



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

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Η ταυτότητα της Κώφωσης και η ευτυχία ως παράμετροι της  
ποιότητας ζωής των ατόμων με Ακουστική Αναπηρία:  
Εκπαιδευτικές Παρεμβάσεις»**

**Κωνσταντίνα – Ευθυμία Μουσουλή**

**Ιωάννινα, 2023**

## Περίληψη

Παρά το γεγονός ότι έχει σημειωθεί σημαντική ερευνητική πρόοδος ως προς την κατανόηση της ποιότητας ζωής των ατόμων με ακουστική αναπηρία, εξακολουθούν να καταγράφονται διαφωνίες αναφορικά με τους παράγοντες, οι οποίοι φαίνεται να την επηρεάζουν. Συγκεκριμένα, η ταυτότητα που αναπτύσσουν τα άτομα με απώλεια ακοής έχει απασχολήσει ιδιαίτερα την επιστημονική κοινότητα τα τελευταία χρόνια. Η συγκεκριμένη έννοια αντικατοπτρίζει τις απόψεις και αντιλήψεις των ατόμων σε διάφορα επίπεδα, στοιχείο που παρουσιάζει σημαντικό αντίκτυπο στη ζωή τους. Η παρούσα εργασία, έχοντας ως δείγμα 102 άτομα με ακουστική αναπηρία, επικεντρώθηκε στη διερεύνηση της επίδρασης που ασκούν η ταυτότητα των ατόμων αυτών, η διατροφή, το φυσικό περιβάλλον, η ικανοποίηση από την εργασία, το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας καθώς και το αίσθημα της ευτυχίας στην ποιότητα της ζωής τους. Παράλληλα, εξετάστηκε ο τρόπος με τον οποίο τα ατομικά χαρακτηριστικά των ατόμων με ακουστική αναπηρία ασκούν επίδραση στην ανάπτυξη της ταυτότητάς τους, αλλά και στους διάφορους τομείς της ποιότητας ζωής τους. Συγκεκριμένα, διεξήχθη ποσοτική μελέτη, με ερευνητικό εργαλείο το ερωτηματολόγιο ατομικής συμπλήρωσης, το οποίο απαρτιζόταν από την Αναθεωρημένη Κλίμακα Ανάπτυξης της Ταυτότητας των Ατόμων με Κώφωση (DIDS-R), από την Κλίμακα Ευτυχίας της Οξφόρδης (Oxford Happiness Scale) και από το ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας (WHOQOL-BREF). Από τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψαν σημαντικές διαφορές στην ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση και Βαρηκοΐα, καθώς οι Κωφοί που ενστερνίστηκαν τη Διπολιτισμική και ταυτότητα Κωφών έδειξαν μεγαλύτερα ποσοστά ευτυχίας, από τους Κωφούς που ενστερνίστηκαν μόνο την ταυτότητα της Κώφωσης. Τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να αξιοποιηθούν με στόχο την πραγματοποίηση αλλαγών σε επίπεδο κοινωνίας, αναφορικά με τον τρόπο, με τον οποίο αντιλαμβάνονται την Κώφωση, τόσο τα ίδια τα άτομα με ακουστική αναπηρία όσο και ο κοινωνικός περίγυρος, αλλά και τη λήψη κατάλληλων μέτρων, ώστε και τα άτομα με ακουστική αναπηρία να βιώνουν μια ζωή με ποιότητα.

Λέξεις Κλειδιά: Κώφωση, Βαρηκοΐα, Ταυτότητα, Ευτυχία, Ποιότητας ζωής

## **Abstract**

Although significant research progress has been made in understanding the quality of life of people with hearing impairment, there is still disagreement about the factors that seem to influence it. In particular, the identity developed by people with hearing loss has been of particular concern to the scientific community in recent years. This concept reflects the views and perceptions of individuals at various levels, which has a significant impact on their lives. The present study, having as a sample 102 people with hearing impairment, focused on investigating the impact of their identity and other factors such as nutrition, physical environment, job satisfaction, level of health services provided and feeling of happiness on their quality of life. At the same time, the way in which the individual characteristics of people with hearing impairment influence the development of their identity and the various areas of their quality of life was examined. Specifically, a quantitative study was conducted, with the research tool being an individual completion questionnaire consisting of the Revised Deafness Identity Development Scale for People with Deafness (DIDS-R), the Oxford Happiness Scale and the World Health Organization's Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF). Statistical analysis of the results revealed significant differences in quality of life between Deaf and Hard of Hearing individuals, with Deaf people who embraced Bicultural and Deaf identity showing higher levels of happiness than Deaf people who embraced Deaf identity alone. The results of the research can be used to make changes at the societal level regarding the way in which Deafness is perceived both by people with hearing impairment themselves and the social environment, but also to take appropriate measures to ensure that people with hearing impairment also experience a quality life.

**Keywords:** Deafness, Deafness, Identity, Happiness, Quality of life

## Ευχαριστίες

Η παρούσα ερευνητική μελέτη πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο του προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών: «Επιστήμες της Αγωγής», με κατεύθυνση την «Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση», του Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης, του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Ολοκληρώνοντας την διπλωματική μου εργασία, κλείνει ένας ακόμη ακαδημαϊκός κύκλος σπουδών, προσφέροντάς μου απαραίτητα εφόδια, εμπειρίες και νέες γνώσεις. Κρίνω αναγκαίο να ευχαριστήσω όλους όσους συνέβαλαν στην ολοκλήρωσή του, πίστεψαν σε εμένα και συνέδραμαν το έργο μου.

Ευχαριστώ ιδιαίτερα, τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Σούλη Σπυρίδωνα-Γεώργιο, για την πολύτιμη καθοδήγησή του, για τις εποικοδομητικές συμβουλές του και για τις γνώσεις, τις οποίες μου παρείχε, κατά τη διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω την κυρία Μορφίδη Ελένη για τη σημαντική βοήθειά της, στο μεθοδολογικό κομμάτι της παρούσης έρευνας. Ακόμη, ευχαριστώ θερμά την κυρία Νικολάου Σουζάνα-Μαρία, η οποία δέχθηκε να είναι μέλος της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής, κατά την αξιολόγηση της παρούσης διπλωματικής εργασίας. Επιπρόσθετα, ευχαριστώ τους Συλλόγους και τα Σωματεία Κωφών για την προθυμία τους να συμμετάσχουν στην έρευνα. Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στους γονείς μου, οι οποίοι ήταν συνοδοιπόροι κατά τη διάρκεια των σπουδών μου, χωρίς τη συμβολή των οποίων, οι στόχοι μου δεν θα είχαν επιτευχθεί.

## **Κατάλογος Πινάκων**

**Πίνακας 1:** Δημογραφικά στοιχεία και ατομικά γνωρίσματα των συμμετεχόντων

**Πίνακας 1:** Διαχωρισμός δημογραφικών στοιχείων και ατομικών γνωρισμάτων στις τρεις ομάδες των συμμετεχόντων

**Πίνακας 2:** Χαρακτηριστικά χρονιότητας αναπηρίας

**Πίνακας 3:** Αναθεωρημένη Κλίμακα Ανάπτυξης της Ταυτότητας των Ατόμων με Κώφωση

**Πίνακας 4:** Κλίμακα Ευτυχίας της Οξφόρδης

**Πίνακας 5:** Ικανοποίηση και ποιότητα ζωής

**Πίνακας 6:** Διαφοροποίηση της ευτυχίας ανά ομάδα

**Πίνακας 7:** Διαφοροποίηση της ανάπτυξης της ταυτότητας ανά ομάδα

**Πίνακας 8:** Συσχέτιση της ανάπτυξης της ταυτότητας με την ευτυχία

**Πίνακας 9:** Διαφοροποίηση της ικανοποίησης ανά ομάδα

**Πίνακας 10:** Διαφοροποίηση της ευτυχίας ανάλογα με δημογραφικά χαρακτηριστικά

**Πίνακας 11:** Διαφοροποίηση της ικανοποίησης από τα μεταφορικά μέσα ανάλογα με την πάθηση

**Πίνακας 12:** Διαφοροποίηση της επικοινωνίας ανά ομάδα

**Πίνακας 13:** Συσχέτιση της ικανοποίησης από τον ύπνο και τη διατροφή με την ικανοποίηση ανά ομάδα

**Πίνακας 14:** Διαφοροποίηση στις απόψεις για το γάμο ανά ομάδα

**Πίνακας 15:** Παλινδρόμηση για την ικανοποίηση από τη ζωή

**Πίνακας 16:** Παλινδρόμηση για το θετικό συναίσθημα

**Πίνακας 17:** Παλινδρόμηση για την ενεργητικότητα

**Πίνακας 18:** Παλινδρόμηση για την κοινωνικότητα

## Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια έχει δοθεί ιδιαίτερη ερευνητική προσοχή στην ταυτότητα που αναπτύσσουν και υιοθετούν τα άτομα με Κώφωση (Bat – Chava, 2000 · Carter & Mireles, 2016 · Chapman, 2021 · Chapman & Dammeyer, 2016 · Chen, 2014 · Glickman, 1993 · Goldblat & Most, 2018 · Hadjikakou & Nikolaraizi, 2007 · Hilton et al., 2013 · Hintermair, 2007 · Marschark et al., 2017 · Maxwell-McCaw, 2001 · Moog et al., 2011 · Najarian, 2008 · Nelson Schmitt & Leigh, 2015 · Nikolaraizi & Hadjikakou, 2006 · Punch, et al., 2007). Ειδικότερα, η βιβλιογραφική ανασκόπηση έχει διαπιστώσει τέσσερις κατηγορίες πολιτιστικής ταυτότητας, στις οποίες μπορούν να ενταχθούν τα άτομα με ακουστική αναπηρία (Bat-Chava, 2000). Οι κατηγορίες αυτές περιλαμβάνουν στάδια, καθένα από τα οποία περιγράφει την κατάσταση μιας ταυτότητας (Fischer & McWhirter, 2001). Συγκεκριμένα, έχει αναδειχθεί η ύπαρξη α) της ταυτότητας Ακουόντων, στην οποία κυριαρχεί η κοινωνία των ατόμων με φυσιολογική ακοή β) της Περιθωριοποιημένης ταυτότητας, κατά την οποία υποβαθμίζονται και οι δύο κοινότητες γ) της ταυτότητας Κωφών, όπου δίνεται έμφαση στην Κοινότητα και κουλτούρα των Κωφών αλλά και δ) της Διπολιτισμικής ταυτότητας, κατά την οποία συνυπάρχουν αρμονικά και οι δύο κοινότητες (Glickman & Garey, 1993).

Η υιοθέτηση κατηγοριών πολιτισμικής ταυτότητας επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα βλέπουν τον εαυτό τους και τις αναπηρίες που αντιμετωπίζουν. Καθορίζει επίσης τα συστήματα επικοινωνίας που χρησιμοποιούν στην καθημερινή τους ζωή και καθορίζει τον τύπο της ομάδας που ένα άτομο θεωρεί ότι ταιριάζει και στην οποία ανήκει (Schwartz et al., 2006). Ως αποτέλεσμα των παραπάνω, είναι αναπόφευκτα, η ταυτότητα που υιοθετούν τα άτομα με Κώφωση να επηρεάζει την ποιότητα της ζωής τους, αλλά και σε έννοιες που συνδέονται μ' αυτή (Carter & Mileres, 2016 · Chapman & Dammeyer, 2017 · Crowe, 2020 · Cuevas et al., 2019 · Lambez et al., 2020 · Mulderrig & Rogers, 2019 · Rogers et al., 2018). Η ποιότητα ζωής είναι ένα κοινωνικό και προσωπικό κατασκεύασμα (Oyewumi, et al., 2013), μια μοναδική προσωπική αντίληψη της σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής ευημερίας σε διαφορετικές καταστάσεις και ψυχικές δραστηριότητες (Brouwer, et al. 2005; Gill & Feinstein, 1994· Berzon et al., 1995). Επιπροσθέτως, σε διεθνές επίπεδο, πλήθος ερευνών έχει διερευνήσει την επίδραση που ασκεί η ταυτότητα των ατόμων με ακουστική αναπηρία

σε διάφορους τομείς της καθημερινότητάς τους. Παρομοίως, έχουν μελετηθεί διεξοδικά οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της ταυτότητας των ατόμων με απώλεια ακοής. Ωστόσο, στην Ελλάδα, αυτό το μέρος της έρευνας χαρακτηρίζεται από ένα ιδιαίτερα περιορισμένο, επομένως, σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνήσει την επίδραση της ταυτότητας που υιοθετούν τα άτομα με προβλήματα ακοής στην ποιότητα ζωής τους. Παράλληλα, ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στο θετικό συναίσθημα της ευεξίας και στον αντίκτυπό του στην ποιότητα ζωής των ατόμων με προβλήματα ακοής. Θετικές μεταβλητές όπως η ευτυχία, η ελπίδα και η αισιοδοξία πιστεύεται ότι είναι υπεύθυνες για την πρόκληση ικανοποίησης από τη ζωή και την οικοδόμηση ισχυρών και ουσιαστικών σχέσεων (Danner, Snowdon, & Friesen, 2001, αναφέρεται στο Stalikas & Mytskidou, 2011: 25). Επίσης, συμβάλλουν στη βελτίωση των πιθανοτήτων επίτευξης των στόχων στη ζωή του ατόμου, στην ενίσχυση της επαγγελματικής ικανοποίησης και στην ώθηση παροχής βοήθειας προς τρίτους. Ακόμη, συντελούν στην καλύτερη υγεία του ατόμου, στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής, αλλά και στην απόκτηση μιας ολοκληρωμένης και ισορροπημένης ζωής (Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011).

Η παρούσα ερευνητική εργασία απαρτίζεται από δύο βασικά μέρη. Το πρώτο από αυτά περιέχει τέσσερα κεφάλαια, τα οποία αποσαφηνίζουν βασικές έννοιες που πλαισιώνουν τη μελέτη, αλλά και στην αναλυτική παρουσίαση ερευνών που αναφέρονται στις έννοιες αυτές. Ειδικότερα, στο πρώτο κεφάλαιο επιχειρείται η οριοθέτηση της Κώφωσης και η ταξινόμησή της αναφορικά με τον βαθμό της ακουστικής απώλειας, καθώς και η συμβολή της Νοηματικής Γλώσσας και της γενικότερης Κουλτούρας των Κωφών. Στο δεύτερο κεφάλαιο, αποσαφηνίζονται οι πτυχές της ταυτότητας των Κωφών και αναφέρονται δύο μοντέλα, τα οποία, βάση ερευνών, ασκούν σημαντική επίδραση στη διαμόρφωση της ταυτότητας των Κωφών. Επίσης, ιδιαίτερη σημασία δίνεται και στους παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της ταυτότητας, όπως το κοχλιακό εμφύτευμα, ο τρόπος επικοινωνίας και η φύση της αναπηρίας. Στο τρίτο κεφάλαιο, οριοθετείται η έννοια της ευτυχίας και οι παράγοντές της, όπως η σωματική υγεία, η ψυχική υγεία, οι διαπροσωπικές σχέσεις, η κοινωνική αποδοχή, η εργασία κ.α.. Γίνεται, με αυτόν τον τρόπο, η σύνδεση της αναπηρίας με την ευτυχία και παρατίθενται αναφορές ερευνών σχετικές με την αναπηρία και την προσαρμογή σ' αυτήν, καθώς και σε έρευνες που εξετάζουν την προσαρμογή στην αναπηρία ως παράμετρο της ευτυχίας. Στο τέταρτο κεφάλαιο, πραγματοποιείται η αποσαφήνιση της έννοιας ποιότητα ζωής αλλά και η περιγραφή μελετών, οι οποίες έχουν διερευνήσει τόσο την ποιότητα ζωής

των ατόμων με Κώφωση όσο και τους παράγοντες που την επηρεάζουν. Το δεύτερο μέρος της μελέτης αναφέρεται στην ερευνητική προσέγγιση του θέματος. Συγκεκριμένα, το πέμπτο κεφάλαιο περιέχει τα ερευνητικά ερωτήματα της εργασίας, τον σκοπό, τη διαδικασία συλλογής των ερευνητικών δεδομένων, την περιγραφή και ανάλυση του δείγματος, το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε, καθώς και τη στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων. Στο έκτο κεφάλαιο, αναλύονται τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης, σύμφωνα με τα ερευνητικά ερωτήματα, τα οποία τέθηκαν στην αρχή της έρευνας. Ακόμη, περιλαμβάνεται η συζήτηση των αποτελεσμάτων της μελέτης, όπου παρουσιάζονται τα αποτελέσματα, τα οποία προέκυψαν και επιχειρείται η αντιπαραβολή τους με τα αποτελέσματα σχετικών ερευνών, οι οποίες έχουν διεξαχθεί, ώστε να διαπιστωθούν οι ομοιότητες και οι διαφορές τους. Επίσης, παρατίθενται τα συμπεράσματα της συζήτησης, αναφέρονται οι περιορισμοί της έρευνας και διατυπώνονται προτάσεις προς τους μελλοντικούς ερευνητές. Στο τελευταίο κεφάλαιο, κρίθηκε αναγκαία η αναφορά σε εκπαιδευτικές προτάσεις, οι οποίες έχουν ως στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με ακουστική αναπηρία. Στο τέλος, παρατίθενται η βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε, αλλά και το Παράρτημα, το οποίο περιλαμβάνει το ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς.



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες.....	2
Περίληψη.....	3
Abstract.....	4
Κατάλογος Πινάκων.....	5
Εισαγωγή.....	6

### **Α' Μέρος Θεωρητική Τεκμηρίωση της Έρευνας**

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΚΩΦΩΣΗ**

1.1 Εννοιολογική Οριοθέτηση της Κώφωσης.....	11
1.1.1 Ταξινόμηση της Κώφωσης αναφορικά με τον βαθμό ακουστικής απώλειας..	13
1.1.2 Ταξινόμηση της Κώφωσης αναφορικά με την περιοχή του αυτιού που εντοπίζεται η βλάβη.....	15
1.1.3 Ταξινόμηση της Κώφωσης αναφορικά με την ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας.....	16
1.1.4 Ταξινόμηση της Κώφωσης αναφορικά με τα μοντέλα που τη χαρακτηρίζουν.....	17
1.2 Ελληνική Νοηματική Γλώσσα (ΕΝΓ).....	18

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΚΩΦΩΣΗ**

2.1 Η έννοια της «Ταυτότητας».....	21
2.2 Πολιτιστική Ταυτότητα ατόμων με Κώφωση.....	23
2.2.1 Ταυτότητα Ακουόντων (Hearing Identity).....	25
2.2.2 Περιθωριοποιημένη ταυτότητα (Marginal Identity).....	27
2.2.3 Διπολιτισμική ταυτότητα (Bicultural Identity).....	29
2.3 Στάδια Ανάπτυξης της ταυτότητας των Ατόμων με Κώφωση.....	30
2.4 Παράγοντες που επηρεάζουν την ταυτότητα των ατόμων με Κώφωση.....	32

2.4.1 Η επίδραση της ακουστικής ενίσχυσης στην ανάπτυξη της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση.....	34
2.4.2 Η επίδραση του τρόπου επικοινωνίας στην ανάπτυξη της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση.....	36
2.4.3 Η επίδραση της φύσης της αναπηρίας στην ανάπτυξη της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση.....	37

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΕΥΤΥΧΙΑ**

3.1 Η έννοια της ευτυχίας.....	39
3.2 Παράγοντες που συμβάλλουν στην προσέγγιση της ευτυχίας.....	40

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ**

4.1 Οριοθέτηση της έννοιας «Ποιότητα Ζωής».....	49
4.2 Η ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση σύμφωνα με την βιβλιογραφία.....	53
4.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση.....	54
4.4 Σύνδεση της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση με την ποιότητα ζωής τους....	63

### **Β΄ ΜΕΡΟΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ**

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

5.1 Σκοπός της Έρευνας – Ερευνητικά Ερωτήματα.....	67
5.2 Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών στοιχείων.....	68
5.3 Ψυχομετρικά Εργαλεία.....	69
5.4 Περιγραφική ανάλυση δείγματος.....	69
5.5 Στατιστική Επεξεργασία Δεδομένων.....	74

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ**

6.1 Διαφοροποίηση της ευτυχίας των τριών ομάδων.....	75
6.2 Διαφοροποίηση της ανάπτυξης ταυτότητας των τριών ομάδων.....	76
6.3 Η επίδραση της Ευτυχίας στην ανάπτυξης της Ταυτότητας των τριών ομάδων....	76

6.4 Διαφοροποίηση της συνολικής ποιότητας ζωής μεταξύ των ομάδων με και δίχως αναπηρία του δείγματος.....	80
6.5 Συσχέτιση της Ευτυχίας των ατόμων με Κώφωση με βάση τα ατομικά τους χαρακτηριστικά (φύλο, χρονολογική ηλικία, οικονομική κατάσταση, ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας, ύπαρξη κοχλιακού εμφυτεύματος).....	82
6.6 Διαφοροποίηση της ικανοποίησης από τα μεταφορικά μέσα των τριών ομάδων...	83
6.7 Διαφοροποίηση της επιλογή του τρόπου επικοινωνίας (νοηματική, χειλεανάγνωση) ανάμεσα στα άτομα με κώφωση και βαρηκοΐα.....	84
6.8 Η επίδραση της ποιότητας του ύπνου και της διατροφής την ποιότητα ζωής των ατόμων με και δίχως αναπηρία.....	84
6.9 Διαφοροποίηση της στάσης των ατόμων με και δίχως αναπηρία ως προς τον γάμο κωφών ατόμων μεταξύ τους.....	86
6.10 Η επίδραση της ποιότητας του φυσικού περιβάλλοντος και της Ανάπτυξης της Ταυτότητας, σε συνδυασμό με την περιοχική διαμονής, στην ευτυχία των ατόμων με και δίχως αναπηρία.....	87
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ</b>	
7.1 Συζήτηση ευρημάτων-Συμπεράσματα.....	90
7.2 Περιορισμοί της έρευνας – Προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	96
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ8: ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</b>	
8.1 Εκπαιδευτικές Συνεπαγωγές –Προτάσεις.....	97
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>99</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....</b>	<b>128</b>

## 1.1 Οριοθέτηση της Κώφωσης

Η κώφωση είναι η πιο κοινή αισθητηριακή διαταραχή, που επηρεάζει το 5% του παγκόσμιου πληθυσμού (Felicite, 2020· Sheffield & Smith, 2018). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η αναπηρία είναι η ολική απώλεια ακοής, η αδυναμία να ακούμε όπως τα άλλα άτομα με ακοή. Συγκεκριμένα, το άτομο αντιμετωπίζει δυσκολίες ακοής, αδυναμία συμμετοχής και παρακολούθησης της ροής των συνομιλιών, ενώ δυσκολεύεται ακόμη και να ακούσει δυνατούς θορύβους (WHO, 2021Ο.). Ο όρος κώφωση αναφέρεται σε πλήρη απώλεια ακοής ή απώλεια ακοής σε σημείο που είναι αδύνατο να διακριθούν οι ήχοι (Varshney, 2016). Αντίστοιχα, οι IDEA ορίζουν την Κώφωση ως αδυναμία κατανόησης της λεκτικής γλώσσας, καθώς το άτομο δυσκολεύεται να επεξεργαστεί τις γλωσσικές πληροφορίες μέσω της ακοής, ανεξαρτήτως από το εάν χρησιμοποιεί ή όχι ακουστική ενίσχυση (IDEA, 2021). Γενικότερα, η απώλεια ακοής έχει ορισθεί ως αναπηρία, η οποία σχετίζεται με τη γνωστική και γλωσσική ανάπτυξη των ατόμων, στοιχεία που επιφέρουν συνέπειες στην εκπαίδευση και επικοινωνία τους (Varshney, 2016). Η ακουστική αναπηρία μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικιακή ομάδα (Nieman & Esther, 2020) και προκύπτει από βλάβη στο ακουστικό κύκλωμα, στο οποίο συμπεριλαμβάνονται το εξωτερικό ακουστικό κανάλι, ο μηχανισμός αγωγιμότητας ήχου, ο κοχλίας, το κοχλιακό νεύρο

αλλά και τα κεντρικά ακουστικά μονοπάτια (Lasak et al., 2014). Η βλάβη που παρουσιάζεται μπορεί να επηρεάσει το ένα αυτί, με την Κώφωση να αποκαλείται μονόπλευρη, ή και τα δύο αυτιά και με αυτόν τον τρόπο η απώλεια ακοής ορίζεται ως αμφοτερόπλευρη (Κουρμπέτης και συν., 2007 · Lasak et al., 2014). Αιτιολογώντας τη συγκεκριμένη αναπηρία, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως αυτή εκτείνεται στο φάσμα γενετικών, κληρονομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων (Shieffed & Smith, 2018 · Walls et al., 2020). Ειδικότερα, οι συγγενείς αιτίες μπορούν να οδηγήσουν σε απώλεια ακοής κατά τη γέννηση ή αμέσως μετά από αυτή, σε αντίθεση με τις επίκτητες, οι οποίες οδηγούν στην απώλεια ακοής σε οποιαδήποτε ηλικία. Στις τελευταίες, συμπεριλαμβάνονται διάφορες μολυσματικές ασθένειες και χρόνιες λοιμώξεις του αυτιού, η λήψη συγκεκριμένων φαρμάκων, ο τραυματισμός στο κεφάλι ή στο αυτί, η έκθεση σε υπερβολικό θόρυβο, αλλά και η γήρανση (WHO, 2021). Γενικότερα, η Κώφωση χαρακτηρίζεται από μεγάλη ετερογένεια, στοιχείο που δημιουργεί πολλαπλούς τρόπους περιγραφής και κατηγοριοποίησης της συγκεκριμένης αναπηρίας (Shieffed & Smith, 2018). Οριοθετούμε την Κώφωση με βάση τον βαθμό της ακουστικής απώλειας, την περιοχή του αυτιού που παρουσιάζεται η βλάβη, την ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας, αλλά και τα μοντέλα που τη χαρακτηρίζουν.

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

Ένας άλλος τρόπος κατηγοριοποίησης της Κώφωσης αναφέρεται στην ταξινόμηση με βάση τον βαθμό της ακουστικής απώλειας (Shieffed & Smith, 2018). Πιο συγκεκριμένα, ο ήχος αποτελεί ένα είδος ερεθίσματος, ο οποίος οδηγείται στο αυτί υπό τη μορφή περιοδικών μεταβολών στην ατμοσφαιρική πίεση. Βασικά χαρακτηριστικά του ήχου είναι: α) η ένταση, η οποία αναφέρεται στην ακουστική ισχύ και έχει ως μονάδα μέτρησης τα decibel (dB), β) αλλά και η συχνότητα, η οποία μετριέται στα Hertz (Hz) και αφορά τον αριθμό των ταλαντώσεων που πραγματοποιούν τα μόρια αέρα ανά δευτερόλεπτο σε ένα ηχητικό κύμα (Sheanear et al., 2017). Οι πιο χρήσιμες συχνότητες για την ομιλία βρίσκονται ανάμεσα στα 500 και στα 4.000 Hz (Κουρμπέτης & Χατζοπούλου, 2010). Μέσα σ' αυτές διακρίνεται η χαμηλή συχνότητα ακοής (>500 Hz), η μέση συχνότητα (501 – 2000 Hz), αλλά και η υψηλή συχνότητα ακοής (<2000 Hz) (Sheanear et al., 2017). Αντίστοιχα, το κατώφλι ακουστότητας ενός

φυσιολογικού αυτιού, κυμαίνεται από 0 έως 20 dB. Επομένως, το άτομο που χρειάζεται μεγαλύτερη ένταση, για να ακούσει διάφορους ήχους, χαρακτηρίζεται από ακουστική απώλεια (Koffler et al., 2015). Ο βαθμός αυτής της ακουστικής απώλειας εκφράζεται ως ο μέσος όρος του επιπέδου ενίσχυσης που απαιτείται, προκειμένου το άτομο να ακούσει τον ήχο μιας συγκεκριμένης συχνότητας (Knoors & Marschark, 2015). Στην ταξινόμηση της Κώφωσης με βάση τον βαθμό της ακουστικής απώλειας εντοπίζονται τέσσερις κατηγορίες, η ήπια, η μέτρια, η σοβαρή, αλλά και η βαθιά απώλεια ακοής. Η πρώτη από αυτές, η ήπια απώλεια ακοής, κυμαίνεται μεταξύ 26 έως 40 dB (WHO, 2021). Τα άτομα αυτής της κατηγορίας δυσκολεύονται να αντιληφθούν την ομιλία ενός ανθρώπου, όταν επικρατούν στο περιβάλλον δυνατοί θόρυβοι (Neiman & Oh, 2020). Ωστόσο, είναι εφικτή η ακρόαση και η επανάληψη λέξεων, οι οποίες εκφωνούνται με κανονική φωνή σε απόσταση ενός μέτρου (Mathers, 2000). Γενικότερα, τα άτομα με ήπια απώλεια ακοής μπορούν να βοηθηθούν με τη χρήση ακουστικών βαρηκοΐας ή άλλων βοηθητικών συσκευών ενίσχυσης του ήχου (Neiman & Oh, 2020). Η δεύτερη κατηγορία αφορά τη μέτρια απώλεια ακοής, η οποία εντοπίζεται μεταξύ 41 έως 60 dB (WHO, 2021). Ειδικότερα, τα άτομα αυτής της κατηγορίας αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην ακρόαση και αντίληψη της ομιλίας, όταν αυτή συντελείται με κανονικό τόνο (Neiman & Oh, 2020). Για τον λόγο αυτόν, απαιτείται η χρήση υπερυψωμένης φωνής σε απόσταση ενός μέτρου, προκειμένου τα άτομα να έχουν τη δυνατότητα να ακούσουν και να επαναλάβουν τις λέξεις (Mathers, 2000). Ταυτοχρόνως, συνιστώνται τα ακουστικά Βαρηκοΐας ή άλλες συσκευές ήχου, οι οποίες μπορούν να συμβάλλουν στην κατανόηση της ομιλίας (Neiman & Oh, 2020). Ακολουθεί η κατηγορία της σοβαρής απώλειας ακοής, η οποία κυμαίνεται μεταξύ 61 έως 80 dB (WHO, 2021). Τα άτομα της συγκεκριμένης ομάδας αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες στην ακρόαση (Neiman & Oh, 2020), καθώς έχουν τη δυνατότητα να αντιληφθούν αποκλειστικά τους δυνατούς ήχους αλλά και ορισμένες λέξεις, οι οποίες προφέρονται με δυνατή φωνή (Mathers, 2000). Η τελευταία κατηγορία αναφέρεται στη βαθιά απώλεια ακοής, η οποία εντοπίζεται σε συχνότητες μεγαλύτερες των 81 dB (WHO, 2021). Τα άτομα που ανήκουν σ' αυτήν αδυνατούν να ακούσουν και να κατανοήσουν ακόμη και τους δυνατούς ήχους. Τα ακουστικά βαρηκοΐας βοηθούν μόνο για την κατανόηση ορισμένων λέξεων (Neiman & Oh, 2020), ενώ κρίνονται απαραίτητες επιπρόσθετες αποκαταστάσεις, στις οποίες συμπεριλαμβάνεται η κοχλιακή εμφύτευση, αλλά και η διδασκαλία της χειλεανάγνωσης και της νοηματικής γλώσσας (Mathers, 2000). 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 από τη χρήση ακουστικών βαρηκοΐας, κοχλιακών εμφυτευμάτων και άλλων βοηθητικών συσκευών. Αντιθέτως, ορίζει τα άτομα με βαθιά απώλεια ακοής ως κωφά και τονίζει πως διακρίνονται από ολοκληρωτική απουσία της ακοής, με αποτέλεσμα να χρησιμοποιούν για την επικοινωνία τους το οπτικό κανάλι (WHO, 2021).

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

Λαμβάνοντας υπόψη τη θέση της βλάβης οργάνων στην ανατομική περιοχή του αυτιού, η κώφωση μπορεί να ταξινομηθεί σε διάφορες κατηγορίες (Shieffed & Smith, 2018). Με βάση την παραπάνω ταξινόμηση, μπορεί να γίνει διάκριση μεταξύ της αγωγίμης απώλειας ακοής, της νευροαισθητήριας απώλειας ακοής και της μικτής απώλειας ακοής, οι οποίες διακρίνονται από το εάν η βλάβη εντοπίζεται στο έξω, στο μέσο ή στο εσωτερικό αυτί (Λαμπροπούλου, 1999β, Lee & Bance, 2018, Niemann και Stuter, 2020). Η απώλεια ακοής τύπου αγωγιμότητας προκαλείται από καταστάσεις που επηρεάζουν το εξωτερικό και μεσαίο αυτί (Κουρμπέτης & Χατζοπούλου, 2010 · Shearer, et al., 2017), οι οποίες οφείλονται, μεταξύ άλλων, στην εμφάνιση ωτοσκλήρυνσης, στη συνοδή συσσώρευση υγρού, στο χολοστεάτωμα, αλλά και σε άλλες μολύνσεις του μεσαίου αυτιού (Knoors & Marschark, 2015 · Nieman & Esther, 2020). Ειδικότερα, η βλάβη που εντοπίζεται δημιουργεί εμπόδια στη μετάδοση των ήχων από το περιβάλλον στο εσωτερικό αυτί, μέσω της τυμπανικής μεμβράνης και των οσταρίων του μεσαίου αυτιού (Nieman & Esther, 2020), αν και, διάφορα ηχητικά κύματα οδηγούνται στο εσωτερικό αυτί με έμμεσο τρόπο, διαμέσου των οστών του κρανίου (Knoors & Marschark, 2015). Σύμφωνα με τα παραπάνω, τα άτομα με απώλεια ακοής τύπου αγωγιμότητας αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην ακρόαση και κατανόηση ήπιων ηχητικών κυμάτων, ενώ ταυτόχρονα δυσκολεύεται και περιορίζεται η ένταση των δυνατών ήχων (Nieman & Esther, 2020). Μπορούμε να πούμε ότι παρατηρείται απώλεια έντασης, η οποία δημιουργεί εμπόδια στον εντοπισμό των ήχων, αλλά δεν αποτρέπει εντελώς τη διάκρισή τους (Knoors & Marschark, 2015). Φυσικά, αξίζει να

αναφέρουμε ότι τα άτομα που εμπíπτουν σε αυτή την κατηγορία ταξινομούνται ως ήπια έως μέτρια απώλεια ακοής και τείνουν να χρησιμοποιούν ιατρική και χειρουργική θεραπεία για τη βελτίωση της ακοής (Lee & Bance, 2018). Η νευροαισθητήρια απώλεια ακοής αναφέρεται σε βλάβη, η οποία εντοπίζεται στο νευροαισθητήριο σύστημα αντίληψης του ήχου, δηλαδή στο εσωτερικό αυτί (Κουρμπέτης και συν., 2007) και συγκεκριμένα στον κοχλία ή στο ακουστικό νεύρο (Lee & Bance, 2018 · Nieman & Esther, 2020 · Shearer et al., 2017). Ειδικότερα, η ακουστική αυτή απώλεια προκύπτει από βλάβη και περιορισμένη λειτουργία των τριχωτών κυττάρων του κοχλία ή από ελλαττωματική λειτουργία του ακουστικού νεύρου και των αισθητήριων κέντρων του εγκεφαλικού στελέχους (Knoors & Marschark, 2015 · Κουρμπέτης & Χατζοπούλου, 2010). Τα παραπάνω έχουν ως αποτέλεσμα την αδυναμία του ήχου να φτάσει στον εγκέφαλο λόγω νευρολογικής δυσλειτουργίας (Knoors & Marschark, 2015), γεγονός που καθιστά ακόμη και τα ισχυρά ηχητικά κύματα ασαφή (Lee & Bance, 2018). Αυτός ο τύπος απώλειας ακοής είναι μόνιμος επειδή δεν έχουν βρεθεί θεραπείες που να βελτιώνουν την ακοή. Ωστόσο, η διαχείριση και αποκατάσταση της νευροαισθητήριας απώλειας ακοής περιλαμβάνει τη χρήση ακουστικών βαρηκοΐας και κοχλιακών εμφυτευμάτων, τα οποία μπορούν να αποκαταστήσουν τη λειτουργική ακοή σε κάποιο βαθμό (Knoors & Marschark, 2015; Kourbetis & Hatzopoulou, 2010; Lee & Bance, 2018; Nieman & Bance, 2018· Esther, 2020). Τέλος, η μικτή απώλεια ακοής αναφέρεται στις περιπτώσεις κατά τις οποίες λαμβάνει χώρα ταυτοχρόνως η απώλεια ακοής τύπου αγωγιμότητας, αλλά και η νευροαισθητήρια ακουστική απώλεια (Shearer et al., 2017 · Wroblewska-Seniuk et al., 2018). Ειδικότερα, η βλάβη εντοπίζεται στο εσωτερικό αυτί και τουλάχιστον σε ένα από τα υπόλοιπα μέρη, δηλαδή στο εξωτερικό ή στο μεσαίο αυτί (Λαμπροπούλου, 1999β). Η συγκεκριμένη κατηγορία έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της έντασης των ήχων σε όλα τα μέρη του αυτιού (Wroblewska-Seniuk et al., 2018), στοιχείο που καθιστά αναγκαία την αποκατάσταση της βλάβης στο μεσαίο ή εξωτερικό αυτί, ώστε να μην επιβαρυνθεί συνολικά η ακουστική κατάσταση του ατόμου (Λαμπροπούλου, 1999β)

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

Μια άλλη επίσης, ταξινόμηση της Κώφωσης έχει σχέση με την ηλικία, κατά την οποία παρουσιάζεται αναπηρία στο άτομο (Mooges, 2011). Συγκεκριμένα, προτάθηκαν δύο κατηγορίες, η προγλωσσική και η μεταγλωσσική κώφωση, με βάση το εάν ένα άτομο



ανέπτυξε συγκεκριμένη αναπηρία πριν ή μετά την απόκτηση της βασικής γλώσσας (Χριστάκης, 2011). Ο πρώτος τύπος, η προγλωσσική κώφωση, εμφανίζεται στα πρώτα χρόνια της ζωής ενός ατόμου και έτσι προηγείται της ανάπτυξης του λόγου (Shearer et al., 2017 · Walker, 2013). Δηλαδή, αναφέρεται στην κατάσταση όσων γεννιούνται κωφοί ή κωφοί πριν μάθουν την προφορική γλώσσα (Mooges, 2011). Αντιθέτως, η μεταγλωσσική Κώφωση εμφανίζεται, όταν τα άτομα έχουν αναπτύξει φυσιολογική ομιλία (Shearer et al., 2017) και έχουν κατακτήσει τις βασικές δομές του γλωσσικού συστήματος (Walker, 2013). Με άλλα λόγια, η μεταγλωσσική Κώφωση αφορά την κατάσταση εκείνων των ατόμων, των οποίων η ακουστική αναπηρία προέκυψε μετά την αυθόρμητη κατάκτηση της ομιλούμενης γλώσσας (Mooges, 2011). Άρα, η διαφορά ανάμεσα στα άτομα με προγλωσσική και μεταγλωσσική Κώφωση, εντοπίζεται στο γεγονός πως οι μεταγλωσσικά κωφοί έχουν ήδη χρησιμοποιήσει την ομιλία ως αρχικό μέσο επικοινωνίας, για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα της ζωής τους. Αντιθέτως, οι προγλωσσικά κωφοί αποτελούν μια ετερογενή ομάδα, η οποία παρουσιάζει ποίκιλα χαρακτηριστικά αναφορικά με τις πρωτογενείς μεθόδους επικοινωνίας (Evans & Deliyiski, 2007).

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

Εκτός από όσα έχουν ήδη αναφερθεί, μπορεί να πραγματοποιηθεί μια εννοιολογική προσέγγιση της Κώφωσης, λαμβάνοντας υπόψη διαφορετικές οπτικές θεωρήσεις και ιδεολογικές αντιλήψεις για την αναπηρία (Knoors & Marschark, 2015). Συγκεκριμένα, ένας ορισμός βασίζεται στην κατανόηση του ιατρικού μοντέλου της αναπηρίας, σύμφωνα με το οποίο η κώφωση είναι μια ακουστική ανεπάρκεια και τα άτομα που ανήκουν σε αυτή τη διαταραχή ορίζονται ως άτομα με προβλήματα ακοής (Leigh, 2009). Συγκεκριμένα, το ιατρικό μοντέλο βλέπει την κώφωση ως παθολογικό ελάττωμα, ένα ανεπιθύμητο χαρακτηριστικό, το οποίο πρέπει να αντιμετωπιστεί (Conama, 2004). Βασίζεται σε νατουραλιστικά επιχειρήματα, επισημαίνοντας ότι τα άτομα με Κώφωση αποτελούν απόκλιση από το φυσιολογικό, διαφέροντας από τους συνανθρώπους τους με τυπική ακοή (Ha'am, 2017 · Leigh, 2009 · Oliver, 2013). Ακόμη, το ιατρικό μοντέλο αποδέχεται την άποψη πως η απώλεια ακοής αποτελεί ελάττωμα στην ανθρώπινη μορφή, καθώς το να είσαι κωφός αποτελεί μειονέκτημα του

ανθρώπινου σώματος (Ha'am, 2017). Οι συγκεκριμένες απόψεις ωθούν το ιατρικό μοντέλο στην επικύρωση της ανάγκης για χειρουργικές και ακουστικές παρεμβάσεις, οι οποίες στοχεύουν στην αποκατάσταση της ικανότητας ακρόασης και ομιλίας (Conama, 2004). Σύμφωνα με τον Σούλη (2013), το ιατρικό μοντέλο αντιμετωπίζει την αναπηρία ως απώλεια, βλάβη ή απόκλιση από τις φυσιολογικές, ψυχικές ή βιολογικές λειτουργίες του ανθρώπου και καθιστά τα άτομα παθητικούς δέκτες, τα οποία καλούνται να προσαρμόσουν τον τρόπο ζωής τους στην κατάσταση αυτή. Στο άλλο άκρο του ιατρικού μοντέλου βρίσκεται το κοινωνικό μοντέλο, το οποίο βλέπει την Κώφωση ως μια διαφορετικότητα και όχι ως ελάττωμα. Οι υποστηρικτές αυτού του μοντέλου υποστηρίζουν την ιδέα ότι τα άτομα με απώλεια ακοής βιώνουν την αναπηρία ως αποτέλεσμα κοινωνικού αποκλεισμού και διακρίσεων (Ha'am, 2017). Με άλλα λόγια, το κοινωνικό μοντέλο εστιάζει στην κοινωνική και θεσμική αλλαγή, παρά στην ιατρική παρέμβαση, επειδή υποθέτει ότι η κοινωνία αποκλείει τους κωφούς, δημιουργώντας εμπόδια στις καθημερινές τους δραστηριότητες (Conama, 2004). Γενικότερα, στο κοινωνικό-οικοσυστημικό μοντέλο η αναπηρία δεν αποτελεί αποκλειστικά μια φυσική έννοια, αλλά είναι και προϊόν κοινωνικής δραστηριότητας και ταυτοχρόνως, θέμα κοινωνικών πρακτικών, ιδεολογιών και πολιτικών. Η αναπηρία δηλαδή, δε θεωρείται ως ειδοποιό ατομικό χαρακτηριστικό, αλλά ως ένα σύνολο συνθηκών, μια προβληματική κατάσταση που κατά κανόνα δημιουργεί η κοινωνία (Σούλης, 2013). Τέλος, διάφοροι ερευνητές έχουν αναδείξει τη σημασία του κοινωνικο-πολιτισμικού μοντέλου, το οποίο στηρίζεται σε ανθρωπολογικές και κοινωνιολογικές αντιλήψεις. Σύμφωνα μ' αυτές τις προσεγγίσεις, η Κώφωση δεν αντιμετωπίζεται ως αναπηρία και έλλειμμα, αλλά ουσιαστικά ως πολιτιστική, κοινωνική και γλωσσική ταυτότητα (Holcomb, 2013 · Ladd, 2003, 2005). Το μοντέλο αυτό εστιάζει στην Κοινότητα και στην κουλτούρα των Κωφών, η οποία αντιμετωπίζεται ως μία διαφορετική και ισότιμη πολιτιστική ομάδα (Kim et al., 2018). Άλλωστε, η συμμετοχή στην Κοινότητα των Κωφών καθορίζεται από πολιτισμικές συμπεριφορές και πεποιθήσεις και όχι από την ιατρική διάγνωση της ακουστικής αναπηρίας (Conama, 2004). Γενικότερα, το κοινωνικο-πολιτισμικό μοντέλο αντιμετωπίζει τους Κωφούς ως μια πολιτιστική ομάδα, η οποία βασίζεται σε κοινές εμπειρίες, συλλογικές αξίες, αλλά και στη χρησιμοποίηση της ίδιας γλώσσας (Kim et al, 2018).

