

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



Διπλωματική Εργασία

«Ο τρόπος επικοινωνίας των ατόμων με ακουστική αναπηρία, το μοντέλο της εκπαίδευσής τους και η λαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη ως παράγοντες της κοινωνικοποίησης τους»

Αθανασιάδου Μαρία

Ιωάννινα, 2022

Διπλωματική Εργασία:

«Ο τρόπος επικοινωνίας των ατόμων με ακουστική αναπηρία, το μοντέλο της εκπαίδευσής τους και η λαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη ως παράγοντες της κοινωνικοποίησης τους»

Αθανασιάδου Μαρία

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:

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

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

Μέλος: Νικολάου Σουζάνα-Μαρία, *Καθηγήτρια ΠΤΔΕ, Σχολή Επιστημών Αγωγής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων*

Ευχαριστίες

Η παρούσα ερευνητική εργασία 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 θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές, που απαρτίζουν το συγκεκριμένο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών για τις γνώσεις, τις πολύτιμες συμβουλές και τα εφόδια, που απέκτησα.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω στον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Σούλη Σπυρίδων-Γεώργιο, καθώς η βοήθεια και η καθοδήγησή του ήταν πολύτιμη για την ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας, αλλά και για την περάτωση των σπουδών μου γενικότερα. Ευχαριστώ για την υπομονή, την επιμονή και τη στήριξη καθ' όλη τη διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος. Ακόμα, ευχαριστώ θερμά τα μέλη της επιτροπής για την ιδιαίτερη τιμή να συμμετέχουν στην αξιολόγηση της εργασίας μου.

Επιπλέον, ευχαριστώ τους Συλλόγους και τα Σωματεία Κωφών για τη συμμετοχή τους στην έρευνα και για το ιδιαίτερο ενδιαφέρον, που έδειξαν για το κοινωνικό αυτό θέμα.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένειά μου και στους φίλους μου για την ψυχολογική στήριξη, αλλά και για την ενθάρρυνση τα τελευταία αυτά δύο απαιτητικά χρόνια.

Περίληψη

Στην παρούσα εργασία εξετάστηκε ο βαθμός, στον οποίο επηρεάζεται η κοινωνική μοναξιά και η ποιότητα ζωής των ατόμων με ακουστική αναπηρία, από τον τρόπο επικοινωνίας, τις εκπαιδευτικές τους εμπειρίες και τη λαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη. Το δείγμα της μελέτης απαρτιζόταν από 103 ενήλικα άτομα με Κώφωση / βαρηκοΐα, εκ των οποίων οι 60 ήταν γυναίκες και οι 43 άνδρες. Συγκεκριμένα, διεξήχθη ποσοτική μελέτη, με ερευνητικό εργαλείο ερωτηματολόγιο ατομικής συμπλήρωσης, που απαρτίζονταν από το ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας (WHOQOL-BREF), την Αναθεωρημένη Κλίμακα Μοναξιάς UCLA (The Revised UCLA Loneliness Scale) και την Κλίμακα Αξιολόγησης Λαμβανόμενης Κοινωνικής Υποστήριξης (Multidimensional Scale of Perceived Social Support – MSPSS).

Από τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων, προκύπτει ότι το φύλο επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ατόμων με ακουστική αναπηρία, αφού φαίνεται από το δείγμα της έρευνας, ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν καλύτερες βαθμολογίες ποιότητας ζωής συγκριτικά με τους άνδρες. Όσον αφορά τα επίπεδα κοινωνικής μοναξιάς τα αποτελέσματα της μελέτης ανέδειξαν, πως υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του αν η έμφαση δόθηκε στην ομιλία ή στο γραπτό λόγο των ατόμων με ακουστική αναπηρία με το βαθμό μοναξιάς τους, αφού στην πρώτη περίπτωση παρουσιάζουν μικρότερο βαθμό μοναξιάς. Ακόμα, διαπιστώθηκε πως η μοναξιά έχει στατιστικά σημαντική και αρνητική συσχέτιση με τη λαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη, δηλαδή όσο μεγαλύτερη είναι η λαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη, τόσο μικρότερος φαίνεται να είναι ο βαθμός κοινωνικής μοναξιάς, που νιώθουν τα άτομα με ακουστική αναπηρία.

Τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να αξιοποιηθούν με στόχο την πραγματοποίηση αλλαγών σε κοινωνικό επίπεδο, αφού αναδεικνύεται η ιδιαίτερη σημασία της κοινωνικής υποστήριξης για τα άτομα με Κώφωση / βαρηκοΐα.

Λέξεις - Φράσεις Κλειδιά: επικοινωνία, μοντέλο εκπαίδευσης, κοινωνική υποστήριξη, κοινωνικοποίηση, κοινωνική μοναξιά

“The communication method of people with hearing impairment, their education model and the perceived social support received as factors in their socialisation”

Abstract

This study examined the extent to which the social loneliness and quality of life of people with hearing impairment is affected by the way they communicate, their educational experiences and the social support they receive. The study sample consisted of 103 adults with Deafness/Hard of Hearing, of which 60 were female and 43 were male. Specifically, a quantitative study was conducted, with a research tool of an individual-completion questionnaire, consisting of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF), the Revised UCLA Loneliness Scale (The Revised UCLA Loneliness Scale) and the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS).

From the statistical analysis of the results, it can be seen that gender influences the quality of life of people with hearing impairment, as it can be seen from the survey sample that women have better quality of life scores compared to men. Regarding the levels of social loneliness, the results of the study indicated that there is a statistically significant correlation between whether the emphasis was placed on speaking or writing for people with hearing impairment and their degree of loneliness, since in the former case they show a lower degree of loneliness. Furthermore, it was found that loneliness has a statistically significant and negative correlation with the social support received, i.e. the greater the social support received, the lower the degree of social loneliness felt by people with hearing impairment seems to be.

The results of the research can be used to make changes at the social level, as it highlights the particular importance of social support for people with Deafness/Hard of Hearing.

Keywords: communication, education model, social support, socialization, social loneliness, social support, social loneliness

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες.....	3
Περίληψη.....	4
Abstract.....	5
Κατάλογος Πινάκων.....	6
Εισαγωγή.....	12
ΜΕΡΟΣ Α' - ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : Κώφωση – Βαρηκοΐα.....	16
1.1 Εννοιολογική οριοθέτηση της Κώφωσης και της Βαρηκοΐας.....	16
1.2.1 Ταξινόμηση της Κώφωσης σε σχέση με το βαθμό απώλειας της ακοής.....	17
1.2.2 Ταξινόμηση της Κώφωσης σε σχέση με την περιοχή του αφτιού που εντοπίζεται η βλάβη.....	18
1.2.3 Ταξινόμηση της Κώφωσης σε σχέση με την ηλικία εμφάνισης της ακουστικής απώλειας.....	19
1.2.4 Ταξινόμηση της Κώφωσης σε σχέση με τα μοντέλα που τη χαρακτηρίζουν.....	20
1.3 Τα αίτια της Κώφωσης.....	21
1.4 Συστήματα ενίσχυσης του ήχου.....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : Τρόποι Επικοινωνίας.....	23
2.1 Μέθοδοι και συστήματα επικοινωνίας των ατόμων με Κώφωση.....	23
2.2 Νοηματική γλώσσα.....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : Μοντέλα Εκπαίδευσης.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο : Κοινωνικοποίηση – Κοινωνική Μοναξιά.....	27
4.1.1 Κοινωνικοποίηση.....	27
4.1.2 Ο κοινωνικός αποκλεισμός των ατόμων με αναπηρία.....	28

4.1.3 Οι επιπτώσεις της απώλειας ακοής στην ψυχική υγεία και την κοινωνικοποίηση	30
4.2.1 Κοινωνική επάρκεια	32
4.2.2 Προσδιορισμός της έννοιας «κοινωνική υποστήριξη»	34
4.2.3 Χαρακτηριστικά κοινωνικής υποστήριξης	36
4.3 Ορισμός της μοναξιάς	36
4.4 Θεωρητικές προσεγγίσεις για τη μοναξιά	37
4.4.1 Προσέγγιση των κοινωνικών αναγκών	37
4.4.2 Προσέγγιση των γνωστικών διεργασιών	38
4.4.3 Συμπεριφορική προσέγγιση	38
4.5 Τα είδη της μοναξιάς	39
4.6.1 Η επίδραση του τρόπου επικοινωνίας των ατόμων με ακουστική αναπηρία στο βαθμό μοναξιάς τους	40
4.6.2 Η επίδραση του μοντέλου της εκπαίδευσης των ατόμων με ακουστική αναπηρία στο βαθμό μοναξιάς τους	42
4.6.3 Η επίδραση της λαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης των ατόμων με ακουστική αναπηρία στο βαθμό μοναξιάς τους	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο : Ποιότητα Ζωής	45
5.1 Προσδιορισμός της έννοιας «Ποιότητα ζωής»	45
5.2 Ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση / βαρηκοΐα	48
5.3.1 Η επίδραση της φύσης της ακουστικής αναπηρίας στην ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση / βαρηκοΐα	49
5.3.2 Η επίδραση της χρήσης ακουστικής ενίσχυσης στην ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση / βαρηκοΐα	50
5.3.3 Η επίδραση του φύλου και της χρονολογικής ηλικίας στην ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση / βαρηκοΐα	51

5.3.4 Η επίδραση του μοντέλου εκπαίδευσης στην ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση / βαρηκοΐα.....	52
5.3.5 Η επίδραση της μεθόδου επικοινωνίας στην ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση / βαρηκοΐα.....	54
5.3.6 Η επίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος στην ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση / βαρηκοΐα.....	55
ΜΕΡΟΣ Β' – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6° : Μεθοδολογία της έρευνας.....	58
6.1 Σκοπός της έρευνας – Ερευνητικά ερωτήματα.....	58
6.2 Ερευνητικό εργαλείο.....	59
6.2.1 Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών στοιχείων.....	59
6.2.2 Ψυχομετρικά εργαλεία.....	60
6.3 Διαδικασία συλλογής ερευνητικών δεδομένων.....	64
6.4 Περιγραφική ανάλυση δείγματος.....	65
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7° : Παρουσίαση των αποτελεσμάτων.....	77
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8° : Συζήτηση – Συμπεράσματα – Περιορισμοί	
8.1 Συζήτηση ευρημάτων.....	88
8.2 Συμπεράσματα.....	97
8.3 Περιορισμοί Έρευνας – Μελλοντικές προτάσεις.....	98
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	101
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	123

Κατάλογος Πινάκων

- Πίνακας 1: Δείκτες αξιοπιστίας του WHOQOL-BREF
- Πίνακας 2: Φύλο των συμμετεχόντων
- Πίνακας 3: Ηλικία των συμμετεχόντων
- Πίνακας 4: Ηλικία εμφάνισης ακουστικής αναπηρίας
- Πίνακας 5: Χρήση ακουστικής ενίσχυσης
- Πίνακας 6: Γνώση της Ελληνικής Νοηματικής Γλώσσας
- Πίνακας 7: Ηλικία γνώσης της Ελληνικής Νοηματικής Γλώσσας
- Πίνακας 8: Γνώση προφορικού λόγου
- Πίνακας 9: Τρόπος επικοινωνίας στην καθημερινότητα
- Πίνακας 10: Κατάσταση ακοής γονέων
- Πίνακας 11: Κατάσταση ακοής συντρόφου / συζύγου
- Πίνακας 12: Τρόπος επικοινωνίας με το συγγενικό περιβάλλον
- Πίνακας 13: Συναναστροφές με φίλους ακούντες
- Πίνακας 14: Επαγγελματική κατάσταση
- Πίνακας 15: Μορφωτικό επίπεδο
- Πίνακας 16: Σχολικό πλαίσιο
- Πίνακας 17: Ισότιμη αντιμετώπιση ακούντων και Κωφών μαθητών από τους δασκάλους στα σχολεία γενικής εκπαίδευσης
- Πίνακας 18: Γλώσσα πραγματοποίησης της εκπαίδευσης
- Πίνακας 19: Ύπαρξη εκπαιδευτικού διερμηνέα στο σχολείο
- Πίνακας 20: Χρήση νοημάτων ταυτόχρονα με την ομιλία
- Πίνακας 21: Σχολική επίδοση
- Πίνακας 22: Χρήση διαδραστικού πίνακα ή/και εφαρμογών διαδικτύου
- Πίνακας 23: Ανάπτυξη ομιλίας ή γραπτής μορφής της γλώσσας
- Πίνακας 24: Χρήση χειλεανάγνωσης στο μάθημα
- Πίνακας 25: Δραστηριοποίηση σε συλλόγους Κωφών / Βαρήκων
- Πίνακας 26: Μέσοι όροι στην Κλίμακα αξιολόγησης λαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης, στην Κλίμακα αξιολόγησης Μοναξιάς και στην Κλίμακα αξιολόγησης ποιότητας ζωής. Descriptive Statistics
- Πίνακας 27: Συσχέτιση μεταξύ του τρόπου επικοινωνίας των ατόμων με ακουστική αναπηρία με το βαθμό μοναξιάς τους. ANOVA

Πίνακας 28: Σύγκριση μεταξύ του τρόπου επικοινωνίας (νοηματική γλώσσα ή προφορικός λόγος) των ατόμων με ακουστική αναπηρία και του βαθμού μοναξιάς τους

Πίνακας 29: ANOVA Συσχέτιση μεταξύ του τρόπου εκπαίδευσης των ατόμων με ακουστική αναπηρία και του βαθμού μοναξιάς τους

Πίνακας 30: Σύγκριση μεταξύ του τρόπου εκπαίδευσης των ατόμων με ακουστική αναπηρία και του βαθμού μοναξιάς τους

Πίνακας 31: ANOVA Συσχέτιση μεταξύ της μεθόδου εκπαίδευσης (προφορική/ακουστική μέθοδος ή νοηματική) των ατόμων με ακουστική αναπηρία με το βαθμό μοναξιάς τους.

Πίνακας 32: Σύγκριση μεταξύ της μεθόδου εκπαίδευσης των ατόμων με ακουστική αναπηρία και του βαθμού μοναξιάς τους

Πίνακας 33: Σύγκριση κατηγοριών μεταξύ του αν η έμφαση δόθηκε στην ομιλία ή στο γραπτό λόγο των ατόμων με ακουστική αναπηρία με το βαθμό μοναξιάς τους

Πίνακας 34: T-TEST μεταξύ του αν η έμφαση δόθηκε στην ομιλία ή στο γραπτό λόγο των ατόμων με ακουστική αναπηρία με το βαθμό μοναξιάς τους

Πίνακας 35: Συσχέτιση της κοινωνικής υποστήριξης, που λαμβάνουν τα άτομα με ακουστική αναπηρία με το βαθμό μοναξιάς τους

Πίνακας 36: Συσχέτιση του φύλου των ατόμων με ακουστική αναπηρία με την ποιότητα ζωής τους. Group Statistics

Πίνακας 37: Συσχέτιση του φύλου των ατόμων με ακουστική αναπηρία με την ποιότητα ζωής τους. Independent Samples Test

Πίνακας 38: Συσχέτιση της χρονολογικής ηλικίας των ατόμων με ακουστική αναπηρία με την ποιότητα ζωής τους. ANOVA

Πίνακας 39: Σύγκριση κατηγοριών μεταξύ ποιότητας ζωής των ατόμων με Κώφωση/βαρηκοΐα και ηλικίας

Πίνακας 40: ANOVA μεταξύ ποιότητας ζωής των ατόμων με Κώφωση/βαρηκοΐα και ηλικίας εμφάνισης αναπηρίας

Πίνακας 41: Σύγκριση κατηγοριών μεταξύ ποιότητας ζωής των ατόμων με Κώφωση/βαρηκοΐα και ηλικίας εμφάνισης αναπηρίας

Πίνακας 42: ANOVA ποιότητας ζωής των ατόμων με Κώφωση/βαρηκοΐα και τύπου σχολείου

Πίνακας 43: Συσχέτιση κατηγοριών ποιότητας ζωής των ατόμων με Κώφωση/βαρηκοΐα και τύπου σχολείου

Πίνακας 44: ANOVA ποιότητας ζωής των ατόμων με Κώφωση/βαρηκοΐα και γλώσσας διδασκαλίας

Πίνακας 45: Συσχέτιση κατηγοριών ποιότητας ζωής των ατόμων με Κώφωση/βαρηκοΐα και γλώσσας διδασκαλίας

Πίνακας 46: ANOVA ποιότητας ζωής των ατόμων με Κώφωση/βαρηκοΐα και τρόπου επικοινωνίας

Πίνακας 47: Συσχέτιση κατηγοριών ποιότητας ζωής των ατόμων με Κώφωση/βαρηκοΐα και τρόπου επικοινωνίας

Πίνακας 48: Συσχέτιση του κοινωνικού περιβάλλοντος των ατόμων με ακουστική αναπηρία με την ποιότητα ζωής τους. Group Statistics

Πίνακας 49: Συσχέτιση κατηγοριών κοινωνικού περιβάλλοντος με Κώφωση/βαρηκοΐα και τρόπου επικοινωνίας

Πίνακας 50: ANOVA μεταξύ ποιότητας ζωής των ατόμων με Κώφωση/βαρηκοΐα και ύπαρξης ή μη ακουστικής ενίσχυσης\

Πίνακας 51: Συσχέτιση κατηγοριών ποιότητας ζωής των ατόμων με Κώφωση/βαρηκοΐα και ύπαρξης ή μη ακουστικής ενίσχυσης

Εισαγωγή

Για πολλά χρόνια και σε πολλές περιπτώσεις ακόμα και σήμερα, πολλοί άνθρωποι διατηρούν την άποψη ότι το να είναι κανείς Κωφός αποτελεί πρόβλημα. Αυτή η αρνητική άποψη βασίζεται στην παραδοχή ότι λείπει μία βιολογική ιδιότητα, που λέγεται «ακοή» και που βρίσκεται στο επίκεντρο της ζωής των «φυσιολογικών» ανθρώπων. Το σημερινό κωφό παιδί είναι ο αυριανός κωφός ενήλικας. Για αυτό το λόγο είναι καθοριστικής σημασίας το μοντέλο της εκπαίδευσης, που λαμβάνουν τα άτομα με ακουστική αναπηρία, για τη μετέπειτα ζωή τους. Αυτό θα καθορίσει τον τρόπο, που τελικά επικοινωνούν με τους άλλους και σε συνδυασμό με την υποστήριξη, που λαμβάνουν από τον κοινωνικό τους περίγυρο, θα ενισχύσει ή θα υποβαθμίσει την γενικότερη κοινωνικοποίηση τους στην ενήλικη ζωή.

Ειδικότερα, η ανάπτυξη του παιδιού με ακουστική αναπηρία, καθώς επίσης και εκείνου, που δεν αντιμετωπίζει κάποια απώλεια ακοής, επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, όπως είναι η οικογένεια, το σχολείο, η ευρύτερη κοινωνία και φυσικά τα ο χαρακτηρισ του ατόμου. Ιδιαίτερα όμως ένα παιδί με ακουστική αναπηρία στη σχολική ηλικία είναι πολύ πιθανό να παρουσιάσει κάποιο συναισθηματικό έλλειμμα σε τέτοιο βαθμό, που να σταθεί εμπόδιο στις κοινωνικές του σχέσεις (Vogel - Walcutt et al., 2011).

Κατά την περίοδο της εφηβείας η συναισθηματική κατάσταση του ατόμου εντείνεται, καθώς και οι προκλήσεις, που καλείται να αντιμετωπίσει, αφού είναι η περίοδος εκείνη, όπου το άτομο χτίζει την προσωπικότητά του και δυναμώνει το κοινωνικό του δίκτυο. Στο πλαίσιο αυτό ο έφηβος θα αναζητήσει βοήθεια και στήριξη από τον κοινωνικό του περίγυρο, για να αντιμετωπίσει διάφορα θέματα, αντλώντας συναισθηματική υποστήριξη και συμβουλές. Σε αυτή τη διαδικασία που θα οδηγήσει στη διαμόρφωση της κοινωνικής ταυτότητας του κ/β ατόμου είναι ιδιαίτερα σημαντικός είναι ο ρόλος του σχολείου και της οικογένειας (Calderon & Greenberg, 2011).

Η ανάπτυξη της νοηματικής γλώσσας συνέβαλε δραματικά στην ισότιμη παρουσία των ατόμων με ακουστική αναπηρία στην κοινωνία (Most et al., 2012· Νικολαραϊζή, 2011· Παπασπύρου, 2003). Ωστόσο, αρχικά η χρήση της στα σχολεία δεν επιτρέπονταν και αυτό είχε ως αποτέλεσμα η κατανόηση της ομιλίας να γίνεται

μέσω της χειλεαναγνωσίας και του προφορικού λόγου, που ήταν και το κύριο μέσο επικοινωνίας με τους ακούοντες (Kourbetis & Hoffmeister, 2002). Μετά την εισαγωγή της στην εκπαίδευση έγιναν τεράστια βήματα προόδου, ωστόσο η διαφορετικότητα των γλωσσικών εμπειριών απαιτούσε και διαφορετικές γλωσσικές ανάγκες. Η κατανόηση του διαφορετικού τρόπου επικοινωνίας είναι πιθανό να εξηγεί την ύπαρξη της μοναξιάς σε κ/β άτομα ανεξάρτητα από το αν δρουν ανάμεσα σε περιβάλλον ακουόντων ή σε κοινότητες κωφών (Νικολαράιζη, 2011).

Με άλλα λόγια, η απώλεια της ακοής φαίνεται να συνδέεται με την αδυναμία επικοινωνίας με τους ακούοντες και κατά συνέπεια με τη μοναξιά και την απομόνωση. Η ανάπτυξη ενός διάυλου επικοινωνίας μεταξύ κ/β ατόμων και ακουόντων είναι πιθανό να οδηγήσει στην αντιμετώπιση αυτού του συναισθήματος (Lukomski, 2007· Most et al., 2012).

Η κοινωνική υποστήριξη κατέχει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην ψυχολογική διάθεση του ατόμου με ακουστική αναπηρία και σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες έχει τη δυνατότητα να ελαττώσει το πιθανό άγχος και τη μοναξιά, που αισθάνεται το άτομο. Όταν, επομένως, το άτομο λαμβάνει ουσιώδη κοινωνική υποστήριξη από το κοινωνικό του περιβάλλον, παρατηρούνται θετικά αποτελέσματα στη ζωή και στην καθημερινότητά του. Ειδικότερα, έχει διαπιστωθεί ότι η κοινωνική υποστήριξη συνδέεται πολύ στενά με το άγχος, την κατάθλιψη, την ποιότητα ζωής και την καλύτερη διαχείριση της υγείας όσον αφορά διατροφικά πρότυπα και συνήθειες, που έχουν άμεσο αντίκτυπο στην υγεία του ατόμου. Ως εκ τούτου, η κοινωνική υποστήριξη δύναται να αποφέρει θετικά αποτελέσματα στους ανθρώπους, στους οποίους παρέχεται έγκαιρα και με την κατάλληλη μορφή για την κάθε περίπτωση που εξετάζεται (Αντωνίου, 2006).

Ακόμα, έχει παρατηρηθεί, ότι τα τελευταία χρόνια είναι μεγάλος ο αριθμός των μελετών που διερευνούν την ποιότητα ζωής των ατόμων με ακουστική αναπηρία. Ωστόσο, τα συμπεράσματα δεν είναι απόλυτα σαφή και συγκεκριμένα, καθώς τα άτομα με απώλεια ακοής αποτελούν μια ετερογενή ομάδα με ποικίλα χαρακτηριστικά (Fellinger et al., 2008 · Hintermair, 2010 · Meserole et al., 2013 · Petrou et al., 2007 · Wake, et al., 2004). Στα χαρακτηριστικά αυτά συμπεριλαμβάνονται, μεταξύ άλλων, η ηλικία εμφάνισης της ακουστικής αναπηρίας, ο βαθμός απώλειας της ακοής, η ύπαρξη ή μη ακουστικής ενίσχυσης και το είδος αυτής, η μέθοδος επικοινωνίας που χρησιμοποιείται από ένα Κωφό ή βαρήκοο άτομο, οι ικανότητες στον χειρισμό των

γλωσσών, το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση και φυσικά ο τρόπος αλληλεπίδρασης των ατόμων αυτών με τον κοινωνικό περίγυρο (Ashori et al., 2020 · Haukedal et al., 2019 · Kushalnagar et al., 2007 · Santos et al., 2019). Με βάση, λοιπόν, τα χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου ασκείται επίδραση σε κοινωνικό, ψυχολογικό και επικοινωνιακό επίπεδο, με αποτέλεσμα να επηρεάζονται η σωματική και ψυχική υγεία των ατόμων και κατ' επέκταση η ποιότητα ζωής τους συνολικά (Lederberg et al., 2019 · Tsimpida et al., 2018).

ΜΕΡΟΣ Α΄
«ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ
ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ»

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΚΩΦΩΣΗ – ΒΑΡΗΚΟΪΑ

1.1 Εννοιολογική Οριοθέτηση της Κώφωσης και της Βαρηκοΐας

Ο πληθυσμός των κωφών και βαρήκων μαθητών δεν είναι ομοιογενής, καθώς ένας αριθμός παραγόντων διαφοροποιεί σημαντικά τον πληθυσμό αυτό. Με βάση την ακουολογική κατάσταση διακρίνουμε δύο βασικές ομάδες, τους κωφούς και τους βαρήκους. Η χρήση του ενός ή του άλλου όρου καθορίζεται από παράγοντες κοινωνικούς, γλωσσικούς, οικογενειακούς, ακουολογικούς, εκπαιδευτικούς ή προσωπικής επιλογής και ταυτότητας (Mooges, 2009).

Ωστόσο, δύο κοινώς αποδεκτοί ορισμοί (Mooges, 2009 · Λαμπροπούλου, 1999) στον χώρο της εκπαίδευσης αναφέρουν ότι Κωφό είναι το άτομο, το οποίο παρεμποδίζεται στην κατανόηση της ομιλίας μέσω του ακουστικού καναλιού, χρησιμοποιώντας ή μη ακουστικά βαρηκοΐας ή άλλα τεχνικά βοηθήματα (ο βαθμός απώλειας της ακοής είναι συνήθως μεγαλύτερος από 70 dB).

Με την ακουολογική κατάσταση συνδέεται η χρήση ή μη ακουολογικών βοηθημάτων ή άλλης υποστηρικτικής τεχνολογίας για την κώφωση καθώς και ο χρόνος έναρξης και η ποιότητα της υποστήριξης αυτής. Στον πληθυσμό των κωφών μαθητών έχει προστεθεί την τελευταία δεκαετία και η ομάδα των μαθητών με κοχλιακά εμφυτεύματα. Ο αριθμός των μαθητών αυτών την τελευταία δεκαετία παρουσιάζει πολύ μεγάλη αύξηση (στις Ευρωπαϊκές χώρες αποτελεί το μισό περίπου πληθυσμό των κωφών μαθητών) (Λαμπροπούλου, 1999).

Από την άλλη πλευρά, βαρήκοο θεωρείται το άτομο, το οποίο εξαιτίας της απώλειας της ακοής του δυσκολεύεται στην κατανόηση της ομιλίας μέσω του ακουστικού καναλιού, ωστόσο δεν παρεμποδίζεται η επικοινωνία, καθώς με τη χρήση ή μη ακουστικών βαρηκοΐας ή άλλων τεχνικών βοηθημάτων, υπάρχει κατανόηση της ομιλίας (ο βαθμός απώλειας της ακοής κυμαίνεται συνήθως στα 25 – 69 dB σε όλες τις συχνότητες) (Λαμπροπούλου, 1999).

Με άλλα λόγια, οι Κωφοί έχουν πρόσβαση στη γλώσσα μόνο μέσω της όρασης, ενώ οι βαρήκοοι έχουν πρόσβαση και μέσω της ακοής τους, στο σημείο που τους επιτρέπει ο βαθμός της βαρηκοΐας (Mooges, 2009).

1.2.1 Ταξινόμηση της Κώφωσης σε σχέση με τον βαθμό απώλειας της ακοής

Όσον αφορά τον βαθμό της ακουστικής απώλειας εντοπίζονται οι εξής κατηγορίες: η ήπια, η μέτρια, η σοβαρή και η βαθιά απώλεια ακοής.

Η ήπια απώλεια ακοής, που κυμαίνεται μεταξύ 26 και 40 dB (WHO, 2021) αφορά τα άτομα που δυσκολεύονται να αντιληφθούν την ομιλία ενός ανθρώπου, όταν στο περιβάλλον επικρατούν δυνατοί θόρυβοι (Nieman & Oh, 2020). Παρόλα αυτά, η ακρόαση και επανάληψη λέξεων, οι οποίες εκφωνούνται με κανονική φωνή σε απόσταση ενός μέτρου είναι εφικτή (Mathers, 2000). Γενικότερα, τα άτομα με ήπια απώλεια ακοής μπορούν να βοηθηθούν με τη χρήση ακουστικών βαρηκοΐας ή άλλων βοηθητικών συσκευών ενίσχυσης του ήχου (Nieman & Oh, 2020).

Στη μέτρια απώλεια ακοής, η οποία εντοπίζεται μεταξύ 41 έως 60 dB (WHO, 2021), τα άτομα αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην ακρόαση και αντίληψη της ομιλίας όταν αυτή συντελείται με κανονικό τόνο (Nieman & Oh, 2020). Ως αποτέλεσμα, 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). Στην περίπτωση αυτή συνιστώνται τα ακουστικά βαρηκοΐας ή άλλες συσκευές ήχου, οι οποίες μπορούν να συμβάλλουν στην κατανόηση της ομιλίας (Nieman & 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 (Nieman & Oh, 2020), καθώς έχουν τη δυνατότητα να αντιληφθούν αποκλειστικά τους δυνατούς ήχους αλλά και ορισμένες λέξεις, οι οποίες προφέρονται με δυνατή φωνή (Mathers, 2000). Γίνεται, λοιπόν, κατανοητό για τα άτομα αυτής της κατηγορίας, ότι απαιτείται η χρήση ακουστικών βαρηκοΐας, κοχλιακών εμφυτευμάτων ή η εκπαίδευση τους σε εναλλακτικούς τρόπους επικοινωνίας (Nieman & Oh, 2020).

Τέλος, η βαθιά απώλεια ακοής 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 ωφέλημα μόνο για την κατανόηση ορισμένων λέξεων (Nieman & 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).

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).

1.2.2 Ταξινόμηση της Κώφωσης σε σχέση με την περιοχή του αυτιού που εντοπίζεται η βλάβη

Η Κώφωση μπορεί να κατηγοριοποιηθεί λαμβάνοντας υπόψη τη θέση της οργανικής βλάβης στην ανατομική περιοχή του αυτιού (Sheffield & Smith, 2018) και επομένως, διακρίνεται σε απώλεια ακοής τύπου αγωγιμότητας, νευροαισθητήρια ακουστική απώλεια και μικτή απώλεια ακοής, οι οποίες διαφέρουν ως προς το εάν η βλάβη βρίσκεται στο εξωτερικό, μεσαίο ή εσωτερικό αυτί (Λαμπροπούλου, 1999β · Lee & Bance, 2018 · Nieman & Oh, 2020).

Η ακουστική απώλεια τύπου αγωγιμότητας προκαλείται από καταστάσεις που επηρεάζουν το εξωτερικό και μεσαίο αυτί (Κουρμπέτης & Χατζοπούλου, 2010 · Shearer, et al., 2017) και οφείλονται στην εμφάνιση ωτοσκλήρυνσης, στη συσσώρευση υγρού, στο χολοστεάτωμα και σε άλλες μολύνσεις του μεσαίου αυτιού (Knoors & Marschark, 2015 · Nieman & Oh, 2020). Η βλάβη αυτή δημιουργεί εμπόδια στη μετάδοση των ήχων από το περιβάλλον στο εσωτερικό αυτί, μέσω της τυμπανικής μεμβράνης και των οσταρίων του μεσαίου αυτιού (Nieman & Oh, 2020). Ωστόσο, διάφορα ηχητικά κύματα οδηγούνται στο εσωτερικό αυτί με έμμεσο τρόπο, διαμέσου των οστών του κρανίου (Knoors & Marschark, 2015). Σύμφωνα με τα παραπάνω, στην απώλεια ακοής τύπου αγωγιμότητας 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 εμπίπτουν 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 & Oh, 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). Ως αποτέλεσμα παρατηρείται αδυναμία των ήχων να φθάσουν στον εγκέφαλο λόγω νευρολογικών δυσλειτουργιών (Knoors & Marschark, 2015), και επομένως καθίστανται 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. Η μόνη 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 & Oh, 2020).

