



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di laurea Triennale in
Scienze Psicologiche dello sviluppo, della personalità e delle relazioni interpersonali

Tesi di laurea Triennale

**Listening Self-Efficacy Questionnaire: uno strumento di valutazione
dell'autoefficacia in diverse situazioni di ascolto**

**Listening Self-Efficacy Questionnaire: a self-efficacy assessment tool in different listening
situations**

Relatore

Prof. Barbara Arfè

Laureando/a: Beretta Chiara

Matricola: 1220011

Correlatore esterno

Dott./Prof. Flavia Gheller

Anno Accademico 2021-2022

SOMMARIO

INTRODUZIONE	4
CAPITOLO 1	5
IL COSTRUTTO DI AUTOEFFICACIA	5
1.1 DEFINIZIONI E RIFERIMENTI TEORICI.....	5
CAPITOLO 2	9
IPOACUSIA E AUTOEFFICACIA	9
2.1 IPOACUSIA: CARATTERISTICHE GENERALI	9
2.2 DIAGNOSI DI IPOACUSIA E IMPORTANZA DELLA RIABILITAZIONE	10
2.2.1 EFFETTI DELL' IPOACUSIA NELLA POPOLAZIONE ANZIANA	11
2.3 IMPATTO DELL' IPOACUSIA SULLA PERCEZIONE DI SÉ COME BUONI ASCOLTATORI.....	12
CAPITOLO 3	16
LISTENING SELF-EFFICACY QUESTIONNAIRE: UNO STRUMENTO PER VALUTARE IL COSTRUTTO DI AUTOEFFICACIA	16
3.1 LA VERSIONE AMERICANA DEL LISTENING SELF-EFFICACY QUESTIONNAIRE	16
3.2 IL LAVORO ITALIANO.....	18
3.3 INIZIO DELLA SOMMINISTRAZIONE DEL QUESTIONARIO ITALIANO E PRIME CONSIDERAZIONI.....	21
CONCLUSIONE	23

BIBLIOGRAFIA.....	24
SITOGRAFIA	26
APPENDICE	27
VERSIONE ITALIANA DEL LISTENING SELF-EFFICACY QUESTIONNAIRE.....	27

INTRODUZIONE

L'autoefficacia può essere definita come la fiducia e la consapevolezza che ciascuno ha nella propria capacità di dominare attività specifiche, situazioni o aspetti relativi al proprio funzionamento psicologico o sociale.

Nella comunicazione verbale, e di conseguenza nelle relazioni interpersonali, assume un ruolo chiave la fiducia che ognuno possiede nella propria capacità di percezione uditiva di ascolto. Nel caso di soggetti con deficit uditivo, inoltre, questo aspetto può risultare fondamentale anche in ottica di una più efficace riabilitazione audiologica.

Il presente elaborato ha come primo obiettivo l'analisi dell'importanza del costrutto di autoefficacia percepita nelle attività di ascolto e in secondo luogo il lavoro di traduzione e adattamento in lingua italiana del Listening Self-Efficacy Questionnaire (LSEQ), strumento che permette di quantificare l'autoefficacia di ascolto in differenti situazioni nelle quali è richiesta la comprensione del discorso parlato.

Dopo una breve introduzione sui principali assunti teorici relativi al costrutto di autoefficacia, con particolare riferimento al contributo di Albert Bandura, il lavoro procede con un focus sull'ipoacusia e sulle sue possibili ricadute sulla percezione di sé come buoni ascoltatori, prendendo in considerazione le diverse condizioni di compromissione dell'udito: da una parte una corretta riabilitazione uditiva con apparecchi acustici fin dalla giovane età può generare abitudine e sicurezza in adulti ipoacusici dalla nascita, dall'altra una condizione di ipoacusia causata da traumi, infezioni o senilità può essere compromettente e causa di una conseguente bassa percezione di autoefficacia.

Viene infine presentato il lavoro di traduzione del questionario LSEQ ed i risultati di una prima fase di somministrazione a soggetti ipoacusici e normoacusici, raccolta dati che si inserisce all'interno di uno studio più ampio e che prevede quindi la possibilità futura di approfondire e ampliare la ricerca.

CAPITOLO 1

IL COSTRUTTO DI AUTOEFFICACIA

1.1 DEFINIZIONI E RIFERIMENTI TEORICI

“Il senso di autoefficacia corrisponde alle convinzioni circa le proprie capacità di organizzare ed eseguire le sequenze di azioni necessarie per produrre determinati risultati.” (Bandura, 2000, p. 23)

Nel suo manuale *Autoefficacia: teoria e applicazioni* (Bandura, 2000) A. Bandura definisce così il senso di autoefficacia, ossia il processo in cui un soggetto, nel tendere ad un obiettivo, crea delle aspettative a riguardo delle proprie possibilità di svolgere con successo un determinato compito e di conseguenza mette in atto strategie per conseguire tale obiettivo o, al contrario, per fronteggiare un eventuale insuccesso. Grazie infatti alle convinzioni di autoefficacia una persona è portata ad investire energie in un dato comportamento o azione e ad impegnarsi nel superamento di eventuali ostacoli (Bandura, 2000). L'autoefficacia permette di mettere in atto un comportamento specifico a seconda del livello di complessità del compito da svolgere e di controllare e prevenire eventuali difficoltà che dovessero presentarsi. Se un soggetto percepisce la possibilità di riuscire in un compito, sarà motivato a intraprenderlo e a perseverare anche di fronte ad apparenti insuccessi, servendosi di essi come occasioni di apprendimento e non di fallimento (Bandura, 2000). Possiamo considerare quindi la percezione di autoefficacia di una persona come uno dei pilastri dell'agire umano, dal momento che senza la convinzione di poter ottenere dei risultati l'uomo sarebbe generalmente indotto a non intraprendere alcuna azione (Bandura, 2000).

È importante distinguere fra il concetto di autoefficacia e quello di autostima, nonostante siano reciprocamente legati. L'autostima fa riferimento principalmente alla percezione di sé stessi in termini di adeguatezza o inadeguatezza, apprezzamento e considerazione¹ e si sviluppa su basi quasi del tutto emotive. L'autoefficacia invece riflette la percezione di sé in termini di competenze e abilità, e nelle valutazioni di autoefficacia è necessario fare riferimento a “quanto le persone ritengono di essere in grado di fare, sentire, esprimere, essere e divenire, cioè delle percezioni di capacità personali” (Bandura, 2000, p. 25).

Le convinzioni di autoefficacia orientano quindi le capacità personali di organizzare le azioni per conseguire dei risultati e permettono di creare aspettative che, se confermate dai risultati stessi,

¹ L'autostima non deriva solo da fattori interiori individuali, ma emerge anche dal confronto che l'individuo stesso fa tra il proprio sé e l'ambiente.

rinforzano il sistema persona-comportamento-risultato (Bandura, 2000): il costrutto di autoefficacia, dunque, si colloca all'interno di tale sistema con una funzione regolatoria, mediando tra la persona e il suo comportamento, riformulando le aspettative nei confronti del risultato e infine rinforzando, qualora soddisfatte, le convinzioni di autoefficacia. La fiducia nelle proprie capacità infatti si modifica a seconda delle proprie prestazioni e a seconda del raggiungimento o meno di un risultato. Queste modifiche della convinzione di autoefficacia hanno lo scopo di evitare di reiterare comportamenti che hanno portato a risultati negativi e di ripetere invece quei comportamenti grazie ai quali è stato conseguito un risultato positivo.

