



Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Σχολή Επιστημών Υγείας

Ιατρική Σχολή

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΟ ΑΙΣΘΗΜΑ ΤΗΣ ΜΟΝΑΞΙΑΣ ΣΕ ΚΩΦΑ ΚΑΙ ΒΑΡΗΚΟΑ

ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ

Αγγελική Δασκαλάκη, Α.Μ:20160630

Επιβλέπων: Γεράσιμος Κολαΐτης, Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής

Τριμελής Επιτροπή: Κολαΐτης Γ., Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής

Παπαγεωργίου Χ., Καθηγητής ΕΚΠΑ

Μπενέτου Β., Αναπληρώτρια Καθηγήτρια ΕΚΠΑ

ΑΘΗΝΑ,

Νοέμβριος 2019



Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Σχολή Επιστημών Υγείας

Ιατρική Σχολή

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΟ ΑΙΣΘΗΜΑ ΤΗΣ ΜΟΝΑΞΙΑΣ ΣΕ ΚΩΦΑ ΚΑΙ ΒΑΡΗΚΟΑ

ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ

Αγγελική Δασκαλάκη, Α.Μ:20160630

Επιβλέπων: Γεράσιμος Κολαΐτης, Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής

Τριμελής Επιτροπή: Κολαΐτης Γ., Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής

Παπαγεωργίου Χ., Καθηγητής ΕΚΠΑ

Μπενέτου Β., Αναπληρώτρια Καθηγήτρια ΕΚΠΑ

ΑΘΗΝΑ,

Νοέμβριος 2019

Πίνακας Περιεχομένων

Κατάλογος Πινάκων	5
Περίληψη	6
Abstract.....	8
Εισαγωγή	10
Βιβλιογραφική Ανασκόπηση.....	12
1.Μοναξιά	12
<i>1.1. Ορισμός και Επιπτώσεις της Μοναξιάς</i>	<i>12</i>
<i>1.2. Επιδημιολογία της Μοναξιάς</i>	<i>13</i>
<i>1.3. Μοναξιά σε παιδιά και εφήβους</i>	<i>13</i>
2.Αίσθημα Μοναξιάς σε Κωφά/Βαρήκοα Παιδιά.....	15
<i>2.1. Ορισμοί και Επιδημιολογία Κώφωσης και Βαρηκοΐας</i>	<i>16</i>
<i>2.2. Η Επίδραση του Οικογενειακού Πλαισίου στη Μοναξιά στα Κωφά/Βαρήκοα Άτομα</i>	<i>17</i>
<i>2.3. Η Επίδραση του Σχολικού Πλαισίου στα Κωφά/Βαρήκοα Άτομα</i>	<i>17</i>
<i>2.4. Η Σημασία της Έκφρασης και της Ψυχικής και Σωματικής Υγείας στα Κωφά/Βαρήκοα Άτομα</i>	<i>19</i>

3.Κώφωση και Βαρηκοΐα	20
3.1. Ο Ρόλος του Αισθητηριακού Ελλείμματος στη Δόμηση της Προσωπικότητας	20
3.2. Η “Κωφή Ταυτότητα” - Η δόμηση της ταυτότητας ενός κωφού ατόμου	21
4. Κοχλιακό Εμφύτευμα-Η επίδρασή του στην ψυχική υγεία του ατόμου	24
Σκοπός της Έρευνας	27
Ερευνητικές Υποθέσεις	28
5.Μεθοδολογία	29
5.1. Χρόνος και τόπος διεξαγωγής	29
5.2. Δείγμα	29
5.3. Διαδικασία	31
5.4. Εργαλεία μέτρησης	32
5.5. Στατιστική Ανάλυση	34
6.Αποτελέσματα	36
6.1. Δημογραφικά Στοιχεία Δείγματος	36

6.2. Βαθμολόγηση Κλίμακας Μοναξιάς	37
6.3. Βαθμολόγηση Ερωτηματολογίου Δυνατοτήτων και Δυσκολιών	39
6.3.1. Ερωτηματολόγιο Γονέων	39
6.3.2. Ερωτηματολόγιο Παιδιών/Εφήβων	41
6.4. Η Επίδραση της Οικογένειας, του Σχολικού Πλαισίου και της Βαρύτητας της Κατάστασης στα Επίπεδα του Συναισθήματος της Μοναξιάς	42
7. Συζήτηση	46
7.1. Συζήτηση ερευνητικών ευρημάτων	46
7.2. Περιορισμοί και πλεονεκτήματα της μελέτης	52
7.3. Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες	53
8. Συμπεράσματα.....	54
Βιβλιογραφικές Αναφορές.....	55

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Δημογραφικά στοιχεία δείγματος	37
Πίνακας 2: Μέσοι όροι υποκλιμάκων στην Κλίμακα Μοναξιάς	39
Πίνακας 3: Μέσοι όροι υποκλιμάκων στο Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (Ερωτηματολόγιο Γονέων)	40
Πίνακας 4: Μέσοι όροι υποκλιμάκων στο Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (Ερωτηματολόγιο Παιδιών/Εφήβων)	42
Πίνακας 5: Έλεγχος ισότητας μέσων για τη βαρύτητα της κατάστασης	43
Πίνακας 6: Έλεγχος ισότητας μέσων για το εάν έχουν υποβληθεί σε χειρουργείο/θεραπεία	43
Πίνακας 7: Έλεγχος ισότητας μέσων για την ύπαρξη κοχλιακού εμφυτεύματος	43
Πίνακας 8: Έλεγχος ισότητας μέσων για το είδος του σχολείου	44
Πίνακας 9: Έλεγχος ισότητας μέσων για την ύπαρξη επιπλέον κωφού μέλους.....	44
Πίνακας 10: Παλινδρόμηση για τον έλεγχο της επίδρασης των μεταβλητών στο Δείκτη Μοναξιάς.....	45

Περίληψη

Εισαγωγή. Τα παιδιά και έφηβοι με κώφωση/βαρηκοΐα ενδέχεται να βιώνουν υψηλά επίπεδα μοναξιάς. **Σκοπός.** Στόχος της παρούσας έρευνας είναι να μελετηθούν τα επίπεδα του αισθήματος της μοναξιάς, όπως αυτό βιώνεται από κωφά και βαρήκοα παιδιά και εφήβους. Ακόμη, μελετάται η επίδραση του σχολικού και οικογενειακού πλαισίου στην ύπαρξη του εν λόγω αισθήματος, η βαρύτητα της κατάστασης, οι θεραπείες τις οποίες μπορεί να έχουν δεχτεί και η ύπαρξη ή μη κοχλιακού εμφυτεύματος σαν ενδεικτικοί παράγοντες αυξημένων ή μειωμένων επιπέδων μοναξιάς. **Μέθοδος.** Στην έρευνα συμμετείχαν παιδιά και έφηβοι 11 έως 17 ετών (N=52). Μεταξύ αυτών, υπήρχαν κωφοί (N=30), και βαρήκοοι (N=22), με την πλειοψηφία των βαρήκοων να έχει κοχλιακό εμφύτευμα (N=21) και ορισμένους κωφούς να έχουν υποβληθεί σε κάποιο χειρουργείο/θεραπεία για την ακοή τους (N=5). Επιπρόσθετα, ορισμένοι φοιτούσαν σε γενικό σχολείο (N=7) και οι υπόλοιποι σε σχολείο κωφών/βαρήκοων (N=45), ενώ ένας σημαντικός αριθμός ανέφερε ότι δεν είναι το μοναδικό άτομο στην οικογένεια με προβλήματα ακοής (N=34). Δόθηκε επίσης η ευκαιρία σε όλους τους γονείς των παιδιών να συμμετάσχουν, ωστόσο λόγω ζητημάτων που αναλύονται περαιτέρω, συμμετείχαν ορισμένοι από αυτούς (N=20). Τα παιδιά συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια σχετικά με το συναίσθημα της μοναξιάς που βιώνουν και τις δυνατότητες και δυσκολίες τους. Οι γονείς συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια σχετικά με τις δυνατότητες και τις δυσκολίες των παιδιών τους. **Αποτελέσματα.** Οι δυσκολίες που αντιλαμβάνονται οι γονείς ότι αντιμετωπίζουν τα παιδιά τους φάνηκε να επιδρούν θετικά στα επίπεδα της μοναξιάς στα κωφά/βαρήκοα παιδιά και εφήβους σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο ($p=.05$). Δεν προέκυψε από τη στατιστική ανάλυση συσχέτιση του σχολικού πλαισίου, της βαρύτητας της κατάστασης, των θεραπειών και του κοχλιακού εμφυτεύματος με τα επίπεδα μοναξιάς. Η αντίληψη των γονέων για τις

δυσκολίες των παιδιών τους φάνηκε σημαντική, ενώ η ύπαρξη επιπλέον ατόμου με κώφωση/βαρηκοΐα στην οικογένεια δε φάνηκε στατιστικά σημαντική ως προς τα επίπεδα μοναξιάς. **Συμπεράσματα.** Οι δυσκολίες που αντιλαμβάνονται οι γονείς ότι αντιμετωπίζουν τα παιδιά τους έχουν άμεση σχέση με τα επίπεδα της μοναξιάς στα κωφά/βαρήκοα παιδιά και εφήβους. Άρα, η παρούσα έρευνα υποδεικνύει το γεγονός ότι η υποστήριξη της οικογένειας σε συνάρτηση με την κατανόηση προς τις δυσκολίες του παιδιού αποτελούν προστατευτικό παράγοντα προς τη μοναξιά.

Λέξεις Κλειδιά: Αίσθημα Μοναξιάς, Παιδιά, Έφηβοι, Κωφοί, Βαρήκοοι

Abstract

Background. Deaf and hard of hearing children and adolescents may be experiencing increased levels of loneliness. **Aim.** The goal of this particular study, is to examine the feeling of loneliness among children and adolescents that are deaf/hard of hearing. Also, to examine the effect of the school and family environment as well as the intensity of their impairment, whether they have been through treatment (surgical or otherwise) or have cochlear implants as indicators of increased levels of loneliness. **Methods.** Children and adolescents 11 to 17 years old (N=52) participated in this study. Amongst them, deaf (N=30) and hard of hearing individuals (N=22). Most of the hard of hearing participants (N=21) have a cochlear implant and a few of the deaf participants have been through some form of surgery or treatment, related to their hearing disability (N=5). Furthermore, some attend mainstream schools (N=7) and the rest special schools for the deaf and hard of hearing (N=45). Also, a significant amount of them are not the only family member with hearing problems (N=34). Lastly, all of the parents were given the chance to participate, however due to issues that are described in more detail further, only some of them did (N=20). The children and adolescents who participated, completed the Loneliness and Aloneness Scale for Children and Adolescents and the Strengths and Difficulties Questionnaire. The parents who took part in this research, completed the Strengths and Difficulties Questionnaire. **Results.** The difficulties parents believe their children face strongly affect the levels of loneliness reported by the children at a statistically significant level ($p=.05$). No statistically significant connection was proven between the reported loneliness levels and the type of school which participants attend, the intensity of their impairment, the treatments they have undergone and the cochlear implant. Notwithstanding the significance the parents' perception of the difficulties their children face holds, we were unable to prove that the

family environment is a strong indicator for or against elevated levels of loneliness.

Conclusions. The way parents of deaf and hard of hearing children and adolescents perceive the difficulties their children face, significantly affect their reported levels of loneliness. Therefore, fully understanding one's child's daily obstacles combined with a much-needed support system in the family act as a protective factor against loneliness.

Keywords: Feeling of Loneliness, Children, Adolescents, Deaf, Hard of Hearing

Εισαγωγή

Τα παιδιά με αισθητηριακά ελλείμματα, αναφέρουν πιο συχνά ότι αισθάνονται μοναξιά σε σύγκριση με τα παιδιά αντίστοιχων ηλικιών τυπικής ανάπτυξης (Maes, et al., 2017). Ιδιαίτερα στα κωφά/βαρήκοα παιδιά, σημαντικός παράγοντας είναι οι δυσχέρειες με τις οποίες έρχονται αντιμέτωπα σε επίπεδο επικοινωνίας και γλωσσικής ανάπτυξης, οι οποίες σχετίζονται με τη βαρύτητα της κατάστασής τους (Cacioppo et al., 2015· Wallhagen et al., 2001· Maes, et al., 2017). Ακόμη, η κοινωνικοποίηση των παιδιών αυτών είναι ιδιαίτερα απαιτητική, αφού πολλές φορές υφίστανται διαχωρισμό από τους συνομήλικούς τους, ενίοτε σε βαθμό περιθωριοποίησης. Το οικογενειακό περιβάλλον και η στάση του εκάστοτε εκπαιδευτικού δύναται να δράσουν επικουρικά στην ομαλή ένταξη του παιδιού στο σχολικό περιβάλλον, αλλά και την κοινωνικοποίηση εν γένει. Επιδραστική στην κοινωνική, ακαδημαϊκή και προσωπική εξέλιξη του ατόμου μπορεί να είναι και η ύπαρξη κοχλιακού εμφυτεύματος (Schorr, Roth & Fox, 2009).

Σκοπός της παρούσας έρευνας, είναι η εκτίμηση των επιπέδων του αισθήματος της μοναξιάς, όπως αυτό βιώνεται από κωφά/βαρήκοα παιδιά σχολικής ηλικίας και εφήβους. Ακόμη, η εκτίμηση της επίδρασης συγκεκριμένων παραγόντων στο συναίσθημα αυτό, όπως η φοίτηση σε σχολείο κωφών/βαρήκοων ή σε γενικό σχολείο, η βαρύτητα της κατάστασης (κωφός/βαρήκοος), το ενδεχόμενο να έχει κάνει ο συμμετέχων κάποιο χειρουργείο/θεραπεία για την ακοή του, αν έχει κοχλιακό εμφύτευμα και αν είναι το μοναδικό κωφό άτομο στην οικογένεια ή όχι.

Στα πρώτα τέσσερα κεφάλαια, παρατίθενται οι θεωρητικοί άξονες της έρευνας. Πιο συγκεκριμένα, στο πρώτο και δεύτερο κεφάλαιο γίνεται λόγος για τη μοναξιά ως

συναίσθημα στην παιδική και εφηβική ηλικία αλλά και στα κωφά/βαρήκοα παιδιά και εφήβους πιο συγκεκριμένα.

Στο τρίτο και τέταρτο κεφάλαιο, πραγματοποιείται εκτενής αναφορά για την κώφωση/βαρηκοΐα καθώς και το κοχλιακό εμφύτευμα και την επίδρασή τους στην προσωπική και κοινωνική ζωή του ατόμου. Επίσης, πραγματοποιείται βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με την ενσωμάτωση (ή μη) των ατόμων αυτών στην κοινότητα των κωφών, με την ανάπτυξη κάποιας «Κωφής Ταυτότητας» και τις συνακόλουθες συνέπειες των διεργασιών αυτών στην ψυχική υγεία του ατόμου.

Εν συνεχεία, στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της συγκεκριμένης έρευνας. Ειδικότερα, ο χρόνος και τόπος διεξαγωγής, το δείγμα της έρευνας, η ερευνητική διαδικασία συνολικά και τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν.

Στο έκτο κεφάλαιο παρατίθενται τα αποτελέσματα που προέκυψαν, κατόπιν στατιστικής ανάλυσης των ερευνητικών δεδομένων.

Στο έβδομο κεφάλαιο, πραγματοποιείται συζήτηση ως προς τα ευρήματα της παρούσας μελέτης και παρουσιάζονται οι περιορισμοί και τα πλεονεκτήματα της έρευνας, προτάσεις για μελλοντικές έρευνες και συγκεντρωτική διατύπωση των συμπερασμάτων της έρευνας.

Κλείνοντας, παρουσιάζονται οι βιβλιογραφικές αναφορές στις οποίες στηρίχθηκε η παράθεση πληροφοριών και σχετικών ευρημάτων του παρελθόντος.

Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

1. Μοναξιά

1.1. Ορισμός και Επιπτώσεις της Μοναξιάς

Συχνά, ελλείπει ποιοτικών κοινωνικών επαφών και προσωπικών σχέσεων, το άτομο αισθάνεται μοναξιά. Το αίσθημα της μοναξιάς ορίζεται ως η επίγνωση του ατόμου για ελλείψεις σχετικά με τις σχέσεις τις οποίες το ίδιο συνάπτει, σε κοινωνικό και προσωπικό επίπεδο, ιδιαίτερα σε σύγκριση με τις προσωπικές του επιθυμίες για τους εν λόγω τομείς (Spitzberg & Hurt, 1987). Η επίγνωση αυτή, επιφέρει αισθήματα θλίψης, ανεκπλήρωτης επιθυμίας και κενού. Ακόμη, άγχος και αβεβαιότητα ως προς τη βελτίωση της κατάστασης την οποία το άτομο βιώνει (Asher & Paquette, 2003). Κατ' αυτόν τον τρόπο, επηρεάζεται η ποιότητα και η ποσότητα των σχέσεων τις οποίες δομεί, ενώ είναι σημαντικό να ληφθούν υπόψη τα συναισθήματα ανασφάλειας και πίεσης που συνακόλουθα δημιουργούνται (Asher & Paquette, 2003). Αξίζει να πραγματοποιηθεί ιδιαίτερη αναφορά στο γεγονός ότι το αίσθημα της μοναξιάς δεν ταυτίζεται με την εκάστοτε κατάσταση των κοινωνικών επαφών ενός ατόμου. Είναι δυνατόν κανείς να έχει πολλούς φίλους, αλλά να αισθάνεται μοναξιά ή να μην χαίρει ιδιαίτερης αποδοχής από την ομάδα των συνομήλικων και παρόλα αυτά να μην αισθάνεται μόνο. Ο όρος “μοναξιά”, αφορά περισσότερο στην εσωτερική συναισθηματική κατάσταση, η οποία επηρεάζεται μεν από την κοινωνική ζωή, αλλά δεν χαρακτηρίζεται αποκλειστικά από αυτήν. Επιπροσθέτως, η μοναξιά αποτελεί ένα φυσιολογικό και σύνηθες συναίσθημα, όχι αυτούσια παθολογική κατάσταση ή καταδικαστική ένδειξη παθολογίας (Asher & Paquette, 2003).

1.2.Επιδημιολογία της Μοναξιάς

Σε επιδημιολογικό επίπεδο, το 6% του πληθυσμού φαίνεται να παρουσιάζει το συγκεκριμένο συναίσθημα, ενώ τα ποσοστά είναι αυξημένα σε άτομα κάτω των 25 (9%) και άνω των 55 (9%) ετών (Victor & Yang, 2012). Ομολογουμένως, υπάρχουν περιορισμένα στοιχεία ως προς την επιδημιολογία της μοναξιάς σε μικρές ηλικίες. Μία μετα-ανάλυση στις Ηνωμένες Πολιτείες από τους Masi et al. (2011), αναφέρει σημαντικά ποσοστά μοναξιάς σε παιδιά και ενήλικες. Ειδικότερα: 12% των παιδιών ηλικίας 5 έως 6 ετών, ανέφεραν ότι αισθάνονταν μοναξιά στο σχολικό πλαίσιο, ενώ 80% των παιδιών 8 έως 10 ετών σε ποσοτική έρευνα που διεξήχθη στη Μ. Βρετανία δήλωσαν ότι αισθάνονται συχνά μοναξιά (Berguno et al., 2004). Ακόμη, ο οργανισμός National Society for the Prevention of Cruelty to Children αντλώντας στοιχεία από την τηλεφωνική γραμμή υποστήριξης παιδιών και εφήβων μέχρι 19 ετών στη Μ. Βρετανία, ανέφερε ότι το ποσοστό κλήσεων στις οποίες το βασικό αίτημα ήταν το αίσθημα της μοναξιάς, ανέρχεται στο ποσοστό 4%. Τέλος, ανασκόπηση των Rubin et al. (2009), δείχνει ότι παιδιά τα οποία παρουσιάζουν απόσυρση στις κοινωνικές τους επαφές, έχουν αυξημένες πιθανότητες να εξακολουθήσουν να επιδεικνύουν τη συμπεριφορά αυτή σε περισσότερες από μία εκφάνσεις της καθημερινότητας, συμπεριλαμβανομένων των πλαισίων στα οποία εντάσσονται (Liverpool Public Health Observatory, 2014).

1.3.Μοναξιά σε παιδιά και εφήβους

Η μοναξιά αποτελεί ένα συχνά απαντώμενο συναίσθημα, το οποίο πολλές φορές εμφανίζεται σε περιστασιακή μορφή, ως απότοκο κάποιου γεγονότος ή κάποιας κατάστασης ψυχοπνευματικής φύσεως. Στην περίπτωση αυτή, δεν αποτελεί παράγοντα κινδύνου τις περισσότερες φορές. Ωστόσο, όταν απαντάται σε χρόνια και επιμένουσα

μορφή, παρουσιάζει σύνδεση με σωματικές και ψυχικές διαταραχές, καθώς και προβλήματα προσαρμογής στην εφηβεία και την ενηλικίωση (Asher, Hymel & Renshaw, 1984). Σε αντίθεση με την κοινή αντίληψη ότι τα παιδιά δεν είναι δυνατόν να βιώσουν τη μοναξιά μέχρι την εφηβεία, έρευνες αναφέρουν ότι παιδιά 5-6 ετών είναι ικανά να έχουν αρκετά ικανοποιητική αντίληψη της ιδέας της μοναξιάς (Cassidy & Asher, 1992). Στην περίπτωση της διερεύνησης της αντίληψης του αισθήματος της μοναξιάς στα παιδιά, χρήσιμο είναι να λαμβάνεται υπόψη η αίσθηση που έχουν για τη μοναξιά σε εσωτερικό επίπεδο, καθώς και η συνεκτικότητα με την οποία η εικόνα τους για το εν λόγω αίσθημα δομείται γνωστικά και συναισθηματικά (Asher & Paquette, 2003). Μεγάλη σημασία για τα παιδιά φαίνεται να έχει η αποδοχή που χαίρουν ή στερούνται από τους συνομήλικούς τους, εφόσον στην περίπτωση που βιώνουν απόρριψη, αναφέρουν συνοδά συναισθήματα θλίψης, άγχους, ανασφάλειας και μοναξιάς, ενώ δεν είναι απίθανο να προχωρήσουν στην επίδειξη παραβατικής συμπεριφοράς (McWhirter, 1990· Asher et al., 2003). Επιπρόσθετα, σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζει η συμπεριφορά την οποία υιοθετούν τα παιδιά που δε χαίρουν της επιθυμητής από τα ίδια αποδοχής από τις ομάδες συνομηλίκων. Εκείνα τα οποία αποσύρονται και επιδεικνύουν παθητική συμπεριφορά ή επιθετική συμπεριφορά, έχουν περισσότερες πιθανότητες να απορριφθούν από τους συνομήλικούς τους και άρα να βιώσουν μοναξιά (Cassidy & Asher, 1992· Margalit & Levin-Alyagon, 1994· Renshaw & Brown, 1993). Ποικίλοι περιβαλλοντικοί παράγοντες ενδέχεται να λειτουργούν ως αίτια που οδηγούν σε αισθήματα μοναξιάς. Ειδικότερα, ο ανασφαλής δεσμός με τον πρωτεύοντα πάροχο φροντίδας κατά τη βρεφική ηλικία (Berlin, Cassidy & Belsky, 1995), ο αποκλεισμός από ομάδες συνομηλίκων, όπως αναφέρθηκε παραπάνω καθώς και το είδος των αλληλεπιδράσεων στις οποίες εκτίθεται κανείς στο οικογενειακό πλαίσιο (Berlin, Cassidy & Belsky, 1995). Ακόμη ένας σημαντικός παράγοντας, είναι

εκείνος του γενετικού υποβάθρου. Το να υποθέσει κανείς ότι υπάρχει “γονίδιο της μοναξιάς”, θα ήταν παράτολμο και ενδεχομένως λανθασμένο. Παρόλα αυτά, κληρονομήσιμα χαρακτηριστικά και τάσεις, όπως η αρνητική χροιά συναισθήματος, η αντίληψη του εαυτού σύντονη με τέτοιου είδους αναπαραστάσεις και η κοινωνική απόσυρση, φαίνεται να διαδραματίζουν ιδιαίτερα ουσιώδη ρόλο (McGuire & Clifford, 2000).

2. Αίσθημα Μοναξιάς σε Κωφά/Βαρήκοα Παιδιά

Συχνά, τα κωφά/βαρήκοα παιδιά αισθάνονται μοναξιά. Το γεγονός αυτό είναι ξεκάθαρα αλληλένδετο με την αισθητηριακή έλλειψη που παρουσιάζουν, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι ένα κωφό/βαρήκοο παιδί εξ' ορισμού θα βιώσει το συναίσθημα αυτό, τουλάχιστον σε βαθμό που να του δημιουργεί δυσκολίες στην καθημερινότητα και την ψυχική του υγεία (McPloy & Storbeck, 2011). Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, η μοναξιά είναι ένα συχνό συναίσθημα μεταξύ τόσο ενηλίκων, όσο και παιδιών και εφήβων. Παρόλα αυτά, δεν αποτελεί αυτούσια ψυχική διαταραχή ή αδιάσειστο στοιχείο που παραπέμπει σε υποβόσκουσα παθολογία (Asher & Paquette, 2003). Σε κάθε περίπτωση, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι, σύμφωνα με έρευνες, τα κωφά/βαρήκοα παιδιά (όπως και τα παιδιά με προβλήματα όρασης), αισθάνονται πιο συχνά μοναξιά σε σχέση τόσο με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης, όσο και με παιδιά τα οποία πάσχουν από διαφορετικού είδους χρόνιες παθήσεις (Maes, et al., 2017). Το γεγονός αυτό οφείλεται στις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην επικοινωνία. Οι δυσκολίες αυτές πλήττουν σε πολύ μεγάλο βαθμό την κοινωνικοποίηση και τη δημιουργία ποιοτικών σχέσεων για τα συγκεκριμένα παιδιά (Cacioppo et al., 2015· Wallhagen et al., 2001· Maes, et al., 2017). Οι παράγοντες που συντελούν στην ύπαρξη

αισθήματος μοναξιάς σε κωφά παιδιά είναι ποικίλοι και αναφέρονται αναλυτικότερα παρακάτω.

2.1. Ορισμοί και Επιδημιολογία Κώφωσης και Βαρηκοΐας

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organisation, 2019), 466.000.000 άνθρωποι σε παγκόσμιο επίπεδο (το 5% του παγκόσμιου πληθυσμού) παρουσιάζουν έλλειψη ακοής (ήπια ή σοβαρή, διαχωρισμός ο οποίος επεξηγείται παρακάτω). Στον αριθμό αυτόν, τα 34.000.000 είναι παιδιά. Η απώλεια της ακοής ενδέχεται να είναι αποτέλεσμα γενετικών παραγόντων, επιπλοκών κατά τη γέννηση, ορισμένων ασθενειών, χρόνιων λοιμώξεων στα αυτιά, χρήσης συγκεκριμένων φαρμάκων, έκθεσης σε υπερβολικό θόρυβο και προχωρημένης ηλικίας (World Health Organisation, 2019). Στα παιδιά, το 60% των περιστατικών έλλειψης ακοής αφορά σε αναστρέψιμα αίτια (World Health Organisation, 2019). Η πρόωμη διάγνωση και παρέμβαση είναι καίριες στην εξασφάλιση της ευημερίας (World Health Organisation, 2019). Η χρήση ακουστικών και αντίστοιχων βοηθημάτων, κοχλιακών εμφυτευμάτων και άλλων βοηθητικών μέσων, υποτίτλων και νοηματικής γλώσσας μπορούν να βοηθήσουν τόσο στην εκπαίδευση όσο και στην κοινωνική υποστήριξη των ατόμων που παρουσιάζουν κώφωση. Η έλλειψη ακοής σε επίπεδο που καθιστά αναπηρία, είναι εκείνη που ανέρχεται σε περισσότερα από 40 dB (decibels) στο αυτί το οποίο λειτουργεί καλύτερα στους ενήλικες και σε περισσότερα από 30 dB στα παιδιά. Έλλειψη ακοής παρουσιάζει κάποιος ο οποίος έχει ουδό ακοής 25 dB και περισσότερο και στα δύο αυτιά, ενώ υφίσταται διαβάθμιση ήπιας, μέτριας, σοβαρής και απόλυτης έλλειψης ακοής. Ως “βαρήκοοι” χαρακτηρίζονται οι άνθρωποι με ήπια έως σοβαρή έλλειψη ακοής, ενώ οι άνθρωποι με απόλυτη έλλειψη ακοής, χαρακτηρίζονται ως “κωφοί” (World Health Organisation, 2019).

2.2. Η Επίδραση του Οικογενειακού Πλαισίου στη Μοναξιά στα Κωφά/Βαρήκοα Άτομα

Αρχικά, ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο διαδραματίζει το οικογενειακό περιβάλλον. Ένα μεγάλο ποσοστό κωφών/βαρήκοων παιδιών προέρχεται από οικογένειες ακουόντων και η περίπτωση αυτή είναι περισσότερο απαιτητική, από εκείνη των κωφών/βαρήκοων παιδιών με κωφούς γονείς (McProy & Storbeck, 2011). Αυτό συμβαίνει επειδή, στη δεύτερη περίπτωση, οι γονείς κατά κανόνα διαθέτουν μία καλή επαφή με την κοινότητα και την κουλτούρα των κωφών, επικοινωνούν χρησιμοποιώντας τη νοηματική γλώσσα και, εντός πλαισίου, η κώφωση δεν έχει την αντιμετώπιση αναπηρίας. Οι διεργασίες ενσωμάτωσης του παιδιού ξεκινούν νωρίς, με την ασφάλεια και αίσθηση του ανήκειν την οποία το γεγονός αυτό συνεπάγεται. Επιπλέον, εφόσον τα άτομα (ή κάποιο από τα άτομα) που απαρτίζουν την οικογένεια είναι επίσης κωφά, το άτομο δεν αισθάνεται μόνο ή περιθωριοποιημένο (Chen, 2014· Bat-Charva, 2000). Αντίθετα, εάν ένα κωφό/βαρήκοο παιδί προέρχεται από γονείς ακουόντες, αντιμετωπίζει εμπόδια στην επικοινωνία μαζί τους σε καθημερινή βάση. Οι δυσκολίες αφορούν τόσο στην ενσωμάτωσή του σε πλαίσια απαρτιζόμενα από ακουόντες, όσο και στην ενσωμάτωσή του στην κοινότητα και κουλτούρα των κωφών. Αυτό συμβαίνει επειδή ενίοτε σε οικογένειες ακουόντων με ένα μόνο κωφό/βαρήκοο μέλος, εκείνο αντιμετωπίζεται ως άτομο με αναπηρία, σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό (Chen, 2014· Bat-Charva, 2000). Συχνά, το γεγονός αυτό ευθύνεται για το αίσθημα μοναξιάς σε κωφά/βαρήκοα παιδιά.

2.3. Η Επίδραση του Σχολικού Πλαισίου στα Κωφά/Βαρήκοα Άτομα

Σημαντικό παράγοντα στην ύπαρξη αισθήματος μοναξιάς σε κωφά/βαρήκοα παιδιά, αποτελεί το σχολικό περιβάλλον. Προτού γίνει αναλυτικότερη αναφορά στο

ζήτημα αυτό, σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι υφίσταται μεγάλη διαφοροποίηση στη συναισθηματική κατάσταση και τα αναφερόμενα αισθήματα μοναξιάς και περιθωριοποίησης μεταξύ κωφών/βαρήκοων παιδιών τα οποία φοιτούν σε γενικά σχολεία, και κωφών/βαρήκοων παιδιών τα οποία φοιτούν σε σχολεία κωφών και βαρήκοων (Edwards & Crocker, 2008). Όπως είναι κατανοητό, τα παιδιά αισθάνονται μεγαλύτερη αίσθηση ενότητας και “ανήκειν”, καθώς και αυξημένη αυτοπεποίθηση σε ένα σχολείο στο οποίο ο ιδιαίτερος τρόπος αντίληψης μέσω της αισθητηριακής τους έλλειψης αποτελεί όχι την εξαίρεση, αλλά τον κανόνα (McIlroy & Storbeck, 2011). Αντίθετα, παιδιά τα οποία φοιτούν σε γενικά σχολεία, συχνά αναφέρουν δυσκολίες ως προς την κοινωνικοποίηση και επαφή με τους συμμαθητές τους, περιθωριοποίηση, εκνευρισμό, θλίψη και μοναξιά (Edwards & Crocker, 2008· McIlroy & Storbeck, 2011).