Τέλος, η μικτή απώλεια ακοής αφορά τις περιπτώσεις, κατά τις οποίες η απώλεια ακοής τύπου αγωγιμότητας και η νευροαισθητήρια ακουστική απώλεια λαμβάνουν χώρα ταυτόχρονα (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), και επομένως καθίσταται αναγκαία η αποκατάσταση της βλάβης στο μεσαίο ή εξωτερικό αυτί, ώστε να μην επιβαρυνθεί συνολικά η ακουστική κατάσταση του ατόμου (Λαμπροπούλου, 1999β).

1.2.3 Ταξινόμηση της Κώφωσης σε σχέση με την ηλικία εμφάνισης της ακουστικής απώλειας

Η ταξινόμηση αυτή σχετίζεται με την ηλικία, κατά την οποία παρουσιάζεται η ακουστική αναπηρία στο άτομο (Moores, 2011). Ειδικότερα, ένα άτομο μπορεί να διακριθεί σε προγλωσσικά Κωφό και μεταγλωσσικά Κωφό, 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, στις περιπτώσεις εκείνων των ατόμων, των οποίων η ακουστική βλάβη ήταν παρούσα στη γέννηση ή προέκυψε πριν από την ανάπτυξη της γλώσσας, ομιλούμενης ή νοηματικής. (Moores, 2011 · Κουρμπέτης & Χατζοπούλου, 2010). 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 βλάβη εμφανίστηκε μετά τη φυσική κατάκτηση της ομιλούμενης γλώσσας (Moores, 2011 · Κουρμπέτης & Χατζοπούλου, 2010). Εν κατακλείδι, η διαφορά ανάμεσα στα άτομα με προγλωσσική και μεταγλωσσική Κώφωση έγκειται στο γεγονός πως οι μεταγλωσσικά κωφοί έχουν ήδη χρησιμοποιήσει την ομιλία ως πρωταρχικό μέσο επικοινωνίας, για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα της ζωής τους.

1.2.4 Ταξινόμηση της Κώφωσης σε σχέση με τα μοντέλα που τη χαρακτηρίζουν

Η ταξινόμηση αυτή αφορά τις διαφορετικές οπτικές θεωρήσεις, ιδεολογίες και αντιλήψεις απέναντι στην αναπηρία (Knooks & Marschark, 2015). Από τη μεριά του ιατρικού μοντέλου, η Κώφωση αποτελεί ακουστικό έλλειμα και τα άτομα που εμπíπτουν σ' αυτήν ορίζονται ως άτομα με προβλήματα ακοής (Leigh, 2009). Η Κώφωση, δηλαδή, θεωρείται παθολογική ανεπάρκεια, που πρέπει να αντιμετωπιστεί (Conama, 2004). Τα άτομα με Κώφωση σύμφωνα με αυτό το μοντέλο αποκλίνουν από το «φυσιολογικό», αφού διαφέρουν από τους συνανθρώπους τους με τυπική ακοή (Ha'am, 2017 · Leigh, 2009 · Oliver, 2013). Οι παραπάνω απόψεις οδηγούν στην ανάγκη για χειρουργικές και ακουστικές παρεμβάσεις, οι οποίες έχουν ως στόχο την αποκατάσταση της ακουστικής ικανότητας και ομιλίας (Conama, 2004).

Γενικότερα, το ιατρικό μοντέλο αντιμετωπίζει την αναπηρία ως 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).

Ένα άλλο μοντέλο είναι το κοινωνικό, το οποίο αντιμετωπίζει την Κώφωση ως διαφορετικότητα και όχι ως βλάβη ή ως έλλειμμα. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο τα άτομα με ακουστική αναπηρία το βιώνουν ως αποτέλεσμα του κοινωνικού αποκλεισμού και των διακρίσεων (Ha'am, 2017). Δηλαδή, το κοινωνικό μοντέλο εστιάζει στις κοινωνικές και θεσμικές αλλαγές, καθώς αναγνωρίζει πως η κοινωνία αποκλείει τους Κωφούς, δημιουργώντας εμπόδια στις καθημερινές τους δραστηριότητες (Conama, 2004). Με άλλα λόγια, η αναπηρία δε θεωρείται ως ατομικό χαρακτηριστικό αλλά ως ένα σύνολο συνθηκών, μια προβληματική κατάσταση που κατά κανόνα δημιουργεί η κοινωνία (Σούλης, 2013).

Τέλος, μεγάλη είναι και η σημασία του κοινωνικο-πολιτισμικού μοντέλου, το οποίο στηρίζεται σε ανθρωπολογικές και κοινωνιολογικές αντιλήψεις, σύμφωνα με τις οποίες η Κώφωση αντιμετωπίζεται ως πολιτιστική, κοινωνική και γλωσσική ταυτότητα και όχι ως αναπηρία (Holcomb, 2013 · Ladd, 2003, 2005). Το μοντέλο αυτό αντιμετωπίζει τους Κωφούς ως μια πολιτιστική ομάδα, η οποία βασίζεται σε κοινές εμπειρίες, συλλογικές αξίες αλλά και στη χρήση της ίδιας γλώσσας (Kim et al, 2018). Δίνεται, επομένως, ιδιαίτερη έμφαση στην Κοινότητα και την κουλτούρα των Κωφών, η οποία αντιμετωπίζεται ως μία διαφορετική και ισότιμη πολιτιστική ομάδα (Kim et al., 2018).

1.3 Τα αίτια της Κώφωσης

Η αιτιολογία της παιδικής βαρηκοΐας και Κώφωσης αποτελεί ένα δύσκολο εγχείρημα, καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων συνοδεύεται από τη φράση «άγνωστη αιτιολογία (Ackley & Decker, 2006).

Ωστόσο μπορούμε να αναγνωρίσουμε μερικά αίτια για την παιδική βαρηκοΐα ή Κώφωση, προγενετικά, περιγενετικά ή μεταγενετικά. Μερικά από αυτά είναι η ερυθρά, ο κυτταρομεγαλοϊός, η νόσηση της μητέρας κατά τον τοκετό, επιπλοκές συσχετιζόμενες με την προωρότητα, κακώσεις κατά τον τοκετό, εμφάνιση πυρηνικού

ικτέρου μετά τη γέννηση, χρήση ωτοτοξικών φαρμάκων ή περιπτώσεις τραυματισμών (Ackley & Decker, 2006).

Το σημαντικότερο όμως αίτιο της Κώφωσης θεωρείται ότι είναι η κληρονομικότητα, η οποία αφορά το 50-60% των περιπτώσεων της νευροαισθητήριας πολύ μεγάλου βαθμού βαρηκοΐας κατά την παιδική ηλικία. Αυτό οφείλεται στην πολυπλοκότητα του ανθρώπινου ακουστικού μηχανισμού και στο μεγάλο αριθμό γονιδίων, που εμπλέκονται στην ανάπτυξή του (Ackley & Decker, 2006).

Τέλος, έγκειται μεγάλη δυσκολία στο να καθοριστεί με ακρίβεια ο βαθμός, στον οποίο τα άλλα αίτια προκαλούν την Κώφωση, για λόγους, που οφείλονται κυρίως στη μη χρονική σύμπτωση, που αναπόφευκτα υπάρχει ανάμεσα στην αιτιολογία της Κώφωσης και στη διάγνωσή της (Ackley & Decker, 2006).

1.4 Συστήματα ενίσχυσης του ήχου

Η ενίσχυση του ήχου στα άτομα με απώλεια ακοής επιτυγχάνεται με τις δύο πιο διαδεδομένες συσκευές, που είναι τα ακουστικά βαρηκοΐας και τα κοχλιακά εμφυτεύματα (Budenz et al., 2011 · Woods et al., 2015).

Σήμερα, τα πλέον διαδεδομένα τεχνικά βοηθήματα ακοής είναι τα ακουστικά βαρηκοΐας, με την ψηφιακή πλέον τεχνολογία να επιτρέπει καλύτερη πρόσληψη του σήματος της ομιλίας, σε σχέση με τα αναλογικά ακουστικά, και παρέχει τη δυνατότητα επιλεκτικής ενίσχυσης συχνοτήτων σύμφωνα με το ατομικό ακουόγραμμα του χρήστη για καλύτερη απόδοση σε συνθήκες θορύβου. Πιο συγκεκριμένα, το ακουστικό βαρηκοΐας είναι 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). Σήμερα, 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).

Όσον αφορά τα κοχλιακά εμφυτεύματα, είναι τεχνολογικά βοηθήματα ενίσχυσης του ήχου και στηρίζονται στην ενεργοποίηση των νευρικών ιών του

ακουστικού νεύρου από ηλεκτροακουστικά ερεθίσματα. Η χρήση τους γίνεται 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 συσκευές αυτές ενίσχυσης του ήχου διαφοροποιούνται από τα ακουστικά βαρηκοΐας, καθώς ένα τμήμα τους βρίσκεται χειρουργικά εμφυτευμένο στο μεσαίο αυτί (Clark, 2009). Ειδικότερα, η εξωτερική συσκευή περιλαμβάνει το μικρόφωνο και έναν επεξεργαστή ομιλίας, τα οποία στοχεύουν στη 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).

Η επιλογή και τοποθέτηση κοχλιακού εμφυτεύματος σε ένα κωφό παιδί είναι μια διαδικασία, στην οποία θα πρέπει να συμμετέχει μια ομάδα επαγγελματιών. Ο χειρουργός είναι υπεύθυνος για τα πρώτα στάδια της διαδικασίας εμφύτευσης, ωστόσο ο εκπαιδευτικός σύμβουλος είναι εκείνος, που στη συνέχεια ευθύνεται για όλα τα εκπαιδευτικά θέματα, που αφορούν το παιδί με εμφύτευμα. Προκειμένου να κατανοηθούν οι συνέπειες της χρήσης κοχλιακού εμφυτεύματος, απαιτείται εκπαίδευση τόσο των εκπαιδευτικών και των επαγγελματιών όλων των ειδικοτήτων, όσο και των γονέων (Κουρμπέτης και συν., 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΤΡΟΠΟΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

2.1 Μέθοδοι και συστήματα επικοινωνίας των ατόμων με Κώφωση

Στην εκπαίδευση των Κωφών, όταν χρησιμοποιούμε τον όρο «μέθοδο», εννοούμε τη «μέθοδο επικοινωνίας», δηλαδή τη γλώσσα, που χρησιμοποιείται ως εργαλείο για τη διδασκαλία και όχι τη μέθοδο με την έννοια της στρατηγικής, που ακολουθείται για τη διδασκαλία ενός γνωστικού αντικείμενου. Συγκεκριμένα, διαπιστώνονται τρία βασικά συστήματα που χρησιμοποιούνται κατά τη διδασκαλία και επικοινωνία των ατόμων με Κώφωση. Στα συστήματα αυτά συγκαταλέγεται η

προφορική μέθοδος, η ολική μέθοδος επικοινωνίας και η δίγλωσση-διαπολιτισμική προσέγγιση (Mooges, 2009 · Κουρμπέτης & Χατζοπούλου, 2010).

Η προφορική μέθοδος (oral method) προσεγγίζει το κωφό άτομο μέσα από την προοπτική του ιατρικού μοντέλου. Στην περίπτωση αυτή, η διδασκαλία του κωφού ατόμου γίνεται αποκλειστικά και μόνο μέσω της ομιλίας, χωρίς την οποιαδήποτε διαμεσολάβηση νοημάτων και χειρονομιών. Με άλλα λόγια, η ομιλία είναι το μοναδικό μέσο επικοινωνίας αλλά και ο στόχος της εκπαίδευσης, ενώ η έμφαση δίνεται στη χρήση και καλλιέργεια της υπολειμματικής ακοής και στην ανάπτυξη καταληπτής ομιλίας (Mooges, 2009).

Η μέθοδος της ολικής επικοινωνίας (total communication) προσεγγίζει το κωφό άτομο μέσα από την προοπτική του κοινωνικού μοντέλου, σύμφωνα με το οποίο το περιβάλλον και η κοινωνία τροποποιούνται και προσαρμόζονται, έτσι ώστε να εξυπηρετούν τις ανάγκες των Κωφών. Η βασική φιλοσοφία της μεθόδου αυτής είναι η χρήση οποιουδήποτε μέσου είναι αναγκαίο, προκειμένου να μεταφερθούν όσο το δυνατό περισσότερες πληροφορίες στο κωφό παιδί. Πιο συγκεκριμένα ο όρος «ολική επικοινωνία» αναφέρεται στη συνδυαστική χρήση του οπτικού, ακουστικού και φωνητικού καναλιού. Υπάρχει, δηλαδή, ευελιξία στην επιλογή του τρόπου επικοινωνίας ανάλογα με τις ικανότητες του κάθε παιδιού. Ωστόσο, η ταυτόχρονη χρήση ομιλίας και νοημάτων με βάση τη σύνταξη και τη γραμματική της γλώσσας των ακουόντων και επομένως η ανάμειξη των δύο γλωσσών, θεωρήθηκε μειονέκτημα της μεθόδου (Mooges, 2011).

Τέλος, η δίγλωσση προσέγγιση στο χώρο της εκπαίδευσης των Κωφών αποτελεί μια σχετικά νέα προσέγγιση, σύμφωνα με την οποία η κάλυψη των επικοινωνιακών και εκπαιδευτικών αναγκών των κωφών μαθητών μπορεί να επιτευχθεί με τη χρήση δύο γλωσσών: της νοηματικής γλώσσας των Κωφών και της ομιλούμενης και γραπτής γλώσσας των ακουόντων. Η μέθοδος αυτή προσεγγίζει το κωφό άτομο μέσα από την προοπτική του γλωσσολογικού και πολιτισμικού μοντέλου. Στην περίπτωση της δίγλωσσης μεθόδου επικοινωνίας ως φυσική γλώσσα και επομένως «γλώσσα – στόχος» των Κωφών θεωρείται η νοηματική γλώσσα και αποτελεί τη βάση για τη διδασκαλία της δευτέρας γλώσσας. Είναι πολύ σημαντικό, ωστόσο, οι δύο γλώσσες να μην αναμειγνύονται και τα όρια μεταξύ τους θα πρέπει να είναι σαφή και ξεκάθαρα (Mooges, 2011).

2.2 Νοηματική γλώσσα

Όλοι οι άνθρωποι έχουν την τάση και την ικανότητα να αναπτύσσουν γλώσσα και συγκεκριμένα, τα κωφά παιδιά τείνουν προς τη νοηματική γλώσσα, καθώς ταιριάζει ιδιαίτερα με την οπτική φύση των Κωφών και αυτό την καθιστά απόλυτα προσβάσιμη από ένα κωφό παιδί. Η νοηματική γλώσσα είναι αποτελεσματική, γιατί είναι δομημένη με τέτοιο τρόπο, ώστε να αξιοποιείται η οπτική λειτουργία του εγκεφάλου. Οι νοηματικές γλώσσες αποτελούν φυσικές γλώσσες, που αναπτύχθηκαν αυθόρμητα από άτομα με ακουστική αναπηρία (Sandler & Lillo-Martin, 2001) και στη συνέχεια εξελίχθηκαν σε δομημένα συστήματα που διέπονται από ένα σύνολο γλωσσικών κανόνων. Οι κανόνες αυτοί, δεν συνάδουν με τους αντίστοιχους των ομιλούμενων γλωσσών, καθώς οι νοηματικές γλώσσες παρουσιάζουν ξεχωριστές φωνολογικές, μορφολογικές και συντακτικές δομές (Sandler & Lillo-Martin, 2012). Σύμφωνα με την Παγκόσμια Ομοσπονδία Κωφών, ανά τον κόσμο εντοπίζονται περισσότερες από 200 νοηματικές γλώσσες, οι οποίες χρησιμοποιούνται από 70 εκατομμύρια ανθρώπους με απώλεια ακοής (World Federation of the Deaf, 2021).

Πιο συγκεκριμένα, η κάθε νοηματική γλώσσα ενσωματώνει χειρονομικά στοιχεία, όπως το σχήμα του χεριού, τη θέση της παλάμης σε σχέση με το σώμα και την κίνηση, που πραγματοποιεί το χέρι (Stokoe, 2005) αλλά και μη χειρονομικά στοιχεία, στα οποία συγκαταλέγονται ορισμένες κινήσεις του προσώπου, των ματιών και του κεφαλιού καθώς και η στάση του σώματος των ατόμων (Baker & Padden, 1978).

Η ελληνική νοηματική γλώσσα είναι η φυσική γλώσσα των Κωφών στην Ελλάδα. Οι Κωφοί στην Ελλάδα, όπως και στον υπόλοιπο κόσμο αποτελούν μια γλωσσική μειονότητα και ως εκ τούτου αντιμετωπίζουν ιδιαίτερη δυσκολία στην αμφίδρομη και αποτελεσματική επικοινωνία με τους συνανθρώπους τους. Η χρήση της Ελληνικής Νοηματικής Γλώσσας συνιστά απαραίτητη προϋπόθεση για να γίνει ένα άτομο μέλος της κοινότητας των Κωφών. Συγκεκριμένα, ο αριθμός των ατόμων, που τη χρησιμοποιούν, υπολογίζεται περίπου στα 10000, στους οποίους συγκαταλέγονται η πλειονότητα των Ελλήνων Κωφών, ακούοντα παιδιά κωφών γονέων, ακούοντες γονείς κωφών παιδιών καθώς και ειδικοί επαγγελματίες, που ασχολούνται με Κωφούς (World Federation of the Deaf, 2021).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΜΟΝΤΕΛΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Διάφορες έρευνες έχουν αναδείξει πως η επίδραση των εκπαιδευτικών εμπειριών αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες για τη δημιουργία ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση (Charman, 2021 · Goldblat & Most, 2018 · Hadjidakou & Nikolaraizi, 2007).

Συγκεκριμένα, 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. 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. 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. (Goldblat & Most, 2018 · Marschark et al., 2017 · Hadjidakou & Nikolaraizi, 2007).

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 Hadjidakou & Nikolaraizi (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 & Nikolaraizi (2007), Nikolaraizi & Hadjidakou (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 44 σχολεία κατά τα οποία χρησιμοποιούνταν η νοηματική γλώσσα ταυτίστηκαν με την ταυτότητα Κωφών. Σε αντίθεση με τα παραπάνω αποτελέσματα, στην έρευνά του ο Chapman (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 Hintermaier (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.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗ – ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΟΝΑΞΙΑ

4.1.1 Κοινωνικοποίηση

Η κοινωνικοποίηση είναι μία διαδικασία κατά την οποία συγκροτείται η προσωπικότητα του ατόμου. Το άτομο αφομοιώνει ιδέες, αντιλήψεις, πρότυπα συμπεριφοράς, ανάλογα με την κοινωνική δομή στην οποία βρίσκεται ώστε να ενταχθεί στο κοινωνικό σύνολο. Οι σημαντικότεροι θεσμοί που πρωταρχικό τους έργο είναι η κοινωνικοποίηση του ατόμου είναι η οικογένεια και το σχολείο (Τσαούση, 2007).

Γενικότερα, ο άνθρωπος είναι ένα κοινωνικό ον, το οποίο έχει την ανάγκη για επικοινωνία και αλληλεπίδραση με τους γύρω του, γι' αυτό και δεν μπορεί να ζει μόνος του. Μέσα, λοιπόν, στο κοινωνικό περιβάλλον πραγματώνονται όλες εκείνες οι συνθήκες μάθησης και απόκτησης εμπειριών, καθώς συμβάλλουν στην εξέλιξη και στην αυτοπραγμάτωση του ατόμου. Για το λόγο αυτό δημιουργήθηκαν οργανωμένες κοινωνίες, όπου η ένταξη του ατόμου σε μια κοινωνική ομάδα, του εξασφαλίζει ασφάλεια, σταθερότητα και δυνατότητες εξέλιξης (Τσαούση, 2007).

4.1.2 Ο κοινωνικός αποκλεισμός των ατόμων με αναπηρία

Η δημιουργία διακρίσεων βασίζεται, διατηρείται και στηρίζεται στην διαδικασία μείωσης και υποβάθμισης της θέσης ενός ανθρώπου προς επιδίωξη της βελτίωσης της θέσης του άλλου, χτίζοντας και διαιωνίζοντας με τον τρόπο αυτό στερεότυπα και προκαταλήψεις. Επομένως, πρόκειται για μια διαδικασία απόρριψης των «αδύναμων» ομάδων που είτε γίνεται συνειδητά, είτε υποσυνείδητα. Αυτή η συνθήκη οδήγησε τα τελευταία χρόνια σε ποικίλες μελέτες στους κλάδους της Κοινωνιολογίας και της Ψυχολογίας, όπως και σε διάφορες νομοθετικές παρεμβάσεις, οι οποίες προσπαθούν να εξαλείψουν τα αίτια αυτά και να καταπολεμήσουν τον κοινωνικό αποκλεισμό και στιγματισμό, που τους οδηγεί στο περιθώριο. Πράγματι, τα άτομα που βιώνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό δοκιμάζονται σκληρά και συναντούν διαρκώς εμπόδια στην άσκηση των φυσικών δικαιωμάτων τους. Η παραβίαση των ατομικών και ανθρώπινων δικαιωμάτων τους αποτελεί μια σκληρή διαδικασία που τους φθείρει ψυχολογικά και τους οδηγεί σε δυσμενείς συνθήκες διαβίωσης και αυτομάτως στην εξαθλίωση. Τα στερεότυπα, οι προκαταλήψεις, οι κοινωνικές κατασκευές για τα χαρακτηριστικά που φέρει ένα άτομο ή μια ομάδα δεν επιτρέπουν, αλλά μάλλον τους απαγορεύουν να διατηρήσουν την θέση τους στην κοινωνία, με αποτέλεσμα να έχουν ψυχολογικές επιπτώσεις. Μερικές από αυτές τις ψυχολογικές επιπτώσεις είναι α) το άγχος και ο φόβος, τα οποία αποτελούν και τα κυρίαρχα συναισθήματα των ατόμων αυτών, αποτέλεσμα της αβεβαιότητας και της ανασφάλειας που στη συνέχεια γίνονται συναισθήματα θυμού, οργής, επιθετικότητας αλλά και κατάθλιψης, β) η ματαιώση, ένα συναίσθημα πολύ σύνθηες στα άτομα που δέχονται τον κοινωνικό αποκλεισμό, νιώθοντας πολλές φορές την ανικανότητα να δημιουργήσουν πράγματα και να κάνουν όνειρα, φτάνοντας στα όρια της απελπισίας και της απόγνωσης, με αποτέλεσμα τη μείωση της αυτοπεποίθησης και της

αυτοεκτίμησής τους, γ) η ενοχή και η ντροπή, καθώς δεν είναι σε θέση να προσφέρουν στην οικογένεια τους και στο περιβάλλον τους την δυνατότητα μιας «φυσιολογικής» και «ποιοτικής» ζωής, δ) η απομόνωση και η αποξένωση, που καλλιεργούνται από την αρνητική στάση και αντίληψη των συνανθρώπων, γι' αυτό και τα χαρακτηριστικά αυτά αποτελούν στρατηγικές άμυνας, ώστε να αποφύγουν την απόρριψη (Τσιάκαλος, 1999).

Αδιαμφισβήτητα, τα άτομα με αναπηρία αποτελούν μια ομάδα της κοινωνίας, η οποία είναι εκτεθειμένη στον κοινωνικό αποκλεισμό. Ο κοινωνικός τους αποκλεισμός ξεκινά από τον τρόπο, που οργανώνεται μια κοινωνία, στην οποία τα άτομα με αναπηρία βιώνουν καθημερινά και σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής τους διακρίσεις. Ως κοινωνικός αποκλεισμός μπορεί να θεωρηθεί η άρνηση ή μη συνειδητοποίηση των κοινωνικών δικαιωμάτων των πολιτών, τα οποία αναφέρονται στην διανομή δημόσιων και κοινωνικών αγαθών, όπως είναι η εργασία, η κατοικία, η υγεία, η εκπαίδευση, η ψυχαγωγία, οι κοινωνικές σχέσεις κ.α. Κοινωνικά αποκλεισμένα, λοιπόν, θεωρούνται τα άτομα, που η ζωή τους οδηγεί στην περιθωριοποίηση, εκεί που τα κοινωνικά δικαιώματα στην πράξη καταργούνται και στιγματίζονται από την κοινωνική προκατάληψη (Τσιάκαλος, 1999).

Ένα από τα βασικότερα προβλήματα, που αντιμετωπίζουν τα άτομα με αναπηρία είναι η έλλειψη Δομών και Υποδομών, οι οποίες θα προσέφεραν μεγάλη και σημαντική βοήθεια στα ίδια τα άτομα, αλλά και στις οικογένειές τους. Οι Δομές που ήδη υπάρχουν είναι πλήρεις και ο υπέρογκος αριθμός των ατόμων με αναπηρία μειώνει το επίπεδο παροχής υπηρεσιών και την απόδοσή τους στον δημόσιο τομέα, με αποτέλεσμα όσοι έχουν οικονομική δυσχέρεια να καταφεύγουν στον ιδιωτικό τομέα. Επιπλέον, τα άτομα με αναπηρία αποτελούν μία ανομοιογενή ομάδα πληθυσμού, οι ανάγκες των οποίων διαφοροποιούνται, επομένως θα πρέπει να δοθεί προσοχή στην κάθε αναπηρία ξεχωριστά. Επιπροσθέτως, οι συνέπειες των στάσεων και των προκαταλήψεων απέναντι στα άτομα με αναπηρίες είναι πολλές και τις περισσότερες φορές επηρεάζουν αρνητικά τον τρόπο που δρουν και λειτουργούν στην καθημερινή τους ζωή, καθώς συμβάλλουν στον εκπαιδευτικό, εργασιακό και κοινωνικό τους αποκλεισμό. Ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι ένα φαινόμενο, που αποτελεί μια πραγματικότητα τις τελευταίες δεκαετίες και επηρεάζει τις πιο ευάλωτες κοινωνικές ομάδες (Τσαούση, 2007).

4.1.3 Οι επιπτώσεις της απώλειας ακοής στην ψυχική υγεία και την κοινωνικοποίηση

Η ακουστική αναπηρία καθιστά δύσκολη την επικοινωνία και για το λόγο αυτό το άτομο με ακουστική αναπηρία αναπόφευκτα θα βρεθεί αντιμέτωπο με κοινωνικές καταστάσεις, που θα επηρεάσουν αρνητικά τον ψυχισμό του. Ωστόσο, οι ψυχολογικές επιδράσεις, που σχετίζονται με την απώλεια της ακοής διαφέρουν ανάλογα με την προσωπικότητα του Κωφού / βαρήκοου ατόμου. Συγκεκριμένα, ένα δυναμικό άτομο θα διαθέτει το σθένος να διαχειριστεί την απώλεια της ακοής του και να συμμετάσχει ενεργά στην εκμάθηση νέων επικοινωνιακών στρατηγικών. Παρόλα αυτά, η ακουστική αναπηρία επιφέρει σημαντικές αλλαγές στην καθημερινότητα του ατόμου, με αποτέλεσμα την συναισθηματική του φόρτιση (Cunningham & Tucci, 2017).

Η ακουστική αναπηρία εκτός από σοβαρά επικοινωνιακά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα απαιτεί, επίσης, υψηλό κόστος υγειονομικής περίθαλψης. Πρόσφατες εξελίξεις στην προσπάθεια κατανόησής μας για τις υποβόσκουσες αιτίες της απώλειας ακοής, έχουν οδηγήσει σε προσπάθειες ανάπτυξης φαρμάκων και θεραπειών που μπορούν να αποτρέψουν ή να αντιστρέψουν τις επιπτώσεις του ακουστικού ελλείμματος. Υπάρχουν τεχνολογίες για τη βελτίωση της απώλειας ακοής, αλλά το κόστος, οι υγειονομικές πολιτικές και κανονισμοί περιορίζουν την πρόσβαση σε αυτές τις θεραπείες. Πλέον, καταβάλλονται συστηματικές προσπάθειες για την βελτίωση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη της ακοής των ενηλίκων (Cunningham & Tucci, 2017).

Η επικοινωνιακή αποτυχία λόγω της εξασθενημένης ακοής του ατόμου δύναται να επιφέρει περιορισμούς σε επίπεδο δραστηριοτήτων και στην συμμετοχή σε δρώμενα, με αποτέλεσμα την αποστασιοποίηση του ατόμου από το κοινωνικό περιβάλλον, την δημιουργία αρνητικών συναισθημάτων και την ψυχολογική κατάπτωση. Οι ενήλικες με Κώφωση / βαρηκοΐα ανεξάρτητα από την χρονική περίοδο έναρξης της αναπηρίας (παιδική ή ενήλικη ζωή), μπορεί να βιώνουν αισθήματα θυμού, ντροπής, άγχους ή/και άρνησης της αναπηρίας τους. Επιπλέον, η κατάθλιψη μπορεί να είναι κοινό χαρακτηριστικό αρκετών ατόμων με ακουστική αναπηρία, που θα οδηγήσει τελικά σε κοινωνική απόσυρση, καθώς λόγω της επικοινωνιακής αποτυχίας κατά την κοινωνική τους αλληλεπίδραση επιλέγουν να αποστασιοποιηθούν. Όσον αφορά τους ενήλικες με επίκτητη Κώφωση / βαρηκοΐα, με έναρξη στην ενήλικη ζωή, παρατηρείται μια κρίση της ταυτότητάς τους, καθώς η

απώλεια ακοής αντιμετωπίζεται ως απειλή για την προσωπικότητα τους. Καθημερινές συνήθειες και ασχολίες ενδέχεται να μην μπορούν να επιτευχθούν λόγω της ακουστικής απώλειας του ατόμου. Για παράδειγμα το άτομο μπορεί να δυσκολεύεται πλέον κατά την παρακολούθηση της αγαπημένης του τηλεοπτικής εκπομπής ή κατά την ακρόαση μουσικής μέσω ραδιοφώνου. Αντιθέτως, στους ενήλικες με έναρξη της απώλειας ακοής από την παιδική ηλικία, η ακουστική αναπηρία αποτελεί μέρος της ταυτότητας και της προσωπικότητάς τους (Kaland & Salvatore, 2002). Μολονότι τα άτομα θα έχουν καταφέρει να αποδεχθούν την ακουστική τους αναπηρία και θα έχουν υιοθετήσει εναλλακτικές μεθόδους επικοινωνίας, οι δυσκολίες, που θα συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν κατά την κοινωνική τους αλληλεπίδραση, θα επηρεάζουν την ψυχική και συναισθηματική τους κατάσταση. Για παράδειγμα, σε κοινωνικές συγκεντρώσεις, που απαιτούν την συμμετοχή σε συζήτηση, είναι πολύ πιθανό να προκληθούν αισθήματα άγχους και απογοήτευσης, που θα οδηγήσει τελικά σε κοινωνική αποστασιοποίηση (Cunningham & Tucci, 2017).

Στο άρθρο «The psychology of hearing loss» (2015), δημοσιευμένο στην ηλεκτρονική ιστοσελίδα του “The hearing center”, αναφέρονται τα πέντε στάδια της θλίψης, που σύμφωνα με την Elizabeth Kübler – Ross θα περάσουν οι ενήλικες με επίκτητη βαρηκοΐα. Τα στάδια αυτά είναι κατά σειρά τα εξής : άρνηση, θυμός, διαπραγμάτευση, θλίψη και αποδοχή. Στο πρώτο στάδιο το άτομο παρουσιάζει μια τάση άρνησης του ελλείμματος της ακοής του και ενδέχεται να βρίσκεται σε αυτό το στάδιο για αρκετό καιρό, καθώς καθίσταται δύσκολη η αναγνώριση και η αποδοχή του ακουστικού προβλήματος. Στο δεύτερο στάδιο ο θυμός είναι το χαρακτηριστικό στοιχείο που διέπει το άτομο και αποδίδεται συχνά στις δυσκολίες που αντιμετωπίζει κατά την επικοινωνία του με άλλους, αναφέροντας χαρακτηριστικά πως δεν μιλούν καθαρά ή μιλούν πολύ χαμηλόφωνα. Κατά το στάδιο των διαπραγματεύσεων το άτομο έχει επίγνωση της κατάστασής του και πραγματοποιεί συγκρίσεις με άλλες καταστάσεις της ζωής του και της ζωής των γύρω του, σύμφωνα με τις οποίες το ακουστικό έλλειμμα μοιάζει υποδεέστερο. Στο τέταρτο στάδιο η θλίψη προέρχεται από την λύπη που αισθάνεται το άτομο εξ’ αιτίας της ακουστικής απώλειας, την οποία θεωρεί μη αναστρέψιμη και θεωρεί ότι κανένα πλάνο αποκατάστασης δεν θα είναι αρκετά ωφέλιμο. Όταν το άτομο καταφέρει να φτάσει στο στάδιο αποδοχής της αναπηρίας καθίσταται αυτομάτως ευκολότερη η συμμετοχή και η απόδοση του σε ένα πλάνο ακουστικής αποκατάστασης. Η εκμάθηση νέων επικοινωνιακών στρατηγικών σε συνδυασμό με την χρήση ενός κατάλληλου ακουστικού ενίσχυσης

δύναται να επιφέρουν σημαντική μείωση των περιορισμών σε επίπεδο δραστηριότητας και κοινωνικής συμμετοχής με παράλληλη ψυχολογική και συναισθηματική ενίσχυση. Το αντίκτυπο απώλειας ακοής σε μεταγλωσσικό επίπεδο είναι αισθητά διαφοροποιημένο, απ' ό,τι θα ήταν σε ένα προγλωσσικό επίπεδο, καθώς στην προκειμένη περίπτωση υπάρχει πλήρης ανάπτυξη του φωνολογικού και σημασιολογικού λεξιλογίου. Ωστόσο, τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν ενήλικες με απώλεια ακοής δεν παύουν να αναγνωρίζονται από την ιατρική κοινότητα, με στόχο την εξάλειψή τους. Καθοριστικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην σοβαρότητα της αναπηρίας είναι ο βαθμός απώλειας της ακοής, το περιβάλλον στο οποίο το άτομο ζει και αλληλοεπιδρά, και τέλος η εικόνα που έχει το ίδιο το άτομο για τον εαυτό του και η ψυχοσύνθεσή του (Cunningham & Tucci, 2017).

