

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



Διπλωματική Εργασία

**«Η επίδραση της Ταυτότητας των ατόμων με  
Κώφωση στην Ποιότητα ζωής τους:  
Ο ρόλος της Εκπαίδευσης»**

**Στοιϊκάκη Ιωάννα**

Ιωάννινα, 2021

Διπλωματική Εργασία:

**«Η επίδραση της Ταυτότητας των ατόμων με  
Κώφωση στην Ποιότητα ζωής τους:  
Ο ρόλος της Εκπαίδευσης»**

*Στοιϊκάκη Ιωάννα*

**Τριμελής εξεταστική επιτροπή:**

*Επιβλέπων:* Σούλης Σπυρίδων-Γεώργιος, Καθηγητής ΠΤΔΕ, Σχολή Επιστημών Αγωγής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

*Μέλος:* Μορφίδη Ελένη, Επίκουρη Καθηγήτρια ΠΤΔΕ, Σχολή Επιστημών Αγωγής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

*Μέλος:* Κυπριωτάκη Μαρία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Π.Τ.Π.Ε., Σχολή Επιστημών Αγωγής, Πανεπιστήμιο Κρήτης

Ιωάννινα, 2021

## Ευχαριστίες

Η παρούσα ερευνητική μελέτη πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Επιστήμες της Αγωγής» με κατεύθυνση «Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση» του Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Με την πραγματοποίηση της μεταπτυχιακής μου εργασίας επιτυγχάνεται ένας σημαντικός στόχος στην ακαδημαϊκή μου πορεία και ολοκληρώνεται ένας κύκλος με πολύτιμες εμπειρίες, νέες γνώσεις και σημαντικά εφόδια. Εδώ, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους ανθρώπους που συνέβαλαν στην ολοκλήρωσή της, πίστεψαν στις ικανότητές μου και με βοήθησαν να περατώσω τις σπουδές μου.

Ιδιαίτερα ευχαριστώ τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Σούλη Σπυρίδων-Γεώργιο για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε να προβώ στη διερεύνηση ενός όρου που έχει μελετηθεί ελάχιστα στον ελληνικό χώρο. Τον ευχαριστώ για την πολύτιμη καθοδήγησή του, για τις εποικοδομητικές συμβουλές του και για τις γνώσεις που μου παρείχε κατά τη διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών. Η συνεχής επιμονή, ενθάρρυνση και στήριξη του συνέβαλε καταλυτικά στην ολοκλήρωση του παρόντος ερευνητικού εγχειρήματος.

Ευχαριστώ την καθηγήτρια κα Μορφίδη Ελένη για τα εφόδια που μου προσέφερε καθ' όλη τη διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος αλλά και για τις πολύτιμες συμβουλές της, οι οποίες συνέβαλαν στη βελτίωση της εργασίας. Ευχαριστώ θερμά και την κα Κυπριωτάκη Μαρία για την ιδιαίτερη τιμή να συμμετέχει στην αξιολόγηση της παρούσας εργασίας.

Επίσης, ευχαριστώ τους Συλλόγους και τα Σωματεία Κωφών αλλά και τους υπόλοιπους συμμετέχοντες που δέχτηκαν με προθυμία να συμμετάσχουν στην έρευνα και εκδήλωσαν το ιδιαίτερο ενδιαφέρον τους για το θέμα της μελέτης.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένειά μου, και ιδιαίτερα στους γονείς μου, που στάθηκαν συνοδοιπόροι στις μεταπτυχιακές μου σπουδές και με στήριξαν σε μια εξαιρετικά δύσκολη και απαιτητική χρονιά. Χωρίς τη συμβολή τους η επίτευξη των στόχων μου θα ήταν ανέφικτη.

## Περίληψη

Η πολιτιστική ταυτότητα που αναπτύσσουν τα άτομα με απώλεια ακοής έχει απασχολήσει ιδιαίτερα την επιστημονική κοινότητα τις τελευταίες δεκαετίες. Η συγκεκριμένη έννοια αντικατοπτρίζει τις απόψεις και αντιλήψεις των ατόμων σε διάφορα επίπεδα, στοιχείο που παρουσιάζει σημαντικό αντίκτυπο στη ζωή τους. Η παρούσα εργασία, έχοντας ως δείγμα 155 άτομα με Κώφωση, επικεντρώθηκε στη διερεύνηση της επίδρασης που ασκεί η ταυτότητα των ατόμων αυτών στην ποιότητα της ζωής τους. Παράλληλα, εξετάστηκε ο τρόπος με τον οποίο τα ατομικά χαρακτηριστικά των ατόμων με Κώφωση επηρεάζουν την ανάπτυξη της ταυτότητάς τους αλλά και τους διάφορους τομείς της ποιότητας ζωής τους. Συγκεκριμένα, διεξήχθη ποσοτική μελέτη, με ερευνητικό εργαλείο το ερωτηματολόγιο ατομικής συμπλήρωσης που απαρτιζόταν από την Αναθεωρημένη Κλίμακα Ανάπτυξης της Ταυτότητας των Ατόμων με Κώφωση (DIDS-R) και από το ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας (WHOQOL-BREF). Από τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων, προέκυψαν σημαντικές διαφορές στην ποιότητα ζωής των ατόμων, καθώς οι κωφοί που ενστερνίστηκαν τη Διπολιτισμική και ταυτότητα Κωφών συνδέθηκαν με θετικά αποτελέσματα, σε αντίθεση με τα άτομα που ανέπτυξαν την Περιθωριοποιημένη αλλά και την ταυτότητα Ακουόντων. Επιπροσθέτως, διαπιστώθηκε πως η ύπαρξη ακουστικής ενίσχυσης, η μέθοδος επικοινωνίας που χρησιμοποιείται στην καθημερινότητα, η ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας, οι εκπαιδευτικές εμπειρίες αλλά και το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην ταυτότητα των ατόμων με Κώφωση. Ταυτοχρόνως, αναδείχθηκε η επίδραση ορισμένων δημογραφικών στοιχείων στην ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων. Τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να αξιοποιηθούν με στόχο την πραγματοποίηση αλλαγών σε επίπεδο κοινωνίας, αναφορικά με τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται την Κώφωση τόσο τα ίδια τα άτομα με ακουστική αναπηρία όσο και ο κοινωνικός περίγυρος.

**Λέξεις-Φράσεις κλειδιά:** ταυτότητα, άτομα με Κώφωση, ποιότητα ζωής, προσωπικά χαρακτηριστικά

**“The Impact of Identity of People with Deafness in their Quality of Life:  
The role of Education ”**

**Abstract**

The cultural identity developed by people with hearing loss has been of great concern to the scientific community in recent decades. This concept reflects the views and perceptions of individuals at various levels, an element that has a significant impact on their lives. The present study, with a sample of 155 people with Deafness, focused on investigating the effect that the identity of these people has on their quality of life. At the same time, the way in which the individual characteristics of people with Deafness affect the development of their identity and the various areas of their quality of life were examined. Specifically, a quantitative study was conducted, with the research tool the atomic completion questionnaire consisting of the Revised Deaf Identity Development Scale (DIDS-R) and the Global Quality of Life Questionnaire of World-WHO (WHO). The statistical analysis of the results revealed significant differences in the quality of life of the individuals, as the deaf who embraced the Bicultural and the Deaf identity were associated with positive results, in contrast to the individuals who developed the Marginal and the Hearing Identity. In addition, it was found that the existence of hearing aid, the method of communication used in everyday life, the age of onset of disability, educational experiences and the family and social environment play a key role in the identity of people with Deafness. At the same time, the effect of certain demographics on the quality of life of the participants was highlighted. The results of the research can be used with the aim of making changes at the societal level, in terms of the way in which Deafness is perceived by both the people with hearing impairments themselves and the social environment.

**Keywords:** identity, people with Deafness, quality of life, personal characteristics

## Πίνακας Περιεχομένων

Ευχαριστίες.....	3
Περίληψη.....	4
Abstract.....	5
Κατάλογος Πινάκων.....	10
Εισαγωγή.....	12
<b>Α΄ ΜΕΡΟΣ ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....</b>	<b>16</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΚΩΦΩΣΗ.....</b>	<b>17</b>
1.1 Εννοιολογική Οριοθέτηση της Κώφωσης.....	17
1.1.1 Ταξινόμηση της Κώφωσης αναφορικά με τον βαθμό ακουστικής απώλειας.....	18
1.1.2 Ταξινόμηση της Κώφωσης αναφορικά με την περιοχή του αυτιού που εντοπίζεται η βλάβη.....	19
1.1.3 Ταξινόμηση της Κώφωσης αναφορικά με την ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας...20	
1.1.4 Ταξινόμηση της Κώφωσης αναφορικά με τα μοντέλα που τη χαρακτηρίζουν.....	21
1.2 Συστήματα ενίσχυσης του ήχου στην περίπτωση των ατόμων με Κώφωση.....	22
1.3 Συστήματα και τρόποι επικοινωνίας των ατόμων με Κώφωση.....	23
1.3.1 Νοηματική Γλώσσα.....	25
1.4 Κοινότητα και κουλτούρα των Κωφών.....	26
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΚΩΦΩΣΗ.....</b>	<b>28</b>
2.1 Εννοιολογική οριοθέτησης της έννοιας «Ταυτότητα».....	28
2.2 Πολιτιστική Ταυτότητα ατόμων με Κώφωση.....	29
2.3 Κατηγορίες Πολιτιστικής Ταυτότητας.....	31
2.3.1 Ταυτότητα Ακουόντων (Hearing Identity).....	31
2.3.2 Περιθωριοποιημένη ταυτότητα (Marginal Identity).....	32
2.3.3 Ταυτότητα Κωφών (Deaf Identity).....	33
2.3.4 Διπολιτισμική ταυτότητα (Bicultural Identity).....	34
2.4 Στάδια Ανάπτυξης της ταυτότητας των Ατόμων με Κώφωση.....	35
2.4.1 Το μοντέλο Glickman & Garey (1993).....	35
2.4.2 Το μοντέλο της Ohna (2004).....	36

2.4.3 Οι φάσεις της Mauldin (2020).....	37
2.5 Παράγοντες που επηρεάζουν την ταυτότητα των ατόμων με Κώφωση.....	38
2.6 Βιβλιογραφική Ανασκόπηση: Ταυτότητα των ατόμων με Κώφωση.....	39
2.6.1 Η επίδραση της ακουστικής ενίσχυσης στην ανάπτυξη της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση.....	39
2.6.2 Η επίδραση του τρόπου επικοινωνίας στην ανάπτυξη της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση.....	41
2.6.3 Η επίδραση των εκπαιδευτικών εμπειριών στην ανάπτυξη της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση.....	42
2.6.4 Η επίδραση της φύσης της αναπηρίας στην ανάπτυξη της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση.....	44
2.6.5 Η επίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος στην ανάπτυξη της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση.....	45
2.6.6 Η επίδραση των κοινωνικών δικτύων αλλά και των προσδοκιών του κοινωνικού περιβάλλοντος στην ανάπτυξη της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση.....	46
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΚΩΦΩΣΗ.....</b>	<b>48</b>
3.1 Οριοθέτηση της έννοιας «Ποιότητα Ζωής».....	48
3.2 Βιβλιογραφική Ανασκόπηση: Ποιότητα Ζωής των ατόμων με Κώφωση.....	51
3.2.1 Ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση.....	51
3.2.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση.....	52
3.2.3 Η επίδραση της ακουστικής ενίσχυσης στην ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση.....	52
3.2.4 Η επίδραση των εκπαιδευτικών εμπειριών στην ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση.....	53
3.2.5 Η επίδραση του προτιμώμενου τρόπου επικοινωνίας στην ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση.....	55
3.3.4 Η επίδραση της φύσης της αναπηρίας στην ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση.....	56
3.3.5 Η επίδραση του φύλου και της χρονολογικής ηλικίας στην ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση.....	57
3.3.6 Η επίδραση της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης στην ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση.....	58
3.3.7 Η επίδραση του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος στην ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση.....	58

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΥΝΔΕΣΗ ΤΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΚΩΦΩΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥΣ.....</b>	<b>60</b>
4.1 Η επίδραση της Ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση στην Ποιότητα της Ζωής τους.....	60
<b>Β΄ ΜΕΡΟΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....</b>	<b>64</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....</b>	<b>65</b>
5.1 Σκοπός της Έρευνας – Ερευνητικά Ερωτήματα.....	65
5.2 Ερευνητικό εργαλείο.....	66
5.2.1 Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών στοιχείων.....	66
5.2.2 Ψυχομετρικά Εργαλεία.....	66
5.3 Διαδικασία συλλογής ερευνητικών δεδομένων.....	70
5.4 Περιγραφική ανάλυση δείγματος.....	71
5.5 Περιγραφικά στοιχεία των ερωτηματολογίων.....	77
5.6 Στατιστική Επεξεργασία Δεδομένων.....	78
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....</b>	<b>79</b>
6.1 Συσχέτιση της ταυτότητας που αναπτύσσουν τα άτομα με Κώφωση με την ποιότητα της ζωής τους.....	79
6.2 Διαφοροποίηση της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση με βάση τα ατομικά τους χαρακτηριστικά .....	80
6.3 Διαφοροποίηση της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση με βάση τα ατομικά τους χαρακτηριστικά το τρόπο επικοινωνίας αλλά και τις γλωσσικές τους ικανότητες.....	83
6.4 Η επίδραση των εκπαιδευτικών εμπειριών των ατόμων με Κώφωση στην ανάπτυξη της ταυτότητάς τους .....	87
6.5 Διαφοροποίηση της ταυτότητας που αναπτύσσουν τα άτομα με Κώφωση με βάση το οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον.....	90
6.6 Διαφοροποίηση της ποιότητας ζωής των ατόμων με Κώφωση με βάση τα ατομικά τους χαρακτηριστικά.....	93
6.7 Διαφοροποίηση της ποιότητας ζωής των ατόμων με Κώφωση με βάση τον τρόπο επικοινωνίας που χρησιμοποιείται στην καθημερινότητα, τις εκπαιδευτικές εμπειρίες αλλά και το κοινωνικό περιβάλλον.....	99
6.8 Πρόβλεψη της ποιότητας ζωής των ατόμων με Κώφωση με βάση την ταυτότητα που αναπτύσσουν.....	103
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ..</b>	<b>105</b>
7.1 Συζήτηση ευρημάτων.....	105



7.2 Συμπεράσματα.....	115
7.3 Περιορισμοί της έρευνας – Προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	119
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....</b>	<b>121</b>
8.1 Εκπαιδευτικές Συνεπαγωγές – Προτάσεις.....	121
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	123
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.....	151
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ.....	163

## Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Δείκτες αξιοπιστίας για τις υποκλίμακες του DIDS-R.....	68
Πίνακας 2: Δείκτες αξιοπιστίας για τις υποκλίμακες του WHOQOL-BREF.....	70
Πίνακας 3: Ηλικία ατόμων με Κώφωση.....	71
Πίνακας 4: Επαγγελματική κατάσταση ατόμων με Κώφωση.....	72
Πίνακας 5: Ηλικία ατόμων με Κώφωση κατά την εμφάνιση της αναπηρίας.....	72
Πίνακας 6: Ύπαρξη ακουστικής ενίσχυσης.....	73
Πίνακας 7: Ικανότητες ατόμων με Κώφωση στην ελληνική νοηματική γλώσσα (ENΓ).....	73
Πίνακας 8: Ικανότητες ατόμων με Κώφωση στον προφορικό λόγο.....	73
Πίνακας 9: Τρόπος επικοινωνίας των ατόμων με Κώφωση.....	74
Πίνακας 10: Κατάσταση ακοής Συντρόφου/Συζύγου των ατόμων με Κώφωση.....	74
Πίνακας 11: Κατάσταση ακοής παιδιών των ατόμων με Κώφωση.....	75
Πίνακας 12: Κατάσταση ακοής γονέων των ατόμων με Κώφωση.....	75
Πίνακας 13: Τρόπος επικοινωνίας με το συγγενικό περιβάλλον.....	75
Πίνακας 14: Τύπος φοίτησης του σχολείου.....	76
Πίνακας 15: Γλώσσα πραγματοποίησης της διδασκαλίας.....	76
Πίνακας 16: Συμμετοχή στην Κοινότητα Κωφών.....	76
Πίνακας 17: Περιγραφικά στοιχεία της Αναθεωρημένης κλίμακας Ανάπτυξης της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση (DIDS-R).....	77
Πίνακας 18: Περιγραφικά στοιχεία του Ερωτηματολογίου Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHOQOF-BREF).....	79
Πίνακας 19: Συσχέτιση της ταυτότητας που αναπτύσσουν τα άτομα με Κώφωση με την ποιότητα της ζωής τους.....	80
Πίνακας 20: Σύγκριση μεταξύ των κατηγοριών ταυτότητας της ύπαρξης ακουστικής ενίσχυσης. Αποτελέσματα ελέγχου t test.....	81
Πίνακας 21: Σύγκριση μεταξύ των κατηγοριών ταυτότητας και της ηλικίας εμφάνισης της αναπηρίας. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA.....	82
Πίνακας 22: Σύγκριση μεταξύ των κατηγοριών ταυτότητας και του τρόπου επικοινωνίας στην καθημερινότητα. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA.....	83
Πίνακας 23: Σύγκριση μεταξύ των κατηγοριών ταυτότητας και του επιπέδου γνώσης της ελληνικής νοηματικής γλώσσας. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA.....	85

Πίνακας 24: Σύγκριση μεταξύ των κατηγοριών ταυτότητας και του επιπέδου γνώσης του προφορικού λόγου. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA.....	86
Πίνακας 25: Σύγκριση μεταξύ των κατηγοριών ταυτότητας και του τύπου σχολικής φοίτησης. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA.....	88
Πίνακας 26: Σύγκριση μεταξύ των κατηγοριών ταυτότητας και της γλώσσας πραγματοποίησης της διδασκαλίας. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA.....	89
Πίνακας 27: Σύγκριση μεταξύ των κατηγοριών ταυτότητας και της κατάστασης ακοής των γονέων. Αποτελέσματα ελέγχου t-test.....	90
Πίνακας 28: Σύγκριση μεταξύ των κατηγοριών ταυτότητας και του τρόπου επικοινωνίας με το συγγενικό περιβάλλον. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA.....	92
Πίνακας 29: Σύγκριση μεταξύ των κατηγοριών ταυτότητας και της συμμετοχής στην Κοινότητα των Κωφών. Αποτελέσματα ελέγχου t-test.....	93
Πίνακας 30: Σύγκριση μεταξύ των υποκλιμάκων της ποιότητας ζωής και του φύλου των ατόμων. Αποτελέσματα ελέγχου t-test.....	94
Πίνακας 31: Σύγκριση μεταξύ των υποκλιμάκων της ποιότητας ζωής και της χρονολογικής ηλικίας των ατόμων. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA.....	95
Πίνακας 32: Σύγκριση μεταξύ των υποκλιμάκων της ποιότητας ζωής και της ηλικίας εμφάνισης της αναπηρίας. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA.....	96
Πίνακας 33: Σύγκριση μεταξύ των υποκλιμάκων της ποιότητας ζωής και του μηνιαίου εισοδήματος. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA.....	98
Πίνακας 34: Σύγκριση μεταξύ των υποκλιμάκων της ποιότητας ζωής και του τρόπου επικοινωνίας στην καθημερινότητα. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA.....	99
Πίνακας 35: Σύγκριση μεταξύ των υποκλιμάκων της ποιότητας ζωής και της γλώσσας πραγματοποίησης της διδασκαλίας. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA.....	101
Πίνακας 36: Σύγκριση μεταξύ των υποκλιμάκων της ποιότητας ζωής και της συμμετοχής στην Κοινότητα Κωφών. Αποτελέσματα ελέγχου t-test.....	102
Πίνακας 37: Γραμμική παλινδρόμηση για τη σφαιρική ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση.....	104
Πίνακας 38: Σύγκριση μεταξύ των υποκλιμάκων της ποιότητας ζωής και της ύπαρξης ακουστικής ενίσχυσης. Αποτελέσματα ελέγχου t-test.....	163
Πίνακας 39: Σύγκριση μεταξύ των υποκλιμάκων της ποιότητας ζωής και του τύπου σχολικής φοίτησης. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA.....	164

## Εισαγωγή

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει δοθεί ιδιαίτερη ερευνητική προσοχή στην ταυτότητα που αναπτύσσουν και υιοθετούν τα άτομα με Κώφωση (Bat – Chava, 2000 · Carter & Mireles, 2016 · Chapman, 2021 · Chapman & Dammeyer, 2016 · Chen, 2014 · Glickman, 1993 · Goldblat & Most, 2018 · Hadjidakou & Nikolarazi, 2007 · Hilton et al., 2013 · Hintermair, 2007 · Marschark et al., 2017 · Maxwell-McCaw, 2001 · Moog et al., 2011 · Najarian, 2008 · Nelson Schmitt & Leigh, 2015 · Nikolarazi & Hadjidakou, 2006 · Punch, et al., 2007). Η συγκεκριμένη έννοια αναφέρεται στον πολιτιστικό προσδιορισμό των ατόμων και αντικατοπτρίζει ένα σύνολο αυτοαντίληψής τους, αναφορικά με τον εαυτό τους αλλά και με τις πεποιθήσεις τους για την Κώφωση και τη φυσιολογική ακοή (Foster & Kinuthia, 2003 · Leigh, 2009). Ειδικότερα, η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έχει διαπιστώσει τέσσερις κατηγορίες πολιτιστικής ταυτότητας, στις οποίες μπορούν να ενταχθούν τα άτομα με ακουστική αναπηρία (Bat-Chava, 2000). Οι κατηγορίες αυτές παρουσιάζονται διατεταγμένες σε στάδια, καθένα από τα οποία περιγράφει την κατάσταση μιας ταυτότητας (Fischer & McWhirter, 2001). Συγκεκριμένα, η έρευνα έχει αναδείξει την ύπαρξη α) της ταυτότητας Ακουόντων, στην οποία κυριαρχεί η κοινωνία των ατόμων με φυσιολογική ακοή β) της Περιθωριοποιημένης ταυτότητας, κατά την οποία υποβαθμίζονται και οι δύο κοινότητες γ) της ταυτότητας Κωφών, όπου δίνεται έμφαση στην Κοινότητα και κουλτούρα των Κωφών αλλά και δ) της Διπολιτισμικής ταυτότητας, κατά την οποία συνυπάρχουν αρμονικά και οι δύο κοινότητες (Glickman & Garey, 1993).

Η διαμόρφωση της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση επηρεάζεται από τα διάφορα χαρακτηριστικά που εμφανίζουν, καθώς τα άτομα αυτά αποτελούν μια ετερογενή ομάδα (Most et al., 2007). Στα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά συγκαταλέγονται τα προσωπικά στοιχεία των ατόμων, οι κοινωνικές καταστάσεις που βιώνουν αλλά και οι συνθήκες που επικρατούν στο περιβάλλον που ζουν (Brice & Strauss, 2016 · Foster & Kinuthia, 2003). Με βάση τα προαναφερόμενα, διάφοροι ερευνητές έχουν προβεί στην αναλυτική διερεύνηση των παραγόντων επιρροής της ταυτότητας των ατόμων με απώλεια ακοής. Ειδικότερα, οι έρευνες έχουν αναδείξει τη σημασία της ακουστικής ενίσχυσης, της φύσης της αναπηρίας, του προτιμώμενου τρόπου επικοινωνίας, των εκπαιδευτικών εμπειριών, της κατάστασης ακοής των γονέων αλλά και των κοινωνικών δικτύων στην ταυτότητα των ατόμων με Κώφωση (Brice & Strauss, 2016 · Carter, 2015 · Chapman & Dammeyer, 2017, 2016 · Fischer & McWhirter, 2001 · Goldblat & Most, 2018 · Hatzidakou & Nikolarazi, 2007 · Hilton et al., 2013 · Hintermair, 2007 · Israilite et al., 2002 · Kent & Smith, 2006 · Kobosko, 2010 · Kossewska, 2008 · Lampez et al., 2020 · Leigh, 2009 · Leigh et al., 2008 · Mance & Edwards, 2012 · Marschark et al., 2017 · Maxwell – McCaw, 2001 · Moog et al, 2011 · Moroe, 2019 · Najarian, 2008 · Nelson Schmitt & Leigh, 2015 · Punch et al., 2007 · Rich et al., 2013 · Smiler, 2006 · Spencer et al., 2012). Ωστόσο, είναι σημαντικό να επισημανθεί πως η ταυτότητα δεν επηρεάζεται αποκλειστικά από μεμονωμένες και αυτόνομες μεταβλητές. Αντιθέτως, τα στοιχεία που προαναφέρθηκαν αλληλοσυνδέονται, ασκώντας συνολική επίδραση στην ανάπτυξη της ταυτότητας των ατόμων με απώλεια ακοής (Goldblat & Most, 2018).

Γενικότερα, η υιοθέτηση μιας κατηγορίας πολιτιστικής ταυτότητας α) επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους και την απώλεια ακοής που αντιμετωπίζουν, β) καθορίζει το σύστημα επικοινωνίας που επιλέγουν να χρησιμοποιούν στην καθημερινότητά τους και γ) προσδιορίζει τον τύπο της ομάδας, στον οποίο τα άτομα θεωρούν πως ταιριάζουν και ανήκουν σε αυτόν (Schwartz et al., 2006). Τα παραπάνω έχουν ως αποτέλεσμα την αναπόφευκτη επιρροή της ταυτότητας που υιοθετούν τα άτομα με Κώφωση στην ποιότητα της ζωής τους, αλλά και σε έννοιες που συνδέονται μ' αυτή (Carter & Mileres, 2016 · Chapman & Dammeyer, 2017 · Crowe, 2020 · Cuevas et al., 2019 · Lambez et al., 2020 · Mulderrig & Rogers, 2019 · Rogers et al., 2018). Η ποιότητα ζωής πρόκειται για μια κοινωνική και εξατομικευμένη κατασκευή (Oyewumi, et al., 2013), η οποία αποτελεί μια μοναδική, προσωπική αντίληψη της φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευημερίας σε διαφορετικές καταστάσεις και ψυχικές δραστηριότητες (Brouwer, et al. 2005 · Gill & Feinstein, 1994 · Berzon, et al., 1995). Ο όρος αυτός συχνά θεωρείται πως σχετίζεται με προσωπικούς, ψυχολογικούς και συναισθηματικούς παράγοντες, στους οποίους συμπεριλαμβάνεται η ευτυχία, η ικανοποίηση από τη ζωή, η κατάσταση υγείας ενός ατόμου αλλά και οι αντιδράσεις του σε διάφορα περιστατικά της ζωής του (Wang, et al., 2014 · Fayers & Machin, 2007 · Matza et al., 2004 · Diener et al., 1999).

Αναφορικά με την επίδραση της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση στη ζωή τους, διάφοροι ερευνητές έχουν αναδείξει πως τα άτομα με Διπολιτισμική ταυτότητα ή ταυτότητα Κωφών υπερτερούν έναντι των υπολοίπων ομάδων στην ποιότητα ζωής τους αλλά και σε έννοιες σχετικές μ' αυτή (Bat-Chava, 2000 · Carter & Mileres, 2016 · Chapman & Dammeyer, 2017 · Cole & Edelman, 1991 · Cornell & Lyness, 2005 · Crowe, 2020 · Cuevas et al., 2019 · Gerich & Fellingner, 2011 · Hilton et al., 2013 · Hintermair, 2007 · Jambor & Elliott, 2005 · Lambez et al., 2020 · Mance & Edwards, 2012 · Maxwell-McCaw, 2001 · Moog et al., 2011 · Moradi & Rottensten, 2007 · Mulderrig & Rogers, 2019 · Rogers et al., 2018). Ειδικότερα, τα οφέλη της ταυτότητας Κωφών στη ζωή των ατόμων αποδίδονται στο γεγονός πως η ανάπτυξη της συγκεκριμένης ταυτότητας συνδέεται με την αποδοχή της αναπηρίας, στοιχείο που οδηγεί σε ψυχολογική ευημερία, σε καλύτερες κοινωνικές σχέσεις και αλληλεπιδράσεις (Cuevas et al., 2019), σε υψηλότερη αυτοεκτίμηση και αυτοεικόνα αλλά και σε θετικότερα αποτελέσματα στη ζωή των ατόμων (Tabilin, 2021 · Carter & Mileres, 2016 · Carter, 2015). Αντίστοιχα, στην περίπτωση της Διπολιτισμικής ταυτότητας, υποστηρίζεται πως αυτή αποτελεί σημείο αναφοράς της «υγείας», προσφέροντας θετικά αποτελέσματα στη ζωή των ατόμων, εξαιτίας της αυξημένης κοινωνικής αλληλεπίδρασης και με τις δύο κοινότητες αλλά και της έντονης αίσθησης του εαυτού που προκαλείται από την ανακάλυψη δύο διαφορετικών πολιτισμών (Cornell & Lyness, 2005 · Hintermair, 2007).

Με βάση τα προαναφερόμενα διαπιστώνεται πως σε διεθνές επίπεδο, πλήθος ερευνών έχει προβεί στη διερεύνηση της επίδρασης που ασκεί η ταυτότητα των ατόμων με Κώφωση σε διάφορους τομείς της ζωής τους. Παρομοίως, έχουν μελετηθεί διεξοδικά οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της ταυτότητας των ατόμων με απώλεια ακοής. Ωστόσο, η έρευνα στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται ιδιαίτερα περιορισμένη, με το σχετικό ερευνητικό κενό να κρίνεται εξαιρετικά σημαντικό. Για τον λόγο αυτόν, σκοπός της παρούσας εργασίας αποτέλεσε η διερεύνηση της επίδρασης της ταυτότητας που υιοθετούν τα άτομα με Κώφωση στην ποιότητα της ζωής τους. Ταυτοχρόνως, δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση και στην εξέταση του

τρόπου, με τον οποίο τα προσωπικά χαρακτηριστικά των ατόμων επηρεάζουν τόσο την ταυτότητά τους όσο και τους διάφορους τομείς της ποιότητας ζωής τους. Ειδικότερα, διερευνήθηκαν οι διαφορές που παρουσιάζουν τα άτομα στις δύο αυτές μεταβλητές με βάση τη φύση της αναπηρίας, την ύπαρξη ακουστικής ενίσχυσης, τον τρόπο επικοινωνίας που επιλέγουν να χρησιμοποιούν στην καθημερινότητά τους, τις εκπαιδευτικές τους εμπειρίες αλλά και το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 155 άτομα με Κώφωση, τα οποία παρουσιάζουν ποίκιλα χαρακτηριστικά αναφορικά με τα ατομικά στοιχεία που προηγήθηκαν.

Η παρούσα ερευνητική εργασία απαρτίζεται από δύο βασικά μέρη. Το πρώτο από αυτά ενσωματώνει τέσσερα κεφάλαια, τα οποία αποσκοπούν στην αποσαφήνιση των βασικών εννοιών που πλαισιώνουν τη μελέτη, αλλά και στην αναλυτική παρουσίαση ερευνών που αναφέρονται στις έννοιες αυτές. Ειδικότερα, στο πρώτο κεφάλαιο επιχειρείται ο προσδιορισμός της Κώφωσης και η ανάλυση βασικών καταστάσεων που συνδέονται με τη συγκεκριμένη αναπηρία. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται το πλαίσιο, στο οποίο ορίζεται η ταυτότητα που αναπτύσσουν και υιοθετούν τα άτομα με Κώφωση και ταυτοχρόνως πραγματοποιείται αναφορά σε έρευνες, οι οποίες έχουν διερευνήσει διεξοδικά τη συγκεκριμένη μεταβλητή. Στο τρίτο κεφάλαιο πραγματοποιείται η αποσαφήνιση της έννοιας ποιότητα ζωής αλλά και η περιγραφή μελετών, οι οποίες έχουν διερευνήσει τόσο την ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση όσο και τους παράγοντες που την επηρεάζουν. Στο τελευταίο κεφάλαιο του πρώτου μέρους παρουσιάζεται η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που πραγματοποιήθηκε, σχετικά με τον συνδυασμό των μεταβλητών που μελετήθηκαν στην παρούσα εργασία.

Το δεύτερο μέρος της μελέτης αναφέρεται στην ερευνητική προσέγγιση του θέματος. Συγκεκριμένα, το πέμπτο κεφάλαιο ενσωματώνει τον σκοπό και τα ερευνητικά ερωτήματα της εργασίας, τη διαδικασία συλλογής των ερευνητικών δεδομένων, την περιγραφή και ανάλυση του δείγματος, το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε καθώς και τη στατιστική επεξεργασία που πραγματοποιήθηκε. Στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζονται και αναλύονται τα αποτελέσματα της στατιστικής επεξεργασίας, αναφορικά με τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν στην αρχή της έρευνας. Στο έβδομο κεφάλαιο περιλαμβάνεται η συζήτηση των αποτελεσμάτων της μελέτης, όπου παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν και επιχειρείται η αντιπαραβολή τους με τα αποτελέσματα σχετικών ερευνών που έχουν διεξαχθεί, προκειμένου να επισημανθούν οι ομοιότητες και οι διαφορές τους. Στο ίδιο κεφάλαιο παρατίθενται τα συμπεράσματα της συζήτησης, αναφέρονται οι περιορισμοί της έρευνας και διατυπώνονται προτάσεις προς τους μελλοντικούς ερευνητές. Στο τελευταίο κεφάλαιο, κρίθηκε αναγκαία η αναφορά σε παιδαγωγικές συνιστώσες και εκπαιδευτικές προτάσεις, οι οποίες έχουν ως στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με Κώφωση. Στο τέλος, παρατίθενται η βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα αλλά και τα Παραρτήματα, που περιλαμβάνουν το ερωτηματολόγιο που διανεμήθηκε στους συμμετέχοντες και ορισμένους πίνακες από την ανάλυση αποτελεσμάτων.

Στο συγκεκριμένο σημείο κρίνεται εξαιρετικά σημαντικό να αναφερθεί ο τρόπος με τον οποίο κωδικοποιήθηκε η λέξη «κωφός» στην παρούσα ερευνητική εργασία. Ειδικότερα, η αναφορά στους κωφούς (με μικρό κ) συνεπάγεται στην ομάδα ατόμων με απώλεια ακοής,

οι οποίοι δεν ταυτίζονται με άλλους Κωφούς, δε χρησιμοποιούν τη νοηματική γλώσσα ενώ ταυτοχρόνως απέχουν από την Κοινότητα των Κωφών. Αντιθέτως, η κωδικοποίηση της λέξης Κωφός (με κεφαλαίο Κ) παραπέμπει στα άτομα, τα οποία αντιμετωπίζουν την Κώφωση ως διαφορετικότητα, επικοινωνούν με τη νοηματική γλώσσα, εντάσσονται στην Κοινότητα των Κωφών και προωθούν τον πολιτισμό, την κουλτούρα και την ιστορία της συγκεκριμένης Κοινότητας.

**Α ΜΕΡΟΣ**  
**«ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ**  
**ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ»**



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΚΩΦΩΣΗ

## 1.1 Εννοιολογική οριοθέτηση της Κώφωσης

Η Κώφωση αποτελεί την πιο κοινή αισθητηριακή διαταραχή, επηρεάζοντας το 5% του παγκόσμιου πληθυσμού (Felicite, 2020 · Sheffield & Smith, 2018). Ο όρος Κώφωση αναφέρεται στην ολοκληρωτική απουσία της ακοής ή ελάττωσή της κατά τέτοιον βαθμό, ώστε η διάκριση των ήχων να είναι αδύνατη (Varshney, 2016). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η Κώφωση αποτελεί αναπηρία που αναφέρεται στην πλήρη απώλεια της ακοής, δηλαδή στην αδυναμία του ατόμου να ακούσει όπως κάποιος άλλος με φυσιολογική ακοή. Ειδικότερα, το άτομο αντιμετωπίζει δυσκολίες στην ακοή, αδυνατεί να συμμετέχει και να παρακολουθεί τη ροή των συζητήσεων και συναντά εμπόδια ακόμη και στην ακρόαση των δυνατών θορύβων (WHO, 2021). Αντίστοιχα, οι IDEA ορίζουν την Κώφωση ως αδυναμία κατανόησης της λεκτικής γλώσσας, καθώς το άτομο δυσκολεύεται να επεξεργαστεί τις γλωσσικές πληροφορίες μέσω της ακοής, ανεξαρτήτως από το εάν χρησιμοποιεί ή όχι ακουστική ενίσχυση (IDEA, 2021). Γενικότερα, η απώλεια ακοής έχει ορισθεί ως αναπηρία, η οποία σχετίζεται με τη γνωστική και γλωσσική ανάπτυξη των ατόμων, στοιχεία που επιφέρουν συνέπειες στην εκπαίδευση και επικοινωνία τους (Varshney, 2016).

Η ακουστική αναπηρία μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικιακή ομάδα (Nieman & Esther, 2020) και προκύπτει από βλάβη στο ακουστικό κύκλωμα, στο οποίο συμπεριλαμβάνονται το εξωτερικό ακουστικό κανάλι, ο μηχανισμός αγωγιμότητας ήχου, ο κοχλίας, το κοχλιακό νεύρο αλλά και τα κεντρικά ακουστικά μονοπάτια (Lasak et al., 2014). Η βλάβη που παρουσιάζεται μπορεί να επηρεάσει το ένα αυτί, με την Κώφωση να αποκαλείται μονόπλευρη, ή και τα δύο αυτιά, όπου η απώλεια ακοής ορίζεται ως αμφοτερόπλευρη (Κουρμπέτης και συν., 2007 · Lasak et al., 2014). Περνώντας στην αιτιολογία της συγκεκριμένης αναπηρίας, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως αυτή εκτείνεται στο φάσμα γενετικών, κληρονομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων (Shieffed & Smith, 2018 · Walls et al., 2020). Ειδικότερα, οι συγγενείς αιτίες μπορούν να οδηγήσουν σε απώλεια ακοής κατά τη γέννηση ή αμέσως μετά από αυτή, σε αντίθεση με τις επίκτητες, οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα την απώλεια ακοής σε οποιαδήποτε ηλικία. Στις τελευταίες, συμπεριλαμβάνονται διάφορες μολυσματικές ασθένειες και χρόνιες λοιμώξεις του αυτιού, η λήψη συγκεκριμένων φαρμάκων, ο τραυματισμός στο κεφάλι ή στο αυτί, η έκθεση σε υπερβολικό θόρυβο αλλά και η γήρανση (WHO, 2021).

Γενικότερα, η Κώφωση χαρακτηρίζεται από μεγάλη ετερογένεια, στοιχείο που δημιουργεί πολλαπλούς τρόπους περιγραφής και κατηγοριοποίησης της συγκεκριμένης αναπηρίας (Shieffed & Smith, 2018). Παρακάτω, περιγράφεται αναλυτικά η οριοθέτηση της Κώφωσης με βάση τον βαθμό της ακουστικής απώλειας, την περιοχή του αυτιού που παρουσιάζεται η βλάβη, την ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας αλλά και τα μοντέλα που τη χαρακτηρίζουν.

### 1.1.1 Ταξινόμηση της Κώφωσης αναφορικά με τον βαθμό της ακουστικής απώλειας

Ένας τρόπος κατηγοριοποίησης της συγκεκριμένης αναπηρίας αναφέρεται στην ταξινόμηση με βάση τον βαθμό της ακουστικής απώλειας (Shieffed & Smith, 2018). Ειδικότερα, ο ήχος αποτελεί ένα είδος ερεθίσματος που οδηγείται στο αυτί υπό τη μορφή περιοδικών μεταβολών στην ατμοσφαιρική πίεση. Στα βασικά χαρακτηριστικά του ήχου συγκαταλέγεται α) η ένταση, η οποία αναφέρεται στην ακουστική ισχύ και έχει ως μονάδα μέτρησης τα decibel (dB), β) αλλά και η συχνότητα, η οποία μετριέται στα Hertz (Hz) και αφορά τον αριθμό των ταλαντώσεων που πραγματοποιούν τα μόρια αέρα ανά δευτερόλεπτο σε ένα ηχητικό κύμα (Sheanear et al., 2017). Οι πιο χρήσιμες συχνότητες για την ομιλία βρίσκονται ανάμεσα στα 500 και στα 4.000 Hz (Κουρμπέτης & Χατζοπούλου, 2010), όπου μέσα σ' αυτές διακρίνεται η χαμηλή συχνότητα ακοής (>500 Hz), η μέση συχνότητα (501 – 2000 Hz) αλλά και η υψηλή συχνότητα ακοής (<2000 Hz) (Sheanear et al., 2017). Αντίστοιχα, το κατώφλι ακουστότητας ενός φυσιολογικού αυτιού, κυμαίνεται από 0 έως 20 dB. Επομένως, το άτομο που χρειάζεται μεγαλύτερη ένταση, προκειμένου να ακούσει διάφορους ήχους, χαρακτηρίζεται από ακουστική απώλεια (Koffler et al., 2015). Ο βαθμός αυτής της ακουστικής απώλειας εκφράζεται ως ο μέσος όρος του επιπέδου ενίσχυσης που απαιτείται, προκειμένου το άτομο να ακούσει τον ήχο μιας συγκεκριμένης συχνότητας (Knoors & Marschark, 2015).

Στην ταξινόμηση της Κώφωσης με βάση τον βαθμό της ακουστικής απώλειας εντοπίζονται τέσσερις κατηγορίες, η ήπια, η μέτρια, η σοβαρή αλλά και η βαθιά απώλεια ακοής. Η πρώτη από αυτές, η ήπια απώλεια ακοής, κυμαίνεται μεταξύ 26 έως 40 dB (WHO, 2021). Τα άτομα που εμπίπτουν σ' αυτήν την κατηγορία δυσκολεύονται να αντιληφθούν την ομιλία ενός ανθρώπου, όταν επικρατούν στο περιβάλλον δυνατοί θόρυβοι (Neiman & Oh, 2020). Ωστόσο, χαρακτηρίζεται εφικτή η ακρόαση και επανάληψη λέξεων, οι οποίες εκφωνούνται με κανονική φωνή σε απόσταση ενός μέτρου (Mathers, 2000). Γενικότερα, τα άτομα με ήπια απώλεια ακοής μπορούν να βοηθηθούν με τη χρήση ακουστικών βαρηκοΐας ή άλλων βοηθητικών συσκευών ενίσχυσης του ήχου (Neiman & Oh, 2020). Η δεύτερη κατηγορία ακουστικής απώλειας αφορά τη μέτρια απώλεια ακοής, η οποία εντοπίζεται μεταξύ 41 έως 60 dB (WHO, 2021). Ειδικότερα, η συγκεκριμένη ομάδα ατόμων αντιμετωπίζει δυσκολίες στην ακρόαση και αντίληψη της ομιλίας όταν αυτή συντελείται με κανονικό τόνο (Neiman & Oh, 2020). Για τον λόγο αυτόν, απαιτείται η χρήση υπερυψωμένης φωνής σε απόσταση ενός μέτρου, προκειμένου τα άτομα να έχουν τη δυνατότητα να ακούσουν και να επαναλάβουν τις λέξεις (Mathers, 2000). Ταυτοχρόνως συνιστώνται τα ακουστικά Βαρηκοΐας ή άλλες συσκευές ήχου, οι οποίες μπορούν να συμβάλλουν στην κατανόηση της ομιλίας (Neiman & Oh, 2020).

Ακολουθεί η κατηγορία της σοβαρής απώλειας ακοής, η οποία κυμαίνεται μεταξύ 61 έως 80 dB (WHO, 2021). Τα άτομα της συγκεκριμένης ομάδας αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες στην ακρόαση (Neiman & Oh, 2020), καθώς έχουν τη δυνατότητα να αντιληφθούν αποκλειστικά τους δυνατούς ήχους αλλά και ορισμένες λέξεις, οι οποίες προφέρονται με δυνατή φωνή (Mathers, 2000). Με βάση τα προαναφερόμενα, γίνεται φανερό πως για τα

άτομα αυτής της κατηγορίας, απαιτείται η χρήση ακουστικών βαρηκοΐας, κοχλιακών εμφυτευμάτων ή η εκπαίδευση τους σε εναλλακτικούς τρόπους επικοινωνίας (Neiman & Oh, 2020). Η τελευταία κατηγορία αναφέρεται στη βαθιά απώλεια ακοής, η οποία εντοπίζεται σε συχνότητες μεγαλύτερες των 81 dB (WHO, 2021). Τα άτομα που εντάσσονται σ' αυτήν αδυνατούν να ακούσουν και να κατανοήσουν ακόμη και τους δυνατούς ήχους. Τα ακουστικά βαρηκοΐας είναι ωφέλιμα μόνο για την κατανόηση ορισμένων λέξεων (Neiman & Oh, 2020), ενώ κρίνονται απαραίτητες επιπρόσθετες αποκαταστάσεις, στις οποίες συμπεριλαμβάνεται η κοχλιακή εμφύτευση αλλά και η διδασκαλία της χειλεανάγνωσης και της νοηματικής γλώσσας (Mathers, 2000).

Λαμβάνοντας υπόψη την παραπάνω ταξινόμηση, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) χαρακτηρίζει τα άτομα που εντάσσονται στην ήπια έως μέτρια απώλεια ακοής ως βαρήκοα, τα οποία έχουν τη δυνατότητα να επικοινωνήσουν μέσω της προφορικής γλώσσας και μπορούν να επωφεληθούν με τη χρήση ακουστικών βαρηκοΐας, κοχλιακών εμφυτευμάτων και άλλων βοηθητικών συσκευών. Αντιθέτως, ορίζει τα άτομα με βαθιά απώλεια ακοής ως κωφά και υπογραμμίζει πως χαρακτηρίζονται από ολοκληρωτική απουσία της ακοής, με αποτέλεσμα να χρησιμοποιούν για την επικοινωνία τους το οπτικό κανάλι (WHO, 2021).

### **1.1.2 Ταξινόμηση της Κώφωσης αναφορικά με την περιοχή του αυτιού που εντοπίζεται η οργανική βλάβη**

Η Κώφωση μπορεί να κατηγοριοποιηθεί λαμβάνοντας υπόψη και τη θέση της οργανικής βλάβης στην ανατομική περιοχή του αυτιού (Shieffed & Smith, 2018). Με βάση την παραπάνω ταξινόμηση διακρίνεται η απώλεια ακοής τύπου αγωγιμότητας, η νευροαισθητήρια ακουστική απώλεια αλλά και η μικτή απώλεια ακοής, οι οποίες παρουσιάζουν ως ειδοποιό διαφορά τους το εάν η βλάβη εδρεύει στο εξωτερικό, μεσαίο ή εσωτερικό αυτί (Λαμπροπούλου, 1999β · Lee & Bance, 2018 · Nieman & Esther, 2020).

Η απώλεια ακοής τύπου αγωγιμότητας προκαλείται από καταστάσεις που επηρεάζουν το εξωτερικό και μεσαίο αυτί (Κουρμπέτης & Χατζοπούλου, 2010 · Shearer, et al., 2017), οι οποίες οφείλονται, μεταξύ άλλων, στην εμφάνιση ωτοσκλήρυνσης, στη συνοδή συσσώρευση υγρού, στο χολοστεάτωμα αλλά και σε άλλες μολύνσεις του μεσαίου αυτιού (Knoors & Marschark, 2015 · Nieman & Esther, 2020). Ειδικότερα, η βλάβη που εντοπίζεται δημιουργεί εμπόδια στη μετάδοση των ήχων από το περιβάλλον στο εσωτερικό αυτί, μέσω της τυμπανικής μεμβράνης και των οσταρίων του μεσαίου αυτιού (Nieman & Esther, 2020). Ωστόσο, διάφορα ηχητικά κύματα οδηγούνται στο εσωτερικό αυτί με έμμεσο τρόπο, διαμέσου των οστών του κρανίου (Knoors & Marschark, 2015). Σύμφωνα με τα παραπάνω, τα άτομα με απώλεια ακοής τύπου αγωγιμότητας αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην ακρόαση και κατανόηση ήπιων ηχητικών κυμάτων, ενώ ταυτόχρονα δυσχεραίνεται και περιορίζεται η ένταση των δυνατών ήχων (Nieman & Esther, 2020). Με άλλα λόγια, παρατηρείται η απώλεια της έντασης, η οποία δημιουργεί εμπόδια στον εντοπισμό των ήχων, χωρίς ωστόσο να αποτρέπει πλήρως τη διάκρισή τους (Knoors & Marschark, 2015). Βέβαια, είναι

σημαντικό να αναφερθεί πως τα άτομα που εμπíπτουν σ' αυτήν την κατηγορία κατατάσσονται στην ήπια έως μέτρια απώλεια ακοής, γεγονός που ευνοεί τη χρήση ιατρικών και χειρουργικών θεραπειών με στόχο τη βελτίωση της ακρόασης (Lee & Bance, 2018).

Η νευροαισθητήρια απώλεια ακοής αναφέρεται σε βλάβη, η οποία εντοπίζεται στο νευροαισθητήριο σύστημα αντίληψης του ήχου, δηλαδή στο εσωτερικό αυτί (Κουρμπέτης και συν., 2007) και συγκεκριμένα στον κοχλία ή στο ακουστικό νεύρο (Lee & Bance, 2018 · Nieman & Esther, 2020 · Shearer et al., 2017). Ειδικότερα, η προαναφερθείσα ακουστική απώλεια προκύπτει από βλάβη και περιορισμένη λειτουργία των τριχωτών κυττάρων του κοχλία ή από ελλατωματική λειτουργία του ακουστικού νεύρου και των αισθητήριων κέντρων του εγκεφαλικού στελέχους (Knoors & Marschark, 2015 · Κουρμπέτης & Χατζοπούλου, 2010). Το παραπάνω, έχει ως αποτέλεσμα την αδυναμία των ήχων να φθάσουν στον εγκέφαλο λόγω νευρολογικών δυσλειτουργιών (Knoors & Marschark, 2015), γεγονός που καθιστά ασαφή ακόμη και τα δυνατά ηχητικά κύματα (Lee & Bance, 2018). Ο συγκεκριμένος τύπος απώλειας ακοής θεωρείται μόνιμος, καθώς δεν εντοπίζεται κάποια θεραπεία για τη βελτίωση της ακρόασης. Ωστόσο, η διαχείριση και αποκατάστασή της νευροαισθητήριας ακουστικής απώλειας αφορά τη χρήση ακουστικών βαρηκοΐας και κοχλιακών εμφυτευμάτων, τα οποία μπορούν να αποκαταστήσουν σε κάποιο βαθμό τη λειτουργική ακοή (Knoors & Marschark, 2015· Κουρμπέτης & Χατζοπούλου, 2010· Lee & Bance, 2018 · Nieman & Esther, 2020).

Τέλος, η μικτή απώλεια ακοής αναφέρεται στις περιπτώσεις κατά τις οποίες λαμβάνει χώρα ταυτοχρόνως η απώλεια ακοής τύπου αγωγιμότητας αλλά και η νευροαισθητήρια ακουστική απώλεια (Shearer et al., 2017 · Wroblewska-Seniuk et al., 2018). Ειδικότερα, η βλάβη εντοπίζεται στο εσωτερικό αυτί και τουλάχιστον σε ένα από τα υπόλοιπα μέρη, δηλαδή στο εξωτερικό ή στο μεσαίο αυτί (Λαμπροπούλου, 1999β). Η συγκεκριμένη κατηγορία έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της έντασης των ήχων σε όλα τα μέρη του αυτιού (Wroblewska-Seniuk et al., 2018), στοιχείο που καθιστά αναγκαία την αποκατάσταση της βλάβης στο μεσαίο ή εξωτερικό αυτί, ώστε να μην επιβαρυνθεί συνολικά η ακουστική κατάσταση του ατόμου (Λαμπροπούλου, 1999β).

### **1.1.3 Ταξινόμηση της Κώφωσης αναφορικά με την ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας**

Μια ακόμη ταξινόμηση της Κώφωσης σχετίζεται με την ηλικία κατά την οποία παρουσιάζεται η ακουστική αναπηρία στο άτομο (Mooges, 2011). Ειδικότερα, μπορούν να διακριθούν δύο ευρείες κατηγορίες, η προγλωσσική και μεταγλωσσική Κώφωση, ανάλογα με το εάν η συγκεκριμένη αναπηρία έχει επέλθει στο άτομο πριν ή μετά την κατάκτηση της στοιχειώδους γλώσσας (Χρηστάκης, 2011). Η πρώτη κατηγορία, η προγλωσσική Κώφωση, παρουσιάζεται στα πρώτα χρόνια της ζωής των ατόμων, με αποτέλεσμα να προηγείται της ανάπτυξης της ομιλίας (Shearer et al., 2017 · Walker, 2013). Αναφέρεται, δηλαδή, στην κατάσταση εκείνων των ατόμων, των οποίων η Κώφωση ενυπήρχε στη γέννηση ή προέκυψε πριν από την εκμάθηση της ομιλούμενης γλώσσας (Mooges, 2011). Αντιθέτως, η

μεταγλωσσική Κώφωση παρουσιάζεται όταν τα άτομα έχουν αναπτύξει φυσιολογική ομιλία (Shearer et al., 2017) και έχουν κατακτήσει τις βασικές δομές του γλωσσικού συστήματος (Walker, 2013). Με άλλα λόγια, η μεταγλωσσική Κώφωση αφορά την κατάσταση εκείνων των ατόμων, των οποίων η ακουστική αναπηρία προέκυψε μετά την αυθόρμητη κατάκτηση της ομιλούμενης γλώσσας (Mooges, 2011). Επομένως, η διαφορά ανάμεσα στα άτομα με προγλωσσική και μεταγλωσσική Κώφωση, εδράζεται στο γεγονός πως οι μεταγλωσσικά κωφοί έχουν ήδη χρησιμοποιήσει την ομιλία ως πρωταρχικό μέσο επικοινωνίας, για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα της ζωής τους. Αντιθέτως, οι προγλωσσικά κωφοί αποτελούν μια ετερογενή ομάδα, η οποία παρουσιάζει ποίκιλα χαρακτηριστικά αναφορικά με τις πρωτογενείς μεθόδους επικοινωνίας (Evans & Deliyski, 2007).

#### **1.1.4 Ταξινόμηση της Κώφωσης αναφορικά με τα μοντέλα που τη χαρακτηρίζουν**

Εκτός από τα προαναφερόμενα, η εννοιολογική προσέγγιση της Κώφωσης μπορεί να πραγματοποιηθεί λαμβάνοντας υπόψη και τις διαφορετικές οπτικές θεωρήσεις και ιδεολογικές αντιλήψεις απέναντι στην αναπηρία (Knoors & Marschark, 2015). Ειδικότερα, ένας ορισμός στηρίζεται στο ιατρικό μοντέλο κατανόησης της αναπηρίας, σύμφωνα με το οποίο η Κώφωση αποτελεί ακουστικό έλλειμμα και τα άτομα που emπίπτουν σ' αυτήν ορίζονται ως άτομα με προβλήματα ακοής (Leigh, 2009). Το ιατρικό μοντέλο, δηλαδή, εκλαμβάνει την Κώφωση ως παθολογική ανεπάρκεια, ως ένα ανεπιθύμητο γνώρισμα που πρέπει να αντιμετωπιστεί (Conama, 2004). Βασίζεται σε νατουραλιστικά επιχειρήματα, τονίζοντας πως τα άτομα με Κώφωση αποτελούν απόκλιση από το φυσιολογικό, διαφέροντας από τους συνανθρώπους τους με τυπική ακοή (Ha'am, 2017 · Leigh, 2009 · Oliver, 2013). Ακόμη, το ιατρικό μοντέλο ενστερνίζεται την άποψη πως η απώλεια ακοής αποτελεί ελάττωμα στην ανθρώπινη μορφή, καθώς το να είσαι κωφός συνεπάγεται με μειονέκτημα του ανθρώπινου σώματος (Ha'am, 2017). Οι συγκεκριμένες απόψεις ωθούν το ιατρικό μοντέλο στην επικύρωση της ανάγκης για χειρουργικές και ακουστικές παρεμβάσεις, οι οποίες έχουν ως στόχο την αποκατάσταση της ικανότητας ακρόασης και ομιλίας (Conama, 2004). Γενικότερα, το ιατρικό μοντέλο αντιμετωπίζει την αναπηρία ως απώλεια, βλάβη ή απόκλιση από τις φυσιολογικές, ψυχικές ή βιολογικές λειτουργίες του ανθρώπου, και καθιστά τα άτομα παθητικούς δέκτες, οι οποίοι καλούνται να προσαρμόσουν τον τρόπο ζωής τους στην κατάσταση αυτή (Σούλης, 2013).

Στον αντίποδα του ιατρικού μοντέλου εδρεύει το κοινωνικό, το οποίο αντιμετωπίζει την Κώφωση ως διαφορετικότητα και όχι ως έλλειμμα. Οι υποστηρικτές του συγκεκριμένου μοντέλου προωθούν την άποψη πως τα άτομα με απώλεια ακοής βιώνουν την αναπηρία ως αποτέλεσμα του κοινωνικού αποκλεισμού και των διακρίσεων (Ha'am, 2017). Με άλλα λόγια, το κοινωνικό μοντέλο εστιάζει στις κοινωνικές και θεσμικές αλλαγές και όχι στις ιατρικές παρεμβάσεις, καθώς αναγνωρίζει πως η κοινωνία αποκλείει τους κωφούς, δημιουργώντας εμπόδια στις καθημερινές τους δραστηριότητες (Conama, 2004). Γενικότερα, στο κοινωνικό-οικοσυστημικό μοντέλο η αναπηρία δεν αποτελεί αποκλειστικά μια φυσική έννοια, αλλά είναι και προϊόν κοινωνικής δραστηριότητας και ταυτοχρόνως θέμα κοινωνικών πρακτικών, ιδεολογιών και πολιτικών. Η αναπηρία δηλαδή, δε θεωρείται ως ειδοποιό

ατομικό χαρακτηριστικό αλλά ως ένα σύνολο συνθηκών, μια προβληματική κατάσταση που κατά κανόνα δημιουργεί η κοινωνία (Σούλης, 2013).

Τέλος, διάφοροι ερευνητές έχουν αναδείξει τη σημασία του κοινωνικο-πολιτισμικού μοντέλου, το οποίο στηρίζεται σε ανθρωπολογικές και κοινωνιολογικές αντιλήψεις. Σύμφωνα μ' αυτές τις προσεγγίσεις, η Κώφωση δεν αντιμετωπίζεται ως αναπηρία και έλλειμμα αλλά ουσιαστικά ως πολιτιστική, κοινωνική και γλωσσική ταυτότητα (Holcomb, 2013 · Ladd, 2003, 2005). Το μοντέλο αυτό δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην Κοινότητα και την κουλτούρα των Κωφών, η οποία αντιμετωπίζεται ως μία διαφορετική και ισότιμη πολιτιστική ομάδα (Kim et al., 2018). Άλλωστε, η συμμετοχή στην Κοινότητα των Κωφών καθορίζεται από πολιτισμικές συμπεριφορές και πεποιθήσεις και όχι από την ιατρική διάγνωση της ακουστικής αναπηρίας (Conama, 2004). Γενικότερα, το κοινωνικο-πολιτισμικό μοντέλο αντιμετωπίζει τους Κωφούς ως μια πολιτιστική ομάδα, η οποία βασίζεται σε κοινές εμπειρίες, συλλογικές αξίες αλλά και στη χρησιμοποίηση της ίδιας γλώσσας (Kim et al., 2018).

## **1.2 Συστήματα ενίσχυσης του ήχου στην περίπτωση των ατόμων με Κώφωση**

Η εξέλιξη της τεχνολογίας αλλά και η καλύτερη κατανόηση της ακουστικής επιστήμης, έχουν επιτρέψει την ενίσχυση του ήχου σε άτομα με απώλεια ακοής. Οι δύο πιο διαδεδομένες συσκευές που χρησιμοποιούνται ως βοηθήματα ενίσχυσης του ήχου αποτελούν τα ακουστικά βαρηκοΐας και τα κοχλιακά εμφυτεύματα (Budenz et al., 2011 · Woods et al., 2015).

Ειδικότερα, τα ακουστικά βαρηκοΐας μπορούν να χαρακτηριστούν ως μια ειδική μικροσυσκευή, η οποία αξιοποιεί και βελτιώνει τη μειωμένη ακουστική ικανότητα, ενισχύοντας την ένταση των ερεθισμάτων που φτάνουν στο αυτί. Τα άτομα, δηλαδή, που χρησιμοποιούν τις συγκεκριμένες συσκευές παραλαμβάνουν ενισχυμένο ακουστικό σήμα στο εξωτερικό ακουστικό κανάλι (Mueller, 2005). Στις μέρες μας, διακρίνονται διάφοροι τύποι ακουστικών βαρηκοΐας, οι οποίοι σχετίζονται με το σημείο του αυτιού που τοποθετούνται αλλά και με την τεχνολογία που έχει χρησιμοποιηθεί για την κατασκευή τους (Ferguson et al., 2017). Αναφορικά με τη θέση του αυτιού που καταλαμβάνουν, τα πλέον κατάλληλα για παιδιά αλλά και για άτομα με μεγάλη απώλεια ακοής θεωρούνται τα οπισθοωτιαία ακουστικά βαρηκοΐας, τα οποία τοποθετούνται πίσω από το αυτί (Κουρμπέτης και συν., 2007). Περνώντας στην τεχνολογία τους, οι συγκεκριμένες συσκευές ενίσχυσης του ήχου μπορούν να διακριθούν σε αναλογικές και ψηφιακές, οι οποίες διαφοροποιούνται με βάση τον επεξεργαστή σήματος που χρησιμοποιούν (Ferguson et al., 2017). Ωστόσο, η πιο εξελιγμένη τεχνολογία στα ακουστικά βαρηκοΐας χαρακτηρίζεται η ψηφιακή, η οποία επιτρέπει καλύτερη πρόσληψη του σήματος της ομιλίας και παρέχει τη δυνατότητα επιλεκτικής ενίσχυσης συχνοτήτων με βάση το ατομικό ακουόγραμμα των ατόμων (Κουρμπέτης και συν., 2007). Βέβαια, είναι σημαντικό να υπογραμμιστεί πως η χρήση ακουστικών βαρηκοΐας δεν αποκαθιστά απαραίτητα τη λειτουργία της ακοής. Εμπόδιο στο παραπάνω αποτελεί η ένταση του λόγου, η οποία επιφέρει αντίκτυπο στην επιτυχή ακρόαση.

Επιπροσθέτως, τα συγκεκριμένα βοηθήματα ενισχύουν όλους τους ήχους, στοιχείο που μπορεί να οδηγήσει σε συνεχείς δυσκολίες επικοινωνίας, ιδιαίτερα σε θορυβώδη περιβάλλοντα (Pícou, 2013).

Στα τεχνολογικά βοηθήματα ενίσχυσης του ήχου συγκαταλέγονται και τα κοχλιακά εμφυτεύματα, τα οποία χρησιμοποιούνται από άτομα με υψηλό βαθμό απώλειας ακοής (Sparrow, 2010) και επιτρέπουν μια διαφοροποιημένη διέγερση των νεύρων που αποτελεί τη βάση για την κατανόηση της ομιλίας (Birman et al., 2016). Οι συγκεκριμένες συσκευές ενίσχυσης του ήχου διαφοροποιούνται από τα ακουστικά βαρηκοΐας, καθώς ένα τμήμα τους βρίσκεται χειρουργικά εμφυτευμένο στο μεσαίο αυτί των ατόμων (Clark, 2009).

Τα κοχλιακά εμφυτεύματα παρουσιάζουν παρόμοια χαρακτηριστικά μεταξύ τους και αποτελούνται τόσο από εξωτερικά όσο και από εσωτερικά εμφυτευόμενα μέρη (Κουρμπέτης και συν., 2007). Ειδικότερα, η εξωτερική συσκευή περιλαμβάνει το μικρόφωνο και έναν επεξεργαστή ομιλίας, τα οποία έχουν ως στόχο τη λήψη και μετατροπή των ήχων σε κώδικες. Αντιθέτως, η εσωτερική συσκευή αποτελείται από τα ηλεκτρόδια αλλά και από το κύκλωμα μεταβίβασης του ήχου, αντικείμενα που στοχεύουν στη μετάδοση του λαμβανόμενου σήματος και στην άμεση διέγερση του κοχλιακού νεύρου (Clark, 2009 · Κουρμπέτης και συν., 2007). Στην παραπάνω διαδικασία σημαντικό ρόλο διαδραματίζει ο αριθμός των ηλεκτροδίων, καθώς η ακεραιότητα και η ανάλυση του ηχητικού σήματος ενισχύεται με την αύξηση του πλήθους τους (Clark, 2009). Με βάση τα προαναφερόμενα, γίνεται φανερό πως οι συγκεκριμένες συσκευές επιτρέπουν την αντίληψη των ήχων ακόμη και σε περιπτώσεις όπου η αιτία της αναπηρίας συνδέεται με δυσλειτουργία στο μεσαίο αυτί. Γενικότερα, τα κοχλιακά εμφυτεύματα εάν και δεν παρέχουν πλήρη ακρόαση, διευκολύνουν τα άτομα, που δεν έχουν τη δυνατότητα ακοής, να κατανοούν τους ήχους και να επικοινωνούν με τον κοινωνικό περίγυρο. (Sparrow, 2010).