Se da un lato il senso di autoefficacia influenza l'azione di ciascuno nel conseguire un obiettivo, a sua volta anche la qualità e la quantità degli obiettivi che un soggetto si prefigge dipendono dall'autoefficacia percepita: i nostri scopi dipendono in buona parte da ciò che riteniamo di saper fare. Appare infatti tendenzialmente controproducente porsi degli obiettivi per il raggiungimento dei quali si è consapevoli in partenza di non avere strumenti e competenze adeguati: *“Qualunque fattore svolga una funzione di guida e di motivazione si fonda nella convinzione essenziale di avere la capacità di produrre effetti con le proprie azioni”* (Bandura, 2000, p. 9). Dove infatti le convinzioni di autoefficacia personale siano forti e salde le persone sono spinte a perseverare nelle loro intenzioni, producendo comportamenti positivi nonostante le difficoltà; laddove al contrario l'autoefficacia percepita risulti debole è probabile che tali convinzioni vengano sovvertite dalle esperienze che il soggetto vive (Caprara, 2001).

L'autoefficacia produce effetti diversi attraverso una serie di processi psicologici (Bandura, 2000):

a. Processi cognitivi: sono processi che comprendono l'analisi delle proprie abilità e competenze, la valutazione degli obiettivi e delle ipotesi di successo e insuccesso, il mantenimento dell'attenzione necessaria al raggiungimento dell'obiettivo e la valutazione di soluzioni per far fronte ad eventuali problematiche. La valutazione dell'autoefficacia influenza il cosiddetto pensiero anticipatorio, soggetti con alta autoefficacia sono portati a costruire scenari anticipatori di successo, al contrario dei soggetti con autoefficacia bassa, per i quali saranno prevalenti scenari anticipatori di insuccesso.

b. Processi motivazionali: la considerazione che ciascuno ha della propria efficacia svolge un ruolo cruciale nell'autoregolazione della motivazione. L'autoefficacia è strettamente correlata con le componenti di realizzazione e coinvolgimento e risulta quindi fondamentale nel raggiungimento degli obiettivi e nell'essere motivati nelle attività che si intraprendono (Bandura, 2000). È importante evidenziare però come la motivazione possa sottendere una preferenza per un determinato compito, mentre l'autoefficacia si riferisce alla convinzione di poter svolgere tale compito, a prescindere dal fatto che questo piaccia o meno. La misura della percezione di autoefficacia risulta in questo senso solitamente più affidabile di quella relativa alle preferenze: andando a misurare la percezione di

autoefficacia è possibile avere riscontro del fatto che chi intraprende un'azione abbia compiuto un'analisi delle proprie capacità, mentre andando a misurare le preferenze non si ha la certezza che esse abbiano una corrispondenza con le reali capacità del soggetto (Caprara, 2001).

c. Processi emotivi: l'autoefficacia ha effetto sulla percezione di ansia e stress derivati dal dover compiere una determinata azione, così come sulla reazione ad un eventuale insuccesso. Un minore senso di autoefficacia rende generalmente più vulnerabili all'ansia da prestazione e risultato, mentre un livello di autoefficacia elevato riduce l'ansia e aumenta la sicurezza nelle proprie capacità. (Caprara, 2001).

d. Processi di selezione: in base al senso di autoefficacia una persona si trova a scegliere attività che si sente in grado di gestire, e queste scelte possono influenzare direttamente la vita di ciascuno.

Secondo il modello teorizzato da Weiner (Mason, 2000), nell'attribuire cause ad un successo o insuccesso intervengono tre diversi fattori:

1. Locus of control: attribuire cause interne o esterne ad eventuali successi o insuccessi.

Soggetti con un'alta percezione di autoefficacia tendono ad avere un locus of control interno, attribuendo ai successi motivazioni quali le proprie abilità e l'impegno, mentre riconducono gli insuccessi ad errori ai quali cercano di porre rimedio e dai quali cercano di imparare. Al contrario, una bassa autoefficacia è legata ad un'attribuzione di cause esterne (come la fortuna o la sfortuna) ai risultati delle proprie azioni.

2. Controllabilità: considerare le cause di un insuccesso controllabili e modificabili oppure no. Generalmente soggetti con un'elevata autoefficacia attribuiscono i propri insuccessi a cause controllabili e in questo caso la persona risulta in grado di agire per migliorarsi.

3. Stabilità: ricondurre le cause di un eventuale insuccesso ad eventi stabili o instabili nel tempo.

Le convinzioni di autoefficacia si inseriscono all'interno di un sistema ampio ma non generico; ne esistono di vari livelli e sono specifiche per ogni categoria del "saper fare" (Smith et al., 2001). Ad esempio, è possibile che una persona abbia alta convinzione di autoefficacia in una determinata competenza ma molto bassa in un'altra. La specificità è una caratteristica necessaria della valutazione di autoefficacia percepita (Caprara, 2001), dal momento che i domini in cui l'essere umano si trova ad agire sono molteplici e che la percezione di riuscire o meno in ognuno di essi è specificamente legata al dominio stesso, anche se non determinata da esso.

L'autoefficacia percepita non è quindi una caratteristica intrinseca individuale che si manifesta nelle diverse modalità di azione, ma è invece un costrutto alla base di tali modalità e che le determina (Caprara, 2001). Si tratta infatti di una sorta di circuito interno che si crea e si modifica attraverso l'influenza dei feedback provenienti dall'esterno. La mente umana è in grado di produrre valutazioni

sulla propria capacità di fare, riflettere su sé stessa e di imparare dalle esperienze reagendo agli stimoli interni ed esterni e contemporaneamente agendo su di essi per modificarli a proprio vantaggio (Caprara, 2001).

Naturalmente si suppone che di fronte ad alti livelli di autoefficacia percepita in uno specifico ambito il soggetto tenda ad attribuirsi alti livelli di autoefficacia anche in ambiti affini, che abbiano un qualche tipo di analogia o dipendano da abilità simili (Caprara, 2001).

CAPITOLO 2

IPOACUSIA E AUTOEFFICACIA

2.1 IPOACUSIA: CARATTERISTICHE GENERALI

Con il termine ipoacusia si intende una riduzione dell'udito dovuta a un danno all'apparato uditivo o alla degenerazione di una delle parti che lo compongono e può interessare entrambe le orecchie (ipoacusia bilaterale) o un solo orecchio (ipoacusia monolaterale). È caratterizzata da una percezione uditiva ridotta rispetto alla soglia di normoacusia e in funzione della gravità si può classificare in: *ipoacusia lieve (soglia uditiva compresa tra 20 e 40 decibel)*, *moderata (40-70 db)*, *grave (70-90 db)* e *profonda (>90 db)* (Olusanya, Davis & Hoffman, 2019). A seconda del livello di compromissione, il residuo uditivo può essere maggiore, minore o assente, ma attraverso l'ausilio di apparecchi acustici o di un impianto cocleare è possibile nella maggior parte dei casi recuperare la capacità uditiva.

Dal punto di vista della localizzazione della lesione che ha causato l'ipoacusia è possibile distinguere tra: *ipoacusia trasmissiva*, quando il danno è localizzato nella parte più esterna dell'orecchio (condotto uditivo, membrana timpanica e ossicini del timpano) e compromette la trasmissione meccanica degli stimoli uditivi che arrivano dall'esterno (Lalwani, 2018). Si definisce *neurosensoriale* l'ipoacusia nella quale il disturbo interessa il funzionamento del nervo acustico che conduce il segnale dalla coclea all'orecchio interno, da dove viene poi trasmesso alla regione della corteccia cerebrale che riceve le informazioni di tipo uditivo. Si intende infine *mista* (Lalwani, 2018) la tipologia di ipoacusia nella quale sono coinvolte allo stesso tempo sia problematiche di tipo trasmissivo che neurosensoriale (Anastasiadou & Khalili, 2022).