Ως επί το πλείστον, μία από τις σημαντικότερες επιπτώσεις της απώλειας ακοής στην ψυχική υγεία των ενήλικων Κωφών / βαρήκοων ατόμων είναι η καταπίεση των συναισθημάτων τους. Αυτή η διαδικασία εσωτερίκευσης ενδέχεται να επιφέρει κατάθλιψη, αγχώδεις ή/και ψυχοσωματικές διαταραχές. Ως εκ τούτου, οι κανόνες κοινωνικής συμπεριφοράς δεν τηρούνται, εξαιτίας της αδυναμίας αντίληψης του συνομιλητή, με αποτέλεσμα να προκαλούνται λάθη και παρατυπίες που οδηγούν στην αποθάρρυνση, απόσυρση και κοινωνική απομόνωση του ατόμου (Cunningham & Tucci, 2017).

4.2.1 Κοινωνική επάρκεια

Η κοινωνική επάρκεια είναι μία πολυδιάστατη και σύνθετη έννοια, που έχει οριστεί με διάφορους τρόπους στην διεθνή βιβλιογραφία (Arnold & Lindner-Müller, 2012), γεγονός, που φανερώνει τις ποικίλες οπτικές γωνίες των κοινωνικών επιστημόνων. Επομένως, μερικοί από τους ορισμούς της κοινωνικής επάρκειας είναι οι παρακάτω:

- Η δυνατότητα του ατόμου να αλληλοεπιδρά με το περιβάλλον με αποτελεσματικότητα (White, 1959)
- Η αξιολογική κρίση κάποιου για ένα άλλο πρόσωπο, ότι το τελευταίο αποδίδει αποτελεσματικά σε συνάρτηση με κάποιο κριτήριο (McFall, 1982).
- Η συμπεριφορά που επιτυγχάνει κοινωνική λειτουργικότητα στο επίπεδο των φιλικών σχέσεων (Howes, 1987, στο Cole & Cole, 2002, σελ. 515)

- Η θέσπιση προσωπικών στόχων, που είναι κατάλληλα προσαρμοσμένοι σε συγκεκριμένες κοινωνικές καταστάσεις και η υιοθέτηση κατάλληλων συμπεριφορικών στρατηγικών για την επίτευξή τους (Taylor & Asher, 1984, στο Rubin & Rose- Krasnor, 1992, σελ. 113).
- Η ικανότητα να εκπληρώνει το άτομο προσωπικούς στόχους στα πλαίσια της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, ενώ την ίδια στιγμή να είναι σε θέση να διατηρήσει θετικές σχέσεις για μεγάλο χρονικό διάστημα και μέσα σε διαφορετικά πλαίσια (Rubin & Rose- Krasnor, 1992).
- Η ικανότητα που έχει το άτομο να εφαρμόζει κοινωνικές συμπεριφορές στις διαπροσωπικές του σχέσεις, που είναι κατάλληλες αναπτυξιακά (Schneider, 1993).

Οι ορισμοί αυτοί διαφωνούν ως προς την έμφαση, που δίνουν στις κοινωνικές-γνωστικές δεξιότητες, στα εγγενή ή όχι χαρακτηριστικά, στην ικανότητα κ.α.. Ωστόσο, όπως αναφέρουν οι Rubin και Rose- Krasnor (1992), στην πλειοψηφία τους συμφωνούν στο ότι η έννοια της κοινωνικής επάρκειας συμπεριλαμβάνει ως βασική διάσταση την αποτελεσματικότητα στο επίπεδο της διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης.

Η Rose- Krasnor το 1997, διαπιστώνει ότι στη διεθνή βιβλιογραφία του πεδίου της κοινωνικής ανάπτυξης έχουν διαμορφωθεί τρία είδη λειτουργικών ορισμών για την κοινωνική επάρκεια: 1) οι ορισμοί που επικεντρώνονται σε συγκεκριμένες δεξιότητες, 2) οι ορισμοί που εστιάζουν στην κοινωνική θέση και 3) οι ορισμοί που αναφέρονται στην ποιότητα των φιλικών σχέσεων.

Όσον αφορά την οπτική των κοινωνικών δεξιοτήτων, η κοινωνική επάρκεια ορίζεται ως ένα σύνολο επιθυμητών δεξιοτήτων, συμπεριλαμβανομένων κοινωνικών, γνωστικών, συναισθηματικών και άλλων χαρακτηριστικών (Hubbard & Coie, 1994· Mize & Ladd, 1990). Γενικότερα, έχουν προταθεί διάφορα κριτήρια για τον ακριβή εντοπισμό και ορισμό των συμπεριφορών, που καθιστούν ένα πρόσωπο κοινωνικά επαρκές. Τα πιο ευρέως αποδεκτά κριτήρια εκτίμησης της κοινωνικά επαρκούς συμπεριφοράς αποτέλεσαν οι σχέσεις με τους συνομηλίκους, η φιλικότητα, η συνεργασία, ο σεβασμός στους κανόνες μίας ομάδας κ.ά. Η συγκεκριμένη οπτική διερευνά την κοινωνική επάρκεια ως ατομικό/ εγγενές χαρακτηριστικό ή ως ικανότητα, παρά σαν συνέπεια της αλληλεπίδρασης ανάμεσα στα άτομα.

Υπό την οπτική της κοινωνικής θέσης μεταξύ των συνομηλίκων, τα άτομα τα οποία γίνονται αποδεκτά από τους συνομηλίκους τους ή είναι δημοφιλή, θεωρούνται και κοινωνικά επιδέξια (Furman, 1984· Putallaz & Sheppard, 1992). Ένα πλεονέκτημα της προσέγγισης αυτής αποτελεί το γεγονός ότι συνδυάζει τις

αξιολογήσεις από τους συνομηλίκους συνοψίζοντας συμπεριφορικά και συναισθηματικά στοιχεία της κοινωνικής επάρκειας. Ωστόσο, με την υιοθέτηση της εν λόγω οπτικής δεν επισημαίνονται οι συγκεκριμένες συμπεριφορές που θα οδηγήσουν στην αποδοχή από τους συνομηλίκους ή στη δημοτικότητα. Με άλλα λόγια, η συγκεκριμένη οπτική ταυτίζει την αποδοχή από τους συνομηλίκους ή τη δημοτικότητα με την κοινωνική επάρκεια. Επομένως, εάν ένα άτομο δε γίνεται αποδεκτό από τους συνομηλίκους του και βιώνει την κοινωνική απόρριψη ή δεν είναι δημοφιλές, δεν είναι εξ ορισμού κοινωνικά επιδέξιο (Putallaz & Sheppard, 1992).

Τέλος, όσον αφορά την οπτική της ποιότητας των σχέσεων, υπάρχουν ερευνητές, που αξιολογούν την κοινωνική επάρκεια μέσα από την ποιότητα των σχέσεων μεταξύ των ανθρώπων, οι οποίες με τη σειρά τους εξαρτώνται από τις δεξιότητες και των δύο ατόμων, που αλληλοεπιδρούν (Bossaert, Colpin, Pijl, & Petry, 2013· Locke, Ishijima, Kasari, & London, 2010). Με βάση την εν λόγω οπτική, όταν ένα πρόσωπο αλληλοεπιδρά με κάποιο άλλο, που κατέχει πληθώρα δεξιοτήτων, μπορεί και το ίδιο να επηρεαστεί θετικά και να παρουσιάσει δεξιότητες πέρα από αυτές που θα μπορούσε να επιδείξει από μόνο του και είναι πολύ πιθανό να έχει μία ανώτερη ποιοτικά σχέση (και επομένως να είναι περισσότερο επαρκές) από ότι ένα άτομο που αλληλοεπιδρά με ένα λιγότερο ικανό (Rose- Krasnor, 1997).

4.2.2 Προσδιορισμός της έννοιας «κοινωνική υποστήριξη»

Η κοινωνική υποστήριξη ορίζεται από τον Leavy ως η διαθεσιμότητα των αρωγών σχέσεων και η ποιότητα των σχέσεων αυτών (Αντωνίου, 2006). Η κοινωνική υποστήριξη κατέχει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην ψυχολογική διάθεση του ατόμου με ακουστική αναπηρία και μαζί με άλλους παράγοντες έχει τη δυνατότητα να ελαττώσει το πιθανό άγχος και στρες που αισθάνεται το άτομο. Όταν, δηλαδή, υπάρχει έμπρακτη κοινωνική υποστήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον, παρατηρούνται θετικά αποτελέσματα στη ζωή και στην καθημερινότητά του ατόμου (Αντωνίου, 2006). Η Νικολάου (2011) υποστηρίζει ότι: *«Σύμφωνα με τον Thompson (1995), η κοινωνική στήριξη αποτελείται από κοινωνικές σχέσεις, που δίνουν ή μπορούν να δώσουν υλικές και διαπροσωπικές απολαβές που έχουν σημασία για τον αποδέκτη. Τέτοιες απολαβές μπορούν να αφορούν συμβουλευτική, πρόσβαση σε πληροφορίες και υπηρεσίες, μοίρασμα ευθυνών και κατάκτηση δεξιοτήτων».*

Τα τελευταία χρόνια πληθώρα ερευνών φαίνεται να απασχολεί τη βιβλιογραφία με το θέμα της κοινωνικής υποστήριξης, καθώς πρόκειται για ένα θέμα με άμεση σύνδεση με διάφορους τομείς της καθημερινής ζωής και είναι καθοριστικός παράγοντας πολλών διεργασιών. Πιο συγκεκριμένα, έχει γίνει γνωστό ότι συνδέεται πολύ στενά με το άγχος, την κατάθλιψη, την ποιότητα ζωής και την καλύτερη διαχείριση της υγείας όσον αφορά διατροφικά πρότυπα και συνήθειες που έχουν άμεσο αντίκτυπο στην υγεία του ατόμου. Όλα αυτά συνάδουν στο γεγονός ότι η κοινωνική υποστήριξη έχει αποφέρει θετικά αποτελέσματα στους ανθρώπους στους οποίους βέβαια, παρέχεται και έγκαιρα και με την κατάλληλη μορφή για την κάθε περίπτωση που εξετάζεται (Ποντισίδης & Μπελλάλη, 2015).

Πιο συγκεκριμένα, η κοινωνική υποστήριξη είναι μία επικοινωνιακή διαδικασία, η οποία είτε εκφράζεται με λέξεις είτε όχι και στοχεύει στην παροχή βοήθειας, έτσι ώστε να βελτιωθεί η ψυχολογική κατάσταση του ατόμου, η διάθεση, η αυτοπεποίθηση και η αυτοεκτίμησή του (Ποντισίδης & Μπελλάλη, 2015). Σύμφωνα με έρευνες έχει αποδειχτεί ότι η κοινωνική υποστήριξη συμβάλλει στην καλύτερη ψυχολογική και σωματική υγεία, δηλαδή έχει την τάση να ανεβάζει την ψυχολογική διάθεση και προκαλείται στο άτομο ψυχολογική ευημερία. Ωστόσο, ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο διαδραματίζει το είδος της κοινωνικής υποστήριξης, που παρέχεται, καθώς και η ικανοποίηση που πιστεύει και νιώθει το άτομο ότι λαμβάνει από τον κοινωνικό του περίγυρο (Kafetsios, Sideridis, 2006).

Ίσως το πιο σημαντικό κομμάτι της κοινωνικής και συναισθηματικής υποστήριξης, είναι να αντιληφθεί το άτομο ότι η διαφορετικότητα μπορεί να ερμηνευθεί και θετικά, ότι θα πρέπει να αποδεχτεί τον εαυτό του με τα χαρακτηριστικά του, γιατί μόνο έτσι θα μπορέσει να υιοθετήσει εναλλακτικούς τρόπους επικοινωνίας, να δημιουργήσει κοινωνικές σχέσεις, να αποκτήσει καλύτερη διάθεση και υψηλή αυτοεκτίμηση. Ως εκ τούτου, το άτομο θα πρέπει να θέσει στόχους, να αρχίσει να βλέπει τη ζωή με θετική και ρεαλιστική ματιά και να σταματήσει να αποδίδει ευθύνες. Στις επιθυμητές αυτές συμπεριφορές πολύ σημαντικό ρόλο παίζει η οικογένεια, τα μέλη της οποίας θα πρέπει να προσέξουν να μη στραφούν στα δύο άκρα, δηλαδή αυτά της άρνησης και της αποφυγής ή της υπερπροστατευτικότητας. Εξίσου σημαντικό ρόλο παίζει και η κοινωνία, η οποία δυστυχώς ακόμα και σήμερα αποθαρρύνει τα άτομα με αναπηρία, τα οποία παλεύουν για μια ανέλπιστα αλλαγή νοοτροπίας και αντίδρασης στην αναπηρία και στη διαφορετικότητα (Παπάνης κ.συν., 2007).

4.2.3 Χαρακτηριστικά κοινωνικής υποστήριξης

Υπάρχουν τρία βασικά χαρακτηριστικά της κοινωνικής υποστήριξης τα οποία διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην εφαρμογή της και αυτά είναι η επίδραση, η ενίσχυση και η επιβεβαίωση. Σε πρώτο στάδιο, η επίδραση έχει να κάνει με το ενδιαφέρον, τα θετικά συναισθήματα, την αγάπη, το σεβασμό και την αλληλεγγύη, έννοιες δηλαδή που είναι πολύ σημαντικές για το ψυχολογικό κομμάτι του ατόμου. Εν συνεχεία, η ενίσχυση σχετίζεται με τα υλικά αγαθά και την έμπρακτη υποστήριξη, όπως είναι η παροχή χρημάτων όταν υπάρχει ανάγκη, η παροχή δεδομένων, χρόνου αλλά και τα δικαιώματα τα οποία εντάσσονται στην ενίσχυση. Τέλος, η επιβεβαίωση αφορά τις απόψεις και τη συμφωνία ενός ατόμου για κάποια πράξη ή για κάποιο άλλο άτομο, ή για κάποιο γεγονός. Η κοινωνική υποστήριξη επομένως είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με το κοινωνικό περιβάλλον, από το οποίο μπορεί να ανελιχθεί και να εκφραστεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο για το άτομο που το χρειάζεται. Επιπλέον η κοινωνική υποστήριξη όπως γίνεται γνωστό, επιδρά θετικά στην ψυχολογική κατάσταση του ατόμου, καθώς όχι μόνο το βοηθά να ξεπερνά τις δυσκολίες αλλά και να αποτρέπει καταστάσεις που του δημιουργούν άγχος και πίεση και πολλά άλλα ψυχοσωματικά προβλήματα. Ειδικότερα στη διαχείριση του θυμού και της κατάθλιψης η κοινωνική υποστήριξη είναι γνωστό ότι λειτουργεί ως καταλύτης. Ακόμη, το ίδιο συμβαίνει και στην υγεία γενικότερα, ώστε να διατηρείται σε καλά επίπεδα. Αντίθετα αν δεν υπάρχει κοινωνική υποστήριξη προς το άτομο τα αποτελέσματα είναι αρνητικά προς αυτό με θλιβερές συνέπειες. Τέλος, στην κοινωνική υποστήριξη είναι γνωστό ότι φέρνουν σημαντικές επιπτώσεις, η θρησκεία, ο πολιτισμός και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και της κλινικής υγείας του ατόμου (Υφαντής κ.συν., 2017).

4.3 Ορισμός της μοναξιάς

Κάθε άνθρωπος υπάρχει πιθανότητα να έχει βιώσει το αίσθημα της μοναξιάς κάποια στιγμή της ζωής του, έστω και για μικρό χρονικό διάστημα. Μάλιστα, η μοναξιά δείχνει να είναι ένα διαπολιτισμικό φαινόμενο και αυτή η καθολικότητά της, όπως υποστηρίζει η θεωρία των Baumeister & Leary (1995, στο Rotenberg & Hymel, 1999, σελ. 3), πιθανότατα πηγάζει από την παγκόσμια και καθολική ανάγκη του

«ανήκειν», την ανάγκη ,δηλαδή, της εγκαθίδρυσης σταθερών κοινωνικών δεσμών με ανθρώπους που νοιάζονται.

Ο ορισμός του Woodward (1988, στο Margalit, 1994, σελ. 5) προσπάθησε να δώσει μία αναλυτική περιγραφή της έννοιας της μοναξιάς: *«Η μοναξιά είναι ένα συναίσθημα του να είσαι μόνος και αποξενωμένος από θετικούς ανθρώπους, τόπους και πράγματα»*. Ακόμη, οι Replau και Perlman (1981) έχουν ορίσει τη μοναξιά ως μία δυσάρεστη εμπειρία, που συμβαίνει όταν το δίκτυο των κοινωνικών σχέσεων ενός ατόμου είναι ελλειμματικό είτε ποσοτικά είτε ποιοτικά.

4.4 Θεωρητικές προσεγγίσεις για τη μοναξιά

Για την κατανόηση της έννοιας της μοναξιάς οι Replau και Perlman (1982, στο Margalit, 1994, σελ. 5) έχουν προτείνει τρεις βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις:

1. την προσέγγιση των κοινωνικών αναγκών
2. την προσέγγιση των γνωστικών διεργασιών και
3. τη συμπεριφορική προσέγγιση

4.4.1 Προσέγγιση των κοινωνικών αναγκών

Η προσέγγιση των κοινωνικών αναγκών (Weiss, 1974) αναφέρεται στη μοναξιά ως συνέπεια των ελλειμμάτων, που βιώνει ένας άνθρωπος στο επίπεδο των διαπροσωπικών του σχέσεων, όταν οι εγγενείς αυτές ανάγκες του δεν πληρούνται. Η μοναξιά εκδηλώνεται ως επιθυμία για δημιουργία σχέσεων με άλλους, ενώ τα ελλείμματα, που οδηγούν στο συναίσθημα της μοναξιάς προκύπτουν από τη μη ικανοποίηση αναγκών όπως είναι η ανάγκη για δεσμό μέσα από σχέσεις που παρέχουν ασφάλεια, η ανάγκη για κοινωνική ένταξη, η ανάγκη για παροχή φροντίδας, η ανάγκη επιβεβαίωσης της προσωπικής αξίας, όταν το άτομο αισθάνεται, ότι αναγνωρίζεται ο κοινωνικός του ρόλος, όταν το άτομο προσδοκά βοήθεια, η ανάγκη για καθοδήγηση, όταν το άτομο χρειάζεται κάποιον πιθανά πιο έμπειρο να το βοηθήσει και να το συμβουλευτεί σε μια δύσκολη κατάσταση. Ως εκ τούτου, η προσέγγιση αυτή τονίζει τη συναισθηματική πλευρά της μοναξιάς και προτείνει επίσης ότι σε ορισμένες περιπτώσεις οι άνθρωποι βιώνουν μοναξιά, χωρίς να αναγνωρίζεται η πραγματική φύση της ανησυχίας τους.

4.4.2 Προσέγγιση των γνωστικών διεργασιών

Η προσέγγιση των γνωστικών διεργασιών, από την άλλη μεριά, δεν υποδηλώνει ότι η μοναξιά προκύπτει από ανεκπλήρωτες εγγενείς κοινωνικές ανάγκες, αλλά από τη δυσαρέσκεια για κάποια κοινωνική σχέση. Πρόκειται, δηλαδή, για μία ασυμφωνία ανάμεσα στο τι θέλει ή τι ελπίζει κάποιος σε επίπεδο κοινωνικών σχέσεων και τι τελικά επιτυγχάνει στην πραγματικότητα. Ως εκ τούτου, η προσέγγιση αυτή των γνωστικών διεργασιών περιγράφεται και ως «η οπτική της ασυμφωνίας» της μοναξιάς, που εξετάζει τη μοναξιά από την εσωτερική της προοπτική, εστιάζοντας στο πώς το μοναχικό άτομο αντιλαμβάνεται και αξιολογεί την κοινωνική του ζωή και όχι στο πώς θα μπορούσε να την αξιολογήσει ένας εξωτερικός παρατηρητής. Η συγκεκριμένη προσέγγιση τονίζει, όχι μόνο τη συναισθηματική πτυχή της μοναξιάς, αλλά και τις γνωστικές συνιστώσες της εμπειρίας της μοναξιάς. Με άλλα λόγια, οι άνθρωποι κρίνουν οι ίδιοι με βάση μία ποικιλία προτύπων και, όταν παρατηρούν απόσταση ανάμεσα στο πρότυπο αυτό και στα βιώματά τους, τότε οδηγούνται στη μοναξιά. Οι υποστηρικτές της προσέγγισης αυτής εκτιμούν ότι οι γνωστικές αξιολογήσεις, που κάνουν οι άνθρωποι για τις σχέσεις τους, επηρεάζονται από το ιστορικό των προηγούμενων κοινωνικών τους σχέσεων, καθώς επίσης και από τις παρατηρήσεις τους όσον αφορά τις σχέσεις των άλλων (Peplau, Miceli, & Morasch, 1982).

4.4.3 Συμπεριφορική προσέγγιση

Η συμπεριφορική προσέγγιση αντιλαμβάνεται ως πηγή των συναισθημάτων μοναξιάς τις ανεπαρκείς κοινωνικές ενισχύσεις. Πιο συγκεκριμένα, οι κοινωνικές σχέσεις μπορούν να αντιμετωπίζονται ως μία ιδιαίτερη κατηγορία ενισχυτών, και επομένως, η έλλειψη ή η ανεπαρκής ποσότητα σημαντικών κοινωνικών ενισχύσεων, μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα το συναίσθημα της μοναξιάς (Young, 1982). Η ποσότητα και η ποιότητα των διαπροσωπικών επαφών που το άτομο βρίσκει ικανοποιητικές και η ενίσχυση θεωρείται προϊόν του ιστορικού των ενισχύσεων που έχει βιώσει. Τα παιδιά με αναπηρίες θεωρείται ότι βιώνουν πιο αποτρεπτικές κοινωνικές σχέσεις, που προέρχονται από προκατειλημμένες αντιλήψεις συμμαθητών

τους και από λιγότερο ικανοποιητικές διαπροσωπικές επαφές. Επομένως, είναι λογικό ότι σε αυτά τα παιδιά απουσιάζουν τα θετικά συναισθήματα, που σχετίζονται με επιτυχείς προσπάθειες για την σύναψη στενών κοινωνικών σχέσεων, με αποτέλεσμα να βιώνουν κατά κύριο λόγο αρνητικές και απογοητευτικές κοινωνικές εμπειρίες. Σύμφωνα με τη συμπεριφορική προσέγγιση, η μοναξιά ορίζεται από την παρουσία αρνητικών συναισθημάτων, που είναι συνάρτηση των αποδόσεων που κάνει το άτομο για να εξηγήσει τις μη ικανοποιητικές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και τις προσωπικές απογοητεύσεις (Young, 1982).

4.5 Τα είδη της μοναξιάς

Με βάση την τυπολογία του Weiss (1973) προτείνεται μία θεμελιώδης διάκριση μεταξύ της κοινωνικής και της συναισθηματικής μοναξιάς. Πιο συγκεκριμένα, η κοινωνική μοναξιά αναφέρεται στην έλλειψη ενός αναγνωρισμένου κοινωνικού ρόλου και στην έλλειψη ενός δικτύου κοινωνικών σχέσεων, δηλαδή, στην αποτυχία να αισθανθεί το άτομο μέλος μιας ομάδας ατόμων, που τους συνδέουν κοινά ενδιαφέροντα και δραστηριότητες. Η αποτυχία αυτή μπορεί να οδηγήσει σε συναισθήματα πλήξης, ματαιότητας και κατάθλιψης.

Από την άλλη μεριά, η συναισθηματική μοναξιά έχει αναφερθεί από τον Weiss (1973), ως η αντιλαμβανόμενη έλλειψη μίας στενής, συναισθηματικής σχέσης στην οποία αισθάνεται κανείς αποδεκτός, ασφαλής και κατανοητός, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε αισθήματα άγχους και απομόνωσης (Weiss, 1973).

Επιπλέον, από τη σκοπιά της θεωρίας της προσκόλλησης η συναισθηματική μοναξιά (Cassidy & Berlin, 1999), έχει τις ρίζες της στην απουσία ενός ασφαλούς δεσμού με τους γονείς, στοιχείο που προδιαθέτει το παιδί να βιώσει μοναξιά αργότερα στη ζωή του, ενώ η κοινωνική μοναξιά είναι η συνθήκη που βιώνεται από τα παιδιά που δεν έχουν δεσμούς με τους συνομηλίκους τους.

Τέλος, οι Asher, Parkhurst, Hymel και Williams (1990) αναφέρουν ότι η εμπειρία της μοναξιάς συνίσταται σε τρεις αλληλοσυσχετιζόμενες διαστάσεις. Μία συναισθηματική, μία κοινωνική και μία διάσταση σχετιζόμενη με το πλαίσιο και τις συνθήκες. Οι δύο πρώτες διαστάσεις προσομοιάζουν με αυτές που πρότεινε ο Weiss (1973). Η τρίτη διάσταση, ωστόσο, αναφέρεται στην εμπειρία της μοναξιάς μέσα σε

συγκεκριμένα πλαίσια. Με άλλα λόγια, το αίσθημα της μοναξιάς πιθανόν να σχετίζεται με συγκεκριμένα γεγονότα, όπως είναι η παρουσία σε ένα μη οικείο περιβάλλον, η προσωρινή απουσία ενός σημαντικού προσώπου ή και ο αποκλεισμός, σε συγκεκριμένες συνθήκες (Asher et al., 1990).

4.6.1 Η επίδραση του τρόπου επικοινωνίας των ατόμων με ακουστική αναπηρία στο βαθμό μοναξιάς τους

Η ακουστική αναπηρία συνδέεται άμεσα με την αδυναμία επικοινωνίας με τα ακούοντα άτομα και ως εκ τούτου με τη μοναξιά και την απομόνωση. Για την αντιμετώπιση αυτού του συναισθήματος είναι απαραίτητη η ανάπτυξη ενός δίαυλου επικοινωνίας μεταξύ ατόμων με Κώφωση / βαρηκοΐα και ακούοντων (Lukomski, 2007· Most et al., 2012).

Ποικίλες σχετικές έρευνες αναφέρουν, πως τα άτομα με απώλεια ακοής αναπτύσσουν τέσσερα είδη κοινωνικών ταυτοτήτων: α) την ταυτότητα των Κωφών, σύμφωνα με την οποία, τα άτομα με την ακουστική αναπηρία γνωρίζουν και χρησιμοποιούν μόνο τη νοηματική γλώσσα στην επικοινωνία τους με τους άλλους και συναναστρέφονται με άλλα Κωφά και βαρήκοα άτομα, ταυτιζόμενοι με τη κουλτούρα των Κωφών, β) την ταυτότητα των ακούοντων, κατά την οποία τα άτομα με ακουστική αναπηρία αναπτύσσουν φιλίες με ακούοντες και επιλέγουν να επικοινωνούν μόνο μέσω της προφορικής γλώσσας, καθώς αισθάνονται πιο κοντά στους ακούοντες, ενώ δε γνωρίζουν τη νοηματική γλώσσα, γ) τη διαπολιτισμική ταυτότητα, όπου τα άτομα με απώλεια ακοής χρησιμοποιούν έναν δίγλωσσο τρόπο επικοινωνίας (νοηματική και προφορική γλώσσα) και ταυτίζονται εξίσου με Κωφούς και ακούοντες και δ) την περιθωριοποιημένη ταυτότητα, στην οποία παρατηρείται ότι τα κωφά και βαρήκοα άτομα αισθάνονται ότι δεν ανήκουν κάπου και δεν είναι σε θέση να ταυτιστούν ούτε με τους Κωφούς, αλλά ούτε και με τους ακούοντες. Η επιλογή της κοινωνικής ταυτότητας εξαρτάται από τις εμπειρίες και τις αντιλήψεις που θα διαμορφώσει στην πορεία της ζωής του το άτομο, οι οποίες θα καθορίσουν τη στάση του απέναντι στην κώφωση. Αναλόγως, λοιπόν, με την ταυτότητα που τελικά θα ενστερνιστούν, θα διαμορφώσουν και ανάλογες κοινωνικές δεξιότητες ή θα οδηγηθούν σε έλλειψη αυτών και κοινωνική αποστασιοποίηση (Bat-Chava, 2000·

Foster & Kinuthia, 2003· Leigh, Marcus, Dobosh & Allen, 1998· Nikolaraizi & Hadjikakou, 2006· Tucker, 2009· Χατζηκάκου & Νικολαράιζη, 2006).

Ειδικότερα, στην περιθωριοποιημένη ταυτότητα εντάσσονται τα άτομα, που βρίσκονται στο περιθώριο σε πολιτιστικό επίπεδο (Nelson Schmitt & Leigh, 2015). Τα άτομα αυτά αισθάνονται, ότι δεν ανήκουν πουθενά, γεγονός που δημιουργεί εμπόδια στην καθημερινότητα τους. Αντιμετωπίζουν δυσκολίες κατά την επικοινωνία τους με τους άλλους, καθώς φαίνεται ότι δεν υιοθετούν ούτε τον προφορικό λόγο ούτε τη νοηματική γλώσσα (Bat-Chava, 2000). Οι δυσκολίες στην επικοινωνία έχουν ως αποτέλεσμα έντονες δυσκολίες στην αλληλεπίδραση με τον κοινωνικό περίγυρο αλλά και στην ανάπτυξη κοινωνικών δικτύων (Most et al., 2007). Οι ελλειπείς κοινωνικές και επικοινωνιακές δεξιότητες οδηγούν τελικά στην απομόνωσή τους (Glickman, 1993). Η περιθωριοποιημένη ταυτότητα συχνά σχετίζεται με προβλήματα ψυχικής υγείας και κοινωνικής απομόνωσης (Glickman & Garey, 1993 · Lambez et al., 2020).

Αντίθετα, τα άτομα με Διαπολιτισμική ταυτότητα έχουν στόχο τη συνύπαρξη των δύο πολιτισμών, τον πολιτισμό των Κωφών με αυτόν των ακούοντων ατόμων (McIlroy, 2008) Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που αναπτύσσουν τη Διαπολιτισμική ταυτότητα μπορούν να χαρακτηριστούν και ως δίγλωσσα, αφού για την επικοινωνία τους στην καθημερινότητά τους χρησιμοποιούν τόσο τον προφορικό λόγο όσο και τη νοηματική γλώσσα (Leigh, 2009). Φαίνεται να αντιμετωπίζουν τους δύο αυτούς τρόπους επικοινωνίας ως δύο διαφορετικές γλώσσες ίσης αξίας (Fischer, 2000). Το γεγονός αυτό τους επιτρέπει να μεταπηδούν από τη μια γλώσσα στην άλλη 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).

Τέλος, η χρήση κοχλιακών εμφυτευμάτων επιτρέπει στα άτομα με ακουστική αναπηρία είτε να προσλαμβάνουν κάποιους περιβαλλοντικούς ήχους σε τέτοιο σημείο, που η ακουστική τους απώλεια να μπορεί να αντιστοιχεί σε ήπια ή μέτρια απώλεια ακοής είτε να αναπτύσσουν περισσότερο τις δεξιότητες του προφορικού λόγου (Bouchard, Ouellet & Cohen, 2009· Mouvet et al., 2013· Schick, Marschark & Spencer, 2005). Το κοχλιακό εμφύτευμα έχει συνδεθεί με τη μείωση της κατάθλιψης και της μοναξιάς (Poissant, Beaudoin, Huang, Brodsky & Lee, 2008).