Ένας ακόμα τομέας με τον οποίον αντιμετωπίζουν δυσκολίες, είναι εκείνος των σχέσεων με συνομήλικους. Αυτό συμβαίνει, αρχικά επειδή υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην αισθητηριακή αντίληψη μεταξύ κωφών και ακουόντων παιδιών, δευτερευόντως επειδή τα πρώτα πολύ συχνά δεν έχουν τη δυνατότητα για λεκτική επικοινωνία. Εξ' αιτίας του γεγονότος αυτού, η συχνότητα, η διάρκεια και η ποιότητα των συναναστροφών τους με συνομήλικους επηρεάζεται σημαντικά (Edwards & Crocker, 2008). Τα κωφά/βαρήκοα παιδιά τα οποία κατέχουν καλύτερες λεκτικές και γλωσσικές ικανότητες, είναι πιο πιθανό να έχουν περισσότερες κοινωνικές επαφές με άλλα παιδιά (Edwards & Crocker, 2008). Επιπρόσθετα, τα κωφά/βαρήκοα παιδιά συχνά επιχειρούν να δημιουργήσουν επαφές με ακούοντα παιδιά, αλλά αρκετές φορές δέχονται απόρριψη (Bat-Charva & Martin, 2003).

2.4. Η Σημασία της Έκφρασης και της Ψυχικής και Σωματικής Υγείας στα Κωφά/Βαρήκοα Άτομα

Άλλο ένα ζήτημα το οποίο επηρεάζει την ύπαρξη του αισθήματος μοναξιάς σε κωφά/βαρήκοα παιδιά, είναι η γνώση ή/και ευχέρεια της επικοινωνίας στη νοηματική γλώσσα, αφού όσο περισσότερο μπορεί ένα παιδί να επικοινωνήσει, τόσο καλύτερα δύναται να εκφράσει τα συναισθήματά του. Ακόμη, ιδιαίτερα σημαντικές είναι η ψυχική και σωματική υγεία, εφόσον επηρεάζουν τόσο την κοινωνικοποίηση όσο και τη θετική αυτο-αντίληψη. Σε περιπτώσεις στις οποίες υπάρχει παθολογία (ψυχική ή σωματική), δυσχεραίνεται η καθημερινότητα του παιδιού συνολικά (Chen, 2014).

Η μοναξιά αποτελεί ένα ιδιαίτερα κοινό συναίσθημα μεταξύ ατόμων. Πολλές φορές, το συναίσθημα αυτό, προκαλεί άγχος, θλίψη και τάσεις για απομόνωση στο άτομο, επομένως είναι πάντα σκόπιμη η διερεύνηση των επιπέδων ύπαρξής του (Asher & Raquette, 2003), με σκοπό την παρέμβαση και υποστήριξη για το άτομο. Επιπλέον, άνθρωποι οι οποίοι αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην καθημερινότητά τους λόγω κάποιας αισθητηριακής έλλειψης, αισθάνονται πιο συχνά και περισσότερο έντονα μοναξιά και αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην επικοινωνία και την κοινωνικοποίησή τους. Φυσικά, ο βαθμός των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν επηρεάζει σημαντικά τις κοινωνικές και διαπροσωπικές τους τάσεις (Edwards & Crocker, 2008· Cacioppo et al., 2015· Maes, et al., 2017). Επίσης, η δυνατότητα ένταξης σε ένα υγιές και περιεκτικό σχολικό περιβάλλον, στο οποίο το άτομο δε θα αισθάνεται περιθωριοποιημένο ή αταίριαστο είναι προεξάρχουσας σημασίας (Edwards & Crocker, 2008). Το ίδιο ισχύει και για την αίσθηση του ανήκειν και της ασφάλειας στο οικογενειακό πλαίσιο, με την ύπαρξη περισσότερων του ενός κωφών/βαρήκοων ατόμων να δρα ως βοηθητικός παράγοντας (Chen, 2014· Bat-Charva, 2000).

3. Κώφωση και Βαρηκοΐα

3.1. Ο Ρόλος του Αισθητηριακού Ελλείμματος στη Δόμηση της Προσωπικότητας

Με βάση ερευνητικά δεδομένα, κωφοί άνθρωποι κάθε ηλικίας τείνουν να δομούν τόσο την προσωπική, όσο και την κοινωνική τους ταυτότητα με βασικό γνώμονα την έλλειψη ακοής καθώς και τις συνέπειες τις οποίες το γεγονός αυτό επιφέρει (McPloy & Storbeck, 2011). Ωστόσο, εφόσον βρίσκονται σε μία κοινωνία ακουόντων, η ένταξη και η διαβίωση σε αυτήν περιλαμβάνει ποικίλες προκλήσεις. Παράγοντες όπως η εκπαίδευση, η επικοινωνία, η κοινωνικοποίηση και η σύναψη σχέσεων είναι σημαντικό να ληφθούν υπόψη. Όπως είναι αντιληπτό, το αισθητηριακό εμπόδιο της έλλειψης ακοής επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την καθημερινότητά τους, από την παιδική κιόλας ηλικία. Ως επακόλουθο, το αίσθημα της μοναξιάς σε κωφά και βαρήκοα παιδιά είναι ιδιαίτερα συχνό. Σημαντικό ρόλο στο γεγονός αυτό παίζουν οι κοινωνικές ικανότητες των παιδιών αυτών, οι οποίες συχνά επηρεάζονται από την αισθητηριακή τους έλλειψη (Preisler, Tvingstedt & Ahmstrom, 2002), με κυρίαρχο παράγοντα τη δυσχέρειά τους στη λεκτική επικοινωνία, η οποία δυσκολεύει τη δόμηση θετικών σχέσεων με τους ακούοντες συνομηλίκους τους (Martin, Bat-Chava & Deignan, 2001· Maes et al., 2017).

Σημαντικό παράγοντα σε όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, αποτελεί και η δόμηση και φύση κάποιας «Κωφής Ταυτότητας». Η συγκεκριμένη αναλύεται περαιτέρω στη συνέχεια.

3.2. Η “Κωφή Ταυτότητα” - Η δόμηση της ταυτότητας ενός κωφού ατόμου

Ένας αδρός τρόπος περιγραφής της έννοιας της ταυτότητας, είναι η “αναπαράσταση του εαυτού” (Baumeister, 1997), και αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίον οι εμπειρίες ενός παιδιού στο οικογενειακό και σχολικό πλαίσιο εσωτερικεύονται στο βαθμό που αποτελούν πλέον τμήμα της συγκρότησης της ταυτότητας του ατόμου. Ωστόσο, είναι γνωστό ότι υπάρχουν οι έννοιες της προσωπικής ταυτότητας και της κοινωνικής ταυτότητας. Η προσωπική ταυτότητα αφορά στην αντίληψη του εαυτού με όρους ιδιοσυγκρασίας και ανάπτυξης ιδιαίτερων χαρακτηριστικών και σχέσεων, ενώ η κοινωνική ταυτότητα με όρους συμμετοχής σε ομάδες, οι οποίες είναι δυνατόν να παίζουν εξαιρετικά σημαντικό ρόλο στην αντίληψη του εαυτού (Turner & Tajfel, 1979· Hogg, 2001). Η αίσθηση του εαυτού συνδέεται στενά με την αντίληψη που έχει το άτομο για τις ομάδες στις οποίες ανήκει και πολλές φορές, η ατομικότητα συγκροτείται σε μεγάλο βαθμό από τον ξεχωριστό συνδυασμό διαφορετικών ομάδων και κατηγοριών στις οποίες εντασσόμαστε και αισθανόμαστε ότι ανήκουμε (Turner & Tajfel, 1979· Hogg, 2001). Κατ' αυτόν τον τρόπο, λοιπόν, τα κωφά άτομα φαίνεται να αποκτούν από νωρίς την αίσθηση της διαφορετικότητάς τους καθώς και των κοινών στοιχείων τα οποία έχουν με άλλα κωφά άτομα, διαμορφώνοντας μία στεγανή αίσθηση ενότητας και μία ιδιαίτερη κουλτούρα, υποβοηθούμενη από το διαφορετικό τρόπο αντίληψης του περιβάλλοντος που έχουν (Glickman, 1993). Η ενότητα αυτή, μολονότι υποβοηθά στη διατήρηση ψυχικής υγείας και κατά κάποιον τρόπο “επιβίωσης” σε έναν κόσμο ακουόντων, παρουσιάζει ορισμένες ιδιαιτερότητες ειδικά ως προς την κοινωνικοποίηση των κωφών ατόμων. Προτού προχωρήσουμε παρακάτω, είναι απαραίτητο να διευκρινιστεί ότι η αναφερόμενη ως “Κουλτούρα των Κωφών”, αποτελεί μία ιδιότυπη κουλτούρα, με

δικές της ιδιαιτερότητες και τάσεις, όμοια με το χαρακτήρα ποικίλων μειονοτήτων (Glickman, 1993).

Το ζήτημα της κωφής ταυτότητας έχει μελετηθεί αρκετά, τόσο σε επίπεδο επιρροής της στην κοινωνικοποίηση, όσο και στην ψυχολογία του ατόμου. Ο πρώτος ερευνητής ο οποίος ασχολήθηκε με το συγκεκριμένο θέμα, ήταν ο Glickman (1993). Σύμφωνα με το έργο του ίδιου, η κωφή ταυτότητα διαθέτει τέσσερα στάδια ανάπτυξης και αντικατοπτρίζεται στις συμπεριφορές των ατόμων ως εξής: τα άτομα τα οποία διαθέτουν “κουλτούρα ακουόντων” και ως εκ τούτου διατηρούν τις πεποιθήσεις και στάσεις των ακουόντων ως προς την κώφωση και τους κωφούς. Ακόμη, οι “οριακοί από άποψη κουλτούρας”, οι οποίοι επιδεικνύουν ασταθείς τάσεις ως προς το αν ανήκουν και ταυτοποιούνται περισσότερο κατά την κουλτούρα των ακουόντων ή των κωφών. Στη συνέχεια, η “ταυτότητα πλήρους εμπύθισης”, η οποία αφορά στη ριζική, σχεδόν στρατευμένη ενσωμάτωση στην κουλτούρα των κωφών, με αντίστοιχες επιρροές στον τρόπο ζωής του ατόμου και, τέλος, η “ταυτότητα διττής κουλτούρας”, στην οποία ανήκουν άτομα που έχουν ενσωματώσει στην υπόστασή τους σε ποικίλα πλαίσια την επίγνωση της αισθητηριακής τους έλλειψης και βιώνουν αισθήματα επάρκειας με αυτήν (Glickman, 1993). Επιπρόσθετα, ο Glickman δημιούργησε την κλίμακα Deaf Identity Development Scale, κλίμακα η οποία μελετά τη δόμηση της κωφής ταυτότητας (Glickman, 1993). Με βάση τα παραπάνω, ο Holcomb (1997) αναφέρθηκε σε επτά κατηγορίες ταυτότητας στις οποίες ενδέχεται να ανήκει ένα κωφό άτομο, με κεντρικό άξονα την έκθεσή του στην κουλτούρα των κωφών. Αυτές είναι: α) η ισορροπημένη ταυτότητα διττής κουλτούρας, β) η κυρίως κωφή ταυτότητα διττής κουλτούρας, γ) η κυρίως ακούουσα ταυτότητα διττής κουλτούρας, δ) η απομονωμένη από άποψη κουλτούρας ταυτότητα, ε) η διαχωριζόμενη από άποψη κουλτούρας ταυτότητα, στ) η οριακή από άποψη κουλτούρας ταυτότητα και ζ) η αποκλεισμένη από

άποψη κουλτούρας ταυτότητα. Αργότερα, η έρευνα της Bat-Chava (2000), έκανε λόγο και παρείχε στοιχεία για την ύπαρξη τριών, σχετικά σταθερών, ομάδων “κωφών ταυτοτήτων”. Αυτές συνδέονται με τις κοινωνικές στάσεις και την ατομική κινητικότητα και είναι οι εξής: ταυτότητα συνυφασμένη με την κουλτούρα των ακουόντων, ταυτότητα συνυφασμένη με την κουλτούρα των κωφών και ταυτότητα διττής κουλτούρας. Επιπρόσθετα, υπάρχει βιβλιογραφία στην οποία περιγράφονται οι φάσεις δόμησης της κωφής ταυτότητας. Κατά την Melick (1998), ένα κωφό άτομο αρχικά αισθάνεται περιθωριοποιημένο, ύστερα περνά από ένα μεταβατικό στάδιο αρχικής επαφής με την κουλτούρα των κωφών και, εν τέλει, το άτομο εκτίθεται σε μεγαλύτερο βαθμό σε αυτήν και ξεκινά η απόπειρα ενσωμάτωσής του. Στο τελευταίο στάδιο το οποίο χαρακτηρίζεται από μία διεργασία αυτο-προσδιορισμού, δείχνει σταθερότερη επίγνωση των ορίων του και της θέσης του σε κοινωνικό επίπεδο και δεν αποδέχεται τυχόν απόπειρες για περιθωριοποίηση του ίδιου (Hole, 2004). Μία ακόμη διατύπωση των σταδίων της δόμησης της κωφής ταυτότητας είναι η παρακάτω: αρχικά, υπάρχει η “αντίληψη ως δεδομένο”, στη συνέχεια η “αποξένωση”, η “σύνδεση” και τέλος, το στάδιο στο οποίο το άτομο αισθάνεται “κωφός/ή με το δικό του τρόπο”. Το τελευταίο αφορά σε μία γνωστική και συναισθηματική δομή διττής κουλτούρας (Ohna, 2004). Στην περίπτωση αυτή, εμφανής είναι η διαλεκτικότητα της αυτο-αντίληψης ενός κωφού ατόμου καθώς και του τρόπου με τον οποίο βιώνουν τον κόσμο. Στην αρχή της ζωής, τα κωφά άτομα φαίνεται να μην έχουν τον εαυτό τους κατά νου ως ένα πρωτίστως κωφό άτομο. Βέβαια, το γεγονός αυτό ισχύει περισσότερο στην περίπτωση είτε κωφών παιδιών με κωφούς γονείς, είτε κωφών παιδιών ακουόντων γονέων, οι οποίοι είχαν φροντίσει ώστε το περιβάλλον να μπορεί να εμπεριέξει τα παιδιά αυτά. Η ουσιαστικότερη αντίληψη διαφορετικότητας, φαίνεται να έρχεται κατά τη χρονική φάση στην οποία τα παιδιά ξεκινούν το σχολείο. Προοδευτικά, τα παιδιά αυτά

αναφέρουν μεγαλύτερη κοινωνική διαφοροποίηση (συχνά σε σημείο αποκλεισμού), η οποία προκαλεί συναισθήματα ευερεθιστότητας και μοναξιάς καθώς και άγχους για την ακαδημαϊκή τους επίδοση και συνολική επιβίωση στο πλαίσιο της τάξης. Σε συνδυασμό με τις δυσκολίες που υπάρχουν ως προς την επικοινωνία και τη συναισθηματική και κοινωνική σύνδεση με το σχολικό περιβάλλον, η δόμηση της ταυτότητας επηρεάζεται και μεταβάλλεται. Στο σημείο αυτό, πρέπει να διευκρινιστεί ότι οι δυσκολίες οι οποίες περιγράφονται παραπάνω, αφορούν περισσότερο σε παιδιά τα οποία φοιτούσαν σε γενικά σχολεία. Με τη μεταφορά τους σε σχολεία κωφών και βαρήκοων ή σε σύγκριση με παιδιά τα οποία φοιτούσαν εξ' αρχής σε τέτοια, η σχολική τους εμπειρία εμφάνισε σημαντική βελτίωση (McIlroy & Storbeck, 2011· Chen, 2014). Άλλοι σημαντικοί παράγοντες στη συγκρότηση της κωφής ταυτότητας, φαίνεται να είναι (πέραν του σχολικού περιβάλλοντος και της επίδρασης της οικογένειας) ο βαθμός κώφωσης, η γνώση ή/και ευχέρεια της επικοινωνίας στη νοηματική γλώσσα, το νοητικό δυναμικό, η ψυχική και σωματική υγεία και οι σχέσεις με συνομήλικους σε ευρύτερο πλαίσιο (Chen, 2014).

