολλαπλών επιλογών
			Ερώτηση 5.	Διερεύνηση ετήσιου οικογενειακού εισοδήματος γονέα	Πολλαπλών επιλογών
		Ενότητα 2. Δημογραφικό Προφίλ Εφήβων Με Νοητική Υστέρηση	Ερώτηση 6.	Διερεύνηση φύλου ατόμου με ΝΥ	Διχοτομική
			Ερώτηση 7.	Διερεύνηση ηλικίας ατόμου με ΝΥ	Πολλαπλών επιλογών
			Ερώτηση 8.	Διερεύνηση επίπεδου ΝΥ	Πολλαπλών επιλογών
<b>1ος: Να διερευνηθεί η σεξουαλικότητα των εφήβων με ΝΥ.</b>	1ο: Ποιά είναι τα γνωρίσματα της σεξουαλικότητας των εφήβων με ΝΥ;	Ενότητα 3. Σεξουαλικότητα Εφήβων Με ΝΥ	Ερώτηση 9.1 – 9.18.	Διερεύνηση γνωρισμάτων σεξουαλικότητας των εφήβων με ΝΥ.	Κλίμακα Likert με χρήση υποερωτήσεων
<b>2ος: Να διερευνηθεί η συμβουλευτική οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας και ανάπτυξης των εφήβων με ΝΥ.</b>	2ο: Ποιά είναι τα χαρακτηριστικά συμβουλευτικής οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας και ανάπτυξης των εφήβων με ΝΥ;	Ενότητα 4. Απόψεις Γονέων	Ερώτηση 10.1 – 10.9	Διερεύνηση χαρακτηριστικών συμβουλευτικής οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας και ανάπτυξης των εφήβων με ΝΥ.	Κλίμακα Likert με χρήση υποερωτήσεων
<b>3ος: Να διερευνηθεί η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των εφήβων με ΝΥ.</b>	3ο: Ποιά είναι τα χαρακτηριστικά της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των εφήβων με ΝΥ;		Ερώτηση 11.1 – 11.10	Διερεύνηση χαρακτηριστικών σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των εφήβων με ΝΥ.	Κλίμακα Likert με χρήση υποερωτήσεων
<b>4ος: Να διερευνηθεί η αιτία που οι γονείς αρνούνται την συμβουλευτική της οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας/ανάπτυξης και σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των εφήβων με ΝΥ.</b>	4ος: 4. Ποιά είναι η κύρια αιτία άρνησης των γονέων σχετικά με τη συμβουλευτική οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας/ανάπτυξης και σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των εφήβων με ΝΥ;		Ερώτηση 12.1 – 12.10	Διερεύνηση αιτιών άρνησης γονέων για τη συμβουλευτική της οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας/ανάπτυξης και σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των εφήβων με ΝΥ.	Κλίμακα Likert με χρήση υποερωτήσεων
<b>5ος: Να διερευνηθεί η ηλικία των εφήβων με ΝΥ την οποία οι γονείς</b>	5. Ποιά είναι η ηλικία των παιδιών με ΝΥ την οποία οι γονείς		Ερώτηση 13	Διερεύνηση ηλικίας των εφήβων με ΝΥ την οποία οι γονείς	Πολλαπλών επιλογών

θεωρούν κατάλληλη για συμβουλευτική οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας/ ανάπτυξης και την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των παιδιών τους.	θεωρούν κατάλληλη για την συμβουλευτική οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας / ανάπτυξης και την σεξουαλική διαπαιδαγώγησή τους;		θεωρούν κατάλληλη την συμβουλευτική οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας/ ανάπτυξης και την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των παιδιών τους.
---	--	--	---

#### 4.5. ΔΙΑΝΟΜΗ ΚΑΙ ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ

---

Στην παρούσα εργασία η έρευνα πραγματοποιήθηκε με διανομή του ερωτηματολογίου στους ερωτώμενους του δείγματος, από τις ίδιες τις ερευνήτριες. Επιλέχθηκαν τυχαία δύο οργανισμοί και ζητήθηκε σε όλους τους γονείς εφήβων με νοητική υστέρηση να συμμετέχουν ανώνυμα στην έρευνα.

Η διανομή των ερωτηματολογίων άρχισε τον Δεκέμβριο του 2012 και ολοκληρώθηκε τον Φεβρουάριο του 2013.

Ο τόπος της διεξαγωγής της έρευνας ήταν ο Σύλλογος ΑΜΕΑ Βόλου και το Ειδικό Σχολείο Ίδρυμα Αγωγής Ανηλίκων Βόλου.

Το ερωτηματολόγιο που διανεμήθηκε προς συμπλήρωση στα άτομα του δείγματος παρατίθεται στο Παράρτημα της εργασίας.

Η συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε από τις ίδιες τις ερευνήτριες οι οποίες βρίσκονταν στη διάθεση των γονέων των εφήβων με νοητική υστέρηση για οποιαδήποτε διευκρίνιση. Οι γονείς έπρεπε να επιστρέψουν τα ερωτηματολόγια στην Διεύθυνση του Συλλόγου ΑΜΕΑ Βόλου και του Ειδικού Σχολείου Ίδρυμα Αγωγής Ανηλίκων Βόλου από όπου οι ερευνήτριες τα παρέλαβαν σε κλειστό φάκελο.

#### 4.6. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ

---

Η στατιστική ανάλυση στην παρούσα έρευνα περιλαμβάνει τη χρήση τεχνικών που καθοδηγούν στην αποτύπωση μετρήσιμων αποτελεσμάτων, τα οποία θα βοηθήσουν τον ερευνητή να δώσει απαντήσεις στα ερευνητικά ερωτήματα που έχει θέσει. Πιο συγκεκριμένα, για την ανάλυση των στοιχείων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 17.0 με τη μέθοδο Frequencies Statistics (Γναρδέλλης, 2006) και το πρόγραμμα Microsoft Office 2010 για την δημιουργία ορισμένων πινάκων και σχημάτων.

#### **4.7. ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

---

Η ηθική σε θέματα έρευνας αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της, η οποία θα πρέπει να συντροφεύει τον εκάστοτε ερευνητή από τη δημιουργία της ερευνητικής πρότασης μέχρι και την διεξαγωγή της και την ανάδειξη των ευρημάτων της. Τα συνήθη ηθικά ζητήματα έχουν να κάνουν με την συνειδητή συγκατάθεση των ατόμων του δείγματος της έρευνας, την καθολική προστασία των ατομικών και προσωπικών δεδομένων, τη συμμετοχή και την έρευνα σε άτομα ευαίσθητων ομάδων – όπως αυτών με νοητική υστέρηση (Ασπράκη, 2004, Καλλινικάκη, 2010).

Όλα τα παραπάνω ζητήματα αποτέλεσαν στοιχεία τα οποία έγιναν απόλυτα σεβαστά από τις ερευνήτριες και καθοδήγησαν και την δημιουργία και την διεξαγωγή της παρούσας έρευνας.

#### **4.8. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ**

---

Η έρευνα πραγματοποιείται με σκοπό να καταγράψει τις απόψεις των γονέων εφήβων με νοητική υστέρηση αναφορικά με θέματα σεξουαλικότητας, συμβουλευτικής οικογένειας και σεξουαλικής διαπαιδαγώγησής. Η έρευνα ίσως έχει κάποια σφάλματα ή κάποιους περιορισμούς.

Αρχικά, η διανομή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε σε ένα Σύλλογο ΑΜΕΑ και σε ένα Ειδικό Σχολείο, καθώς αποκλείστηκαν άλλοι όπως για παράδειγμα άλλοι Σύλλογοι οι οποίοι θα μπορούσαν να αποτελέσουν κάποιους ακόμα τομείς έρευνας.

Επίσης, δεν υπήρξε εποπτεία του συμμετέχοντα στην έρευνα κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης της φόρμας του ερωτηματολογίου με αποτέλεσμα να απαιτηθεί μεγάλος αρκετός χρόνος προσμονής για την τελική συλλογή των απαντημένων ερωτηματολογίων καθώς η ανταπόκριση των συμμετεχόντων ήταν πολύ αργή.

Ακόμη, οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου ήταν αρκετά δύσκολες στην συμπλήρωσή τους λόγω της γλωσσικής έκφρασής τους αλλά και του μεγάλου αριθμού τους καθώς επειδή αφορούσαν ευαίσθητα θέματα υπήρξε προσπάθεια από τις ερευνήτριες να έχουν όσο το δυνατό πιο εμπλουτισμένη δομή. Αποτέλεσμα ήταν να επηρέασε την τελική απόφαση των

γονέων, οι οποίοι, ίσως, να αισθάνθηκαν «πίεση» για να δώσουν απαντήσεις εντός «αποδεκτών» πλαισίων, ίσως περιορίζοντας την ελεύθερη έκφραση των απόψεών τους.

Επιπρόσθετα, η χρήση του ερωτηματολογίου με ερωτήσεις κλειστού τύπου περιόρισε την δυνατότητα άντλησης ποιοτικών στοιχείων σχετικά το αντικείμενο της έρευνας.

Τέλος προέρευνα δεν πραγματοποιήθηκε καθώς δεν υπήρξε ο απαιτούμενος χρόνος και η κατάλληλη συμμετοχή των ερωτηθέντων.

Όλοι οι παραπάνω περιορισμοί λήφθηκαν υπόψη προκειμένου να ελαχιστοποιηθούν οι επιπτώσεις τους στα συμπεράσματα της έρευνας.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

---

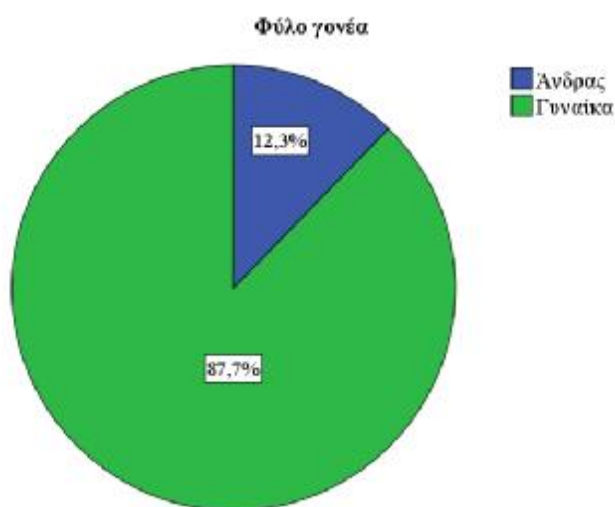
## 5.1. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ 1<sup>ης</sup> ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

---

Στην παρούσα ενότητα παρατίθεται η ανάλυση των περιγραφικών στοιχείων της 1<sup>ης</sup> ενότητας αναφορικά με το «**Δημογραφικό Προφίλ Γονέων**».

Στο παρακάτω σχήμα 5.1. παρατίθενται στοιχεία αναφορικά με το φύλο του γονέα. Παρατηρούμε πως 87,7% του δείγματος αποτελούνται από γυναίκες και 12,3% από άνδρες.

**Σχήμα 5.1. Φύλο γονέα**



Στο παρακάτω σχήμα 5.2. παρατίθενται στοιχεία αναφορικά με την ηλικία του γονέα. Παρατηρούμε πως 10,8% είναι μεταξύ 25-34 ετών, 10,8% 45-54 ετών, 32,3% 45-54 ετών και 46,2% 55-64 ετών.

**Σχήμα 5.2. Ηλικία γονέα**

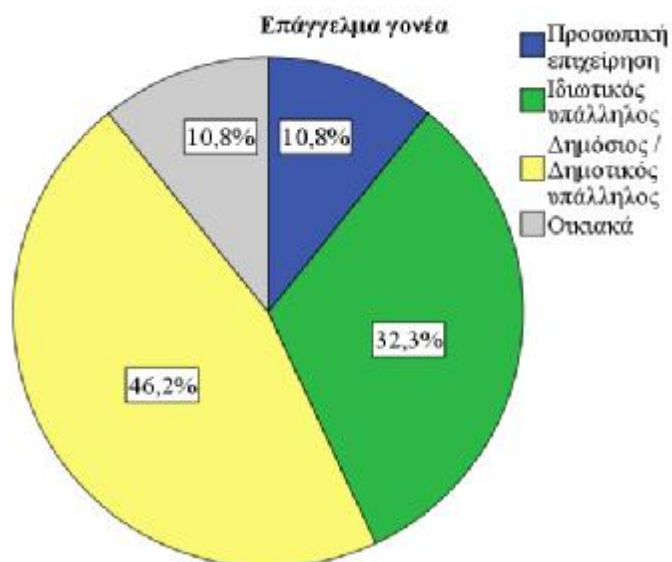
Στο παρακάτω σχήμα 5.3. παρατίθενται στοιχεία αναφορικά με το επίπεδο σπουδών του γονέα. Παρατηρούμε πως 10,8% είναι πτυχιούχοι ΤΕΙ, 21,5% ΑΕΙ, 32,3% απόφοιτοι Λυκείου και 35,4% κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου.

**Σχήμα 5.3. Επίπεδο σπουδών γονέα**



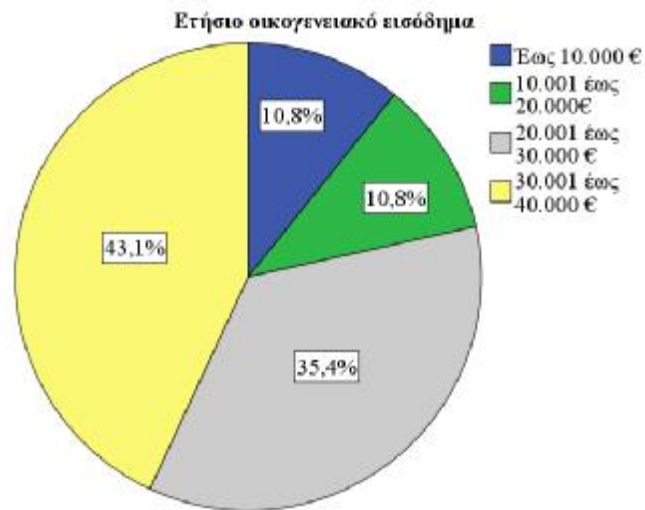
Στο παρακάτω σχήμα 5.4. παρατίθενται στοιχεία αναφορικά με το επάγγελμα του γονέα. Παρατηρούμε πως 10,8% έχουν προσωπική επιχείρηση, 10,8% ασχολούνται με τα οικιακά, 32,3 είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι και 46,2% δημόσιοι / δημοτικοί υπάλληλοι.

**Σχήμα 5.4. Επάγγελμα γονέα**



Στο παρακάτω σχήμα 5.5. παρατίθενται στοιχεία αναφορικά με το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα. Παρατηρούμε πως 10,8% έχουν έως 10.000 €, 10,8% 10.001 έως 20.000€, 35,4% 20.001 έως 30.000 € και 43,1% 30.001 έως 40.000 € .

**Σχήμα 5.5. Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα**



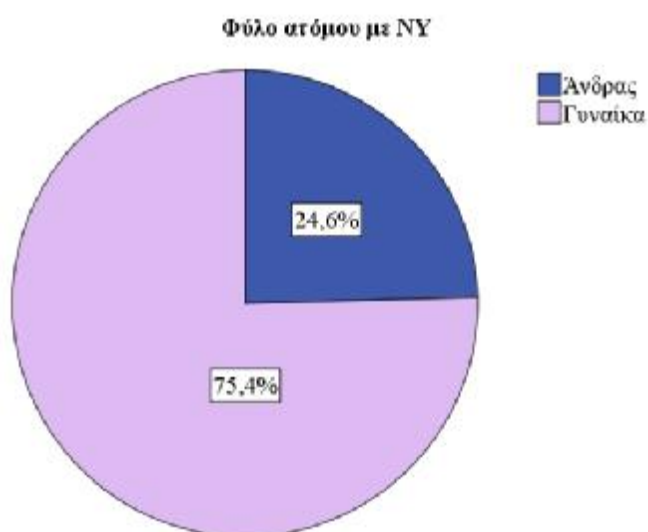
## 5.2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ 2<sup>ης</sup> ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

---

Στην παρούσα ενότητα παρατίθεται η ανάλυση των περιγραφικών στοιχείων της 1ης ενότητας αναφορικά με το «**Δημογραφικό Προφίλ Εφήβων με Νοητική Υστέρηση**».