4.6.2 Η επίδραση του μοντέλου της εκπαίδευσης των ατόμων με ακουστική αναπηρία στο βαθμό μοναξιάς τους

Αρκετοί παράγοντες, όπως είναι η πρόσβαση στη γλώσσα κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής του ατόμου, η επικοινωνία μέσα στην οικογένεια, καθώς και η ηλικία διάγνωσης ή εμφάνισης της ακουστικής αναπηρίας, επηρεάζουν σημαντικά την επικοινωνία, με αποτέλεσμα διαφορετικές γλωσσικές εμπειρίες από άτομο σε άτομο (ΑΠΣ, 2004· Νικολαραϊζή, 2011). Η ιδιαιτερότητα των ατόμων με προβλήματα ακοής είναι επικοινωνιακή. Με άλλα λόγια το άτομο με Κώφωση / βαρηκοΐα προσανατολίζεται ολοκληρωτικά στον οπτικοκινητικό δίαυλο επικοινωνίας, καθώς δεν δύναται να υπάρχει ακουστικοφωνητική επικοινωνία (Παπασπύρου, 2003).

Η ανάπτυξη της νοηματικής γλώσσας συνέβαλε στην ισότιμη παρουσία των ατόμων με ακουστική αναπηρία στην κοινωνία. Ωστόσο, είναι γεγονός ότι οι Κωφοί / βαρήκοοι δεν αναπτύσσουν με τον ίδιο ρυθμό τις απαραίτητες δεξιότητες για την ενσωμάτωσή τους στην κοινωνία, καθώς η ποιότητα της επικοινωνίας και η πρόσβαση στη γλώσσα διαφέρουν από άτομα σε άτομο. (Most, Ingber & Heled-Agiam, 2012· Νικολαραϊζή, 2011· Παπασπύρου, 2003).

Παρά τη σημαντική αυτή συμβολή της νοηματικής γλώσσας στην κοινωνική ένταξη (Most et al., 2012· Νικολαραϊζή, 2011· Παπασπύρου, 2003), για πολλά χρόνια η χρήση της στα σχολεία δεν επιτρέπονταν, με αποτέλεσμα η κατανόηση της ομιλίας να γίνεται μέσω της χειλεανάγνωσης και του προφορικού λόγου, που ήταν και το κύριο μέσο επικοινωνίας με τους ακούντες (Kourbetis & Hoffmeister, 2002). Μετά την εισαγωγή της νοηματικής γλώσσας στα σχολεία παρατηρήθηκε μεγάλη πρόοδος, ωστόσο τα άτομα με ακουστική αναπηρία αποτελούν έναν ετερογενή πληθυσμό με διαφορετικές γλωσσικές ανάγκες, στοιχείο που προκύπτει από τη διαφορετικότητα των γλωσσικών εμπειριών. Το αίσθημα της μοναξιάς στα άτομα με Κώφωση / βαρηκοΐα πιθανόν να εξηγείται από τον διαφορετικό τρόπο επικοινωνίας, ανεξαρτήτως από το εάν συμμετέχουν και δρουν ανάμεσα σε περιβάλλον ακούντων ή σε κοινότητες Κωφών (Νικολαραϊζή, 2011).

Μέχρι πρότινος η εκπαίδευση των ατόμων με Κώφωση / βαρηκοΐα είχε ακουοκεντρικό χαρακτήρα, καθώς ήταν επηρεασμένη από την ιατροπαθολογία της κώφωσης, με βασικό στόχο να εναρμονιστούν με το περιβάλλον των ακούντων (Λαμπροπούλου, 1999). Η έλλειψη της χρήσης της νοηματικής γλώσσας ενίσχυε τις

δυσκολίες, που αντιμετώπιζαν τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εξαιτίας των ελλειπών φωνολογικών τους γνώσεων που είναι απόρροια της περιορισμένης ακουστικής πρόσβασης στην ομιλία (Νικολαραίζη, 2011). Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια έγινε προσπάθεια να εφαρμοστεί μια δίγλωσση προσέγγιση στην εκπαίδευση, κατά την οποία αναγνωρίζεται ως πρώτη γλώσσα η Νοηματική και ως δεύτερη η γραπτή, κυρίως, γλώσσα (π.χ. η Ελληνική), γεγονός που απομακρύνει την εκπαίδευση των ατόμων αυτών από προηγούμενες ιατροπαθολογικές προσεγγίσεις και την τοποθετεί αυτομάτως σε ένα ευρύτερο, γλωσσικό και πολιτισμικό πλαίσιο (ΑΠΣ, 2004). Η ανάπτυξη ενός τρόπου επικοινωνίας μεταξύ Κωφών / βαρήκοων ατόμων και ακουόντων αυξάνει τις πιθανότητες να αντιμετωπιστεί το συναίσθημα της μοναξιάς και της απομόνωσης (Νικολαραίζη, 2011).

Επιπλέον, ένας σημαντικός παράγοντας, που θα ωφελήσει, ώστε το άτομο με ακουστική αναπηρία να είναι σε θέση να συμβαδίσει με τους ακούοντες είναι η έγκαιρη και έγκυρη παρέμβαση από την προσχολική ηλικία (Moeller, 2000). Αν, δηλαδή, η εκπαίδευση ξεκινάει από τη στιγμή της διάγνωσης, τότε τα άτομα θα έχουν περισσότερες ευκαιρίες για κοινωνική αλληλεπίδραση με τους ακούοντες συνομηλίκους τους και θα αποκτήσουν τις απαραίτητες κοινωνικές ως μελλοντικοί ενήλικες. Ωστόσο, οι απόψεις δίστανται όσον αφορά το θέμα της ενσωμάτωσης των παιδιών με απώλεια ακοής σε τάξεις ακουόντων, καθώς όπως έχει αποδειχθεί σε σχετικές έρευνες τα αποτελέσματα της ενσωμάτωσης δεν είναι πάντα τα επιθυμητά, αντίθετα συχνά το αποτέλεσμα της συγκεκριμένης ενέργειας είναι η κοινωνική απομόνωση και η αδυναμία των μαθητών αυτών να ενσωματωθούν στο περιβάλλον του γενικού σχολείου (Stinson & Lang, 1994).

4.6.3 Η επίδραση της λαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης των ατόμων με ακουστική αναπηρία στο βαθμό μοναξιάς τους

Η μοναξιά έχει μελετηθεί εκτενώς με αναφορές στο οικογενειακό περιβάλλον, στο σχολείο, αλλά και στις κοινότητες των Κωφών με επίκεντρο τόσο τα παιδιά με προβλήματα ακοής, ιδίως όταν τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας είναι ακούοντα, όσο και τους ενήλικες (Backenroth, 1993· Charlson, Strong & Gold, 1992· Most et al., 2012· Παπάνης, Γιαβρίμης & Βίκη, 2009). Από την πρώιμη παιδική ηλικία εμφανίζεται η επιθυμία για ανάπτυξη κοινωνικών συναναστροφών (Most et al.,

2012). Οι θετικές σχέσεις με τον κοινωνικό περίγυρο συνδέεται άμεσα με καλές σχολικές επιδόσεις, καθώς επίσης και με επιτυχή συναισθηματική ρύθμιση (Jambor & Elliott, 2005 · Most et al., 2012). Με άλλα λόγια, η μειωμένη κοινωνική συναναστροφή μπορεί να προκαλέσει στο άτομο το αίσθημα της απόρριψης, της κοινωνικής απομόνωσης και της μοναξιάς, που σε πολλές περιπτώσεις το άτομο δεν μπορεί να ξεπεράσει ακόμη και στην ενήλικη ζωή (Knutson & Lansing, 1990· Parker & Asher, 1993). Αρκετές μελέτες αναφέρονται στην αρνητική εμπειρία της μοναξιάς, που συχνά οφείλεται σε κοινωνικές δυσκολίες, όπως είναι η απόρριψη από τους συνομηλίκους, λόγω της δυσκολίας στην επικοινωνία (Berndsen & Luckner, 2012· Παπάνης κ.ά., 2009· Stinson & Kluwin, 2003).

Όσον αφορά το σχολικό περιβάλλον, σχετικές έρευνες, που μελετούν τη μοναξιά των μαθητών με ακουστική αναπηρία, αναφέρουν, ότι σε μεικτές τάξεις, ακούντων και Κωφών / βαρήκοων μαθητών, οι τελευταίοι είναι περισσότερο πιθανό να μην έχουν φίλους καθώς οι ακούντες συμμαθητές τους ενδεχομένως να απομακρύνονταν από αυτούς (Nunes, Pretzlik & Olsson, 2001). Πανομοιότυπα είναι τα αποτελέσματα και άλλων ερευνών, οι οποίες καταλήγουν στο συμπέρασμα, ότι οι διαπροσωπικές σχέσεις τους με τα ακούντα άτομα χαρακτηρίζονται από τάση για απομόνωση και διστακτικότητα (Most et al., 2012· Παπάνης κ.ά., 2009). Ακόμα, οι Kostelnik et al., 2014 και οι Most et al., 2012 αναφέρουν, ότι η περιορισμένη κοινωνική αλληλεπίδραση δύναται να προκαλέσει το αίσθημα της απόρριψης και της μοναξιάς, που θα εμφανιστούν στην παιδική ηλικία, αλλά κατα πάσα πιθανότητα δεν μπορούν να ξεπεραστούν ακόμη και στην ενήλικη ζωή, επιδρώντας αρνητικά στην ανάπτυξη αποτελεσματικών κοινωνικών δεξιοτήτων.

Τα υψηλότερα ποσοστά μοναξιάς, που παρατηρούνται σε Κωφούς και βαρήκοους φοιτητές σε σχέση με τους ακούντες οφείλονται σε διαφορετικές εμπειρίες ζωής (Murphy & Newlon, 1987). Με άλλα λόγια, η μοναξιά ενδεχομένως είναι το αποτέλεσμα της προσπάθειας του ατόμου με ακουστική αναπηρία να ενσωματωθεί στην κοινωνία των ακούντων ή ακόμα και της προσπάθειας να λειτουργήσει αποτελεσματικά μέσα σε μία κοινότητα Κωφών ατόμων (Backenroth, 1993 Berndsen & Luckner, 2012· Foster, 1989· Gerber, 1983). Πιο συγκεκριμένα, η προσπάθεια, που καταβάλλει το άτομο με ακουστική αναπηρία, για να επικοινωνήσει με ακούντα άτομα, που χρησιμοποιούν τον προφορικό λόγο, έχει ουσιώδη επίδραση στην εμφάνιση άγχους και μοναξιάς, γεγονός που αποτελεί απόρροια της γενικότερης απογοήτευσης, που προκαλεί η

αδυναμία ανάπτυξης κοινωνικών σχέσεων με τον κοινωνικό περίγυρο (Bat-Chava, 2000· Gerich & Fellingner, 2011· Nikolarazi, 2007).

Καθοριστικός είναι, επίσης, ο ρόλος της οικογένειας όσον αφορά την ανάπτυξη των απαραίτητων στρατηγικών επικοινωνίας (Most et al., 2012· Παπασπύρου, 2003· Schick et al., 2007). Σχετικά ερευνητικά δεδομένα δείχνουν, ότι οι γονείς θα πρέπει να αναλαμβάνουν ενεργό ρόλο στην εκπαίδευση του παιδιού με απώλεια ακοής σε συνεργασία πάντα με τους ειδικούς και τους εκπαιδευτικούς. Η αλληλεπίδραση αυτή δύναται να συνεισφέρει σημαντικά στη σύνδεση του Κωφού / βαρήκοου ατόμου με το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο (Calderon & Greenberg, 2011).

Περίπου το 90% των ατόμων με ακουστική αναπηρία έχουν από ακούοντες γονείς, γεγονός που επηρεάζει σημαντικά το βαθμό των γλωσσικών και κοινωνικών δεξιοτήτων του ατόμου (Bat-Chava, 2000). Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα της σημασίας του οικογενειακού περιβάλλοντος στην κοινωνικοποίηση του Κωφού / βαρήκοου ατόμου είναι αυτό του Leo Jacobs (1974/1989), ο οποίος όντας Κωφός, γεννήθηκε και μεγάλωσε σε ένα περιβάλλον όπου οι γονείς του ήταν κι αυτοί Κωφοί καθώς και ο μεγαλύτερος αδερφός του, γεγονός που συνέβαλε καθοριστικά στο να μεγαλώσει σε ένα περιβάλλον, στο οποίο δε στερήθηκε ποτέ την επικοινωνία, με τη χρήση της νοηματικής γλώσσας και αυτό του επέτρεψε να ξεπεράσει τα εμπόδια που δημιούργησε η έλλειψη ακοής όσον αφορά την κοινωνικοποίησή του. Αντίθετα, παρατηρώντας άτομα με ακουστική αναπηρία, που μεγάλωσαν με ακούοντες γονείς, συμπεραίνεται, ότι το συναίσθημα της μοναξιάς δεν έλλειπε σε όλα τα αναπτυξιακά στάδια της ζωής τους (Most et al., 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

5.1 Προσδιορισμός της έννοιας «Ποιότητα ζωής»

Τα τελευταία χρόνια, η έννοια της ποιότητας ζωής και η αξιολόγηση αυτής έχουν αποκτήσει έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον. Πρόκειται για μία έννοια, που αναπτύχθηκε κατά κύριο λόγο στις Κοινωνικές επιστήμες, όμως εφαρμόστηκε και σε άλλα επιστημονικά πεδία (Οικονόμου, Κοκκώση, Τριανταφύλλου & Χριστοδούλου, 2001). Γενικότερα, διαπιστώνεται πως η ποιότητα ζωής αποτελεί μια ευρύτερη

έννοια, η οποία μπορεί να αξιολογηθεί στο πλαίσιο οικονομικών, κοινωνικών, ψυχολογικών και ιατρικών επιστημών (Matza et al., 2004 · Yfantopoulos, 2001). Για το λόγο αυτό, έχουν διατυπωθεί πολλοί και διαφορετικοί ορισμοί, 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 πολυδιάστατο φαινόμενο με πλούσιο περιεχόμενο και πολύπλευρη προσέγγιση (Ventegodt et al., 2003). Γενικότερα, αφορά τον βαθμό, στον οποίο ένας άνθρωπος εημερεί (McAbee et al., 2017), αλλά και στο νόημα που αποδίδει ο άνθρωπος σε σημαντικές πτυχές της ζωής του (Moons et al., 2006 · Oyewumi et al., 2013). Ο συγκεκριμένος όρος αποτελεί μια μοναδική, εξατομικευμένη αντίληψη της φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής εημερίας σε διαφορετικές καταστάσεις και ψυχικές δραστηριότητες (Berzon, et al., 1995 · Brouwer et al., 2005 · Gill, 1994 · Oyewumi et al., 2013), την οποία το κάθε άτομο αντιλαμβάνεται με τον δικό του μοναδικό τρόπο (Jaiyeola & Adeyemo, 2018). Μέσα δηλαδή, από την πολυδιάστατη έννοια της ποιότητας ζωής, το άτομο δύναται να εκφράσει την προσωπική του άποψη σε σχέση με τον εαυτό του και τα βιώματα που ζει (Renaud & Bedard, 2013). Ως εκ τούτου, διαφορετικοί άνθρωποι προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής τους με διαφορετικό τρόπο, ανάλογα με τη χρονική περίοδο που διανύουν (Οικονόμου και συν., 2001).

Η καθιέρωση ενός και μόνο ορισμού για την ποιότητα ζωής, ο οποίος θα έχει καθολική αναγνώριση, αποτελεί ένα δυσχερές εγχείρημα (Aulisa et al., 2010), για τον λόγο αυτόν, οι ερευνητές έχουν προσφύγει στη χρήση διάφορων όρων για να μπορέσουν να προσδιορίσουν την έννοια αυτή. 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). 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). Επιπλέον, η ποιότητα ζωής μπορεί να ορισθεί σύμφωνα με πολιτιστικούς,

οικογενειακούς, οικονομικούς, εργασιακούς, θρησκευτικούς ή/και εκπαιδευτικούς παράγοντες, οι οποίοι ασκούν μεγάλη επιρροή (Harper et al., 1998 · Misajon, et al., 2008 · Zhao, 2004).

Ειδικότερα, ο ερευνητής Schalock (2004), στην προσπάθειά του να ορίσει τους δείκτες και τους παράγοντες που περιλαμβάνονται στον όρο «ποιότητα ζωής», διέκρινε πως η ποιότητα ζωής αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια, η οποία μπορεί να χωριστεί σε οχτώ κατευθύνσεις. Αυτές αποτελούνται από 1) τη συναισθηματική πληρότητα, η οποία σχετίζεται με την ικανότητα του ατόμου να αναγνωρίζει και να αξιολογεί τα προσωπικά του συναισθήματα, τις δυνατότητες και τις αδυναμίες του ως προς την επίτευξη των στόχων του, 2) τις διαπροσωπικές του σχέσεις, που αφορούν την ανάπτυξη και διατήρηση των σχέσεων που δημιουργεί ένα άτομο σε διαφορετικά κοινωνικά πλαίσια, 3) την υλική ευημερία, δηλαδή την επάρκεια των αναγκαίων μέσων και υποδομών που εξασφαλίζουν την επιβίωση του ατόμου, 4) την προσωπική εξέλιξη, η οποία αφορά την απόκτηση δεξιοτήτων και προσωπικών επιτυχιών, 5) τη σωματική ευεξία, που αφορά τη σωματική λειτουργία, την κινητικότητα και τη δραστηριότητα του ατόμου στο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, 6) τον αυτοπροσδιορισμό, δηλαδή την ικανότητα του ατόμου να κάνει προσωπικές επιλογές, να ελέγχει τις πράξεις του και να δρα με σκοπό την υλοποίηση των στόχων του, 7) την κοινωνική ενσωμάτωση, η οποία συνεπάγεται ισοτιμία ως προς τις επιλογές, τις ευκαιρίες, τη συμμετοχή στα κοινωνικά δρώμενα και την πρόσβαση σε υπηρεσίες και 8) τα δικαιώματα, τα οποία αφορούν τον σεβασμό των νομικών και ανθρώπινων δικαιωμάτων. Επιπροσθέτως, ο Alborz (2017) αναφέρει, ότι η σύγχρονη ερευνητική διαδικασία προσεγγίζει την ποιότητα ζωής μέσα από τέσσερις διαστάσεις, που αφορούν τη θεμελιώδη ευημερία, την ψυχοκοινωνική ευεξία, το κοινωνικό γίνεσθαι αλλά και την αυτονομία. Κάθε διάσταση εξετάζεται τόσο από την ατομική οπτική όσο και από το κοινωνικό πλαίσιο. Τέλος, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2020), υιοθετώντας μια διαπολιτισμική οπτική, περιγράφει την ευρεία αντίληψη της ποιότητας ζωής σε έξι άξονες. Συγκεκριμένα, τονίζει τη σημασία της σωματικής υγείας, της 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).

Συμπερασματικά, διαπιστώνεται τόσο η υποκειμενική όσο και η αντικειμενική πτυχή της ποιότητας ζωής (Marans, 2012 · Tesfazghi et al., 2009 · Verdugo et al.,

2005). Ειδικότερα, η υποκειμενική προσέγγιση της ποιότητας ζωής εξετάζει την οπτική γωνία και τις εμπειρίες του ατόμου, δίνοντας μεγαλύτερη έμφαση στην προσωπική του ανάπτυξη, στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις αλλά και στην ψυχαγωγία του (Tesfazghi et al., 2009). Από την άλλη μεριά, η αντικειμενική προσέγγιση στοχεύει στην εξέταση εξωτερικών παραγόντων, στους οποίους συμπεριλαμβάνεται η υγεία, το βιοτικό επίπεδο, η εκπαίδευση και η ασφάλεια του ατόμου (Das, 2007 · Tesfazghi et al., 2009).

Εν κατακλείδι, 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 έναν αριθμό προσωπικών, κοινωνικών, περιβαλλοντικών, ψυχολογικών και φυσικών αξιών (Aulisa et al., 2010 · Theofilou, 2013). Εντοπίζονται δηλαδή, ατομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, οι οποίοι απαιτείται να ερμηνευτούν βάσει των μεταξύ τους αλληλεπιδράσεων (Schalock et al., 2016).

5.2 Ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση / βαρηκοΐα

Πληθώρα μελετών έχουν καταλήξει σε ενθαρρυντικά αποτελέσματα σχετικά με την ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση / βαρηκοΐα. Πιο συγκεκριμένα, στις μελέτες των Kumar et al. (2015), Duarte et al. (2014), Meserole et al. (2013), Pérez-Mora et al. (2012) και Warner-Czyz et al. (2009) διαπιστώνεται ότι τα άτομα με ακουστική αναπηρία παρουσίασαν ικανοποιητικές βαθμολογίες σε διάφορους τομείς της ποιότητας ζωής τους. Επιπλέον, οι Haukedal et al. (2019) και Fellingner et al. (2007) καταλήγουν και αυτοί σε υψηλές βαθμολογίες στους τομείς της ποιότητας ζωής των ατόμων με ακουστική αναπηρία, οι οποίες μάλιστα μπορούν να συγκριθούν και με εκείνες ατόμων με φυσιολογική ακοή.

Στον αντίποδα, εντοπίζονται μελέτες οι οποίες διαπιστώνουν πως η ακουστική αναπηρία επιφέρει αρνητικές συνέπειες στη ζωή των ατόμων. Ειδικότερα, οι Ciesla et al. (2015) διαπίστωσαν ότι τα άτομα με Κώφωση / βαρηκοΐα συγκεντρώνουν αρνητικές βαθμολογίες στους τομείς της σωματικής και ψυχικής υγείας, γεγονός που το αποδίδουν στη συχνότητα με την οποία τα άτομα ασχολούνται με θέματα υγείας, με αποτέλεσμα να έρχονται συχνά αντιμέτωποι με αρνητικά συναισθήματα. Παρομοίως οι Haukedal et al. (2018), McAbee et al. (2017), Roland et al. (2016) και

Skrbic et al. (2013) στις έρευνές τους τόνισαν πως η ακουστική αναπηρία επηρεάζει διάφορες πτυχές της ποιότητας ζωής των ατόμων και κατά συνέπεια οι αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική, ψυχολογική και συναισθηματική τους κατάσταση είναι ποικίλες. Ακόμη, στις μελέτες των Niemensivu et al. (2018), Huber et al. (2015), Fellingner et al. (2008), Huber (2005) και Wake et al. (2004) διαπιστώνονται ιδιαίτερα μειωμένα επίπεδα ψυχοκοινωνικής ευημερίας και κοινωνικής αλληλεπίδρασης των ατόμων με Κώφωση / βαρηκοΐα.

Τα τελευταία χρόνια είναι μεγάλος ο αριθμός των μελετών που διερευνούν την ποιότητα ζωής των ατόμων με ακουστική αναπηρία, ωστόσο τα συμπεράσματα δεν είναι απόλυτα σαφή και συγκεκριμένα, γεγονός που οφείλεται στο ότι τα άτομα αυτά αποτελούν μια ετερογενή ομάδα με ποικίλα χαρακτηριστικά (Fellinger et al., 2008 · Hintermair, 2010 · Meserole et al., 2013 · Petrou et al., 2007 · Wake, et al., 2004). Στα χαρακτηριστικά αυτά συμπεριλαμβάνονται, μεταξύ άλλων, η ηλικία εμφάνισης της ακουστικής αναπηρίας, ο βαθμός απώλειας της ακοής, η ύπαρξη η μη ακουστικής ενίσχυσης και το είδος αυτής, η μέθοδος επικοινωνίας που χρησιμοποιείται από ένα Κωφό ή βαρήκοο άτομο, οι ικανότητες στον χειρισμό των γλωσσών, το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση και φυσικά ο τρόπος αλληλεπίδρασης των ατόμων αυτών με τον κοινωνικό περίγυρο (Ashori et al., 2020 · Haukedal et al., 2019 · Kushalnagar et al., 2007 · Santos et al., 2019). Με βάση, λοιπόν, τα χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου ασκείται επίδραση σε κοινωνικό, ψυχολογικό και επικοινωνιακό επίπεδο, με αποτέλεσμα να επηρεάζονται η σωματική και ψυχική υγεία των ατόμων και κατ' επέκταση η ποιότητα ζωής τους συνολικά (Lederberg et al., 2019 · Tsimpida et al., 2018).

5.3.1 Η επίδρασης της φύσης της ακουστικής αναπηρίας στην ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση / βαρηκοΐα

Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν πως είναι μεγάλη η επιρροή, που ασκούν τόσο η ηλικία εμφάνισης της ακουστικής αναπηρίας όσο και ο βαθμός απώλειας της ακοής στην ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση / βαρηκοΐα. Πιο συγκεκριμένα, οι Jaiyeola & Adeyemo (2018) και Oyewumi, et al. (2013), έχοντας ως δείγμα 102 και 70 άτομα με Κώφωση αντίστοιχα, διαπίστωσαν πως οι προγλωσσικά Κωφοί παρουσίασαν χαμηλότερες βαθμολογίες στην ποιότητα ζωής τους σε σχέση με τα

άτομα που έχασαν την ακοή τους μετά την ηλικία των πέντε ετών. Ακόμη, η Ademokeya (2008) είχε επισημάνει στην έρευνα της πως όταν η ακουστική αναπηρία επέρχεται πριν από τα τρία έτη, αυτό επιφέρει δυσκολίες στην επικοινωνία, οι οποίες θα οδηγήσουν τελικά στην κοινωνική απομόνωση, στη σχολική αποτυχία και απογοήτευση λόγω των δυσκολιών που προκύπτουν στην εκπαίδευση, αργότερα στην εργασία αλλά και στις κοινωνικές συναναστροφές των ατόμων.

Στον αντίποδα βρίσκονται οι έρευνες των Fellingner et al., (2007) και Graaf & Bijl, (2002), οι οποίες αναφέρουν ότι τα άτομα με μεταγλωσσική Κώφωση παρουσιάζουν χαμηλότερες βαθμολογίες στην ψυχική τους υγεία αλλά και στις κοινωνικές τους σχέσεις, γεγονός που φαίνεται να οφείλεται στις δυσκολίες επικοινωνίας που αντιμετωπίζουν, στη χαμηλή αυτοεκτίμηση και κατά κύριο λόγο στην έλλειψη αποδοχής της απώλειας ακοής τους.

Επιπλέον, ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην ποιότητα ζωής των ατόμων με ακουστική αναπηρία διαδραματίζει ο βαθμός απώλειας της ακοής. Οι Trimpida et al. (2018), Ciesla et al. (2015) και Borujeni et al. (2015) διαπίστωσαν στις έρευνές τους πως οι συμμετέχοντες με μεγαλύτερο βαθμό απώλειας ακοής έχουν χαμηλότερες βαθμολογίες στις κοινωνικές τους σχέσεις και αλληλεπιδράσεις, στην ψυχική αλλά και τη σωματική τους υγεία.

Φυσικά, υπάρχουν και έρευνες, οι οποίες δεν διαπιστώνουν την επίδραση της φύσης της αναπηρίας στην ποιότητα ζωής των ατόμων με ακουστική αναπηρία. Πιο συγκεκριμένα, οι Qi et al. (2020) κατέληξαν στο συμπέρασμα πως τόσο ο βαθμός απώλειας της ακοής όσο και η ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας δεν αποτελούν μεταβλητές που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ατόμων. Τέλος, οι Haukedal et al. (2018) διεξήγαγαν έρευνα, στην οποία οι συμμετέχοντες απαρτίζονταν από άτομα με και χωρίς απώλεια ακοής, και δε διαπιστώθηκε καμία σοβαρή συσχέτιση μεταξύ ποιότητας ζωής και ηλικίας εμφάνισης της αναπηρίας.

5.3.2 Η επίδραση της χρήσης ακουστικής ενίσχυσης στην ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση / βαρηκοΐα

Ένας πολύ σημαντικός παράγοντας, που επιδρά στην ποιότητα ζωής των ατόμων με ακουστική αναπηρία 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).

Οι Hofmann et al. (2020) και Duarte et al. (2014), στην έρευνά τους σχετικά με την ποιότητα ζωής νέων ατόμων με Κώφωση, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως τα άτομα που χρησιμοποιούν κοχλιακό εμφύτευμα αξιολογούν καλύτερα την ποιότητα ζωής τους σε σύγκριση με εκείνα, που δε χρησιμοποιούν κάποιο τεχνολογικό βοήθημα. Επίσης, ένα ακόμη σημαντικό εύρημα ήταν πως η ποιότητα ζωής των ατόμων με ακουστική ενίσχυση δε διαφοροποιείται σε μεγάλο βαθμό από αυτή των ατόμων με φυσιολογική ακοή. Παρεμφερή είναι τα αποτελέσματα και από τις έρευνες των Haukedal et al. (2019) και Warner-Czyz AD (2009), στις οποίες συμμετείχαν άτομα με κοχλιακό εμφύτευμα, τα οποία σημείωσαν αρκετά καλές βαθμολογίες στους τομείς της ποιότητας ζωής τους, οι οποίες μάλιστα μπορούν να συγκριθούν και με τους συνομηλίκους τους με φυσιολογική ακοή. Τέλος, οι Klor et al. (2007) διαπίστωσαν ότι η ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων στην έρευνά τους αυξήθηκε μετά την κοχλιακή εμφύτευση, αφού φαίνεται ότι παρουσίασαν σημαντικές βελτιώσεις στην αντίληψη και κατανόηση της ομιλίας και στις κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις.

Αντίθετα αποτελέσματα επέφεραν οι έρευνες των Meyer et al. (2013) και Kushalnagar, et al. (2011), οι οποίες διαπίστωσαν πως δεν εντοπίζονται σημαντικές διαφορές στην ποιότητα ζωής των ατόμων με βάση την ύπαρξη ή μη 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, αφού τα άτομα με κοχλιακό εμφύτευμα φαίνεται να σημειώνουν υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής σε σχέση με τους Κωφούς που χρησιμοποιούν ακουστικά βαρηκοΐας.

5.3.3 Η επίδραση του φύλου και της χρονολογικής ηλικίας στην ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση / βαρηκοΐα

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 · Warner-Czyz et al., 2009).

Οι Laugen et al. (2016) και Borujeni et al. (2015) στις μελέτες τους συμπέραναν πως οι άνδρες παρουσιάζουν κατώτερη ποιότητα ζωής συγκριτικά με τις γυναίκες όσον αφορά τη σωματική και ψυχική τους υγεία. Τα ίδια αποτελέσματα αναφέρονται και στις έρευνες των Sach & Barton (2007), στις οποίες αναδεικνύεται η διαφορά στην ποιότητα ζωής μεταξύ ανδρών και γυναικών. Ωστόσο, οι Chaveiro et al. (2014), Chen et al. (2015), Felinger et al. (2005), και Ringdahl & Grimby (2000), είχαν αντίθετη άποψη, καθώς στις μελέτες τους ο ανδρικός πληθυσμός είχε μεγαλύτερες βαθμολογίες στον τομέα των κοινωνικών σχέσεων και αλληλεπιδράσεων αλλά και στους τομείς της σωματικής και ψυχικής υγείας, και κατ' επέκταση στη συνολική ποιότητα ζωής τους. Τέλος, οι Qi et al. (2020), Haukedal et al. (2019), Jaiyeola & Adeyemo (2018) και Oyewumi et al. (2013) δεν κατάφεραν να αναδείξουν καμία σημαντική συσχέτιση μεταξύ του φύλου και της ποιότητας ζωής των ατόμων με ακουστική αναπηρία.

Όσον αφορά την ηλικία των συμμετεχόντων, οι μελέτες καταλήγουν σε αντιφατικά αποτελέσματα. Πιο συγκεκριμένα, οι Haukedal et al. (2018) δε συμπέραναν σημαντική συσχέτιση μεταξύ χρονολογικής ηλικίας και ποιότητας ζωής. Αντιθέτως, οι Jaiyeola & Adeyemo (2018), κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η ηλικία ασκεί επίδραση στην ποιότητα ζωής τους, αφού όσο μεγαλύτεροι σε ηλικία ήταν οι συμμετέχοντες τόσο καλύτερη φαινόταν η εικόνα της ποιότητας ζωής τους.

Τέλος, στην έρευνά τους οι Warner-Czyz et al. (2011), στην οποία συμμετείχαν άτομα με κοχλιακά εμφυτεύματα διαπιστώθηκε πως τα νεαρότερα άτομα είχαν καλύτερη βαθμολόγηση όσον αφορά την ποιότητα ζωής τους, τις κοινωνικές σχέσεις αλλά και την αυτόεικόνα τους συγκριτικά με τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας.