### **1.3 Συστήματα και τρόποι επικοινωνίας των ατόμων με Κώφωση**

Η επικοινωνία αποτελεί πρωταρχική πηγή της ανθρώπινης ανάπτυξης (Domagała-Zyśk & Podlowska, 2019) και αναφέρεται στη δυνατότητα του ατόμου να μεταφέρει και να λαμβάνει σκέψεις, εμπειρίες, γνώσεις, ανάγκες, επιθυμίες και συναισθήματα (Τσιναρέλης, 2004). Τα άτομα με απώλεια ακοής, εξαιτίας της μειωμένης ακρόασης, παρουσιάζουν διάφορες εκπαιδευτικές ανάγκες αναφορικά με την ανάπτυξη της επικοινωνίας τους (Domagała-Zyśk & Podlowska, 2019). Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διαπιστώνονται τρία βασικά συστήματα που χρησιμοποιούνται κατά τη διδασκαλία και επικοινωνία των ατόμων με Κώφωση. Στα συστήματα αυτά συγκαταλέγεται η προφορική προσέγγιση, η ολική μέθοδος επικοινωνίας αλλά και η δίγλωσση-διπολιτισμική προσέγγιση (Moore, 2009).

Ειδικότερα, η προφορική μέθοδος αξιοποιεί τις υπάρχουσες δυνατότητες του προφορικού λόγου των ατόμων (Trezek, 2017), καθώς οι μαθητές χρησιμοποιούν αποκλειστικά την ομιλία για να εκφραστούν. Παράλληλα, αντιλαμβάνονται και κατανοούν τα γλωσσικά μηνύματα με τη χρήση της χειλεανάγνωσης, της υπολειμματικής ακοής αλλά

και με τη βοήθεια συστημάτων ενίσχυσης του ήχου (Knoors & Marschark, 2012 · Κουρμπέτης & Χατζοπούλου, 2010). Η διδασκαλία, δηλαδή, πραγματοποιείται μέσω της ομιλίας και χωρίς τη διαμεσολάβηση χειρονομιών ή νοημάτων (Κουρμπέτης και συν., 2007). Γενικότερα, η συγκεκριμένη προσέγγιση προετοιμάζει τα άτομα για την ανάπτυξη των διαθέσιμων ικανοτήτων ακρόασης, ανάγνωσης και ομιλίας με στόχο την κατανόηση της προφορικής επικοινωνίας αλλά και την ανάπτυξη κατάλληλων δεξιοτήτων ομιλίας (Trezek, 2017).

Το δεύτερο σύστημα επικοινωνίας αποτελεί η ολική μέθοδος, η οποία αναφέρεται στη συνδυασμένη χρήση του οπτικού, ακουστικού και φωνητικού καναλιού κατά τη διδασκαλία και επικοινωνία των μαθητών με Κώφωση (Spencer & Marschark, 2010). Η συγκεκριμένη μέθοδος αναγνωρίζει και χρησιμοποιεί οποιοδήποτε μέσο επικοινωνίας, στα οποία συμπεριλαμβάνεται η νοηματική γλώσσα, ο προφορικός και γραπτός λόγος, η χειλεανάγνωση, η δακτυλογραφία, η σηματοδότηση, οι χειρονομίες και οι οπτικές εικόνες (Berke, 2013 · Knoors & Marschark, 2012). Με άλλα λόγια είναι διαθέσιμα όλα τα κανάλια και όλοι οι τρόποι επικοινωνίας, με στόχο οι μαθητές να μπορούν να επιλέξουν τον καταλληλότερο τρόπο ή τον συνδυασμό αυτών που ανταποκρίνονται περισσότερο στις ανάγκες τους (Knoors & Marschark, 2015 · Moores, 2009). Επομένως, η φιλοσοφία της ολικής προσέγγισης προωθεί την άποψη πως η μέθοδος οφείλει να προσαρμοστεί στους μαθητές και όχι το αντίστροφο (Berke, 2013). Υποστηρίζει δηλαδή, πως οι μαθητές αποτελούν μοναδικές προσωπικότητες που έχουν δικαίωμα πρόσβασης σε όλους τους τρόπους επικοινωνίας (Moog & Geers, 2003), ενώ ταυτοχρόνως αποβλέπει στην ανάπτυξη της επικοινωνίας, και όχι αποκλειστικά στην ενίσχυση της ομιλίας (Spencer & Marschark, 2010).

Το τελευταίο σύστημα, η δίγλωσση-διπολιτισμική προσέγγιση, κρίνει αναγκαία τη χρήση τόσο της νοηματικής όσο και της ομιλούμενης και γραπτής γλώσσας στη διδασκαλία των μαθητών με Κώφωση. Η συγκεκριμένη μέθοδος στηρίζεται στην άποψη πως οι Κωφοί έχουν ως μητρική γλώσσα τη νοηματική, με αποτέλεσμα η ομιλούμενη να αποτελεί τη γλώσσα που καλείται να διδαχθεί (Mayer & Leigh, 2010). Ειδικότερα, κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης, η νοηματική γλώσσα διδάσκεται και καλλιεργείται συστηματικά και αποτελεί τη βάση για τη διδασκαλία της ομιλούμενης γλώσσας, η οποία προσεγγίζεται κυρίως μέσω του γραπτού λόγου (Κουρμπέτης & Χατζοπούλου, 2010). Επομένως, η δίγλωσση-διπολιτισμική προσέγγιση στοχεύει στη διευκόλυνση της ανάπτυξης και των δύο γλωσσών, δίνοντας ταυτοχρόνως έμφαση στη διδασκαλία της ανάγνωσης και της γραφής (Tang, 2017). Τα παραπάνω, έχουν ως αποτέλεσμα οι μαθητές να κινούνται ευέλικτα μεταξύ δύο παράλληλων «κόσμων», της Κοινότητας των Κωφών αλλά και της κοινωνίας των ακουόντων (Mayer & Leigh, 2010).

Λαμβάνοντας υπόψη τα προαναφερόμενα, είναι σημαντικό να υπογραμμιστεί πως τα άτομα με Κώφωση παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις ως προς τον τρόπο επικοινωνίας που επιλέγουν να χρησιμοποιούν στην καθημερινή τους ζωή και διαβίωση (Möbus, 2010). Ειδικότερα, ορισμένοι από αυτούς προσφεύγουν στη αποκλειστική χρήση της νοηματικής γλώσσας (Domagała-Zyśk & Podlowska, 2019), ενώ άλλοι επικεντρώνονται στην επικοινωνία μέσω του προφορικού λόγου (Möbus, 2010). Ωστόσο εντοπίζονται άτομα, τα



οποία εκτός από την κύρια προτίμηση επικοινωνίας τους, καταφεύγουν και στη χρήση άλλων επιλογών (Domagała-Zyśk & Podlowska, 2019). Τα συγκεκριμένα άτομα δηλαδή, χρησιμοποιούν κατά τις αλληλεπιδράσεις και διασυνδέσεις τους τόσο τη νοηματική γλώσσα όσο και τον προφορικό και γραπτό λόγο (Möbus, 2010).

### 1.3.1 Νοηματική γλώσσα

Η νοηματική γλώσσα αποτελεί μια μορφή μη λεκτικής επικοινωνίας, η οποία χρησιμοποιείται από ορισμένα άτομα με Κώφωση για την έκφραση των σκέψεων, επιθυμιών, αναγκών και συναισθημάτων τους (Bantupalli & Xie, 2018). Σύμφωνα με την Παγκόσμια Ομοσπονδία Κωφών, εντοπίζονται παγκοσμίως περισσότερες από 200 νοηματικές γλώσσες, οι οποίες χρησιμοποιούνται από 70 εκατομμύρια ανθρώπους με απώλεια ακοής (World Federation of the Deaf, 2021). Οι συγκεκριμένες μέθοδοι επικοινωνίας αποτελούν φυσικές γλώσσες, οι οποίες αναπτύχθηκαν αυθόρμητα από άτομα με ακουστική αναπηρία (Sandler & Lillo-Martin, 2001) και εξελίχθηκαν σε φυσικά δομημένα συστήματα που διέπονται από ένα σύνολο γλωσσικών κανόνων. Οι κανόνες αυτοί, διαφοροποιούνται από τους αντίστοιχους των ομιλούμενων γλωσσών (Bragg et al., 2019), καθώς οι νοηματικές γλώσσες παρουσιάζουν ξεχωριστές φωνολογικές, μορφολογικές και συντακτικές δομές (Sandler & Lillo-Martin, 2012).

Ειδικότερα, η κάθε νοηματική γλώσσα ενσωματώνει χειρονομικά (Stokoe, 2005) αλλά και μη χειρονομικά στοιχεία (Baker & Padden, 1978), σε αντίθεση με τις ομιλούμενες, οι οποίες περιλαμβάνουν φωνημικές ιδιότητες. Στα χειρονομικά στοιχεία συγκαταλέγεται το σχήμα του χεριού, η θέση της παλάμης σε σχέση με το σώμα αλλά και η κίνηση που πραγματοποιεί το χέρι (Stokoe, 2005). Αντιθέτως, στα μη χειρονομικά στοιχεία συμπεριλαμβάνονται ορισμένες κινήσεις του προσώπου, των ματιών και του κεφαλιού καθώς και η στάση του σώματος των ατόμων (Baker & Padden, 1978). Βέβαια, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως μέχρι σήμερα δεν εντοπίζεται κάποιος γραπτός κώδικας, παρά τις προσπάθειες που έχουν πραγματοποιηθεί για την ανάπτυξη γραπτών μορφών νοηματικών γλωσσών (Mayer, 2017).

Γενικότερα, η νοηματική γλώσσα αποτελεί μια μορφή επικοινωνίας που βασίζεται στο οπτικό-χειρονομικό κανάλι και χρησιμοποιείται από αρκετούς ανθρώπους με απώλεια ακοής (Bantupalli & Xie, 2018 · Pfau et al., 2012 · Sandler & Lillo Martin, 2001). Ωστόσο, εκτός από τον επικοινωνιακό σκοπό, η νοηματική γλώσσα λειτουργεί και ως δίαυλος μεταβίβασης του πολιτισμού των Κωφών, καθώς αποτελεί το σημαντικότερο στοιχείο ένταξης στην αντίστοιχη Κοινότητα και ευνοεί τη δημιουργία ισχυρών διασυνδέσεων μεταξύ των μελών της (Leigh et al., 2018 · Reagen, 2021, 2002).

## 1.4 Κοινότητα και κουλτούρα των Κωφών

Η Κώφωση οδηγεί τους ανθρώπους σε ένα περιβάλλον χωρίς ήχους και καθιστά αναγκαία τη χρησιμοποίηση εναλλακτικών αισθήσεων για την επικοινωνία και καθημερινή διαβίωση. Ο οπτικός προσανατολισμός στην κοινωνία οδηγεί πολλούς Κωφούς στη διαμόρφωση μιας κοσμοθεωρίας, η οποία διαφέρει από αυτή των ατόμων με φυσιολογική ακοή. Ειδικότερα, για ορισμένους ανθρώπους με απώλεια ακοής, η Κώφωση δεν καθίσταται εμπόδιο αλλά ούτε και κριτήριο διαφοροποίησης τους από την κυρίαρχη κοινωνία (Smiler, 2006). Την παραπάνω άποψη προωθεί η Κοινότητα των Κωφών, η οποία αρνείται το ιατρικό μοντέλο κατανόησης της Κώφωσης και κατακρίνει την πεποίθηση πως η απώλεια ακοής αποτελεί μια εξασθένηση που πρέπει να αντιμετωπιστεί (Reagen et al., 2021). Αντιθέτως, η συγκεκριμένη Κοινότητα επιχειρεί να διεκδικήσει τα δικαιώματα των ατόμων με Κώφωση και να αντιμετωπίσει τις κοινωνικές στάσεις και τα θεσμοθετημένα εμπόδια που οδηγούν στην περιθωριοποίηση αυτών των ατόμων (Leigh, 2009 · Shearer et al., 2017).

Συγκεκριμένα, η Κοινότητα των Κωφών απαρτίζεται κατά κύριο λόγο από άτομα που παρουσιάζουν απώλεια ακοής (Ladd, 2003), τα οποία εμφανίζουν ποίκιλα χαρακτηριστικά αναφορικά με το επίπεδο της ακουστικής απώλειας, την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση, το εκπαιδευτικό υπόβαθρο, τις θρησκευτικές πεποιθήσεις αλλά και τον σεξουαλικό προσανατολισμό (Leigh et al., 2020). Ωστόσο, παρά τις διαφορές τους, τα άτομα μοιράζονται κοινή γλώσσα αλλά και κοινές πολιτιστικές αξίες, πεποιθήσεις, κοινωνικούς κανόνες, χαρακτηριστικά, συμπεριφορές, τέχνες και παραδόσεις που έχουν μεταβιβαστεί από γενιές Κωφών (Padden & Humphries, 2005). Η Κοινότητα των Κωφών δηλαδή, παρουσιάζει δημογραφικές, πολιτισμικές, γλωσσολογικές και πολιτικοκοινωνικές διαστάσεις (Λαμπροπούλου, 1999α). Επιπροσθέτως, τα μέλη της Κοινότητας αντιμετωπίζουν τα άτομα με Κώφωση ως μια πολιτισμική ομάδα και την απώλεια ακοής ως ατομική και ταυτοχρόνως συλλογική εμπειρία (Padden & Humphries, 2005 · Senghas & Monaghan, 2002). Η συγκεκριμένη θέση πηγάζει από την ανάγκη των ατόμων για μια γλώσσα προσαρμοσμένη στις δικές τους οπτικές απαιτήσεις και δεν εξαρτάται από την απώλεια ακοής που αντιμετωπίζουν (Λαμπροπούλου, 1999α).

Κρίσιμη και ενοποιητική πτυχή της Κοινότητας και κουλτούρας των Κωφών αποτελεί η γνώση και ο σεβασμός απέναντι στη νοηματική γλώσσα (Reagen et al., 2021 · Sandler & Lillo-Martin, 2012), η οποία θεωρείται όχημα κοινωνικοποίησης (Smiler, 2006) και στοιχείο που οριοθετεί τον κόσμο των Κωφών και τον διαχωρίζει από την κατακλυσμική κοινωνία της ακρόασης (Lane, 2005). Επιπροσθέτως, η συγκεκριμένη ομάδα ατόμων είναι άρρηκτα συνδεδεμένη εξαιτίας της κοινής ιστορίας, η οποία περιλαμβάνει βιβλία, αφηγήσεις, μυθολογικές ιστορίες, ταινίες και ανέκδοτα, στοιχεία που οδηγούν στην κατασκευή ριζών και γενεαλογικών συνδέσεων. Τα μέλη της Κοινότητας δείχνουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την ιστορία τους, γνωρίζουν και συνειδητοποιούν τα γεγονότα και τους ανθρώπους που διαδραμάτισαν καταλυτικό ρόλο στη λειτουργία της, ενώ ταυτοχρόνως θεωρούν πως το παρελθόν αποτελεί έναν σημαντικό πόρο στη συλλογική αναζήτηση της ταυτότητάς τους (Reagen et al., 2021).

Στα σημαντικά στοιχεία της Κοινότητας των Κωφών συγκαταλέγεται και η τήρηση των πολιτιστικών, συμπεριφορικών και γλωσσικών κανόνων, τους οποίους γνωρίζουν και ακολουθούν όλα τα άτομα που εντάσσονται σ' αυτήν (Lane, 2005). Οι συγκεκριμένοι κανόνες αναφέρονται, μεταξύ άλλων, στη βλεμματική επαφή με τον κοινωνικό περίγυρο, στο άγγιγμα, στον τρόπο προσέγγισης σε διάφορα θέματα συζήτησης (Reagen et al., 2021) αλλά και στη συνεργασία και συναίνεση των μελών αναφορικά με τη λήψη αποφάσεων και τη διαχείριση διάφορων καταστάσεων (Lane, 2005). Ακόμη, η Κοινότητα των Κωφών διαθέτει και ορισμένα κοινά αντικείμενα, τα οποία χρησιμοποιούνται από τα μέλη, προκειμένου να δηλώσουν τους δεσμούς μεταξύ τους αλλά και την υπερηφάνεια που νιώθουν για την κατάστασή τους (Reagen et al., 2021).

Εκτός από τα προαναφερόμενα, ένας ακόμη τρόπος με τον οποίο τα μέλη της Κοινότητας των Κωφών διαφοροποιούνται από τα υπόλοιπα άτομα με απώλεια ακοής, αποτελεί η ονομασία τους. Ειδικότερα, ο τρόπος με τον οποίο κωδικοποιείται η λέξη «κωφός» έχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς μέσα από τη γραφή μπορούν να εντοπιστούν τα άτομα που ενστερνίζονται την ταυτότητα και κουλτούρα των Κωφών και ενσωματώνονται στην αντίστοιχη Κοινότητα (Ladd, 2003). Συγκεκριμένα, οι κωφοί (με μικρό κ) αποτελούν μια ομάδα ατόμων με απώλεια ακοής, οι οποίοι δεν ταυτίζονται με άλλους Κωφούς, δε γνωρίζουν και δε χρησιμοποιούν τη νοηματική γλώσσα, ενώ ταυτοχρόνως απέχουν από την Κοινότητα των Κωφών (Pudans-Smith et al., 2019). Τα άτομα αυτά επικοινωνούν κατά κύριο λόγο με την προφορική γλώσσα και έχουν εκπαιδευτεί σε γενικά σχολεία, στοιχεία που έχουν ως αποτέλεσμα την ένταξή τους στην κοινωνία των ακουόντων (Woodward, 1972). Αντιθέτως, οι Κωφοί (με κεφαλαίο Κ) συνθέτουν μια ομάδα, η οποία αντιμετωπίζει την Κώφωση ως διαφορετικότητα, επικοινωνεί με τη νοηματική γλώσσα, εντάσσεται στην Κοινότητα των Κωφών και προωθεί τον πολιτισμό, την κουλτούρα και την ιστορία της προαναφερθείσας Κοινότητας (Pudans-Smith et al., 2019).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΚΩΦΩΣΗ

### 2.1 Οριοθέτηση της έννοιας «Ταυτότητα»

Η «ταυτότητα» αποτελεί μια συχνά χρησιμοποιούμενη έννοια, η οποία αποκτά διαφορετικό περιεχόμενο μέσω του επιστημονικού κλάδου που διερευνάται (Ohna, 2004). Η οριοθέτηση, λοιπόν, του όρου αποτελεί ένα δύσκολο εγχείρημα, καθώς η φύση της συγκεκριμένης έννοιας χαρακτηρίζεται περίπλοκη και πολύπλοκη (Hole, 2007).

Η ταυτότητα αποτελεί έναν τρόπο αναπαράστασης του εαυτού και ταυτοχρόνως έναν εσωτερικό προσδιορισμό της θέσης του ατόμου (Baumeister, 1997). Μέσω της ταυτότητας, το άτομο έχει τη δυνατότητα να κατανοήσει ποιος πραγματικά είναι, να καθορίσει τα θεμελιώδες χαρακτηριστικά του ως άνθρωπος, αλλά και να ορίσει τις πράξεις, τις ενέργειες, τις αξίες, τις αρχές και τους στόχους που υποστηρίζει (Ohna, 2004). Πρόκειται δηλαδή, για μια γνωστική κατασκευή, η οποία ενσωματώνει τις αυτοαντιλήψεις του ατόμου και έχει ως στόχο τη διερεύνηση της κατανόησης του εαυτού (Baumeister, 1997). Γενικότερα, η ταυτότητα καθοδηγεί το άτομο στον ορισμό ενός συνόλου χαρακτηριστικών και στοιχείων, τα οποία τον βοηθούν να κατανοήσει τον εαυτό του ως ένα μοναδικό άτομο, ως μέλος μιας ομάδας ή ως μέλος μιας κοινότητας (Burke & Stets, 2009). Με βάση τα παραπάνω, η ταυτότητα αποτελεί προσωπική επιλογή (Johnson, 2011). Ωστόσο, εκτός από προσωπικές εμπειρίες και κοινωνικές διαστάσεις, οι οποίες εάν και αλληλοεπηρεάζονται αντιπροσωπεύουν διαφορετικές πτυχές (Baumeister, 1997). Με άλλα λόγια, η ταυτότητα αποτελεί ένα πολύπλοκο, αναπτυσσόμενο γνωστικό και κοινωνικό κατασκεύασμα, το οποίο είναι απαραίτητο για μια αίσθηση ευεξίας, προσωπικής ανάπτυξης και ευημερίας (Johnson, 2011 · Waterman, 1992). Επομένως, η συγκεκριμένη έννοια επηρεάζεται από ένα πλήθος μεταβλητών, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται μεταξύ άλλων, οι ρόλοι των ατόμων, το κοινωνικό περιβάλλον και οι πολιτιστικές σχέσεις που αναπτύσσουν (Burke & Stets, 2009).

Ειδικότερα, η ταυτότητα ενός ατόμου μπορεί να γίνει κατανοητή αποκλειστικά με τη διερεύνηση της δυναμικής σχέσης ατόμου-κοινωνίας (Ahmad et al., 2002 · Kent & Smith, 2006). Η ταυτότητα δηλαδή, αντιπροσωπεύει τη σύνδεση ατόμου-κοινωνικού περιβάλλοντος, κατά την οποία το άτομο ενώνει τον εαυτό του με την κοινωνία και ταυτοχρόνως την κοινωνία με τον εαυτό του (Israelite et al., 2002). Επομένως, αποτελεί μια διαδικασία αναπαράστασης της σχέσης του ατόμου με το κοινωνικό γίνεσθαι, μέσω της οποίας τα άτομα καταλαμβάνουν τη θέση τους στην κοινωνία (Burke & Stets, 2009). Γενικότερα, κατά τη διαδικασία σύνδεσης ατόμου-κοινωνίας, καθοριστικό ρόλο διαδραματίζουν οι κοινωνικοί ρόλοι που αναλαμβάνουν τα άτομα στο περιβάλλον που ζουν. Μέσα από αυτούς τους ρόλους, τα άτομα ορίζουν τις προσδοκίες τους, κρίνουν τις πράξεις τους, αξιολογούν τις ενέργειές τους και τελικά οριοθετούν τον εαυτό τους (Dunn & Andrews, 2015). Ταυτοχρόνως, οι ρόλοι αυτοί οδηγούν τον κοινωνικό περίγυρο να καθορίσει τις δικές του προσδοκίες απέναντι στο άτομο αλλά και να καθιερώσει ορισμένα κριτήρια αξιολόγησης των αντιλήψεων και πράξεων του (Hogg et al., 1995). Επομένως, η ταυτότητα αποτελεί μια

διαδικασία αυτοεξέτασης του εαυτού, πειραματισμού με ρόλους και αξιολόγησης του ατόμου από το κοινωνικό περιβάλλον (Burke & Stets, 2009 · Nelson Schmitt & Leigh, 2015).

Από τα παραπάνω, προκύπτει το συμπέρασμα πως οι κοινωνικοί ρόλοι οδηγούν τα άτομα σε αλληλεπιδράσεις με τα μέλη του κοινωνικού συνόλου. Αυτές οι αλληλεπιδράσεις που πραγματοποιούνται σε διαφορετικά περιβάλλοντα και δίκτυα διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της ταυτότητάς τους (Baumeister, 1997 · Grotevant, 1992 · Kroger, 1996). Ειδικότερα, τα άτομα κατανοούν τον εαυτό τους μέσα από τις συνδέσεις με τους συνανθρώπους τους, κατά τις οποίες παρατηρούν και ερμηνεύουν τόσο τη συμπεριφορά του ίδιου τους του εαυτού όσο και τη συμπεριφορά των υπολοίπων απέναντι τους (Hogg, 1995). Άλλωστε, η ταυτότητα αναδύεται μέσα από προηγούμενες και υπάρχουσες εμπειρίες, στις οποίες καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει η αλληλεπίδραση και η επικοινωνία του ατόμου με τα μέλη του κοινωνικού περιβάλλοντος (Hadjikakou & Nikolaraizi, 2006). Επομένως, η κατανόηση του εαυτού συνδέεται στενά τόσο με τις προσωπικές εμπειρίες όσο και με την αναγνώριση που λαμβάνει το άτομο από τον κοινωνικό περίγυρο (Ohna, 2004). Επηρεάζεται δηλαδή, από τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται τον εαυτό του αλλά και από τον τρόπο με τον οποίο το άτομο ορίζεται από τους υπολοίπους (Johnson, 2011).

Ένας ιδιαίτερα σημαντικός χρόνος για την ανάπτυξη της ταυτότητας θεωρείται η εφηβεία, κατά την οποία τα άτομα αποκτούν αυτονομία και περισσότερες ευκαιρίες για γνωστική και συναισθηματική ανάπτυξη. Οι ευκαιρίες αυτές έχουν ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη μιας ισχυρής αίσθησης του εαυτού, γεγονός που οδηγεί στην αναζήτηση και καθιέρωση της ταυτότητάς τους (Tabilin, 2021). Βέβαια, τα άτομα μπορούν να τροποποιήσουν την ταυτότητά τους, ωστόσο τα βασικά της στοιχεία διατηρούνται λειτουργικά σταθερά με την πάροδο του χρόνου αλλά και σε διαφορετικά περιβάλλοντα (Nelson Schmitt & Leigh, 2015). Γενικότερα, η ταυτότητα αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια, η οποία περιλαμβάνει ψυχολογικά κίνητρα, πολιτιστικές γνώσεις και την ικανότητα κάποιου να εκτελεί κατάλληλους ρόλους (Fitzgerald, 1993). Ταυτοχρόνως, ο συγκεκριμένος όρος σχετίζεται άμεσα τόσο με το ίδιο το άτομο όσο και με τις διασυνδέσεις του με το κοινωνικό περιβάλλον (Leigh, 2009).

## **2.2 Πολιτιστική ταυτότητα ατόμων με Κώφωση**

Η «πολιτιστική ταυτότητα» ορίζεται ως ο πολιτιστικός αυτοπροσδιορισμός ενός ατόμου, η αυτοαντίληψη και τα συναφή συναισθήματα σχετικά με την ένταξη σε μια κοινωνικό-πολιτισμική ομάδα (Schwartz et al., 2007 · Schwartz et al., 2010). Οι αντιλήψεις του ατόμου αναφορικά με την ενσωμάτωση σε μια ομάδα εξαρτώνται από τα χαρακτηριστικά, τις πεποιθήσεις και τις συμπεριφορές αυτής της εθνοτικής, φυλετικής ή κοινωνικό-πολιτισμικής ομάδας (Glickman & Garey, 1993). Γενικότερα, η πολιτιστική ταυτότητα παρέχει μια κατανόηση του τρόπου με τον οποίο τα άτομα αντιμετωπίζουν μια ομάδα και ορίζουν την ατομική και συλλογική τους ελευθερία μέσα και έξω από αυτή (Cornell & Lyness, 2005).

Οι περισσότερες μελέτες για την ταυτότητα των ατόμων με Κώφωση αναφέρονται στην πολιτιστική τους ταυτότητα, η οποία δεν ορίζεται αποκλειστικά από τη φύση της αναπηρίας (Kobosco, 2010 · Marschkal et al., 2017). Αντιθέτως, αποτελεί μια οργανωμένη κοινωνικοπολιτική δομή, που αντικατοπτρίζει τις απόψεις και αντιλήψεις των ατόμων με απώλεια ακοής σε διάφορα επίπεδα (Leigh, 2009). Ειδικότερα, η πολιτιστική ταυτότητα ενσωματώνει ένα σύνολο αυτοαντίληψης των ατόμων, αναφορικά με τον εαυτό τους αλλά και με τις πεποιθήσεις τους τόσο για την Κώφωση όσο και για τη φυσιολογική ακοή (Foster & Kinuthia, 2003). Επιπροσθέτως, περιλαμβάνει την εσωτερίκευση των αξιών τους σχετικά με την Κοινότητα των Κωφών και την κοινωνία των ακουόντων, δηλαδή τις κοινωνικές ομάδες στις οποίες τα άτομα έχουν τη δυνατότητα να ενταχθούν αλλά και τα κοινωνικά δίκτυα που μπορούν να αναπτύξουν (Glickman & Garey, 1993). Εκτός από τα παραπάνω, η πολιτιστική ταυτότητα περιλαμβάνει και τις στάσεις των ατόμων με Κώφωση απέναντι στα συστήματα επικοινωνίας που μπορούν να χρησιμοποιήσουν στην καθημερινή τους ζωή και διαβίωση (Kobosco, 2010 · Marschkal et al., 2017).

Επομένως, γίνεται κατανοητό πως η πολιτιστική ταυτότητα των ατόμων με Κώφωση περιλαμβάνει τρεις σημαντικές διαστάσεις, οι οποίες αναφέρονται στην προσωπική, γλωσσική και κοινωνική ταυτότητα. Συγκεκριμένα, η προσωπική ταυτότητα αφορά τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα με Κώφωση αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους, συμπεριλαμβανομένης και της απώλειας ακοής που αντιμετωπίζουν. Η γλωσσική ταυτότητα σχετίζεται με το σύστημα επικοινωνίας που επιλέγουν να χρησιμοποιούν στον δικό τους χώρο, εκεί δηλαδή που δεν προσφεύγουν αναγκαστικά στη χρήση ενός συγκεκριμένου τρόπου επικοινωνίας. Τέλος, η κοινωνική ταυτότητα αναφέρεται στον τύπο της ομάδας, στον οποίο ένα άτομο με Κώφωση θεωρεί πως ταιριάζει και ανήκει σε αυτόν (Schwartz et al., 2006). Με βάση τα προαναφερόμενα, η πολιτιστική ταυτότητα αποτελεί μια κοινωνική και ψυχολογική διαδικασία, η οποία περιλαμβάνει έναν διαρκή αγώνα για την ανάπτυξη μιας ασφαλούς ταυτότητας και σχετίζεται με συνεχή διλήμματα αναφορικά με την κατανόηση της αναπηρίας, τη μέθοδο επικοινωνίας αλλά και την ενσωμάτωση στις κοινωνικές ομάδες (Charman, 2021).

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διαπιστώνονται τέσσερις κατηγορίες πολιτιστικής ταυτότητας στις οποίες μπορούν να ενταχθούν τα άτομα με ακουστική αναπηρία (Bat-Chava, 2000). Οι κατηγορίες αυτές είναι διατεταγμένες σε στάδια, καθένα από τα οποία περιγράφει την κατάσταση μιας ταυτότητας (Fischer & McWhirter, 2001). Ειδικότερα, η έρευνα έχει αναδείξει την ύπαρξη α) της ταυτότητας Ακουόντων, στην οποία κυριαρχεί η κοινωνία των ατόμων με φυσιολογική ακοή β) της Περιθωριοποιημένης ταυτότητας, κατά την οποία υποβαθμίζονται και οι δύο κοινότητες γ) της ταυτότητας Κωφών, όπου δίνεται έμφαση στην κοινότητα και κουλτούρα των Κωφών αλλά και δ) της Διπολιτισμικής ταυτότητας, κατά την οποία συνυπάρχουν αρμονικά και οι δύο κοινότητες (Glickman & Garey, 1993). Οι συγκεκριμένες κατηγορίες ταυτοτήτων σκιαγραφούνται αναλυτικά παρακάτω.

## 2.3 Κατηγορίες Πολιτιστικής ταυτότητας ατόμων με Κώφωση

### 2.3.1 Ταυτότητα Ακουόντων (Hearing Identity)

Πρωταρχικό ρόλο στην ανάπτυξη της ταυτότητας Ακουόντων διαδραματίζει η υιοθέτηση του ιατρικού μοντέλου κατανόησης της αναπηρίας, καθώς τα άτομα που εντάσσονται σ' αυτήν αντιλαμβάνονται την Κώφωσή τους ως ιατρική παθολογία και κατατάσσουν τον εαυτό τους στην κατηγορία των ατόμων με προβλήματα ακοής (Leigh, 2009). Ειδικότερα, τα άτομα με τη συγκεκριμένη ταυτότητα εκλαμβάνουν τη δυνατότητα για ακοή ως σημείο αναφοράς της κανονικότητας και της υγείας, αναδεικνύοντας αδιάλειπτα τα μειονεκτήματα της Κώφωσης και στοχεύοντας στην αποκατάσταση και θεραπεία της απώλειας ακοής που αντιμετωπίζουν (Glickman & Garey, 1993). Η ταυτότητα Ακουόντων περιγράφει μια κατάσταση, κατά την οποία τα άτομα επιζητούν να συνδεθούν και να ταυτιστούν με τον πολιτισμό των ατόμων με φυσιολογική ακοή, υποστηρίζοντας την άποψη πως η κοινωνία αυτή αποτελεί τον φυσιολογικό και πραγματικό κόσμο. Τα άτομα δηλαδή, διαθέτουν εσωτερικευμένη ανάγκη σύνδεσης με τους ακούντες και υποστήριξης των κανόνων της κοινότητάς τους, καθώς αισθάνονται περισσότερο άτομα με φυσιολογική ακοή παρά άτομα με Κώφωση (Bat-Chava, 2000 · Glickman, 1993).

Ο κυρίαρχος τρόπος για την πραγματοποίηση της ταύτισης τους με τους ακούντες αποτελεί η χρήση του προφορικού συστήματος επικοινωνίας. Οι κωφοί με ταυτότητα Ακουόντων επικοινωνούν αποκλειστικά μέσω του προφορικού λόγου και της χειλεανάγνωσης, αρνούμενοι να χρησιμοποιήσουν τη νοηματική γλώσσα ή τη βοήθεια διερμηνέων (Glickman & Garey, 1993). Ειδικότερα, αναδεικνύουν τα προτερήματα της προφορικής γλώσσας και εναντιώνονται στην Κοινότητα των Κωφών, υποστηρίζοντας πως τους καταπιέζει να μη χρησιμοποιούν τη φωνή τους (Marschkal et al., 2017). Το παραπάνω, έχει ως αποτέλεσμα να υποβαθμίζουν τα συστήματα επικοινωνίας που περιλαμβάνουν χειρονομίες, για τα οποία υποστηρίζουν πως αποτελούν ένδειξη χαμηλότερης κοινωνικής κατάστασης (Nathan et al., 2011 · Oliva et al., 2016). Αναφορικά με την εκπαίδευση, υιοθετούν την άποψη πως πρέπει να σταματήσουν να λειτουργούν τα σχολεία που απευθύνονται αποκλειστικά σε μαθητές με ακουστική αναπηρία (Oliva et al., 2016), προκειμένου τα άτομα με απώλεια ακοής να ενσωματώνονται σε γενικά σχολεία (Nathan et al., 2011). Τονίζουν δηλαδή, πως πρέπει να διακοπεί η διδασκαλία της νοηματικής γλώσσας και να εδραιωθεί η εκπαίδευσή στη χειλεανάγνωση και τον προφορικό λόγο (Nathan et al., 2011 · Oliva et al., 2016).

Όλα τα παραπάνω, ωθούν τα άτομα με ταυτότητα Ακουόντων να αποστασιοποιηθούν από την κοινωνία και κουλτούρα των Κωφών (McIlroy, 2008). Ειδικότερα, εκφράζουν έντονα τη δυσαρέσκεια και άρνησή τους να ενταχθούν στην Κοινότητα των Κωφών, προβάλλοντας το επιχείρημα πως αποτελεί κάτι το ασυνήθιστο. Η επιθυμία τους να απομακρυνθούν από τη συγκεκριμένη κοινότητα, τους οδηγεί να επιλέξουν διάφορους τρόπους ενίσχυσης της ακοής τους, στους οποίους συμπεριλαμβάνονται τα ακουστικά βαρηκοΐας και τα κοχλιακά εμφυτεύματα (Glickman, 1993). Τα άτομα αυτής της κατηγορίας

αντιμετωπίζουν τους συγκεκριμένους τρόπους ενίσχυσης της ακοής ως μη αμφισβητούμενα βοηθήματα, τα οποία τους παρέχουν τη δυνατότητα να απομακρυνθούν από την κοινωνία των Κωφών και να ενωθούν με την κοινότητα των ακούντων (Marschkal et al., 2017).

### **2.3.2 Περιθωριοποιημένη ταυτότητα (Marginal Identity)**

Η συγκεκριμένη ταυτότητα είναι γνωστή ως ταυτότητα της περιθωριοποίησης, καθώς τα άτομα που εντάσσονται σ' αυτήν βρίσκονται στο περιθώριο σε πολιτιστικό επίπεδο (Nelson Schmitt & Leigh, 2015). Ειδικότερα, διακρίνονται από μια ασαφή κατάσταση, σύμφωνα με την οποία δεν έχουν προβεί στην υιοθέτηση μιας ξεκάθαρης ταυτότητας αλλά ούτε έχουν αποδεχτεί τις αξίες και τις αρχές μιας πολιτιστικής ομάδας (Andrews et al., 2004). Το παραπάνω, έχει ως αποτέλεσμα τη δυσκολία κατανόησης του εαυτού τους είτε ως άτομο με απώλεια ακοής είτε ως άτομο που ταυτίζεται με τους ακούντες (Kobosko, 2010). Η έλλειψη ύπαρξης μιας σαφούς ταυτότητας ωθεί τα άτομα να αισθάνονται πως δεν ανήκουν σε καμία από τις δύο κοινότητες και δεν ταυτίζονται ούτε με Κωφούς ούτε με ακούντες (Leigh, 2009). Ειδικότερα, εκδηλώνουν ελάχιστα ενδιαφέρον να διατηρήσουν την κουλτούρα των Κωφών και να αποκτήσουν τις πολιτιστικές τους αξίες, στις οποίες συγκαταλέγεται και η νοηματική γλώσσα. Παρομοίως, αδιαφορούν για την υιοθέτηση της κουλτούρας των ακούντων και αρνούνται να ταυτιστούν με τις αξίες, τις αρχές, τις αντιλήψεις και τα συστήματα επικοινωνίας που χρησιμοποιούν κατά τις αλληλεπιδράσεις τους (Fischer, 2000). Αποξενώνονται δηλαδή, τόσο από άτομα με Κώφωση όσο και από άτομα με φυσιολογική ακοή, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα να μη νιώθουν άνετα σε καμία από τις δύο κοινότητες (Leigh, 2009).

Η έλλειψη της αίσθησης του ανήκειν δημιουργεί εμπόδια στην καθημερινότητα των ατόμων με Περιθωριοποιημένη ταυτότητα. Αρχικά, αντιμετωπίζουν δυσκολίες κατά την επικοινωνία με τους συναθρώπους τους, καθώς δείχνουν να μην υιοθετούν ούτε τον προφορικό λόγο ούτε τη νοηματική γλώσσα (Bat-Chava, 2000). Οι δυσκολίες στην επικοινωνία έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία εμποδίων στις κοινωνικές δεξιότητες των ατόμων, στην αλληλεπίδραση με τον κοινωνικό περίγυρο αλλά και στην ανάπτυξη κοινωνικών δικτύων (Most et al., 2007). Οι ανεπαρκείς κοινωνικές και επικοινωνιακές δεξιότητες των ατόμων με Περιθωριοποιημένη ταυτότητα οδηγούν στην απομόνωσή τους, καθώς τα άτομα δεν προσεγγίζουν τον εαυτό τους με θετικότητα (Glickman, 1993). Γενικότερα, η συγκεκριμένη ταυτότητα συχνά συνδέεται με προβλήματα ψυχικής υγείας και κοινωνικής απομόνωσης (Glickman & Garey, 1993 · Lampe et al., 2020), στοιχεία που αποτελούν αρνητικούς όρους. Ωστόσο, η περιθωριοποίηση που βιώνουν ενδεχομένως υποδηλώνει μια κατάσταση, κατά την οποία τα άτομα ετοιμάζονται να αναπτύξουν μια σταθερή ταυτότητα (Fischer & McWhirter, 2001).



### 2.3.3 Ταυτότητα Κωφών (Deaf Identity)

Η ταυτότητα Κωφών βρίσκεται σε εκ διαμέτρου αντίθετη θέση από την ταυτότητα Ακουόντων, καθώς τα άτομα που εντάσσονται σ' αυτή αποδέχονται την αναπηρία τους και προωθούν την άποψη πως η Κώφωση αποτελεί διαφορετικότητα και όχι μειονέκτημα (Reagen et al., 2021). Ειδικότερα, θεωρούν πως δεν υπάρχει καμία διαφορά ανάμεσα στα άτομα με ή δίχως αναπηρία, καθώς όλοι παρουσιάζουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα σε διαφορετικές μορφές (McIlroy & Storbeck, 2011). Τα άτομα με ταυτότητα Κωφών δεν αντιμετωπίζουν τον εαυτό τους ως άτομο με ειδικές ανάγκες, αλλά ως μέλος μιας πολιτιστικής και γλωσσικής μειονότητας (Leigh, 2020), ενός ξεχωριστού κοινωνικο-γλωσσικού πολιτισμού, ο οποίος αναγνωρίζει και μάχεται για τα δικαιώματα των ατόμων με Κώφωση (McIlroy & Storbeck, 2011). Από τα παραπάνω, προκύπτει πως τα άτομα με τη συγκεκριμένη ταυτότητα αναπτύσσουν κοινωνικές, πολιτιστικές και πολιτικές σχέσεις με την Κοινότητα των Κωφών (Fischer & McWhirter, 2001). Συγκεκριμένα, υιοθετούν την κουλτούρα και τον πολιτισμό τους και ενσωματώνονται πλήρως στην κοινωνία τους, θεωρώντας πως μόνο τα άτομα με Κώφωση μπορούν να τους καθοδηγήσουν και να τους βοηθήσουν (Glickman, 1993). Η αναγνώριση του εαυτού τους ως μέλος της Κοινότητας των Κωφών έχει ως αποτέλεσμα την ενεργό συμμετοχή και παρακολούθηση των δράσεων αυτών των ατόμων (Carter & Mireles, 2016). Γενικότερα, τα άτομα προωθούν την άποψη πως η συγκεκριμένη ταυτότητα αποτελεί έναν τρόπο με τον οποίο οι Κωφοί μπορούν να μοιραστούν την καταπίεση που έχουν δεχτεί από τους ακούοντες και να ενωθούν αναφορικά με τις αξίες, τις αρχές και τη γλώσσα (Ahmad et al., 2002).

Μέσα από την ενσωμάτωσή τους στην Κοινότητα των Κωφών και την υιοθέτηση της αντίστοιχης ταυτότητας, παρατηρείται η εξιδανίκευση των ατόμων με Κώφωση και η υποτίμηση των ατόμων με φυσιολογική ακοή (Fischer & McWhirter, 2001). Ειδικότερα, τα άτομα αυτά δηλώνουν τη δυσαρέσκεια και τον θυμό που αισθάνονται προς τους ακούοντες και καταδικάζουν τις αξίες, τις αρχές και τις αντιλήψεις της κοινωνίας τους, στοιχεία που τους απομακρύνουν από τις ενέργειες που οδηγούν στη συγκεκριμένη κοινότητα (Maxwell-McCaw et al., 2001). Ο πρωταρχικός τρόπος αποστασιοποίησης από την κοινότητα των ακούοντων αποτελεί η χρήση της νοηματικής γλώσσας, την οποία χαρακτηρίζουν ανώτερη από τον προφορικό λόγο (Glickman & Garey, 1993). Τα άτομα που αναπτύσσουν τη συγκεκριμένη ταυτότητα επικοινωνούν αποκλειστικά με τη νοηματική γλώσσα, θεωρώντας πως αποτελεί μέρος του πολιτισμού τους. Μάλιστα, δεν επιθυμούν και δεν προσπαθούν να επικοινωνήσουν με τον προφορικό λόγο και τη χειλεανάγνωση, ακόμη και σε περιπτώσεις κατά τις οποίες συναναστρέφονται με συνανθρώπους τους, οι οποίοι αγνοούν τα συστήματα επικοινωνίας που βασίζονται στις χειρονομίες (Leigh, 2009). Η άρνησή τους να χρησιμοποιήσουν τον προφορικό λόγο έχει ως αφετηρία τους ενδοιασμούς τους πως αυτός αποτελεί σοβαρή απειλή για την κοινωνικό-πολιτιστική τους κοινότητα (Leigh, 2020). Απειλές για τον πολιτισμό τους θεωρούν επίσης τα ακουστικά βαρηκοΐας και τα κοχλιακά εμφυτεύματα, τονίζοντας πως η ενίσχυση του ήχου δεν αποτελεί ανάγκη τους. Επομένως, αποφεύγουν οποιοδήποτε τρόπο αποκατάστασης της απώλειας ακοής τους, προκειμένου να διατηρήσουν την ενότητα των ατόμων με Κώφωση (Fischer, 2000).

### 2.3.4 Διπολιτισμική ταυτότητα (Bicultural Identity)

Η Διπολιτισμική ταυτότητα παρέχει μια εναλλακτική λύση ανάμεσα στο ιατρικό και κοινωνικό-πολιτισμικό μοντέλο κατανόησης της Κώφωσης, καθώς τα άτομα που εντάσσονται σ' αυτήν υιοθετούν μεταμοντέρνες απόψεις, σύμφωνα με τις οποίες δεν υπάρχουν αποκλειστικά οι ακραίες περιπτώσεις της ταυτότητας Ακουόντων και της ταυτότητας Κωφών (McIlroy & Storbeck, 2011). Τα άτομα με Διπολιτισμική ταυτότητα στοχεύουν στη συνύπαρξη του πολιτισμού των Κωφών με τον πολιτισμό των ατόμων με φυσιολογική ακοή (McIlroy, 2008), αλλά και στη γεφύρωση του χάσματος που παρατηρείται ανάμεσα στις δύο αντίθετες κοινότητες (McIlroy & Storbeck, 2011). Ειδικότερα, οι κωφοί που κατατάσσονται σ' αυτήν την κατηγορία κινούνται με ευελιξία στα δύο κοινωνικά περιβάλλοντα (Glickman & Garey, 1993), γνωρίζουν τις πολιτιστικές διαφορές των δύο κοινοτήτων και είναι εξοικειωμένοι με τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της κάθε ομάδας (Bat-Chava, 2000). Τα άτομα με Διπολιτισμική ταυτότητα μεταβαίνουν με άνεση ανάμεσα στις δύο κοινότητες, χωρίς ωστόσο να ταυτίζονται αποκλειστικά με κάποια από αυτές (McIlroy & Storbeck, 2011). Συγκεκριμένα, ανήκουν στην Κοινότητα των Κωφών, αισθάνονται υπερηφάνεια για την Κώφωσή τους και αποδέχονται τον πολιτισμό, τις αξίες και τις αρχές της κοινότητας. Ταυτοχρόνως σέβονται, εκτιμούν και υπολογίζουν τα άτομα με φυσιολογική ακοή, βιώνοντας θετικά συναισθήματα απέναντί τους και εκφράζοντας μια υποστηρικτική διάθεση (Fischer, 2000 · Leigh, 2009).

Όπως διαπιστώνεται, η συναναστροφή των ατόμων με Διπολιτισμική ταυτότητα πραγματοποιείται τόσο με άτομα με Κώφωση όσο και με άτομα χωρίς απώλεια ακοής (Glickman & Garey, 1993). Ειδικότερα, οι κωφοί με τη συγκεκριμένη ταυτότητα εκμεταλλεύονται τις ευκαιρίες που τους παρέχουν οι δύο κοινότητες, στις οποίες κινούνται και ζουν με αυτοπεποίθηση και με τους δικούς τους όρους (McIlroy & Storbeck, 2011). Ταυτοχρόνως, δε διστάζουν να εκφραστούν ελεύθερα συναισθηματικά και συμπεριφορικά, ανεξαρτήτως από το εάν οι συμπολίτες τους βιώνουν κάποιου είδους απώλεια ακοής. Τα άτομα δηλαδή, αναπτύσσουν ένα πολιτισμικό πρόσωπο που ταιριάζει και στις δύο αυτές κοινότητες, έχοντας ωστόσο επιτύχει ένα αίσθημα εσωτερικής ασφάλειας αναφορικά με τη δική τους Κώφωση (Fischer & McWhirter, 2001).

Ένας σημαντικός τρόπος με τον οποίο τα άτομα μπορούν να συνδεθούν τόσο με Κωφούς όσο και με ακούοντες είναι η υιοθέτηση του διπολιτισμικού συστήματος επικοινωνίας. Συγκεκριμένα, τα άτομα που αναπτύσσουν τη Διπολιτισμική ταυτότητα μπορούν να χαρακτηριστούν ως δίγλωσσα, καθώς χρησιμοποιούν κατά την επικοινωνία τους τόσο τον προφορικό λόγο όσο και τη νοηματική γλώσσα (Leigh, 2009). Ειδικότερα, αντιμετωπίζουν τους συγκεκριμένους τρόπους επικοινωνίας ως δύο διαφορετικές γλώσσες ίσης αξίας, γεγονός που τους επιτρέπει να καταφεύγουν στη χρήση και των δύο αυτών μεθόδων (Fischer, 2000). Μάλιστα, η μεταπήδηση από τη μια γλώσσα στην άλλη συντελείται με μεγάλη ευκολία και χωρίς κανένα εμπόδιο (McIlroy & Storbeck, 2011), στοιχείο που ευνοεί τα άτομα να συνδεθούν και με τα δύο κοινωνικά πλαίσια, κινούμενοι μεταξύ δύο ταυτοτήτων (McIlroy, 2008).

## 2.4 Στάδια ανάπτυξης της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση

### 2.4.1 Το μοντέλο των Clickman & Carey (1993)

Το μοντέλο ανάπτυξης της ταυτότητας των ατόμων με απώλεια ακοής που διατυπώθηκε από τους Glickman & Carey (1993) στηρίχθηκε στην άποψη πως ο πολιτισμός των ατόμων με Κώφωση αποτελεί ένα είδος εθνοτικής κουλτούρας, το οποίο παρουσιάζει κοινά χαρακτηριστικά με τις υπόλοιπες κουλτούρες μειονοτήτων (Clickman & Garey, 1993). Με βάση τα προαναφερθέντα στοιχεία, το συγκεκριμένο μοντέλο μπορεί να χαρακτηριστεί ως μια παραλλαγή των θεωριών πολιτιστικής και φυλετικής ταυτότητας (Clickman & Garey, 1993), καθώς οι ερευνητές υποστηρίζουν πως η διαδικασία ανάπτυξης της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση είναι παρόμοια με εκείνη άλλων πολιτιστικών μειονοτήτων, συμπεριλαμβανομένων των φυλετικών και εθνοτικών ομάδων (Colangelo-Fischer & McWhirter, 2001). Βέβαια, η διαδικασία αυτή αντικατοπτρίζει συγκεκριμένες εμπειρίες ζωής που είναι κοινές σε όλα τα άτομα με Κώφωση. Ειδικότερα, στη διαδικασία ανάπτυξης της ταυτότητας των ατόμων με απώλεια ακοής αναδεικνύονται οι πεποιθήσεις και οι απόψεις των ατόμων αναφορικά με τον εαυτό τους, τη φύση της αναπηρίας τους, τις κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις αλλά και τον τρόπο σύνδεσής τους με τις δύο κοινότητες (Clickman & Garey, 1993).

Σύμφωνα με το μοντέλο των Clickman & Carey (1993) η ανάπτυξη της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση διέρχεται από τέσσερα αναπτυξιακά, σταθερά και προκαθορισμένα στάδια. Ειδικότερα, η πρώτη φάση έχει ως αφετηρία μια εσωτερική άρνηση, κατά την οποία τα άτομα με απώλεια ακοής επικεντρώνονται στα μειονεκτήματα της Κώφωσης, αναγνωρίζοντάς την ως μια ιατρική παθολογία που αποτελεί απόκλιση από την κανονικότητα και πρέπει να αντιμετωπιστεί. Επιπροσθέτως, διαπράττουν αρνητικές σκέψεις για τον εαυτό τους αλλά και για την απώλεια ακοής που αντιμετωπίζουν, ενώ ταυτόχρονα αποδέχονται πως η κυρίαρχη ομάδα αποτελεί η κοινότητα των ακουόντων. Περνώντας στο δεύτερο στάδιο, τα άτομα βιώνουν μια περίοδο σύγχυσης, κατά την οποία αδυνατούν να κατανοήσουν σε ποιο από τα δύο περιβάλλοντα ανήκουν. Το παραπάνω, δημιουργεί προβληματισμούς στα άτομα σχετικά με το εάν θα πρέπει να ενσωματωθούν στην κοινότητα των ακουόντων ή στην κοινωνία των Κωφών. Ταυτόχρονα, ανακαλύπτουν τον ρατσισμό που βιώνουν από τον κοινωνικό περίγυρο, γεγονός που αποτελεί το έναυσμα για τη διαδικασία αναζήτησης της κοινότητας και της κουλτούρας που πρέπει να υιοθετηθεί (Clickman & Garey, 1993). Από την προαναφερθείσα περιγραφή διαπιστώνεται πως τα άτομα που βρίσκονται στα δύο πρώτα στάδια ανάπτυξης της ταυτότητάς τους κατανοούν την Κώφωση από παθολογική άποψη και βιώνουν συναισθήματα απελπισίας, κατάθλιψης, σύγχυσης και σύγκρουσης αναφορικά με την απώλεια ακοής τους (Foster & Kinuthia, 2003).

Στο τρίτο στάδιο τα άτομα μεταφέρονται σε μια περίοδο βύθισης, σύμφωνα με την οποία αποδέχονται όλα τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της Κώφωσης, αντιλαμβάνονται την απώλεια ακοής ως διαφορετικότητα και εκφράζουν τη δυσαρέσκειά τους προς τα άτομα με φυσιολογική ακοή. Το παραπάνω, έχει ως αποτέλεσμα να ενωθούν με την Κοινότητα και τον

πολιτισμό των ατόμων με Κώφωση, απορρίπτοντας την κυρίαρχη ομάδα. Κατά το τελευταίο στάδιο, το οποίο μπορεί να χαρακτηριστεί ως πολιτισμικό, τα άτομα των μειονοτήτων αναγνωρίζουν τις πολιτιστικές διαφορές μεταξύ των δύο κοινοτήτων, έχοντας ωστόσο επιτύχει ένα αίσθημα εσωτερικής ασφάλειας σχετικά με τη δική τους Κώφωση. Μαθαίνουν δηλαδή, να κινούνται και να συνυπάρχουν και στους δύο πολιτισμούς, βιώνοντας θετικά συναισθήματα και εκφράζοντας μια υποστηρικτική διάθεση (Clickman & Garey, 1993). Επομένως, τα δύο τελευταία στάδια λαμβάνουν την Κοινότητα των Κωφών ως σημείο αναφοράς, με τα άτομα να υιοθετούν την πολιτιστική άποψη της Κώφωσης και να κατατάσσουν τους εαυτούς τους στη διαφορετικότητα και όχι στην αναπηρία. Στις δύο αυτές φάσεις, οι Κωφοί βιώνουν ποίκιλα συναισθήματα, ξεκινώντας από την εκδήλωση του θυμού τους απέναντι στους ακούοντες και από την έκφραση της ακραίας αγάπης για οτιδήποτε σχετίζεται με την Κοινότητα των Κωφών. Σταδιακά οδηγούνται σε μια ισορροπημένη αυτο-αποδοχή, μέσω της οποίας αισθάνονται υπερηφάνεια για την απώλεια ακοής τους και ταυτοχρόνως σεβασμό για την κοινότητα των ακουόντων (Foster & Kinuthia, 2003).

Οι Clickman & Carey (1993) στηρίχθηκαν στην άποψη πως η ανάπτυξη της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση αποτελεί μια διαδικασία, η οποία μπορεί να μελετηθεί ως εξέλιξη στα διαφορετικά στάδια. Ειδικότερα, ισχυρίστηκαν πως τα άτομα με ακουστική αναπηρία πρέπει να περάσουν από όλα τα στάδια για να φτάσουν στο τελευταίο, το οποίο χαρακτηρίζεται ως το επιθυμητό και το υγιές (Clickman, 1993). Ωστόσο, η γραμμική αυτή εξέλιξη αμφισβητήθηκε από ερευνητές, οι οποίοι τόνισαν πως δε χρειάζεται να περάσει κανείς από τις προηγούμενες φάσεις για να φτάσει στο πολιτισμικό στάδιο (Leigh et al., 2009 · Maxwell- McCaw & Zea, 2011). Επιπροσθέτως, έχει υπογραμμιστεί πως κάθε διάσταση ή στάδιο που περιγράφεται από τους Glickman & Carey (1993) μπορεί να θεωρηθεί κατάλληλο και υγιές απέναντι σε μια συγκεκριμένη κατάσταση (Foster & Kinuthia, 2003).

#### **2.4.2 Το μοντέλο της Ohna (2004)**

Η Ohna (2004) συνέλαβε την ανάπτυξη της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση ως μια σκηνική διαδικασία, η οποία διέρχεται από τέσσερα στάδια. Μέσα από αυτά τα στάδια, επιχειρείται η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο τα άτομα με Κώφωση αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους, αναπτύσσουν την ταυτότητάς τους και προσαρμόζονται στις προσδοκίες του κοινωνικού περιγύρου (Carter, 2015).

Σύμφωνα με την Ohna (2004), το πρώτο στάδιο ανάπτυξης της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση χαρακτηρίζεται ως δεδομένο. Σ' αυτή τη φάση, τα άτομα θεωρούν πως δε διαφοροποιούνται από τους συνανθρώπους τους με φυσιολογική ακοή, ενώ ταυτοχρόνως χαρακτηρίζουν την απώλεια ακοής που αντιμετωπίζουν ως μια κατάσταση που δεν αποτελεί σοβαρό εμπόδιο στην καθημερινή ζωή και διαβίωση. Μεταβαίνοντας στο δεύτερο στάδιο, το οποίο είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με ένα αίσθημα αποξένωσης, τα άτομα αρχίζουν να αισθάνονται πως διαφέρουν από την κυρίαρχη κοινότητα αλλά και από τους συνανθρώπους τους που εντάσσονται σ' αυτή. Η παραπάνω άποψη τους οδηγεί στην κατανόηση της Κώφωσης ως μειονέκτημα και αναπηρία, η οποία επιφέρει αρνητικές επιπτώσεις στον τρόπο

διαβίωσής τους. Κατά το τρίτο στάδιο, που είναι γνωστό ως στάδιο της σύνδεσης, τα άτομα ενστερνίζονται την κοινωνικό-πολιτιστική άποψη, σύμφωνα με την οποία η Κώφωση αποτελεί διαφορετικότητα. Οι προαναφερθέντες αντιλήψεις ωθούν τα άτομα να αλληλεπιδρούν με συμπολίτες τους με απώλεια ακοής, να στρέφονται στον πολιτισμό των Κωφών και να δημιουργούν σχέσεις συνεργασίας με τις Κοινότητές τους. Οι σχέσεις αυτές έχουν ως αποτέλεσμα την πεποίθηση των κωφών πως τα άτομα με απώλεια ακοής αλληλοκατανοούνται, καθώς μοιράζονται την ίδια γλώσσα αλλά και τις ίδιες αξίες, αρχές και αντιλήψεις.

Το τελευταίο στάδιο θεωρείται η φάση της ολοκλήρωσης στην ανάπτυξη της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση και έχει την ονομασία «Κωφός με τον δικό μου τρόπο». Τα άτομα μεταβαίνουν στο τελευταίο στάδιο, αφού γνωρίσουν τις συνέπειες της αποξένωσης και σύνδεσης, καταστάσεις με τις οποίες ήρθαν αντιμέτωποι στις προηγούμενες φάσεις. Ειδικότερα, στο στάδιο αυτό, τα άτομα επιχειρούν να συνδεθούν τόσο με τον πολιτισμό των ακουόντων όσο και με τον πολιτισμό των Κωφών, αποδεχόμενοι την αναπηρία τους, τον εαυτό τους αλλά και τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζονται από τον κοινωνικό περίγυρο. Καταφεύγουν στον δίγλωσσο τρόπο επικοινωνίας, προκειμένου να έχουν τη δυνατότητα να συναναστρέφονται με όλους τους συμπολίτες τους και ταυτοχρόνως εμπλέκονται και στις δύο κοινότητες, διατηρώντας ωστόσο το δικό τους προσωπικό στίγμα. Η εμπλοκή αυτή στοχεύει στην κατανόηση των ατόμων και των δύο κοινοτήτων, ενώ απώτερος σκοπός αποτελεί η συνύπαρξη των δύο κόσμων, προκειμένου τα άτομα να κινούνται άνετα, αναπτύσσοντας μια πολιτισμική ταυτότητα. Το συγκεκριμένο στάδιο συνεπάγεται με μια ισχυρή αίσθηση ωριμότητας του εαυτού και περιγράφει μια αυθεντική ταυτότητα, ένα δίγλωσσο και διπολιτισμικό πρόσωπο που διευκολύνει τη διαβίωση των ατόμων με Κώφωση (Ohna, 2004).

Η Ohna (2004) τονίζει πως η διαμόρφωση της ταυτότητας των ατόμων με απώλεια ακοής απαιτεί την αλληλεπίδρασή τους τόσο με άτομα με Κώφωση όσο και με ακούοντες. Επιπροσθέτως, ισχυρίζεται πως οι επιλογές των ατόμων στηρίζονται στην προσωπική τους κατάσταση και όχι στους κανόνες των δύο κοινοτήτων. Από τη διαδικασία που περιεγράφηκε ξεχωρίζει το τελευταίο στάδιο, το οποίο χαρακτηρίζεται ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς τα άτομα αντιλαμβάνονται τόσο τον ίδιο τους τον εαυτό όσο και το κοινωνικό περιβάλλον. Γενικότερα, το συγκεκριμένο στάδιο αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο για την ανάπτυξη της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση και αντιπροσωπεύει μια βασική μεταμοντέρνα θέση, η οποία επιδιώκει να εκθέσει και να γεφυρώσει το χάσμα που δημιουργείται ανάμεσα στους δύο πολιτισμούς (Ohna, 2004).

### **2.4.3 Οι φάσεις της Mauldin (2020)**

Η Mauldin (2020) διαπίστωσε και προτείνει δύο πιθανές φάσεις που λαμβάνουν χώρα τη χρονική στιγμή, κατά την οποία τα άτομα με απώλεια ακοής υιοθετούν την ταυτότητα Κωφών. Ειδικότερα, η ερευνήτρια ανέφερε πως στην αρχή της πρώτης φάσης, τα άτομα αρχίζουν να συναναστρέφονται με συνανθρώπους τους με Κώφωση, στοιχείο που επιφέρει

θετικές εσωτερικές αλλαγές αναφορικά με τον τρόπο που αντιμετωπίζουν την απώλεια ακοής τους. Οι αλλαγές που συντελούνται έχουν ως αποτέλεσμα την απροθυμία των ατόμων να υποκρύψουν την Κώφωσή τους, προκειμένου να διαχειριστούν τις αντιλήψεις και προσδοκίες των συνανθρώπων τους με τυπική ακοή. Το γεγονός αυτό οφείλεται στη δημιουργία ισχυρών δεσμών με την Κοινότητα των Κωφών, γεγονός που τους οδηγεί στην υποστήριξη των δικαιωμάτων τους.

Περνώντας στη δεύτερη φάση, τα άτομα συντελούν μια βαθιά εσωτερική αλλαγή, με στόχο να προσαρμόσουν την κοινωνική συμμετοχή αλλά και τις αλληλεπιδράσεις τους με τον κοινωνικό περίγυρο. Συγκεκριμένα, αποκτούν περισσότερη ανοχή απέναντι στις δικές τους ικανότητες και δημιουργούν μια βαθύτερη σχέση με την Κοινότητα των Κωφών. Επιπροσθέτως, ρυθμίζουν τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις τους με άτομα με φυσιολογική ακοή, εκφράζοντας την επιθυμία τους να παραμείνουν όσο το δυνατόν λιγότερο συνδεδεμένοι με την αντίστοιχη κοινότητα. Παρατηρείται δηλαδή, η υιοθέτηση του κοινωνικού μοντέλου κατανόησης της Κώφωσης, σύμφωνα με το οποίο τα άτομα αποδέχονται την αναπηρία τους και επιχειρούν να ζουν με τον δικό τους τρόπο και τους δικούς τους όρους (Mauldin, 2020).