Στο παρακάτω σχήμα 5.6. παρατίθενται στοιχεία αναφορικά με το άτομο με ΝΥ. Παρατηρούμε πως 75,4% του δείγματος αποτελούνται από γυναίκες και 24,6% από άνδρες.

**Σχήμα 5.6. Φύλο ατόμου με ΝΥ**





Στο παρακάτω σχήμα 5.7. παρατίθενται στοιχεία αναφορικά με την ηλικία του ατόμου με ΝΥ. Παρατηρούμε πως 10,8% είναι 13 ετών, 12,3% 16 ετών, 21,5% 14 ετών και 55,4% 18 ετών.

**Σχήμα 5.7. Ηλικία ατόμου με ΝΥ**



Στο παρακάτω σχήμα 5.8. παρατίθενται στοιχεία αναφορικά με το επίπεδο της νοητικής υστέρησης του ατόμου. Παρατηρούμε πως 12,3% έχουν ήπια, 21,5% βαριά και 66,2% μέτρια ΝΥ.

**Σχήμα 5.8. Επίπεδο νοητικής υστέρησης**



### 5.3. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ 3<sup>ης</sup> ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Στην παρούσα ενότητα παρατίθεται η ανάλυση των περιγραφικών στοιχείων της 1<sup>ης</sup> ενότητας αναφορικά με το «Σεξουαλικότητα Εφήβων Με Νοητική Υστέρηση».

Στον παρακάτω πίνακα 5.9. παρατίθενται στοιχεία αναφορικά με τα γνωρίσματα της σεξουαλικής συμπεριφοράς των εφήβων με νοητική υστέρηση.

**Πίνακας 5.9. Γνωρίσματα σεξουαλικής συμπεριφοράς εφήβων με νοητική υστέρηση**

Γνωρίσματα σεξουαλικής συμπεριφοράς εφήβων με νοητική υστέρηση	Καθόλου	Λίγο	Ούτε λίγο ούτε πολύ	Πολύ	Πάρα πολύ
9.1. Αδυναμία αποκωδικοποίησης και πρόβλεψης συμπεριφοράς άλλων (κίνδυνος σεξουαλικής εκμετάλλευσης ή κακοποίηση, ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες)			66,2	12,3	21,5
9.2. Αυτοερωτική σεξουαλική συμπεριφορά	32,3		44,6	10,8	12,3
9.3. Δυσκολία κοινωνικής αλληλεπίδρασης	23,1	53,8	23,1		
9.4. Εκδήλωση γνώσης ανατομικών ανομοιοτήτων ανδρικού και γυναικείου σώματος	21,5	12,3	10,8	55,4	
9.5. Εκδήλωση γνώσης σεξουαλικής ταυτότητας του/της	21,5	10,8	24,6	43,1	
9.6. Εκδήλωση έντονης σεξουαλικότητας	21,5	21,5	33,8	10,8	12,3
9.7. Εκδήλωση ερωτικών συναισθημάτων αγάπης	21,5		44,6	21,5	12,3
9.8. Εκδήλωση ερωτικών συναισθημάτων απόρριψης	10,8	21,5	23,1	32,3	12,3
9.9. Εκδήλωση σεξουαλικού ενδιαφέροντος για άτομα αντίθετου φύλου	23,1	21,5	10,8	32,3	12,3
9.10. Εκδήλωση σεξουαλικού ενδιαφέροντος για άτομα ίδιου φύλου	76,9	10,8		12,3	
9.11. Εκδήλωση σεξουαλικών επιθυμιών που συνοδεύεται από φόβο ή ενοχή	32,3	21,5	33,8	12,3	
9.12. Εκδήλωση συναισθημάτων απελπισίας, απογοήτευσης & δυσπροσάρμοστης συμπεριφοράς	21,5	43,1	23,1	12,3	
9.13. Εκδήλωση συναισθημάτων σεξουαλικής διέγερσης	24,1	36,2	13,8	12,1	13,8

9.14. Έλλειψη αυτορρύθμισης - έκφραση σεξουαλικών επιθυμιών προς το αντίθετο φύλο χωρίς οργανωμένο τρόπο	32,3	43,1	24,6		
9.15. Έλλειψη σεξουαλικότητας (ασεξουαλικός/ή)	44,6	21,5	23,1	10,8	
9.16. Ενδιαφέρον για πληροφόρηση σχετικά με την σεξουαλική διαδικασία	33,8	10,8		55,4	
9.17. Πρακτική εκδήλωση σεξουαλικών επιθυμιών (άγγιγμα, αγκαλιά, φιλή άλλου ατόμου)	10,8	10,8	32,3	33,8	12,3
9.18. Προσπάθεια για σεξουαλική συνεύρεση	32,3	21,5	33,8		12,3

Για την πιο συγκεντρωτική ανάλυση των αποτελεσμάτων των συχνοτήτων τα ποσοστά των απαντήσεων του Πίνακα 5.9. επαναπροσδιορίστηκαν και προέκυψαν νέα που εκφράζουν την διαφωνία, ουδετερότητα και συμφωνία του δείγματος σχετικά με τα γνωρίσματα σεξουαλικής συμπεριφοράς των εφήβων με νοητική υστέρηση. Έτσι, από το άθροισμα των ποσοστών των απαντήσεων 1 (καθόλου) και 2 (λίγο) προέκυψε μια συνολική διαφωνία, το ποσοστό της απάντησης 3 (ούτε λίγο ούτε πολύ) εκφράζει την ουδετερότητα και το άθροισμα των ποσοστών των απαντήσεων 4 (πολύ) και 5 (πάρα πολύ) προέκυψε μια συνολική συμφωνία με τις επιμέρους ερωτήσεις της κεντρικής ερώτησης 9.

Στον παρακάτω πίνακα 5.10. παρατίθενται τα συγκεντρωτικά στοιχεία της στάσης των γονέων αναφορικά με τα γνωρίσματα της σεξουαλικής συμπεριφοράς των εφήβων με νοητική υστέρηση.

**Πίνακας 5.10. Γνωρίσματα σεξουαλικής συμπεριφοράς εφήβων με νοητική υστέρηση.**

<b>Γνωρίσματα σεξουαλικής συμπεριφοράς εφήβων με νοητική υστέρηση</b>	<b>Διαφωνία</b>	<b>Ουδετ/τα</b>	<b>Συμφωνία</b>
9.1. Αδυναμία αποκωδικοποίησης και πρόβλεψης συμπεριφοράς άλλων (κίνδυνος σεξουαλικής εκμετάλλευσης ή κακοποίηση, ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες)	0,0	<b>66,2</b>	33,8
9.2. Αυτοερωτική σεξουαλική συμπεριφορά	32,3	44,6	23,1
9.3. Δυσκολία κοινωνικής αλληλεπίδρασης	76,9	23,1	0,0
9.4. Εκδήλωση γνώσης ανατομικών ανομοιοτήτων ανδρικού και γυναικείου σώματος	33,8	10,8	<b>55,4</b>
9.5. Εκδήλωση γνώσης σεξουαλικής ταυτότητας του/της	32,3	24,6	43,1
9.6. Εκδήλωση έντονης σεξουαλικότητας	43,1	33,8	23,1
9.7. Εκδήλωση ερωτικών συναισθημάτων αγάπης	21,5	44,6	33,8
9.8. Εκδήλωση ερωτικών συναισθημάτων απόρριψης	32,3	23,1	44,6
9.9. Εκδήλωση σεξουαλικού ενδιαφέροντος για άτομα αντίθετου φύλου	44,6	10,8	44,6
9.10. Εκδήλωση σεξουαλικού ενδιαφέροντος για άτομα ίδιου φύλου	<b>87,7</b>	0,0	12,3
9.11. Εκδήλωση σεξουαλικών επιθυμιών που συνοδεύεται από φόβο ή ενοχή	53,8	33,8	12,3
9.12. Εκδήλωση συναισθημάτων απελπισίας, απογοήτευσης & δυσπροσάρμοστης συμπεριφοράς	64,6	23,1	12,3
9.13. Εκδήλωση συναισθημάτων σεξουαλικής διέγερσης	60,3	13,8	25,9
9.14. Έλλειψη αυτορρύθμισης - έκφραση σεξουαλικών επιθυμιών προς το αντίθετο φύλο χωρίς οργανωμένο τρόπο	75,4	24,6	0,0
9.15. Έλλειψη σεξουαλικότητας (ασεξουαλικός/ή)	66,2	23,1	10,8
9.16. Ενδιαφέρον για πληροφόρηση σχετικά με την σεξουαλική διαδικασία	44,6	0,0	55,4
9.17. Πρακτική εκδήλωση σεξουαλικών επιθυμιών (άγγιγμα, αγκαλιά, φιλή άλλου ατόμου)	21,5	32,3	46,2
9.18. Προσπάθεια για σεξουαλική συνεύρεση	53,8	33,8	12,3

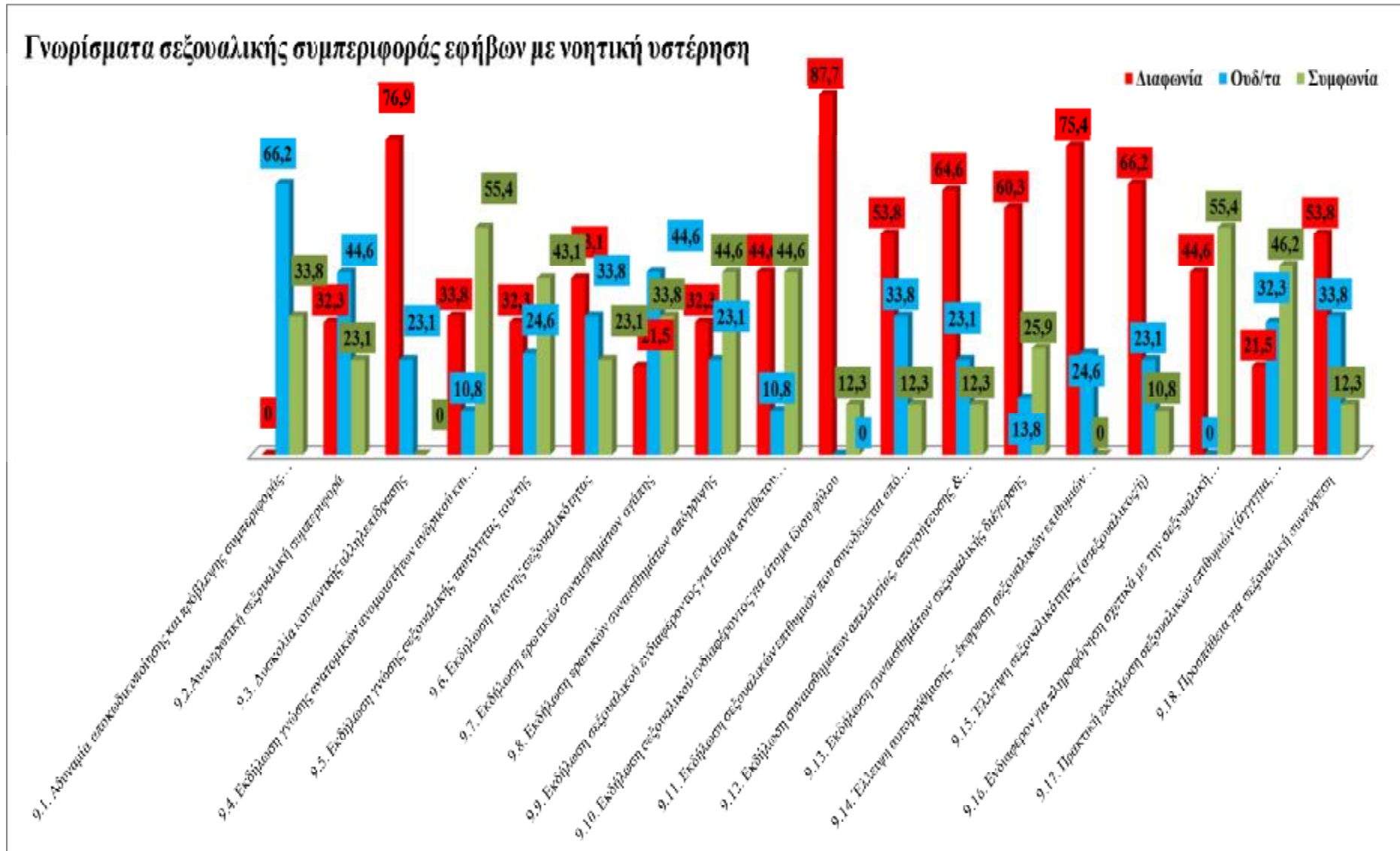
Από την ανάλυση του πίνακα 5.10. προκύπτουν τα εξής στοιχεία αναφορικά με τα γνωρίσματα της σεξουαλικής συμπεριφοράς των εφήβων με νοητική υστέρηση:

1. Αδυναμία αποκωδικοποίησης και πρόβλεψης συμπεριφοράς άλλων (κίνδυνος σεξουαλικής εκμετάλλευσης ή κακοποίηση, ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες): Ουδετερότητα 66,2%, Συμφωνία 33,8%.
2. Αυτοερωτική σεξουαλική συμπεριφορά: Διαφωνία 32,3%, Ουδετερότητα 44,6%, Συμφωνία 23,1%,
3. Δυσκολία κοινωνικής αλληλεπίδρασης: Διαφωνία 76,9%, Ουδετερότητα 23,1%,

4. Εκδήλωση γνώσης ανατομικών ανομοιοτήτων ανδρικού και γυναικείου σώματος: Διαφωνία 33,8%, Ουδετερότητα 10,8%, Συμφωνία 55,4%,
5. Εκδήλωση γνώσης σεξουαλικής ταυτότητας του/της: Διαφωνία 32,3%, Ουδετερότητα 24,6%, Συμφωνία 43,1%,
6. Εκδήλωση έντονης σεξουαλικότητας: Διαφωνία 43,1%, Ουδετερότητα 33,8%, Συμφωνία 23,1%,
7. Εκδήλωση ερωτικών συναισθημάτων αγάπης: Διαφωνία 21,5%, Ουδετερότητα 44,6%, Συμφωνία 33,8%,
8. Εκδήλωση ερωτικών συναισθημάτων απόρριψης: Διαφωνία 32,3%, Ουδετερότητα 23,1%, Συμφωνία 44,6%,
9. Εκδήλωση σεξουαλικού ενδιαφέροντος για άτομα αντίθετου φύλου: Διαφωνία 44,6%, Ουδετερότητα 10,8%, Συμφωνία 44,6%,
10. Εκδήλωση σεξουαλικού ενδιαφέροντος για άτομα ίδιου φύλου: Διαφωνία 87,7%, Συμφωνία 12,3%,
11. Εκδήλωση σεξουαλικών επιθυμιών που συνοδεύεται από φόβο ή ενοχή: Διαφωνία 53,8%, Ουδετερότητα 33,8%, Συμφωνία 12,3%,
12. Εκδήλωση συναισθημάτων απελπισίας, απογοήτευσης & δυσπροσάρμοστης συμπεριφοράς: Διαφωνία 64,6%, Ουδετερότητα 23,1%, Συμφωνία 12,3%,
13. Εκδήλωση συναισθημάτων σεξουαλικής διέγερσης: Διαφωνία 60,3%, Ουδετερότητα 13,8%, Συμφωνία 25,9%,
14. Έλλειψη αυτορρύθμισης - έκφραση σεξουαλικών επιθυμιών προς το αντίθετο φύλο χωρίς οργανωμένο τρόπο: Διαφωνία 75,4%, Ουδετερότητα 24,6%,
15. Έλλειψη σεξουαλικότητας (ασεξουαλικός/ή): Διαφωνία 66,2%, Ουδετερότητα 23,1%, Συμφωνία 10,8%,
16. Ενδιαφέρον για πληροφόρηση σχετικά με την σεξουαλική διαδικασία: Διαφωνία 44,6%, Συμφωνία 55,4%,
17. Πρακτική εκδήλωση σεξουαλικών επιθυμιών (άγγιγμα, αγκαλιά, φιλή άλλου ατόμου): Διαφωνία 21,5%, Ουδετερότητα 32,3 %, Συμφωνία 46,2%,
18. Προσπάθεια για σεξουαλική συνεύρεση: Διαφωνία 53,8%, Ουδετερότητα 33,8%, Συμφωνία 12,3%.