5.3.4 Η επίδραση του μοντέλου εκπαίδευσης στην ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση / βαρηκοΐα

Αρκετές είναι οι έρευνες, που έχουν επικεντρωθεί στις εκπαιδευτικές εμπειρίες των ατόμων με ακουστική αναπηρία και στην επίδραση αυτών στην ποιότητα ζωής τους (Bat-Chava, 1994 · Eldik, 2005 · Hintermair, 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), αναφέρθηκαν στη σημασία του σχολικού πλαισίου και στην ποιότητα ζωής των ατόμων, καθώς συμπέραναν ότι οι συμμετέχοντες που είχαν φοιτήσει σε ειδικά σχολεία Κωφών παρουσίασαν καλύτερη ποιότητα ζωής, σε αντίθεση με όσους φοίτησαν πλήρως ή μερικώς σε γενικά σχολεία. Ακόμη, τα άτομα αυτά σημείωσαν υψηλότερες βαθμολογίες σε όλους τους τομείς της ποιότητας ζωής και εμφάνισαν σημαντικές διαφορές τόσο στις κοινωνικές τους σχέσεις όσο και στις αλληλεπιδράσεις τους με το περιβάλλον. Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα στις μελέτες των Oyewumi et al. (2013) και Bat-Chava (1994), οι οποίοι διαπίστωσαν πως τα άτομα που φοιτούν σε ειδικά σχολεία Κωφών σημειώνουν υψηλότερες βαθμολογίες στην ποιότητα ζωής τους, καθώς αλληλεπιδρούν μέσα σε ένα πλαίσιο, όπου η Κώφωση αποτελεί διαφορετικότητα και όχι ανεπάρκεια. Επιπλέον, οι ερευνητές τόνισαν πως στα ειδικά σχολεία τα άτομα με Κώφωση δεν έρχονται αντιμέτωπα με αρνητικές στάσεις, κριτικές και διακρίσεις.

Στον αντίποδα βρίσκονται οι μελέτες των Theunissen et al. (2014) και Schertz et al. (2016), στις οποίες αναδείχθηκε πως τα άτομα με ακουστική αναπηρία που ολοκληρώνουν τη σχολική τους φοίτηση σε ειδικά σχολεία παρουσιάζουν χειρότερη ψυχολογική υγεία, και ως εκ τούτου αρνητικές συνέπειες στην ποιότητα ζωής τους. Παρόμοια είναι τα αποτελέσματα των ερευνών των Huber et al. (2015) και Eldik (2005), οι οποίοι 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.

Εκτός από το σχολικό πλαίσιο, 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, τόνισαν πως είναι ιδιαίτερα σημαντική η ανάπτυξη ικανοτήτων και στις δύο γλώσσες επικοινωνίας για την ποιότητα ζωής αλλά και για την ψυχολογική ευημερία των ατόμων με ακουστική αναπηρία. Την ίδια άποψη έχει και ο Hintermain

(2010), ο οποίος στην έρευνα, που διεξήγαγε, ανέδειξε τη σημασία των δίγλωσσων σχολείων στην ποιότητα της ζωής των ατόμων με Κώφωση.

Ωστόσο, υπάρχουν μερικές έρευνες, οι οποίες δεν αναγνωρίζουν τη συσχέτιση αυτή μεταξύ σχολικής φοίτησης και ποιότητας ζωής. Μια από αυτές είναι των Meyer et al. (2013) και Schick et al. (2012), οι οποίοι συμπέραναν πως οι συμμετέχοντες Κωφοί βαθμολόγησαν θετικά όλους τους τομείς της ποιότητας ζωής τους, ανεξάρτητα από το σχολικό πλαίσιο και από τα συστήματα επικοινωνίας που χρησιμοποιούνταν κατά τη διδασκαλία. Μία ακόμα έρευνα, που συμφωνεί με τα παραπάνω είναι αυτή των Kushalnagar et al. (2011), οι οποίοι κατέληξαν στο συμπέρασμα πως ο τύπος φοίτησης του σχολείου αλλά και η γλώσσα διδασκαλίας αποτελούν μεταβλητές, οι οποίες δε συσχετίζονται με την ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση / βαρηκοΐα.

5.3.5 Η επίδραση της μεθόδου επικοινωνίας στην ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση / βαρηκοΐα

Ένας επίσης πολύ σημαντικός παράγοντας, ο οποίος επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ατόμων με ακουστική αναπηρία, είναι και η μέθοδος επικοινωνίας, που χρησιμοποιούν οι Κωφοί / βαρήκοοι στην καθημερινότητά τους.

Μια σχετική έρευνα είναι αυτή των Santos et al. (2019), οι οποίοι μελετώντας την ποιότητα ζωής 60 ατόμων με Κώφωση συμπέραναν πως οι συμμετέχοντες, που χρησιμοποιούν τη νοηματική γλώσσα για να επικοινωνήσουν, παρουσιάζουν χαμηλή ποιότητα ζωής και συγκεκριμένα στον τομέα της ψυχολογικής υγείας. Η κατάσταση αυτή αποδόθηκε στο γεγονός πως τα άτομα αυτά χρησιμοποιούν μια γλώσσα, η οποία διαφέρει από αυτή που χρησιμοποιείται ευρέως από την κυρίαρχη κοινότητα, γεγονός που επιφέρει αρνητικά συναισθήματα. Ακόμη και τα άτομα που χειρίζονταν ικανοποιητικά τη νοηματική γλώσσα παρουσίασαν αρνητικές βαθμολογίες στην ψυχολογική τους υγεία, πράγμα που σημαίνει ότι η αρνητική εικόνα δεν επηρεάζεται από τη γλωσσική επάρκεια. Πανομοιότυπα είναι τα αποτελέσματα και από τις έρευνες των Connolly et al. (2006) και Graaf et al. (2002), οι οποίες ανέδειξαν πως τα άτομα με ακουστική αναπηρία, που δε γνωρίζουν τον προφορικό λόγο, παρουσιάζουν αρνητικές συνέπειες στην ψυχολογική τους υγεία και ευημερία. Παρομοίως, οι Fellinger et al. (2007) και Fellinger et al. (2005) διαπίστωσαν, πως οι χρήστες της

νοηματικής γλώσσας σημειώνουν τις χαμηλότερες βαθμολογίες στον ψυχολογικό τομέα αλλά και στον τομέα του περιβάλλοντος. Παρόλα αυτά, οι συμμετέχοντες φάνηκε να έχουν 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. Παρόμοια αποτελέσματα έχουμε και από τις έρευνες των Hofmann et al. (2020), Haukedal et al. (2019) και Meyer et al. (2013).

Ωστόσο, σε αντίθετη κατεύθυνση κινείται η έρευνα των Werngren-Elgström (2003), στην οποία συμμετείχαν 97 άτομα με προγλωσσική Κώφωση. Συγκεκριμένα, οι ερευνητές συμπέραναν 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.

Επιπλέον, εκτός από τη μέθοδο επικοινωνίας, που προτιμάται από το κάθε άτομο με ακουστική αναπηρία, διάφοροι ερευνητές έχουν προβεί στη μελέτη της επίδρασης που ασκούν οι γλωσσικές ικανότητες των ατόμων στην ποιότητα ζωής τους. Ειδικότερα, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η έρευνα των Kushalnagar et al. (2014), στην οποία διαπιστώθηκε πως οι συμμετέχοντες που χρησιμοποιούν τόσο τη νοηματική γλώσσα όσο και τον προφορικό λόγο παρουσιάζουν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τα άτομα που γνωρίζουν και χρησιμοποιούν αποκλειστικά μια γλώσσα. Παρομοίως, ο Dammeyer (2009) μελετώντας 334 άτομα με ακουστική αναπηρία, συμπέρανε 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, υπάρχουν μελέτες οι οποίες δεν αναδεικνύουν τη συσχέτιση μεταξύ του τρόπου επικοινωνίας και της ποιότητας ζωής των ατόμων με Κώφωση. Για παράδειγμα, στις έρευνές τους οι Haukedal et al. (2018) και Kushalnagar, et al. (2011) συμπέραναν 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.

5.3.6 Η επίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος στην ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση / βαρηκοΐα

Σημαντικό παράγοντα επιρροής της ποιότητας ζωής των ατόμων με ακουστική αναπηρία αποτελεί, επίσης το κοινωνικό τους περιβάλλον. Οι Fellingner et al. (2007), εξετάζοντας την επίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος, επισήμαναν τη σημασία συμμετοχής των ατόμων με απώλεια ακοής στην Κοινότητα των Κωφών, καθώς διαπίστωσαν, πως με τον τρόπο αυτό θα οδηγηθούν σε ικανοποιητική ποιότητα ζωής, παρόμοια με αυτή των ατόμων με φυσιολογική ακοή. Ανάλογα είναι τα αποτελέσματα και από την έρευνα των Fellingner et al. (2005), η οποία τόνισε, πως τα άτομα που εντάσσονται στην Κοινότητα των Κωφών επωφελούνται στον κοινωνικό τομέα και δημιουργούν σχέσεις εμπιστοσύνης και σεβασμού, που βασίζεται σε ένα κοινό σύστημα επικοινωνίας. Τέλος, οι Tsimpida et al. (2018) ανέδειξαν πως τα άτομα με ακουστική αναπηρία, που ζουν μόνα τους στο σπίτι εμφανίζουν χαμηλή βαθμολογία στον ψυχολογικό τομέα, γεγονός που αναπόφευκτα επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους.

ΜΕΡΟΣ Β΄
«ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ»

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1 Σκοπός της έρευνας – Ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας αποτέλεσε η διερεύνηση της επίδρασης που ασκεί η μέθοδος επικοινωνίας των ατόμων με ακουστική αναπηρία, αλλά και η λαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη ως παράγοντες της κοινωνικοποίησης τους. Ειδικότερα, μελετήθηκε ο τρόπος, με τον οποίο έχουν επιλέξει να επικοινωνούν με τους γύρω τους οι Κωφοί και βαρήκοοι συμμετέχοντες και αν αυτός εν τέλει επηρεάζει τις κοινωνικές τους συναναστροφές και την ποιότητα ζωής τους γενικά. Για το λόγο αυτό, ερευνήθηκε επίσης το σχολικό πλαίσιο, στο οποίο φοίτησαν οι συμμετέχοντες και το μοντέλο της εκπαίδευσής τους. Παράλληλα, ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην κοινωνική υποστήριξη, που λαμβάνουν τα άτομα αυτά, και κατά πόσο επηρεάζεται η ποιότητα ζωής τους από αυτή και οι κοινωνικές τους σχέσεις. Διερευνήθηκε δηλαδή, μεταξύ άλλων, το πώς η ύπαρξη ή μη ακουστικής ενίσχυσης, η φύση της αναπηρίας, ο τρόπος επικοινωνίας στην καθημερινότητα, οι εκπαιδευτικές εμπειρίες αλλά και το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον ασκούν επίδραση στην κοινωνικοποίηση των ατόμων με ακουστική αναπηρία, αλλά και στην ποιότητα ζωής που παρουσιάζουν.

Ειδικότερα, επιχειρήθηκε να απαντηθούν τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

- Υπάρχει συσχέτιση του τρόπου επικοινωνίας (νοηματική γλώσσα ή προφορικός λόγος) των ατόμων με ακουστική αναπηρία με το βαθμό μοναξιάς τους;
- Κατά πόσο επηρεάζει το μοντέλο της εκπαίδευσής τους (γενικό ή ειδικό σχολείο -- προφορική/ακουστική μέθοδος ή νοηματική/ έμφαση στη γραφή) την μοναξιά τους στη μετέπειτα ζωή τους;
- Κατά πόσο η κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν τα άτομα αυτά επηρεάζει το βαθμό μοναξιάς τους;
- Επηρεάζεται η ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση/βαρηκοΐα με βάση τα ατομικά χαρακτηριστικά τους (φύλο, χρονολογική ηλικία, ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας);

- 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;
- Η ύπαρξη ή μη ακουστικής ενίσχυσης (χωρίς ακουστική ενίσχυση, ακουστικό βαρηκοΐας, κοχλιακό εμφύτευμα) επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ατόμων με ακουστική αναπηρία;

6.2 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.

6.2.1 Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών στοιχείων

Αρχικά, επιχειρήθηκε ο προσδιορισμός των ατομικών στοιχείων των συμμετεχόντων, με τη χρήση ενός αυτοσχέδιου ερωτηματολογίου δημογραφικών ερωτήσεων. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο απευθύνονταν αποκλειστικά σε άτομα με ακουστική αναπηρία (Κώφωση – βαρηκοΐα) και διέθετε συνολικά 24 ερωτήματα, τα οποία στόχευαν στη συγκέντρωση των προσωπικών πληροφοριών του δείγματος. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν τα ατομικά τους στοιχεία, όπως φύλο, ηλικία, επαγγελματική κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, γνώση ελληνικής νοηματικής γλώσσας και προφορικού λόγου και εκπαιδευτικές εμπειρίες, να αναφέρουν πληροφορίες αναφορικά με την αναπηρία τους, δηλαδή ύπαρξη ή όχι ακουστικής ενίσχυσης και ηλικία εμφάνισης της ακουστικής αναπηρίας. Επιπλέον, κλήθηκαν να παρέχουν στοιχεία σχετικά με το οικογενειακό τους περιβάλλον, όπως κατάσταση ακοής γονέων, παιδιών και συντρόφων, αλλά και να γνωστοποιήσουν πληροφορίες αναφορικά με την καθημερινή τους ζωή, όπως τον τρόπο επικοινωνίας

με το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον και τη δραστηριοποίηση ή μη σε συλλόγους Κωφών/ βαρήκων.

6.2.2 Ψυχομετρικά Εργαλεία

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. Δύο κλινικοί ψυχολόγοι (Μ.Τζινιέρη - Κοκκώση, Β. Αντωνοπούλου) και ένας κοινωνιολόγος (Ε. Τριανταφύλλου) αποτελούν τους βασικούς συντελεστές του συγκεκριμένου έργου. 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.

Πιο αναλυτικά, η ελληνική εκδοχή του WHOQOL-BREF αποτελείται συνολικά από 30 ερωτήματα. Τα 26 από αυτά έχουν επιλεγεί από το αγγλικό πρωτότυπο WHOQOL-100 βάσει στατιστικών κριτηρίων (Ginieri-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). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο στοχεύει στη συλλογή πληροφοριών αναφορικά με τέσσερις βασικές διαστάσεις που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής: τη σωματική υγεία, την ψυχολογική υγεία, τις κοινωνικές σχέσεις και το περιβάλλον.

- Σωματική υγεία: στη συγκεκριμένη θεματική ενότητα περιλαμβάνονται 9 στοιχεία και διερευνάται η σωματική υγεία σε συνδυασμό με το επίπεδο ανεξαρτησίας του ατόμου. Πιο συγκεκριμένα, τα 9 ερωτήματα του τομέα αυτού αποσκοπούν στη συλλογή πληροφοριών σχετικά με ενδεχόμενους σωματικούς πόνους και την επιρροή των πόνων αυτών στις καθημερινές δραστηριότητες, την ανάγκη του ατόμου για φαρμακευτική αγωγή και ιατρική φροντίδα. Επίσης, εξετάζεται η ενέργεια, η κόπωση, η κινητικότητα του, η ποιότητα του ύπνου αλλά και η ικανότητα του ατόμου για εργασία.
- Ψυχολογική υγεία: ο τομέας αυτός ενσωματώνει 6 ερωτήματα, τα οποία αποσκοπούν στη διερεύνηση της ψυχολογικής υγείας και πνευματικότητας του ατόμου. Πιο συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις στοχεύουν στην άντληση των προσωπικών πεποιθήσεων του ατόμου αναφορικά με τη ζωή του, τη συγκέντρωση του, την εικόνα του σώματος και της εξωτερικής του εμφάνισης, την αυτοεκτίμηση, καθώς επίσης και την εμφάνιση θετικών και αρνητικών συναισθημάτων.
- Κοινωνικές σχέσεις: ο τομέας αυτός αποτελείται από 5 στοιχεία, τα οποία συλλέγουν πληροφορίες για τις προσωπικές σχέσεις του ατόμου, την κοινωνική υποστήριξη από το φιλικό περιβάλλον και τη σεξουαλική του ζωή.
- Περιβάλλον: η θεματική ενότητα του περιβάλλοντος απαρτίζεται από 8 ερωτήματα, τα οποία διερευνούν την επάρκεια της καθημερινής ασφάλειας του ατόμου, την υγιεινή στο χώρο που ζει, την οικονομική του κατάσταση, την επάρκεια στην πληροφόρηση, τη δυνατότητα δημιουργίας και διασκέδασης, την ποιότητα της κατοικίας, την περίθαλψη αλλά και τα μέσα μετακίνησης.

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 Likert, με διαβάθμιση 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 έως 100, με τις υψηλότερες βαθμολογίες στο σκορ του ερωτηματολογίου να σημαίνουν καλύτερη ποιότητα ζωής. (Ginieri-Coccosis et al., 2012 · Τζινιέρη-Κοκκώση και συν., 2003).

Σχετικά 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. Αξιόπιστοι 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 1).

Πίνακας 1: 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

Στην παρούσα εργασία, από το ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής (WHOQOL-BREF) χρησιμοποιήθηκαν οι ερωτήσεις από τρεις τομείς και συγκεκριμένα από τον τομέα της ψυχολογικής υγείας, τον τομέα των κοινωνικών σχέσεων και τον τομέα του περιβάλλοντος, ενώ δε χρησιμοποιήθηκαν τα 9 ερωτήματα από τη θεματική ενότητα της σωματικής υγείας. Επιλέχθηκαν οι ερωτήσεις αυτές, καθώς η μελέτη επικεντρώθηκε στο ψυχολογικό και κοινωνικό κομμάτι της ζωής των ατόμων με ακουστική αναπηρία. Ωστόσο δεν επηρεάστηκε η βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου, καθώς η κάθε θεματική ενότητα βαθμολογείται ξεχωριστά, ενώ δεν υπολογίζεται συνολική βαθμολόγηση.

Αναθεωρημένη Κλίμακα Μοναξιάς UCLA (The Revised UCLA Loneliness Scale)

Η Κλίμακα Μοναξιάς του UCLA είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, που μετράει την ψυχολογική μοναξιά, που αισθάνεται το άτομο (Μαλικιώση – Λοΐζου, 2012). Κατασκευάστηκε από τους Russell, Peplau και Ferguson (Russell, Peplau & Ferguson, 1978) και αναθεωρήθηκε από τους Russell, Peplau και Cutrona (Russell, Peplau & Cutrona, 1980). Αποτελείται από 20 δηλώσεις, που περιγράφουν μία αίσθηση ή σκέψη γύρω από τις κοινωνικές σχέσεις. Το άτομο αξιολογεί κάθε δήλωση σε μία κλίμακα τεσσάρων βαθμών, που αφορά τη συχνότητα κατά την οποία ισχύει η δήλωση αυτή στη ζωή του ατόμου (από το 1 που αντιστοιχεί στο ποτέ έως το 4 που αντιστοιχεί στο συχνά). Ως εκ τούτου, η χαμηλότερη βαθμολογία είναι το 20 και η υψηλότερη το 80. Η υψηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει και μεγαλύτερη αίσθηση μοναξιάς. Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει μεγάλη εσωτερική συνέπεια ($\alpha=0.94$). Επίσης, παρουσιάζει συγχρονική εγκυρότητα, που προκύπτει από τη συσχέτιση των βαθμολογιών στην αναθεωρημένη κλίμακα με άλλους δείκτες μέτρησης μοναξιάς και συσχετίσεις με ψυχολογικές διαστάσεις που συνδέονται με τη μοναξιά, όπως η κατάθλιψη και η αυτοπεποίθηση (Russell, Peplau & Cutrona, 1980).

Το ερωτηματολόγιο της αναθεωρημένης κλίμακας μοναξιάς μεταφράστηκε, αρχικά, από τα αγγλικά στα ελληνικά και στη συνέχεια προσαρμόστηκε κατάλληλα στην ελληνική γλώσσα μέσω αντίστροφων μεταφράσεων. Η προσαρμογή βασίστηκε σε ένα δείγμα 127 φοιτητριών, εκ των οποίων οι 36 ήταν δίγλωσσες. Πραγματοποιήθηκαν συγκρίσεις μεταξύ των μέσων όρων των Ελληνίδων φοιτητριών και 104 προπτυχιακών φοιτητριών στις Η.Π.Α., οι οποίες ανέδειξαν σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες στις Η.Π.Α. Ο μέσος όρος της τεταρτοβάθμιας κλίμακας στην Ελλάδα ήταν 2.0 (SD= 0.49) ενώ στις Η.Π.Α. 1.8 (SD=0.51). Από την παραγοντική ανάλυση με τη μέθοδο των κύριων συνιστωσών, μετά την περιστροφή Varimax, αναδείχτηκε ένας κυρίαρχος παράγοντας, που εξηγεί το 36.40% της διακύμανσης (Anderson & Malikiōsi-Loizos, 1992). Ο δείκτης Cronbach's alpha για το ελληνικό δείγμα ήταν .89 (Μαλικιώση – Λοΐζου, 2012).

**Κλίμακα Αξιολόγησης Λαμβανόμενης Κοινωνικής Υποστήριξης
(Multidimensional Scale of Perceived Social Support – MSPSS)**

Το ερωτηματολόγιο της λαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης αξιολογεί την υποστήριξη, που λαμβάνει το άτομο από την οικογένεια, τους φίλους και σημαντικούς άλλους. Αποτελείται από 12 ερωτήσεις, τέσσερις για κάθε πηγή υποστήριξης. Οι απαντήσεις είναι τυποποιημένες για κάθε ερώτηση και ο ερωτώμενος καλείται να επιλέξει μία κάθε φορά. Οι απαντήσεις ξεκινάνε με το «διαφωνώ απόλυτα» συνεχίζοντας στο «διαφωνώ πολύ», «διαφωνώ», «ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ», «συμφωνώ», «συμφωνώ πολύ», «συμφωνώ απόλυτα» και βαθμολογούνται κλιμακωτά από το 1 έως το 7.

Η συνολική βαθμολογία υπολογίζεται προσθέτοντας τις επιμέρους βαθμολογίες των 12 ερωτήσεων και διαιρώντας με το 12. Για την βαθμολογία των επιμέρους πηγών υποστήριξης (οικογένεια, φίλοι, σημαντικοί άλλοι), προσθέτουμε τις τέσσερις ερωτήσεις της κάθε πηγής και διαιρούμε με το 4. Υψηλές βαθμολογίες αποτυπώνουν μεγάλη κοινωνική υποστήριξη. Η κλίμακα είναι σύντομη και αξιόπιστη με καλές ψυχομετρικές ιδιότητες (Cronbach's $\alpha=0,804$). Είναι ευνόητο και ιδανικό για πληθυσμούς, που δεν μπορούν για διάφορους λόγους να διαχειριστούν μεγάλα ερωτηματολόγια. Ακόμα, έχει ευρεία χρήση σε έρευνες, που απαιτούν εκτίμηση πολλαπλών μεταβλητών (Θεοφίλου, 2015).

6.3 Διαδικασία συλλογής ερευνητικών δεδομένων

Η συλλογή των ερευνητικών δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε διάστημα περίπου τεσσάρων μηνών και συγκεκριμένα από το Γενάρη έως τον Απρίλιο του 2022. Τα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς χορηγήθηκαν στους συμμετέχοντες διαδικτυακά με τη μορφή ηλεκτρονικής φόρμας (Google Forms). Στη διαδικασία συλλογής του δείγματος συνεισέφεραν κατά κύριο λόγο Σωματεία και Σύλλογοι Κωφών της Ελλάδας και πιο συγκεκριμένα, το δείγμα συγκεντρώθηκε ως επί το πλείστον από τις περιοχές της Αθήνας, της Θεσσαλονίκης και των Ιωαννίνων. Προηγήθηκε η επικοινωνία με τα Σωματεία και τους Συλλόγους μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου προς ενημέρωσή τους όσον αφορά το σκοπό επιχείρησης της μελέτης, τον απαιτούμενο χρόνο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, καθώς επίσης και τα προσωπικά στοιχεία της ερευνήτριας. Στη συνέχεια, διαβεβαιώθηκαν για την εμπιστευτικότητα, αλλά και την ανωνυμία των στοιχείων, που τελικά θα συλλέγονταν

με τη διεκπεραίωση της έρευνας, καθώς τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς.

Όπως προαναφέρθηκε, η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χορήγηση ερωτηματολογίου αυτοαναφοράς. Επιλέχθηκε το συγκεκριμένο εργαλείο, καθώς θεωρείται αρκετά εύχρηστο, αφού παρέχει τη δυνατότητα συμπλήρωσης από τους συμμετέχοντες, όποτε το επιθυμούν, χωρίς καμία χρονική πίεση, πιθανότατα στο χώρο τους, με άνεση και ηρεμία. Ως εκ τούτου, οι συμμετέχοντες μπορούν να εκφραστούν ελεύθερα, χωρίς ενδοιασμούς κατά τη διάρκεια συμπλήρωσης των απαντήσεών τους, γεγονός που ενισχύεται λόγω έλλειψης άμεσης επικοινωνίας μεταξύ ερευνητή και ερωτώμενου. Τέλος, το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει ερωτήσεις κλειστού τύπου και αυτό διευκολύνει ακόμα περισσότερο τόσο τη συμπλήρωσή του όσο και την επεξεργασία των απαντήσεων.

6.4 Περιγραφική ανάλυση δείγματος

Όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος περιλαμβάνεται το φύλο των συμμετεχόντων, η χρονολογική τους ηλικία, η επαγγελματική κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, καθώς και η ηλικία εμφάνισης της ακουστικής αναπηρίας. Επιπλέον, στα δημογραφικά στοιχεία συμπεριλαμβάνονται ο τρόπος επικοινωνίας στην καθημερινότητα του ατόμου, το επίπεδο γνώσης της ελληνικής νοηματικής γλώσσας (ΕΝΓ), αλλά και του προφορικού λόγου, το σχολικό πλαίσιο φοίτησης, η γλώσσα πραγματοποίησης της διδασκαλίας, η κατάσταση της ακοής του συντρόφου, των παιδιών και των γονέων, γενικότερα ο τρόπος επικοινωνίας με το οικογενειακό περιβάλλον, καθώς επίσης και η δραστηριοποίηση ή μη σε συλλόγους Κωφών.

Πιο συγκεκριμένα, στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 103 άτομα με Κώφωση / βαρηκοΐα, εκ των οποίων τα 60 (ποσοστό 58,3%) ήταν γυναίκες και τα 43 (ποσοστό 41,7%) ήταν άνδρες.

Πίνακας 2: Φύλο των συμμετεχόντων					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Γυναίκα	60	58,3	58,3	58,3
	Άνδρας	43	41,7	41,7	100,0

	Total	103	100,0	100,0	
--	-------	-----	-------	-------	--

Όσον αφορά τη χρονολογική τους ηλικία, 32 άτομα (ποσοστό 35,9%) δήλωσαν πως η ηλικία τους κυμαίνεται από 18 έως 30 ετών, 37 άτομα (ποσοστό 35,9%) δήλωσαν πως ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 31 έως 40 ετών, 21 άτομα (ποσοστό 20,4%) δήλωσαν ότι βρίσκονται ηλικιακά στην ομάδα των 41 έως 50 ετών και τέλος, 13 συμμετέχοντες (ποσοστό 12,6%) δήλωσαν ότι είναι 51 ετών και άνω.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18-30	32	31,1	31,1	31,1
	31-40	37	35,9	35,9	67,0
	41-50	21	20,4	20,4	87,4
	51 ετών και άνω	13	12,6	12,6	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Όσον αφορά την ηλικία εμφάνισης της ακουστικής αναπηρίας, 36 άτομα (ποσοστό 35%) ανέφεραν ότι η αναπηρία εμφανίστηκε πριν την ηλικία των 3 ετών, 32 άτομα (ποσοστό 31,1%) δήλωσαν ότι η ακουστική τους αναπηρία παρουσιάστηκε μεταξύ 4 έως 6 ετών, 15 συμμετέχοντες (ποσοστό 14,6%) ανέφεραν ότι η ακουστική απώλεια εμφανίστηκε μεταξύ 7 και 10 ετών και 20 άτομα (ποσοστό 19,4%) δήλωσαν ότι η απώλεια της ακοής τους εκδηλώθηκε στα 11 και πλέον έτη.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-3	36	35,0	35,0	35,0
	4-6	32	31,1	31,1	66,0
	7-10	15	14,6	14,6	80,6
	11 ετών και άνω	20	19,4	19,4	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Εν συνεχεία, 49 άτομα (ποσοστό 47,6%) απάντησαν πως χρησιμοποιούν ακουστικά βαρηκοΐας, 24 συμμετέχοντες (ποσοστό 23,3%) ανέφεραν πως χρησιμοποιούν κοχλιακό εμφύτευμα και τέλος, 30 άτομα (ποσοστό 29,1%) δήλωσαν ότι δε χρησιμοποιούν καμία ακουστική ενίσχυση.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ακουστικά βαρηκοΐας	49	47,6	47,6	47,6
	Κοχλιακό Εμφύτευμα	24	23,3	23,3	70,9
	Χωρίς ακουστική ενίσχυση	30	29,1	29,1	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Αναφορικά με τη γνώση της Ελληνικής Νοηματικής Γλώσσας, 17 ερωτηθέντες (ποσοστό 16,5%) απάντησαν ότι δεν τη γνωρίζουν καθόλου, 42 άτομα (ποσοστό 40,8%) δήλωσαν πως γνωρίζουν τα βασικά της Ελληνικής Νοηματικής Γλώσσας, 24 συμμετέχοντες (ποσοστό 23,3%) ανέφεραν ότι τη γνωρίζουν αρκετά καλά, ενώ 20 άτομα (ποσοστό 19,4%) απάντησαν πως τη γνωρίζουν άριστα. Από τους συμμετέχοντες, που απάντησαν θετικά, οι 15 (ποσοστό 14,6%) δήλωσαν πως τη γνωρίζουν πριν από τα 3 έτη, οι 33 (ποσοστό 38,4%) ανέφεραν πως τη γνωρίζουν από την ηλικία των 4 έως 10 ετών, οι 21 (ποσοστό 20,4%) απάντησαν πως γνωρίζουν να τη χειρίζονται από 11 έως 15 ετών, ενώ οι 17 (ποσοστό 16,5%) την έμαθαν από τα 16 έτη και πάνω.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	17	16,5	16,5	16,5
	Γνωρίζω τα βασικά	42	40,8	40,8	57,3
	Αρκετά καλά	24	23,3	23,3	80,6
	Άριστα	20	19,4	19,4	100,0

	Total	103	100,0	100,0	
--	-------	-----	-------	-------	--

Πίνακας 7: Ηλικία γνώσης της Ελληνικής Νοηματικής Γλώσσας					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-3	15	14,6	17,4	17,4
	4-10	33	32,0	38,4	55,8
	11-15	21	20,4	24,4	80,2
	16 ετών και άνω	17	16,5	19,8	100,0
	Total	86	83,5	100,0	
Missing	System	17	16,5		
Total		103	100,0		

Ακολούθως, όσον αφορά τη χρήση του προφορικού λόγου, 17 άτομα (ποσοστό 16,5%) δήλωσαν πως δεν γνωρίζουν καθόλου τον προφορικό λόγο, 44 συμμετέχοντες (ποσοστό 42,7%) δήλωσαν πως γνωρίζουν τα βασικά του προφορικού λόγου, 28 συμμετέχοντες (ποσοστό 27,2%) ανέφεραν ότι γνωρίζουν τον προφορικό λόγο αρκετά καλά και 14 άτομα (ποσοστό 13,6%) απάντησαν πως γνωρίζουν άριστα τον προφορικό λόγο.

Πίνακας 8: Γνώση προφορικού λόγου					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	17	16,5	16,5	16,5
	Γνωρίζω τα βασικά	44	42,7	42,7	59,2
	Αρκετά καλά	28	27,2	27,2	86,4
	Άριστα	14	13,6	13,6	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Κατά τη διερεύνηση του τρόπου επικοινωνίας των συμμετεχόντων στην καθημερινότητά τους, οι 29 (ποσοστό 28,2%) δήλωσαν ότι η επικοινωνία τους γίνεται μόνο με τη νοηματική γλώσσα, οι 19 (ποσοστό 18,4%) ανέφεραν ότι επικοινωνούν

μόνο με τον προφορικό λόγο, ενώ οι 55 (ποσοστό 53,4%) απάντησαν πως η επικοινωνία τους πραγματοποιείται και με τη νοηματική γλώσσα και με τον προφορικό λόγο.