## **2.5 Παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξη της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση**

Τα άτομα με απώλεια ακοής αποτελούν μια ετερογενή ομάδα, καθώς εμφανίζουν χαρακτηριστικά που ποικίλουν μεταξύ τους (Most et al., 2007). Τα χαρακτηριστικά αυτά ασκούν επίδραση στη διαμόρφωση της ταυτότητας τους, η οποία θεωρείται ένα περίπλοκο ζήτημα. Επομένως, η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο αναπτύσσεται η ταυτότητα των ατόμων με Κώφωση μπορεί να πραγματοποιηθεί αποκλειστικά με τη διερεύνηση των παραγόντων που την επηρεάζουν (Foster & Kinuthia, 2003).

Σ' αυτούς τους παράγοντες συγκαταλέγονται, μεταξύ άλλων, τα ατομικά χαρακτηριστικά των ατόμων (Foster & Kinuthia, 2003). Ειδικότερα, η φύση της αναπηρίας, δηλαδή ο βαθμός απώλειας ακοής και η ηλικία έναρξης της Κώφωσης (Most et al., 2007) αλλά και η ύπαρξη τεχνολογικού βοηθήματος ενίσχυσης του ήχου μπορούν να θεωρηθούν καταλυτικοί παράγοντες στην ανάπτυξη της ταυτότητάς τους (Brice & Strauss, 2016). Εν συνεχεία, προγνωστικοί δείκτες της πολιτιστικής ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση αποτελούν οι σχολικές τους εμπειρίες, στις οποίες συμπεριλαμβάνεται ο τύπος της σχολικής μονάδας φοίτησης, η γλώσσα πραγματοποίησης της διδασκαλίας αλλά και η κατάσταση ακοής των εκπαιδευτικών και συμμαθητών. Οι εκπαιδευτικές αυτές εμπειρίες συμβάλλουν στον βαθμό, με τον οποίο τα άτομα υιοθετούν την κουλτούρα των Κωφών και την κουλτούρα των ακουόντων (Bat-Chava, 2000 · Hadjikakou & Nikolaraizi, 2007 · Israelite et al., 2002 · Kobosko, 2010 · Leigh et al., 2008 · Most et al., 2007 · Schwartz et al., 2007). Επίδραση στη διαμόρφωση της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση ασκεί και ο προτιμώμενος τρόπος επικοινωνίας στην καθημερινότητα, η κατάσταση ακοής των γονέων και των υπολοίπων μελών της οικογένειας αλλά και το οικογενειακό περιβάλλον ευρύτερα

(Bat-Chava, 2000 · Carter, 2015 · Carter & Mireles, 2016 · Jambor & Elliot, 2005 · Lampez et al., 2020 · Most et al., 2007 · Sutton-Spence, 2010).

Εκτός από τα ατομικά χαρακτηριστικά, σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση, διαδραματίζουν και οι κοινωνικές συνθήκες που επικρατούν στο περιβάλλον που ζουν (Foster & Kinuthia, 2003). Ειδικότερα, έχει δοθεί ιδιαίτερη ερευνητική προσοχή στις κοινωνικές διασυνδέσεις αλλά και στον βαθμό με τον οποίο τα άτομα συναναστρέφονται με την Κοινότητα των Κωφών (Carter, 2015 · Carter & Mireles, 2016 · Jambor & Elliott, 2005 · Lampez et al., 2020). Η ταυτότητα δηλαδή, εξαρτάται από τις σχέσεις και αλληλεπιδράσεις που αναπτύσσουν τα άτομα τόσο με την κοινότητα των ακουόντων όσο και με την κοινωνία των Κωφών (Bat Chava, 2000 · Rich et al, 2013). Τέλος, ο τρόπος με τον οποίο τα ίδια τα άτομα αντιλαμβάνονται την απώλεια ακοής, αλλά και ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζονται από τον κοινωνικό περίγυρο μπορούν να θεωρηθούν σημαντικοί παράγοντες στην ανάπτυξη της ταυτότητάς τους (Brice & Strauss, 2016).

Από τα προαναφερθέντα, προκύπτει το συμπέρασμα πως η ταυτότητα των ατόμων με Κώφωση επηρεάζεται από πληθώρα χαρακτηριστικών, στα οποία συγκαταλέγονται τόσο τα προσωπικά στοιχεία των ατόμων όσο και οι διάφορες κοινωνικές καταστάσεις (Brice & Strauss, 2016). Ειδικότερα, οι Foster και Kinuthia (2003) διέκριναν τέσσερις βασικούς παράγοντες επιρροής της ταυτότητας των ατόμων με απώλεια ακοής. Ο ένας από αυτούς σχετίζεται με τα ατομικά χαρακτηριστικά, όπως αυτά περιεγράφηκαν παραπάνω, ενώ οι υπόλοιποι τρεις με τις κοινωνικές συνθήκες. Σ' αυτές τις συνθήκες συγκαταλέγονται οι περιστασιακές καταστάσεις που βιώνουν τα άτομα, οι κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις αλλά και οι ευρείες κοινωνικές τάσεις, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται τα στερεότυπα, οι αντιλήψεις, η κουλτούρα, η πολιτική και η οικονομία (Foster και Kinuthia, 2003). Ωστόσο, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως η ταυτότητα δεν επηρεάζεται αποκλειστικά από μεμονωμένες και αυτόνομες μεταβλητές. Αντιθέτως, τα στοιχεία αυτά αλληλοσυνδέονται, ασκώντας συνολική επίδραση στην ανάπτυξη της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση (Goldblat & Most, 2018).

## **2.6 Βιβλιογραφική Ανασκόπηση: Ταυτότητα των ατόμων με Κώφωση**

Όπως προαναφέρθηκε, η ταυτότητα που αναπτύσσουν τα άτομα με Κώφωση έχει απασχολήσει ιδιαίτερα την επιστημονική κοινότητα τις τελευταίες δεκαετίες. Παρακάτω, πραγματοποιείται μια αναλυτική αναφορά σε έρευνες, οι οποίες διερεύνησαν τους παράγοντες επιρροής της ταυτότητας των ατόμων με απώλεια ακοής.

### **2.6.1 Η επίδραση του κοχλιακού εμφυτεύματος στην ανάπτυξη της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση**

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διαπιστώνεται πως η χρήση τεχνολογικών βοηθημάτων ενίσχυσης του ήχου ασκεί σημαντική επίδραση στον τρόπο διαμόρφωσης της

ταυτότητας των ατόμων με απώλεια ακοής (Chapman & Dammeyer, 2017, 2016 · Goldblat & Most, 2018 · Hintermair, 2007· Leigh, 2009 · Leigh et al., 2008 · Mance & Ewards, 2012· Marschark et al., 2017 · Maxwell – McCaw, 2001 · Moog et al, 2011· Rich et al., 2013 · Spencer et al., 2012 · Wald & Knutson, 2000 · Wheeler et al., 2007).

Ειδικότερα, στη μελέτη τους οι Chapman & Dammeyer (2016), διερευνώντας την ανάπτυξη της ταυτότητας 839 ατόμων με Κώφωση, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως οι συμμετέχοντες με κοχλιακό εμφύτευμα παρουσιάζουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν την ταυτότητα Ακουόντων, σε σύγκριση με τα άτομα που δεν χρησιμοποιούν το συγκεκριμένο τεχνολογικό βοήθημα. Ειδικότερα, η εν λόγω ομάδα ατόμων δήλωσε πως είχε μια ασθενής και ασήμαντη σχέση με την κοινότητα και κουλτούρα των Κωφών, στοιχείο που είχε ως αποτέλεσμα την ταύτισή τους με την κοινωνία των ατόμων με φυσιολογική ακοή. Ανάλογα είναι τα αποτελέσματα και από τις έρευνες των Goldblat & Most (2018), Chapman and Dammeyer (2017), Hilton et al. (2013), Rich et al. (2013), Mance & Ewards (2012), Moog et al. (2011), Hintermair, (2007) και Maxwell– McCaw (2001), στις οποίες διαπιστώθηκε πως τα άτομα με κοχλιακή εμφύτευση αναφέρουν τις προσδοκίες τους να αλληλεπιδρούν με τους ακούοντες αλλά και την επιθυμία τους να αναπτύξουν τον προφορικό λόγο, στοιχεία που οδηγούν στην υιοθέτηση των αντιλήψεων, αξιών και αρχών της κοινωνίας των ατόμων με φυσιολογική ακοή και τελικά στην ανάπτυξη της ταυτότητας Ακουόντων. Ειδικότερα, οι ερευνητές τόνισαν πως η ύπαρξη του κοχλιακού εμφυτεύματος ωθεί τα άτομα στην εξιδανίκευση της κοινότητας των ατόμων με φυσιολογική ακοή, ενώ ταυτόχρονα περιορίζει την επιθυμία τους να συνδεθούν με την κοινωνία των Κωφών. Παρομοίως, οι Leigh et al. (2008) και Wald & Knutson (2000), διερευνώντας την επίδραση του κοχλιακού εμφυτεύματος στην ανάπτυξη της ταυτότητας 57 και 45 ατόμων με Κώφωση αντίστοιχα, διαπίστωσαν την ταύτιση των ατόμων με κοχλιακή εμφύτευση με την κοινωνία των ακούοντων αλλά και την ταυτόχρονη απομάκρυνσή τους από την Κοινότητα των Κωφών. Οι ερευνητές απέδωσαν την παραπάνω κατάσταση στο γεγονός πως τα άτομα μετά την εμφύτευση ενθαρρύνονται και λαμβάνουν τη μέγιστη ακουστική εκπαίδευση τόσο από το οικογενειακό όσο και το σχολικό τους περιβάλλον.

Σε αντίθεση με τα παραπάνω αποτελέσματα, οι έρευνες των Marschark et al. (2017) και Spencer et al. (2012), στις οποίες συμμετείχαν 117 και 41 άτομα με απώλεια ακοής αντίστοιχα, ανέδειξαν πως η πλειοψηφία των συμμετεχόντων με κοχλιακό εμφύτευμα ανέπτυξε τη Διπολιτισμική ταυτότητα, κατά την οποία κινούνται με ελευθερία τόσο στην Κοινότητα των Κωφών όσο και στην κοινωνία των ακούοντων. Παρομοίως, οι Christianen & Leigh (2005), μέσα από συνεντεύξεις σε εφήβους και ενήλικες με κοχλιακό εμφύτευμα, διαπίστωσαν πως οι συμμετέχοντες εντάσσονταν στην Κοινότητα των Κωφών, επιδιώκοντας ωστόσο την κοινωνικοποίησή τους και με ακούοντες. Το παραπάνω, υποδηλώνει την υιοθέτηση της Διπολιτισμικής ταυτότητας, σύμφωνα με την οποία τα άτομα συνυπάρχουν αρμονικά και τις δύο κοινότητες. Το ανωτέρω εύρημα συμφωνεί και με την έρευνα των Wheeler et al. (2007), η οποία διερεύνησε το αντίκτυπο των κοχλιακών εμφυτευμάτων στην καθημερινή ζωή 29 ατόμων με Κώφωση. Ειδικότερα, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δεν ταυτίζονταν πλήρως ούτε με την Κοινότητα των Κωφών αλλά ούτε με την κοινωνία των ακούοντων. Αναγνώριζαν το γεγονός πως είναι άτομα με Κώφωση με την έννοια πως δεν



μπορούν να ακούσουν χωρίς το κοχλιακό εμφύτευμα, ωστόσο δεν προχώρησαν στην υιοθέτηση της ταυτότητας Κωφών ή της ταυτότητας Ακουόντων.

Γενικότερα, ερευνητές αναφέρουν πως τα άτομα με κοχλιακό εμφύτευμα παρουσιάζουν περισσότερες δυνατότητες ανάπτυξης της Διπολιτισμικής ή της ταυτότητας Ακουόντων (Rich et al, 2013 · Spencer et al., 2012 · Wald & Knutson, 2000). Το παραπάνω, οφείλεται στο γεγονός πως το συγκεκριμένο τεχνολογικό βοήθημα ενίσχυσης του ήχου βελτιώνει τις ικανότητες των ατόμων με Κώφωση στον προφορικό λόγο (Chapman & Dammeyer, 2016 · Peng et al., 2004), επιτρέποντας μεγαλύτερη προσβασιμότητα σε ακουστικές πληροφορίες της ομιλούμενης γλώσσας (Spencer et al., 2012). Μάλιστα, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η ηλικία τοποθέτησης του κοχλιακού εμφυτεύματος, καθώς διαπιστώνεται πως η πρώιμη εμφύτευση οδηγεί σε υψηλότερα επίπεδα ομιλίας και επικοινωνιακής λειτουργίας, γεγονός που ευνοεί τη σύνδεση των ατόμων με άτομα που παρουσιάζουν φυσιολογική ακοή (Leigh et al. 2008 · Moog et al., 2011 · Rich et al., 2013 ·). Ωστόσο, δημιουργούνται ανησυχίες πως τα άτομα με κοχλιακό εμφύτευμα ενδέχεται να αποξενωθούν και από τις δύο κοινότητες, αναπτύσσοντας την Περιθωριοποιημένη ταυτότητα (Leigh, 2009 · Rich et al., 2013). Παρατηρείται δηλαδή, ο κίνδυνος τα άτομα να φτάσουν στο περιθώριο, νιώθοντας αποξενωμένοι τόσο από την Κοινότητα των Κωφών όσο και από την κοινωνία των ακουόντων (Wald & Knutson, 2000).

## **2.6.2 Η επίδραση του τρόπου επικοινωνίας στην ανάπτυξη της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση**

Στους παράγοντες επιρροής της ανάπτυξης της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση συγκαταλέγεται και ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα επιλέγουν να επικοινωνούν στην καθημερινότητά τους (Maxwell-McCaw & Zea, 2011 · Ohna, 2004). Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δηλαδή, διαπιστώνεται πως η ταυτότητα εξαρτάται από το εάν το άτομο χρησιμοποιεί τη νοηματική γλώσσα, τον προφορικό λόγο ή εάν προσφεύγει στη χρήση και των δύο αυτών συστημάτων επικοινωνίας (Brice & Strauss, 2016 · Chapman & Dammeyer, 2016 · Carter, 2015 · Goldblat & Most, 2018 · Hatzikakou & Nikolarazi, 2007 · Hilton et al., 2013 · Hintermair, 2007 · Israilite et al., 2002 · Kobosko, 2010 · Kossewska, 2008 · Lampež et al., 2020 · Marschark et al., 2017 · Moog et al., 2011 · Most et al., 2007 · Najarian, 2008 · Nelson Schmitt & Leigh, 2015 · Punch et al., 2007 · Spencer et al., 2012).

Ειδικότερα, στις έρευνές τους οι Lampež et al. (2020), Marschark et al. (2017), Chapman & Dammeyer (2016) και Goldblat & Most (2018), έχοντας ως δείγμα 129, 119, 839 και 141 άτομα με Κώφωση αντίστοιχα, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η πλειοψηφία των συμμετεχόντων που προσφεύγει στη χρήση του προφορικού λόγου ως μέσο επικοινωνίας, ωθείται στην ανάπτυξη της ταυτότητας Ακουόντων, κατά την οποία δημιουργούνται ισχυροί δεσμοί με την κοινότητα των ατόμων με φυσιολογική ακοή. Αντιθέτως, οι χρήστες της νοηματικής γλώσσας τείνουν να ενστερνίζονται την ταυτότητα Κωφών, σύμφωνα με την οποία η Κοινότητα των Κωφών αποτελεί σημείο αναφοράς τους. Τα ευρήματα που προαναφέρθηκαν συμφωνούν και με τις έρευνες των Carter (2015),

Kobosko (2010), Kossewska (2008), Nikolaraizi (2007) και Punch et al., (2007), στις οποίες διαπιστώθηκε πως οι συμμετέχοντες που χρησιμοποιούν τη νοηματική γλώσσα ως τρόπο επικοινωνίας σημειώνουν υψηλότερες βαθμολογίες στην ταυτότητα Κωφών, αναγνωρίζοντας μ' αυτόν τον τρόπο την Κώφωση ως διαφορετικότητα και όχι ως αναπηρία. Από την άλλη πλευρά, οι συμμετέχοντες που προσφεύγουν στη χρήση του προφορικού λόγου υιοθετούν την ταυτότητα Ακουόντων και αποδέχονται την κουλτούρα, τις αξίες και τις αρχές της κοινωνίας των ατόμων με φυσιολογική ακοή. Εν συνεχεία, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι έρευνες των Najarian (2008), Most et al. (2007) και Hatzikakou & Nikolaraizi (2007) σύμφωνα με τις οποίες οι νέοι που χρησιμοποιούν τον δίγλωσσο τρόπο επικοινωνίας και καταφεύγουν στη χρήση τόσο της νοηματικής γλώσσας όσο και του προφορικού λόγου αναπτύσσουν τη Διπολιτισμική ταυτότητα, σύμφωνα με την οποία σέβονται, εκτιμούν και ενσωματώνονται και στις δύο κοινότητες.

Εκτός από τον τρόπο επικοινωνίας, σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της ταυτότητας διαδραματίζουν και οι γλωσσικές ικανότητες των ατόμων. Ειδικότερα, οι έρευνες των Marschark et al. (2017), Chapman & Dammeyer (2016), Nelson Schmitt & Leigh (2015), Hilton et al. 2013, Moog et al. (2011), Spencer et al. (2012) και Hintermair (2007) ανέδειξαν πως τα άτομα με αυξημένες δεξιότητες στη νοηματική γλώσσα συνδέονται με την κουλτούρα των Κωφών, αναπτύσσοντας την αντίστοιχη ταυτότητα. Αντιθέτως, οι συμμετέχοντες με καλύτερες ικανότητες στον χειρισμό του προφορικού λόγου ταυτίζονται με τα άτομα με φυσιολογική ακοή, υιοθετώντας την ταυτότητα Ακουόντων. Τα προαναφερθέντα αποτελέσματα επιβεβαιώνονται και από την έρευνα των Goldblat & Most (2018), στην οποία συμμετείχαν 141 άτομα με Κώφωση. Ωστόσο, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα σύμφωνα με το οποίο τα άτομα που δεν ήταν ικανά ούτε στη νοηματική γλώσσα αλλά ούτε είχαν αναπτύξει τον προφορικό λόγο υιοθέτησαν την Περιθωριοποιημένη ταυτότητα, η οποία χαρακτηρίζεται από μια ασαφή κατάσταση. Σε ανάλογο επίπεδο η έρευνά του Hintermair (2007), στην οποία συμμετείχαν 629 άτομα με Κώφωση, τόνισε πως τα άτομα που χειρίζονται ικανοποιητικά και τα δύο συστήματα επικοινωνίας αναπτύσσουν τη Διπολιτισμική ταυτότητα, σύμφωνα με την οποία κοινωνικοποιούνται με συνανθρώπους τους, ανεξαρτήτως από το εάν παρουσιάζουν απώλεια ακοής. Η ανάδειξη της Διπολιτισμικής ταυτότητας σε άτομα που χρησιμοποιούν επαρκώς και τα δύο συστήματα επικοινωνίας πραγματοποιήθηκε και στην έρευνα των Moog et al. (2011).

### **2.5.3 Η επίδραση των εκπαιδευτικών εμπειριών στην ανάπτυξη της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση**

Διάφορες έρευνες έχουν αναδείξει πως το εκπαιδευτικό περιβάλλον αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες επιρροής της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση (Bat – Chava, 2000 · Carter & Mireles, 2016 · Chapman, 2021 · Chapman & Dammeyer, 2016 · Chen, 2014 · Glickman, 1993 · Goldblat & Most, 2018 · Hadjidakou & Nikolaraizi, 2007 · Hilton et al., 2013 · Hintermair, 2007 · Israelite et al., 2002 · Kent & Smith, 2006 · Leigh, 2009 · Marschark et al., 2017 · Maxwell-McCaw, 2001 · Moog et al., 2011 · Najarian,

2008 · Nelson Schmitt & Leigh, 2015 · Nikolarazi & Hadjikakou, 2006 · Punch, et al., 2007).

Συγκεκριμένα, από τις μελέτες των Goldblat & Most (2018) και Chapman & Dammeyer (2016), στις οποίες συμμετείχαν 141 και 839 άτομα με Κώφωση αντίστοιχα, προέκυψε πως τα άτομα που εκπαιδεύτηκαν σε γενικά σχολεία ανέπτυξαν την ταυτότητα Ακουόντων, κατά την οποία πρωταρχική κοινότητα αποτελεί η κοινωνία των ατόμων με φυσιολογική ακοή. Αντιθέτως, τα άτομα που φοιτούσαν σε ειδικά σχολεία υιοθέτησαν την ταυτότητα Κωφών και επεδίωκαν την ενσωμάτωσή τους στην αντίστοιχη κοινότητα, προκειμένου να υπερασπιστούν τα δικαιώματά τους. Παρόμοια αποτελέσματα ανέδειξαν και οι έρευνες των Marschark et al. (2017), Moog et al. (2011), Najarian (2008), Hintermair,(2007), Punch, et al. (2007), Hadjikakou & Nikolarazi 2007, Kent & Smith, (2006), Nikolarazi (2007), Nikolarazi & Hadjikakou (2006) Israelite et al. (2002), Bat - Chava (2000), Maxwell-McCaw (2001) και Glickman (1993), οι οποίες κατέληξαν στο συμπέρασμα πως τα άτομα με Κώφωση που φοιτούν αποκλειστικά ή στο μεγαλύτερο μέρος σε ειδικά σχολεία τείνουν να υιοθετούν την ταυτότητα Κωφών, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα την ενσωμάτωσή τους στην Κοινότητα των ατόμων με Κώφωση αλλά και την υιοθέτηση των αξιών, αρχών, αντιλήψεων και πεποιθήσεών τους. Αντιθέτως, τα άτομα που εκπαιδεύονται σε γενικά σχολεία, στα οποία μάλιστα δημιουργείται ένα φιλικό κλίμα, εκφράζουν την επιθυμία τους να ενταχθούν στην κοινότητα των ακουόντων και να συνδεθούν με άτομα με φυσιολογική ακοή.

Σε αντίθεση με τα παραπάνω αποτελέσματα, οι Nelson Schmitt & Leigh (2015) και Most et al. (2007) διαπίστωσαν πως οι συμμετέχοντες που φοιτούσαν σε γενικά σχολεία αλλά συναναστρέφονταν κατά τη σχολική και καθημερινή τους ζωή τόσο με ακούοντες όσο και με άτομα με Κώφωση υιοθέτησαν τη Διπολιτισμική ταυτότητα, βιώνοντας θετικά συναισθήματα και για τις δύο κοινότητες. Ανάλογα είναι τα αποτελέσματα και από τις έρευνες των Hilton et al. (2013), Moog et al. (2011), McIlroy & Storbeck, (2011) και Hadjikakou & Nikolarazi (2007), στις οποίες διαπιστώθηκε πως οι συμμετέχοντες που είχαν φοιτήσει σε γενικά σχολεία αλλά κατά τη διάρκεια της ζωής τους κοινωνικοποιούνταν με άτομα με Κώφωση παρουσίασαν ένα πολιτισμικό πρόσωπο, σύμφωνα με το οποίο επεδίωκαν την αρμονική συμβίωση των δύο κοινοτήτων. Τέλος, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει ένα εύρημα των Goldblat & Most (2018), το οποίο περιγράφει πως τα άτομα που δεν παρουσίασαν μια σταθερή σχολική τοποθέτηση, αλλά μεταπηδούσαν από ειδικά σε γενικά σχολεία ανέπτυξαν την Περιθωριοποιημένη ταυτότητα, συναντώντας δυσκολίες στη διαδικασία χαρτογράφησης της πορείας της ταυτότητάς τους.

Εκτός από τον τύπο φοίτησης του σχολείου, σημαντικό ρόλο στην ταυτότητα των ατόμων με Κώφωση διαδραματίζουν και τα συστήματα επικοινωνίας που χρησιμοποιούνται κατά τη διδασκαλία και αλληλεπίδραση. Ειδικότερα, οι έρευνες των Hilton et al. (2013), Hatzikakou & Nikolarazi (2007), Nikolarazi & Hadjikakou (2006) και Sari (2005) κατέληξαν στο συμπέρασμα πως τα άτομα που φοιτούσαν σε σχολεία κατά τα οποία χρησιμοποιούνταν περισσότερο ακουστικές και προφορικές μέθοδοι διδασκαλίας υιοθέτησαν την ταυτότητα Ακουόντων, σύμφωνα με την οποία κυρίαρχη ομάδα αποτελεί η ομάδα των ατόμων με φυσιολογική ακοή. Αντιθέτως, οι συμμετέχοντες στις έρευνες που φοιτούσαν σε

σχολεία κατά τα οποία χρησιμοποιούνταν η νοηματική γλώσσα ταυτίστηκαν με την ταυτότητα Κωφών. Σε αντίθεση με τα παραπάνω αποτελέσματα, στην έρευνά του ο Charman (2021) διαπίστωσε πως όταν τα άτομα εκπαιδεύονται ταυτοχρόνως σε προφορικά συστήματα αλλά και σε συστήματα που βασίζονται στις χειρονομίες έχουν τη δυνατότητα να αναπτύξουν τη Διπολιτισμική ταυτότητα, σύμφωνα με την οποία αισθάνονται υπερηφάνεια για την Κώφωσή τους και ταυτοχρόνως εκδηλώνουν τον σεβασμό τους για την κοινότητα των ακουόντων. Το ανωτέρω εύρημα επιβεβαιώνεται και από τις έρευνες των Hintermair, (2007) και Sari (2005), οι οποίοι σε δείγμα 629 και 90 ατόμων με Κώφωση αντίστοιχα, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως τα σχολεία που χρησιμοποιούν το δίγλωσσο τρόπο επικοινωνίας προωθούν μια πολιτιστική άποψη της Κώφωσης, και ωθούν τα άτομα στην υιοθέτηση της Διπολιτισμικής ταυτότητας.

#### **2.6.4 Η επίδραση της φύσης της αναπηρίας στην ανάπτυξη της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση**

Στα ατομικά χαρακτηριστικά που ασκούν επίδραση στην ανάπτυξη της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση συγκαταλέγονται, μεταξύ άλλων, η ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας αλλά και ο βαθμός απώλειας της ακοής (Carter, 2015 · Carter & Mireles, 2016 · Charman & Dammeyer, 2016 · Fischer & McWhirter, 2001 · Goldblat and Most, 2018 · Hintermair, 2007 · Israelite et al., 2002 · Kent & Smith, 2006 · Leigh, 2009 · Leigh, 1998 · Marschkal et al., 2017 · Nelson Schmitt & Leigh, 2015 · Smiler, 2006).

Στις έρευνές τους, οι Goldblat and Most (2018), Marschkal et al. (2017), Charman & Dammeyer, (2016), Nelson Schmitt & Leigh (2015), Carter (2015), Kent & Smith (2006) και Israelite et al. (2002), αναζητώντας την επίδραση της σοβαρότητας ακοής στην ταυτότητα των ατόμων με Κώφωση, διαπίστωσαν πως τα άτομα με Βαρηκοΐα, και επομένως χαμηλότερο βαθμό απώλειας ακοής, τείνουν να υιοθετούν την ταυτότητα Ακουόντων, σύμφωνα με την οποία ως κυρίαρχη κοινότητα ορίζεται η κοινωνία των ατόμων με φυσιολογική ακοή. Αντιθέτως, τα άτομα με σοβαρότερη απώλεια ακοής ενστερνίζονται την ταυτότητα Κωφών και υιοθετούν τον πολιτισμό, τις αξίες και την αντίστοιχη κουλτούρα. Οι ερευνητές αποδίδουν την παραπάνω κατάσταση στο γεγονός πως ο βαθμός απώλειας της ακοής επηρεάζει την ανάπτυξη του προφορικού λόγου, καθώς τα άτομα με καλύτερη ακρόαση ενδεχομένως να αναπτύξουν περισσότερο την ομιλούμενη γλώσσα. Από τις έρευνες που προαναφέρθηκαν ξεχωρίζει η μελέτη των Charman & Dammeyer (2016), οι οποίοι ισχυρίστηκαν πως τα άτομα με χαμηλό βαθμό απώλειας ακοής που δεν υιοθετούν την ταυτότητα Ακουόντων κινδυνεύουν να ταυτιστούν με την Περιθωριοποιημένη ταυτότητα, η οποία χαρακτηρίζεται από μια ασαφή και απομονωμένη κατάσταση. Τα παραπάνω ευρήματα επιβεβαιώνονται και από τις έρευνες των Hintermair, (2007), Colangelo-Fischer & McWhirter (2001) και Leigh (1998), οι οποίες διαπίστωσαν πως τα άτομα με Κώφωση, που παρουσιάζουν υψηλό βαθμό απώλειας ακοής υιοθετούν την ταυτότητα Κωφών, βιώνοντας θετικά συναισθήματα για την Κώφωση που αντιμετωπίζουν. Αντιθέτως, τα άτομα με Βαρηκοΐα και συνεπώς χαμηλότερο βαθμό απώλειας ακοής ενστερνίζονται την ταυτότητα

Ακουόντων, σύμφωνα με την οποία η φυσιολογική ακοή αποτελεί σημείο αναφοράς της υγείας.

Η ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας αποτελεί έναν ακόμη παράγοντα που επηρεάζει την κατασκευή της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση. Ειδικότερα, ο Carter (2015) και Hintermair, (2007), διερευνώντας 345 και 629 άτομα με Κώφωση αντίστοιχα, διαπίστωσαν πως οι συμμετέχοντες που βίωσαν την απώλεια ακοής τους πριν την ηλικία των τριών ετών συνδέθηκαν με την ταυτότητα Κωφών, σε αντίθεση με τους μεταγλωσσικά κωφούς που υιοθέτησαν την κουλτούρα των ακουόντων. Μάλιστα, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει και το εύρημα του Hintermair (2007), σύμφωνα με το οποίο οι μεταγλωσσικά Κωφοί έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν την Περιθωριοποιημένη ταυτότητα, σε σύγκριση με τα άτομα που έρχονται αντιμέτωποι με την απώλεια ακοής τους σε μικρότερη ηλικία. Τα προαναφερθέντα ευρήματα επιβεβαιώνονται και από την έρευνα της Smiler (2006), η οποία τόνισε πως οι προγλωσσικά Κωφοί που χρησιμοποιούν τη νοηματική γλώσσα και γενικότερα την οπτική επικοινωνία, ενστερνίζονται την ταυτότητα Κωφών, επιδιώκοντας την ενσωμάτωσή στην αντίστοιχη Κοινότητα. Αντιθέτως οι συμμετέχοντες με μεταγλωσσική Κώφωση, οι οποίοι προτιμούν να επικοινωνούν με τη χρήση του προφορικού λόγου, αντιμετωπίζουν τον εαυτό τους ως άτομο με προβλήματα ακοής, αναπτύσσοντας μ' αυτόν τον τρόπο την ταυτότητα Ακουόντων. Τέλος, οι Fischer & McWhirter (2001) στην έρευνά τους, κατά την οποία αναθεώρησαν την Κλίμακα Ανάπτυξης της Ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση (DIDS), υπογράμμισαν πως τα άτομα με προγλωσσική ακουστική αναπηρία παρουσιάζουν υψηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα της ταυτότητας Κωφών, σε αντίθεση με τους μεταγλωσσικά Κωφούς, οι οποίοι τείνουν να υιοθετούν την ταυτότητα Ακουόντων και να δημιουργούν ισχυρούς δεσμούς με άτομα με φυσιολογική ακοή.

### **2.6.5 Η επίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος στην ανάπτυξη της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση**

Το οικογενειακό περιβάλλον ασκεί καταλυτικό ρόλο στη διαμόρφωση της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση (McIlroy & Storbeck, 2011). Ειδικότερα, η κατάσταση ακοής των γονέων, η στάση τους απέναντι στην αναπηρία των παιδιών τους αλλά και η μέθοδος επικοινωνίας που χρησιμοποιείται σε οικογενειακό επίπεδο επηρεάζει την ανάπτυξη της ταυτότητας τους (Bat-Chava, 2000 · Chen, 2014 · Glickman, 1993 · Glickman & Carey, 1993 · Hintermair, 2007 · Kossewska, 2008 Sari, 2005 · Lampez et al., 2020 · Leigh, 1998 · Marschark et al., 2017 · Maxwell Mc-Caw, 2001 · Moog et al., 2011 · Rich et al., 2013).

Στις έρευνές τους, οι Lampez et al. (2020), Marschark et al. (2017), Rich et al. (2013), Sari (2005) και Bat-Chava (2000) υπογράμμισαν την επίδραση της κατάστασης ακοής των γονέων στην κατασκευή της ταυτότητας των παιδιών τους. Ειδικότερα, από την ανάλυση των αποτελεσμάτων τους προέκυψε πως τα άτομα με κωφούς γονείς, οι οποίοι τείνουν να επικοινωνούν σε οικογενειακό επίπεδο με τη νοηματική γλώσσα, ωθούνται στην ανάπτυξη της ταυτότητας Κωφών αλλά και στην υιοθέτηση των αρχών και αξιών της αντίστοιχης κοινότητας. Αντιθέτως, τα άτομα με ακούοντες γονείς, οι οποίοι προσφεύγουν κατά κύριο

λόγο στη χρήση του προφορικού λόγου, κατανοούν την Κώφωση ως αναπηρία και οδηγούνται στην υιοθέτηση της ταυτότητας Ακουόντων. Ανάλογα είναι τα αποτελέσματα και από την έρευνα των Moog et al. (2011), οι οποίοι σε δείγμα 181 ατόμων με Κώφωση, διαπίστωσαν πως οι συμμετέχοντες με ακούοντες γονείς, οι οποίοι είχαν ως στόχο την ενσωμάτωση των παιδιών τους στην κοινότητα των ακουόντων και χρησιμοποιούσαν τον προφορικό λόγο κατά την επικοινωνία τους, ανέπτυξαν την ταυτότητα Ακουόντων και υιοθέτησαν τις αντιλήψεις της αντίστοιχης κοινότητας. Η επίδραση του τρόπου με τον οποίο τα άτομα επικοινωνούν με την οικογένειά τους διαπιστώθηκε και στην έρευνα του Hintermair, (2007), ο οποίος κατέληξε στο συμπέρασμα πως τα άτομα που αλληλεπιδρούν με τους γονείς και τα αδέρφια στη νοηματική γλώσσα τείνουν να υιοθετούν την ταυτότητα Κωφών και να αποδέχονται το κοινωνικό-πολιτισμικό μοντέλο κατανόησης της αναπηρίας. Αντιθέτως, όταν η επικοινωνία συντελείται με τον προφορικό λόγο υπερτερεί η ανάπτυξη της ταυτότητας Ακουόντων και η ταύτιση των ατόμων με τους συνανθρώπους τους με φυσιολογική ακοή.

Τα προαναφερθέντα ευρήματα επιβεβαιώνονται και από τις έρευνες των Kossewska (2008) και Leigh (1998), οι οποίοι έχοντας ως δείγμα 67 και 244 άτομα με Κώφωση αντίστοιχα, διαπίστωσαν πως τα άτομα με κωφούς γονείς εντάσσονται στην κουλτούρα των ατόμων με απώλεια ακοής, ενώ τα άτομα με ακούοντες γονείς αποδέχονται την κοινότητα των ατόμων με φυσιολογική ακοή. Βέβαια, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημά τους σύμφωνα με το οποίο τα άτομα με ακούοντες γονείς σημειώνουν υψηλότερες βαθμολογίες στην Περιθωριοποιημένη ταυτότητα, σε σύγκριση με τα άτομα που οι γονείς τους παρουσιάζουν κάποιο βαθμό απώλειας ακοής. Το παραπάνω, ενδεχομένως αντικατοπτρίζει τους διαφορετικούς τύπους πιέσεων που δέχονται τα άτομα στο περιβάλλον της ακοής, σε αντίθεση με τους υπολοίπους, οι οποίοι μπορούν να συμμετάσχουν ελεύθερα στην Κοινότητα των Κωφών. Παρομοίως, οι έρευνες των Maxwell-McCaw (2001), Glickman (1993), και Glickman & Carey (1993), κατέληξαν στο συμπέρασμα πως τα άτομα με ακούοντες γονείς έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν την ταυτότητα Ακουόντων ή την Περιθωριοποιημένη ταυτότητα, σε αντίθεση με τα άτομα με κωφούς γονείς, τα οποία τείνουν να αναπτύξουν τη Διπολιτισμική ή την ταυτότητα Κωφών.

## **2.6.6 Η επίδραση των κοινωνικών δικτύων αλλά και των προσδοκιών του κοινωνικού περιβάλλοντος στην ανάπτυξη της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση**

Οι κοινωνικές επαφές των ατόμων με Κώφωση ασκούν σημαντική επίδραση στην ανάπτυξη της ταυτότητάς τους. Οι αλληλεπιδράσεις με τους συνανθρώπους τους, ο βαθμός συμμετοχής στην κοινότητα των Κωφών αλλά και οι προσδοκίες του κοινωνικού περιγύρου μπορούν να καθορίσουν το είδος της ταυτότητας που αναπτύσσουν τα άτομα με ακουστική αναπηρία (Bishop & Hicks, 2005 · Carter, 2015 · Kent & Smith, 2006 · Leigh, 2009 · Moroe, 2019 · Sari, 2005 · Smiler, 2006).

Στις έρευνές τους, οι Moroe (2019), Carter (2015) και Bishop & Hicks (2005) κατέληξαν στο συμπέρασμα πως οι συμμετέχοντες που συναναστρέφονταν και κοινωνικοποιούνταν στην Κοινότητα των Κωφών, υιοθέτησαν την αντίστοιχη ταυτότητα, σύμφωνα με την οποία ο κόσμος των Κωφών αποτελεί σημείο αναφοράς τους. Αντιθέτως, τα άτομα που αποστασιοποιούνταν από τη συγκεκριμένη Κοινότητα ανέπτυξαν την ταυτότητα Ακουόντων, εμφανίζοντας ισχυρούς δεσμούς με άτομα με φυσιολογική ακοή. Ανάλογα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα και από τις έρευνες των Kent & Smith (2006), Smiler (2006) και Sari (2005) οι οποίοι διαπίστωσαν πως όταν οι συμμετέχοντες είχαν θετικές αλληλεπιδράσεις με τους ακούοντες, αναπτύσσονταν προσωπικά και κοινωνικά με τρόπο που τους επέτρεπε να λειτουργούν κατάλληλα στην κοινότητα των ακουόντων. Αντιστοίχως, τα άτομα που συναναστρέφονταν με άλλα άτομα με Κώφωση και επικοινωνούσαν μαζί τους μέσω της οπτικής οδού υιοθετούσαν την ταυτότητα Κωφών, σύμφωνα με την οποία η Κώφωση αποτελεί διαφορετικότητα. Παρομοίως, ο Leigh (2009) ισχυρίστηκε πως τα άτομα με Κώφωση που κοινωνικοποιούνται νωρίς στην Κοινότητα των Κωφών και αλληλεπιδρούν μαζί τους τείνουν να ενστερνίζονται την αντίστοιχη ταυτότητα. Αντιθέτως, τα άτομα που δεν έχουν τη δυνατότητα ή δεν επιδιώκουν τη πρόσβαση σε καμία από τις δύο κοινότητες υιοθετούν μια περιθωριακή ταυτότητα, η οποία επιφέρει αρνητικές συνέπειες στη ζωή των ατόμων.

Εκτός από τις κοινωνικές σχέσεις, η ταυτότητα επηρεάζεται και από τον τρόπο με τον οποίο τόσο τα ίδια τα άτομα όσο και ο κοινωνικός περίγυρος αντιμετωπίζουν την απώλεια ακοής. Ειδικότερα, οι Lampez et al. (2020), σε δείγμα 129 ατόμων με Κώφωση, ανέδειξαν πως οι συμμετέχοντες που αναγνωρίζουν τον εαυτό τους ως Κωφό και αντιλαμβάνονται την απώλεια ακοής τους ως διαφορετικότητα και όχι ως αναπηρία, υιοθετούν την ταυτότητα Κωφών. Αντιθέτως, οι συμμετέχοντες που κατατάσσουν τον εαυτό τους στην κατηγορία των ατόμων με προβλήματα ακοής τείνουν να ενστερνίζονται την ταυτότητα Ακουόντων, προβάλλοντας αδιάλειπτα τα μειονεκτήματα της ακουστικής αναπηρίας που αντιμετωπίζουν. Προχωρώντας στις απόψεις του κοινωνικού περιγυρου, αξίζει να σημειωθεί πως τα άτομα της κυρίαρχης ομάδας συχνά αντιμετωπίζουν τους κωφούς με διαφορετικό τρόπο, γεγονός που ασκεί επίδραση στην κατανόηση του εαυτού τους και στην ανάπτυξη της ταυτότητάς τους. Η αντιμετώπιση λοιπόν, των ατόμων με Κώφωση ως μειονεκτική ομάδα έχει ως αποτέλεσμα την ταύτισή τους με την κοινότητα των ακουόντων, την επιθυμία τους να αποκαταστήσουν την απώλεια ακοής που αντιμετωπίζουν και συνεπώς την απομάκρυνσή τους από τον πολιτισμό, τη γλώσσα και τις αξίες της κοινωνίας των Κωφών (Israilite et al., 2002).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΚΩΦΩΣΗ

### 3.1 Οριοθέτηση της έννοιας «Ποιότητα Ζωής»

Ο όρος «ποιότητα ζωής» αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια (Davis et al., 2006), η οποία έχει απασχολήσει την ανθρωπότητα από αρχαιοτάτους χρόνους. Στις αρχές της αρχαιοελληνικής φιλοσοφίας, ο Πλάτωνας αναζήτησε τους παράγοντες που οδηγούν σε μια ευτυχισμένη ζωή. Προσδιόρισε την ευημερία, την ευδαιμονία και την ευτυχία λαμβάνοντας υπόψη δείκτες, όπως η οικογένεια, η εργασία, η κατοικία και οι ψυχαγωγικές δραστηριότητες (Dunn et al., 2005). Σύμφωνα με τις απόψεις του για την καλή ζωή, επισήμανε πως η κοινωνία είναι ελκυστική όταν τα άτομα ζουν με αρμονία μεταξύ τους, και ο άνθρωπος είναι πιο ευτυχισμένος εφόσον καλύπτει όλες τις ανάγκες και τα πάθη του (Michalos et al., 2014). Σε ανάλογο πλαίσιο, ο Αριστοτέλης, στο σύγγραμμά του «Ηθικά Νικομάχεια», ανέπτυξε τη φιλοσοφική ανάλυση της λέξης «ευδαιμονία», την οποία όρισε ως το τέλειο και αυτάρχες αγαθό που αποτελεί τον τελικό σκοπό των πράξεων του ανθρώπου. Ο φιλόσοφος υποστήριξε πως τα άτομα πρέπει να αξιοποιούν όλες τις δυνατότητές τους για να φτάσουν στην ευδαιμονία, η οποία συνίσταται στο «ευ ζην» και στο «ευ πράττειν». Επομένως, η λέξη ευδαιμονία αποτελεί τον προάγγελο αυτού που σήμερα ονομάζεται ποιότητα ζωής (Κάκτος, 1993).

Τα τελευταία χρόνια, η επιστημονική κοινότητα παρουσιάζει έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον αναφορικά με την έννοια της ποιότητας ζωής αλλά και τους τρόπους εκτίμησής της. Ο όρος αυτός αναπτύχθηκε κυρίως στις Κοινωνικές επιστήμες, ωστόσο εφαρμόστηκε και σε άλλα επιστημονικά πεδία ως καθημερινό ποθητό επίτευγμα (Οικονόμου και συν., 2001). Σήμερα, διαπιστώνεται πως η ποιότητα ζωής αποτελεί μια ευρεία έννοια, η οποία αξιολογείται στο πλαίσιο οικονομικών, κοινωνικών, ψυχολογικών και ιατρικών επιστημών (Matza et al., 2004 · Yfantopoulos, 2001). Το γεγονός αυτό συνέβαλε στην ανάπτυξη πολλών και διαφορετικών ορισμών, οι οποίοι δεν υπόκεινται σε ευρεία συναίνεση (Fayers & Machin 2007 · Hallberg et al., 2008 · Moons et al., 2006 · Skevington et al., 2004).

Η ποιότητα ζωής αποτελεί ένα πολύπλευρο φαινόμενο με πλούσιο περιεχόμενο και πολυθεματική προσέγγιση (Ventegodt et al., 2003). Γενικότερα, αναφέρεται στον βαθμό ευημερίας ενός ατόμου (McAbee et al., 2017), αλλά και στο νόημα που αποδίδουν οι άνθρωποι σε σημαντικές πτυχές της ζωής τους (Moons et al., 2006 · Oyewumi et al., 2013). Ο συγκεκριμένος όρος αποτελεί μια μοναδική, προσωπική αντίληψη της φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευημερίας σε διαφορετικές καταστάσεις και ψυχικές δραστηριότητες (Berzon, et al., 1995 · Brouwer et al., 2005 · Gill & Feinstein, 1994). Επομένως, πρόκειται για μια κοινωνική και εξατομικευμένη κατασκευή (Oyewumi et al., 2013), την οποία το κάθε άτομο αντιλαμβάνεται με τον δικό του μοναδικό τρόπο (Jaiyeola & Adeyemo, 2018). Μέσα δηλαδή, από την πολυδιάστατη σημασία της έννοιας ποιότητα ζωής, το άτομο έχει τη δυνατότητα να εκφράσει την προσωπική του άποψη αναφορικά με τον εαυτό του και τα βιώματα που ζει (Renaud & Bedard, 2013). Ασφαλώς, πρόκειται για μια υποκειμενική και ευμετάβλητη έννοια, στοιχείο που αποδεικνύεται από το γεγονός πως διαφορετικοί άνθρωποι



προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής τους με διαφορετικό τρόπο, ανάλογα με τη χρονική περίοδο που διανύουν (Οικονόμου και συν., 2001).

Όπως προαναφέρθηκε, η καθιέρωση ενός και μόνο ορισμού της ποιότητας ζωής, ο οποίος θα έχει καθολική αναγνώριση, αποτελεί ένα δύσκολο και δυσχερές εγχείρημα (Aulisa et al., 2010). Για τον λόγο αυτόν, οι ερευνητές έχουν προσφύγει στη χρήση διάφορων όρων για να προσδιορίσουν την έννοια ποιότητα ζωής. Ειδικότερα, ο όρος αυτός συχνά θεωρείται πως σχετίζεται με προσωπικούς, ψυχολογικούς και συναισθηματικούς παράγοντες, στους οποίους συμπεριλαμβάνεται η ευτυχία, η ικανοποίηση από τη ζωή, η κατάσταση υγείας ενός ατόμου αλλά και οι αντιδράσεις του σε διάφορα περιστατικά της ζωής του (Diener et al., 1999 · Fayers & Machin, 2007 · Matza et al., 2004 · Wang, et al., 2014). Κατά καιρούς, έχει τονισθεί πως η ποιότητα ζωής αποτελείται από διάφορες υποκατηγορίες, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται η σωματική υγεία, η ψυχολογική ευεξία (Davis et al., 2006), οι κοινωνικές σχέσεις και αλληλεπιδράσεις των ατόμων αλλά και οι συνδέσεις τους με τα διάφορα χαρακτηριστικά του κοινωνικού περιβάλλοντος (Berzon, et al., 1995 · Harper et al., 1998 · Matza et al., 2004). Επιπροσθέτως, η ποιότητα ζωής μπορεί να ορισθεί με βάση οικονομικούς, πολιτιστικούς, οικογενειακούς, εργασιακούς, θρησκευτικούς και εκπαιδευτικούς παράγοντες, οι οποίοι ασκούν κυρίαρχη επιρροή (Harper et al., 1998 · Misajon, et al., 2008 · Zhao, 2004).

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, διάφοροι ερευνητές έχουν επιχειρήσει να ορίσουν τους παράγοντες και δείκτες που ενσωματώνει ο όρος ποιότητα ζωής. Ειδικότερα, ο Schalock (2004) διέκρινε πως η ποιότητα ζωής αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια, η οποία μπορεί να χωριστεί σε οχτώ κατευθύνσεις. Σ' αυτές συμπεριλαμβάνεται α) η συναισθηματική πληρότητα, η οποία αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να αναγνωρίζει τα προσωπικά του συναισθήματα και να αξιολογεί τις δυνατότητες και αδυναμίες του ως προς την επίτευξη των στόχων του, β) οι διαπροσωπικές σχέσεις, που αφορούν την ανάπτυξη και διατήρηση των σχέσεων που δημιουργεί το άτομο σε διαφορετικά πλαίσια, γ) η υλική ευημερία, η οποία επικεντρώνεται στην επάρκεια των αναγκαίων μέσων και υποδομών που εξασφαλίζουν την επιβίωση του ατόμου, δ) η προσωπική εξέλιξη, δηλαδή η απόκτηση δεξιοτήτων και προσωπικών επιτυχιών μέσα από διαφορετικά περιβάλλοντα, ε) η σωματική ευεξία, που αφορά τη σωματική λειτουργία, την κινητικότητα και τη δραστηριότητα του ατόμου στο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, ζ) ο αυτοπροσδιορισμός, ο οποίος συνδέεται με την ικανότητα του ατόμου να κάνει προσωπικές επιλογές, να ελέγχει τις πράξεις του και να δρα για την υλοποίηση των στόχων του, η) η κοινωνική ενσωμάτωση, η οποία σχετίζεται με την ισοτιμία ως προς τις επιλογές, τις ευκαιρίες, τη συμμετοχή στα κοινωνικά δρώμενα και την πρόσβαση σε υπηρεσίες και θ) τα δικαιώματα, τα οποία αναφέρονται στον σεβασμό αλλά και στην τήρηση των νομικών και ανθρώπινων δικαιωμάτων. Επιπροσθέτως, ο Alborz (2017), επισημαίνει πως η σύγχρονη ερευνητική διαδικασία προσεγγίζει την ποιότητα ζωής μέσα από τέσσερις διαστάσεις. Οι διαστάσεις αυτές αφορούν τη θεμελιώδη ευημερία, την ψυχοκοινωνική ευεξία, το κοινωνικό γίγνεσθαι αλλά και την αυτονομία. Ειδικότερα, ο ερευνητής διασαφηνίζει πως κάθε διάσταση εξετάζεται τόσο από την ατομική οπτική, η οποία περιγράφει τις προσωπικές ανάγκες του ατόμου, όσο και από το κοινωνικό πλαίσιο, που σχετίζεται με τους πόρους για την πραγματοποίηση των ατομικών αναγκών. Τέλος, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2020), περιλαμβάνοντας μια διαπολιτισμική προοπτική,

περιγράφει την ευρεία αντίληψη της ποιότητας ζωής, η οποία αναπτύσσεται σε έξι άξονες. Ειδικότερα, τονίζει τη σημασία της σωματικής υγείας, της ψυχολογικής κατάστασης και ψυχικής υγείας, του επιπέδου ανεξαρτησίας, των κοινωνικών σχέσεων, των προσωπικών αντιλήψεων, αξιών και πεποιθήσεων αλλά και των πτυχών του περιβάλλοντος για την κατανόηση της ποιότητας ζωής ενός ατόμου (WHOQOL, 2020).

Γενικότερα, οι διάφορες ερευνητικές υποθέσεις, ορίζουν την ποιότητα ζωής ως χρήσιμο δείκτη για την κατανόηση της ψυχικής και σωματικής ευεξίας του ανθρώπου (μικρό- επίπεδο) εντός ενός πολιτισμικού και κοινωνικού πλαισίου (μακρό-επίπεδο) (Ou et al., 2016). Αναφορικά με το μικροσυστημικό επίπεδο, η ποιότητα ζωής ενισχύεται μέσω λήψης αποφάσεων, επιλογής, καθορισμού στόχων, αυτοπροστασίας, αυτοδιαχείρισης, χρήσης τεχνολογίας, συμμετοχής και κοινωνικών δικτύων. Αντιθέτως, το μακροσυστημικό επίπεδο ενισχύεται μέσω της διασφάλισης των ανθρώπινων και νομικών δικαιωμάτων, της ανάπτυξης και της θετικής στάσης της κοινότητας αλλά και της μεγιστοποίησης του περιβαλλοντικού εμπλουτισμού που σχετίζεται με την υγεία, την ασφάλεια και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση (Schalock et al., 2016).

Από τους ορισμούς που προηγήθηκαν, διαπιστώνεται τόσο η υποκειμενική όσο και η αντικειμενική πτυχή της ποιότητας ζωής, οι οποίες απαιτούν τη δέουσα προσοχή και κατανόηση των μεταξύ τους σχέσεων (Daisy, 2007 · Marans, 2012 · Tesfazghi et al., 2009 · Verdugo et al., 2005). Ειδικότερα, η υποκειμενική προσέγγιση της ποιότητας ζωής στοχεύει στην εκτίμηση του επιπέδου ικανοποίησης συναρτήσει των στοιχείων του φυσικού, οικονομικού και κοινωνικού περιβάλλοντος (Daisy, 2007 · Tesfazghi et al., 2009). Εξετάζει δηλαδή, την οπτική γωνία και τις εμπειρίες του ατόμου, δίνοντας μεγαλύτερη έμφαση στην προσωπική του ανάπτυξη, στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις αλλά και στην ψυχαγωγία του (Flanagan, 1982). Αντιθέτως, η αντικειμενική προσέγγιση επιδιώκει την εξέταση εξωτερικών παραγόντων, στους οποίους συμπεριλαμβάνεται η υγεία, το βιοτικό επίπεδο, η εκπαίδευση και η ασφάλεια του ατόμου. Η συγκεκριμένη προσέγγιση δηλαδή, βασίζεται σε μετρήσεις παραγόντων του φυσικού, οικονομικού και κοινωνικού περιβάλλοντος (Das, 2007 · Tesfazghi et al., 2009).

Συμπερασματικά, η οριοθέτηση της έννοιας «ποιότητα ζωής» αποτελεί μια σημαντική πρόκληση, η οποία απαιτεί τη διερεύνηση διαφόρων τομέων (Theofilou, 2013). Η συγκεκριμένη έννοια δέχεται επιρροές από τη σωματική και ψυχολογική υγεία του ατόμου, από τις προσωπικές αντιλήψεις και διαπροσωπικές του σχέσεις, από τις συνδέσεις του με τα γνωρίσματα του περιβάλλοντος αλλά και από τη δυνατότητα του ίδιου του ατόμου να εκπληρώσει τις προσδοκίες του και να ευχαριστηθεί τη ζωή του (Aulisa et al., 2010). Εντοπίζονται δηλαδή, ατομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, οι οποίοι απαιτείται να ερμηνευτούν βάσει των μεταξύ τους αλληλεπιδράσεων (Schalock et al., 2016). Επομένως, για να προκύψει μια αποτελεσματική εξήγηση του όρου, καθίσταται αναγκαία η οπτική της ποιότητας ζωής ως μιας έννοιας που συνίσταται από έναν αριθμό προσωπικών, κοινωνικών, περιβαλλοντικών, ψυχολογικών και φυσικών αξιών (Theofilou, 2013).

## **3.2 Βιβλιογραφική Ανασκόπηση: Ποιότητα Ζωής των ατόμων με Κώφωση**

Η ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση αποτελεί μια κατάσταση η οποία έχει μελετηθεί ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια. Παρακάτω πραγματοποιείται μια αναφορά σε έρευνες, οι οποίες έχουν προβεί στη διερεύνηση της συγκεκριμένης έννοιας αλλά και των παραγόντων που την επηρεάζουν.

### **3.2.1 Ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση**

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διαπιστώνεται πως έχει δοθεί ιδιαίτερη ερευνητική προσοχή τόσο στην ποιότητα ζωής των ατόμων με απώλεια ακοής όσο και στους παράγοντες που την επηρεάζουν (Ciesla et al., 2015 · Duarte et al., 2014 · Eldik, 2005 · Fellingner et al., 2007 · Fellingner et al., 2008 · Fellingner et al., 2005 · Haukedal et al., 2019 · Haukedal et al., 2018 · Huber, 2005 · Huber et al., 2015 · Keilmann et al. 2007 · Kumar et al. 2015 · Loy et al., 2010 · McAbee et al., 2017 · Meserole et al., 2014 · Niemensivu et al., 2018 · Pérez-Mora et al., 2012 · Roland et al., 2016 · Skrbic et al., 2013 · Stewart et al., 2000 · Stevenson et al., 2015 · Wake et al., 2004 · Wake et al., 2004 · Warner-Czyz et al., 2009 · Werngren-Elgström, 2003).

Αρκετές μελέτες έχουν καταλήξει σε ενθαρρυντικά αποτελέσματα αναφορικά με την ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση. Ειδικότερα, οι Haukedal et al. (2019) και Fellingner et al. (2007) έχοντας ως δείγμα 84 και 373 άτομα με απώλεια ακοής αντίστοιχα, διαπίστωσαν πως οι συμμετέχοντες στις έρευνες σημείωσαν καλές βαθμολογίες στους τομείς της ποιότητας ζωής τους, οι οποίες μάλιστα μπορούν να συγκριθούν και με συνανθρώπους τους με φυσιολογική ακοή. Παρομοίως, στην έρευνά τους οι Werngren-Elgström (2003), στην οποία συμμετείχαν 97 άτομα με Κώφωση, ανέδειξαν τη θετική εικόνα της ποιότητας ζωής αλλά και της κοινωνικής ευημερίας των συμμετεχόντων. Η ικανοποιητική ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση επιβεβαιώνεται και από τις μελέτες των Kumar et al. (2015), Duarte et al. (2014), Meserole et al. (2014), Pérez-Mora et al. (2012) και Warner-Czyz et al. (2009), στις οποίες τα άτομα με απώλεια ακοής παρουσίασαν υψηλές βαθμολογίες σε διάφορους τομείς της ποιότητας ζωής τους.

Σε αντίθεση με τις παραπάνω έρευνες, εντοπίζονται μελέτες οι οποίες διαπιστώνουν πως η ακουστική αναπηρία επιφέρει αρνητικές συνέπειες στη ζωή των ατόμων. Συγκεκριμένα, οι Ciesla et al. (2015) ανέδειξαν πως τα άτομα με απώλεια ακοής συγκεντρώνουν αρνητικές βαθμολογίες στους τομείς της σωματικής και ψυχολογικής υγείας. Οι ερευνητές απέδωσαν τα παραπάνω αποτελέσματα στο γεγονός πως η απώλεια ακοής ωθεί τα άτομα να επικεντρώνονται με ιδιαίτερη προσοχή σε θέματα υγείας, οδηγώντας τους συχνά αντιμέτωπους με αρνητικά συναισθήματα. Ανάλογα είναι τα αποτελέσματα και από τις έρευνες των Haukedal et al. (2018), McAbee et al. (2017), Roland et al. (2016) και Skrbic et al. (2013), οι οποίες τόνισαν πως η Κώφωση επηρεάζει διάφορες πτυχές της ποιότητας ζωής των ατόμων, γεγονός που επιφέρει αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική, ψυχική και συναισθηματική τους κατάσταση. Τα παραπάνω ευρήματα επιβεβαιώνονται και από τις

μελέτες των Fellingner et al. (2005) και Eldik (2005), οι οποίοι ανέδειξαν τις χαμηλές βαθμολογίες 236 και 370 ατόμων με απώλεια ακοής στον ψυχολογικό τομέα. Τα μειωμένα επίπεδα ψυχοκοινωνικής ευημερίας και κοινωνικής αλληλεπίδρασης των ατόμων με ακουστική αναπηρία διαφαίνονται και στις μελέτες των Niemensivu et al. (2018), Huber et al. (2015), Fellingner et al. (2008), Huber (2005) και Wake et al. (2004) στις οποίες οι συμμετέχοντες με Κώφωση παρουσιάζουν αρνητική εικόνα σε διάφορους τομείς της ποιότητας ζωής τους.

### **3.2.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση**

Η πληθώρα μελετών που διερευνούν την ποιότητα ζωής των ατόμων με ακουστική αναπηρία δεν έχει καταλήξει σε σαφή συμπεράσματα αναφορικά με τους παράγοντες που την επηρεάζουν. Το γεγονός αυτό οφείλεται στο ότι τα άτομα με απώλεια ακοής αποτελούν μια ετερογενή ομάδα, η οποία παρουσιάζει ποικίλα χαρακτηριστικά (Fellingner et al., 2008 · Hintermair, 2011 · Meserole et al., 2013 · Petrou et al., 2007 · Wake, et al., 2004). Σ' αυτά συμπεριλαμβάνονται, μεταξύ άλλων, η ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας, ο βαθμός απώλειας ακοής, η ύπαρξη και ο τύπος ακουστικής ενίσχυσης, η μέθοδος επικοινωνίας, οι ικανότητες των ατόμων στον χειρισμό των γλωσσών, το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση αλλά και ο τρόπος με τον οποίο αλληλεπιδρούν τα άτομα με τον κοινωνικό περίγυρο (Ashori et al., 2020 · Haukedal et al., 2019 · Kushalnagar et al., 2007 · Santos et al., 2019). Τα χαρακτηριστικά αυτά ασκούν επίδραση σε κοινωνικά, ψυχολογικά και επικοινωνιακά ζητήματα και επηρεάζουν τη συναισθηματική, σωματική και ψυχική υγεία των ατόμων, τις κοινωνικές τους σχέσεις και αλληλεπιδράσεις αλλά και συνολικά την ποιότητα ζωής τους (Lederberg et al., 2019 · Tsimpida et al., 2018). Παρακάτω πραγματοποιείται μια αναφορά σε έρευνες, οι οποίες διερεύνησαν, μεταξύ άλλων, τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση.

### **3.2.3 Η επίδραση της ακουστικής ενίσχυσης στην ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση**

Ένας από τους παράγοντες που ασκούν επίδραση στην ποιότητα ζωής των ατόμων με απώλεια ακοής αποτελεί η χρήση τεχνολογικού βοηθήματος ενίσχυσης του ήχου (Bat-Chava, 2005, 2001 · Duarte et al., 2014 · Haukedal et al., 2019 · Hawthorne et al., 2004 · Hofmann et al., 2020 · Kushalnagar et al., 2011 · Meyer et al., 2013 · Mo et al., 2005 · Warner-Czyz, 2009).

Στη μελέτη τους, οι Hofmann et al. (2020) και Duarte et al. (2014), διερευνώντας την ποιότητα ζωής νέων ατόμων με Κώφωση, διαπίστωσαν πως οι χρήστες κοχλιακού εμφυτεύματος αξιολογούν ευνοϊκότερα την ποιότητα ζωής τους, σε σύγκριση με τα άτομα που δεν χρησιμοποιούν τεχνολογικά βοηθήματα. Μάλιστα, οι ερευνητές τόνισαν πως η ποιότητα ζωής των ατόμων με ακουστική ενίσχυση, εάν και δε βρίσκεται στο ίδιο επίπεδο, δε

διαφοροποιείται ιδιαίτερα από αυτή των ατόμων με φυσιολογική ακοή. Ανάλογα είναι τα αποτελέσματα και από τις έρευνες των Haukedal et al. (2019) και Warner-Czyz AD (2009), στις οποίες συμμετείχαν 84 και 50 άτομα με κοχλιακό εμφύτευμα. Ειδικότερα, οι συμμετέχοντες στις έρευνες σημείωσαν καλές βαθμολογίες στους τομείς της ποιότητας ζωής τους, οι οποίες μπορούν να συγκριθούν και με τους συνομήλικούς τους με φυσιολογική ακοή. Παρομοίως, στη μελέτη τους οι Klor et al. (2007) ανέδειξαν πως η ποιότητα ζωής των ατόμων αυξήθηκε μετά την κοχλιακή εμφύτευση, με τους συμμετέχοντες να παρουσιάζουν σημαντικές βελτιώσεις στην αντίληψη και κατανόηση της ομιλίας αλλά και στις κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις. Προς ενίσχυση των παραπάνω ευρημάτων παρατίθενται και οι έρευνες των Hawthorne et al. (2004), Bat-Chava (2005, 2001) και Fellingner et al. (2005), οι οποίες υπογραμμίζουν την ικανοποιητική ποιότητα ζωής των ατόμων με κοχλιακό εμφύτευμα. Ειδικότερα, οι ερευνητές επισημαίνουν πως τα συγκεκριμένα τεχνολογικά βοηθήματα οδηγούν σε καλύτερες επικοινωνιακές δεξιότητες, γεγονός που επιφέρει θετικά αποτελέσματα στις κοινωνικές σχέσεις και αλληλεπιδράσεις των ατόμων.