## **1.2 Ελληνική Νοηματική Γλώσσα (ENΓ)**

Σύμφωνα με τους Bantupalli & Xie (2018), η νοηματική γλώσσα είναι μια μορφή μη λεκτικής επικοινωνίας που χρησιμοποιούν ορισμένοι κωφοί για να εκφράσουν τις σκέψεις, τις επιθυμίες, τις ανάγκες και τα συναισθήματά τους. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Ομοσπονδία Κωφών, περισσότερες από 200 νοηματικές γλώσσες έχουν αναγνωριστεί παγκοσμίως και ομιλούνται από 70 εκατομμύρια άτομα με απώλεια ακοής (World Federation of the Deaf, 2021). Οι συγκεκριμένες μέθοδοι επικοινωνίας αποτελούν φυσικές γλώσσες, οι οποίες αναπτύχθηκαν αυθόρμητα από άτομα με ακουστική αναπηρία (Sandler & Lillo-Martin, 2001) και εξελίχθηκαν σε φυσικά δομημένα συστήματα που διέπονται από ένα σύνολο γλωσσικών κανόνων. Οι κανόνες αυτοί, διαφοροποιούνται από τους αντίστοιχους των ομιλούμενων γλωσσών (Bragg et al., 2019), καθώς οι νοηματικές γλώσσες παρουσιάζουν ξεχωριστές Κάθε νοηματική γλώσσα περιέχει τόσο χειρονομικά (Stokoe, 2005) όσο και μη χειρονομικά στοιχεία (Baker & Padden, 1978), σε αντίθεση με τις προφορικές γλώσσες που περιλαμβάνουν φωνητικές ιδιότητες. Τα στοιχεία χειρονομίας περιλαμβάνουν το σχήμα του χεριού, τη θέση της παλάμης σε σχέση με το σώμα και την κίνηση του χεριού (Stokoe, 2005). Αντίθετα, οι μη χειρονομικές ενδείξεις περιλαμβάνουν ορισμένες κινήσεις του προσώπου, των ματιών και του κεφαλιού, καθώς και τη στάση του ατόμου (Baker & Padden, 1978). Αξίζει βέβαια να αναφέρουμε ότι αν και έχουν γίνει προσπάθειες για την ανάπτυξη μιας γραπτής μορφής νοηματικής γλώσσας, μέχρι σήμερα δεν έχει βρεθεί γραπτός κώδικας (Mayer, 2017). Οι φωνολογικές, μορφολογικές και συντακτικές δομές (Sandler & Lillo-Martin, 2012). Γενικότερα, η νοηματική γλώσσα αποτελεί μια μορφή επικοινωνίας που βασίζεται στο οπτικό-χειρονομικό κανάλι και χρησιμοποιείται από αρκετούς ανθρώπους με απώλεια ακοής (Bantupalli & Xie, 2018 · Pfau et al., 2012 · Sandler & Lillo Martin, 2001). Ωστόσο, εκτός από τον επικοινωνιακό σκοπό, η νοηματική γλώσσα λειτουργεί και ως διάυλος μεταβίβασης του πολιτισμού των Κωφών, καθώς θεωρείται το σημαντικότερο στοιχείο ένταξης στην αντίστοιχη Κοινότητα και ευνοεί τη δημιουργία ισχυρών διασυνδέσεων μεταξύ των μελών της (Leigh et al., 2018 · Reagen, 2021, 2002).

### **1.3 Η κουλτούρα της κοινότητας των Κωφών**

Η κώφωση τοποθετεί ένα άτομο σε ένα περιβάλλον χωρίς ήχο και απαιτεί τη χρήση άλλων αισθήσεων για επικοινωνία και καθημερινή ζωή. Ο οπτικός προσανατολισμός

της κοινωνίας κάνει πολλούς κωφούς να βλέπουν τον κόσμο διαφορετικά από τους κανονικούς ανθρώπους. Ειδικά για ορισμένα άτομα με απώλεια ακοής, η κώφωση δεν αποτελεί εμπόδιο, αλλά δεν είναι ένα πρότυπο που τους διακρίνει από την κυρίαρχη κοινωνία (Smiler, 2006). Την άποψη αυτή προωθεί η Κοινότητα των Κωφών, η οποία αρνείται το ιατρικό μοντέλο κατανόησης της Κώφωσης και κατακρίνει την πεποίθηση πως η απώλεια ακοής αποτελεί εξασθένηση που πρέπει να αντιμετωπιστεί (Reagen et al., 2021). Αντιθέτως, η συγκεκριμένη Κοινότητα διεκδικεί τα δικαιώματα των ατόμων με Κώφωση και αντιμετωπίζει τις κοινωνικές στάσεις και τα θεσμοθετημένα εμπόδια, τα οποία οδηγούν στην περιθωριοποίηση αυτών των ατόμων (Leigh, 2009 · Shearer et al., 2017). Συγκεκριμένα, η κοινότητα των Κωφών αποτελείται σε μεγάλο βαθμό από άτομα με απώλεια ακοής (Ladd, 2003) που εμφανίζουν διαφορετικά χαρακτηριστικά όσον αφορά τον βαθμό απώλειας ακοής, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, το μορφωτικό υπόβαθρο, τη θρησκευτική πεποίθηση και τον σεξουαλικό προσανατολισμό (Leigh et al., Year 2003 ). , 2020). Ωστόσο, παρά τις διαφορές τους, όλοι μοιράζονται μια κοινή γλώσσα, αλλά και κοινές πολιτιστικές αξίες, πεποιθήσεις, κοινωνικά πρότυπα, ταυτότητες, συμπεριφορές, τέχνες και παραδόσεις που έχουν περάσει από γενιές κωφών (Padden & Humphries, 2005 ). Η Κοινότητα των Κωφών δηλαδή, παρουσιάζει δημογραφικές, πολιτισμικές, γλωσσολογικές και πολιτικοκοινωνικές διαστάσεις (Λαμπροπούλου, 1999α). Επιπροσθέτως, τα μέλη της Κοινότητας αντιμετωπίζουν τα άτομα με Κώφωση ως μια πολιτισμική ομάδα και την απώλεια ακοής ως ατομική και ταυτοχρόνως, συλλογική εμπειρία (Padden & Humphries, 2005 · Senghas & Monaghan, 2002). Η συγκεκριμένη θέση προκύπτει από την ανάγκη των ατόμων για μια γλώσσα προσαρμοσμένη στις δικές τους οπτικές απαιτήσεις και δεν εξαρτάται από την απώλεια ακοής που αντιμετωπίζουν (Λαμπροπούλου, 1999α). Μια σημαντική και ενωτική πτυχή των κοινοτήτων και των πολιτισμών Κωφών είναι η γνώση και ο σεβασμός για τη νοηματική γλώσσα (Reagen et al., 2021; Sandler and Lillo-Martin, 2012), η οποία αναγνωρίζεται ως εργαλείο κοινωνικοποίησης (Smiler, 2006) και στοιχεία που διχάζει τον κόσμο των κωφών και τον χωρίζει από την καταστροφικά ακούουσα κοινωνία. Επιπλέον, αυτή η συγκεκριμένη ομάδα ανθρώπων είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με μια κοινή ιστορία που περιλαμβάνει βιβλία, ιστορίες, μύθους, ταινίες και ανέκδοτα, καθώς και στοιχεία που οδηγούν σε ριζική οικοδόμηση και γενεαλογικές συνδέσεις. Τα μέλη της κοινότητας ενδιαφέρονται για τις ιστορίες τους, μαθαίνουν και μαθαίνουν για τα γεγονότα και τους ανθρώπους που έπαιξαν καταλυτικό ρόλο στη λειτουργία τους, και ταυτόχρονα,

βλέπουν το παρελθόν ως σημαντικό πόρο στη συλλογική τους αναζήτηση ταυτότητας (Reagen et al. , 2016). , 2021) .Σημαντικό μέρος της κοινότητας των Κωφών είναι η τήρηση των πολιτιστικών, συμπεριφορικών και γλωσσικών κανόνων, τους οποίους γνωρίζουν και ακολουθούν όλοι όσοι εντάσσονται στην κοινότητα.Οι συγκεκριμένοι κανόνες αναφέρονται, μεταξύ άλλων, στη βλεμματική επαφή με τον κοινωνικό περίγυρο, στο άγγιγμα, στον τρόπο προσέγγισης σε διάφορα θέματα συζήτησης (Reagen et al., 2021), αλλά και στη συνεργασία και συναίνεση των μελών αναφορικά με τη λήψη αποφάσεων και την αντιμετώπιση διάφορων καταστάσεων. Επιπλέον, η κοινότητα των Κωφών έχει κοινά αντικείμενα που χρησιμοποιούν τα μέλη για να δηλώσουν τη σύνδεσή τους και την περηφάνια τους για την κατάστασή τους (Reagen et al., 2021). Εκτός από όσα έχουν ήδη αναφερθεί, ένας άλλος τρόπος με τον οποίο τα μέλη της κοινότητας των κωφών διακρίνονται από άλλα άτομα με απώλεια ακοής είναι το όνομά τους. Ειδικότερα, ο τρόπος με τον οποίο κωδικοποιείται ο όρος «κωφοί» είναι ιδιαίτερα σημαντικός, καθώς η γραφή προσδιορίζει άτομα που ασπάζονται την ταυτότητα και την κουλτούρα των Κωφών και ενσωματώνονται στις αντίστοιχες κοινότητές τους (Ladd, 2003). Συγκεκριμένα, οι κωφοί (με μικρό κ) αποτελούν μια ομάδα ατόμων με απώλεια ακοής, οι οποίοι δεν ταυτίζονται με άλλους Κωφούς, δε γνωρίζουν και δε χρησιμοποιούν τη νοηματική γλώσσα, ενώ ταυτοχρόνως, απέχουν από την Κοινότητα των Κωφών (Pudans-Smith et al., 2019). Τα άτομα αυτά επικοινωνούν, κατά κύριο λόγο, με την προφορική γλώσσα και έχουν εκπαιδευτεί σε γενικά σχολεία, στοιχεία που έχουν ως αποτέλεσμα την ένταξή τους στην κοινωνία των ακουόντων (Woodward, 1972). Αντίθετα, οι Κωφοί (κεφαλαίο Κ) αποτελούν μια ομάδα που βλέπει τους Κωφούς ως διαφορετικούς, επικοινωνεί στη νοηματική γλώσσα, εντάσσεται στην κοινότητα των Κωφών και συμβάλλει στον πολιτισμό, τον πολιτισμό και την ιστορία της εν λόγω κοινότητας (Pudans-Smith et al., 2019).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>: Η ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΚΩΦΩΣΗ**

## 2.1 Η έννοια της «Ταυτότητας»

Η έννοια της «ταυτότητας» χρησιμοποιείται πολύ συχνά, αλλά διαφοροποιείται ανάλογα με το περιεχόμενο του επιστημονικού κλάδου που διερευνάται (Ohna, 2004). Ως εκ τούτου, ο ορισμός της ορολογίας είναι ένα δύσκολο έργο, καθώς η φύση μιας συγκεκριμένης έννοιας χαρακτηρίζεται από περιπλοκότητα και πολυπλοκότητα (Hole, 2007). Η ταυτότητα είναι ένας τρόπος έκφρασης και ταυτόχρονα ένας εσωτερικός προσδιορισμός της κατάστασής του (Baumeister, 1997). Μέσω της ταυτότητας, το άτομο έχει τη δυνατότητα να κατανοήσει ποιος πραγματικά είναι, να καθορίσει τα θεμελιώδεις χαρακτηριστικά του ως άνθρωπος, αλλά και να ορίσει τις πράξεις, τις ενέργειες, τις αξίες, τις αρχές και τους στόχους που υποστηρίζει (Ohna, 2004). Πρόκειται δηλαδή, είναι ένα γνωστικό κατασκεύασμα που ενσωματώνει την αυτογνωσία ενός ατόμου και στοχεύει στη διερεύνηση της κατανόησης του εαυτού (Baumeister, 1997). Η ταυτότητα οδηγεί ένα άτομο να ορίσει ένα σύνολο χαρακτηριστικών και στοιχείων που το βοηθούν να κατανοήσει τον εαυτό του ως μοναδικό άτομο, μέλος μιας ομάδας ή μέλος μιας κοινότητας (Burke & Stets, 2009). Με βάση τα παραπάνω, μπορούμε να πούμε ότι η ταυτότητα είναι προσωπική επιλογή (Johnson, 2011). Ωστόσο, εκτός από το άτομο, περιλαμβάνει και κοινωνικές διαστάσεις, οι οποίες αντιπροσωπεύουν διαφορετικές πτυχές εάν αυτές αλληλεπιδρούν μεταξύ τους (Baumeister, 1997). Με άλλα λόγια, η ταυτότητα αποτελεί ένα πολύπλοκο, αναπτυσσόμενο γνωστικό και κοινωνικό κατασκεύασμα, το οποίο είναι απαραίτητο για μια αίσθηση ευεξίας, προσωπικής ανάπτυξης και ευημερίας (Johnson, 2011 · Waterman, 1992). Επομένως, η συγκεκριμένη έννοια επηρεάζεται από ένα πλήθος μεταβλητών, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται μεταξύ άλλων, οι ρόλοι των ατόμων, το κοινωνικό περιβάλλον και οι πολιτιστικές σχέσεις που αναπτύσσουν (Burke & Stets, 2009). Συγκεκριμένα, η ταυτότητα ενός ατόμου μπορεί να γίνει κατανοητή μόνο με τη διερεύνηση των δυναμικών σχέσεων ατόμου-κοινωνίας (Ahmad et al., 2002· Kent and Smith, 2006). Με άλλα λόγια, αντιπροσωπεύει τη σύνδεση μεταξύ του ανθρώπου και του κοινωνικού περιβάλλοντος στο οποίο ο άνθρωπος ενσωματώνεται στην κοινωνία και η κοινωνία με τον εαυτό του (Israelite et al., 2002). Έτσι, είναι μια διαδικασία που αντιπροσωπεύει τη διαμόρφωση μιας σχέσης μεταξύ του ατόμου και της κοινωνίας, μέσω της οποίας το άτομο παίρνει μια θέση στην κοινωνία (Burke & Stets, 2009) Γενικότερα, στη διαδικασία σύνδεσης των ατόμων με την κοινωνία, οι κοινωνικοί ρόλοι που αναλαμβάνουν τα άτομα ανάλογα με το

περιβάλλον διαβίωσής τους παίζουν καθοριστικό ρόλο. Μέσω αυτών των ρόλων, τα άτομα ορίζουν τις προσδοκίες τους, κρίνουν τη συμπεριφορά τους, αξιολογούν τη συμπεριφορά τους και τελικά ορίζουν τον εαυτό τους (Dunn & Andrews, 2015). Ταυτοχρόνως, οι ρόλοι αυτοί οδηγούν τον κοινωνικό περίγυρο να καθορίσει τις δικές του προσδοκίες απέναντι στο άτομο αλλά και να καθιερώσει ορισμένα κριτήρια αξιολόγησης των αντιλήψεων και πράξεων του (Hogg et al., 1995). Επομένως, η ταυτότητα αποτελεί μια διαδικασία αυτοεξέτασης του εαυτού, πειραματισμού με ρόλους και αξιολόγησης του ατόμου από το κοινωνικό περιβάλλον (Burke & Stets, 2009 · Nelson Schmitt & Leigh, 2015). Από τα παραπάνω, συνάγεται το συμπέρασμα ότι οι κοινωνικοί ρόλοι οδηγούν τα άτομα στην αλληλεπίδραση με τα μέλη της κοινωνίας. Αυτές οι αλληλεπιδράσεις, που λαμβάνουν χώρα σε διαφορετικά περιβάλλοντα και δίκτυα, παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη των ταυτοτήτων τους (Baumeister, 1997; Grotevant, 1992; Kroger, 1996). Ειδικότερα, τα άτομα μαθαίνουν για τον εαυτό τους μέσα από τις σχέσεις τους με τους συνανθρώπους τους, στις οποίες παρατηρούν και ερμηνεύουν τη δική τους συμπεριφορά και τη συμπεριφορά των άλλων απέναντί τους (Hogg, 1995). Άλλωστε, η ταυτότητα αναδύεται μέσα από προηγούμενες και υπάρχουσες εμπειρίες, στις οποίες καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει η αλληλεπίδραση και η επικοινωνία του ατόμου με τα μέλη του κοινωνικού περιβάλλοντος (Hadjikakou & Nikolaraizi, 2006). Επομένως, η κατανόηση του εαυτού συνδέεται στενά τόσο με τις προσωπικές εμπειρίες όσο και με την αναγνώριση που λαμβάνει το άτομο από τον κοινωνικό περίγυρο (Ohna, 2004). Επηρεάζεται δηλαδή, από τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται τον εαυτό του αλλά και από τον τρόπο με τον οποίο το άτομο ορίζεται από τους υπολοίπους (Johnson, 2011). Ίσως η πιο σημαντική περίοδος για την ανάπτυξη της ταυτότητας είναι η εφηβεία, όταν τα άτομα αποκτούν έναν βαθμό αυτονομίας και περισσότερες ευκαιρίες για γνωστική και συναισθηματική ανάπτυξη. Αυτές οι ευκαιρίες οδηγούν στην ανάπτυξη μιας ισχυρής αίσθησης του εαυτού τους, οδηγώντας τους να αναζητήσουν και να χτίσουν τις δικές τους ταυτότητες (Tabilin, 2021). Φυσικά, τα άτομα μπορούν να τροποποιήσουν την ταυτότητά τους, αλλά τα βασικά του στοιχεία παραμένουν λειτουργικά σταθερά με την πάροδο του χρόνου και σε διαφορετικά πλαίσια (Nelson Schmitt & Leigh, 2015). Γενικότερα, η ταυτότητα αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια, η οποία περιλαμβάνει ψυχολογικά κίνητρα, πολιτιστικές γνώσεις και την ικανότητα κάποιου να εκτελεί κατάλληλους ρόλους (Fitzgerald, 1993).

Ταυτοχρόνως, ο συγκεκριμένος όρος σχετίζεται άμεσα τόσο με το ίδιο το άτομο όσο και με τις διασυνδέσεις του με το κοινωνικό περιβάλλον (Leigh, 2009).

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

Η «πολιτισμική ταυτότητα» ορίζεται ως ο αυτοπροσδιορισμός ενός ατόμου, η αυτοαντίληψη και το σχετικό αίσθημα ότι ανήκει σε μια κοινωνικοπολιτισμική ομάδα (Schwartz et al., 2007· Schwartz et al., 2010). Η αντίληψη ενός ατόμου ότι ανήκει σε μια ομάδα εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά, τις πεποιθήσεις και τις συμπεριφορές αυτής της εθνικής, φυλετικής ή κοινωνικοπολιτιστικής ομάδας (Glickman & Garey, 1993). Ευρύτερα, η πολιτισμική ταυτότητα παρέχει μια κατανόηση του τρόπου με τον οποίο τα άτομα αντιλαμβάνονται μια ομάδα και ορίζει τις ατομικές και συλλογικές ελευθερίες τους εντός και εκτός της ομάδας (Cornell & Lyness, 2005). Οι περισσότερες μελέτες για την ταυτότητα των ατόμων με Κώφωση αναφέρονται στην πολιτιστική τους ταυτότητα, η οποία δεν ορίζεται αποκλειστικά από τη φύση της αναπηρίας (Kobosco, 2010 · Marschkal et al., 2017). Αντιθέτως, αποτελεί μια οργανωμένη κοινωνικοπολιτική δομή, που αντικατοπτρίζει τις απόψεις και αντιλήψεις των ατόμων με απώλεια ακοής σε διάφορα επίπεδα (Leigh, 2009). Πιο συγκεκριμένα, η πολιτιστική ταυτότητα ενσωματώνει ένα σύνολο αυτοαντίληψης των ατόμων, αναφορικά με τον εαυτό τους αλλά και με τις πεποιθήσεις τους τόσο για την Κώφωση όσο και για τη φυσιολογική ακοή (Foster & Kinuthia, 2003). Επιπροσθέτως, περιλαμβάνει την εσωτερίκευση των αξιών τους σχετικά με την Κοινότητα των Κωφών και την κοινωνία των ακουόντων, δηλαδή τις κοινωνικές ομάδες στις οποίες τα άτομα έχουν τη δυνατότητα να ενταχθούν αλλά και τα κοινωνικά δίκτυα που μπορούν να αναπτύξουν (Glickman & Garey, 1993). Επιπρόσθετα, η πολιτιστική ταυτότητα περιλαμβάνει και τις στάσεις των ατόμων με Κώφωση απέναντι στα συστήματα επικοινωνίας που μπορούν να χρησιμοποιήσουν στην καθημερινή τους ζωή και διαβίωση (Kobosco, 2010 · Marschkal et al., 2017). Επομένως, η πολιτιστική ταυτότητα των ατόμων με Κώφωση περιλαμβάνει τρεις σημαντικές διαστάσεις, οι οποίες αναφέρονται στην προσωπική, γλωσσική και κοινωνική ταυτότητα. Συγκεκριμένα, η προσωπική ταυτότητα αφορά τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα με Κώφωση αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους, συμπεριλαμβανομένης και της απώλειας ακοής που αντιμετωπίζουν. Η



γλωσσική ταυτότητα σχετίζεται με το σύστημα επικοινωνίας που επιλέγουν να χρησιμοποιούν στον δικό τους χώρο, εκεί δηλαδή που δεν προσφεύγουν αναγκαστικά στη χρήση ενός συγκεκριμένου τρόπου επικοινωνίας. Τέλος, η κοινωνική ταυτότητα αναφέρεται στον τύπο της ομάδας, στον οποίο ένα άτομο με Κώφωση θεωρεί πως ταιριάζει και ανήκει σε αυτόν (Schwartz et al., 2006). Με βάση τα προαναφερόμενα, η πολιτιστική ταυτότητα αποτελεί μια κοινωνική και ψυχολογική διαδικασία, που περιλαμβάνει έναν διαρκή αγώνα για την ανάπτυξη μιας ασφαλούς ταυτότητας και σχετίζεται με συνεχή διλήμματα αναφορικά με την κατανόηση της αναπηρίας, τη μέθοδο επικοινωνίας αλλά και την ενσωμάτωση στις κοινωνικές ομάδες (Charman, 2021). Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διαπιστώνονται τέσσερις κατηγορίες πολιτιστικής ταυτότητας στις οποίες μπορούν να ενταχθούν τα άτομα με ακουστική αναπηρία (Bat-Chava, 2000). Οι κατηγορίες αυτές είναι διατεταγμένες σε στάδια, καθένα από τα οποία περιγράφει την κατάσταση μιας ταυτότητας (Fischer & McWhirter, 2001). Ειδικότερα, η έρευνα έχει αναδείξει την ύπαρξη α) της ταυτότητας Ακουόντων, στην οποία κυριαρχεί η κοινωνία των ατόμων με φυσιολογική ακοή β) της Περιθωριοποιημένης ταυτότητας, κατά την οποία υποβαθμίζονται και οι δύο κοινότητες γ) της ταυτότητας Κωφών, όπου δίνεται έμφαση στην κοινότητα και κουλτούρα των Κωφών αλλά και δ) της Διπολιτισμικής ταυτότητας, κατά την οποία συνυπάρχουν αρμονικά και οι δύο κοινότητες (Glickman & Garey, 1993).

### **2.2.1 Ταυτότητα Ακουόντων (Hearing Identity)**

Η υιοθέτηση ενός ιατρικού μοντέλου κατανόησης της αναπηρίας παίζει τον πιο θεμελιώδη ρόλο στην ανάπτυξη της ταυτότητας ακοής, καθώς τα άτομα που προσχωρούν στο μοντέλο βλέπουν την κώφωσή τους ως ιατρική παθολογία και ταξινομούν τους εαυτούς τους ως άτομα με προβλήματα ακοής (Leigh, 2009). Ειδικότερα, τα άτομα με τη συγκεκριμένη ταυτότητα εκλαμβάνουν τη δυνατότητα για ακοή ως σημείο αναφοράς της κανονικότητας και της υγείας, αναδεικνύοντας αδιάλειπτα τα μειονεκτήματα της Κώφωσης και στοχεύοντας στην αποκατάσταση και θεραπεία της απώλειας ακοής που αντιμετωπίζουν (Glickman & Garey, 1993). Η ταυτότητα Ακουόντων περιγράφει μια κατάσταση, κατά την οποία τα άτομα επιζητούν να συνδεθούν και να ταυτιστούν με τον πολιτισμό των ατόμων με φυσιολογική ακοή,

υποστηρίζοντας την άποψη πως η κοινωνία αυτή αποτελεί τον φυσιολογικό και πραγματικό κόσμο. Τα άτομα δηλαδή, διαθέτουν εσωτερικευμένη ανάγκη σύνδεσης με τους ακούοντες και υποστήριξης των κανόνων της κοινότητάς τους, καθώς αισθάνονται περισσότερο άτομα με φυσιολογική ακοή παρά άτομα με Κώφωση (Bat-Chava, 2000 · Glickman, 1993). Ο πρωταρχικός τρόπος με τον οποίο επιτυγχάνουν ταύτιση με το κοινό τους είναι μέσω της χρήσης συστημάτων λεκτικής επικοινωνίας. Τα κωφά άτομα με κατάσταση ακοής επικοινωνούν αποκλειστικά μέσω του προφορικού λόγου και της ανάγνωσης των χειλιών, αρνούμενοι να χρησιμοποιήσουν τη νοηματική γλώσσα ή τη βοήθεια διερμηνέα (Glickman & Garey, 1993). Ειδικότερα, αναδεικνύουν τα προτερήματα της προφορικής γλώσσας και εναντιώνονται στην Κοινότητα των Κωφών, υποστηρίζοντας πως τους καταπιέζει να μη χρησιμοποιούν τη φωνή τους (Marschkal et al., 2017). Το παραπάνω, έχει ως αποτέλεσμα να υποβαθμίζουν τα συστήματα επικοινωνίας που περιλαμβάνουν χειρονομίες, για τα οποία υποστηρίζουν πως αποτελούν ένδειξη χαμηλότερης κοινωνικής κατάστασης (Nathan et al., 2011 · Oliva et al., 2016). Στην εκπαίδευση, υποστηρίζουν ότι τα σχολεία ειδικά για μαθητές με προβλήματα ακοής θα πρέπει να σταματήσουν τη λειτουργία τους (Oliva et al., 2016) υπέρ της ενσωμάτωσης των ατόμων με προβλήματα ακοής στα γενικά σχολεία (Nathan et al., 2011). Τονίζουν δηλαδή, πως πρέπει να διακοπεί η διδασκαλία της νοηματικής γλώσσας και να εδραιωθεί η εκπαίδευσή στη χειλεανάγνωση και τον προφορικό λόγο (Nathan et al., 2011 · Oliva et al., 2016). Όλα τα παραπάνω, ωθούν τα άτομα με ταυτότητα Ακουόντων να αποστασιοποιηθούν από την κοινωνία και κουλτούρα των Κωφών (McIlroy, 2008). Ειδικότερα, εκφράζουν έντονα τη δυσαρέσκεια και άρνησή τους να ενταχθούν στην Κοινότητα των Κωφών, προβάλλοντας το επιχείρημα πως αποτελεί κάτι το ασυνήθιστο. Η επιθυμία τους να αποστασιοποιηθούν από συγκεκριμένες κοινότητες τους οδήγησε να επιλέξουν διάφορες μεθόδους βελτίωσης της ακοής, συμπεριλαμβανομένων των βοηθημάτων ακοής και των κοχλιακών εμφυτευμάτων (Glickman, 1993). Τα άτομα αυτής της κατηγορίας αντιμετωπίζουν τους συγκεκριμένους τρόπους ενίσχυσης της ακοής ως μη αμφισβητούμενα βοηθήματα, τα οποία τους παρέχουν τη δυνατότητα να απομακρυνθούν από την κοινωνία των Κωφών και να ενωθούν με την κοινότητα των ακουόντων (Marschkal et al., 2017).

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

Η συγκεκριμένη ταυτότητα είναι γνωστή ως ταυτότητα της περιθωριοποίησης, καθώς τα άτομα που εντάσσονται σ' αυτήν βρίσκονται στο περιθώριο σε πολιτιστικό επίπεδο (Nelson Schmitt & Leigh, 2015). Ειδικότερα, διακρίνονται από μια ασαφή κατάσταση, σύμφωνα με την οποία δεν έχουν προβεί στην υιοθέτηση μιας ξεκάθαρης ταυτότητας αλλά ούτε έχουν αποδεχτεί τις αξίες και τις αρχές μιας πολιτιστικής ομάδας (Andrews et al., 2004). Το παραπάνω, έχει ως αποτέλεσμα τη δυσκολία κατανόησης του εαυτού τους είτε ως άτομο με απώλεια ακοής είτε ως άτομο που ταυτίζεται με τους ακούοντες (Kobosko, 2010). Η έλλειψη ύπαρξης μιας σαφούς ταυτότητας ωθεί τα άτομα να αισθάνονται πως δεν ανήκουν σε καμία από τις δύο κοινότητες και δεν ταυτίζονται ούτε με Κωφούς ούτε με ακούοντες (Leigh, 2009). Ειδικότερα, εκδηλώνουν ελάχιστο ενδιαφέρον να διατηρήσουν την κουλτούρα των Κωφών και να αποκτήσουν τις πολιτιστικές τους αξίες, στις οποίες συγκαταλέγεται και η νοηματική γλώσσα. Παρομοίως, αδιαφορούν για την υιοθέτηση της κουλτούρας των ακούοντων και αρνούνται να ταυτιστούν με τις αξίες, τις αρχές, τις αντιλήψεις και τα συστήματα επικοινωνίας που χρησιμοποιούν κατά τις αλληλεπιδράσεις τους (Fischer, 2000). Αποξενώνονται δηλαδή, τόσο από άτομα με Κώφωση όσο και από άτομα με φυσιολογική ακοή, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα να μη νιώθουν άνετα σε καμία από τις δύο κοινότητες (Leigh, 2009). Η έλλειψη της αίσθησης του ανήκειν δημιουργεί εμπόδια στην καθημερινότητα των ατόμων με Περιθωριοποιημένη ταυτότητα. Αρχικά, αντιμετωπίζουν δυσκολίες κατά την επικοινωνία με τους συνανθρώπους τους, καθώς δείχνουν να μην υιοθετούν ούτε τον προφορικό λόγο ούτε τη νοηματική γλώσσα (Bat-Chava, 2000). Οι δυσκολίες στην επικοινωνία έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία εμποδίων στις κοινωνικές δεξιότητες των ατόμων, στην αλληλεπίδραση με τον κοινωνικό περίγυρο αλλά και στην ανάπτυξη κοινωνικών δικτύων (Most et al., 2007). Οι ανεπαρκείς κοινωνικές και επικοινωνιακές δεξιότητές των ατόμων με Περιθωριοποιημένη ταυτότητα οδηγούν στην απομόνωσή τους, καθώς τα άτομα δεν προσεγγίζουν τον εαυτό τους με θετικότητα (Glickman, 1993). Γενικότερα, η συγκεκριμένη ταυτότητα συχνά συνδέεται με προβλήματα ψυχικής υγείας και κοινωνικής απομόνωσης (Glickman & Garey, 1993 · Lampe et al., 2020), στοιχεία που αποτελούν αρνητικούς όρους. Ωστόσο, η περιθωριοποίηση που βιώνουν ενδεχομένως υποδηλώνει μια κατάσταση, κατά την οποία τα άτομα ετοιμάζονται να αναπτύξουν μια σταθερή ταυτότητα (Fischer & McWhirter, 2001).

### 2.2. 3 Ταυτότητα Κωφών (Deaf Identity)

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

χρήση της νοηματικής γλώσσας, την οποία χαρακτηρίζουν ανώτερη από τον προφορικό λόγο (Glickman & Garey, 1993). Τα άτομα που αναπτύσσουν τη συγκεκριμένη ταυτότητα επικοινωνούν αποκλειστικά με τη νοηματική γλώσσα, θεωρώντας πως αποτελεί μέρος του πολιτισμού τους. Μάλιστα, δεν επιθυμούν και δεν προσπαθούν να επικοινωνήσουν με τον προφορικό λόγο και τη χειλεανάγνωση, ακόμη και σε περιπτώσεις κατά τις οποίες συναναστρέφονται με συνανθρώπους τους, οι οποίοι αγνοούν τα συστήματα επικοινωνίας που βασίζονται στις χειρονομίες (Leigh, 2009). Η άρνησή τους να χρησιμοποιήσουν τον προφορικό λόγο έχει ως αφετηρία τους ενδοιασμούς τους πως αυτός αποτελεί σοβαρή απειλή για την κοινωνικό-πολιτιστική τους κοινότητα (Leigh, 2020). Απειλές για τον πολιτισμό τους θεωρούν επίσης τα ακουστικά βαρηκοΐας και τα κοχλιακά εμφυτεύματα, τονίζοντας πως η ενίσχυση του ήχου δεν αποτελεί ανάγκη τους. Επομένως, αποφεύγουν οποιοδήποτε τρόπο αποκατάστασης της απώλειας ακοής τους, προκειμένου να διατηρήσουν την ενότητα των ατόμων με Κώφωση (Fischer, 2000).

#### **2.2.4 Διπολιτισμική ταυτότητα (Bicultural Identity)**

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

αρχές της κοινότητας. Ταυτοχρόνως σέβονται, εκτιμούν και υπολογίζουν τα άτομα με φυσιολογική ακοή, βιώνοντας θετικά συναισθήματα απέναντί τους και εκφράζοντας μια υποστηρικτική διάθεση (Fischer, 2000 · Leigh, 2009). Όπως διαπιστώνεται, η συναναστροφή των ατόμων με Διπολιτισμική ταυτότητα πραγματοποιείται τόσο με άτομα με Κώφωση όσο και με άτομα χωρίς απώλεια ακοής (Glickman & Garey, 1993). Ειδικότερα, οι κωφοί με τη συγκεκριμένη ταυτότητα εκμεταλλεύονται τις ευκαιρίες που τους παρέχουν οι δύο κοινότητες, στις οποίες κινούνται και ζουν με αυτοπεποίθηση και με τους δικούς τους όρους (McIlroy & Storbeck, 2011). Ταυτοχρόνως, δε διστάζουν να εκφραστούν ελεύθερα συναισθηματικά και συμπεριφορικά, ανεξαρτήτως από το εάν οι συμπολίτες τους βιώνουν κάποιου είδους απώλεια ακοής. Δηλαδή, το άτομο αναπτύσσει έναν πολιτιστικό ρόλο που ταιριάζει και στις δύο κοινότητες, ενώ αναπτύσσει μια εγγενή αίσθηση ασφάλειας για τη δική του κώφωση (Fischer & McWhirter, 2001). Ένας σημαντικός τρόπος με τον οποίο τα άτομα μπορούν να συνδεθούν τόσο με Κωφούς όσο και με ακούοντες είναι η υιοθέτηση του διπολιτισμικού συστήματος επικοινωνίας. Συγκεκριμένα, τα άτομα που αναπτύσσουν τη Διπολιτισμική ταυτότητα μπορούν να χαρακτηριστούν ως δίγλωσσα, καθώς χρησιμοποιούν κατά την επικοινωνία τους τόσο τον προφορικό λόγο όσο και τη νοηματική γλώσσα (Leigh, 2009). Ειδικότερα, αντιμετωπίζουν τους συγκεκριμένους τρόπους επικοινωνίας ως δύο διαφορετικές γλώσσες ίσης αξίας, γεγονός που τους επιτρέπει να καταφεύγουν στη χρήση και των δύο αυτών μεθόδων (Fischer, 2000). Μάλιστα, η μεταπήδηση από τη μια γλώσσα στην άλλη συντελείται με μεγάλη ευκολία και χωρίς κανένα εμπόδιο (McIlroy & Storbeck, 2011), στοιχείο που ευνοεί τα άτομα να συνδεθούν και με τα δύο κοινωνικά πλαίσια, κινούμενοι μεταξύ δύο ταυτοτήτων (McIlroy, 2008).

### **2.3 Στάδια ανάπτυξης της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση**

#### **Το μοντέλο της Ohna (2004)**

Η Ohna (2004) συνέλαβε την ανάπτυξη της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση ως μια διαδικασία, η οποία διέρχεται από τέσσερα στάδια. Με αυτό τον τρόπο, επιχειρείται η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο τα άτομα με Κώφωση αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους, αναπτύσσουν την ταυτότητάς τους και προσαρμόζονται στις προσδοκίες του κοινωνικού περιγύρου (Carter, 2015). Σύμφωνα με την Ohna (2004), το πρώτο στάδιο ανάπτυξης της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση χαρακτηρίζεται ως

δεδομένο. Σ' αυτή τη φάση, τα άτομα θεωρούν πως δε διαφοροποιούνται από τους συνανθρώπους τους με φυσιολογική ακοή, ενώ ταυτοχρόνως χαρακτηρίζουν την απώλεια ακοής που αντιμετωπίζουν ως μια κατάσταση που δεν αποτελεί σοβαρό εμπόδιο στην καθημερινή ζωή και διαβίωση. Μεταβαίνοντας στο δεύτερο στάδιο, το οποίο είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με ένα αίσθημα αποξένωσης, τα άτομα αρχίζουν να αισθάνονται πως διαφέρουν από την κυρίαρχη κοινότητα αλλά και από τους συνανθρώπους τους που εντάσσονται σ' αυτή. Η παραπάνω άποψη τους οδηγεί στην κατανόηση της Κώφωσης ως μειονέκτημα και αναπηρία, η οποία επιφέρει αρνητικές επιπτώσεις στον τρόπο διαβίωσής τους. Κατά το τρίτο στάδιο, που είναι γνωστό ως στάδιο της σύνδεσης, τα άτομα ενστερνίζονται την κοινωνικό-πολιτιστική άποψη, σύμφωνα με την οποία η Κώφωση αποτελεί διαφορετικότητα. Οι προαναφερθείσες αντιλήψεις ωθούν τα άτομα να αλληλεπιδρούν με συμπολίτες τους με απώλεια ακοής, να στρέφονται στον πολιτισμό των Κωφών και να δημιουργούν σχέσεις συνεργασίας με τις Κοινότητές τους. Οι σχέσεις αυτές έχουν ως αποτέλεσμα την πεποίθηση των κωφών πως τα άτομα με απώλεια ακοής αλληλοκατανοούνται, καθώς μοιράζονται την ίδια γλώσσα αλλά και τις ίδιες αξίες, αρχές και αντιλήψεις. Το τελευταίο στάδιο θεωρείται η φάση της ολοκλήρωσης στην ανάπτυξη της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση και έχει την ονομασία «Κωφός με τον δικό μου τρόπο». Τα άτομα μεταβαίνουν στο τελευταίο στάδιο, αφού γνωρίσουν τις συνέπειες της αποξένωσης και σύνδεσης, καταστάσεις με τις οποίες ήρθαν αντιμέτωποι στις προηγούμενες φάσεις. Ειδικότερα, στο στάδιο αυτό, τα άτομα επιχειρούν να συνδεθούν τόσο με τον πολιτισμό των ακουόντων όσο και με τον πολιτισμό των Κωφών, αποδεχόμενοι την αναπηρία τους, τον εαυτό τους αλλά και τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζονται από τον κοινωνικό περίγυρο. Καταφεύγουν στον δίγλωσσο τρόπο επικοινωνίας, προκειμένου να έχουν τη δυνατότητα να συναναστρέφονται με όλους τους συμπολίτες τους και ταυτοχρόνως εμπλέκονται και στις δύο κοινότητες, διατηρώντας ωστόσο το δικό τους προσωπικό στίγμα. Η εμπλοκή αυτή στοχεύει στην κατανόηση των ατόμων και των δύο κοινοτήτων, ενώ απώτερος σκοπός αποτελεί η συνύπαρξη των δύο κόσμων, προκειμένου τα άτομα να κινούνται άνετα, αναπτύσσοντας μια πολιτισμική ταυτότητα. Το συγκεκριμένο στάδιο συνεπάγεται με μια ισχυρή αίσθηση ωριμότητας του εαυτού και περιγράφει μια αυθεντική ταυτότητα, ένα δίγλωσσο και διπολιτισμικό πρόσωπο που διευκολύνει τη διαβίωση των ατόμων με Κώφωση (Ohna, 2004). Η Ohna (2004) τονίζει πως η διαμόρφωση της ταυτότητας των ατόμων με απώλεια ακοής απαιτεί την αλληλεπίδρασή τους τόσο με άτομα με Κώφωση όσο και με ακούοντες. Επιπροσθέτως,

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

### **Οι φάσεις της Mauldin (2020)**

Η Mauldin (2020) διαπίστωσε και προτείνει δύο πιθανές φάσεις που λαμβάνουν χώρα τη χρονική στιγμή, κατά την οποία τα άτομα με απώλεια ακοής υιοθετούν την ταυτότητα Κωφών. Ειδικότερα, η ερευνήτρια ανέφερε πως στην αρχή της πρώτης φάσης, τα άτομα αρχίζουν να συναναστρέφονται με συνανθρώπους τους με Κώφωση, στοιχείο που επιφέρει θετικές εσωτερικές αλλαγές αναφορικά με τον τρόπο που αντιμετωπίζουν την απώλεια ακοής τους. Οι αλλαγές που συντελούνται έχουν ως αποτέλεσμα την απροθυμία των ατόμων να υποκρύψουν την Κώφωσή τους, προκειμένου να διαχειριστούν τις αντιλήψεις και προσδοκίες των συνανθρώπων τους με τυπική ακοή. Το γεγονός αυτό οφείλεται στη δημιουργία ισχυρών δεσμών με την Κοινότητα των Κωφών, γεγονός που τους οδηγεί στην υποστήριξη των δικαιωμάτων τους. Περνώντας στη δεύτερη φάση, τα άτομα συντελούν μια βαθιά εσωτερική αλλαγή, με στόχο να προσαρμόσουν την κοινωνική συμμετοχή αλλά και τις αλληλεπιδράσεις τους με τον κοινωνικό περίγυρο. Συγκεκριμένα, αποκτούν περισσότερη ανοχή απέναντι στις δικές τους ικανότητες και δημιουργούν μια βαθύτερη σχέση με την Κοινότητα των Κωφών. Επιπροσθέτως, ρυθμίζουν τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις τους με άτομα με φυσιολογική ακοή, εκφράζοντας την επιθυμία τους να παραμείνουν όσο το δυνατόν λιγότερο συνδεδεμένοι με την αντίστοιχη κοινότητα. Παρατηρείται δηλαδή, η υιοθέτηση του κοινωνικού μοντέλου κατανόησης της Κώφωσης, σύμφωνα με το οποίο τα άτομα αποδέχονται την αναπηρία τους και επιχειρούν να ζουν με τον δικό τους τρόπο και τους δικούς τους όρους (Mauldin, 2020).

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



Τα άτομα με απώλεια ακοής αποτελούν μια ετερογενή ομάδα, καθώς εμφανίζουν χαρακτηριστικά που ποικίλουν μεταξύ τους (Most et al., 2007). Τα χαρακτηριστικά αυτά ασκούν επίδραση στη διαμόρφωση της ταυτότητας τους, η οποία θεωρείται ένα περίπλοκο ζήτημα. Επομένως, η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο αναπτύσσεται η ταυτότητα των ατόμων με Κώφωση μπορεί να πραγματοποιηθεί αποκλειστικά με τη διερεύνηση των παραγόντων που την επηρεάζουν (Foster & Kinuthia, 2003). Σ' αυτούς τους παράγοντες συγκαταλέγονται, μεταξύ άλλων, τα ατομικά χαρακτηριστικά των ατόμων (Foster & Kinuthia, 2003). Ειδικότερα, η φύση της αναπηρίας, δηλαδή ο βαθμός απώλεια ακοής και η ηλικία έναρξης της Κώφωσης (Most et al., 2007), αλλά και η ύπαρξη τεχνολογικού βοηθήματος ενίσχυσης του ήχου μπορούν να θεωρηθούν καταλυτικοί παράγοντες στην ανάπτυξη της ταυτότητάς τους (Brice & Strauss, 2016). Εν συνεχεία, προγνωστικοί δείκτες της πολιτιστικής ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση αποτελούν οι σχολικές τους εμπειρίες, στις οποίες συμπεριλαμβάνεται ο τύπος της σχολικής μονάδας φοίτησης, η γλώσσα πραγματοποίησης της διδασκαλίας αλλά και η κατάσταση ακοής των εκπαιδευτικών και συμμαθητών. Οι εκπαιδευτικές αυτές εμπειρίες συμβάλλουν στον βαθμό, με τον οποίο τα άτομα υιοθετούν την κουλτούρα των Κωφών και την κουλτούρα των ακουόντων (Bat-Chava, 2000 · Hadjikakou & Nikolarazi, 2007 · Israelite et al., 2002 · Kobosko, 2010 · Leigh et al., 2008 · Most et al., 2007 · Schwartz et al., 2007). Επίδραση στη διαμόρφωση της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση ασκεί και ο προτιμώμενος τρόπος επικοινωνίας στην καθημερινότητα, η κατάσταση ακοής των γονέων και των υπολοίπων μελών της οικογένειας αλλά και το οικογενειακό περιβάλλον ευρύτερα (Bat-Chava, 2000 · Carter, 2015 · Carter & Mireles, 2016 · Jambor & Elliot, 2005 · Lampe et al., 2020 · Most et al., 2007 · Sutton-Spence, 2010). Εκτός από τα ατομικά χαρακτηριστικά, σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση, διαδραματίζουν και οι κοινωνικές συνθήκες που επικρατούν στο περιβάλλον που ζουν (Foster & Kinuthia, 2003). Ειδικότερα, έχει δοθεί ιδιαίτερη ερευνητική προσοχή στις κοινωνικές διασυνδέσεις αλλά και στον βαθμό με τον οποίο τα άτομα συναναστρέφονται με την Κοινότητα των Κωφών (Carter, 2015 · Carter & Mireles, 2016 · Jambor & Elliott, 2005 · Lampe et al., 2020). Η ταυτότητα δηλαδή, εξαρτάται από τις σχέσεις και αλληλεπιδράσεις που αναπτύσσουν τα άτομα τόσο με την κοινότητα των ακουόντων όσο και με την κοινωνία των Κωφών (Bat Chava, 2000 · Rich et al, 2013). Τέλος, ο τρόπος με τον οποίο τα ίδια τα άτομα αντιλαμβάνονται την απώλεια ακοής, αλλά και ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζονται από τον κοινωνικό

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

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

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διαπιστώνεται πως η χρήση τεχνολογικών βοηθημάτων ενίσχυσης του ήχου ασκεί σημαντική επίδραση στον τρόπο διαμόρφωσης της 40 ταυτότητας των ατόμων με απώλεια ακοής (Chapman & Dammeyer, 2017, 2016 · Goldblat & Most, 2018 · Hintermair, 2007 · Leigh, 2009 · Leigh et al., 2008 · Mance & Edwards, 2012 · Marschark et al., 2017 · Maxwell – McCaw, 2001 · Moog et al, 2011 · Rich et al., 2013 · Spencer et al., 2012 · Wald & Knutson, 2000 · Wheeler et al., 2007). Ειδικότερα, στη μελέτη τους οι Chapman & Dammeyer (2016), διερευνώντας την ανάπτυξη της ταυτότητας 839 ατόμων με Κώφωση, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως οι συμμετέχοντες με κοχλιακό εμφύτευμα παρουσιάζουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν την ταυτότητα Ακουόντων, σε σύγκριση με τα άτομα που δεν χρησιμοποιούν το συγκεκριμένο τεχνολογικό βοήθημα. Ειδικότερα, η εν λόγω ομάδα ατόμων δήλωσε πως είχε μια ασθενής και ασήμαντη σχέση με την κοινότητα και κουλτούρα των Κωφών, στοιχείο που είχε ως αποτέλεσμα την ταύτισή τους με την κοινωνία των ατόμων με φυσιολογική ακοή. Ανάλογα είναι τα αποτελέσματα και από

τις έρευνες των Goldblat & Most (2018), Chapman and Dammeyer (2017), Hilton et al. (2013), Rich et al. (2013), Mance & Edwards (2012), Moog et al. (2011), Hintermair, (2007) και Maxwell– McCaw (2001), στις οποίες διαπιστώθηκε πως τα άτομα με κοχλιακή εμφύτευση αναφέρουν τις προσδοκίες τους να αλληλεπιδρούν με τους ακούντες αλλά και την επιθυμία τους να αναπτύξουν τον προφορικό λόγο, στοιχεία που οδηγούν στην υιοθέτηση των αντιλήψεων, αξιών και αρχών της κοινωνίας των ατόμων με φυσιολογική ακοή και τελικά, στην ανάπτυξη της ταυτότητας Ακουόντων. Ειδικότερα, οι ερευνητές τόνισαν πως η ύπαρξη του κοχλιακού εμφυτεύματος ωθεί τα άτομα στην εξιδανίκευση της κοινότητας των ατόμων με φυσιολογική ακοή, ενώ ταυτόχρονα περιορίζει την επιθυμία τους να συνδεθούν με την κοινωνία των Κωφών. Παρομοίως, οι Leigh et al. (2008) και Wald & Knutson (2000), διερευνώντας την επίδραση του κοχλιακού εμφυτεύματος στην ανάπτυξη της ταυτότητας 57 και 45 ατόμων με Κώφωση αντίστοιχα, διαπίστωσαν την ταύτιση των ατόμων με κοχλιακή εμφύτευση με την κοινωνία των ακουόντων αλλά και την ταυτόχρονη απομάκρυνσή τους από την Κοινότητα των Κωφών. Οι ερευνητές απέδωσαν την παραπάνω κατάσταση στο γεγονός πως τα άτομα μετά την εμφύτευση ενθαρρύνονται και λαμβάνουν τη μέγιστη ακουστική εκπαίδευση τόσο από το οικογενειακό όσο και το σχολικό τους περιβάλλον. Σε αντίθεση με τα παραπάνω αποτελέσματα, οι έρευνες των Marschark et al. (2017) και Spencer et al. (2012), στις οποίες συμμετείχαν 117 και 41 άτομα με απώλεια ακοής αντίστοιχα, ανέδειξαν πως η πλειοψηφία των συμμετεχόντων με κοχλιακό εμφύτευμα ανέπτυξε τη Διπολιτισμική ταυτότητα, κατά την οποία κινούνταν με ελευθερία τόσο στην Κοινότητα των Κωφών όσο και στην κοινωνία των ακουόντων. Παρομοίως, οι Christianen & Leigh (2005), μέσα από συνεντεύξεις σε εφήβους και ενήλικες με κοχλιακό εμφύτευμα, διαπίστωσαν πως οι συμμετέχοντες εντάσσονταν στην Κοινότητα των Κωφών, επιδιώκοντας ωστόσο την κοινωνικοποίησή τους και με ακούντες. Το παραπάνω, υποδηλώνει την υιοθέτηση της Διπολιτισμικής ταυτότητας, σύμφωνα με την οποία τα άτομα συνυπάρχουν αρμονικά και τις δύο κοινότητες. Το ανωτέρω εύρημα συμφωνεί και με την έρευνα των Wheeler et al. (2007), η οποία διερεύνησε το αντίκτυπο των κοχλιακών εμφυτευμάτων στην καθημερινή ζωή ατόμων με Κώφωση. Ειδικότερα, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δεν ταυτίζονταν πλήρως ούτε με την Κοινότητα των Κωφών αλλά ούτε με την κοινωνία των ακουόντων. Αναγνώριζαν το γεγονός πως είναι άτομα με Κώφωση με την έννοια πως δεν μπορούν να ακούσουν χωρίς το κοχλιακό εμφύτευμα, ωστόσο δεν προχώρησαν στην υιοθέτηση της ταυτότητας Κωφών ή της ταυτότητας Ακουόντων.