Un'ulteriore classificazione può essere fatta relativamente al periodo di insorgenza. Come prima cosa si può distinguere tra ipoacusie *congenite* (presenti cioè dalla nascita) oppure *acquisite* (la cui insorgenza avviene successivamente). Si parla poi di ipoacusia *preverbale* (Korver et al., 2017) se il disturbo uditivo insorge prima che si sviluppi il linguaggio, in caso contrario l'ipoacusia viene definita *postverbale* (Lalwani, 2018). Per quanto riguarda la durata del tempo di insorgenza esistono invece ipoacusie *improvvisate*, la cui comparsa avviene in modo improvviso o comunque in un arco temporale estremamente ridotto, riconducibili generalmente a infezioni virali o eventi di tipo traumatico (le otiti infantili, per esempio, o l'esposizione prolungata e costante a forti rumori possono generare condizioni di alterazione della capacità uditiva), oppure ipoacusie di tipo *progressivo*, la cui entità varia col passare del tempo.

Nell'ambito delle ipoacusie postverbali acquisite e progressive è estremamente probabile individuare

disturbi dell'udito nella popolazione anziana, a causa del deterioramento dovuto all'età delle componenti dell'organo uditivo (Yamasoba, Lin, Somey, Kashio, Sakamoto & Kondo, 2013). In particolare con il progredire dell'età si assiste generalmente all'insorgenza della *presbiacusia*. Si tratta di una modificazione della funzionalità uditiva che si manifesta come ipoacusia bilaterale simmetrica progressiva di tipo neurosensoriale (Albera & Rossi, 2008). La presbiacusia coinvolge principalmente le frequenze acute e si caratterizza per una progressiva difficoltà di comprensione del parlato, specialmente in condizioni non ottimali di ascolto, come nel caso di un ambiente rumoroso o di una conversazione telefonica. È una condizione molto frequente e in uno studio statunitense (Covelli et al., 2015) si afferma che una perdita di udito binaurale di circa 25 dB si riscontra nel 27% della popolazione over 60, in circa il 55% degli over 70 ed in quasi l'80% degli over 80 (Lin, Niparko & Ferrucci, 2011).

2.2 DIAGNOSI DI IPOACUSIA E IMPORTANZA DELLA RIABILITAZIONE

Per effettuare la diagnosi di ipoacusia viene svolta un'indagine audiologica, completa di esame audiometrico specialistico, volta a definirne la tipologia e la gravità. L'esame audiometrico serve a rilevare la *soglia di minima udibilità*, ossia la soglia sotto la quale la persona accusa difficoltà di percezione uditiva. Le soglie di percezione vengono riprodotte su un *audiogramma*, che incrocia su un piano a due assi l'intensità in Decibel (Db) e la frequenza in Hertz (Hz) e che restituisce quindi una rappresentazione grafica della capacità uditiva della persona (Lasak, Allen, McVay, Lewis, 2014).

Individuare la tipologia, l'eziologia e le caratteristiche dell'ipoacusia del singolo soggetto è importante poiché permette di pianificare un intervento riabilitativo il più efficace possibile, mediante training logopedici e l'utilizzo di apparecchi acustici, o se necessario l'inserzione di impianto cocleare (dispositivo impiantabile per la riabilitazione di pazienti con ipoacusia da grave a profonda, che trasforma i suoni in segnali elettrici e li invia direttamente al nervo acustico). Una corretta e adeguata riabilitazione è fondamentale per il recupero percettivo del paziente e di conseguenza per un miglioramento anche dal punto di vista cognitivo, psicologico e sociale. Le difficoltà uditive interferiscono infatti in modo significativo con la possibilità di svolgere le attività quotidiane, possono abbassare notevolmente la qualità della vita e se non diagnosticate precocemente o non adeguatamente trattate possono portare il soggetto a limitare le occasioni di interazione sociale fino al rischio di isolamento, rischio particolarmente elevato nella popolazione anziana. L'autopercezione dei soggetti con ipoacusia risente infatti notevolmente della presenza di un deficit uditivo

comportando anche condizioni di ansia, paura e a volte depressione. Nel caso di persone anziane la preoccupazione maggiore risulta essere quella di non riuscire a comunicare con i propri familiari. In questo senso il processo di riabilitazione uditiva, il cui successo dipende anche dalla motivazione del paziente, ha un forte impatto sulla percezione di sé. Il paziente riabilitato in modo corretto si trova infatti ad acquisire nuove sicurezze, che gli permettono di affrontare con più consapevolezza e più entusiasmo la quotidianità e le relazioni sociali.

2.2.1 EFFETTI DELL' IPOACUSIA NELLA POPOLAZIONE ANZIANA

Molte ricerche hanno indagato l'associazione tra disturbi dell'udito e malessere sociale vissuto da persone anziane, scoprendo che esse spesso sperimentano riduzione o addirittura interruzione delle relazioni sociali e delle comunicazioni, isolamento e scarsa propositività nell'intraprendere conversazioni anche con i familiari proprio per ragioni connesse all'essere ipoacusici e alla bassa autoefficacia nell'utilizzo degli apparecchi.

Durante uno studio americano compiuto da Ellis, Ali e Ahmed (2001) è stata utilizzata la De Jong Gierveld Loneliness scale (DG) per sondare il livello di solitudine sperimentato da soggetti anziani prima e dopo l'intervento riabilitativo, dimostrando una significativa riduzione del senso di solitudine provato dalle persone già dopo 4-6 settimane dall'inizio della riabilitazione audiologica. Essa infatti produce grandi benefici e apporta miglioramenti nella qualità della vita e nel benessere delle persone con ipoacusia, ma esistono alcuni aspetti che possono valorizzare o inficiare i risultati della riabilitazione: indossare gli apparecchi acustici con costanza, per esempio, è un importante fattore di protezione per il successo della riabilitazione anche dal punto di vista delle competenze socio-relazionali, ma non sempre questi dispositivi vengono facilmente accettati nell'utilizzo quotidiano, soprattutto se a doverli indossare sono persone anziane il cui calo dell'udito progressivo è legato all'invecchiamento.

In gran Bretagna, per esempio, è risultato che meno del 30% di coloro che potrebbe trarre beneficio dall'utilizzo di protesi acustiche ne fa in realtà uso (Ellis, Ali & Ahmed, 2001). Inoltre, come si diceva precedentemente, giocano un ruolo importante anche fattori esterni che variano da persona a persona, quali il sostegno e l'incoraggiamento di familiari e conoscenti, le esperienze passate, le proprie reazioni psicologiche ed emotive a situazioni precedenti e l'apprendimento vicario², che avviene cioè

² Si definisce apprendimento vicario, o apprendimento osservazionale, quello che avviene attraverso l'osservazione di altri che svolgono un dato compito.

attraverso l'osservazione del comportamento degli altri.

Le persone anziane che perdono progressivamente l'udito vivono situazioni differenti da coloro che indossano gli apparecchi acustici fin dalla nascita o dalla giovane età: essi possono faticare a comprendere semplici conversazioni nella vita quotidiana anche indossando gli apparecchi, poiché non hanno sviluppato abitudine e familiarità con essi e hanno necessità di ristrutturare il loro modo di sentire e comunicare.