Σε αντίθετη κατεύθυνση κινούνται οι έρευνες των Meyer et al. (2013) και Kushalnagar, et al. (2011) οι οποίες αναζήτησαν την ποιότητα ζωής 157 και 230 ατόμων με απώλεια ακοής. Ειδικότερα, οι ερευνητές προώθησαν την άποψη πως δεν εντοπίζονται σημαντικές διαφορές στη ζωή των ατόμων με βάση την ύπαρξη ή όχι κοχλιακού εμφυτεύματος. Ωστόσο, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα των Meyer et al. (2013), σύμφωνα με το οποίο η ποιότητα ζωής εξαρτάται από το είδος της ακουστικής ενίσχυσης που χρησιμοποιείται, καθώς τα άτομα με κοχλιακό εμφύτευμα σημείωσαν υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής σε σύγκριση με τους κωφούς που χρησιμοποιούν ακουστικά βαρηκοΐας.

### **3.2.4 Η επίδραση των εκπαιδευτικών εμπειριών στην ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση**

Αρκετές έρευνες έχουν επικεντρώσει την προσοχή τους στην επίδραση που ασκούν οι εκπαιδευτικές εμπειρίες στην ποιότητα ζωής των ατόμων με ακουστική αναπηρία (Bat-Chava, 1994 · Eldik, 2005 · Hintermain, 2010 · Huber et al., 2015 · Jaiyeola & Adeyemo, 2018 · Kushalnagar et al., 2011 · Meyer et al., 2013 · Oyewumi et al., 2013 · Qi et al., 2020 · Santos et al., 2019 · Schertz et al., 2016 · Schick et al., 2012 · Theunissen et al., 2014).

Οι Jaiyeola & Adeyemo (2018), έχοντας ως δείγμα 102 άτομα με Κώφωση, τόνισαν τη σημασία της σχολικής τοποθέτησης στην ποιότητα ζωής των ατόμων, καθώς οι συμμετέχοντες που είχαν παρακολουθήσει ειδικά σχολεία Κωφών παρουσίασαν καλύτερη ποιότητα ζωής, σε αντίθεση με τα άτομα που είχαν φοιτήσει πλήρως ή μερικώς σε γενικά σχολεία. Μάλιστα, τα άτομα αυτά σημείωσαν υψηλότερες βαθμολογίες σε όλους τους τομείς της ποιότητας ζωής, εμφανίζοντας σημαντικές διαφορές τόσο στις κοινωνικές τους σχέσεις όσο και στις αλληλεπιδράσεις τους με το περιβάλλον. Παρομοίως, οι Oyewumi et al. (2013) και Bat-Chava (1994) διαπίστωσαν πως τα άτομα που φοιτούν σε ειδικά σχολεία Κωφών σημειώνουν υψηλότερες βαθμολογίες στην ποιότητα ζωής τους, καθώς αλληλεπιδρούν μέσα

σε ένα περιβάλλον, στο οποίο η Κώφωση δεν εκλαμβάνεται ως ανεπάρκεια ή έλλειμα αλλά κατανοείται ως διαφορετικότητα. Ταυτοχρόνως, οι ερευνητές τόνισαν πως τα άτομα στα ειδικά σχολεία δεν έρχονται αντιμέτωποι με αρνητικές στάσεις, κριτικές και διακρίσεις από συνομήλικούς τους με φυσιολογική ακοή.

Προς αντίθετη κατεύθυνση βρίσκονται οι μελέτες των Theunissen et al. (2014) και Schertz et al. (2016), στις οποίες αναδείχθηκε πως τα άτομα με απώλεια ακοής που ολοκληρώνουν τη σχολική τους φοίτηση σε ειδικά σχολεία παρουσιάζουν χειρότερη ψυχολογική και ψυχική υγεία, γεγονός που επιφέρει αναπόφευκτα αρνητικές συνέπειες στην ποιότητα ζωής τους. Ανάλογα είναι τα αποτελέσματα και από τις έρευνες των Huber et al. (2015) και Eldik (2005), οι οποίοι αναζητώντας την ψυχική υγεία 140 και 370 ατόμων με ακουστική αναπηρία, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως οι κωφοί που είχαν φοιτήσει σε ειδικά σχολεία αντιμετώπιζαν περισσότερα προβλήματα ψυχικής υγείας σε σύγκριση με τα άτομα που είχαν ενταχθεί σε γενικά σχολεία. Σε ανάλογο πλαίσιο ο Hintermain (2010), διερευνώντας 212 άτομα με απώλεια ακοής, κατέληξε στο συμπέρασμα πως οι συμμετέχοντες που είχαν παρακολουθήσει γενικά σχολεία παρουσίασαν μια καλή ποιότητα ζωής, συγκεντρώνοντας υψηλές βαθμολογίες αναφορικά με το περιβάλλον και τις κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις.

Εκτός από τον τύπο φοίτησης του σχολείου, εντοπίζονται έρευνες οι οποίες αναδεικνύουν τη σημασία του συστήματος επικοινωνίας που χρησιμοποιείται κατά τη διδασκαλία των ατόμων με απώλεια ακοής. Συγκεκριμένα, οι Santos et al. (2019) κατέληξαν στο συμπέρασμα πως τα άτομα που είχαν ολοκληρώσει τις σπουδές τους σε εκπαιδευτικά ιδρύματα όπου χρησιμοποιούνταν τόσο η νοηματική γλώσσα όσο και ο προφορικός λόγος παρουσίασαν καλύτερη ποιότητα ζωής, σε σύγκριση με τα άτομα που διδάσκονταν αποκλειστικά με τη νοηματική ή αποκλειστικά με τον προφορικό λόγο. Μάλιστα, οι ερευνητές τόνισαν πως είναι εξαιρετικά κρίσιμο για την ποιότητα ζωής αλλά και για την ψυχολογική ευημερία των ατόμων, η ανάπτυξη ικανοτήτων και στις δύο γλώσσες επικοινωνίας. Παρομοίως, στην έρευνά του ο Hintermain (2010) ανέδειξε τη σημασία των δίγλωσσων σχολείων στην ποιότητα της ζωής των ατόμων με Κώφωση.

Ωστόσο, ορισμένες έρευνες δεν αναγνωρίζουν τη συσχέτιση μεταξύ ποιότητας ζωής και σχολικής φοίτησης. Ειδικότερα, οι Meyer et al. (2013) και Schick et al. (2012), έχοντας ως δείγμα 221 και 157 άτομα με Κώφωση, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως οι συμμετέχοντες βαθμολόγησαν θετικά όλους τους τομείς της ποιότητας ζωής τους, ανεξαρτήτως από τη σχολική τοποθέτηση αλλά και από τα συστήματα επικοινωνίας που χρησιμοποιούνταν κατά τη διδασκαλία. Τα παραπάνω ευρήματα συμφωνούν και με την έρευνα των Kushalnagar et al. (2011), οι οποίοι ανέδειξαν πως ο τύπος φοίτησης του σχολείου αλλά και η γλώσσα διδασκαλίας αποτελούν μεταβλητές, οι οποίες δε συσχετίζονται με την ποιότητα ζωής των ατόμων με ακουστική αναπηρία.

### 3.2.5 Η επίδραση του προτιμώμενου τρόπου επικοινωνίας στην ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση

Στους παράγοντες επιρροής της ποιότητας ζωής των ατόμων με απώλεια ακοής συγκαταλέγεται και ο τρόπος επικοινωνίας που χρησιμοποιούν οι κωφοί στην καθημερινότητά τους (Black & Glickman, 2006 · Connolly et al., 2006 · Fellingner et al., 2007 · Fellingner, 2012 · Graaf & Bilj, 2002 · Haukedal et al., 2019 · Haukedal et al., 2018 · Hofmann et al., 2020 · Kushalnagar et al., 2014 · Kushalnagar et al., 2011 · Meyer et al., 2013 · Øhre et al., 2011 · Santos et al., 2019).

Το 2019 οι Santos et al., πραγματοποιώντας μια έρευνα αναφορικά με την ποιότητα ζωής 60 ατόμων με Κώφωση, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως οι συμμετέχοντες που προσφεύγουν στη χρήση της νοηματικής γλώσσας παρουσιάζουν χαμηλή ποιότητα ζωής στον τομέα της ψυχολογικής υγείας. Οι ερευνητές απέδωσαν την παραπάνω κατάσταση στο γεγονός πως τα άτομα αυτά χρησιμοποιούν μια γλώσσα, η οποία διαφέρει από αυτή που χρησιμοποιείται από την κυρίαρχη κοινότητα, στοιχείο που έχει ως αποτέλεσμα τη βίωση αρνητικών συναισθημάτων. Μάλιστα, η αρνητική εικόνα στον ψυχολογικό τομέα δεν εξαρτάται από τη γλωσσική επάρκεια, καθώς ακόμη και τα άτομα που χειρίζονταν ικανοποιητικά τη νοηματική γλώσσα παρουσίασαν αρνητικές βαθμολογίες στην ψυχολογική τους υγεία. Ανάλογα είναι τα αποτελέσματα και από τις έρευνες των Connolly et al. (2006) και Graaf et al. (2002), στις οποίες διαπιστώθηκε πως τα άτομα με απώλεια ακοής που δε γνωρίζουν τον προφορικό λόγο παρουσιάζουν αρνητικές συνέπειες στην ψυχολογική υγεία και ψυχική ευεξία. Παρομοίως, οι Fellingner et al. (2007) και Fellingner et al. (2005) κατέληξαν στο συμπέρασμα πως οι χρήστες της νοηματικής γλώσσας σημειώνουν τις χαμηλότερες βαθμολογίες στον ψυχολογικό τομέα αλλά και στον τομέα του περιβάλλοντος. Ωστόσο, οι συμμετέχοντες στις έρευνες παρουσίασαν ικανοποιητικές βαθμολογίες στις κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις, γεγονός που αποδίδεται στο ότι τα άτομα που χρησιμοποιούν τη νοηματική γλώσσα μπορούν να δημιουργήσουν ισχυρούς δεσμούς εντός της Κοινότητας των Κωφών. Σε ανάλογο πλαίσιο βρίσκονται και οι έρευνες των Hofmann et al. (2020), Haukedal et al. (2019) και Meyer et al. (2013), οι οποίες είχαν ως δείγμα 269, 84 και 157 άτομα με απώλεια ακοής. Ωστόσο, σε αντίθετη κατεύθυνση κινείται η έρευνα των Werngren-Elgstrom (2003), στην οποία συμμετείχαν 97 άτομα με προγλωσσική Κώφωση. Ειδικότερα, οι ερευνητές ανέδειξαν πως οι χρήστες της νοηματικής γλώσσας παρουσιάζουν μια ικανοποιητική υποκειμενική ευημερία και κατ' επέκταση ποιότητα ζωής, η οποία δε διαφέρει από αυτή των ατόμων με φυσιολογική ακοή.

Εκτός από τον προτιμώμενο τρόπο επικοινωνίας, διάφοροι ερευνητές έχουν προβεί στη διερεύνηση της επίδρασης που ασκούν οι γλωσσικές ικανότητες των ατόμων στην ποιότητα ζωής τους. Ειδικότερα, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η έρευνα των Kushalnagar et al. (2014), η οποία διαπίστωσε πως οι συμμετέχοντες που χρησιμοποιούν τόσο τη νοηματική γλώσσα όσο και τον προφορικό λόγο παρουσιάζουν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τα άτομα που κατέχουν αποκλειστικά μια γλώσσα. Σε ανάλογο πλαίσιο, ο Dammeyer (2009) διερευνώντας 334 άτομα με απώλεια ακοής, ανέδειξε πως η περιορισμένη χρήση τόσο της νοηματικής γλώσσας όσο και του προφορικού λόγου οδηγεί σε

δυσκολίες στην ψυχολογική υγεία αλλά και στις κοινωνικές σχέσεις των ατόμων, παράγοντες που συνδέονται με την ποιότητα ζωής τους.

Ωστόσο, εντοπίζονται μελέτες οι οποίες δεν αναδεικνύουν τη συσχέτιση μεταξύ του τρόπου επικοινωνίας και της ποιότητας ζωής των ατόμων με Κώφωση. Ειδικότερα, στις έρευνές τους οι Haukedal et al. (2018) και Kushalnagar, et al. (2011) κατέληξαν στο συμπέρασμα πως οι συμμετέχοντες παρουσιάζουν ικανοποιητική εικόνα της ποιότητας ζωής τους, η οποία δεν επηρεάζεται από τον τρόπο επικοινωνίας που επιλέγουν να χρησιμοποιούν τα άτομα στην προσωπική και κοινωνική τους ζωή.

### **3.2.6 Η επίδραση της φύσης της αναπηρίας στην ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση**

Ερευνητές υποστηρίζουν πως τόσο η ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας όσο και ο βαθμός απώλειας ακοής μπορούν να ασκήσουν επιρροή στην ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση (Ademokoya, 2007 · Ciesla et al., 2015 · Fellingner et al., 2007 · Fellingner et al., 2005 · Graaf & Bijl, 2002 · Hallberg et al., 2008 · Jaiyeola & Adeyemo, 2018 · Oyewumi et al., 2013 · Ringdahl et al., 2000 · Saadati Borujeni et al., 2015 · Trimpida et al., 2018).

Στις μελέτες τους, οι Jaiyeola & Adeyemo (2018) και Oyewumi, et al. (2013), έχοντας ως δείγμα 102 και 70 άτομα με Κώφωση αντίστοιχα, διαπίστωσαν πως η ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ατόμων με απώλεια ακοής, καθώς οι προγλωσσικά Κωφοί παρουσίασαν χαμηλότερα αποτελέσματα στη ζωή τους σε σύγκριση με τα άτομα που έχασαν την ακοή τους μετά την ηλικία των πέντε ετών. Τα παραπάνω ευρήματα επιβεβαιώνονται και από την έρευνα της Ademokoya (2008), η οποία επισήμανε πως όταν η Κώφωση επέρχεται πριν την ηλικία των τριών ετών αντανακλά σε δυσκολίες στην επικοινωνία, στοιχείο που έχει ως αποτέλεσμα την κοινωνική απομόνωση και τη δημιουργία δυσκολιών στην εκπαίδευση, την εργασία αλλά και στις κοινωνικές συναναστροφές των ατόμων. Προς αντίθετη κατεύθυνση βρίσκονται οι έρευνες των Fellingner et al., (2007) και Graaf & Bijl, (2002), οι οποίες ανέφεραν πως τα άτομα με μεταγλωσσική Κώφωση παρουσιάζουν κατώτερη ψυχολογική υγεία αλλά και ικανοποίηση από τις κοινωνικές τους σχέσεις, γεγονός που αποδίδεται στα προβλήματα επικοινωνίας που αντιμετωπίζουν, στην περιορισμένη αυτοεκτίμηση αλλά και στην απουσία αποδοχής της απώλειας ακοής τους.

Εκτός από την ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας, σημαντικό ρόλο στην ποιότητα της ζωής των ατόμων με Κώφωση διαδραματίζει και η σοβαρότητα της απώλειας ακοής. Ειδικότερα, οι Trimpida et al. (2018), Ciesla et al. (2015) και Borujeni et al. (2015) ισχυρίστηκαν πως οι συμμετέχοντες με υψηλότερο βαθμό απώλειας ακοής σημειώνουν χαμηλότερες βαθμολογίες σε διάφορους τομείς της ποιότητας ζωής τους, οι οποίοι σχετίζονται με τη σωματική και ψυχική υγεία, τις κοινωνικές σχέσεις και αλληλεπιδράσεις αλλά και τη συναισθηματική κατάσταση. Τα παραπάνω ευρήματα επιβεβαιώνονται και από τις έρευνες των Genther et al. (2013), Gopinath et al. (2012), Hallberg et al. (2008), Fellingner et al. (2007), Fellingner et al. (2005), Graaf & Bilj (2002) και Ringdahl et al. (2000), οι οποίες



ανέδειξαν τη διαφορά στην ποιότητα ζωής με βάση τη σοβαρότητα της αναπηρίας, καθώς τα άτομα με υψηλότερο βαθμό παρουσιάζουν χαμηλότερα αποτελέσματα στη ζωή τους.

Ωστόσο, εντοπίζονται έρευνες, οι οποίες δεν αναδεικνύουν την επίδραση της φύσης της αναπηρίας στην ποιότητα ζωής των ατόμων με απώλεια ακοής. Ειδικότερα, οι Qi et al. (2020), έχοντας ως δείγμα 437 άτομα με Κώφωση, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως τόσο ο βαθμός απώλειας της ακοής όσο και η ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας δεν αποτελούν μεταβλητές που ασκούν επίδραση στην ποιότητα ζωής των ατόμων. Σε ανάλογο πλαίσιο, στην έρευνά τους οι Haukedal et al. (2018), στην οποία συμμετείχαν άτομα με και χωρίς απώλεια ακοής, δε διαπίστωσαν καμία σημαντική συσχέτιση μεταξύ ποιότητας ζωής και ηλικίας εμφάνισης της αναπηρίας. Τέλος, οι Kushalnagar et al. (2011), ανέδειξαν την υψηλή ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων, η οποία δεν εμφάνισε σημαντική σχέση με τον βαθμό απώλειας ακοής των ατόμων.

### **3.2.7 Η επίδραση του φύλου και της ηλικίας στην ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση**

Αρκετές έρευνες έχουν διερευνήσει την επίδραση του φύλου αλλά και της ηλικίας των ατόμων με Κώφωση στην ποιότητα ζωής τους (Borujeni et al., 2015 · Fellingner et al., 2005 · Haukedal et al., 2019 · Haukedal et al., 2018 · Jaiyeola & Adeyemo, 2018 · Laugen et al., 2016 · Oyewumi et al., 2013 · Qi et al., 2020 · Sach & Barton, 2007 · SarAbadani-Tafreshi, 2006 · Warner-Czyz et al., 2011).

Ειδικότερα, στις μελέτες τους οι Laugen et al. (2016) και Borujeni et al. (2015) διαπίστωσαν πως οι άνδρες παρουσιάζουν κατώτερη ποιότητα ζωής, σε σύγκριση με τις γυναίκες στους τομείς της σωματικής και ψυχολογικής υγείας. Τα παραπάνω ευρήματα επιβεβαιώνονται και από τις έρευνες των Sach & Barton (2007) και SarAbadani-Tafreshi (2006), οι οποίες ανέδειξαν τη διαφορά στην ποιότητα ζωής μεταξύ ανδρών και γυναικών. Ωστόσο, σε αντίθετη κατεύθυνση βρίσκονται οι έρευνες των Chaveiro et al. (2014), Chen et al. (2015), Fellingner et al. (2005), και Ringdahl & Grimby (2000), οι οποίες ανέδειξαν τις μεγαλύτερες βαθμολογίες των ανδρών στον τομέα των κοινωνικών σχέσεων και αλληλεπιδράσεων αλλά και στους τομείς της σωματικής και ψυχολογικής υγείας, στοιχεία που ασκούν επίδραση στη συνολική ποιότητα ζωής τους. Από την άλλη πλευρά, οι μελέτες των Qi et al. (2020), Haukedal et al. (2019), Jaiyeola & Adeyemo (2018) και Oyewumi et al. (2013), οι οποίοι διερεύνησαν την ποιότητα ζωής 437, 84, 102 και 70 ατόμων με Κώφωση αντίστοιχα, δεν κατάφεραν να αναδείξουν καμία σημαντική συσχέτιση μεταξύ του φύλου και της ποιότητας ζωής των ατόμων με απώλεια ακοής.

Αναφορικά με την ηλικία των συμμετεχόντων, οι μελέτες καταλήγουν σε αντιφατικά αποτελέσματα. Ειδικότερα, οι Haukedal et al. (2018) δε διαπίστωσαν σημαντική σχέση μεταξύ χρονολογικής ηλικίας και ποιότητας ζωής. Αντιθέτως, οι Jaiyeola & Adeyemo (2018) έχοντας ως δείγμα 102 άτομα με Κώφωση, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η ηλικία ασκεί επίδραση στην ποιότητα ζωής τους, καθώς όσο μεγαλύτεροι ήταν οι συμμετέχοντες τόσο καλύτερη παρουσίαζονταν η εικόνα στη ζωή τους. Ωστόσο, αξίζει να αναφερθεί πως το

δείγμα της έρευνας περιορίζονταν σε άτομα νεαρής ηλικίας. Τέλος, στην έρευνά τους οι Warner-Czyz et al. (2011), στην οποία συμμετείχαν 138 άτομα με κοχλιακά εμφυτεύματα διαπίστωσαν πως τα άτομα νεότερης ηλικίας βαθμολόγησαν την ποιότητα ζωής τους, τις κοινωνικές σχέσεις αλλά και την αυτόεικόνα τους θετικότερα σε σύγκριση με άτομα μεγαλύτερης ηλικίας.

### **3.2.8 Η επίδραση της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης των ατόμων με Κώφωση στην ποιότητα της ζωής τους**

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διαπιστώνεται πως η κοινωνικοοικονομική κατάσταση των ατόμων με απώλεια ακοής αποτελεί παράγοντα επιρροής της ποιότητας ζωής τους (Haukedal et al., 2019 · Haukedal et al., 2018 · Hofmann et al., 2020 · Huber & Kirman, 2011 · Huber et al., 2015 · Jaiyeola & Adeyemo, 2018 · Kirman & Sari, 2013 · Leigh et al., 2015 · Necula et al., 2013 · Sach & Barton, 2007 · Sahli et al., 2009).

Οι Hofmann et al. (2020), Jaiyeola & Adeyemo (2018) και Kirman & Sari, (2013) διερευνώντας 266, 102 και 106 άτομα με απώλεια ακοής αντίστοιχα, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως οι συμμετέχοντες με υψηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση παρουσιάζουν καλύτερη εικόνα στη σωματική υγεία, στις κοινωνικές σχέσεις αλλά και σε διάφορους τομείς της ποιότητας ζωής τους. Τα αποτελέσματα που προαναφέρθηκαν επιβεβαιώνονται και από τις έρευνες των Duarte et al. (2021), Huber et al. (2015), Sahli et al. (2009) και Sach & Barton (2007), οι οποίες αναδεικνύουν πως τα άτομα με καλύτερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο σημειώνουν υψηλότερες βαθμολογίες στην ποιότητα ζωής τους. Ειδικότερα, οι ερευνητές τόνισαν πως τα υψηλότερα επίπεδα κοινωνικοοικονομικής κατάστασης οδηγούν σε καλύτερη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, σε υψηλότερα επίπεδα προτύπων αλλά και σε καλύτερες δυνατότητες ανάπτυξης γλωσσικών και γνωστικών ικανοτήτων.

Σε αντίθεση με τα παραπάνω ευρήματα, οι Haukedal et al. (2019), Haukedal et al. (2018) και Necula et al. (2013), έχοντας ως δείγμα 84, 102 και 84 άτομα με απώλεια ακοής αντίστοιχα, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως δεν εντοπίζεται σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας ζωής και της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης των ατόμων. Τα παραπάνω ευρήματα συμφωνούν και με τις μελέτες των Leigh et al. (2015) και Huber & Kirman (2011), οι οποίες υπογράμμισαν πως το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο των ατόμων με απώλεια ακοής δεν επηρεάζει την ποιότητα της ζωής τους αλλά ούτε και έννοιες συναφείς μ' αυτή.

### **3.2.9 Η επίδραση του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος στην ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση**

Παράγοντες επιρροής της ποιότητας ζωής των ατόμων με Κώφωση αποτελούν τόσο το οικογενειακό όσο και το κοινωνικό τους περιβάλλον (Black & Glickman, 2006 · Duarte et

al., 2014 · Fellingner et al., 2007, 2005 · Hintermair, 2010 · Kushalnagar et al., 2014 · Kushalnagar et al., 2011 · Mitchell & Quittner, 1996 · Santos et al., 2019 · Tsimpida et al., 2018).

Αναφορικά με το οικογενειακό περιβάλλον, οι Duarte et al. (2014) και Mitchell & Quittner (1996) ανέδειξαν την επίδραση της κατάστασης ακοής των γονέων στην ποιότητα ζωής των παιδιών τους. Ειδικότερα οι ερευνητές, αναλύοντας τα αποτελέσματά τους, διαπίστωσαν πως τα άτομα με ακούοντες γονείς αντιμετωπίζουν περισσότερες προκλήσεις σχετικά με την κοινωνική και συναισθηματική τους προσαρμογή, σε αντίθεση με τα άτομα που οι γονείς τους παρουσιάζουν απώλεια ακοής. Εν συνεχεία, οι Santos et al. (2019) και Black & Glickman, (2006) αναζητώντας τη σημασία της επικοινωνίας των ατόμων με το οικογενειακό τους περιβάλλον, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η έλλειψη γνώσης της νοηματικής γλώσσας εκ μέρους της οικογένειας έχει ως αποτέλεσμα την ανεπαρκή επικοινωνία, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε ψυχολογικά προβλήματα, άγχος και χαμηλή αυτοεκτίμηση, στοιχεία που έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των ατόμων. Τη σημασία της επαρκούς επικοινωνίας μεταξύ ατόμων και οικογένειας ανέδειξαν και οι έρευνες των Hintermair (2010) και Kushalnagar et al. (2011), οι οποίοι διαπίστωσαν πως όταν τα άτομα αλληλεπιδρούν και επικοινωνούν με τις οικογένειές τους μέσω μιας κοινής γλώσσας παρουσιάζουν θετική εικόνα στη ζωή τους.

Εξετάζοντας την επίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος στην ποιότητα ζωής των ατόμων με ακουστική αναπηρία, οι Fellingner et al. (2007) επισήμαναν τη σημασία συμμετοχής των ατόμων στην Κοινότητα των Κωφών, καθώς διαπίστωσαν πως αυτή οδηγεί σε ικανοποιητική ποιότητα ζωής, η οποία βρίσκεται σε παρόμοια επίπεδα με αυτή των ατόμων με φυσιολογική ακοή. Ανάλογα είναι τα αποτελέσματα και από την έρευνα των Fellingner et al. (2005), η οποία υπογράμμισε πως τα άτομα που ενσωματώνονται στην Κοινότητα των Κωφών ωφελούνται στον κοινωνικό τομέα, καθώς δημιουργούν σχέσεις εμπιστοσύνης και σεβασμού με βάση ένα κοινό σύστημα επικοινωνίας. Τέλος, οι Tsimpida et al. (2018) ισχυρίστηκαν πως τα άτομα με απώλεια ακοής που ζουν μόνοι τους στο σπίτι παρουσιάζουν χαμηλότερες βαθμολογίες στον ψυχολογικό τομέα, στοιχείο που αναπόφευκτα επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΥΝΔΕΣΗ ΤΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΚΩΦΩΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥΣ**

Η ταυτότητα αποτελεί μια έννοια που αντικατοπτρίζει τις απόψεις και αντιλήψεις των ατόμων σε διάφορα επίπεδα, στοιχείο που παρουσιάζει σημαντικό αντίκτυπο στη ζωή τους. Για τον λόγο αυτόν, διάφοροι ερευνητές έχουν προβεί στη διερεύνηση της επίδρασης που ασκεί ο συγκεκριμένος όρος στη ζωή των ατόμων με Κώφωση (Crowe, 2020 · Cuevas et al., 2019 · Mulderrig & Rogers, 2019 · Rogers et al., 2018). Παρακάτω, παρατίθενται έρευνες οι οποίες έχουν μελετήσει τη συσχέτιση μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών στην περίπτωση των ατόμων με ακουστική αναπηρία.

### **4.1 Βιβλιογραφική Ανασκόπηση: Η επιρροή της Ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση στην Ποιότητα της ζωής τους**

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διαπιστώνεται πως η ταυτότητα που υιοθετούν οι κωφοί παρουσιάζει σημαντικό αντίκτυπο στη ζωή τους. Ειδικότερα, διάφοροι ερευνητές ανέδειξαν πως τα άτομα με Διπολιτισμική ταυτότητα ή ταυτότητα Κωφών υπερτερούν έναντι των υπολοίπων ομάδων στην ποιότητα ζωής τους αλλά και σε έννοιες σχετικές μ' αυτή (Bat-Chava, 2000 · Carter & Mileres, 2016 · Chapman & Dammeyer, 2017 · Cole & Edelman, 1991 · Cornell & Lyness, 2005 · Crowe, 2020 · Cuevas et al., 2019 · Gerich & Fellingner, 2011 · Hilton et al., 2013 · Hintermair, 2007 · Jambor & Elliott, 2005 · Lambez et al., 2020 · Mance & Edwards, 2012 · Maxwell-McCaw, 2001 · Moog et al., 2011 · Moradi & Rottensten, 2007 · Mulderrig & Rogers, 2019 · Rogers et al., 2018 · Spencer et al., 2012 · Weinberg & Sterritt, 1986).

Στην έρευνά του ο Crowe (2020), έχοντας ως δείγμα 149 άτομα με Κώφωση, διαπίστωσε πως οι συμμετέχοντες που ταυτίζονται και συνδέονται με την Κοινότητα των Κωφών παρουσιάζουν καλύτερα αποτελέσματα στη ζωή τους και θετικότερη αυτό-αποτελεσματικότητα, σε αντίθεση με τα άτομα που απομακρύνονται από τη συγκεκριμένη Κοινότητα. Επιπροσθέτως, οι Mulderrig & Rogers (2019) κατέληξαν στο συμπέρασμα πως οι συμμετέχοντες με Διπολιτισμική ταυτότητα και ταυτότητα Κωφών παρουσιάζουν υψηλότερη ικανοποίηση στη ζωή τους σε σύγκριση με τις υπόλοιπες κατηγορίες. Αντιθέτως, τα άτομα με την Περιθωριοποιημένη ταυτότητα σημειώνουν τις χαμηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα ικανοποίησης της ζωής, στοιχείο που υποδηλώνει την αντιμετώπιση δυσκολιών σε διάφορους τομείς της ζωής τους. Ανάλογα είναι τα αποτελέσματα και από την έρευνα των Cuevas et al. (2019), στην οποία συμμετείχαν 114 άτομα με απώλεια ακοής. Ειδικότερα, οι ερευνητές ανέφεραν πως η ανάπτυξη μιας ισχυρής ταυτότητας Κωφών και η πρόσβαση στη νοηματική γλώσσα συμβάλλουν στην ψυχολογική ευημερία αλλά και σε καλύτερες κοινωνικές σχέσεις και αλληλεπιδράσεις. Παρομοίως, στην έρευνά τους, οι Rogers et al. (2018) έχοντας ως δείγμα 91 άτομα, επιχείρησαν να προσαρμόσουν το SWEMWBS BSL στον πληθυσμό των Κωφών της Μεγάλης Βρετανίας, ένα εργαλείο που διερευνά την ψυχική τους ευεξία. Αναλύοντας τα ευρήματά τους, διαπίστωσαν πως οι συμμετέχοντες που ταυτίστηκαν με την Κοινότητα των Κωφών και υιοθέτησαν την ταυτότητα τους,

παρουσίασαν καλύτερα αποτελέσματα στην ψυχολογική και ψυχική τους ευεξία. Μάλιστα, οι ερευνητές τόνισαν πως όσο τα άτομα απομακρύνονταν από την κοινότητα των Κωφών τόσο χαμηλότερες βαθμολογίες σημείωσαν στους παραπάνω τομείς. Το θετικό αντίκτυπο της ταυτότητας Κωφών στη ζωή των ατόμων με απώλεια ακοής υπογραμμίζουν και οι έρευνες των Tabilin, (2021), Carter & Mileres (2016) και Carter (2015), οι οποίες ανέδειξαν πως τα άτομα με τη συγκεκριμένη ταυτότητα παρουσιάζουν υψηλότερη αυτοεκτίμηση και αυτοεικόνα σε σύγκριση με τις υπόλοιπες κατηγορίες. Η παραπάνω κατάσταση συνδέθηκε με το γεγονός πως τα άτομα που αποδέχονται την αναπηρία τους και αναγνωρίζονται ως Κωφοί έρχονται αντιμέτωποι με θετικά αποτελέσματα στη ζωή τους.

Οι θετικές συνέπειες στην ποιότητα ζωής των ατόμων που υιοθετούν τη Διπολιτισμική και την ταυτότητα Κωφών επισημάνθηκαν και στην έρευνα των Gerich & Fellingner (2011), στην οποία συμμετείχαν 107 άτομα με Κώφωση. Ειδικότερα, η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα πως οι συμμετέχοντες με πολιτισμικά δίκτυα, που συναναστρέφονταν τόσο με Κωφούς όσο και με ακούοντες, σημείωσαν καλύτερες βαθμολογίες στην ποιότητα ζωής τους σε σύγκριση με τις υπόλοιπες κατηγορίες. Επιπροσθέτως, οι ερευνητές υπογράμμισαν και τα οφέλη της ταυτότητας Κωφών, καθώς διαπίστωσαν πως οι χαμηλότερες βαθμολογίες σημειώθηκαν από τους συμμετέχοντες που ανέπτυξαν κοινωνικά δίκτυα με τους ακούοντες. Τα παραπάνω ευρήματα συμφωνούν και με τις έρευνες των Spencer et al. (2012) και Moog et al. (2011), οι οποίοι ανέδειξαν πως τα άτομα με την ταυτότητα Κωφών αλλά και τη Διπολιτισμική ταυτότητα παρουσίασαν καλύτερη εικόνα στην ποιότητα της ζωής τους, συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικών σχέσεων και αλληλεπιδράσεών τους.

Επιπροσθέτως, ο Hintermair (2007) πραγματοποίησε μια έρευνα αναφορικά με την επίδραση που ασκεί η ταυτότητα 629 ατόμων με απώλεια ακοής σε δύο βασικούς παράγοντες της ποιότητας ζωής, την αυτοεκτίμηση αλλά και την ικανοποίηση από τη ζωή. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων, διαπιστώθηκε πως τα άτομα με Διπολιτισμική ταυτότητα παρουσιάζουν υψηλότερες βαθμολογίες στις παραπάνω κλίμακες, γεγονός που επιφέρει θετικά αποτελέσματα στην ψυχολογική και ψυχική τους υγεία. Ο ερευνητής υποστήριξε πως η πολιτισμική αυτή καλλιέργεια αποτελεί επιλογή που προσφέρει μεγαλύτερη εμβέλεια στη δημιουργία και διατήρηση κοινωνικών σχέσεων και αλληλεπιδράσεων αλλά και συνολικά στη ζωή. Ακόμη, από την έρευνά του διαφάνηκε πως τα άτομα με την Περιθωριοποιημένη ταυτότητα σημείωσαν τα χαμηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης και ικανοποίησης από τη ζωή, καθώς σύμφωνα με τον ερευνητή, η συγκεκριμένη κατάσταση αποτελεί κίνδυνο για την ανάπτυξη των χειρότερων αποτελεσμάτων στο ψυχολογικό ευ ζην. Ανάλογα είναι τα αποτελέσματα και από την έρευνα των Cornell & Lyness (2005), στην οποία συμμετείχαν 46 άτομα με Κώφωση. Ειδικότερα, οι ερευνητές εξετάζοντας έννοιες συναφείς με την ποιότητα ζωής, διαπίστωσαν πως οι κωφοί που αναπτύσσουν τη Διπολιτισμική ταυτότητα εμφανίζουν καλύτερη ψυχολογική και ψυχική υγεία και βιώνουν θετικότερα συναισθήματα για τον εαυτό τους, σε αντίθεση με τα άτομα με την Περιθωριοποιημένη ταυτότητα που σημειώνουν τις χαμηλότερες βαθμολογίες. Οι ερευνητές απέδωσαν την παραπάνω κατάσταση στο γεγονός πως η Διπολιτισμική ταυτότητα αποτελεί σημείο αναφοράς της «υγείας» και προσφέρει θετικά αποτελέσματα στη ζωή των ατόμων, εξαιτίας της αυξημένης κοινωνικής αλληλεπίδρασης και με τις δύο κοινότητες αλλά

και της έντονης αίσθησης του εαυτού που προκαλείται από την ανακάλυψη δύο διαφορετικών πολιτισμών.

Τα ευρήματα που προαναφέρθηκαν επιβεβαιώνονται και από την έρευνα των Jambor & Elliott (2005), οι οποίοι διαπίστωσαν πως τα άτομα με Διπολιτισμική ταυτότητα, που συναναστρέφονται τόσο με Κωφούς όσο και με ακούοντες, σημειώνουν τις καλύτερες βαθμολογίες στον τομέα της αυτοεκτίμησης. Επιπροσθέτως, οι ερευνητές υπογράμμισαν και τα οφέλη της ταυτότητας Κωφών, καθώς τα άτομα της συγκεκριμένης κατηγορίας υπερτερούσαν των ατόμων με ταυτότητα Ακουόντων. Στην ίδια κατεύθυνση βρίσκονται και οι μελέτες των Maxwell-McCaw (2001) και Bat-Chava (2000), στις οποίες συμμετείχαν 3.070 και 267 άτομα με απώλεια ακοής αντίστοιχα. Ειδικότερα, οι ερευνητές ανέδειξαν πως τα άτομα με Διπολιτισμική και ταυτότητα Κωφών εμφανίζουν ικανοποιητικά επίπεδα αυτοεκτίμησης και ικανοποίησης από τη ζωή, τα οποία υπερέχουν έναντι των δύο υπολοίπων ομάδων. Παρομοίως, οι Cole & Edlmann (1991) και Weinberg & Sterritt (1986) υποστήριξαν πως τα άτομα με Διπολιτισμική ταυτότητα παρουσιάζουν τις καλύτερες βαθμολογίες στον προσωπικό, κοινωνικό, ψυχολογικό, οικογενειακό και ακαδημαϊκό τομέα σε σύγκριση με τις υπόλοιπες κατηγορίες.

Προς ενίσχυση των παραπάνω μελετών, ακολουθούν έρευνες οι οποίες έχουν υπογραμμίσει το αρνητικό αντίκτυπο τόσο της Περιθωριοποιημένης όσο και της ταυτότητας Ακουόντων στην ποιότητα ζωής των ατόμων με απώλεια ακοής. Ειδικότερα, οι Lambez et al. (2020) και Hilton et al. (2013) διαπίστωσαν πως τα άτομα που ανέπτυξαν την ταυτότητα Ακουόντων παρουσίασαν αρνητικά αποτελέσματα στη συναισθηματική δυσφορία, βιώνοντας περισσότερο συναισθηματικό άγχος σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ομάδες. Οι ερευνητές επισήμαναν πως οι συμμετέχοντες αισθάνονταν κατώτεροι από τα μέλη της κυρίαρχης κοινότητας, γεγονός που επιφέρει αρνητικές συνέπειες στην ποιότητα της ζωής τους. Επιπροσθέτως, οι Charman & Dammeyer (2016), διερευνώντας την επίδραση της ταυτότητας 839 ατόμων με απώλεια ακοής στην ψυχολογική τους υγεία, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως οι συμμετέχοντες με την Περιθωριοποιημένη ταυτότητα υστερούν στον τομέα της ευημερίας έναντι των υπόλοιπων ομάδων. Οι ερευνητές αποδίδουν την παραπάνω κατάσταση στο γεγονός πως τα συγκεκριμένα άτομα βιώνουν μια αρνητική κοινωνική ταυτότητα ως κωφοί, χωρίς να διαθέτουν τις κατάλληλες στρατηγικές, οι οποίες θα τους βοηθήσουν να επιτύχουν μια θετική ταυτότητα και να αντισταθούν στις απειλές της αυτό-έννοιας. Παρομοίως, στην έρευνά τους οι Moradi & Rottensten (2007), έχοντας ως δείγμα 177 γυναίκες με Κώφωση, ανέδειξαν πως οι συμμετέχουσες που αναπτύσσουν την Περιθωριοποιημένη ταυτότητα παρουσιάζουν αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική τους υγεία. Ειδικότερα, οι γυναίκες συνδέθηκαν με διατροφικές διαταραχές και βίωναν αρνητικά συναισθήματα για την εξωτερική τους εμφάνιση, αποτελέσματα τα οποία δε διαπιστώθηκαν στις υπόλοιπες ομάδες.

Ωστόσο, εντοπίζονται έρευνες οι οποίες δεν αναδεικνύουν τη σχέση μεταξύ της ταυτότητας που αναπτύσσουν τα άτομα με ακουστική αναπηρία και της ποιότητας ζωής τους. Ειδικότερα, οι Marschark et al. (2017) και Meyer & Kashubeck-West (2011), έχοντας ως δείγμα 57 και 21 άτομα με Κώφωση, δεν εντόπισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην ποιότητα ζωής των ατόμων με βάση την ταυτότητα που αναπτύσσουν. Οι ερευνητές δηλαδή,

τόνισαν πως αυτή η ψυχοκοινωνική λειτουργία δεν φάνηκε να επηρεάζει τους διάφορους τομείς της ζωής τους. Τα παραπάνω αποτελέσματα επιβεβαιώνονται και από τις έρευνες των Kobosko (2010) και Leight et al. (2008), οι οποίες κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η ταυτότητα των ατόμων με ακουστική αναπηρία αποτελεί μεταβλητή, η οποία δεν επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση αλλά και έννοιες σχετικές μ' αυτή.

**ΜΕΡΟΣ Β**  
**«ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ»**



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 5.1 Σκοπός της Έρευνας – Ερευνητικά Ερωτήματα

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας αποτέλεσε η διερεύνηση της επίδρασης που ασκεί η ταυτότητα που αναπτύσσουν τα άτομα με Κώφωση στην ποιότητα της ζωής τους. Ειδικότερα, μελετήθηκε εάν οι διάφοροι τομείς της ποιότητας ζωής των ατόμων επηρεάζονται από την κατηγορία της ταυτότητας που υιοθετούν. Παράλληλα, ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στη διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο τα προσωπικά χαρακτηριστικά των κωφών επηρεάζουν τόσο την ταυτότητά τους όσο και την ποιότητα της ζωής τους. Διερευνήθηκε δηλαδή, μεταξύ άλλων, το πως η ύπαρξη ακουστικής ενίσχυσης, η φύση της αναπηρίας, ο τρόπος επικοινωνίας στην καθημερινότητα, οι εκπαιδευτικές εμπειρίες αλλά και το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον ασκούν επίδραση στην ανάπτυξη της ταυτότητάς τους αλλά και στην ποιότητα ζωής που παρουσιάζουν.

Ειδικότερα, επιχειρήθηκε να απαντηθούν τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

- 1) Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση και της ποιότητας ζωής τους;
- 2) Εντοπίζεται διαφοροποίηση ως προς την ταυτότητα των ατόμων με Κώφωση με βάση τα ατομικά τους χαρακτηριστικά (ύπαρξη κοχλιακού εμφυτεύματος και ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας);
- 3) Υπάρχει διαφοροποίηση ως προς την ταυτότητα των ατόμων με Κώφωση με βάση τον τρόπο επικοινωνίας αλλά και το επίπεδο των γλωσσικών τους ικανοτήτων;
- 4) Διαφοροποιείται η ταυτότητα που αναπτύσσουν τα άτομα με Κώφωση με βάση τις εκπαιδευτικές τους εμπειρίες (τύπος σχολείου και γλώσσα διδασκαλίας);
- 5) Εντοπίζεται διαφοροποίηση ως προς την ταυτότητα των ατόμων με Κώφωση με βάση το οικογενειακό (κατάσταση ακοής των γονέων, τρόπος επικοινωνίας με την οικογένεια) αλλά και κοινωνικό τους περιβάλλον (συμμετοχή στην Κοινότητα των Κωφών);

- 6) Επηρεάζεται η ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση με βάση τα ατομικά τους χαρακτηριστικά (φύλο, χρονολογική ηλικία, οικονομική κατάσταση, ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας, ύπαρξη κοχλιακού εμφυτεύματος);
- 7) Οι εκπαιδευτικές εμπειρίες των ατόμων με Κώφωση (τύπος σχολείου, γλώσσα διδασκαλίας), ο τρόπος επικοινωνίας που επιλέγουν να χρησιμοποιούν στην καθημερινότητά τους αλλά και το κοινωνικό περιβάλλον (συμμετοχή στην Κοινότητα των Κωφών) επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής τους;
- 8) Μπορεί να προβλεφθεί η ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση με βάση την ταυτότητα που αναπτύσσουν;

## **5.2 Ερευνητικό εργαλείο**

Για την πραγματοποίηση της παρούσας εργασίας συγκροτήθηκε ένα ερωτηματολόγιο ατομικής συμπλήρωσης, το οποίο αποτελούνταν από δύο ενότητες. Η πρώτη από αυτές αποσκοπούσε στον προσδιορισμό των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων, ενώ η δεύτερη ενότητα περιελάμβανε τα ψυχομετρικά εργαλεία που ενσωματώθηκαν στη μελέτη.

### **5.2.1 Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών στοιχείων**

Αρχικά, επιχειρήθηκε ο προσδιορισμός των ατομικών στοιχείων του δείγματος, με τη χρήση ενός αυτοσχέδιου ερωτηματολογίου δημογραφικών στοιχείων. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο απευθύνονταν αποκλειστικά σε άτομα με Κώφωση και διέθετε συνολικά 19 ερωτήματα, τα οποία στόχευαν στη συγκέντρωση των προσωπικών πληροφοριών του δείγματος. Ειδικότερα, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν α) να συμπληρώσουν τα ατομικά τους στοιχεία (φύλο, τόπος διαμονής, ηλικία, επαγγελματική κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, γνώση ελληνικής νοηματικής γλώσσας και προφορικού λόγου, εκπαιδευτικές εμπειρίες), β) να αναφέρουν πληροφορίες αναφορικά με την αναπηρία τους (ύπαρξη ακουστικής ενίσχυσης, ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας), γ) να παρέχουν στοιχεία σχετικά με το οικογενειακό τους περιβάλλον (κατάσταση ακοής συγγενών, γονέων, παιδιών και συζύγων/ συντρόφων) δ) αλλά και να γνωστοποιήσουν πληροφορίες αναφορικά με την καθημερινή τους ζωή και διαβίωση (δραστηριοποίηση σε συλλόγους Κωφών/ Βαρήκων, τρόπος επικοινωνίας με το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον).

### **5.2.2 Ψυχομετρικά Εργαλεία**

**«Αναθεωρημένη Κλίμακα Ανάπτυξης της Ταυτότητας των Ατόμων με Κώφωση» (DIDS-R, Deaf Identity Development Scale: A Revision and Validation).**

Η Αναθεωρημένη Κλίμακα Ανάπτυξης της Ταυτότητας των Ατόμων με Κώφωση (DIDS-R) αποτελεί τη βελτιωμένη έκδοση του DIDS, που αναπτύχθηκε από τον Glickman (1993) με στόχο την επιβεβαίωση της θεωρίας του, αναφορικά με την ύπαρξη τεσσάρων ταυτοτήτων στην περίπτωση των ατόμων με Κώφωση (Fischer & McWhirter, 2001). Στόχος του συγκεκριμένου ψυχομετρικού εργαλείου αποτελεί η παροχή ενός λειτουργικού μέτρου αξιολόγησης του προσανατολισμού των ατόμων με Κώφωση, σχετικά με την Κοινότητα και κουλτούρα των Κωφών (Glickman & Carey, 1993). Η αναθεωρημένη έκδοση του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε από τους Fischer & McWhirter (2001), οι οποίοι ακολούθησαν τις προτάσεις του Glickman (1993) για την προσθήκη, αναδιατύπωση αλλά και εξάλειψη στοιχείων (Fischer & McWhirter, 2001). Κατά την τροποποίηση του εργαλείου, το οποίο απευθύνεται σε άτομα με απώλεια ακοής, οι ερευνητές επιχείρησαν την προσαρμογή των ερωτήσεων με στόχο τη μείωση του επιπέδου ανάγνωσης και την παράλληλη διατήρηση της σημασίας των ερωτήσεων (Cornell & Lyness, 2005).

Ειδικότερα, η αναθεωρημένη Κλίμακα Ανάπτυξης της Ταυτότητας των Ατόμων με Κώφωση (DIDS-R) αποτελεί ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο 47 στοιχείων, τα οποία οργανώνονται στις ακόλουθες 4 υποκατηγορίες (Fischer, 2000):

- 1) Κλίμακα Ακουόντων (Hearing scale): περιλαμβάνει 10 ερωτήματα, τα οποία λαμβάνουν ως σημείο αναφοράς την κοινωνία των ακουόντων. Ειδικότερα, τα άτομα που σημειώνουν τις υψηλότερες βαθμολογίες στη συγκεκριμένη υποκατηγορία ενσωματώνονται περισσότερο με τις στάσεις, τις συμπεριφορές και την κοινωνία των ακουόντων.
- 2) Περιθωριοποιημένη Κλίμακα (Marginal scale): η συγκεκριμένη διάσταση αποτελείται από 12 ερωτήματα. Τα άτομα που συγκεντρώνουν τις υψηλότερες βαθμολογίες στην εν λόγω κατηγορία δεν έχουν σχηματίσει ολοκληρωμένα κάποια ταυτότητα και χαρακτηρίζονται από φτωχές κοινωνικές και επικοινωνιακές δεξιότητες.
- 3) Κλίμακα Βύθισης (Immersion scale): η προαναφερθείσα κλίμακα ενσωματώνει 12 ερωτήματα, με τις υψηλότερες βαθμολογίες να υποδηλώνουν πως τα άτομα λαμβάνουν ως επίκεντρο την Κοινότητα των Κωφών.
- 4) Διπολιτισμική κλίμακα (Bicultural scale): η συγκεκριμένη διάσταση περιέχει 13 ερωτήματα. Η συγκέντρωση υψηλότερων βαθμολογιών υποδηλώνει τον σεβασμό και την κοινωνικοποίηση των ατόμων τόσο με Κωφούς όσο και με ακούοντες.

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο ακολουθεί την πενταβάθμια κλίμακα του Likert, με διαβαθμίσεις από το 1 (συμφωνώ απόλυτα) έως το 5 (διαφωνώ απόλυτα). Η βαθμολόγηση του ψυχομετρικού εργαλείου απαιτεί το άθροισμα όλων των στοιχείων σε κάθε υποκατηγορία. Η κλίμακα, και κατ' επέκταση η ταυτότητα που αποδίδεται στον κάθε συμμετέχων, αφορά τη διάσταση που συγκέντρωσε την υψηλότερη βαθμολογία (Fischer & McWhirter, 2001).

Βέβαια, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως δεν έχει πραγματοποιηθεί η στάθμιση του συγκεκριμένου ψυχομετρικού εργαλείου στον ελληνικό πληθυσμό. Επομένως, για τις ανάγκες της έρευνας πραγματοποιήθηκε η μετάφραση του ερωτηματολογίου από την αγγλική στην ελληνική γραπτή γλώσσα. Ειδικότερα, προκειμένου να διατηρηθεί η ισοδυναμία μεταξύ της αρχικής και μεταφρασμένης έκδοσης, πραγματοποιήθηκε η μέθοδος της διπλής κατευθύνσεως. Στη διαδικασία συμμετείχαν δύο δίγλωσσοι επαγγελματίες της εκπαίδευσης, όπου ο ένας μετέφερε το εργαλείο από την αγγλική στην ελληνική γλώσσα και ο δεύτερος πραγματοποίησε την αντίστροφη μετάφραση. Κατόπιν, οι εκδοχές συγκρίθηκαν ως προς την εννοιολογική τους ισορροπία, με αποτέλεσμα να εξασφαλιστεί η αποφυγή λαθών κατά τη διεξαγωγή της ερευνητικής διαδικασίας.

Αναφορικά με τον δείκτη αξιοπιστίας του εργαλείου υπολογίστηκε ο συντελεστής Cronbach's Alpha, με τις τιμές του να θεωρούνται ικανοποιητικές όταν είναι μεγαλύτερες του 0.7 ή του 0.8. Ειδικότερα, η τιμή του δείκτη για το συνολικό εργαλείο αξιολόγησης της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση προέκυψε στο 0.763. Ταυτοχρόνως, αξιόπιστοι παρουσιάζονται και οι συντελεστές Cronbach's alpha για τις τέσσερις υποκλίμακες, καθώς κυμαίνονταν από 0.748 έως 0.852. Επομένως, οι 47 ερωτήσεις συνιστούν αρκετά ικανοποιητικά την κλίμακα για τη μέτρηση της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση, τόσο συνολικά όσο και για τις επιμέρους κατηγορίες (βλ. Πίνακας 1).

**Πίνακας 1: Δείκτες αξιοπιστίας του DIDS**

<b>Ερευνητικό εργαλείο αξιολόγησης της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση</b>	<b>Cronbach's Alpha</b>	<b>Συχνότητα</b>
Κλίμακα Ακουόντων (Hearing scale)	0.852	10
Περιθωριοποιημένη Κλίμακα (Marginal scale)	0.764	12
Κλίμακα Βύθισης (Immersion scale)	0.748	12
Διπολιτισμική Κλίμακα (Bicultural scale)	0.807	13
Σύνολο ερωτήσεων DIDS	0.763	47

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

Το ψυχομετρικό εργαλείο WHOQOL-BREF αποτελεί τη σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου Ποιότητας Ζωής WHOQOL-100 (Ginieri-Coccosis et al., 2012 · Skevington et al., 2004), που αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ). Το συγκεκριμένο εργαλείο έχει ως στόχο την προαγωγή ενός διαπολιτισμικού συστήματος αξιολόγησης της ποιότητας ζωής, η οποία μπορεί να συμβάλλει στη βελτίωση των

παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Τζινιέρη-Κοκκώση και συν., 2003). Η δημιουργία της ελληνικής μορφής του WHOQOL-BREF διεκπεραιώθηκε από την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο υπό την αιγίδα του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας. Βασικοί συντελεστές του συγκεκριμένου έργου αποτελούν δύο κλινικοί ψυχολόγοι (Μ.Τζινιέρη - Κοκκώση, Β. Αντωνοπούλου) και ένας κοινωνιολόγος (Ε. Τριανταφύλλου). Η μελέτη για τη δημιουργία της ελληνικής μορφής πραγματοποιήθηκε με βάση το προτεινόμενο, από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ερευνητικό πρωτόκολλο με άξονα τον διαπολιτισμικό χαρακτήρα των ερωτηματολογίων WHOQOL.

Ειδικότερα, η ελληνική εκδοχή του WHOQOL-BREF αποτελείται συνολικά από 30 ερωτήματα. Τα 26 από αυτά έχουν επιλεγεί από το αγγλικό πρωτότυπο WHOQOL-100 βάσει στατιστικών κριτηρίων (Giniéri-Coccosis et al., 2012), ενώ τα επιπλέον 4 ερωτήματα έχουν προκύψει από την προσαρμογή του ερωτηματολογίου στα ελληνικά πολιτισμικά δεδομένα (Τζινιέρη-Κοκκώση και συν., 2003). Αναλυτικότερα, το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει ως στόχο τη συλλογή πληροφοριών αναφορικά με τέσσερις βασικές διαστάσεις που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής:

- 1) Σωματική υγεία: ο συγκεκριμένος τομέας περιλαμβάνει 9 ερωτήματα και διερευνά τη σωματική υγεία σε συνδυασμό με το επίπεδο ανεξαρτησίας των ατόμων. Ειδικότερα, τα 9 στοιχεία της θεματικής ενότητας αποσκοπούν στην άντληση πληροφοριών αναφορικά με ενδεχόμενους σωματικούς πόνους που βιώνει το άτομο, την επιρροή των πόνων αυτών στις καθημερινές του δραστηριότητες, την ανάγκη του ατόμου για φαρμακευτικές ουσίες και ιατρική βοήθεια, την ενέργεια, κόπωση και κινητικότητα του, την ποιότητα του ύπνου αλλά και την ικανότητα του για εργασία.
- 2) Ψυχολογική υγεία: ο προαναφερόμενος τομέας ενσωματώνει 6 ερωτήματα, τα οποία αποσκοπούν στη διερεύνηση της ψυχολογικής υγείας και πνευματικότητας των ατόμων. Συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις στοχεύουν στη συλλογή των προσωπικών πεποιθήσεων του ατόμου αναφορικά με τη ζωή του, τη συγκέντρωση του, την εικόνα του σώματος και της εξωτερικής του εμφάνισης, την αυτοεκτίμηση αλλά και την εμφάνιση θετικών και αρνητικών συναισθημάτων.
- 3) Κοινωνικές σχέσεις: η θεματική ενότητα απαρτίζεται από 5 στοιχεία, τα οποία συγκεντρώνουν πληροφορίες για τις προσωπικές σχέσεις του ερωτώμενου, την κοινωνική υποστήριξη από το φιλικό περιβάλλον και τη σεξουαλική του ζωή.
- 4) Περιβάλλον: ο τομέας του περιβάλλοντος αποτελείται από 8 ερωτήματα, τα οποία διερευνούν την επάρκεια της καθημερινής ασφάλειας του ερωτώμενου, την υγιεινή στο χώρο που ζει, την οικονομική του κατάσταση, την επάρκεια στην πληροφόρηση, την δυνατότητα δημιουργίας και διασκέδασης, την ποιότητα κατοικίας, την περίθαλψη αλλά και τα μέσα μετακίνησης.

Εκτός από τα προαναφερόμενα, το συγκεκριμένο ψυχομετρικό εργαλείο περιλαμβάνει 2 ακόμη ερωτήματα, τα οποία αξιολογούν το «ευ ζην» του ατόμου σφαιρικά, δηλαδή την ποιότητα ζωής του στο σύνολό της αλλά και τη γενική κατάσταση της υγείας του. Οι ερωτήσεις ακολουθούν την πενταβάθμια κλίμακα του Likert, με διαβαθμίσεις από το 1 έως το 5, όπου το άτομο καλείται να απαντήσει αναλογιζόμενο τον εαυτό του και τη ζωή

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

Αναφορικά με τον δείκτη αξιοπιστίας του εργαλείου υπολογίστηκε ο συντελεστής Cronbach's Alpha, ο οποίος είναι υψηλός ( $\alpha=0.890$ ) για τη συνολική κλίμακα της ποιότητας ζωής. Αξιοπίστοι παρουσιάζονται και οι συντελεστές Cronbach's alpha για τις πέντε υποκλίμακες που κυμαίνονταν από 0.661 έως 0.890. Οι παραπάνω δείκτες αποτυπώνουν την υψηλή αξιοπιστία του εργαλείου τόσο για το σύνολο των υποκλιμάκων όσο και για το σύνολο των ερωτήσεων (βλ. Πίνακας 2).

**Πίνακας 2: Δείκτες αξιοπιστίας του WHOQOL-BREF**

Ερευνητικό εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας ζωής	Cronbach's Alpha	Συχνότητα
Σωματική υγεία	0.710	9
Ψυχολογική υγεία	0.661	6
Κοινωνικές σχέσεις	0.780	5
Περιβάλλον	0.762	8
Σφαιρική ποιότητα ζωής	0.811	2
Σύνολο ερωτήσεων WHOQOL-BREF	0.890	30

### 5. 3 Διαδικασία συλλογής ερευνητικών δεδομένων

Η διαδικασία συλλογής των ερευνητικών δεδομένων πραγματοποιήθηκε από τον Νοέμβριο του 2020 έως τον Φεβρουάριο του 2021. Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν στους συμμετέχοντες δια ζώσης, μέσω ταχυδρομείου αλλά και διαδικτυακά με τη μορφή ηλεκτρονικής φόρμας (Google Forms). Το δείγμα της έρευνας συγκεντρώθηκε κατά κύριο λόγο από Σωματεία και Συλλόγους Κωφών της Ελλάδος. Ειδικότερα, οι συμμετέχοντες προέρχονταν από διάφορες περιοχές, με κυριότερες τα Ιωάννινα, την Αθήνα, τη Θεσσαλονίκη, τον Βόλο, τη Λάρισα και την Κρήτη. Η επικοινωνία με τα Σωματεία και τους Συλλόγους πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Ειδικότερα, οι επικεφαλής των Συλλόγων και Σωματείων ενημερώθηκαν για τα στοιχεία της ερευνήτριας, τον σκοπό πραγματοποίησης της μελέτης αλλά και για τον απαιτούμενο χρόνο συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων. Επιπροσθέτως, διαβεβαιώθηκαν για την ανωνυμία και εμπιστευτικότητα των στοιχείων που θα συλλέγονταν από τη διεξαγωγή της έρευνας, καθώς και για το γεγονός πως τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για

ερευνητικούς σκοπούς. Με τη σειρά τους, οι αρμόδιοι ενημέρωσαν τα μέλη των Συλλόγων και Σωματείων αναφορικά με την έρευνα, και εκείνοι επέλεξαν εάν επιθυμούσαν να συμμετέχουν ή να αποστασιοποιηθούν.

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χορήγηση του ερωτηματολογίου ατομικής συμπλήρωσης, το οποίο παρουσιάστηκε αναλυτικά στην προηγούμενη ενότητα. Ειδικότερα, η επιλογή του συγκεκριμένου εργαλείου στηρίχτηκε στην άποψη πως αυτό αποτελεί ένα εύχρηστο και βολικό μέσο, καθώς παρέχει τη δυνατότητα στους συμμετέχοντες να προβούν στη συμπλήρωσή του όποτε επιθυμούν και χωρίς χρονική πίεση. Μάλιστα, η έλλειψη άμεσης επικοινωνίας μεταξύ ερευνητή και ερωτώμενου, διευκολύνει τους συμμετέχοντες να εκφραστούν ελεύθερα και χωρίς ενδοιασμούς κατά τη διαδικασία καταγραφής των απαντήσεών τους. Επιπροσθέτως, το συγκεκριμένο εργαλείο απαρτίζεται από ερωτήσεις κλειστού τύπου, γεγονός που διευκολύνει τη συμπλήρωσή του εκ μέρους των ερωτώμενων και ταυτοχρόνως καθιστά ευκολότερη την επεξεργασία των απαντήσεων (Bryman, 2017).

#### 5.4 Περιγραφική Ανάλυση Δείγματος

Η δομή του δείγματος ως προς τα δημογραφικά του χαρακτηριστικά περιλαμβάνει το φύλο των ατόμων, τη χρονολογική ηλικία, τον τόπο διαμονής, την επαγγελματική και οικονομική κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και την ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας. Επιπροσθέτως, ενσωματώνει τον τρόπο επικοινωνίας στην καθημερινότητα, το επίπεδο γνώσης της ελληνικής νοηματικής γλώσσας και του προφορικού λόγου, το είδος του σχολείου φοίτησης, τη γλώσσα πραγματοποίησης της διδασκαλίας, την κατάσταση ακοής του συντρόφου/συζύγου, παιδιών και γονέων, τον τρόπο επικοινωνίας με το οικογενειακό περιβάλλον αλλά και τη δραστηριοποίηση σε συλλόγους Κωφών.

Ειδικότερα, στην παρούσα μελέτη έλαβαν μέρος συνολικά 155 άτομα με Κώφωση, εκ των οποίων οι 95 (ποσοστό 61,3%) ήταν γυναίκες και οι 60 (ποσοστό 38,7%) άντρες. Σχετικά με τον τόπο Διαμονής, οι 126 συμμετέχοντες (ποσοστό 81,3%) κατοικούσαν σε αστική περιοχή ενώ οι 29 (ποσοστό 18,7%) σε κωμόπολη ή χωριό. Αναφορικά με τη χρονολογική τους ηλικία, 46 άτομα (ποσοστό 29,7%) δήλωσαν πως ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 18 έως 30 ετών, 40 άτομα (ποσοστό 25,8%) δήλωσαν πως η ηλικία τους εντοπίζεται μεταξύ 31 έως 40 ετών, 28 άτομα (ποσοστό 18,1%) ανέφεραν πως ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 41 έως 50 ετών, ενώ 41 άτομα (ποσοστό 26,5%) δήλωσαν πως είναι άνω των 51 ετών.