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

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

Στους παράγοντες επιρροής της ανάπτυξης της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση συγκαταλέγεται και ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα επιλέγουν να επικοινωνούν στην καθημερινότητά τους (Maxwell-McCaw & Zea, 2011 · Ohna, 2004). Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δηλαδή, διαπιστώνεται πως η ταυτότητα εξαρτάται από το εάν το άτομο χρησιμοποιεί τη νοηματική γλώσσα, τον προφορικό λόγο ή εάν προσφεύγει στη χρήση και των δύο αυτών συστημάτων επικοινωνίας (Brice & Strauss, 2016 · Charman & Dammeyer, 2016 · Carter, 2015 · Goldblat & Most, 2018 · Hatzikakou & Nikolarazi, 2007 · Hilton et al., 2013 · Hintermair, 2007 · Israilite et al., 2002 · Kobosko, 2010 · Kossewska, 2008 · Lampez et al., 2020 · Marschark et al., 2017 · Moog et al., 2011 · Most et al., 2007 · Najarian, 2008 · Nelson Schmitt & Leigh, 2015 · Punch et al., 2007 · Spencer et al., 2012). Ειδικότερα, στις έρευνές τους οι Lampez et al. (2020), Marschark et al. (2017), Charman & Dammeyer (2016) και Goldblat & Most (2018), έχοντας ως δείγμα 129, 119, 839 και 141 άτομα με Κώφωση αντίστοιχα, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η πλειοψηφία των συμμετεχόντων που προσφεύγει

στη χρήση του προφορικού λόγου ως μέσο επικοινωνίας, ωθείται στην ανάπτυξη της ταυτότητας Ακουόντων, κατά την οποία δημιουργούνται ισχυροί δεσμοί με την κοινότητα των ατόμων με φυσιολογική ακοή. Αντιθέτως, οι χρήστες της νοηματικής γλώσσας τείνουν να ενστερνίζονται την ταυτότητα Κωφών, σύμφωνα με την οποία η Κοινότητα των Κωφών αποτελεί σημείο αναφοράς τους. Τα ευρήματα που προαναφέρθηκαν συμφωνούν και με τις έρευνες των Carter (2015), 42 Kobosko (2010), Kossewska (2008), Nikolaraizi (2007) και Punch et al., (2007), στις οποίες διαπιστώθηκε πως οι συμμετέχοντες που χρησιμοποιούν τη νοηματική γλώσσα ως τρόπο επικοινωνίας σημειώνουν υψηλότερες βαθμολογίες στην ταυτότητα Κωφών, αναγνωρίζοντας μ' αυτόν τον τρόπο την Κώφωση ως διαφορετικότητα και όχι ως αναπηρία. Από την άλλη πλευρά, οι συμμετέχοντες που προσφεύγουν στη χρήση του προφορικού λόγου υιοθετούν την ταυτότητα Ακουόντων και αποδέχονται την κουλτούρα, τις αξίες και τις αρχές της κοινωνίας των ατόμων με φυσιολογική ακοή. Εν συνεχεία, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι έρευνες των Najarian (2008), Most et al. (2007) και Hatzikakou & Nikolaraizi (2007) σύμφωνα με τις οποίες οι νέοι που χρησιμοποιούν τον δίγλωσσο τρόπο επικοινωνίας και καταφεύγουν στη χρήση τόσο της νοηματικής γλώσσας όσο και του προφορικού λόγου αναπτύσσουν τη Διπολιτισμική ταυτότητα, σύμφωνα με την οποία σέβονται, εκτιμούν και ενσωματώνονται και στις δύο κοινότητες. Εκτός από τον τρόπο επικοινωνίας, σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της ταυτότητας διαδραματίζουν και οι γλωσσικές ικανότητες των ατόμων. Ειδικότερα, οι έρευνες των Marschark et al. (2017), Chapman & Dammeyer (2016), Nelson Schmitt & Leigh (2015), Hilton et al. 2013, Moog et al. (2011), Spencer et al. (2012) και Hintermair (2007) ανέδειξαν πως τα άτομα με αυξημένες δεξιότητες στη νοηματική γλώσσα συνδέονται με την κουλτούρα των Κωφών, αναπτύσσοντας την αντίστοιχη ταυτότητα. Αντιθέτως, οι συμμετέχοντες με καλύτερες ικανότητες στον χειρισμό του προφορικού λόγου ταυτίζονται με τα άτομα με φυσιολογική ακοή, υιοθετώντας την ταυτότητα Ακουόντων. Τα προαναφερθέντα αποτελέσματα επιβεβαιώνονται και από την έρευνα των Goldblat & Most (2018), στην οποία συμμετείχαν 141 άτομα με Κώφωση. Ωστόσο, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα σύμφωνα με το οποίο τα άτομα που δεν ήταν ικανά ούτε στη νοηματική γλώσσα αλλά ούτε είχαν αναπτύξει τον προφορικό λόγο, υιοθέτησαν την Περιθωριοποιημένη ταυτότητα, η οποία χαρακτηρίζεται από μια ασαφή κατάσταση. Σε ανάλογο επίπεδο η έρευνά του Hintermair (2007), στην οποία συμμετείχαν 629 άτομα με Κώφωση, τόνισε πως τα άτομα που χειρίζονται ικανοποιητικά και τα δύο συστήματα

επικοινωνίας αναπτύσσουν τη Διπολιτισμική ταυτότητα, σύμφωνα με την οποία κοινωνικοποιούνται με συνανθρώπους τους, ανεξαρτήτως από το εάν παρουσιάζουν απώλεια ακοής. Η ανάδειξη της Διπολιτισμικής ταυτότητας σε άτομα που χρησιμοποιούν επαρκώς και τα δύο συστήματα επικοινωνίας πραγματοποιήθηκε και στην έρευνα των Moog et al. (2011).

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

Στα ατομικά χαρακτηριστικά που ασκούν επίδραση στην ανάπτυξη της ταυτότητας των ατόμων με Κώφωση συγκαταλέγονται, μεταξύ άλλων, η ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας αλλά και ο βαθμός απώλειας της ακοής (Carter, 2015 · Carter & Mireles, 2016 · Chapman & Dammeyer, 2016 · Fischer & McWhirter, 2001 · Goldblat and Most, 2018 · Hintermair, 2007 · Israelite et al., 2002 · Kent & Smith, 2006 · Leigh, 2009 · Leigh, 1998 · Marschkal et al., 2017 · Nelson Schmitt & Leigh, 2015 · Smiler, 2006). Στις έρευνές τους, οι Goldblat and Most (2018), Marschkal et al. (2017), Chapman & Dammeyer, (2016), Nelson Schmitt & Leigh (2015), Carter (2015), Kent & Smith (2006) και Israelite et al. (2002), αναζητώντας την επίδραση της σοβαρότητας ακοής στην ταυτότητα των ατόμων με Κώφωση, διαπίστωσαν πως τα άτομα με Βαρηκοΐα, και επομένως χαμηλότερο βαθμό απώλειας ακοής, τείνουν να υιοθετούν την ταυτότητα Ακουόντων, σύμφωνα με την οποία ως κυρίαρχη κοινότητα ορίζεται η κοινωνία των ατόμων με φυσιολογική ακοή. Αντιθέτως, τα άτομα με σοβαρότερη απώλεια ακοής ενστερνίζονται την ταυτότητα Κωφών και υιοθετούν τον πολιτισμό, τις αξίες και την αντίστοιχη κουλτούρα. Οι ερευνητές αποδίδουν την παραπάνω κατάσταση στο γεγονός πως ο βαθμός απώλειας της ακοής επηρεάζει την ανάπτυξη του προφορικού λόγου, καθώς τα άτομα με καλύτερη ακρόαση ενδεχομένως να αναπτύξουν περισσότερο την ομιλούμενη γλώσσα. Από τις έρευνες που προαναφέρθηκαν ξεχωρίζει η μελέτη των Chapman & Dammeyer (2016), οι οποίοι ισχυρίστηκαν πως τα άτομα με χαμηλό βαθμό απώλειας ακοής που δεν υιοθετούν την ταυτότητα Ακουόντων κινδυνεύουν να ταυτιστούν με την Περιθωριοποιημένη ταυτότητα, η οποία χαρακτηρίζεται από μια ασαφή και απομονωμένη κατάσταση. Τα παραπάνω ευρήματα επιβεβαιώνονται και από τις έρευνες των Hintermair, (2007), Colangelo-Fischer & McWhirter (2001) και Leigh (1998), οι οποίες διαπίστωσαν πως τα άτομα με Κώφωση, που παρουσιάζουν υψηλό βαθμό απώλειας ακοής υιοθετούν την ταυτότητα Κωφών, βιώνοντας θετικά συναισθήματα για την Κώφωση που αντιμετωπίζουν. Αντιθέτως, τα άτομα με

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

## **Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>: Ευτυχία**

### **3.1 Η έννοια της ευτυχίας**

Πολλοί φιλόσοφοι και ψυχολόγοι, κατά καιρούς, έχουν ασχοληθεί με το νόημα της ευτυχίας. Η ευτυχία είναι υποκειμενική και προσωπική υπόθεση του κάθε ανθρώπου. Εξαρτάται από τον τρόπο ζωής, τον οποίον έχει επιλέξει κάθε άνθρωπος, ανάλογα με τον εσωτερικό του κόσμο και τον ηθικό του χαρακτήρα και από το πόσο έχει καταφέρει

να αξιοποιήσει σωστά τις πνευματικές, ηθικές και σωματικές του δυνάμεις (Veenhoven, 2009, όπ. αναφ. στο Abdel-Khalek & Lester, 2017). Η ψυχική ικανοποίηση του ανθρώπου, η οποία προέρχεται από την αξιολόγηση της επιτυχίας των στόχων, που έθεσε στη ζωή του, συντελεί στην ευτυχία του και του δημιουργεί μακροπρόθεσμα, μια αίσθηση εσωτερικής πληρότητας, η οποία απορρέει από την εκπλήρωση των επιθυμιών του (Oishi & Gilbert, 2000). Κατά τον Lu (1997) η ευτυχία είναι συνυφασμένη με τα θετικά συναισθήματα, την ικανοποίηση του ατόμου και την απουσία αρνητικών συναισθημάτων, όπως η κατάθλιψη ή το άγχος. Ο Diener (2011) δήλωσαν ότι για την ευτυχία ή την υποκειμενική ευημερία, ισχυρό καθοριστικό παράγοντα αποτελεί το αποτέλεσμα της ισορροπίας ανάμεσα στις θετικές και τις αρνητικές συναισθηματικές εμπειρίες, σ' ένα ευρύ χρονικό διάστημα. Ο ηδονισμός, η θεωρία της επιθυμίας και η θεωρία της αντικειμενικής λίστας είναι τρεις βασικές θεωρητικές τοποθετήσεις που έχουν αποδοθεί στον όρο ευτυχία (Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011). Σύμφωνα με τον Αρίστιππο τον Κυρηναίο (περ. 435-355 π.Χ.), μοναδικό αγαθό είναι η απόλαυση, ανεξάρτητα από το αίτιο που την προκαλεί. Ο ηδονισμός αναφέρεται στο στιγμιαίο βίωμα απόλαυσης και ικανοποίησης. Θεωρεί ότι στη ζωή του ανθρώπου υπερτερούν, κατά πολύ, οι στιγμές της απόλαυσης και της χαράς, των στιγμών του πόνου και της θλίψης. Κατά τον Αριστοτέλη, ύψιστη ευδαιμονία και ύψιστο αγαθό για τον άνθρωπο αποτελεί η αναζήτηση της αυτοπραγμάτωσης και της κατά το δυνατόν ανάπτυξης του δυναμικού που διαθέτει. Οι επιθυμίες ποικίλλουν από άνθρωπο σε άνθρωπο ως προς το αντικείμενό τους, με αποτέλεσμα να μην επιζητούν απαραίτητα όλοι οι άνθρωποι την απόλαυση και την αποφυγή του πόνου, αλλά να έχουν στη ζωή τους και άλλες προτεραιότητες. Οι θεωρίες της επιθυμίας υποστηρίζουν ότι η ευτυχία βρίσκεται στην ικανοποίηση των επιθυμιών (Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011). Η θεωρία της αντικειμενικής λίστας συσχετίζει την ευτυχία με τα πολύτιμα επιτεύγματα του ατόμου, όπως με την καλή υγεία, την οικογενειακή θαλπωρή, την επαγγελματική επιτυχία, τις υλικές ανέσεις, την ομορφιά, τη μόρφωση και την ήσυχη συνείδηση (Nussbaum, 1992). Η θεωρία της αυθεντικής επιτυχίας, η οποία διατυπώθηκε από τον Seligman στηρίζεται στο συνδυασμό και των τριών θεωριών, που προαναφέρθηκαν. Κατ' αυτόν, υπάρχουν τρία διαφορετικά είδη ευτυχίας. Η ευτυχία που απορρέει από τις καθημερινές απολαύσεις και μας χαρίζει μια ευχάριστη ζωή, η οποία συνάδει με τις αρχές του ηδονισμού. Η δεύτερη μορφή ευτυχίας πηγάζει από την εκπλήρωση των επιθυμιών του ανθρώπου, ανάλογα με τις επιδιώξεις του και μας προσφέρει μια καλή ζωή. Τέλος, η ζωή με νόημα αναφέρεται



στην ευτυχία με την έννοια της αντικειμενικής λίστας και σχετίζεται με την αξιοποίηση των ιδιαίτερων ικανοτήτων κάθε ατόμου, για την επίτευξη ανώτερων στόχων που αποτελεί σκοπό ζωής. Γεμάτη ζωή βιώνει όποιος καταφέρνει να ικανοποιήσει και τα τρία κριτήρια της ευτυχίας (Seligman, 2002).

### **3.2 Παράγοντες που συμβάλλουν στην προσέγγιση της ευτυχίας**

Η αίσθηση της ευτυχίας είναι υποκειμενική και ανεξάρτητη από το φύλο, την ηλικία (Myers, 2007) ή την οικονομική ευμάρεια των ανθρώπων (Diener & Biswas-Diener, 2002). Υπάρχουν πολλοί συσχετισμοί και προγνωστικοί παράγοντες της ευτυχίας. Οι παράγοντες, οι οποίοι συμβάλλουν στην προσέγγιση της ευτυχίας είναι πολλοί και ποικίλλουν από άνθρωπο σε άνθρωπο, ανάλογα με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, τη θρησκευτική πίστη, το γάμο και την κοινωνική υποστήριξη (Myers, 2000). Παρόλα αυτά, όλο και περισσότερες έρευνες δείχνουν ότι η κατάκτηση όσο και οι προγνωστικοί παράγοντες της ευτυχίας διαφέρουν διαπολιτισμικά (Oishi & Gilbert, 2016). Κυριότεροι παράγοντες της ευτυχίας είναι:

#### **Σωματική υγεία**

Η σωστή λειτουργία των σωματικών, ψυχικών και πνευματικών ικανοτήτων του ανθρώπου οφείλεται, κατά πολύ, στην υγεία και τη σωματική ευεξία του ατόμου. Το υγιές και αρτιμελές σώμα παρέχει τη δυνατότητα σε ένα άτομο να ασχοληθεί με τον αθλητισμό, να λάβει μέρος σε ψυχαγωγικές εκδηλώσεις και άλλες πολιτιστικές δραστηριότητες, οι οποίες το γεμίζουν ψυχική ικανοποίηση (Zhang & Chen, 2018). Μεταξύ των παραγόντων που σχετίζονται με την ευτυχία η σωματική δραστηριότητα έχει λάβει αυξανόμενη προσοχή από τους ψυχολόγους (Richards et al. 2015· Lathia, Sandstrom, Mascolo, & Rentfrow, 2017). Υπάρχουν έρευνες που τεκμηριώνουν τα οφέλη της σωματικής δραστηριότητας (Saxena, Van Ommeren, Tang, & Armstrong, 2005). Η σωματική δραστηριότητα μειώνει αποτελεσματικά την κατάθλιψη και το άγχος (Zhang & Chen, 2018). Ο τύπος, η διάρκεια, η συχνότητα και η έντασή της σχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα ευτυχίας (Richards et al., 2015). Η ψυχολογική ευεξία λειτουργεί θετικά στη σωματική υγεία. Τα ευτυχισμένα άτομα αναφέρουν καλύτερη υγεία και λιγότερα δυσάρεστα σωματικά συμπτώματα (Røysamb, Tambs, ReichbornKjennerud, Neale & Harris, 2003· Mroczek & Spiro, 2005). Η ευτυχία δε θεραπεύει σοβαρές ασθένειες, αλλά προστατεύει από την αρρώστια και συντελεί στη

μακροζωία (Veenhoven, 2007). Έχει παρατηρηθεί ότι τα χαρούμενα άτομα δε διαμαρτύρονται με την παραμικρή ενόχληση, έχουν περισσότερη αντοχή στον πόνο, δεν καταφεύγουν συχνά, στα επείγοντα των νοσοκομείων, δεν παρουσιάζουν ψυχοσωματικά συμπτώματα, είναι φειδωλοί στην κατανάλωση φαρμάκων και δεν κάνουν συχνά, χρήση αναρρωτικών αδειών (Gil et al., 2004). Ο ρόλος της ευτυχίας είναι σημαντικός για την προώθηση της υγείας, ιδίως για την προληπτική δημόσια υγεία. Το προσδόκιμο ζωής διπλασιάστηκε τον περασμένο αιώνα και εξακολουθεί να αυξάνεται, γεγονός που οφείλεται, εν μέρει, στις πολιτικές για τη δημόσια υγεία (Veenhoven, 2007).

### **Ψυχική υγεία-Προσωπικότητα**

Η αυτοπεποίθηση, η αισιοδοξία και η αγωνιστικότητα επιδρούν στην ψυχική υγεία του ατόμου και το βοηθούν να προσεγγίσει την ευτυχία και να επιτύχει καλύτερες συνθήκες ζωής. Τα ευτυχισμένα άτομα έχουν λιγότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν συμπτώματα κατάθλιψης, σχιζοφρένειας ή υποχονδρίασης (Lu & Shih, 1997· Chang & Farrehi, 2001· Diener & Seligman, 2002· Lyubomirsky, Sheldon, & Schkade, 2005), αγχώδη διαταραχή και φοβίες. Ακόμη, αντιμετωπίζουν ευκολότερα μια σωματική ασθένεια (Collins, Hanson, Mulhern, & Padberg, 1992.). Σύμφωνα με έρευνες, η μειωμένη ευτυχία δεν είναι μόνο ακολουθία κακής υγείας, αλλά συνεισφέρει στην ανάπτυξη του κινδύνου για την εκδήλωση κάποιας ασθένειας (Røysamb et al., 2003· Mroczek & Spiro, 2005). Ο ήρεμος και ισορροπημένος ψυχικός κόσμος αποτελεί παράγοντα ευτυχίας και προϋποθέτει την ύπαρξη αρετών, όπως είναι η ολιγάρκεια, η μεσότητα, η σύνεση, η γαλήνη του πνεύματος, η ηρεμία και η πίστη σε υψηλά ιδανικά (Χατζηθωμάς & Αλέφαντος, 1993). Η προσωπικότητα του ατόμου παίζει σημαντικό ρόλο στην προσέγγιση της ευτυχίας και κατ' επέκταση, στην καλλιέργεια των θετικών συναισθημάτων που συντελούν στην ψυχική υγεία του ατόμου. Κατά τον Fordyce (1983), τα ευτυχισμένα άτομα εμφανίζουν θεμελιώδη χαρακτηριστικά, τα οποία είναι: η ενεργητικότητα και η ενασχόληση με δραστηριότητες, η κοινωνικοποίηση, η παραγωγικότητα στην εργασία, η οργανωτικότητα και ο προγραμματισμός, τα χαμηλά επίπεδα ανησυχίας, οι μειωμένες προσδοκίες και φιλοδοξίες, η θετική σκέψη, ο προσανατολισμός στο παρόν, η επικέντρωση στην υγιή προσωπικότητα και η ανάπτυξη

της εξωστρέφειας, η οποία χαρακτηρίζεται από αυθεντικότητα, μείωση αρνητικών συναισθημάτων και προβλημάτων, διαμόρφωση στενών προσωπικών σχέσεων και επίτευξη ευτυχίας. Η ευτυχία, ως θετική συνιστώσα της ψυχικής ευεξίας, γενικά, εκλαμβάνεται ως μία υποκειμενική κατάσταση του νου, η οποία χαρακτηρίζεται από απόλαυση και ικανοποίηση και επιδιώκει τη συνολική υποκειμενική ευημερία του ατόμου (Diener 2000· Veenhoven 2010). Τα θετικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, δηλαδή η αισιοδοξία, η αυτοεκτίμηση και η αντιμετώπιση του στρες, επιδρούν σε μεγάλο βαθμό στην ευτυχία του ατόμου. Καθοριστικό παράγοντα για τις διαφορές των ανθρώπων ως προς την υποκειμενική ευημερία αποτελεί η προσωπικότητα του ατόμου (Lyubomirsky, Sheldon et al., 2005). Οι άνθρωποι εκτιμούν την ευτυχία ως έναν από τους πιο θεμελιώδεις στόχους της ζωής τους (Zhang & Chen, 2018). Οι ευτυχισμένοι άνθρωποι μπορούν να ελέγξουν και να επηρεάσουν σημαντικά τη ζωή τους, εκτός αν ζουν σε συνθήκες, κάτω από τις οποίες στερούνται τον έλεγχο (απολυταρχικά καθεστώτα, οικονομική κρίση, συνθήκες κράτησης) (Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011). Τα θετικά συναισθήματα δεν προκαλούν μόνο ευχαρίστηση, αλλά επιδρούν στη γενικότερη λειτουργία του ανθρώπου (Fredrickson, 1998). Η βίωσή τους χαρίζει στα άτομα ψυχική υγεία κάνοντάς τα ευτυχισμένα. Έτσι, είναι πιο σπάνιο να γίνουν χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών (Bogner, Corrigan, Mysiw, Clinchot, & Fugate., 2001). Άτομα που έχουν βιώσει θετικά συναισθήματα σε χαμηλό βαθμό, παρουσιάζουν μειωμένα ποσοστά ευτυχίας (Layard & Dunn, 2009).

### **Οι ορθές διαπροσωπικές σχέσεις**

Ο άνθρωπος αισθάνεται την ανάγκη να επικοινωνήσει, να ανταλλάξει απόψεις, να μοιραστεί τον πόνο του, τη χαρά του και τους προβληματισμούς του με τους συνανθρώπους του. Η ανάγκη αυτή τον οδηγεί στη σύναψη σταθερών, εγγύτερων και υποστηρικτικών σχέσεων, οι οποίες αποτελούν πηγή ευτυχίας. Όσον αφορά την ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων, σημαντικό ρόλο παίζει η αυτοαποδοχή του ατόμου, η οποία συντελεί στην αυτοβελτίωσή του και συμβάλλει στην ψυχική του υγεία (Taniguchi, 2014). Επιπλέον, πηγή κοινωνικοποίησης, νοσηματοδότησης και ελπίδας αποτελούν και οι θρησκευτικές κοινότητες. Σύμφωνα με αποτελέσματα ερευνών, τα άτομα που συμμετέχουν σε θρησκευτικές εκδηλώσεις είναι περισσότερο ευτυχισμένα. Έχει παρατηρηθεί ότι ο γυναικείος πληθυσμός είναι περισσότερο θρησκευόμενος από τον ανδρικό πληθυσμό (Abdel-Khalek, 2006). Η θρησκεία σε

συνδυασμό με την αυτοαποτελεσματικότητα ενισχύουν το συναίσθημα της ευτυχίας και βοηθούν στην ψυχική υγεία και ευεξία του ατόμου (Abdel-Khalek & Lester, 2017).

### **Κοινωνική αποδοχή**

Η ευτυχία είναι υποκειμενική και προσωπική υπόθεση του ανθρώπου. Η ποιότητά της εξαρτάται από τον ίδιο τον άνθρωπο, το ήθος και το χαρακτήρα του, καθώς και την αρμονική συνύπαρξή του με τους συναθρώπους του. Τα ευτυχισμένα άτομα χαρακτηρίζονται από αυξημένη κοινωνικότητα και έχουν ευρύτερο κοινωνικό και φιλικό περιβάλλον, το οποίο αποτελεί γι' αυτά πηγή στήριξης πρακτικής, συναισθηματικής και κοινωνικής, όταν χρειαστεί (Baldassare, Rosenfield, & Rook, 1984· Mishra, 1992· Requena, 1995). Όσον αφορά τις κοινωνικές τους σχέσεις και δραστηριότητες, τα ευτυχισμένα άτομα δείχνουν να είναι ικανοποιημένα (Gladow & Ray, 1986· Cooper, Okamura, & Gurka, 1992). Ακόμη, αντλούν ικανοποίηση από τις συντροφικές τους σχέσεις και από τον έγγαμο οικογενειακό τους βίο. Οι έγγαμοι ενήλικες δηλώνουν πιο ευτυχισμένοι απ' ότι οι άγαμοι, καθώς η συντροφικότητα και η οικογένεια δίνουν νόημα στη ζωή (Headey, Veenhoven, & Wearing, 1991· Stack & Eshleman, 1998· Marks & Fleming, 1999· Diener, Gohm, Suh, & Oishi, 2000· Myers, 2000). Η κοινωνική αποδοχή σε συνάρτηση με τη μόρφωση, την πνευματική καλλιέργεια του ατόμου, καθώς και με την καλλιέργεια αρετών, όπως η σύνεση, η επιμέλεια, η εντιμότητα και η συνεργασία, αποτελούν για το άτομο φορείς κοινωνικής ευτυχίας που κατ' επέκταση, συντελούν στην ευτυχία του κοινωνικού συνόλου (Χατζηθωμάς & Αλέφαντος, 1993).

### **Εργασία**

Τα άτομα που βιώνουν υψηλότερα επίπεδα ευτυχίας έχουν περισσότερες πιθανότητες να αποφοιτήσουν από το πανεπιστήμιο (Frisch et al., 2004, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011), να προσληφθούν σε μια εργασία, να διατηρήσουν την εργασία τους και να αξιολογηθούν θετικά από τους ανωτέρους τους (Staw, Sutton, & Pelled, 1994· Cropanzano & Wright, 1999· Wright & Staw, 1999). Επιπλέον, τους παρέχεται η ευκαιρία να καταλάβουν καιρίες θέσεις (Staw, Sutton, & Pelled, 1994, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011), να έχουν καλύτερη απόδοση στην εργασία τους (Staw & Barsade, 1993· Wright & Cropanzano, 2000), να ανέλθουν σε διευθυντικές θέσεις (Graen, 1976, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011) και να αντλήσουν ικανοποίηση από την εργασία τους (Tait, Padgett, & Baldwin, 1989· Weiss, Nicholas

& Daus, 1999· Connolly & Viswesvaran, 2000). Επίσης, τα ευτυχισμένα άτομα έχουν λιγότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν χαμηλή απόδοση στην εργασία τους με κίνδυνο να τη χάσουν ή να οδηγηθούν σε κατάχρηση αδειών και παραίτηση. Εμφανίζουν κυρίως θεμιτές εργασιακές συμπεριφορές, όπως είναι η παροχή βοήθειας στους συναδέλφους (George & Brief, 1992), η αποφυγή συγκρούσεων (Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011), το ενδιαφέρον για την ανάδειξη του οργανισμού που εργάζονται και η διατύπωση δημιουργικών προτάσεων.

### **Εισόδημα**

Η εξασφάλιση των οικονομικών πόρων απομακρύνει από τον άνθρωπο το άγχος της καθημερινής διαβίωσης και συντελεί στην προσωπική του ευτυχία, καθώς απομακρύνει την ανασφάλεια και βελτιώνει την ποιότητα της ζωής του. Όταν το χρήμα αντιμετωπίζεται ως μέσο επίλυσης αναγκών και δεν αποτελεί αυτοσκοπό, αλλά χρησιμοποιείται με μέτρο και ο άνθρωπος θεωρεί την αυτάρκεια ως φυσικό πλούτο, τότε και μόνο τότε οδηγείται στην ευτυχία. Αποτελέσματα ερευνών έδειξαν ότι οι πλούσιοι άνθρωποι είναι πιο ευτυχισμένοι σε σύγκριση με τους φτωχούς, μέχρι ενός συγκεκριμένου σημείου (Kaliterna Lipovcan & Prizmic-Larsen, 2006· Headey, Muffels, & Wooden, 2008). Ωστόσο έχει παρατηρηθεί σε χώρες του δυτικού κόσμου ότι η ευτυχία φαίνεται να είναι ανεξάρτητη από την οικονομική ευμάρεια, καθώς ενώ το κατά κεφαλήν εισόδημα αυξάνεται, το επίπεδο της ευτυχίας παραμένει σταθερό ή μικραίνει (παράδοξο της ευτυχίας) (Diener & Oishi, 2000· Diener & Biswas-Diener, 2002, Blanchflower & Oswald, 2008). Ακόμη, η μείωση της ευτυχίας που παρατηρείται, μετά από ένα χρονικό διάστημα, σε , τα οποία μπορεί να πλούτισαν από απρόσμενα κέρδη, οφείλεται στην προσαρμοστικότητα του ανθρώπου στα θετικά γεγονότα (Lyubomirsky, 2001). Αντίθετα, με την οικονομική ευμάρεια, η ανεργία (Blanchflower & Oswald, 2004) επιφέρει χαμηλότερα επίπεδα ευτυχίας, καθώς οι άνθρωποι αισθάνονται ανασφάλεια σχετικά με την εξασφάλιση των βιοτικών τους πόρων, ενώ παράλληλα, μειώνεται ο αυτοσεβασμός και η αυτοεκτίμησή τους (Frey & Stutzer, 2002· Stutzer & Frey, 2010).

### **Υγιές περιβάλλον διαβίωσης**

Το υγιές περιβάλλον διαβίωσης θεωρείται απαραίτητη προϋπόθεση για την ευτυχία του ατόμου. Για ένα υγιές περιβάλλον πρέπει να πληρούνται ορισμένες συνθήκες, όπως έλεγχος του αποχετευτικού συστήματος, της απομάκρυνσης αποβλήτων, της παροχής

καθαρού αέρα και της ανακύκλωσης συσκευασιών και ηλεκτρικών συσκευών, ούτως ώστε να προστατεύεται η δημόσια υγεία. Επιπλέον, συζητείται η συσχέτιση της ευτυχίας με τον τόπο κατοικίας, την ποιότητα στέγασης, καθώς και τις επιπτώσεις των συνθηκών εργασίας στην υγεία του ατόμου (Veenhoven, 2007). Καταλήγοντας, οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι η απόλυτη ευτυχία δεν είναι κάτι που κατακτά εύκολα ο άνθρωπος. Ο αγώνας όμως του ατόμου, για την κατάκτηση της αρετής και την τελείωση, το οδηγούν στην ευτυχία. Η αληθινή όμως, ευτυχία βρίσκεται μέσα στον ίδιο τον άνθρωπο και η ευτυχία του ατόμου βρίσκεται στην ευτυχία του κοινωνικού συνόλου (Χατζηθωμάς & Αλέφαντος, 1993).

### **3.3 Ευτυχία και Αναπηρία**

Κατά τον Veenhoven (2009, όπ. αναφ. στο Proença, Pais-Ribeiro, & MartinsOliveira, 2012) η ευτυχία δε θεραπεύει σοβαρές ασθένειες, αλλά βοηθάει στην πρόληψη των ασθενειών, καθώς αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για την ποιότητα της ζωής και συμβάλλει στη μακροζωία. Οι χαρούμενοι άνθρωποι ανέφεραν καλύτερη υγεία και λιγότερο δυσάρεστα σωματικά συμπτώματα (Kehn, 1995· Røysamb et al., 2003· Mroczek & Spyro, 2005). Η ευτυχία μαζί με την αισιοδοξία, συνδέονται με την καλή ψυχολογική και φυσιολογική προσαρμογή στους παράγοντες του άγχους και είναι πιθανό να δουν τις θετικές εκβάσεις μιας κατάστασης σαν το πιο λογικό πράγμα που πρόκειται να συμβεί και μπορούν να επενδύσουν μία μεγαλύτερη άσκηση προσπάθειας, για να επιτευχθούν οι στόχοι τους. Οι αισιόδοξοι άνθρωποι αντικρίζουν τη ζωή με ευχάριστη διάθεση και αναμένουν καλά αποτελέσματα, ακόμη κι όταν τα πράγματα είναι δύσκολα (Carver & Scheier, 1998). Τα ψυχολογικά προβλήματα, τα οποία αντιμετωπίζουν τα άτομα με σωματικές αναπηρίες, τα κάνουν να αισθάνονται απελπισία και αβεβαιότητα για το μέλλον τους. Νιώθουν ότι το μέλλον θα είναι θλιβερό. Νιώθουν επίσης, φόβο ότι δεν έχουν σωστή εκπαίδευση, δουλειά και θέση στην κοινωνία, δεν μπορούν να εργαστούν κανονικά, αποτυγχάνουν στη ζωή τους, απορρίπτονται και δεν μπορούν να δώσουν το καλύτερο στα αγαπημένα τους πρόσωπα ( Senra, Hernandez-Moreno, Moreno , & Macedo, 2022). Αυτή η συνθήκη δείχνει μη αισιόδοξη (Νικολάου, 2005). Για αυτόν το λόγο, οι πιο χαρούμενοι άνθρωποι κατά τους Diener και Seligman (2002, όπ. αναφ. στο Proença et al., 2012) εμφάνισαν λιγότερα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, όπως κατάθλιψη, σχιζοφρένεια ή υποχονδρίαση. Αποτελέσματα έρευνας των Middleton και Byrd (1996), η οποία διερεύνησε την επίδραση της ευτυχίας στην αποκατάσταση της υγείας καρδιαγγειακών

ασθενών, οι οποίοι είχαν νοσηλευτεί λόγω καρδιακής ανεπάρκειας, έδειξαν πως η ευτυχία συνέβαλε στη θετική πορεία της νοσηλείας. Σύμφωνα με άλλη μελέτη, στο Ηνωμένο Βασίλειο, το επίπεδο ευτυχίας που βιώνει ο ασθενής με καρδιαγγειακό νόσημα, μπορεί να έχει θετικό αντίκτυπο στην υγεία του. Συγκεκριμένα, η θετική ψυχική κατάσταση μπορεί να επηρεάσει τα επίπεδα σημαντικών παραμέτρων για την πρόγνωση της νόσου, όπως της κορτιζόλης, του ινωδογόνου, της αρτηριακής πίεσης και του καρδιακού ρυθμού, ενισχύοντας την ιδέα ότι η ευτυχία και η υγεία έχουν πολύ ισχυρό δεσμό (Steptoe, Wardle, & Marmot, 2005). Επομένως, η θετική επίδραση της ευτυχίας στα άτομα με καρδιακή ανεπάρκεια πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη στα προγράμματα παρέμβασης (Proença et al., 2012). Ομοίως, σε άλλη μελέτη, διερευνήθηκαν πολλαπλοί δείκτες αναφορικά με τη μεταβλητότητα του καρδιακού ρυθμού (heart rate variability, HRV) μεταξύ δύο αντίθετων συναισθηματικών καταστάσεων της ευτυχίας και της θλίψης, για να αποκαλυφθούν οι διαφορές στη δραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος, σε διαφορετικές συναισθηματικές καταστάσεις. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι περισσότεροι από τους δείκτες της HRV παρουσίαζαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των καταστάσεων συγκίνησης, ευτυχίας και θλίψης (Shi et al., 2017). Τέλος, η πρόληψη και η διαχείριση των χρόνιων ασθενειών επικεντρωνόταν συνήθως, στη μείωση των παραγόντων κινδύνου και στην ελαχιστοποίηση των επιβλαβών συμπεριφορών υγείας, αν και μέχρι σήμερα, οι πρακτικές αυτές δεν κατάφεραν να επιφέρουν αλλαγές στη συμπεριφορά των ασθενών. Υιοθετώντας την ευημερία ως παρεμβατικό στόχο, με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της υγείας, ενδέχεται να οδηγηθούμε στην υιοθέτηση συμπεριφορών, οι οποίες μειώνουν την εμφάνιση χρόνιων ασθενειών, όπως της καρδιακής ανεπάρκειας και προάγουν την υγεία. Αντικείμενο έρευνας έχουν αποτελέσει οι σχέσεις που μπορεί να υπάρχουν μεταξύ των παραγόντων κινδύνου των καρδιαγγειακών νοσημάτων και της ευτυχίας, αλλά και των προτύπων συμπεριφοράς, τα οποία προάγουν την υγεία, χωρίς ωστόσο, με τα μέχρι τώρα δεδομένα, να έχει αναδειχθεί κάποια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ τους. Αυτό θα μπορούσε να οφείλεται στο γεγονός ότι η ευτυχία ίσως είναι δύσκολο να εξεταστεί, καθώς πολλοί άνθρωποι αναφέρουν ότι είναι τουλάχιστον μέτρια έως πολύ χαρούμενοι, ανεξάρτητα από το πώς μπορεί να αισθάνονται πραγματικά (Shepherd, 2011). Σε ασθενείς με μείζονα θαλασσαιμία μελετήθηκε η σχέση μεταξύ διαφόρων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και της ευτυχίας. Από την έρευνα αυτή αποδείχτηκε πως συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, δηλαδή η εξωστρέφεια, η ευελιξία, η τερπνότητα και η ευσυνειδησία,

είχαν στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με την ευτυχία. Επιπλέον, σε αυτούς τους ασθενείς φαίνεται πως η ψυχολογική υποστήριξη μέσω οργανωμένων ομάδων είχε θετική επίδραση όσον αφορά την αίσθηση του άγχους, η οποία ελαττώθηκε και την αίσθηση της ευτυχίας, η οποία ενισχύθηκε, σύμφωνα με μια μελέτη, της οποίας το δείγμα των συμμετεχόντων ωστόσο ήταν περιορισμένο, ώστε να διεξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα (Roodbari, Zare, Saeedi, Divsalar, & Eslamian, 2015). Η ευτυχία είναι μία από τις πιο επιθυμητές ανθρώπινες συναισθηματικές καταστάσεις (Lyubomirsky, Sheldon et al., 2005, όπ. αναφ. στο Zahavi, 2015), η οποία επέρχεται μετά από ευχάριστες εμπειρίες μιας ουσιαστικής ζωής (Keyes & Annas, 2009, όπ. αναφ. στο Zahavi, 2015). Μία χρόνια παροξυσμική πάθηση, η οποία επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής και έχει σχέση με την υγεία του ασθενούς και την ευημερία, είναι το βρογχικό άσθμα (Schatz et al., 2005· Chen et al., 2007· Siroux et al., 2008· Leander, Cronqvist, Janson, Uddenfeldt, Rask-Andersen, 2009· Thompson et al, 2013· De Albornoz & Chen, 2021). Η νόσος του Crohn αποτελεί μια άλλη πάθηση με μεγάλο αντίκτυπο στην ποιότητα της ζωής των ασθενών. Σε έρευνα, στην οποία συμμετείχαν 160 ασθενείς με νόσο του Crohn, διαπιστώθηκε ότι η ευτυχία συσχετίζεται με τη θετική επίδραση, την οποία αποφέρουν συμπεριφορικές παρεμβάσεις σχετικές με την αποδοχή της νόσου (Zahavi, 2015). Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 είναι μία από τις πιο διαδεδομένες χρόνιες ασθένειες, οι οποίες μειώνουν την ευτυχία. Μελέτες αναφορικά με τη συσχέτιση του σακχαρώδους διαβήτη με την ευτυχία έχουν διεξαχθεί με ενδιαφέροντα αποτελέσματα. Ένας από τους τομείς που μελετήθηκαν είναι οι συζυγικές σχέσεις και το πώς αυτές διαμορφώνονται, λόγω της επίδρασης που υφίστανται από την επιβολή περιορισμών στις καθημερινές δραστηριότητες των συζύγων, στα πλαίσια κάποιου χρόνιου νοσήματος, όπως του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2. Φαίνεται λοιπόν, πως τόσο η θετική όσο και η αρνητική διάθεση των συντρόφων επηρεάζει την οικογενειακή ευτυχία και τις κοινωνικές τους διασυνδέσεις (Roper & Yorgason, 2009). Σε άλλη μελέτη, με σκοπό τη διερεύνηση των επιπτώσεων που προκαλεί στην ευτυχία των ασθενών η δυσφορία, η οποία οφείλεται στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, οι ασθενείς διακρίθηκαν σε ομάδες ανάλογα με τον τύπο της φαρμακευτικής αγωγής, την οποία λάμβαναν. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς λάμβαναν αντιδιαβητικά δισκία από το στόμα, ινσουλινοθεραπεία ή συνδυασμό και των δύο. Η ευτυχία των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη, που λάμβαναν συνδυαστική θεραπεία, ήταν υψηλότερη απ' ότι στους ασθενείς, που λάμβαναν μία από τις άλλες θεραπευτικές επιλογές. Επίσης, η ευτυχία των ασθενών αυτών φάνηκε να σχετίζεται με



τις διαφορετικές θεραπείες, την ηλικία, τις επιπλοκές, το γλυκαιμικό έλεγχο, τον τρόπο ζωής και τη σχολική τους εκπαίδευση (Liu et al., 2020). Συνεχίζοντας, σύμφωνα με την έρευνα των Paghi, Pouraboli, Abazari και Kazemi (2017), η ομαδική θεραπεία που στοχεύει στην ανάπτυξη του συναισθήματος της ελπίδας βελτιώσε την ευτυχία των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, ενώ σε άλλη μελέτη, φάνηκε η θετική συσχέτιση που υπάρχει μεταξύ του τρόπου ζωής και της ευτυχίας σ' αυτόν τον πληθυσμό (Jamadar & Swamy, 2020). Τέλος, οι τρεις πτυχές της καλής συναισθηματικής υγείας (ευεξία, θετική επίδραση, ανθεκτικότητα) φαίνεται πως διευκολύνουν την αυτοδιαχείριση των ασθενών αυτών και βελτιώνουν την υγεία (Robertson, Stanley, Cully, & Naik, 2012). Σύμφωνα με την έρευνα των Barak και Achiron (2011), η οποία διεξήχθη σε άτομα με πολλαπλή σκλήρυνση και σε υγιή άτομα, τα θετικά συναισθήματα διατηρούνται ακόμα και σε Άτομα με Αναπηρίες, καθώς δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των 2 ομάδων, σχετικά με την ευτυχία, την προσωπική ανάπτυξη και την ικανοποίηση από τη ζωή. Αντιθέτως, αποτελέσματα έρευνας των Nyman, Gosney και Victor (2009), έδειξαν ότι εργαζόμενοι ενήλικες με προβλήματα όρασης παρουσίαζαν χαμηλότερα επίπεδα ψυχοκοινωνικής ευημερίας απ' ότι οι βλέποντες συνομήλικοί τους αναφορικά με τη ψυχική υγεία, την κοινωνική λειτουργία και την ποιότητα ζωής. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι σε άτομα με απώλεια ακοής η σοβαρότητα της αναπηρίας καθώς και η προσαρμογή σ' αυτήν φαίνεται να χρησιμεύουν ως άμεσοι προγνωστικοί δείκτες της ψυχολογικής ευημερίας (Meyer & Kashubeck-West, 2013). Τέλος, οι Ville, Ravaud και Tetrafigar Group (2001) σε δείγμα 1.668 ατόμων με σοβαρή επίκτητη κινητική αναπηρία διερεύνησαν την ευτυχία σε συνάρτηση με διάφορους κοινωνικούς, ψυχοκοινωνικούς και κλινικούς παράγοντες και εντόπισαν ότι η ηλικία του δείγματος, η ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας και η επαγγελματική κατάσταση δε συνδέονται άμεσα με την ευτυχία. Αντίθετα, η ύπαρξη πόνου, η σοβαρότητα της αναπηρίας και ο περιορισμός της ανεξαρτησίας του ατόμου επηρέασαν σημαντικά την ευτυχία.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>: Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΚΩΦΩΣΗ**

### **4.1 Οριοθέτηση της έννοιας «Ποιότητα Ζωής»**

Ο όρος «ποιότητα ζωής» αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια (Davis et al., 2006), η οποία έχει απασχολήσει την ανθρωπότητα από τους αρχαίους χρόνους. Στις αρχές της αρχαιοελληνικής φιλοσοφίας, ο Πλάτωνας αναζήτησε τους παράγοντες που οδηγούν σε μια ευτυχισμένη ζωή. Προσδιόρισε την ευημερία, την ευδαιμονία και την ευτυχία λαμβάνοντας υπόψη δείκτες, όπως η οικογένεια, η εργασία, η κατοικία και οι ψυχαγωγικές δραστηριότητες (Dunn et al., 2005). Σύμφωνα με τις απόψεις του για την καλή ζωή, τόνισε πως η κοινωνία θεωρείται ελκυστική, όταν τα άτομα ζουν με αρμονία μεταξύ τους, και ο άνθρωπος είναι πιο ευτυχισμένος, εφόσον καλύπτει όλες τις ανάγκες και τα πάθη του (Michalos et al., 2014). Αντίστοιχα, ο Αριστοτέλης, στο σύγγραμμά του «Ηθικά Νικομάχεια», ανέπτυξε τη φιλοσοφική ανάλυση της λέξης «ευδαιμονία», την οποία όρισε ως το τέλει και αύταρκες αγαθό, το οποίο αποτελεί τον τελικό σκοπό των πράξεων του ανθρώπου. Ο φιλόσοφος υποστήριξε πως τα άτομα πρέπει να αξιοποιούν όλες τις δυνατότητές τους, για να φτάσουν στην ευδαιμονία, η οποία συνίσταται στο «ευ ζην» και στο «ευ πράττειν». Επομένως, η λέξη ευδαιμονία αποτελεί τον προάγγελο αυτού που σήμερα, ονομάζεται ποιότητα ζωής (Κάκτος, 1993). Τα τελευταία χρόνια, η επιστημονική κοινότητα παρουσιάζει έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον σχετικά με την έννοια της ποιότητας ζωής, αλλά και τους τρόπους εκτίμησής της. Ο όρος αυτός αναπτύχθηκε κυρίως στις Κοινωνικές επιστήμες, ωστόσο εφαρμόστηκε και σε άλλα επιστημονικά πεδία ως καθημερινό ποθητό επίτευγμα (Οικονόμου και συν., 2001). Σήμερα, διαπιστώνεται πως η ποιότητα ζωής αποτελεί μια ευρεία έννοια, η οποία αξιολογείται στο πλαίσιο οικονομικών, κοινωνικών, ψυχολογικών και ιατρικών επιστημών (Matza et al., 2004 · Yfantopoulos, 2001). Το γεγονός αυτό συνέβαλε στην ανάπτυξη πολλών και διαφορετικών ορισμών, οι οποίοι δεν υπόκεινται σε ευρεία συναίνεση (Fayers & Machin 2007 · Hallberg et al., 2008 · Moons et al., 2006 · Skevington et al., 2004). Η ποιότητα ζωής καθορίζεται ως ένα πολύπλευρο φαινόμενο με πλούσιο περιεχόμενο και πολυθεματική προσέγγιση (Ventegodt et al., 2003). Γενικότερα, αναφέρεται στον βαθμό ευημερίας ενός ατόμου (McAbee et al., 2017), αλλά και στο νόημα που αποδίδουν οι άνθρωποι σε σημαντικές πτυχές της ζωής τους (Moons et al., 2006 · Oyewumi et al., 2013). Ο συγκεκριμένος όρος αποτελεί μια μοναδική, προσωπική αντίληψη της φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευημερίας σε διαφορετικές καταστάσεις και ψυχικές δραστηριότητες (Berzon, et al., 1995 · Brouwer et al., 2005 · Gill & Feinstein, 1994). Επομένως, πρόκειται για μια κοινωνική και εξατομικευμένη κατασκευή (Oyewumi et al., 2013), την οποία το κάθε άτομο αντιλαμβάνεται με τον δικό του μοναδικό τρόπο (Jaiyeola &

Adeyemo, 2018). Μέσα δηλαδή, από την πολυδιάστατη σημασία της έννοιας ποιότητα ζωής, το άτομο μπορεί να εκφράσει την προσωπική του άποψη αναφορικά με τον εαυτό του και τα βιώματα που ζει (Renaud & Bedard, 2013). Ασφαλώς, πρόκειται για μια υποκειμενική και ευμετάβλητη έννοια, στοιχείο που αποδεικνύεται από το γεγονός πως διαφορετικοί άνθρωποι προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής τους με διαφορετικό τρόπο, ανάλογα με τη χρονική περίοδο που διανύουν (Οικονόμου και συν., 2001). Όπως προαναφέρθηκε, η καθιέρωση ενός και μόνο ορισμού της ποιότητας ζωής, ο οποίος θα έχει καθολική αναγνώριση, αποτελεί ένα δύσκολο και δυσχερές εγχείρημα (Aulisa et al., 2010). Για τον λόγο αυτόν, οι ερευνητές έχουν προσφύγει στη χρήση διάφορων όρων, για να προσδιορίσουν την έννοια ποιότητα ζωής. Ειδικότερα, ο όρος αυτός συχνά, σχετίζεται με προσωπικούς, ψυχολογικούς και συναισθηματικούς παράγοντες, στους οποίους συμπεριλαμβάνεται η ευτυχία, η ικανοποίηση από τη ζωή, η κατάσταση υγείας ενός ατόμου, αλλά και οι αντιδράσεις του σε διάφορα περιστατικά της ζωής του (Diener et al., 1999 · Fayers & Machin, 2007 · Matza et al., 2004 · Wang, et al., 2014). Κατά καιρούς, έχει τονισθεί πως η ποιότητα ζωής αποτελείται από διάφορες υποκατηγορίες, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται η σωματική υγεία, η ψυχολογική ευεξία (Davis et al., 2006), οι κοινωνικές σχέσεις και αλληλεπιδράσεις των ατόμων, αλλά και οι συνδέσεις τους με τα διάφορα χαρακτηριστικά του κοινωνικού περιβάλλοντος (Berzon, et al., 1995 · Harper et al., 1998 · Matza et al., 2004). Η ποιότητα ζωής μπορεί να ορισθεί επίσης, με βάση οικονομικούς, πολιτιστικούς, οικογενειακούς, εργασιακούς, θρησκευτικούς και εκπαιδευτικούς παράγοντες, οι οποίοι ασκούν κυρίαρχη επιρροή (Harper et al., 1998 · Misajon, et al., 2008 · Zhao, 2004). Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, διάφοροι ερευνητές έχουν επιχειρήσει να ορίσουν τους παράγοντες και δείκτες που ενσωματώνει ο όρος ποιότητα ζωής. Ειδικότερα, ο Schalock (2004) διέκρινε πως η ποιότητα ζωής αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια, η οποία μπορεί να χωριστεί σε οχτώ κατευθύνσεις. Σ' αυτές συμπεριλαμβάνεται: α) η συναισθηματική πληρότητα, η οποία αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να αναγνωρίζει τα προσωπικά του συναισθήματα και να αξιολογεί τις δυνατότητες και αδυναμίες του ως προς την επίτευξη των στόχων του, β) οι διαπροσωπικές σχέσεις, που αφορούν την ανάπτυξη και διατήρηση των σχέσεων που δημιουργεί το άτομο σε διαφορετικά πλαίσια, γ) η υλική ευημερία, η οποία εστιάζει στην επάρκεια των αναγκαίων μέσων και υποδομών που εξασφαλίζουν την επιβίωση του ατόμου, δ) η προσωπική εξέλιξη, δηλαδή η απόκτηση δεξιοτήτων και προσωπικών επιτυχιών μέσα από διαφορετικά περιβάλλοντα, ε) η σωματική ευεξία, η οποία αφορά

τη σωματική λειτουργία, την κινητικότητα και τη δραστηριότητα του ατόμου στο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, ζ) ο αυτοπροσδιορισμός, ο οποίος συνδέεται με την ικανότητα του ατόμου να κάνει προσωπικές επιλογές, να ελέγχει τις πράξεις του και να δρα για την επίτευξη των στόχων του, η) η κοινωνική ενσωμάτωση, η οποία σχετίζεται με την ισοτιμία ως προς τις επιλογές, τις ευκαιρίες, τη συμμετοχή στα κοινωνικά δρώμενα και την πρόσβαση σε υπηρεσίες και θ) τα δικαιώματα, τα οποία αναφέρονται στον σεβασμό, αλλά και στην τήρηση των νομικών και ανθρώπινων δικαιωμάτων. Ο Alborz (2017) επισημαίνει επίσης, πως η σύγχρονη ερευνητική διαδικασία προσεγγίζει την ποιότητα ζωής μέσα από τέσσερις διαστάσεις. Οι διαστάσεις αυτές αφορούν τη θεμελιώδη ευημερία, την ψυχοκοινωνική ευεξία, το κοινωνικό γίνεσθαι, αλλά και την αυτονομία. Ειδικότερα, ο ερευνητής διασαφηνίζει πως κάθε διάσταση εξετάζεται τόσο από την ατομική οπτική, η οποία περιγράφει τις προσωπικές ανάγκες του ατόμου, όσο και από το κοινωνικό πλαίσιο, που σχετίζεται με τους πόρους για την πραγματοποίηση των ατομικών αναγκών. Τέλος, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2020), περιλαμβάνοντας μια διαπολιτισμική προοπτική, περιγράφει την ευρεία αντίληψη της ποιότητας ζωής, η οποία αναπτύσσεται σε έξι άξονες. Συγκεκριμένα, τονίζει τη σημασία της σωματικής υγείας, της ψυχολογικής κατάστασης και ψυχικής υγείας, του επιπέδου ανεξαρτησίας, των κοινωνικών σχέσεων, των προσωπικών αντιλήψεων, αξιών και πεποιθήσεων, αλλά και των πτυχών του περιβάλλοντος για την κατανόηση της ποιότητας ζωής ενός ατόμου (WHOQOL, 2020). Γενικότερα, οι διάφορες ερευνητικές υποθέσεις, ορίζουν την ποιότητα ζωής ως χρήσιμο δείκτη για την κατανόηση της ψυχικής και σωματικής ευεξίας του ανθρώπου (μικρό- επίπεδο) εντός ενός πολιτισμικού και κοινωνικού πλαισίου (μακρό-επίπεδο) (Ou et al., 2016). Αναφορικά με το μικροσυστημικό επίπεδο, η ποιότητα ζωής ενισχύεται μέσω λήψης αποφάσεων, επιλογής, καθορισμού στόχων, αυτοπροστασίας, αυτοδιαχείρισης, χρήσης τεχνολογίας, συμμετοχής και κοινωνικών δικτύων. Αντιθέτως, το μακροσυστημικό επίπεδο ενισχύεται μέσω της διασφάλισης των ανθρώπινων και νομικών δικαιωμάτων, της ανάπτυξης και της θετικής στάσης της κοινότητας, αλλά και της μεγιστοποίησης του περιβαλλοντικού εμπλουτισμού, ο οποίος σχετίζεται με την υγεία, την ασφάλεια και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση (Schalock et al., 2016). Από τους προηγούμενους ορισμούς, διαπιστώνεται τόσο η υποκειμενική όσο και η αντικειμενική πτυχή της ποιότητας ζωής, οι οποίες απαιτούν τη δέουσα προσοχή και κατανόηση των μεταξύ τους σχέσεων (Daisy, 2007 · Marans, 2012 · Tesfazghi et al., 2009 · Verdugo et al., 2005). Ειδικότερα, η υποκειμενική προσέγγιση της ποιότητας ζωής στοχεύει

στην εκτίμηση του επιπέδου ικανοποίησης συναρτήσει των στοιχείων του φυσικού, οικονομικού και κοινωνικού περιβάλλοντος (Daisy, 2007 · Tesfazghi et al., 2009). Εξετάζει δηλαδή, την οπτική γωνία και τις εμπειρίες του ατόμου, δίνοντας μεγαλύτερη έμφαση στην προσωπική του ανάπτυξη, στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, αλλά και στην ψυχαγωγία του (Flanagan, 1982). Αντιθέτως, η αντικειμενική προσέγγιση επιδιώκει την εξέταση εξωτερικών παραγόντων, στους οποίους συμπεριλαμβάνεται η υγεία, το βιοτικό επίπεδο, η εκπαίδευση και η ασφάλεια του ατόμου. Η συγκεκριμένη προσέγγιση δηλαδή, βασίζεται σε μετρήσιμες παραγόντων του φυσικού, οικονομικού και κοινωνικού περιβάλλοντος (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 τη σωματική και ψυχολογική υγεία του ατόμου, από τις προσωπικές αντιλήψεις και διαπροσωπικές του σχέσεις, από τις συνδέσεις του με τα γνωρίσματα του περιβάλλοντος, αλλά και από τη δυνατότητα του ίδιου του ατόμου να εκπληρώσει τις προσδοκίες του και να ευχαριστηθεί τη ζωή του (Aulisa et al., 2010). Εντοπίζονται δηλαδή, ατομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, οι οποίοι απαιτείται να ερμηνευτούν βάσει των μεταξύ τους αλληλεπιδράσεων (Schalock et al., 2016). Επομένως, για να προκύψει μια αποτελεσματική εξήγηση του όρου, καθίσταται αναγκαία η οπτική της ποιότητας ζωής ως μιας έννοιας που συνίσταται από έναν αριθμό προσωπικών, κοινωνικών, περιβαλλοντικών, ψυχολογικών και φυσικών αξιών (Theofilou, 2013).

#### **4.2. Η ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση σύμφωνα με την βιβλιογραφία**

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

καταλήξει σε ενθαρρυντικά αποτελέσματα σε σχέση με την ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση. Ειδικότερα, οι Haukedal et al. (2019) και Fellingner et al. (2007) έχοντας ως δείγμα 84 και 373 άτομα με απώλεια ακοής αντίστοιχα, διαπίστωσαν πως οι συμμετέχοντες στις έρευνες σημείωσαν καλές βαθμολογίες στους τομείς της ποιότητας ζωής τους, οι οποίες μάλιστα μπορούν να συγκριθούν και με συνανθρώπους τους με φυσιολογική ακοή. Παρομοίως, στην έρευνά τους οι Werngren-Elgstrom (2003), στην οποία συμμετείχαν 97 άτομα με Κώφωση, ανέδειξαν τη θετική εικόνα της ποιότητας ζωής, αλλά και της κοινωνικής ευημερίας των συμμετεχόντων. Η ικανοποιητική ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση επιβεβαιώνεται και από τις μελέτες των Kumar et al. (2015), Duarte et al. (2014), Meserole et al. (2014), Pérez-Mora et al. (2012) και Warner-Czyz et al. (2009), στις οποίες τα άτομα με απώλεια ακοής παρουσίασαν υψηλές βαθμολογίες σε διάφορους τομείς της ποιότητας ζωής τους. Σε αντίθεση με τις παραπάνω έρευνες, εντοπίζονται μελέτες οι οποίες διαπιστώνουν πως η ακουστική αναπηρία επιφέρει αρνητικές συνέπειες στη ζωή των ατόμων. Συγκεκριμένα, οι Ciesla et al. (2015) ανέδειξαν πως τα άτομα με απώλεια ακοής συγκεντρώνουν αρνητικές βαθμολογίες στους τομείς της σωματικής και ψυχολογικής υγείας. Οι ερευνητές απέδωσαν τα παραπάνω αποτελέσματα στο γεγονός πως η απώλεια ακοής ωθεί τα άτομα να εστιάζουν με ιδιαίτερη προσοχή σε θέματα υγείας, οδηγώντας τα συχνά, αντιμέτωπα με αρνητικά συναισθήματα. Αντίστοιχα είναι τα αποτελέσματα και από τις έρευνες των Haukedal et al. (2018), McAbee et al. (2017), Roland et al. (2016) και Skrbic et al. (2013), οι οποίες τόνισαν πως η Κώφωση επηρεάζει διάφορες πτυχές της ποιότητας ζωής των ατόμων, γεγονός που επιφέρει αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική, ψυχική και συναισθηματική τους κατάσταση. Τα παραπάνω ευρήματα επιβεβαιώνονται και από τις 52 μελέτες των Fellingner et al. (2005) και Eldik (2005), οι οποίοι ανέδειξαν τις χαμηλές βαθμολογίες 236 και 370 ατόμων με απώλεια ακοής στον ψυχολογικό τομέα. Τα μειωμένα επίπεδα ψυχοκοινωνικής ευημερίας και κοινωνικής αλληλεπίδρασης των ατόμων με ακουστική αναπηρία διακρίνονται και στις μελέτες των Niemensivu et al. (2018), Huber et al. (2015), Fellingner et al. (2008), Huber (2005) και Wake et al. (2004), στις οποίες οι συμμετέχοντες με Κώφωση παρουσιάζουν αρνητική εικόνα σε διάφορους τομείς της ποιότητας ζωής τους.

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

Η πληθώρα μελετών, οι οποίες διερευνούν την ποιότητα ζωής των ατόμων με ακουστική αναπηρία, δεν έχει καταλήξει σε σαφή συμπεράσματα αναφορικά με τους

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

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

Ένας από τους παράγοντες που ασκούν επίδραση στην ποιότητα ζωής των ατόμων με απώλεια ακοής αποτελεί η χρήση τεχνολογικού βοηθήματος ενίσχυσης του ήχου (Bat-Chava, 2005, 2001 · Duarte et al., 2014 · Haukedal et al., 2019 · Hawthorne et al., 2004 · Hofmann et al., 2020 · Kushalnagar et al., 2011 · Meyer et al., 2013 · Mo et al., 2005 · Warner-Czyz, 2009). Στη μελέτη τους, οι Hofmann et al. (2020) και Duarte et al. (2014), διερευνώντας την ποιότητα ζωής νέων ατόμων με Κώφωση, διαπίστωσαν πως οι χρήστες κοχλιακού εμφυτεύματος αξιολογούν ευνοϊκότερα την ποιότητα ζωής τους, σε σύγκριση με τα άτομα που δεν χρησιμοποιούν τεχνολογικά βοηθήματα. Μάλιστα, οι ερευνητές τόνισαν πως η ποιότητα ζωής των ατόμων με ακουστική ενίσχυση, εάν και δε βρίσκεται στο ίδιο επίπεδο, δε διαφοροποιείται ιδιαίτερα από αυτή των ατόμων με φυσιολογική ακοή. Ανάλογα είναι τα αποτελέσματα και από τις έρευνες των Haukedal et al. (2019) και Warner-Czyz AD (2009), στις οποίες συμμετείχαν 84 και 50 άτομα με κοχλιακό εμφύτευμα. Ειδικότερα, οι συμμετέχοντες στις έρευνες σημείωσαν καλές βαθμολογίες στους τομείς της ποιότητας ζωής τους, οι οποίες μπορούν να συγκριθούν και με τους συνομήλικούς τους με φυσιολογική ακοή. Παρομοίως, στη

μελέτη τους οι Klor et al. (2007) ανέδειξαν πως η ποιότητα ζωής των ατόμων αυξήθηκε μετά την κοχλιακή εμφύτευση, με τους συμμετέχοντες να παρουσιάζουν σημαντικές βελτιώσεις στην αντίληψη και κατανόηση της ομιλίας, αλλά και στις κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις. Προς ενίσχυση των παραπάνω ευρημάτων παρατίθενται και οι έρευνες των Hawthorne et al. (2004), Bat-Chava (2005, 2001) και Fellingner et al. (2005), οι οποίες υπογραμμίζουν την ικανοποιητική ποιότητα ζωής των ατόμων με κοχλιακό εμφύτευμα. Ειδικότερα, οι ερευνητές επισημαίνουν πως τα συγκεκριμένα τεχνολογικά βοηθήματα οδηγούν σε καλύτερες κοινωνιακές δεξιότητες, γεγονός που επιφέρει θετικά αποτελέσματα στις κοινωνικές σχέσεις και αλληλεπιδράσεις των ατόμων. Σε αντίθετη κατεύθυνση κινούνται οι έρευνες των Meyer et al. (2013) και Kushalnagar, et al. (2011), οι οποίες αναζήτησαν την ποιότητα ζωής 157 και 230 ατόμων με απώλεια ακοής. Ειδικότερα, οι ερευνητές προώθησαν την άποψη πως δεν εντοπίζονται σημαντικές διαφορές στη ζωή των ατόμων με βάση την ύπαρξη ή όχι κοχλιακού εμφυτεύματος. Ωστόσο, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα των Meyer et al. (2013), σύμφωνα με το οποίο η ποιότητα ζωής εξαρτάται από το είδος της ακουστικής ενίσχυσης που χρησιμοποιείται, καθώς τα άτομα με κοχλιακό εμφύτευμα σημείωσαν υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής, σε σύγκριση με τους κωφούς που χρησιμοποιούν ακουστικά βαρηκοΐας.

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

Αρκετές έρευνες έχουν επικεντρώσει την προσοχή τους στην επίδραση που ασκούν οι εκπαιδευτικές εμπειρίες στην ποιότητα ζωής των ατόμων με ακουστική αναπηρία (BatChava, 1994 · Eldik, 2005 · Hintermain, 2010 · Huber et al., 2015 · Jaiyeola & Adeyemo, 2018 · Kushalnagar et al., 2011 · Meyer et al., 2013 · Oyewumi et al., 2013 · Qi et al., 2020 · Santos et al., 2019 · Schertz et al., 2016 · Schick et al., 2012 · Theunissen et al., 2014). Οι Jaiyeola & Adeyemo (2018), έχοντας ως δείγμα 102 άτομα με Κώφωση, τόνισαν τη σημασία της σχολικής τοποθέτησης στην ποιότητα ζωής των ατόμων, καθώς οι συμμετέχοντες που είχαν φοιτήσει σε ειδικά σχολεία Κωφών, παρουσίασαν καλύτερη ποιότητα ζωής, σε αντίθεση με τα άτομα που είχαν φοιτήσει πλήρως ή μερικώς σε γενικά σχολεία. Μάλιστα, τα άτομα αυτά σημείωσαν υψηλότερες βαθμολογίες σε όλους τους τομείς της ποιότητας ζωής, εμφανίζοντας σημαντικές διαφορές τόσο στις κοινωνικές τους σχέσεις όσο και στις αλληλεπιδράσεις τους με το περιβάλλον. Παρομοίως, οι Oyewumi et al. (2013) και Bat-Chava (1994) διαπίστωσαν



πως τα άτομα που φοιτούν σε ειδικά σχολεία Κωφών σημειώνουν υψηλότερες βαθμολογίες στην ποιότητα ζωής τους, καθώς αλληλεπιδρούν μέσα σε ένα περιβάλλον, στο οποίο η Κώφωση δεν εκλαμβάνεται ως ανεπάρκεια ή έλλειμμα, αλλά κατανοείται ως διαφορετικότητα. Ταυτοχρόνως, οι ερευνητές τόνισαν πως τα άτομα στα ειδικά σχολεία δεν έρχονται αντιμέτωποι με αρνητικές στάσεις, κριτικές και διακρίσεις από συνομήλικούς τους με φυσιολογική ακοή. Προς αντίθετη κατεύθυνση βρίσκονται οι μελέτες των Theunissen et al. (2014) και Schertz et al. (2016), στις οποίες αναδείχθηκε πως τα άτομα με απώλεια ακοής, τα οποία ολοκληρώνουν τη σχολική τους φοίτηση σε ειδικά σχολεία, παρουσιάζουν χειρότερη ψυχολογική και ψυχική υγεία, γεγονός που επιφέρει αναπόφευκτα αρνητικές συνέπειες στην ποιότητα ζωής τους. Ανάλογα είναι τα αποτελέσματα και από τις έρευνες των Huber et al. (2015) και Eldik (2005), οι οποίοι αναζητώντας την ψυχική υγεία 140 και 370 ατόμων με ακουστική αναπηρία, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως οι κωφοί που είχαν φοιτήσει σε ειδικά σχολεία, αντιμετώπιζαν περισσότερα προβλήματα ψυχικής υγείας, σε σύγκριση με τα άτομα που είχαν ενταχθεί σε γενικά σχολεία. Σε ανάλογο πλαίσιο ο Hintermain (2010), διερευνώντας 212 άτομα με απώλεια ακοής, κατέληξε στο συμπέρασμα πως οι συμμετέχοντες, οι οποίοι είχαν παρακολουθήσει γενικά σχολεία, παρουσίασαν μια καλή ποιότητα ζωής, συγκεντρώνοντας υψηλές βαθμολογίες αναφορικά με το περιβάλλον και τις κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις. Εκτός από τον τύπο φοίτησης του σχολείου, εντοπίζονται έρευνες, οι οποίες αναδεικνύουν τη σημασία του συστήματος επικοινωνίας, το οποίο χρησιμοποιείται κατά τη διδασκαλία των ατόμων με απώλεια ακοής. Συγκεκριμένα, οι Santos et al. (2019) έφτασαν στο συμπέρασμα πως τα άτομα που είχαν ολοκληρώσει τις σπουδές τους σε εκπαιδευτικά ιδρύματα, όπου χρησιμοποιούνταν τόσο η νοηματική γλώσσα όσο και ο προφορικός λόγος, παρουσίασαν καλύτερη ποιότητα ζωής, σε σύγκριση με τα άτομα που διδάσκονταν αποκλειστικά με τη νοηματική ή αποκλειστικά με τον προφορικό λόγο. Μάλιστα, οι ερευνητές τόνισαν πως είναι εξαιρετικά κρίσιμο για την ποιότητα ζωής, αλλά και για την ψυχολογική ευημερία των ατόμων, η ανάπτυξη ικανοτήτων και στις δύο γλώσσες επικοινωνίας. Παρομοίως, στην έρευνά του ο Hintermain (2010) ανέδειξε τη σημασία των δίγλωσσων σχολείων στην ποιότητα της ζωής των ατόμων με Κώφωση. Ωστόσο, ορισμένες έρευνες δεν αναγνωρίζουν τη συσχέτιση μεταξύ ποιότητας ζωής και σχολικής φοίτησης. Ειδικότερα, οι Meyer et al. (2013) και Schick et al. (2012), έχοντας ως δείγμα 221 και 157 άτομα με Κώφωση, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως οι συμμετέχοντες βαθμολόγησαν θετικά όλους τους τομείς της ποιότητας ζωής τους,

ανεξαρτήτως από τη σχολική τοποθέτηση, αλλά και από τα συστήματα επικοινωνίας που χρησιμοποιούνται κατά τη διδασκαλία. Τα παραπάνω ευρήματα συμφωνούν και με την έρευνα των Kushalnagar et al. (2011), οι οποίοι ανέδειξαν πως ο τύπος φοίτησης του σχολείου, αλλά και η γλώσσα διδασκαλίας, αποτελούν μεταβλητές, οι οποίες δε συσχετίζονται με την ποιότητα ζωής των ατόμων με ακουστική αναπηρία.

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

Στους παράγοντες επιρροής της ποιότητας ζωής των ατόμων με απώλεια ακοής συμπεριλαμβάνεται και ο τρόπος επικοινωνίας που χρησιμοποιούν οι κωφοί στην καθημερινότητά τους (Black & Glickman, 2006 · Connolly et al., 2006 · Fellingner et al., 2007 · Fellingner, 2012 · Graaf & Bilj, 2002 · Haukedal et al., 2019 · Haukedal et al., 2018 · Hofmann et al., 2020 · Kushalnagar et al., 2014 · Kushalnagar et al., 2011 · Meyer et al., 2013 · Øhre et al., 2011 · Santos et al., 2019). Το 2019 οι Santos et al., πραγματοποιώντας μια έρευνα αναφορικά με την ποιότητα ζωής 60 ατόμων με Κώφωση, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως οι συμμετέχοντες που προσφεύγουν στη χρήση της νοηματικής γλώσσας παρουσιάζουν χαμηλή ποιότητα ζωής στον τομέα της ψυχολογικής υγείας. Οι ερευνητές απέδωσαν την παραπάνω κατάσταση στο γεγονός πως τα άτομα αυτά χρησιμοποιούν μια γλώσσα, η οποία διαφέρει από αυτή που χρησιμοποιείται από την κυρίαρχη κοινότητα, έχει ως αποτέλεσμα τη βίωση αρνητικών συναισθημάτων. Μάλιστα, η αρνητική εικόνα στον ψυχολογικό τομέα δεν εξαρτάται από τη γλωσσική επάρκεια, καθώς ακόμη και τα άτομα τα οποία χειρίζονταν ικανοποιητικά τη νοηματική γλώσσα, παρουσίασαν αρνητικές βαθμολογίες στην ψυχολογική τους υγεία. Αντίστοιχα είναι τα αποτελέσματα και από τις έρευνες των Connolly et al. (2006) και Graaf et al. (2002), στις οποίες διαπιστώθηκε πως τα άτομα με απώλεια ακοής, τα οποία δε γνωρίζουν τον προφορικό λόγο, παρουσιάζουν αρνητικές συνέπειες στην ψυχολογική υγεία και ψυχική ευεξία. Παρομοίως, οι Fellingner et al. (2007) και Fellingner et al. (2005) κατέληξαν στο συμπέρασμα πως οι χρήστες της νοηματικής γλώσσας, σημειώνουν τις χαμηλότερες βαθμολογίες στον ψυχολογικό τομέα, αλλά και στον τομέα του περιβάλλοντος. Ωστόσο, οι συμμετέχοντες στις έρευνες παρουσίασαν ικανοποιητικές βαθμολογίες στις κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις, γεγονός που αποδίδεται στο ότι τα άτομα που χρησιμοποιούν τη νοηματική γλώσσα δημιουργούν ισχυρούς δεσμούς εντός της Κοινότητας των Κωφών. Σε ανάλογο πλαίσιο βρίσκονται και οι έρευνες των Hofmann et al. (2020),

Haukedal et al. (2019) και Meyer et al. (2013), οι οποίες είχαν ως δείγμα 269, 84 και 157 άτομα με απώλεια ακοής. Ωστόσο, σε αντίθετη κατεύθυνση κινείται η έρευνα των Werngren-Elgström (2003), στην οποία συμμετείχαν 97 άτομα με προγλωσσική Κώφωση. Ειδικότερα, οι ερευνητές ανέδειξαν πως οι χρήστες της νοηματικής γλώσσας παρουσιάζουν μια ικανοποιητική υποκειμενική ευημερία και κατ' επέκταση ποιότητα ζωής, η οποία δε διαφέρει από αυτή των ατόμων με φυσιολογική ακοή. Εκτός από τον προτιμώμενο τρόπο επικοινωνίας, διάφοροι ερευνητές έχουν προβεί στη διερεύνηση της επίδρασης που ασκούν οι γλωσσικές ικανότητες των ατόμων στην ποιότητα ζωής τους. Ειδικότερα, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η έρευνα των Kushalnagar et al. (2014), η οποία διαπίστωσε πως οι συμμετέχοντες, οι οποίοι χρησιμοποιούν τόσο τη νοηματική γλώσσα όσο και τον προφορικό λόγο, παρουσιάζουν καλύτερη ποιότητα ζωής, σε σύγκριση με τα άτομα που κατέχουν αποκλειστικά μια γλώσσα. Σε ανάλογο πλαίσιο, ο Dammeyer (2009) διερευνώντας 334 άτομα με απώλεια ακοής, ανέδειξε πως η περιορισμένη χρήση τόσο της νοηματικής γλώσσας όσο και του προφορικού λόγου οδηγεί σε 56 δυσκολίες στην ψυχολογική υγεία, αλλά και στις κοινωνικές σχέσεις των ατόμων, παράγοντες που συνδέονται με την ποιότητα ζωής τους. Ωστόσο, εντοπίζονται μελέτες οι οποίες δεν αναδεικνύουν τη συσχέτιση μεταξύ του τρόπου επικοινωνίας και της ποιότητας ζωής των ατόμων με Κώφωση. Ειδικότερα, στις έρευνές τους οι Haukedal et al. (2018) και Kushalnagar, et al. (2011) κατέληξαν στο συμπέρασμα πως οι συμμετέχοντες παρουσιάζουν ικανοποιητική εικόνα της ποιότητας ζωής τους, η οποία δεν επηρεάζεται από τον τρόπο επικοινωνίας που επιλέγουν να χρησιμοποιούν τα άτομα στην προσωπική και κοινωνική τους ζωή.

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

Ερευνητές υποστηρίζουν πως τόσο η ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας όσο και ο βαθμός απώλειας ακοής μπορούν να ασκούν επιρροή στην ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση (Ademokoya, 2007 · Ciesla et al., 2015 · Fellingner et al., 2007 · Fellingner et al., 2005 · Graaf & Bijl, 2002 · Hallberg et al., 2008 · Jaiyeola & Adeyemo, 2018 · Oyewumi et al., 2013 · Ringdahl et al., 2000 · Saadati Borujeni et al, 2015 · Trimpida et al., 2018). Στις μελέτες τους, οι Jaiyeola & Adeyemo (2018) και Oyewumi, et al. (2013), έχοντας ως δείγμα 102 και 70 άτομα με Κώφωση αντίστοιχα, διαπίστωσαν πως η ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας, επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ατόμων με απώλεια ακοής, καθώς οι προγλωσσικά Κωφοί παρουσίασαν χαμηλότερα

αποτελέσματα στη ζωή τους σε σύγκριση με τα άτομα που έχασαν την ακοή τους μετά την ηλικία των πέντε ετών. Τα παραπάνω ευρήματα επιβεβαιώνονται και από την έρευνα της Ademokeya (2008), η οποία επισήμανε πως, όταν η Κώφωση επέρχεται πριν από την ηλικία των τριών ετών, αντανακλά σε δυσκολίες στην επικοινωνία, στοιχείο που έχει ως αποτέλεσμα την κοινωνική απομόνωση και τη δημιουργία δυσκολιών στην εκπαίδευση, την εργασία, αλλά και στις κοινωνικές συναναστροφές των ατόμων. Προς αντίθετη κατεύθυνση βρίσκονται οι έρευνες των Fellingner et al., (2007) και Graaf & Bijl, (2002), οι οποίες ανέφεραν πως τα άτομα με μεταγλωσσική Κώφωση παρουσιάζουν κατώτερη ψυχολογική υγεία, αλλά και ικανοποίηση από τις κοινωνικές τους σχέσεις, γεγονός που αποδίδεται στα προβλήματα επικοινωνίας που αντιμετωπίζουν, στην περιορισμένη αυτοεκτίμηση, αλλά και στην απουσία αποδοχής της απώλειας ακοής τους. Εκτός από την ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας, σημαντικό ρόλο στην ποιότητα της ζωής των ατόμων με Κώφωση παίζει και η σοβαρότητα της απώλειας ακοής. Ειδικότερα, οι Trimpida et al. (2018), Ciesla et al. (2015) και Borujeni et al. (2015) ισχυρίστηκαν πως οι συμμετέχοντες με υψηλότερο βαθμό απώλειας ακοής σημειώνουν χαμηλότερες βαθμολογίες σε διάφορους τομείς της ποιότητα ζωής τους, οι οποίοι σχετίζονται με τη σωματική και ψυχική υγεία, τις κοινωνικές σχέσεις και αλληλεπιδράσεις, αλλά και τη συναισθηματική κατάσταση. Τα παραπάνω ευρήματα επιβεβαιώνονται και από τις έρευνες των Genter et al. (2013), Gopinath et al. (2012), Hallberg et al. (2008), Fellingner et al. (2007), Fellingner et al. (2005), Graaf & Bilj (2002) και Ringdahl et al. (2000), οι οποίες ανέδειξαν τη διαφορά στην ποιότητα ζωής με βάση τη σοβαρότητα της αναπηρίας, καθώς τα άτομα με υψηλότερο βαθμό παρουσιάζουν χαμηλότερα αποτελέσματα στη ζωή τους. Ωστόσο, εντοπίζονται έρευνες, οι οποίες δεν αναδεικνύουν την επίδραση της φύσης της αναπηρίας στην ποιότητα ζωής των ατόμων με απώλεια ακοής. Ειδικότερα, οι Qi et al. (2020), έχοντας ως δείγμα 437 άτομα με Κώφωση, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως τόσο ο βαθμός απώλειας της ακοής όσο και η ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας δεν αποτελούν μεταβλητές, οι οποίες ασκούν επίδραση στην ποιότητα ζωής των ατόμων. Σε ανάλογο πλαίσιο, στην έρευνά τους οι Haukedal et al. (2018), στην οποία συμμετείχαν άτομα με και χωρίς απώλεια ακοής, δε διαπίστωσαν καμία σημαντική συσχέτιση μεταξύ ποιότητας ζωής και ηλικίας εμφάνισης της αναπηρίας. Τέλος, οι Kushalnagar et al. (2011), ανέδειξαν την υψηλή ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων, η οποία δεν εμφάνισε σημαντική σχέση με τον βαθμό απώλειας ακοής των ατόμων.

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

Αρκετές έρευνες έχουν διερευνήσει την επίδραση του φύλου, αλλά και της ηλικίας των ατόμων με Κώφωση στην ποιότητα ζωής τους (Borujeni et al., 2015 · Fellingner et al., 2005 · Haukedal et al., 2019 · Haukedal et al., 2018 · Jaiyeola & Adeyemo, 2018 · Laugen et al., 2016 · Oyewumi et al., 2013 · Qi et al., 2020 · Sach & Barton, 2007 · SarAbadaniTafreshi, 2006 · Warner-Czyz et al., 2011). Ειδικότερα, στις μελέτες τους οι Laugen et al. (2016) και Borujeni et al. (2015) διαπίστωσαν πως οι άνδρες παρουσιάζουν κατώτερη ποιότητα ζωής, σε σύγκριση με τις γυναίκες, στους τομείς της σωματικής και ψυχολογικής υγείας. Τα παραπάνω ευρήματα επιβεβαιώνονται και από τις έρευνες των Sach & Barton (2007) και SarAbadani-Tafreshi (2006), οι οποίες ανέδειξαν τη διαφορά στην ποιότητα ζωής μεταξύ ανδρών και γυναικών. Ωστόσο, σε αντίθετη κατεύθυνση βρίσκονται οι έρευνες των Chaveiro et al. (2014), Chen et al. (2015), Fellingner et al. (2005), και Ringdahl & Grimby (2000), οι οποίες ανέδειξαν τις μεγαλύτερες βαθμολογίες των ανδρών στον τομέα των κοινωνικών σχέσεων και αλληλεπιδράσεων, αλλά και στους τομείς της σωματικής και ψυχολογικής υγείας, στοιχεία που ασκούν επίδραση στη συνολική ποιότητα ζωής τους. Από την άλλη πλευρά, οι μελέτες των Qi et al. (2020), Haukedal et al. (2019), Jaiyeola & Adeyemo (2018) και Oyewumi et al. (2013), οι οποίοι διερεύνησαν την ποιότητα ζωής 437, 84, 102 και 70 ατόμων με Κώφωση αντίστοιχα, δεν κατάφεραν να αναδείξουν καμία σημαντική συσχέτιση μεταξύ του φύλου και της ποιότητας ζωής των ατόμων με απώλεια ακοής. Αναφορικά με την ηλικία των συμμετεχόντων, οι μελέτες καταλήγουν σε αντιφατικά αποτελέσματα. Ειδικότερα, οι Haukedal et al. (2018) δε διαπίστωσαν σημαντική σχέση μεταξύ χρονολογικής ηλικίας και ποιότητας ζωής. Αντιθέτως, οι Jaiyeola & Adeyemo (2018) έχοντας ως δείγμα 102 άτομα με Κώφωση, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η ηλικία ασκεί επίδραση στην ποιότητα ζωής τους, καθώς όσο μεγαλύτεροι ήταν οι συμμετέχοντες τόσο καλύτερη παρουσιάζονταν η εικόνα στη ζωή τους. Ωστόσο, αξίζει να αναφερθεί πως το δείγμα της έρευνας περιοριζόταν σε άτομα νεαρής ηλικίας. Τέλος, στην έρευνά τους οι Warner-Czyz et al. (2011), στην οποία συμμετείχαν 138 άτομα με κοχλιακά εμφυτεύματα, διαπίστωσαν πως τα άτομα νεότερης ηλικίας βαθμολόγησαν την ποιότητα ζωής τους, τις κοινωνικές σχέσεις, αλλά και την αυτοεικόνα τους θετικότερα, σε σύγκριση με άτομα μεγαλύτερης ηλικίας.

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

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διαπιστώνεται πως η κοινωνικοοικονομική κατάσταση των ατόμων με απώλεια ακοής αποτελεί παράγοντα επιρροής της ποιότητας ζωής τους (Haukedal et al., 2019 · Haukedal et al., 2018 · Hofmann et al., 2020 · Huber & Kirman, 2011 · Huber et al., 2015 · Jaiyeola & Adeyemo, 2018 · Kirman & Sari, 2013 · Leigh et al., 2015 · Necula et al., 2013 · Sach & Barton, 2007 · Sahli et al., 2009). Οι Hofmann et al. (2020), Jaiyeola & Adeyemo (2018) και Kirman & Sari, (2013) διερευνώντας 266, 102 και 106 άτομα με απώλεια ακοής αντίστοιχα, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως οι συμμετέχοντες με υψηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση παρουσιάζουν καλύτερη εικόνα στη σωματική υγεία, στις κοινωνικές σχέσεις, αλλά και σε διάφορους τομείς της ποιότητας ζωής τους. Τα αποτελέσματα που προαναφέρθηκαν επιβεβαιώνονται και από τις έρευνες των Duarte et al. (2021), Huber et al. (2015), Sahli et al. (2009) και Sach & Barton (2007), οι οποίες αναδεικνύουν πως τα άτομα με καλύτερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο σημειώνουν υψηλότερες βαθμολογίες στην ποιότητα ζωής τους. Ειδικότερα, οι ερευνητές τόνισαν πως τα υψηλότερα επίπεδα κοινωνικοοικονομικής κατάστασης οδηγούν σε καλύτερη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, σε υψηλότερα επίπεδα προτύπων, αλλά και σε καλύτερες δυνατότητες ανάπτυξης γλωσσικών και γνωστικών ικανοτήτων. Σε αντίθεση με τα παραπάνω ευρήματα, οι Haukedal et al. (2019), Haukedal et al. (2018) και Necula et al. (2013), έχοντας ως δείγμα 84, 102 και 84 άτομα με απώλεια ακοής αντίστοιχα, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως δεν εντοπίζεται σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας ζωής και της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης των ατόμων. Τα παραπάνω ευρήματα συμφωνούν και με τις μελέτες των Leigh et al. (2015) και Huber & Kirman (2011), οι οποίες υπογράμμισαν πως το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο των ατόμων με απώλεια ακοής δεν επηρεάζει την ποιότητα της ζωής τους, αλλά ούτε και έννοιες συναφείς μ' αυτή.

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

Παράγοντες επιρροής της ποιότητας ζωής των ατόμων με Κώφωση αποτελούν τόσο το οικογενειακό όσο και το κοινωνικό τους περιβάλλον (Black & Glickman, 2006 · Duarte et al., 2014 · Fellingner et al., 2007, 2005 · Hintermair, 2010 · Kushalnagar et

al., 2014 · Kushalnagar et al., 2011 · Mitchell & Quittner, 1996 · Santos et al., 2019 · Tsimpida et al., 2018). Όσον αφορά το οικογενειακό περιβάλλον, οι Duarte et al. (2014) και Mitchell & Quittner (1996) ανέδειξαν την επίδραση της κατάστασης ακοής των γονέων στην ποιότητα ζωής των παιδιών τους. Ειδικότερα οι ερευνητές, αναλύοντας τα αποτελέσματά τους, διαπίστωσαν ότι τα άτομα με ακούοντες γονείς αντιμετωπίζουν περισσότερες προκλήσεις, σχετικά με την κοινωνική και συναισθηματική τους προσαρμογή, σε αντίθεση με τα άτομα, των οποίων οι γονείς παρουσιάζουν απώλεια ακοής. Εν συνεχεία, οι Santos et al. (2019) και Black & Glickman, (2006) αναζητώντας τη σημασία της επικοινωνίας των ατόμων με το οικογενειακό τους περιβάλλον, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η έλλειψη γνώσης της νοηματικής γλώσσας εκ μέρους της οικογένειας έχει ως αποτέλεσμα την ανεπαρκή επικοινωνία, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε ψυχολογικά προβλήματα, άγχος και χαμηλή αυτοεκτίμηση, στοιχεία που έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των ατόμων. Τη σημασία της επαρκούς επικοινωνίας μεταξύ ατόμων και οικογένειας ανέδειξαν και οι έρευνες των Hintermair (2010) και Kushalnagar et al. (2011), οι οποίοι διαπίστωσαν πως όταν τα άτομα αλληλεπιδρούν και επικοινωνούν με τις οικογένειές τους μέσω μιας κοινής γλώσσας παρουσιάζουν θετική εικόνα στη ζωής τους. Εξετάζοντας την επίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος στην ποιότητα ζωής των ατόμων με ακουστική αναπηρία, οι Fellingner et al. (2007) επισήμαναν τη σημασία συμμετοχής των ατόμων στην Κοινότητα των Κωφών, καθώς διαπίστωσαν ότι αυτή οδηγεί σε ικανοποιητική ποιότητα ζωής, η οποία βρίσκεται σε παρόμοια επίπεδα με αυτή των ατόμων με φυσιολογική ακοή. Ανάλογα είναι τα αποτελέσματα και από την έρευνα των Fellingner et al. (2005), η οποία υπογράμμισε πως τα άτομα που ενσωματώνονται στην Κοινότητα των Κωφών ωφελούνται στον κοινωνικό τομέα, καθώς δημιουργούν σχέσεις εμπιστοσύνης και σεβασμού με βάση ένα κοινό σύστημα επικοινωνίας. Τέλος, οι Tsimpida et al. (2018) ισχυρίστηκαν πως τα άτομα με απώλεια ακοής, τα οποία ζουν μόνοι τους στο σπίτι, παρουσιάζουν χαμηλότερες βαθμολογίες στον ψυχολογικό τομέα, στοιχείο που αναπόφευκτα επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους.