2.3 IMPATTO DELL'IPACUSIA SULLA PERCEZIONE DI SÉ COME BUONI ASCOLTATORI

Come si è detto, il senso di autoefficacia permette di percepirsi capaci di fare, di agire, di esprimere, di sentire. In riferimento all'autoefficacia in ambito uditivo la domanda da porsi è: le persone si ritengono capaci di ascoltare? Riescono ad ascoltare in maniera ottimale anche in condizioni e contesti differenti? La differenza di interlocutore influisce sulle possibilità e la capacità di ascoltare?

Gli effetti del senso di autoefficacia si manifestano in ciascuna situazione di ascolto e determinano il modo in cui ciascun soggetto affronta il compito che deve svolgere. Questo discorso assume ovviamente una rilevanza particolare nel caso di quei soggetti che presentano deficit uditivi. In questi casi risulta importante domandarsi quale percezione ha di sé come ascoltatore un soggetto ipoacusico, dal momento che il suo udito, senso deputato a sentire e ascoltare, risulta compromesso. Può percepire ad esempio alta autoefficacia nell'ascolto del parlato durante una conversazione?

Le persone con perdita di udito si trovano nelle medesime condizioni ambientali di comunicazione delle persone normoacusiche ma, a differenza di queste ultime, oltre a difficoltà di tipo percettivo devono superare le difficoltà legate all'eventuale utilizzo di apparecchi, alla pratica di nuove e differenti strategie comunicative e ad un possibile stigma sociale.

È necessario quindi considerare quanto un deficit uditivo possa influenzare le valutazioni di autoefficacia delle persone, orientandone e modellandone le scelte, le aspirazioni, le relazioni sociali. Per riprendere un concetto espresso nel capitolo precedente, non è possibile generalizzare il senso di autoefficacia di una persona ma è necessario differenziarlo nei diversi settori e domini di interesse: una persona può quindi avere un alto senso di autoefficacia in molti domini, ma una bassa autoefficacia nell'essere ascoltatore a causa di un deficit uditivo. È importante domandarsi in che modo una privazione uditiva presente dalla nascita, comparsa in giovane età oppure in età avanzata influenzi l'autoefficacia rispetto ad una condizione di non compromissione, analizzando gli effetti che tutto questo ha sulla riabilitazione uditiva.

Da uno studio americano condotto su 211 partecipanti da Smith e West (2006) e citato nell'articolo

Determinants of Self-Efficacy among Individuals who are Hard-of-Hearing (Cuevas, Vang, Chen & Saladin, 2019), emerge ad esempio che l'autoefficacia nelle attività di ascolto è direttamente proporzionale al tempo di utilizzo degli apparecchi acustici: maggiore è l'abitudine e l'esperienza nell'utilizzo degli ausili acustici, maggiore è il senso di autoefficacia in attività di ascolto che la persona sperimenta.

La relazione tra autoefficacia e riabilitazione uditiva è stata analizzata in altri due studi americani (Cuevas et al., 2019) condotti nel 2014 e nel 2015 da Kelly-Campbell e McMillan (2015) e da Meyer, Hickson e Fletcher (2014): più precisamente, nello studio del 2015 (Kelly-Campbell & McMillan, 2015) viene evidenziato come i pazienti che riportavano una buona autoefficacia in relazione all'ascolto con gli apparecchi acustici manifestavano anche un miglior funzionamento psicologico e di conseguenza maggior fiducia in sé e maggior coinvolgimento e proattività nelle varie situazioni di interazione sociale. Lo studio del 2014 (Meyer, Hickson & Fletcher, 2014) ha invece valutato i livelli di autoefficacia percepita in soggetti che portano protesi acustiche, analizzando in particolare il ruolo del tempo di utilizzo degli apparecchi: dei 307 partecipanti (anziani con deficit uditivo) è emerso che a possedere una maggiore autoefficacia erano coloro che utilizzavano apparecchi acustici e specialmente coloro che li usavano fin dalla giovane età, risultati più propensi a partecipare a situazioni di ascolto e consapevoli del fatto che non sarebbe stato così se non avessero avuto la possibilità di utilizzare gli apparecchi fin da giovani. Inoltre, i soggetti portatori di apparecchio acustico provavano un maggior senso di autoefficacia in situazioni di ascolto se l'insorgenza della perdita di udito era lontana nel tempo e se nel corso della loro vita avevano ricevuto supporto da familiari e amici.

In un articolo del 2007 (West & Smith, 2007) gli autori sostengono che la poca abitudine a utilizzare gli apparecchi acustici o un loro utilizzo discontinuo sono tra i fattori alla base dell'esperienza di bassi livelli di autoefficacia nell'ascolto. In particolare, in questo studio è stato somministrato un questionario per la misura dell'autoefficacia nella riabilitazione audiologica, il MARS-HA Measure of Audiologic Rehabilitation Self-Efficacy for Hearing Aids. Si tratta di un questionario finalizzato a comprendere quanto i partecipanti si sentissero abili nello svolgere determinate attività legate all'utilizzo degli apparecchi (accorgersi quando le batterie sono da sostituire, maneggiare gli apparecchi acustici, ecc..) rivolto a persone ipoacusiche pratiche e non pratiche nell'utilizzo di apparecchi acustici e composto da 24 item che fanno riferimento a quattro scale, (1) gestione di base degli apparecchi, (2) gestione avanzata degli apparecchi, (3) adattamento degli apparecchi, (4) capacità di ascolto assistito.

L'analisi delle variabili (personali e relative al dispositivo utilizzato) che determinano il raggiungimento di un diverso livello di autoefficacia può a sua volta risultare utile nel dare indicazioni

su quella che può essere la modalità di intervento riabilitativo più efficace, sia in pazienti anziani e adulti che in pazienti di età pediatrica.

In una ricerca pubblicata nel 2007 (Silvestre, Ramspott & Pareto, 2007) dalla somministrazione della versione spagnola del Self Development Questionnaire è emerso come le variabili sociodemografiche di età, grado di perdita dell'udito e modello educativo sono correlate al concetto di sé come buoni ascoltatori e ad altri aspetti legati alle competenze comunicative: la giovane età, la continuità nell'utilizzo di apparecchi acustici, e un contesto familiare di supporto favoriscono lo sviluppo di un più alto senso di autoefficacia. I risultati infatti confermano l'importanza, per i soggetti ipoacusici, giovani ma non solo, di intervenire affiancando alla riabilitazione audiologica strategie pedagogiche e psicologiche che aiutino il paziente nello sviluppo delle capacità di conversazione, sostenendo i pazienti nell'utilizzo precoce e continuativo degli apparecchi e favorendo una rete familiare ed educativa di supporto.

E' doveroso infine tenere presente che nei soggetti ipoacusici dalla nascita, o comunque dalla primissima infanzia, l'accesso allo sviluppo del linguaggio avviene attraverso processi differenti da quelli previsti nello sviluppo tipico e dal momento che la competenza linguistica riveste un ruolo decisamente importante nei processi di socializzazione e di formazione della percezione di sé, una diagnosi e una riabilitazione precoce dell'ipoacusia può influenzare notevolmente non solo la percezione uditiva e lo sviluppo delle abilità linguistiche, ma di conseguenza anche l'acquisizione fin dall'infanzia di un'alta autoefficacia, non solo in ambito uditivo.