Πίνακας 9: Τρόπος επικοινωνίας στην καθημερινότητα					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Μόνο με τη νοηματική γλώσσα	29	28,2	28,2	28,2
	Μόνο με τον προφορικό λόγο	19	18,4	18,4	46,6
	Και με τη νοηματική γλώσσα και με τον προφορικό λόγο	55	53,4	53,4	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Κατά τη διερεύνηση του συγγενικού περιβάλλοντος των συμμετεχόντων μελετήθηκε η κατάσταση ακοής των γονέων και του συντρόφου / συζύγου. Όσον αφορά την κατάσταση ακοής των γονέων των ερωτηθέντων, οι 12 (ποσοστό 11,7%) ανέφεραν πως και οι δύο γονείς τους είναι Κωφοί, οι 18 (ποσοστό 17,5%) δήλωσαν ότι έχουν έναν γονέα Κωφό, οι 9 (ποσοστό 8,7%) ανέφεραν ότι και οι δύο γονείς τους είναι βαρήκοι, οι 10 (ποσοστό 9,7%) απάντησαν ότι έχουν έναν γονέα βαρήκοο, και τέλος οι 54 (ποσοστό 52,4%) απάντησαν ότι και οι δύο γονείς τους είναι ακούοντες.

Σχετικά με την κατάσταση ακοής του συντρόφου / συζύγου, 19 άτομα (ποσοστό 18,4%) δήλωσαν ότι ο σύντροφος / σύζυγος είναι Κωφός, 4 άτομα (ποσοστό 3,9%) δήλωσαν ότι έχουν βαρήκοο σύντροφο/ σύζυγο, 33 άτομα (ποσοστό 32%) ανέφεραν ότι ο σύντροφος / σύζυγος είναι ακούων, ενώ σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες, 47 άτομα (ποσοστό 45,6%) δήλωσαν πως δεν έχουν σύντροφο / σύζυγο.

Πίνακας 10: Κατάσταση ακοής γονέων					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Και οι δύο Κωφοί	12	11,7	11,7	11,7

	Ο ένας από τους δύο Κωφός	18	17,5	17,5	29,1
	Και οι δύο Βαρήκοι	9	8,7	8,7	37,9
	Ο ένας από τους δύο Βαρήκοος	10	9,7	9,7	47,6
	Και οι δύο ακούοντες	54	52,4	52,4	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Πίνακας 11: Κατάσταση ακοής συντρόφου / συζύγου					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Κωφός	19	18,4	18,4	18,4
	Βαρήκοος	4	3,9	3,9	22,3
	Ακούον / ούσα	33	32,0	32,0	54,4
	Δεν έχω σύντροφο / σύζυγο	47	45,6	45,6	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Όσον αφορά τον τρόπο επικοινωνίας με τους γονείς, τα παιδιά και τους συγγενείς, 28 ερωτηθέντες (ποσοστό 27,2%) απάντησαν ότι επικοινωνούν μόνο με τη νοηματική γλώσσα, 32 συμμετέχοντες (ποσοστό 31,1%) δήλωσαν ότι επικοινωνούν μόνο με τον προφορικό λόγο και 43 συμμετέχοντες (ποσοστό 41,7%) ανέφεραν ότι επικοινωνούν και με τη νοηματική γλώσσα αλλά και με τον προφορικό λόγο.

Πίνακας 12: Τρόπος επικοινωνίας με το συγγενικό περιβάλλον					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Μόνο με τη νοηματική γλώσσα	28	27,2	27,2	27,2
	Μόνο με τον προφορικό λόγο	32	31,1	31,1	58,3
	Και με τη νοηματική γλώσσα και με τον προφορικό λόγο	43	41,7	41,7	100,0

	Total	103	100,0	100,0	
--	-------	-----	-------	-------	--

Εν συνεχεία, στην ερώτηση αν οι συμμετέχοντες έχουν φίλους ακούοντες, οι 86 (ποσοστό 83,5%) απάντησαν θετικά, ενώ οι 17 (ποσοστό 16,5%) απάντησαν αρνητικά.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	86	83,5	83,5	83,5
	Όχι	17	16,5	16,5	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Αναφορικά με την επαγγελματική κατάσταση των συμμετεχόντων, οι 52 (ποσοστό 50,5%) ανέφεραν ότι εργάζονται, οι 31 (ποσοστό 30,1%) δήλωσαν ότι είναι άνεργοι, οι 12 (ποσοστό 11,7%) απάντησαν πως είναι φοιτητές και οι 8 (ποσοστό 7,8%) πως είναι συνταξιούχοι.

Ως προς το μορφωτικό επίπεδο του δείγματος, οι 8 εκ των συμμετεχόντων (ποσοστό 7,8%) ανέφεραν ότι είναι απόφοιτοι δημοτικού, οι 7 (ποσοστό 6,8%) δήλωσαν πως είναι απόφοιτοι γυμνασίου, οι 43 (ποσοστό 41,7%) απάντησαν πως είναι απόφοιτοι λυκείου, οι 22 (ποσοστό 21,4%) δήλωσαν ότι είναι απόφοιτοι επαγγελματικών σχολών, οι 17 (ποσοστό 16,5%) ανέφεραν ότι είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ, και τέλος οι 6 (ποσοστό 5,8%) ότι είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού / διδακτορικού διπλώματος.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Εργαζόμενος / η	52	50,5	50,5	50,5
	Άνεργος / η	31	30,1	30,1	80,6
	Φοιτητής / τρια	12	11,7	11,7	92,2
	Συνταξιούχος	8	7,8	7,8	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Πίνακας 15: Μορφωτικό επίπεδο					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Απόφοιτος δημοτικού	8	7,8	7,8	7,8
	Απόφοιτος Γυμνασίου	7	6,8	6,8	14,6
	Απόφοιτος Λυκείου	43	41,7	41,7	56,3
	Απόφοιτος Επαγγελματικών σχολών	22	21,4	21,4	77,7
	Απόφοιτος ΑΕΙ / ΤΕΙ	17	16,5	16,5	94,2
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού / Διδακτορικού διπλώματος	6	5,8	5,8	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Σχετικά με το σχολικό πλαίσιο φοίτησης, 42 εκ των ερωτηθέντων (ποσοστό 40,8) απάντησαν πως έχουν φοιτήσει σε γενικό σχολείο, 31 (ποσοστό 30,1%) ανέφεραν ότι φοίτησαν σε Ειδικό σχολείο Κωφών / Βαρήκων και 30 (ποσοστό 29,1%) δήλωσαν ότι η φοίτησή τους πραγματοποιήθηκε σε συνδυασμό των δύο σχολικών πλαισίων.

Πίνακας 16: Σχολικό πλαίσιο					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Γενικό σχολείο	42	40,8	40,8	40,8
	Ειδικό σχολείο Κωφών / Βαρήκων	31	30,1	30,1	70,9
	Και σε Γενικό σχολείο και σε Ειδικό σχολείο Κωφών / Βαρήκων	30	29,1	29,1	100,0

	Total	103	100,0	100,0	
--	-------	-----	-------	-------	--

Από τους συμμετέχοντες, που δήλωσαν ότι φοίτησαν σε γενικό σχολείο, οι 34 (ποσοστό 33%) ανέφεραν πως οι δάσκαλοι αντιμετώπιζαν ισότιμα τόσο τους ακούοντες όσο και τους Κωφούς μαθητές, ενώ οι 43 (ποσοστό 41,7%) δήλωσαν πως η αντιμετώπιση των δασκάλων δεν ήταν ισότιμη.

Πίνακας 17: Ισότιμη αντιμετώπιση ακουόντων και Κωφών μαθητών από τους δασκάλους στα σχολεία γενικής εκπαίδευσης

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	34	33,0	44,2	44,2
	Όχι	43	41,7	55,8	100,0
	Total	77	74,8	100,0	
Missing	System	26	25,2		
Total		103	100,0		

Αναφορικά με τη γλώσσα, που χρησιμοποιούταν κατά την εκπαίδευση των συμμετεχόντων στο σχολείο, οι 30 εκ των ερωτηθέντων (ποσοστό 29,1%) απάντησαν ότι η εκπαίδευσή τους πραγματοποιούταν κατά κύριο λόγο μέσω της νοηματικής γλώσσας, οι 27 (ποσοστό 26,2%) ανέφεραν ότι η εκπαίδευσή τους βασιζόταν κυρίως στον προφορικό λόγο, ενώ οι 46 (ποσοστό 44,7%) δήλωσαν ότι κατά την εκπαίδευσή τους υπήρχε συνδυασμός νοηματικής γλώσσας και προφορικού λόγου.

Πίνακας 18: Γλώσσα πραγματοποίησης της εκπαίδευσης

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Κυρίως με τη νοηματική γλώσσα	30	29,1	29,1	29,1
	Κυρίως με τον προφορικό λόγο	27	26,2	26,2	55,3

	Και με την νοηματική γλώσσα και με τον προφορικό λόγο	46	44,7	44,7	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Εν συνεχεία, όταν οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν για την ύπαρξη εκπαιδευτικού διερμηνέα στο σχολείο, οι 30 (ποσοστό 29,1%) απάντησαν θετικά, ενώ οι 73 (ποσοστό 70,9%) απάντησαν αρνητικά.

Επιπλέον, όσον αφορά τη χρήση νοημάτων ταυτόχρονα με την ομιλία, 64 συμμετέχοντες (ποσοστό 62,1%) ανέφεραν ότι χρησιμοποιούνταν νοήματα ταυτόχρονα με την ομιλία, ενώ 39 (ποσοστό 37,9%) δήλωσαν ότι δε χρησιμοποιούνταν νοήματα.

Πίνακας 19: Ύπαρξη εκπαιδευτικού διερμηνέα στο σχολείο					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	30	29,1	29,1	29,1
	Όχι	73	70,9	70,9	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Πίνακας 20: Χρήση νοημάτων ταυτόχρονα με την ομιλία					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	64	62,1	62,1	62,1
	Όχι	39	37,9	37,9	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Στη συνέχεια, διερευνώντας τη σχολική επίδοση, 6 συμμετέχοντες (ποσοστό 5,8%) δήλωσαν πως η επίδοσή τους στο σχολείο ήταν κακή, 49 άτομα (ποσοστό 47,6%) ανέφεραν πως είχαν μέτρια σχολική επίδοση, 41 άτομα (ποσοστό 39,8%) απάντησαν πως η σχολική τους επίδοση ήταν καλή, ενώ 7 συμμετέχοντες (ποσοστό 6,8%) ανέφεραν πολύ καλή σχολική επίδοση.

Πίνακας 21: Σχολική επίδοση					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Κακή	6	5,8	5,8	5,8
	Μέτρια	49	47,6	47,6	53,4
	Καλή	41	39,8	39,8	93,2
	Πολύ καλή	7	6,8	6,8	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Σχετικά με την ερώτηση για τη χρήση διαδραστικού πίνακα και εφαρμογών διαδικτύου ή όχι, 61 εκ των συμμετεχόντων (ποσοστό 59,2%) απάντησαν θετικά και 42 (ποσοστό 40,8%) απάντησαν αρνητικά.

Πίνακας 22: Χρήση διαδραστικού πίνακα ή/και εφαρμογών διαδικτύου					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	61	59,2	59,2	59,2
	Όχι	42	40,8	40,8	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Όσον αφορά την ανάπτυξη της ομιλίας ή την ανάπτυξη της γραπτής μορφής της γλώσσας στο σχολείο, 43 συμμετέχοντες (ποσοστό 41,7%) δήλωσαν ότι περισσότερη έμφαση δόθηκε στην ανάπτυξη της ομιλίας, ενώ 60 συμμετέχοντες (ποσοστό 58,3%) ανέφεραν ότι μεγαλύτερη έμφαση δόθηκε στην ανάπτυξη γραπτής μορφής της γλώσσας.

Πίνακας 23: Ανάπτυξη ομιλίας ή γραπτής μορφής της γλώσσας					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ομιλίας	43	41,7	41,7	41,7
	Γραπτής μορφής της γλώσσας	60	58,3	58,3	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Ακόμα, στην ερώτηση για το αν γινόταν χρήση χειλεανάγνωσης κατά τη διάρκεια του μαθήματος, 77 άτομα (ποσοστό 74,8%) απάντησαν θετικά και 26 άτομα (ποσοστό 25,2%) απάντησαν αρνητικά.

Πίνακας 24: Χρήση χειλεανάγνωσης στο μάθημα					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	77	74,8	74,8	74,8
	Όχι	26	25,2	25,2	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Σχετικά με τη συμμετοχή και δραστηριοποίηση σε συλλόγους Κωφών / βαρήκοων, λίγο παραπάνω από τους μισούς ερωτηθέντες (ποσοστό 57,3%) απάντησαν πως δραστηριοποιούνται, ενώ 44 ερωτηθέντες (ποσοστό 42,7%) απάντησαν πως δεν δραστηριοποιούνται.

Πίνακας 25: Δραστηριοποίηση σε συλλόγους Κωφών / Βαρήκοων					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	59	57,3	57,3	57,3
	Όχι	44	42,7	42,7	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Στην κλίμακα αξιολόγησης λαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης (MSPSS- βαθμολόγηση 1-5) οι μέσοι όροι κυμάνθηκαν από 1,31 ως 4,62, με μέσο όρο 3,313, άρα υπάρχουν μέτρια προς υψηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης.

Στην κλίμακα μοναξιάς (Loneliness- βαθμολόγηση 1-4) οι μέσοι όροι κυμάνθηκαν από 1,58 ως 3,89, με μέσο όρο 3,0134, άρα υπάρχουν υψηλά επίπεδα μοναξιάς.

Τέλος, στην κλίμακα αξιολόγησης λαμβανόμενης ποιότητας ζωής (QoL-βαθμολόγηση 1-5) οι μέσοι όροι κυμάνθηκαν από 1,45 ως 4,85, με μέσο όρο 3,3922, άρα υπάρχουν μέτρια προς υψηλά επίπεδα ποιότητας ζωής.

Πίνακας 26: Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
MSPSS	102	1,31	4,62	3,3130	,69110
Loneliness	98	1,58	3,89	3,0134	,48251
QoL	96	1,45	4,85	3,3922	,80057
Valid N (listwise)	91				

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ:

- Υπάρχει συσχέτιση του τρόπου επικοινωνίας (νοηματική γλώσσα ή προφορικός λόγος) των ατόμων με ακουστική αναπηρία με το βαθμό μοναξιάς τους;

Φαίνεται πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του τρόπου επικοινωνίας (νοηματική γλώσσα ή προφορικός λόγος) των ατόμων με ακουστική αναπηρία με το βαθμό μοναξιάς τους, καθώς ο συντελεστής σημαντικότητας $\text{sig}=0.163 > 0.05$.

Πίνακας 27: Συσχέτιση μεταξύ του τρόπου επικοινωνίας (νοηματική γλώσσα ή προφορικός λόγος) των ατόμων με ακουστική αναπηρία και του βαθμού μοναξιάς τους					
Loneliness					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,846	2	,423	1,848	,163
Within Groups	21,738	95	,229		
Total	22,583	97			

Πίνακας 28: Σύγκριση μεταξύ του τρόπου επικοινωνίας (νοηματική γλώσσα ή προφορικός λόγος) των ατόμων με ακουστική αναπηρία και του βαθμού μοναξιάς τους						
8. Η επικοινωνία σας συνήθως στην καθημερινότητά σας γίνεται:		N	MIN	MAX	M.O.	T.A.
Μόνο με τη νοηματική γλώσσα	Loneliness	26	2,37	3,89	3,1680	,46981
	Valid N (listwise)	26				
Μόνο με τον προφορικό λόγο	Loneliness	19	2,05	3,63	2,9584	,29491
	Valid N (listwise)	19				
Και με τη νοηματική γλώσσα και με τον προφορικό λόγο	Loneliness	53	1,58	3,89	2,9573	,53086
	Valid N (listwise)	53				

- Κατά πόσο επηρεάζει το μοντέλο της εκπαίδευσής τους (γενικό ή ειδικό σχολείο -- προφορική/ακουστική μέθοδος ή νοηματική/ έμφαση στη γραφή) την μοναξιά τους στη μετέπειτα ζωή τους;

Φαίνεται πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του μοντέλου της εκπαίδευσης (γενικό ή ειδικό σχολείο) των ατόμων με ακουστική αναπηρία με το βαθμό μοναξιάς τους, καθώς ο συντελεστής σημαντικότητας $\text{sig}=0.465 > 0.05$.

Πίνακας 29: ANOVA μεταξύ του τρόπου εκπαίδευσης των ατόμων με ακουστική αναπηρία και του βαθμού μοναξιάς τους					
Loneliness					
	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,361	2	,181	,772	,465
Within Groups	22,222	95	,234		
Total	22,583	97			

Πίνακας 30: Σύγκριση μεταξύ του τρόπου εκπαίδευσης των ατόμων με ακουστική αναπηρία και του βαθμού μοναξιάς τους

15. Έχετε φοιτήσει σε:		N	MIN	MAX	M.O.	T.A.
Γενικό σχολείο	Loneliness	41	1,79	3,84	3,0770	,43066
	Valid N (listwise)	41				
Ειδικό σχολείο Κωφών / Βαρήκων	Loneliness	29	2,05	3,89	3,0036	,42080
	Valid N (listwise)	29				
Και σε Γενικό σχολείο και σε Ειδικό σχολείο Κωφών / Βαρήκων	Loneliness	28	1,58	3,89	2,9305	,60385
	Valid N (listwise)	28				

Φαίνεται πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της μεθόδου της εκπαίδευσης (προφορική/ακουστική μέθοδος ή νοηματική) των ατόμων με ακουστική αναπηρία με το βαθμό μοναξιάς τους, καθώς ο συντελεστής σημαντικότητας $\text{sig}=0.278>0.05$.

Πίνακας 31: ANOVA μεταξύ της μεθόδου εκπαίδευσης των ατόμων με ακουστική αναπηρία και του βαθμού μοναξιάς τους

Loneliness					
	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,601	2	,301	1,299	,278
Within Groups	21,982	95	,231		
Total	22,583	97			

Πίνακας 32: Σύγκριση μεταξύ της μεθόδου εκπαίδευσης των ατόμων με ακουστική αναπηρία και του βαθμού μοναξιάς τους

17. Η εκπαίδευσή σας στο σχολείο πραγματοποιούνταν:		N	MIN	MAX	M.O.	T.A.
Κυρίως με τη νοηματική γλώσσα	Loneliness	27	1,79	3,89	3,0838	,55225
	Valid N (listwise)	27				
Κυρίως με τον προφορικό λόγο	Loneliness	27	2,05	3,21	2,8889	,26410
	Valid N (listwise)	27				
Και με την νοηματική γλώσσα και με τον προφορικό λόγο	Loneliness	44	1,58	3,89	3,0467	,53351
	Valid N (listwise)	44				

Αντιθέτως φαίνεται πως υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του αν η έμφαση δόθηκε στην ομιλία ή στο γραπτό λόγο των ατόμων με ακουστική αναπηρία με το βαθμό μοναξιάς τους, καθώς ο συντελεστής σημαντικότητας $\text{sig}=0.00 < 0.05$.

Συγκεκριμένα, τα άτομα στα οποία δόθηκε έμφαση στην ανάπτυξη της ομιλίας έχουν μικρότερο βαθμό μοναξιάς ($2,9799 \pm 0,27036$), συγκριτικά με τα άτομα στα οποία δόθηκε έμφαση στην ανάπτυξη του γραπτού λόγου ($3,0385 \pm 0,59550$).

		N	Mean	Std.	
				Deviation	Std. Error Mean
Loneliness	Ομιλίας	42	2,9799	,27036	,04172
	Γραπτής μορφής της γλώσσας	56	3,0385	,59550	,07958

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Loneliness	Equal variances assumed	20,695	,000	-	96	,555	-,05858	,09882	-,25475	,13758

	Equal variance s not assumed			- ,652	81,162	,516	-,05858	,08985	- ,23735	,12018
--	------------------------------	--	--	--------	--------	------	---------	--------	----------	--------

- Κατά πόσο η κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν τα άτομα αυτά επηρεάζει το βαθμό μοναξιάς τους;

Φαίνεται πως η μοναξιά έχει στατιστικά σημαντική και αρνητική συσχέτιση με την κοινωνική υποστήριξη, κάτι που σημαίνει πως όσο μεγαλύτερη η κοινωνική υποστήριξη, τόσο μικρότερος ο βαθμός μοναξιάς που νιώθουν.

Πίνακας 35:		Loneliness
MSPSS	Pearson Correlation	-,595**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	98

- Επηρεάζεται η ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση/βαρηκοΐα με βάση τα ατομικά χαρακτηριστικά τους (φύλο, χρονολογική ηλικία, ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας);

Στη συνέχεια, αποδεικνύεται πως η ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση/βαρηκοΐα επηρεάζεται από το φύλο, καθώς ο συντελεστής σημαντικότητας $\text{sig}=0.013 < 0.05$.

Συγκεκριμένα, οι γυναίκες έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής ($3,4371 \pm 0,70615$), συγκριτικά με τους άνδρες ($3,3237 \pm 0,93243$).

Πίνακας 36: Group Statistics					
	1. Φύλο:	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean

QoL	Γυναίκα	58	3,4371	,70615	,09272
	Ανδρας	38	3,3237	,93243	,15126

Πίνακας 37: Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
QoL	Equal variances assumed	6,385	,013	,677	94	,500	,11338	,16756	-,21931	,44608
	Equal variances not assumed			,639	64,151	,525	,11338	,17742	-,24103	,46780

Αντιθέτως, αποδεικνύεται πως η ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση/βαρηκοΐα δεν επηρεάζεται από την ηλικία, καθώς ο συντελεστής σημαντικότητας $\text{sig}=0.888 > 0.05$.

Πίνακας 38: ANOVA μεταξύ ποιότητας ζωής των ατόμων με Κώφωση/βαρηκοΐα και ηλικίας					
QoL					
	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,418	3	,139	,212	,888
Within Groups	60,469	92	,657		
Total	60,887	95			

Πίνακας 39: Σύγκριση κατηγοριών μεταξύ ποιότητας ζωής των ατόμων με Κώφωση/βαρηκοΐα και ηλικίας						
2. Ηλικία:		N	MIN	MAX	M.O.	T.A.
18-30	QoL	32	1,80	4,80	3,4734	,83367
	Valid N (listwise)	32				
31-40	QoL	36	1,45	4,85	3,3167	,75489
	Valid N (listwise)	36				
41-50	QoL	18	2,00	4,60	3,4000	,87850
	Valid N (listwise)	18				
51 ετών και άνω	QoL	10	2,25	4,55	3,3900	,80685
	Valid N (listwise)	10				

Επιπλέον, αποδεικνύεται πως η ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση/βαρηκοΐα δεν επηρεάζεται από την ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας, καθώς ο συντελεστής σημαντικότητας $\text{sig}=0.069>0.05$.

Πίνακας 40: ANOVA μεταξύ ποιότητας ζωής των ατόμων με Κώφωση/βαρηκοΐα και ηλικίας εμφάνισης αναπηρίας					
QoL					
	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	4,485	3	1,495	2,439	,069
Within Groups	56,401	92	,613		
Total	60,887	95			

Πίνακας 41: Σύγκριση κατηγοριών μεταξύ ποιότητας ζωής των ατόμων με Κώφωση/βαρηκοΐα και ηλικίας εμφάνισης αναπηρίας

3. Ηλικία εμφάνισης Κώφωσης / ακουστικής αναπηρίας:		N	MIN	MAX	M.O.	T.A.
0-3	QoL	35	1,45	4,65	3,4571	,81060
	Valid N (listwise)	35				
4-6	QoL	31	2,00	4,65	3,2274	,79224
	Valid N (listwise)	31				
7-10	QoL	13	2,25	4,35	3,1115	,66180
	Valid N (listwise)	13				
11 ετών και άνω	QoL	17	2,35	4,85	3,7735	,78960
	Valid N (listwise)	17				

- 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;

Ακολούθως, αποδεικνύεται πως η ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση/βαρηκοΐα δεν επηρεάζεται από τον τύπο σχολείου, καθώς ο συντελεστής σημαντικότητας $\text{sig}=0.936 > 0.05$.

Πίνακας 42: ANOVA ποιότητας ζωής των ατόμων με Κώφωση/βαρηκοΐα και τύπου σχολείου

QoL					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,086	2	,043	,066	,936
Within Groups	60,801	93	,654		
Total	60,887	95			

Πίνακας 43: Συσχέτιση κατηγοριών ποιότητας ζωής των ατόμων με Κώφωση/βαρηκοΐα και τύπου σχολείου						
15. Έχετε φοιτήσει σε:		N	MIN	MAX	M.O.	T.A.
Γενικό σχολείο	QoL	39	2,25	4,85	3,3808	,72580
	Valid N (listwise)	39				
Ειδικό σχολείο Κωφών / Βαρήκων	QoL	29	1,80	4,65	3,3638	,85020
	Valid N (listwise)	29				
Και σε Γενικό σχολείο και σε Ειδικό σχολείο Κωφών / Βαρήκων	QoL	28	1,45	4,80	3,4375	,87227
	Valid N (listwise)	28				

Επιπλέον, αποδεικνύεται πως η ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση/βαρηκοΐα δεν επηρεάζεται από τη γλώσσα διδασκαλίας, καθώς ο συντελεστής σημαντικότητας $\text{sig}=0.697>0.05$.

Πίνακας 44: ANOVA ποιότητας ζωής των ατόμων με Κώφωση/βαρηκοΐα και γλώσσας διδασκαλίας					
QoL					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,471	2	,235	,362	,697
Within Groups	60,416	93	,650		
Total	60,887	95			

Πίνακας 45: Συσχέτιση κατηγοριών ποιότητας ζωής των ατόμων με Κώφωση/βαρηκοΐα και γλώσσας διδασκαλίας						
5. Γνώση της Ελληνικής Νοηματικής Γλώσσας:		N	MIN	MAX	M.O.	T.A.
Καθόλου	QoL	17	1,80	4,60	3,4324	,68874
	Valid N (listwise)	17				
Γνωρίζω τα βασικά	QoL	38	1,45	4,85	3,2316	,83257
	Valid N (listwise)	38				

Αρκετά καλά	QoL	22	2,05	4,60	3,1750	,67872
	Valid N (listwise)	22				
Άριστα	QoL	19	2,10	4,80	3,9289	,76218
	Valid N (listwise)	19				

Ακόμα, αποδεικνύεται πως η ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση/βαρηκοΐα δεν επηρεάζεται από τον τρόπο επικοινωνίας, καθώς ο συντελεστής σημαντικότητας $\text{sig}=0.365>0.05$.

Πίνακας 46: ANOVA ποιότητας ζωής των ατόμων με Κώφωση/βαρηκοΐα και τρόπου επικοινωνίας					
QoL					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1,304	2	,652	1,018	,365
Within Groups	59,583	93	,641		
Total	60,887	95			

Πίνακας 47: Συσχέτιση κατηγοριών ποιότητας ζωής των ατόμων με Κώφωση/βαρηκοΐα και τρόπου επικοινωνίας						
8. Η επικοινωνία σας συνήθως στην καθημερινότητά σας γίνεται:		N	MIN	MAX	M.O.	T.A.
Μόνο με τη νοηματική γλώσσα	QoL	27	2,05	4,75	3,5130	,92722
	Valid N (listwise)	27				
Μόνο με τον προφορικό λόγο	QoL	19	1,80	4,55	3,2395	,66303
	Valid N (listwise)	19				
Και με τη νοηματική γλώσσα και με τον προφορικό λόγο	QoL	50	1,45	4,85	3,3850	,77960
	Valid N (listwise)	50				

Επιπλέον, αποδεικνύεται πως η ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση/βαρηκοΐα δεν επηρεάζεται από το κοινωνικό περιβάλλον (συμμετοχή στην Κοινότητα των Κωφών), καθώς ο συντελεστής σημαντικότητας $\text{sig}=0.365>0.05$.

Πίνακας 48: Group Statistics					
	24. Δραστηριοποίηση σε συλλόγους Κωφών / Βαρήκοων:	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
QoL	Ναι	55	3,6000	,84091	,11339
	Όχι	41	3,1134	,65460	,10223

Πίνακας 49: Συσχέτιση κατηγοριών κοινωνικού περιβάλλοντος με Κώφωση/βαρηκοΐα και τρόπον επικοινωνίας						
24. Δραστηριοποίηση σε συλλόγους Κωφών / Βαρήκοων:		N	MIN	MAX	M.O.	T.A.
Ναι	QoL	55	1,45	4,85	3,6000	,84091
	Valid N (listwise)	55				
Όχι	QoL	41	1,80	4,65	3,1134	,65460
	Valid N (listwise)	41				

- Η ύπαρξη ή μη ακουστικής ενίσχυσης (χωρίς ακουστική ενίσχυση, ακουστικό βαρηκοΐας, κοχλιακό εμφύτευμα) επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ατόμων με ακουστική αναπηρία;

Τέλος, αποδεικνύεται πως η ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση/βαρηκοΐα δεν επηρεάζεται από την ύπαρξη ή μη ακουστικής ενίσχυσης, καθώς ο συντελεστής σημαντικότητας $\text{sig}=0.073>0.05$.

Πίνακας 50: ANOVA μεταξύ ποιότητας ζωής των ατόμων με Κώφωση/βαρηκοΐα και ύπαρξης ή μη ακουστικής ενίσχυσης

QoL					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	3,339	2	1,670	2,698	,073
Within Groups	57,548	93	,619		
Total	60,887	95			

Πίνακας 51: Συσχέτιση κατηγοριών ποιότητας ζωής των ατόμων με Κώφωση/βαρηκοΐα και ύπαρξης ή μη ακουστικής ενίσχυσης						
4. Χρήση ακουστικής ενίσχυσης:		N	MIN	MAX	M.O.	T.A.
Ακουστικά βαρηκοΐας	QoL	47	1,80	4,85	3,2681	,70491
	Valid N (listwise)	47				
Κοχλιακό Εμφύτευμα	QoL	23	1,45	4,65	3,7217	,92169
	Valid N (listwise)	23				
Χωρίς ακουστική ενίσχυση	QoL	26	2,05	4,80	3,3250	,80003
	Valid N (listwise)	26				

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο: ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μελέτης σε συνδυασμό με ευρήματα προηγούμενων συναφών μελετών, με σκοπό να διαπιστωθούν οι ομοιότητες και διαφορές τους. Στη συνέχεια, παρατίθενται τα συμπεράσματα της συζήτησης, οι περιορισμοί της έρευνας, καθώς και οι μελλοντικές προτάσεις προς άλλους ερευνητές.

8.1 Συζήτηση ευρημάτων

Η παρούσα ερευνητική εργασία είχε σκοπό, αρχικά, να διερευνήσει τα προσωπικά χαρακτηριστικά των ατόμων με ακουστική αναπηρία, τον τρόπο με τον οποίο επικοινωνούν στην καθημερινότητα τους, το μοντέλο της εκπαίδευσής τους και την κοινωνική υποστήριξη, που λαμβάνουν. Έπειτα, έγινε προσπάθεια διερεύνησης

της επίδρασης των παραπάνω χαρακτηριστικών στην ποιότητα ζωής των ατόμων και κατ' επέκταση στις κοινωνικές τους συναναστροφές, μελετώντας την κοινωνική τους μοναξιά. Πιο συγκεκριμένα, διερευνήθηκε, μεταξύ άλλων, ο βαθμός κοινωνικής μοναξιάς, που παρουσιάζουν τα άτομα με βάση τον τρόπο επικοινωνίας, που επιλέγουν να χρησιμοποιούν στην καθημερινότητά τους, το μοντέλο της εκπαίδευσής τους (γενικό ή ειδικό σχολείο -- προφορική/ακουστική μέθοδος ή νοηματική/ έμφαση στη γραφή), αλλά και το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον και τη στήριξη, που λαμβάνουν από αυτά. Ακόμα, διερευνήθηκε η ποιότητα ζωής των ατόμων με ακουστική αναπηρία με βάση τα ατομικά χαρακτηριστικά τους (φύλο, χρονολογική ηλικία, ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας), τον τρόπο επικοινωνίας στην καθημερινότητα και την ύπαρξη ακουστικής ενίσχυσης (χωρίς ακουστική ενίσχυση, ακουστικό βαρηκοΐας, κοχλιακό εμφύτευμα).

Το πρώτο ερευνητικό ερώτημα απαιτούσε την εξέταση του τρόπου επικοινωνίας στην καθημερινότητα των ατόμων με Κώφωση / βαρηκοΐα (νοηματική γλώσσα ή προφορικός λόγος) και το βαθμό, στον οποίο επηρεάζεται από τον τρόπο αυτό η κοινωνική τους μοναξιά. Ωστόσο, διαπιστώθηκε, πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του τρόπου επικοινωνίας των ατόμων με ακουστική αναπηρία με το βαθμό μοναξιάς τους, καθώς ο συντελεστής σημαντικότητας $\text{sig}=0.163>0.05$.