#### **4.4 Σύνδεση της ταυτότητας των ατόμων με κώφωση με την ποιότητα της ζωής τους**

Η ταυτότητα αποτελεί μια έννοια που αντικατοπτρίζει τις απόψεις και αντιλήψεις των ατόμων σε διάφορα επίπεδα, στοιχείο που παρουσιάζει σημαντικό αντίκτυπο στη ζωή τους. Για τον λόγο αυτόν, διάφοροι ερευνητές έχουν ασχοληθεί με τη διερεύνηση της επίδρασης που ασκεί ο συγκεκριμένος όρος στη ζωή των ατόμων με Κώφωση (Crowe, 2020 · Cuevas et al., 2019 · Mulderrig & Rogers, 2019 · Rogers et al., 2018). Στη συνέχεια, παρατίθενται έρευνες, οι οποίες έχουν μελετήσει τη συσχέτιση μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών στην περίπτωση των ατόμων με ακουστική αναπηρία στην Ποιότητα της ζωής τους. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διαπιστώνεται πως η ταυτότητα που υιοθετούν οι κωφοί παρουσιάζει σημαντικό αντίκτυπο στη ζωή τους. Ειδικότερα, διάφοροι ερευνητές ανέδειξαν πως τα άτομα με Διπολιτισμική ταυτότητα ή ταυτότητα Κωφών υπερτερούν έναντι των υπολοίπων ομάδων στην ποιότητα ζωής τους, αλλά και σε έννοιες σχετικές μ' αυτή (Bat-Chava, 2000 · Carter & Mileres, 2016 · Chapman & Dammeyer, 2017 · Cole & Edelman, 1991 · Cornell & Lyness, 2005 · Crowe, 2020 · Cuevas et al., 2019 · Gerich & Fellingner, 2011 · Hilton et al., 2013 · Hintermair, 2007 · Jambor & Elliott, 2005 · Lambez et al., 2020 · Mance & Edwards, 2012 · Maxwell-McCaw, 2001 · Moog et al., 2011 · Moradi & Rottensten, 2007 · Mulderrig & Rogers, 2019 · Rogers et al., 2018 · Spencer et al., 2012 · Weinberg & Sterritt, 1986). Στην έρευνά του ο Crowe (2020), έχοντας ως δείγμα 149 άτομα με Κώφωση, διαπίστωσε πως οι συμμετέχοντες που ταυτίζονται και συνδέονται με την Κοινότητα των Κωφών παρουσιάζουν καλύτερα αποτελέσματα στη ζωή τους και θετικότερη αυτόαποτελεσματικότητα, σε αντίθεση με τα άτομα που απομακρύνονται από τη συγκεκριμένη Κοινότητα. Επιπροσθέτως, οι Mulderrig & Rogers (2019) κατέληξαν στο συμπέρασμα πως οι συμμετέχοντες με Διπολιτισμική ταυτότητα και ταυτότητα Κωφών παρουσιάζουν υψηλότερη ικανοποίηση στη ζωή τους σε σύγκριση με τις υπόλοιπες κατηγορίες. Αντιθέτως, τα άτομα με την Περιθωριοποιημένη ταυτότητα σημειώνουν τις χαμηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα ικανοποίησης της ζωής, στοιχείο που υποδηλώνει την αντιμετώπιση δυσκολιών σε διάφορους τομείς της ζωής τους. Ανάλογα είναι τα αποτελέσματα και από την έρευνα των Cuevas et al. (2019), στην οποία συμμετείχαν 114 άτομα με απώλεια ακοής. Ειδικότερα, οι ερευνητές ανέφεραν πως η ανάπτυξη μιας ισχυρής ταυτότητας Κωφών και η πρόσβαση στη νοηματική γλώσσα συμβάλλουν στην ψυχολογική ευημερία, αλλά και σε καλύτερες κοινωνικές σχέσεις και αλληλεπιδράσεις. Παρομοίως, στην έρευνά τους, οι Rogers et al. (2018) έχοντας ως δείγμα 91 άτομα, επιχείρησαν να προσαρμόσουν το SWEMWBS BSL στον πληθυσμό των Κωφών της Μεγάλης Βρετανίας, ένα εργαλείο



που διερευνά την ψυχική τους ευεξία. Αναλύοντας τα ευρήματά τους, διαπίστωσαν πως οι συμμετέχοντες που ταυτίστηκαν με την Κοινότητα των Κωφών και υιοθέτησαν την ταυτότητα τους, 61 παρουσίασαν καλύτερα αποτελέσματα στην ψυχολογική και ψυχική τους ευεξία. Μάλιστα, οι ερευνητές τόνισαν πως όσο τα άτομα απομακρύνονταν από την κοινότητα των Κωφών τόσο χαμηλότερες βαθμολογίες σημείωσαν στους παραπάνω τομείς. Το θετικό αντίκτυπο της ταυτότητας Κωφών στη ζωή των ατόμων με απώλεια ακοής υποστηρίζουν και οι έρευνες των Tabilin, (2021), Carter & Mileres (2016) και Carter (2015), οι οποίες ανέδειξαν πως τα άτομα με τη συγκεκριμένη ταυτότητα παρουσιάζουν υψηλότερη αυτοεκτίμηση και αυτοεικόνα σε σύγκριση με τις υπόλοιπες κατηγορίες. Η παραπάνω κατάσταση συνδέθηκε με το γεγονός πως τα άτομα που αποδέχονται την αναπηρία τους και αναγνωρίζονται ως Κωφοί, έρχονται αντιμέτωποι με θετικά αποτελέσματα στη ζωή τους. Οι θετικές συνέπειες στην ποιότητα ζωής των ατόμων, τα οποία υιοθετούν τη Διπολιτισμική και την ταυτότητα Κωφών, επισημάνθηκαν και στην έρευνα των Gerich & Fellingner (2011), στην οποία συμμετείχαν 107 άτομα με Κώφωση. Ειδικότερα, η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα πως οι συμμετέχοντες με πολιτισμικά δίκτυα, που συναναστρέφονταν τόσο με Κωφούς όσο και με ακούοντες, σημείωσαν καλύτερες βαθμολογίες στην ποιότητα ζωής τους σε σύγκριση με τις υπόλοιπες κατηγορίες. Επιπροσθέτως, οι ερευνητές υπογράμμισαν και τα οφέλη της ταυτότητας Κωφών, καθώς διαπίστωσαν πως οι χαμηλότερες βαθμολογίες σημειώθηκαν από τους συμμετέχοντες που ανέπτυξαν κοινωνικά δίκτυα με τους ακούοντες. Τα παραπάνω ευρήματα συμφωνούν και με τις έρευνες των Spencer et al. (2012) και Moog et al. (2011), οι οποίοι ανέδειξαν πως τα άτομα με την ταυτότητα Κωφών, αλλά και τη Διπολιτισμική ταυτότητα παρουσίασαν καλύτερη εικόνα στην ποιότητα της ζωής τους, συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικών σχέσεων και αλληλεπιδράσεών τους. Επιπροσθέτως, ο Hintermair (2007) πραγματοποίησε μια έρευνα αναφορικά με την επίδραση που ασκεί η ταυτότητα 629 ατόμων με απώλεια ακοής σε δύο βασικούς παράγοντες της ποιότητας ζωής, την αυτοεκτίμηση, αλλά και την ικανοποίηση από τη ζωή. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων, διαπιστώθηκε πως τα άτομα με Διπολιτισμική ταυτότητα παρουσιάζουν υψηλότερες βαθμολογίες στις παραπάνω κλίμακες, γεγονός που επιφέρει θετικά αποτελέσματα στην ψυχολογική και ψυχική τους υγεία. Ο ερευνητής υποστήριξε πως η πολιτισμική αυτή καλλιέργεια αποτελεί επιλογή, η οποία προσφέρει μεγαλύτερη εμβέλεια στη δημιουργία και διατήρηση κοινωνικών σχέσεων και αλληλεπιδράσεων, αλλά και συνολικά στη ζωή. Ακόμη, από

την έρευνά του διαφάνηκε πως τα άτομα με την Περιθωριοποιημένη ταυτότητα σημείωσαν τα χαμηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης και ικανοποίησης από τη ζωή, καθώς σύμφωνα με τον ερευνητή, η συγκεκριμένη κατάσταση αποτελεί κίνδυνο για την ανάπτυξη των χειρότερων αποτελεσμάτων στο ψυχολογικό ευ ζην. Ανάλογα είναι τα αποτελέσματα και από την έρευνα των Cornell & Lyness (2005), στην οποία συμμετείχαν 46 άτομα με Κώφωση. Ειδικότερα, οι ερευνητές εξετάζοντας έννοιες συναφείς με την ποιότητα ζωής, διαπίστωσαν πως οι κωφοί που αναπτύσσουν τη Διπολιτισμική ταυτότητα εμφανίζουν καλύτερη ψυχολογική και ψυχική υγεία και βιώνουν θετικότερα συναισθήματα για τον εαυτό τους, σε αντίθεση με τα άτομα με την Περιθωριοποιημένη ταυτότητα που σημειώνουν τις χαμηλότερες βαθμολογίες. Οι ερευνητές απέδωσαν την παραπάνω κατάσταση στο γεγονός πως η Διπολιτισμική ταυτότητα αποτελεί σημείο αναφοράς της «υγείας» και προσφέρει θετικά αποτελέσματα στη ζωή των ατόμων, εξαιτίας της αυξημένης κοινωνικής αλληλεπίδρασης και με τις δύο κοινότητες αλλά και της έντονης αίσθησης του εαυτού που προκαλείται από την ανακάλυψη δύο διαφορετικών πολιτισμών. Τα ευρήματα που προαναφέρθηκαν επιβεβαιώνονται και από την έρευνα των Jambor & Elliott (2005), οι οποίοι διαπίστωσαν πως τα άτομα με Διπολιτισμική ταυτότητα, που συναναστρέφονται τόσο με Κωφούς όσο και με ακούοντες, σημειώνουν τις καλύτερες βαθμολογίες στον τομέα της αυτοεκτίμησης. Επιπροσθέτως, οι ερευνητές υπογράμμισαν και τα οφέλη της ταυτότητας Κωφών, καθώς τα άτομα της συγκεκριμένης κατηγορίας υπερερούσαν των ατόμων με ταυτότητα Ακουόντων. Στην ίδια κατεύθυνση βρίσκονται και οι μελέτες των Maxwell-McCaw (2001) και Bat-Chava (2000), στις οποίες συμμετείχαν 3.070 και 267 άτομα με απώλεια ακοής αντίστοιχα. Ειδικότερα, οι ερευνητές ανέδειξαν πως τα άτομα με Διπολιτισμική και ταυτότητα Κωφών εμφανίζουν ικανοποιητικά επίπεδα αυτοεκτίμησης και ικανοποίησης από τη ζωή, τα οποία υπερέχουν έναντι των δύο υπολοίπων ομάδων. Παρομοίως, οι Cole & Edelman (1991) και Weinberg & Sterritt (1986) υποστήριξαν πως τα άτομα με Διπολιτισμική ταυτότητα παρουσιάζουν τις καλύτερες βαθμολογίες στον προσωπικό, κοινωνικό, ψυχολογικό, οικογενειακό και ακαδημαϊκό τομέα σε σύγκριση με τις υπόλοιπες κατηγορίες. Προς ενίσχυση των παραπάνω μελετών, ακολουθούν έρευνες οι οποίες έχουν υπογραμμίσει το αρνητικό αντίκτυπο τόσο της Περιθωριοποιημένης όσο και της ταυτότητας Ακουόντων στην ποιότητα ζωής των ατόμων με απώλεια ακοής. Ειδικότερα, οι Lambez et al. (2020) και Hilton et al. (2013) διαπίστωσαν πως τα άτομα που ανέπτυξαν την ταυτότητα Ακουόντων παρουσίασαν αρνητικά αποτελέσματα στη συναισθηματική δυσφορία,

βιώνοντας περισσότερο συναισθηματικό άγχος σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ομάδες. Οι ερευνητές επισήμαναν πως οι συμμετέχοντες αισθάνονταν κατώτεροι από τα μέλη της κυρίαρχης κοινότητας, γεγονός που επιφέρει αρνητικές συνέπειες στην ποιότητα της ζωής τους. Επιπροσθέτως, οι Charman & Dammeyer (2016), διερευνώντας την επίδραση της ταυτότητας 839 ατόμων με απώλεια ακοής στην ψυχολογική τους υγεία, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως οι συμμετέχοντες με την Περιθωριοποιημένη ταυτότητα υστερούν στον τομέα της ευημερίας έναντι των υπόλοιπων ομάδων. Οι ερευνητές αποδίδουν την παραπάνω κατάσταση στο γεγονός πως τα συγκεκριμένα άτομα βιώνουν μια αρνητική κοινωνική ταυτότητα ως κωφοί, χωρίς να διαθέτουν τις κατάλληλες στρατηγικές, οι οποίες θα τους βοηθήσουν να επιτύχουν μια θετική ταυτότητα και να αντισταθούν στις απειλές της αυτοέννοιας. Παρομοίως, στην έρευνά τους οι Moradi & Rottensten (2007), έχοντας ως δείγμα 177 γυναίκες με Κώφωση, ανέδειξαν πως οι συμμετέχουσες που αναπτύσσουν την Περιθωριοποιημένη ταυτότητα παρουσιάζουν αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική τους υγεία. Ειδικότερα, οι γυναίκες συνδέθηκαν με διατροφικές διαταραχές και βίωσαν αρνητικά συναισθήματα για την εξωτερική τους εμφάνιση, αποτελέσματα τα οποία δε διαπιστώθηκαν στις υπόλοιπες ομάδες. Ωστόσο, εντοπίζονται έρευνες οι οποίες δεν αναδεικνύουν τη σχέση μεταξύ της ταυτότητας που αναπτύσσουν τα άτομα με ακουστική αναπηρία και της ποιότητας ζωής τους. Ειδικότερα, οι Marschark et al. (2017) και Meyer & Kashubeck-West (2011), έχοντας ως δείγμα 57 και 21 άτομα με Κώφωση, δεν εντόπισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην ποιότητα ζωής των ατόμων με βάση την ταυτότητα που αναπτύσσουν. Οι ερευνητές δηλαδή, τόνισαν πως αυτή η ψυχοκοινωνική λειτουργία δεν φάνηκε να επηρεάζει τους διάφορους τομείς της ζωής τους. Τα παραπάνω αποτελέσματα επιβεβαιώνονται και από τις έρευνες των Kobosko (2010) και Leight et al. (2008), οι οποίες κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η ταυτότητα των ατόμων με ακουστική αναπηρία αποτελεί μεταβλητή, η οποία δεν επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση, αλλά και έννοιες σχετικές μ' αυτή.

## **Ερευνητικό Μέρος**

### **5.1 Σκοπός της έρευνας – Ερευνητικά ερωτήματα**

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας αποτέλεσε η διερεύνηση της επίδρασης που ασκεί η στάση απέναντι στη ζωή και η αποδοχή της ταυτότητας στην ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση/Βαρηκοΐα. Ο επιμέρους στόχος της έρευνας είναι να

συγκρίνει τις ομάδες ατόμων με και δίχως αναπηρία, όσον αφορά τους παραπάνω παράγοντες. Ειδικότερα, μελετήθηκε, εάν οι διάφοροι τομείς της ζωής των ατόμων επηρεάζονται από την ταυτότητα, αλλά και τη στάση που υιοθετούν απέναντι στη ζωή. Παράλληλα, δόθηκε έμφαση στον τρόπο με τον οποίο τα ατομικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, τόπος διαμονής, κ.α.) των Κωφών/Βαρήκοων επηρεάζουν τόσο την ταυτότητά τους όσο και την ποιότητα της ζωής τους. Τέλος, εξετάστηκε κατά πόσο τα χρόνια και η φύση της αναπηρίας, ο τρόπος επικοινωνίας στην καθημερινή ζωή, οι εκπαιδευτικές εμπειρίες, αλλά και η υποστήριξη από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον ασκούν επίδραση στην ανάπτυξη της ταυτότητάς τους και γενικότερα, στην ποιότητα ζωής της κάθε ομάδας.

Στην παρούσα μελέτη επιχειρήθηκε να απαντηθούν τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

- 1) Διαφοροποιείται η ευτυχία μεταξύ των τριών ομάδων του δείγματος;
- 2) Διαφοροποιείται η Ανάπτυξης της Ταυτότητας μεταξύ δύο ομάδων του δείγματος;
- 3) Ποια είναι η επίδραση της ευτυχίας στη Ανάπτυξης της Ταυτότητας των ατόμων του δείγματος;
- 4) Διαφοροποιείται η συνολική ποιότητα ζωής μεταξύ των ομάδων με και δίχως αναπηρία του δείγματος;
- 5) Επηρεάζεται η ευτυχία των ατόμων με Κώφωση , με βάση τα ατομικά τους χαρακτηριστικά (φύλο, χρονολογική ηλικία, οικονομική κατάσταση, ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας, ύπαρξη κοχλιακού εμφυτεύματος);
- 6) Υπάρχει διαφοροποίηση στην ικανοποίηση από τα μεταφορικά μέσα και τις παροχές υγείας στα άτομα με και δίχως αναπηρία;
- 7) Υπάρχει διαφοροποίηση στην επιλογή του τρόπου επικοινωνίας (νοηματική, χειλεανάγνωση) ανάμεσα στα άτομα με κώφωση και βαρηκοΐα; Αν υπάρχει, εξαρτάται από τα προσωπικά χαρακτηριστικά;
- 8) Επηρεάζει η ποιότητα του ύπνου και η διατροφή την ποιότητα ζωής των ατόμων με και δίχως αναπηρία;
- 9) Διαφοροποιείται η στάση των ατόμων με και δίχως αναπηρία ως προς τον γάμο κωφών ατόμων μεταξύ τους;

10) Η ποιότητα του φυσικού περιβάλλοντος και η Ανάπτυξης της Ταυτότητας, σε συνδυασμό με την περιοχή διαμονής, επηρεάζουν την ευτυχία των ατόμων με και δίχως αναπηρία;

### **Ερευνητικό εργαλείο**

Για την διεξαγωγή της παρούσας εργασίας δημιουργήθηκε 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 περιλάμβανε τα ψυχομετρικά εργαλεία, τα οποία ενσωματώθηκαν στη μελέτη.

### **5.2. Ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων**

Το ερωτηματολόγιο που διανεμήθηκε αρχικά, περιλάμβανε 10 αυτοσχέδιες ερωτήσεις (ερωτήσεις 1-10) δημογραφικού περιεχομένου, για να καταγραφούν τα ατομικά χαρακτηριστικά των ομάδων του δείγματος. Το ερωτηματολόγιο απευθυνόταν σε τρεις ομάδες Ατόμων με και δίχως Αναπηρία. Οι ομάδες περιλάμβαναν άτομα δίχως ακουστική αναπηρία, άτομα με Κώφωση και άτομα με Βαρηκοΐα. Οι ερωτήσεις δημογραφικού περιεχομένου αφορούσαν πληροφορίες όπως, φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, είδος αναπηρίας, προέλευση αναπηρίας και διάστημα αναπηρίας, οικογενειακή κατάσταση, επαγγελματική κατάσταση, διαμονή (με ποιους ζουν), ύπαρξη παιδιών, περιοχή διαβίωσης.

### **Περιγραφική Ανάλυση**

Η περιγραφή των απαντήσεων, οι οποίες αφορούν κατηγορικές παραμέτρους, στηρίχθηκε σε συχνότητες και ποσοστά, ενώ για τις διαστάσεις των ερωτηματολογίων χρησιμοποιήθηκαν μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις. Για τη διαφοροποίηση των διαστάσεων, έπειτα από έλεγχο κανονικότητας, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος ανάλυσης διακύμανσης και κατόπιν, εφαρμόστηκαν πολλαπλές συγκρίσεις με το

κριτήριο Bonferroni, ενώ σε περιπτώσεις δύο κατηγοριών ο έλεγχος T για δύο ανεξάρτητα δείγματα. Για τις συσχετίσεις μεταξύ των εκβάσεων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson. Για την επίδραση πολλαπλών παραμέτρων στις διαστάσεις της ευτυχίας εφαρμόστηκαν μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό SPSS v26.0 και το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05 σε όλες τις περιπτώσεις.

Στην έρευνα συμμετείχαν τρεις (3) ομάδες ατόμων (άτομα χωρίς αναπηρία, άτομα με βαρηκοΐα, άτομα με κώφωση), τα οποία κλήθηκαν να απαντήσουν σε ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελούνταν από τρία μέρη. Συγκεκριμένα, απάντησαν στις ερωτήσεις της αναθεωρημένης κλίμακας Ανάπτυξης της Ταυτότητας των Ατόμων με Κώφωση, στις ερωτήσεις της κλίμακας ευτυχίας της Οξφόρδης και σε ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν την ικανοποίηση και την ποιότητα ζωής. Όλες οι κλίμακες είναι πενταβάθμιες.

Αναλυτικότερα, συμπεραίνουμε ότι στην έρευνα συμμετείχαν 93 άνδρες (45,8%) και 110 γυναίκες (54,2%) με το 34% των συμμετεχόντων να ανήκει στην ηλικιακή κατηγορία «18-25», το 15,8% στην «26-35», το 17,2% στην «36-45», το 15,8% στην «46-55» και το 17,2% στην «56+». Όσον αφορά την επαγγελματική τους κατάσταση, το 50,2% των συμμετεχόντων είναι εργαζόμενοι, το 16,3% είναι άνεργοι, το 12,8% είναι συνταξιούχοι και το 20,7% είναι φοιτητές. Το 57,6% των συμμετεχόντων ζει στο σπίτι με την οικογένειά του, το 29,6% ζει μόνο του, το 9,9% ζει με συγγενείς και το 3% με φίλους. Επιπρόσθετα, το 13,8% των συμμετεχόντων στην έρευνα ζει σε περιοχή με 5.000 κατοίκους, το 28,1% σε περιοχή με 20.000 κατοίκους, το 28,6% σε περιοχή με 50.000 κατοίκους και το 29,6% σε περιοχή με περισσότερους από 50.000 κατοίκους. Το 49,8% των ερωτηθέντων αποτελεί την ομάδα ελέγχου, το 26,1% είναι άτομα με βαρηκοΐα και το 24,1% είναι άτομα με κώφωση. Επιπλέον, το 68,5% των συμμετεχόντων δεν έχει παιδιά και το 31,5% έχει. Το 22,2% δήλωσε ότι δεν θρησκευείται καθόλου, το 18,7% δήλωσε ότι θρησκευείται λίγο, το 27,1% δήλωσε ότι θρησκευείται πολύ, το 25,1% δήλωσε ότι θρησκευείται απόλυτα και το 6,9% δήλωσε «Ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ». Τέλος, το 97% δήλωσε ότι έχει φίλους, ενώ μόνο το 3% δήλωσε ότι δεν έχει (πίνακας 1).

Φύλο	Άρρεν	93	45,8%
	Θήλυ	110	54,2%
Ηλικία	18-25	69	34,0%
	26-35	32	15,8%
	36-45	35	17,2%
	46-55	32	15,8%
	56+	35	17,2%
Επαγγελματική κατάσταση	Εργαζόμενος	102	50,2%
	Άνεργος	33	16,3%
	Συνταξιούχος	26	12,8%
	Φοιτητής	42	20,7%
Στο σπίτι ζω	Με την οικογένεια	117	57,6%
	Μόνος	60	29,6%
	Με συγγενείς	20	9,9%
	Με φίλους	6	3,0%
Περιοχή κατοικίας	5000 κατοίκους	28	13,8%
	20000 κατοίκους	57	28,1%
	50000 κατοίκους	58	28,6%
	50000 + κατοίκους	60	29,6%
	<b>Ομάδα ελέγχου</b>	<b>101</b>	<b>49,8%</b>
	<b>Βαρηκοΐα</b>	<b>53</b>	<b>26,1%</b>
	<b>Κώφωση</b>	<b>49</b>	<b>24,1%</b>
Έχετε παιδιά;	Όχι	139	68,5%
	Ναι	64	31,5%
Θρησκεύεστε;	Καθόλου	45	22,2%
	Λίγο	38	18,7%
	Ούτε συμφωνά / ούτε διαφωνά	14	6,9%
	Πολύ	55	27,1%
	Απόλυτα	51	25,1%
Έχετε φίλους;	Όχι	6	3,0%
	Ναι	197	97,0%

Πίνακας 19. Δημογραφικά στοιχεία και ατομικά γνωρίσματα των συμμετεχόντων

Στη συνέχεια, παρατηρούμε λεπτομερώς, τα δημογραφικά στοιχεία και τα ατομικά γνωρίσματα των συμμετεχόντων, κατηγοριοποιώντας τους σε ομάδα ελέγχου, άτομα με βαρηκοΐα και άτομα με κώφωση. Συγκεκριμένα, διαπιστώνουμε ότι, όσον αφορά την ομάδα ελέγχου, το 46,5% είναι άνδρες και το 53,5% είναι γυναίκες. Το 43,6% ανήκει στην ηλικιακή ομάδα «18-25», το 13,9% στην «26-35», το 15,8% στην «36-45», το 11,9% στην «46-55» και το 14,9% στην «56+». Το 49,5% είναι εργαζόμενοι, το 14,9% είναι άνεργοι, το 7,9% είναι συνταξιούχοι και το 27,7% είναι φοιτητές. Στο σπίτι ζει με

την οικογένεια το 62,4% της ομάδας ελέγχου, μόνο του το 29,7%, με συγγενείς το 4% και με φίλους το 4%. Σε περιοχή κατοικίας με 5000 κατοίκους ζει το 10,9% των μαρτύρων, με 20000 κατοίκους το 26,7%, με 50000 κατοίκους το 30,7% και με περισσότερους από 50000 το 31,7%. Το 66,3% δεν έχει παιδιά και το 33,7% έχει. Το 14,9% δήλωσε ότι δεν θρησκευεται καθόλου, το 17,8% λίγο, το 27,7% πολύ, το 28,7% απόλυτα και το 10,9% «Ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ». Τέλος, μόνο το 3% της ομάδας ελέγχου δήλωσε ότι δεν έχει φίλους. Αναφορικά με τους συμμετέχοντες που έχουν βαρνηκοΐα διαπιστώνουμε ότι το 43,4% είναι άνδρες και το 56,6% είναι γυναίκες. Το 20,8% ανήκει στην ηλικιακή ομάδα «18-25», το 17% στην «26-35», το 22,6% στην «36-45», το 18,9% στην «46-55» και το 20,8% στην «56+». Το 50,9% της ομάδας ελέγχου είναι εργαζόμενοι, το 11,3% είναι άνεργοι, το 18,9% είναι συνταξιούχοι και το 18,9% είναι φοιτητές. Το 50,9% ζει με την οικογένειά του, το 35,8% μόνο του και το 13,2% με συγγενείς. Το 9,4% ζει σε περιοχή με 5000 κατοίκους, το 34% σε περιοχή με 20000 κατοίκους, το 41,5% σε περιοχή με 50000 κατοίκους και το 15,1% σε περιοχή με περισσότερους από 50000 κατοίκους. Το 71,7% δεν έχει παιδιά και το 28,3% έχει. Το 30,2% των ατόμων με βαρνηκοΐα δήλωσε ότι δεν θρησκευεται καθόλου, το 18,9% δήλωσε λίγο, το 24,5% δήλωσε πολύ, το 24,5% δήλωσε απόλυτα και το 1,9% δήλωσε «Ούτε συμφωνώ/Ούτε διαφωνώ». Τέλος, το 3,8% δεν έχει φίλους και το 96,2% έχει. Στην τελευταία ομάδα ατόμων που έχουμε, δηλαδή, στα άτομα με κώφωση, το 46,9% των ατόμων είναι άνδρες και το 53,1% είναι γυναίκες. Το 28,6% ανήκει στην ηλικιακή ομάδα «18-25», το 18,4% στην «26-35», το 14,3% στην «36-45», το 20,4% στην «46-55» και το 18,4% στην «56+». Το 51% των συμμετεχόντων με κώφωση είναι εργαζόμενοι, το 24,5% είναι άνεργοι, το 16,3% είναι συνταξιούχοι και το 8,2% είναι φοιτητές. Το 55,1% ζει με την οικογένειά του, το 22,4% ζει μόνο του, το 18,4% με συγγενείς και το 4,1% με φίλους. Επιπλέον, το 24,5% ζει σε περιοχή με 5.000 κατοίκους, το 24,5% με 20.000 κατοίκους, το 10,2% με 50.000 κατοίκους και το 40,8% με περισσότερους από 50.000 κατοίκους. Το 69,4% δεν έχει παιδιά και το 30,6% έχει. Το 28,6% δήλωσε ότι δεν θρησκευεται καθόλου, το 20,4% λίγο, το 28,6% πολύ, το 18,4% απόλυτα και το 4,1% «Ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ». Τέλος, το 2% των συμμετεχόντων με κώφωση δεν έχει φίλους και το 98% έχει (πίνακας 2).

---

---

---



		Ομάδα ελέγχου		Βαρηκοΐα		Κόφωση	
		N	%	N	%	N	%
Φύλο	Άρρεν	47	46,5%	23	43,4%	23	46,9%
	Θήλυ	54	53,5%	30	56,6%	26	53,1%
Ηλικία	18-25	44	43,6%	11	20,8%	14	28,6%
	26-35	14	13,9%	9	17,0%	9	18,4%
	36-45	16	15,8%	12	22,6%	7	14,3%
	46-55	12	11,9%	10	18,9%	10	20,4%
	56+	15	14,9%	11	20,8%	9	18,4%
	Επαγγελματική κατάσταση	Εργαζόμενος	50	49,5%	27	50,9%	25
	Άνεργος	15	14,9%	6	11,3%	12	24,5%
	Συνταξιούχος	8	7,9%	10	18,9%	8	16,3%
	Φοιτητής	28	27,7%	10	18,9%	4	8,2%
Στο σπίτι ζω	Με την οικογένεια	63	62,4%	27	50,9%	27	55,1%
	Μόνος	30	29,7%	19	35,8%	11	22,4%
	Με συγγενείς	4	4,0%	7	13,2%	9	18,4%
	Με φίλους	4	4,0%	0	0,0%	2	4,1%
	Περιοχή κατοικίας	5000 κατοίκους	11	10,9%	5	9,4%	12
	20000 κατοίκους	27	26,7%	18	34,0%	12	24,5%
	50000 κατοίκους	31	30,7%	22	41,5%	5	10,2%
	50000 + κατοίκους	32	31,7%	8	15,1%	20	40,8%
Έχετε παιδιά;	Όχι	67	66,3%	38	71,7%	34	69,4%
	Ναι	34	33,7%	15	28,3%	15	30,6%
Θρησκευέστε;	Καθόλου	15	14,9%	16	30,2%	14	28,6%
	Λίγο	18	17,8%	10	18,9%	10	20,4%
	Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ	11	10,9%	1	1,9%	2	4,1%
	Πολύ	28	27,7%	13	24,5%	14	28,6%
	Απόλυτα	29	28,7%	13	24,5%	9	18,4%
Έχετε φίλους;	Όχι	3	3,0%	2	3,8%	1	2,0%
	Ναι	98	97,0%	51	96,2%	48	98,0%

Πίνακας 20. Διαχωρισμός δημογραφικών στοιχείων και ατομικών γνωρισμάτων στις τρεις ομάδες των συμμετεχόντων

Διαπιστώνουμε ότι η αναπηρία/χρόνια πάθηση του 66,7% των συμμετεχόντων είναι εκ γενετής και του 33,3% είναι επίκτητη. Το διάστημα αναπηρίας/χρόνιας πάθησης του 5,9% των συμμετεχόντων είναι «έως 5 έτη», του 3,9% είναι «6-10 έτη», του 22,5% είναι «11-20 έτη» και του 67,6% είναι «21+ έτη» (πίνακας 3)

Πίνακας 21. Χαρακτηριστικά χρονιότητας αναπηρίας

	N	%
Εκ γενετής	68	66,7%

Η αναπηρία/χρόνια πάθησή σας είναι	Επίκτητη	34	33,3%
	Έως 5 έτη	6	5,9%
Διάστημα αναπηρίας/χρόνιας πάθησης	6-10 έτη	4	3,9%
	11-20 έτη	23	22,5%
	21+ έτη	69	67,6%

### Αναθεωρημένη Κλίμακα Ανάπτυξης της Ταυτότητας των Ατόμων με Κώφωση

Η αναθεωρημένη κλίμακα ανάπτυξης της ταυτότητας των ατόμων με κώφωση χωρίζεται σε «Διπολιτισμική κλίμακα», σε «Κλίμακα Βύθισης», σε «Κλίμακα Περιθωριοποίησης» και σε «Κλίμακα Ακοής». Ειδικότερα, η «Διπολιτισμική κλίμακα» έχει μέση τιμή 3,6 και τυπική απόκλιση 0,873. Η «Κλίμακα βύθισης» έχει μέση τιμή 2,335 και τυπική απόκλιση 0,737. Η «Κλίμακα περιθωριοποίησης» έχει μέση τιμή 1,89 και τυπική απόκλιση 0,794. Τέλος, η «Κλίμακα ακοής» έχει μέση τιμή 2,764 και τυπική απόκλιση 0,64 (πίνακας 4).

**Πίνακας 22. Αναθεωρημένη Κλίμακα Ανάπτυξης της Ταυτότητας των Ατόμων με Κώφωση**

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Διπολιτισμική κλίμακα	203	1,38	5,00	3,600	,873
Κλίμακα Βύθισης	203	1,00	4,11	2,335	,737
Κλίμακα Περιθωριοποίησης	203	1,00	4,00	1,890	,794
Κλίμακα Ακοής	203	1,17	4,33	2,764	,640

### Κλίμακα Ευτυχίας της Οξφόρδης

Ακόμη, η κλίμακα ευτυχίας της Οξφόρδης διαχωρίζεται σε «Satisfaction», σε «Positive», σε «Energetic» και σε «Social». Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η «Satisfaction» έχει μέση τιμή 2,901 και τυπική απόκλιση 0,57, η «Positive» έχει μέση τιμή 2,839 και τυπική απόκλιση 0,655, η «Energetic» έχει μέση τιμή 2,742 και τυπική απόκλιση 0,703 και η «Social» έχει μέση τιμή 3,038 και τυπική απόκλιση 0,578 (πίνακας 5).

**Πίνακας 23. Κλίμακα Ευτυχίας της Οξφόρδης**

**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Ικανοποίηση από τη ζωή	203	1,17	4,00	2,901	,570
Θετικό συναίσθημα	203	1,00	4,00	2,839	,655
Ενεργητικότητα	203	1,00	4,00	2,742	,703
Κοινωνικότητα	203	1,33	4,00	3,038	,578

**Ικανοποίηση και ποιότητα ζωής**

Συμπεραίνουμε ότι το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου «Ικανοποίηση και ποιότητα ζωής» αποτελείται από το «WHO» και το «Satisfaction total». Το «WHO» έχει μέση τιμή 3,457 και τυπική απόκλιση 0,541 και το «Satisfaction total» έχει μέση τιμή 3,507 και τυπική απόκλιση 0,634 (πίνακας 6).

**Πίνακας 24. Ικανοποίηση και ποιότητα ζωής****Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
WHO	203	1,36	4,45	3,457	,541
Satisfaction total	203	1,70	4,60	3,507	,634

## Ερευνητικά ερωτήματα

### 1) Διαφοροποιείται η ευτυχία μεταξύ των τριών ομάδων του δείγματος;

Από τον έλεγχο της ανάλυσης διακύμανσης που ακολουθεί φαίνεται ότι μεταξύ των τριών ομάδων που καταγράφηκαν στη μελέτη, εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές και για τις 4 διαστάσεις της Ευτυχίας με  $F = 5,108$ ,  $p=0,007$  για την «Ικανοποίηση από τη ζωή»,  $F = 6,770$ ,  $p=0,001$  για το «Θετικό συναίσθημα»,  $F = 3,387$ ,  $p=0,035$  για την «Ενεργητικότητα» και  $F = 3,552$ ,  $p=0,030$  για την «Κοινωνικότητα». Συγκεκριμένα, σχετικά με τη διάσταση «Ικανοποίηση από τη ζωή», καταγράφονται σημαντικά υψηλότερες τιμές στην ομάδα ελέγχου(3,02) συγκριτικά με τους κωφούς (2,74) με  $p=0,012$ , ενώ οι διαφορές μεταξύ των υπολοίπων ομάδων δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Παράλληλα, για τη διάσταση «Θετικό συναίσθημα» καταγράφονται σημαντικά υψηλότερες τιμές στην ομάδα ελέγχου(3,00) συγκριτικά με τους βαρήκοους (2,65) και τους κωφούς (2,71) με  $p=0,003$  και 0,026 αντίστοιχα. Σχετικά με τη διάσταση «Ενεργητικότητα», καταγράφονται σημαντικά υψηλότερες τιμές στην ομάδα ελέγχου(2,85) συγκριτικά με τους κωφούς (2,59) με  $p=0,033$ , ενώ οι διαφορές μεταξύ των υπολοίπων ομάδων δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Τέλος, σχετικά με τη διάσταση «Κοινωνικότητα» καταγράφονται σημαντικά υψηλότερες τιμές στην ομάδα ελέγχου(3,14) συγκριτικά με τους βαρήκοους (2,88) με  $p=0,028$ , ενώ οι διαφορές μεταξύ των υπολοίπων ομάδων δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές αποδίδονται από τα συγκριτικά θηκογράμματα 1 έως και 4 που ακολουθούν (πίνακας 7).

**Πίνακας 25. Διαφοροποίηση της ευτυχίας ανά ομάδα**

	Ομάδα ελέγχου		Βαρηκοΐα		Κώφωση		P
	Mean	Standard Deviation	Mean	Standard Deviation	Mean	Standard Deviation	
Ικανοποίηση από τη ζωή	3,02	,50	2,81	,74	2,74	,42	,007
Θετικό συναίσθημα	3,00	,65	2,65	,71	2,71	,50	,001
Ενεργητικότητα	2,85	,68	2,67	,82	2,59	,59	,035
Κοινωνικότητα	3,14	,57	2,88	,61	3,01	,52	,030

## 2) Διαφοροποιείται η Ανάπτυξης της Ταυτότητας μεταξύ δύο ομάδων του δείγματος;

Από τον έλεγχο της ανάλυσης διακύμανσης που ακολουθεί φαίνεται ότι μεταξύ των δύο ομάδων με αναπηρία που καταγράφηκαν στη μελέτη, εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές μόνο για την κλίμακα «Βύθισης» με  $t=-3.070, p=0,003$ . Συγκεκριμένα, καταγράφονται σημαντικά υψηλότερες τιμές στους κωφούς (2,55) συγκριτικά με τους βαρήκοους (2,10), ενώ οι διαφορές μεταξύ των υπολοίπων ομάδων δεν είναι στατιστικά σημαντικές (πίνακας 8).

**Πίνακας 26. Διαφοροποίηση της ανάπτυξης της ταυτότητας ανά ομάδα**

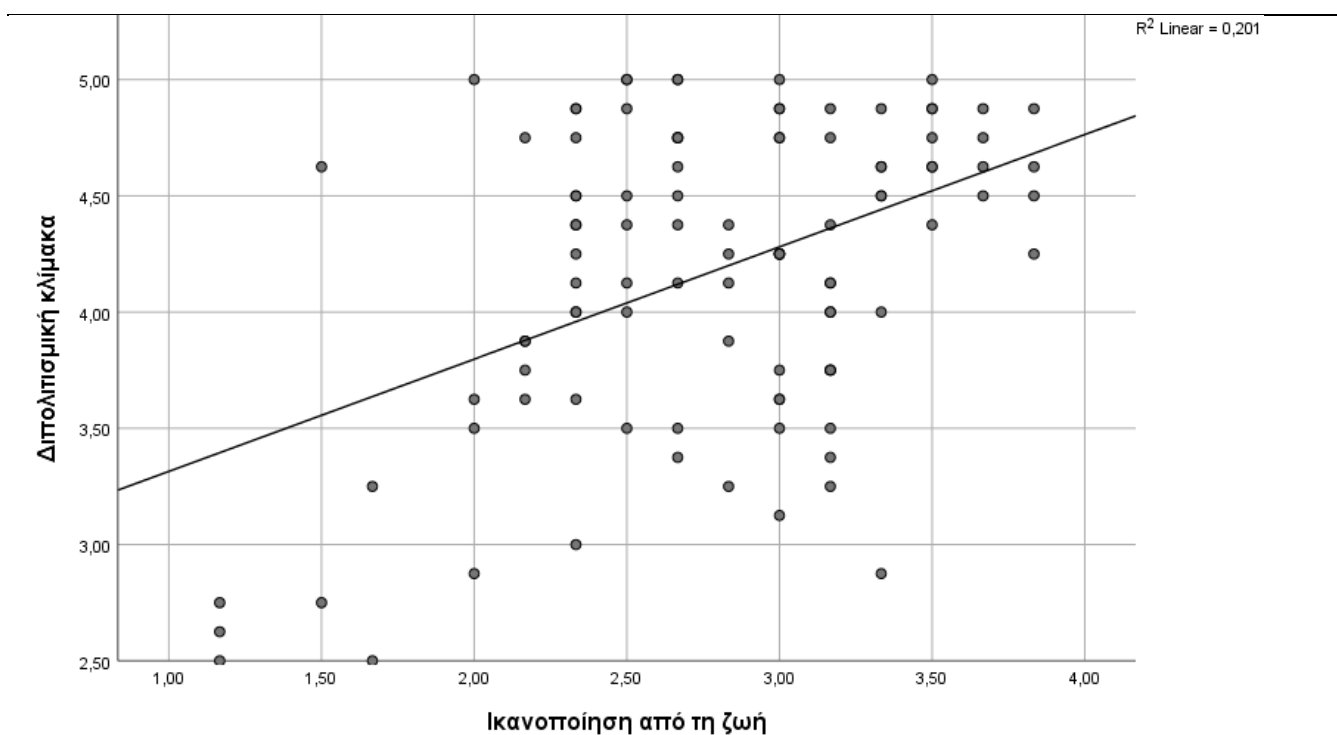
	Βαρήκοια		Κώφωση		p
	Mean	Standard Deviation	Mean	Standard Deviation	
Διπολιτισμική κλίμακα	4,21	,68	4,13	,63	0,542
Κλίμακα Βύθισης	2,10	,67	2,55	,79	0,003
Κλίμακα Περιθωριοποίησης	1,91	,84	2,05	,81	0,387
Κλίμακα Ακοής	2,59	,48	2,54	,76	0,672

## 3) Ποια είναι η επίδραση της ευτυχίας στη Ανάπτυξης της Ταυτότητας των ατόμων του δείγματος;

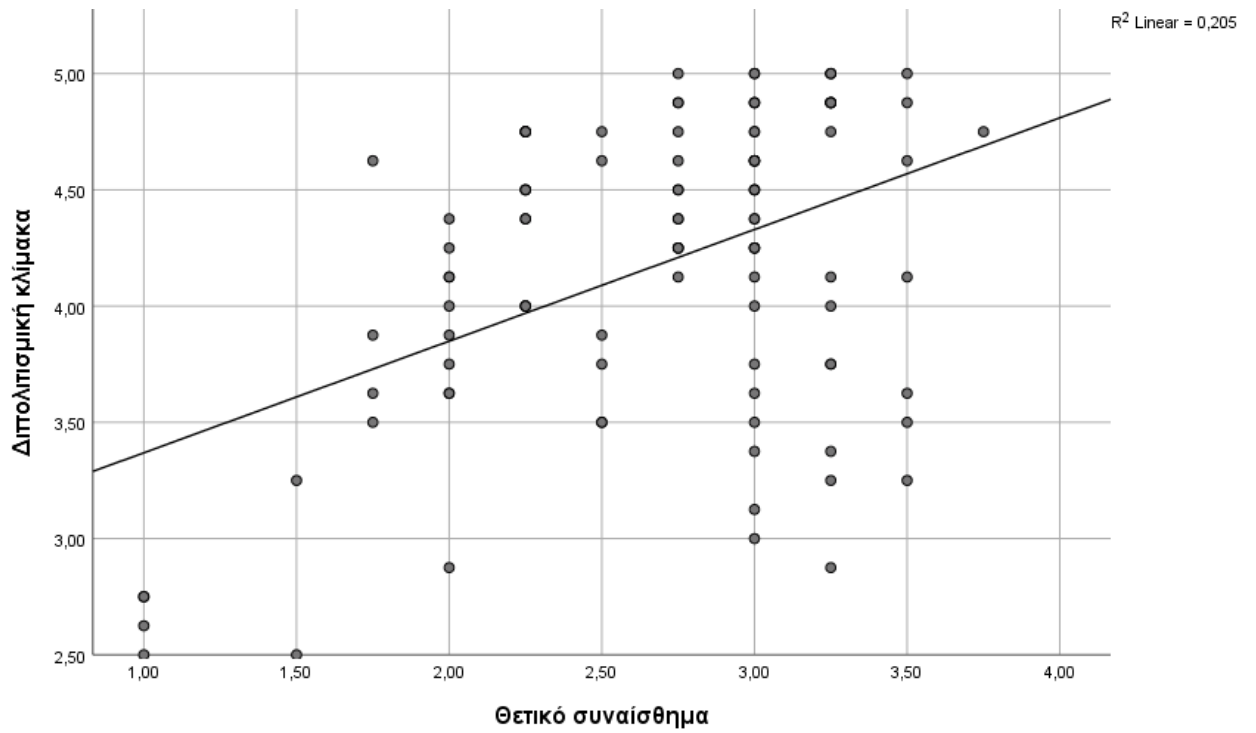
Από τον έλεγχο συσχετίσεων με το συντελεστή συσχέτισης Pearson φαίνεται ότι η Διπολιτισμική κλίμακα έχει στατιστικά σημαντική και θετική συσχέτιση με όλες τις διαστάσεις της Ευτυχίας. Συγκεκριμένα, καταγράφεται θετική συσχέτιση με την «Ικανοποίηση από τη ζωή» ( $r=0,448, p<0,001$ ) με το «Θετικό συναίσθημα» ( $r=0,453, p<0,001$ ), με την «Ενεργητικότητα» και ( $r=0,293, p=0,003$ ) και με την «Κοινωνικότητα» ( $r=0,471, p<0,001$ ). Παράλληλα, φαίνεται ότι η κλίμακα Περιθωριοποίησης έχει στατιστικά σημαντική και αρνητική συσχέτιση με όλες τις διαστάσεις της Ευτυχίας. Συγκεκριμένα, καταγράφεται αρνητική συσχέτιση με την «Ικανοποίηση από τη ζωή» ( $r=-0,483, p<0,001$ ) με το «Θετικό συναίσθημα» ( $r=-0,384, p<0,001$ ), με την «Ενεργητικότητα» και ( $r=-0,286, p=0,004$ ) και με την «Κοινωνικότητα» ( $r=0,414, p<0,001$ ). Τέλος, φαίνεται ότι η κλίμακα Ακοής έχει στατιστικά σημαντική και θετική συσχέτιση με το «Θετικό συναίσθημα» ( $r=-0,257, p=0,009$ ). Για την κλίμακα βύθισης δεν καταγράφηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις (πίνακας 9) (διαγράμματα διασποράς 6-14).