Η γραφική απεικόνιση του πίνακα 5.10. παρατίθεται στο παρακάτω σχήμα 5.9..

Σχήμα 5.9. Γνωρίσματα σεξουαλικής συμπεριφοράς εφήβων με νοητική υστέρηση



#### 5.4. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ 4<sup>ης</sup> ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Στην παρούσα ενότητα παρατίθεται η ανάλυση των περιγραφικών στοιχείων της 4<sup>ης</sup> ενότητας αναφορικά με τις «Απόψεις γονέων».

Στον παρακάτω πίνακα 5.11. παρατίθενται στοιχεία αναφορικά με την ερώτηση 10 του ερωτηματολογίου που διερευνά το βαθμό στον οποίο συμφωνούν οι γονείς με διάφορα χαρακτηριστικά της συμβουλευτικής οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας και ανάπτυξης των παιδιών τους μέσα από 9 υποερωτήσεις.

**Πίνακας 5.11. Χαρακτηριστικά συμβουλευτικής οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας και ανάπτυξης εφήβων με νοητική υστέρηση**

Χαρακτηριστικά συμβουλευτικής οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας και ανάπτυξης εφήβων με νοητική υστέρηση	Καθόλου	Λίγο	Ούτε λίγο ούτε πολύ	Πολύ	Πάρα πολύ
10.1. Τα μέλη μιας οικογένειας μιλούν ανοιχτά για το σεξ	0	10,8	23,1	55,4	10,8
10.2. Ανοικτή επικοινωνία γονέων – μελών με νοητική υστέρηση		10,8	23,1	32,3	33,8
10.3. Αίσθημα εμπιστοσύνης γονέων – μελών με νοητική υστέρηση	0	0	12,3	76,9	10,8
10.4. Σε δυσκολία ή πρόβλημα τα μέλη με νοητική υστέρηση έχουν την άνεση να το μοιραστούν με τους γονείς τους	12,3	0	0	64,6	23,1
10.5. Μαθαίνουν να μην ντρέπονται & να σέβονται για το σώμα τους	12,3	0	0	66,2	21,5
10.6. Μαθαίνουν να αποδέχονται τα ερωτικά τους συναισθήματα	0	0	0	55,4	44,6
10.7. Ενημέρωση για αντισύλληψη	0	0	0	21,5	78,5
10.8. Ενημέρωση σε θέματα σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων	0	0	0	21,5	78,5
10.9. Ενημέρωση σε θέματα σεξουαλική εκμετάλλευσης ή κακοποίησης	0	0	0	10,8	89,2

Για την πιο συγκεντρωτική ανάλυση των αποτελεσμάτων των συχνοτήτων τα ποσοστά των απαντήσεων του Πίνακα 5.11. επαναπροσδιορίστηκαν και προέκυψαν νέα που εκφράζουν την διαφωνία, ουδετερότητα και συμφωνία των γονέων στον Πίνακα 5.12..

**Πίνακας 5.12. Χαρακτηριστικά συμβουλευτικής οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας και ανάπτυξης εφήβων με νοητική υστέρηση**

<b>Χαρακτηριστικά συμβουλευτικής οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας και ανάπτυξης εφήβων με νοητική υστέρηση</b>	<b>Διαφωνία</b>	<b>Ουδετ/τα</b>	<b>Συμφωνία</b>
10.1. Τα μέλη μιας οικογένειας μιλούν ανοιχτά για το σεξ	10,8	23,1	66,2
10.2. Ανοικτή επικοινωνία γονέων – μελών με νοητική υστέρηση	10,8	23,1	66,2
10.3. Αίσθημα εμπιστοσύνης γονέων – μελών με νοητική υστέρηση	0,0	12,3	87,7
10.4. Σε δυσκολία ή πρόβλημα τα μέλη με νοητική υστέρηση έχουν την άνεση να το μοιραστούν με τους γονείς τους	12,3	0,0	87,7
10.5. Μαθαίνουν να μην ντρέπονται & να σέβονται για το σώμα τους	12,3	0,0	87,7
10.6. Μαθαίνουν να αποδέχονται τα ερωτικά τους συναισθήματα	0,0	0,0	100,0
10.7. Ενημέρωση για αντισύλληψη	0,0	0,0	100,0
10.8. Ενημέρωση σε θέματα σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων	0,0	0,0	100,0
10.9. Ενημέρωση σε θέματα σεξουαλική εκμετάλλευσης ή κακοποίησης	0,0	0,0	100,0

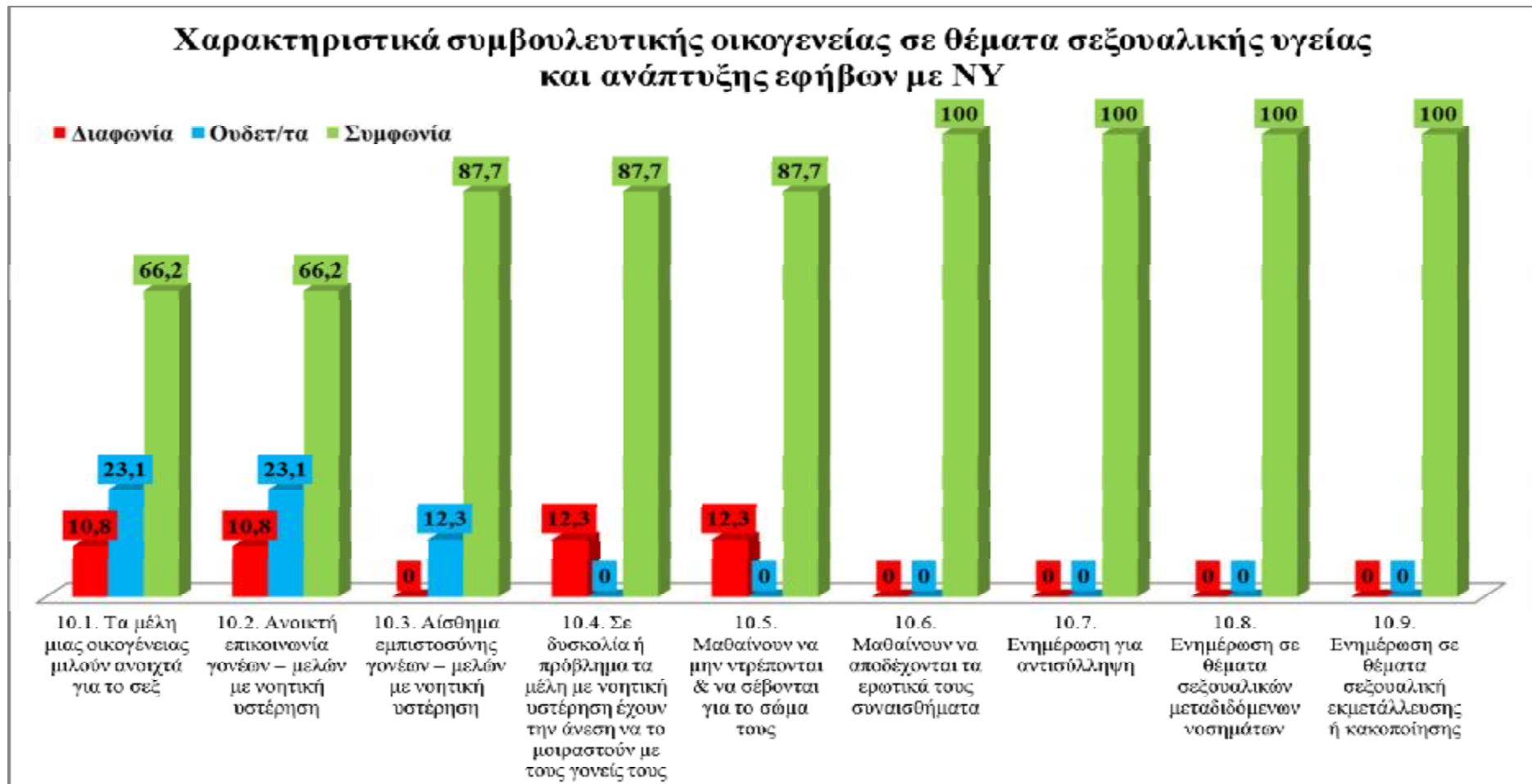
Από την ανάλυση του πίνακα 5.12. προκύπτουν τα εξής στοιχεία αναφορικά με την διαφωνία, ουδετερότητα και συμφωνία των γονέων αναφορικά με τη συμβουλευτική οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας και ανάπτυξης των εφήβων με νοητική υστέρηση:



1. Τα μέλη μιας οικογένειας μιλούν ανοιχτά για το σεξ: Διαφωνία 10,8%, Ουδετερότητα 23,1%, Συμφωνία 66,2%,
2. Ανοικτή επικοινωνία γονέων – μελών με νοητική υστέρηση: Διαφωνία 10,8%, Ουδετερότητα 23,1%, Συμφωνία 66,2%,
3. Αίσθημα εμπιστοσύνης γονέων – μελών με νοητική υστέρηση: Ουδετερότητα 12,3%, Συμφωνία 87,7%,
4. Σε δυσκολία ή πρόβλημα τα μέλη με νοητική υστέρηση έχουν την άνεση να το μοιραστούν με τους γονείς τους: Διαφωνία 12,3%, Συμφωνία 87,7%,
5. Μαθαίνουν να μην ντρέπονται & να σέβονται για το σώμα τους: Διαφωνία 12,3%, Συμφωνία 87,7%,
6. Μαθαίνουν να αποδέχονται τα ερωτικά τους συναισθήματα: Συμφωνία 100%,
7. Ενημέρωση για αντισύλληψη: Συμφωνία 100%,
8. Ενημέρωση σε θέματα σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων: Συμφωνία 100%,
9. Ενημέρωση σε θέματα σεξουαλική εκμετάλλευσης ή κακοποίησης: Συμφωνία 100%.

Η γραφική απεικόνιση του πίνακα 5.12. παρατίθεται στο παρακάτω σχήμα 5.10..

Σχήμα 5.10. Χαρακτηριστικά συμβουλευτικής οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας και ανάπτυξης εφήβων με νοητική υστέρηση



Στον παρακάτω πίνακα 5.13. παρατίθενται στοιχεία αναφορικά με την ερώτηση 11 του ερωτηματολογίου που διερευνά το βαθμό στον οποίο συμφωνούν οι γονείς με τα χαρακτηριστικά της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των παιδιών τους μέσα από 10 υποερωτήσεις.

**Πίνακας 5.13. Χαρακτηριστικά σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης εφήβων με νοητική υστέρηση.**

Χαρακτηριστικά σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης εφήβων με νοητική υστέρηση	Καθόλου	Λίγο	Ούτε λίγο ούτε πολύ	Πολύ	Πάρα πολύ
11.1. Αποφυγή ρίσκου σεξουαλικής κακοποίησης	0	0	0	33,8	66,2
11.2. Εκμάθηση ανατομίας, φυσιολογίας, λειτουργίας & ονομασίας μελών του σώματος	0	0	0	21,5	78,5
11.3. Εκμάθηση προσωπικής υγιεινής	0	0	0	10,8	89,2
11.4. Ενημέρωση για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και συμπτώματά τους	0	0	0	15,9	84,1
11.5. Ενημέρωση πάνω σε θέματα εγκυμοσύνης και αντισύλληψης	0	0	0	10,8	89,2
11.6. Εξάσκηση σε κοινωνικές δεξιότητες	0	0	0	21,5	78,5
11.7. Κατανόηση συναισθημάτων	0	0	0	10,8	89,2
11.8. Πληροφόρηση για ανθρώπινη ανάπτυξη & αλλαγών στην περίοδο της εφηβείας (εμμηνόρροια, τριχοφυΐα)	0	0	0	0	100
11.9. Προστασία από σεξουαλικές μεταδιδόμενες νόσους & εγκυμοσύνης	0	0	0	0	100
11.10. Συναισθηματική ενίσχυση	0	0	0	0	100

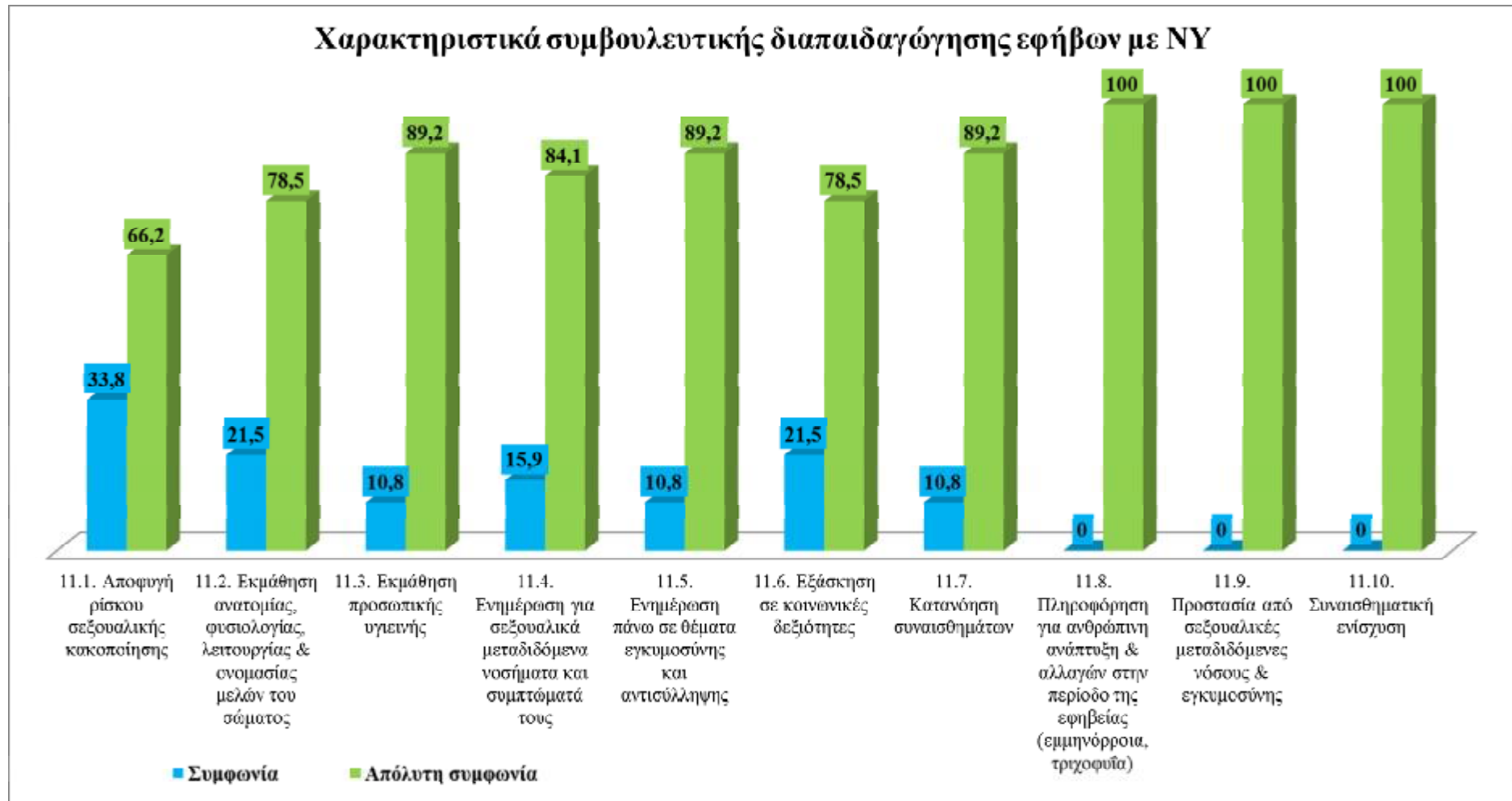
Για την πιο συγκεντρωτική ανάλυση των αποτελεσμάτων των συχνοτήτων τα ποσοστά των απαντήσεων του Πίνακα 5.13. επαναπροσδιορίστηκαν και προέκυψαν νέα που εκφράζουν την διαφωνία, ουδετερότητα και συμφωνία των γονέων.