**Πίνακας 3: Ηλικία Ατόμων με Κώφωση**

<b>Ηλικία Συμμετεχόντων</b>	<i>18-30</i>	<i>31-40</i>	<i>41-50</i>	<i>51 και άνω</i>	<i>Σύνολο</i>
Συχνότητα	<b>46</b>	<b>40</b>	<b>28</b>	<b>41</b>	155
Ποσοστό (%)	29,7	25,8	18,1	26,5	100

Ως προς την επαγγελματική κατάσταση του δείγματος, 75 εκ των ερωτηθέντων (ποσοστό 48,4%) ανέφεραν πως είναι εργαζόμενοι, 24 (ποσοστό 15,5%) απάντησαν πως είναι άνεργοι, 22 (ποσοστό 14,2%) δήλωσαν φοιτητές ενώ 34 από τους συμμετέχοντες (ποσοστό 21,9%) αποκρίθηκαν πως είναι συνταξιούχοι. Αναφορικά με το μορφωτικό τους επίπεδο, οι 34 συμμετέχοντες (ποσοστό 21,9%) δήλωσαν πως είναι απόφοιτοι δημοτικού, οι 3 (ποσοστό 1,9%) απόφοιτοι γυμνασίου, οι 18 (ποσοστό 11,6%) απόφοιτοι λυκείου, οι 16 (ποσοστό 10,3%) απόφοιτοι κάποιας επαγγελματικής σχολής, οι 65 (ποσοστό 41,9%) κάτοχοι πανεπιστημιακού τίτλου σπουδών και οι 19 (ποσοστό 12,3%) δήλωσαν κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού τίτλου σπουδών.

**Πίνακας 4: Επαγγελματική Κατάσταση Ατόμων με Κώφωση**

<b>Επαγγελματική Κατάσταση</b>	<i>Εργαζόμενος/η</i>	<i>Άνεργος/η</i>	<i>Φοιτητής/Φοιτήτρια</i>	<i>Συνταξιούχος</i>	<i>Σύνολο</i>
Συχνότητα	<b>75</b>	<b>24</b>	<b>22</b>	<b>34</b>	155
Ποσοστό (%)	48,4	15,5	14,2	21,9	100

Ως προς την ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας, 103 άτομα (ποσοστό 66,5%) ανέφεραν πως η Κώφωση παρουσιάστηκε πριν την ηλικία των 3 ετών, 27 άτομα (ποσοστό 17,4%) δήλωσαν πως η αναπηρία εμφανίστηκε μεταξύ 4 έως 6 ετών, 12 (ποσοστό 7,7%) ανέφεραν πως η απώλεια ακοής εκδηλώθηκε μεταξύ 7 έως 10 ετών, ενώ 13 άτομα (ποσοστό 8,4%) δήλωσαν πως η αναπηρία παρουσιάστηκε μετά την ηλικία των 11 ετών.

**Πίνακας 5: Ηλικία εμφάνισης Αναπηρίας**

<b>Ηλικία Εμφάνισης Αναπηρίας</b>	<i>0-3 ετών</i>	<i>4-6 ετών</i>	<i>7-10 ετών</i>	<i>11 ετών και άνω</i>	<i>Σύνολο</i>
Συχνότητα	<b>103</b>	<b>27</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>155</b>
Ποσοστό (%)	66,5	17,4	7,7	8,4	100

Σχετικά με την ακουστική ενίσχυση, 121 εκ των ερωτηθέντων (ποσοστό 78,1%) απάντησαν πως δε χρησιμοποιούν ακουστική ενίσχυση, 34 άτομα (ποσοστό 21,9%) δήλωσαν πως χρησιμοποιούν κοχλιακό εμφύτευμα, ενώ κανείς από το δείγμα δεν ανέφερε πως χρησιμοποιεί ακουστικά βαρηκοΐας.



**Πίνακας 6: Ύπαρξη ακουστικής ενίσχυσης**

<b>Ακουστική Ενίσχυση</b>	<i>Απουσία Ακουστικής ενίσχυσης</i>	<i>Χρήση κοχλιακού εμφυτεύματος</i>	<i>Σύνολο</i>
Συχνότητα	<b>121</b>	<b>34</b>	<b>155</b>
Ποσοστό (%)	78,1	21,9	100

Κατά τη διερεύνηση του επιπέδου γνώσης της ελληνικής νοηματικής γλώσσας 47 ερωτηθέντες (ποσοστό 30,3%) δήλωσαν πως τη γνωρίζουν άριστα, 47 (ποσοστό 30,3%) ανέφεραν πως διαθέτουν αρκετά καλή γνώση της ελληνικής νοηματικής, 42 συμμετέχοντες (ποσοστό 27,1%) απάντησαν πως διαθέτουν τις βασικές γνώσεις της γλώσσας, ενώ 19 άτομα (ποσοστό 12,3%) γνωστοποίησαν πως δε γνωρίζουν καθόλου την ελληνική νοηματική γλώσσα.

**Πίνακας 7: Ικανότητες ατόμων με Κώφωση στην Ελληνική Νοηματική Γλώσσα**

<b>Γνώση Ελληνικής Νοηματικής Γλώσσας</b>	<i>Άριστη γνώση</i>	<i>Αρκετά καλή γνώση</i>	<i>Βασικές γνώσεις</i>	<i>Απουσία γνώσης</i>	<i>Σύνολο</i>
Συχνότητα	<b>47</b>	<b>47</b>	<b>42</b>	<b>19</b>	<b>155</b>
Ποσοστό (%)	30,3	30,3	27,1	12,3	100

Αντίστοιχα, αναφορικά με τη γνώση του προφορικού λόγου, 71 από τους συμμετέχοντες (ποσοστό 45,8%) απάντησαν πως διαθέτουν άριστη γνώση, 43 (ποσοστό 27,7%) δήλωσαν πως γνωρίζουν αρκετά καλά τον προφορικό λόγο, 26 συμμετέχοντες (ποσοστό 16,8%) ανέφεραν πως διαθέτουν τις βασικές γνώσεις της ομιλούμενης γλώσσας και 15 (ποσοστό 9,7%) απάντησαν πως δε γνωρίζουν καθόλου τον προφορικό λόγο.

**Πίνακας 8: Ικανότητες ατόμων με Κώφωση στον προφορικό λόγο**

<b>Γνώση Προφορικού λόγου</b>	<i>Άριστη γνώση</i>	<i>Αρκετά καλή γνώση</i>	<i>Βασικές γνώσεις</i>	<i>Απουσία γνώσης</i>	<i>Σύνολο</i>
Συχνότητα	<b>71</b>	<b>43</b>	<b>26</b>	<b>15</b>	<b>155</b>
Ποσοστό (%)	45,8	27,7	16,8	9,7	100

Διερευνώντας τον τρόπο επικοινωνίας των ατόμων με Κώφωση στην καθημερινή τους ζωή, 70 εκ των ερωτηθέντων (ποσοστό 45,2%) δήλωσαν πως επικοινωνούν τόσο με τη νοηματική γλώσσα όσο και με τον προφορικό λόγο, 43 συμμετέχοντες (ποσοστό 27,7%) ανέφεραν πως επικοινωνούν αποκλειστικά με τη νοηματική γλώσσα, ενώ 42 (ποσοστό 27,1%) απάντησαν πως επικοινωνούν μόνο τη χρήση του προφορικού λόγου.

**Πίνακας 9: Τρόπος επικοινωνίας των ατόμων με Κώφωση**

<b>Τρόπος Επικοινωνίας</b>	<i>Αποκλειστικά με τη νοηματική γλώσσα</i>	<i>Αποκλειστικά με τον προφορικό λόγο</i>	<i>Και με τη νοηματική γλώσσα και με τον προφορικό λόγο</i>	<i>Σύνολο</i>
Συχνότητα	<b>43</b>	<b>42</b>	<b>70</b>	<b>155</b>
Ποσοστό (%)	27,7	27,1	45,2	100

Κατά τη διερεύνηση του συγγενικού περιβάλλοντος των ερωτηθέντων, εξετάστηκε η κατάσταση ακοής των συντρόφων/συζύγων, παιδιών και γονέων των ατόμων. Σχετικά με την κατάσταση ακοής του συντρόφου/συζύγου του, 71 εκ των ερωτηθέντων (ποσοστό 45,8%) αποκρίθηκαν πως ο σύντροφος/σύζυγός τους αντιμετωπίζει απώλεια ακοής, 40 (ποσοστό 25,8%) δήλωσαν πως ο σύντροφος/σύζυγος παρουσιάζει κανονική ακοή, ενώ 44 από τους συμμετέχοντες (ποσοστό 28,4%) δήλωσαν πως δεν έχουν σύντροφο/σύζυγο. Από την ανάλυση του δείγματος αναφορικά με την κατάσταση ακοής των παιδιών, 11 συμμετέχοντες (ποσοστό 7,1%) δήλωσαν πως έχουν παιδιά με απώλεια ακοής, 58 (ποσοστό 37,4%) αποκρίθηκαν πως τα παιδιά τους παρουσιάζουν φυσιολογική ακοή, ενώ οι 86 (ποσοστό 55,5%) ανέφεραν πως δεν έχουν καθόλου παιδιά.

**Πίνακας 10: Κατάσταση Ακοής Συντρόφου/Συζύγου των ατόμων με Κώφωση**

<b>Κατάσταση Ακοής Συντρόφου/ Συζύγου</b>	<i>Υπαρξη Απώλειας Ακοής</i>	<i>Φυσιολογική Ακοή</i>	<i>Δεν υπάρχει Σύντροφος / Σύζυγος</i>	<i>Σύνολο</i>
Συχνότητα	<b>71</b>	<b>40</b>	<b>44</b>	155
Ποσοστό (%)	45,8	25,8	28,4	100

**Πίνακας 11: Κατάσταση Ακοής των παιδιών του δείγματος**

<b>Κατάσταση Ακοής Παιδιών</b>	<i>Υπαρξη Απώλειας Ακοής</i>	<i>Φυσιολογική Ακοή</i>	<i>Δεν υπάρχουν παιδιά</i>	<i>Σύνολο</i>
Συχνότητα	<b>11</b>	<b>58</b>	<b>86</b>	155
Ποσοστό (%)	7,1	37,4	55,5	100

Αναφορικά με την κατάσταση ακοής των γονέων, 128 άτομα (ποσοστό 82,6) αποκρίθηκαν πως και οι δύο γονείς τους είναι ακούοντες, 27 (ποσοστό 17,4%) δήλωσαν πως και οι δύο γονείς τους είναι κωφοί, ενώ κανένας από το δείγμα δεν ανέφερε πως ο ένας εκ των δύο γονιών του είναι κωφός ή και οι δύο του γονείς είναι βαρήκοι.

**Πίνακας 12: Κατάσταση Ακοής γονέων των ατόμων με Κώφωση**

<b>Κατάσταση Ακοής Γονέων</b>	<i>Και οι δύο κωφοί</i>	<i>Και οι δύο ακούοντες</i>	<i>Σύνολο</i>
Συχνότητα	<b>27</b>	<b>128</b>	<b>155</b>
Ποσοστό (%)	17,4	82,6	100

Σε ότι αφορά τον τρόπο επικοινωνίας με τους γονείς, τα παιδιά και τους συγγενείς, 39 άτομα (ποσοστό 25,2%) δήλωσαν πως επικοινωνούν αποκλειστικά με τη νοηματική γλώσσα, 72 άτομα (ποσοστό 46,5%) ανέφεραν πως αλληλεπιδρούν διαμέσου του προφορικού λόγου, ενώ 44 άτομα (ποσοστό 28,4%) αποκρίθηκαν πως επικοινωνούν με τη χρήση τόσο της νοηματικής γλώσσας όσο και του προφορικού λόγου.

**Πίνακας 13: Τρόπος επικοινωνίας των ατόμων με Κώφωση με το συγγενικό τους περιβάλλον**

<b>Τρόπος Επικοινωνίας</b>	<i>Αποκλειστικά με τη νοηματική γλώσσα</i>	<i>Αποκλειστικά με τον προφορικό λόγο</i>	<i>Και με τη νοηματική γλώσσα και με τον προφορικό λόγο</i>	<i>Σύνολο</i>
Συχνότητα	<b>39</b>	<b>72</b>	<b>44</b>	<b>155</b>
Ποσοστό (%)	25,2	46,5	28,4	100

Από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψε ότι από το δείγμα των 155 ατόμων με Κώφωση, οι 74 (ποσοστό 47,7 %) φοίτησαν σε γενικό σχολείο, οι 49 (ποσοστό 31,6%) σε ειδικό σχολείο Κωφών/Βαρήκων, ενώ οι 32 (ποσοστό 20,6%) ανέφεραν πως έχουν φοιτήσει

τόσο σε γενικό σχολείο όσο και σε ειδικό σχολείο Κωφών/Βαρήκων. Αναφορικά με τη γλώσσα πραγματοποίησης της διδασκαλίας, 32 συμμετέχοντες (ποσοστό 20,6%) ανέφεραν πως εκπαιδευόνταν σχεδόν αποκλειστικά με τη νοηματική γλώσσα, 103 ερωτηθέντες (ποσοστό 66,5%), δήλωσαν πως εκπαιδευόνταν αποκλειστικά με τον προφορικό λόγο, ενώ 20 συμμετέχοντες (12.9%) γνωστοποίησαν πως εκπαιδευόνταν τόσο με τη νοηματική γλώσσα όσο και με τον προφορικό λόγο.

**Πίνακας 14: Τύπος φοίτησης του σχολείου**

<b>Φοίτηση σε σχολείο</b>	<i>Γενικό σχολείο</i>	<i>Ειδικό Σχολείο Κωφών/ Βαρήκων</i>	<i>Και σε Γενικό και σε Ειδικό σχολείο</i>	<i>Σύνολο</i>
Συχνότητα	<b>74</b>	<b>49</b>	<b>32</b>	155
Ποσοστό (%)	47,7	31,6	20,6	100

**Πίνακας 15: Γλώσσα πραγματοποίησης της διδασκαλίας των ατόμων με Κώφωση**

<b>Γλώσσα πραγματοποίησης της διδασκαλίας</b>	<i>Σχεδόν αποκλειστικά με τη νοηματική γλώσσα</i>	<i>Σχεδόν αποκλειστικά με τον προφορικό λόγο</i>	<i>Και με τη νοηματική γλώσσα και με τον προφορικό λόγο</i>	<i>Σύνολο</i>
Συχνότητα	<b>32</b>	<b>103</b>	<b>20</b>	<b>155</b>
Ποσοστό (%)	20.6	66.5	12.9	100

Σχετικά με τη συμμετοχή των ατόμων με Κώφωση σε συλλόγους Κωφών/ Βαρήκων, 100 (ποσοστό 64,5%) από τους συμμετέχοντες αποκρίθηκαν θετικά και 55 (ποσοστό 35,5%) έδωσαν αρνητική απάντηση.

**Πίνακας 16: Συμμετοχή στην Κοινότητα των Κωφών**

<b>Συμμετοχή στην Κοινότητα των Κωφών</b>	<i>Ναι</i>	<i>Όχι</i>	<i>Σύνολο</i>
Συχνότητα	<b>100</b>	<b>55</b>	155
Ποσοστό (%)	64,5	35,5	100

## 5.5 Περιγραφικά στοιχεία των ερωτηματολογίων

Παρακάτω αναλύονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων με Κώφωση στα δύο ψυχομετρικά εργαλεία που ενσωματώθηκαν στην παρούσα έρευνα.

### **Αναθεωρημένη Κλίμακα Ανάπτυξης της Ταυτότητας των Ατόμων με Κώφωση (DIDS-R, Deaf Identity Development Scale: A Revision and Validation).**

Αναλύοντας τα στοιχεία της Αναθεωρημένης Κλίμακας Ανάπτυξης της Ταυτότητας των Ατόμων με Κώφωση (DIDS-R), παρατηρείται πως η μέση τιμή σε κάθε κατηγορία ταυτότητας ορίζεται ως εξής: ταυτότητα Ακουόντων Μ.Ο.=23,9 (Τ.Α.=8,4), ταυτότητα Κωφών Μ.Ο.=27,6 (Τ.Α.=8,2), Περιθωριοποιημένη ταυτότητα Μ.Ο.=26,5 (Τ.Α.=7,4) Διπολιτισμική ταυτότητα Μ.Ο.= 48,3 (Τ.Α.=9,4) (βλ. Πίνακας 17).

**Πίνακας 17: Περιγραφικά στοιχεία του DIDS**

Κατηγορίες ταυτοτήτων	Ελάχιστη τιμή	Μ.Ο.	Τ.Α.	Μέγιστη τιμή
Ταυτότητα Ακουόντων	10.0	23.9	8.4	48.0
Ταυτότητα Κωφών	12.0	27.6	8.2	50.0
Περιθωριοποιημένη ταυτότητα	12.0	26.5	7.4	47.0
Διπολιτισμική ταυτότητα	15.0	48.3	9.4	65.0

### **Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας – (WorldHealthOrganizationQualityofLife -WHOQOL-BREF)**

Εξετάζοντας τα στοιχεία της Ποιότητας ζωής των Ατόμων με Κώφωση, παρατηρείται πως η μέση τιμή σε κάθε υποκλίμακα της ποιότητας ζωής ορίζεται ως εξής: Σωματική υγεία Μ.Ο.=71 (Τ.Α.=14,9), Ψυχολογική υγεία Μ.Ο.=59,6 (Τ.Α.=14,5), Κοινωνικές σχέσεις Μ.Ο.=68,7 (Τ.Α.=20), Περιβάλλον Μ.Ο.=61,4 (Τ.Α.=17), Σφαιρική ποιότητα ζωής Μ.Ο.=63,1 (Τ.Α.=25,4) (βλ. Πίνακας 18).

**Πίνακας 18: Περιγραφικά στοιχεία του WHOQOL-BREF**

Υποκλίμακες ποιότητας ζωής	Ελάχιστη τιμή	M.O.	T.A.	Μέγιστη τιμή
Σωματική υγεία	27.1	71.0	14.9	100.0
Ψυχολογική υγεία	22.2	59.6	14.5	97.2
Κοινωνικές σχέσεις	9.4	68.7	20.0	100.0
Περιβάλλον	18.2	61.4	17.0	100.0
Σφαιρική ποιότητα ζωής	0.0	63.1	25.4	100.0

### 5.6 Στατιστική επεξεργασία δεδομένων

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια του στατιστικού πακέτου IBM SPSS version 24 (Statistical Package for Social Sciences – Στατιστικό Πακέτο για τις Κοινωνικές Επιστήμες).

Για την αποτύπωση των κατηγορικών δεδομένων και διατάξιμων μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν συχνότητες και ποσοστά, ενώ για την περιγραφή των συνεχών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση. Για τη σύγκριση μέσων όρων δύο πληθυσμών ως προς μια ανεξάρτητη μεταβλητή χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t-test για ανεξάρτητα δείγματα, έχοντας ως προϋπόθεση πως τα δεδομένα από τις δύο ομάδες προέρχονται από πληθυσμούς με κανονικές κατανομές. Αντιθέτως, για τη σύγκριση μέσων όρων περισσότερων από δύο πληθυσμών ως προς μια εξαρτημένη μεταβλητή πραγματοποιήθηκε η ανάλυση διακύμανσης μονής κατεύθυνσης (One-way ANOVA), λαμβάνοντας και πάλι ως προϋπόθεση την κανονική κατανομή των δεδομένων. Στην περίπτωση των συνεχών μεταβλητών εφαρμόστηκε η ανάλυση συσχέτισης με τον δείκτη γραμμικής συσχέτισης Spearman rho, λόγω του ότι δεν ακολουθούσαν όλα τα αριθμητικά δεδομένα την κανονική κατανομή. Επιπροσθέτως, πραγματοποιήθηκε απλή γραμμική παλινδρόμηση (regression analysis), η οποία χρειάστηκε να χρησιμοποιηθεί σε ένα ερευνητικό ερώτημα. Ο έλεγχος αξιοπιστίας έγινε με τη χρήση του συντελεστή Cronbach's Alpha.

Για τον έλεγχο της κανονικότητας των δεδομένων πραγματοποιήθηκε ο στατιστικός έλεγχος κανονικότητας Kolmogorov – Smirnov. Ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε η τιμή 0.05. Οι τιμές του στατιστικού ελέγχου που αντιστοιχούν στο επίπεδο σημαντικότητας p αποκαλούνται κρίσιμες τιμές και προσδιορίζουν την ύπαρξη συσχέτισης-διαφοράς ή όχι μεταξύ των μεταβλητών. Επίπεδο σημαντικότητας p μικρότερο των κρίσιμων τιμών μεταφράζεται ως στατιστικά σημαντική σχέση ή διαφορά μεταξύ των μεταβλητών. Αναλυτικότερα, όσο μικρότερη είναι η κρίσιμη τιμή τόσο περισσότερο στατιστικά σημαντική συσχέτιση ή διαφορά υποδεικνύεται.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

### 6.1 Συσχέτιση της ταυτότητας που αναπτύσσουν τα άτομα με Κώφωση με την ποιότητα της ζωής τους.

Το πρώτο ερευνητικό ερώτημα διερευνά τον βαθμό στον οποίο η ταυτότητα που αναπτύσσουν τα άτομα με Κώφωση επηρεάζει τόσο την ποιότητα της ζωής τους όσο και τους τομείς που εντάσσονται σ' αυτήν. Για τη συγκεκριμένη διερεύνηση μελετήθηκε, εάν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ταυτότητας των κωφών με τις υποκλίμακες αλλά και με τη συνολική ποιότητα ζωής με τον συντελεστή γραμμικής συσχέτισης Spearman rho, δεδομένου ότι δεν ακολουθούσαν όλες οι υποκλίμακες την κανονική κατανομή. Σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1% και 5% φαίνεται να υπάρχει θετική αλλά και αρνητική γραμμική συσχέτιση μεταξύ ορισμένων υποκατηγοριών των δύο μεταβλητών.

Αναφορικά με τα άτομα που αναπτύσσουν την ταυτότητα Ακουόντων παρατηρήθηκε μικρή αρνητική συσχέτιση με τη σωματική υγεία ( $\rho = -0.334$ ,  $p < 0.01$ ), τις κοινωνικές σχέσεις ( $\rho = -0.367$ ,  $p < 0.01$ ) και την υποκλίμακα του περιβάλλοντος ( $\rho = -0.242$ ,  $p < 0.01$ ) και μέτρια αρνητική συσχέτιση με τη σφαιρική ποιότητα ζωής ( $\rho = -0.641$ ,  $p < 0.01$ ). Το ανωτέρω αποτέλεσμα υποδηλώνει πως όσο υψηλότερες βαθμολογίες συγκεντρώνουν οι κωφοί στην ταυτότητα Ακουόντων τόσο χειρότεροι παρουσιάζονται οι τομείς της σωματικής υγείας, των κοινωνικών σχέσεων, του περιβάλλοντος αλλά και της σφαιρικής ποιότητας ζωής.

Αντίστοιχα, οι κωφοί που εμφανίζουν την Περιθωριοποιημένη ταυτότητα παρουσιάζουν ασθενής αρνητική συσχέτιση με τη σωματική υγεία ( $\rho = -0.352$ ,  $p < 0.01$ ), τις κοινωνικές σχέσεις ( $\rho = -0.364$ ,  $p < 0.01$ ) και τη σφαιρική ποιότητα ζωής ( $\rho = -0.419$ ,  $p < 0.01$ ). Η παραπάνω συσχέτιση με αρνητική κατεύθυνση υποδηλώνει πως όσο αυξάνονται οι βαθμολογίες των ατόμων στην Περιθωριοποιημένη ταυτότητα, τόσο χαμηλότερη εμφανίζεται η σωματική τους υγεία, οι κοινωνικές σχέσεις αλλά και η σφαιρική ποιότητα ζωής.

Αντιθέτως, όσον αφορά τη Διπολιτισμική ταυτότητα, προκύπτει μικρή θετική συσχέτιση με τους τομείς της σωματικής υγείας ( $\rho = 0.228$ ,  $p < 0.01$ ), της ψυχολογικής υγείας ( $\rho = 0.202$ ,  $p < 0.05$ ) και των κοινωνικών σχέσεων ( $\rho = 0.270$ ,  $p < 0.01$ ). Συνεπώς από τους αντίστοιχους ελέγχους, προκύπτει πως όσο περισσότερο προσεγγίζουν τα άτομα με Κώφωση τη Διπολιτισμική ταυτότητα, τόσο βελτιώνεται η σωματική και ψυχική τους υγεία καθώς και το επίπεδο των κοινωνικών σχέσεων.

Τέλος, από την ανάλυση της σχέσης της ταυτότητας Κωφών με την ποιότητα ζωής των ατόμων, προκύπτει μικρή, θετική σχέση με τον τομέα της ψυχολογικής υγείας ( $\rho = 0.222$ ,  $p = 0.006$ ). Επομένως όσο υψηλότερες παρουσιάζονται οι βαθμολογίες των ατόμων στη συγκεκριμένη ταυτότητα τόσο καλύτερη εμφανίζεται η ψυχολογική τους υγεία (βλ. Πίνακας 19).

**Πίνακας 19: Συσχέτιση της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση με την ποιότητα της ζωής τους**

Κατηγορίες Ταυτοτήτων		Σωματική υγεία	Ψυχολογική υγεία	Κοινωνικές σχέσεις	Περιβάλλον	Σφαιρική ποιότητα ζωής
Ταυτότητα Ακουόντων	rho	-.334**	-0.110	-.367**	-.242**	-.641**
	P	<b>0.000</b>	0.175	<b>0.000</b>	<b>0.002</b>	<b>0.000</b>
Ταυτότητα Κωφών	rho	-0.094	.222**	-0.042	-0.055	-0.047
	P	0.247	<b>0.006</b>	0.600	0.500	0.564
Περιθωριοποιημένη Ταυτότητα	rho	-.352**	0.050	-.364**	-0.105	-.419**
	P	<b>0.000</b>	0.539	<b>0.000</b>	0.195	<b>0.000</b>
Διπολιτισμική Ταυτότητα	rho	.228**	.338**	.270**	0.135	0.095
	P	<b>0.004</b>	<b>0.000</b>	<b>0.001</b>	0.095	0.241

## 6.2 Διαφοροποίηση της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση με βάση τα ατομικά τους χαρακτηριστικά

Προς απάντηση του δεύτερου ερευνητικού ερωτήματος διερευνήθηκε εάν η ύπαρξη ακουστικής ενίσχυσης αλλά και η ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας επηρεάζουν τη διαμόρφωση της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση.

Αρχικά, για τη διερεύνηση της διαφοροποίησης που παρουσιάζει η ταυτότητα των ατόμων με Κώφωση ως προς την ύπαρξη ακουστικής ενίσχυσης πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος ανεξαρτησίας t-test, χρησιμοποιώντας ως ελάχιστο επίπεδο σημαντικότητας το 5%. Ανάμεσα στα άτομα με κοχλιακό εμφύτευμα και στα άτομα χωρίς ακουστική ενίσχυση, διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις για ορισμένες κατηγορίες ταυτοτήτων.

Συγκεκριμένα, αναδείχθηκε πως οι κωφοί που χρησιμοποιούν κοχλιακό εμφύτευμα αναπτύσσουν σε μεγαλύτερο βαθμό την ταυτότητα Ακουόντων ( $t=-3.040$ ,  $a<0,01$ ) (M.O.=27.5, T.A.=10.8) αλλά και τη Διπολιτισμική ταυτότητα ( $t=2,967$ ,  $a<0,01$ ) (M.O.=52.2 T.A.=9.8) σε σχέση με τους κωφούς που δε χρησιμοποιούν ακουστική ενίσχυση (M.O. ταυτότητα Ακουόντων=22.8, T.A. ταυτότητα Ακουόντων=7.2, M.O. Διπολιτισμική ταυτότητα = 47.1, T.A. Διπολιτισμική ταυτότητα=8.9). Αντιθέτως, τα άτομα που δε διαθέτουν ακουστική ενίσχυση υιοθετούν την ταυτότητα Κωφών ( $t=4.004$ ,  $a<0,01$ ) (M.O = 29.1, T.A.=7.3), συγκριτικά με τα άτομα που χρησιμοποιούν κοχλιακό εμφύτευμα (M.O.=23.1, T.A.=9.5).



Τέλος, δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα με και χωρίς κοχλιακό εμφύτευμα αναφορικά με την Περιθωριοποιημένη ταυτότητα ( $t=1.975$ ,  $p=0,05$ ) (βλ. Πίνακας 20).

**Πίνακας 20: Σύγκριση μεταξύ των κατηγοριών ταυτότητας και της ύπαρξης ακουστικής ενίσχυσης. Αποτελέσματα ελέγχου t test**

Κατηγορίες Ταυτοτήτων	Ακουστική ενίσχυση	N	M.O.	T.A.	T	df	sig.
Ταυτότητα Ακουόντων	Χωρίς ακουστική ενίσχυση	118	22.8	7.2	-3.040	153	<b>0.003</b>
	Χρήση κοχλιακού εμφυτεύματος	37	<b>27.5</b>	10.8			
Ταυτότητα Κωφών	Χωρίς ακουστική ενίσχυση	118	<b>29.1</b>	7.3	4.004	153	<b>0.000</b>
	Χρήση κοχλιακού εμφυτεύματος	37	23.1	9.5			
Περιθωριοποιημένη Ταυτότητα	Χωρίς ακουστική ενίσχυση	118	27.2	6.7	1.975	153	0.050
	Χρήση κοχλιακού εμφυτεύματος	37	24.5	9.1			
Διπολιτισμική Ταυτότητα	Χωρίς ακουστική ενίσχυση	118	47.1	8.9	-2.967	153	<b>0.003</b>
	Χρήση κοχλιακού εμφυτεύματος	37	<b>52.2</b>	9.8			

Εν συνέχεια, μελετήθηκε η επιρροή που ασκεί η ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας στη διαμόρφωση της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση. Συγκεκριμένα, πραγματοποιήθηκε F – test (ANOVA) και τέθηκε ως επίπεδο σημαντικότητας το 5%. Όσον αφορά την ηλικία των ατόμων κατά την εμφάνιση της αναπηρίας, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά για την Ταυτότητα Κωφών ( $F=3.941$ ,  $p=0.010<0.05$ ) αλλά και για τη Διπολιτισμική Ταυτότητα ( $F=3.614$ ,  $p=0.015<0.05$ ).

Ειδικότερα, από τις πολλαπλές συγκρίσεις με τη μέθοδο Bonferroni προέκυψε πως τα άτομα που απέκτησαν την Κώφωση μέχρι την ηλικία των 3 ετών ( $M.O.=29.1$ ) σημειώνουν υψηλότερες βαθμολογίες στην ταυτότητα Κωφών, σε σύγκριση με τα άτομα που εμφάνισαν την αναπηρία σε ηλικία μεγαλύτερη των 11 ετών ( $M.O.=22.2$ ). Ακόμη, διαπιστώθηκε πως τα άτομα που παρουσίασαν την απώλεια ακοής μέχρι τα 3 έτη ( $M.O.=49.6$ ) βαθμολογούν υψηλότερα τη Διπολιτισμική ταυτότητα, σε σύγκριση με τα άτομα, στα οποία η Κώφωση παρουσιάστηκε μεταξύ 4 έως 6 ετών ( $M.O.=43.2$ ).

Τέλος, δεν προέκυψε κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας εμφάνισης της αναπηρίας και της ταυτότητας Ακουόντων ( $F=0.796$ ,  $p=0.498$ ) αλλά και της Περιθωριοποιημένης ταυτότητας ( $F= 0.971$ ,  $p=0.408$ ) (βλ. Πίνακας 21).

**Πίνακας 21: Σύγκριση μεταξύ των κατηγοριών ταυτότητας και της ηλικίας εμφάνισης της αναπηρίας. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA**

Κατηγορίες ταυτοτήτων	Ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας	N	M.O.	T.A.	F(3,151)	p-value	Post Hoc
Ταυτότητα Κωφών	0 - 3 ετών	103	29.1	7.9	3.941	<b>0.010</b>	4<1
	4 - 6 ετών	27	25.4	8.9			
	7- 10 ετών	12	26.3	7.1			
	άνω των 11 ετών	13	22.2	7.1			
Διπολιτισμική Ταυτότητα	0 - 3 ετών	103	49.6	9.2	3.614	<b>0.015</b>	1>2
	4 - 6 ετών	27	43.2	10.7			
	7- 10 ετών	12	47.3	5.8			
	άνω των 11 ετών	13	49.8	6.8			
Ταυτότητα Ακουόντων	0 - 3 ετών	103	23.3	7.9	0.796	0.498	-
	4 - 6 ετών	27	26.0	9.3			
	7- 10 ετών	12	23.7	6.8			
	άνω των 11 ετών	13	24.9	11.6			
Περιθωριοποιημένη Ταυτότητα	0 - 3 ετών	103	26.0	7.3	0.971	0.408	-
	4 - 6 ετών	27	27.8	7.7			
	7- 10 ετών	12	29.2	7.4			
	άνω των 11 ετών	13	25.8	7.9			

### 6.3 Διαφοροποίηση της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση με βάση τον τρόπο επικοινωνίας αλλά και τις γλωσσικές τους ικανότητες.

Προς απάντηση του τρίτου ερευνητικού ερωτήματος, διερευνήθηκε εάν και με ποιον τρόπο υπάρχει διαφοροποίηση ως προς την ταυτότητα των ατόμων με Κώφωση με βάση τη μέθοδο επικοινωνίας που επιλέγουν να χρησιμοποιούν στην καθημερινότητά τους, αλλά και με βάση τις γλωσσικές τους ικανότητες απέναντι στα διάφορα συστήματα επικοινωνίας. Για την ανωτέρω διερεύνηση πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος F-test (ANOVA) και τέθηκε επίπεδο σημαντικότητας το 5%.

Αναφορικά με τον τρόπο επικοινωνίας που επιλέγουν να χρησιμοποιούν τα άτομα στην καθημερινότητά τους, προέκυψε πως αποτελεί στατιστικά σημαντικό παράγοντα για την ταυτότητα Ακουόντων ( $F=6.454$ ,  $p=0.002<0.05$ ), την ταυτότητα Κωφών ( $F=86.612$ ,  $p=0.000<0.05$ ) αλλά και τη Διπολιτισμική ταυτότητα ( $F=8.662$ ,  $p=0.000<0.05$ ).

Ειδικότερα, από τις πολλαπλές συγκρίσεις με τη μέθοδο Bonferroni, αναδείχθηκε πως τα άτομα που χρησιμοποιούν αποκλειστικά τον προφορικό λόγο κατά την επικοινωνία τους (M.O.=27.7) συγκεντρώνουν υψηλότερες βαθμολογίες στην ταυτότητα Ακουόντων, σε σύγκριση με τα άτομα που επικοινωνούν αποκλειστικά με τη νοηματική γλώσσα (M.O.=21.7). Εν συνεχεία, διαπιστώθηκε πως οι κωφοί που προσφεύγουν στην αποκλειστική χρήση της νοηματικής γλώσσας (M.O.=36.2) υιοθετούν περισσότερο την ταυτότητα Κωφών, συγκριτικά με τα άτομα που επικοινωνούν αποκλειστικά με τον προφορικό λόγο (M.O.=20.1). Ακόμη, προέκυψε πως τα άτομα που χρησιμοποιούν τόσο τη νοηματική γλώσσα όσο και τον προφορικό λόγο (M.O.=50.6) σημειώνουν υψηλότερες βαθμολογίες στη Διπολιτισμική ταυτότητα, σε σύγκριση με τα άτομα που επικοινωνούν αποκλειστικά με τον προφορικό λόγο (M.O.=20.1).

Τέλος, δεν προέκυψε κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του προτιμώμενου τρόπου επικοινωνίας και της Περιθωριοποιημένης ταυτότητας ( $F=1.112$ ,  $p=0.332$ ) (βλ. Πίνακας 22).

**Πίνακας 22: Σύγκριση μεταξύ των κατηγοριών ταυτότητας και του τρόπου επικοινωνίας στην καθημερινότητα. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA**

Ταυτότητα κωφών	Τρόποι επικοινωνίας	N	M.O.	T.A.	F(2,152)	p-value	Post Hoc
Ταυτότητα Ακουόντων	Νοηματική Γλώσσα	43	21.7	8.3	6.454	<b>0.002</b>	1<2
	Προφορικός λόγος	42	<b>27.7</b>	9.1			
	Και με τις δύο γλώσσες	70	23.0	7.4			

Ταυτότητα Κωφών	Νοηματική Γλώσσα	43	<b>36.2</b>	6.4	86.612	<b>0.000</b>	1>2
	Προφορικός λόγος	42	20.1	5.8			
	Και με τις δύο γλώσσες	70	26.9	5.1			
Περιθωριοποιημένη Ταυτότητα	Νοηματική Γλώσσα	43	27.9	7.2	1.112	0.332	-
	Προφορικός λόγος	42	26.4	7.8			
	Και με τις δύο γλώσσες	70	25.8	7.3			
Διπολιτισμική Ταυτότητα	Νοηματική Γλώσσα	43	49.3	6.1	8.662	<b>0.000</b>	2<3
	Προφορικός λόγος	42	43.5	10.1			
	Και με τις δύο γλώσσες	70	<b>50.6</b>	9.6			

Εν συνεχεία, διερευνήθηκε η διαφοροποίηση της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση με βάση τις γλωσσικές τους ικανότητες, δηλαδή με βάση το επίπεδο γνώσης τόσο της ελληνικής νοηματικής γλώσσας όσο και του προφορικού λόγου. Για τη συγκεκριμένη διερεύνηση πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος F-test (ANOVA) και τέθηκε επίπεδο σημαντικότητας το 5%.

Όσον αφορά το επίπεδο γνώσης της ελληνικής νοηματικής γλώσσας παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά για όλες τις υποκλίμακες της ταυτότητας, και πιο συγκεκριμένα για την ταυτότητα Κωφών ( $F=14.070$ ,  $p=0.000<0.05$ ), τη Διπολιτισμική ταυτότητα ( $F=18.031$ ,  $p=0.000<0.05$ ), την ταυτότητα Ακουόντων ( $F=4.858$ ,  $p=0.003<0.05$ ) και την Περιθωριοποιημένη ταυτότητα ( $F=3.006$ ,  $p=0.032<0.05$ ).

Ειδικότερα, μέσα από τις πολλαπλές συγκρίσεις με τη μέθοδο Bonferroni, για την ταυτότητα Κωφών αναδείχθηκε πως τα άτομα που διαθέτουν άριστες γνώσεις της νοηματικής γλώσσας (M.O.=31.1) συγκεντρώνουν υψηλότερες βαθμολογίες στη συγκεκριμένη κατηγορία, σε σύγκριση με τα άτομα που διαθέτουν τις βασικές γνώσεις (M.O.=25.9) ή χαρακτηρίζονται από ολοκληρωτική απουσία γνώσης της νοηματικής γλώσσας (M.O.=18.9). Ακόμη, προέκυψε πως τα άτομα με ικανοποιητικές γνώσεις (M.O.=29.2) υπερέχουν στη συγκεκριμένη κατηγορία, έναντι των ατόμων που διαθέτουν τις βασικές γνώσεις της γλώσσας (M.O.=25.9). Αντιστοίχως, τα άτομα που γνωρίζουν τα βασικά στοιχεία της νοηματικής γλώσσας (M.O.=25.9) συγκεντρώνουν υψηλότερες βαθμολογίες στην Ταυτότητα Κωφών, σε σύγκριση με τα άτομα που δε γνωρίζουν την ελληνική νοηματική γλώσσα (M.O.=18.9).

Όσον αφορά τη Διπολιτισμική ταυτότητα, προέκυψε πως τα άτομα που γνωρίζουν άριστα την ελληνική νοηματική γλώσσα (M.O.= 55.1) σημειώνουν υψηλότερες βαθμολογίες στην προαναφερθείσα ταυτότητα, συγκριτικά με τα άτομα που διαθέτουν ικανοποιητικές

(M.O.=47.0), και βασικές γνώσεις (M.O.=45.5) ή δε γνωρίζουν καθόλου την ελληνική νοηματική γλώσσα (M.O.= 41.1).

Στην κατηγορία της ταυτότητας Ακουόντων αναδείχθηκε πως τα άτομα που γνωρίζουν άριστα τη νοηματική γλώσσα (M.O.= 22.7) σημειώνουν χαμηλότερες βαθμολογίες, σε σχέση με τα άτομα που διαθέτουν τις βασικές γνώσεις (M.O.= 23.8) ή αγνοούν τη γλώσσα (M.O.= 30.4). Ακόμη, διαφαίνεται πως τα άτομα που γνωρίζουν άριστα τη νοηματική γλώσσα (M.O.=22.7) υπερέχουν στη συγκεκριμένη κατηγορία, συγκριτικά με τα άτομα που γνωρίζουν αρκετά καλά τη γλώσσα (M.O.= 22.6).

Τέλος, στην Περιθωριοποιημένη ταυτότητα προέκυψε πως τα άτομα που γνωρίζουν τις βασικές γνώσεις (M.O.= 29.0) συγκεντρώνουν υψηλότερες βαθμολογίες συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που γνωρίζουν άριστα την ελληνική νοηματική γλώσσα (M.O.=24.3) (βλ. Πίνακας 23).

**Πίνακας 23: Σύγκριση μεταξύ των κατηγοριών ταυτότητας και των γλωσσικών ικανοτήτων στη νοηματική γλώσσα. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA**

Κατηγορίες ταυτοτήτων	Γνώση ελληνικής νοηματικής γλώσσας	N	M.O.	T.A.	F(3,151)	p-value	Post Hoc
Ταυτότητα Κωφών	Άριστη	47	31.1	8.4	14.070	<b>0.000</b>	1>3 1>4 2>4 3>4
	Ικανοποιητική	47	29.2	7.4			
	Βασικές γνώσεις	42	25.9	5.7			
	Απουσία γνώσης	19	18.9	7.4			
Διπολιτισμική Ταυτότητα	Άριστη	47	55.1	6.5	18.031	<b>0.000</b>	1>2 1>3 1>4
	Ικανοποιητική	47	47.0	8.5			
	Βασικές γνώσεις	42	45.5	7.2			
	Απουσία γνώσης	19	41.1	12.0			
Ταυτότητα Ακουόντων	Άριστη	47	22.7	8.8	4.858	<b>0.003</b>	2<1 1<3 1<4
	Ικανοποιητική	47	22.6	5.9			
	Βασικές γνώσεις	42	23.8	8.4			
	Απουσία γνώσης	19	30.4	10.3			
Περιθωριοποιημένη Ταυτότητα	Άριστη	47	24.3	9.1	3.006	<b>0.032</b>	1<3
	Ικανοποιητική	47	26.7	5.5			
	Βασικές γνώσεις	42	29.0	6.4			
	Απουσία γνώσης	19	26.4	7.8			

Αναφορικά με το επίπεδο γνώσης του προφορικού λόγου παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά για ορισμένες κατηγορίες της ταυτότητας, και πιο συγκεκριμένα για την ταυτότητα Κωφών ( $F=18.563$ ,  $p=0.000<0.05$ ) και την ταυτότητα Ακουόντων ( $F=5.508$ ,  $p=0.001<0.05$ ).

Ειδικότερα, μέσα από τις πολλαπλές συγκρίσεις με τη μέθοδο Bonferroni, για την ταυτότητα Κωφών αναδείχθηκε πως τα άτομα που διαθέτουν άριστες γνώσεις του προφορικού λόγου (M.O.= 23.1) συγκεντρώνουν χαμηλότερες βαθμολογίες στη συγκεκριμένη κατηγορία, σε σύγκριση με τα άτομα που διαθέτουν ικανοποιητικές (M.O.=31.0) και βασικές γνώσεις (M.O.= 32.7) ή χαρακτηρίζονται από ολοκληρωτική απουσία γνώσης του προφορικού λόγου (M.O.= 30.9).

Αντίστοιχα, στην κατηγορία της ταυτότητας Ακουόντων αναδείχθηκε πως τα άτομα που γνωρίζουν άριστα τον προφορικό λόγο (M.O.= 25.8) σημειώνουν υψηλότερες βαθμολογίες, σε σχέση με τα άτομα που διαθέτουν τις βασικές γνώσεις (M.O.= 20.5) ή αγνοούν τη γλώσσα (M.O.= 18.3). Ακόμη διαφαίνεται πως τα άτομα που γνωρίζουν αρκετά καλά τον προφορικό λόγο (M.O.= 24.9) υπερέχουν στη συγκεκριμένη κατηγορία, συγκριτικά με τα άτομα που αγνοούν τη γλώσσα (M.O.= 18.3).

Τέλος, δεν προέκυψε κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των γλωσσικών ικανοτήτων στον προφορικό λόγο και της Διπολιτισμικής ( $F=2.402$ ,  $p=0.070$ ) και Περιθωριοποιημένης ταυτότητας ( $F=0.277$ ,  $p=0.842$ ) (βλ. Πίνακας 24).

**Πίνακας 24 : Σύγκριση μεταξύ των κατηγοριών ταυτότητας και των γλωσσικών ικανοτήτων στον προφορικό λόγο. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA**

Κατηγορίες ταυτοτήτων	Γνώση προφορικού λόγου	N	M.O.	T.A.	F(3,151)	p-value	Post Hoc
Ταυτότητα Κωφών	Άριστη	71	23.1	7.3	18.563	<b>0.000</b>	1<3 1<2 1<4
	Ικανοποιητική	43	31.0	8.5			
	Βασικές γνώσεις	26	32.7	5.7			
	Απουσία γνώσης	15	30.9	2.1			
Διπολιτισμική Ταυτότητα	Άριστη	71	48.4	10.8	2.402	0.070	
	Ικανοποιητική	43	50.8	9.4			
	Βασικές γνώσεις	26	46.2	6.2			
	Απουσία γνώσης	15	44.4	2.5			

Ταυτότητα Ακουόντων	Άριστη	71	25.8	9.0	5.508	<b>0.001</b>	1>3 1>4 2>4
	Ικανοποιητική	43	24.9	8.5			
	Βασικές γνώσεις	26	20.5	6.3			
	Απουσία γνώσης	15	18.3	3.2			
Περιθωριοποιημένη Ταυτότητα	Άριστη	71	26.0	8.1	0.277	0.842	
	Ικανοποιητική	43	27.0	9.2			
	Βασικές γνώσεις	26	27.3	3.4			
	Απουσία γνώσης	15	26.4	1.5			

#### 6.4 Η επίδραση των εκπαιδευτικών εμπειριών των ατόμων με Κώφωση στην ανάπτυξη της ταυτότητάς τους

Για την απάντηση του τέταρτου ερευνητικού ερωτήματος, διερευνήθηκε η διαφοροποίηση ως προς την ταυτότητα των ατόμων με Κώφωση αναφορικά με τον τύπο φοίτησης του σχολείου αλλά και τη γλώσσα πραγματοποίησης της διδασκαλίας. Πραγματοποιήθηκε έλεγχος F-test (ANOVA) και τέθηκε επίπεδο σημαντικότητας το 5%.

Όσον αφορά τον τύπο φοίτησης του σχολείου διαπιστώθηκε πως αυτός επηρεάζει ορισμένες κατηγορίες ταυτοτήτων, και πιο συγκεκριμένα την ταυτότητα Ακουόντων ( $F=5.589$ ,  $p=0.005<0.05$ ) αλλά και τη Διπολιτισμική ταυτότητα ( $F=1.092$ ,  $p=0.008<0.05$ ).

Αναλυτικότερα, από τις πολλαπλές συγκρίσεις με τη μέθοδο Bonferroni, προέκυψε πως τα άτομα που έχουν φοιτήσει σε γενικό σχολείο (M.O.=25.89) συγκεντρώνουν υψηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα Ακουόντων, σε σύγκριση με όσους έχουν ολοκληρώσει τις σπουδές τους σε ειδικό σχολείο Κωφών/Βαρήκων (M.O.=20.89). Αντιστοίχως, διαφάνηκε πως όσοι έχουν φοιτήσει σε γενικό σχολείο (M.O.=51.82) τείνουν να ταυτίζονται περισσότερο με τη Διπολιτισμική ταυτότητα, συγκριτικά με όσους έχουν παρακολουθήσει ειδικό σχολείο Κωφών/ Βαρήκων (M.O.=45.6) αλλά και με όσους έχουν ολοκληρώσει τη φοίτησή τους τόσο σε γενικά όσο και σε ειδικά σχολεία Κωφών/Βαρήκων (M.O.=44.4).

Τέλος, δεν προέκυψε κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του τύπου φοίτησης σχολείου και της Περιθωριοποιημένης ( $F=1.092$ ,  $p=0.338$ ) ή ταυτότητας Κωφών ( $F=1.047$ ,  $p=0.353$ ) (βλ. Πίνακας 25).

**Πίνακας 25: Σύγκριση μεταξύ των κατηγοριών ταυτότητας και του τύπου σχολικής φοίτησης. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA**

Κατηγορίες ταυτοτήτων	Τύπος φοίτησης σχολείου	N	M.O.	T.A.	F(2,152)	p-value	Post Hoc
Ταυτότητα Κωφών	Γενικό σχολείο	74	26.9	8.3	1.047	0.353	
	Ειδικό σχολείο	49	29.0	7.8			
	Και στους δύο τύπους	32	27.3	8.5			
Διπολιτισμική Ταυτότητα	Γενικό σχολείο	74	51.8	7.4	11.396	<b>0.000</b>	1>2 1>3
	Ειδικό σχολείο	49	45.6	6.4			
	Και στους δύο τύπους	32	44.4	13.7			
Ταυτότητα Ακουόντων	Γενικό σχολείο	74	25.9	8.8	5.589	<b>0.005</b>	1>2
	Ειδικό σχολείο	49	20.9	6.9			
	Και στους δύο τύπους	32	24.0	8.5			
Περιθωριοποιημένη Ταυτότητα	Γενικό σχολείο	74	27.4	8.5	1.092	0.338	
	Ειδικό σχολείο	49	26.0	4.2			
	Και στους δύο τύπους	32	25.3	8.4			

Εν συνεχεία, εξετάζοντας τη γλώσσα πραγματοποίησης της διδασκαλίας παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά για την ταυτότητα Κωφών ( $F=9.838$ ,  $p=0.005<0.05$ ), τη Διπολιτισμική ταυτότητα ( $F=14.113$ ,  $p=0.000<0.05$ ) αλλά και για την Περιθωριοποιημένη ταυτότητα ( $F=3.464$ ,  $p=0.034<0.05$ ).

Συγκεκριμένα, από τις πολλαπλές συγκρίσεις με τη μέθοδο Bonferroni προέκυψε πως τα άτομα που έχουν εκπαιδευτεί σχεδόν αποκλειστικά με τη χρήση της νοηματικής γλώσσας ( $M.O.=32.2$ ) σημειώνουν υψηλότερες βαθμολογίες στην ταυτότητα Κωφών, σε σύγκριση με τα άτομα που διδάσκονταν σχεδόν αποκλειστικά με τον προφορικό λόγο ( $M.O.=25.7$ ) ή είχαν ως γλώσσα διδασκαλίας τόσο τη νοηματική όσο και τον προφορικό λόγο ( $M.O.=30.3$ ).

Ακόμη, διαπιστώθηκε πως τα άτομα που φοιτούσαν σε σχολεία κατά τα οποία χρησιμοποιούνταν τόσο ο προφορικός λόγος όσο και η νοηματική γλώσσα ( $M.O.=57.7$ ) βαθμολογούν υψηλότερα τη Διπολιτισμική ταυτότητα, σε σύγκριση με τα άτομα που έχουν εκπαιδευτεί αποκλειστικά με τον προφορικό λόγο ( $M.O.=46.4$ ) ή αποκλειστικά με τη νοηματική γλώσσα ( $M.O.=48.7$ ). Όσον αφορά την Περιθωριοποιημένη ταυτότητα,



αναδείχθηκε πως τα άτομα που είχαν ως γλώσσα διδασκαλίας τη νοηματική (Μ.Ο.= 28.3) συγκέντρωσαν υψηλότερες βαθμολογίες συγκριτικά με τις υπόλοιπες ομάδες (Μ.Ο. ατόμων που διδάχθηκαν με τον προφορικό λόγο=26.7, Μ.Ο. ατόμων που εκπαιδεύτηκαν και με τις δύο γλώσσες=22.9).

Τέλος, δεν προέκυψε κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της γλώσσας πραγματοποίησης της διδασκαλίας και της ταυτότητας Ακουόντων ( $F=0.498$ ,  $p=0.609$ ) (βλ. Πίνακας 26).

**Πίνακας 26 : Σύγκριση μεταξύ των κατηγοριών ταυτότητας και της γλώσσας πραγματοποίησης της διδασκαλίας. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA**

Κατηγορίες ταυτοτήτων	Γλώσσα Διδασκαλίας	N	M.O.	T.A.	F(2,151)	p-value	Post Hoc
Ταυτότητα Κωφών	Νοηματική γλώσσα	32	32.2	7.8	9.838	<b>0.000</b>	1>3 1>2
	Προφορικός λόγος	103	25.7	7.4			
	Και με τις δύο γλώσσες	20	30.3	9.3			
Διπολιτισμική Ταυτότητα	Νοηματική Γλώσσα	32	48.7	11.6	14.113	<b>0.000</b>	3>1 3>2
	Προφορικός λόγος	103	46.4	8.2			
	Και με τις δύο γλώσσες	20	57.7	4.3			
Ταυτότητα Ακουόντων	Νοηματική γλώσσα	32	24.9	8.3	0.498	0.609	
	Προφορικός λόγος	103	23.9	8.3			
	Και με τις δύο γλώσσες	20	22.6	9.3			
Περιθωριοποιημένη Ταυτότητα	Νοηματική γλώσσα	32	28.3	7.9	3.464	<b>0.034</b>	1>2 1>3
	Προφορικός λόγος	103	26.7	6.7			
	Και με τις δύο γλώσσες	20	22.9	9.1			

## 6.5 Διαφοροποίηση της ταυτότητας που αναπτύσσουν τα άτομα με Κώφωση με βάση το οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον.

Προς απάντηση του πέμπτου ερευνητικού ερωτήματος, εξετάστηκε η επίδραση που ασκεί το οικογενειακό (κατάσταση ακοής γονέων, τρόπος επικοινωνίας με την οικογένεια) αλλά και το κοινωνικό περιβάλλον (συμμετοχή στην Κοινότητα των Κωφών) στην ανάπτυξη της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση.

Αναφορικά με το οικογενειακό περιβάλλον, και πιο συγκεκριμένα με τη διερεύνηση της επίδρασης που ασκεί η κατάσταση ακοής των γονέων των ατόμων με Κώφωση στην ανάπτυξη της ταυτότητά τους πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος ανεξαρτησίας t-test και χρησιμοποιήθηκε ως ελάχιστο επίπεδο σημαντικότητας το 5%. Ανάμεσα στις δύο ομάδες που δημιουργούνται από την κατηγορηματική μεταβλητή της κατάστασης ακοής των γονέων διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά για ορισμένες κατηγορίες ταυτοτήτων.

Ειδικότερα, παρατηρήθηκε πως τα άτομα με κωφούς γονείς τείνουν να υιοθετούν περισσότερο την ταυτότητα Κωφών σε σύγκριση με τα άτομα που οι γονείς τους παρουσιάζουν φυσιολογική ακοή ( $t=3.959$ ,  $\alpha<0,01$ ) (Μ.Ο. ατόμων με κωφούς γονείς = 33.1, Μ.Ο. ατόμων με ακούντες γονείς = 26.5). Ανάλογα αποτελέσματα προέκυψαν και στη Διπολιτισμική ταυτότητα, καθώς τα άτομα με κωφούς γονείς συγκεντρώνουν υψηλότερες βαθμολογίες σε σύγκριση με τα άτομα με ακούντες γονείς ( $t=2.654$ ,  $\alpha<0,01$ ) ((Μ.Ο. ατόμων με κωφούς γονείς = 52.6, Μ.Ο. ατόμων με ακούντες γονείς = 47.4).

Τέλος, δεν προέκυψε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ατόμων με κωφούς και των ατόμων με ακούντες γονείς αναφορικά με την ταυτότητα Ακουόντων ( $p=0.275$ ) και την Περιθωριοποιημένη ταυτότητα ( $p=0.725$ ) (βλ. Πίνακας 27).

**Πίνακας 27: Σύγκριση μεταξύ των κατηγοριών ταυτότητας και της κατάστασης ακοής των γονέων. Αποτελέσματα ελέγχου t-test**

Κατηγορίες ταυτοτήτων	Κατάσταση ακοής γονέων	N	M.O.	T.A.	t	df	p-value
Ταυτότητα Ακουόντων	Και οι δύο Κωφοί	27	22.3	8.6	-1.097	153	0.275
	Και οι δύο ακούντες	128	24.3	8.4			
Ταυτότητα Κωφών	Και οι δύο Κωφοί	27	<b>33.1</b>	8.2	3.959	153	<b>0.000</b>
	Και οι δύο ακούντες	128	26.5	7.8			
Περιθωριοποιημένη Ταυτότητα	Και οι δύο Κωφοί	27	27.0	10.3	0.352	153	0.725
	Και οι δύο ακούντες	128	26.4	6.7			

Διπολιτισμική Ταυτότητα	Και οι δύο Κωφοί	27	<b>52.6</b>	5.6	2.654	153	<b>0.009</b>
	Και οι δύο ακούοντες	128	47.4	9.8			

Εν συνεχεία, διερευνήθηκε η πιθανή διαφοροποίηση που παρουσιάζει η ταυτότητα των ατόμων με Κώφωση με βάση τον τρόπο επικοινωνίας που χρησιμοποιούν τα άτομα στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Πραγματοποιήθηκε έλεγχος F-test (ANOVA) και τέθηκε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το 5%. Ειδικότερα, διαπιστώθηκε πως ο τρόπος επικοινωνίας που χρησιμοποιείται στο οικογενειακό περιβάλλον επηρεάζει ορισμένες κατηγορίες ταυτοτήτων, και πιο συγκεκριμένα την ταυτότητα Κωφών ( $F=15.145$ ,  $p=0.000<0.05$ ), την ταυτότητα Ακουόντων ( $F=10.247$ ,  $p=0.000<0.05$ ) και τη Διπολιτισμική ταυτότητα ( $F=5.800$ ,  $p=0.004<0.05$ ).

Αναλυτικότερα, από τις πολλαπλές συγκρίσεις με τη μέθοδο Bonferroni προέκυψε πως τα άτομα που επικοινωνούν σε οικογενειακό επίπεδο αποκλειστικά με τη νοηματική γλώσσα (M.O.= 31.6) συγκεντρώνουν υψηλότερες βαθμολογίες στην ταυτότητα Κωφών, συγκριτικά με τα άτομα που επικοινωνούν αποκλειστικά με τον προφορικό λόγο (M.O.= 24.1). Στην ίδια υποκατηγορία ταυτότητας αναδείχθηκε πως τα άτομα που χρησιμοποιούν και τη νοηματική γλώσσα αλλά και τον προφορικό λόγο (M.O.=29.8) σημειώνουν υψηλότερες βαθμολογίες, σε σύγκριση με τα άτομα που χρησιμοποιούν αποκλειστικά τον προφορικό λόγο (M.O.= 24.1).

Αναφορικά με τη Διπολιτισμική ταυτότητα προέκυψε πως τα άτομα που επικοινωνούν και με τη νοηματική γλώσσα και με τον προφορικό λόγο (M.O.= 52.3) παρουσιάζουν υψηλότερες βαθμολογίες, συγκριτικά με τα άτομα που επικοινωνούν αποκλειστικά με τον προφορικό λόγο (M.O.= 47.0) ή αποκλειστικά με τη νοηματική γλώσσα (M.O.= 46.3). Εν συνεχεία, διαφάνηκε πως τα άτομα που χρησιμοποιούν αποκλειστικά τον προφορικό λόγο (M.O.= 26.6) κατά την αλληλεπίδρασή τους με το οικογενειακό περιβάλλον τείνουν να υιοθετούν την ταυτότητα Ακουόντων, σε σχέση με τα άτομα που επικοινωνούν με τη νοηματική γλώσσα (M.O.= 19.4).

Τέλος, δεν προέκυψε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στον τρόπο επικοινωνίας που χρησιμοποιείται στο οικογενειακό περιβάλλον και την Περιθωριοποιημένη ταυτότητα ( $p=0.725$ ) (βλ. Πίνακας 28).

**Πίνακας 28: Σύγκριση μεταξύ των κατηγοριών ταυτότητας και του τρόπου επικοινωνίας με το συγγενικό περιβάλλον. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA**

Κατηγορίες ταυτοτήτων	Τρόπος επικοινωνίας με το οικογενειακό περιβάλλον	N	M.O.	T.A.	F(3,151)	p-value	Post Hoc
Ταυτότητα Ακουόντων	Νοηματική γλώσσα	39	19.4	5.2	10.247	<b>0.000</b>	1<2
	Προφορικός λόγος	72	26.6	8.6			
	Και με τις δύο γλώσσες	44	23.5	8.9			
Ταυτότητα Κωφών	Νοηματική γλώσσα	39	31.6	4.5	15.145	<b>0.000</b>	1>2 2<3
	Προφορικός λόγος	72	24.1	8.1			
	Και με τις δύο γλώσσες	44	29.8	8.6			
Περιθωριοποιημένη Ταυτότητα	Νοηματική Γλώσσα	39	26.0	4.0	0.453	0.636	-
	Προφορικός Λόγος	72	27.2	7.4			
	Και με τις δύο γλώσσες	44	26.0	9.6			
Διπολιτισμική Ταυτότητα	Νοηματική Γλώσσα	39	46.3	5.3	5.800	<b>0.004</b>	1<3 2<3
	Προφορικός Λόγος	72	47.0	10.5			
	Και με τις δύο γλώσσες	44	52.3	9.2			

Περνώντας στο κοινωνικό περιβάλλον, διερευνήθηκε η επίδραση που ασκεί η συμμετοχή στην Κοινότητα των Κωφών στην ανάπτυξη της ταυτότητας των ατόμων. Πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος ανεξαρτησίας t-test και χρησιμοποιήθηκε ως ελάχιστο επίπεδο σημαντικότητας το 5%. Ανάμεσα στα άτομα που δραστηριοποιούνται ή αποστασιοποιούνται από την Κοινότητα των Κωφών προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά για την ταυτότητα Ακουόντων ( $t=-3.534$ ,  $a<0,01$ ) αλλά και για την ταυτότητα Κωφών ( $t=5.484$ ,  $a<0,01$ ).

Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε πως τα άτομα που δε δραστηριοποιούνται σε συλλόγους Κωφών τείνουν να υιοθετούν την ταυτότητα Ακουόντων (M.O.=27, T.A.=8.9), συγκριτικά με τα άτομα που συμμετέχουν σε αντίστοιχους συλλόγους (M.O.=22.2, T.A.=7.7). Επιπλέον, προέκυψε πως τα άτομα που δραστηριοποιούνται σε συλλόγους Κωφών υιοθετούν την ταυτότητα Κωφών (M.O.=30.1, T.A.=7), συγκριτικά με αυτούς που αποστασιοποιούνται από τους συγκεκριμένους συλλόγους (M.O.=23.2, T.A.=8.4).

Τέλος, διαπιστώνεται πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ατόμων που δραστηριοποιούνται ή αποστασιοποιούνται από συλλόγους Κωφών αναφορικά με τη Διπολιτισμική ( $p=0.074$ ) και Περιθωριοποιημένη ταυτότητα ( $p=0.205$ ) (βλ. Πίνακας 29).

**Πίνακας 29: Σύγκριση μεταξύ των κατηγοριών ταυτότητας και της συμμετοχής στην Κοινότητα των Κωφών. Αποτελέσματα ελέγχου t-test**

Κατηγορίες ταυτοτήτων	Συμμετοχή σε συλλόγους Κωφών / Βαρήκοων	N	M.O.	T.A.	T	df	p-value
Ταυτότητα Ακουόντων	Ναι	100	22.2	7.7	-3.534	153	<b>0.001</b>
	Όχι	55	<b>27.0</b>	8.9			
Ταυτότητα Κωφών	Ναι	100	<b>30.1</b>	7.0	5.484	153	<b>0.000</b>
	Όχι	55	23.2	8.4			
Περιθωριοποιημένη Ταυτότητα	Ναι	100	26.0	6.6	-1.274	153	0.205
	Όχι	55	27.6	8.7			
Διπολιτισμική Ταυτότητα	Ναι	100	49.3	8.5	1.798	153	0.074
	Όχι	55	46.5	10.7			

## 6.6 Διαφοροποίηση της ποιότητας ζωής των ατόμων με Κώφωση με βάση τα ατομικά τους χαρακτηριστικά

Προς απάντηση του έκτου ερευνητικού ερωτήματος διερευνήθηκε εάν υπάρχει διαφοροποίηση στην ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση αναφορικά με τα ατομικά τους χαρακτηριστικά, στα οποία συγκαταλέγεται το φύλο, η χρονολογική ηλικία, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας και η ύπαρξη ακουστικής ενίσχυσης.