**Πίνακας 27. Συσχέτιση της ανάπτυξης της ταυτότητας με την ευτυχία**

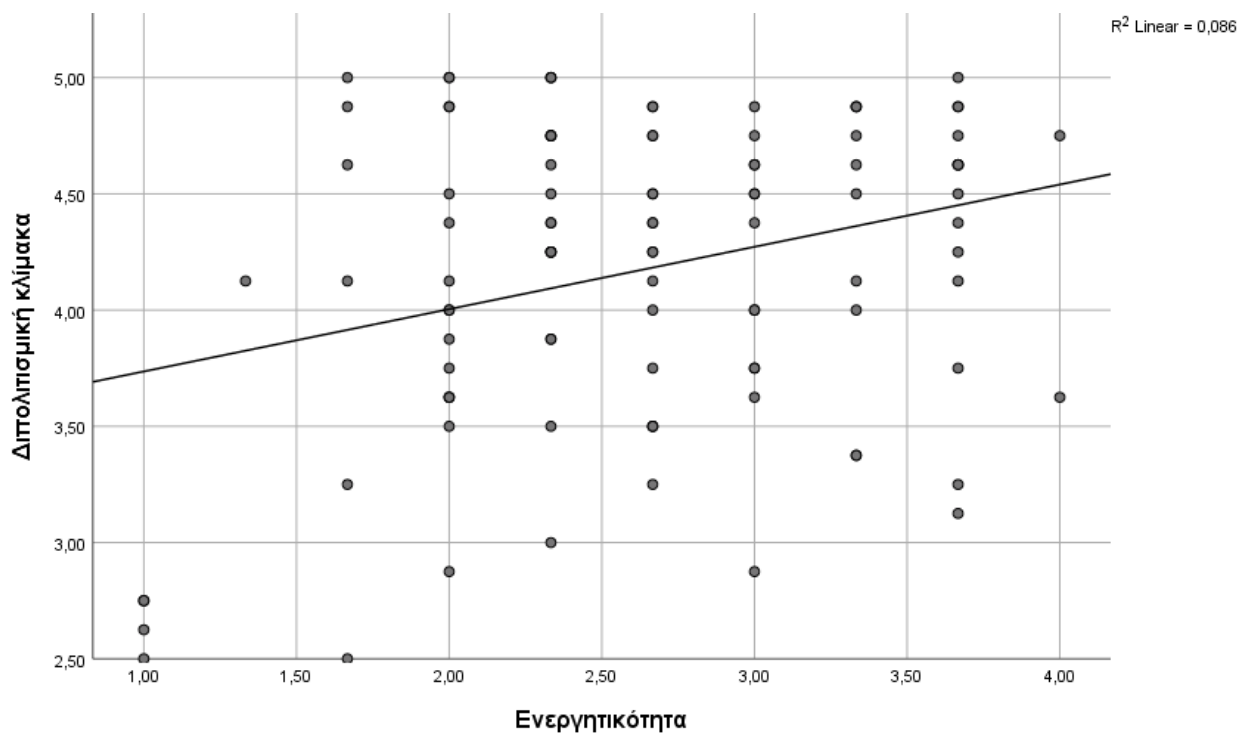
		Ικανοποίηση από τη ζωή	Θετικό συναίσθημα	Ενεργητικότητα	Κοινωνικότητα
Διπολιτισμική κλίμακα	Pearson Correlation	,448	,453	,293	,471
	P	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,003</b>	<b>,000</b>
Κλίμακα Βύθισης	Pearson Correlation	-,062	,086	,105	-,005
	P	,538	,387	,293	,961
Κλίμακα Περιθωριοποίησης	Pearson Correlation	-,483	-,384	-,286	-,414
	P	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,004</b>	<b>,000</b>
Κλίμακα Ακοής	Pearson Correlation	,093	,257	,171	,171
	P	,351	<b>,009</b>	,086	,085



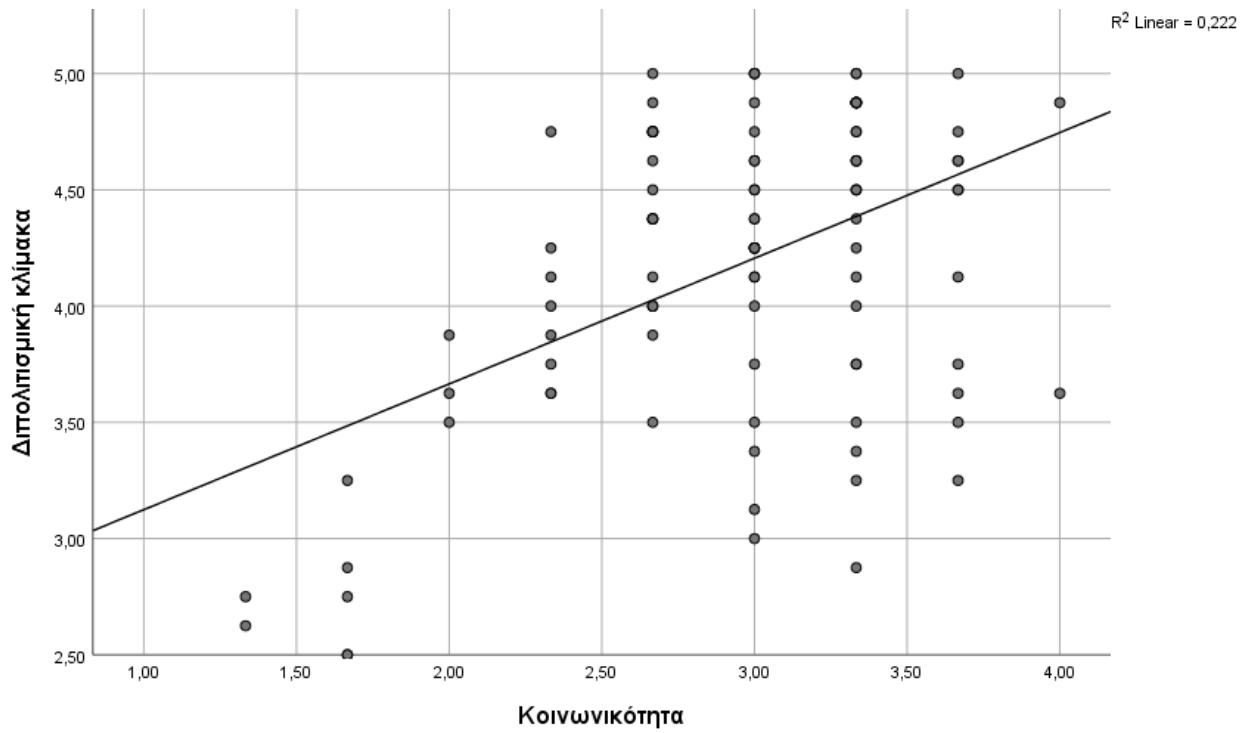
Γράφημα 1. Διάγραμμα διασποράς της Διπολιτισμικής κλίμακας σε σχέση με την ικανοποίηση από τη ζωή



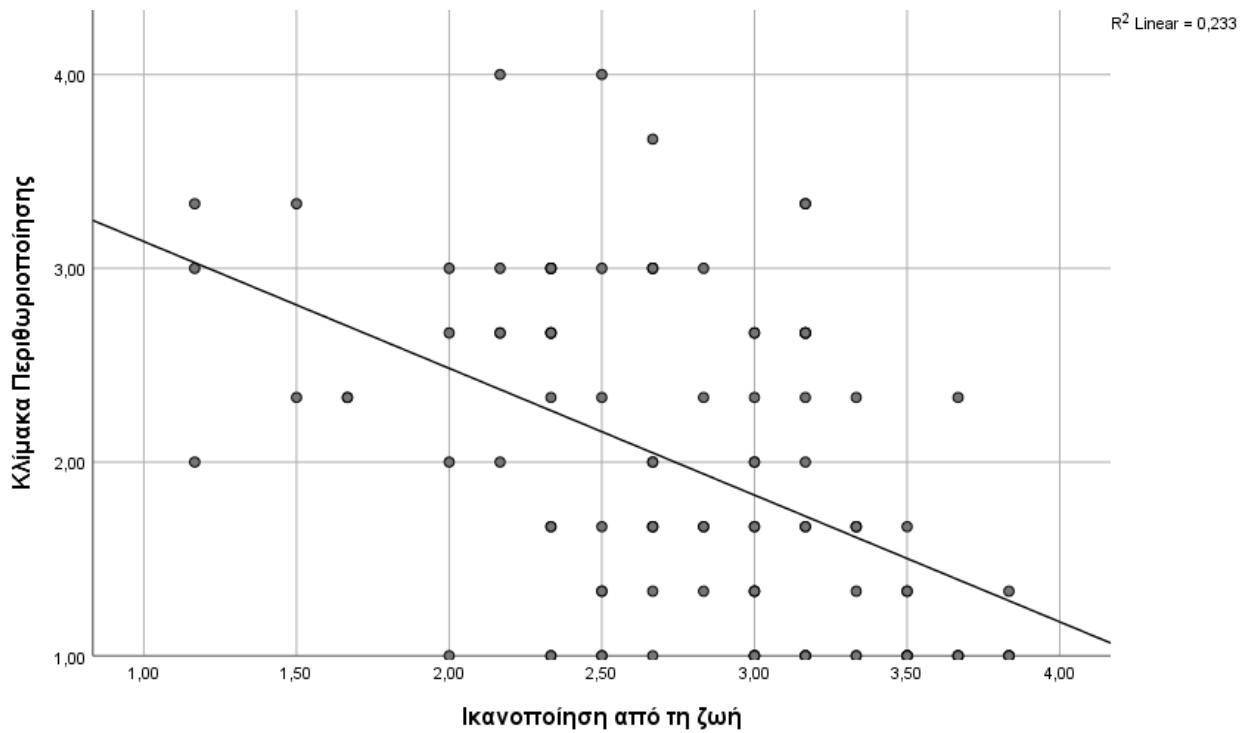
Γράφημα 2. Διάγραμμα διασποράς της Διπολιτισμικής κλίμακας σε σχέση με το θετικό συναίσθημα



Γράφημα 3. Διάγραμμα διασποράς της Διπολιτισμικής κλίμακας σε σχέση με την ενεργητικότητα

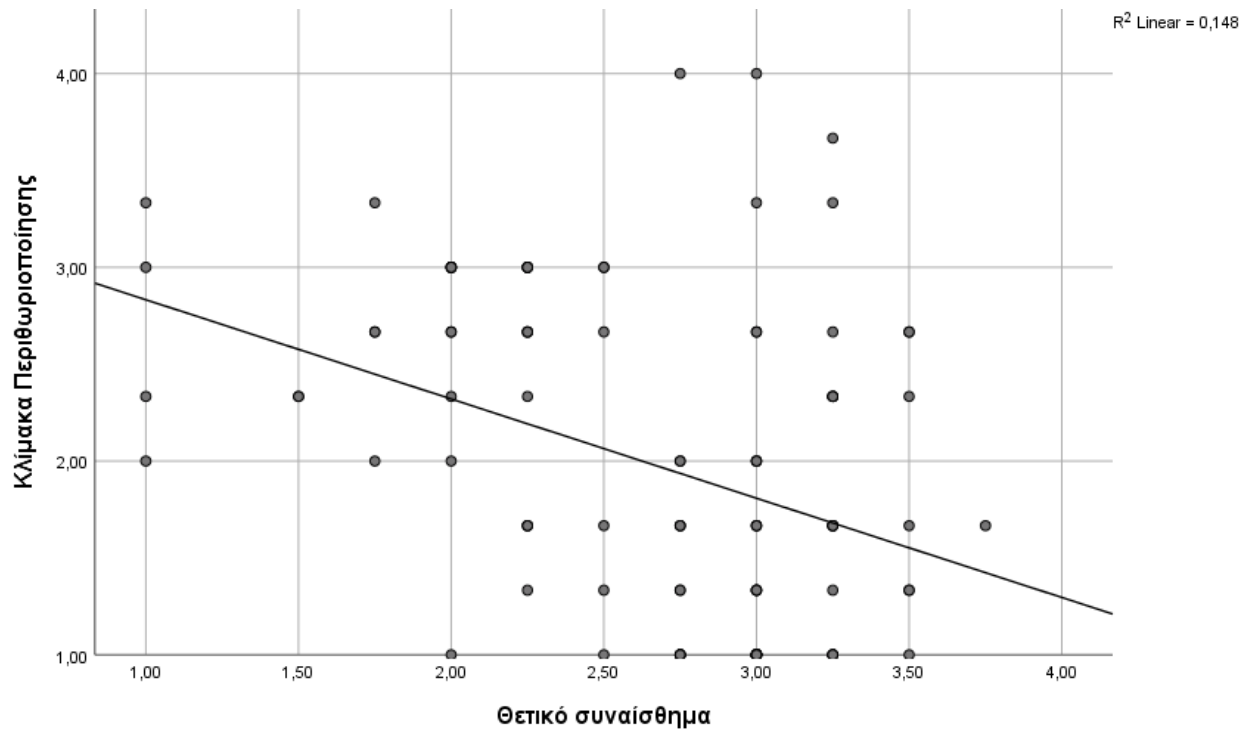


Γράφημα 4. Διάγραμμα διασποράς της Διπολιτισμικής κλίμακας σε σχέση με την κοινωνικότητα

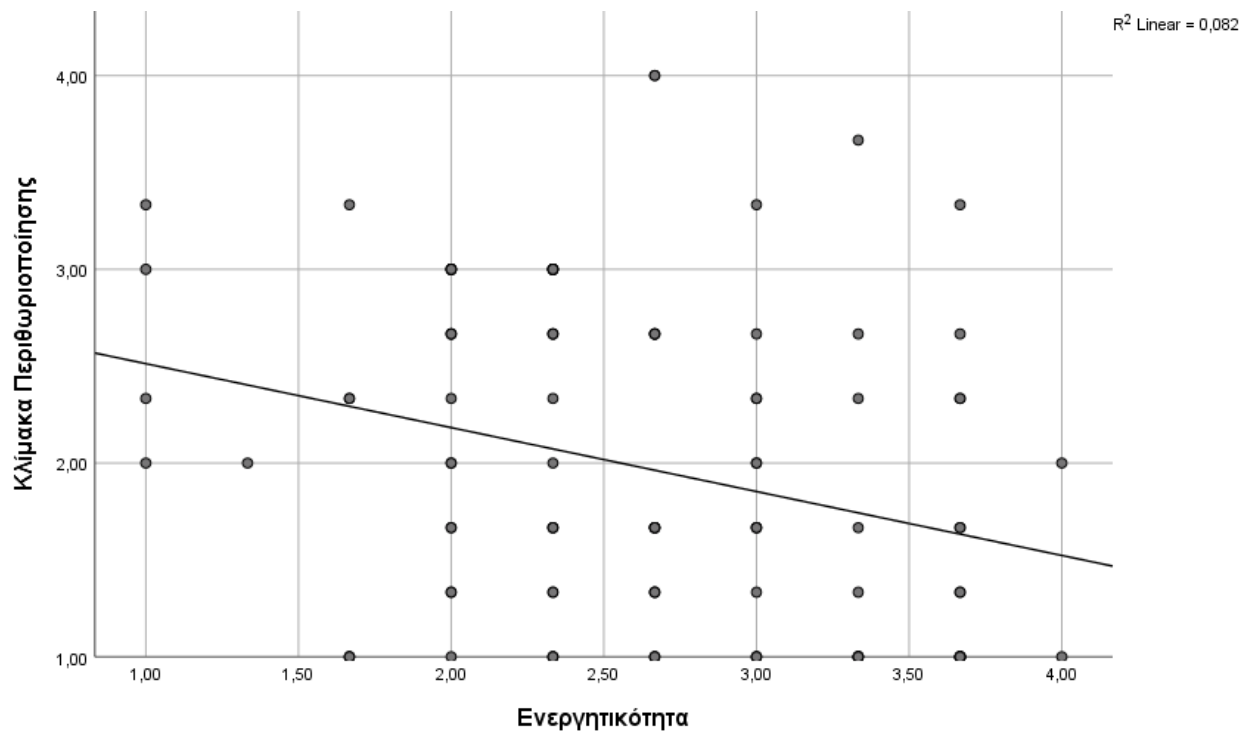


Γράφημα 5. Διάγραμμα διασποράς της Κλίμακας Περιθωριοποίησης σε σχέση με την ικανοποίηση από τη ζωή

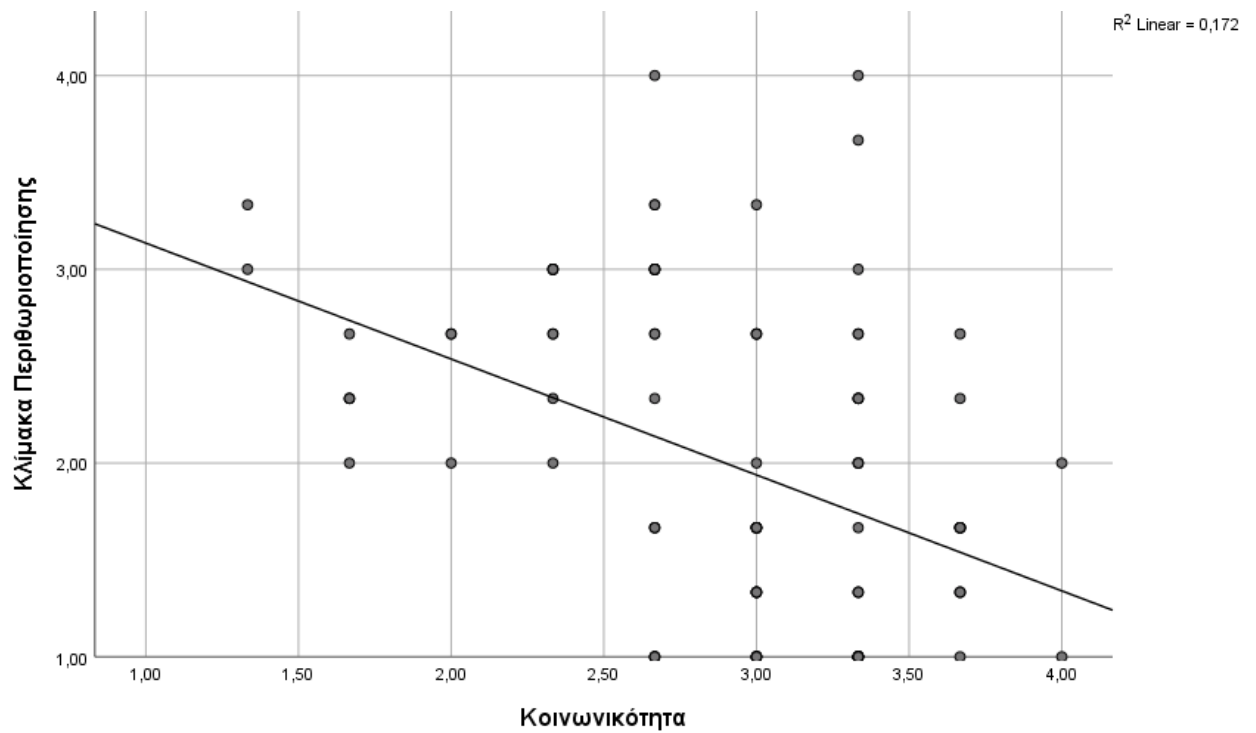




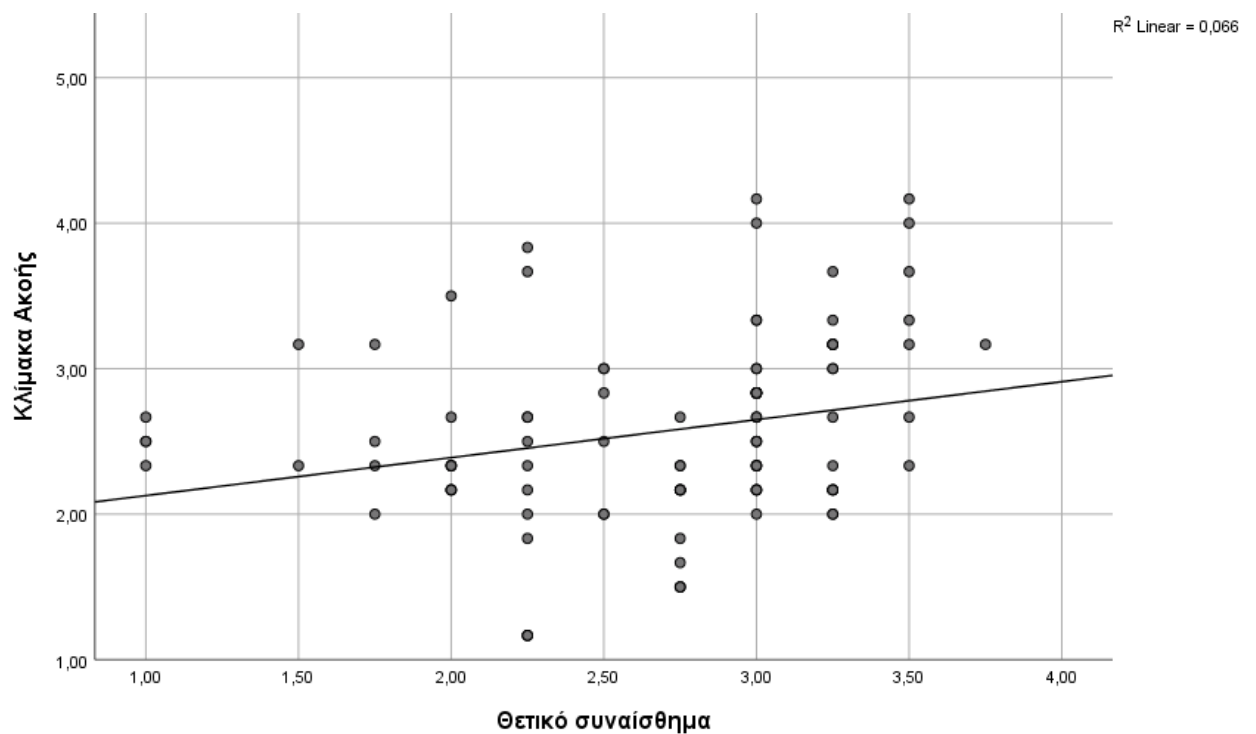
Γράφημα 6. Διάγραμμα διασποράς της Κλίμακας Περιθωριοποίησης σε σχέση με το θετικό συναίσθημα



Γράφημα 7. Διάγραμμα διασποράς της Κλίμακας Περιθωριοποίησης σε σχέση με την ενεργητικότητα



Γράφημα 8. Διάγραμμα διασποράς της Κλίμακας Περιθωριοποίησης σε σχέση με την κοινωνικότητα



Γράφημα 9. Διάγραμμα διασποράς της Κλίμακας Ακοής σε σχέση με το θετικό συναίσθημα

**4) Διαφοροποιείται η συνολική ποιότητα ζωής μεταξύ των ομάδων με και δίχως αναπηρία του δείγματος;**

Από τον έλεγχο της ανάλυσης διακύμανσης που ακολουθεί φαίνεται ότι μεταξύ των τριών ομάδων που καταγράφηκαν στη μελέτη, εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές στη ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων με και δίχως αναπηρία με  $F = 5,364$ ,  $p=0,003$ . Συγκεκριμένα, σχετικά με τη διάσταση «WHO» καταγράφονται σημαντικά υψηλότερες τιμές στην ομάδα ελέγχου(3,58) συγκριτικά με τους βαρήκοους (3,31) και τους κωφούς (3,37) με  $p=0,016$  και  $0,020$  αντίστοιχα (πίνακας 10).

**Πίνακας 28. Διαφοροποίηση της ικανοποίησης ανάλογα με την πάθηση**

	Ομάδα ελέγχου		Βαρηκοΐα		Κώφωση		P
	Mean	Standard Deviation	Mean	Standard Deviation	Mean	Standard Deviation	
WHO	3,58	,48	3,31	,63	3,37	,51	0,003

**5) Επηρεάζεται η ευτυχία των ατόμων με Κώφωση με βάση τα ατομικά τους χαρακτηριστικά (φύλο, χρονολογική ηλικία, οικονομική κατάσταση, ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας, ύπαρξη κοχλιακού εμφυτεύματος);**

Από τον έλεγχο της ανάλυσης διακύμανσης για την «Ηλικία» και του «Στο σπίτι ζω» και του t-test για το «Φύλο» που ακολουθούν φαίνεται ότι εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές μόνο με την «Ηλικία» με  $F = 3,502$ ,  $p=0,033$ . Συγκεκριμένα, καταγράφονται σημαντικά υψηλότερες τιμές στην ηλικιακή ομάδα «18-25» (2,95) συγκριτικά με την ηλικιακή ομάδα «56+» (2,44), ενώ οι διαφορές μεταξύ των υπολοίπων ομάδων δεν είναι στατιστικά σημαντικές (πίνακας 11).

**Πίνακας 29. Διαφοροποίηση της ευτυχίας ανάλογα με δημογραφικά χαρακτηριστικά**

		Ικανοποίηση από τη ζωή		Θετικό συναίσθημα	Ενεργητικότητα	Κοινωνικότητα
		Mean	S.D.	Mean	Mean	Mean
Φύλο	Άρρεν	Mean	2,77	2,84	2,67	2,99
		S.D.	,45	,51	,59	,52
	Θήλυ	Mean	2,72	2,60	2,53	3,03
		S.D.	,40	,47	,59	,52
Ηλικία	18-25	Mean	2,95	2,75	2,71	3,02
		S.D.	,31	,45	,49	,38

Στο σπίτι ζω	26-35	Mean	2,85	2,78	2,85	3,11
		S.D.	,50	,42	,82	,58
	36-45	Mean	2,86	2,82	2,67	3,24
		S.D.	,37	,35	,27	,32
	46-55	Mean	2,53	2,75	2,30	2,90
		S.D.	,42	,67	,46	,63
	56+	Mean	2,44	2,44	2,41	2,81
		S.D.	,32	,56	,68	,63
	Με την οικογένεια	Mean	2,77	2,79	2,65	3,00
		S.D.	,32	,49	,59	,45
	Μόνος	Mean	2,88	2,66	2,76	2,91
		S.D.	,60	,57	,70	,65
	Με συγγενείς	Mean	2,52	2,58	2,26	3,07
		S.D.	,44	,50	,36	,57
Με φίλους	Mean	2,67	2,50	2,33	3,33	
	S.D.	,00	,35	,00	,47	

**6) Υπάρχει διαφοροποίηση στην ικανοποίηση από τα μεταφορικά μέσα και τις παροχές υγείας στα άτομα με και δίχως αναπηρία;**

Από τον έλεγχο της ανάλυσης διακύμανσης, ο οποίος ακολουθεί, φαίνεται ότι μεταξύ των τριών ομάδων που καταγράφηκαν στη μελέτη, εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές για τη διάσταση της ικανοποίησης από τα μεταφορικά μέσα και τις παροχές υγείας με  $F = 4,887$ ,  $p=0,008$ . Συγκεκριμένα, καταγράφονται σημαντικά υψηλότερες τιμές στην ομάδα ελέγχου (2,79) συγκριτικά με τους βαρήκοους (2,11), ενώ οι διαφορές μεταξύ των υπολοίπων ομάδων δεν είναι στατιστικά σημαντικές (πίνακας 12).

**Πίνακας 30. Διαφοροποίηση της ικανοποίησης από τα μεταφορικά μέσα ανάλογα με την πάθηση**

		Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τα μεταφορικά μέσα που χρησιμοποιείτε;	p
Ομάδα ελέγχου	Mean	2,79	0,008
	Standard Deviation	1,40	
Βαρηκοΐα	Mean	2,11	
	Standard Deviation	1,22	
Κώφωση	Mean	2,57	
	Standard Deviation	1,06	

**7) Υπάρχει διαφοροποίηση στην επιλογή του τρόπου επικοινωνίας (νοηματική, χειλεανόγνωση) ανάμεσα στα άτομα με κώφωση και βαρηκοΐα; Αν υπάρχει, εξαρτάται από προσωπικά χαρακτηριστικά;**

Από τον έλεγχο της ανάλυσης διακύμανσης, ο οποίος ακολουθεί, φαίνεται ότι μεταξύ των δύο ομάδων με αναπηρία που καταγράφηκαν στη μελέτη, δεν εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές στην επιλογή του τρόπου επικοινωνίας με όλες τις διαστάσεις να έχουν  $p > 0,05$  (πίνακας 13).

**Πίνακας 31. Διαφοροποίηση της επικοινωνίας ανά ομάδα**

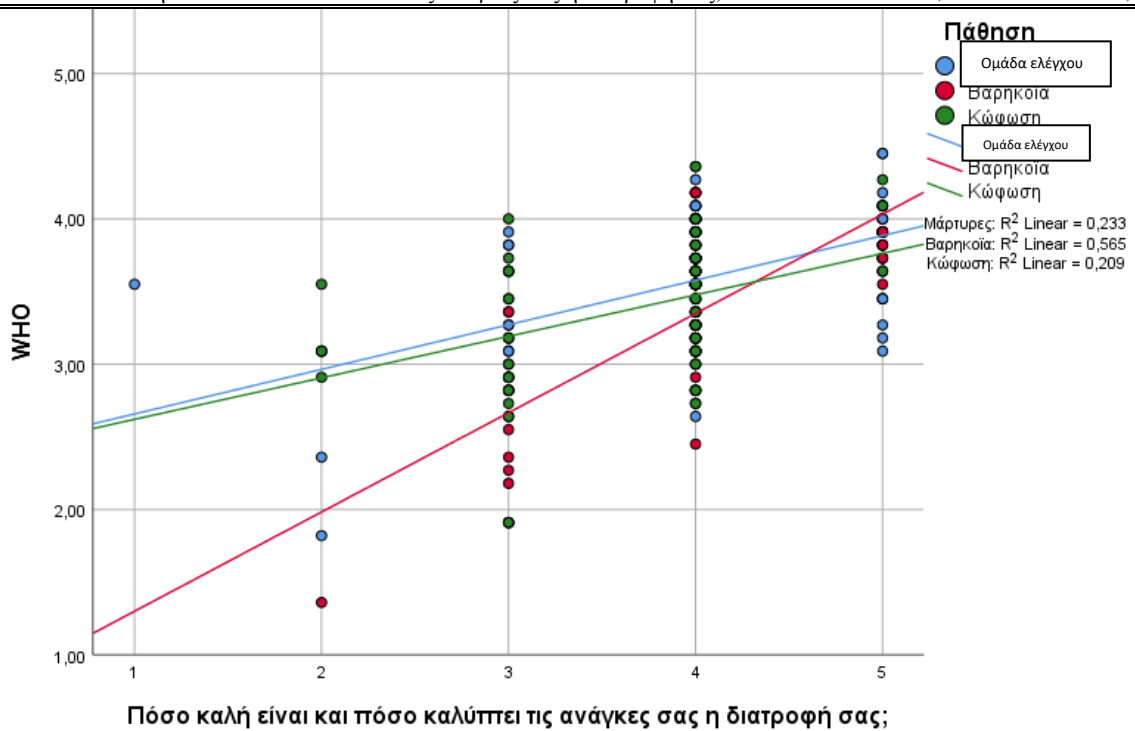
		Mean	Std. Deviation	P
Τα Κωφά/βαρήκοα άτομα πρέπει να χρησιμοποιούν μόνο την Ελληνική Νοηματική Γλώσσα	Βαρηκοΐα	2,49	1,382	0,338
	Κώφωση	2,76	1,392	
Η Ελληνική Νοηματική Γλώσσα και τα Ελληνικά είναι διαφορετικές γλώσσες ίσης αξίας	Βαρηκοΐα	4,32	,976	0,635
	Κώφωση	4,22	1,066	
Μπορώ να επικοινωνώ στην Ελληνική Νοηματική Γλώσσα και στην γραπτή Ελληνική	Βαρηκοΐα	4,09	1,348	0,589
	Κώφωση	4,22	1,046	
Είναι καλύτερο για τα Κωφά/βαρήκοα άτομα να επικοινωνούν με την ομιλία και την χειλεανόγνωση	Βαρηκοΐα	3,13	,921	0,541
	Κώφωση	3,00	1,242	

**8) Επηρεάζει η ποιότητα του ύπνου και η διατροφή την ποιότητα ζωής των ατόμων με και δίχως αναπηρία;**

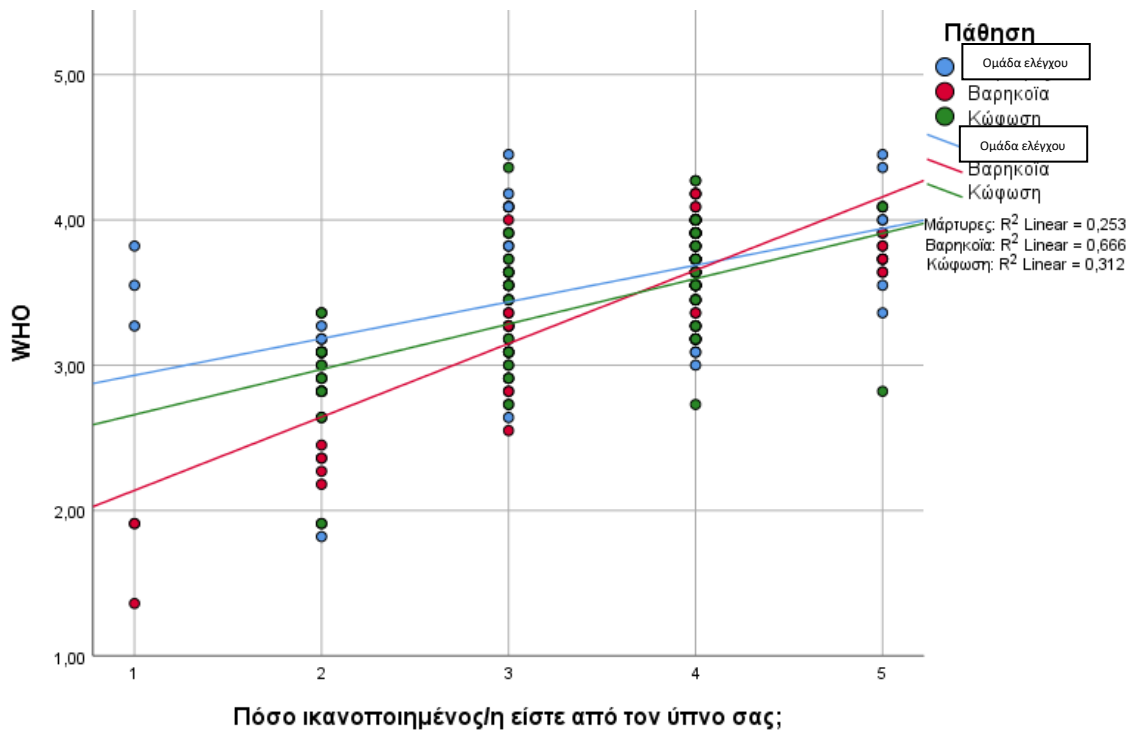
Από τον έλεγχο συσχετίσεων με το συντελεστή συσχέτισης Pearson φαίνεται ότι η ποιότητα του ύπνου και η διατροφή επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ατόμων με και δίχως αναπηρία. Συγκεκριμένα, καταγράφεται θετική συσχέτιση με τις διαστάσεις «Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τον ύπνο σας;» και «Πόσο καλή είναι και πόσο καλύπτει τις ανάγκες σας η διατροφή σας;» μεταξύ και των τριών ομάδων και  $p < 0,05$  (πίνακας 18 και 19).

**Πίνακας 32. Συσχέτιση της ικανοποίησης από τον ύπνο και τη διατροφή με την ικανοποίηση ανά ομάδα**

		WHO	
		Pearson	
		Correlation	Sig. (2-tailed)
Ομάδα	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τον ύπνο σας;	,503	,000
ελέγχου	Πόσο καλή είναι και πόσο καλύπτει τις ανάγκες σας η διατροφή σας;	,483	,000
Βαρηκοΐα	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τον ύπνο σας;	,816	,000
	Πόσο καλή είναι και πόσο καλύπτει τις ανάγκες σας η διατροφή σας;	,752	,000
Κώφωση	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τον ύπνο σας;	,559	,000
	Πόσο καλή είναι και πόσο καλύπτει τις ανάγκες σας η διατροφή σας;	,457	,001



Γράφημα 18. Διάγραμμα διασποράς της συνολικής ικανοποίησης ανάλογα με την ικανοποίηση από τις διατροφικές ανάγκες ανά πάθηση.



Γράφημα 19. Διάγραμμα διασποράς της συνολικής ικανοποίησης ανάλογα με την ικανοποίηση από τον ύπνο ανά πάθηση

### 9) Διαφοροποιείται η στάση των ατόμων με και δίχως αναπηρία ως προς τον γάμο κωφών ατόμων μεταξύ τους;

Από τον έλεγχο της ανάλυσης διακύμανσης, ο οποίος ακολουθεί, φαίνεται ότι μεταξύ των τριών ομάδων που καταγράφηκαν στη μελέτη, εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές για τη διάσταση της στάσης των ατόμων με και δίχως αναπηρία ως προς τον γάμο κωφών ατόμων μεταξύ τους με  $F = 6,588$ ,  $p=0,002$ . Συγκεκριμένα, καταγράφονται σημαντικά υψηλότερες τιμές στην ομάδα ελέγχου(2,19) συγκριτικά με τους βαρήκοους (1,36), ενώ οι διαφορές μεταξύ των υπολοίπων ομάδων δεν είναι στατιστικά σημαντικές (πίνακας 15).

**Πίνακας 33. Διαφοροποίηση στις απόψεις για τα γάμο ανάλογα με την πάθηση**

		Τα Κωφά/βαρήκοα άτομα δεν πρέπει να παντρεύονται Κωφά/ βαρήκοα άτομα	P
Ομάδα	Mean	2,19	0,002
ελέγχου	Standard Deviation	1,53	

Βαρηκοΐα	Mean	1,36
	Standard Deviation	,88
Κώφωση	Mean	1,92
	Standard Deviation	1,35

**10) Η ποιότητα του φυσικού περιβάλλοντος και η Ανάπτυξης της Ταυτότητας, σε συνδυασμό με την περιοχή διαμονής, επηρεάζουν την ευτυχία των ατόμων με και δίχως αναπηρία;**

Προκειμένου να διερευνηθεί η επίδραση της περιοχής, της πάθησης και των δεικτών της Ανάπτυξης της Ταυτότητας και του φυσικού περιβάλλοντος στην «Ικανοποίηση από τη ζωή», χρησιμοποιείται ανάλυση παλινδρόμησης. Από την ανάλυση φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάλογα με την περιοχή με  $p$ - values < 0,03 σε κάθε περίπτωση, ενώ δεν εντοπίζονται διαφορές ανά πάθηση. Συγκεκριμένα, η ικανοποίηση όσων κατοικούν σε περιοχές με περισσότερους από 50000 κατοίκους είναι μεγαλύτερη σε σχέση με τους κατοίκους άλλων περιοχών. Τέλος, σχετικά με τους παράγοντες ανάπτυξης της ταυτότητας ο μοναδικός που βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντικός είναι αυτός της περιθωριοποίησης, όπου μικρότερες τιμές της σχετίζονται με μεγαλύτερες τιμές ικανοποίησης. Θετική και στατιστικά σημαντική είναι και η επίδραση του φυσικού περιβάλλοντος (πίνακας 16).

**Πίνακας 34. Παλινδρόμηση για την ικανοποίηση από τη ζωή**

Dependent Variable: Ικανοποίηση από τη ζωή

Parameter	B	Std. Error	t	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Intercept	,948	,299	3,173	,002	,359	1,538
5000 κατ. vs 50000+	-,241	,108	-2,235	,027	-,454	-,028
20000 κατ. vs 50000+	-,196	,086	-2,280	,024	-,365	-,026
50000 κατ. vs 50000+	-,264	,086	-3,080	,002	-,433	-,095
Βαρύκοι vs Κωφοί	,029	,092	,312	,756	-,153	,211
Διπολιτισμική κλίμακα	,292	,049	5,942	,000	,195	,388
Κλίμακα Βύθισης	,026	,049	,531	,596	-,070	,122
Κλίμακα Περιθωριοποίησης	-,170	,044	-3,866	,000	-,257	-,083
Κλίμακα Ακοής	,073	,055	1,326	,186	-,035	,181
Φυσικό περιβάλλον	,248	,038	6,477	,000	,173	,324



Προκειμένου να διερευνηθεί η επίδραση της περιοχής, της πάθησης και των δεικτών της Ανάπτυξης της Ταυτότητας και του φυσικού περιβάλλοντος στο «Θετικό συναίσθημα», χρησιμοποιείται ανάλυση παλινδρόμησης. Από την ανάλυση φαίνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάλογα με την περιοχή, ενώ δεν εντοπίζονται διαφορές ανά πάθηση. Σχετικά με τους παράγοντες ανάπτυξης της ταυτότητας, βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντικός ο παράγοντας της περιθωριοποίησης, της ακοής, της διπολιτιστικής κλίμακας και του φυσικού περιβάλλοντος, όπου μεγαλύτερες τιμές τους σχετίζονται με μεγαλύτερες τιμές θετικού συναισθήματος, ενώ αντίστροφος είναι ο ρόλος της περιθωριοποίησης (πίνακας 17).

**Πίνακας 35. Παλινδρόμηση για το θετικό συναίσθημα**

Dependent Variable: Θετικό συναίσθημα

Parameter	B	Std. Error	t	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Intercept	,218	,361	,606	,546	-,493	,930
5000 κατ. vs 50000+	-,170	,130	-1,306	,193	-,427	,087
20000 κατ. vs 50000+	-,054	,104	-,521	,603	-,258	,151
50000 κατ. vs 50000+	-,006	,103	-,060	,952	-,210	,198
Βαρύκοι vs Κωφοί	-,161	,112	-1,446	,150	-,381	,059
Διπολιτισμική κλίμακα	,384	,059	6,491	,000	,268	,501
Κλίμακα Βύθισης	,085	,059	1,442	,151	-,031	,201
Κλίμακα Περιθωριοποίησης	-,161	,053	-3,029	,003	-,266	-,056
Κλίμακα Ακοής	,165	,066	2,497	,013	,035	,296
Φυσικό περιβάλλον	,197	,046	4,268	,000	,106	,289

Προκειμένου να διερευνηθεί η επίδραση της περιοχής, της πάθησης και των δεικτών της Ανάπτυξης της Ταυτότητας και του φυσικού περιβάλλοντος στην «Ενεργητικότητα», χρησιμοποιείται ανάλυση παλινδρόμησης. Από την ανάλυση φαίνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάλογα με την περιοχή, ενώ δεν εντοπίζονται διαφορές ανά πάθηση. Σχετικά με τους παράγοντες ανάπτυξης της ταυτότητας βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντικός ο παράγοντας της βύθισης, της διπολιτιστικής κλίμακας και του φυσικού περιβάλλοντος, όπου μεγαλύτερες τιμές τους σχετίζονται με μεγαλύτερες τιμές ενεργητικότητας (πίνακας 18).

**Πίνακας 36. Παλινδρόμηση για την ενεργητικότητα**

Dependent Variable: Ενεργητικότητα

Parameter	B	Std. Error	t	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Intercept	-,263	,385	-,683	,496	-1,022	,497
5000 κατ. vs 50000+	-,306	,139	-2,075	,064	-,590	,042
20000 κατ. vs 50000+	-,206	,111	-1,859	,065	-,424	,013
50000 κατ. vs 50000+	-,221	,110	-1,999	,057	-,439	,003
Βαρύκοοι vs Κωφοί	,059	,119	,496	,621	-,176	,294
Διπολιτισμική κλίμακα	,327	,063	5,178	,000	,203	,452
Κλίμακα Βύθισης	,185	,063	2,949	,004	,061	,309
Κλίμακα	-,096	,057	-1,693	,092	-,208	,016
Περιθωριοποίησης						
Κλίμακα Ακοής	,067	,071	,950	,343	-,072	,206
Φυσικό περιβάλλον	,365	,049	7,396	,000	,268	,463

Προκειμένου να διερευνηθεί η επίδραση της περιοχής, της πάθησης και των δεικτών της Ανάπτυξης της Ταυτότητας και του φυσικού περιβάλλοντος στην «Κοινωνικότητα», χρησιμοποιείται ανάλυση παλινδρόμησης. Από την ανάλυση φαίνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάλογα με την περιοχή, ενώ δεν εντοπίζονται διαφορές ανά πάθηση. Σχετικά με τους παράγοντες ανάπτυξης της ταυτότητας, βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντικός ο παράγοντας της περιθωριοποίησης, της ακοής, της διπολιτισμικής κλίμακας και του φυσικού περιβάλλοντος, όπου μεγαλύτερες τιμές τους σχετίζονται με μεγαλύτερες τιμές κοινωνικότητας ενώ αντίστροφος είναι ο ρόλος της περιθωριοποίησης (πίνακας 19).