Παρατηρείται ότι εκφράζουν στο σύνολό τους συμφωνία. Πιο ειδικά:

1. Αποφυγή ρίσκου σεξουαλικής κακοποίησης: Συμφωνία 33,8% και Απόλυτη Συμφωνία 66,2%,
2. Εκμάθηση ανατομίας, φυσιολογίας, λειτουργίας & ονομασίας μελών του σώματος: Συμφωνία 21,5% και Απόλυτη Συμφωνία 78,5%,
3. Εκμάθηση προσωπικής υγιεινής: Συμφωνία 10,8% και Απόλυτη Συμφωνία 89,2%,
4. Ενημέρωση για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και συμπτώματά τους: Συμφωνία 15,9% και Απόλυτη Συμφωνία 84,1%,
5. Ενημέρωση πάνω σε θέματα εγκυμοσύνης και αντισύλληψης: Συμφωνία 10,8% και Απόλυτη Συμφωνία 89,2%,
6. Εξάσκηση σε κοινωνικές δεξιότητες: Συμφωνία 21,5% και Απόλυτη Συμφωνία 78,5%,
7. Κατανόηση συναισθημάτων: Συμφωνία 10,8% και Απόλυτη Συμφωνία 89,1%,
8. Πληροφόρηση για ανθρώπινη ανάπτυξη & αλλαγών στην περίοδο της εφηβείας (εμμηνόρροια, τριχοφυΐα): Απόλυτη Συμφωνία 100%,
9. Προστασία από σεξουαλικές μεταδιδόμενες νόσους & εγκυμοσύνης: Απόλυτη Συμφωνία 100%,
10. Συναισθηματική ενίσχυση: Απόλυτη Συμφωνία 100%,

Η γραφική απεικόνιση του πίνακα 5.13. παρατίθεται στο παρακάτω σχήμα 5.11..

Σχήμα 5.11. Χαρακτηριστικά σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης εφήβων με νοητική υστέρηση



Στον παρακάτω πίνακα 5.14. παρατίθενται στοιχεία αναφορικά με την ερώτηση 12 του ερωτηματολογίου που διερευνά την αιτία που τους επιβάλλει να αρνούνται την συμβουλευτική της οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας/ανάπτυξης και της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των εφήβων με νοητική υστέρηση μέσα από 10 υποερωτήσεις.

**Πίνακας 5.14. Αιτία άρνησης συμβουλευτικής οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας/ανάπτυξης και σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης εφήβων τους με νοητική υστέρηση**

<b>Αιτία άρνησης συμβουλευτική της οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας/ανάπτυξης και σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης εφήβων τους με νοητική υστέρηση</b>	<b>Ναι</b>	<b>Όχι</b>
12.1. Αγνοούν την εκδήλωση ερωτικής επιθυμίας των διανοητικά υστερημένων παιδιών τους - Αρνούνται την σεξουαλικότητα των διανοητικά υστερημένων παιδιών τους	78,5	21,5
12.2. Δεν είναι άμεση προτεραιότητά τους η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των παιδιών τους	87,9	12,1
12.3. Δεν είναι αρμοδιότητα των γονέων η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των παιδιών τους	89,2	10,8
12.4. Δεν εμπιστεύονται την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των παιδιών τους σε ειδικούς (αμηχανία, σεξουαλική παρενόχληση)	44,6	55,4
12.5. Δεν επιθυμούν να ασχοληθούν με τη σεξουαλικότητα καθώς οδηγεί σε αυξημένες σεξουαλικές συμπεριφορές των διανοητικά υστερημένων παιδιών τους	67,7	32,3
12.6. Δεν επιθυμούν να μεταβάλλουν την άρνηση της έκφρασης της σεξουαλικότητάς των διανοητικά υστερημένων παιδιών τους	78,5	21,5
12.7. Δεν επιθυμούν τη σύναψη σεξουαλικών σχέσεων των διανοητικά υστερημένων παιδιών τους	89,2	10,8
12.8. Δεν έχουν την κατάλληλη ενημέρωση των γονέων για την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των διανοητικά υστερημένων παιδιών τους	76,9	23,1
12.9. Θεωρούν μη απαραίτητη τη συμβουλευτική οικογένειας	100,0	0,0
12.10. Θεωρούν την σεξουαλικότητα των διανοητικά υστερημένων παιδιών τους θέμα «taboo»	100,0	0,0

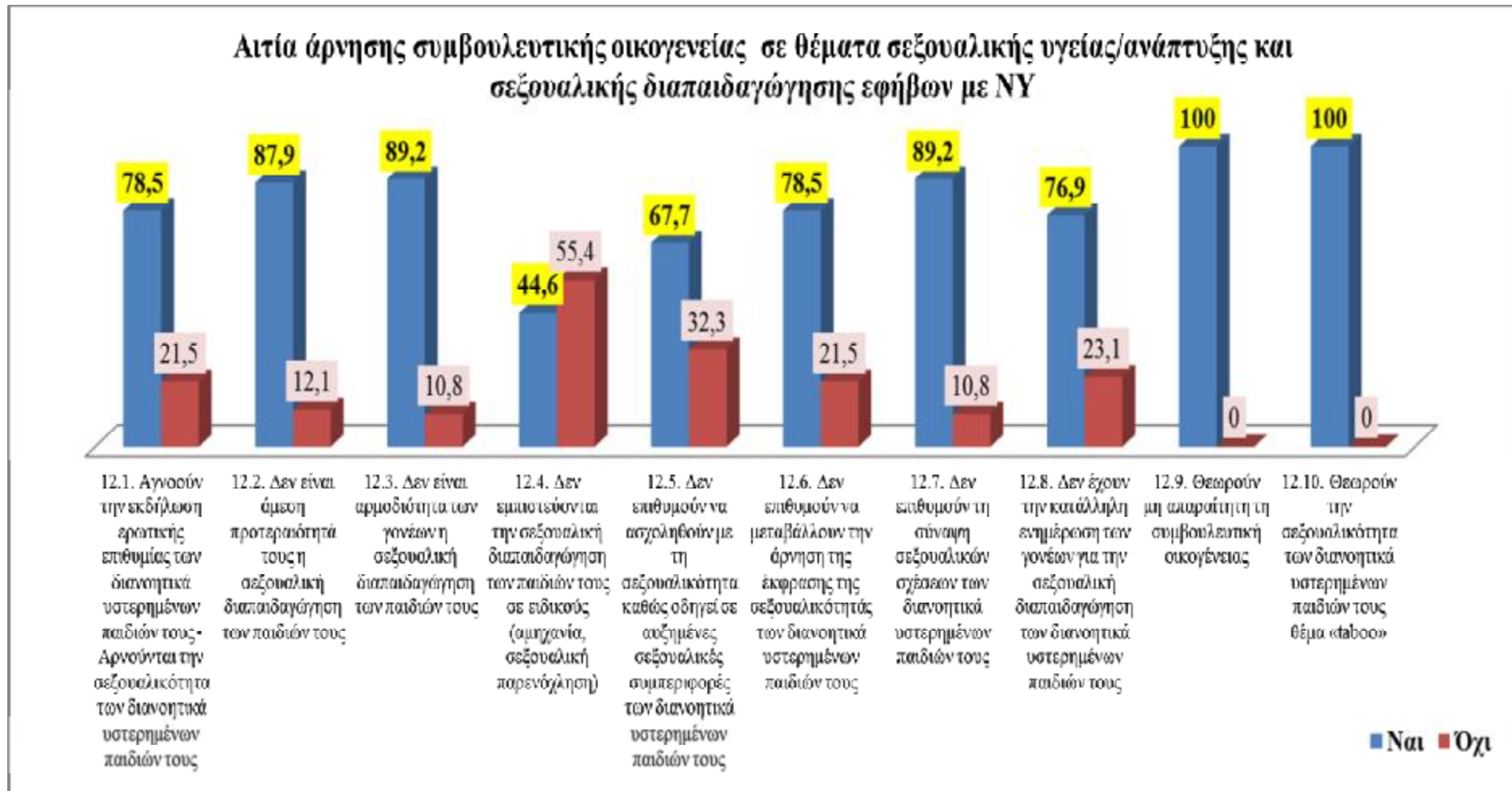
Από την ανάλυση του πίνακα 5.14. παρατηρείται η στάση των γονέων που πήραν μέρος στην έρευνα αναφορικά με την αιτία άρνησης της συμβουλευτικής οικογένειας σε θέματα

σεξουαλικής υγείας/ανάπτυξης και σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των εφήβων τους με νοητική υστέρηση:

1. Αγνοούν την εκδήλωση ερωτικής επιθυμίας των διανοητικά υστερημένων παιδιών τους - Αρνούνται την σεξουαλικότητα των διανοητικά υστερημένων παιδιών τους: Συμφωνία 78,5% και Διαφωνία 21,5%,
2. Δεν είναι άμεση προτεραιότητά τους η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των παιδιών τους: Συμφωνία 87,9% και Διαφωνία 12,1%,
3. Δεν είναι αρμοδιότητα των γονέων η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των παιδιών τους: Συμφωνία 89,2% και Διαφωνία 10,8%,
4. Δεν εμπιστεύονται την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των παιδιών τους σε ειδικούς (αμηχανία, σεξουαλική παρενόχληση): Συμφωνία 44,6% και Διαφωνία 55,4%,
5. Δεν επιθυμούν να ασχοληθούν με τη σεξουαλικότητα καθώς οδηγεί σε αυξημένες σεξουαλικές συμπεριφορές των διανοητικά υστερημένων παιδιών τους: Συμφωνία 67,7% και Διαφωνία 32,3%,
6. Δεν επιθυμούν να μεταβάλλουν την άρνηση της έκφρασης της σεξουαλικότητάς των διανοητικά υστερημένων παιδιών τους: Συμφωνία 78,5% και Διαφωνία 21,5%,
7. Δεν επιθυμούν τη σύναψη σεξουαλικών σχέσεων των διανοητικά υστερημένων παιδιών τους: Συμφωνία 89,2% και Διαφωνία 10,8%,
8. Δεν έχουν την κατάλληλη ενημέρωση των γονέων για την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των διανοητικά υστερημένων παιδιών τους: Συμφωνία 76,9% και Διαφωνία 23,1%,
9. Θεωρούν μη απαραίτητη τη συμβουλευτική οικογένειας: Συμφωνία 100%,
10. Θεωρούν την σεξουαλικότητα των διανοητικά υστερημένων παιδιών τους θέμα «taboo»: Συμφωνία 100%.

Η γραφική απεικόνιση του πίνακα 5.14. παρατίθεται στο παρακάτω σχήμα 5.11..

Σχήμα 5.12. Αιτία άρνησης συμβουλευτικής οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας/ανάπτυξης και σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης εφήβων τους με νοητική υστέρηση





Στο παρακάτω σχήμα 5.13. παρατίθενται στοιχεία αναφορικά με την ερώτηση 13 που αναζητά την κατάλληλη ηλικία των παιδιών με νοητική υστέρηση στην οποία εκείνοι επιθυμούν την συμβουλευτική οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας/ ανάπτυξης και την σεξουαλική διαπαιδαγώγησή τους. Παρατηρούμε πως το 55,4% των γονέων θεωρεί κατάλληλη την ηλικία των 8-12 ετών (προεφηβεία) και το 44,6% αυτών τα 13-18 έτη (εφηβεία).

**Σχήμα 5.13. Κατάλληλη ηλικία συμβουλευτικής οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας/ ανάπτυξης και την σεξουαλική διαπαιδαγώγησή παιδιών με νοητική υστέρηση**



Η παρούσα εργασία στοχεύει να δώσει απαντήσεις σε θέματα αναφορικά με την σεξουαλικότητα των εφήβων με νοητική υστέρηση και τις απόψεις των γονέων τους για τη συμβουλευτική της οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας/ανάπτυξης και για τη σεξουαλική διαπαιδαγώγησή τους. Στην παρούσα έρευνα τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα που προέκυψαν είναι τα εξής:

### 1. Δημογραφικό Προφίλ Γονέων:

- Φύλο γονέων: 87,7% γυναίκες και 12,3% άνδρες. Παρατηρούμε την ύπαρξη γυναικοκρατούμενου δείγματος.
- Ηλικία γονέα: 10,8% 25-34 ετών, 10,8% 45-54 ετών, 32,3% 45-54 και 46,2% 55-64 ετών. Παρατηρούμε ότι 78,5% του δείγματος είναι μεταξύ 45 έως 64 ετών.
- Επίπεδο σπουδών γονέα: 10,8% είναι πτυχιούχοι ΤΕΙ, 21,5% ΑΕΙ, 32,3% απόφοιτοι λυκείου και 35,4% κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου. Παρατηρούμε ότι 67,5% του δείγματος είναι υψηλής μόρφωσης, ΑΕΙ και μεταπτυχιακού τίτλου.
- Επάγγελμα γονέα: 10,8% προσωπική επιχείρηση, 10,8% οικιακά, 32,3% ιδιωτικοί υπάλληλοι και 46,2% δημόσιοι / δημοτικοί υπάλληλοι. Παρατηρούμε ότι 78,5% του δείγματος εργάζονται ως υπάλληλοι στον ιδιωτικό ή στον δημόσιο τομέα.
- Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα: 10,8% έως 10.000 € 10,8% 10.001 έως 20.000€ 35,4% 20.001 έως 30.000 € και 43,1% 30.001 έως 40.000 € Παρατηρούμε ότι το σύνολο του δείγματος δεν υπερβαίνει το εισόδημα των 40.000€ετησίως.

### 2. Δημογραφικό Προφίλ Εφήβων με Νοητική Υστέρηση:

- Φύλο ατόμου με ΝΥ: 75,4% γυναίκες και 24,6% άνδρες. Παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι έφηβοι είναι γυναικείου φύλου.

- Ηλικία ατόμου με NY: 10,8% 13, 12,3% 16, 21,5% 14 και 55,4% 18 ετών. Παρατηρούμε ότι το 89,2% των εφήβων είναι μεταξύ 14 και 18 ετών.
- Επίπεδο νοητικής υστέρησης: 12,3% ήπια, 21,5% βαριά και 66,2% μέτρια NY. Παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι έφηβοι έχουν μέτρια NY (66,2%).

### 3. Σεξουαλικότητα Εφήβων Με Νοητική Υστέρηση:

- Την μεγαλύτερη ουδετερότητα με 66,2% συγκεντρώνει η αδυναμία αποκωδικοποίησης και πρόβλεψης συμπεριφοράς άλλων (κίνδυνος σεξουαλικής εκμετάλλευσης ή κακοποίηση, ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες) και με 44,6% η εκδήλωση ερωτικών συναισθημάτων αγάπης.
- Την μεγαλύτερη διαφωνία παρουσιάζει η εκδήλωση σεξουαλικού ενδιαφέροντος για άτομα ίδιου φύλου με 87,7% και η δυσκολία κοινωνικής αλληλεπίδρασης με 76,9%.
- Την μεγαλύτερη συμφωνία παρουσιάζει η εκδήλωση γνώσης ανατομικών ανομοιοτήτων ανδρικού και γυναικείου σώματος και το ενδιαφέρον για πληροφόρηση σχετικά με την σεξουαλική διαδικασία με 55,4% και η εκδήλωση ερωτικών συναισθημάτων απόρριψης και σεξουαλικού ενδιαφέροντος για άτομα αντίθετου φύλου με 44,6%.

### 4. Απόψεις γονέων:

- Απόψεις γονέων για τα **χαρακτηριστικά της συμβουλευτικής οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας και ανάπτυξης των παιδιών τους:**
  - i. Την μεγαλύτερη ουδετερότητα συγκέντρωσε με 23,1% ότι τα μέλη μιας οικογένειας μιλούν ανοιχτά για το σεξ και ότι υπάρχει ανοικτή επικοινωνία γονέων – μελών με νοητική υστέρηση.
  - ii. Η μεγαλύτερη διαφωνία προέκυψε με 12,3% αναφορικά με τη δυσκολία ή πρόβλημα των εφήβων με νοητική υστέρηση έχουν την άνεση να το μοιραστούν με τους γονείς τους σκέψεις για τη σεξουαλικότητά τους και ότι μαθαίνουν να μην ντρέπονται & να σέβονται για το σώμα τους.
  - iii. Τη μεγαλύτερη συμφωνία, μάλιστα με 100%, συγκεντρώνει η μάθηση να αποδέχονται τα ερωτικά τους συναισθήματα, η ενημέρωση για την

αντισύλληψη, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και η σεξουαλική εκμετάλλευση ή κακοποίηση.