Αρχικά, για τη διερεύνηση της διαφοροποίησης της ποιότητας ζωής των ατόμων με Κώφωση αναφορικά με το φύλο πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος ανεξαρτησίας t-test, χρησιμοποιώντας ως ελάχιστο επίπεδο σημαντικότητας το 5%.

Ειδικότερα, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του φύλου και των κοινωνικών σχέσεων των κωφών ( $p=0,018 < \alpha=0,05$ ), με τους άνδρες να εμφανίζουν καλύτερες κοινωνικές σχέσεις (M.O.= 73,49), συγκριτικά με τις γυναίκες (M.O. = 65,72).

Αντιθέτως, δεν προέκυψε κάποια άλλη στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των γυναικών και των αντρών αναφορικά με τη σωματική υγεία ( $p=0,095 > \alpha=0,05$ ), τη ψυχολογική υγεία ( $p=0,248 > \alpha=0,05$ ), το περιβάλλον ( $p=0,346 > \alpha=0,05$ ) και τη σφαιρική ποιότητα ζωής ( $p=0,087 > \alpha=0,05$ ) (βλ. Πίνακας 30).

**Πίνακας 30: Σύγκριση μεταξύ των υποκλιμάκων της ποιότητας ζωής και του φύλου των ατόμων. Αποτελέσματα ελέγχου t-test**

Υποκλίμακες ποιότητας ζωής	Φύλο	N	M.O.	T.A.	t (1,153)	p-value
Σωματική υγεία	Γυναίκα	95	69.43	15.17	0.084	0.095
	Άνδρας	60	73.54	14.31		
Ψυχολογική υγεία	Γυναίκα	95	60.94	16.05	5.576	0.248
	Άνδρας	60	58.15	11.85		
Κοινωνικές σχέσεις	Γυναίκα	95	65.72	20.35	0.013	<b>0.018</b>
	Άνδρας	60	<b>73.49</b>	18.72		
Περιβάλλον	Γυναίκα	95	60.38	16.81	0.811	0.346
	Άνδρας	60	63.03	17.25		
Σφαιρική ποιότητα ζωής	Γυναίκα	95	70.39	18.33	0.126	0.087
	Άνδρας	60	75.63	18.62		

Εν συνεχεία, διερευνήθηκε η διαφοροποίηση των υποκλιμάκων της ποιότητας ζωής των ατόμων με Κώφωση με βάση τη χρονολογική τους ηλικία. Πραγματοποιήθηκε έλεγχος F-test (ANOVA) και τέθηκε επίπεδο σημαντικότητας το 5%. Ειδικότερα, διαπιστώθηκε ότι η χρονολογική ηλικία των ατόμων επηρεάζει ορισμένους τομείς της ποιότητας ζωής, και πιο συγκεκριμένα, τον τομέα της σωματικής υγείας ( $F=3.140, p=0.027 < 0.05$ ), της ψυχολογικής υγείας ( $F=13.970, p=0.000 < 0.05$ ), και τον τομέα του περιβάλλοντος ( $F=13.750, p=0.012 < 0.05$ ).

Αναλυτικότερα, από τις πολλαπλές συγκρίσεις με τη μέθοδο Bonferroni, προέκυψε πως τα άτομα με χρονολογική ηλικία από 41 έως 50 ετών συγκεντρώνουν υψηλότερη τιμή στους τομείς της σωματικής υγείας (M.O.=78.57) και του περιβάλλοντος (M.O.=67.05), σε σύγκριση με τα άτομα από 51 και άνω (M.O. Σωματική Υγεία= 68.29, M.O. Περιβάλλον=54.43). Επιπροσθέτως, αναδείχθηκε πως τα άτομα ηλικίας 18 έως 30 ετών (M.O.=66.67) εμφανίζουν καλύτερη ψυχολογική υγεία σε σύγκριση με τα άτομα 51 και άνω (M.O.=49.46).

Τέλος, δεν προέκυψε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της χρονολογικής ηλικίας των ατόμων με Κώφωση με τον τομέα των κοινωνικών σχέσεων ( $F=1.210$ ,  $p=0.308$ ) και της σφαιρικής ποιότητας ζωής ( $F=1.779$ ,  $p=0.154$ ) (βλ. Πίνακας 31).

**Πίνακας 31: Σύγκριση μεταξύ των υποκλιμάκων της ποιότητας ζωής και της χρονολογικής ηλικίας των ατόμων. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA**

Υποκλίμακες ποιότητας ζωής	Ηλικία	N	M.O.	T.A.	F(3, 151)	p-value	Post Hoc
Σωματική υγεία	18 – 30	46	69.88	15.79	3.140	<b>0.027</b>	4<3
	31 – 40	40	69.84	19.12			
	41 – 50	28	78.57	14.33			
	51 και άνω	41	68.29	5.73			
Ψυχολογική υγεία	18 – 30	46	66.67	16.94	13.970	<b>0.000</b>	4<1
	31 – 40	40	63.47	12.96			
	41 – 50	28	58.73	10.19			
	51 και άνω	41	49.46	9.22			
Κοινωνικές σχέσεις	18 – 30	46	66.64	23.47	1.210	0.308	-
	31 – 40	40	68.28	22.47			
	41 – 50	28	75.11	19.61			
	51 και άνω	41	67.15	11.72			
Περιβάλλον	18 – 30	46	62.75	17.73	3.750	<b>0.012</b>	4<3
	31 – 40	40	63.07	19.31			
	41 – 50	28	67.05	19.55			
	51 και άνω	41	54.43	7.55			
Σφαιρική ποιότητα ζωής	18 – 30	46	73.10	19.89	1.779	0.154	-
	31 – 40	40	67.19	23.12			
	41 – 50	28	77.23	19.85			
	51 και άνω	41	73.48	6.96			

Επιπροσθέτως, μελετήθηκε η επιρροή που ασκεί η ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας στην ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση. Πραγματοποιήθηκε έλεγχος F-test (ANOVA) και τέθηκε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το 5%. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά για τη διάσταση της σφαιρικής ποιότητας ζωής ( $F=3.022$ ,  $p=0.032<0.05$ ).

Αναλυτικότερα, από τις πολλαπλές συγκρίσεις με τη μέθοδο Bonferroni, προέκυψε πως τα άτομα που παρουσίασαν την Κώφωση έως την ηλικία των 3 ετών (Μ.Ο.= 67.0), εμφανίζουν καλύτερη σφαιρική ποιότητα ζωής, σε σύγκριση με τα άτομα που απέκτησαν την απώλεια ακοής στο διάστημα μεταξύ 4 έως 6 ετών (Μ.Ο.= 51.4).

Τέλος, δεν προέκυψε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ηλικίας εμφάνισης της αναπηρίας με τον τομέα της σωματικής υγείας ( $F=1.675$ ,  $p=0.175$ ), της ψυχολογικής υγείας ( $F=1.342$ ,  $p=0.263$ ), των κοινωνικών σχέσεων ( $F=0.605$ ,  $p=0.613$ ) και του περιβάλλοντος ( $F=1.328$ ,  $p=0.267$ ) (βλ. Πίνακας 32).

**Πίνακας 32: Σύγκριση μεταξύ των υποκλιμάκων της ποιότητας ζωής και της ηλικίας εμφάνισης της αναπηρίας. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA**

Υποκλίμακες ποιότητα ζωής	Ηλικία Εμφάνισης αναπηρίας	N	M.O.	T.A.	F(3,151)	p-value	Post Hoc
Σωματική υγεία	0 - 3 ετών	103	72.8	14.6	1.675	0.175	-
	4 - 6 ετών	27	69.0	11.3			
	7 - 10 ετών	12	64.6	15.9			
	11 ετών και άνω	13	67.3	21.5			
Ψυχολογική υγεία	0 - 3 ετών	103	61.2	15.1	1.342	0.263	-
	4 - 6 ετών	27	57.5	11.4			
	7 - 10 ετών	12	54.4	18.7			
	11 ετών και άνω	13	56.4	9.5			
Κοινωνικές σχέσεις	0 - 3 ετών	103	70.1	18.7	0.605	0.613	-
	4 - 6 ετών	27	64.5	21.0			
	7 - 10 ετών	12	69.3	22.6			
	11 ετών και άνω	13	66.6	26.5			



Περιβάλλον	0 - 3 ετών	103	63.2	16.1	1.328	0.267	-
	4 - 6 ετών	27	58.6	15.4			
	7 - 10 ετών	12	55.1	12.7			
	11 ετών και άνω	13	58.6	27.3			
Σφαιρική ποιότητα ζωής	0 - 3 ετών	103	<b>67.0</b>	24.3	3.022	<b>0.032</b>	1>2
	4 - 6 ετών	27	51.4	27.6			
	7 - 10 ετών	12	58.3	22.8			
	11 ετών και άνω	13	60.6	25.4			

Αναφορικά με τη διερεύνηση της διαφοροποίησης των υποκλιμάκων της ποιότητας ζωής των ατόμων με Κώφωση ως προς το μηνιαίο εισόδημα πραγματοποιήθηκε F-test (ANOVA) και τέθηκε επίπεδο σημαντικότητας το 5%. Όσον αφορά το μηνιαίο εισόδημα των ατόμων παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στον τομέα της σωματικής υγείας ( $F=9.502$ ,  $p=0.000<0.05$ ), των κοινωνικών σχέσεων ( $F=6.489$ ,  $p=0.000<0.05$ ), και του περιβάλλοντος ( $F=5.943$ ,  $p=0.001<0.05$ ).

Συγκεκριμένα, από τις πολλαπλές συγκρίσεις με τη μέθοδο Bonferroni, προέκυψε πως τα άτομα με απολαβές μεταξύ 1001 έως 1500 € (M.O. =79.6) συγκεντρώνουν μεγαλύτερες βαθμολογίες στον τομέα της σωματικής υγείας συγκριτικά με τα άτομα, των οποίων οι οικονομικές απολαβές ορίζονται μεταξύ 0-500 € (M.O.= 65.3). Στον ίδιο τομέα διαφαίνεται πως οι συμμετέχοντες με μηνιαίο εισόδημα μεταξύ 501 – 1000 € (M.O.= 76.2) παρουσιάζουν καλύτερα αποτελέσματα σε σύγκριση με τα άτομα που διαθέτουν εισόδημα έως 500 € (M.O.= 65.3).

Επιπλέον, προέκυψε πως τα άτομα με μηνιαίο εισόδημα 501 έως 1000 € (M.O.= 73.3) και 1001 έως 1500 € (M.O.=78.5) παρουσιάζουν υψηλότερες βαθμολογίες στον τομέα των κοινωνικών σχέσεων, σε σύγκριση με τα άτομα που διαθέτουν 0 έως 500 € (M.O.= 62.3). Όσον αφορά τον τομέα του περιβάλλοντος προκύπτει πως τα άτομα με μηνιαίο εισόδημα 1500 € και άνω (M.O. = 72.2) σημειώνουν τις υψηλότερες βαθμολογίες. Αντιθέτως, τα άτομα, των οποίων οι οικονομικές απολαβές ορίζονται μεταξύ 0-500 € (M.O.= 56.3) συγκεντρώνουν τις χαμηλότερες βαθμολογίες συγκριτικά με τις υπόλοιπες κατηγορίες (M.O. 501-1000 € = 65.4, M.O. 1001-1500 € = 65.4, M.O. <1500 € = 72.2).

Δεν προέκυψε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις οικονομικές απολαβές των ατόμων με Κώφωση με τον τομέα της ψυχολογικής υγείας ( $F=0.604$ ,  $p=0.613$ ) και της σφαιρικής ποιότητας ζωής ( $F=1.578$ ,  $p=0.197$ ) (βλ. Πίνακας 33).

**Πίνακας 33: Σύγκριση μεταξύ των υποκλιμάκων της ποιότητας ζωής και του μηνιαίου εισοδήματος. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA**

Υποκλίμακες ποιότητας ζωής	Μηνιαίο εισόδημα	N	M.O.	T.A.	F(3,151)	p-value	Post Hoc
Σωματική υγεία	0 – 500	79	65.3	11.8	9.502	<b>0.000</b>	1<2 1<3
	501 – 1000	39	76.2	18.3			
	1001 – 1500	23	79.6	11.3			
	1500 και άνω	14	74.6	13.8			
Ψυχολογική υγεία	0 – 500	79	58.3	16.5	0.604	0.613	
	501 – 1000	39	61.8	12.5			
	1001 – 1500	23	59.2	10.9			
	1500 και άνω	14	61.9	13.4			
Κοινωνικές σχέσεις	0 – 500	79	62.3	19.2	6.489	<b>0.000</b>	1<2 1<3
	501 – 1000	39	73.3	21.7			
	1001 – 1500	23	78.5	13.2			
	1500 και άνω	14	76.1	18.3			
Περιβάλλον	0 – 500	79	56.3	15.7	5.943	<b>0.001</b>	1<2 1<3 1<4
	501 – 1000	39	65.4	17.9			
	1001 – 1500	23	65.4	15.4			
	1500 και άνω	14	72.2	15.6			
Σφαιρική ποιότητα ζωής	0 – 500	79	64.6	23.6	1.578	0.197	
	501 – 1000	39	60.6	28.2			
	1001 – 1500	23	56.0	28.9			
	1500 και άνω	14	73.2	18.3			

Τέλος, το έκτο ερευνητικό ερώτημα απαιτούσε τη διερεύνηση της επίδρασης που ασκεί η ακουστική ενίσχυση στην ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση. Πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος ανεξαρτησίας t test με επίπεδο σημαντικότητας το 5%. Ωστόσο, δεν προέκυψε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ύπαρξης ακουστικής ενίσχυσης και της σωματική υγεία ( $p= 0,916 > \alpha=0,05$ ), της ψυχολογικής υγείας ( $p= 0,127 > \alpha=0,05$ ), των κοινωνικών σχέσεων ( $p= 0,437 > \alpha=0,05$ ), του περιβάλλοντος ( $p=0,809 > \alpha=0,05$ ) και της σφαιρικής ποιότητας ζωής ( $p= 0,118 > \alpha=0,05$ ) (βλ. Παράρτημα II-Πίνακας 38).

## 6.7 Διαφοροποίηση της ποιότητας ζωής των ατόμων με Κώφωση με βάση τον τρόπο επικοινωνίας που χρησιμοποιείται στην καθημερινότητα, τις εκπαιδευτικές εμπειρίες αλλά και το κοινωνικό περιβάλλον.

Προς απάντηση του έβδομου ερευνητικού ερωτήματος διερευνήθηκε εάν η μέθοδος επικοινωνίας που χρησιμοποιείται στην καθημερινότητα, οι εκπαιδευτικές εμπειρίες (τύπος φοίτησης του σχολείου, γλώσσα πραγματοποίησης της διδασκαλίας) αλλά και το κοινωνικό περιβάλλον (συμμετοχή στην Κοινότητα των Κωφών) ασκούν επίδραση στην ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση και στις υποκλίμακες που εντάσσονται σ' αυτή.

Αναφορικά με τη μέθοδο επικοινωνίας που χρησιμοποιείται στην καθημερινότητα πραγματοποιήθηκε F-test (ANOVA) και τέθηκε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το 5%. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων διαπιστώθηκε η επίδραση που ασκεί ο τρόπος επικοινωνίας στους τομείς της ψυχολογικής υγείας ( $F=6.401, p=0.002<0.05$ ), του περιβάλλοντος ( $F=7.380, p=0.001<0.05$ ) και της σφαιρικής ποιότητας ζωής ( $F=8.297, p=0.000<0.05$ ).

Αναλυτικότερα, από τις πολλαπλές συγκρίσεις με τη μέθοδο Bonferroni προέκυψε πως τα άτομα που χρησιμοποιούν τόσο τη νοηματική γλώσσα όσο και τον προφορικό λόγο (M.O.= 64.0) παρουσιάζουν καλύτερη ψυχολογική υγεία σε σύγκριση με τα άτομα που χρησιμοποιούν αποκλειστικά τη νοηματική γλώσσα (M.O.=53.1). Στον ίδιο τομέα της ποιότητας ζωής διαπιστώθηκε πως τα άτομα που χρησιμοποιούν κατά την επικοινωνία τους τον προφορικό λόγο (M.O.= 60.5) συγκεντρώνουν υψηλότερες βαθμολογίες συγκριτικά με τα άτομα που καταφεύγουν στην αποκλειστική χρήση της νοηματικής γλώσσας (M.O.=53.1).

Εν συνεχεία, παρατηρήθηκε πως τα άτομα που επιλέγουν να επικοινωνούν στην καθημερινότητά τους με τον προφορικό λόγο (M.O.= 65.7) συγκεντρώνουν υψηλότερες βαθμολογίες στον τομέα του Περιβάλλοντος, συγκριτικά με τα άτομα που προσφεύγουν στη χρήση της νοηματικής γλώσσας (M.O.= 53.3). Όσον αφορά τη σφαιρική ποιότητα ζωής των ατόμων, διαφάνηκε πως οι χρήστες της νοηματικής γλώσσας (M.O.=72.4) παρουσιάζουν καλύτερη εικόνα, συγκριτικά με τα άτομα που χρησιμοποιούν τον προφορικό λόγο (M.O.= 54.7) ή καταφεύγουν στη χρήση και των δύο αυτών γλωσσών (M.O.= 68.5).

Δεν προέκυψε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του προτιμώμενου τρόπου επικοινωνίας με τον τομέα της σωματικής υγείας ( $F=1.444, p=0.239$ ) αλλά και τον τομέα των κοινωνικών σχέσεων ( $F=2.165, p=0.118$ ) (βλ. Πίνακας 34).

**Πίνακας 34: Σύγκριση μεταξύ των υποκλιμάκων της ποιότητας ζωής και του τρόπου επικοινωνίας στην καθημερινότητα. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA**

Υποκλίμακες ποιότητας ζωής	Τρόπος επικοινωνίας στην καθημερινότητα	N	M.O.	T.A.	F(2,153)	p-value	Post Hoc
----------------------------	---	---	------	------	----------	---------	----------

Σωματική υγεία	Νοηματική Γλώσσα	39	67.6	9.0	1.444	0.239	-
	Προφορικός λόγος	72	71.7	15.4			
	Και με τις δύο γλώσσες	44	72.9	17.9			
Ψυχολογική υγεία	Νοηματική γλώσσα	39	53.1	14.5	6.401	<b>0.002</b>	1<2
	Προφορικός λόγος	72	60.5	14.2			1<3
	Και με τις δύο γλώσσες	44	64.0	13.3			
Κοινωνικές σχέσεις	Νοηματική γλώσσα	39	64.3	11.3	2.165	0.118	-
	Προφορικός λόγος	72	68.3	20.5			
	Και με τις δύο γλώσσες	44	73.4	24.2			
Περιβάλλον	Νοηματική γλώσσα	39	53.3	5.9	7.380	<b>0.001</b>	1<2
	Προφορικός λόγος	72	65.7	17.3			
	Και με τις δύο γλώσσες	44	61.6	20.4			
Σφαιρική ποιότητα ζωής	Νοηματική γλώσσα	39	72.4	14.4	8.297	<b>0.000</b>	1>2
	Προφορικός λόγος	72	54.7	27.1			1>3
	Και με τις δύο γλώσσες	44	68.5	26.1			

Εν συνεχεία, διερευνήθηκε η επίδραση που ασκεί ο τύπος φοίτησης του σχολείου στην ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση. Για τη συγκεκριμένη διερεύνηση θα χρησιμοποιήσουμε τον έλεγχο F- test (ANOVA), χρησιμοποιώντας ως ελάχιστο επίπεδο σημαντικότητας το 5%. Ωστόσο, δεν προέκυψε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του τύπου φοίτησης σχολείου και της σωματική υγεία ( $p=0,387 > \alpha=0,05$ ), της ψυχολογικής υγείας ( $p=0,323 > \alpha=0,05$ ), των κοινωνικών σχέσεων ( $p=0,990 > \alpha=0,05$ ), του περιβάλλοντος ( $p=0,368 > \alpha=0,05$ ) και της σφαιρικής ποιότητας ζωής ( $p=0,134 > \alpha=0,05$ ) (βλ. Παράρτημα ΙΙ-Πίνακας 39).

Αναφορικά με τη διερεύνηση της σχέσης που ασκεί η γλώσσα πραγματοποίησης της διδασκαλίας στην ποιότητα ζωής των ατόμων πραγματοποιήθηκε F-test (ANOVA) και τέθηκε ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το 5%. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων διαπιστώθηκε η επίδραση που ασκεί ο προτιμώμενος τρόπος επικοινωνίας σε ορισμένους τομείς της ποιότητας ζωής, και πιο συγκεκριμένα στον τομέα της ψυχολογικής υγείας ( $F=7,673$ ,  $p=0,001 < 0,05$ ) και της σφαιρικής ποιότητας ζωής ( $F=5,521$ ,  $p=0,005 < 0,05$ ).

Πιο συγκεκριμένα, από τις πολλαπλές συγκρίσεις με τη μέθοδο Bonferroni προέκυψε πως τα άτομα που έχουν εκπαιδευτεί με τη χρήση τόσο της νοηματικής γλώσσας όσο και του προφορικού λόγου (M.O.=66.1) συγκέντρωσαν υψηλότερες βαθμολογίες στον τομέα της ψυχολογικής υγείας, σε σύγκριση με όσους έχουν διδαχθεί αποκλειστικά με τη νοηματική (M.O.=65.6). Στον ίδιο τομέα διαφαίνεται πως τα άτομα που έχουν φοιτήσει σε σχολεία που χρησιμοποιούνταν η νοηματική γλώσσα (M.O.=65.6) υπερτερούν έναντι των ατόμων που έχουν διδαχθεί αποκλειστικά με τον προφορικό λόγο (M.O.=56.6).

Επιπροσθέτως, διαφαίνεται πως τα άτομα τα οποία είχαν φοιτήσει σε σχολεία που χρησιμοποιούνταν τόσο η νοηματική γλώσσα όσο και ο προφορικός λόγος (M.O.=79.4) συγκέντρωσαν υψηλότερη βαθμολογία στη σφαιρική ποιότητα ζωής, συγκριτικά με τα άτομα που εκπαιδεύτηκαν αποκλειστικά με τη νοηματική γλώσσα (M.O.= 64.5). Στην ίδια κατηγορία διαπιστώνεται πως τα άτομα που έχουν διδαχθεί με τη νοηματική γλώσσα (M.O.= 64.5) υπερτερούν στη σφαιρική ποιότητα ζωής σε σχέση με τα άτομα που έχουν διδαχθεί με τον προφορικό λόγο (M.O.= 59.5).

Τέλος, δεν παρατηρήθηκε κάποια άλλη διαφορά μεταξύ του τρόπου εκπαίδευσης με τη σωματική υγεία ( $p=4.62$ ), των κοινωνικών σχέσεων ( $p=0.458$ ) και το περιβάλλοντος ( $p=0.575$ ) (βλ. Πίνακας 35).

**Πίνακας 35: Σύγκριση μεταξύ των υποκλιμάκων της ποιότητας ζωής και της γλώσσας πραγματοποίησης της διδασκαλίας. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA**

Υποκλίμακες ποιότητας ζωής	Γλώσσα πραγματοποίησης της διδασκαλίας	N	M.O.	T.A.	F	Sig.	Post Hoc
Σωματική υγεία	Νοηματική Γλώσσα	32	68.1	16.7	0.776	0.462	
	Προφορικός λόγος	103	71.8	13.2			
	Και με τις δύο γλώσσες	20	71.5	19.9			
Ψυχολογική υγεία	Νοηματική Γλώσσα	32	65.6	15.6	7.673	<b>0.001</b>	3>2 2<1
	Προφορικός λόγος	103	56.5	14.0			
	Και με τις δύο γλώσσες	20	66.1	10.4			
Κοινωνικές σχέσεις	Νοηματική Γλώσσα	32	65.8	21.1	0.784	0.458	
	Προφορικός λόγος	103	68.8	19.8			
	Και με τις δύο γλώσσες	20	73.0	19.7			

Περιβάλλον	Νοηματική Γλώσσα	32	58.8	17.9	0.556	0.575	
	Προφορικός λόγος	103	61.8	15.1			
	Και με τις δύο γλώσσες	20	63.5	23.9			
Σφαιρική ποιότητα ζωής	Νοηματική Γλώσσα	32	64.5	26.8	5.521	<b>0.005</b>	3>1 1>2
	Προφορικός λόγος	103	59.5	24.7			
	Και με τις δύο γλώσσες	20	79.4	20.4			

Το έβδομο ερευνητικό ερώτημα απαιτούσε και τη διερεύνηση της επίδρασης που ασκεί η συμμετοχή στην Κοινότητα των Κωφών στην ποιότητα της ζωής των ατόμων. Πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος ανεξαρτησίας t-test και χρησιμοποιήθηκε ως ελάχιστο επίπεδο σημαντικότητας το 5%. Ανάμεσα στα άτομα που δραστηριοποιούνται ή αποστασιοποιούνται από την Κοινότητα των Κωφών, προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά για τον τομέα της σφαιρικής ποιότητας ζωής ( $p=0.00 < \alpha=0,05$ ).

Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε πως τα άτομα που δραστηριοποιούνται σε συλλόγους Κωφών (M.O.=68.6, T.A.=22.7) σημειώνουν υψηλότερες βαθμολογίες στη σφαιρική ποιότητα ζωής, συγκριτικά με τα άτομα που αποστασιοποιούνται από τη συγκεκριμένη κοινότητα (M.O.=53, T.A.=27).

Τέλος, δεν προέκυψε κάποια σημαντική διαφορά μεταξύ των ατόμων που δραστηριοποιούνται ή αποστασιοποιούνται από συλλόγους Κωφών αναφορικά με τους τομείς της σωματικής ( $p=0.575 > \alpha=0,05$ ) και ψυχολογικής υγείας ( $p=0.320 > \alpha=0,05$ , με τον τομέα των κοινωνικών σχέσεων ( $p=0.578 > \alpha=0,05$ ) αλλά και με τον τομέα του περιβάλλοντος ( $p=0.202 > \alpha=0,05$ ) (βλ. Πίνακας 36).

**Πίνακας 36: Σύγκριση μεταξύ των υποκλιμάκων της ποιότητας ζωής και της συμμετοχής στην Κοινότητα Κωφών. Αποτελέσματα ελέγχου t-test**

Υποκλίμακες ποιότητας ζωής	Δραστηριοποίηση σε συλλόγους Κωφών / Βαρήκων	N	M.O.	T.A.	t	Df	p-value
Σωματική υγεία	Ναι	100	70.5	13.9	-0.562	153	0.575
	Όχι	55	71.9	16.8			
Ψυχολογική υγεία	Ναι	100	58.8	14.0	-0.998	153	0.320
	Όχι	55	61.2	15.5			

Κοινωνικές σχέσεις	Ναι	100	68.1	18.2	-0.558	153	0.578
	Όχι	55	69.9	23.2			
Περιβάλλον	Ναι	100	60.1	14.4	-1.283	153	0.202
	Όχι	55	63.8	20.8			
Σφαιρική ποιότητα ζωής	Ναι	100	<b>68.6</b>	22.7	3.839	153	<b>0.000</b>
	Όχι	55	53.0	27.0			

### 6.8 Πρόβλεψη της ποιότητας ζωής των ατόμων με βάση την ταυτότητα που αναπτύσσουν

Προς απάντηση του τελευταίου ερευνητικού ερωτήματος διερευνήθηκε εάν οι κατηγορίες των ταυτοτήτων που έχουν τη δυνατότητα να αναπτύξουν τα άτομα με απώλεια ακοής μπορούν να προβλέψουν τη σφαιρική ποιότητα της ζωής τους.

Από την ανάλυση της γραμμικής παλινδρόμησης (regression analysis) και με βάση τον συντελεστή  $b$ , όλες οι κατηγορίες ταυτοτήτων αποτελούν στατιστικά σημαντικούς παράγοντες, μέσω των οποίων εκτιμάται το επίπεδο της ποιότητας ζωής των ατόμων, και πιο συγκεκριμένα η ταυτότητα Ακουόντων ( $b=-0,709$ ,  $t=-4,132$ ,  $p=0,000$ ), η ταυτότητα Κωφών ( $b=1,448$ ,  $t=8,759$ ,  $p=0,000$ ), η Περιθωριοποιημένη ταυτότητα ( $b=-0,539$ ,  $t=-2,743$ ,  $p=0,007$ ) και η Διπολιτισμική ταυτότητα ( $b=1,079$ ,  $t=7,770$ ,  $p=0,000$ ). Το ποσοστό εξήγησης των διακυμάνσεων του συγκεκριμένου μοντέλου βρίσκεται στο 63.60%. Από τους συντελεστές  $b$  της παλινδρόμησης για την ταυτότητα Ακουόντων ( $b=-0,709$ ) και την Περιθωριοποιημένη ταυτότητα ( $b=-0.539$ ) προκύπτει πως λόγω του ότι είναι αρνητικοί αριθμοί, οι μεταβολές στην ανάπτυξη της ταυτότητας Ακουόντων, της Περιθωριοποιημένης ταυτότητας και της ποιότητας ζωής βρίσκονται σε αντίθετες κατευθύνσεις. Αυτό παρατηρείται διότι οι υψηλότερες βαθμολογίες στην Περιθωριοποιημένη και ταυτότητα Ακουόντων συνεπάγονται χαμηλή ποιότητα ζωής. Από τους συντελεστές  $b$  της παλινδρόμησης για την ταυτότητα Κωφών ( $b=1,448$ ) και τη Διπολιτισμική ταυτότητα ( $b=1,079$ ) προκύπτει πως οι αριθμοί είναι θετικοί, συνεπώς οι μεταβολές των βαθμών της ταυτότητας Κωφών, της Διπολιτισμικής ταυτότητας και οι μεταβολές των βαθμών της σφαιρικής ποιότητας ζωής βρίσκονται σε κοινές κατευθύνσεις.

Ειδικότερα, για μία μεταβολή 1% του βαθμού της ταυτότητας Ακουόντων και της Περιθωριοποιημένης ταυτότητας θα παρατηρηθεί αντίστοιχα μείωση της τάξης του 0.709% και 0.538% για την ποιότητα ζωής προς την αντίθετη κατεύθυνση. Αντιθέτως, για τη Διπολιτισμική και ταυτότητα Κωφών θα παρατηρηθεί αύξηση κατά 1.079% και 1.448% αντίστοιχα, για κοινή κατεύθυνση.

Επομένως προκύπτει πως η ταυτότητα Ακουόντων, η Περιθωριοποιημένη ταυτότητα, η ταυτότητα Κωφών και η Διπολιτισμική ταυτότητα επηρεάζουν και μπορούν να προβλέψουν τη σφαιρική ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση σε ποσοστό 63.60% (βλ. Πίνακας 37).

**Πίνακας 37: Γραμμική παλινδρόμηση για τη σφαιρική ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση**

Regression Models							
Σφαιρική ποιότητα ζωής	Ανεξάρτητες μεταβλητές	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Adjusted R <sup>2</sup>
		B	Std. Error	Beta			
	(Constant)	2.152	9.498		0.227	0.821	63.90%
	Ταυτότητα Ακουόντων	-0.709	0.172	-0.235	-4.132	<b>0.000</b>	
	Ταυτότητα Κωφών	1.448	0.165	0.469	8.759	<b>0.000</b>	
	Περιθωριοποιημένη Ταυτότητα	-0.539	0.196	-0.158	-2.743	<b>0.007</b>	
	Διπολιτισμική Ταυτότητα	1.079	0.139	0.399	7.770	<b>0.000</b>	



## 7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στο παρόν κεφάλαιο παρατίθενται τα αποτελέσματα της έρευνας σε αντιπαραβολή με ευρήματα προηγούμενων μελετών, προκειμένου να αποτυπωθούν οι ομοιότητες και διαφορές τους. Κατόπιν, ακολουθούν τα συμπεράσματα της συζήτησης, αναφέρονται οι περιορισμοί της έρευνας και διατυπώνονται προτάσεις προς τους μελλοντικούς ερευνητές.

### 7.1 Συζήτηση ευρημάτων

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας αποτέλεσε η διερεύνηση της επίδρασης της ταυτότητας που υιοθετούν τα άτομα με Κώφωση στην ποιότητα της ζωής τους. Ταυτοχρόνως, ο επιμέρους στόχος της μελέτης αφορούσε την εξέταση του τρόπου, με τον οποίο τα προσωπικά χαρακτηριστικά των ατόμων με Κώφωση, επηρεάζουν τόσο την ταυτότητά τους όσο και τους διάφορους τομείς της ποιότητας ζωής τους. Ειδικότερα διερευνήθηκαν, μεταξύ άλλων, οι διαφορές που παρουσιάζουν τα άτομα στις δύο αυτές μεταβλητές, με βάση τη φύση της αναπηρίας, την ύπαρξη ακουστικής ενίσχυσης, τον τρόπο επικοινωνίας που επιλέγουν να χρησιμοποιούν στην καθημερινότητά τους, τις εκπαιδευτικές τους εμπειρίες αλλά και το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον.

Το πρώτο ερευνητικό ερώτημα απαιτούσε τη διερεύνηση του βαθμού, με τον οποίο η ταυτότητα που αναπτύσσουν τα άτομα με Κώφωση επηρεάζει τη συνολική ποιότητα της ζωής τους αλλά και τους τομείς που εντάσσονται σ' αυτή. Ειδικότερα, από την ανάλυση των αποτελεσμάτων, προέκυψε πως η Διπολιτισμική ταυτότητα επιφέρει θετικά αποτελέσματα στην ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση, και συγκεκριμένα στον τομέα της σωματικής και ψυχολογικής υγείας αλλά και στον τομέα των κοινωνικών σχέσεων. Τα οφέλη της Διπολιτισμικής ταυτότητας στον τομέα των κοινωνικών σχέσεων και αλληλεπιδράσεων επιβεβαιώνονται και από τις έρευνες των Spencer et al. (2012), Moog et al. (2011), Gerich & Fellingner (2011) και Hintermair (2007), οι οποίες ανέδειξαν πως η πολιτισμική αυτή καλλιέργεια αποτελεί επιλογή που παρέχει εμπλουτισμένες δυνατότητες στη δημιουργία και διατήρηση κοινωνικών σχέσεων, εξαιτίας των διασυνδέσεων των ατόμων τόσο με την Κοινότητα των Κωφών όσο και με την κοινωνία των ακουόντων. Εν συνεχεία, η θετική συσχέτιση της Διπολιτισμικής ταυτότητας με τον τομέα της ψυχολογικής υγείας αναδεικνύεται και στις έρευνες των Hintermair (2007) και Cornell & Lyness (2005), οι οποίοι απέδωσαν την παραπάνω κατάσταση στο γεγονός πως η συγκεκριμένη κατηγορία ταυτότητας αποτελεί σημείο αναφοράς της «υγείας», γεγονός που οφείλεται στην αυξημένη κοινωνική αλληλεπίδραση των ατόμων και με τις δύο κοινότητες αλλά και στην έντονη αίσθηση του εαυτού, που προκαλείται από την ανακάλυψη δύο διαφορετικών πολιτισμών. Γενικότερα, η βιβλιογραφία αναδεικνύει έρευνες, οι οποίες έχουν υπογραμμίσει τη θετική επίδραση της Διπολιτισμικής ταυτότητας στην ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση αλλά και σε έννοιες σχετικές μ' αυτή (Bat-Chava, 2000 · Cole & Edelman, 1991 · Jambor & Elliott, 2005 · Maxwell-McCaw, 2001 · Mulderrig & Rogers, 2019 · Weinberg & Sterritt, 1986).

Αναφορικά με την ταυτότητα Κωφών, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης ανέδειξαν τη θετική επίδραση που ασκεί στην ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση, καθώς διαπιστώθηκε πως όσο υψηλότερη βαθμολογία σημειώνουν οι συμμετέχοντες στην εν λόγω κλίμακα τόσο βελτιωμένος παρουσιάζεται ο τομέας της ψυχολογικής τους υγείας. Το συγκεκριμένο εύρημα υπογραμμίζεται και στις έρευνες των Cuevas et al. (2019) και Rogers et al. (2018), οι οποίες κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η ανάπτυξη μιας ισχυρής ταυτότητας Κωφών οδηγεί στην ψυχολογική ευημερία, στην ψυχική ευεξία αλλά και σε καλύτερες κοινωνικές σχέσεις και αλληλεπιδράσεις. Τα άτομα με τη συγκεκριμένη ταυτότητα αποδέχονται την αναπηρία τους και αναγνωρίζονται ως Κωφοί, γεγονός που επιφέρει θετικά αποτελέσματα στην ποιότητα ζωής τους αλλά και σε καταστάσεις που συνδέονται μ' αυτήν (Bat-Chava, 2000 · Carter, 2015 · Carter & Mileres, 2016 · Crowe, 2020 · Jambor & Elliott, 2005 · Maxwell-McCaw, 2001 · Moog et al., 2011 · Spencer et al., 2012 · Tabilin, 2021).

Εν συνεχεία, η παρούσα μελέτη διαπίστωσε την αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ταυτότητας Ακουόντων και της ποιότητας ζωής των ατόμων με Κώφωση. Ειδικότερα, αναδείχθηκε πως η συγκεκριμένη κατηγορία ταυτότητας συνδέεται αρνητικά με τον τομέα της σωματικής υγείας, του περιβάλλοντος, των κοινωνικών σχέσεων αλλά και της σφαιρικής ποιότητας ζωής των ατόμων. Η αρνητική επίδραση της ταυτότητας Ακουόντων στη ζωή των ατόμων με Κώφωση διαπιστώθηκε και στις έρευνες των Lambez et al. (2020) και Hilton et al. (2013), οι οποίες ανέδειξαν πως τα άτομα με τη συγκεκριμένη ταυτότητα προέβαλαν την πεποίθηση πως διαφέρουν από τους συνανθρώπους τους με φυσιολογική ακοή, στοιχείο που είχε ως αποτέλεσμα τη βίωση περισσότερου συναισθηματικού άγχος, σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ομάδες. Τις αρνητικές συνέπειες στη ζωή των ατόμων που υιοθετούν την ταυτότητα Ακουόντων ανέδειξαν και οι έρευνες των Gerich & Fellingner (2011), Maxwell-McCaw & Zea (2011), Hintermair (2007), Jambor & Elliott (2005) Bat-Chava (2000) και Cornell & Lyness (2004), οι οποίες υπογράμμισαν τα μειονεκτήματα που επιφέρει η συγκεκριμένη κατηγορία σε διάφορα επίπεδα της ζωής τους.

Εξετάζοντας την Περιθωριοποιημένη ταυτότητα, η μελέτη ανέδειξε την αρνητική επίδραση που ασκεί στους τομείς της σωματικής υγείας, των κοινωνικών σχέσεων αλλά και της συνολικής ποιότητας ζωής των ατόμων. Οι αρνητικές συνέπειες της Περιθωριοποιημένης ταυτότητας στον τομέα της σωματικής υγείας εντοπίστηκαν και στη μελέτη των Moradi & Rottensten (2007), η οποία ανέδειξε πως οι συμμετέχοντες που ανέπτυξαν την Περιθωριοποιημένη ταυτότητα συνδέθηκαν με διατροφικές διαταραχές και ταυτοχρόνως βίωσαν αρνητικά συναισθήματα για την εξωτερική τους εμφάνιση. Γενικότερα, η Περιθωριοποιημένη ταυτότητα διακρίνεται από μια ασαφή κατάσταση και επιφέρει αρνητικές συνέπειες στη ζωή των ατόμων με Κώφωση, εύρημα που έχει αναδειχθεί από πληθώρα μελετών (Bat-Chava, 2000 · Chapman & Dammeyer, 2017 · Cornell & Lyness, 2005 · Hintermair, 2007 · Maxwell-McCaw, 2001 · Moog et al., 2011 · Mulderrig & Rogers, 2019 · Spencer et al., 2012).

Κατά το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα επιχειρήθηκε η διερεύνηση της επίδρασης που ασκούν τα ατομικά χαρακτηριστικά των ατόμων με Κώφωση (ύπαρξη ακουστικής ενίσχυσης, ηλικία κατά την εμφάνιση της αναπηρίας) στην ταυτότητα που αναπτύσσουν και υιοθετούν. Ειδικότερα, αναδείχθηκε πως η χρήση ακουστικής ενίσχυσης επηρεάζει την

ταυτότητα των ατόμων, καθώς τα αποτελέσματα της έρευνας αποκάλυψαν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των κωφών με και χωρίς κοχλιακό εμφύτευμα. Αναλυτικότερα, διαπιστώθηκε πως οι συμμετέχοντες με κοχλιακό εμφύτευμα παρουσιάζουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν την ταυτότητα Ακουόντων. Αντιθέτως, τα άτομα του δείγματος που δε χρησιμοποιούν το συγκεκριμένο τεχνολογικό βοήθημα σημειώνουν τις υψηλότερες βαθμολογίες τους στην κλίμακα Κωφών, στοιχείο που υποδηλώνει την υιοθέτηση της αντίστοιχης ταυτότητας. Με το παραπάνω εύρημα συμφωνεί και η έρευνα των Goldblat & Most (2018), στην οποία διαπιστώθηκε πως η ύπαρξη του κοχλιακού εμφυτεύματος ωθεί τα άτομα στην εξιδανίκευση της κοινότητας των ατόμων με φυσιολογική ακοή, ενώ ταυτόχρονα περιορίζει την επιθυμία τους να συνδεθούν με την κοινωνία των Κωφών. Ανάλογα αποτελέσματα προκύπτουν και από τις έρευνες των Chapman & Dammeyer (2016, 2017), Hilton et al. (2013), Rich et al. (2013), Mance & Edwards (2012), Moog et al. (2011), Hintermair (2007) και Maxwell– McCaw (2001), οι οποίες ανέδειξαν τις προσδοκίες των ατόμων με κοχλιακό εμφύτευμα να αλληλεπιδρούν με τους ακούντες αλλά και την επιθυμία τους να αναπτύξουν τον προφορικό λόγο, στοιχεία που οδηγούν στην υιοθέτηση των αντιλήψεων, αξιών και αρχών της κοινωνίας των ατόμων με φυσιολογική ακοή και τελικά στην ανάπτυξη της ταυτότητας Ακουόντων. Επιπροσθέτως, από την παρούσα έρευνα διαφάνηκε πως τα άτομα με κοχλιακή εμφύτευση σημειώνουν υψηλότερες βαθμολογίες στη Διπολιτισμική ταυτότητα, σε σύγκριση με τα άτομα που δεν έχουν προβεί στη χρήση κοχλιακού εμφυτεύματος. Το παραπάνω αποτέλεσμα εντοπίζεται και στις έρευνες των Marschark et al. (2017), Spencer et al. (2012), Christianen & Leigh (2005) και Wheeler et al. (2007), στις οποίες διαπιστώθηκε πως τα άτομα με κοχλιακή εμφύτευση εντάσσονται στην Κοινότητα των Κωφών, αλλά ταυτοχρόνως εκδηλώνουν και το ενδιαφέρον τους να κοινωνικοποιηθούν και με άτομα που παρουσιάζουν φυσιολογική ακοή.

Όσον αφορά την ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας, η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα πως τα άτομα που εμφανίζουν την απώλεια ακοής κατά τη γέννηση ή μέχρι την ηλικία των τριών ετών τείνουν να υιοθετούν την ταυτότητα Κωφών, σε σύγκριση με τα άτομα που εμφάνισαν την Κώφωση μετά την ηλικία των 11 ετών. Η παραπάνω διαπίστωση συναντάται και στις έρευνες των Carter (2015), Hintermair (2007), Smiler (2006) και Fischer & McWhirter (2001), οι οποίες υπογράμμισαν πως τα άτομα με προγλωσσική ακουστική αναπηρία παρουσιάζουν υψηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα της ταυτότητας Κωφών. Αντιθέτως, η μεταγλωσσική Κώφωση ωθεί τους ανθρώπους στην υιοθέτηση της ταυτότητας Ακουόντων και στη δημιουργία ισχυρών δεσμών με άτομα με φυσιολογική ακοή. Επιπροσθέτως, η παρούσα μελέτη διαπίστωσε τις υψηλές βαθμολογίες των προγλωσσικά κωφών και στη Διπολιτισμική ταυτότητα, εύρημα που εντοπίζεται και σε άλλες έρευνες (Carter, 2015 · Fischer & McWhirter, 2001 · Hintermair, 2007).

Το τρίτο ερευνητικό ερώτημα αναζήτησε τη διαφοροποίηση που παρουσιάζεται στην ταυτότητα που αναπτύσσουν τα άτομα με Κώφωση, με βάση τον τρόπο επικοινωνίας που επιλέγουν να χρησιμοποιούν στην καθημερινότητά τους αλλά και με βάση τις γλωσσικές ικανότητες απέναντι στα διάφορα συστήματα επικοινωνίας. Αναφορικά με τον προτιμώμενο τρόπο επικοινωνίας, διαπιστώθηκε πως αποτελεί παράγοντα επιρροής της ταυτότητας των ατόμων με απώλεια ακοής. Ειδικότερα, η έρευνα ανέδειξε πως τα άτομα που επιλέγουν να επικοινωνούν με τη χρήση του προφορικού λόγου παρουσιάζουν περισσότερες πιθανότητες

να αναπτύξουν την ταυτότητα Ακουόντων, συγκριτικά με τους κωφούς που καταφεύγουν στη χρήση της νοηματικής γλώσσας. Αντιθέτως, τα άτομα που χρησιμοποιούν κατά τις αλληλεπιδράσεις τους τη νοηματική γλώσσα σημειώνουν υψηλότερες βαθμολογίες στην ταυτότητα Κωφών, σε σχέση με τα άτομα που επικοινωνούν αποκλειστικά με τον προφορικό λόγο. Το συγκεκριμένο εύρημα επιβεβαιώνεται και από τις μελέτες των Lampez et al. (2020), Marschark et al. (2017), Chapman & Dammeyer (2016), Goldblat & Most (2018), Carter (2015), Kobosko (2010), Kossewska (2008) και Punch et al. (2007), οι οποίες υπογράμμισαν πως τα άτομα που χρησιμοποιούν τον προφορικό λόγο τείνουν να αναπτύσσουν την ταυτότητα Ακουόντων, κατά τη οποία αποδέχονται την κουλτούρα, τις αξίες και τις αρχές της κοινωνίας των ατόμων με φυσιολογική ακοή και ταυτοχρόνως δημιουργούν ισχυρούς δεσμούς μαζί τους. Αντιθέτως, οι παραπάνω έρευνες αποκάλυψαν πως οι χρήστες της νοηματικής γλώσσας ενστερνίζονται την ταυτότητα Κωφών, σύμφωνα με την οποία η Κώφωση αποτελεί διαφορετικότητα, ενώ η κοινότητα των Κωφών ορίζεται ως σημείο αναφοράς τους. Επιπροσθέτως, η παρούσα μελέτη ανέδειξε πως τα άτομα που επικοινωνούν τόσο με τη νοηματική γλώσσα όσο και με τον προφορικό λόγο σημειώνουν υψηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα της Διπολιτισμικής ταυτότητας, σε σύγκριση με τα άτομα που χρησιμοποιούν αποκλειστικά τον προφορικό λόγο, εύρημα που τεκμηριώνεται και από τις μελέτες των Najarian (2008), Most et al. (2007) και Hatzikakou & Nikolaraizi (2007).

Όσον αφορά τις γλωσσικές ικανότητες των ατόμων με Κώφωση απέναντι στα διάφορα συστήματα επικοινωνίας, η παρούσα έρευνα υπογράμμισε την επίδραση που ασκούν στην ανάπτυξη της ταυτότητάς τους. Ειδικότερα, διαφάνηκε πως τα άτομα που διαθέτουν άριστη γνώση της ελληνικής νοηματικής γλώσσας ωθούνται στην υιοθέτηση της Διπολιτισμικής και ταυτότητας Κωφών, συγκριτικά με τα άτομα που αγνοούν τη συγκεκριμένη γλώσσα. Γενικότερα, στις δύο αυτές ταυτότητες παρατηρείται πως όσο λιγότερες ικανότητες της γλώσσας διαθέτουν τα άτομα τόσο χαμηλότερες βαθμολογίες συγκεντρώνουν. Από την άλλη πλευρά, τα αποτελέσματα της μελέτης ανέδειξαν πως τα άτομα που αγνοούν τη νοηματική γλώσσα υπερτερούν στην ταυτότητα Ακουόντων, συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που διαθέτουν έστω και ελάχιστες ικανότητες της γλώσσας.

Περνώντας στις δυνατότητες των ατόμων στον χειρισμό του προφορικού λόγου, αναδείχθηκε πως τα άτομα που διαθέτουν άριστες γνώσεις στην ομιλούμενη γλώσσα τείνουν να ενστερνίζονται την ταυτότητα Ακουόντων. Σε ανάλογο πλαίσιο, παρατηρήθηκε πως οι συμμετέχοντες που αγνοούν τον προφορικό λόγο υπερτερούν στην ταυτότητα Κωφών, σε σύγκριση με τα άτομα που γνωρίζουν τη συγκεκριμένη γλώσσα. Τα παραπάνω ευρήματα επιβεβαιώνονται από πληθώρα ερευνών, οι οποίες ανέδειξαν πως τα άτομα με αυξημένες δεξιότητες στη νοηματική γλώσσα συνδέονται με την κουλτούρα των Κωφών, αναπτύσσοντας την αντίστοιχη ταυτότητα. Μάλιστα, υψηλές χαρακτηρίζονται και οι βαθμολογίες τους στη Διπολιτισμική ταυτότητα, κατά την οποία επιδιώκεται η συνύπαρξη δύο αντίθετων πολιτισμών. Αντιθέτως, οι συμμετέχοντες με καλύτερες ικανότητες στον χειρισμό του προφορικού λόγου ταυτίζονται με τα άτομα με φυσιολογική ακοή, υιοθετώντας την ταυτότητα Ακουόντων (Chapman & Dammeyer, 2016 · Goldblat & Most, 2018 · Hilton et al., 2013 · Hintermair, 2007 · Marschark et al., 2017 · Moog et al., 2011 · Nelson Schmitt & Leigh, 2015 · Spencer et al., 2012).

Το τέταρτο ερευνητικό ερώτημα επικεντρώθηκε στη διερεύνηση της επίδρασης που ασκούν οι εκπαιδευτικές εμπειρίες των ατόμων με Κώφωση στην ταυτότητα που αναπτύσσουν. Από τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε, πως τα άτομα που έχουν φοιτήσει σε γενικά σχολεία σημειώνουν υψηλότερες βαθμολογίες στην υποκλίμακα Ακουόντων, σε σύγκριση με τα άτομα που παρακολούθησαν ειδικά σχολεία Κωφών / Βαρήκοων. Το παραπάνω εύρημα επιβεβαιώνεται και από προηγούμενες μελέτες, οι οποίες τονίζουν πως τα άτομα που εκπαιδεύονται σε γενικά σχολεία, στα οποία μάλιστα δημιουργείται ένα φιλικό κλίμα μεταξύ των μαθητών, εκφράζουν την επιθυμία τους να ενταχθούν στην κοινότητα των ακουόντων, να συνδεθούν με άτομα με φυσιολογική ακοή και τελικά να οδηγηθούν στην ανάπτυξη της ταυτότητας Ακουόντων (Bat – Chava, 2000 · Chapman & Dammeyer, 2016 · Glickman, 1993 · Goldblat & Most, 2018 · Hadjidakou & Nikolaraizi, 2007 · Hintermair, 2007 · Israelite et al., 2002 · Kent & Smith, 2006 · Marschark et al., 2017 · Maxwell-McCaw, 2001 · Moog et al., 2011 · Najarian, 2008 · Nikolaraizi & Hadjidakou, 2006 · Punch, et al., 2007). Επιπροσθέτως, η έρευνα ανέδειξε πως τα άτομα που έχουν φοιτήσει σε γενικά σχολεία σημειώνουν υψηλότερες βαθμολογίες στη Διπολιτισμική ταυτότητα, σε σύγκριση με τα άτομα που παρακολούθησαν ειδικά σχολεία Κωφών/Βαρήκοων αλλά και με τα άτομα που εκπαιδεύτηκαν τόσο σε γενικά όσο και σε ειδικά σχολεία. Η σύνδεση της Διπολιτισμικής ταυτότητας με τη φοίτηση σε γενικά σχολεία διαφαίνεται και από τις έρευνες των Nelson Schmitt & Leigh (2015), Hilton et al. (2013), Moog et al. (2011), McIlroy & Storbeck (2011), Most et al. (2007) και Hadjidakou & Nikolaraizi (2007), οι οποίες επισήμαναν πως οι συμμετέχοντες που είχαν φοιτήσει σε γενικά σχολεία αλλά συναναστρέφονταν κατά τη σχολική και καθημερινή τους ζωή τόσο με ακούοντες όσο και με άτομα με Κώφωση παρουσίασαν ένα πολιτισμικό πρόσωπο, σύμφωνα με το οποίο επεδίωκαν την αρμονική συμβίωση των δύο κοινοτήτων.

Όσον αφορά τη γλώσσα πραγματοποίησης της διδασκαλίας, η έρευνα κατέληξε πως αυτή ασκεί επιρροή στη διαδικασία ανάπτυξης της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση. Αναλυτικότερα, αναδείχθηκε πως οι συμμετέχοντες που εκπαιδεύτηκαν σχεδόν αποκλειστικά με τη χρήση της νοηματικής γλώσσας σημειώνουν υψηλότερες βαθμολογίες στην ταυτότητα Κωφών, σε αντίθεση με τα άτομα που διδάσκονταν σχεδόν αποκλειστικά με τον προφορικό λόγο ή με τη χρήση και των δύο αυτών συστημάτων επικοινωνίας. Το παραπάνω εύρημα εντοπίζεται και σε προηγούμενες μελέτες, οι οποίες κατέληξαν στο συμπέρασμα πως τα άτομα που φοιτούσαν σε σχολεία, όπου χρησιμοποιούνταν περισσότερο ακουστικές και προφορικές μέθοδοι διδασκαλίας υιοθέτησαν την ταυτότητα Ακουόντων, ενώ οι συμμετέχοντες στις έρευνες που φοιτούσαν σε σχολεία κατά τα οποία χρησιμοποιούνταν η νοηματική γλώσσα ενστερνίστηκαν την ταυτότητα Κωφών (Hilton et al., 2013 · Hatzidakou & Nikolaraizi, 2007 · Nikolaraizi & Hadjidakou, 2006 · Sari, 2005). Επιπροσθέτως, στην παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε πως τα άτομα που έχουν φοιτήσει σε σχολεία κατά τα οποία χρησιμοποιούνταν τόσο ο προφορικός λόγος όσο και η νοηματική γλώσσα συγκεντρώνουν υψηλότερες βαθμολογίες στη Διπολιτισμική ταυτότητα, συγκρινόμενοι με άτομα που έχουν φοιτήσει σε σχολεία όπου κυριαρχούσε είτε η ομιλούμενη είτε η νοηματική γλώσσα. Η ανάπτυξη της Διπολιτισμικής ταυτότητας στην περίπτωση των ατόμων που εκπαιδεύονται ταυτοχρόνως σε προφορικά αλλά και σε συστήματα που βασίζονται στις χειρονομίες έχει διαπιστωθεί και σε παλαιότερες έρευνες (Chapman, 2021 · Hintermair, 2007 · Sari, 2005), οι

οποίες ισχυρίστηκαν πως το δίγλωσσο σχολικό περιβάλλον διαμορφώνει τις κατάλληλες συνθήκες για την κατανόηση της Κώφωσης ως διαφορετικότητας, αλλά και για την ταυτόχρονη εκδήλωση του σεβασμού απέναντι στην κοινότητα των ακουόντων.

Με το πέμπτο ερευνητικό ερώτημα διερευνάται η επιρροή του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος στην ανάπτυξη της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση. Αρχικά, αναφορικά με το οικογενειακό περιβάλλον και πιο συγκεκριμένα με την κατάσταση ακοής των γονέων, η έρευνα διαπίστωσε πως αυτή μπορεί να επηρεάσει τα άτομα με Κώφωση κατά την ανάπτυξη της ταυτότητάς τους. Ειδικότερα, διαφάνηκε πως τα άτομα με κωφούς γονείς υπερέχουν στη Διπολιτισμική αλλά και στην ταυτότητα Κωφών, σε σύγκριση με τα άτομα που οι γονείς τους παρουσιάζουν φυσιολογική ακοή. Η επίδραση της κατάστασης ακοής των γονέων στην ταυτότητα των παιδιών τους συναντάται και σε παλαιότερες έρευνες, οι οποίες ισχυρίστηκαν πως τα άτομα με κωφούς γονείς ωθούνται στην ανάπτυξη της ταυτότητας Κωφών αλλά και στην υιοθέτηση των αρχών και αξιών της αντίστοιχης κοινότητας (Bat-Chava, 2000 · Kossewska, 2008 · Lampez et al., 2020 · Leigh, 1998 · Marschark et al., 2017 · Moog et al., 2011 · Rich et al., 2013 · Sari, 2005). Σε ανάλογο πλαίσιο, βρίσκονται και οι μελέτες των Maxwell-McCaw (2001), Glickman (1993), και Glickman & Carey (1993), οι οποίες κατέληξαν στο συμπέρασμα πως τα άτομα με κωφούς γονείς παρουσιάζουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν τη Διπολιτισμική ή την ταυτότητα Κωφών, σε αντίθεση με τα άτομα με ακούοντες γονείς, οι οποίοι ωθούνται στην Περιθωριοποιημένη αλλά και στην ταυτότητα Ακουόντων.

Εκτός από την κατάσταση ακοής των γονέων, κατά τη διερεύνηση του οικογενειακού περιβάλλοντος, μελετήθηκε και ο τρόπος με τον οποίο συντελείται η επικοινωνία των ατόμων σε συγγενικό επίπεδο. Συγκεκριμένα, προέκυψε πως τα άτομα που αλληλεπιδρούν με το οικογενειακό τους περιβάλλον με τη χρήση του προφορικού λόγου τείνουν να υιοθετούν την ταυτότητα Ακουόντων, συγκριτικά με τα άτομα που προσφεύγουν στη χρήση της νοηματικής γλώσσας. Αντιθέτως, αναδείχθηκε πως τα άτομα που επικοινωνούν με την οικογένεια και τους συγγενείς τους μέσω συστημάτων που βασίζονται στις χειρονομίες συγκεντρώνουν υψηλότερες βαθμολογίες στην ταυτότητα Κωφών. Ακόμη, η έρευνα διαπίστωσε την υιοθέτηση της Διπολιτισμικής ταυτότητας, όταν η επικοινωνία με το συγγενικό περιβάλλον συντελείται τόσο με τη νοηματική όσο και με τον προφορικό λόγο, συγκρινόμενη με τα άλλα δύο συστήματα επικοινωνίας. Το παραπάνω εύρημα επιβεβαιώνεται και από τις έρευνες των Lampez et al. (2020), Marschark et al. (2017), Rich et al. (2013), Sari (2005), Moog et al. (2011), Hintermair (2007), και Bat-Chava (2000), οι οποίες τόνισαν την επιρροή της μεθόδου επικοινωνίας που χρησιμοποιείται στο οικογενειακό περιβάλλον στη διαδικασία ανάπτυξης της ταυτότητας των ατόμων με απώλεια ακοής.

Εξετάζοντας το κοινωνικό περιβάλλον των ατόμων με Κώφωση, η έρευνα διαπίστωσε πως αυτό ασκεί επιρροή στην ανάπτυξη της ταυτότητας τους. Ειδικότερα, προέκυψε πως τα άτομα που δραστηριοποιούνται στην Κοινότητα των Κωφών συγκεντρώνουν υψηλότερες βαθμολογίες στην ταυτότητα Κωφών, η οποία έχει ως επίκεντρό της τη συγκεκριμένη κοινωνία. Αντιθέτως, τα άτομα που αποστασιοποιούνται από την προαναφερθείσα Κοινότητα ωθούνται στην ανάπτυξη της ταυτότητας Ακουόντων, η οποία επιδιώκει τη δημιουργία ισχυρών διασυνδέσεων με την κοινωνία των ατόμων με

φυσιολογική ακοή. Ο καταλυτικός ρόλος της συμμετοχής στην Κοινότητα των Κωφών στη διαδικασία ανάπτυξης της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση, αναδείχθηκε και στις έρευνες των Moroe, (2019), Carter (2015), Leigh (2009) και Bishop & Hicks (2005), οι οποίες ανέφεραν πως τα άτομα με απώλεια ακοής που κοινωνικοποιούνται νωρίς στην Κοινότητα των Κωφών και αλληλεπιδρούν μαζί τους, τείνουν να ενστερνίζονται την αντίστοιχη ταυτότητα. Αντιθέτως, τα άτομα που δεν έχουν τη δυνατότητα ή δεν επιδιώκουν τη πρόσβαση σε καμία από τις δύο κοινότητες, υιοθετούν μια περιθωριακή ταυτότητα.

Το έκτο ερευνητικό ερώτημα διερεύνησε την επίδραση που ασκούν τα ατομικά χαρακτηριστικά των ατόμων με Κώφωση (φύλο, χρονολογική ηλικία, οικονομική κατάσταση, ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας, ύπαρξη κοχλιακού εμφυτεύματος) στην ποιότητα της ζωής τους. Αρχικά, κατά την εξέταση της επιρροής που ασκεί το φύλο των ατόμων, η έρευνα υπογράμμισε πως οι άνδρες παρουσιάζουν θετικότερη εικόνα στον τομέα των κοινωνικών σχέσεων, συγκριτικά με τις γυναίκες. Οι μειωμένες βαθμολογίες των γυναικών στις κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις αλλά και συνολικά στην ποιότητα ζωής τους έχουν διαπιστωθεί και στις έρευνες των Chaveiro et al. (2014), Chen et al. (2015), Felinger et al. (2005) και Ringdahl & Grimby (2000). Ωστόσο, ανάμεσα στο φύλο και στην ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση, η μελέτη δεν ανέδειξε καμία σημαντική διαφορά στους τομείς της σωματικής υγείας, του περιβάλλοντος, της ψυχολογικής υγείας αλλά και της σφαιρικής ποιότητας ζωής, εύρημα που συναντάται και σε προηγούμενες μελέτες (Haukedal et al., 2019 · Jaiyeola & Adeyemo, 2018 · Oyewumi et al., 2013 · Qi et al., 2020).

Συνεχίζοντας με τη χρονολογική ηλικία των ατόμων με Κώφωση, η παρούσα μελέτη υπογράμμισε την επίδραση που ασκεί η συγκεκριμένη μεταβλητή σε διάφορους τομείς της ποιότητας ζωής τους. Ειδικότερα, προέκυψε πως οι μικρότεροι σε ηλικία συμμετέχοντες σημειώνουν καλύτερες βαθμολογίες στον τομέα της σωματικής και ψυχολογικής υγείας, αλλά και στον τομέα του περιβάλλοντος, σε σύγκριση με τα άτομα, των οποίων η χρονολογική τους ηλικία εντοπίζεται άνω των 51 ετών. Το παραπάνω εύρημα εμφανίζεται και στην έρευνα των Warner-Czyz et al. (2011), οι οποίοι διαπίστωσαν πως τα άτομα νεότερης ηλικίας βαθμολόγησαν την ποιότητα ζωής τους, την ψυχολογική υγεία, τις κοινωνικές σχέσεις αλλά και την αυτοεικόνα τους θετικότερα, σε σύγκριση με άτομα μεγαλύτερης ηλικίας.