### Πίνακας 37. Παλινδρόμηση για την κοινωνικότητα

Dependent Variable: Κοινωνικότητα

Parameter	B	Std. Error	t	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Intercept	1,027	,312	3,290	,001	,411	1,642
5000 κατ. vs 50000+	-,124	,113	-1,101	,272	-,346	,098
20000 κατ. vs 50000+	-,072	,090	-,801	,424	-,249	,105
50000 κατ. vs 50000+	-,202	,090	-2,063	,059	-,388	,035
Βαρύκοοι vs Κωφοί	-,178	,097	-1,847	,066	-,369	,012
Διπολιτισμική κλίμακα	,341	,051	6,655	,000	,240	,442
Κλίμακα Βύθισης	,006	,051	,124	,902	-,094	,107
Κλίμακα Περιθωριοποίησης	-,217	,046	-4,721	,000	-,308	-,127
Κλίμακα Ακοής	,244	,057	4,254	,000	,131	,357
Φυσικό περιβάλλον	,137	,040	3,409	,001	,058	,216

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>

### 7.1. Συζήτηση – συμπεράσματα

Στην παρούσα μελέτη αρχικά, διερευνήθηκε η ύπαρξη διαφοροποίησης μεταξύ του δείγματος και συγκεκριμένα, μεταξύ των ατόμων με ακουστική αναπηρία ως προς την ευτυχία, την αποδοχή της ταυτότητας και την ποιότητα ζωής τους. Στη συνέχεια, εξετάστηκε κατά πόσο οι ομάδες των Ατόμων με και δίχως Αναπηρία στο σύνολό τους διαφοροποιούνται ως προς τους παραπάνω παράγοντες. Ακόμη, μελετήθηκε η ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών και των εξαρτημένων μεταβλητών. Από τη στατιστική ανάλυση προέκυψαν σημαντικά αποτελέσματα, τα οποία αναλύονται παρακάτω.

#### 1) Διαφοροποιείται η ευτυχία μεταξύ των τριών ομάδων του δείγματος;

Το πρώτο ερευνητικό ερώτημα απαιτούσε τη διερεύνηση του βαθμού ευτυχίας μεταξύ των τριών ομάδων. Η διερεύνηση έγινε και στις τέσσερις (4) διαστάσεις της Ευτυχίας, στην «Ικανοποίηση από τη ζωή», στο «Θετικό συναίσθημα», στην «Ενεργητικότητα» και στην «Κανονικότητα». Συγκεκριμένα, σχετικά με τη διάσταση «Ικανοποίηση από τη ζωή», καταγράφονται σημαντικά υψηλότερες τιμές στην ομάδα ελέγχου(3,02), συγκριτικά με τους κωφούς (2,74) με  $p=0,012$ , ενώ οι διαφορές μεταξύ των υπολοίπων ομάδων δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Παράλληλα, για τη διάσταση «Θετικό συναίσθημα» καταγράφονται σημαντικά υψηλότερες τιμές στην ομάδα ελέγχου (3,00), συγκριτικά με τους βαρήκοους (2,65) και τους κωφούς (2,71) με  $p=0,003$  και 0,026 αντίστοιχα. Σχετικά με τη διάσταση «Ενεργητικότητα», καταγράφονται σημαντικά υψηλότερες τιμές στην ομάδα ελέγχου(2,85), συγκριτικά με τους κωφούς (2,59) με  $p=0,033$ , ενώ οι διαφορές μεταξύ των υπολοίπων ομάδων δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Τέλος, σχετικά με τη διάσταση «Κοινωνικότητα» καταγράφονται σημαντικά υψηλότερες τιμές στην ομάδα ελέγχου (3,14), συγκριτικά με τους βαρήκοους (2,88) με  $p=0,028$ , ενώ οι διαφορές μεταξύ των υπολοίπων ομάδων δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Καθώς η αίσθηση της ευτυχίας είναι υποκειμενική και ανεξάρτητη από το φύλο, την ηλικία (Myers, 2007) ή την οικονομική ευμάρεια των ανθρώπων (Diener & Biswas-Diener, 2002). Υπάρχουν πολλοί συσχετισμοί και προγνωστικοί παράγοντες της ευτυχίας. Οι παράγοντες, οι οποίοι συμβάλλουν στην προσέγγιση της ευτυχίας είναι πολλοί και ποικίλλουν από άνθρωπο σε άνθρωπο, ανάλογα με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, τη θρησκευτική πίστη, το γάμο και την κοινωνική υποστήριξη (Myers, 2000). Παρόλα αυτά, όλο και περισσότερες έρευνες δείχνουν ότι η κατάκτηση όσο και οι προγνωστικοί παράγοντες της ευτυχίας διαφέρουν διαπολιτισμικά (Oishi & Gilbert, 2016).

#### 2) Διαφοροποιείται η Ανάπτυξης της Ταυτότητας μεταξύ δύο ομάδων του δείγματος;

Εξετάζοντας το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα, εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους Κωφούς και τους Βαρήκοους, με τους δεύτερους να

εμφανίζουν μειωμένη την κλίμακα βύθισης (2,10). Η κλίμακα βύθισης αναφέρεται στο κατά πόσο το άτομο νιώθει ενεργό μέλος και αποδέχεται την κουλτούρα των Κωφών. Στη προκειμένη περίπτωση, τα άτομα με Βαρηκοΐα φαίνεται να μην αισθάνονται ολοκληρωτικά μέρη αυτής της κουλτούρας, καθώς τα άτομα που εντάσσονται σ' αυτή αποδέχονται την αναπηρία τους και προωθούν την άποψη πως η Κώφωση αποτελεί διαφορετικότητα και όχι μειονέκτημα (Reagen et al., 2021). Ειδικότερα, θεωρούν πως δεν υπάρχει καμία διαφορά ανάμεσα στα άτομα με ή δίχως αναπηρία, καθώς όλοι παρουσιάζουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα σε διαφορετικές μορφές (McIlroy & Storbeck, 2011). Τα άτομα με ταυτότητα Κωφών δεν αντιμετωπίζουν τον εαυτό τους ως άτομο με ειδικές ανάγκες, αλλά ως μέλος μιας πολιτιστικής και γλωσσικής μειονότητας (Leigh, 2020). Τα βαρήκοα άτομα δεν φαίνεται να αποδέχονται αυτή την άποψη και αναγνωρίζουν τον εαυτό τους ως άτομο με προβλήματα ακοής.

### **3) Ποια είναι η επίδραση της ευτυχίας στη Ανάπτυξης της Ταυτότητας των ατόμων του δείγματος;**

Το τρίτο ερευνητικό ερώτημα αναζήτησε τη διαφοροποίηση που παρουσιάζει η ταυτότητα των ατόμων με ακουστική αναπηρία, σύμφωνα με το επίπεδο ευτυχίας τους. Από τον έλεγχο συσχετίσεων φαίνεται ότι η Διπολιτισμική κλίμακα έχει στατιστικά σημαντική και θετική συσχέτιση με όλες τις διαστάσεις της Ευτυχίας. Σε αυτή τη κατηγορία ανήκουν τα άτομα που συμμετέχουν τόσο στη κοινότητα των ακουόντων, όσο και στην Κοινότητα των Κωφών. Αισθάνονται υπερηφάνεια για την Κώφωσή τους και αποδέχονται τον πολιτισμό, τις αξίες και τις αρχές της κοινότητας. Ταυτοχρόνως, σέβονται, εκτιμούν και υπολογίζουν τα άτομα με φυσιολογική ακοή, βιώνοντας θετικά συναισθήματα απέναντί τους, εκφράζοντας μια υποστηρικτική διάθεση (Fischer, 2000 · Leigh, 2009). Όπως διαπιστώνεται, η συναναστροφή των ατόμων με Διπολιτισμική ταυτότητα πραγματοποιείται τόσο με άτομα με Κώφωση, όσο και με άτομα χωρίς απώλεια ακοής (Glickman & Garey, 1993). Ειδικότερα, οι κωφοί με τη συγκεκριμένη ταυτότητα εκμεταλλεύονται τις ευκαιρίες που τους παρέχουν οι δύο κοινότητες, στις οποίες κινούνται και ζουν με αυτοπεποίθηση και με τους δικούς τους όρους (McIlroy & Storbeck, 2011). Συγκεκριμένα, καταγράφεται θετική συσχέτιση με την «Ικανοποίηση από τη ζωή» ( $r=0,448$ ,  $p<0,001$ ) με το «Θετικό συναίσθημα» ( $r=0,453$ ,  $p<0,001$ ), με την «Ενεργητικότητα» και ( $r=0,293$ ,  $p=0,003$ ) και με την «Κοινωνικότητα» ( $r=0,471$ ,  $p<0,001$ ).

Παράλληλα, φαίνεται ότι η κλίμακα Περιθωριοποίησης έχει στατιστικά σημαντική και αρνητική συσχέτιση με όλες τις διαστάσεις της Ευτυχίας. Συγκεκριμένα, καταγράφεται αρνητική συσχέτιση με την «Ικανοποίηση από τη ζωή» ( $r=-0,483$ ,  $p<0,001$ ) με το «Θετικό συναίσθημα» ( $r=-0,384$   $p<0,001$ ), με την «Ενεργητικότητα» και ( $r=-0,286$ ,  $p=0,004$ ) και με την «Κοινωνικότητα» ( $r=0,414$ ,  $p<0,001$ ). Τέλος, φαίνεται ότι η κλίμακα Ακοής έχει στατιστικά σημαντική και θετική συσχέτιση με το «Θετικό συναίσθημα» ( $r=-0,257$   $p=0,009$ ).

#### **4) Διαφοροποιείται η συνολική ποιότητα ζωής μεταξύ των ομάδων με και δίχως αναπηρία του δείγματος;**

Το τέταρτο ερευνητικό ερώτημα επικεντρώθηκε στη διαφοροποίηση της ποιότητας ζωής στις ομάδες του δείγματος. Συγκεκριμένα, σχετικά με τη διάσταση «WHO» καταγράφονται σημαντικά υψηλότερες τιμές στην ομάδα ελέγχου (3,58), συγκριτικά με τους βαρήκοους (3,31) και τους κωφούς (3,37), με  $p=0,016$  και  $0,020$  αντίστοιχα. Μέσα από τη βιβλιογραφία διαπιστώνεται πως έχει δοθεί ιδιαίτερη ερευνητική προσοχή τόσο στην ποιότητα ζωής των ατόμων με απώλεια ακοής, όσο και στους παράγοντες που την επηρεάζουν (Ciesla et al., 2015 · Duarte et al., 2014 · Eldik, 2005 · Fellingner et al., 2007 · Fellingner et al., 2008 · Fellingner et al., 2005 · Haukedal et al., 2019 · Haukedal et al., 2018 · Huber, 2005 · Huber et al., 2015 · Keilmann et al. 2007 · Kumar et al. 2015 · Loy et al., 2010 · McAbee et al., 2017 · Meserole et al., 2014 · Niemensivu et al., 2018 · Pérez-Mora et al., 2012 · Roland et al., 2016 · Skrbic et al., 2013 · Stewart et al., 2000 · Stevenson et al., 2015 · Wake et al., 2004 · Wake et al., 2004 · Warner-Czyz et al., 2009 · Werngren-Elgström, 2003). Αρκετές μελέτες έχουν καταλήξει σε ενθαρρυντικά αποτελέσματα σε σχέση με την ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση. Συμπεραίνουμε ότι τα άτομα με ακουστική αναπηρία, δηλώνουν ικανοποιημένα με την ποιότητα ζωής τους, αλλά συγκριτικά με τα άτομα δίχως ακουστική αναπηρία, η ικανοποίησή τους είναι σε μικρότερο βαθμό. Κάτι που είναι απολύτως λογικό, καθώς η εκάστοτε αναπηρία επηρεάζει, άλλες φορές σε μικρότερο και άλλες σε μεγαλύτερο βαθμό, την ποιότητα της ζωής.

#### **5) Επηρεάζεται η ευτυχία των ατόμων με Κώφωση με βάση τα ατομικά τους χαρακτηριστικά (φύλο, χρονολογική ηλικία, οικονομική κατάσταση, ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας, ύπαρξη κοχλιακού εμφυτεύματος);**

Με το πέμπτο ερευνητικό ερώτημα διερευνάται αν η ευτυχία επηρεάζεται από τα ατομικά χαρακτηριστικά των ατόμων με Κώφωση. Από τον έλεγχο της ανάλυσης διακύμανσης για την «Ηλικία» και του «Στο σπίτι ζω» και του t-test για το «Φύλο» που ακολουθούν φαίνεται ότι εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές μόνο με την «Ηλικία» με  $p=0,033$ . Συγκεκριμένα, καταγράφονται σημαντικά υψηλότερες τιμές στην ηλικιακή ομάδα «18-25» (2,95), συγκριτικά με την ηλικιακή ομάδα «56+» (2,44), ενώ οι διαφορές μεταξύ των υπολοίπων ομάδων δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Κατά τον Veenhoven (2009, όπ. αναφ. στο Proença, Pais-Ribeiro, & MartinsOliveira, 2012) η ευτυχία δε θεραπεύει σοβαρές ασθένειες, αλλά βοηθάει στην πρόληψη των ασθενειών, καθώς αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για την ποιότητα της ζωής και συμβάλλει στη μακροζωία. Οι χαρούμενοι άνθρωποι ανέφεραν καλύτερη υγεία και λιγότερο δυσάρεστα σωματικά συμπτώματα (Kehn, 1995· Røysamb et al., 2003· Mroczek & Spyro, 2005). Επιπλέον, οι πιο χαρούμενοι άνθρωποι κατά τους Diener και Seligman (2002, όπ. αναφ. στο Proença et al., 2012) εμφάνισαν λιγότερα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, όπως κατάθλιψη, σχιζοφρένεια ή υποχονδρίαση. Στην ηλικιακή ομάδα «18-25» έχουμε μεγαλύτερα ποσοστά ευτυχίας, υποθέτουμε ότι η ύπαρξη προβλημάτων υγείας ή οικονομικής φύσεως είναι μικρότερη σε αυτές τις ηλικίες από ότι στην ηλικιακή ομάδα «56+».

**6) Υπάρχει διαφοροποίηση στην ικανοποίηση από τα μεταφορικά μέσα και τις παροχές υγείας στα άτομα με και δίχως αναπηρία;**

Το έκτο ερευνητικό ερώτημα διερεύνησε την ικανοποίηση των ατόμων με και δίχως αναπηρία από τα μεταφορικά μέσα και από τις παροχές υγείας. Εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές για τη διάσταση της ικανοποίησης από τα μεταφορικά μέσα και τις παροχές υγείας με  $p=0,008$ . Συγκεκριμένα, καταγράφονται σημαντικά υψηλότερες τιμές στην ομάδα ελέγχου (2,79), συγκριτικά με τους βαρήκοους (2,11) με  $p=0,006$ . Τα υψηλά ποσοστά στην ομάδα ελέγχου και στους Κωφούς, μπορεί να οφείλονται σε όχι και τόσο συχνή χρήση των μεταφορικών μέσων και αντίστοιχα, τα μειωμένα ποσοστά στους Βαρήκοους μπορεί να φανερώνουν μια συχνότερη χρήση των μεταφορικών μέσων.

**7) Υπάρχει διαφοροποίηση στην επιλογή του τρόπου επικοινωνίας (νοηματική, χειλεανόγνωση) ανάμεσα στα άτομα με κώφωση και βαρηκοΐα; Αν υπάρχει, εξαρτάται από προσωπικά χαρακτηριστικά;**

Προς απάντηση του έβδομου ερευνητικού ερωτήματος διερευνήθηκε, εάν η μέθοδος επικοινωνίας που χρησιμοποιείται στην καθημερινότητα, (τύπος φοίτησης του σχολείου, γλώσσα πραγματοποίησης της διδασκαλίας), εξαρτάται από τα ατομικά χαρακτηριστικά των ατόμων με ακουστική αναπηρία. Μεταξύ των δύο ομάδων με αναπηρία που καταγράφηκαν στη μελέτη, δεν εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές στην επιλογή του τρόπου επικοινωνίας με όλες τις διαστάσεις να έχουν  $p>0,05$ . Οι εκτιμήσεις παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 13 που ακολουθεί.

**8) Επηρεάζει η ποιότητα του ύπνου και η διατροφή την ποιότητα ζωής των ατόμων με και δίχως αναπηρία;**

Το όγδοο ερευνητικό ερώτημα μελέτησε την επίδραση της ποιότητας του ύπνου και της διατροφής στην ποιότητα ζωής των ατόμων με και δίχως αναπηρία. Συγκεκριμένα, καταγράφεται θετική συσχέτιση με τις διαστάσεις «Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τον ύπνο σας;» και «Πόσο καλή είναι και πόσο καλύπτει τις ανάγκες σας η διατροφή σας;» μεταξύ και των τριών ομάδων και  $p<0,05$ . Συνεπάγεται ότι και στα τρία δείγματα, η καλή ποιότητα ύπνου, σε συνδυασμό με μια ισορροπημένη διατροφή, επιφέρουν καλύτερη ποιότητα ζωής. Υπάρχει συναίνεση μεταξύ των ερευνητών στο ότι ο ύπνος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο για τη σωματική, γνωστική και ψυχική ευεξία του ατόμου. Ο ύπνος έχει συνδεθεί με τη γνωστική απόδοση σε εργασίες που απαιτούν παγίωση της μνήμης και τη μάθηση (Gui et al., 2017), την ταχύτητα επεξεργασίας (Lim et al., 2017), τη διαδικαστική μνήμη που χρησιμοποιείται στις κινητικές δεξιότητες

(Rangtall et al., 2017), την προσοχή (Lehto & Uusitalo-Malmivaara, 2014), τη λήψη αποφάσεων και τη δημιουργικότητα (Seeley et al., 2016). Επιπλέον, στη βιβλιογραφία έχουν αναφερθεί συνδέσεις μεταξύ των σωματικών καταστάσεων υγείας και του διαταραγμένου ύπνου.

### **9) Διαφοροποιείται η στάση των ατόμων με και δίχως αναπηρία ως προς τον γάμο κωφών ατόμων μεταξύ τους;**

Το ένατο ερευνητικό ερώτημα διερεύνησε την στάση των ατόμων με και δίχως αναπηρία απέναντι στο γάμο. Ο γάμος μεταξύ Κωφών αποτελεί ένα ηθικό δίλλημα, λόγω της μεγάλης πιθανότητας οι απόγονοι να φέρουν και αυτοί την ακουστική αναπηρία. Εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές για τη διάσταση της στάσης των ατόμων με και δίχως αναπηρία ως προς τον γάμο κωφών ατόμων μεταξύ τους με  $p=0,002$ . Συγκεκριμένα, καταγράφονται σημαντικά υψηλότερες τιμές στην ομάδα ελέγχου(2,19), συγκριτικά με τους βαρήκουους (1,36) με  $p=0,001$ , ενώ οι διαφορές μεταξύ των υπολοίπων ομάδων δεν είναι στατιστικά σημαντικές.

Παρόλα αυτά, η κοινότητα των Κωφών χαρακτηρίζεται ως ενδογαμική (Padden, 1980). Συνήθως, οι Κωφοί παντρεύονται μεταξύ τους. Αυτό παρατηρείται περισσότερο σε αυτούς που έχασαν την ακοή τους σε μικρή ηλικία. Σύμφωνα με στοιχεία από έρευνες που έχουν γίνει στις Η.Π.Α, 95% των Κωφών έχουν παντρευτεί με άλλους Κωφούς. Το υπόλοιπο 5% των Κωφών που έχουν παντρευτεί ακούοντες είναι συνήθως ή βαρήκοοι ή άτομα που έχασαν την ακοή τους σε μεγάλη ηλικία (Schein, 1995). Ο γάμος των Κωφών μεταξύ τους δείχνει υγιή προσαρμογή στην κώφωση. Αυτοί οι γάμοι είναι πετυχημένοι και σταθεροί. Αυτό δείχνει ότι οι Κωφοί αισθάνονται καλύτερα και είναι ικανοποιημένοι κοινωνικά στις σχέσεις τους με άτομα που χρησιμοποιούν τον ίδιο τρόπο επικοινωνίας και έχουν παρόμοια κοινωνικά βιώματα. Οι Κωφοί γονείς συνήθως, αποκτούν ακούοντα παιδιά και είναι πετυχημένοι ως γονείς. Τα παιδιά τους σε μεγάλο ποσοστό σπουδάζουν και ακολουθούν επαγγέλματα καριέρας, ενώ πολλά εργάζονται σε τομείς εκπαίδευσης, ψυχολογίας, γλωσσολογίας και αποκατάστασης κωφών (Schein, 1995). Σύμφωνα με έρευνες (Schein and Delk, 1974) που έχουν γίνει στις Η.Π.Α, οι Κωφοί παντρεύονται σε μικρότερο ποσοστό απ' ότι οι ακούοντες. Το ποσοστό των άγαμων Κωφών είναι περίπου τρεις φορές μεγαλύτερο από το αντίστοιχο των ακούοντων (γενικό πληθυσμό).

### **10) Η ποιότητα του φυσικού περιβάλλοντος και η Ανάπτυξης της Ταυτότητας, σε συνδυασμό με την περιοχή διαμονής, επηρεάζουν την ευτυχία των ατόμων με και δίχως αναπηρία;**

Τέλος, μελετήθηκε αν η ποιότητα το φυσικού περιβάλλοντος, η ανάπτυξη της ταυτότητας σε συνδυασμό με την περιοχή διαμονής, επηρεάζουν την ευτυχία των ατόμων με και δίχως αναπηρία. Προκειμένου να διερευνηθεί η επίδραση της περιοχής, της πάθησης και των δεικτών της Ανάπτυξης της Ταυτότητας και του φυσικού περιβάλλοντος στην «Ικανοποίηση από τη ζωή», χρησιμοποιείται ανάλυση παλινδρόμησης. Από την ανάλυση φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάλογα με την περιοχή με  $p$ - values < 0,03 σε κάθε περίπτωση, ενώ

δεν εντοπίζονται διαφορές ανά πάθηση. Συγκεκριμένα, η ικανοποίηση όσων κατοικούν σε περιοχές με περισσότερους από 50000 κατοίκους είναι μεγαλύτερη, σε σχέση με τους κατοίκους άλλων περιοχών. Τέλος, σχετικά με τους παράγοντες ανάπτυξης της ταυτότητας ο μοναδικός που βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντικός είναι αυτός της περιθωριοποίησης, όπου μικρότερες τιμές της σχετίζονται με μεγαλύτερες τιμές ικανοποίησης. Θετική και στατιστικά σημαντική είναι και η επίδραση του φυσικού περιβάλλοντος.

Συνοψίζοντας, τα ευρήματα υπογραμμίζουν την σύνδεση ταυτότητας και ποιότητας ζωής των ατόμων με Κώφωση. Ειδικότερα, οι κωφοί, οι οποίοι ενσωματώνονται στην κατηγορία της Διπολιτισμικής ταυτότητας και ταυτότητας Κωφών, υπερτερούν έναντι των υπολοίπων ομάδων στην ποιότητα της ζωής τους. Τα θετικά αποτελέσματα, τα οποία προκύπτουν από την υιοθέτηση της Διπολιτισμικής ταυτότητας, αφορούν τον τομέα της σωματικής και ψυχολογικής υγείας, αλλά και το επίπεδο των κοινωνικών σχέσεων των ατόμων. Άλλωστε, η συγκεκριμένη κατηγορία προϋποθέτει την έντονη κινητικότητα και ευελιξία των ατόμων, αναφορικά με την ενσωμάτωσή τους και στις δύο κοινότητες, στοιχεία που ευνοούν, τόσο την ευημερία όσο και τις αλληλεπιδράσεις τους.

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

Κατά την εξέταση την ποιότητας ζωής, βρέθηκε πώς οι παράγοντες ύπνος και μεταφορικά μέσα, επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ατόμων με Ακουστική αναπηρία. Ειδικότερα, διαπιστώθηκε πως, όταν εξετάστηκε ο παράγοντας του ύπνου, ο οποίος είναι μια ελεγχόμενη από το άτομο συνθήκη, οι Βαρήκοι εμφάνισαν ικανοποιητική ποιότητα ύπνου, συγκριτικά με τους Κωφούς, γεγονός που φανερώνει πώς η απώλεια ήχου, δεν ευνοεί την χαλάρωση και την αποσυμφόρηση του ατόμου, ώστε να απολαύσει έναν ικανοποιητικό ύπνο. Ενώ, όταν εξετάστηκε η ικανοποίηση από τα μεταφορικά μέσα, οι Κωφοί εμφανίστηκαν ικανοποιημένοι, σε αντίθεση με τους Βαρήκους, γεγονός που φανερώνει ότι η ολική απώλεια ήχου λειτουργεί ευεργετικά για το άτομο, επειδή αποφεύγονται οι θόρυβοι και οι ήχοι που υπάρχουν στα μεταφορικά μέσα. Επομένως, όταν η ικανοποίηση εξαρτάται από το ίδιο το άτομο και όχι από το περιβάλλον, οι Βαρήκοι εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι, ενώ όταν το περιβάλλον καθορίζει την συνθήκη, τα άτομα με Κώφωση δηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση.



## 7.2 Περιορισμοί της έρευνας – Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Η ύπαρξη μεθοδολογικών αδυναμιών επιβάλλει περιορισμούς στα συμπεράσματα της παρούσας έρευνας. Αρχικά, προκύπτουν περιορισμοί από το μέγεθος του δείγματος, σε σχέση με τον πληθυσμό που εκπροσωπεί. Δηλαδή, προκύπτουν ζητήματα γενίκευσης. Όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των ατόμων που συμμετέχουν στην έρευνα τόσο πιο αξιόπιστα είναι τα αποτελέσματα της έρευνας (Bryman, 2017). Όταν η αποστολή των ερωτηματολογίων γίνεται μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, δεν μπορεί να αποδειχθεί με σιγουριά ότι το άτομο που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο ανήκει σε ομάδα ατόμων με Ακουστική Αναπηρία. Αδιαμφισβήτητα, ο συνδυασμός και άλλων ερευνητικών μεθόδων, όπως η συνέντευξη και η παρατήρηση θα βοηθούσε στην εγκυρότητα των αποτελεσμάτων, καθώς δεν μπορούμε να παραβλέψουμε ότι η ευτυχία και γενικότερα, τα θετικά συναισθήματα διερευνώνται σε έναν ιδιαίτερο χώρο, το χώρο της Ακουστικής αναπηρίας. Τέλος, δεν εξετάστηκε αν υπήρξε συννοσηρότητα, δηλαδή αν το ίδιο άτομο παρουσίαζε δύο ή περισσότερες αναπηρίες. Η γενίκευση των αποτελεσμάτων της συγκεκριμένης έρευνας, για να καταστεί δυνατή, πρέπει τα ευρήματά της να τεθούν σε αντιπαράθεση με τα ευρήματα μελλοντικών ερευνών και να ληφθούν υπόψη οι παραπάνω περιορισμοί. Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να διερευνήσουν διεξοδικότερα, την επιρροή της ευτυχίας στα Ατόμων με Ακουστική Αναπηρία όσον αφορά τη στάση τους απέναντι στη ζωή, μέσω ημι-δομημένων συνεντεύξεων. Τέλος, μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να διεξαχθεί αποκλειστικά σε μαθητικό πληθυσμό αλλά και σε εκπαιδευτές και σε γονείς μαθητών με Ακουστική αναπηρία.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>

### 8.1. Εκπαιδευτικές προτάσεις

Όπως προαναφέρθηκε, πολύ σημαντικό στοιχείο των εκπαιδευτικών εμπειριών των ατόμων με Κώφωση είναι η γλώσσα πραγματοποίησης της διδασκαλίας. Ειδικότερα, από τα συστήματα επικοινωνίας που μπορούν να χρησιμοποιηθούν κατά την εκπαίδευση των ατόμων με ακουστική αναπηρία, τόσο η παρούσα μελέτη όσο και η βιβλιογραφία αναδεικνύουν τη σημασία της δίγλωσσης-διπολιτισμικής προσέγγισης στην ποιότητα ζωής των ατόμων. Σύμφωνα με μελέτες, υπογραμμίζεται πως τα άτομα, τα οποία ολοκληρώνουν τις σπουδές τους σε εκπαιδευτικά ιδρύματα, όπου χρησιμοποιείται τόσο η νοηματική γλώσσα όσο και ο προφορικός λόγος, παρουσιάζουν καλύτερη ψυχολογική ευημερία και ποιότητα ζωής, σε σύγκριση με τα άτομα που διδάσκονται αποκλειστικά, με μία από τις προαναφερθείσες γλώσσες (Hintermain, 2010 · Santos, et al., 2019). Για αυτόν το λόγο κρίνεται αναγκαία η διαμόρφωση ενός δίγλωσσου περιβάλλοντος κατά τη διδασκαλία των ατόμων με Κώφωση, στο οποίο θα χρησιμοποιείται τόσο η νοηματική όσο και η ομιλούμενη γλώσσα (Κουρμπέτης και συν., 2007). Ειδικότερα, η δίγλωσση-διπολιτισμική προσέγγιση, προτείνει την εκμάθηση της νοηματικής ως πρώτης και κύριας γλώσσας, καθώς αποτελεί τη μητρική γλώσσα της Κοινότητας των Κωφών. Με βάση τα προαναφερόμενα, η δίγλωσση-διπολιτισμική προσέγγιση εξασφαλίζει την πρόσβαση των μαθητών με Ακουστική Αναπηρία σε διάφορες πληροφορίες και παράλληλα, τους επιτρέπει να αναπτυχθούν σε όποια από τις δύο γλώσσες ανταποκρίνεται αποτελεσματικότερα στις ανάγκες τους (Κουρμπέτης και συν., 2007). Γενικότερα, η δημιουργία ενός δίγλωσσου περιβάλλοντος μπορεί να συνεισφέρει θετικά στην ανάγνωση και αποτελεσματική παραγωγή του γραπτού λόγου (Wolbers et al., 2014 · Dostal & Wolbers, 2015). Ταυτοχρόνως, προωθεί την επαφή των μαθητών με τις δυο κοινότητες, τους δυο πολιτισμούς και την ιστορία τους (Λαμπροπούλου, 1999δ). Σκοπός δηλαδή, της δίγλωσσης εκπαίδευσης αποτελεί η απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων τόσο της νοηματικής γλώσσας όσο και του προφορικού λόγου, προκειμένου τα άτομα να μπορούν να κινούνται ευέλικτα μεταξύ δυο παράλληλων «κόσμων»: της Κοινότητας των Κωφών και της κοινωνίας των ακούντων (Mayer & Akamatsu, 2000). Εν κατακλείδι, σημαντικό στοιχείο για τη βελτίωση της ζωής των ατόμων με Κώφωση,

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

Προτείνεται, επίσης, η εισαγωγή μαθημάτων σχετικών με τη διαχείριση των συναισθημάτων στο σχολείο, ώστε να μάθουν τα παιδιά ως μαθητές και αργότερα ως ενήλικες να αναγνωρίζουν όχι μόνο τα συναισθήματά τους, αλλά και τα συναισθήματα των άλλων που βρίσκονται γύρω τους ανεξάρτητα από το κοινωνικό πλαίσιο που ανήκουν. Μόνο μέσα από την κατάλληλη εκπαίδευση τα Άτομα με Αναπηρία θα βοηθηθούν για την επιτυχή ένταξή τους στην κοινωνία. Επισπρόσθετα, πολύ σημαντική για τη διεκπεραίωση όλων των ανωτέρω προτάσεων, κρίνεται η απαραίτητη επιμόρφωση των εκπαιδευτικών όλων των βαθμίδων, μέσα από ανάλογα εκπαιδευτικά προγράμματα, ώστε να αποκτήσουν τις απαραίτητες γνώσεις, για να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τη συμπεριφορά των μαθητών τους. Τέλος, οι εκπαιδευτικοί ειδικής και γενικής εκπαίδευσης οφείλουν να παρακολουθούν τις καινοτόμες εκπαιδευτικές πρακτικές των Επιστημών Αγωγής, εμπλουτίζοντας τις γνώσεις τους, έτσι ώστε συμπληρώνοντας την επιστημονική τους κατάρτιση να παρεμβαίνουν αποτελεσματικά και να αναζητούν εναλλακτικούς τρόπους για την εκπαίδευση των μαθητών αυτών (Miller, Morfidi, & Soulis, 2013).

## Βιβλιογραφία Ελληνόγλωσση

- Αζιζί-Καλαντζή, Α., Βλάχου, Α., & Ζώνιου-Σιδέρη, Α. (1996). Προκαταλήψεις και Στερεότυπα, Δημιουργία και Αντιμετώπιση. Αθήνα: Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων, Γενική Γραμματεία Λαϊκής Επιμόρφωσης Ζώνιου-Σιδέρη, Α. (2011). Εκπαίδευση & Τύφλωση. (Α. Ζώνιου-Σιδέρη, & Η. Σπανδάγου, Επιμ.) Αθήνα: Πεδίο.
- Γαλανάκη, Ε. (2011). Θέματα Αναπτυξιακής Ψυχολογίας, Γνωστική-Κοινωνική, Συναισθηματική Ανάπτυξη. Αθήνα: Διάδραση
- Κάκτος, (1993). Αριστοτέλης Άπαντα – Ηθικά Νικομάχεια 1, Μεταφραστική ομάδα Κάκτου. Εκδόσεις: Αθήνα.
- 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. (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
- Μποπότα, Ό. (2015). Διαφοροποίηση των στάσεων των γονέων ως προς τη συμπερίληψη παιδιών με αναπηρία. Μεταπτυχιακή Διατριβή, Παιδαγωγικό Τμήμα Νηπιαγωγών, Πανεπιστήμιο Δυτικής Μακεδονίας.
- Νικολάου, Σ.-Μ. (2005). Θεωρητικά ζητήματα στην Κοινωνιολογία της Εκπαίδευσης (Β' εκδ.). Αθήνα: Gutenberg.
- Οικονόμου, Μ., Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., & Χριστοδούλου, Γ. (2001). Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3), 239-253.

Σούλης, Σ. Γ. (2013). Εκπαίδευση και Αναπηρία. Συνδικαλιστική εκπαίδευση στελεχών αναπηρικού κινήματος, 3. Αθήνα: Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία (Ε.Σ.Α.με.Α).

Σούλης, Σ.-Γ. (2020). Σπουδή στην νοητική αναπηρία. Αθήνα: Gutenberg.

Σταλίκας, Α., & Μυτσκίδου, Π. (Επιμ.) (2011). Εισαγωγή στη Θετική Ψυχολογία. Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος, 215

Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση, Π. (2012). Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα. Μια συλλογή και παρουσίαση των ερωτηματολογίων, δοκιμασιών και καταλόγων καταγραφής χαρακτηριστικών στον ελληνικό χώρο. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο.

Χατζηθωμάς, Φ. Π., & Αλέφαντος, Π. Ν. (1993). Λεξικό Αναπτυγμένων Εννοιών (β' τόμος) (δ' έκδ.). Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις «Φίλιππος».

### **Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία**

Abdel-Khalek, A. M. (2006). Happiness, health, and religiosity: Significant relations. *Mental Health, Religion & Culture*, 9(1), 85– 97. doi:10.1080/13694670500040625

Abdel-Khalek, A. M., & Lester, D. (2017). The association between religiosity, generalized self-efficacy, mental health, and happiness in Arab college students. *Personality and Individual Differences*, 109, 12– 16. doi:10.1016/j.paid.2016.12.010

Ademokoya, J. A. (2008). Classroom Communication and Placement of the Deaf Child in an Inclusive Class. *Journal of Human Ecology*, 23(3), 203–209. <https://doi.org/10.1080/09709274.2008.11906072>

Ahmad, W. I., Atkin, K., & Jones, L. (2002). Being deaf and being other things: young Asian people negotiating identities. *Social Science & Medicine*, 55(10), 1757–1769. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00308-2](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00308-2)

Alborz, A. (2017). The Nature of Quality of Life: A Conceptual Model to Inform Assessment. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 14(1), 15–30. <https://doi.org/10.1111/jppi.12225>

Appiah, K. A., Benhabib, S., Bielskis, A., Brown, W., Δουζίνας, Κ., Kompridis, N., . . . Schwarzenbach, S. (2016). Κράτη & Πολίτες, Κοινότητα, Ταυτότητα, Διαφορετικότητα. (Γ. Μαγγίνη, & Ε. Λεοντσίνη, Επιμ.) Σμίλη.

Ashori, M., & Jalil-Abkenar, S. S. (2020). Emotional intelligence: Quality of life and cognitive emotion regulation of deaf and hard-of-hearing adolescents. *Deafness & Education International*, 23(2), 84–102. <https://doi.org/10.1080/14643154.2020.1766754>

Aulisa G.A., Guzzanti, V., Perisano, C., Marzetti, E., Specchia, A., Galli, M.,...Aulisa, L. (2010). Determination of quality of life in adolescents with idiopathic scoliosis subjected to conservative treatment. *Scoliosis*, 5(21).

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

Baldassare, M, Rosenfield, S, & Rook, K. (1984). The types of social relations predicting elderly well-being. *Research on Aging*, 6(4), 549-559. doi:10.1177/0164027584006004006

Bantupalli, K., & Xie, Y. (2018). American Sign Language Recognition using Deep Learning and Computer Vision. *IEEE International Conference on Big Data (Big Data)*. <https://doi.org/10.1109/BigData.2018.8622141>

Barak, Y., & Achiron, A. (2011). Happiness and personal growth are attainable in interferon-beta-1a treated multiple sclerosis patients. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, 12(5), 887– 895. doi:10.1007/s10902-010-9234-6

Bat-Chava, Y. (2000). Diversity of deaf identity. *American Annals of the Deaf*, 145(5), 420–428. doi:10.1353/aad.2012.0176

Bat-Chava, Y., & 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., 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>

Baumeister, R. (1997). The self and society: Changes, problems, and opportunities. In R. D. Ashmore, & L. Jussim (Eds.), *Self and identity* (pp. 191–217). New York: Oxford University Press

Baumeister, R. (1997). The self and society: Changes, problems, and opportunities. In R. D. Ashmore, & L. Jussim (Eds.), *Self and identity* (pp. 191–217). New York: Oxford University Press

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>

Bishop, M., & Hicks, S. (2005). Orange eyes: Bimodal bilingualism in hearing adults from deaf families. *Sign Language Studies*, 5(2), 188–230. <https://doi.org/10.1353/sls.2005.0001>

Black P. A., & Glickman N. S. (2006). Demographics, psychiatric diagnoses, and other characteristics of North American Deaf and hard-of-hearing inpatients. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 11(3), 303–321. <https://doi.org/10.1093/deafed/enj042>

Blanchflower, D. G., & Oswald, A. J. (2004). Well-being over time in Britain and the USA. *Journal of Public Economics*, 88(7-8), 1359-1386. doi:10.1016/S0047-2727(02)00168-8

Bohner, G. & Dickel, N. (2011). Attitudes and attitude change. *Annual Review of Psychology*, 62, 391-417.

Borujeni S, Hatamizadeh N, Vameghi R, Kraskian A. (2015). Hearing Loss Related Quality of Life in Adolescents with Hearing Loss. *Iranian Rehabilitation Journal*, 13 (1), 43-38

Brice, P., & Strauss, G. (2016). Deaf adolescents in a hearing world: a review of factors affecting psychosocial adaptation. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 7, 67-76. doi:10.2147/ahmt.s60261

Brouwer, C. N. M., Maillé, A. R., Rovers, M. M., Grobbee, D. E., Sanders, E. A. M., & Schilder, A. G. M. (2005). Health-related quality of life in children with otitis media. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 69(8), 1031–1041. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2005.03.013>

Burke, P. J., & Stets, J. E. (2009). *Identity theory*. New York, NY: Oxford University Press.

Burke, P. J., & Stets, J. E. (2009). *Identity theory*. New York, NY: Oxford University Press.

Carter, M. J. (2015). Deaf Identity Centrality: Measurement, Influences, and Outcomes. *Identity*, 15(2), 146–172. <https://doi.org/10.1080/15283488.2015.1023442>

Carter, M. J., & Mireles, D. C. (2016). Exploring the Relationship Between Deaf Identity Verification Processes and Self-Esteem. *Identity*, 16(2), 102–114. <https://doi.org/10.1080/15283488.2016.1159963>

Chang, E. C., & Farrehi, A. S. (2001). Optimism/pessimism and information processing styles: Can their influences be distinguished in predicting psychological adjustment. *Personality and Individual Differences*, 31(4), 555– 562. doi:10.1016/S0191-8869(00)00159-8

Chapman, M. (2021). Representation and resistance: A qualitative study of narratives of Deaf cultural identity. *Culture & Psychology* 2021, 0(0) 1–18. <https://doi.org/10.1177/1354067X21993794>

Chapman, M., & Dammeyer, J. (2016). The Significance of Deaf Identity for Psychological WellBeing. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 22(2), 187–194. doi:10.1093/deafed/enw073

Chatz, M, Mosen, D., Apter, A. J., Zeiger, R. S., Vollmer, W. M., Stibolt, T. B., Leong, A., Johnson, M. S., Mendoza, G., & Cook, E. F. (2005). Relationships among quality of life, severity, and control measures in asthma: an evaluation using factor analysis. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 115(5), 1049-1055. doi:10.1016/j.jaci.2005.02.008

Chen, H., Gould, M. K., Blanc, P. D., Miller, D. P., Kamath, T. V., Lee, J. H., & Sullivan, S. D. (2007). Asthma control, severity, and quality of life: Quantifying the



effect of uncontrolled disease. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 120(2), 396–402. doi:10.1016/j.jaci.2007.04.040

Christiansen, J. B., & Leigh, I. W. (2005). *Cochlear implants in children: Ethics and choices*. Washington, DC: Gallaudet University Press.

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 OtoRhino-Laryngology*, 273(3), 767–776. doi:10.1007/s00405-015

Cole, S. H., & Edelman, R. J. (1991). Identity Patterns and Self- and Teacher-Perceptions of Problems for Deaf Adolescents: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32(7), 1159–1165. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1991.tb00355.x>

Conama, J. B. (2004). Diverse Needs of the Deaf Community. *Forum, Journal of the Irish College of General Practitioners* 21 (10), 16–17

Connolly, C. M., Rose, J., & Austen, S. (2006). Identifying and Assessing Depression in Prelingually Deaf People: A Literature Review. *American Annals of the Deaf*, 151(1), 49–60. doi: 10.1353/aad.2006.0013

Cooper, H., Okamura, L., & Gurka, V. (1992). Social activity and subjective wellbeing. *Personality and Individual Differences*, 13(5), 573– 583. doi:10.1016/0191-8869(92)90198-X

Cornell, S. L., & Lyness, K. P. (2005). Therapeutic Implications for Adolescent Deaf Identity and Self-Concept. *Journal of Feminist Family Therapy*, 16(3), 31–49. [https://doi.org/10.1300/J086v16n03\\_02](https://doi.org/10.1300/J086v16n03_02)

Cowe, T., V. (2020). Factors Associated with Help-Seeking and Self-Efficacy among a Sample of Deaf Adults. *Journal of Developmental and Physical Disabilities* 33, 51–63. <https://doi.org/10.1007/s10882-020-09739-9>

Craig, G. J., & Baucum, D. (2007). *Η ανάπτυξη του ανθρώπου* (Τόμ. Α'). (Π. Βορρια, Επιμ., & Α. Ιωαννίδου, Μεταφρ.) Αθήνα: Παπαζήση

Crowe, T., V. (2020). Factors Associated with Help-Seeking and Self-Efficacy among a Sample of Deaf Adults. *Journal of Developmental and Physical Disabilities* 33, 51–63. <https://doi.org/10.1007/s10882-020-09739-9>

Cuevas, S., Chen, R. K., Vang, C., & Saladin, S. P. (2019). Determinants of Self-Efficacy among Individuals who are Hard-of-Hearing. *Journal of Rehabilitation*, 85 (2), 37-46

Das, D. (2007). Urban Quality of Life: A Case Study of Guwahati. *Social Indicators Research*, 88(2), 297–310. doi:10.1007/s11205-007-9191-6

Davis, E., Waters, E., Mackinnon, A., Reddihough, D., Kerr Graham, H., Mehmet-Radji, O., & Boyd, R. (2006). Paediatric quality of life instruments: a review of the impact of the conceptual framework on outcomes. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 48(4), 311-318. <https://doi.org/10.1017/S001216220600067>

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>

De Albornoz, S. C., & Chen, G. (2021). Relationship between health-related quality of life and subjective wellbeing in asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, 142. doi:10.1016/j.jpsychores.2021.110356

Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2002). Will money increase subjective wellbeing? *Social Indicators Research*, 57(2), 119– 169. doi:10.1023/A:1014411319119

Diener, E., & Chan, M. Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(1), 1–43. doi:10.1111/j.1758-0854.2010.01045.

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, 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 Otolaryngologica*, 134(9), 881–889. <https://doi.org/10.3109/00016489.2014.930968>

Dunn, D. S., & Andrews, E. E. (2015). Person-first and identity-first language: Developing psychologists' cultural competence using disability language. *American Psychologist*, 70(3), 255–264. <https://doi.org/10.1037/a0038636>

Dunn, J., Lynch, B., Rinaldis, M., Pakenham, K., McPherson, L., Owen, N., ... Aitken, J. (2005). Dimensions of quality of life and psychosocial variables most salient to colorectal cancer patients. *Psycho-Oncology*, 15(1), 20–30. <https://doi.org/10.1002/pon.919>

Eagly, A. H. & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Fort Worth, TX: Harcourt Brace Jovanovich.