- Απόψεις γονέων για τα **χαρακτηριστικά της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης εφήβων με νοητική υστέρηση**: την μεγαλύτερη συμφωνία με 100% συγκεντρώνουν η πληροφόρηση για ανθρώπινη ανάπτυξη & αλλαγών στην περίοδο της εφηβείας (εμμηνόρροια, τριχοφυΐα), η προστασία από σεξουαλικές μεταδιδόμενες νόσους & εγκυμοσύνης και η συναισθηματική ενίσχυση.
- Απόψεις γονέων για την **αιτία που τους επιβάλλει να αρνούνται την συμβουλευτική της οικογένειας** σε θέματα σεξουαλικής υγείας/ανάπτυξης και της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των εφήβων με νοητική υστέρηση.
  - i. Οι αιτίες που συγκεντρώνουν την απόλυτη συμφωνία των γονέων με 100% είναι ότι δεν θεωρούν απαραίτητη τη συμβουλευτική οικογένειας και ότι θεωρούν την σεξουαλικότητα των διανοητικά υστερημένων παιδιών τους θέμα «taboo» και με 89,2% ότι δεν επιθυμούν τη σύναψη σεξουαλικών σχέσεων των παιδιών τους στο μέλλον.
  - ii. Οι αιτίες που δεν προκαλούν αρνητισμό είναι η μη εμπιστοσύνη της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των παιδιών τους σε ειδικούς (αμηχανία, σεξουαλική παρενόχληση) με 55,4%.

Απόψεις γονέων για την **κατάλληλη ηλικία των παιδιών με νοητική υστέρηση για την συμβουλευτική οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας/ ανάπτυξης και την σεξουαλική διαπαιδαγώγησή τους**. Οι γονείς επικαλούνται ως καταλληλότερη την προεφηβεία (8-12 ετών) με 55,4% και την εφηβεία (13-18 ετών) με 44,6%.

Βέβαια, παρόμοιες έρευνες με το ίδιο αντικείμενο της παρούσας εργασίας έχουν πραγματοποιηθεί από πολλούς ερευνητές. Οι παρακάτω ενότητες αντικατοπτρίζουν τις στάσεις και τους προβληματισμούς των εφήβων αλλά και των γονέων για την σεξουαλικότητα, τη συμβουλευτική οικογένειας και τη σεξουαλ

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ  
ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ**

## 7.1. ΑΠΟΨΕΙΣ ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ ΓΙΑ ΘΕΜΑΤΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΖΩΗΣ

---

Στην εφηβεία, λόγω της έλλειψης των κατάλληλων εκπαιδευτικών επιρροών οι έφηβοι με νοητική υστέρηση αισθάνονται αμηχανία, ντροπή, φόβο και ενοχή σε σχέση με τα γεννητικά όργανά τους, τις σεξουαλικές αντιδράσεις και τα συναισθήματά τους τα οποία αποτελούν μέρος της φυσιολογικής διαδικασίας της ωρίμανσής τους (Leutar & Mihokovic, 2007, Conod & Servais, 2008). Μελέτες των απόψεων έφηβων με νοητική υστέρηση για σεξουαλικά θέματα παρατίθενται παρακάτω με βάση ορισμένα κριτήρια επιλογής τους, όπως:

### 1. Γνώση σε θέματα σεξουαλικότητας:

- **Timmers, Du Charme και Jacob (1981):** Σε έρευνα 25 άτομων με νοητική υστέρηση παρατηρήθηκε πως οι ανατομικές τους γνώσεις περιορίζονταν στα εμφανή μέρη του σώματος, όχι στα απόκρυφα, και γνώριζαν κάποια πράγματα γύρω από τον αυνανισμό και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα καθώς είχαν λάβει στο παρελθόν σε ποσοστό 50% κάποιου είδους επίσημης σεξουαλικής εκπαίδευσης.
- **McCabe (1999):** Σε δείγμα 60 εφήβων με ήπια νοητική υστέρηση, διαπίστωσε ότι είχαν λιγότερες γνώσεις για σεξουαλικά θέματα, ειδικά σε θέματα αντισύλληψης, σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων, εγκυμοσύνης και ανατροφής παιδιών, από άτομα με φυσική αναπηρία και αυτά με τη σειρά τους λιγότερο από τα άτομα τυπικής ανάπτυξης.
- **Galea και συνεργάτες (2004):** Σε έρευνα 96 εφήβων με ήπια νοητική καθυστέρηση που διαβίωναν στην κοινότητα παρατηρήθηκε περιορισμένη γνώση σε θέματα σεξουαλικότητας και ειδικά στους τομείς της εφηβείας, εμμηνόρροιας, εμμηνόπαυσης, σεξουαλικότητας, πρακτικών ασφαλούς σεξουαλικής δραστηριότητας, σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων, αντισύλληψης και νομικών ζητημάτων.
- **Servais (2006):** Οι έφηβοι με νοητική υστέρηση έχουν χαρακτηριστεί ως α-σεξουαλικοί ή ως υπερβολικά σεξουαλικοί. Βέβαια, η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση εκλείπει, μερικές φορές ακόμη και σκόπιμα, για την

δημιουργία εκφοβισμού ώστε να ανασταλθεί η σεξουαλική ανάπτυξη. Ωστόσο, οι ίδιοι οι έφηβοι επιθυμούν να ενημερώνονται για ζητήματα σεξουαλικότητας.

- **Leutar και Mihokovic (2007):** Σε έρευνα σε 24 εφήβους με νοητική υστέρηση εντοπίστηκε ανεπάρκεια των σεξουαλικών γνώσεων καθώς το σύνολο του δείγματος δεν μπορούσε να διαφοροποιήσει τα φύλα, χωρίς όμως να εντοπίζουν τις βασικές τους σεξουαλικές διαφορές, αλλά υστερούσαν σε γνώση σε θέματα σεξουαλικής υγείας, π.χ. σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, καθώς σε μεθόδους πρόληψης. Ταυτόχρονα υπήρχαν κάποιες γνώσεις για εμμηνόρροια, και η διάκριση μεταξύ κατάλληλων και ακατάλληλων συμπεριφορών σύμφωνα με τις κοινωνικές νόρμες ήταν σε ικανοποιητικό επίπεδο.
- **Isler et al, (2009):** Σε έρευνα σε 60 έφηβους ηλικίας 15-20 ετών με ήπια/μέτρια νοητική υστέρηση εντόπισε ότι οι γνώσεις τους για τις γενικές αναπτυξιακές αλλαγές στην εφηβεία και για το γεννητικό αναπαραγωγικό τους σύστημα ήταν ανεπαρκείς, το 65% των αγοριών γνώριζε ότι η εμμηνόρροια είναι αποκλειστικά γυναικείο φαινόμενο, ενώ μόλις οι μισοί γνώριζαν το συσχετισμό της εμμηνόρροιας με την αναπαραγωγή. Ταυτόχρονα μόνο το 1/2 των κοριτσιών και το 1/3 των αγοριών είχε σωστές πληροφορίες για τον αυνανισμό. Όσον αφορά τη σεξουαλική διαδικασία, οι μισοί την περιέγραψαν ως φιλιά και απόκρυφο άγγιγμα, και η πλειοψηφία πίστευε ότι μόνο παντρεμένα ζευγάρια μπορούν να αποκτήσουν παιδιά.

2. **Γάμος και απόκτηση παιδιών.** Συνήθως στα άτομα με νοητική υστέρηση δεν επιτρέπεται να τεκνοποιήσουν, αν και θεωρείται αναφαίρετο δικαίωμά τους. Οι λόγοι της απαγόρευσης αυτής επικεντρώνονται στην πιθανότητα ύπαρξης κληρονομικότητας της νοητικής υστέρησης, στην αδυναμία φροντίδας του παιδιού από τα άτομα αυτά, καθώς και στην αδυναμία ανάληψης ευθυνών. Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί αναδεικνύουν την στάση των ίδιων των εφήβων και των γονέων τους για τον γάμο και την απόκτηση παιδιών, όπως:

- **Νιτσόπουλος (1991):** Το 8% των γονέων εφήβων με νοητική υστέρηση συμφωνούν με τη σύναψη γάμου, αν και συγκλίνουν στην αποτυχία του, κάτω από περιοριστικές προϋποθέσεις όπως άσκηση επαγγέλματος (απαραίτητη για τη συντήρηση της οικογένειας), ενημέρωση της κοινής

γνώμης για την εικόνα των ατόμων με νοητική υστέρηση και των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, εκπαίδευση για την αντιμετώπιση καθημερινών προβλημάτων, μετάδοση γνώσεων γύρω από κοινωνικά - πολιτικά φαινόμενα, σχέσεις μεταξύ των ανθρώπων και σεξουαλική διαπαιδαγώγηση.

- **Pueschel & Scola (1988)**: Το 28% των αγοριών και 43% των κοριτσιών με νοητική υστέρηση έχουν εκφράσει επιθυμία να παντρευτούν, χωρίς να αντιλαμβάνονται τις υποχρεώσεις ενός γάμου.
  - **Konstantareas και Lunskey (1997)**: Σε έρευνα 31 ατόμων (15 ατόμων μέτριας και σοβαρής νοητικής με αυτισμό και 16 ατόμων με νοητική υστέρηση) εκδηλώθηκε η βούληση, και η αποθάρρυνση για σύναψη γάμου και απόκτηση παιδιών καθώς πίστευαν της που είχαν για το ότι η “αναπηρία” τους μπορεί να μεταδοθεί στους απογόνους τους, ή ότι η επιληψία που είχαν καθιστούσε αδύνατη την αναπαραγωγή τους.
  - **Murphy & Elias (2006)**: Οι έφηβοι με νοητική υστέρηση εκφράζουν επιθυμίες για γάμο και απόκτηση παιδιών στο μέλλον.
3. **Εικόνα Σώματος**. Οι περισσότεροι έφηβοι με νοητική υστέρηση ανώτερο του μετρίου επιπέδου έχουν άγνοια για την εικόνα του σώματός τους και τις φυσιολογικές λειτουργίες του. Η άγνοια οφείλεται στην έλλειψη πληροφόρησης, σύγχυση γνώσεων και στην απουσία σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης από γονείς, ιατρούς και εκπαιδευτές, η οποία μάλιστα παρουσιάζεται ως ανάλογη του δείκτη νοημοσύνης (Mercier & Delville, 1994).
4. **Σεξουαλική Έκφραση**. Οι έφηβοι με νοητική υστέρηση έχουν περισσότερα αρνητικά συναισθήματα για οποιαδήποτε ετερόφυλη σεξουαλική έκφραση και απροθυμία να συζητήσουν σεξουαλικά ζητήματα, από ότι τα άτομα τυπικής ανάπτυξης, ειδικά όταν υπάρχουν περιορισμένες σεξουαλικές γνώσεις (McCabe, 1999) και κυρίως σε θέματα αυνανισμού και ομοφυλοφιλίας, στάση που συσχετίζεται με την ύπαρξη νοητικής υστέρησης (Konstantareas & Lunskey, 1997). Η ομοφυλοφιλία αποτελεί ένα κατεξοχήν θέμα που εγείρει αρνητικές στάσεις (Leutar & Mihokovic, 2007), ενώ θετικές στάσεις συνήθως διατηρούν για φιλιά, αγκαλιές, χάρδια και σε μικρότερο ποσοστό για ερωτική συνεύρεση (Timmers et al, 1981). Σε θετικές στάσεις υπέρ σεξουαλικών πράξεων που δεν περιλαμβάνουν σεξουαλική συνεύρεση και πιο υπέρ συγκεκριμένων μορφών



σεξουαλικής έκφρασης, όπως ο αυνανισμός, κατέληξαν και οι Leutar και Mihokovic (2007).

#### 5. Σεξουαλική δραστηριότητα.

- **Timmers, Du Charme και Jacob (1981).** Τα αγόρια ανησυχούν περισσότερο για θέματα σεξουαλικής δραστηριότητας (πχ στύση) και τα κορίτσια έχουν γενικευμένες ανησυχίες.
- **Νιτσόπουλος (1993):** Το 3% των γονέων συμφωνούν με τη σύναψη σεξουαλικών σχέσεων των εφήβων με νοητική υστέρηση ενώ το 97% αυτών είναι αρνητικοί στο να ολοκληρώσουν σεξουαλικές σχέσεις καταδικάζοντάς τα έτσι στη μονοσεξουαλικότητα του αυνανισμού πιστεύοντας ότι έτσι δεν θα εγείρουν σεξουαλικές επιθυμίες και δε συμφωνούν στη λύση της σεξουαλικής πράξης σε οικο ανοχής.
- **Mercier & Delville (1994):** Οι έφηβοι με νοητική υστέρηση αντιμετωπίζουν φοβικά τις σεξουαλικές σχέσεις, τις οποίες, πολλοί θεωρούν απαγορευμένες. Παρόλα αυτά μέσα από μια ενεργή σεξουαλική ζωή αναζητούν θαλπωρή και αγάπη, σε ποσοστό μεγαλύτερο οι άνδρες από τις γυναίκες.
- **Blanchett (2000):** Οι έφηβοι με νοητική υστέρηση ανησυχούν για την ανάπτυξη σχέσεων.
- **Swango-Wilson (2009):** Οι έφηβοι με νοητική υστέρηση ανησυχούν για την υπεύθυνη σεξουαλική δραστηριότητα.
- **Mehzabin και Stokes (2011):** Οι έφηβοι με νοητική υστέρηση έχουν ανησυχίες σχετικά με την σεξουαλική εκμετάλλευση που ίσως υποστούν σε περίπτωση που η συμπεριφορά τους θεωρηθεί σεξουαλική και στην αναζήτηση ερωτικού συντρόφου.

## 7.2. ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΟΝΕΩΝ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ

---

Το ζήτημα της σεξουαλικότητας των εφήβων με νοητική υστέρηση απασχολεί σε μεγάλο βαθμό τους γονείς καθώς πολλοί μύθοι και στερεότυπα δημιουργούν ένα πλέγμα προβληματισμών. Μάλιστα οι γονείς αντιμετωπίζουν τη διάγνωση της νοητικής υστέρησης

στα παιδιά τους με ψυχικό πόνο που πολλές φορές αγγίζει τα όρια του πένθους το οποίο εντείνεται και στα επόμενα στάδια της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης των παιδιών τους (Vatere, 1993, Craft, 1994).

Επιπλέον, η στάση αυτή ενισχύεται και από τις θρησκευτικές πεποιθήσεις τους καθώς πολλοί θεωρούν πως τιμωρούνται με την απόκτηση ενός παιδιού με νοητική υστέρηση. Το πένθος, από την απώλεια του ιδανικού παιδιού, εντείνεται όσο οι γονείς προσπαθούν να αποδεχθούν το παιδί τους με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του τα οποία είναι πολλές φορές μη κοινωνικά αποδεκτά. Έτσι, η στάση των γονέων προς τα παιδιά τους είναι κατά κύριο λόγο υπερπροστατευτική καθώς πιστεύουν πως με αυτό τον τρόπο θα εξισοροπήσουν τις ιδιαίτερες αδυναμίες τους και δεν αφήνουν περιθώρια για την αυτονομία τους ώστε να αποκτήσουν μια ιδιωτική σεξουαλική ζωή. Βέβαια, η όλη αυτή συμπεριφορά των γονέων προέρχεται από την προσωπική τους ανάγκη για φροντίδα των παιδιών τους, τη συναισθηματική τους φόρτιση, την κατανόηση στα προβλήματα των παιδιών, στην φιλοσοφία της ζωής τους, στην πληροφόρηση που έχουν, τις στάσεις της κοινωνίας και στην θεώρηση της σεξουαλικότητας ως θέμα «ταμπού» (De Groeff, 1999, Wight & Fullerton, 2013).