Ένας άλλος παράγοντας ο οποίος φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής των κωφών ατόμων, είναι το κοχλιακό εμφύτευμα (Schott, Roth & Fox, 2009), για το οποίο γίνεται λόγος παρακάτω.

4. Κοχλιακό Εμφύτευμα-Η επίδρασή του στην ψυχική υγεία του ατόμου

Το κοχλιακό εμφύτευμα είναι μία ηλεκτρονική συσκευή, η οποία παρέχει τη δυνατότητα αντίληψης του ήχου, σε άτομα με σοβαρή έως βαρύτατη απώλεια ακοής. Λειτουργεί διεγερτικά προς το ηχητικό νεύρο, υποκαθιστώντας τα κατεστραμμένα ή νεκρά κύτταρα του κοχλίου. Αποτελείται από τα παρακάτω μέρη: τον πομπό, τον

επεξεργαστή ήχου (εξωτερικά), το εμφύτευμα και τη δέσμη ηλεκτροδίων (εσωτερικά) (Clark, 2015).

Τα τελευταία χρόνια, ο αριθμός των ανθρώπων οι οποίοι έχουν κοχλιακά εμφυτεύματα έχει πολλαπλασιαστεί και τα αποτελέσματα φαίνονται αρκετά υποσχόμενα. Το εμφύτευμα βοηθά τα άτομα να αντιλαμβάνονται τον ήχο, αλλά και να επικοινωνούν, ακόμα αποτελεσματικότερα όταν υπάρχει η βοήθεια της χειλεοανάγνωσης (Shannon, 2012). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η τοποθέτηση εμφυτεύματος σε βρέφη είναι όχι μόνο ασφαλής, αλλά και προτιμητέα ως προς την αποτελεσματικότητά του και την ανάπτυξη γλωσσικών ικανοτήτων και υψηλότερων ακαδημαϊκών επιδόσεων στη μετέπειτα ζωή (Geers, Nicholas & Sedey, 2003· Dettman, Pinder, Briggs, Dowell & Leigh, 2007), ενώ η ποιότητα ζωής των εν λόγω ατόμων είναι υψηλότερη σε ευρύτερο πλαίσιο (Schorr, Roth & Fox, 2009). Τα αποτελέσματα που παρέχει το εμφύτευμα εξακολουθούν να είναι ευεργετικά για το άτομο με την πάροδο του χρόνου, ωστόσο ιδιαίτερα σημαντική είναι η μακροπρόθεσμη ιατρική και ψυχολογική υποστήριξη, η παρακολούθηση της λειτουργίας του εμφυτεύματος, περιοδικοί ακουολογικοί έλεγχοι και υποβοηθούμενη αποκατάσταση μετεγχειρητικά (Beadle, McKinley, Nikolopoulos, Brough, O'Donoghue & Archbold, 2005). Μεγάλη σημασία έχει η στάση των γονέων απέναντι στο εμφύτευμα και όσα αυτό συνεπάγεται, αφού είναι δυνατόν η αρνητική προδιάθεση ή τα αυξημένα ποσοστά άγχους των γονέων να επηρεάσουν αρνητικά το παιδί και την ψυχολογική του κατάσταση (Punch & Hyde, 2011). Επιπλέον, άξιο αναφοράς είναι το γεγονός ότι η διαδικασία εγκατάστασης του κοχλιακού εμφυτεύματος είναι δυνατόν να μην είναι επιτυχής, λόγω ενός αριθμού παραγόντων που σχετίζονται με τη φύση και την έκταση των προβλημάτων ακοής. Ακόμη, η ανάπτυξη γλωσσικών ικανοτήτων συχνά διαφέρει μεταξύ ατόμων. Στην περίπτωση αυτήν, το άτομο και η οικογένειά του παρουσιάζουν

άγχος, ματαίωση και άλλες ψυχικές και συναισθηματικές –εκτός από σωματικές– δυσκολίες, με αρνητικές επιπτώσεις στην καθημερινότητά τους (Pisoni, Kronenberg, Harris & Moberly, 2018). Σε κάθε περίπτωση, αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο, το οποίο ενέχει τη δυνατότητα να βοηθήσει σημαντικά στην ενσωμάτωση και την ψυχική ισορροπία ανθρώπων οι οποίοι ειδιάλλως θα παρουσίαζαν μία σημαντική αισθητηριακή έλλειψη (Clark, 2015).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι ο τρόπος με τον οποίο βιώνουν ποικίλα συναισθήματα οι άνθρωποι που παρουσιάζουν κάποιο αισθητηριακό έλλειμμα, διαφέρει από τον τρόπο με τον οποίο βιώνουν τα συναισθήματα οι άνθρωποι που ανήκουν στο γενικό πληθυσμό (McIlroy & Storbeck, 2011). Η κοινωνικοποίηση αποτελεί μία σημαντική ανάγκη για τους ανθρώπους. Στην περίπτωση που ένα άτομο αποτύχει να κοινωνικοποιηθεί, τις περισσότερες φορές αισθάνεται εκτεθειμένο και περιθωριοποιημένο (Cacioppo et al., 2015). Το γεγονός αυτό, υποβοηθά την ύπαρξη έντονου αισθήματος μοναξιάς, το οποίο συνδέεται στενά με μία πληθώρα άλλων δυσάρεστων συναισθημάτων, τα οποία οδηγούν σε χαμηλότερη ποιότητα ζωής (Cacioppo et al., 2015). Με βάση τα παραπάνω δεδομένα, κρίθηκε ουσιώδες να εξεταστεί το ενδεχόμενο τα κωφά/βαρήκοα παιδιά και έφηβοι να βιώνουν υψηλά επίπεδα μοναξιάς και να επηρεάζεται συνακολούθως η συναισθηματική τους κατάσταση.

Λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαίτερες συνθήκες κοινωνικοποίησης ενός κωφού/βαρήκοου ατόμου, σε ένα πλαίσιο κυριαρχούμενο από ακούοντες, καθώς και το αίσθημα διαφορετικότητας το οποίο δύναται το άτομο αυτό να βιώνει (Bat-Charva & Martin, 2003), είναι αντιληπτό ότι υπάρχει μεγάλη πιθανότητα ύπαρξης υψηλών επιπέδων μοναξιάς (Maes et al., 2017). Η κοινωνική ζωή (και άρα οι πιθανότητες για

αποτελεσματικότερη κοινωνικοποίηση) ενός ατόμου διαρθρώνεται σε ορισμένα πλαίσια. Ο τρόπος με τον οποίον κάποιος συμμετέχει σε αυτά, συνδέεται στενά με την ύπαρξη αισθήματος μοναξιάς (Cacioppo et al., 2015). Τα πιο σημαντικά πλαίσια στην παιδική και εφηβική ηλικία είναι η οικογένεια και το σχολείο (Edwards & Crocker, 2008). Ως εκ τούτου, στην παρούσα έρευνα, μελετήθηκε η επίδραση που έχει η φοίτηση σε σχολείο κωφών/βαρήκοων και η ύπαρξη επιπλέον κωφού/βαρήκοου ατόμου στην οικογένεια.

Ακόμη, λόγω του γεγονότος ότι άτομα με αναπηρίες και χρόνιες παθήσεις σημειώνουν υψηλά επίπεδα μοναξιάς (Maes et al., 2017), διερευνήθηκε η πιθανότητα μαζί με τη βαρύτητα της κατάστασης να αυξάνεται και το αίσθημα της μοναξιάς καθώς και η επίδραση που μπορεί να έχει κάποιο χειρουργείο/θεραπεία στην οποία ενδέχεται να έχει υποβληθεί το παιδί/ο έφηβος ή η ύπαρξη κοχλιακού εμφυτεύματος.

Σκοπός της Έρευνας

Πρωταρχικός στόχος της έρευνας είναι να εξεταστεί ο βαθμός στον οποίο τα κωφά/βαρήκοα παιδιά και έφηβοι βιώνουν τη μοναξιά. Εφόσον σύμφωνα με τη βιβλιογραφία τα παιδιά με αισθητηριακά ελλείμματα έχουν περισσότερες πιθανότητες να αισθάνονται μοναξιά, λόγω των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν στην επικοινωνία και την κοινωνικοποίηση (Edwards & Crocker, 2008· Cacioppo et al., 2015· Maes, et al., 2017), θα ήταν επιθυμητό να αποκτηθεί μία βαθύτερη οπτική στον ιδιαίτερο τρόπο με τον οποίον τα κωφά/βαρήκοα παιδιά και έφηβοι βιώνουν το συναίσθημα αυτό.

Επιπρόσθετα, να διερευνηθούν παράγοντες οι οποίοι δρουν επικουρικά στην ύπαρξη χαμηλότερων ποσοστών μοναξιάς για τα συγκεκριμένα παιδιά. Λαμβάνοντας

υπόψη τα παραπάνω, τόσο η κατανόηση όσο και η παρέμβαση σε κωφά/βαρήκοα παιδιά και εφήβους θα είναι αποτελεσματικότερη.

Ερευνητικές Υποθέσεις

Προκειμένου να διενεργηθεί η έρευνα, διατυπώνονται οι παρακάτω ερευνητικές υποθέσεις:

- (1) Τα κωφά/βαρήκοα παιδιά και έφηβοι βιώνουν υψηλά ποσοστά μοναξιάς.
- (2) Το αίσθημα της μοναξιάς επηρεάζει τη συναισθηματική κατάσταση στα κωφά/βαρήκοα παιδιά και εφήβους.
- (3) Εάν υπάρχουν ένα ή περισσότερα κωφά/βαρήκοα άτομα στην οικογένεια, τα επίπεδα μοναξιάς που βιώνει το παιδί ή ο έφηβος είναι χαμηλότερα.
- (4) Η φοίτηση ενός κωφού/βαρήκοου παιδιού ή εφήβου σε σχολείο κωφών/βαρήκων, οδηγεί σε χαμηλότερα επίπεδα μοναξιάς.
- (5) Τα επίπεδα της μοναξιάς που βιώνει ένα κωφό/βαρήκοο παιδί ή έφηβος, επηρεάζονται από τη βαρύτητα της κατάστασής του (δηλαδή το ποσοστό της κώφωσής του), τους συνακόλουθους περιορισμούς στις δραστηριότητες και την καθημερινότητά του και τη θεραπεία που έχει δεχτεί/δέχεται.

5. Μεθοδολογία

5.1. Χρόνος και τόπος διεξαγωγής

Η συγκεκριμένη συγχρονική έρευνα, διενεργήθηκε κατά το χρονικό διάστημα Οκτώβριος 2018 – Μάιος 2019. Ειδικότερα, ένα τμήμα του δείγματος λήφθηκε από το Ακουσολογικό Τμήμα της Α' Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών του Νοσοκομείου Παίδων «η Αγία Σοφία» και διήρκεσε από τον Οκτώβριο 2018 έως τον Μάιο 2019. Επίσης, ένα μέρος του δείγματος λήφθηκε από τα Ειδικά Σχολεία Κωφών και Βαρήκων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, από το Βόρειο και Νότιο Τομέα Αθηνών. Το χρονικό διάστημα συλλογής του δείγματος από τα σχολεία ήταν από το Δεκέμβριο 2018 έως τον Μάιο 2019.

5.2. Δείγμα

Ο πληθυσμός που αποτελεί το δείγμα της έρευνας, προήλθε από το Ακουσολογικό τμήμα του νοσοκομείου Παίδων «Η Αγία Σοφία» και από τα: Ειδικό Δημοτικό Σχολείο Κωφών/Βαρήκων Αργυρούπολης, Ειδικό Δημοτικό Σχολείο Κωφών/Βαρήκων Πεύκης και Ειδικό Γυμνάσιο-Λύκειο Κωφών/Βαρήκων Αργυρούπολης. Επιπλέον, συμμετείχαν στην έρευνα ορισμένα ανεξάρτητα μέλη της κοινότητας των κωφών, οι οποίοι ενημερώθηκαν για την έρευνα μέσω κοινωνικών επαφών με τους γονείς των συμμετεχόντων της έρευνας, ωστόσο τα παιδιά τους δε φοιτούσαν σε κάποιο από τα Ειδικά Σχολεία Κωφών/Βαρήκων.

Στο σύνολο, συμμετείχαν 52 παιδιά και έφηβοι και 20 γονείς. Από τα παιδιά/εφήβους συμμετέχοντες, οι 22 ήταν βαρήκοοι και οι 30 κωφοί. Οι ηλικίες τους κυμάνθηκαν από 11 έως 17 ετών. Από τους βαρήκοους, οι 21 είχαν κοχλιακό εμφύτευμα, ενώ από τους κωφούς, οι 5 είχαν κάνει κάποιο χειρουργείο για την

επιδιόρθωση της ακοής τους, το οποίο ωστόσο δεν πέτυχε, ενώ 10 βαρήκοοι είχαν υποβληθεί σε κάποιο χειρουργείο/θεραπεία, πέραν του κοχλιακού εμφυτεύματος.

Επιπρόσθετα, 7 άτομα ανέφεραν ότι φοιτούν σε γενικό σχολείο και 45 σε σχολείο κωφών/βαρήκοων. Ο πληθυσμός που φοιτά σε γενικό σχολείο, προήλθε από το ακουολογικό τμήμα του Νοσοκομείου Παιδών «η Αγία Σοφία» και από τα ανεξάρτητα μέλη που συμμετείχαν. Σε ό, τι αφορά στο οικογενειακό πλαίσιο, από τους 52 συμμετέχοντες, οι 34 ανέφεραν ότι δεν είναι το μοναδικό άτομο στην οικογένεια με προβλήματα ακοής και οι 18 ότι είναι το μοναδικό άτομο στην οικογένεια με προβλήματα ακοής. Συμμετείχαν επίσης οι γονείς 20 παιδιών.

Τα κριτήρια με βάση τα οποία οι συμμετέχοντες συμπεριελήφθησαν στην έρευνα ήταν:

- α) η ηλικία των συμμετεχόντων να είναι 11-17 ετών
- β) η κώφωση/βαρηκοΐα τους
- γ) ο τυπικός χαρακτήρας της ανάπτυξης και λειτουργικότητάς τους (πέραν της αισθητηριακής τους έλλειψης)
- δ) η ικανοποιητική από εκείνους αντίληψη της γραπτής ελληνικής γλώσσας
- ε) η ενυπόγραφη έντυπη συγκατάθεση συμμετοχής στην έρευνα τουλάχιστον ενός γονέα των παιδιών και εφήβων

Στο σημείο αυτό, θα είναι χρήσιμο να εξηγηθεί ο λόγος που υπάρχουν λιγότερα ερωτηματολόγια συμπληρωμένα από τους γονείς (N=20). Αυτό συνέβη σε μεγάλο βαθμό λόγω του γεγονότος ότι πολλοί γονείς οι οποίοι είναι κωφοί, δυσκολεύονται σε

μεγάλο βαθμό με τη γραφή και την ανάγνωση, λόγω των πολυάριθμων ελλείψεων που ανέφεραν ότι υπήρχαν παλαιότερα στην εκπαίδευση ατόμων με τη δική τους αναπηρία αλλά και προσωπικών δυσκολιών. Πιο συγκεκριμένα, αρκετοί ανέφεραν ότι είναι αναλφάβητοι, από τους οποίους ένας σημαντικός αριθμός ήταν κωφοί και ακούοντες από οικογένειες Ρομά, ενώ ένας μικρός αριθμός γονέων οι οποίοι είχαν περισσότερα του ενός παιδιά-συμμετέχοντες στην έρευνα, αρνήθηκαν να συμπληρώσουν παραπάνω από ένα ερωτηματολόγια.

5.3. Διαδικασία

Κατόπιν εγκρίσεως των κατάλληλων αδειών για τη διεξαγωγή της έρευνας, τόσο στα σχολεία από το Υπουργείο Παιδείας, Έρευνας και Θρησκευμάτων, όσο και στο νοσοκομείο, από την Επιτροπή Έρευνας και Δεοντολογίας του Γ. Ν. Παίδων «η Αγία Σοφία», ξεκίνησε η ερευνητική διαδικασία.