Ωστόσο, ποικίλες έρευνες έχουν αποδείξει, πως η ακουστική αναπηρία συνδέεται άμεσα με την αδυναμία επικοινωνίας με τα ακούοντα άτομα και ως εκ τούτου με τη μοναξιά και την απομόνωση. (Lukomski, 2007· Most et al., 2012). Ειδικότερα, στην περιθωριοποιημένη ταυτότητα εντάσσονται άτομα, που αντιμετωπίζουν δυσκολίες κατά την επικοινωνία τους με τους άλλους, καθώς φαίνεται ότι δεν υιοθετούν ούτε τον προφορικό λόγο ούτε τη νοηματική γλώσσα (Bat-Chava, 2000). Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα έντονες δυσκολίες στην αλληλεπίδραση με τον κοινωνικό περίγυρο, αλλά και στην ανάπτυξη κοινωνικών δικτύων (Most et al., 2007). Η περιθωριοποιημένη ταυτότητα συχνά σχετίζεται με προβλήματα ψυχικής υγείας και κοινωνικής απομόνωσης (Glickman & Garey, 1993 · Lampe et al., 2020).

Αντιθέτως, τα άτομα με Διαπολιτισμική ταυτότητα μπορούν να χαρακτηριστούν και ως δίγλωσσα, αφού για την επικοινωνία τους στην καθημερινότητά τους χρησιμοποιούν τόσο τον προφορικό λόγο όσο και τη νοηματική

γλώσσα (Leigh, 2009). Φαίνεται να αντιμετωπίζουν τους δύο αυτούς τρόπους επικοινωνίας ως δύο διαφορετικές γλώσσες ίσης αξίας (Fischer, 2000), γεγονός που τους επιτρέπει να μεταπηδούν από τη μια γλώσσα στην άλλη με μεγάλη ευκολία και χωρίς κανένα εμπόδιο (McIlroy & Storbeck, 2011). Με τον τρόπο αυτό τα άτομα μπορούν να συνδεθούν και με τα δύο κοινωνικά πλαίσια, κινούμενοι μεταξύ δύο ταυτοτήτων, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη των κοινωνικών τους δεξιοτήτων και συναναστροφών (McIlroy, 2008).

Τέλος, όσον αφορά τα κοχλιακά εμφυτεύματα, αν και οι απόψεις των ερευνητών δίστανται, φαίνεται σε πολλές μελέτες, ότι έχουν συνδεθεί με τη μείωση της κατάθλιψης και της μοναξιάς (Poissant, Beaudoin, Huang, Brodsky & Lee, 2008), καθώς τα άτομα αναπτύσσουν περισσότερο τις δεξιότητες του προφορικού λόγου (Bouchard, Ouellet & Cohen, 2009· Mouvet et al., 2013· Schick, Marschark & Spencer, 2005).

Όσον αφορά το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα, επιχειρήθηκε να διερευνηθεί το μοντέλο της εκπαίδευσής τους των ατόμων με ακουστική αναπηρία (γενικό ή ειδικό σχολείο -- προφορική/ακουστική μέθοδος ή νοηματική/ έμφαση στη γραφή) και κατ' επέκταση πόσο αυτό επηρεάζει την κοινωνική μοναξιά τους στη μετέπειτα ζωή τους. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, φαίνεται πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του μοντέλου της εκπαίδευσης (γενικό ή ειδικό σχολείο) των ατόμων με ακουστική αναπηρία με το βαθμό μοναξιάς τους, καθώς ο συντελεστής σημαντικότητας $\text{sig}=0.465>0.05$.

Ακόμα διαπιστώθηκε, πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της μεθόδου της εκπαίδευσης (προφορική/ακουστική μέθοδος) των ατόμων με ακουστική αναπηρία με το βαθμό μοναξιάς τους, καθώς ο συντελεστής σημαντικότητας $\text{sig}=0.278>0.05$.

Ωστόσο, τα αποτελέσματα της μελέτης ανέδειξαν, πως υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του αν η έμφαση δόθηκε στην ομιλία ή στο γραπτό λόγο των ατόμων με ακουστική αναπηρία με το βαθμό μοναξιάς τους, καθώς ο συντελεστής σημαντικότητας $\text{sig}=0.00<0.05$. Συγκεκριμένα, τα άτομα ,στα οποία δόθηκε έμφαση στην ανάπτυξη της ομιλίας, έχουν μικρότερο βαθμό μοναξιάς ($2,9799\pm 0,27036$), συγκριτικά με τα άτομα στα οποία δόθηκε έμφαση στην ανάπτυξη του γραπτού λόγου ($3,0385\pm 0,59550$).

Η ανάπτυξη της νοηματικής γλώσσας συνέβαλε στην ισότιμη παρουσία των ατόμων με ακουστική αναπηρία στην κοινωνία. Το αίσθημα της μοναξιάς στα άτομα με Κώφωση / βαρηκοΐα πιθανόν να εξηγείται από τον διαφορετικό τρόπο επικοινωνίας, ανεξαρτήτως από το εάν συμμετέχουν και δρουν ανάμεσα σε περιβάλλον ακουόντων ή σε κοινότητες Κωφών (Νικολαραίζη, 2011). Πιο συγκεκριμένα, η έλλειψη της χρήσης της νοηματικής γλώσσας ενίσχυε τις δυσκολίες, που αντιμετώπιζαν τα άτομα με ακουστική αναπηρία, εξαιτίας των ελλειπών φωνολογικών τους γνώσεων που είναι απόρροια της περιορισμένης ακουστικής πρόσβασης στην ομιλία (Νικολαραίζη, 2011). Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια έγινε προσπάθεια να εφαρμοστεί μια δίγλωσση προσέγγιση στην εκπαίδευση, κατά την οποία αναγνωρίζεται ως πρώτη γλώσσα η Νοηματική και ως δεύτερη η γραπτή, κυρίως, γλώσσα (π.χ. η Ελληνική), γεγονός που απομακρύνει την εκπαίδευση των ατόμων αυτών από προηγούμενες ιατροπαθολογικές προσεγγίσεις και την τοποθετεί αυτομάτως σε ένα ευρύτερο, γλωσσικό και πολιτισμικό πλαίσιο (ΑΠΣ, 2004). Η ανάπτυξη ενός τρόπου επικοινωνίας μεταξύ Κωφών / βαρήκοων ατόμων και ακουόντων, στοιχείο που θα καθοριστεί από τη μέθοδο διδασκαλίας, αυξάνει τις πιθανότητες να αντιμετωπιστεί το συναίσθημα της μοναξιάς και της απομόνωσης (Νικολαραίζη, 2011). Τέλος, οι απόψεις δίστανται όσον αφορά το θέμα της ενσωμάτωσης των παιδιών με απώλεια ακοής σε τάξεις ακουόντων, καθώς όπως έχει αποδειχθεί σε σχετικές έρευνες τα αποτελέσματα της ενσωμάτωσης δεν είναι πάντα τα επιθυμητά, αντίθετα συχνά το αποτέλεσμα της συγκεκριμένης ενέργειας είναι η κοινωνική απομόνωση και η αδυναμία των μαθητών αυτών να ενσωματωθούν στο περιβάλλον του γενικού σχολείου (Stinson & Lang, 1994).

Με βάση το τρίτο ερευνητικό ερώτημα, μελετήθηκε κατά πόσο η κοινωνική υποστήριξη, που λαμβάνουν τα άτομα αυτά, επηρεάζει το βαθμό της κοινωνικής μοναξιάς τους. Φαίνεται πως η μοναξιά έχει στατιστικά σημαντική και αρνητική συσχέτιση με την κοινωνική υποστήριξη, κάτι που σημαίνει πως όσο μεγαλύτερη η κοινωνική υποστήριξη, τόσο μικρότερος ο βαθμός μοναξιάς, που νιώθουν τα άτομα με ακουστική αναπηρία.

Σύμφωνα με σχετικές έρευνες, η μειωμένη κοινωνική συναναστροφή μπορεί να προκαλέσει στο άτομο το αίσθημα της απόρριψης, της κοινωνικής απομόνωσης και της μοναξιάς, που σε πολλές περιπτώσεις το άτομο δεν μπορεί να ξεπεράσει ακόμη και στην ενήλικη ζωή (Knutson & Lansing, 1990· Weeks & Asher, 2011). Όσον

αφορά το σχολικό περιβάλλον, σχετικές έρευνες, που μελετούν τη μοναξιά των μαθητών με ακουστική αναπηρία, αναφέρουν, ότι σε μεικτές τάξεις, ακούντων και Κωφών / βαρήκοων μαθητών, οι τελευταίοι είναι περισσότερο πιθανό να μην έχουν φίλους, καθώς οι ακούντες συμμαθητές τους ενδεχομένως να απομακρύνονταν από αυτούς (Nunes, Pretzlik & Olsson, 2001). Πανομοιότυπα είναι τα αποτελέσματα και άλλων ερευνών, οι οποίες καταλήγουν στο συμπέρασμα, ότι οι διαπροσωπικές σχέσεις τους με τα ακούντα άτομα χαρακτηρίζονται από τάση για απομόνωση και διστακτικότητα (Most et al., 2012· Παπάνης κ.ά., 2009). Ακόμα, οι Kostelnik et al., 2014 και οι Most et al., 2012 αναφέρουν, ότι η περιορισμένη κοινωνική αλληλεπίδραση δύναται να προκαλέσει το αίσθημα της απόρριψης και της μοναξιάς, που θα εμφανιστούν στην παιδική ηλικία, αλλά κατα πάσα πιθανότητα δεν μπορούν να ξεπεραστούν ακόμη και στην ενήλικη ζωή, επιδρώντας αρνητικά στην ανάπτυξη αποτελεσματικών κοινωνικών δεξιοτήτων. Τέλος, παρατηρώντας άτομα με ακουστική αναπηρία, που μεγάλωσαν με ακούντες γονείς, συμπεραίνεται, ότι το συναίσθημα της μοναξιάς δεν έλλειπε σε όλα τα αναπτυξιακά στάδια της ζωής τους (Most et al., 2012).

Κατά το τέταρτο ερευνητικό ερώτημα επιχειρήθηκε να διερευνηθεί εάν και κατά πόσο επηρεάζεται η ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση / βαρηκοΐα με βάση τα ατομικά χαρακτηριστικά τους (φύλο, χρονολογική ηλικία, ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, αποδεικνύεται πως η ποιότητα ζωής των ατόμων με ακουστική αναπηρία επηρεάζεται από το φύλο, καθώς ο συντελεστής σημαντικότητας $\text{sig}=0.013<0.05$. Συγκεκριμένα, φαίνεται από το δείγμα, πως οι γυναίκες έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής ($3,4371\pm 0,70615$), συγκριτικά με τους άνδρες ($3,3237\pm 0,93243$). Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με εκείνα συναφών ερευνών, όπως των Laugen et al. (2016) και Borujeni et al. (2015), οι οποίοι διαπίστωσαν αντίστοιχα πως οι άνδρες παρουσιάζουν κατώτερη ποιότητα ζωής, σε σύγκριση με τις γυναίκες. Επιπλέον, τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνονται και από τις έρευνες των Sach & Barton (2007) και SarAbadani-Tafreshi (2006), οι οποίοι ανέδειξαν καλύτερη ποιότητα ζωής των γυναικών σε σύγκριση με τους άνδρες. Ωστόσο, διαφορετικά φαίνονται τα ευρήματα των ερευνών των Chaveiro et al. (2014), Chen et al. (2015), Felinger et al. (2005), και Ringdahl & Grimby (2000), στις οποίες αναδείχθηκαν μεγαλύτερες βαθμολογίες των ανδρών στη συνολική ποιότητα

ζωής τους. Υπήρξαν, βέβαια, και μελέτες, όπως εκείνες των Qi et al. (2020), Haukedal et al. (2019), Jaiyeola & Adeyemo (2018) και Oyewumi et al. (2013), στις οποίες τα αποτελέσματα δεν ανέδειξαν καμία σημαντική συσχέτιση μεταξύ του φύλου και της ποιότητας ζωής των ατόμων με ακουστική αναπηρία.

Αντιθέτως, αποδεικνύεται πως η ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση/βαρηκοΐα δεν επηρεάζεται από τη χρονολογική ηλικία, καθώς ο συντελεστής σημαντικότητας $\text{sig}=0.888>0.05$. Συναφή συμπεράσματα παρατηρούμε στη μελέτη των Haukedal et al. (2018), στην οποία δε διαπιστώθηκε σημαντική σχέση μεταξύ χρονολογικής ηλικίας και ποιότητας ζωής. Από την άλλη πλευρά, οι Jaiyeola & Adeyemo (2018) με βάση το δείγμα τους διαπίστωσαν πως η ηλικία ασκεί επίδραση στην ποιότητα ζωής των ατόμων με απώλεια ακοής, καθώς όσο μεγαλύτεροι ήταν οι συμμετέχοντες τόσο καλύτερη ήταν η εικόνα της ποιότητας ζωής τους. Ωστόσο, στην έρευνά τους οι Warner-Czyz et al. (2011), συμπέραναν πως τα άτομα νεότερης ηλικίας είχαν μεγαλύτερες βαθμολογίες στην ποιότητα ζωής τους, τις κοινωνικές σχέσεις αλλά και την αυτόεικόνα τους συγκριτικά με άτομα μεγαλύτερης ηλικίας.

Επιπλέον, αποδεικνύεται πως η ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων της παρούσας μελέτης δεν επηρεάζεται από την ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας, καθώς ο συντελεστής σημαντικότητας $\text{sig}=0.069>0.05$. Σε αντίθετη κατεύθυνση βρίσκονται οι μελέτες των Jaiyeola & Adeyemo (2018) και Oyewumi, et al. (2013), οι οποίοι διαπίστωσαν ότι η ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ατόμων με ακουστική αναπηρία, και συγκεκριμένα ανέδειξαν πως οι προγλωσσικά Κωφοί παρουσίασαν χαμηλότερες βαθμολογίες στην ποιότητα ζωής τους σε σύγκριση με τα άτομα που έχασαν την ακοή τους μετά την ηλικία των πέντε ετών. Με τα ευρήματα αυτά συμφωνεί και η έρευνα της Ademokoya (2008), στην οποία επισημάνθηκε πως όταν η Κώφωση επέρχεται πριν τα τρία έτη επιφέρει δυσκολίες στην επικοινωνία, και ως εκ τούτου οδηγεί στην κοινωνική απομόνωση και σε δυσκολίες στην εκπαίδευση, την επαγγελματική πορεία αλλά και τις κοινωνικές συναναστροφές των ατόμων. Αντίθετα, τα ευρήματα των Fellingner et al., (2007) και Graaf & Bijl, (2002), αναδεικνύουν πως τα άτομα με μεταγλωσσική Κώφωση παρουσιάζουν κατώτερες βαθμολογίες ποιότητας ζωής και συγκεκριμένα στην ψυχολογική υγεία και ικανοποίηση από τις κοινωνικές τους σχέσεις, λόγω των προβλημάτων επικοινωνίας, την περιορισμένη αυτοεκτίμηση αλλά και στην απουσία

αποδοχής της ακουστικής τους απώλειας. Ωστόσο, όλες αυτές οι μελέτες αναδεικνύουν τη σημασία της ηλικίας εμφάνισης της αναπηρίας στην ποιότητα ζωής των ατόμων, σε αντίθεση με την παρούσα μελέτη.

Λαμβάνοντας υπόψη το πέμπτο ερευνητικό ερώτημα, μελετήθηκαν οι εκπαιδευτικές εμπειρίες των ατόμων με Κώφωση / βαρηκοΐα (τύπος σχολείου, γλώσσα διδασκαλίας), ο τρόπος επικοινωνίας, που επιλέγουν να χρησιμοποιούν στην καθημερινότητά τους, αλλά και το κοινωνικό τους περιβάλλον, και η επιρροή των παραπάνω στην ποιότητα της ζωής τους.

Όπως αποδεικνύεται από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, η ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση/βαρηκοΐα δεν επηρεάζεται από το σχολικό πλαίσιο, καθώς ο συντελεστής σημαντικότητας $\text{sig}=0.936>0.05$. Αντίθετη φαίνεται να είναι η άποψη των παρακάτω μελετητών, όπως οι Jaiyeola & Adeyemo (2018), οι οποίοι συμπέραναν ότι επηρεάζεται η ποιότητα ζωής από τον τύπο του σχολείου φοίτησης, και συγκεκριμένα διαπίστωσαν, ότι οι συμμετέχοντες, που είχαν φοιτήσει σε ειδικά σχολεία Κωφών παρουσίαζαν καλύτερη ποιότητα ζωής, σε σχέση με όσους φοιτήσαν πλήρως ή μερικώς σε γενικά σχολεία. Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα των μελετών των Oyewumi et al. (2013) και Bat-Chava (1994), οι οποίοι διαπίστωσαν πως τα άτομα που φοιτούν σε ειδικά σχολεία Κωφών σημειώνουν υψηλότερες βαθμολογίες στην ποιότητα ζωής τους. Ωστόσο, αντίθετα φαίνονται να είναι τα αποτελέσματα στις μελέτες των Theunissen et al. (2014) και Schertz et al. (2016), στις οποίες αναδείχθηκε πως τα άτομα με ακουστική αναπηρία που ολοκληρώνουν τη σχολική τους φοίτηση σε ειδικά σχολεία παρουσιάζουν χειρότερη ψυχολογική υγεία, και ως εκ τούτου αρνητικές συνέπειες στην ποιότητα ζωής τους. Παρόμοια είναι τα αποτελέσματα των ερευνών των Huber et al. (2015) και Eldik (2005). Σε ανάλογο πλαίσιο ο Hintermain (2010) κατέληξε στο συμπέρασμα πως οι συμμετέχοντες, που είχαν φοιτήσει σε γενικά σχολεία παρουσίασαν μια καλή ποιότητα ζωής, συγκεντρώνοντας υψηλές βαθμολογίες αναφορικά με το περιβάλλον και τις κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις. Σε κάθε περίπτωση, οι παραπάνω ερευνητές έχουν διαπιστώσει, ότι υπάρχει επίδραση μεταξύ σχολικού πλαισίου φοίτησης και ποιότητας ζωής.

Επιπλέον, από την παρούσα μελέτη αποδεικνύεται, πως η ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση/βαρηκοΐα δεν επηρεάζεται από τη γλώσσα διδασκαλίας, καθώς ο συντελεστής σημαντικότητας $\text{sig}=0.697>0.05$. Ωστόσο, έχουν εντοπιστεί έρευνες, οι

οποίες αναδεικνύουν τη σημασία του συστήματος επικοινωνίας, που χρησιμοποιείται κατά τη διδασκαλία των ατόμων με ακουστική αναπηρία, όπως αυτή των Santos et al. (2019), οι οποίοι 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 μέσω της νοηματικής ή αποκλειστικά με τον προφορικό λόγο. Μάλιστα, τόνισαν πως είναι ιδιαίτερα σημαντική η ανάπτυξη ικανοτήτων και στις δύο γλώσσες επικοινωνίας για την ποιότητα ζωής αλλά και για την ψυχολογική ευημερία των ατόμων με ακουστική αναπηρία. Την ίδια άποψη έχει και ο Hintermain (2010), ο οποίος στην έρευνα, που διεξήγαγε, ανέδειξε τη σημασία των δίγλωσσων σχολείων στην ποιότητα της ζωής των ατόμων με Κώφωση.

Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένες έρευνες, των οποίων τα αποτελέσματα συνάδουν με αυτά της παρούσας μελέτης, και πιο συγκεκριμένα δεν αναγνωρίζουν τη συσχέτιση μεταξύ ποιότητας ζωής και σχολικής φοίτησης. Ειδικότερα, οι Meyer et al. (2013) και Schick et al. (2012) στην έρευνά τους, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως οι συμμετέχοντες βαθμολόγησαν θετικά όλους τους τομείς της ποιότητας ζωής τους, ανεξαρτήτως από το σχολικό πλαίσιο και τα συστήματα επικοινωνίας, που χρησιμοποιούνταν κατά τη διδασκαλία. Με τα παραπάνω ευρήματα συμφωνούν και εκείνα της έρευνας 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 απώλεια ακοής.

Ακόμα, στην παρούσα εργασία αποδεικνύεται πως η ποιότητα ζωής δεν επηρεάζεται από τον τρόπο επικοινωνίας, που χρησιμοποιούν οι Κωφοί και βαρήκοοι στην καθημερινότητά τους, καθώς ο συντελεστής σημαντικότητας $\text{sig}=0.365>0.05$. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με εκείνα των ερευνών των Haukedal et al. (2018) και Kushalnagar, et al. (2011), οι οποίοι ανέδειξαν πως οι συμμετέχοντες παρουσιάζουν ικανοποιητική εικόνα της ποιότητας ζωής τους, η οποία δεν επηρεάζεται από τον τρόπο επικοινωνίας, που επιλέγουν να χρησιμοποιούν τα στην προσωπική και κοινωνική τους ζωή. Αντίθετα, πληθώρα ερευνών φαίνεται να μην καταλήγουν στο ίδιο συμπέρασμα. Μια τέτοια έρευνα είναι αυτή των Santos et al. (2019), οι οποίοι ανακάλυψαν συσχέτιση μεταξύ τρόπου επικοινωνίας και ποιότητας ζωής, και συγκεκριμένα συμπέραναν πως οι συμμετέχοντες, που χρησιμοποιούν τη νοηματική

γλώσσα για να επικοινωνήσουν, παρουσιάζουν χαμηλή ποιότητα ζωής. Πανομοιότυπα είναι τα αποτελέσματα και από τις έρευνες των Connolly et al. (2006) και Graaf et al. (2002), στις οποίες αναδείχθηκε πως τα άτομα με απώλεια ακοής, που δε γνωρίζουν τον προφορικό λόγο, παρουσιάζουν αρνητικές συνέπειες στην ψυχολογική τους υγεία και ευημερία. Παρομοίως, οι Fellingner et al. (2007) και Fellingner et al. (2005) διαπίστωσαν, πως οι χρήστες της νοηματικής γλώσσας σημειώνουν τις χαμηλότερες βαθμολογίες στον ψυχολογικό τομέα αλλά και στον τομέα του περιβάλλοντος. Παρόλα αυτά, οι συμμετέχοντες φάνηκε να έχουν 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. Παρόμοια αποτελέσματα έχουμε και από τις έρευνες των Hofmann et al. (2020), Haukedal et al. (2019) και Meyer et al. (2013). Ωστόσο, σε αντίθετη κατεύθυνση κινείται η έρευνα των Werngren-Elgström (2003), στην οποία συμμετείχαν άτομα με προγλωσσική Κώφωση. Συγκεκριμένα, οι ερευνητές συμπέραναν 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.

Επιπλέον, εκτός από τη μέθοδο επικοινωνίας, που προτιμάται από το κάθε άτομο με ακουστική αναπηρία, διάφοροι ερευνητές έχουν προβεί στη μελέτη της επίδρασης που ασκούν οι γλωσσικές ικανότητες των ατόμων στην ποιότητα ζωής τους. Ειδικότερα, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η έρευνα των Kushalnagar et al. (2014), στην οποία δίνεται έμφαση στις γλωσσικές ικανότητες των ατόμων και συγκεκριμένα διαπιστώθηκε πως οι συμμετέχοντες, που χρησιμοποιούν τόσο τη νοηματική γλώσσα όσο και τον προφορικό λόγο παρουσιάζουν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τα άτομα που γνωρίζουν και χρησιμοποιούν αποκλειστικά μια γλώσσα. Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα του Dammeyer (2009).

Επιπροσθέτως, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας αποδεικνύεται, πως η ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση/βαρηκοΐα δεν επηρεάζεται από το κοινωνικό περιβάλλον, καθώς ο συντελεστής σημαντικότητας $\text{sig}=0.365>0.05$. Σχετικές έρευνες φέρουν αντίθετα αποτελέσματα, όπως εκείνη των Fellingner et al. (2007), οι οποίοι 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. Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα από την έρευνα των

Fellinger et al. (2005), η οποία τόνισε, 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 ακουστική αναπηρία, που ζουν μόνα τους στο σπίτι παρουσιάζουν χαμηλότερες βαθμολογίες στον ψυχολογικό τομέα, στοιχείο που αναπόφευκτα επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους.

Σχετικά με το έκτο ερευνητικό ερώτημα, επιχειρήθηκε να διερευνηθεί η επίδραση της ακουστικής ενίσχυσης (χωρίς ακουστική ενίσχυση, ακουστικό βαρηκοΐας, κοχλιακό εμφύτευμα) στην ποιότητα ζωής των ατόμων με ακουστική αναπηρία. Από τα αποτελέσματα της έρευνας αποδεικνύεται πως η ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση/βαρηκοΐα δεν επηρεάζεται από την ύπαρξη ή μη ακουστικής ενίσχυσης, καθώς ο συντελεστής σημαντικότητας $\text{sig}=0.073>0.05$. Ωστόσο, τα ευρήματα των περισσότερων ερευνών φαίνεται να υποστηρίζουν την ύπαρξη σύνδεσης ανάμεσα στη χρήση ακουστικής ενίσχυσης και ποιότητας ζωής των ατόμων με απώλεια ακοής. Πιο συγκεκριμένα, οι Meyer et al. (2013) και οι Kushalnagar, et al. (2011), διαπίστωσαν πως δεν εντοπίζονται σημαντικές διαφορές στην ποιότητα ζωής των ατόμων με βάση την ύπαρξη ή μη 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, αφού τα άτομα με κοχλιακό εμφύτευμα φαίνεται να σημειώνουν υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής σε σχέση με τους Κωφούς που χρησιμοποιούν ακουστικά βαρηκοΐας. Επίσης, οι Hofmann et al. (2020) και Duarte et al. (2014), στην έρευνά τους σχετικά με την ποιότητα ζωής, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως τα άτομα που χρησιμοποιούν κοχλιακό εμφύτευμα αξιολογούν καλύτερα την ποιότητα ζωής τους σε σύγκριση με εκείνα, που δε χρησιμοποιούν κάποιο τεχνολογικό βοήθημα. Ένα ακόμη σημαντικό εύρημα ήταν πως η ποιότητα ζωής των ατόμων με ακουστική ενίσχυση δε διαφοροποιείται σε μεγάλο βαθμό από αυτή των ατόμων με φυσιολογική ακοή. Παρεμφερή είναι τα αποτελέσματα και από τις έρευνες των Haukedal et al. (2019) και Warner-Czyz AD (2009), στις οποίες συμμετείχαν άτομα με κοχλιακό εμφύτευμα, τα οποία σημείωσαν αρκετά καλές βαθμολογίες στους τομείς της ποιότητας ζωής τους, οι οποίες μάλιστα μπορούν να συγκριθούν και με τους συνομηλίκους τους με φυσιολογική ακοή. Τέλος, οι Klop et al. (2007) διαπίστωσαν ότι η ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων στην έρευνά τους αυξήθηκε μετά την κοχλιακή εμφύτευση, αφού φαίνεται ότι παρουσίασαν σημαντικές

βελτιώσεις στην αντίληψη και κατανόηση της ομιλίας και στις κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις.

8.2 Συμπεράσματα

Από τα αποτελέσματα της έρευνας αναδεικνύεται η επίδραση του τρόπου, με τον οποίο επικοινωνούν στην καθημερινότητα τους, των εκπαιδευτικών τους εμπειριών και της λαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης των ατόμων με απώλεια ακοής στην κοινωνική μοναξιά, που μπορεί να αισθάνονται ως ενήλικες. Επιπλέον, διερευνήθηκε και αναδείχθηκε η επίδραση των ατομικών χαρακτηριστικών, του τρόπου επικοινωνίας στην καθημερινότητα και της ύπαρξης ή μη ακουστικής ενίσχυσης των ατόμων με ακουστική αναπηρία στα επίπεδα ποιότητας ζωής τους.

Ειδικότερα, όσον αφορά την κοινωνική μοναξιά, που πιθανόν να βιώνουν οι ενήλικες με ακουστική αναπηρία, από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας διαπιστώνουμε, ότι δεν επηρεάζεται από τον τρόπο επικοινωνίας στην καθημερινότητά τους, από το εκπαιδευτικό πλαίσιο (γενικό ή ειδικό σχολείο), αλλά ούτε από τη μέθοδο της εκπαίδευσής τους (προφορική/ακουστική μέθοδος).

Ωστόσο, τα αποτελέσματα της μελέτης ανέδειξαν, πως υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του αν η έμφαση δόθηκε στην ομιλία ή στο γραπτό λόγο των ατόμων με ακουστική αναπηρία με το βαθμό μοναξιάς τους. Συγκεκριμένα, τα άτομα ,στα οποία δόθηκε έμφαση στην ανάπτυξη της ομιλίας, παρουσιάζουν μικρότερο βαθμό μοναξιάς συγκριτικά με τα άτομα, στα οποία δόθηκε έμφαση στην ανάπτυξη του γραπτού λόγου. Ακόμα, διαπιστώθηκε πως η μοναξιά έχει στατιστικά σημαντική και αρνητική συσχέτιση με τη λαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη, δηλαδή όσο μεγαλύτερη είναι η λαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη, τόσο μικρότερος φαίνεται να είναι ο βαθμός κοινωνικής μοναξιάς, που νιώθουν τα άτομα με ακουστική αναπηρία.

Στη συνέχεια, σχετικά με την ποιότητα ζωής των ατόμων με ακουστική αναπηρία, τα αποτελέσματα της έρευνας οδηγούν στο συμπέρασμα, ότι επηρεάζεται από το φύλο, και συγκεκριμένα, φαίνεται από το δείγμα, πως οι γυναίκες έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής συγκριτικά με τους άνδρες.

Από την άλλη μεριά, η ποιότητα ζωής του δείγματος της έρευνας δεν φαίνεται να επηρεάζεται σημαντικά από τη χρονολογική ηλικία, από την ηλικία εμφάνισης της

αναπηρίας, από το σχολικό πλαίσιο, από τη γλώσσα διδασκαλίας ή από τον τρόπο επικοινωνίας, που χρησιμοποιούν στην καθημερινότητά τους. Επιπλέον, στατιστικά ασήμαντη φαίνεται να είναι και η επίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος, καθώς και της ύπαρξης ή μη ακουστικής ενίσχυσης στα επίπεδα ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων της έρευνας.

8.3 Περιορισμοί της έρευνας – Μελλοντικές προτάσεις

Στην έρευνα της παρούσας εργασίας εντοπίζονται μερικοί περιορισμοί, οι οποίοι παρουσιάζονται παρακάτω. Αρχικά, ένας περιορισμός της έρευνας, που σχετίζεται με το ερευνητικό εργαλείο, αφορά το γεγονός πως για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, και ως εκ τούτου οι απαντήσεις χαρακτηρίζονται από υποκειμενικότητα. Πιο συγκεκριμένα, δεν μπορεί να εκτιμηθεί με ακρίβεια ο βαθμός, στον οποίο οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα και δεν καθοδηγούνται από κοινωνικά αρεστές απαντήσεις.

Επιπλέον, ένας περιορισμός, ο οποίος προκύπτει από τη συλλογή του δείγματος, αφορά το γεγονός πως ορισμένα άτομα με ακουστική αναπηρία είναι αρκετά δυσπρόσιτα, με αποτέλεσμα να εκφράσουν την άρνησή τους για συμμετοχή στην έρευνα. Το γεγονός αυτό δημιουργεί αμφιβολίες για το εάν τα ατομικά χαρακτηριστικά των ατόμων με ακουστική αναπηρία διαφέρουν από αυτά των συμμετεχόντων και θέτει ερωτήματα για την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος.

Τέλος, ο αριθμός των συμμετεχόντων ήταν αρκετά μικρός (103 άτομα), γεγονός που δεν επιτρέπει τη γενικευσιμότητα των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Από τα παραπάνω, γίνεται φανερό η αναγκαιότητα να διεξαχθούν έρευνες, οι οποίες θα επιχειρήσουν να υπερβούν όλους τους προαναφερόμενους περιορισμούς. Μελλοντικά, θα ήταν θεμιτό να πραγματοποιηθεί παρόμοια έρευνα, η οποία θα συμπεριελάμβανε μεγαλύτερο δείγμα ατόμων με απώλεια ακοής με στόχο πιο έγκυρα αποτελέσματα.

Ακόμα μια μελλοντική πρόταση είναι, ότι θα μπορούσε η έρευνα να επικεντρωθεί σε άτομα με κοινά ατομικά χαρακτηριστικά (φύλο, χρονολογική ηλικία, ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας, χρήση ακουστικής ενίσχυσης), ούτως ώστε να διαπιστωθεί αν υπάρχουν διαφορές στην ποιότητα ζωής τους και στην κοινωνική μοναξιά και ποιος είναι τελικά ο κοινός παράγοντας επιρροής.