Στα ατομικά χαρακτηριστικά των ατόμων με Κώφωση συγκαταλέγονται και οι οικονομικές τους απολαβές, οι οποίες σύμφωνα με την παρούσα έρευνα ασκούν επίδραση στην ποιότητα ζωής που παρουσιάζουν. Αναλυτικότερα, διαφάνηκε πως τα άτομα με υψηλότερο εισόδημα σημειώνουν καλύτερες βαθμολογίες στους τομείς της σωματικής υγείας, του περιβάλλοντος αλλά και των κοινωνικών σχέσεων, συγκρινόμενοι με τα άτομα που λαμβάνουν τις χαμηλότερες οικονομικές απολαβές. Η επίδραση της οικονομικής κατάστασης των ατόμων στον τομέα της σωματικής υγείας, των κοινωνικών σχέσεων αλλά και ευρύτερα της ποιότητας ζωής υπογραμμίζεται και στις έρευνες των Duarte et al. (2021), Hofmann et al. (2020), Jaiyeola & Adeyemo (2018) και Kirman & Sari (2013), Huber et al. (2015), Sahli et al. (2009) και Sach & Barton (2007), οι οποίες τόνισαν πως τα υψηλότερα επίπεδα κοινωνικοοικονομικής κατάστασης οδηγούν σε καλύτερη πρόσβαση στην

υγειονομική περίθαλψη, σε υψηλότερα επίπεδα προτύπων αλλά και σε ευνοϊκότερες δυνατότητες ανάπτυξης γλωσσικών και γνωστικών ικανοτήτων.

Επιπροσθέτως, αναδείχθηκε πως η ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας συμβάλλει στην ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση. Ειδικότερα, διαπιστώθηκε πως οι συμμετέχοντες που εμφάνισαν την απώλεια ακοής κατά τη γέννηση και μέχρι την ηλικία των 3 ετών παρουσίασαν καλύτερη εικόνα στη σφαιρική ποιότητα ζωής τους. σε σύγκριση με τα άτομα που ήρθαν αντιμέτωπα με την απώλεια ακοής σε μεγαλύτερη ηλικία. Το παραπάνω εύρημα επιβεβαιώνεται και από την έρευνα των Fellingner et al. (2007), οι οποίοι διαπίστωσαν πως τα άτομα με μεταγλωσσική Κώφωση δηλώνουν λιγότερο ικανοποιημένοι αναφορικά με την κοινωνική τους ζωή. Αντιθέτως, στη προαναφερθείσα έρευνα οι προγλωσσικά κωφοί εκδήλωσαν την ικανοποίησή τους σχετικά με τις κοινωνικές τους δραστηριότητες και αλληλεπιδράσεις, γεγονός που μπορεί να αποδοθεί στις περισσότερες δυνατότητες ένταξης στην Κοινότητα των Κωφών και στη δημιουργία ισχυρών δεσμών μεταξύ των μελών της. Ανάλογα αποτελέσματα παρουσιάζονται και στη μελέτη των Graaf and Bijl (2002), οι οποίοι επισήμαναν πως τα άτομα με μεταγλωσσική Κώφωση παρουσιάζουν χειρότερη εικόνα στον τομέα της ψυχολογικής υγείας, εξαιτίας των προβλημάτων επικοινωνίας, της χαμηλότερης αυτοεκτίμησης αλλά και της άρνησης που εκδηλώνουν για την απώλεια ακοής που αντιμετωπίζουν. Ωστόσο, σε αντίθετη κατεύθυνση με την παρούσα αλλά και με τις ανωτέρω έρευνες βρίσκεται η μελέτη της Ademokoya (2008), η οποία επισήμανε πως όταν η Κώφωση επέρχεται πριν την ηλικία των τριών ετών αντανακλά δυσκολίες στην επικοινωνία, στοιχείο που έχει ως αποτέλεσμα την κοινωνική απομόνωση και τη δημιουργία δυσκολιών στην εκπαίδευση, την εργασία αλλά και στις κοινωνικές συναναστροφές των ατόμων.

Όσον αφορά την ύπαρξη ακουστικής ενίσχυσης, η παρούσα μελέτη δεν ανέδειξε καμία στατιστικώς σημαντική διαφορά ως προς την ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση. Ειδικότερα, διαπιστώθηκε πως δεν εντοπίζεται διαφοροποίηση στους διάφορους τομείς της ποιότητας ζωής που παρουσιάζουν οι κωφοί, με βάση το εάν χρησιμοποιούν τεχνολογικό βοήθημα ενίσχυσης του ήχου. Το παραπάνω εύρημα συναντάται και στις έρευνες των Meyer et al. (2013) και Kushalnagar et al. (2011), οι οποίοι ανέδειξαν την ικανοποιητική ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση, που είναι ανεξάρτητη από την ύπαρξη βοηθητικών συσκευών ενίσχυσης του ήχου. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί πως στη βιβλιογραφία συναντώνται έρευνες, οι οποίες έχουν αναδείξει το γεγονός πως οι χρήστες κοχλιακού εμφυτεύματος υπερέχουν στην ποιότητα ζωής, σε σύγκριση με τα άτομα που δε χρησιμοποιούν το συγκεκριμένο τεχνολογικό βοήθημα (Bat-Chava, 2005, 2001 · Duarte et al., 2014 · Haukedal et al., 2019 · Hawthorne et al., 2004 · Hofmann et al., 2020 · Mo et al., 2005 · Warner-Czyz, 2009).

Το έβδομο ερευνητικό ερώτημα επικεντρώθηκε στη διερεύνηση της επίδρασης της ποιότητας ζωής των ατόμων με Κώφωση με βάση τον τρόπο επικοινωνίας που επιλέγουν να χρησιμοποιούν στην καθημερινότητά τους, τις εκπαιδευτικές τους εμπειρίες αλλά και τη σύνδεσή τους με το κοινωνικό περιβάλλον. Αναφορικά με τον προτιμώμενο τρόπο επικοινωνίας, η έρευνα ανέδειξε την επίδραση που ασκεί σε διάφορους τομείς της ποιότητας ζωής των ατόμων με Κώφωση. Ειδικότερα, διαπιστώθηκε πως τα άτομα που χρησιμοποιούν κατά τις αλληλεπιδράσεις τους τόσο τη νοηματική γλώσσα όσο και τον προφορικό λόγο



παρουσιάζουν καλύτερη ψυχολογική υγεία, σε σύγκριση με τα άτομα που προσφεύγουν στην αποκλειστική χρήση της νοηματικής γλώσσας, οι οποίοι συγκέντρωσαν τις χαμηλότερες βαθμολογίες. Η καλή ψυχολογική υγεία των δίγλωσσων ατόμων υπογραμμίστηκε και στις έρευνες των Santos et al. (2019) και Kushalnagar et al. (2014), οι οποίοι τόνισαν πως η χρήση και των δύο αυτών συστημάτων επικοινωνίας παρέχει στα άτομα πρόσβαση και στις δύο κοινότητες, γεγονός που διευκολύνει την καθημερινότητά τους. Αντιθέτως, η αρνητική επίδραση της νοηματικής γλώσσας στον τομέα της ψυχολογικής υγείας αναφέρθηκε στην έρευνα των Santos et al. (2019), οι οποίοι απέδωσαν την παραπάνω κατάσταση στο γεγονός πως τα άτομα αυτά χρησιμοποιούν μια γλώσσα, που διαφέρει από αυτή που χρησιμοποιείται από την κυρίαρχη κοινότητα, στοιχείο που έχει ως αποτέλεσμα τη βίωση αρνητικών συναισθημάτων. Ανάλογα αποτελέσματα εντοπίζονται και στις μελέτες των Connolly et al. (2006), Graaf et al. (2002), Fellingner et al. (2007) και Fellingner et al. (2005), οι οποίες υπογράμμισαν τη χαμηλή ψυχολογική και ψυχική υγεία των ατόμων που χρησιμοποιούν τη νοηματική γλώσσα. Εν συνεχεία, διαπιστώθηκε πως τα άτομα που προσφεύγουν στην αποκλειστική χρήση του προφορικού λόγου συγκεντρώνουν υψηλότερες βαθμολογίες στον τομέα του περιβάλλοντος, εύρημα που αναδύεται και στην έρευνα των Fellingner et al. (2007). Ακόμη, παρατηρήθηκε πως τα άτομα που χρησιμοποιούν τη νοηματική γλώσσα παρουσιάζουν καλύτερη εικόνα στη σφαιρική ποιότητα ζωής τους, συγκριτικά με τα άτομα που χρησιμοποιούν τον προφορικό λόγο ή καταφεύγουν στη χρήση και των δύο αυτών γλωσσών. Τα οφέλη που παρέχει η νοηματική γλώσσα στη σφαιρική ποιότητα ζωής των ατόμων αλλά και σε έννοιες που συνδέονται μ' αυτή, παρουσιάζονται και στην έρευνα των Werngren-Elgström (2003), η οποία ανέδειξε πως οι χρήστες της νοηματικής γλώσσας εμφανίζουν μια ικανοποιητική υποκειμενική ευημερία, και κατ' επέκταση ποιότητα ζωής, που δε διαφέρει από αυτή των ατόμων με φυσιολογική ακοή.

Στις εκπαιδευτικές εμπειρίες των ατόμων με Κώφωση συγκαταλέγεται ο τύπος σχολικής φοίτησης αλλά και η γλώσσα πραγματοποίησης της διδασκαλίας. Αναφορικά με τον τύπο φοίτησης σχολείου, η έρευνα δε διαπίστωσε καμία στατιστικά σημαντική σχέση με την ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση. Το συγκεκριμένο εύρημα συναντάται και στις μελέτες των Meyer et al. (2013), Schick et al. (2012) και Kushalnagar et al. (2011), οι οποίες υπογράμμισαν πως η σχολική τοποθέτηση αποτελεί ανεξάρτητη μεταβλητή, που δεν ασκεί επίδραση στην ποιότητα ζωής των ατόμων με απώλεια ακοής. Σε αντίθεση με τον τύπο της σχολικής μονάδας, η έρευνα ανέδειξε τη σημασία της γλώσσας πραγματοποίησης της διδασκαλίας στην ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση. Αναλυτικότερα, διαφάνηκε πως τα άτομα που έχουν ολοκληρώσει τις σπουδές τους σε σχολεία, κατά τα οποία χρησιμοποιούνταν τόσο η ακουστική και προφορική μέθοδος όσο και η νοηματική γλώσσα, υπερτερούν στον τομέα της ψυχολογικής υγείας και της σφαιρικής ποιότητας ζωής, έναντι των υπολοίπων ομάδων. Τα θετικά αποτελέσματα στη ζωή των ατόμων που έχουν παρακολουθήσει δίγλωσσα σχολεία ανέδειξαν και οι έρευνες των Santos et al. (2019) και Hintermain (2010), οι οποίες διαπίστωσαν πως η δίγλωσση εκπαίδευση ευνοεί την καλύτερη διαβίωση των ατόμων. Επιπροσθέτως, η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα πως τα άτομα που εκπαιδεύτηκαν με τον προφορικό λόγο σημειώνουν τις χαμηλότερες βαθμολογίες στους δύο αυτούς τομείς της ποιότητας ζωής. Γενικότερα, η βιβλιογραφία έχει αναδείξει τα οφέλη που παρέχει στα άτομα η πρόσβαση στη νοηματική γλώσσα, η οποία ευνοεί σε ακαδημαϊκό

επίπεδο, ενισχύει την ψυχολογική υγεία των ατόμων και κατ' επέκταση την ποιότητα της ζωής τους (Hall et al., 2019 · Jiang et al., 2020)

Κατά τη διερεύνηση του έβδομου ερευνητικού ερωτήματος εξετάστηκε και η επίδραση που ασκεί η συμμετοχή στην Κοινότητα των Κωφών στην ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων. Ειδικότερα, η μελέτη ανέδειξε τη δραστηριοποίηση στην Κοινότητα των Κωφών ως σημαντικό παράγοντα επίδρασης της ποιότητας ζωής, καθώς τα άτομα που συμμετέχουν σ' αυτήν παρουσιάζουν καλύτερη σφαιρική ποιότητα ζωής, συγκρινόμενοι με τα άτομα που αποστασιοποιούνται από την εν λόγω Κοινότητα. Οι θετικές συνέπειες που επιφέρει η συμμετοχή στην Κοινότητα Κωφών παρουσιάζονται και στις έρευνες των Crowe (2020), Fellingner et al. (2007) και Fellingner et al. (2005), οι οποίες αναφέρουν πως η δραστηριοποίηση στην αντίστοιχη Κοινότητα οδηγεί στη δημιουργία σχέσεων εμπιστοσύνης και σεβασμού με βάση ένα κοινό σύστημα επικοινωνίας, γεγονός που επιφέρει ευνοϊκές συνέπειες στη ζωή των ατόμων.

Το τελευταίο ερευνητικό ερώτημα αναφέρονταν στο εάν οι κατηγορίες ταυτοτήτων που έχουν τη δυνατότητα να αναπτύξουν τα άτομα με Κώφωση μπορούν να προβλέψουν τη σφαιρική ποιότητα της ζωής τους. Ειδικότερα, η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα πως η ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση μπορεί να επηρεαστεί και να προβλεφθεί από την ταυτότητα που υιοθετούν οι ίδιοι. Αναφορικά με την Περιθωριοποιημένη αλλά και την ταυτότητα Ακουόντων, προέκυψε πως οι υψηλοί βαθμοί προβλέπουν τη χαμηλή ποιότητα ζωής, ενώ οι περιορισμένοι βαθμοί στις δύο αυτές κατηγορίες ταυτοτήτων προβλέπουν τη θετικότερη ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση. Η ανάδειξη της Περιθωριοποιημένης αλλά και της ταυτότητας Ακουόντων ως προβλεπτικοί παράγοντες με αρνητική κατεύθυνση σε έννοιες που ενσωματώνονται στην ποιότητα ζωής, υπογραμμίστηκε και στις έρευνες των Lambez et al. (2020) και Cornell & Lyness (2005), οι οποίες ανέδειξαν τη σύνδεση των συγκεκριμένων ταυτοτήτων με αρνητικά αποτελέσματα.

Εν συνεχεία, η έρευνα διαπίστωσε ως προβλεπτικούς παράγοντες της ποιότητας ζωής των ατόμων με Κώφωση τη Διπολιτισμική και ταυτότητα Κωφών. Αναλυτικότερα, διαφάνηκε πως οι υψηλότερες βαθμολογίες στις συγκεκριμένες κατηγορίες συνεπάγονται με καλύτερη ποιότητα ζωής, ενώ οι περιορισμένες βαθμολογίες οδηγούν σε αρνητικά αποτελέσματα. Το εύρημα αναφορικά με την ταυτότητα Κωφών συναντάται και στις έρευνες των Carter & Mileres (2016) και Jambor & Elliot (2005), οι οποίες διαπίστωσαν πως η αύξηση των βαθμολογιών στην ταυτότητα Κωφών μπορεί να προβλέψει τα θετικά αποτελέσματα στην αυτοεκτίμηση των ατόμων. Σε ανάλογο πλαίσιο, οι Charman & Dammeyer (2016) διαπίστωσαν πως η Διπολιτισμική ταυτότητα λειτουργεί ως προβλεπτικός παράγοντας της ψυχολογικής ευεξίας των ατόμων, καθώς όσο αυξάνονται οι βαθμολογίες στην εν λόγω κλίμακα τόσο βελτιώνεται η ζωή τους. Τέλος, στη μελέτη τους οι Mulderrig & Rogers (2019) διαπίστωσαν πως και οι τέσσερις κατηγορίες ταυτοτήτων αποτελούν προβλεπτικούς παράγοντες της ικανοποίησης από τη ζωή. Αναλυτικότερα, οι ερευνητές ισχυρίστηκαν πως η Διπολιτισμική και ταυτότητα Κωφών προβλέπουν θετικά τη ζωή των ατόμων με Κώφωση, καθώς οι υψηλότερες βαθμολογίες συνεπάγονται με περισσότερη ικανοποίηση από τη ζωή. Αντιθέτως, η Περιθωριοποιημένη και ταυτότητα Ακουόντων επηρεάζουν και προβλέπουν αρνητικά την ικανοποίηση από τη ζωή, καθώς οι υψηλότερες

βαθμολογίες στις εν λόγω κλίμακες έχουν ως αποτέλεσμα τη χαμηλότερη ικανοποίηση από τη ζωή.

Γενικότερα, η έρευνα ανέδειξε τη σχέση μεταξύ της ποιότητας ζωής των ατόμων με Κώφωση και της ταυτότητας που αναπτύσσουν. Επιπροσθέτως, τόνισε τον τρόπο επιρροής της ταυτότητας που υιοθετούν τα άτομα στους διάφορους τομείς της ποιότητας ζωής τους. Ταυτοχρόνως, η μελέτη υπογράμμισε τα ατομικά χαρακτηριστικά που θεωρούνται καταλυτικοί παράγοντες κατά τη διαμόρφωση τόσο της ταυτότητας όσο και της ποιότητας ζωής των ατόμων. Παρακάτω, ακολουθούν τα συμπεράσματα της συζήτησης, στα οποία αποτυπώνονται τα βασικά σημεία του παρόντος ερευνητικού εγχειρήματος.

## **7.2 Συμπεράσματα**

Από τα αποτελέσματα της έρευνας αναδεικνύεται η σύνδεση της ταυτότητας που υιοθετούν και αναπτύσσουν τα άτομα με Κώφωση με τους διάφορους τομείς της ποιότητας ζωής τους. Ειδικότερα, οι κωφοί που ενσωματώνονται στην κατηγορία της Διπολιτισμικής ταυτότητας και ταυτότητας Κωφών υπερτερούν έναντι των υπολοίπων ομάδων στην ποιότητα της ζωής τους. Τα θετικά αποτελέσματα που προκύπτουν από την υιοθέτηση της Διπολιτισμικής ταυτότητας αφορούν τον τομέα της σωματικής και ψυχολογικής υγείας αλλά και το επίπεδο των κοινωνικών σχέσεων των ατόμων. Άλλωστε, η συγκεκριμένη κατηγορία προϋποθέτει την έντονη κινητικότητα και ευελιξία των ατόμων, αναφορικά με την ενσωμάτωσή τους και στις δύο κοινότητες, στοιχεία που ευνοούν τόσο την ευημερία όσο και τις αλληλεπιδράσεις τους. Μάλιστα, η Διπολιτισμική ταυτότητα αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο για την ανάπτυξη της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση και αντιπροσωπεύει μια βασική μεταμοντέρνα θέση, η οποία επιδιώκει να γεφυρώσει το χάσμα που δημιουργείται ανάμεσα στους δύο πολιτισμούς και να προωθήσει την αρμονική συνύπαρξη μεταξύ των ατόμων με και χωρίς απώλεια ακοής. Συνεχίζοντας με την ταυτότητα Κωφών, η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα πως η συγκεκριμένη κατηγορία βελτιώνει την ψυχολογική υγεία των ατόμων με Κώφωση. Το γεγονός αυτό οφείλεται στο ότι τα άτομα που εντάσσονται σ' αυτήν την κατηγορία αντιλαμβάνονται την απώλεια ακοής ως διαφορετικότητα, με αποτέλεσμα να μην αντιμετωπίζουν τον εαυτό τους ως άτομο με ειδικές ανάγκες, αλλά ως μέλος μιας πολιτιστικής και γλωσσικής μειονότητας. Η υιοθέτηση της άποψης πως δεν υπάρχει καμία διαφορά ανάμεσα στα άτομα με ή δίχως αναπηρία, καθώς όλοι παρουσιάζουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα σε διαφορετικές μορφές, ευνοεί την ψυχολογική υγεία και ψυχική ευεξία των ατόμων.

Από την άλλη πλευρά, διαπιστώθηκαν οι αρνητικές επιδράσεις της Περιθωριοποιημένης ταυτότητας και της ταυτότητας Ακουόντων στη συνολική ποιότητα ζωής των ατόμων αλλά και σε τομείς που ενσωματώνονται σ' αυτή. Αναφορικά με την Περιθωριοποιημένη ταυτότητα, η έρευνα διαπίστωσε πως η συγκεκριμένη κατηγορία περιορίζει τη σφαιρική ποιότητα ζωής των ατόμων, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής τους υγείας αλλά και των κοινωνικών σχέσεων και αλληλεπιδράσεων τους. Το στοιχείο αυτό, οφείλεται στο γεγονός πως τα άτομα με την Περιθωριοποιημένη ταυτότητα διακρίνονται από

μια ασαφή κατάσταση, σύμφωνα με την οποία δυσκολεύονται να κατανοήσουν τον εαυτό τους είτε ως άτομο με απώλεια ακοής είτε ως άτομο που ταυτίζεται με τους ακούντες. Η απουσία μιας ξεκάθαρης ταυτότητας αλλά και η έλλειψη της αίσθησης του ανήκειν δημιουργεί εμπόδια στην καθημερινότητα των ατόμων, στην αλληλεπίδραση με τον κοινωνικό περίγυρο αλλά και στην ανάπτυξη κοινωνικών δικτύων. Όλα τα παραπάνω, έχουν ως αποτέλεσμα τα άτομα να μην προσεγγίζουν τον εαυτό τους με θετικότητα, γεγονός που ενισχύει την κοινωνική απομόνωση. Εν συνεχεία, εξετάζοντας την ταυτότητα Ακουόντων, η έρευνα συμπέρανε τις αρνητικές συνέπειες που επιφέρει στη σφαιρική ποιότητα ζωής των ατόμων αλλά και στον τομέα της σωματικής υγείας και του περιβάλλοντος. Η παραπάνω κατάσταση, έχει ως αφετηρία το γεγονός πως τα άτομα που εντάσσονται σ' αυτήν την κατηγορία αντιλαμβάνονται την Κώφωσή τους ως ιατρική παθολογία και κατατάσσουν τον εαυτό τους στην κατηγορία των ατόμων με προβλήματα ακοής. Ειδικότερα, τα άτομα με τη συγκεκριμένη ταυτότητα εκλαμβάνουν τη δυνατότητα για ακοή ως σημείο αναφοράς της κανονικότητας και της υγείας, αναδεικνύοντας αδιάλειπτα τα μειονεκτήματα της Κώφωσης και στοχεύοντας στην αποκατάσταση και θεραπεία της απώλειας ακοής που αντιμετωπίζουν.

Όσον αφορά τα ατομικά χαρακτηριστικά των ατόμων με Κώφωση, αναδείχθηκε πως ορισμένα από αυτά ασκούν σημαντική επίδραση στην ανάπτυξη της ταυτότητάς τους. Ειδικότερα, παρατηρήθηκε πως η χρήση κοχλιακού εμφυτεύματος ωθεί τα άτομα στην υιοθέτηση της Διπολιτισμικής ή ταυτότητας Ακουόντων, καθώς θεωρούν πως τα συγκεκριμένα τεχνολογικά βοηθήματα τους παρέχουν πρόσβαση σε διάφορες ακουστικές πληροφορίες. Περνώντας στην ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας, διαπιστώθηκε πως οι συμμετέχοντες που απέκτησαν την απώλεια ακοής έως την ηλικία των 3 ετών, και επομένως δεν είχαν προβεί στην κατάκτηση της ομιλούμενης γλώσσας, εμφάνισαν μεγαλύτερες βαθμολογίες στη Διπολιτισμική αλλά και στην ταυτότητα Κωφών, σε σύγκριση με τα άτομα που παρουσίασαν την Κώφωση σε μεγαλύτερες ηλικίες. Γενικότερα, η προγλωσσική Κώφωση ωθεί τα άτομα στη δημιουργία διασυνδέσεων με την Κοινότητα των Κωφών, σε αντίθεση με τους μεταγλωσσικά κωφούς, οι οποίοι εκδηλώνουν σε μεγαλύτερο βαθμό την επιθυμία τους να ταυτιστούν με τους συνανθρώπους τους με φυσιολογική ακοή.

Επιπροσθέτως, η έρευνα ανέδειξε πως ο τρόπος επικοινωνίας που επιλέγουν οι κωφοί να χρησιμοποιούν κατά τις αλληλεπιδράσεις τους αλλά και οι γλωσσικές τους ικανότητες στα διάφορα συστήματα επικοινωνίας λειτουργούν ως παράγοντες επιρροής της ταυτότητας που αναπτύσσουν. Ειδικότερα, αποδείχθηκε πως οι συμμετέχοντες που προσφεύγουν στη χρήση της νοηματικής γλώσσας και διαθέτουν άριστες γνώσεις σ' αυτή συγκεντρώνουν υψηλότερες βαθμολογίες στην ταυτότητα Κωφών, σε αντίθεση με τους χρήστες του προφορικού λόγου, οι οποίοι βαθμολογούν υψηλότερα την κλίμακα της ταυτότητας Ακουόντων. Ακόμη, η έρευνα κατέληξε πως τα άτομα που χρησιμοποιούν τόσο τη νοηματική γλώσσα όσο και τον προφορικό λόγο υιοθετούν τη Διπολιτισμική ταυτότητα, παρουσιάζοντας ένα δίγλωσσο προφίλ που ευνοεί την επικοινωνία τόσο με τους Κωφούς όσο και με τους ακούντες. Άλλωστε, η μέθοδος επικοινωνίας που χρησιμοποιείται από τα άτομα αποτελεί έναν από τους κυρίαρχους τρόπους, με τους οποίους μπορεί να πραγματοποιηθεί η ταύτιση και η σύνδεση με τις υπάρχουσες κοινότητες. Ανάλογα αποτελέσματα προέκυψαν και με βάση τις γλωσσικές ικανότητες που διαθέτουν τα άτομα με Κώφωση, καθώς οι συμμετέχοντες με άριστες γνώσεις στη νοηματική γλώσσα τείνουν να υιοθετούν την

ταυτότητα Κωφών, ενώ οι κωφοί που γνωρίζουν άριστα τον προφορικό λόγο ωθούνται στην ταυτότητα Ακουόντων.

Εν συνεχεία, στα ατομικά χαρακτηριστικά που μπορούν να επηρεάσουν την ταυτότητα των ατόμων με Κώφωση, διαπιστώθηκε πως συγκαταλέγονται και οι εκπαιδευτικές τους εμπειρίες. Αναλυτικότερα, από την έρευνα προέκυψε πως τα άτομα που έχουν ολοκληρώσει τις σπουδές τους σε γενικά σχολεία σημειώνουν τις υψηλότερες βαθμολογίες τους στην κλίμακα της Διπολιτισμικής ταυτότητας αλλά και στην κλίμακα της ταυτότητας Ακουόντων. Όσον αφορά την ταυτότητα Ακουόντων είναι σημαντικό να σημειωθεί πως τα άτομα αυτής της κατηγορίας υιοθετούν την άποψη πως πρέπει να σταματήσουν να λειτουργούν τα σχολεία που απευθύνονται αποκλειστικά σε μαθητές με ακουστική αναπηρία, να διακοπεί η διδασκαλία της νοηματικής γλώσσας και να εδραιωθεί η εκπαίδευση των μαθητών με Κώφωση στη χειλεανάγνωση και τον προφορικό λόγο. Περνώντας στη γλώσσα πραγματοποίησης της διδασκαλίας, η έρευνα ανέδειξε πως τα άτομα που εκπαιδεύτηκαν αποκλειστικά με τη χρήση της νοηματικής γλώσσας, υιοθέτησαν περισσότερο την ταυτότητα Κωφών. Αντιθέτως, οι συμμετέχοντες που διδάσκονταν σχεδόν αποκλειστικά με τον προφορικό λόγο συγκέντρωσαν τις υψηλότερες βαθμολογίες τους στην ταυτότητα Ακουόντων. Ωστόσο, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει και το εύρημα, σύμφωνα με το οποίο η δίγλωσση εκπαίδευση ώθησε τα άτομα στην ανάπτυξη της Διπολιτισμικής ταυτότητας.

Αναφορικά με το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον των ατόμων, η έρευνα διαπίστωσε την επιρροή τους στην ανάπτυξη της ταυτότητας των συμμετεχόντων. Ειδικότερα, παρατηρήθηκε πως τα άτομα με κωφούς γονείς συγκεντρώνουν τις υψηλότερες βαθμολογίες τους στην κλίμακα της ταυτότητας Κωφών, στοιχείο που υποδηλώνει πως η απώλεια ακοής των γονέων ωθεί τα παιδιά τους στην υιοθέτηση της κουλτούρας και του πολιτισμού των ατόμων με Κώφωση. Επιπροσθέτως, διαπιστώθηκε πως τα άτομα που επικοινωνούν με το οικογενειακό και συγγενικό τους περιβάλλον αποκλειστικά με τον προφορικό λόγο συγκεντρώνουν τις υψηλότερες βαθμολογίες τους στην ταυτότητα Ακουόντων, σε αντίθεση με τους συμμετέχοντες που πραγματοποιούν τις οικογενειακές τους αλληλεπιδράσεις με τη χρήση της νοηματικής γλώσσας, οι οποίοι ταυτίζονται με την ταυτότητα Κωφών. Μάλιστα, διαφάνηκε πως τα άτομα που χρησιμοποιούν τόσο την ομιλούμενη όσο και τη νοηματική γλώσσα τείνουν να υιοθετούν τη Διπολιτισμική ταυτότητα. Από τα προαναφερόμενα, αναδεικνύεται πως η μέθοδος επικοινωνίας που χρησιμοποιείται στο οικογενειακό περιβάλλον, εκεί δηλαδή που τα άτομα δεν προσφεύγουν αναγκαστικά στη χρήση ενός συγκεκριμένου τρόπου επικοινωνίας, είναι ιδιαίτερα σημαντική στη διαδικασία ανάπτυξης της ταυτότητας των ατόμων με απώλεια ακοής. Περνώντας στο κοινωνικό περιβάλλον, η παρούσα μελέτη ανέδειξε τον καταλυτικό ρόλο που ασκεί η συμμετοχή στην Κοινότητα των Κωφών στην ανάπτυξη της ταυτότητας των ατόμων με απώλεια ακοής. Αναλυτικότερα, προέκυψε πως η συμμετοχή στη συγκεκριμένη Κοινότητα ευνοεί την ανάπτυξη της ταυτότητας Κωφών, συμβάλλοντας στη δημιουργία ισχυρών δεσμών μεταξύ των μελών της.

Εξετάζοντας την ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση, η έρευνα υπογράμμισε ορισμένα ατομικά χαρακτηριστικά, τα οποία μπορούν να ασκήσουν επίδραση στον τρόπο με

τον οποίο αυτή διαμορφώνεται. Αναλυτικότερα, η παρούσα μελέτη ανέφερε την επιρροή που ασκεί το φύλο, καθώς διαπιστώθηκε πως οι άνδρες παρουσιάζουν καλύτερη εικόνα στον τομέα των κοινωνικών σχέσεων, συγκριτικά με τις γυναίκες του δείγματος. Σε ανάλογο πλαίσιο προέκυψε πως οι συμμετέχοντες που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα άνω των 51 ετών παρουσιάζουν χειρότερη εικόνα στον τομέα της σωματικής και ψυχικής υγείας αλλά και στον τομέα του περιβάλλοντος, συγκριτικά με τα άτομα που ανήκουν σε μικρότερες ηλικιακές ομάδες.

Αναφορικά με την ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας, η έρευνα διαπίστωσε πως τα άτομα, τα οποία εμφανίζουν την απώλεια ακοής πριν την ηλικία των 3 ετών παρουσιάζουν καλύτερη σφαιρική ποιότητα ζωής, συγκριτικά με άτομα, τα οποία ήρθαν αντιμέτωποι με την Κώφωση σε μεγαλύτερη ηλικία. Άλλωστε, η μεταγλωσσική Κώφωση συχνά δημιουργεί προβλήματα επικοινωνίας στους ανθρώπους, μειώνει τα επίπεδα αυτοεκτίμησής τους, ενώ ταυτοχρόνως θέτει εμπόδια στην αποδοχή της απώλειας ακοής. Εν συνεχεία, υπογραμμίστηκε η σημασία της οικονομικής κατάστασης των ατόμων στη διαμόρφωση της ποιότητας ζωής τους, με τα άτομα που παρουσιάζουν καλύτερη εικόνα να εμφανίζουν θετικότερα αποτελέσματα στους τομείς της σωματικής υγείας, των κοινωνικών σχέσεων και του περιβάλλοντος.

Κατά την εξέταση του προτιμώμενου τρόπου επικοινωνίας αναδείχθηκαν τα οφέλη που παρέχει η διγλωσσία στη ψυχολογική υγεία των ατόμων, καθώς με τη χρήση της ομιλούμενης και νοηματικής γλώσσας, τα άτομα έχουν τη δυνατότητα αλληλεπίδρασης τόσο με κωφούς όσο και με συνανθρώπους τους που παρουσιάζουν φυσιολογική ακοή. Μάλιστα, η δίγλωσση επικοινωνία καθίσταται αναγκαία από την περίοδο της σχολικής φοίτησης, καθώς τα άτομα που εκπαιδεύτηκαν μ' αυτή παρουσίασαν καλύτερη εικόνα της ποιότητας ζωής τους. Ακόμη, παρατηρήθηκαν και τα οφέλη της συμμετοχής στη Κοινότητα των Κωφών στη συνολική ποιότητα ζωής των ατόμων, καθώς μέσα από την ανωτέρω δραστηριοποίηση, οι Κωφοί ωθούνται στην αποδοχή της αναπηρίας τους και δημιουργούν ισχυρούς δεσμούς με τα μέλη που την απαρτίζουν.

Εν συνεχεία, η έρευνα ανέδειξε τις τέσσερις κατηγορίες ταυτοτήτων ως παράγοντες που προβλέπουν την ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση. Αναφορικά με τη Διπολιτισμική και ταυτότητα Κωφών, διαφάνηκε πως οι υψηλές βαθμολογίες στις συγκεκριμένες κατηγορίες προβλέπουν την καλύτερη ποιότητα ζωής των ατόμων. Αντιθέτως, οι υψηλές βαθμολογίες στην Περιθωριοποιημένη και ταυτότητα Ακουόντων συνεπάγονται με χαμηλή ποιότητα ζωής. Οι συγκεκριμένοι προβλεπτικοί παράγοντες επιβεβαιώνουν την επιτακτική ανάγκη για τη διαμόρφωση συνθηκών που θα οδηγήσουν τα άτομα με απώλεια ακοής από την κατανόηση της Κώφωσης ως αναπηρία, στην αντίληψή της ως διαφορετικότητα, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Εν κατακλείδι, η παρούσα εργασία επιβεβαιώνει τη σχέση μεταξύ της ταυτότητας που υιοθετούν τα άτομα με Κώφωση με την ποιότητα της ζωής τους. Μάλιστα, αναδεικνύει τους προσωπικούς, οικογενειακούς και κοινωνικούς παράγοντες, οι οποίοι συμβάλλουν στη διαμόρφωση τόσο της ταυτότητας όσο και της ποιότητας ζωής των ατόμων. Με βάση τα στοιχεία που αναλύθηκαν παραπάνω, κρίνεται αναγκαία η διαμόρφωση των κατάλληλων κοινωνικών συνθηκών, προκειμένου τόσο τα ίδια τα άτομα με ακουστική αναπηρία όσο και ο

κοινωνικός περίγυρος να μεταβούν από το ιατρικό στο κοινωνικό μοντέλο κατανόησης της Κώφωσης, σύμφωνα με το οποίο η τελευταία δεν αποτελεί αναπηρία αλλά διαφορετικότητα. Οι κατάλληλες αυτές συνθήκες, θα επιτρέψουν στα άτομα να διαμορφώσουν την ταυτότητά τους με τέτοιο τρόπο, ώστε να συνυπάρχουν αρμονικά τόσο με Κωφούς όσο και με ακούοντες. Η αρμονική αυτή συμβίωση θα ωφελήσει την ψυχολογική υγεία των ατόμων, τις κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις και ταυτοχρόνως θα θέσει τα θεμέλια για το «ευ ζην».

### 7.3 Περιορισμοί της Έρευνας – Μελλοντικές Προτάσεις

Στην παρούσα ερευνητική εργασία εντοπίζονται ορισμένοι περιορισμοί, οι οποίοι κρίνεται σκόπιμο να αναφερθούν. Αρχικά, η μελέτη δε χρησιμοποίησε πιλοτικά το ερωτηματολόγιο ατομικής συμπλήρωσης, λαμβάνοντας υπόψη και το γεγονός πως ένα από τα ψυχομετρικά εργαλεία που ενσωματώθηκαν, δεν έχει προσαρμοστεί στον ελληνικό πληθυσμό. Δεδομένου πως το δείγμα της έρευνας απαρτιζόταν αποκλειστικά από άτομα με Κώφωση, η πιλοτική αυτή εφαρμογή θα συνέβαλε στη διαπίστωση της αποτελεσματικότητας του ερωτηματολογίου και στην ανάδειξη του βαθμού ερμηνείας και κατανόησης των ερωτήσεων. Ειδικότερα, με τη χορήγηση του πιλοτικού ερωτηματολογίου θα μπορούσε να διασφαλιστεί ο βαθμός κατανόησης των χρησιμοποιούμενων όρων, η αποτελεσματικότητα της σειράς των ερωτήσεων, η διασφάλιση της παροχής των απαιτούμενων οδηγιών αλλά και η καταλληλότητα της έκτασής του. Τα προαναφερθέντα ζητήματα λήφθηκαν υπόψη κατά τη διάρκεια συγκρότησης του ερωτηματολογίου, ωστόσο η πιλοτική εφαρμογή του θα μπορούσε να συνεισφέρει τα μέγιστα στην ανάδειξη της αποτελεσματικότητας και εγκυρότητας του περιεχομένου του εργαλείου. Ένας ακόμη περιορισμός της έρευνας που σχετίζεται με το ερευνητικό εργαλείο αφορά το γεγονός πως για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, γεγονός που ενέχει το στοιχείο της υποκειμενικότητας των απαντήσεων. Ειδικότερα, είναι σχεδόν αδύνατον να εκτιμηθεί ο βαθμός στον οποίο οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα και δε λαμβάνουν ως γνώμονα κοινωνικά αρεστές επιταγές.

Επιπροσθέτως, ένας περιορισμός, ο οποίος απορρέει από τη συλλογή του δείγματος αφορά το γεγονός πως ορισμένα άτομα με Κώφωση εξέφρασαν την άρνησή τους να συμμετέχουν στην έρευνα. Το συγκεκριμένο γεγονός δημιουργεί αμφιβολίες για το εάν τα ατομικά τους χαρακτηριστικά διαφέρουν από αυτά των συμμετεχόντων και θέτει ερωτήματα για την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος.

Από τα παραπάνω, καθίσταται σαφές πως θα ήταν ωφέλιμο να διεξαχθούν έρευνες, οι οποίες θα επιχειρήσουν να υπερβούν όλους τους προαναφερόμενους περιορισμούς. Μελλοντικά, θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί παρόμοια έρευνα, η οποία θα συμπεριελάμβανε άτομα με απώλεια ακοής ευρύτερα και όχι αποκλειστικά άτομα με Κώφωση. Μ' αυτόν τον τρόπο θα δοθεί η δυνατότητα στους ερευνητές να αναδείξουν την επίδραση του βαθμού απώλειας ακοής στην ταυτότητα αλλά και στην ποιότητα ζωής των ατόμων με ακουστική αναπηρία. Παράλληλα, οι ερευνητές θα μπορούν να προβούν σε

σύγκριση των ατόμων με Κώφωση και Βαρηκοΐα, αναφορικά με τις μεταβλητές που προαναφέρθηκαν.

Μια επιπρόσθετη μελλοντική μελέτη θα μπορούσε να εστιάσει στη δημιουργία της ελληνικής μορφής του ερωτηματολογίου που διερευνά την Ανάπτυξη της Ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση. Ταυτοχρόνως, θα ήταν εξαιρετικά ωφέλιμη και η μετάφραση του ερωτηματολογίου στην ελληνική νοηματική γλώσσα, δεδομένου του γεγονότος πως ένας σημαντικός αριθμός των ατόμων με ακουστική αναπηρία επικοινωνεί αποκλειστικά μ' αυτή. Μέσα από την παραπάνω διαδικασία, το ερωτηματολόγιο θα μπορέσει να προσαρμοστεί στα ελληνικά πολιτισμικά δεδομένα και να ανταποκριθεί αποτελεσματικότερα στις ανάγκες των κωφών του ελληνικού πληθυσμού.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

### 8.1 Παιδαγωγικές συνιστώσες – Εκπαιδευτικές προτάσεις

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της παρούσας εργασίας αλλά και από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διαπιστώνεται πως οι εκπαιδευτικές εμπειρίες των ατόμων με Κώφωση επηρεάζουν την ταυτότητα που αναπτύσσουν (Bat-Chava, 2000 · Carter & Mireles, 2016 · Chapman, 2021 · Chapman & Dammeyer, 2016 · Chen, 2014 · Glickman, 1993 · Goldblat & Most, 2018 · Hadjidakou & Nikolarazi, 2007 · Hilton et al., 2013 · Hintermair, 2007 · Israelite et al., 2002 · Kent & Smith, 2006 · Leigh, 2009 · Marschark et al., 2017 · Maxwell-McCaw, 2001 · Moog et al., 2011 · Najarian, 2008 · Nelson Schmitt & Leigh, 2015 · Nikolarazi & Hadjidakou, 2006 · Punch et al., 2007). Επιπροσθέτως, διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο τόσο στη συνολική ποιότητα ζωής των ατόμων όσο και στους τομείς που ενσωματώνονται σ' αυτή (Bat-Chava, 1994 · Eldik, 2005 · Hintermain, 2010 · Huber et al., 2015 · Jaiyeola & Adeyemo, 2018 · Kushalnagar et al., 2011 · Meyer et al., 2013 · Oyewumi et al., 2013 · Qi et al., 2020 · Santos et al., 2019 · Schertz et al., 2016 · Schick et al., 2012 · Theunissen et al., 2014). Στις συγκεκριμένες εκπαιδευτικές εμπειρίες συγκαταλέγεται ο τύπος της σχολικής μονάδας φοίτησης, η γλώσσα πραγματοποίησης της διδασκαλίας αλλά και η κατάσταση ακοής των εκπαιδευτικών και συμμαθητών (Bat-Chava, 2000 · Hadjidakou & Nikolarazi, 2007 · Israelite et al., 2002 · Kobosko, 2010 · Leigh et al., 2008 · Most et al., 2007 · Schwartz et al., 2007).

Αναφορικά με τον τύπο φοίτησης του σχολείου, η έρευνα δεν έχει καταλήξει σε ομόφωνα αποτελέσματα για το εάν θεωρούνται αποτελεσματικότερα τα γενικά ή τα ειδικά σχολεία Κωφών. Ειδικότερα, αρκετές μελέτες έχουν αναδείξει τα οφέλη της ένταξης των ατόμων με απώλεια ακοής στα ειδικά σχολεία Κωφών, υπογραμμίζοντας πως μ' αυτόν τον τρόπο οι μαθητές έχουν τη δυνατότητα να αλληλεπιδρούν σε ένα περιβάλλον, στο οποίο η Κώφωση δεν εκλαμβάνεται ως ανεπάρκεια ή έλλειμμα αλλά κατανοείται ως διαφορετικότητα. Ταυτοχρόνως, οι έρευνες αναφέρουν πως τα άτομα που φοιτούν σε ειδικά σχολεία δεν έρχονται αντιμέτωποι με αρνητικές στάσεις, κριτικές και διακρίσεις από συνομήλικούς τους με φυσιολογική ακοή, στοιχείο που διαδραματίζει καταλυτικό ρόλο στη ζωή τους (Bat-Chava, 1994 · Jaiyeola & Adeyemo, 2018 · Oyewumi et al., 2013 · Qi et al., 2020). Από την άλλη πλευρά, εντοπίζονται μελέτες οι οποίες τονίζουν πως η ένταξη στα γενικά σχολεία και η αλληλεπίδραση με ακούοντες ευνοεί την ψυχική και ψυχολογική υγεία των ατόμων με απώλεια ακοής και κατ' επέκταση την ποιότητα της ζωής τους (Eldik, 2005 · Hintermain, 2010 · Huber et al., 2015 · Schertz et al., 2016 · Theunissen et al., 2014).

Εν συνεχεία, όπως προαναφέρθηκε, στις εκπαιδευτικές εμπειρίες των ατόμων με Κώφωση συγκαταλέγεται και η γλώσσα πραγματοποίησης της διδασκαλίας. Ειδικότερα, από τα συστήματα επικοινωνίας που μπορούν να χρησιμοποιηθούν κατά την εκπαίδευση των ατόμων με ακουστική αναπηρία, τόσο η παρούσα μελέτη όσο και η βιβλιογραφία αναδεικνύουν τη σημασία της δίγλωσσης-διπολιτισμικής προσέγγισης στην ποιότητα ζωής των ατόμων. Αναλυτικότερα, μελέτες υπογραμμίζουν πως τα άτομα που ολοκληρώνουν τις

σπουδές τους σε εκπαιδευτικά ιδρύματα όπου χρησιμοποιείται τόσο η νοηματική γλώσσα όσο και ο προφορικός λόγος παρουσιάζουν καλύτερη ψυχολογική ευημερία και ποιότητα ζωής, σε σύγκριση με τα άτομα που διδάσκονται αποκλειστικά με μία από τις προαναφερθείσες γλώσσες (Hintermain, 2010 · Santos, et al., 2019).

Από τα παραπάνω κρίνεται αναγκαία η διαμόρφωση ενός δίγλωσσου περιβάλλοντος κατά τη διδασκαλία των ατόμων με Κώφωση, στο οποίο θα χρησιμοποιείται τόσο η νοηματική όσο και η ομιλούμενη γλώσσα (Κουρμπέτης και συν., 2007). Ειδικότερα, η δίγλωσση-διπολιτισμική προσέγγιση, προτείνει την εκμάθηση της νοηματικής ως πρώτης και κύριας γλώσσας, καθώς αποτελεί τη μητρική γλώσσα της Κοινότητας των Κωφών. Ταυτοχρόνως, ορίζει τον προφορικό λόγο ως τη δεύτερη γλώσσα που πρέπει να κατακτηθεί από τους μαθητές, στο πλαίσιο του γλωσσικού εγγραμματισμού, της ολόπλευρης μόρφωσης τους και της ένταξής τους στην κοινωνία (Mayer & Akamatsu, 2000). Με βάση τα προαναφερόμενα, η δίγλωσση-διπολιτισμική προσέγγιση διασφαλίζει την πρόσβαση των μαθητών με απώλεια ακοής σε διάφορες πληροφορίες και παράλληλα τους επιτρέπει να αναπτυχθούν σε όποια από τις δύο γλώσσες ανταποκρίνεται αποτελεσματικότερα στις ανάγκες τους (Κουρμπέτης και συν., 2007). Γενικότερα, η δημιουργία ενός δίγλωσσου περιβάλλοντος μπορεί να συνεισφέρει θετικά στην ανάγνωση και αποτελεσματική παραγωγή του γραπτού λόγου (Wolbers et al., 2014 · Dostal & Wolbers, 2015). Ταυτοχρόνως, προωθεί την επαφή των μαθητών με τις δυο κοινότητες, τους δυο πολιτισμούς και την ιστορία τους (Λαμπροπούλου, 1999δ). Σκοπός δηλαδή, της δίγλωσσης εκπαίδευσης αποτελεί η απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων τόσο της νοηματικής γλώσσας όσο και του προφορικού λόγου, προκειμένου τα άτομα να μπορούν να κινούνται ευέλικτα μεταξύ δυο παράλληλων «κόσμων»: της Κοινότητας των Κωφών και της κοινωνίας των ακουόντων (Mayer & Akamatsu, 2000).

Εν κατακλείδι, σημαντικό στοιχείο για τη βελτίωση της ζωής των ατόμων με Κώφωση, αποτελεί η διαμόρφωση ενός σχολικού περιβάλλοντος, στο οποίο θα κυριαρχεί η δίγλωσση-διπολιτισμική προσέγγιση (Mayer & Akamatsu, 2000). Επιπροσθέτως, κρίνεται εξαιρετικά σημαντική η εξάλειψη των εμποδίων που αντιμετωπίζουν τα άτομα κατά την πρόσβασή τους στην ακαδημαϊκή ζωή, αλλά και κατά την ανάπτυξη της κοινωνικής τους αλληλεπίδρασης στο πλαίσιο του σχολείου. Οι παραπάνω δυσκολίες αποτελούν καταστάσεις, με τις οποίες έρχονται αντιμέτωποι οι περισσότεροι μαθητές με αναπηρία και αφορούν στοιχεία που δυσχεραίνουν την ολοκλήρωση των σπουδών τους (Kipriotaki & Makrodimitraki, 2008). Επομένως, κρίνεται αναγκαία η πραγματοποίηση αλλαγών σε επίπεδο κοινωνίας, η βελτίωση παροχής κατάλληλων υπηρεσιών αλλά και η μετάβαση από το καθαρά ιατρικό στο κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας, με γνώμονα τις ανεπάρκειες των κοινωνικών δομών και όχι τη δυσκολία των ατόμων με αναπηρία ή και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες (Μακροδημητράκη & Κυπριωτάκη, 2021).

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνόγλωσση

- Κάκτος, (1993). *Αριστοτέλης Άπαντα – Ηθικά Νικομάχεια Ι*, Μεταφραστική ομάδα Κάκτου. Εκδόσεις: Αθήνα.
- Knoors, H. & Marschark, M. (2015). *Διδασκαλία κωφών και βαρηκόων. Αναπτυξιακή και ψυχολογική προσέγγιση* (Επιμ. Β. Λαμπροπούλου, Α. Οκαλίδου & Κ. Χατζηκακού). Αθήνα: Πεδίο.
- Κουρμπέτης, Β., & Χατζοπούλου, Μ. (2010). *Μπορώ και με τα μάτια μου. Εκπαιδευτικές προσεγγίσεις και πρακτικές για κωφούς μαθητές*. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Κουρμπέτης, Β., Χατζοπούλου, Μ., Σαββαλίδου, Φ. & Ζωγράφου, Ε. (2007). *Προσεγγίζοντας την Κώφωση, Διαναπηρικός Οδηγός Εξειδίκευσης*, ΕΠΕΑΕΚ: Πρόσβαση για Όλους
- Λαμπροπούλου, Β. (1999α). *1ο Εκπαιδευτικό Πακέτο Επιμόρφωσης: Η Κοινωνία και οι Κωφοί. Κοινότητα και Κουλτούρα Κωφών, Επιμόρφωση εκπαιδευτικών και ειδικών επιστημόνων*. ΣΜΕΑΕ κωφών και βαρήκοων. ΕΠΕΑΕΚ – ΥΠΕΠΘ & Μονάδα Ειδικής Αγωγής Πανεπιστημίου Πατρών.
- Λαμπροπούλου, Β. (1999β). *2ο Εκπαιδευτικό Πακέτο Επιμόρφωσης: Διάγνωση Αποκατάσταση Βαρηκοΐας, Συμβουλευτική Γονέων και Έγκαιρη Παρέμβαση, Επιμόρφωση εκπαιδευτικών και ειδικών επιστημόνων*. ΣΜΕΑΕ κωφών και βαρηκόων. ΕΠΕΑΕΚ – ΥΠΕΠΘ & Μονάδα Ειδικής Αγωγής Πανεπιστημίου Πατρών.
- Λαμπροπούλου, Β. (επιστ. υπεύθ.). (1999δ). *4ο Εκπαιδευτικό Πακέτο Επιμόρφωσης: Γλωσσική Ανάπτυξη και Κωφό Παιδί, Επιμόρφωση εκπαιδευτικών και ειδικών επιστημόνων*. ΣΜΕΑΕ κωφών και βαρηκόων. ΕΠΕΑΕΚ – ΥΠΕΠΘ & Μονάδα Ειδικής Αγωγής Πανεπιστημίου Πατρών.
- Mooges, D. (2009). *Εκπαίδευση και Κώφωση: Ψυχολογική προσέγγιση, αρχές και πρακτικές*. (Επιμ. Α. Ζώνιου-Σιδέρη, & Ε. Ντέρου-Ντεροπούλου). Αθήνα: Ταξιδευτής.

- Μακροδημητράκη, Μ. & Κυπριωτάκη, Μ. (2021). Life experiences of a mother with a child with Down syndrome: a case study. *Ελληνική Ψυχολογική Εταιρεία*, 26(1), 264-277. doi: [https://doi.org/10.12681/psy\\_hps.26248](https://doi.org/10.12681/psy_hps.26248)
- Moores, D. F. (2011). *Εκπαίδευση και Κώφωση: Ψυχολογική προσέγγιση αρχές και πρακτικές*. (Α. Ζώνιου-Σιδέρη, Ε. Ντεροπούλου-Ντέρου, Επιμ., & Χ. Λυμπεροπούλου, Μεταφρ.) Αθήνα: Πεδίο.
- Οικονόμου, Μ., Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., & Χριστοδούλου, Γ. (2001). Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3), 239-253.
- Σούλης, Σ. Γ. (2013). *Εκπαίδευση και Αναπηρία. Συνδικαλιστική εκπαίδευση στελεχών αναπηρικού κινήματος*, 3. Αθήνα: Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία (Ε.Σ.Α.με.Α).
- Τζινιέρη-Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Β., Αντωνοπούλου, Β., κ.α. (2003). *Εγχειρίδιο Ποιότητας Ζωής με Άξονα το Ερωτηματολόγιο WHOQOL-100*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Τσιναρέλης Γ. Σ., (2004). *Γλώσσα και επικοινωνία, ακουστική μειονεξία και επικοινωνία*. Αθήνα
- Χρηστάκης, Κ. (2011). *Η εκπαίδευση των παιδιών με Δυσκολίες, Εισαγωγή στην Ειδική Παιδαγωγική* (Τομ. Β). Αθήνα: Διάδραση.

## **Ξενογλώσση**

- Ademokoya, J. A. (2008). Classroom Communication and Placement of the Deaf Child in an Inclusive Class. *Journal of Human Ecology*, 23(3), 203–209. <https://doi.org/10.1080/09709274.2008.11906072>
- Ahmad, W. I., Atkin, K., & Jones, L. (2002). Being deaf and being other things: young Asian people negotiating identities. *Social Science & Medicine*, 55(10), 1757–1769. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00308-2](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00308-2)
- Alborz, A. (2017). The Nature of Quality of Life: A Conceptual Model to Inform Assessment. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 14(1), 15–30. <https://doi.org/10.1111/jppi.12225>

- Ashori, M., & Jalil-Abkenar, S. S. (2020). Emotional intelligence: Quality of life and cognitive emotion regulation of deaf and hard-of-hearing adolescents. *Deafness & Education International*, 23(2), 84–102. <https://doi.org/10.1080/14643154.2020.1766754>
- Aulisa G.A., Guzzanti, V., Perisano, C., Marzetti, E., Specchia, A., Galli, M.,...Aulisa, L. (2010). Determination of quality of life in adolescents with idiopathic scoliosis subjected to conservative treatment. *Scoliosis*, 5(21).
- Baker, C., & Padden, C. (1978). *American Sign Language. A Look at its History, Structure and Community*. Silver Spring Md: National Association of the Deaf.
- Bantupalli, K., & Xie, Y. (2018). American Sign Language Recognition using Deep Learning and Computer Vision. *IEEE International Conference on Big Data (Big Data)*. <https://doi.org/10.1109/BigData.2018.8622141>
- Bat-Chava, Y., Martin, D., & Kosciw, J. G. (2005). Longitudinal improvements in communication and socialization of deaf children with cochlear implants and hearing aids: evidence from parental reports. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(12), 1287–1296. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01426.x>
- Bat-Chava, Y., & Deignan, E. (2001). Peer relationships of children with cochlear implants. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 6(3), 186–199. <https://doi.org/10.1093/deafed/6.3.186>
- Bat-Chava, Y. (2000). Diversity of deaf identity. *American Annals of the Deaf*, 145(5), 420–428. doi:10.1353/aad.2012.0176
- Bat-Chava, Y. (1994). Group identification and self-esteem of deaf adults. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20(5), 494–502. <https://doi.org/10.1177/0146167294205006>
- Baumeister, R. (1997). The self and society: Changes, problems, and opportunities. In R. D. Ashmore, & L. Jussim (Eds.), *Self and identity* (pp. 191–217). New York: Oxford University Press

- Berke, M. (2013). Reading Books With Young Deaf Children: Strategies for Mediating Between American Sign Language and English. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 18(3), 299–311. <https://doi.org/10.1093/deafed/ent001>
- Berzon, R. A., Simeon, G. P., Simpson, R. L., Donnelly, M. A., & Tilson, H. H. (1995). Quality of life bibliography and indexes. *Quality of Life Research*, 4(1), 53–74. <https://doi.org/10.1007/BF00434384>
- Birman, C. S., Powell, H. R. F., Gibson, W. P. R., & Elliott, E. J. (2016). Cochlear Implant Outcomes in Cochlea Nerve Aplasia and Hypoplasia. *Otology & Neurotology*, 37(5), 438–445. doi:10.1097/mao.0000000000000997
- Bishop, M., & Hicks, S. (2005). Orange eyes: Bimodal bilingualism in hearing adults from deaf families. *Sign Language Studies*, 5(2), 188–230. <https://doi.org/10.1353/sls.2005.0001>
- Black P. A., & Glickman N. S. (2006). Demographics, psychiatric diagnoses, and other characteristics of North American Deaf and hard-of-hearing inpatients. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 11(3), 303–321. <https://doi.org/10.1093/deafed/enj042>
- Borujeni S, Hatamizadeh N, Vameghi R, Kraskian A. (2015). Hearing Loss Related Quality of Life in Adolescents with Hearing Loss. *Iranian Rehabilitation Journal*, 13 (1), 43-38
- Brice, P., & Strauss, G. (2016). Deaf adolescents in a hearing world: a review of factors affecting psychosocial adaptation. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 7, 67-76. doi:10.2147/ahmt.s60261
- Brouwer, C. N. M., Maillé, A. R., Rovers, M. M., Grobbee, D. E., Sanders, E. A. M., & Schilder, A. G. M. (2005). Health-related quality of life in children with otitis media. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 69(8), 1031–1041. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2005.03.013>
- Budenz, C. L., Cosetti, M. K., Coelho, D. H., Birenbaum, B., Babb, J., Waltzman, S. B., & Roehm, P. C. (2011). The Effects of Cochlear Implantation on Speech Perception in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(3), 446–453. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03310.x>
- Burke, P. J., & Stets, J. E. (2009). *Identity theory*. New York, NY: Oxford University Press.

- Carter, M. J. (2015). Deaf Identity Centrality: Measurement, Influences, and Outcomes. *Identity*, 15(2), 146–172. <https://doi.org/10.1080/15283488.2015.1023442>
- Carter, M. J., & Mireles, D. C. (2016). Exploring the Relationship Between Deaf Identity Verification Processes and Self-Esteem. *Identity*, 16(2), 102–114. <https://doi.org/10.1080/15283488.2016.1159963>
- Chapman, M. (2021). Representation and resistance: A qualitative study of narratives of Deaf cultural identity. *Culture & Psychology* 2021, 0(0) 1–18. <https://doi.org/10.1177/1354067X21993794>
- Chapman, M., & Dammeyer, J. (2017). The relationship between cochlear implants and deaf identity. *American Annals of the Deaf*, 162(4), 319–332.
- Chapman, M., & Dammeyer, J. (2016). *The Significance of Deaf Identity for Psychological Well-Being*. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 22(2), 187–194. doi:10.1093/deafed/enw073
- Chaveiro, N., Duarte, S. B. R., Freitas, A. R., Barbosa, M. A., Porto, C. C., Fleck, M. P. A. (2014). Quality of life of deaf people who communicate in sign language: integrative review. *Interface* 18 (48), 101- 14. doi:[10.1590/1807-57622013.0510](https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0510)
- Chen, G. (2014). Influential Factors of Deaf Identity Development. *Electronic Journal for Inclusive Education*, 3 (2).
- Chen, D. S., Betz, J., Yaffe, K., Ayonayon, H. N., Kritchevsky, S., Martin, K. R., Harris, T. B., Purchase-Helzner, E., Satterfield, S., Xue, Q. L., Pratt, S., Simonsick, E. M., Lin, F. R. (2015). Health ABC study. Association of hearing impairment with declines in physical functioning and the risk of disability in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 70(5), 654-61. doi: [10.1093/gerona/glu207](https://doi.org/10.1093/gerona/glu207)
- Christiansen, J. B., & Leigh, I. W. (2005). *Cochlear implants in children: Ethics and choices*. Washington, DC: Gallaudet University Press.