Στο Ακουολογικό τμήμα του Νοσοκομείου Παίδων «η Αγία Σοφία», πριν την έναρξη της χορήγησης των ερωτηματολογίων, υπήρξε συνεννόηση με το ιατρικό προσωπικό και στη συνέχεια με το νοσηλευτικό προσωπικό, προκειμένου η ερευνητική διαδικασία να μην παρακωλύσει την εύρυθμη λειτουργία του τμήματος τόσο σε χρονικό όσο και σε λειτουργικό επίπεδο. Ύστερα, καθώς οι οικογένειες βρίσκονταν στην αίθουσα αναμονής, δινόταν ένα ερωτηματολόγιο στους γονείς, μαζί με τα κατάλληλα έντυπα ενημερωμένης συγκατάθεσης. Εφόσον εκείνα συμπληρώνονταν, δίνονταν τρία άλλα ερωτηματολόγια στα παιδιά προς συμπλήρωση.

Στα Ειδικά Σχολεία Κωφών και Βαρήκων, αρχικά δόθηκαν στους γονείς τα κατάλληλα έντυπα ενημερωμένης συγκατάθεσης, μαζί με ένα ερωτηματολόγιο. Στη συνέχεια, αφού τα παιδιά επέστρεφαν τα παραπάνω συμπληρωμένα, γινόταν η χορήγηση τριών ερωτηματολογίων σε εκείνα. Αναλυτικότερη αναφορά στα εργαλεία

που χρησιμοποιήθηκαν γίνεται στη συνέχεια. Σε κάθε περίπτωση, με τη χορήγηση των ερωτηματολογίων, πραγματοποιούταν παράλληλα η απόδοσή τους στην Ελληνική Νοηματική Γλώσσα από την ερευνήτρια της μελέτης. Αυτό συνέβη λόγω του γεγονότος ότι η αντίληψη της γλώσσας καθώς και η ανάπτυξη των γλωσσικών ικανοτήτων γίνονται με διαφορετικό τρόπο και ρυθμό στους κωφούς/βαρήκοους απ'ότι στους ακούοντες, επομένως ιδιαίτερα οι κωφοί συμμετέχοντες αντιμετώπιζαν δυσκολίες στην πλήρη κατανόηση των ερωτήσεων που καλούνταν να απαντήσουν (Bowe, 1998· Mayberry, 2002).

5.4. Εργαλεία μέτρησης

Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών Στοιχείων: Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από τα ίδια τα παιδιά και τους εφήβους. Αποτελείται από 11 ερωτήσεις. Σε αυτές συμπεριλαμβάνονται ορισμένες ερωτήσεις που αφορούν στο φύλο, την ηλικία και την εκπαιδευτική βαθμίδα του συμμετέχοντα. Επιπλέον, το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων, το επάγγελμά τους και την οικονομική κατάσταση της οικογένειας, το είδος του σχολείου στο οποίο φοιτά το άτομο (Γενικό Σχολείο/Ειδικό Σχολείο Κωφών-Βαρήκων/Ειδικό Σχολείο). Επιπρόσθετα, το ενδεχόμενο να υπάρχει επιπλέον άτομο με προβλήματα ακοής στην οικογένεια (αν είναι κωφό/βαρήκοο) και ποια η σχέση του με το άτομο (Μητέρα/Πατέρας/Αδελφός-ή). Ακόμη, η ύπαρξη κοχλιακού εμφυτεύματος και το ενδεχόμενο το άτομο να έχει κάνει κάποιο χειρουργείο/θεραπεία για την ακοή του, πέραν του εμφυτεύματος. Το ερωτηματολόγιο αυτό, φάνηκε να είναι ευνόητο και εύχρηστο, ακόμα και κατά την απόδοσή του στην Ελληνική Νοηματική Γλώσσα, δεδομένων των προκλήσεων που υπάρχουν στην απόδοση γραπτού περιεχομένου από τα Ελληνικά στην Ελληνική Νοηματική Γλώσσα.

Κλίμακα Μοναξιάς της Λουβαίνης για Παιδιά και Εφήβους (Loneliness and Aloneness Scale for Children and Adolescents): Σκοπός του εργαλείου, είναι η αξιολόγηση και η εκτίμηση του αισθήματος της μοναξιάς σε παιδιά και εφήβους, σε σχέση τόσο με το περιβάλλον τους (γονείς και συνομήλικοι), όσο και με το ενδεχόμενο να τους αρέσει να είναι μόνοι και το βαθμό στον οποίο αυτό συμβαίνει. Στην παρούσα έρευνα, απαντήθηκε από τα ίδια τα παιδιά και τους εφήβους που συμμετείχαν. Η κλίμακα αποτελείται από 48 προτάσεις-ερωτήσεις, οι οποίες χωρίζονται σε 4 υποκλίμακες των 12 προτάσεων, με θεματικούς άξονες α) τη μοναξιά σχετικά με τους γονείς, β) τη μοναξιά στις σχέσεις με τους συνομηλίκους, γ) την αρνητική στάση (απόθεση) προς τη μοναξιά, δ) την τάση και επιθυμία να είναι κανείς μόνος (έλξη προς τη μοναξιά). Οι 48 προτάσεις-ερωτήσεις αρχικά παρουσιάζονται συνολικά και σε κάθε μία από αυτές, δίνεται μία κλίμακα από το 1 έως το 4 ως απάντηση. Για κάθε άτομο γίνεται υπολογισμός τεσσάρων βαθμών, οι οποίοι προκύπτουν αθροίζοντας τους βαθμούς που ανταποκρίνονται σε κάθε υποκλίμακα, όπως αυτές αναφέρθηκαν παραπάνω. Η κλίμακα υπάρχει διαθέσιμη στα ελληνικά και η αξιοπιστία και η εγκυρότητά της έχουν αποδειχθεί και σε ελληνικό πληθυσμό (Marcoens, Goosens & Coes, 1987· Σταλίκας, Τριλίβα & Ρούσση, 2012).

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο, ήταν εκείνο στο οποίο χρειάστηκε απόδοση στην Ελληνική Νοηματική Γλώσσα περισσότερο απ' όλα. Αυτό συνέβη επειδή περιείχε αρκετές μεταφορές και διατυπώσεις οι οποίες είναι περισσότερο ευνόητες στην Ελληνική γλώσσα με τον τρόπο που την αντιλαμβάνονται οι ακούοντες.

Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών ("Strengths and Difficulties Questionnaire"): Το εργαλείο αξιολογεί τις δυνατότητες και τις δυσκολίες παιδιών σχολικής ηλικίας, ενώ το τμήμα του εν λόγω ερωτηματολογίου που απευθύνεται στους

γονείς, μελετά τον τρόπο που αντιλαμβάνονται οι γονείς τις δυνατότητες και δυσκολίες του παιδιού τους. Στη συγκεκριμένη έρευνα, συμπληρώθηκε από τα παιδιά και τους εφήβους που συμμετείχαν και από τους γονείς τους. Αποτελείται από 25 ερωτήσεις και περιλαμβάνει 5 υποκλίμακες. Οι τέσσερις αφορούν ψυχοκοινωνικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά (υπερκινητικότητα/διάσπαση προσοχής, διαταραχές διαγωγής, σχέσεις με συνομηλίκους, συναισθηματικές διαταραχές) και η πέμπτη αφορά τη θετική κοινωνική συμπεριφορά. Ακόμη, συνοδεύεται από μία κλίμακα υποκειμενικής αξιολόγησης των δυσκολιών των παιδιών, η οποία συμπληρώνεται από το ίδιο άτομο που συμπληρώνει και το ερωτηματολόγιο. Η κλίμακα βαθμολογείται υπολογίζοντας κάθε μία από τις τέσσερις υποκλίμακες, όπως και την υποκλίμακα της θετικής κοινωνικής συμπεριφοράς, η οποία δε λαμβάνεται υπόψη στο συνολικό άθροισμα που καταδεικνύει το δείκτη δυσκολιών. Οι νόρμες στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο διαφέρουν ανάλογα με την πηγή πληροφόρησης, εάν πρόκειται για το ίδιο το παιδί/έφηβο, τον εκπαιδευτικό ή το γονέα (στην παρούσα έρευνα ελήφθη δείγμα από τα παιδιά/τους εφήβους που συμμετείχαν και τους γονείς, όπως αναφέρθηκε παραπάνω). (Σταλίκας & Τριλίβα, 2012· Giannakopoulos et al., 2013).

5.5. Στατιστική Ανάλυση

Ο βασικός στόχος της παρούσας έρευνας, είναι να μελετηθεί η επίδραση της οικογένειας, του σχολικού πλαισίου (αν ένα παιδί φοιτά σε γενικό σχολείο ή σε σχολείο κωφών/βαρήκοων) και της βαρύτητας της κατάστασης (αν είναι κωφό ή βαρήκοο, αν έχει υποστεί θεραπείες ή χειρουργεία για τη βελτίωση της κατάστασής του, αν έχει κοχλιακό εμφύτευμα), στα επίπεδα του αισθήματος της μοναξιάς, όπως αυτό βιώνεται από το παιδί/τον έφηβο.

Για το σκοπό αυτό, μελετήθηκε η επίδραση των παραπάνω μεταβλητών στη βαθμολογία που συγκέντρωσαν οι συμμετέχοντες στην Κλίμακα Μοναξιάς, η οποία καταγράφηκε ως Δείκτης Μοναξιάς (Loneliness Index). Αξίζει να σημειωθεί ότι έγινε επεξεργασία των αποτελεσμάτων με τη βοήθεια του προγράμματος ανάλυσης στατιστικών δεδομένων για κοινωνικές επιστήμες SPSS.

Αρχικά, εξετάστηκε εάν οι παρατηρήσεις μεταξύ των ομάδων όπως αυτές χωρίζονται από τις μεταβλητές (βαρύτητα της κατάστασης, δηλαδή αν είναι κωφός ή βαρήκοος ο συμμετέχων, τύπος σχολικού πλαισίου, ύπαρξη ή όχι κοχλιακού εμφυτεύματος, αν έχει υποβληθεί σε κάποιο χειρουργείο/θεραπεία σχετικό με την ακοή του και ύπαρξη ή μη περισσότερων του ενός ατόμων με προβλήματα ακοής στην οικογένεια) ακολουθούν κανονική κατανομή, ώστε να εξακριβώσουμε αν θα πραγματοποιηθούν παραμετρικοί ή μη παραμετρικοί έλεγχοι. Για το λόγο αυτόν, πραγματοποιήσαμε έλεγχο Shapiro-Wilk. Η μοναδική ομάδα στην οποία η μηδενική υπόθεση του ελέγχου απορρίπτεται και άρα δεν ακολουθεί κανονική κατανομή, είναι η «χειρουργείο/θεραπεία» ($p=0,02$). Σε όλες τις άλλες είχαμε $p>0,05$, στις περισσότερες δε κατά αρκετές μονάδες, επομένως μπορούμε να στηριχτούμε στο ότι ακολουθούν κανονική κατανομή. Στις παρατηρήσεις στις οποίες το p value δεν είναι τόσο υψηλό όσο σε άλλες, το αποτέλεσμα αυτό αποδίδεται στο μικρό αριθμό δείγματος εντός των ομάδων τους.

Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι ισότητας μέσω, μη παραμετρικός έλεγχος (Mann-Whitney) για τη μεταβλητή χειρουργείο/θεραπεία και παραμετρικός έλεγχος για τις υπόλοιπες (βαρύτητα της κατάστασης, ύπαρξη κοχλιακού εμφυτεύματος, είδος σχολείου και ύπαρξη επιπλέον κωφού/βαρήκοου μέλους στην οικογένεια).

6.Αποτελέσματα

6.1. Δημογραφικά Στοιχεία Δείγματος

Οι συμμετέχοντες ήταν 52 παιδιά και έφηβοι και οι γονείς τους (N=20). Από τα παιδιά/εφήβους, οι 30 ήταν κωφοί (57,7%). Οι ηλικίες τους ήταν από 11 έως 17 ετών. Από τους βαρήκοους, οι 21 είχαν κοχλιακό εμφύτευμα (95,4%). Από τους κωφούς, οι 5 είχαν κάνει κάποιο χειρουργείο για την ακοή τους (16,6%) ενώ από τους βαρήκοους, οι 10 είχαν υποβληθεί σε κάποιο χειρουργείο/θεραπεία, πέραν του κοχλιακού εμφυτεύματος (45,4%). Ακόμη, 7 άτομα προέρχονταν από γενικά σχολεία (13,5%) και 45 από σχολεία κωφών/βαρήκων (86,5%). Επίσης, οι 34 ανέφεραν ότι δεν είναι το μοναδικό άτομο στην οικογένεια με προβλήματα ακοής (64,4%).

Από τους 20 γονείς που συμμετείχαν συμπληρώνοντας τα Ερωτηματολόγια Δυνατοτήτων και Δυσκολιών, οι 13 ήταν γυναίκες (65%). Ακόμη, σχετικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων, οι 8 ήταν απόφοιτοι Δημοτικού (40%) και η οικονομική κατάσταση της οικογένειας περιγράφηκε από 7 συμμετέχοντες ως «Καλή» (35%).

Πίνακας 1. *Δημογραφικά στοιχεία δείγματος*

	N	%
Βαρήκοι	22	42,3
Κωφοί	30	57,7
Κοχλιακό Εμφύτευμα (Βαρήκοι)	21	95,4
Όχι Κοχλιακό Εμφύτευμα (Βαρήκοι)	1	4,6
Χειρουργείο/Θεραπεία (Κωφοί)	5	16,6
Όχι Χειρουργείο/Θεραπεία (Κωφοί)	25	83,4
Χειρουργείο/Θεραπεία (Βαρήκοι)	10	45,4
Όχι Χειρουργείο/Θεραπεία (Βαρήκοι)	12	54,6
Γενικά Σχολεία	7	13,5
Σχολεία Κωφών/Βαρηκόων	45	86,5
Επιπλέον Κωφό/Βαρήκοο Μέλος Στην Οικογένεια	34	65,4
Χωρίς Επιπλέον Κωφό/Βαρήκοο Μέλος Στην Οικογένεια	18	34,6

6.2.Βαθμολόγηση Κλίμακας Μοναξιάς

Ο μέσος όρος των βαθμολογιών που σχετίζονται με τη μοναξιά που αισθάνονται σε σχέση με τους γονείς/το οικογενειακό πλαίσιο ήταν 20,07, βαθμός εντός των φυσιολογικών πλαισίων. Σε σχέση με τις υπόλοιπες υποκλίμακες (μοναξιά σε σχέση με τους συνομήλικους, αρνητική στάση προς τη μοναξιά, έλξη προς τη μοναξιά), η συγκεκριμένη κλίμακα (μοναξιά σε σχέση με τους γονείς/εντός του οικογενειακού πλαισίου) συγκέντρωσε τις χαμηλότερες βαθμολογίες (20, 07, όπως φαίνεται στον Πίνακα 2).

Στη μοναξιά στις σχέσεις με τους συνομήλικους, ο μέσος όρος των βαθμολογιών ήταν 21,65 βαθμοί. Η βαθμολογία αυτή ήταν η δεύτερη χαμηλότερη (μετά την οικογένεια) και θεωρείται επίσης εντός φυσιολογικών ορίων. Επομένως, όσον αφορά στις σχέσεις με τους συνομήλικους οι συμμετέχοντες δεν ανέφεραν ότι βιώνουν αρκετά συχνά το συναίσθημα της μοναξιάς.

Ο επόμενος άξονας που εξετάζεται από την κλίμακα, είναι εκείνος της Αρνητικής στάσης (απόθησης) προς τη μοναξιά. Σε αυτόν, ο μέσος όρος των βαθμολογιών ήταν 32,53. Άρα, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων, ανέφερε ότι βιώνει απωθητικά για τη μοναξιά συναισθήματα σε σχετικά μεγάλο βαθμό.

Τελευταία συνιστώσα του ερωτηματολογίου είναι η τάση να είναι κανείς μόνος (έλξη προς τη μοναξιά). Στη συγκεκριμένη, ο μέσος όρος των βαθμολογιών ήταν 33,29. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων, τουτέστιν, συγκέντρωσε σχετικά υψηλή βαθμολογία.

Σε ό, τι αφορά στη συνολική βαθμολογία των ερωτηματολογίων, ο μέσος όρος ήταν στο 107,5. Τα αποτελέσματα που μόλις διατυπώθηκαν, εμφανίζονται περιγραφικά στον Πίνακα 2.