Come si è visto nelle pagine precedenti quindi, il costrutto di autoefficacia percepita gioca un ruolo importante nella possibilità, soprattutto delle persone ipoacusiche, di inserirsi in contesti di ascolto e poter comprendere le conversazioni. Si è detto infatti che l'autoefficacia percepita è quel costrutto che fa sentire le persone capaci di orientare le proprie azioni e sperimentare successo.

Nelle situazioni di ascolto e di conversazione per i soggetti ipoacusici diventa ancora più importante sperimentare alti livelli di autoefficacia, dal momento che all'utilizzo dell'apparecchio acustico o dell'impianto cocleare deve essere sempre affiancato un percorso di riabilitazione audiologica e logopedica rispetto al quale è importante che il paziente abbia la giusta motivazione e volontà di miglioramento.

La percezione di autoefficacia è quindi una variabile di fondamentale importanza nell'influenzare il successo della riabilitazione audiologica a livello personale (Smith, Pichora-Fuller, Watts & La More, 2011); essendo dominio-specifica, infatti, può essere alta o bassa in domini differenti e la variabilità tra persone è data soprattutto dalle differenze individuali più che dalle caratteristiche della categoria cui appartengono le azioni o i compiti svolti. Per questo motivo è importante valutare il costrutto di autoefficacia per ogni singolo soggetto, in ogni specifico dominio che interessi indagare, nel momento

stesso in cui si intenda intervenire, dal momento che le situazioni cambiano e che il senso di autoefficacia può variare nel tempo (Smith et al., 2011).

È di grande importanza per i professionisti che svolgono interventi di riabilitazione audiologica avere una misura di come i pazienti percepiscano alti o bassi livelli di autoefficacia, dal momento che tali informazioni sono spesso interpretabili come predittori di una buona riuscita del percorso riabilitativo. Alla luce di tutto questo risulta importante riuscire ad avere strumenti che permettano un riscontro il più affidabile possibile di come le persone si percepiscono quando si trovano in contesti comunicativi e relazionali, nello specifico quanto esse si ritengono capaci di comunicare e comprendere.

CAPITOLO 3

LISTENING SELF-EFFICACY

QUESTIONNAIRE: UNO STRUMENTO

PER VALUTARE IL COSTRUTTO DI

AUTOEFFICACIA

3.1 LA VERSIONE AMERICANA DEL LISTENING SELF-EFFICACY QUESTIONNAIRE

Il Listening Self-Efficacy Questionnaire (LSEQ) è uno strumento di valutazione dell'autoefficacia in situazioni di ascolto che permette di quantificare la percezione di autoefficacia in soggetti sia ipoacusici che normoacusici, in situazioni di ascolto diversificate.

Il questionario è stato elaborato negli Stati Uniti grazie a un lavoro di ricerca svolto alla Duke University School of Medicine, nella Carolina del Nord³. L'obiettivo con cui è stato sviluppato tale strumento è quello di ampliare la comprensione dei disturbi dell'udito nella prospettiva soprattutto di indagare come essi impattano sulla salute e sul benessere delle persone con ipoacusia (Smith et al., 2011).

Nella sua versione originale il questionario è strutturato in tre sotto-scale che fanno riferimento alla medesima dimensione, ossia la convinzione di autoefficacia dei soggetti in tre diverse condizioni di ascolto: (1) dialoghi in contesti silenziosi, (2) ascolto e attenzione verso una singola fonte sonora, (3) condizioni di ascolto rumorose o complesse. Esso è stato costruito dopo aver identificato una serie di situazioni in cui persone con ipoacusia segnalavano difficoltà a capire durante l'ascolto e gli item individuati descrivono situazioni a vari livelli di difficoltà di ascolto, per individuare come l'autoefficacia personale vari all'interno di una vasta gamma di situazioni (Smith et al., 2011). Durante la fase di validazione iniziale il gruppo di partecipanti ai quali il questionario è stato somministrato era composto da 169 soggetti ipoacusici di età compresa tra i 55 e gli 85 anni, di cui 166 maschi (dei quali 155 veterani) individuati presso la clinica audiologica del James Hospital Quillen Veterans Affairs Medical Center nel Tennessee (Smith et al., 2011). Questi pazienti presentavano una ipoacusia sensoriale bilaterale e non avevano alcuna esperienza nell'indossare

³<https://headnecksurgery.duke.edu/divisions/communication-sciences/research/research-laboratories/hearing-and-balance-research-laboratory>

apparecchi acustici. I loro punteggi alle risposte del questionario sono stati confrontati con quelli di gruppi di controllo di soggetti normoacusici, costituiti da 56 partecipanti (di cui 19 maschi) giovani di età compresa tra 18 e 30 anni e 32 partecipanti anziani (di cui 11 maschi) di età compresa tra 66 e 82 anni. I dati raccolti restituiscono alti punteggi di autoefficacia in entrambi i gruppi di soggetti normoacusici, rispetto al gruppo di anziani con ipoacusia che riporta livelli più bassi di autoefficacia percepita in particolare negli item riguardo l'ascolto in situazioni complesse. In generale si è potuto affermare che il questionario LSEQ rappresenta uno strumento di valutazione con buoni livelli di validità e ripetibilità per la misura del costrutto di autoefficacia, oltre ad avere ampia possibilità di impiego negli ambiti di ricerca clinica (Smith et al., 2011). Esso infatti permette di comprendere ancora meglio come l'autoefficacia personale influenza la comprensione del parlato e come modifica i comportamenti di chi ascolta (Smith et al., 2011).

Nel 2021, l'American Journal of Audiology ha pubblicato un articolo in cui viene esposto il lavoro di test-retest reliability del questionario LSEQ (Oliva, Riska & Smith, 2021), grazie al quale si è potuto valutare la stabilità dei punteggi dei soggetti in somministrazioni successive. Per compiere questa valutazione è stato scelto un gruppo di 77 persone anziane con esperienza pregressa nell'utilizzo di apparecchi acustici ed è stato consegnato loro il questionario in formato carta-matita da compilare a casa in due momenti differenti; entrambe le volte essi dovevano compilarlo e riportarlo dopo due settimane. I punteggi raccolti dalle due somministrazioni sono stati confrontati utilizzando i Coefficienti di Correlazione Intraclassa (ICC); la differenza tra di essi ha dimostrato la variazione tra i livelli di autoefficacia tra le due somministrazioni, permettendo di affermare che il questionario LSEQ ha anche una buona capacità nell'individuare sostanziali cambiamenti nell'autoefficacia percepita in pazienti anziani ipoacusici che utilizzino abitualmente ausili acustici in varie situazioni di ascolto (Oliva et al., 2021).

Il Listening Self-Efficacy Questionnaire è stato utilizzato anche in un lavoro di Kawaguchi, Wu e Miller (2019). Questo studio partiva dall'ipotesi che l'autoefficacia in situazioni di ascolto con l'ausilio degli apparecchi acustici fosse maggiore di quella in situazioni senza la presenza degli apparecchi, grazie al fatto che indossando le protesi acustiche i soggetti recuperavano una parte della capacità uditiva. Lo scopo di questo studio di tipo trasversale era proprio quello di valutare gli effetti della riabilitazione sulla percezione di autoefficacia di ascolto in soggetti ipoacusici con apparecchi acustici in diversi ambienti di comunicazione. Lo studio ha interessato 165 persone adulte con ipoacusia lieve e moderata che indossavano apparecchi acustici per una durata settimanale di almeno 8 ore e dalla somministrazione sono emersi, ancora una volta, maggiori livelli di autoefficacia in situazioni nelle quali le persone indossavano apparecchi acustici, a differenza di coloro che non li indossavano. È stato evidenziato inoltre come variabili quali il grado di ipoacusia, l'età o il numero

di anni da cui la persona utilizza gli apparecchi acustici risultano essere correlate al livello di autoefficacia; i maggiori livelli di autoefficacia sono stati individuati in soggetti giovani con ipoacusia lieve, o in coloro che utilizzavano gli apparecchi acustici da un maggior numero di anni rispetto a chi li indossava da poco tempo.