Οι απόψεις που σχηματίζουν οι γονείς για την σεξουαλικότητα επηρεάζονται από τους παραπάνω παράγοντες και από το γεγονός πως κυριαρχούνται από φόβο σχετικά με την πιθανή σεξουαλική κακοποίησή τους, την συνειδητή έλλειψη σεξουαλικής παιδείας τους (Craft, 1994, Mc Cathy, 1999), πιθανότητα να πληγωθούν και να προστεθεί άλλο ένα πλήγμα στην εύθραυστη αυτοεκτίμησή τους (Σανιδά, 2007). Ένας ακόμη φόβος των γονέων είναι ότι μόλις ο έφηβος αποκτήσει σεξουαλική ζωή θα χάσουν τον έλεγχο πάνω του καθώς θεωρούν πως ο έφηβος θα αντιδράσει και θα επιθυμεί να επαναλαμβάνει την σεξουαλική εμπειρία του σαν ένα νέο παιχνίδι και οι οικογενειακές σχέσεις θα ανατραπούν (Σανιδά, 2007).

Γενικά, αν και οι γονείς έχουν αμφιθυμικές στάσεις για τη σεξουαλικότητα των παιδιών τους με νοητική υστέρηση, αναγνωρίζουν τις σεξουαλικές ανάγκες τους ωστόσο διατηρούν μια υπερπροστατευτική στάση (Swango- Wilson, 2008, Katz & Lazcano-Ponce, 2008). Βέβαια, οι στάσεις των γονέων πρέπει να διερευνηθούν λόγω της επιρροής που ασκούν στη ζωή των εφήβων με νοητική υστέρηση. Μερικές μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί αναφέρον:

1. Προβληματισμοί των γονέων για μια **ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη** (Katalinić et al, 2012).
2. Προβληματισμοί των γονέων για την ασφάλεια των εφήβων από **σεξουαλικές παρενοχλήσεις, κακοποίηση** από άτομα του ίδιου ή αντίθετου φύλου και

**σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα** (Ruble & Darlymple, 1993, Swango-Wilson, 2009).

3. Προβληματισμοί των γονέων για την εκδήλωση **δημόσιων ανάρμοστων σεξουαλικών συμπεριφορών** των εφήβων με νοητική υστέρηση (Ruble & Darlymple, 1993, 1999).
4. Προβληματισμοί των γονέων για την **παρεξήγηση θεώρησης των συμπεριφορών τους ως σεξουαλικών** από άλλα άτομα (Ruble & Darlymple, 1993).
5. Προβληματισμοί των γονέων για την **σεξουαλική ελευθερία**. Κυρίως η αρνητική στάση των γονέων παρουσιάζεται για τις έφηβες (και λιγότερο για τους έφηβους) με νοητική υστέρηση στις οποίες αναγνωρίζεται μικρότερη ανάγκη για σεξουαλική ελευθερία λόγω της προστασίας που θεωρούν ότι απαιτείται ώστε να περιφρουρήσουν τυχόν σεξουαλική εκμετάλλευση ή και κακοποίηση (Gilmore & Chambers, 2010).
6. Προβληματισμοί των γονέων οι οποίοι παρουσιάζονται ως συντηρητικών απόψεων **σε θέματα σεξουαλικότητας** αναφορικά με την ερωτική συνεύρεση, την ομοφυλοφιλία και τον αυνανισμό των εφήβων παιδιών τους (Yool, Langdon, & Garner, 2003, Cuskelly & Bryde, 2004, Cuskelly & Gilmore, 2007, Bazzo, Nota, Soresi, Ferrari, & Minnes, 2007, Gilmore & Chambers, 2010).
7. Προβληματισμοί των γονέων στην **τεκνοποίηση και ανατροφή τέκνων** (Cuskelly & Bryde, 2004, Gilmore & Chambers, 2010).

Οι γονείς μέσω της συνειδητοποίησης της σεξουαλικότητας των εφήβων με νοητική υστέρηση θα αποκτήσουν μια πιο σφαιρική αντίληψη για τις σεξουαλικές ανάγκες των παιδιών τους, με αποτέλεσμα την αποδοχή στην έκφρασή τους. Έτσι, οι γονείς θα προωθήσουν τον εμπλουτισμό της ελλιπής πληροφόρησης των σεξουαλικών γνώσεων των ίδιων και των παιδιών τους ώστε να μεταβληθούν οι ανησυχίες τους σε θετική στάση για την σεξουαλικότητα των παιδιών η οποία θα πλαισιωθεί από σεξουαλική εκπαίδευση ως μέσο πρόληψης και λύσης των παραπάνω προβληματισμών. Ακόμη, οι γονείς θα είναι σε θέση να συμμαρτούν τις σεξουαλικές ανάγκες των παιδιών τους και να τους ενθάρρυναν να τις εκφράσουν χωρίς να προσπαθούν να αποσπάσουν την προσοχή τους και να τους αποτρέψουν. Αλλά και οι συζητήσεις με την οικογένεια και ειδικούς σε σεξουαλικά ζητήματα θα μεταδώσει στους έφηβους με νοητική υστέρηση θετικά μηνύματα για την σεξουαλικότητά

τους την οποία θα πρέπει να συνδέσουν με την εκπλήρωση συναισθηματικών αναγκών τους (Shepperdson, 1995, McCabe, 1999).

### **7.3 ΣΥΜΦΩΝΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΜΕ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΠΡΟΗΓΗΘΕΙ ΑΠΟ ΑΛΛΟΥΣ ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ.**

---

- Γνώση σε θέματα σεξουαλικότητας:
  - i.** Όσο αναφορά τη γνώση σε θέματα σεξουαλικότητας τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας συγκλίνουν με τα αποτελέσματα ερευνών που παραθέτονται καθώς οι έφηβοι επιθυμούν να ενημερώνονται για αυτά τα ζητήματα (Servais , 2006).
  - ii.** Ωστόσο οι γνώσεις τους περιορίζονται στα εμφανή μέρη του σώματος, στο διαχωρισμό των φύλων και σε μικρότερο βαθμό στις αναπτυξιακές αλλαγές κατά τη περίοδο της εφηβείας (Leutor και Mihokovic, 2007).
  - iii.** Ακόμα από τα αποτελέσματα προκύπτει η σκόπιμη απουσία της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης με στόχο την κατεύναση της σεξουαλικής δραστηριότητας (Servais, 2006).
  
- Απόψεις γονέων αναφορικά με τη σεξουαλικότητα και τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των εφήβων με NY:
  - i.** Παρατηρείται πως ο μεγαλύτερος προβληματισμός των γονέων είναι η ασφάλεια των παιδιών τους από τυχόν κακοποίηση, ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα ( Ruble & Darlymple, 1993 Swango- Wilson,2009)
  - ii.** Ωστόσο οι γονείς αναγνωρίζουν τις σεξουαλικές ανάγκες των εφήβων με NY και συμφωνούν στην ενημέρωση για θέματα αντισύλληψης ,και στη μάθηση να αποδέχονται τα ερωτικά τους συναισθήματα (Swango – Wilson, 2008 Katz &Lazcano – Ponce 2008)

- Απόψεις γονέων αναφορικά με την αιτία άρνησης της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των εφήβων με ΝΥ:
  - i. Η σημαντικότερη αιτία είναι πως οι γονείς δεν επιθυμούν τη σύναψη σεξουαλικών σχέσεων των παιδιών τους διότι φοβούνται πως ο έφηβος θα ξεφύγει από τον έλεγχο τους (Σανίδα, 2007)
  - ii. Επίσης τους προβληματίζει το γεγονός πως οι έφηβοι μαθαίνοντας περισσότερο για τη σεξουαλικότητα τους θα απελευθερωθούν και ίσως παρερμηνευθούν οι συμπεριφορές τους ως σεξουαλικές από άλλα άτομα θέτοντας τους ίδιους σε κίνδυνο (Ruble & Darlymple, 1993)

Η παρούσα εργασία αποτέλεσε μια ερευνητική προσπάθεια η οποία ανέδειξε θέματα ευαίσθητα αναφορικά με την σεξουαλική ζωή και ανάπτυξη εφήβων με νοητική υστέρηση. Συμπερασματικά, μέσα από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο σύλλογο ΑμΕΑ Βόλου και στο ειδικό δημοτικό σχολείο του Ιδρύματος Αγωγής Ανηλίκων Αρρένων Βόλου σε 65 γονείς εφήβων με νοητική υστέρηση δόθηκαν απαντήσεις σε σημαντικά θέματα όπως στα εξής:

1. **Ποιά είναι τα γνωρίσματα της σεξουαλικότητας των εφήβων με ΝΥ; Ως επιμέρους γνωρίσματα** της σεξουαλικότητας των εφήβων με ΝΥ αναδείχθηκαν η μη εκδήλωση σεξουαλικού ενδιαφέροντος για άτομα ίδιου φύλου (87,7%), η μη δυσκολία κοινωνικής αλληλεπίδρασης (76,9%), η γνώση ανατομικών ανομοιοτήτων του ανθρώπινου σώματος (55,4), το ενδιαφέρον για πληροφόρηση για τη σεξουαλική διαδικασία (55,4%) και τα ερωτικά συναισθήματα για άτομα αντίθετου φύλου (44,6%).
2. **Ποιά είναι τα χαρακτηριστικά της συμβουλευτικής οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας και ανάπτυξης των εφήβων με ΝΥ;** Τα χαρακτηριστικά της συμβουλευτικής οικογένειας είναι η ευκολία των εφήβων με ΝΥ να μοιραστούν με τους γονείς τους σκέψεις για τη σεξουαλικότητά τους (87,7%), η μη ντροπή και ο σεβασμός του σώματος (87,7%), η αποδοχή των ερωτικών συναισθημάτων τους (100%), η ενημέρωση για την αντισύλληψη, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και την σεξουαλική εκμετάλλευση ή κακοποίηση (100%).
3. **Ποιά είναι τα χαρακτηριστικά της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των εφήβων με ΝΥ;** Τα χαρακτηριστικά της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης είναι η πληροφόρηση για ανθρώπινη ανάπτυξη & αλλαγών στην περίοδο της εφηβείας (εμμηνόρροια, τριχοφυΐα) (100%), η προστασία από σεξουαλικές μεταδιδόμενες νόσους και εγκυμοσύνη (100%) και η συναισθηματική ενίσχυση (100%).
4. **Ποιά είναι η κύρια αιτία άρνησης των γονέων σχετικά με τη συμβουλευτική οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας/ανάπτυξης και σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των εφήβων με ΝΥ;** Οι αιτίες άρνησης είναι η μη αναγκαιότητά τους (100%), ότι αποτελούν θέμα «taboo» (100%), η απροθυμία της σεξουαλικότητας των εφήβων (100%), η μη πιθανή μελλοντική σύναψη σεξουαλικών σχέσεων (89,2%) και η μη εμπιστοσύνη σε ειδικούς (44,6%).

5. **Ποία είναι η ηλικία των παιδιών με ΝΥ την οποία οι γονείς θεωρούν κατάλληλη για την συμβουλευτική οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας / ανάπτυξης και την σεξουαλική διαπαιδαγώγησή τους;** Κατάλληλη ηλικία θεωρήθηκε η προεφηβεία (8-12 ετών - 55,4%) και η εφηβεία (13-18 ετών - 44,6%).

Η παρούσα έρευνα δεν μπορεί να καλύψει εξ ολοκλήρου τις ερευνητικές ανάγκες γύρω από τρίπτυχο Σεξουαλικότητα – Συμβουλευτική Οικογένειας – Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση εφήβων με ΝΥ. Αν και προσφέρει χρήσιμα συμπεράσματα μερικές προτάσεις για μελλοντική έρευνα αποτελούν:

1. Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των κοινωνικό – δημογραφικών χαρακτηριστικών των εφήβων με ΝΥ και των γνωρισμάτων της σεξουαλικότητά τους ώστε να αναδειχθούν περισσότερα θετικά και αρνητικά γνωρίσματα.
2. Περαιτέρω εξέταση του τρίπτυχου Σεξουαλικότητα – Συμβουλευτική Οικογένειας – Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση εφήβων με ΝΥ μέσω άλλων ερευνητικών μεθόδων όπως η σε βάθος συνέντευξη με εφήβους σε περισσότερες δομές με στόχο να εξεταστούν περαιτέρω.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

---



- Anstotz, C., (1997). *Βασικές αρχές της παιδαγωγικής για τα νοητικά καθυστερημένα άτομα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, σ. 47-52.
- Egg, M. (1972). *Η αγωγή του καθυστερημένου παιδιού*. Ηράκλειο: χ.ό., σ. 23.
- Hodapp, R., (2003). *Αναπτυξιακές θεωρίες και αναπηρία: νοητική καθυστέρηση, αισθητηριακές διαταραχές και αναπηρία*. Αθήνα: Μεταίχμιο, σ.47-56.
- Kaplan, I.H., Sadock, J., Grebb, A., 2005. *Ψυχιατρική*. Αθήνα: Λίτσα, σ. 159-178.
- Kirk, S. (1973). *Η εκπαίδευση των αποκλινόντων παιδιών*, Αθήνα, σ. 52.
- Mercier, M., Delville, J. (1994). *Βίωμα του σώματος, της σεξουαλικότητας και του συναισθήματος στα νοητικά καθυστερημένα άτομα*. Στο: Καΐλα, Μ, Πολεμικός, Ν., & Φιλίππου, Γ. (eds) *Άτομα με ειδικές ανάγκες*. Α', Β' τόμοι. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, σ. 78-86.
- Αντωνοπούλου, Χ., (1997). *Ανθρώπινη σεξουαλικότητα*. Αθήνα: [χ.ό.], σ. 178-218.
- Ασπράκη, Γ.Ε., (2004). *Επαγγελματική ηθική και δεοντολογία στην κοινωνική ανθρωπολογία*. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 115 (1): 157-180.
- Βαϊδάκης, Ν., (2005). *Η σεξουαλική συμπεριφορά του ανθρώπου*. Αθήνα: Βήτα, σ. 16-17, 30-33.
- Βασιλείου, Ε., (1998). *Τα εκπαιδεύσιμα νοητικά καθυστερημένα παιδιά και έφηβοι*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, σ. 74-78
- Βογινδρούκας, Ι., Ζηκοπούλου, Ο., (2009). *Συγκριτικά αποτελέσματα στο WISC-III σε παιδιά με Ειδική Αναπτυξιακή Διαταραχή Λόγου και Ειδική Διαταραχή της Ανάγνωσης-Δυσλεξία*. *Ψυχολογία*, 16 (1): 99-114.
- Γκοτζαμάνης, Κ., (2004). *Διαγνωστικά Κριτήρια DSM-IV-TR*. Αθήνα: Λίτσα, 15.
- Γναρδέλλης Χ., (2006). *Ανάλυση δεδομένων με το SPSS 14.0 For Windows*. Αθήνα: Παπαζήσης, σ. 267-518.
- Δημητρόπουλος, Ε., (2004). *Εισαγωγή στη μεθοδολογία της επιστημονικής έρευνας*. Αθήνα: Έλλην, σ. 11-15.
- Ζήση Α. (2005). *Ψυχική υγεία*. Αθήνα: Ατραπός, σ. 116-129.
- Ιεροδιακόνου, Χ., Δημητρίου, Ε., Φωτιάδης, Χ.Ν., (1988). *Ψυχιατρική*. Θεσσαλονίκη: Μαστορίδης, 1988, σ. 159-164.
- Κακαβούλης, Α. (1997). *Μεθοδολογία νοσηλευτικής εκπαίδευσης: ψυχοπαιδαγωγική θεώρηση*. Αθήνα: χ.ό., σ. 107-127