Πίνακας 2. Μέσοι όροι υποκλιμάκων στην Κλίμακα Μοναξιάς

Υποκλίμακες	Μέσος Όρος Βαθμολογιών
Μοναξιά σε σχέση με τους γονείς	20,07
Μοναξιά σε σχέση με τους συνομήλικους	21,65
Αρνητική στάση προς τη μοναξιά	32,53
Τάση να είναι κανείς μόνος	33,29
Συνολική Βαθμολογία	107,5

6.3.Βαθμολόγηση Ερωτηματολογίου Δυνατοτήτων και Δυσκολιών

6.3.1.Ερωτηματολόγιο Γονέων

Κατά μέσο όρο, οι εκτιμήσεις των γονέων για τα Συναισθηματικά Συμπτώματα των παιδιών βρίσκονταν στο 3,75, δηλαδή οριακά εντός φυσιολογικών πλαισίων, καθώς η βαθμολογία 4 θεωρείται σχετικά υψηλή, πιθανά ενδεικτική αξιοσημείωτων προβλημάτων σε κλινικό επίπεδο. Στα Προβλήματα Διαγωγής ο μέσος όρος ήταν 3,05, επομένως εντάσσεται στην κατηγορία βαθμολογιών οι οποίες δύναται να αντικατοπτρίζουν κλινικά αξιοσημείωτα προβλήματα. Στην Υπερδραστηριότητα, είχαμε μέσο όρο 3,4, βαθμολογία εντός των φυσιολογικών ορίων. Σχετικά με τα Προβλήματα με τους Συνομήλικους, η βαθμολογία κατά μέσο όρο ήταν 3,15. Δηλαδή, κατά τους γονείς, τα παιδιά τους ενδέχεται να αντιμετωπίζουν προβλήματα με τους συνομήλικούς τους, εφόσον η βαθμολογία αυτή θεωρείται σχετικά υψηλή και, ξανά, πιθανώς ενδεικτική κλινικά σημαντικών προβλημάτων. Στις ερωτήσεις που αφορούν στις Προκοινωνικές Συμπεριφορές, ο μέσος όρος απαντήσεων ήταν 8,5. Η βαθμολογία αυτή βρίσκεται εντός φυσιολογικών πλαισίων και άρα υποδεικνύει τη θετική εικόνα των γονέων για τις προκοινωνικές συμπεριφορές των παιδιών τους.

Ως προς τις δυσκολίες και την επίπτωσή τους, από τους γονείς, 11 από εκείνους απάντησαν ότι κατά μέσο όρο οι δυσκολίες επηρεάζουν αρκετά το παιδί τους τελευταίους 6-12 μήνες, με μέτριο αντίκτυπο στις φιλίες και την παρουσία του παιδιού στην τάξη.

Ο μέσος όρος της συνολικής βαθμολογίας της συγκεκριμένης κλίμακας, ήταν 13,6. Η βαθμολογία αυτή βρίσκεται οριακά μέσα στα φυσιολογικά επίπεδα βαθμολογίας για το ερωτηματολόγιο αυτό, εφόσον από 14 και πάνω θεωρείται υψηλό με πιθανότητες να υποδεικνύει αξιοσημείωτα σε κλινικό επίπεδο προβλήματα. Τα αποτελέσματα παρατίθενται στον Πίνακα 3.

Πίνακας 3. Μέσοι όροι υποκλιμάκων στο Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (Ερωτηματολόγιο Γονέων)

Υποκλίμακες	Μέσος Όρος Βαθμολογιών
Συναισθηματικά συμπτώματα	3,75
Προβλήματα διαγωγής	3,05
Υπερδραστηριότητα	3,4
Προβλήματα με τους συνομήλικους	3,15
Προκοινωνικές συμπεριφορές	8,5
Συνολική Βαθμολογία	13,6

6.3.2. Ερωτηματολόγιο Παιδιών/Εφήβων

Ο μέσος όρος της βαθμολογίας στη σχετική με τα συναισθηματικά συμπτώματα υποκλίμακα ήταν 3,29. Το γεγονός αυτό ερμηνεύεται ως χαμηλά επίπεδα συναισθηματικών δυσκολιών, όπως αυτές γίνονται αντιληπτές από τα παιδιά, εφόσον η τιμή αυτή βρίσκεται εντός φυσιολογικών ορίων για τη συγκεκριμένη κλίμακα.

Στα Προβλήματα Διαγωγής, η βαθμολογία βρέθηκε στο 2,58 κατά μέσο όρο, δηλαδή εντός φυσιολογικού πλαισίου. Η Υπερδραστηριότητα συγκέντρωσε τη βαθμολογία 2,9, ξανά σε φυσιολογικά επίπεδα. Η υποκλίμακα Προβλήματα με τους Συνομήλικους είχε κατά μέσο όρο τη βαθμολογία 3, τιμή η οποία αποτελεί και το ανώτατο όριο για το φυσιολογικό. Οι Προκοινωνικές Συμπεριφορές είχαν τη βαθμολογία 8,41, η οποία ερμηνεύεται ως θετική άποψη των συμμετεχόντων για την υιοθέτηση προκοινωνικών συμπεριφορών από τους ίδιους, και πάλι εντός των ορίων που αντιστοιχούν στο φυσιολογικό.

Σχετικά με την ύπαρξη συγκεκριμένων δυσκολιών και την επίπτωσή τους, 13 άτομα ανέφεραν ότι αντιμετωπίζουν δυσκολίες, οι οποίες έχουν κατά μέσο όρο μέτρια επίδραση για περισσότερο από 1 χρόνο, ιδιαίτερα στο πλαίσιο της τάξης.

Ο μέσος όρος της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας ήταν 14,26. Βρίσκεται μεν στα φυσιολογικά επίπεδα της βαθμολογίας για τη συγκεκριμένη κλίμακα (το όριο είναι το 15), είναι όμως υψηλότερη από εκείνη των γονέων. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.

Πίνακας 4. Μέσοι όροι υποκλιμάκων στο Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (Ερωτηματολόγιο Παιδιών/Εφήβων)

Υποκλίμακες	Μέσος Όρος Βαθμολογιών
Συναισθηματικά συμπτώματα	3,29
Προβλήματα διαγωγής	2,58
Υπερδραστηριότητα	2,9
Προβλήματα με τους συνομήλικους	3
Προκοινωνικές συμπεριφορές	8,41
Συνολική Βαθμολογία Δυσκολιών	14,26

6.4. Η Επίδραση της Οικογένειας, του Σχολικού Πλαισίου και της Βαρύτητας της Κατάστασης στα Επίπεδα του Συναισθήματος της Μοναξιάς

Το αποτέλεσμα του ελέγχου ισότητας μέσων, ήταν ότι οι μέσοι ήταν ίσοι μεταξύ των δύο ομάδων ανά περίπτωση, δηλαδή η παρουσία του εκάστοτε χαρακτηριστικού δεν φάνηκε να επηρεάζει σημαντικά το μέσο του Δείκτη Μοναξιάς (Πίνακες 5-9). Διευκρινίζεται ότι οι ομάδες ήταν: κωφός και βαρήκοος για τη μεταβλητή «βαρύτητα της κατάστασης», όχι χειρουργείο/θεραπεία και χειρουργείο/θεραπεία για τη μεταβλητή «αν οι συμμετέχοντες έχουν υποβληθεί σε κάποιο χειρουργείο/θεραπεία σχετικό με την ακοή τους», όχι εμφύτευμα και παρουσία εμφυτεύματος για τη μεταβλητή «ύπαρξη κοχλιακού εμφυτεύματος», γενικό σχολείο και σχολείο κωφών/βαρηκόων για τη μεταβλητή «είδος του σχολείου» και επιπλέον κωφό/βαρήκοο μέλος και χωρίς επιπλέον κωφό/βαρήκοο μέλος για τη μεταβλητή «ύπαρξη επιπλέον μέλους με προβλήματα ακοής». Η οικογένεια αποτελεί τη μόνη μεταβλητή της οποίας ο δείκτης σημαντικότητας ($p=0.08$) επιτρέπει την επιφυλακτική

υπόθεση ότι ενδέχεται να επηρεάζει το Δείκτη Μοναξιάς. Στις υπόλοιπες δεν υπάρχει κάποια τέτοια ένδειξη.

Πίνακας 5. Έλεγχος ισότητας μέσων για τη βαρύτητα της κατάστασης

	N	Μέση Τιμή	SD
Κωφός	30	104,70	15,89
Βαρήκοος	22	106,18	11,96
Σύνολο	52	105,32	14,25

Πίνακας 6. Έλεγχος ισότητας μέσων για το εάν έχουν υποβληθεί σε χειρουργείο/θεραπεία

	N	Μέση Τιμή	SD
Όχι Χειρουργείο/Θεραπεία	37	105,18	15,06
Χειρουργείο/Θεραπεία	15	105,66	12,50
Σύνολο	52	105,32	14,25

Πίνακας 7. Έλεγχος ισότητας μέσων για την ύπαρξη κοχλιακού εμφυτεύματος

	N	Μέση Τιμή	SD
Όχι Εμφύτευμα	31	106,48	14,68
Παρουσία Εμφυτεύματος	21	103,61	13,76
Σύνολο	52	105,32	14,25

Πίνακας 8. Έλεγχος ισότητας μέσων για το είδος του σχολείου

	N	Μέση Τιμή	SD
Γενικό Σχολείο	7	105,85	12,13
Σχολείο Κωφών/Βαρηκόων	45	105,24	14,67
Σύνολο	52	105,32	14,25

Πίνακας 9. Έλεγχος ισότητας μέσων για την ύπαρξη επιπλέον μέλους με προβλήματα ακοής (κωφό/βαρήκοο)

	N	Μέση Τιμή	SD
Χωρίς Άλλο Κωφό/Βαρήκοο Μέλος	34	107,79	14,09
Επιπλέον Κωφό/Βαρήκοο Μέλος	18	100,66	13,73
Σύνολο	52	105,32	14,25

Ακόμη, για να εξετάσουμε την από κοινού επίδραση των μεταβλητών και της βαθμολογίας που συγκεντρώθηκε στο Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (τόσο στο ερωτηματολόγιο συμπληρούμενο από γονείς όσο και στο ερωτηματολόγιο συμπληρούμενο από παιδιά) στο Δείκτη Μοναξιάς, πραγματοποιήσαμε μία παλινδρόμηση (Πίνακας 10).

Πίνακας 10. Παλινδρόμηση για τον έλεγχο της επίδρασης των μεταβλητών στο Δείκτη Μοναξιάς

	Understandardized		Standardized	Sig.
	Coefficients		Coefficients	
	B	Std. Error	Beta	
(Constant)	87,660	16,918		,000
Σχολείο	20,931	15,107	,405	,191
Οικογένεια	-1,039	5,634	-,046	,857
Κατάσταση	7,515	7,332	,334	,326
Χειρουργείο/Θεραπεία	5,021	7,177	,204	,497
Κοχλιακό Εμφύτευμα	-5,189	7,850	-,226	,521
SDQ Γονέων	-1,639	,752	-,701	,050
SDQ Δυσκολιών Παιδιών	,896	,563	,503	,137

Σε αυτό το σημείο, ελέγχθηκε η πιθανή ύπαρξη πολυσυγγραμικότητας. Τέτοιο ζήτημα δεν υπήρξε, οπότε τα αποτελέσματα της παλινδρόμησης μπορούν να θεωρηθούν έγκυρα. Ο μόνος συντελεστής που φέρει στατιστική σημαντικότητα σε επίπεδο 5%, είναι το Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών, ερωτηματολόγιο συμπληρούμενο από γονείς ($p=0,05$). Επομένως, αν οι γονείς αντιλαμβάνονται την ύπαρξη δυσκολιών στα παιδιά τους, εκείνα βιώνουν λιγότερη μοναξιά. Επιπρόσθετα, ίσως το Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών, ερωτηματολόγιο συμπληρούμενο από παιδιά να έχει αναμενόμενο πρόσημο (δηλαδή θετική συσχέτιση) με το Δείκτη Μοναξιάς, εφόσον φαίνεται να είναι υψηλότερος ο Δείκτης Μοναξιάς όσο υψηλότερη είναι και η βαθμολογία των δυσκολιών που αντιλαμβάνεται το παιδί

ότι αντιμετωπίζει. Το γεγονός αυτό, ωστόσο, δεν μπορούμε να το δεχτούμε σε επίπεδο 5%, αλλά σε επίπεδο 15% πιθανώς να είναι αποδεκτό.

Λαμβάνοντας υπόψη τη μεταβλητή της οικογένειας, στον έλεγχο ισότητας μέσων, φάνηκε να είναι η μοναδική που δημιουργεί διαφορά στους μέσους ($p=0.08$). Στην παλινδρόμηση, όμως, δε φαίνεται να είναι στατιστικά σημαντικός ο συγκεκριμένος συντελεστής ($p=0.85$). Αυτό πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι, στις οικογένειες με κωφά μέλη, οι γονείς εμφανίζουν υψηλότερη βαθμολογία στο Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (αντιλαμβάνονται τις δυσκολίες περισσότερο) και άρα τα παιδιά νιώθουν περισσότερη υποστήριξη και λιγότερη μοναξιά. Η διαφορά που φαίνεται θα μπορούσε να οφείλεται, λοιπόν, στην απορρόφηση των ιδιοτήτων της μίας μεταβλητής από μία άλλη.

Σχετικά με το σχολείο, δε φαίνεται από τα δεδομένα μας να επηρεάζεται ο Δείκτης μοναξιάς από τη φοίτηση σε διαφορετικό είδος σχολείου ($p=0.19$).

Τέλος, η ύπαρξη ή μη κοχλιακού εμφυτεύματος ($p=0.52$), η εμπειρία κάποιου χειρουργείου/θεραπείας πέραν του εμφυτεύματος ($p=0.49$) και η κατάσταση ενός παιδιού (αν είναι κωφό ή βαρήκοο) αυτή καθαυτή ($p=0.32$), δε φάνηκε να επηρεάζουν το Δείκτη Μοναξιάς με κάποιο τρόπο.

7.Συζήτηση

7.1. Συζήτηση ερευνητικών ευρημάτων

Ο βασικός στόχος της παρούσας έρευνας, ήταν η διερεύνηση των επιπέδων του αισθήματος της μοναξιάς σε κωφά και βαρήκοα παιδιά και εφήβους. Αρχικά, θα ήταν

χρήσιμο να αναφερθούμε στο συναίσθημα της μοναξιάς, όπως ανέφεραν ότι το βιώνουν οι συμμετέχοντες.

Στην περίπτωση της παρούσας έρευνας, η ύπαρξη του αισθήματος της μοναξιάς και τα επίπεδά του, διερευνήθηκαν με τη βοήθεια του ερωτηματολογίου Loneliness and Aloneness Scale for Children and Adolescents. Κατά μέσο όρο, η βαθμολογία των συμμετεχόντων ήταν στις 107, 56 μονάδες. Σε γενικές γραμμές, η βαθμολογία αυτή βρίσκεται εντός φυσιολογικών ορίων. Ωστόσο, παρακάτω γίνεται λόγος για τα άτομα τα οποία συγκέντρωσαν υψηλότερη βαθμολογία και άρα ανέφεραν αυξημένα επίπεδα μοναξιάς καθώς και τους παράγοντες που αποδείχθηκε ότι σχετίζονται με το γεγονός αυτό. Στις υποκλίμακες που αφορούν στις οικογενειακές και φιλικές σχέσεις, τα επίπεδα μοναξιάς που ανέφεραν ότι βιώνουν οι συμμετέχοντες δεν ήταν ιδιαίτερα υψηλά, με έναν σημαντικά μεγαλύτερο αριθμό συμμετεχόντων να έχουν ιδιαίτερα ανεπτυγμένες τις απωθητικές προς τη μοναξιά τάσεις (δηλαδή έναν πιο σταθερό μηχανισμό άμυνας). Παρόλα αυτά, αυξημένες ήταν και οι τάσεις τους για ανάπτυξη θετικών (και κατά κάποιον τρόπο δεκτικών) προς τη μοναξιά συναισθημάτων. Σε κάθε περίπτωση, οι πρώτες δύο ερευνητικές υποθέσεις (1. Τα κωφά/βαρήκοα παιδιά και έφηβοι βιώνουν υψηλά ποσοστά μοναξιάς. 2. Το αίσθημα της μοναξιάς επηρεάζει τη συναισθηματική κατάσταση στα κωφά/βαρήκοα παιδιά και εφήβους) δεν επιβεβαιώθηκαν από τα αποτελέσματα της έρευνας. Σύμφωνα με προγενέστερες έρευνες, τα άτομα που πάσχουν από κάποια χρόνια νόσο ή έχουν κάποια αισθητηριακή έλλειψη, αισθάνονται πιο συχνά και περισσότερο έντονα τη μοναξιά (Cacioppo et al., 2015· Maes, et al., 2017), λόγω του ότι διατρέχουν συχνότερα τον κίνδυνο να περιθωριοποιηθούν από τα άτομα του περιβάλλοντός τους, τα οποία δεν αντιμετωπίζουν αντίστοιχες δυσκολίες (Edwards & Crocker, 2008). Υπήρξαν ορισμένοι συμμετέχοντες οι οποίοι ανέφεραν υψηλά επίπεδα μοναξιάς, ωστόσο σε

επίπεδο πλειοψηφίας δε φάνηκε κάτι τέτοιο στη συγκεκριμένη έρευνα, παρόλη την αισθητηριακή έλλειψη των συμμετεχόντων.