3.2 IL LAVORO ITALIANO

Il questionario LSEQ è stato tradotto per la prima volta in Italia nell'ambito di questo lavoro di tesi. Il questionario americano prevede due versioni che fanno riferimento alle medesime situazioni di ascolto, ma che richiedono di rispondere in un caso facendo riferimento a quando si usano gli apparecchi acustici e nell'altro a quando invece non si utilizzano. La struttura del questionario, come si può vedere in tabella 1, è stata mantenuta uguale nella versione italiana, ed è quella di un test unidimensionale a risposte chiuse valutato con scale Likert⁴. Si tratta di 11 opzioni di risposta espresse in forma percentuale che chiedono di indicare quanto ci si senta sicuri di poter compiere l'azione indicata nel preciso momento in cui il questionario viene compilato ("How certain are you that you can do this *right now*?"⁵) (Smith et al., 2011); la scala delle risposte spazia da 0% a 100%, dove i due estremi indicano il non sentirsi assolutamente in grado ("Can not do this at all"⁶) o al contrario il sentirsi completamente capace ("I am certain I can do this"⁷). Prima di iniziare la compilazione del questionario sono previsti due item di prova, per consentire alla persona di familiarizzare con le modalità di indagine dello strumento, e successivamente 18 item a cui rispondere. È importante assicurarsi, come per tutti i test, che la persona abbia compreso esattamente quale sia la richiesta e le modalità di espressione della propria risposta, per evitare che le risposte siano influenzate da fattori legati all'errata comprensione della domanda.

⁴ La scala Likert fu inventata dallo psicologo R. Likert. Consiste in una tecnica per la misurazione di opinioni e atteggiamenti che fanno riferimento al medesimo costrutto. Le domande (item) sono strutturate in modo che chi risponde debba esprimere il suo grado di accordo/disaccordo con l'affermazione posta scegliendo tra più modalità di risposta.

⁵ "Quanto ti senti sicuro di riuscirci, in questo momento?"

⁶ "Non sono per niente sicuro di riuscirci"

⁷ "Sono certo di riuscirci"

1. Riesco a capire una conversazione uno a uno (con un solo interlocutore) in un ambiente silenzioso.	Quanto sei sicuro di riuscirci, in questo momento? (cerchia una %)		
	0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%		
	non sono per niente sicuro di riuscirci	sono abbastanza sicuro di riuscirci	sono certo di riuscirci

(Tab.1: item n° 1 del questionario LSEQ tradotto in lingua italiana)

Il lavoro completo di traduzione in lingua italiana si è articolato in tre fasi, necessarie per assicurare un risultato corretto e affidabile (tabella 2 e 3); successivamente è iniziata la fase di somministrazione a soggetti ipoacusici e di controllo. La fase di somministrazione del questionario, al fine di validarlo, è tutt'ora in corso.

Nello specifico, la traduzione si è svolta in tre momenti distinti:

- Fase di traduzione: una prima traduzione dall'inglese all'italiano è stata svolta contemporaneamente, ma separatamente, da due persone con l'obiettivo di raccogliere più sfumature possibile nella traduzione linguistica. Ogni singolo item è stato tradotto in lingua italiana, cercando per ogni parola il sinonimo italiano che meglio rendesse adattabile l'affermazione nel contesto linguistico e culturale del nostro paese.
- Fase di sintesi: le diverse traduzioni sono state analizzate nella loro correttezza linguistica e poi valutate da due persone che non avevano partecipato alla prima fase di traduzione, per integrare parti di una o dell'altra attingendo alle espressioni italiane che meglio traducevano le variabili linguistiche e giungendo infine a una versione condivisa.
- Fase di back translation: durante questo ultimo momento, la traduzione così completata in lingua italiana è stata sottoposta alla revisione di un esperto traduttore madrelingua, che ha compiuto un lavoro di ri-traduzione in lingua inglese del testo italiano, senza conoscerne però il testo originale in lingua.

13. I can understand one-on-one conversation while the speaker is doing dishes and facing away from me.	How certain are you that you can do this <u>right now</u> ? (circle one %)										
	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
	Cannot do this at all			Moderately certain I can do this					I am certain I can do this		

(Tab. 2: item n°13 del questionario LSEQ in lingua inglese)

13. Riesco a capire una conversazione quando l'interlocutore sta lavando i piatti e non mi guarda.	Quanto sei sicuro di riuscirci, in questo momento ? (cerchia una %)										
	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
	non sono per niente sicuro di riuscirci			sono abbastanza sicuro di riuscirci					sono certo di riuscirci		

(Tab. 3: item n°13 del questionario LSEQ tradotto in lingua italiana)

Ne è seguito in un secondo momento un lavoro di adattamento al contesto italiano: psicologi esperti con competenze nell'ambito dell'ipoacusia si sono infatti occupati di verificare che le espressioni degli item, i termini e i significati fossero di facile comprensione e quindi accessibili a un ampio bacino di possibili destinatari. Si ricorda infatti che il questionario LSEQ indaga il rapporto tra l'autoefficacia nell'ascolto e l'ipoacusia in soggetti di diversa età e tipologia, dal giovane ipoacusico congenito all'anziano con ipoacusia acquisita degenerativa.

La versione definitiva del questionario in lingua italiana ha mantenuto una grafica simile a quella della versione americana, per non discostarsi eccessivamente dallo strumento originale. Una volta completata l'operazione di traduzione è iniziata la fase di somministrazione.

3.3 INIZIO DELLA SOMMINISTRAZIONE DEL QUESTIONARIO ITALIANO E PRIME CONSIDERAZIONI

Il questionario adattato in lingua italiana è stato somministrato in occasione di una visita audiologica di controllo a 14 pazienti ipoacusici portatori di apparecchi acustici seguiti presso il reparto di Otorinolaringoiatria dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova. I pazienti erano di età compresa tra i 15 e i 92 anni (età media = 66,5 anni \pm 23,8). Nello specifico, un paziente di 15 anni, due pazienti rispettivamente di 30 e 31 anni, e gli altri soggetti (n=11) tutti di età superiore ai 65 anni. Dall'analisi dei dati audiometrici dei pazienti risulta come tutti i soggetti presentino un'ipoacusia di grado lieve-moderato bilaterale, tranne un caso (età 15 anni) di ipoacusia monolaterale destra. I soggetti più anziani, in particolare coloro che indossavano gli apparecchi da minor tempo oppure che non avevano un buon guadagno protesico, hanno riferito durante la visita un disagio provato in alcune situazioni di ascolto. Al contrario, i pazienti più giovani hanno dichiarato di aver tratto beneficio dalla protesizzazione in giovane età mostrandosi soddisfatti e a loro agio nell'utilizzare gli apparecchi nelle diverse situazioni di ascolto.