Eldik, T. V. (2005). Mental Health Problems of Dutch Youth With Hearing Loss as Shown on the Youth Self Report. *American Annals of the Deaf*, 150(1), 11–16. doi:10.1353/aad.2005.0024

Evans, M. K., & Deliyiski, D. D. (2007). Acoustic Voice Analysis of Prelingually Deaf Adults Before and After Cochlear Implantation. *Journal of Voice*, 21(6), 669–682. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2006.07.005>

Fayers, P., & Machin, D. (2007). *Quality of Life: The assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes*. (2 ed.) John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470024522.ch1>

Felicite, M. (2021). Glimpse in the World of Deaf People: Deafness and Deaf Education. *IJSSHR - International Journal of Social Science and Humanities Research*, 4(1), 12-30. <http://www.gphjournal.org/index.php/ssh/article/view/359>

Fellinger, J., Holzinger, D., Gerich, J., & Goldberg, D. (2007). Mental distress and quality of life in the hard of hearing. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(3), 243–245. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00976.x>

Fellinger, J., Holzinger, D., Sattel, H., & Laucht, M. (2008). Mental health and quality of life in deaf pupils. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(7), 414–423. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-0683-y>

Fellinger, J., Holzinger, D., Schoberberger, R., Lenz, G. (2005). Psychosocial characteristics of deaf people: evaluation of data from a special outpatient clinic for the deaf. *Nervenarzt*, 76(1):43– 51. 10.1007/s00115-004-1708-5

Fischer, L. C., & McWhirter, J. J. (2001). The Deaf Identity Development Scale: A revision and validation. *Journal of Counseling Psychology*, 48(3), 355–358. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.48.3.355>

Fischer, L. C., & McWhirter, J. J. (2001). The Deaf Identity Development Scale: A revision and validation. *Journal of Counseling Psychology*, 48(3), 355–358. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.48.3.355>

Fitzgerald, T. (1993). *Metaphors of identity*. Albany, N.Y.: State University of New York Press.

Foster, S., & Kinuthia, W. (2003). Deaf persons of Asian American, Hispanic American, and African American backgrounds: A study of intraindividual diversity and identity. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 8(3), 271-290. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012023.pub2>

Foster, S., & Kinuthia, W. (2003). Deaf persons of Asian American, Hispanic American, and African American backgrounds: A study of intraindividual diversity and identity. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 8(3), 271-290. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012023.pub2>

Fredrickson, B. L. (1998). What Good Are Positive Emotions? *Review of General Psychology*, 2(3), 300-319. doi:10.1037/1089-2680.2.3.300

Frey, B. S., & Stutzer, A. (2002). What Can Economists Learn from Happiness Research? *Journal of Economic Literature*, 40(2), 402-435. doi:10.1257/002205102320161320

Genther, D. J., Frick, K. D., Chen, D., Betz J., Lin, F. R. (2013). Association of hearing loss with hospitalization and burden of disease in older adults. *Journal of the American Medical Association* 309(22), 2322–2324. doi:10.1001/jama.2013.5912

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

Gladow, N. W., & Ray, M. P. (1986). The impact of informal support systems on the well being of low income single parents. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 35(1), 113– 123. doi:10.2307/584290

Glickman, N. S. (1993). *Deaf identity development: Construction and validation of a theoretical model*. (Doctoral dissertation). University of Massachusetts, Massachusetts.

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>

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

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

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

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

Gui, W. J., Li, H. J., Guo, Y. H., Peng, P., Lei, X., & Yu, J. (2017). Age-related differences in sleep-based memory consolidation: A meta-analysis. *Neuropsychologia*, 97, 46–55.

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>

Hapman, M., & Dammeyer, J. (2017). The relationship between cochlear implants and deaf identity. *American Annals of the Deaf*, 162(4), 319–332.

Hapman, M., & Dammeyer, J. (2017). The relationship between cochlear implants and deaf identity. *American Annals of the Deaf*, 162(4), 319–332.

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

Haukedal, C. L., Torkildsen, J. V. K., Lyxell, B., & Wie, O. B. (2018). Parents' Perception of Health-Related Quality of Life in Children With Cochlear Implants: The Impact of Language Skills and Hearing. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 61(8), 2084-2098. [https://doi.org/10.1044/2018\\_JSLHR-H-17-0278](https://doi.org/10.1044/2018_JSLHR-H-17-0278)

Hawthorne, G., Hogan, A., Giles, E., Stewart, M., Kethel, L., White, K., ... Taylor, A. (2004). Evaluating the health-related quality of life effects of cochlear implants: a prospective study of an adult cochlear implant program. *International Journal of Audiology*, 43(4), 183–192. <https://doi.org/10.1080/14992020400050026>

Headey, B., Muffels, R., & Wooden, M. (2008). Money Does not Buy Happiness: Or Does It? A Reassessment Based on the Combined Effects of Wealth, Income and Consumption. *Social Indicators Research*, 87(1), 65– 82. doi:10.1007/s11205-007-9146-y

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. (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 für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 38(3), 189–199.  
<https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000032>

Hintermair, M. (2007). Self-esteem and Satisfaction With Life of Deaf and Hard-of-Hearing People-- A Resource-Oriented Approach to Identity Work. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 13(2), 278–300. <https://doi.org/10.1093/deafed/enm054>

Hintermair, M. (2010). Health-Related Quality of Life and Classroom Participation of Deaf and Hard-of-Hearing Students in General Schools. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 16(2), 254–271. <https://doi.org/10.1093/deafed/enq045>

Hodapp, R. M. (2003). Αναπτυξιακές Θεωρίες και Αναπηρία, Νοητική καθυστέρηση, αισθητηριακές διαταραχές και κινητική αναπηρία. (Α. Ζώνιου-Σιδέρη, Η. Σπανδάγου, Επιμ., & Μ. Δεληγιάννη, Μεταφρ.) Αθήνα: Μεταίχμιο.

Hofmann, M., Meloche, M., & Zwolan, T. A. (2020). Health related quality of life in adolescent cochlear implant users. *Cochlear Implants International*, 21(4), 198-205.  
<https://doi.org/10.1080/14670100.2020.1724676>

Hogg, M. A., Terry, D. J., & White, K. M. (1995). A Tale of Two Theories: A Critical Comparison of Identity Theory with Social Identity Theory. *Social Psychology Quarterly*, 58(4), 255. <https://doi.org/10.2307/2787127>

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

Hole, R. (2007). Narratives of identity: A poststructural analysis of three Deaf women's life stories. *Narrative Inquiry*, 17(2), 259–278. <https://doi.org/10.1075/ni.17.2.06hol>

Huber, M. (2005). Health-related quality of life of Austrian children and adolescents with cochlear implants. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 69(8), 1089–1101. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2005.02.018>

Huber, M., & Kipman, U. (2011). The mental health of deaf adolescents with cochlear implants compared to their hearing peers. *International Journal of Audiology*, 50(3), 146–154. <https://doi.org/10.3109/14992027.2010.533704>

Huber, M., Pletzer, B., Giourgas, A., Nickisch, A., Kunze, S., & Illg, A. (2015). Schooling Relates to Mental Health Problems in Adolescents with Cochlear Implants—

Mediation by Hearing and Family Variables. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01889>

IDEA (2021). Supporting Success for children with Hearing Loss. Ανακτήθηκε από: <https://successforkidswithhearingloss.com/for-parents/idea-law-summary-information/>

Ilaghi, T., Pouraboli, B., Abazari, F., & Kazemi, M. (2017). The Effect of Group Hope Therapy on Happiness of Patients with Type II Diabetes Who Referred To A Diabetic Clinic at Southeast of Iran. *Journal of Nursing & Healthcare*, 2(2)

Israelite, N., Ower, J., & Goldstein, G. (2002). Hard-of-hearing adolescents and identity constructions: Influences of school experiences, peers, and teachers. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 7(2), 134–148. <https://doi.org/10.1093/deafed/7.2.134>

Jaiyeola, M. T., & Adeyemo, A. A. (2018). Quality of life of deaf and hard of hearing students in Ibadan metropolis, Nigeria. *PLOS ONE*, 13(1), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190130>

Jaiyeola, M. T., & Adeyemo, A. A. (2018). Quality of life of deaf and hard of hearing students in Ibadan metropolis, Nigeria. *PLOS ONE*, 13(1), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190130>

Jaiyeola, M. T., & Adeyemo, A. A. (2018). Quality of life of deaf and hard of hearing students in Ibadan metropolis, Nigeria. *PLOS ONE*, 13(1), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190130>

Jamadar, C., & Swamy, I. C. (2020). Influence of Lifestyle on Happiness of Persons with type-2 Diabetes Mellitus. *British Journal of Psychology Research*, 8(4), 31-38.

Jambor, E. & Elliott, M. (2005). Self-esteem and Coping Strategies among Deaf Students. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 10(1), 63–81. <https://doi.org/10.1093/deafed/eni004>

Johnson, S. J. (2011). Deaf identity among alumni of Option schools in the U.S. Independent Studies and Capstones. Program in Audiology and Communication Sciences, Washington University School of Medicine. [https://digitalcommons.wustl.edu/pacs\\_capstones/624](https://digitalcommons.wustl.edu/pacs_capstones/624)



Johnson, S. J. (2011). Deaf identity among alumni of Option schools in the U.S. Independent Studies and Capstones. Program in Audiology and Communication Sciences, Washington University School of Medicine. [https://digitalcommons.wustl.edu/pacs\\_capstones/624](https://digitalcommons.wustl.edu/pacs_capstones/624)

Kaliterna Lipovcan, L. J., & Prizmic-Larsen, Z. (2006). What makes Croats Happy? Predictors of Happiness in Representative Sample in Dimensions of WellBeing. In A. Delle Fave (Ed.), *Dimensions of Well-Being. Research and Intervention* (pp. 53-59). Milano: FrancoAngeli.

Kehn, D. J. (1995). Predictors of elderly happiness. *Activities, Adaptation & Aging*, 19(3), 11–30. doi:10.1300/J016v19n03\_02

Keilmann, A., Limberger, A., & Mann, W. J. (2007). Psychological and physical well-being in hearing-impaired children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 71(11), 1747–1752. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2007.07.013>

Kent, B., & Smith, S. (2006). They only see it when the sun shines in my ears: Exploring perceptions of adolescent hearing aid users. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 11(4), 461–467. <https://doi.org/10.1093/deafed/enj044>

Kim, E. J., Byrne, B., & Parish, S. L. (2018). Deaf people and economic well-being: findings from the Life Opportunities Survey. *Disability & Society*, 33(3), 374–391. <https://doi.org/10.1080/09687599.2017.1420631>

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>

Knoors, H., & Marschark, M. (2012). Language Planning for the 21st Century: Revisiting Bilingual Language Policy for Deaf Children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 17(3), 291–305. <https://doi.org/10.1093/deafed/ens018>

Kobosko, J. (2010). How Do Deaf Adolescents Experience Themselves? Deaf Identity and Oral or Sign Language Communication. *Cochlear Implants International*, 11(1), 319–322. <https://doi.org/10.1179/146701010X12671177989552>

Kobosko, J. (2010). How Do Deaf Adolescents Experience Themselves? Deaf Identity and Oral or Sign Language Communication. *Cochlear Implants International*, 11(1), 319–322. <https://doi.org/10.1179/146701010X12671177989552>

Kobosko, J. (2010). How Do Deaf Adolescents Experience Themselves? Deaf Identity and Oral or Sign Language Communication. *Cochlear Implants International*, 11(1), 319–322. <https://doi.org/10.1179/146701010X12671177989552>

Koffler, T., Ushakov, K., & Avraham, K. B. (2015). Genetics of Hearing Loss. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 48(6), 1041–1061. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2015.07.007>

Kossewska, J. (2008). Personal identity in deaf adolescents. *Journal of Special Education and Rehabilitation*, 1(2), 67-75

Kroger, J. (1996). Identity, regression and development. *Journal of Adolescence*, 19(3), 203–222. <https://doi.org/10.1006/jado.1996.0020>

Kumar, R., Warner-Czyz, A., Silver, C. H., Loy, B., & Tobey, E. (2015). American Parent Perspectives on Quality of Life in Pediatric Cochlear Implant Recipients. *Ear and Hearing*, 36(2), 269–278. doi:10.1097/aud.000000000000108

Kushalnagar, P., Krull, K., Hannay, J., Mehta, P., Caudle, S., & Oghalai, J. (2007). Intelligence, Parental Depression, and Behavior Adaptability in Deaf Children Being Considered for Cochlear Implantation. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 12(3), 335–349. <https://doi.org/10.1093/deafed/enm006>

Kushalnagar, P., 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. (2003). *Understanding Deaf Culture: In Search of Deafhood*. Clevedon: Multilingual Matters.

- Lambez, T., Nagar, M., Shoshani, A., & Nakash, O. (2020). The Association Between Deaf Identity and Emotional Distress Among Adolescents. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 25(3), 251-260. <https://doi.org/10.1093/deafed/enz051>
- Lasak, J. M., Allen, P., McVay, T., & Lewis, D. (2014). Hearing Loss. Primary Care: Clinics in Office Practice, 41(1), 19–31. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2013.10.003>
- Lathia, N., Sandstrom, G. M., Mascolo, C., & Rentfrow, P. J. (2017). Happier People Live More Active Lives: Using Smartphones to Link Happiness and Physical Activity. *PLoS ONE*, 12(1). doi:10.1371/journal.pone.0160589
- Layard, R., & Dunn, J. (2009). *A Good Childhood: Searching for Values in a Competitive Age*. UK: Penguin Books.
- Leander, M., Cronqvist, A., Janson, C., Uddenfeldt, M., & Rask-Andersen, A. (2009). Non-respiratory Symptoms and Well-Being in Asthmatics from a General Population Sample. *Journal of Asthma*, 46(6), 552– 559. doi:10.1080/02770900902866743
- 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>
- Lehto, J. E., & Uusitalo-Malmivaara, L. (2014). Sleep-related factors: Associations with poor attention and depressive symptoms. *Child: Care, Health and Development*, 40(3), 419– 425.
- Leigh, I. W. (2009). *Perspectives on deafness. A lens on deaf identities*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195320664.001.0001>
- Leigh, I. W., Andrews, J. F., Harris, R. L., Topher A. G., (2020). *Deaf Culture: Exploring Deaf Communities in the United States*, second ed. Plural Publishing, Inc., San Diego, California.
- Lim, J., Lo, J. C., & Chee, M. C. (2017). Assessing the benefits of napping and short rest breaks on processing speed in sleep-restricted adolescents. *Journal of Sleep Research*, 26(2), 219– 226.

Loy, B., Warner-Czyz, A. D., Tong, L., Tobey, E. A., & Roland, P. S. (2010). The children speak: An examination of the quality of life of pediatric cochlear implant users. *OtolaryngologyHead and Neck Surgery*, 142(2), 247–253. <https://doi.org/10.1016/j.otohns.2009.10.045>

Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803– 855. doi:10.1037/0033-2909.131.6.803

Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing Happiness: The Architecture of Sustainable Change. *Review of General Psychology*, 9(2), 111–131. doi:10.1037/1089-2680.9.2.111

Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing Happiness: The Architecture of Sustainable Change. *Review of General Psychology*, 9(2), 111–131. doi:10.1037/1089-2680.9.2.111

Mance, J., & Edwards, L. (2012). Deafness-related self-perceptions and psychological well-being in deaf adolescents with cochlear implants. *Cochlear Implants International*, 13(2), 93–104. <https://doi.org/10.1179/1754762811Y.0000000017>

Marans, R. W. (2012). Quality of Urban Life Studies: An Overview and Implications for Environment-Behaviour Research. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 35, 9–22. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.02.058>

Marschark, M., Zettler, I., & Dammeyer, J. (2017). Social Dominance Orientation, Language Orientation, and Deaf Identity. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 22(3), 269– 277. <https://doi.org/10.1093/deafed/enx018>

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>

Marschark, M., Zettler, I., & Dammeyer, J. (2017). Social Dominance Orientation, Language Orientation, and Deaf Identity. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 22(3), 269– 277. <https://doi.org/10.1093/deafed/enx018>

Mathers, C, Smith, A, Concha, M. (2000). *Global Burden of Hearing Loss in the Year*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2000.

Matza, L. S., Swensen, A. R., Flood, E. M., Secnik, K., & Leidy, N. K. (2004). Assessment of Health-Related Quality of Life in Children: A Review of Conceptual, Methodological, and Regulatory Issues. *Value in Health*, 7(1), 79–92. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2004.71273.x>

Mauldin, L., & Fannon, T. (2020). They Told Me My Name: Developing a Deaf Identity. *Symbolic Interaction*, 44(2), 339-366. <https://doi.org/10.1002/symb.482>

Maxwell-McCaw, D. L. (2001). Acculturation and psychological well-being in deaf and hard of hearing people (Doctoral dissertation), George Washington University. *Disertation Abstracts International*, 61(11-B), 6141

Mayer, C. (2017). Written forms of signed languages: a route to literacy for Deaf learners? *American Annals of the Deaf*, 161 (5), 552-559. <https://doi.org/10.1353/aad.2017.0005>

McAbee, E. R., Drasgow, E., & Lowrey, K. A. (2017). How do deaf adults define quality of life? *American Annals of the Deaf*, 162(4), 333–349. <https://doi.org/10.1353/aad.2017.0031>

McIlroy, G., & 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>

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>

Michalos A.C. (2014). Quality of Life, Satisfaction with. In: Michalos A.C. (eds) Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research. Springer, Dordrecht. [https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5\\_237](https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_237)

Middleton, R. A., & Byrd, E. K. (1996). Psychosocial factors and hospital readmission status of older persons with cardiovascular disease. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 27(4), 3–10. doi:10.1891/0047-2220.27.4.3

Misajon, R., Pallant, J. F., Manderson, L., & Chirawatkul, S. (2008). Measuring the impact of health problems among adults with limited mobility in Thailand: further validation of the Perceived Impact of Problem Profile. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6(6). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-6-6>

Mitchell, T. V., & Quittner, A. L. (1996). Multimethod study of attention and behavior problems in hearing-impaired children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25(1), 83–96. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2501\\_10](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2501_10)

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

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>

Moore, D. F. (2011). Εκπαίδευση και Κώφωση: Ψυχολογική προσέγγιση αρχές και πρακτικές. (Α. Ζώνιου-Σιδέρη, Ε. Ντεροπούλου-Ντέρου, Επιμ., & Χ. Λυμπεροπούλου, Μεταφρ.) Αθήνα: Πεδίο.

Moradi, B., & Rottenstein, A. (2007). Objectification theory and deaf cultural identity attitudes: Roles in deaf women's eating disorder symptomatology. *Journal of Counseling Psychology*, 54(2), 178-188

Mulderrig, K. & Rogers, S. (2019). Deaf Cultural Identification, Cochlear Implants, and Life Satisfaction. *Canadian Acoustics - Acoustique Canadienne* 47(3), 20-1.

Myers, D. G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55(1), 56–67. doi:10.1037/0003-066X.55.1.56

- Najarian, C. G. (2008). Deaf women: educational experiences and self-identity. *Disability & Society*, 23(2), 117–128. <https://doi.org/10.1080/09687590701841141>
- Necula, V., Cosgarea, M., & Necula, S.-E. (2013). Health-related quality of life in cochlear implanted patients in Romania. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 77(2), 216–222. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2012.10.026>
- Nelson Schmitt, S. S., & Leigh, I. W. (2015). Examining a Sample of Black Deaf Individuals on the Deaf Acculturation Scale. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 20(3), 283–295. <https://doi.org/10.1093/deafed/env017>
- Nieman, C. L., & Oh, E. S. (2020). Hearing Loss. *Annals of Internal Medicine*, 173(11), 81–96. <https://doi.org/10.7326/AITC202012010>
- Niemensivu, R., Roine, R. P., Sintonen, H., & Kentala, E. (2018). Health-related quality of life in hearing-impaired adolescents and children. *Acta Oto-Laryngologica*, 138(7), 652–658. <https://doi.org/10.1080/00016489.2018.1438661>
- Nyman, S. R., Gosney, M. A., & Victor, C. R. (2009). Psychosocial impact of visual impairment in working-age adults. *British Journal of Ophthalmology*, 94(11), 1427–1431. doi:10.1136/bjo.2009.164814
- Ohna, S. E. (2004). Deaf in my own way: Identity, learning and narratives. *Deafness & Education International*, 6(1), 20–38. <https://doi.org/10.1179/146431504790560609>
- Øhre, B., Tezchner, S. V., Falkum, E. (2011). Deaf adults and mental health: a review of recent research on the prevalence and distribution of psychiatric symptoms and disorders in the prelingually deaf adult population. *International Journal Mental Health Deafness* 1(1):3–22. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3416.2326>
- 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.

Padden, C. A. & Humphries, T. L., (2005). *Inside Deaf Culture*. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.

Peng, S.-C., Spencer, L. J., & Tomblin, J. B. (2004). Speech Intelligibility of Pediatric Cochlear Implant Recipients With 7 Years of Device Experience. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 47(6), 12-27. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2004/092\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2004/092))

Pérez-Mora, R., Lassaletta, L., Castro, A., Herrán, B., San-Román-Montero, J., Valiente, E., & Gavilán J. (2012). Quality of life in hearing-impaired children with bilateral hearing devices. *B-ENT*, 8(4):251-255.

Petrou, S., McCann, D., Law, C. M., Watkin, P. M., Worsfold, S., & Kennedy, C. R. (2007). Health Status and Health-Related Quality of Life Preference-Based Outcomes of Children Who Are Aged 7 to 9 Years and Have Bilateral Permanent Childhood Hearing Impairment. *PEDIATRICS*, 120(5), 1044–1052. doi:10.1542/peds.2007-0159

Pfau, R., Steinbach, M., & Woll, B. (Eds.). (2012). *Handbook of sign language linguistics*. Berlin, Germany: Mouton.

Proença, E. D., Pais-Ribeiro, J. L., & Martins-Oliveira, M. J. (2012). Happiness, Hope, and Affection as Predictors of Quality of Life and Functionality of Individuals With Heart Failure at Three-Month Follow-up. *Psychology Research*, 2(9), 532-539. <http://hdl.handle.net/10400.21/3552>

Pudans-Smith, K., Cue, K., Wolsey, J. and Clark, M. (2019). To Deaf or not to deaf: That is the Question. *Psychology*, 10(15), 2091-2114. doi:10.4236/psych.2019.1015135.

Punch, R., Hyde, M., & Power, D. (2007). Career and Workplace Experiences of Australian University Graduates Who Are Deaf or Hard of Hearing. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 12(4), 504–517. <https://doi.org/10.1093/deafed/enm011>

Qi, L., Zhang, H., Nie, R., Xiao, A., Wang, J., & Du, Y. (2020). Quality of Life of Hearing-Impaired Middle School Students: a Cross-Sectional Study in Hubei Province, China. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 32, 821-837. <https://doi.org/10.1007/s10882-019-09722-z>



Rangtell, F., Karamchedu, S., Andersson, P., van Egmond, L., Hultgren, T., Broman, J. E., Cedernaes, J., & Benedict, C. (2017). Learning performance is linked to procedural memory consolidation across both sleep and wakefulness. *Scientific Reports*, 7(1), 10234. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-09263-5>

Reagan, T. (2002). Toward an 'archeology of deafness': Etic and emic constructions of identity in conflict. *Journal of Language, Identity & Education*, 1(1), 41–66. [https://doi.org/10.1207/S15327701JLIE0101\\_4](https://doi.org/10.1207/S15327701JLIE0101_4)

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

Richards, C. L., Malouin, F., & Nadeau, S. (2015). Stroke rehabilitation: clinical picture, assessment, and therapeutic challenge. *Progress in Brain Research*, 218, 253–280. doi:10.1016/bs.pbr.2015.01.003

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>

Ritzer, G., & Stepnisky, J. (2012). Σύγχρονη κοινωνιολογική θεωρία (2η εκδ.). (Μ. Κολοκοθά, Επιμ., Μ. Βρεττού, & Γ. Χρηστίδης, Μεταφρ.) Αθήνα: Κριτική

Robertson, S. M., Stanley, M. A., Cully, J. A., & Naik, A. D. (2012). Positive Emotional Health and Diabetes Care: Concepts, Measurement, and Clinical Implications. *Psychosomatics*, 53(1), 1–12. doi:10.1016/j.psym.2011.09.008

Rogers, K. D., Dodds, C., Campbell, M., & Young, A. (2018). The validation of the Short WarwickEdinburgh Mental Well-Being Scale (SWEMWBS) with Deaf British Sign Language users in the UK. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(145). <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0976-x>

Roland, L., Fischer, C., Tran, K., Rachakonda, T., Kallogjeri, D., & Lieu, J. E. C. (2016). Quality of Life in Children with Hearing Impairment. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 155(2), 208–219. <https://doi.org/10.1177/0194599816640485>

Roodbari, O., Zare, H., Saeedi, H., Divsalar, K., & Eslamian, F. (2015). The effectiveness of positive thinking training on perceived stress and happiness in patients with thalassemia major. *Report of Health Care Journal*, 1(3), 88-91.

Roper, S. O., & Yorgason, J. B. (2009). Older Adults With Diabetes and Osteoarthritis and Their Spouses: Effects of Activity Limitations, Marital Happiness, and Social Contacts on Partners' Daily Mood. *Family Relations*, 58(4), 460–474. doi:10.1111/j.1741-3729.2009.00566.x

Røysamb, E., Tambs, K., Reichborn-Kjennerud, T., Neale, M. C., & Harris, J. R. (2003). Happiness and Health: Environmental and Genetic Contributions to the Relationship Between Subjective Well-Being, Perceived Health, and Somatic Illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(6), 1136– 1146. doi: 10.1037/0022-3514.85.6.1136

Sach, T. H., & Barton, G. R. (2007). Interpreting parental proxy reports of (health-related) quality of life for children with unilateral cochlear implants. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 71(3), 435–445. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2006.11.011>

Sahli, S., Arslan, U., & Belgin, E. (2009). Depressive emotioning in adolescents with cochlear implant and normal hearing. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 73(12), 1774–1779. doi:10.1016/j.ijporl.2009.09.027

Salvador-Carulla, L., Reed, G. M., Vaez-Azizi, L. M., Cooper, S. A., Martinez-Leal, R., Bertelli, M., Adnams, C., Cooray, S., Deb, S., Akoury-Dirani, L., Girimaji, S. C., Katz, G., Kwok, H., Luckasson, R., Simeonsson, R., Walsh, C., Munir, K., & Saxena, S. (2011). Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for "mental retardation/intellectual disability" in ICD-11. *World psychiatry*, 10(3), 175–180. doi:10.1002/j.2051-5545.2011.tb00045.x

Sandler, W., & Lillo-Martin, D. (2001). Natural Sign Languages. In *Handbook of Linguistics*. M. Aronoff & J. Rees-Miller (Eds.) 2001, 533-562.

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

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

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>

Schein J., (1995). A Brief History of Sign Language. *Language in Motion, Exploring the Nature of Sign*. Gallaudet University Press

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

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

Schwartz, S. J., Unger, J. B., Zamboanga, B. L., & Szapocznik, J. (2010). Rethinking the concept of acculturation—Implications for theory and research. *American Psychologist*, 65(4), 237–251. <https://doi.org/10.1037/a0019330> 146

Schwartz, S. J., Zamboanga, B. L., & Hernandez-Jarvis, L. (2007). Ethnic identity and acculturation in Hispanic early adolescents: Mediated relationships to academic grades, prosocial behaviors, and externalizing symptoms. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 13(4), 364–373. <https://doi.org/10.1037/1099-9809.13.4.364>

Seeley, C. J., Smith, C. T., MacDonald, K. J., & Beninger, R. J. (2016). Ventromedial prefrontal theta activity during rapid eye movement sleep is associated with improved decision-making on the Iowa gambling task. *Behavioral Neuroscience*, 130(3), 271–280.

Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press.

Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5–14. doi:10.1037/0003-066x.55.1.5

Senghas, R. J., & Monaghan, L. (2002). Signs of their Times: Deaf Communities and the Culture of Language. *Annual Review of Anthropology*, 31(1), 69–97. <https://doi.org/10.1146/annurev.anthro.31.020402.101302>

Shearer, A. E., Hildebrand, M.S., Smith, R.J.H. (2017). Hereditary Hearing Loss and Deafness. In: Adam MP, Ardinger HH, Pagon RA, et al., editors. University of Washington, Seattle.

Sheffield, A. M., & Smith, R. J. H. (2018). The Epidemiology of Deafness. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, 9(9). doi:10.1101/cshperspect.a033258

Shepherd, J. (2011). *Happiness and Health: Associations with Cardiovascular Disease Risk Factors* (Master Thesis). Auckland University of Technology. Retrieved from: <https://openrepository.aut.ac.nz/bitstream/handle/10292/2555/ShepherdJ.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Shi, H., Yang, L., Zhao, L., Su, Z., Mao, X., Zhang, L., & Liu, C. (2017). Differences of Heart Rate Variability Between Happiness and Sadness Emotion States: A Pilot Study. *Journal of Medical and Biological Engineering*, 37(4), 527–539. doi:10.1007/s40846-017-0238-0

Siroux, V., Boudier, A., Anto, J. M., Cazzoletti, L., Accordini, S., Alonso, J., Cerveri, I., Corsico, A., Gulsvik, A., Jarvis, D., De Marco, R., Marcon, A., Marques, E. A., Bugiani, M., Janson, C., Leynaert, B., & Pin, I. (2008). Quality-of-life and asthma-severity in general population asthmatics: results of the ECRHS II study. *Allergy*, 63(5), 547–554. doi:10.1111/j.1398-9995.2008.01638.x

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

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

Smiler, K. (2006). MAORI DEAF IDENTITY, *Sites A Journal of Social Anthropology and Cultural Studies*, 3 (1).<https://doi.org/10.11157/sites-vol3iss1id43>

Smiler, K., & McKee, R. L. (2006). Perceptions of Maori Deaf Identity in New Zealand. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 12(1), 93–111. <https://doi.org/10.1093/deafed/enl02>

Spencer, L. J., Tomblin, J. B., & Gantz, B. J. (2012). Growing Up With a Cochlear Implant: Education, Vocation, and Affiliation. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 17(4), 483–498. doi:10.1093/deafed/ens024

Staw, B. M., & Barsade, S. G. (1993). Affect and managerial performance: A test of the sadder-but-wiser vs. happier-and-smarter hypotheses. *Administrative Science Quarterly*, 38(2), 304–331. doi:10.2307/2393415

Staw, B. M., Sutton, R. I., & Pelled, L. H. (1994). Employee positive emotion and favorable outcomes at the workplace. *Organization Science*, 5(1), 51– 71. doi:10.1287/orsc.5.1.51

Stevenson, J., Kreppner, J., Pimperton, H., Worsfold, S., & Kennedy, C. (2015). Emotional and behavioural difficulties in children and adolescents with hearing impairment: a systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(5), 477–496. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0697-1>

Stewart, M. G., Coker, N. J., Jenkins, H. A., Manolidis, S., & Bautista, M. H. (2000). Outcomes and Quality of Life in Conductive Hearing Loss. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 123(5), 527–532. <https://doi.org/10.1067/mhn.2000.110364>

Stutzer, A., & Frey, B. S. (2010). Recent Advances in the Economics of Individual Subjective Well-Being. *Social Research*, 77(2), 679-714. The Johns Hopkins University Press.

Sutton-Spence, R. (2010). The Role of Sign Language Narratives in Developing Identity for Deaf Children. *Journal of Folklore Research*, 47 (3) <https://doi.org/10.2979/jfolkrese.2010.47.3.265>

Tabilin, D. (2021). Interaction of Cultural Deafness and Ethnicity on Identity Development Among Adolescents Attending a Deaf School. UC Riverside: University Honors. Ανακτήθηκε από: <https://escholarship.org/uc/item/9b64t591>

Tait, M., Padgett, M. Y., & Baldwin, T. T. (1989). Job and life satisfaction: A reevaluation of the strength of the relationship and gender effects as a function of the date of the study. *Journal of Applied Psychology*, 74(3), 502– 507. doi:10.1037/0021-9010.74.3.502

Taniguchi, H. (2014). Interpersonal Mattering in Friendship as a Predictor of Happiness in Japan: The Case of Tokyoites. *Journal of Happiness Studies*, 16(6), 1475–1491. doi:10.1007/s10902-014-9570-z

Tesfazghi, E. S., Martinez, J. A., & Verplanke, J. J. (2009). Variability of Quality of Life at Small Scales: Addis Ababa, Kirkos Sub-City. *Social Indicators Research*, 98(1), 73–88. doi:10.1007/s11205-009-9518-6

Theofilou, P. (2013). Quality of Life: Definition and Measurement. *Europe's Journal of Psychology*, 9(1), 150–162. <https://doi.org/10.5964/ejop.v9i1.337>

Theunissen, S. C. P. M., Rieffe, C., Netten, A. P., Briaire, J. J., Soede, W., Schoones, J. W., & Frijns, J. H. M. (2014). Psychopathology and Its Risk and Protective Factors in Hearing-Impaired 148 Children and Adolescents. *JAMA Pediatrics*, 168(2), 170-177. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.3974

Thompson, P. J., Salvi, S., Lin, J., Cho, Y. J., Eng, P., Abdul Manap, R., Boonsawat, W., Hsu, J. Y., Faruqi, R. A., Moreno-Cantu, J. J., Fish, J. E., & Ho, J. C.-M. (2013). Insights, attitudes and perceptions about asthma and its treatment: Findings from a multinational survey of patients from 8 Asia-Pacific countries and Hong Kong. *Respirology*, 18(6), 957–967. doi:10.1111/resp.12137

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

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

Veenhoven, R. (2007). Healthy happiness: effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *Journal of Happiness Studies*, 9(3), 449–469. doi:10.1007/s10902-006-9042-1

Veenhoven, R. (2010). How Universal is Happiness? In E. Diener, J. F. Helliwell, & D. Kahneman (Eds.), *International differences in well-being* (pp. 328–350). New York: Oxford University Press.

Veenhoven, R., & Hagerty, M. (2006). Rising happiness in nations 1946-2004: A reply to Easterlin. *Social Indicators Research*, 79(3), 421–436. doi:10.1007/s11205-005-5074-x

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>

Ville, I., Ravaud, J. F., & Tetrafigap Group (2001). Subjective well-being and severe motor impairments: the Tetrafigap survey on the long-term outcome of tetraplegic spinal cord injured persons. *Social Science & Medicine*, 52(3), 369–384. doi:10.1016/s0277-9536(00)00140-4

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

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

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

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.

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>

Warner-Czyz, A. D., Loy, B., Roland, P. S., Tong, L., & Tobey, E. A. (2009). Parent versus child assessment of quality of life in children using cochlear implants. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 73(10), 1423–1429. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2009.07.009>

Waterman, A. S. (1992). Identity as an aspect of optimal psychological functioning. In G. R. Adams, T. P. Gullotta, & R. Montemayor (Eds.), *Advances in adolescent development*, 4. Adolescent identity formation (p. 50–72). Sage Publications, Inc.

Weinberg, N., & Sterritt, M. (1986). Disability and identity: A study of identity patterns in adolescents with hearing impairments. *Rehabilitation Psychology*, 31(2), 95–102. <https://doi.org/10.1037/h0091538>

Weiss, H. M., Nicholas, J. P., & Daus, C. S. (1999). An examination of the joint effects of affective experiences and job beliefs on job satisfaction and variations in affective experiences over time. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 78(1), 1–24. doi:10.1006/obhd.1999.2824

Werngren-Elgström, M., Dehlin, O., & Iwarsson, S. (2003). Aspects of quality of life in persons with pre-lingual deafness using sign language: subjective wellbeing, ill-health symptoms, depression and insomnia. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 37(1), 13–24. [https://doi.org/10.1016/S0167-4943\(03\)00003-7](https://doi.org/10.1016/S0167-4943(03)00003-7)

Wheeler, A., Archbold, S., Gregory, S., & Skipp, A. (2007). Cochlear implants: The young people's perspective. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 12(3), 303–316. <https://doi.org/10.1093/deafed/enm018>

Woodward, J. (1972). Implications for sociolinguistic research among the deaf. *Sign Language Studies*, 1, 1-7.



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

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

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

Zahavi, M. (2015). Maintaining an attitude of gratitude with chronic illness: Positive thinking in Crohn's patients (Bachelor Thesis). University of London.  
doi:10.13140/RG.2.2.36113.79204

Zhang, Z., & Chen, W. (2018). A Systematic Review of the Relationship Between Physical Activity and Happiness. *Journal of Happiness Studies*, 20(4), 1305- 1322.  
doi:10.1007/s10902-018-9976-0

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

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Συμπλήρωση ερωτηματολογίου

Αγαπητοί/ες,

Ονομάζομαι Κωνσταντίνα-Ευθυμία Μουσουλή και είμαι Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Ειδικής Αγωγής και Εκπαίδευσης, στο Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος, πραγματοποιώ έρευνα σε Άτομα με Αναπηρίες/χρόνιες παθήσεις. Θα σας παρακαλούσα να απαντήσετε όλες τις ερωτήσεις. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αυστηρά μόνο για την εξαγωγή των πορισμάτων της έρευνας.

Σας ευχαριστώ εκδ των προτέτων για τη βοήθειά σας και τον πολυτιμο χρόνο σας!

Η ερευνήτρια

Κωνσταντίνα-Ευθυμία Μουσουλή

Email επικοινωνίας: [pe1100042@uoi.com](mailto:pe1100042@uoi.com)

1. Φύλο:

- Άνδρας
- Γυναίκα

2. Ηλικία

- 18-25
- 26-25
- 36-45
- 46-56
- 56 και άνω

3. Επαγγελματική κατάσταση

- Άνεργος
- Εργαζόμενος
- Συνταξιούχος

- Φοιτητής

4. Στο σπίτι ζω:

- Μόνος/η
- Με την οικογένεια
- Με φίλους
- Με συγγενείς
- Με φροντιστές

5. Η περιοχή που κατοικώ έχει:

- 5.000 κατοίκους
- 20.000 κατοίκους
- 50.000 κατοίκους
- Πάνω από 50.000 κατοίκους

6. Έχετε:

- Κώφωση
- Βαρηκοία

7. Έχετε παιδιά;

- Ναι
- Όχι

8. Θρησκεύεστε;

- Ναι
- Όχι

9. Έχετε φίλους;

- Ναι
- Όχι

10. Η αναπηρία/χρόνια πάθησή σας είναι:

- Εκ γενετής

- Επίκτητη

11. Διάστημα αναπηρίας/χρόνιας πάθησης:

- Έως 5 έτη
- 6-10 έτη
- 11-20 έτη
- 21 έτη και άνω

Ενότητα 1.	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
12. Η ζωή μου έχει νόημα.					
13. Έχω ξεκάθαρους στόχους.					
14. Κατευθύνω την ζωή μου.					
15. Νιώθω ότι κάτι λείπει από την ζωή μου.					
16. Ο θάνατος με ανησυχεί.					
17. Έχω ανάγκη να βρω το νόημα στη ζωή μου.					
18. Προσελκύομαι από καινούργια και διαφορετικά πράγματα.					
19. Παίρνω αποφάσεις για τη ζωή μου.					
20. Βαριέμαι εύκολα, ακόμη και να δοκιμάζω κάτι καινούργιο.					
21. Θέλω να ξεφύγω από την καθημερινότητα.					

22. Κάνω τις επιλογές ζωής που θέλω.					
--------------------------------------	--	--	--	--	--

Ενότητα 2.	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
23. Απολαμβάνω την κουλτούρα των Κωφών/βαρήκοων και των ακουόντων.					
24. Τα Κωφά/βαρήκοα άτομα πρέπει να χρησιμοποιούν μόνο την Ελληνική Νοηματική Γλώσσα.					
25. Υποστηρίζω την κουλτούρα των Κωφών/βαρήκοων.					
26. Τα Κωφά/Βαρήκοα άτομα δεν χρειάζονται ακουστικά βαρηκοίας.					
27. Η Ελληνική Νοηματική Γλώσσα και τα Ελληνικά είναι διαφορετικές Γλώσσες, ίσης αξίας.					
28. Δεν υπάρχει θέση για τα ακούοντα άτομα στον κόσμο των Κωφών/Βαρήκοων.					
29. Θέλω τα ακούοντα άτομα να σέβονται την κουλτούρα των Κωφών/Βαρήκοων.					
30. Μόνο τα Κωφά/Βαρήκοα άτομα πρέπει να διδάσκουν τα Κωφά/Βαρήκοα άτομα.					

31. Τα Κωφά/Βαρήκοα άτομα δεν πρέπει να παντρεύονται Κωφά/Βαρήκοα άτομα.					
32. Μπορώ να επικοινωνώ στην Ελληνική Νοηματική Γλώσσα.					
33. Τα Κωφά/Βαρήκοα άτομα είναι ικανοποιημένα με τον κόσμο των ακουόντων.					
34. Δεν καταλαβαίνω γιατί τα Κωφά/Βαρήκοα άτομα έχουν την δική τους κουλτούρα.					
35. Έχω Κωφού/Βαρήκοους φίλους.					
36. Το επίκεντρο της εκπαίδευσης των Κωφών/Βαρήκων πρέπει να είναι η διδασκαλία της χειλεανάγνωσης.					
37. Δεν ξέρω αν αντιλαμβάνομαι την Κώφωσή μου ως κάτι καλό ή κακό.					
38. Είναι καλύτερο τα Κωφά/Βαρήκοα άτομα να επικοινωνούν με την χειλεανάγνωση.					
39. Ζηλεύω τους ανθρώπους που ακούν.					
40. Κοινωνικοποιούμαι μόνο με ακούοντα άτομα.					
41. Είναι λάθος να μιλάω ενώ νοηματίζω.					
42. Είμαι περήφανος/η που είμαι Κωφός/Βαρήκοος.					

43. Οι ακούοντες σύμβουλοι, εκπαιδευτικοί και γιατροί που ειδικεύονται στη φροντίδα των Κωφών/Βαρήκων ατόμων, μπορούν να μου δώσουν τις καλύτερες συμβουλές.					
44. Μόνο τα Κωφά/Βαρήκα άτομα πρέπει να διευθύνουν σχολεία Κωφών/Βαρήκων.					
45. Δεν εμπιστεύομαι τα ακούντα άτομα.					
46. Αποκαλώ τον εαυτό μου άτομο με προβλήματα ακοής.					
47. Η εκμάθηση της χειλεανάγνωσης είναι χάσιμο χρόνου.					
48. Τα Κωφά/Βαρήκα άτομα πρέπει να κοινωνικοποιούνται μόνο με άλλα Κωφά/Βαρήκα άτομα.					
49. Οι φίλοι αγωνίζονται για τα δικαιώματα των Κωφών/Βαρήκων.					
50. Εύχομαι να μπορούσα να ακούω.					
51. Αν μια εγχείρηση θα μπορούσα να ε κάνει να ακούω, δε θα τη δεχόμουν.					
52. Θα ήθελα να είμαι μέρος της κοινότητας των Κωφών/Βαρήκων.					

Ενότητα 3.	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
53. Σωματικοί πόνοι σας εμποδίζουν από το να κάνετε τις δουλειές σας.					
54. Χρειάζεστε οποιαδήποτε ιατρική θεραπεία, για να λειτουργήσετε στην καθημερινή σας ζωή;					
55. Πόσο απολαμβάνετε την ζωή;					
56. Πόσο καλά συγκεντρώνεστε σε αυτό που κάνετε;					
57. Πόσο ασφαλής από κινδύνους νιώθετε στην καθημερινή σας ζωή;					
58. Πόσο υγιεινό είναι το περιβάλλον που ζείτε;					
59. Έχετε την απαιτούμενη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινότητας;					
60. Σε ποιο βαθμό αποδέχεστε την σωματική σας εικόνα και την εμφάνισή σας γενικότερα;					
61. Σε ποιο βαθμό έχετε τα απαιτούμενα χρήματα να καλύψετε τις ανάγκες σας;					
62. Πόσο εύκολα μπορείτε να βρείτε τις απαραίτητες					



πληροφορίες στην καθημερινή σας ζωή;					
63. Έχετε λεύθερο χρόνο;					
64. Πόσο καλά μπορείτε να κυκλοφορείτε και να κινείστε έξω από το σπίτι;					

Ενότητα 4.	Πολύ δυσαρεστημένος/η	Δυσανεστημένος	Ούτε δυσαρεστημένος/ούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος/η	Πολύ Ικανοποιημένος/η
65. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον ύπνο σας;					
66. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την ικανότητά σας για εργασία;					
67. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον εαυτό σας;					
68. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις προσωπικές σας σχέσεις;					
69. Πόσο ικανοποιημένος					

/η είστε με τη σεξουαλική σας ζωή;					
70. Πόσο ικανοποιημένος /η είστε με τη στήριξη που έχετε από τους φίλους σας;					
71. Πόσο ικανοποιημένος /η είστε με τη πρόσβαση που έχετε σε υπηρεσίες υγείας;					
72. Πόσο ικανοποιημένος /η είστε με τα μεταφορικά μέσα που χρησιμοποιείτε;					
73. Πόσο ικανοποιημένος /η είστε με τη συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι σας;					
74. Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ικανοποιημένος/					

η με την εργασία ή την απασχόληση που έχετε;(κατά πόσο ανταποκρίνεται στις ανάγκες και στις προσδοκίες σας;)					
75. Πόσο καλή είναι και πόσο καλύπτει τις ανάγκες σας η διατροφή σας;					
76. Πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα ζωής σας γενικά;					

Ενότητα 5.	Δεν ισχύει καθόλου	Ισχύει λίγο	Ισχύει	Ισχύει λίγο	Ισχύει αρκετά
77. Είμαι χαρούμενος/η.					
78. Νιώθω γεμάτος ενέργεια..					
79. Αισθάνομαι η ζωή να με ανταμείβει...					
80. Η ζωή μου έχει σκοπό..					

81. Επηρεάζω τους άλλους...					
82. Αντιλαμβάνομαι την ομορφιά στα περισσότερα πράγματα..					
83. Νιώθω χαρά και ευθυμία..					
84. Οργανώνω τον χρόνο μου καλά..					
85. Συχνά διασκεδάζω με άλλους ανθρώπους..					
86. Νιώθω ελκυστικός/η..					
87. Τρέφω θετικά συναισθήματα για τους άλλους...					
88. Γελάω πολύ..					
89. Χαλαρώνω εύκολα...					
90. Μου αρλεσεθ να κάνω παρέα με τους φίλους μου..					
91. Θυμώνω πολύ εύκολα..					
92. Πιστεύω θα μου συμβούν καλά πράγματα στο μέλλον..					