Επιπρόσθετα, οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν εάν υπάρχει επιπλέον μέλος στην οικογένεια, το οποίο να αντιμετωπίζει προβλήματα ακοής (να είναι δηλαδή κωφό ή βαρήκοο). Τα ευρήματά μας, έδειξαν ότι η μεταβλητή της οικογένειας αυτή καθαυτή δεν επηρεάζει την ύπαρξη συναισθημάτων μοναξιάς. Ωστόσο, λόγω του γεγονότος ότι η αντίληψη και συνειδητοποίηση των γονέων για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά τους φαίνεται να οδηγεί σε χαμηλότερα επίπεδα μοναξιάς (όπως αναφέρεται αναλυτικότερα στη συνέχεια, μέσω των απαντήσεων που έδωσαν οι γονείς στο Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών), μπορούμε να ισχυριστούμε ότι το ερευνητικό ερώτημα, δηλαδή αν η ύπαρξη επιπλέον κωφού/βαρήκοου ατόμου στην οικογένεια οδηγεί σε χαμηλότερα επίπεδα μοναξιάς, δεν επιβεβαιώνεται μεν, αλλά η σημασία της στάσης που διατηρεί η οικογένεια προς τις δυσκολίες του παιδιού υπογραμμίζεται. Ακόμη, τα αποτελέσματα της υποκλίμακας του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήσαμε για να μετρήσουμε τη μοναξιά η οποία σχετίζεται με την οικογένεια, δείχνουν χαμηλότερα επίπεδα σε σχέση με τις υπόλοιπες υποκλίμακες και συνολικά μια βαθμολογία που θεωρείται χαμηλή. Διαφαίνεται, λοιπόν η ουσιώδης υπόσταση της γονεϊκής υποστήριξης. Βέβαια, η διατύπωση αυτή αποτελεί ερμηνεία και όχι απόδειξη.

Σύμφωνα με το ερευνητικό έργο των McIlroy & Storbeck (2011), ένα μεγάλο ποσοστό κωφών/βαρήκοων ατόμων, προέρχεται από οικογένειες στις οποίες δεν υπάρχει επιπλέον άτομο με προβλήματα ακοής, γεγονός που καθιστά την περίπτωσή του πιο απαιτητική (McIlroy & Storbeck, 2011). Αυτό οφείλεται στη διαφορετική οπτική ως προς τη συγκεκριμένη αναπηρία. Στις περιπτώσεις που υπάρχει μονάχα ένα κωφό/βαρήκοο άτομο στην οικογένεια, η αίσθηση της διαφορετικότητας, η εντονότερη

συνειδητοποίηση της αναπηρίας του ως εμπόδιο σε διάφορες πλευρές της καθημερινότητας, αλλά και η αδυναμία του να ενταχθεί πλήρως στον κόσμο των ακουόντων ή την κοινότητα των κωφών είναι παράγοντες που ευνοούν το αίσθημα της μοναξιάς (Chen, 2014· Bat-Charva, 2000). Παρόλα αυτά, στην παρούσα έρευνα η τρίτη ερευνητική υπόθεση (3. Η ύπαρξη επιπλέον ατόμου με προβλήματα ακοής στην οικογένεια οδηγεί σε χαμηλότερα επίπεδα αισθήματος μοναξιάς σε ένα κωφό/βαρήκοο παιδί ή έφηβο) δεν επιβεβαιώθηκε.

Ένα ακόμη σημαντικό πλαίσιο για τη συναισθηματική κατάσταση των παιδιών/εφήβων είναι το σχολικό περιβάλλον. Έχοντας κατά νου το γεγονός αυτό, μελετήσαμε τον τρόπο με τον οποίον επηρεάζει το σχολικό πλαίσιο τα επίπεδα της μοναξιάς που ανέφεραν ότι βιώνουν οι συμμετέχοντες. Αρχικά, αξίζει να αναφερθεί ότι οι συμμετέχοντες που φοιτούσαν σε γενικό σχολείο είχαν συγκεντρώσει τις υψηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα της μοναξιάς. Εντούτοις, ενδεχομένως λόγω του μικρού αριθμού των συμμετεχόντων οι οποίοι προέρχονταν από γενικά σχολεία, η τέταρτη ερευνητική υπόθεση (4. Η φοίτηση ενός κωφού/βαρήκοου παιδιού ή εφήβου σε σχολείο κωφών/βαρήκοων, οδηγεί σε χαμηλότερα επίπεδα μοναξιάς), δεν επιβεβαιώθηκε.

Εντούτοις, έχει αναφερθεί ότι υπάρχει διαφορά στη συναισθηματική κατάσταση και το αναφερόμενο αίσθημα μοναξιάς, ανάλογα με το αν ένα κωφό/βαρήκοο παιδί φοιτά σε γενικό σχολείο ή σε σχολείο κωφών/βαρήκοων (Edwards & Crocker, 2008). Υπάρχουν αναφορές ότι, σε σχολικά περιβάλλοντα στα οποία υπάρχουν κι άλλα άτομα με προβλήματα ακοής, τα άτομα αισθάνονται περισσότερη αυτοπεποίθηση, ασφάλεια και συνεκτικότητα με τους συμμαθητές τους (McIlroy & Storbeck, 2011). Από την άλλη, παιδιά που φοιτούσαν σε σχολεία όπου ο

κυρίαρχος πληθυσμός ήταν ακούοντες, βίωναν συχνότερα περιθωριοποίηση, απομόνωση, άγχος, θλίψη και κακή ποιότητα σχέσεων με τους συνομήλικους παράλληλα με τις δυσκολίες στην κοινωνικοποίηση που όλο αυτό συνεπάγεται (Edwards & Crocker, 2008· McIlroy & Storbeck, 2011· Bat-Charva & Martin, 2003). Στην παρούσα έρευνα, δεν μπορέσαμε να αποδείξουμε κάτι τέτοιο.

Στη συνέχεια, διερευνήθηκε εάν και σε ποιο βαθμό η βαρύτητα της κατάστασης ενός κωφού/βαρήκοου παιδιού/εφήβου επηρεάζει το αίσθημα μοναξιάς που βιώνει. Για το λόγο αυτόν, οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν εάν είναι κωφοί ή βαρήκοοι, εάν έχουν κάνει κάποιο χειρουργείο/θεραπεία σχετικά με την ακοή τους και εάν έχουν κοχλιακό εμφύτευμα. Ύστερα, εξετάσαμε τα συγκεκριμένα στοιχεία σε συνάρτηση με τα επίπεδα μοναξιάς, όπως αυτά υπολογίστηκαν μέσω της αντίστοιχης κλίμακας. Τελικά, κανένα από αυτά δε φάνηκε να επιδρά στα επίπεδα μοναξιάς των συμμετεχόντων. Σύμφωνα με πρότερες έρευνες ωστόσο, οι καλές επικοινωνιακές ικανότητες, δρουν επικουρικά και στις κοινωνικές δεξιότητες ενός ατόμου. Οι καλές λεκτικές ικανότητες αλλά και η ευχέρεια και καλή γνώση της νοηματικής γλώσσας, βοηθούν στην ποιοτικότερη κοινωνικοποίηση και έκφραση ενός κωφού/βαρήκοου ατόμου και, συνεπακόλουθα, σε χαμηλότερα επίπεδα μοναξιάς (Edwards & Crocker, 2008). Επίσης, ιδιαίτερα σημαντική για την κοινωνικοποίηση αλλά και την καθημερινότητα του ατόμου είναι η καλή σωματική και ψυχική υγεία (Chen, 2014). Τα άτομα με αναπηρίες και χρόνιες παθήσεις, βιώνουν συχνά αισθήματα μοναξιάς αφ' ενός εξ' αιτίας των σχετικών δυσκολιών και περιορισμών που αντιμετωπίζουν, αφ' ετέρου εξ' αιτίας της χαμηλής αυτοεκτίμησης και κακής αυτοεικόνας που κάποιες φορές διατηρούν για τον εαυτό τους (Maes et al., 2017).

Επιπλέον, διερευνήθηκε η αντίληψη που έχουν τα παιδιά και οι έφηβοι αλλά και οι γονείς τους για μια σειρά από πιθανές δυσκολίες που θα μπορούσαν να αντιμετωπίζουν, στα επίπεδα της μοναξιάς που βιώνουν. Για το λόγο αυτόν, χειριστήκαμε τα αποτελέσματα των Ερωτηματολογίων Δυνατοτήτων και Δυσκολιών, ως πιθανές μεταβλητές οι οποίες σχετίζονται με τα επίπεδα της μοναξιάς στους συμμετέχοντες.

Οι βαθμολογίες που συγκεντρώθηκαν από το ερωτηματολόγιο που απαντάται από τους γονείς, κυμαίνονταν μεταξύ του φυσιολογικού και του ενδεχομένως ενδεικτικού παθολογίας πλαισίου.

Σχετικά με το ερωτηματολόγιο που απαντούν τα ίδια τα παιδιά και οι έφηβοι για τους εαυτούς τους, οι βαθμολογίες που συγκεντρώθηκαν κατά μέσο όρο ήταν συγκριτικά υψηλότερες από εκείνες των γονέων, γεγονός το οποίο σημαίνει ότι τα παιδιά αντιλαμβάνονται ότι αντιμετωπίζουν περισσότερες δυσκολίες, αλλά και πάλι, βρίσκονταν μεταξύ φυσιολογικού και πιθανά ενδεικτικού παθολογίας πλαισίου.

Έπειτα, κατά τη συσχέτιση με τα επίπεδα της μοναξιάς, η μεταβλητή που αντιστοιχούσε στις απαντήσεις που έδωσαν τα παιδιά και οι έφηβοι στο Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών, δε φάνηκε να επηρεάζει τα επίπεδα της μοναξιάς σε μεγάλο βαθμό. Αντίθετα, η μεταβλητή που αντιστοιχούσε στις απαντήσεις των γονέων στο Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών, μπορέσαμε να συμπεράνουμε ότι έχει σημαντική επίδραση στα επίπεδα μοναξιάς. Το γεγονός αυτό σημαίνει ότι, όσο περισσότερες δυσκολίες αντιλαμβάνονται οι γονείς ότι αντιμετωπίζει το παιδί τους, τόσο λιγότερη μοναξιά αισθάνεται εκείνο. Καταληκτικά, μπορούμε να πούμε ότι η πέμπτη και τελευταία ερευνητική υπόθεση (5. Τα επίπεδα της μοναξιάς που

βιώνει ένα κωφό/βαρήκοο παιδί ή έφηβος, επηρεάζονται από τη βαρύτητα της κατάστασής του -δηλαδή το ποσοστό της κώφωσής του-, τους συνακόλουθους περιορισμούς στις δραστηριότητες και την καθημερινότητά του και τη θεραπεία που έχει δεχτεί/δέχεται) δεν επιβεβαιώθηκε από τα ευρήματά μας. Ωστόσο, έγινε εμφανές ότι όσο περισσότερες δυσκολίες ανέφεραν οι γονείς ότι αντιμετωπίζουν τα παιδιά τους, τόσο χαμηλότερα ήταν τα επίπεδα μοναξιάς στα παιδιά. Το γεγονός αυτό, καταδεικνύει τη σημασία της ευαισθητοποίησης και της προσαρμογής του οικογενειακού περιβάλλοντος στις δυσκολίες του παιδιού, ώστε εκείνο να είναι ικανοποιημένο τόσο σε συναισθηματικό επίπεδο, όσο και στην καθημερινότητά του.

7.2. Περιορισμοί και πλεονεκτήματα της μελέτης

Η παρούσα έρευνα, παρουσιάζει ορισμένους περιορισμούς, οι οποίοι είναι σημαντικό να ληφθούν υπόψη. Ειδικότερα, λόγω του γεγονότος ότι η γλωσσική ανάπτυξη και αντίληψη διαφέρει μεταξύ κωφών/βαρήκοων και ακουόντων (Bowe, 1998· Mayberry, 2002), παρόλο που γινόταν απόδοση και επεξήγηση των ερωτηματολογίων στην Ελληνική Νοηματική Γλώσσα, ενδεχομένως ορισμένες περισσότερο μεταφορικές και αφηρημένες έννοιες που είναι διατυπωμένες στις κλίμακες να έγιναν αντιληπτές με έναν διαφορετικό τρόπο από τους συμμετέχοντες και ανάλογα να επηρεάστηκαν κάποιες από τις απαντήσεις τους. Ακόμη, σημαντικό περιορισμό αποτελεί ο μικρός αριθμός συμμετεχόντων προερχόμενων από γενικά σχολεία, λόγω του γεγονότος ότι η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ειδικά σχολεία κωφών/βαρήκοων και όχι σε γενικά σχολεία. Το ίδιο ισχύει και για τον αριθμό των γονέων οι οποίοι συμμετείχαν στην έρευνα, ο οποίος ήταν μικρότερος από τον αριθμό των συμμετεχόντων.

Πέραν των περιορισμών, υπάρχουν και ορισμένα πλεονεκτήματα στην παρούσα έρευνα. Πιο συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς στα παιδιά και τους εφήβους, γεγονός το οποίο προσθέτει στην αυθεντικότητα των απαντήσεων που έδωσαν. Τα ερωτηματολόγια αυτά είχαν, επίσης, περάσει τη διαδικασία της στάθμισης. Ακόμη, η παρουσίαση της οπτικής που έχουν οι γονείς για τις δυνατότητες και τις δυσκολίες των παιδιών τους, διασταυρούμενης με την αντίληψη που έχουν τα ίδια τα παιδιά και οι έφηβοι για τον εαυτό τους, βοηθά στη σφαιρικότητα της εικόνας που αποκομίσαμε.

7.3. Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες

Ως προς την επίδραση του είδους του σχολείου στο οποίο φοιτά ένα κωφό/βαρήκοο παιδί ή ένας έφηβος, δεν αποδείχθηκε να έχει σημαντική επίδραση στα επίπεδα μοναξιάς που βιώνει. Εντούτοις, ο αριθμός των συμμετεχόντων οι οποίοι φοιτούν σε γενικά σχολεία ήταν μικρός. Ενδεχομένως σε μία έρευνα με περισσότερους συμμετέχοντες από γενικά σχολεία, τα συμπεράσματα σε αυτόν τον τομέα να ήταν πιο ξεκάθαρα. Το συγκεκριμένο είναι ένα ζήτημα που θα άξιζε να μελετηθεί περισσότερο στο μέλλον.

Το αν ένα παιδί/ένας έφηβος είναι κωφό/ός ή βαρήκοο/ος, οι θεραπείες και τα χειρουργεία στα οποία ενδέχεται να έχει υποβληθεί και το εάν έχει κοχλιακό εμφύτευμα ή όχι, δεν μπορέσαμε να αποδείξουμε ότι επηρεάζουν τα επίπεδα μοναξιάς που βιώνει. Πιθανόν να ήταν χρήσιμο οι μεταβλητές αυτές να μελετηθούν στο μέλλον με τη βοήθεια δομημένων συνεντεύξεων πέρα από τη χρήση ερωτηματολογίων, με στόχο να υπάρχει μία περισσότερο εξατομικευμένη οπτική στη συλλογή αποτελεσμάτων. Επίσης, να μελετηθεί η κώφωση/βαρηκοΐα σε σχέση όχι μόνο με τη

μοναξιά αλλά και τη γενικότερη συναισθηματική κατάσταση και ψυχική υγεία των παιδιών με το συγκεκριμένο αισθητηριακό έλλειμμα. Το ίδιο ισχύει και για την ύπαρξη επιπλέον ατόμου με προβλήματα ακοής στην οικογένεια. Ακόμη, θα ήταν χρήσιμο με βάση τη συγκεκριμένη συνιστώσα, να διερευνηθεί ο τρόπος με τον οποίο τα κωφά/βαρήκοα παιδιά κοινωνικοποιούνται και εκφράζονται.

8. Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα της έρευνας αλλά και η εμπειρία μας κατά τη συλλογή δεδομένων, έδειξαν ότι όταν οι συμμετέχοντες προέρχονταν από ένα οικογενειακό περιβάλλον το οποίο είχε επίγνωση των δυσκολιών τους, αισθάνονταν λιγότερο μόνοι. Με αυτό τον τρόπο, η υποστήριξη που λαμβάνει ένα παιδί οι γονείς του οποίου δίνουν ξεχωριστή σημασία στις ανάγκες του, παρέχουν στο ίδιο χαμηλότερα επίπεδα του αισθήματος της μοναξιάς.

Επιπρόσθετα, ενώ δεν επιβεβαιώθηκε από την παρούσα έρευνα σύνδεση μεταξύ της μοναξιάς που βιώνει το παιδί/ο έφηβος και της ύπαρξης επιπλέον ατόμου με προβλήματα ακοής στην οικογένεια, φάνηκε ότι η αντίληψη που έχουν οι γονείς για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά τους συνδέεται με χαμηλότερα ποσοστά μοναξιάς σε εκείνα. Επομένως, η στάση που υιοθετούν απέναντι στα παιδιά τους σε ό, τι αφορά στις δυσκολίες που αντιλαμβάνονται ότι εκείνα αντιμετωπίζουν, επηρεάζει τη συναισθηματική κατάσταση των παιδιών τους.

Σε κάθε περίπτωση, είναι κατανοητή η θετική επίδραση της αίσθησης του ανήκειν σε ένα οικογενειακό πλαίσιο στο οποίο οι γονείς, αντιλαμβανόμενοι τις δυσκολίες των παιδιών τους, δείχνουν το κατάλληλο ενδιαφέρον και υποστήριξη. Έτσι, έχοντας κατά νου τη σημασία της επίγνωσης των γονέων σχετικά με τις δυσκολίες των

παιδιών τους, υπογραμμίζεται η ανάγκη για παρεμβάσεις σε οικογενειακό επίπεδο αλλά και για προγράμματα ψυχοεκπαιδευτικού χαρακτήρα. Τα προγράμματα αυτά, θα ήταν χρήσιμο να είναι προσανατολισμένα στις ανάγκες των κωφών/βαρήκοων παιδιών και στον ιδιαίτερο τρόπο αντίληψης και λειτουργικότητάς τους. Επιπλέον, να είναι συντονισμένα τόσο με ζητήματα της καθημερινότητας, όσο και ζητήματα που αφορούν την ένταξη των κωφών/βαρήκοων ατόμων σε ένα ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο.

Εν κατακλείδι, η ευαισθητοποίηση των γονέων κατέχει σημαντική θέση για την ευημερία των κωφών/βαρήκοων παιδιών και εφήβων και αυτό είναι κάτι που οι ειδικοί ψυχικής υγείας θα πρέπει να έχουν κατά νου, με στόχο την αποτελεσματικότερη θεραπευτική παρέμβαση.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

Asher, S. R., Hymel, S. & Renshaw, P. D. (1984). Loneliness in children. *Child Development*, 55, 1456-1464.

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

Asher, S. R. & Paquette, J. A. (2003). Loneliness and peer relations in childhood. *Current Directions in Psychological Science*, 12 (3), 75-78.

Bat-Chava, Y. (2000). Diversity of deaf identities. *American Annals of the Deaf*, 145 (5), 420-427.

Batten, G., Oakes, P. M. & Alexander, T. (2013). Factors associated with social interactions between deaf children and their hearing peers: A systematic literature review. *Journal of deaf studies and education*, 19 (3), 285-303.

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

Beadle, E. A. R., McKinley, D. J., Nikolopoulos, T. P., Brough, J., O'Donoghue, G. M., Archbold, S. M. (2005). Long-term functional outcomes and academic-occupational status in implanted children after 10 to 14 years of cochlear implant use. *Otology and Neurotology*, 26 (6), 1152-1160.

Berguno, G., Leroux, P., McAinsh, K. & Shaikh, S. (2004). Children's experience of loneliness at school and its relation to bullying and the quality of teacher interventions. *The Qualitative Report*, (3), 483-399.

Berlin, L.J., Cassidy, J. & Belsky, J. (1995). Loneliness in young children and infant-mother attachment: A longitudinal study. *Merrill-Palmer Quarterly*, 41, 91-103

Bowe, F. (1998). Language Development in Deaf Children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 3 (1), 73-77.

Breivik, J-K. (2005). *Deaf Identities in the Making*. Washington, D.C., U.S.A.: Gallaudet University Press.

Brinkley, D. (2011). *Supporting Deaf Children and Young People*. New York, London & New York: Continuum International Publishing Group.

Bullock, J. R. (1993). Children's loneliness and their relationship with family and peers. *Family Relations*, 42, 46-49.

Cacioppo, J. T. & Patrick, W. (2008). *Loneliness: Human Nature and the Need for Social Connection*. London & New York: W. W. Norton & Company.

Cacioppo, S., Grippo, A. J., London S., Goossens, L. & Cacioppo, J. T. (2015). Loneliness: Clinical Import and Interventions. *Perspectives on Psychological Science*, 10, 238-249.

Cassidy, J. & Asher, S. (1992). Loneliness and peer relations in young children. *Child Development*, 63, 350-365.

Chen, G. (2014). Influential factors of deaf identity development. *Electronic Journal for Inclusive Education*, 3 (2), 1-13.

Clark, G. M. (2015). The multi-channel cochlear implant: Multi-disciplinary development of electrical stimulation of the cochlea and the resulting clinical benefit. *Hearing Research*, 322, 4-13.

Davis, J. M., Efenbein, J., Schumb, R. & Bentler, R. A. (1986). Effects of mild and moderate impairments on language, educational and psychosocial behavior of children. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 51, 53-62.

Dettman, S. J., Pinder, D., Briggs, R. J. S., Dowell, R. C., Leigh, J. R. (2007). Communication development in children who receive the cochlear implant younger than 12 months: Risks versus benefits. *Ear and Hearing*, 28, S11-S18.

Edwards, L. & Crocker, S. (2008). *Psychological Processes in Deaf Children with Complex Needs*. Philadelphia. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Falvo, D. R. (2014). *Medical and Psychosocial Aspects of Chronic Illness and Disability*. United States of America. Massachusetts: Jones & Bartlett Learning.

Geers, A. E. & Schick, B. (1988). Acquisition of spoken and signed English by hearing-impaired children of hearing-impaired or hearing parents. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 53, 136-143.

Geers, A. E., Nicholas, J. G., Sedey, A. L. (2003). Language Skills of Children with Early Cochlear Implantation. *Ear and Hearing*, 24 (1), S46-S58.

Glickman, N. D. & Carey, J. C. (1993). Measuring deaf cultural identities: A preliminary investigation. *Rehabilitation Psychology*, 38, 275-283.

Glickman, N. D. (1996). The development of culturally Deaf identities. In N. S. Glickman & M. A. Harvey (Eds.), *Culturally affirmative psychotherapy with Deaf persons* (pp. 115-153). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Hawkey, L. C. & Cacioppo, J. T. (2009). Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. *Ann Behav Med.*, 40 (2), 1-14.

Holcomb, T. K. (1997). Development of deaf bicultural identity, *American Annals of the Deaf*, 2, 89-93.

Hogg, M. A. (2001). A social identity theory of leadership. *Society for Personality and Social Psychology*, 5 (3), 184-200.

Hole, R. D. (2004). *Narratives of Identity: A Poststructural analysis of three deaf women's life stories*. British Columbia, U. S. A.: The University of British Columbia.

Kent, B. A. (2003). Identity issues for hard-of-hearing adolescents Aged 11, 13 and 15 in mainstream settings. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 8 (3), 315-325.

Kluwin, T. N., Stinson, M. S. & Colarossi, G. M. (2002). Social processes and outcomes of in-school contact between deaf and hearing peers. *Journal of Deaf Science and Deaf Education*, 7 (3), 200-214.

Leigh, I. W., Marcus, A. L., Dobosh, P. K. & Allen, T. E. (1998). Deaf/Hearing cultural identity paradigms: modification of the deaf identity development scale, *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 4, 329-338.

Leigh, I. W., Andrews, J. F. (2004). *Deaf People and Society: Psychological, Sociological and Educational Perspectives*. New York. USA: Routledge.

Leigh, I. W., Bat-Chava, Y., Maxwell-McCaw, D., Christiansen, J. B. (2008). Correlates of psychosocial adjustment in deaf adolescents with and without cochlear implants: A preliminary investigation. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 14 (2), 245-259.

Leigh, I. W. (2009). *A Lens on Deaf Identities*. New York. U. S. A.: Oxford University Press.

Liben, L. S. (1978). *Deaf Children: Developmental Perspectives*. Pennsylvania. New York, San Francisco, London: Academic Press.

Liverpool Public Health Observatory. Rapid Evidence Review Series: Loneliness. The prevalence of loneliness, its impact on health and wellbeing and effective interventions that can be used to ameliorate these effects. Retrieved from: <http://www.champspublichealth.com/sites/default/files/loneliness%20final.pdf>

Maes, M., Van den Noortgate, W., Fustolo-Gunnik, S. F., Rassart, J., Luyckx, K., Goosens, L. (2017). Loneliness in Children and Adolescents with chronic physical conditions: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 42 (6), 622-635.

Mayberry, R.I. (2002). Cognitive development in deaf children: the interface of language and perception in neuropsychology. In S.J. Segalowitz and I. Rapin (Eds), *Handbook of Neuropsychology*, 8 (2), 71-107.

Margalit, M. & Levin-Alyagon, M. (1994). Learning disability subtyping, loneliness and classroom adjustment. *Learning Disability Quarterly*, 17 (4), 297-310.

Martin, D., Bat-Chava, Y., Lalwani, A. & Waltzman, S. B. (2010). Peer relationships of deaf children with cochlear implants: Predictors of peer entry and peer interaction success. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 16, 108-120.

Masi, C. M., Chen, H-Y., Hawley, L. C. & Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Society of Personality and Social Psychology, 15* (3), 219-266.

McGuire, S. & Clifford, J. (2000). Genetic and environmental contributions to loneliness in children. *Psychological Science, 11* (6), 487-492.

McIlroy, G. & Storbeck, C. (2011). Development of Deaf Identity: An Ethnographic Study. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 16* (4), 494-511.

McWhirter, B. T. (1990). Loneliness: A review of current literature, with implications for counseling and research. *Journal of Counseling and Development, 68* (4), 417-422.

Melick, A. M. (1998). *Deaf Identity Development. A Qualitative Inquiry*. Pennsylvania. U. S. A: Pennsylvania State University.

Most, T. (2007). Speech Intelligibility, Loneliness and Sense of Coherence Among Deaf and Hard-of-Hearing Children in Individual Inclusion and Group Inclusion. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 12* (4), 495-503.

Most, T., Ingber, S. & Heled-Ariam, E. (2011). Social Competence, Sense of Loneliness and Speech Intelligibility of Young Children With Hearing Loss in Individual Inclusion and Group Inclusion. *Journal of Deaf Society and Deaf Education, 17* (2), 260-274.

Niemann, S., Greenstein, D. & David, D. (2004). *Helping Children Who Are Deaf*. Berkeley, California. U. S. A.: The Hesperian Foundation.

Nikolopoulos, T. P., Archbold, S. M., O'Donoghue, G. M. (1999). The development of auditory perception in children following cochlear implantation. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 49, S189-S191.

Ohna, S. E. (2004). Deaf-in-my-own-way: Identity, learning and narratives. *Deafness & Education International*, 6 (1), 20-38.

Patten-Koenig, K. & Rudney, S. G. (2010). Performance Challenges for Children and Adolescents with Difficulty Processing and Integrating Sensory Information: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy*, 64, 430-442.

Pavri, S. (2001). Loneliness in Children with Disabilities: How teachers can help. *Teaching Exceptional Children*, 33 (6), 52-59.

Perlman, D., Landolt, M. A. (1999). *Loneliness in Childhood and Adolescence*. United Kingdom: Cambridge University Press.

Pisoni, D. B., Kronenberger, W. G., Harris, M. S., Moberly, A. C. (2018). *World Journal of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery*, 3 (4), 240-254.

Preisler, G., Tvingstedt, A. I. & Ahlstrom, M. (2002). A psychosocial follow-up study of deaf preschool children using cochlear implants. *Child: Care, Health and Development*, 28, 403-418.

Punch, R., Hyde, M. B. (2011). Communication, psychosocial and educational outcomes of children with cochlear implants and challenges remaining for professionals and parents. *International Journal of Otolaryngology*, 2011, 1-10.

Punch, R., Hyde, M. B. (2011). Social participation of children and adolescents with cochlear implants: A qualitative analysis of parent, teacher and child interviews. *Journal of Deaf Studies and deaf Education*, 16 (4), 474-493.

Renshaw, P. D. & Brown, P. J. (1993). Loneliness in middle childhood: Concurrent and longitudinal predictors. *Child Development*, 64, 1271-1284.

Rubin, K. H., Kennedy Root, A. & Bowker, J. (2009). Parents, peers and social withdrawal in Childhood: A relationship perspective. *New Directions in Child and Adolescent Development*. 2010 (127), 79-94.

Russell, D , Peplau, L. A.. & Ferguson, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42, 290-294.

Rutter, M., Taylor, E., (1976). *Child and Adolescent Psychiatry*. United Kingdom. Massachusetts, Oxford, Victoria, Berlin: Blackwell Science.

Schorr, E. A., Roth, F. P., Fox, N. A. (2009). Quality of life for children with cochlear implants: Perceived benefits and problems and the perception of single words and emotional sounds. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 52, 141-152.

Schorr, E. (2006). Early cochlear implant experience and emotional functioning during childhood: Loneliness in middle and late childhood. *The Volta Review*. 106 (3), 365-379.

Schorr, E. A., Fox, N. A., van Wassenhove, V., Knudsen, E. I. Auditory-visual fusion in speech perception in children with cochlear implants. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 102, 18748-50

Shannon, R. V. (2012). Advances in auditory prostheses. *Current Opinion in Neurology*, 25 (1), 61-66.

Sheridan, M. (2001). *Inner Lives of Deaf Children*. Washington, D. C. U. S. A.: Gallaudet University Press.

Spitzberg, B. H. & Hurt, H. T. (1987). The measurement of interpersonal skills in instructional contexts. *Communication Education*, 36 (1), 28-45.

Svirsky, M. A., Robbins, A. M., Kirk, K. I., Pisoni, D. B., Miyamoto, R. T. (2000). Language development in profoundly deaf children with cochlear implants. *Psychological Science*. 11 (2), 153-159.

Tajfel, H. & Turner, J. C. (1979). *An integrative theory of intergroup conflict*. In W. G. Austin, & S. Worchel (Eds.), *The social psychology of intergroup relations* (pp. 33-37). Monterey, CA: Brooks/Cole.

Victor, C. R. & Yang, K. (2012). The prevalence of loneliness among adults: a case study of the United Kingdom. *The Journal of Psychology*, 146 (1-2), 85-104.

Wauters, L. N. & Knoors, H. (2008). Social Integration of Deaf Children in Inclusive Settings. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 13 (1), 21-37.

World Health Organization, Deafness and Hearing Loss. (2018). Retrieved from: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>

Zand, D. H. & Pierce, K. J. (2011) *Resilience in Deaf Children*. New York. New York, Dordrecht, Heidelberg, London: Springer.

Zimmerman-Philips, S., McConkey-Robbins, A., Osberger, M. J. (2000). Assessing cochlear implant benefit in very young children. *The Annals of Otolology, Rhinology & Laryngology*, 109 (12), 42-3.