- Κακαβούλης, Α., (1995). *Σεξουαλική ανάπτυξη και αγωγή. Στερεότυπα και ρόλοι φίλων, γενετήσια ανάπτυξη, σεξουαλική αγωγή στην Ελλάδα*. Αθήνα: Ελευθερουδάκης, σ. 123-130.
- Κακούρος, Ε., (1996). *Η προβληματική της διάγνωσης και αντιμετώπισης των Ειδικών Μαθησιακών Δυσκολιών*. Επιθεώρηση Συμβουλευτικής Προσανατολισμών, 36-42.
- Κακούρος, Ε., Μανιαδάκη, Κ., (2004). *Ψυχοπαθολογία παιδών και εφήβων. Αναπτυξιακή Προσέγγιση*. Αθήνα: Τυπωθύτω – Δαρδάνος, σ. 286-313.
- Καλλινικάκη, Θ., (2010). *Ποιοτικές μέθοδοι στην έρευνα της κοινωνικής εργασίας*. Αθήνα: Τόπος, σ. 49-53.
- Κατσίλλης, Ι., (2006), *Επαγωγική στατιστική: εφαρμοσμένη στις κοινωνικές επιστήμες και την εκπαίδευση με έμφαση στην ανάλυση με υπολογιστές*. Αθήνα: Gutenberg, σ. 19-40.
- Κονταξάκης, Β., Χαβάκη – Κονταξάκη, Μ., Χριστοδούλου, Γ., (2005). *Προληπτική ψυχιατρική & ψυχική υγιεινή*. Αθήνα: Βήτα, σ. 445-454.
- Κουτσουβάνου, Ε., (1991). *Η μέθοδος Montessori και η προσχολική εκπαίδευση: Σύγχρονες προοπτικές*. Αθήνα: Οδυσσέας, 19-24.
- Κρασανάκης, Γ., (1999). *Παιδιά με νοητική ανεπάρκεια*. Θεωρητική και εμπειρική προσέγγιση. Αθήνα: Σμυρνιωτάκης, σ. 11-29, 124-152, 166-177.
- Κρεατσάς, Γ., (1992). *Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση*. Αθήνα: Καστανιώτης, σ. 134-137
- Κρεατσάς, Γ., (2003). *Σεξουαλική αγωγή: οι σχέσεις των δύο φύλων*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, σ. 219-227, 244-246, 256-262.
- Κυπριωτάκης, Α., (1989). *Τα ειδικά παιδιά και η αγωγή τους*. Ηράκλειο: Ψυχοτεχνική, σ. 124.
- Κυριαζόπουλος, Π. Σαμαντά, Ε., (2011). *Μεθοδολογία έρευνας και εκπόνησης διπλωματικών εργασιών*. Αθήνα: Σύγχρονη Εκδοτική, σ. 123.
- Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. University Studio Press A.E., Θεσσαλονίκη,
- Μαντζιάφου – Κανελλοπούλου Μ., (2009). *Οικογένεια, ιστορική και κοινωνική μελέτη*. σ. 97-103.
- Νιτσόπουλος, Μ. (1992). Σεξουαλικότητα ατόμων με ειδικές ανάγκες. Επειδή η Διαφορά είναι δικαίωμα, Αθήνα: Ελληνικά. Γράμματα, 44-45, 73-77.
- Νιτσόπουλος, Μ., (1981). *Ειδικά πνευματικά καθυστερημένα άτομα*. Αθήνα: Παρατηρητής, Θεσσαλονίκη, 157-159

- Πανάκας, Π., Κυριάκη, Σ., (2003). *Σεξουαλική αγωγή και νοητική υστέρηση: Θεωρητική και ερευνητική προσέγγιση*. Αθήνα: Νηρηίδες, σ. 510.
- Παπαγεωργίου, Ε., (2004). *Ψυχιατρική*. Αθήνα: Παρισιάνου, σ. 299-304.
- Παρασκευόπουλος, Ι., (1982). *Αγωγή των νοητικώς καθυστερημένων*. Αθήνα: Ο.Ε.Δ.Β., σ. 23.
- Παρασκευόπουλος, Ι., (1998). *Διαφυλικές σχέσεις: Εισηγήσεις στο Σεμινάριο Κατάρτισης Εκπαιδευτικών-Στελεχών σε θέματα σεξουαλικής αγωγής και ισότητας των φύλων*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, σ. 489, 496-498, 557-564.
- Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. (1980). *Νοητική Καθυστέρηση: Διαφορική Διάγνωση, Αιτιολογία – Πρόληψη, Ψυχοπαιδαγωγική Αντιμετώπιση*. Αθήνα: Αυτοέκδοση, σ. 126.
- Παρασκευόπουλος, Ν., (1985). *Εξελικτική ψυχολογία, Προγεννητική περίοδος – Βρεφική ηλικία*. Αθήνα: Ιδιωτική Έκδοση, 126-139.
- Πολυχρονοπούλου, Σ. (1990). *Νοητική Καθυστέρηση. Λήμμα στην Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. 3365-3371.
- Πολυχρονοπούλου, Σ. (1995). *Παιδιά και έφηβοι με ειδικές ανάγκες και δυνατότητες*. Αθήνα: Πολυχρονοπούλου, σ. 140-143.
- Σανιδά, Κ., 2007, *Ο Έρωτας σε Άτομα με Νοητική Στέρηση*. Περιοδικό Ελληνικής Επιτροπής Διεθνών Σχέσεων και Ανταλλαγών Φοιτητών Ιατρικής – HelMSIC, 2 (1): 1-10.
- Σούλης, Σ., Γ. (2000). *Μαθαίνοντας βήμα με βήμα στο σχολείο και στο σπίτι*. Αθήνα: Τυπωθήτω - Γιώργος Δαρδανός.
- Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., Ρούσση, Π. (2002). *Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, σ. 17-24.
- Τομαράς, Π., (2005). *Εφαρμοσμένη έρευνα marketing*. Αθήνα: Τομαράς, σ. 47, 67-69.
- Τσαρμακλής, Γ., (2007). *Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση παιδιών και εφήβων*. Δελτ Α' Παιδιατρ Κλιν Πανεπ Αθηνών, 54 (1):95-98.
- Τσιάντης, Γ., Μυλωνόπουλος, Σ., (2001). *Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής*. Τόμος Β, Αθήνα: Καστανιώτη, σ.39-45.
- Χριστοδούλου, Γ., Κονταξάκης, Β., Οικονόμου, Μ., (2000). *Προληπτική ψυχιατρική*. Αθήνα: Βήτα, σ. 920-923.
- Χριστοδούλου, Γ.Ν., (2006). *Ψυχιατρική*. Αθήνα: Βήτα, σ. 866-894.

- Abramowicz, H. K. & Richardson, S. (1975). Epidemiology of severe mental retardation in children: Community studies. *American Journal of Mental Deficiency*, 80 (1): 18-39.
- Ajuriaguerra, J. (1974). *Manuel de psychiatrie de l' enfant*. Paris: Masson, p. 634.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition, pp.42.
- Anderson F., Barhach, J. & Goodgold, J. (1981). Sexuality and neuromuscular disease: a pilot study. *Disability and Rehabilitation*, 5 (1): 21-26.
- Anderson, W. F. (1994). Gene therapy for genetic disorder. *Human Gene Therapy*, 5, (1): 281-282.
- Bazzo, G., Nota, L., Soresi, S., Ferrari, L., Minnes, P. (2007). Attitudes of social service providers towards the sexuality of individuals with intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20 (2): 110-115.
- Blanchett, W. J. (2000). Sexual risk behaviors of young adults with LD and the need for HIV/AIDS education. *Remedial and Special Education*, 21 (6), 336-345.
- Bullard, D.G., & Knight, S.E. (1981). *Sexuality and physical disability. Personal perfection*. St. Louis C.V Mosby, pp. 159-163.
- CDC (2012). *Notifiable Diseases and Mortality*. 61(01): 1-24.
- Cheng, M.M., & Udry, J.R. (2005). Sexual experiences of adolescents with low cognitive abilities in the U.S. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 17 (2): 155-172.
- Conod L, Servais L. (2008). Sexual life in subjects with intellectual disability. *Salud Publica Mex*. 50 (2): 230-238.
- Craft, M. & Craft, A., (1978). *Sex and the mentally handicapped*. Ed. Routledge & Kegan Paul, pp. 13-34.
- Cuskelly, M., & Bryde, R. (2004). Attitudes towards the sexuality of adults with an intellectual disability: Parents, support staff, and a community sample. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 29 (1): 255–264.

- Cuskelly, M., & Gilmore, L. (2007). Attitudes to Sexuality Questionnaire (Individuals with an Intellectual disability): Scale development and community norms. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 32 (2): 214–221.
- De Groef J. (1999). *Mental Handicaps: A Dark Continent Psychoanalysis and Mental Handicap* by: De Groef J. & Heinemann E. Free Association Books, 1999
- Dykens, E.M., Hodapp, R.M., Ort, S.I., Finucane, B., Shapiro, L. & Leckman, J. F. (1989). The trajectory of cognitive development in males with fragile X syndrome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28 (3): 422-426.
- Fairbairn, G., Rowley, D., & Bowen, M., (1995). *Sexuality, learning difficulties and doing what's right*. David Fulton Publishers London, pp. 183
- Galea, J., Butler, J., & Iacovo, T. (2004). The assessment of sexual knowledge in people with intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 29 (4), 350-365.
- Gilmore L. & Chambers B. (2010). Intellectual disability and sexuality: attitudes of disability support staff and leisure industry employees. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 35 (1): 22-28.
- Haracopos, D. & Pedersen, L. (1992). *Sexuality and autism: Danish report*. United Kingdom: Society for the Autistically Handicapped. [www.Autismuk.com/index9sub.htm](http://www.Autismuk.com/index9sub.htm).
- Hellemans, H., Roeyers, H., Leplae, W., Dewaele, T., & Deboutte, D. (2010). Sexual behavior in male adolescents and young adults with autism spectrum disorder and borderline/mild mental retardation. *Sexuality and Disability*, 28 (2): 93-104.
- Hodapp, R.M., Dykens, E.M. (1996). *Mental retardation*. In: E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child Psychopathology*. New York: Guilford Press. pp. 362-369.
- Hodapp, R.M., Zigler, E. (1995). *Past, present, and future issues in the developmental approach to mental retardation and developmental disabilities*. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Vol 2. Risk, disorder, and adaptation*. New York: Wiley. pp. 299-331
- Inhelder, B. (1968). *The diagnosis of reasoning in the mentally retarded*. New York: Day, pp.28.
- Isler, A., Beytut, D., Tas, F., & Conk, Z. (2009). Sexuality in adolescents with intellectual disabilities. *Sexual Disability*, 27 (1): 27-34.
- Kampert AL, Goreczny AJ. (2007). Community involvement and socialization among individuals with mental retardation. *Res Dev Disabil*, 28(3):278-86.

- Kanner, L., (1964). A History of the Care and Study of Mental Retardation. Springfield, IL, Charles C Thomas, Publisher, 7 (7): 23-43.
- Karellou, J. (2007) Parents' attitudes towards the sexuality of people with learning disabilities in Greece. *Journal on Developmental Disabilities*, 13 (3): 55-72.
- Katalinić, S., Sendula-Jengiđ, V., Sendula-Paveliđ, M., & Zudenigo, S. (2012). Reproductive rights of mentally retarded persons. *Psychiatr Danub*. 24 (1): 38-43.
- Katz G, Lazcano-Ponce E. (2008). Sexuality in subjects with intellectual disability: an educational intervention proposal for parents and counselors in developing countries. *Salud Publica Mex*, 50 (2): 239-254.
- Kempton, W., & Rose, F., (1986). *Guidelines for training in sexuality and the mentally handicapped*. Planned Parenthood Association of South Eastern Pennsylvania, Philadelphia, pp. 86-89.
- Kenny, M. (2010). Child Sexual Abuse Education with Ethnically Diverse Families: A Preliminary Analysis. *Children and Youth Services Review*, 32 (7): 981-989.
- Konstantareas, M.M., & Lunskey Y. J. (1997). Sociosexual knowledge, experience, attitudes, and interests of individuals with autistic disorder and developmental delay. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27 (4), 397-413.
- Kotler, P., Keller, K.L., (2006). *Marketing Management* (12 ed.). Upper Saddle River: Prentice-Hall, 177.
- Lafon, R., (1969). *Vocabulaire de psychopedagogie et de psychiatrie de l' enfant*. Paris: P.U.F., pp. 369-377.
- Leutar, Z., & Mihokovic, M. (2007). Level of knowledge about sexuality of people with mental disabilities. *Sexuality and Disability*, 25 (3): 93-109.
- Lewis, E. O. (1933). Types of mental deficiency and their social significance. *J Ment Sci*, 79 (1): 298-304.
- Lumley, V.A., & Scotti, J. R. (2001). Supporting the sexuality of adults with mental retardation: Current status and future directions. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 3 (2): 109-119.
- MacMillan, D. L. & Keough, B. (1971). Normal and retarded children's expectancy for failure. *Developmental Psychology*, 4 (1): 343-348.
- Madianos, M.G., (1994). Recent advances in community psychiatry and psychological rehabilitation in Greece and the other Southern European Countries. *The International Journal of Social Psychiatry*, 40 (3), 157-164.

- Mc Cathy M., (1996). Sexual Abuse by Design. An examination Thomson David of the issues in learning disability services. *Disability and Society*, 11 (2): 205-217.
- McCabe, M. P. (1999). Sexual knowledge, experience and feelings among people with disability. *Sexuality and Disability*, 17 (2), 157-170.
- McCabe, M.P., (1993). Sex education programs for people with mental retardation. *Mental Retardation*, 31 (6): 377-387.
- McGillivray, J. A. (1999). Level of knowledge and risk of contracting HIV/ AIDS amongst young adults with mild/moderate intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 12 (2): 113-126.
- McLean, W. E. (1993). *Overview*. In J. L. Matson & P. R. Barrett (Eds.), *Psychopathology in the Mentally Retarded* (2nd ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon. pp. 1-16
- Mehzabin, P., Stokes, M. A. (2011). Self-assessed sexuality in adults with highfunctioning autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5 (1): 614-621.
- Mercer, J., (1973). *Labeling the mentally retarded: Clinical and social systems perspectives on mental retardation*. Berkeley: University of California Press, pp. 109-120.
- Murphy, N.A., & Elias, E.R. (2006). Sexuality of children and adolescents with developmental disabilities. *Pediatrics*, 118 (1), 398-403.
- Nezu, C.M., Nezu, A. M. & Gill-Weiss, M.J. (1992). *Psychopathology in persons with mental retardation: Clinical guidelines for assessment and treatment*. Champaign, IL: Research Press, pp. 202-274.
- Ousley, O. Y., Mesibov, G. B. (1991). Sexual attitudes and knowledge of highfunctioning adolescents and adults with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 21 (4), 471-481.
- Pearson K., & Jaederholm G.A. (1914). *Mendelism and the Problem of Mental Defect*. On the Continuity of Mental Defect. London, pp. 73.
- Plaks M, Argaman R, Stawski M, Qwiat T, Polak D, Gothelf D. (2010). Social-sexual education in adolescents with behavioral neurogenetic syndromes. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 47(2):118-24.
- Podell, M., Kastner, J., Kastner, S., 1996, Adolescents with mental retardation: perceptions of sexual abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66 (1): 103-110
- Pueschel, S. M., & Scola, P. S. (1988). Parents' perception of social and sexual functions in adolescents with Down's syndrome. *Journal of Mental Deficiency Research*, 32 (3): 215-220.

- Ramey, C. T., Mulvihill, B. A. & Ramey, S. L. (1996). *Prevention: Social and educational factors and early intervention*. In J. W. Jacobson & J. A. Mulick (Eds.), *Manual of diagnosis and professional practice in mental retardation*. Washington, DC: American Psychological Association. pp. 215-227
- Rey, A., (1967). *Arriération mentale et premiers exercices éducatifs*. Neuchatel: Delachaux et Niestle, p. 11, 25.
- Richardson, S.A., Katz, M., Roller, H. (1986). Sex differences in number of children administratively classified as mildly mentally retarded: An epidemiological review. *American Journal of Mental Deficiency*, 91 (3): 250-256.
- Ruble, L. A., & Dalrymple, N. J. (1993). Social/sexual awareness of persons with autism: A parental perspective. *Archives of sexual Behavior*, 22 (3): 229-240.
- Ruble, L. A., & Dalrymple, N. J. (1999). Sexual behaviors in autism: Problems of definition and management. *JADD*, 29 (2): 229-240.
- Schleichkorn, J., (1981). Deinstitutionalization and Normalization of Persons with Mental Retardation: The Role of a Physical Therapist in Community Placement. *Phys Ther.* 61 (1): 1438-1441.
- Servais, L. (2006). Sexual health care in persons with intellectual disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 12 (1): 48-56.
- Shepperdson, B., (1995). The control of sexuality in young people with Down's syndrome. *Child: Care, health and development*, 21 (5): 333-349
- Smith, K.M.N., Wheeler, B., Pileck, L.P., & Parker, T., (1995). The role of the paediatric nurse practitioner in educating teens with mental retardation about sex. *Journal Paediatric Health Care*, 9 (1): 59-66.
- Snyderman, M., & Rothman, S., (1987). Survey of expert opinion on intelligence and aptitude testing, *American Psychologist*, 42 (2): 137-144.
- Sternberg, R.J., & Detterman, D.K., (1986). *What is intelligence? Contemporary viewpoints on its nature and definition*. Norwood, NJ: Ablex, 155-162.
- Stokes, M.A., & Kaur, A. (2005). High-functioning autism and sexuality: A parental perspective. *Autism*, 9, 266-289.
- Suris, J.C., Resnick, M., & Cassuto, N., (1996). Sexual behaviour of adolescents with chronic disease and disability. *Journal of Adolescent Health*, 19 (2): 124-131
- Swango-Wilson, A. (2009). Perception of sex education for individuals with developmental and cognitive disability: A four cohort study. *Sexuality and Disability*, 27 (4): 75-81.