Da una prima osservazione dei risultati raccolti è possibile notare una grande variabilità nelle risposte date dai pazienti alle diverse domande del questionario. È difficile individuare item le cui risposte abbiano punteggi simili per i diversi pazienti, ad eccezione degli item 5 (*“Riesco a capire una conversazione quando il mio interlocutore è una persona che conosco bene, come un caro amico o un familiare”*), in cui i punteggi di quasi tutti i partecipanti sono $\geq 70\%$ (12 su 14) e degli item 14 (*“Riesco a capire una conversazione quando il mio interlocutore sta sussurrando”*) e 18 (*“Riesco a capire una conversazione al cellulare mentre mi trovo in un contesto rumoroso”*), in cui i punteggi della maggior parte dei casi sono risultati ≤ 3 (11 partecipanti su 14).

Facendo una media per ciascun paziente di tutti i punteggi dati ai 18 item del questionario, emerge come in 10 casi questa sia di molto al di sotto del 60% (media del 30,93%), con il 24% delle risposte addirittura comprese fra lo zero e il 20%, e quindi nel range di valori corrispondenti alla condizione *“non sono per niente sicuro di riuscirci”*. Questo dato può sicuramente essere riconducibile al fatto che nella maggior parte dei casi il questionario è stato compilato da pazienti anziani, con ipoacusia neurosensoriale abbinata ad una componente trasmissiva, utilizzo discontinuo degli apparecchi acustici e guadagno protesico non ottimale.

I quattro punteggi complessivamente più alti (media pari a 70,40%) sono stati dati invece da pazienti con un buon guadagno protesico e un utilizzo degli apparecchi costante e prolungato nel tempo.

In particolare è interessante notare come i punteggi del paziente più giovane (15 anni, ipoacusia monolaterale, protesizzato dall'infanzia e ottimo guadagno protesico) si differenzino da quelli di tutti

gli altri soggetti, essendo per ciascuno degli item molto alti e addirittura pari al 100% in 10 item su 15, restituendo quindi il profilo di un soggetto con livelli di autoefficacia decisamente alti in quasi tutte le diverse situazioni di ascolto descritte.

Analizzando invece le singole risposte si vede come la quasi totalità dei soggetti abbia selezionato come risposta una percentuale alta nei primi item, mentre i punteggi tendono ad abbassarsi drasticamente nelle risposte alle ultime domande. Poiché il questionario è strutturato in modo da presentare per prime le situazioni di ascolto meno complesse si può facilmente ipotizzare che la fiducia dei pazienti nelle proprie competenze uditive nelle diverse situazioni di ascolto vari anche in rapporto alla complessità della situazione, sia nel caso dei pazienti con più difficoltà nell'utilizzo degli apparecchi acustici sia per quei soggetti che hanno familiarizzato con le protesi da più tempo e che non sperimentano disagio nell'utilizzarle. In particolare si nota come soggetti con alti punteggi in item riferiti a situazioni familiari abbiano riportato invece i punteggi più bassi in item riferiti a situazioni di ascolto complesse, rumorose o con interlocutori di spalle o che sussurrino. I medesimi soggetti quindi sperimentano differente senso di autoefficacia e differente fiducia nelle proprie capacità di ascolto al variare del tipo di situazione in cui si trovano.

Infine è da considerare il dato emerso relativo ai punteggi dell'item numero 5 (*“Riesco a capire una conversazione quando il mio interlocutore è una persona che conosco bene, come un caro amico o un familiare”*): come detto in precedenza si tratta dell'unico caso in cui i punteggi dei diversi partecipanti sono molto omogenei tra loro e tutti superiori al 60%, in linea con quanto esposto nei capitoli precedenti riguardo l'importanza della rete di supporto di familiari e conoscenti per il rinforzo del senso di autoefficacia.

CONCLUSIONE

Il senso di autoefficacia di ogni individuo determina il modo in cui ciascuno si percepisce capace di affrontare le varie situazioni e di conseguenza permette di proporsi o meno come soggetto attivo e non passivo anche in situazioni nuove. Il percepirsi capaci “di fare” non garantisce il raggiungimento dei propri scopi, ma fornisce gli strumenti per affrontare anche gli insuccessi con consapevolezza e perseveranza.

Analizzando in particolare il senso di self-efficacy in ambito di ascolto e percezione uditiva, quello che si vuole comprendere e approfondire è in che modo l'ipoacusia e il senso di autoefficacia influiscano reciprocamente nel determinare o meno una condizione di benessere. A questo scopo è necessario avere a disposizione strumenti idonei alla valutazione dell'autoefficacia, e da questo presupposto è nato il lavoro di adattamento al contesto italiano del Listening Self-Efficacy Questionnaire (LSEQ), uno strumento americano volto proprio a indagare il livello di autoefficacia percepita in soggetti con ipoacusia.

L'analisi qualitativa dei dati preliminari raccolti in questa prima fase di somministrazione del questionario indica già la presenza di una relazione fra età dei partecipanti e tempo di protesizzazione e il livello di percezione di autoefficacia in ascolto dei vari soggetti. Quanto più un soggetto accede all'utilizzo di apparecchi acustici precocemente, tanto maggiore sarà la sua possibilità di familiarizzare con i dispositivi e sperimentare occasioni positive di comunicazione verbale, consentendo di fare dell'apparecchio acustico un facilitatore alla propria possibilità di comunicare e non una barriera o un elemento di disagio.

La prospettiva futura dello studio di ampliare il campione e somministrare il questionario anche a soggetti di controllo non ipoacusici permetterà analisi statistiche dettagliate e consentirà di correlare i dati del questionario con le valutazioni audiologiche e gli esami audiometrici dei pazienti. Comprendere più a fondo quanto i soggetti ipoacusici si percepiscono buoni ascoltatori o meno può fornire infatti un elemento ulteriore per disporre un trattamento riabilitativo che sia per il paziente il più possibile efficace e personalizzato.

BIBLIOGRAFIA

- Albera, R. & Rossi, G. (2008). *Otorinolaringoiatria*. 2 ed. Torino: Ed. Minerva Medica.
- Anastasiadou, S. & Khalili, Y. (2022). Hearing Loss. *StatPearls [Internet]*. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing.
- Bandura, A. (2000). *Autoefficacia: teoria e applicazioni*, Trento: Erickson Ed.
- Caprara, G. V. (a cura di) (2001). *La valutazione dell'autoefficacia. Interventi e contesti culturali*, Trento: Erickson Ed.
- Covelli, E., Filippi, C., Volpini, L., Tarentini, S., Marrone, V., Monini, S. & Barbara, M. (2015). La presbiacusia: problematiche, diagnosi e opzioni riabilitative. *Giornale di Gerontologia*, 63, 156–164.
- Cuevas, S., Vang, C., Chen, R. K. & Saladin, S. P. (2019). Determinants of Self-Efficacy among Individuals who are Hard-of-Hearing. *Journal of Rehabilitation*, 85(2), 37-46.
- Lalwani, A. K. (2018). Disorders of Hearing, in Kasper, D., Fauci, A., Hauser, S., Longo, D., Jameson, J. L. & Loscalzo, J. (2018). *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 20th ed. New York, NY, McGraw-Hill Education.
- Korver, A. M. H., Smith, R. J. H., Van Camp, G., Schleiss, M. R., Bitner-Glindzicz, M. A. K., Lustig, L. R., et al. (2017). Congenital hearing loss. *Nature Reviews Disease Primers*, 3, 16094.
- Lasak, J. M., Allen, P., McVay, T. & Lewis, D. (2014). Hearing loss: Diagnosis and management. *Primary Care - Clinics in Office Practice*, 41(1), 19-31.
- Lin, F. R., Niparko, J. K. & Ferrucci, L., (2011). Hearing Loss Prevalence in the United States. *Archives of Internal Medicine*, 171(20), 1851–1852.
- Mason, L. (2000). *Psicologia dell'apprendimento e dell'istruzione*, Bologna: Il Mulino Ed.