Μια επιπρόσθετη μελλοντική μελέτη θα μπορούσε να εστιάσει στη σύγκριση της κοινωνικής μοναξιάς των ατόμων με Κώφωση χωρίς καμία ακουστική ενίσχυση και μοναδικό τρόπο επικοινωνίας τη νοηματική γλώσσα και των ατόμων με Κώφωση, που χρησιμοποιούν κοχλιακό εμφύτευμα και γνωρίζουν και χρησιμοποιούν μόνο την προφορική γλώσσα. Πρόκειται για ένα θέμα με μεγάλη απήχηση τα τελευταία χρόνια, ενώ οι απόψεις δίστανται για τα οφέλη της χρήσης ή μη του κοχλιακού εμφυτεύματος και τα οφέλη της χρήσης της νοηματικής γλώσσας αντίστοιχα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

- Αντωνίου, Α.-Σ. (2006). *Αποτελεσματική διαχείριση εργασιακού στρες*. Αθήνα: Εκδόσεις Κλειδάριθμος.
- Cole, M., & Cole, S. R. (2002). *Η ανάπτυξη των παιδιών: Γνωστική και ψυχοκοινωνική ανάπτυξη κατά τη νηπιακή και μέση παιδική ηλικία*. (Μ. Σόλμαν, Μτφρ). Αθήνα: Τυπωθήτω. 2001.
- Knoppers, 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.

- Μαλικιώση – Λοΐζου, Μ. (2012). *Αναθεωρημένη Κλίμακα Μοναξιάς (The Revised UCLA Loneliness Scale)*. Στο Α. Σταλίκας, Σ. Τριλίβα & Π. Ρούσση (Επιμ.), Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα. (σ. 637) Αθήνα: Πεδίο
- Moores, D. (2009). *Εκπαίδευση και Κώφωση: Ψυχολογική προσέγγιση, αρχές και πρακτικές*. (Επιμ. Α. Ζώνιου-Σιδέρη, & Ε. Ντέρου-Ντεροπούλου). Αθήνα: Ταξιδευτής.
- Moores, D. F. (2011). *Εκπαίδευση και Κώφωση: Ψυχολογική προσέγγιση αρχές και πρακτικές*. (Α. Ζώνιου-Σιδέρη, Ε. Ντεροπούλου-Ντέρου, Επιμ., & Χ. Λυμπεροπούλου, Μεταφρ.) Αθήνα: Πεδίο.
- Νικολάου, Ο., *Αυτοπροσδιορισμός και δίκτυα κοινωνικής στήριξης των ατόμων με κινητική αναπηρία [διπλωματική]*. Θεσσαλονίκη: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας .2011.
- Νικολαραϊζή, Μ. (2011). Εκπαίδευση κωφών/βαρήκοων παιδιών: η αναγκαιότητα αποτελεσματικών και ερευνητικά τεκμηριωμένων εκπαιδευτικών στρατηγικών. Στο Σ. Παντελιάδου & Β. Αργυρόπουλος (Επιμ.), *Ειδική Αγωγή. Από την έρευνα στη διδακτική πράξη*.(σ.135-184) 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.
- Παπάνης Ε., Γιαβρίμης Π. & Βίκη Α. (2007). *Ειδική αγωγή, Επαγγελματικός προσανατολισμός ατόμων με αναπηρία και αποασυλοποίηση*. Μυτιλήνη: Εκδόσεις Ίδρυμα Κοινωνικής Πρόνοιας Αγιάσου-Λέσβου «Η Θεομήτωρ», Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Βορείου Αιγαίου.
- Παπάνης, Ε., Γιαβρίμης, Π. & Βίκη, Α. (2009). *Καινοτόμες Προσεγγίσεις στην Ειδική Αγωγή*. Αθήνα: Ι. ΣΙΔΕΡΗΣ.
- Παπασπύρου, Χ. (2003). Οριζόντια και Κάθετη Ένταξη. Ο πολυεπίπεδος χαρακτήρας της εντάξεως με παράδειγμα την εκπαιδευτική και την κοινωνική ένταξη των ανηκόων. *Θέματα Ειδικής Αγωγής* 20, 3-22. Π.Ε.Σ.Ε.Α.

- Ποντισίδης, Γ. & Μπελλάλη, Θ. (2015). Η Έννοια της Κοινωνικής Υποστήριξης και η Επίδρασή της στη Διαχείριση των Χρόνιων Νόσων. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*.
- 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.
- Τσαούση, Α. (2007). «Το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού». *Κέντρο στήριξης οικογένειας Κορίνθου*.
- Τσιάκαλος Γ. (1999). *Ανθρώπινη αξιοπρέπεια και κοινωνικός αποκλεισμός*, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999.
- Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων- Παιδαγωγικό Ινστιτούτο (2004). Β. Λαμπροπούλου (Επιμ.). *Αναλυτικά Προγράμματα Σπουδών για Μαθητές με Προβλήματα Ακοής για την Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση*. Αθήνα. Ανακτήθηκε από:
http://www.pischools.gr/special_education_new/html/gr/8emata/analytika/analytika.ht
- Υφαντής Α., Ίντας, Γ., Κοντός, Μ. (2017). Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και κοινωνική υποστήριξη γυναικών με καρκίνο του μαστού: μια βιβλιογραφική ανασκόπηση. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*.
- Χατζηκακού, Κ. & Νικολαραϊζή, Μ. (2006). Η ενιαία εκπαίδευση και η ανάπτυξη της ταυτότητας των κωφών παιδιών. Στο Ε. Φτιάκα, Α. Γαγάτσης, Ι. Ηλία & Μ. Μοδέστου (Επιμ.) «*Η Σύγχρονη Εκπαιδευτική Έρευνα στην Κύπρο*», Πρακτικά 9^{ου} Συνεδρίου Παιδαγωγικής Εταιρείας Κύπρου, 2-3 Ιουνίου, 2006, (σς 811-822) Λευκωσία: Πανεπιστήμιο Κύπρου.

Χρηστάκης, Κ. (2011). *Η εκπαίδευση των παιδιών με Δυσκολίες, Εισαγωγή στην Ειδική Παιδαγωγική* (Τομ. Β). Αθήνα: Διάδραση.

Ξενόγλωσση

Ackley, R. S. & Decker T. N. (2006). Advances in the spoken language development of deaf and hard-of-hearing children. *Published to Oxford Scholarship Online: April 2010*
doi:10.1093/acprof:oso/9780195179873.003.0004

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>

Arnold, K. H., & Lindner-Müller, C. (2012). Assessment and development of social competence: introduction to the special issue. *Journal for Educational Researchonline*, 4(1), 7.

Asher, S., Parkhurst, J.T., Hymel, S., & Williams, G.A. (1990). Peer rejection and loneliness in childhood. In S.R. Asher & J.D. Coie (Eds.), *Peer rejection in childhood* (pp. 253-273). *New York: Cambridge University Press.*

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).

Backenroth, G. A. M. (1993). Loneliness in the deaf community: a personal or an enforced choice? *International Journal of Rehabilitation Research* 16, 331-336.

Baker, C., & Padden, C. (1978). *American Sign Language. A Look at its History, Structure and Community.* Silver Spring Md: National Association of the Deaf.

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 identities. *American Annals of the Deaf*, 145(5), 420–428.
- 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>
- Berndsen, M. & Luckner, J.(2012). Supporting Students Who Are Deaf or Hard of Hearing in General Education Classrooms: A Washington State Case Study. *Communication Disorders Quarterly* 33(2), 111 -118.
- 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
- 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
- Bossaert, G., Colpin, H., Pijl, S. J., & Petry, K. (2013). Social participation of students with special educational needs in mainstream seventh grade. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 93, 1952-1956. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.10.147
- Bouchard, M. E., Ouellet, C., & Cohen, H. (2009). Speech development in prelingually deaf children with cochlear implants. *Language and Linguistics Compass*, 3(1), 1-18.
- 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>
- Calderon, R., & Greenberg, M. (2011). Social and emotional development of deaf children: Family, school, and program effects. In M. Marschark & P.E. Spencer (Eds.), *The Oxford handbook of deaf studies, language, and education*, 1, 2nd Edition (pp.188-199).Oxford: Oxford University Press.
- Cassidy, J., & Berlin, L.J. (1999). Understanding of the origins of childhood loneliness: Contributions of attachment theory. In K. J. Rotenberg & S. Hymel (Eds.), *Loneliness in childhood and adolescence* (pp. 34-55). *Cambridge, MA: Cambridge University Press*.
- 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>
- 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
- Charlson, E., Strong, M., & Gold, R. (1992). How successful deaf teenagers experience and cope with isolation. *American Annals of the Deaf*, 137(3), 261–270.
- 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
- Cieśla, K., Lewandowska, M., & Skarżyński, H. (2015). Health-related quality of life and mental distress in patients with partial deafness: preliminary findings. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 273(3), 767–776. doi:10.1007/s00405-015-3713-7

- 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>
- 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
- Cunningham, L. L. & Tucci, D. L. (2017). Hearing Loss in Adults. *New England Journal of Medicine*, 377(25), 2465–2473. doi:10.1056/nejmra1616601
- 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>
- 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
- 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>

- 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
- 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>
- 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., 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. Doi: 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/bd1ee8691ed08c589734a0ddb1d3c38/1?pq-origsite=gscholar>
- Foster, S. (1989). Social alienation and peer identification: A study of the social construction of deafness. *Human Organization*, 48(3), 226-235.
- 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, 271-290.

- Furman, W. (1984). Issues in the assessment of social skills of normal and handicapped children. In T. Field, M. Siegal, & J. Roopnarine (Eds.), *Friendships of normal and handicapped children*. New York: Ablex.
- Gerber, B. M. (1983). A communication minority: Deaf people and mental health care. *American Journal of Social Psychiatry*, 3(2), 50-57.
- 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*.
- 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
- 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>
- 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
- 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.
- 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
- 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). Quality of life of mainstreamed hearing impaired children--results of a study with the Inventory of Life Quality of Children and Youth (ILC). *Zeitschrift fur*

Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 38(3), 189–199. [Doi: HYPERLINK "https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000032" HYPERLINK "https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000032"10.1024/1422-4917](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>

Holcomb, T., 2013, *Introduction to American deaf culture*. Oxford University Press, New York

Howes, C. (1987). Social competence with peers in young children: Developmental sequences. *Developmental Review*, 7(3), 252-272. Ανακτήθηκε από: [https://doi.org/10.1016/0273-2297\(87\)90014-1](https://doi.org/10.1016/0273-2297(87)90014-1)

Hubbard, J. A., & Coie, J. D. (1994). Emotional correlates of social competence in children's peer relationships. *Merrill-Palmer Quarterly* (1982-), 40(1), 1-20. Ανακτήθηκε από: <http://www.jstor.org/stable/23087905>

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., 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>

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.

Kafetsios, K. & Sideridis, G.D. (2006). Attachment, Social Support and Well-being in Young and Older Adults. *Journal of Health Psychology* 11 (6), 863-876.

- 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>
- Klop, W. M. C., Briaire, 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>
- Knutson, J. F., & Lansing, C. R. (1990). The relationship between communication problems and psychological difficulties in persons with profound acquired hearing loss. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 55(4), 656–664.
- Kostelnik, M., Whiren, A., Soderman, A., Rupiper, M., & Gregory, K. (2014). *Guiding Children's Social Development and Learning*. Cengage Learning.
- Kourbetis, V., & Hoffmeister, R. J. (2002). Name signs in Greek sign language. *American annals of the deaf*, 147(3), 35–43.
- 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.0000000000000108
- 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>

- 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>
- Lambeze, 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>
- 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., 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.
- 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>
- Locke, J., Ishijima, E. H., Kasari, C., & London, N. (2010). Loneliness, friendship quality and the social networks of adolescents with high-functioning autism in an inclusive school setting. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 10(2), 74-81. doi: 10.1111/j.1471-3802.2010.01148.x
- Lukomski, J. (2007). Deaf college students' perceptions of their social-emotional adjustment. *Journal of deaf studies and deaf education*, 12(4), 486-494.

- 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>
- 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>
- McFall, R. M. (1982). A review and reformulation of the concept of social skills. *Behavioral Assessment*, 4(1), 1-33. Ανακτήθηκε από: <http://dx.doi.org/10.1007/BF01321377>
- 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, 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>

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>

Mize, J. & Ladd, G.W. (1990). A cognitive-social learning approach to social skill training with low status pre-school children. *Developmental Psychology*, 26(3), 388-397. doi: 10.1037/0012-1649.26.3.388

Mo, B., Lindbæk, M. & Harris, S. (2005). Cochlear Implants and Quality of Life: A Prospective Study. *Ear and Hearing*, 26(2), 186-194

Moeller, M. P. (2000). Early intervention and language development in children who are deaf and hard of hearing. *Pediatrics*, 106(3), 1-9.

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>

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>

Most, T., Ingber, S. & Heled- Ariam, E. (2012). Social Competence, Sense of Loneliness, and Speech Intelligibility of Young Children with Hearing Loss in Individual Inclusion and Group Inclusion. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education* 17 (2), 259- 272.

Mouvet, K., Hardonk, S., Matthijs, L., Van Puyvelde, M., Loots, G., & Van Herreweghe, M. (2013). Analyzing language practices in mother-child interaction against the

background of maternal construction of deafness. *Language & Communication*, 33(3), 232-245. Institutional Repository

- 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
- Murphy, J. S., & Newlon, B. J. (1987). Loneliness and the mainstreamed hearing impaired college student. *American Annals of the Deaf*, 132(1), 21-25.
- 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(2), 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>
- Nunes, T., Pretzlik, U., & Olsson, J. (2001). Deaf children's social relationships in mainstream schools. *Deafness & Education International*, 3(3), 123-136.
- Oliver, J. (2013). New expectations: Pediatric cochlear implantation in Japan. *Cochlear Implants International*, 14(1), 13–S17. <https://doi.org/10.1179/1467010013Z.00000000079>
- 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.

- Parker, J. G., & Asher, S. R. (1993). Friendship and Friendship Quality in Middle Childhood: Links With Peer Group Acceptance and Feelings of Loneliness and Social Dissatisfaction. *Developmental Psychology*, 29(4), 611-621.
- Peplau, L. A., & Perlman, D. (1982). Perspectives on loneliness. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 1 -18). New York: Wiley.
- 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.
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. *Personal relationships*, 3, 31-56.
- 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
- Poissant, S. F., Beaudoin, F., Huang, J., Brodsky, J., & Lee, D. J. (2008). Impact of cochlear implantation on speech understanding, depression, and loneliness in the elderly. *Journal of otolaryngology-head & neck surgery= Le Journal d'oto-rhinolaryngologie et de chirurgie cervico-faciale*, 37(4), 488-494.
- Putallaz, M., & Sheppard, B. H. (1992). Conflict management and social competence. In C. U. Shantz & W. W. Hartup (Eds.), *Conflict in child and adolescent development*. New York: Cambridge University Press.
- 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>
- 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

- 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>
- 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>
- Rose-Krasnor, L. (1997). The nature of social competence: A theoretical review. *Social development*, 6(1), 111-135. doi: 10.1111/j.1467-9507.1997.tb00097.x
- Rotenberg, K. J. (1999). Childhood and Adolescent Loneliness: An Introduction. In K. J. Rotenberg, & S. Hymel (Eds.). *Loneliness in childhood and adolescence*, (pp 3-10). Cambridge: University Press.
- Rubin, K. H., & Rose-Krasnor, L. (1992). Interpersonal problem solving and social competence in children. In V. B. Van Hasselt & M. Hersen (Eds.), *Handbook of social development* (pp. 283-323). New York: Springer Science.
- Rusell, Peplau, L. A. & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of personality and social psychology*, 39(3), 472-480.
- Russell, D., Peplau, L. A. & Ferguson, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of personality assessment*, 42(3), 290-294.
- 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>
- 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>

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>

Schick, B., Marschark, M., & Spencer, P. E. (2005). *Advances in the sign language development of deaf children*. Oxford University Press.

Schick, B., De Villiers, P., De Villiers, J., & Hoffmeister, R. (2007). Language and theory of mind: A study of deaf children. *Child development*, 78(2), 376-396.

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

- 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)
- Sparrow, R. (2010). Implants and ethnocide: learning from the cochlear implant controversy. *Disability & Society, 25*(4), 455–466. <https://doi.org/10.1080/09687591003755849>
- Stinson, M. S., & Kluwin, T. N. (2003). Educational consequences of alternative school placements. In M. Marschark & P. E. Spencer (Eds.), *Oxford handbook of deaf studies, language, and education*, (pp. 52-64). Oxford: Oxford University Press.
- Stinson, M. S., & Lang, H. G. (1994). Full inclusion: a path for integration or isolation?. *American Annals of the Deaf, 139*(2), 156-159.
- 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](https://doi.org/10.1093/deafed/eni001)
- 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](https://doi.org/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>
- Theofilou, P. (2015). *Translation and Cultural Adaptation of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support for Greece*. Licensee PAGEPress, Italy. *Health Psychology Research* 2015; 3:1061 doi:[10.4081/hpr.2015.1061](https://doi.org/10.4081/hpr.2015.1061)
- 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](https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.3974)

- 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>
- Tucker, B. (2009). Identity and the Power of Labels. In I., Leigh. *A lens on deaf identities*, (pp. 3-22). Oxford University Press.
- 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>
- Vogel-Walcutt, J. J., Schatschneider, C., & Bowers, C. (2011). Social-Emotional functioning of Elementary-Age Deaf Children: A Profile Analysis. *American annals of the deaf*, 156(1), 6-22.
- Wake, M., Hughes, E. K., Poulakis, Z., Collins, C., & Rickards, F. W. (2004). Outcomes of children with mild-profound congenital hearing loss at 7 to 8 years: A population study. *Ear Hear*, 25 (1), 1–8. <https://doi.org/10.1097/01.AUD.0000111262.12219.2F>
- Walker, R. (2013). Child Mental Health and Deafness. *Journal Paediatrics and Child Health*, 23, (10), 438-442. <https://doi.org/10.1016/j.paed.2013.06.009>
- 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>
- Weeks, M. S., & Asher, S. R. (2011). Loneliness in childhood: toward the next generation of assessment and research. *Advances in Child Development and Behavior*, 42, 1-39.

- Weiss, R. S. (1973/1985). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*, 5th Edition. Cambridge: MIT Press.
- 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)
- White, R. W. (1959). Motivation reconsidered: the concept of competence. *Psychological Review*, 66(5), 297-333. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.1037/h0040934>
- 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>
- 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> **HYPERLINK**
["http://wfdeaf.org/get-involved/wfd-events/international-week%20internationalweekofthedeaf/"](http://wfdeaf.org/get-involved/wfd-events/international-week%20internationalweekofthedeaf/)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
- Young, E. F. (1982). Loneliness, depression and cognitive therapy: Theory and application. In L. A. Peplau, & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 379-405). *New York: Wiley*.
- 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

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Αξιότιμοι/ες συμμετέχοντες/ουσες,

Στο πλαίσιο της ερευνητικής εργασίας, που διεξάγεται, χορηγείται το παρακάτω ερωτηματολόγιο. Είναι ανώνυμο και οι πληροφορίες που θα παρέχετε θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις, καθώς η συμβολή σας στην έρευνα έχει μεγάλη βαρύτητα

Σας ευχαριστώ για την ανταπόκριση.

Υπεύθυνη ερευνητικής εργασίας: Αθανασιάδου Μαρία

Στοιχεία επικοινωνίας: maria.athanasiadou94@gmail.com

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Σημειώστε με X την απάντηση, που σας αντιπροσωπεύει:

Ο τρόπος επικοινωνίας των ατόμων με ακουστική αναπηρία, το μοντέλο της εκπαίδευσης τους και η λαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη ως παράγοντες της κοινωνικοποίησης τους.

1. Φύλο:

- Γυναίκα
- Άνδρας

2. Ηλικία:

- 18– 30
- 31 – 40

- 41 – 50
- 51 και άνω

3. Ηλικία Εμφάνισης κώφωσης / ακουστικής αναπηρίας:

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

4. Χρήση ακουστικής ενίσχυσης:

- Ακουστικά βαρηκοΐας
- Κοχλιακό Εμφύτευμα
- Χωρίς ακουστική ενίσχυση

5. Γνώση της Ελληνικής Νοηματικής Γλώσσας:

- Καθόλου
- Γνωρίζω τα βασικά
- Αρκετά καλά
- Άριστα

6. Εάν ναι, γνωρίζετε / χειρίζεστε την Ελληνική Νοηματική Γλώσσα, από την ηλικία των:

- 0 – 3 ετών
- 4 – 10 ετών
- 11-15 ετών

- 16 ετών και άνω

7. Γνώση προφορικού λόγου:

- Καθόλου
- Γνωρίζω τα βασικά
- Αρκετά καλά
- Άριστα

8. Η επικοινωνία σας συνήθως στην καθημερινότητά σας γίνεται:

- Μόνο με τη νοηματική γλώσσα
- Μόνο με τον προφορικό λόγο
- Και με τη νοηματική γλώσσα και με τον προφορικό λόγο

9. Οι γονείς σας είναι:

- Και οι δύο Κωφοί
- Ο ένας από τους δύο Κωφός
- Και οι δύο Βαρήκοι
- Ο ένας από τους δύο Βαρήκοος
- Και οι δύο ακούοντες

10. Ο / Η σύντροφος / σύζυγός σας είναι:

- Κωφός
- Βαρήκοος
- Ακούον / ούσα

- Δεν έχω σύντροφο / σύζυγο

11. Η επικοινωνία με τους γονείς, τα παιδιά και τους συγγενείς σας γίνεται:

- Μόνο με τη νοηματική γλώσσα
- Μόνο με τον προφορικό λόγο
- Και με τη νοηματική γλώσσα και με τον προφορικό λόγο

12. Έχετε φίλους ακούοντες:

- Ναι
- Όχι

13. Επαγγελματική κατάσταση:

- Εργαζόμενος / η
- Άνεργος / η
- Φοιτητής / τρια
- Συνταξιούχος

14. Μορφωτικό επίπεδο:

- Απόφοιτος δημοτικού
- Απόφοιτος Γυμνασίου
- Απόφοιτος Λυκείου
- Απόφοιτος Επαγγελματικών σχολών
- Απόφοιτος ΑΕΙ / ΤΕΙ
- Κάτοχος Μεταπτυχιακού / Διδακτορικού διπλώματος

15. Έχετε φοιτήσει σε:

- Γενικό σχολείο
- Ειδικό σχολείο Κωφών / Βαρήκων
- Και σε Γενικό σχολείο και σε Ειδικό σχολείο Κωφών / Βαρήκων

16. Εάν φοιτήσατε σε γενικό σχολείο, οι δάσκαλοι αντιμετώπιζαν ισότιμα τους ακούοντες και τους Κωφούς μαθητές:

- Ναι
- Όχι

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. Ύπαρξη εκπαιδευτικού διερμηνέα στο σχολείο:

- Ναι
- Όχι

19. Χρήση νοημάτων ταυτόχρονα με την ομιλία:

- Ναι
- Όχι

20. Σχολική επίδοση:

- Κακή
- Μέτρια
- Καλή
- Πολύ καλή

21. Χρήση διαδραστικού πίνακα ή/και εφαρμογών διαδικτύου:

- Ναι
- Όχι

22. Περισσότερη έμφαση δόθηκε στην ανάπτυξη:

- Ομιλίας
- Γραπτής μορφής της γλώσσας

23. Χρήση χειλεανάγνωσης στο μάθημα:

- Ναι
- Όχι

24. Δραστηριοποίηση σε συλλόγους Κωφών / Βαρήκοων:

- Ναι
- Όχι

25. Πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα της ζωής σας γενικά;

- Πολύ κακή
- Κακή
- Ούτε κακή ούτε καλή
- Καλή

- Πολύ καλή

26. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υγεία σας;

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Πολύ
- Υπερβολικά

27. Πόσο πολύ απολαμβάνετε τη ζωή;

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Πολύ
- Υπερβολικά

28. Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι η ζωή σας έχει νόημα;

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Πολύ
- Υπερβολικά

29. Πόσο καλά μπορείτε να συγκεντρωθείτε σε κάτι που κάνετε;

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Πολύ
- Υπερβολικά

30. Πόσο ασφαλής από κινδύνους αισθάνεστε στην καθημερινή σας ζωή;

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια

- Πολύ
- Υπερβολικά

31. Πόσο υγιεινό είναι το φυσικό περιβάλλον στο οποίο ζείτε;

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Πολύ
- Υπερβολικά

32. Σε ποιο βαθμό αποδέχεστε τη σωματική σας εικόνα και την εμφάνισή σας γενικότερα;

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Πολύ
- Υπερβολικά

33. Σε ποιο βαθμό έχετε τα απαιτούμενα χρήματα για να καλύπτετε τις ανάγκες σας;

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Πολύ
- Υπερβολικά

34. Πόσο εύκολα μπορείτε να βρείτε πληροφορίες τις οποίες χρειάζεστε στην καθημερινή σας ζωή;

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Πολύ
- Υπερβολικά

35. Σε ποιο βαθμό έχετε ελεύθερο χρόνο για ψυχαγωγία;

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Πολύ
- Υπερβολικά

36. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον εαυτό σας;

- Πολύ δυσαρεστημένος/η
- Μέτρια δυσαρεστημένος/η
- Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η
- Μέτρια ικανοποιημένος/η
- Πολύ ικανοποιημένος/η

37. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις προσωπικές σας σχέσεις;

- Πολύ δυσαρεστημένος/η
- Μέτρια δυσαρεστημένος/η
- Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η
- Μέτρια ικανοποιημένος/η
- Πολύ ικανοποιημένος/η

38. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την σεξουαλική σας ζωή;

- Πολύ δυσαρεστημένος/η
- Μέτρια δυσαρεστημένος/η
- Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η
- Μέτρια ικανοποιημένος/η

- Πολύ ικανοποιημένος/η

39. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υποστήριξη που έχετε από τους φίλους σας;

- Πολύ δυσαρεστημένος/η
- Μέτρια δυσαρεστημένος/η
- Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η
- Μέτρια ικανοποιημένος/η
- Πολύ ικανοποιημένος/η

40. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις συνθήκες που επικρατούν στον τόπο που κατοικείτε;

- Πολύ δυσαρεστημένος/η
- Μέτρια δυσαρεστημένος/η
- Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η
- Μέτρια ικανοποιημένος/η
- Πολύ ικανοποιημένος/η

41. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την πρόσβαση που έχετε σε διάφορες υπηρεσίες υγείας;

- Πολύ δυσαρεστημένος/η
- Μέτρια δυσαρεστημένος/η
- Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η
- Μέτρια ικανοποιημένος/η
- Πολύ ικανοποιημένος/η

42. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τα μεταφορικά μέσα που χρησιμοποιείτε;

- Πολύ δυσαρεστημένος/η
- Μέτρια δυσαρεστημένος/η
- Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η
- Μέτρια ικανοποιημένος/η
- Πολύ ικανοποιημένος/η

43. Πόσο συχνά έχετε αρνητικά συναισθήματα, όπως μελαγχολική διάθεση, απελπισία, άγχος, κατάθλιψη;

- Ποτέ
- Σπάνια
- Μερικές φορές
- Συχνά
- Συνεχώς

44. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι σας;

- Πολύ δυσαρεστημένος/η
- Μέτρια δυσαρεστημένος/η
- Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η
- Μέτρια ικανοποιημένος/η
- Πολύ ικανοποιημένος/η

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

- Πολύ δυσαρεστημένος/η
- Μέτρια δυσαρεστημένος/η
- Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η
- Μέτρια ικανοποιημένος/η
- Πολύ ικανοποιημένος/η

46. Αισθάνομαι ότι συντονίζομαι με τους ανθρώπους γύρω μου.

- Ποτέ
- Σπάνια
- Μερικές φορές
- Συχνά

47. Μου λείπει η συντροφιά.

- Ποτέ
- Σπάνια
- Μερικές φορές
- Συχνά

48. Δεν υπάρχει κανένας στον οποίο να μπορώ να στηριχθώ.

- Ποτέ
- Σπάνια
- Μερικές φορές
- Συχνά

49. Δεν αισθάνομαι μόνος/ μόνη.

- Ποτέ
- Σπάνια
- Μερικές φορές
- Συχνά

50. Αισθάνομαι ότι αποτελώ μέρος μιας ομάδας φίλων.

- Ποτέ
- Σπάνια
- Μερικές φορές
- Συχνά

51. Έχω πολλά κοινά με τους ανθρώπους γύρω μου.

- Ποτέ
- Σπάνια
- Μερικές φορές
- Συχνά

52. Δεν είμαι πλέον κοντά σε κανέναν.

- Ποτέ
- Σπάνια
- Μερικές φορές
- Συχνά

53. Οι γύρω μου δεν συμμερίζονται τα ενδιαφέροντα και τις ιδέες μου.

- Ποτέ
- Σπάνια
- Μερικές φορές
- Συχνά

54. Είμαι ένα πολύ κοινωνικό άτομο.

- Ποτέ
- Σπάνια
- Μερικές φορές
- Συχνά

55. Υπάρχουν άνθρωποι που νιώθω να είμαι κοντά τους.

- Ποτέ
- Σπάνια
- Μερικές φορές
- Συχνά

56. Αισθάνομαι παραμελημένος/η

- Ποτέ
- Σπάνια
- Μερικές φορές
- Συχνά

57. Οι κοινωνικές μου σχέσεις είναι επιφανειακές.

- Ποτέ
- Σπάνια
- Μερικές φορές
- Συχνά

58. Κανένας δεν με γνωρίζει πραγματικά καλά.

- Ποτέ
- Σπάνια
- Μερικές φορές
- Συχνά

59. Αισθάνομαι απομονωμένος/η από τους άλλους.

- Ποτέ
- Σπάνια
- Μερικές φορές
- Συχνά

60. Μπορώ να βρω συντροφιά όταν τη θέλω.

- Ποτέ
- Σπάνια
- Μερικές φορές
- Συχνά

61. Υπάρχουν άνθρωποι που πραγματικά με καταλαβαίνουν.

- Ποτέ
- Σπάνια
- Μερικές φορές
- Συχνά

62. Είμαι δυστυχής που είμαι τόσο αποτραβηγμένος/η.

- Ποτέ
- Σπάνια
- Μερικές φορές
- Συχνά

63. Υπάρχουν άτομα γύρω μου αλλά όχι μαζί μου.

- Ποτέ
- Σπάνια
- Μερικές φορές
- Συχνά

64. Υπάρχουν άτομα στα οποία μπορώ να μιλήσω.

- Ποτέ
- Σπάνια
- Μερικές φορές
- Συχνά

65. Υπάρχουν άτομα στα οποία μπορώ να στραφώ.

- Ποτέ
- Σπάνια
- Μερικές φορές
- Συχνά

66. Υπάρχει ένα άτομο που είναι κοντά μου όταν το χρειάζομαι.

- Διαφωνώ πολύ
- Διαφωνώ
- Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ πολύ

67. Υπάρχει ένα άτομο με το οποίο μπορώ να μοιραστώ τις χαρές και τις λύπες:

- Διαφωνώ πολύ
- Διαφωνώ
- Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ πολύ

68. Η οικογένειά μου πραγματικά προσπαθεί να με βοηθήσει:

- Διαφωνώ πολύ
- Διαφωνώ
- Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ

- Συμφωνώ
- Συμφωνώ πολύ

69. Λαμβάνω τη συναισθηματική βοήθεια και υποστήριξη που χρειάζομαι από την οικογένειά μου:

- Διαφωνώ πολύ
- Διαφωνώ
- Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ πολύ

70. Έχω ένα άτομο που είναι πραγματική πηγή παρηγοριάς για εμένα:

- Διαφωνώ πολύ
- Διαφωνώ
- Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ πολύ

71. Οι φίλοι μου πραγματικά προσπαθούν να με βοηθούν:

- Διαφωνώ πολύ
- Διαφωνώ
- Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ πολύ

72. Μπορώ να βασιστώ στους φίλους μου όταν τα πράγματα δεν πάνε καλά:

- Διαφωνώ πολύ
- Διαφωνώ
- Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ πολύ

73. Μπορώ να μιλάω για τα προβλήματά μου με την οικογένειά μου:

- Διαφωνώ πολύ
- Διαφωνώ
- Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ πολύ

74. Έχω φίλους με τους οποίους μπορώ να μοιράζομαι τις χαρές και τις λύπες μου:

- Διαφωνώ πολύ
- Διαφωνώ
- Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ πολύ

75. Υπάρχει ένα άτομο στη ζωή μου που ενδιαφέρεται για τα συναισθήματά μου:

- Διαφωνώ πολύ
- Διαφωνώ

- Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ πολύ

76. Η οικογένειά μου είναι πρόθυμη να με βοηθήσει να λάβω αποφάσεις:

- Διαφωνώ πολύ
- Διαφωνώ
- Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ πολύ

77. Μπορώ να μιλάω για τα προβλήματά μου με τους φίλους μου:

- Διαφωνώ πολύ
- Διαφωνώ
- Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ πολύ