- Timmers, R. L., DuCharme, P., Jacob, G. (1981). Sexual knowledge, attitudes and behaviors of developmentally disabled adults living in a normalized apartment setting. *Sexuality and Disability*, 4 (1), 27-38.
- Van Der Kwaak A, Ferris K, Van Kats J, Dieleman M. (2010). Performances of sexuality counselling: a framework for provider-client encounters. *Patient Educ Couns.* 81(3):338-342.
- Vatere, A., (1993). *Using Family Therapy in services for people with learning disabilities.* Using Family Therapy in the 90s Basil Blackwell, pp.41.
- Volkmar, F. R., Burack, J. A. & Cohen, D. J. (1990). *Deviance and developmental approaches in the study of autism.* In R. M. Hodapp, J. A. Burack & E. Zigler (Eds.), Issues in the developmental approach to mental retardation. New York: Cambridge University Press. pp. 246-271
- Wechsler, D., (1958). *The measurement and appraisal of adult intelligence.* 4th ed. Baltimore: Williams & Wikins, pp. 19.
- Werner, H., & Bowers, M. (1941). Auditory-motor organization in two clinical types of mentally deficient children. *The Journal of Genetic Psychology*, 59 (1): 85-99.
- Wight, D. & Fullerton, D.A (2013). review of interventions with parents to promote the sexual health of their children. *J Adolesc Health.* 52(1):4-27.
- Wood, M. (2004). Sexuality and relationships education for people with Down syndrome. *Down Syndrome News and Update*, 4 (2): 42-51.
- Yool, L., Langdon, P.E., & Garner, K. (2003). The Attitudes of Medium-Secure Unit Staff Toward the Sexuality of Adults with Learning Disabilities. *Sexuality and Disability*, 21 (2): 137-150.
- Zeidner, M., (2001). *Invited foreword and introduction.* In: Andrews J.J.W., Saklofske D.H., Janzen H. L. (Eds), Handbook of psychoeducational assessment: Ability, achievement, and behavior in children. New York: Academic Press, pp. 1-9.
- Zigler, E., Hodapp, R. (1986). *Understanding mental retardation.* Cambridge, England: Cambridge University Press. pp. 157-174.

- Mona, L., (2008), *Σεξουαλικότητα και αναπηρία*. Μετάφραση: Μανουδάκη, Α., Θεσσαλονίκη, Διαθέσιμο: <http://www.specialeducation.gr/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=749>
- Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού (Ε.Σ.Ο.Π.) (2013). Διαθέσιμο: [www.oikogeneiakos.gr](http://www.oikogeneiakos.gr)
- ΕΣΤΙΑ (2013). Διαθέσιμο: [www.eseepea.gr/cms/index.php](http://www.eseepea.gr/cms/index.php)
- Κ.Ε.Ε.Π.Ε.Α. (2013). Διαθέσιμο: [www.keepea.gr](http://www.keepea.gr)
- ΜΑΧΗΤΕΣ (2013). Διαθέσιμο: [www.edis.gr/maxhtes.htm](http://www.edis.gr/maxhtes.htm)
- ΜΕΛΕΔΩΝΗ (2013). Διαθέσιμο: [www.meledoni.gr](http://www.meledoni.gr)
- ΠΕΤΑΓΜΑ (2013). Διαθέσιμο: [www.noesi.gr/pronoise/petagma](http://www.noesi.gr/pronoise/petagma)
- Πολυμεροπούλου, Β. (2007). *Νοητική Υστέρηση*. Διαθέσιμο: [www.doyk.gr/vivliothiki/pdf/.../noitiki\\_sterisi\\_ergotherapia.pdf](http://www.doyk.gr/vivliothiki/pdf/.../noitiki_sterisi_ergotherapia.pdf)
- Σωτηρακοπούλου, Ν., (2003). *Ψυχοτεχνικά μέσα διάγνωσης της νοητικής υστέρησης*. Έργο «Στέρξις», Διαθέσιμο: [kday-v.thess.sch.gr/wp-content/uploads/ny13.doc](http://kday-v.thess.sch.gr/wp-content/uploads/ny13.doc)



**ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**«ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΖΩΗ ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ»**

**ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: ΓΚΟΝΤΑ ΝΙΚΟΛΕΤΑ  
ΠΑΡΟΙΚΟΥ ΚΩΝ/ΝΑ  
ΣΙΑΚΑΒΑΡΑ ΕΛΕΝΗ**

**ΕΠΙΒΛΕΨΗ: ΚΛΩΝΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ**

**Οδηγίες Συμπλήρωσης Ερωτηματολογίου**

*Παρακαλώ να σημειώνετε κάθε φορά με ένα √ ή Χ στο αντίστοιχο τετράγωνο που αντικατοπτρίζει την απάντησή σας.*

*Σε περίπτωση που δεν επιθυμείτε να απαντήσετε σε κάποια ερώτηση αφήστε την κενή και προχωρήστε στην επόμενη.*

*Το ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας είναι ανώνυμο, αυστηρά εμπιστευτικό και δεν θα χρησιμοποιηθεί για εμπορικούς σκοπούς.*

*Το ερωτηματολόγιο θα βοηθήσει ώστε να συγκεντρωθούν τα απαραίτητα στοιχεία για την διεξαγωγή συμπερασμάτων της έρευνας στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας που πραγματοποιείται.*

## ΕΝΟΤΗΤΑ 1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΓΟΝΕΩΝ

---

### 1. Φύλο γονέα

- 1  Άνδρας  
2  Γυναίκα

### 2. Ηλικία γονέα

- |                                  |                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> 18-24 | 3 <input type="checkbox"/> 35-44 | 5 <input type="checkbox"/> 55-64 |
| 2 <input type="checkbox"/> 25-34 | 4 <input type="checkbox"/> 45-54 | 6 <input type="checkbox"/> 65+   |

### 3. Επίπεδο σπουδών γονέα

- |  |   |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Απόφοιτος Γυμνασίου | 4 <input type="checkbox"/> Πτυχιούχος ΑΕΙ |
| 2 <input type="checkbox"/> Απόφοιτος Λυκείου   | 5 <input type="checkbox"/> Μεταπτυχιακό   |
| 3 <input type="checkbox"/> Πτυχιούχος ΤΕΙ      | 6 <input type="checkbox"/> Διδακτορικό    |

### 4. Επάγγελμα

- |   |   |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Προσωπική επιχείρηση           | 4 <input type="checkbox"/> Οικιακά      |
| 2 <input type="checkbox"/> Ιδιωτικός υπάλληλος            | 5 <input type="checkbox"/> Άνεργος/η    |
| 3 <input type="checkbox"/> Δημόσιος / Δημοτικός υπάλληλος | 6 <input type="checkbox"/> Άλλο (.....) |

### 5. Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα

- |  |  |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Έως 10.000 €        | 5 <input type="checkbox"/> 40.001 έως 50.000 € |
| 2 <input type="checkbox"/> 10.001 έως 20.000€  | 6 <input type="checkbox"/> Πάνω από 50.001 €   |
| 3 <input type="checkbox"/> 20.001 έως 30.000 € | 7 <input type="checkbox"/> Χωρίς εισόδημα      |
| 4 <input type="checkbox"/> 30.001 έως 40.000 € |  |

## ΕΝΟΤΗΤΑ 2. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ

---

### 6. Φύλο ατόμου με ΝΥ

- 1  Άνδρας  
2  Γυναίκα

### 7. Ηλικία ατόμου με ΝΥ

- |                                    |                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> 13 ετών | 3 <input type="checkbox"/> 15 ετών | 5 <input type="checkbox"/> 17 ετών |
| 2 <input type="checkbox"/> 14 ετών | 4 <input type="checkbox"/> 16 ετών | 6 <input type="checkbox"/> 18 ετών |

### 8. Επίπεδο νοητικής υστέρησης

- |  |   |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Ήπια Νοητική Υστέρηση (IQ 50-55 έως περίπου 70) | 3 <input type="checkbox"/> Βαριά Νοητική Υστέρηση (IQ 20-25 έως 35-40)  |
| 2 <input type="checkbox"/> Μέτρια Νοητική Υστέρηση (IQ 35-40 έως 50-55)    | 4 <input type="checkbox"/> Βαθιά Νοητική Υστέρηση (IQ κάτω από 20 ή 25) |

### ΕΝΟΤΗΤΑ 3. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ

9. Σημειώστε σε ποιά βαθμό το παιδί σας παρουσιάζει τα παρακάτω γνωρίσματα σεξουαλικής συμπεριφοράς.

	1 Καθόλου	2 Λίγο	3 Ούτε λίγο ούτε πολύ	4 Πολύ	5 Πάρα πολύ
9.1. Αδυναμία αποκωδικοποίησης και πρόβλεψης συμπεριφοράς άλλων (κίνδυνος σεξουαλικής εκμετάλλευσης ή κακοποίηση, ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2. Αυτοερωτική σεξουαλική συμπεριφορά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3. Δυσκολία κοινωνικής αλληλεπίδρασης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4. Εκδήλωση γνώσης ανατομικών ανομοιοτήτων ανδρικού και γυναικείου σώματος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.5. Εκδήλωση γνώσης σεξουαλικής ταυτότητας του/της	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.6. Εκδήλωση έντονης σεξουαλικότητας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.7. Εκδήλωση ερωτικών συναισθημάτων αγάπης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.8. Εκδήλωση ερωτικών συναισθημάτων απόρριψης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.9. Εκδήλωση σεξουαλικού ενδιαφέροντος για άτομα αντίθετου φύλου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.10. Εκδήλωση σεξουαλικού ενδιαφέροντος για άτομα ίδιου φύλου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.11. Εκδήλωση σεξουαλικών επιθυμιών που συνοδεύεται από φόβο ή ενοχή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.12. Εκδήλωση συναισθημάτων απελπισίας, απογοήτευσης & δυσπροσάρμοστης συμπεριφοράς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.13. Εκδήλωση συναισθημάτων σεξουαλικής διέγερσης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.14. Έλλειψη αυτορρύθμισης - έκφραση σεξουαλικών επιθυμιών προς το αντίθετο φύλο χωρίς οργανωμένο τρόπο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.15. Έλλειψη σεξουαλικότητας (ασεξουαλικός/ή)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.16. Ενδιαφέρον για πληροφόρηση σχετικά με την σεξουαλική διαδικασία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.17. Πρακτική εκδήλωση σεξουαλικών επιθυμιών (άγγιγμα, αγκαλιά, φιλή άλλου ατόμου)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.18. Προσπάθεια για σεξουαλική συνεύρεση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### ΕΝΟΤΗΤΑ 4. ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΟΝΕΩΝ

**10. Σημειώστε σε ποιο βαθμό συμφωνείτε με τα παρακάτω χαρακτηριστικά της συμβουλευτικής οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας και ανάπτυξης των παιδιών σας με νοητική υστέρηση.**

	1 Διαφωνώ απόλυτα	2 Διαφωνώ	3 Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	4 Συμφωνώ	5 Συμφωνώ απόλυτα
10.1. Τα μέλη μιας οικογένειας μιλούν ανοιχτά για το σεξ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.2. Ανοικτή επικοινωνία γονέων – μελών με νοητική υστέρηση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.3. Αίσθημα εμπιστοσύνης γονέων – μελών με νοητική υστέρηση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.4. Σε δυσκολία ή πρόβλημα τα μέλη με νοητική υστέρηση έχουν την άνεση να το μοιραστούν με τους γονείς τους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.5. Μαθαίνουν να μην ντρέπονται & να σέβονται για το σώμα τους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.6. Μαθαίνουν να αποδέχονται τα ερωτικά τους συναισθήματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.7. Ενημέρωση για αντισύλληψη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.8. Ενημέρωση σε θέματα σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.9. Ενημέρωση σε θέματα σεξουαλική εκμετάλλευσης ή κακοποίησης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**11. Σημειώστε σε ποιο βαθμό συμφωνείτε με τα παρακάτω χαρακτηριστικά της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των παιδιών σας με νοητική υστέρηση.**

	1 Διαφωνώ απόλυτα	2 Διαφωνώ	3 Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	4 Συμφωνώ	5 Συμφωνώ απόλυτα
11.1. Αποφυγή ρίσκου σεξουαλικής κακοποίησης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.2. Εκμάθηση ανατομίας, φυσιολογίας, λειτουργίας & ονομασίας μελών του σώματος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.3. Εκμάθηση προσωπικής υγιεινής	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ενημέρωση για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και συμπτώματά τους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.4. Ενημέρωση πάνω σε θέματα εγκυμοσύνης και αντισύλληψης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.5. Εξάσκηση σε κοινωνικές δεξιότητες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.6. Κατανόηση συναισθημάτων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.7. Πληροφόρηση για ανθρώπινη ανάπτυξη & αλλαγών στην περίοδο της εφηβείας (εμμηνόρροια, τριχοφυΐα)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.8. Προστασία από σεξουαλικές μεταδιδόμενες νόσους & εγκυμοσύνης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.9. Συναισθηματική ενίσχυση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**12. Επιλέξτε με ένα ναι ή όχι την αιτία που οι γονείς αρνούνται την συμβουλευτική της οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας/ανάπτυξης και σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των παιδιών τους με νοητική υστέρηση.**

	1 Ναι	2 Όχι
12.1. Αγνοούν την εκδήλωση ερωτικής επιθυμίας των διανοητικά υστερημένων παιδιών τους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αρνούνται την σεξουαλικότητα των διανοητικά υστερημένων παιδιών τους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.2. Δεν είναι άμεση προτεραιότητά τους η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των παιδιών τους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.3. Δεν είναι αρμοδιότητα των γονέων η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των παιδιών τους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.4. Δεν εμπιστεύονται την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των παιδιών τους σε ειδικούς (αμηχανία, σεξουαλική παρενόχληση)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.5. Δεν επιθυμούν να ασχοληθούν με τη σεξουαλικότητα καθώς οδηγεί σε αυξημένες σεξουαλικές συμπεριφορές των διανοητικά υστερημένων παιδιών τους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.6. Δεν επιθυμούν να μεταβάλλουν την άρνηση της έκφρασης της σεξουαλικότητάς των διανοητικά υστερημένων παιδιών τους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.7. Δεν επιθυμούν τη σύναψη σεξουαλικών σχέσεων των διανοητικά υστερημένων παιδιών τους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.8. Δεν έχουν την κατάλληλη ενημέρωση των γονέων για την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των διανοητικά υστερημένων παιδιών τους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.9. Θεωρούν μη απαραίτητη τη συμβουλευτική οικογένειας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.10. Θεωρούν την σεξουαλικότητα των διανοητικά υστερημένων παιδιών τους θέμα «taboo»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**13. Οι γονείς που επιθυμούν την συμβουλευτική οικογένειας σε θέματα σεξουαλικής υγείας/ ανάπτυξης και την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των παιδιών τους με νοητική υστέρηση, σε ποιά ηλικία (των παιδιών τους) τις αναζητούν;**

- 1  Βρεφική (0-1 ετών)
- 2  Προσχολική (2-4 ετών)
- 3  Παιδική (5-7 ετών)
- 4  Προεφηβεία (8-12 ετών)
- 5  Εφηβεία (13-18 ετών)

*Σας ευχαριστούμε για την συμμετοχή σας.*