Meyer, C., Hickson, L. & Fletcher A. (2014). Identifying the barriers and facilitators to optimal hearing aid self-efficacy. *International Journal of Audiology*, 53, 28-37.

Oliva, A., Riska, K. M. & Smith, S. L. (2021). Test-Retest Reliability of the Listening Self-Efficacy Questionnaire. *American Journal of Audiology*, 30(4), 1108-1113.

Olusanya, B. O., Davis, A. C. & Hoffman, H. J. (2019). Hearing loss grades and the international classification of functioning, disability and health. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(10), 725-728.

Silvestre, N., Ramspott, A. & Pareto, I. D. (2007). Conversational Skills in a Semistructured Interview and Self-Concept in Deaf Students. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 12(1), 38-54.

Smith, S. L., Pichora-Fuller, K. M., Watts, K. L. & La More, C. (2011). Development of the Listening Self-Efficacy Questionnaire (LSEQ). *International Journal of Audiology*, 50(6), 417-425.

West, R. L. & Smith, S. L. (2007). Development of a hearing aid self-efficacy Questionnaire. *International Journal of Audiology*, 46(12), 759-771.

Yamasoba T., Lin F. R., Someya S., Kashio A., Sakamoto T. & Kondo K. (2013). Current concepts in age-related hearing loss: Epidemiology and mechanistic pathways. *Hearing Research*, 303, 30-38.

SITOGRAFIA

[Http://headnecksurgery.duke.edu](http://headnecksurgery.duke.edu)

APPENDICE

VERSIONE ITALIANA DEL LISTENING SELF-EFFICACY QUESTIONNAIRE

1. Riesco a capire una conversazione uno a uno (con un solo interlocutore) in un ambiente silenzioso.	Quanto sei sicuro di riuscirci, <u>in questo momento?</u> (cerchia una %)		
	0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%		
	non sono per niente sicuro di riuscirci	sono abbastanza sicuro di riuscirci	sono certo di riuscirci
2. Riesco a comprendere una conversazione uno a uno (con un solo interlocutore) in un ambiente silenzioso anche senza vedere il volto del mio interlocutore	Quanto sei sicuro di riuscirci, <u>in questo momento?</u> (cerchia una %)		
	0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%		
	non sono per niente sicuro di riuscirci	sono abbastanza sicuro di riuscirci	sono certo di riuscirci
3. Riesco a capire una conversazione quando il mio interlocutore è una donna.	Quanto sei sicuro di riuscirci, <u>in questo momento?</u> (cerchia una %)		
	0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%		
	non sono per niente sicuro di riuscirci	sono abbastanza sicuro di riuscirci	sono certo di riuscirci
4. Riesco a capire una conversazione quando il mio interlocutore è un uomo.	Quanto sei sicuro di riuscirci, <u>in questo momento?</u> (cerchia una %)		
	0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%		
	non sono per niente sicuro di riuscirci	sono abbastanza sicuro di riuscirci	sono certo di riuscirci
5. Riesco a capire una conversazione quando il mio interlocutore è una persona che conosco bene, come un caro amico o un familiare	Quanto sei sicuro di riuscirci, <u>in questo momento?</u> (cerchia una %)		
	0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%		
	non sono per niente sicuro di riuscirci	sono abbastanza sicuro di riuscirci	sono certo di riuscirci

6. Riesco a capire una conversazione nel corso di una visita medica quando mi parla una sola persona per volta.	Quanto sei sicuro di riuscirci, <u>in questo momento?</u> (cerchia una %)		
	0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%		
	non sono per niente sicuro di riuscirci	sono abbastanza sicuro di riuscirci	sono certo di riuscirci
7. Riesco a capire cosa viene detto in TV.	Quanto sei sicuro di riuscirci, <u>in questo momento?</u> (cerchia una %)		
	0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%		
	non sono per niente sicuro di riuscirci	sono abbastanza sicuro di riuscirci	sono certo di riuscirci
8. Riesco a capire una lezione che si svolge in un'aula piccola e silenziosa.	Quanto sei sicuro di riuscirci, <u>in questo momento?</u> (cerchia una %)		
	0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%		
	non sono per niente sicuro di riuscirci	sono abbastanza sicuro di riuscirci	sono certo di riuscirci
9. Riesco a capire una lezione che si svolge in un'aula grande e silenziosa.	Quanto sei sicuro di riuscirci, <u>in questo momento?</u> (cerchia una %)		
	0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%		
	non sono per niente sicuro di riuscirci	sono abbastanza sicuro di riuscirci	sono certo di riuscirci
10. Riesco a capire un annuncio di un altoparlante in un luogo silenzioso.	Quanto sei sicuro di riuscirci, <u>in questo momento?</u> (cerchia una %)		
	0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%		
	non sono per niente sicuro di riuscirci	sono abbastanza sicuro di riuscirci	sono certo di riuscirci
11. Riesco a capire un annuncio di un altoparlante in un luogo rumoroso come un evento sportivo.	Quanto sei sicuro di riuscirci, <u>in questo momento?</u> (cerchia una %)		
	0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%		
	non sono per niente sicuro di riuscirci	sono abbastanza sicuro di riuscirci	sono certo di riuscirci
12. Riesco a capire una conversazione quando l'interlocutore mi sta parlando da un'altra stanza della casa.	Quanto sei sicuro di riuscirci, <u>in questo momento?</u> (cerchia una %)		
	0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%		
	non sono per niente sicuro di riuscirci	sono abbastanza sicuro di riuscirci	sono certo di riuscirci

13. Riesco a capire una conversazione quando l'interlocutore sta lavando i piatti e non mi guarda.	Quanto sei sicuro di riuscirci, in questo momento ? (cerchia una %)		
	0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%		
	non sono per niente sicuro di riuscirci	sono abbastanza sicuro di riuscirci	sono certo di riuscirci
14. Riesco a capire una conversazione quando il mio interlocutore sta sussurrando.	Quanto sei sicuro di riuscirci, in questo momento ? (cerchia una %)		
	0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%		
	non sono per niente sicuro di riuscirci	sono abbastanza sicuro di riuscirci	sono certo di riuscirci
15. Riesco a capire una conversazione uno a uno (con un solo interlocutore) in presenza di un rumore di sottofondo costante come un condizionatore.	Quanto sei sicuro di riuscirci, in questo momento ? (cerchia una %)		
	0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%		
	non sono per niente sicuro di riuscirci	sono abbastanza sicuro di riuscirci	sono certo di riuscirci
16. Riesco a capire una conversazione uno a uno (con un solo interlocutore) anche quando più conversazioni stanno avvenendo nello stesso momento.	Quanto sei sicuro di riuscirci, in questo momento ? (cerchia una %)		
	0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%		
	non sono per niente sicuro di riuscirci	sono abbastanza sicuro di riuscirci	sono certo di riuscirci
17. Riesco a capire una conversazione di gruppo mentre mi trovo in un contesto rumoroso.	Quanto sei sicuro di riuscirci, in questo momento ? (cerchia una %)		
	0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%		
	non sono per niente sicuro di riuscirci	sono abbastanza sicuro di riuscirci	sono certo di riuscirci
18. Riesco a capire una conversazione al cellulare mentre mi trovo in un contesto rumoroso.	Quanto sei sicuro di riuscirci, in questo momento ? (cerchia una %)		
	0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%		
	non sono per niente sicuro di riuscirci	sono abbastanza sicuro di riuscirci	sono certo di riuscirci