- Cieśła, K., Lewandowska, M., & Skarżyński, H. (2015). Health-related quality of life and mental distress in patients with partial deafness: preliminary findings. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 273(3), 767–776. doi:[10.1007/s00405-015-3713-7](https://doi.org/10.1007/s00405-015-3713-7)
- Clark, G. (2009). The multi-channel cochlear implant: Past, present and future perspectives. *Cochlear Implants International*, 10(1), 2–13. <https://doi.org/10.1002/cii.378>
- Cole, S. H., & Edelman, R. J. (1991). Identity Patterns and Self- and Teacher-Perceptions of Problems for Deaf Adolescents: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32(7), 1159–1165. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1991.tb00355.x>
- Conama, J. B. (2004). Diverse Needs of the Deaf Community. *Forum, Journal of the Irish College of General Practitioners* 21 (10), 16–17.
- Connolly, C. M., Rose, J., & Austen, S. (2006). Identifying and Assessing Depression in Prelingually Deaf People: A Literature Review. *American Annals of the Deaf*, 151(1), 49–60. doi: 10.1353/aad.2006.0013
- Cornell, S. L., & Lyness, K. P. (2005). Therapeutic Implications for Adolescent Deaf Identity and Self-Concept. *Journal of Feminist Family Therapy*, 16(3), 31–49. [https://doi.org/10.1300/J086v16n03\\_02](https://doi.org/10.1300/J086v16n03_02)
- Crowe, T., V. (2020). Factors Associated with Help-Seeking and Self-Efficacy among a Sample of Deaf Adults. *Journal of Developmental and Physical Disabilities* 33, 51–63. <https://doi.org/10.1007/s10882-020-09739-9>
- Cuevas, S., Chen, R. K., Vang, C., & Saladin, S. P. (2019). Determinants of Self-Efficacy among Individuals who are Hard-of-Hearing. *Journal of Rehabilitation*, 85 (2), 37-46
- Das, D. (2007). Urban Quality of Life: A Case Study of Guwahati. *Social Indicators Research*, 88(2), 297–310. doi:10.1007/s11205-007-9191-6
- Davis, E., Waters, E., Mackinnon, A., Reddihough, D., Kerr Graham, H., Mehmet-Radji, O., & Boyd, R. (2006). Paediatric quality of life instruments: a review of the impact of the conceptual framework on outcomes. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 48(4), 311-318. <https://doi.org/10.1017/S0012162206000673>



- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, *125*(2), 276–302. doi:10.1037/0033-2909.125.2.276
- Domagała-Zyśk, E., & Podlewska, A. (2019). Strategies of oral communication of deaf and hard-of-hearing (D/HH) non-native English users. *European Journal of Special Needs Education*, *34*(2), 1–16. <https://doi.org/10.1080/08856257.2019.1581399>
- Dammeyer, J. (2009). Psychosocial Development in a Danish Population of Children With Cochlear Implants and Deaf and Hard-of-Hearing Children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, *15*(1), 50–58. <https://doi.org/10.1093/deafed/enp024>
- Dostal, H., Bowers, L., Wolbers, K., & Gabriel, R. (2015). “We are authors”: A qualitative analysis of deaf students writing during one year of Strategic and Interactive Writing (SIWI). *Review of Disability Studies International*, *11*(2), 1-19.
- Duarte, S. B. R., Chaveiro, N., de Freitas, A. R., Barbosa, M. A., Camey, S., Fleck, M. P., ... Rodríguez-Martín, D. (2020). Validation of the WHOQOL-Bref instrument in Brazilian sign language (Libras). *Quality of Life Research*, *30*, 303–313. doi:10.1007/s11136-020-02611-5
- Duarte, I., Santos, C. C., Rego, G., & Nunes, R. (2014). Health-related quality of life in children and adolescents with cochlear implants: self and proxy reports. *Acta Oto-Laryngologica*, *134*(9), 881–889. <https://doi.org/10.3109/00016489.2014.930968>
- Dunn, D. S., & Andrews, E. E. (2015). Person-first and identity-first language: Developing psychologists’ cultural competence using disability language. *American Psychologist*, *70*(3), 255–264. <https://doi.org/10.1037/a0038636>
- Dunn, J., Lynch, B., Rinaldis, M., Pakenham, K., McPherson, L., Owen, N., ... Aitken, J. (2005). Dimensions of quality of life and psychosocial variables most salient to colorectal cancer patients. *Psycho-Oncology*, *15*(1), 20–30. <https://doi.org/10.1002/pon.919>
- Eldik, T. V. (2005). Mental Health Problems of Dutch Youth With Hearing Loss as Shown on the Youth Self Report. *American Annals of the Deaf*, *150*(1), 11–16. doi:10.1353/aad.2005.0024

- Evans, M. K., & Deliyski, D. D. (2007). Acoustic Voice Analysis of Prelingually Deaf Adults Before and After Cochlear Implantation. *Journal of Voice*, 21(6), 669–682. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2006.07.005>
- Fayers, P., & Machin, D. (2007). *Quality of Life: The assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes*. (2 ed.) John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470024522.ch1>
- Felicite, M. (2021). Glimpse in the World of Deaf People: Deafness and Deaf Education. *IJSSHR - International Journal of Social Science and Humanities Research*, 4(1), 12-30. <http://www.gphjournal.org/index.php/ssh/article/view/359>
- Fellinger, J., Holzinger, D., Gerich, J., & Goldberg, D. (2007). Mental distress and quality of life in the hard of hearing. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(3), 243–245. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00976.x>
- Fellinger, J., Holzinger, D., & Pollard, R. (2012). Mental health of deaf people. *The Lancet*, 379(9820), 1037–1044. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61143-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61143-4)
- Fellinger, J., Holzinger, D., Sattel, H., & Laucht, M. (2008). Mental health and quality of life in deaf pupils. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(7), 414–423. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-0683-y>
- Fellinger, J., Holzinger, D., Schoberberger, R., Lenz, G. (2005). Psychosocial characteristics of deaf people: evaluation of data from a special outpatient clinic for the deaf. *Nervenarzt*, 76(1):43–51. [10.1007/s00115-004-1708-5](https://doi.org/10.1007/s00115-004-1708-5)
- Ferguson, M. A., Kitterick, P. T., Chong, L. Y., Edmondson-Jones, M., Barker, F., & Hoare, D. J. (2017). Hearing aids for mild to moderate hearing loss in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012023.pub2>
- Fischer, L. C. (2000). Cultural identity development and self -concept of adults who are deaf: A comparative analysis. Ανακτήθηκε από: <https://www.proquest.com/openview/bd1ee8691ed08c589734a0ddbe1d3c38/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>

- Fischer, L. C., & McWhirter, J. J. (2001). The Deaf Identity Development Scale: A revision and validation. *Journal of Counseling Psychology*, 48(3), 355–358. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.48.3.355>
- Fitzgerald, T. (1993). *Metaphors of identity*. Albany, N.Y.: State University of New York Press.
- Foster, S., & Kinuthia, W. (2003). Deaf persons of Asian American, Hispanic American, and African American backgrounds: A study of intraindividual diversity and identity. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 8(3), 271-290. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012023.pub2>
- Genther, D. J., Frick, K. D., Chen, D., Betz J., Lin, F. R. (2013). Association of hearing loss with hospitalization and burden of disease in older adults. *Journal of the American Medical Association* 309(22), 2322–2324. doi:[10.1001/jama.2013.5912](https://doi.org/10.1001/jama.2013.5912)
- Gerich, J., & Fellingner, J. (2011). Effects of Social Networks on the Quality of Life in an Elder and Middle-Aged Deaf Community Sample. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 17(1), 102–115. <https://doi.org/10.1093/deafed/enr022>
- Gill, T. M. (1994). A Critical Appraisal of the Quality of Quality-of-Life Measurements. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 272(8), 619. doi:[10.1001/jama.1994.03520080061045](https://doi.org/10.1001/jama.1994.03520080061045)
- Ginieri-Coccosis M, Triantafillou E, Tomaras V, Soldatos C, Mavreas V, Christodoulou G. (2012). Psychometric properties of WHOQOL-BREF in clinical and health Greek populations: incorporating new culture-relevant items. *Psychiatriki*, 23(2):130-42.
- Glickman, N. S. (1993). *Deaf identity development: Construction and validation of a theoretical model*. (Doctoral dissertation). University of Massachusetts, Massachusetts.
- Glickman, N. S., & Carey, J. C. (1993). Measuring deaf cultural identities: A preliminary investigation. *Rehabilitation Psychology*, 38(4), 275–283. <http://dx.doi.org/10.1037/h0080304>
- Goldblat, E., & Most, T. (2018). Cultural Identity of Young Deaf Adults with Cochlear Implants in Comparison to Deaf without Cochlear Implants and Hard-of-Hearing Young Adults. *The*

*Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 23(3), 228–239.  
<https://doi.org/10.1093/deafed/eny007>

Gopinath, B., Hickson, L., Schneider, J., McMahon, C. M., Burlutsky, G., Leeder, S.R., & Mitchell, P. (2012). Hearing-impaired adults are at increased risk of experiencing emotional distress and social engagement restrictions five years later. *Age and Ageing* 41(5), 618–623. DOI: [10.1093/ageing/afs058](https://doi.org/10.1093/ageing/afs058)

Graaf, R. & Bijl, R. V. (2002). Determinants of Mental Distress in Adults with a Severe Auditory Impairment: Differences Between Prelingual and Postlingual Deafness. *Psychosomatic Medicine*, 64(1), 61-70

Grotevant, H. D. (1992). Assigned and chosen identity components: A process perspective on their integration. In R. G. Adams, T. P. Gullota, & R. Montemayor (Eds.), *Adolescent identity formation* (pp. 73–90). Newbury Park, CA: Sage.

Ha'am, B., A. (2017). Deafness as Disability: Countering Aspects of the Medical View. *Public Reason* 9 (1-2): 79-98

Hadjikakou, K., & Nikolarazi, M. (2007). The Impact of Personal Educational Experiences and Communication Practices on the Construction of Deaf Identity in Cyprus. *American Annals of the Deaf*, 152(4), 398-414. doi: 10.1353/aad.2008.0002.

Hall, M. L., Hall, W. C., & Caselli, N. K. (2019). Deaf children need language, not (just) speech. *First Language*, 39 (4), 367-395. doi: <https://doi.org/10.1177/0142723719834102>

Hallberg, L. R.-M., Hallberg, U., & Kramer, S. E. (2008). Self-reported hearing difficulties, communication strategies and psychological general well-being (quality of life) in patients with acquired hearing impairment. *Disability and Rehabilitation*, 30(3), 203–212. <https://doi.org/10.1080/09638280701228073>

Harper, A., Power, M., & WHOQOL Group, X. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551–558. <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>

Haukedal, C. L., Lyxell, B., & Wie, O. B. (2019). Health-Related Quality of Life With Cochlear Implants. *Ear and Hearing*, 41(2), 330-343. doi:10.1097/aud.0000000000000761

- Haukedal, C. L., Torkildsen, J. V. K., Lyxell, B., & Wie, O. B. (2018). Parents' Perception of Health-Related Quality of Life in Children With Cochlear Implants: The Impact of Language Skills and Hearing. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, *61*(8), 2084-2098. [https://doi.org/10.1044/2018\\_JSLHR-H-17-0278](https://doi.org/10.1044/2018_JSLHR-H-17-0278)
- Hawthorne, G., Hogan, A., Giles, E., Stewart, M., Kethel, L., White, K., ... Taylor, A. (2004). Evaluating the health-related quality of life effects of cochlear implants: a prospective study of an adult cochlear implant program. *International Journal of Audiology*, *43*(4), 183-192. <https://doi.org/10.1080/14992020400050026>
- Hilton, K., Jones, F., Harmon, S., & Cropper, J. (2013). Adolescents' Experiences of Receiving and Living With Sequential Cochlear Implants: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, *18*(4), 513-531. <https://doi.org/10.1093/deafed/ent025>
- Hintermair, M. (2007). Self-esteem and Satisfaction With Life of Deaf and Hard-of-Hearing People-- A Resource-Oriented Approach to Identity Work. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, *13*(2), 278-300. <https://doi.org/10.1093/deafed/enm054>
- Hintermair, M. (2010). Health-Related Quality of Life and Classroom Participation of Deaf and Hard-of-Hearing Students in General Schools. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, *16*(2), 254-271. <https://doi.org/10.1093/deafed/enq045>
- Hintermair M. (2010). Quality of life of mainstreamed hearing impaired children--results of a study with the Inventory of Life Quality of Children and Youth (ILC). *Zeitschrift fur Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, *38*(3), 189-199. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000032>
- Hofmann, M., Meloche, M., & Zwolan, T. A. (2020). Health related quality of life in adolescent cochlear implant users. *Cochlear Implants International*, *21*(4), 198-205. <https://doi.org/10.1080/14670100.2020.1724676>
- Hogg, M. A., Terry, D. J., & White, K. M. (1995). A Tale of Two Theories: A Critical Comparison of Identity Theory with Social Identity Theory. *Social Psychology Quarterly*, *58*(4), 255. <https://doi.org/10.2307/2787127>

- Holcomb, T., 2013, *Introduction to American deaf culture*. Oxford University Press, New York
- Hole, R. (2007). Narratives of identity: A poststructural analysis of three Deaf women's life stories. *Narrative Inquiry*, 17(2), 259–278. <https://doi.org/10.1075/ni.17.2.06hol>
- Huber, M. (2005). Health-related quality of life of Austrian children and adolescents with cochlear implants. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 69(8), 1089–1101. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2005.02.018>
- Huber, M., & Kipman, U. (2011). The mental health of deaf adolescents with cochlear implants compared to their hearing peers. *International Journal of Audiology*, 50(3), 146–154. <https://doi.org/10.3109/14992027.2010.533704>
- Huber, M., Pletzer, B., Giourgas, A., Nickisch, A., Kunze, S., & Illg, A. (2015). Schooling Relates to Mental Health Problems in Adolescents with Cochlear Implants—Mediation by Hearing and Family Variables. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01889>
- IDEA (2021). Supporting Success for children with Hearing Loss. Ανακτήθηκε από: <https://successforkidswithhearingloss.com/for-parents/idea-law-summary-information/>
- Israelite, N., Ower, J., & Goldstein, G. (2002). Hard-of-hearing adolescents and identity constructions: Influences of school experiences, peers, and teachers. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 7(2), 134–148. <https://doi.org/10.1093/deafed/7.2.134>
- Jaiyeola, M. T., & Adeyemo, A. A. (2018). Quality of life of deaf and hard of hearing students in Ibadan metropolis, Nigeria. *PLOS ONE*, 13(1), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190130>
- Jambor, E. & Elliott, M. (2005). Self-esteem and Coping Strategies among Deaf Students. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 10(1), 63–81. <https://doi.org/10.1093/deafed/eni004>
- Jiang, F., Kubwimana, C., Eaton, J., Kuper, H., & Bright, T. (2020). The relationship between mental health conditions and hearing loss in low- and middle-income countries. *Tropical Medicine & International Health*, 0 (0). doi:10.1111/tmi.13393

- Johnson, S. J. (2011). Deaf identity among alumni of Option schools in the U.S. Independent Studies and Capstones. Program in Audiology and Communication Sciences, Washington University School of Medicine. [https://digitalcommons.wustl.edu/pacs\\_capstones/624](https://digitalcommons.wustl.edu/pacs_capstones/624)
- Keilmann, A., Limberger, A., & Mann, W. J. (2007). Psychological and physical well-being in hearing-impaired children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, *71*(11), 1747–1752. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2007.07.013>
- Kent, B., & Smith, S. (2006). They only see it when the sun shines in my ears: Exploring perceptions of adolescent hearing aid users. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, *11*(4), 461–467. <https://doi.org/10.1093/deafed/enj044>
- Kim, E. J., Byrne, B., & Parish, S. L. (2018). Deaf people and economic well-being: findings from the Life Opportunities Survey. *Disability & Society*, *33*(3), 374–391. <https://doi.org/10.1080/09687599.2017.1420631>
- Kirman, A., & Yildirim Sari, H. (2013). Health status of hearing-impaired children and adolescents. *International Journal of Nursing Practice*, *19*(3), 233–240. <https://doi.org/10.1111/ijn.12071>
- Klop, W. M. C., Briare, J. J., Stiggelbout, A. M., & Frijns, J. H. M. (2007). Cochlear Implant Outcomes and Quality of Life in Adults with Prelingual Deafness. *The Laryngoscope*, *117*(11), 1982–1987. <https://doi.org/10.1097/MLG.0b013e31812f56a6>
- Knoors, H., & Marschark, M. (2012). Language Planning for the 21st Century: Revisiting Bilingual Language Policy for Deaf Children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, *17*(3), 291–305. <https://doi.org/10.1093/deafed/ens018>
- Kobosko, J. (2010). How Do Deaf Adolescents Experience Themselves? Deaf Identity and Oral or Sign Language Communication. *Cochlear Implants International*, *11*(1), 319–322. <https://doi.org/10.1179/146701010X12671177989552>
- Koffler, T., Ushakov, K., & Avraham, K. B. (2015). Genetics of Hearing Loss. *Otolaryngologic Clinics of North America*, *48*(6), 1041–1061. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2015.07.007>
- Kossewska, J. (2008). Personal identity in deaf adolescents. *Journal of Special Education and Rehabilitation*, *1*(2), 67-75

- Kroger, J. (1996). Identity, regression and development. *Journal of Adolescence*, 19(3), 203–222. <https://doi.org/10.1006/jado.1996.0020>
- Kumar, R., Warner-Czyz, A., Silver, C. H., Loy, B., & Tobey, E. (2015). American Parent Perspectives on Quality of Life in Pediatric Cochlear Implant Recipients. *Ear and Hearing*, 36(2), 269–278. doi:10.1097/aud.000000000000108
- Kushalnagar, P., Krull, K., Hannay, J., Mehta, P., Caudle, S., & Oghalai, J. (2007). Intelligence, Parental Depression, and Behavior Adaptability in Deaf Children Being Considered for Cochlear Implantation. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 12(3), 335–349. <https://doi.org/10.1093/deafed/enm006>
- Kushalnagar, P., McKee, M., Smith, S. R., Hopper, M., Kavin, D., & Atcherson, S. R. (2014). Conceptual model for quality of life among adults with congenital or early deafness. *Disability and Health Journal*, 7(3), 350–355. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2014.04.001>
- Kushalnagar, P., Topolski, T., Schick, B., Edwards, T., Skalicky, A., & Patrick, D. (2011). Mode of communication, perceived level of understanding and perceived quality of life in youth who are deaf or hard-of-hearing. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 16(4), 512–523. <https://doi.org/10.1093/deafed/enr015>
- Kypriotaki, M., & Markodimitraki, M. (2008). The inclusion of students with special needs at the University of Crete. In T. Giovazolias, E. Karademas, & A. Kalantzi-Azizi (Eds.), *Crossing Internal and External Borders. Practices for an Effective Psychological Counselling in the European Higher Education* (p. 181-202). Athens: Ellinika Grammata.
- Ladd, P. (2003). *Understanding Deaf Culture: In Search of Deafhood*. Clevedon: Multilingual Matters.
- Ladd, P. (2005). Deafhood: A concept stressing possibilities, not deficits. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(66), 12–17. <https://doi.org/10.1080/14034950510033318>
- Lambez, T., Nagar, M., Shoshani, A., & Nakash, O. (2020). The Association Between Deaf Identity and Emotional Distress Among Adolescents. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 25(3), 251-260. <https://doi.org/10.1093/deafed/enz051>



- Lasak, J. M., Allen, P., McVay, T., & Lewis, D. (2014). Hearing Loss. Primary Care: *Clinics in Office Practice*, 41(1), 19–31. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2013.10.003>
- Laugen, N. J., Jacobsen, K. H., Rieffe, C., & Wichstrøm, L. (2016). Predictors of Psychosocial Outcomes in Hard-of-Hearing Preschool Children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 21(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/deafed/enw005>
- Lederberg, A. R., Branum-Martin, L., Webb, M., Schick, B., Antia, S., Easterbrooks, S. R., & Connor, C. M. (2019). Modality and interrelations among language, reading, spoken phonological awareness, and fingerspelling. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 24(4), 408–423. <https://doi.org/10.1093/deafed/enz011>
- Lee, J. W., & Bance, M. L. (2018). Hearing loss. *Practical Neurology*, practneurol 19, 28-35. <http://dx.doi.org/10.1136/practneurol-2018-001926>
- Leigh, I. W. (2009). *Perspectives on deafness. A lens on deaf identities*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195320664.001.0001>
- Leigh, I. W., Andrews, J. F., & Harris, R. (2018). *Deaf culture: Exploring Deaf communities in the United States*. San Diego, CA: Plural Publishing.
- Leigh, I. W., Andrews, J. F., Harris, R. L., Topher A. G., (2020). *Deaf Culture: Exploring Deaf Communities in the United States*, second ed. Plural Publishing, Inc., San Diego, California.
- Leigh, G., Ching, T. Y. C., Crowe, K., Cupples, L., Marnane, V., & Seeto, M. (2015). Factors Affecting Psychosocial and Motor Development in 3-Year-Old Children Who Are Deaf or Hard of Hearing. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 20(4), 331–342. <https://doi.org/10.1093/deafed/env028>
- Leigh, I. W., Marcus, A. L., Dobosh, P. K., & Allen, T. E. (1998). Deaf/Hearing Cultural Identity Paradigms: Modification of the Deaf Identity Development Scale. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 3(4), 329–338. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.deafed.a014360>
- Leigh, I. W., Maxwell-McCaw, D., Bat-Chava, Y., & Christiansen, J. B. (2008). Correlates of Psychosocial Adjustment in Deaf Adolescents With and Without Cochlear Implants: A Preliminary Investigation. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 14(2), 244–259. <https://doi.org/10.1093/deafed/enn038>

- Loy, B., Warner-Czyz, A. D., Tong, L., Tobey, E. A., & Roland, P. S. (2010). The children speak: An examination of the quality of life of pediatric cochlear implant users. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 142(2), 247–253. <https://doi.org/10.1016/j.otohns.2009.10.045>
- Mance, J., & Edwards, L. (2012). Deafness-related self-perceptions and psychological well-being in deaf adolescents with cochlear implants. *Cochlear Implants International*, 13(2), 93–104. <https://doi.org/10.1179/1754762811Y.0000000017>
- Marans, R. W. (2012). Quality of Urban Life Studies: An Overview and Implications for Environment-Behaviour Research. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 35, 9–22. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.02.058>
- Marschark, M., Zettler, I., & Dammeyer, J. (2017). Social Dominance Orientation, Language Orientation, and Deaf Identity. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 22(3), 269–277. <https://doi.org/10.1093/deafed/enx018>
- Mathers, C, Smith, A, Concha, M. (2000). *Global Burden of Hearing Loss in the Year*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2000.
- Matza, L. S., Swensen, A. R., Flood, E. M., Secnik, K., & Leidy, N. K. (2004). Assessment of Health-Related Quality of Life in Children: A Review of Conceptual, Methodological, and Regulatory Issues. *Value in Health*, 7(1), 79–92. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2004.71273.x>
- Mauldin, L., & Fannon, T. (2020). They Told Me My Name: Developing a Deaf Identity. *Symbolic Interaction*, 44(2), 339-366. <https://doi.org/10.1002/symb.482>
- Maxwell-McCaw, D., & Zea, M. C. (2011). The Deaf Acculturation Scale (DAS): Development and Validation of a 58-Item Measure. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 16(3), 325–342. <https://doi.org/10.1093/deafed/enq061>
- Maxwell-McCaw, D. L. (2001). *Acculturation and psychological well-being in deaf and hard of hearing people* (Doctoral dissertation), George Washington University. *Dissertation Abstracts International*, 61(11-B), 6141

- Mayer, C. (2017). Written forms of signed languages: a route to literacy for Deaf learners? *American Annals of the Deaf*, 161 (5), 552-559. <https://doi.org/10.1353/aad.2017.0005>
- Mayer, C. & Akamatsu, C. T. (2000). Deaf children creating written texts: Contributions of American Sign Language and signed forms of English. *American Annals of the Deaf*, 145(5), 394-403. doi: [10.1353/aad.2012.0135](https://doi.org/10.1353/aad.2012.0135)
- Mayer, C., & Leigh, G. (2010). The changing context for sign bilingual education programs: issues in language and the development of literacy. *International Journal of Bilingual Education and Bilingualism*, 13(2), 175–186. <https://doi.org/10.1080/13670050903474085>
- McAbee, E. R., Drasgow, E., & Lowrey, K. A. (2017). How do deaf adults define quality of life? *American Annals of the Deaf*, 162(4), 333–349. <https://doi.org/10.1353/aad.2017.0031>
- McIlroy, G., W. (2008). A narrative Exploration of Educational Experiences on Deaf Identity (Doctoral dissertation), University of the Witwatersrand, Johannesburg, South Africa.
- McIlroy, G., & Storbeck, C. (2011). Development of Deaf Identity: An Ethnographic Study. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 16(4), 494–511. <https://doi.org/10.1093/deafed/enr017>
- Meserole, R. L., Carson, C. M., Riley, A. W., Wang, N.-Y., Quittner, A. L., Eisenberg, L. S., ... Niparko, J. K. (2013). Assessment of health-related quality of life 6 years after childhood cochlear implantation. *Quality of Life Research*, 23(2), 719–731. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0509-3>
- Meyer J., Kashubeck-West S. (2011) *Psychological Well-Being in Emerging Adults Who Are Deaf*. In: Zand D., Pierce K. (eds) *Resilience in Deaf Children*. Springer, New York, NY. 359-374. [https://doi.org/10.1007/978-1-4419-7796-0\\_14](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-7796-0_14)
- Meyer, A., Sie, K., Skalicky, A., Edwards, T. C., Schick, B., Niparko, J., & Patrick, D. L. (2013). Quality of life in youth with severe to profound sensorineural hearing loss. *JAMA Otolaryngology Head & Neck Surgery*, 139(3), 294–300. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2013.35>
- Michalos A.C. (2014). Quality of Life, Satisfaction with. In: Michalos A.C. (eds) *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. Springer, Dordrecht. [https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5\\_2379](https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_2379)

- Misajon, R., Pallant, J. F., Manderson, L., & Chirawatkul, S. (2008). Measuring the impact of health problems among adults with limited mobility in Thailand: further validation of the Perceived Impact of Problem Profile. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6(6). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-6-6>
- Mitchell, T. V., & Quittner, A. L. (1996). Multimethod study of attention and behavior problems in hearing-impaired children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25(1), 83–96. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2501\\_10](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2501_10)
- Mo, B.; Lindbæk, M.; Harris, S. (2005). Cochlear Implants and Quality of Life: A Prospective Study. *Ear and Hearing*, 26(2), 186-194
- Möbus, L. (2010). Making web content accessible for the deaf via sign language. *Library Hi Tech*, 28 (4), 569-576. <https://doi.org/10.1108/07378831011096231>
- Moog, J. S., & Geers, A. E. (2003). Epilogue: Major Findings, Conclusions, and Implications for Deaf Education. *Ear and Hearing*, 24(1), 121S–125S. doi:10.1097/01.aud.0000052759.62354.9f
- Moog, J. S., Geers, A. E., Gustus, Ch., & Brenner, Ch. (2011). Psychosocial adjustment in adolescents who have used cochlear implants since preschool. *Ear and Hearing*, 32(1), 755–835. [10.1097/AUD.0b013e3182014c76](https://doi.org/10.1097/AUD.0b013e3182014c76)
- Moons, P., Budts, W., & De Geest, S. (2006). Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 43(7), 891–901. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.03.015>
- Moradi, B., & Rottenstein, A. (2007). Objectification theory and deaf cultural identity attitudes: Roles in deaf women's eating disorder symptomatology. *Journal of Counseling Psychology*, 54(2),178-188
- Moroe, N. (2019).“Physiologically, I am hearing, but psychologically, I am Deaf.” Identity: Lived experiences of hearing children born in families with Deafness in South Africa. *Journal of Psychology in Africa*, 29(5), 499–504. <https://doi.org/10.1080/14330237.2019.1665888>

- Most, T., Wiesel, A., & Blitzer, T. (2007). Identity and Attitudes towards Cochlear Implant Among Deaf and Hard of Hearing Adolescents. *Deafness & Education International*, 9(2), 68–82. <https://doi.org/10.1179/146431507790560002>
- Mueller, G. H. (2005). Fitting Hearing Aids to Adults Using Prescriptive Methods: An Evidence-Based Review of Effectiveness. *Journal of the American Academy of Audiology*, 16(7), 448–460. doi:10.3766/jaaa.16.7.5
- Mulderrig, K. & Rogers, S. (2019). Deaf Cultural Identification, Cochlear Implants, and Life Satisfaction. *Canadian Acoustics - Acoustique Canadienne* 47(3), 20-1.
- Najarian, C. G. (2008). Deaf women: educational experiences and self-identity. *Disability & Society*, 23(2), 117–128. <https://doi.org/10.1080/09687590701841141>
- Nathan, P., Marschark, M., & Spencer, P. E. (2011). *The Oxford Handbook of Deaf Studies, Language, and Education*, 1. Second Edition. doi:10.1093/oxfordhb/9780199750986.001.0001
- Necula, V., Cosgarea, M., & Necula, S.-E. (2013). Health-related quality of life in cochlear implanted patients in Romania. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 77(2), 216–222. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2012.10.026>
- Nelson Schmitt, S. S., & Leigh, I. W. (2015). Examining a Sample of Black Deaf Individuals on the Deaf Acculturation Scale. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 20(3), 283–295. <https://doi.org/10.1093/deafed/env017>
- Nieman, C. L., & Oh, E. S. (2020). Hearing Loss. *Annals of Internal Medicine*, 173(11), 81–96. <https://doi.org/10.7326/AITC202012010>
- Niemensivu, R., Roine, R. P., Sintonen, H., & Kentala, E. (2018). Health-related quality of life in hearing-impaired adolescents and children. *Acta Oto-Laryngologica*, 138(7), 652–658. <https://doi.org/10.1080/00016489.2018.1438661>
- Nikolarazi, M. (2007). Analysing the concept of deaf identity, *Hellenic Journal of Psychology*, 4, 185-204.

- Nikolarazi, M., & Hadjikakou, K. (2006). The role of educational experiences in the development of deaf identity. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 11(4), 477–492. <https://doi.org/10.1093/deafed/enl003>
- Ohna, S. E. (2004). Deaf in my own way: Identity, learning and narratives. *Deafness & Education International*, 6(1), 20–38. <https://doi.org/10.1179/146431504790560609>
- Øhre, B., Tezchner, S. V., Falkum, E. (2011). Deaf adults and mental health: a review of recent research on the prevalence and distribution of psychiatric symptoms and disorders in the prelingually deaf adult population. *International Journal Mental Health Deafness* 1(1):3–22. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3416.2326>
- Oliva, G. A., Lytle, L. R., Hopper, M., & Ostrove, J. M. (2016). From social periphery to social centrality: Building social capital for deaf and hard-of-hearing students in the 21st century. In M. Marschark, V. Lampropoulou, & E. K. Skordilis (Eds.), *Perspectives on deafness. Diversity in deaf education* (p. 325–354). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780190493073.003.0012>
- Oliver, J. (2013). New expectations: Pediatric cochlear implantation in Japan. *Cochlear Implants International*, 14(1), 13–S17. <https://doi.org/10.1179/1467010013Z.00000000079>
- Ou, H., Su, C. T., Luh, W. M., & Lin, C. Y. (2016). Knowing is Half the Battle: the Association Between Leisure-Time Physical Activity and Quality of Life Among Four Groups with Different Self-Perceived Health Status in Taiwan. *Applied Research in Quality of Life*, 12(4), 799–812. <https://doi.org/10.1007/s11482-016-9488-1>
- Oyewumi, A., Akangbe, T., & Adigun, O. (2013). Personality factors as correlates of perceived quality of life among adolescents with hearing impairment in selected secondary schools in Lagos state, Nigeria. *Journal of Education and Practice*, 4(9), 162–168.
- Padden, C. A. & Humphries, T. L., (2005). *Inside Deaf Culture*. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.
- Peng, S.-C., Spencer, L. J., & Tomblin, J. B. (2004). Speech Intelligibility of Pediatric Cochlear Implant Recipients With 7 Years of Device Experience. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 47(6), 12-27. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2004/092\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2004/092))

- Pérez-Mora, R., Lassaletta, L., Castro, A., Herrán, B., San-Román-Montero, J., Valiente, E., & Gavilán J. (2012). Quality of life in hearing-impaired children with bilateral hearing devices. *B-ENT*, 8(4):251-255.
- Petrou, S., McCann, D., Law, C. M., Watkin, P. M., Worsfold, S., & Kennedy, C. R. (2007). Health Status and Health-Related Quality of Life Preference-Based Outcomes of Children Who Are Aged 7 to 9 Years and Have Bilateral Permanent Childhood Hearing Impairment. *PEDIATRICS*, 120(5), 1044–1052. doi:10.1542/peds.2007-0159
- Pfau, R., Steinbach, M., & Woll, B. (Eds.). (2012). *Handbook of sign language linguistics*. Berlin, Germany: Mouton.
- Picou, E. M., Ricketts, T. A., & Hornsby, B. W. Y. (2013). How Hearing Aids, Background Noise, and Visual Cues Influence Objective Listening Effort. *Ear and Hearing*, 34(5), 52–64. doi:[10.1097/AUD.0b013e31827f0431](https://doi.org/10.1097/AUD.0b013e31827f0431)
- Pudans-Smith, K., Cue, K., Wolsey, J. and Clark, M. (2019). To Deaf or not to deaf: That is the Question. *Psychology*, 10(15), 2091-2114. doi:[10.4236/psych.2019.1015135](https://doi.org/10.4236/psych.2019.1015135).
- Punch, R., Hyde, M., & Power, D. (2007). Career and Workplace Experiences of Australian University Graduates Who Are Deaf or Hard of Hearing. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 12(4), 504–517. <https://doi.org/10.1093/deafed/enm011>
- Qi, L., Zhang, H., Nie, R., Xiao, A., Wang, J., & Du, Y. (2020). Quality of Life of Hearing-Impaired Middle School Students: a Cross-Sectional Study in Hubei Province, China. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 32, 821-837. <https://doi.org/10.1007/s10882-019-09722-z>
- Reagan, T. (2002). Toward an ‘archeology of deafness’: Etic and emic constructions of identity in conflict. *Journal of Language, Identity & Education*, 1(1), 41–66. [https://doi.org/10.1207/S15327701JLIE0101\\_4](https://doi.org/10.1207/S15327701JLIE0101_4)
- Reagan, T., Matlins, P., E., & Pielick, C., D. (2021) Deaf Epistemology, Sign Language and the Education of d/Deaf Children. *Educational Studies*, 57(1), 37-57. <https://doi.org/10.1080/00131946.2021.1878178>

- Renaud, J., & Bédard, E. (2013). Depression in the elderly with visual impairment and its association with quality of life. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 931-943. doi:[10.2147/CIA.S27717](https://doi.org/10.2147/CIA.S27717)
- Rich, S., Levinger, M., Werner, S., & Adelman, C. (2013). Being an adolescent with a cochlear implant in the world of hearing people: Coping in school, in society and with self identity. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 77(8), 1337–1344. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2013.05.029>
- Ringdahl, A., & Grimby, A. (2000). Severe-profound hearing impairment and health-related quality of life among post-lingual deafened Swedish adults. *Scandinavian Audiology*, 29(4), 266–275. <https://doi.org/10.1080/010503900750022907>
- Rogers, K. D., Dodds, C., Campbell, M., & Young, A. (2018). The validation of the Short Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (SWEMWBS) with Deaf British Sign Language users in the UK. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(145). <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0976-x>
- Roland, L., Fischer, C., Tran, K., Rachakonda, T., Kallogjeri, D., & Lieu, J. E. C. (2016). Quality of Life in Children with Hearing Impairment. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 155(2), 208–219. <https://doi.org/10.1177/0194599816640485>
- Sach, T. H., & Barton, G. R. (2007). Interpreting parental proxy reports of (health-related) quality of life for children with unilateral cochlear implants. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 71(3), 435–445. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2006.11.011>
- Sahli, S., Arslan, U., & Belgin, E. (2009). Depressive emotioning in adolescents with cochlear implant and normal hearing. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 73(12), 1774–1779. doi:[10.1016/j.ijporl.2009.09.027](https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2009.09.027)
- Sandler, W., & Lillo-Martin, D. (2001). *Natural Sign Languages*. In Handbook of Linguistics. M. Aronoff & J. Rees-Miller (Eds.) 2001, 533-562.
- Sandler, W., Lillo-Martin, D. (2012). *Sign Language and Linguistic Universals*. Cambridge University Press, Cambridge, UK.
- Santos, I. B., Lacerda, A., Gagné, J. P., Giselle Massi, G., Berberian, A. P., Guarinello, A. C. (2019). QUALITY OF LIFE IN DEAF SIGN LANGUAGE USERS IN SOUTHERN BRAZIL



PSYCHOLOGICAL DOMAIN. *European Journal of Special Education Research*, 5(1).  
<http://dx.doi.org/10.46827/ejse.v0i0.2668>

SarAbadani-Tafreshi, L. (2006). The relationship between academic achievement, Self-Esteem and Gender with Anxiety of Computer among Postgraduate of Students in University of Tabeiyat Moallem Tehran. University of Tabeiyat Moalem, Theran, Iran.

Sari, H. (2005). An Analysis of the Relationship Between Identity Patterns of Turkish Deaf Adolescents and the Communication Modes Used in Special Residential Schools for the Hearing Impaired and Deaf. *Deafness & Education International*, 7(4), 206–222.  
<https://doi.org/10.1179/146431505790560329>

Schalock, R. L. (2004). The concept of quality of life: what we know and do not know. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(3), 203–216. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2003.00558.x>

Schalock, R. L., Verdugo, M. A., Gomez, L. E., & Reinders, H. S. (2016). Moving Us Toward a Theory of Individual Quality of Life. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 121(1), 1–12. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-121.1.1>

Schertz, M., Karni-Visel, Y., Tamir, A., Genizi, J., & Roth, D. (2016). Family quality of life among families with a child who has a severe neurodevelopmental disability: Impact of family and child socio-demographic factors. *Research in Developmental Disabilities*, 53-54, 95–106.  
<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.11.028>

Schick, B., Skalicky, A., Edwards, T., Kushalnagar, P., Topolski, T., & Patrick, D. (2012). School Placement and Perceived Quality of Life in Youth Who Are Deaf or Hard of Hearing. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 18(1), 47–61.  
<https://doi.org/10.1093/deafed/ens039>

Schwartz, S. J., Montgomery, M. J., & Briones, E. (2006). The role of identity in acculturation among immigrant people: Theoretical propositions, empirical questions, and applied recommendation. *Human Development*, 49(1), 1–30. <https://doi.org/10.1159/000090300>

Schwartz, S. J., Unger, J. B., Zamboanga, B. L., & Szapocznik, J. (2010). Rethinking the concept of acculturation—Implications for theory and research. *American Psychologist*, 65(4), 237–251.  
<https://doi.org/10.1037/a0019330>

- Schwartz, S. J., Zamboanga, B. L., & Hernandez-Jarvis, L. (2007). Ethnic identity and acculturation in Hispanic early adolescents: Mediated relationships to academic grades, prosocial behaviors, and externalizing symptoms. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 13*(4), 364–373. <https://doi.org/10.1037/1099-9809.13.4.364>
- Senghas, R. J., & Monaghan, L. (2002). Signs of their Times: Deaf Communities and the Culture of Language. *Annual Review of Anthropology, 31*(1), 69–97. <https://doi.org/10.1146/annurev.anthro.31.020402.101302>
- Shearer, A. E., Hildebrand, M.S., Smith, R.J.H. (2017). Hereditary Hearing Loss and Deafness. In: Adam MP, Ardinger HH, Pagon RA, et al., editors. University of Washington, Seattle.
- Sheffield, A. M., & Smith, R. J. H. (2018). The Epidemiology of Deafness. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine, 9*(9). doi:[10.1101/cshperspect.a033258](https://doi.org/10.1101/cshperspect.a033258)
- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O’Connell, K. A. (2004). The World Health Organization’s WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research, 13*(2), 299–310. doi:[10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00](https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00)
- Skrbic, R., Milankov, V., Veselinovic, M., & Todorovic, A. (2013). Impact of hearing impairment on quality of life of adolescents. *Medicinski Pregled, 66*(1-2), 32–39. doi:[10.2298/mpns1302032s](https://doi.org/10.2298/mpns1302032s)
- Smiler, K. (2006). MAORI DEAF IDENTITY, Sites A Journal of Social Anthropology and Cultural Studies, 3 (1).<https://doi.org/10.11157/sites-vol3iss1id43>
- Smiler, K., & McKee, R. L. (2006). Perceptions of Maori Deaf Identity in New Zealand. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 12*(1), 93–111. <https://doi.org/10.1093/deafed/enl023>
- Sparrow, R. (2010). Implants and ethnocide: learning from the cochlear implant controversy. *Disability & Society, 25*(4), 455–466. <https://doi.org/10.1080/09687591003755849>

- Spencer, L. J., Tomblin, J. B., & Gantz, B. J. (2012). Growing Up With a Cochlear Implant: Education, Vocation, and Affiliation. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 17(4), 483–498. doi:[10.1093/deafed/ens024](https://doi.org/10.1093/deafed/ens024)
- Spencer, P. E., & Marschark, M. (2010). *Evidence-based practice in education deaf and hard-of-hearing students*. New York, NY: Oxford University Press.
- Stevenson, J., Kreppner, J., Pimperton, H., Worsfold, S., & Kennedy, C. (2015). Emotional and behavioural difficulties in children and adolescents with hearing impairment: a systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(5), 477–496. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0697-1>
- Stewart, M. G., Coker, N. J., Jenkins, H. A., Manolidis, S., & Bautista, M. H. (2000). Outcomes and Quality of Life in Conductive Hearing Loss. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 123(5), 527–532. <https://doi.org/10.1067/mhn.2000.110364>
- Stokoe, W. C. (2005). Sign Language Structure: An Outline of the Visual Communication Systems of the American Deaf. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 10(1), 3–37. doi:10.1093/deafed/eni001
- Sutton-Spence, R. (2010). The Role of Sign Language Narratives in Developing Identity for Deaf Children. *Journal of Folklore Research*, 47 (3) <https://doi.org/10.2979/jfolkrese.2010.47.3.265>
- Tabilin, D. (2021). Interaction of Cultural Deafness and Ethnicity on Identity Development Among Adolescents Attending a Deaf School. *UC Riverside: University Honors*. Ανακτήθηκε από: <https://escholarship.org/uc/item/9b64t591>
- Tesfazghi, E. S., Martinez, J. A., & Verplanke, J. J. (2009). Variability of Quality of Life at Small Scales: Addis Ababa, Kirkos Sub-City. *Social Indicators Research*, 98(1), 73–88. doi:10.1007/s11205-009-9518-6
- Theofilou, P. (2013). Quality of Life: Definition and Measurement. *Europe's Journal of Psychology*, 9(1), 150–162. <https://doi.org/10.5964/ejop.v9i1.337>
- Theunissen, S. C. P. M., Rieffe, C., Netten, A. P., Briaire, J. J., Soede, W., Schoones, J. W., & Frijns, J. H. M. (2014). Psychopathology and Its Risk and Protective Factors in Hearing-Impaired

Children and Adolescents. *JAMA Pediatrics*, 168(2), 170-177.  
doi:10.1001/jamapediatrics.2013.3974

Trezek, B. J. (2017). Cued Speech and the Development of Reading in English: Examining the Evidence. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 22(4), 349–364.  
<https://doi.org/10.1093/deafed/enx026>

Tsimpida, D., Kaitelidou, D. & Galanis, P. (2018). Determinants of health-related quality of life (HRQoL) among deaf and hard of hearing adults in Greece: a cross-sectional study. *Arch Public Health*, 76(55). <https://doi.org/10.1186/s13690-018-0304-2>

Varshney, S. (2016). Deafness in India. *Indian Journal Otology*, 22 (2), 73-6. doi:10.4103/0971-7749.182281

Ventegodt, S., Andersen, N. J., & Merrick, J. (2003). Quality of Life Philosophy I. Quality of Life, Happiness, and Meaning in Life. *The Scientific World JOURNAL*, 3, 1164–1175.  
<https://doi.org/10.1100/tsw.2003.102>

Verdugo, M. A., Schalock, R. L., Keith, K. D., & Stancliffe, R. J. (2005). Quality of life and its measurement: important principles and guidelines. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 707–717. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00739.x>

Wake, M., Hughes, E. K., Poulakis, Z., Collins, C., & Rickards, F. W. (2004). Outcomes of children with mild-profound congenital hearing loss at 7 to 8 years: A population study. *Ear Hear*, 25 (1), 1–8. <https://doi.org/10.1097/01.AUD.0000111262.12219.2F>

Wald, R. L., & Knuston, J. F. (2000). Deaf cultural identity of adolescents with and without cochlear implants. *Annals of Otology, Rhinology, and Laryngology*, 109(12), 87–89.  
<https://doi.org/10.1177/0003489400109S1238>

Walker, R. (2013). Child Mental Health and Deafness. *Journal Paediatrics and Child Health*, 23, (10), 438-442. <https://doi.org/10.1016/j.paed.2013.06.009>

Walls, V. D., Moteki, H., Thomas, T. R., Nishio, S., Yoshimura, H., Iwasa, Y., ... Casavant, T. L. (2020). A comparative analysis of genetic hearing loss phenotypes in European/American and Japanese populations. *Human Genetics*, 139, 1315–1323 <https://doi.org/10.1007/s00439-020-02174-y>

- Wang, C., Chan, C., & Chi, I. (2014). Overview of Quality of Life Research in Older People with Visual Impairment. *Advances in Aging Research*, 3(2), 79-94. doi: [10.4236/aar.2014.32014](https://doi.org/10.4236/aar.2014.32014).
- Warner-Czyz, A. D., Loy, B., Roland, P. S., Tong, L., & Tobey, E. A. (2009). Parent versus child assessment of quality of life in children using cochlear implants. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 73(10), 1423–1429. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2009.07.009>
- Waterman, A. S. (1992). *Identity as an aspect of optimal psychological functioning*. In G. R. Adams, T. P. Gullotta, & R. Montemayor (Eds.), *Advances in adolescent development*, 4. *Adolescent identity formation* (p. 50–72). Sage Publications, Inc.
- Weinberg, N., & Sterritt, M. (1986). Disability and identity: A study of identity patterns in adolescents with hearing impairments. *Rehabilitation Psychology*, 31(2), 95–102. <https://doi.org/10.1037/h0091538>
- Werngren-Elgström, M., Dehlin, O., & Iwarsson, S. (2003). Aspects of quality of life in persons with pre-lingual deafness using sign language: subjective wellbeing, ill-health symptoms, depression and insomnia. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 37(1), 13–24. [https://doi.org/10.1016/S0167-4943\(03\)00003-7](https://doi.org/10.1016/S0167-4943(03)00003-7)
- Wheeler, A., Archbold, S., Gregory, S., & Skipp, A. (2007). Cochlear implants: The young people's perspective. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 12(3), 303–316. <https://doi.org/10.1093/deafed/enm018>
- Wolbers, K., Bowers, L., Dostal, H., & Graham, S. C. (2014). Deaf writers' application of ASL knowledge to English. *International Journal of Bilingual Education and Bilingualism*, 17(4), 410–428. <https://doi.org/10.1080/13670050.2013.816262>
- Woods, D. L., Arbogast, T., Doss, Z., Younus, M., Herron, T. J., & Yund, E. W. (2015). Aided and Unaided Speech Perception by Older Hearing Impaired Listeners. *PLOS ONE*, 10(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0114922>
- Woodward, J. (1972). Implications for sociolinguistic research among the deaf. *Sign Language Studies*, 1, 1-7.
- World Health Organization. (2021). Deafness and hearing loss. Geneva, Switzerland: WHO.

World Federation of the Deaf. 2021. International Week of the Deaf 2020 <http://wfdeaf.org/get-involved/wfd-events/international-week> deaf/internationalweekofthedeaf/#

Wroblewska-Seniuk, K., Dabrowski, P., Greczka, G., Szabatowska, K., Glowacka, A., Szyfter, W., & Mazela, J. (2018). Sensorineural and conductive hearing loss in infants diagnosed in the program of universal newborn hearing screening. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 105, 181–186. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2017.12.007>

Yfantopoulos, J. (2001). [The “social” quality of life](#). *Archives of Hellenic medicine*, 18(2), 108-113

Zhao, B. (2004). "*Perceptions of Quality of Life and Use of Human Services by Households: A Model*". University of Kentucky Doctoral Dissertations. 355. Ανακτήθηκε από: [https://uknowledge.uky.edu/gradschool\\_diss/355](https://uknowledge.uky.edu/gradschool_diss/355)

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Αξιότιμοι/ες συμμετέχοντες/ουσες,

Στο πλαίσιο ερευνητικής μελέτης που διεξάγεται χορηγείται το ακόλουθο ερωτηματολόγιο. Είναι απολύτως **ανώνυμο** και οι πληροφορίες που θα παρέχετε θα χρησιμοποιηθούν **αποκλειστικά** για **ερευνητικούς σκοπούς**. Η συμβολή σας στην έρευνα θα έχει μεγάλη βαρύτητα, επομένως είναι σημαντικό να **απαντήσετε** σε **όλες** τις ερωτήσεις.

Σας ευχαριστώ θερμά για την ανταπόκριση, τη συνεργασία, και την υπομονή σας.

Υπεύθυνη ερευνητικής εργασίας: Στοϊκάκη Ιωάννα  
Στοιχεία Επικοινωνίας: [ioannastoikaki1234@gmail.com](mailto:ioannastoikaki1234@gmail.com)

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Σημειώστε με ένα X το τετράγωνο που σας αντιπροσωπεύει.

### 1. Φύλο

Γυναίκα

Ανδρας

### 2. Τόπος Διαμονής

Αστική Περιοχή

Κωμόπολη / Χωριό

### 3. Ηλικία

18 – 30

31 – 40

41 – 50

51 και άνω

#### 4. Ηλικία Εμφάνισης Αναπηρίας

0 - 3 ετών  4 - 6 ετών  7 - 10 ετών  10 ετών και άνω

#### 5. Χρησιμοποιείτε ακουστική ενίσχυση;

Κωφός χωρίς ακουστική ενίσχυση

Κωφός με ακουστικά βαρηκοΐας

Κωφός με χρήση κοχλιακού εμφυτεύματος

#### 6. Πόσο καλά γνωρίζετε την Ελληνική Νοηματική Γλώσσα;

Άριστα  Αρκετά καλά  Γνωρίζω τα βασικά  Καθόλου

#### 7. Εάν γνωρίζετε την Ελληνική Νοηματική Γλώσσα, σε τι ηλικία την κατακτήσατε;

0 - 3 ετών  4 - 10 ετών  11-15 ετών  16 ετών και άνω

#### 8. Πόσο καλά γνωρίζετε τον προφορικό λόγο;

Άριστα  Αρκετά καλά  Γνωρίζω τα βασικά  Καθόλου

#### 9. Πώς επικοινωνείτε συνήθως στην καθημερινότητά σας;

Μόνο με τη νοηματική γλώσσα

Μόνο με τον προφορικό λόγο

Και με τη νοηματική γλώσσα και με τον προφορικό λόγο



**10. Ο / Η σύντροφος / σύζυγός σας είναι:**

Κωφός / Βαρήκοος  Ακούον / ούσα  Δεν έχω σύντροφο / σύζυγο

**11. Τα παιδιά σας έχουν:**

Κώφωση  Βαρηκοΐα  Τίποτα από τα δύο  Δεν έχω παιδιά

**12. Οι γονείς σας είναι:**

Και οι δύο Κωφοί  Ο ένας από τους δύο Κωφός

Και οι δύο Βαρήκοοι  Ο ένας από τους δύο Βαρήκοος

Και οι δύο ακούοντες

**13. Πως επικοινωνείτε με τους γονείς, τα παιδιά και τους συγγενείς σας;**

Μόνο με τη νοηματική γλώσσα  Μόνο με τον προφορικό λόγο

Και με τη νοηματική γλώσσα και με τον προφορικό λόγο

**14. Επαγγελματική κατάσταση:**

Εργαζόμενος / η  Άνεργος / η  Φοιτητής / τρια

Συνταξιούχος

**15. Μορφωτικό επίπεδο:**

Δημοτικό  Γυμνάσιο  Λύκειο

Επαγγελματικές σχολές  ΑΕΙ / ΤΕΙ

Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό δίπλωμα

**16. Έχετε φοιτήσει σε:**

Γενικό σχολείο  Ειδικό σχολείο Κωφών / Βαρήκων

Και σε Γενικό σχολείο και σε Ειδικό σχολείο Κωφών / Βαρήκων

**17. Η εκπαίδευσή σας στο σχολείο πραγματοποιούνταν:**

Κυρίως με τη νοηματική γλώσσα  Κυρίως με τον προφορικό λόγο

Και με την νοηματική γλώσσα και με τον προφορικό λόγο

**18. Μηνιαίο εισόδημα:**

0 – 500 €  501 – 1000 €  1001 – 1500 €  1500 € και άνω

**19. Δραστηριοποιείστε σε συλλόγους Κωφών / Βαρήκων;**

Ναι  Όχι

Παρακάτω, σημειώστε τον αριθμό της διαβαθμισμένης κλίμακας που αντιστοιχεί στην απάντησή σας και σας αντιπροσωπεύει καλύτερα.

	Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
20. Απολαμβάνω τόσο την κουλτούρα των κωφών όσο και την κουλτούρα των ακούντων.	1	2	3	4	5
21. Δεν ξέρω πως αισθάνομαι για τα κωφά άτομα.	1	2	3	4	5
22. Τα κωφά άτομα πρέπει να χρησιμοποιούν μόνο την Ελληνική Νοηματική Γλώσσα.	1	2	3	4	5
23. Υποστηρίζω την κουλτούρα των κωφών χωρίς να προσβάλλω τα ακούντα άτομα.	1	2	3	4	5
24. Τα κωφά άτομα δεν χρειάζονται ακουστικά βαρηκοΐας.	1	2	3	4	5
25. Νιώθω λύπηση για τα κωφά άτομα που εξαρτώνται από τη νοηματική γλώσσα.	1	2	3	4	5
26. Είναι δύσκολο για μένα να κάνω φίλους.	1	2	3	4	5
27. Η Ελληνική Νοηματική Γλώσσα και τα Ελληνικά είναι διαφορετικές γλώσσες ίσης αξίας.	1	2	3	4	5
28. Δεν υπάρχει θέση για τα ακούντα άτομα στον κόσμο των κωφών.	1	2	3	4	5
29. Δεν μου αρέσει όταν τα κωφά άτομα χρησιμοποιούν τη νοηματική γλώσσα.	1	2	3	4	5

30. Θέλω να βοηθήσω τα ακούοντα άτομα να καταλάβουν και να σεβαστούν την κουλτούρα των κωφών.	1	2	3	4	5
31. Δεν ξέρω εάν αποκαλώ τον εαυτό μου άτομο με προβλήματα ακοής ή κωφό.	1	2	3	4	5
32. Μόνο τα κωφά άτομα πρέπει να διδάσκουν τα κωφά παιδιά.	1	2	3	4	5
33. Τα κωφά άτομα <u>δεν</u> πρέπει να παντρεύονται άλλα κωφά άτομα.	1	2	3	4	5
34. Όταν βλέπω κωφά άτομα να χρησιμοποιούν τη νοηματική γλώσσα, απομακρύνομαι.	1	2	3	4	5
35. Μπορώ να αλλάζω ανάμεσα στην Ελληνική Νοηματική Γλώσσα και τη γραπτή Ελληνική.	1	2	3	4	5
36. Ούτε τα κωφά ούτε τα ακούοντα άτομα με αποδέχονται.	1	2	3	4	5
37. Τα κωφά άτομα είναι ικανοποιημένα με αυτά που έχει να προσφέρει ο κόσμος των κωφών.	1	2	3	4	5
38. Είμαι πάντα μόνος.	1	2	3	4	5
39. Δεν καταλαβαίνω γιατί τα κωφά άτομα έχουν τη δική τους κουλτούρα.	1	2	3	4	5
40. Έχω και κωφούς και ακούοντες φίλους.	1	2	3	4	5
41. Όταν είμαι με ακούοντα άτομα, θυμάμαι την περηφάνια μου ως κωφός.	1	2	3	4	5
42. Το επίκεντρο της εκπαίδευσης των κωφών πρέπει να είναι η διδασκαλία των κωφών παιδιών στην ομιλία και τη χειλεανάγνωση.	1	2	3	4	5

43. Δεν ξέρω εάν θα σκεφτώ την κώφωσή μου ως κάτι καλό ή κακό.	1	2	3	4	5
44. Νιώθω άνετα με το παιδί μου είτε είναι κωφό είτε ακούει.	1	2	3	4	5
45. Είναι καλύτερο για τα κωφά άτομα να επικοινωνούν με την ομιλία και τη χειλεανάγνωση.	1	2	3	4	5
46. Η διδασκαλία των κωφών παιδιών να μιλούν είναι χάσιμο χρόνου.	1	2	3	4	5
47. Δεν ξέρω εάν σέβομαι ή φθονώ τους ανθρώπους που ακούν.	1	2	3	4	5
48. Κοινωνικοποιούμαι μόνο με ακούοντα άτομα.	1	2	3	4	5
49. Είναι λάθος να μιλάω ενώ νοηματίζω.	1	2	3	4	5
50. Έχω σκεφτεί πολύ σχετικά με το τι σημαίνει να είσαι ένας περήφανος, δυνατός κωφός.	1	2	3	4	5
51. Προσπαθώ να επικοινωνώ καλά και στα Ελληνικά και στην Ελληνική Νοηματική Γλώσσα.	1	2	3	4	5
52. Οι ακούοντες σύμβουλοι, εκπαιδευτικοί και γιατροί που ειδικεύονται στη φροντίδα των κωφών ατόμων μπορούν να μου δώσουν τις καλύτερες συμβουλές.	1	2	3	4	5
53. Νιώθω άνετα τόσο με κωφά όσο και με ακούοντα άτομα.	1	2	3	4	5
54. Μόνο τα κωφά άτομα θα έπρεπε να διευθύνουν σχολεία κωφών.	1	2	3	4	5

55. Νιώθω καλά με το να είμαι κωφός αλλά εμπλέκομαι και με ακούοντα άτομα.	1	2	3	4	5
56. Δεν μπορώ να εμπιστευτώ τα ακούοντα άτομα.	1	2	3	4	5
57. Αποκαλώ τον εαυτό μου «άτομο με προβλήματα ακοής».	1	2	3	4	5
58. Η εκμάθηση της χειλεανάγνωσης είναι χάσιμο χρόνου.	1	2	3	4	5
59. Δεν ξέρω ποιος είναι ο καλύτερος τρόπος επικοινωνίας.	1	2	3	4	5
60. Τα κωφά άτομα πρέπει να κοινωνικοποιούνται μόνο με άλλα κωφά άτομα.	1	2	3	4	5
61. Δεν ταιριάζω ούτε με ακούοντα ούτε με κωφά άτομα.	1	2	3	4	5
62. Οι ακούοντες φίλοι μου θα αγωνιστούν για τα δικαιώματα των κωφών.	1	2	3	4	5
63. Μερικές φορές είμαι χαρούμενος που είμαι κωφός, αλλά τις περισσότερες φορές εύχομαι να μπορούσα να ακούσω.	1	2	3	4	5
64. Αν μια εγγείρηση θα μπορούσε να με κάνει να ακούσω, δε θα το δεχόμουν.	1	2	3	4	5
65. Δεν ξέρω εάν θα προτιμούσα να είμαι μαζί με κωφά ή ακούοντα άτομα.	1	2	3	4	5
66. Μερικές φορές εύχομαι να ήμουν περισσότερο μέρος της κοινότητας των Κωφών.	1	2	3	4	5

Σημειώστε τον αριθμό της διαβαθμισμένης κλίμακας που αντιστοιχεί στην απάντησή σας. Οι απαντήσεις σας να αναφέρονται στο διάστημα των δύο τελευταίων εβδομάδων.

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
67. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υγεία σας;	1	2	3	4	5
68. Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι τυχόν σωματικοί πόνοι σας εμποδίζουν να κάνετε τις δουλειές σας;	1	2	3	4	5
69. Σε ποιο βαθμό χρειάζεστε οποιαδήποτε ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσετε στην καθημερινή σας ζωή; (πχ. φάρμακα, αιμοκάθαρση, κλπ.)	1	2	3	4	5
70. Πόσο πολύ απολαμβάνετε τη ζωή;	1	2	3	4	5
71. Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι η ζωή σας έχει νόημα;	1	2	3	4	5
72. Πόσο καλά μπορείτε να συγκεντρωθείτε σε κάτι που κάνετε;	1	2	3	4	5
73. Πόσο ασφαλής από κινδύνους αισθάνεστε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5
74. Πόσο υγιεινό είναι το φυσικό περιβάλλον στο οποίο ζείτε;	1	2	3	4	5
75. Σε ποιο βαθμό έχετε την απαιτούμενη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
76. Σε ποιο βαθμό αποδέχεστε τη σωματική σας εικόνα και την εμφάνισή σας γενικότερα;	1	2	3	4	5
77. Σε ποιο βαθμό έχετε τα απαιτούμενα χρήματα για να καλύπτετε τις ανάγκες σας;	1	2	3	4	5

78. Πόσο εύκολα μπορείτε να βρείτε πληροφορίες τις οποίες χρειάζεστε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5
79. Σε ποιο βαθμό έχετε ελεύθερο χρόνο για ψυχαγωγία;	1	2	3	4	5
80. Πόσο καλά μπορείτε να κυκλοφορείτε και να κινείστε μέσα και έξω από το σπίτι;	1	2	3	4	5

Σημειώστε τον αριθμό της διαβαθμισμένης κλίμακας που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα. Οι απαντήσεις σας να αναφέρονται στο διάστημα των δύο τελευταίων εβδομάδων.

	Πολύ δυσαρ- ρεστημέ- νος/ η	Δυσαρρε- στημένος/ η	Ούτε Δυσαρρεστη- μένος /η ούτε Ικανοποιη- μένος / η	Ικανοποι- ημένος	Πολύ Ικανο- ποιημένος/ η
81. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον ύπνο σας;	1	2	3	4	5
82. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την ικανότητά σας να τα βγάξετε πέρα με τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
83. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την ικανότητά σας για εργασία;	1	2	3	4	5
84. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον εαυτό σας;	1	2	3	4	5
85. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις προσωπικές σας σχέσεις;	1	2	3	4	5



86. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την σεξουαλική σας ζωή;	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
87. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υποστήριξη που έχετε από τους φίλους σας;	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
88. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις συνθήκες που επικρατούν στον τόπο που κατοικείτε;	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
89. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την πρόσβαση που έχετε σε διάφορες υπηρεσίες υγείας;	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
90. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τα μεταφορικά μέσα που χρησιμοποιείτε;	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
91. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τους κοινωνικούς ρόλους που έχετε αναλάβει και τις κοινωνικές δραστηριότητες που έχετε αναπτύξει;	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
92. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι σας;	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
93. Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ικανοποιημένος/η με την εργασία ή την απασχόληση που έχετε; (κατά πόσο ανταποκρίνεται στις ανάγκες και στις προσδοκίες σας)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Σημειώστε τον αριθμό της διαβαθμισμένης κλίμακας που αντιστοιχεί στην απάντησή σας. Οι απαντήσεις σας να αναφέρονται στο διάστημα των δύο τελευταίων εβδομάδων.

	Πολύ κακή	Κακή	Ούτε κακή ούτε καλή	Καλή	Πολύ καλή
94. Πόσο καλή και πόσο πολύ καλύπτει τις ανάγκες σας η διατροφή σας;	1	2	3	4	5
95. Πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα της ζωής σας γενικά;	1	2	3	4	5

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Συνεχώς
96. Πόσο συχνά έχετε αρνητικά συναισθήματα, όπως μελαγχολική διάθεση, απελπισία, άγχος, κατάθλιψη;	1	2	3	4	5

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Στο 6<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα διερευνήθηκε μεταξύ άλλων η επίδραση της ποιότητας ζωής των ατόμων με Κώφωση με βάση την ύπαρξη ακουστικής ενίσχυσης. Για την παραπάνω διερεύνηση πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος ανεξαρτησίας t test με επίπεδο σημαντικότητας το 5%. Ειδικότερα, παρατηρείται πως η ύπαρξη ακουστικής ενίσχυσης δε συσχετίζεται με καμία από τις κλίμακες της ποιότητας ζωής τους. Αναλυτικότερα για την σωματική υγεία, την ψυχολογική υγεία, τις κοινωνικές σχέσεις, το περιβάλλον και τη σφαιρική ποιότητα ζωής είναι ( $p=0,916 > \alpha=0,05$ ), ( $p=0,127 > \alpha=0,05$ ), ( $p=0,437 > \alpha=0,05$ ), ( $p=0,809 > \alpha=0,05$ ) και ( $p=0,118 > \alpha=0,05$ ) αντίστοιχα. (βλ. Πίνακας 38).

**Πίνακας 38: Σύγκριση μεταξύ των υποκλιμάκων της ποιότητας ζωής και της ύπαρξης ακουστικής ενίσχυσης. Αποτελέσματα ελέγχου t-test**

Υποκλίμακες ποιότητας ζωής	Ύπαρξη ακουστικής ενίσχυσης	N	M.O.	T.A.	t	p-value
Σωματική υγεία	Χωρίς ακουστική ενίσχυση	121	70.95	13.39	8.069	0.916
	Χρήση κοχλιακού εμφυτεύματος	34	71.26	19.70		
Ψυχολογική υγεία	Χωρίς ακουστική ενίσχυση	121	58.91	14.47	0.083	0.127
	Χρήση κοχλιακού εμφυτεύματος	34	63.24	14.73		
Κοινωνικές σχέσεις	Χωρίς ακουστική ενίσχυση	121	69.40	17.71	11.325	0.437
	Χρήση κοχλιακού εμφυτεύματος	34	66.36	26.93		
Περιβάλλον	Χωρίς ακουστική ενίσχυση	121	61.23	16.61	1.051	0.809
	Χρήση κοχλιακού εμφυτεύματος	34	62.03	18.44		
Σφαιρική ποιότητα ζωής	Χωρίς ακουστική ενίσχυση	121	73.66	15.71	22.033	0.118
	Χρήση κοχλιακού εμφυτεύματος	34	68.01	26.15		

Στο 7<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα διερευνήθηκε, μεταξύ άλλων, η επίδραση που ασκεί ο τύπος φοίτησης της σχολικής μονάδας στην ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση. Για τη συγκεκριμένη διερεύνηση πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος F- test (ANOVA), χρησιμοποιώντας ως ελάχιστο επίπεδο σημαντικότητας το 5%.

Παρατηρείται πως ο τύπος φοίτησης του σχολείου δεν παρουσιάζει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με καμία από τις υποκλίμακες της ποιότητας ζωής. Αναλυτικότερα για την σωματική υγεία, την ψυχολογική υγεία, τις κοινωνικές σχέσεις, το περιβάλλον και τη

σφαιρική ποιότητα ζωής είναι ( $p= 0,387 > \alpha=0,05$ ), ( $p= 0.323 > \alpha=0,05$ ), ( $p= 0.990 > \alpha=0,05$ ), ( $p=0.368 > \alpha=0,05$ ) και ( $p=0,134 > \alpha=0.05$ ) αντίστοιχα (βλ. Πίνακας 39).

**Πίνακας 39 : Σύγκριση μεταξύ των υποκλιμάκων της ποιότητας ζωής και του τύπου φοίτησης σχολείου. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA**

Υποκλίμακες ποιότητας ζωής	Τύπος φοίτησης σχολείου	N	M.O.	T.A.	F(2,152)	p-value
Σωματική υγεία	Γενικό σχολείο	74	70.5	17.5	0.956	0.387
	Ειδικό σχολείο	49	69.8	12.3		
	Και στους δύο τύπους	32	74.2	11.8		
Ψυχολογική υγεία	Γενικό σχολείο	74	60.0	14.2	1.138	0.323
	Ειδικό σχολείο	49	57.4	15.7		
	Και στους δύο τύπους	32	62.2	13.3		
Κοινωνικές σχέσεις	Γενικό σχολείο	74	68.6	23.7	0.010	0.990
	Ειδικό σχολείο	49	69.1	14.8		
	Και στους δύο τύπους	32	68.6	18.2		
Περιβάλλον	Γενικό σχολείο	74	63.3	19.3	1.006	0.368
	Ειδικό σχολείο	49	58.9	12.8		
	Και στους δύο τύπους	32	61.0	16.8		
Σφαιρική ποιότητα ζωής	Γενικό σχολείο	74	62.5	25.8	2.040	0.134
	Ειδικό σχολείο	49	68.1	20.4		
	Και στους δύο τύπους	32	56.6	30.0		